The Sphere Handbook

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

WHAT IS SPHERE?

THE HUMANITARIAN CHARTER

PROTECTION PRINCIPLES

CORE HUMANITARIAN STANDARD

WATER SUPPLY, SANITATION AND HYGIENE PROMOTION

FOOD SECURITY AND NUTRITION

SHELTER AND SETTLEMENT

HEALTH

DRAFT

Sphere Association

3 Rue de Varembé

1202 Geneva, Elveția

Email: info@spherestandards.org

Site internet: www.spherestandards.org

Ediția întâi 2000

Ediția a doua 2004

Ediția a treia 2011

Ediția a patra 2018

Copyright © Sphere Association, 2018

Copyright pentru Standardul umanitar de bază privind calitatea și asumarea răspunderii © CHS Alliance, Sphere Association și Groupe URD, 2018

Toate drepturile rezervate. Acest material este protejat prin drepturi de autor, dar poate fi reprodus gratuit în scopuri educaționale, inclusiv pentru activități de formare, cercetare și intervenție, dacă titularul drepturilor de autor este menționat. Această lucrare nu poate fi revândută. Pentru copierea în alte circumstanțe, postarea online, reutilizarea în alte publicații sau pentru traducere sau adaptare, trebuie obținută în prealabil permisiunea scrisă la adresa de e-mail info@spherestandards.org.

O fișă de catalog pentru această publicație este disponibilă la The British Library și la US Library of Congress.

ISBN 978-1-908176-400 PBK

ISBN 978-1-908176-608 PBK

ISBN 978-1-908176-707 PBK

Citare: Sphere Association. *Manualul Sphere: Carta umanitară și Standardele minime în răspunsul umanitar*, ediția a patra, Geneva, Elveția, 2018.

www.spherestandards.org/handbook

DRAFT

Proiectul Sphere a fost inițiat în 1997 de către un grup de ONG-uri și de către Mișcarea de Cruce Roșie și Semilună Roșie pentru elaborarea unui set de standarde minime universale în domeniile principale ale răspunsului umanitar: Manualul Sphere. Scopul manualului este de a îmbunătăți calitatea răspunsului umanitar în situații de dezastre și conflicte și de a spori răspunderea acțiunii umanitare față de persoanele afectate de criză. Carta umanitară și Standardele minime în răspunsul umanitar sunt produsul experienței colective a numeroase persoane și agenții. Prin urmare, acestea nu trebuie considerate ca reprezentând poziția unei singure agenții. În 2016, Proiectul Sphere a fost înregistrat ca Sphere Association.

Distribuit pentru Sphere Association de Practical Action Publishing și de agenții și reprezentanții săi din întreaga lume. Practical Action Publishing (număr de înregistrare în Regatul Unit: 1159018) este o editură deținută integral de Practical Action și își desfășoară activitatea exclusiv în sprijinul obiectivelor caritabile ale organizației-mamă.

Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, Regatul Unit

Tel +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502

Site internet: www.practicalactionpublishing.org

Realizat de: Non-linear Design Studio, Milano, Italia

Tipărit de: Shortrun Press, Regatul Unit.

Concept grafic de vPrompt eServices, India

DRAFT

Cuprins

Cuvânt înainte

Mulțumiri

Ce este Sphere?

Carta umanitară

Principii de protecție

Standardul umanitar de bază

Alimentarea cu apă, salubritatea și promovarea igienei

Securitatea alimentară și nutriția

Adăposturile și așezările

Sănătatea

Anexe

- Anexa 1: Fundamentul juridic pentru Sphere
- Anexa 2: Codul de conduită
- Anexa 3: Abrevieri și acronime

Index

DRAFT

Cuvânt înainte

Manualul Sphere marchează împlinirea a 20 de ani de existență prin publicarea ediției a patra. Este rezultatul unei mobilizări intense, pe durata unui an, a actorilor umanitari din întreaga lume și reflectă două decenii de experiență în utilizarea standardelor în operațiuni de primă linie, în elaborarea de politici și în acțiuni de advocacy pentru susținerea calității și a asumării răspunderii bazate pe principii.

Cu un cadru clar, bazat pe drepturi, manualul se bazează pe fundamentele juridice și etice ale umanitarismului, cu îndrumări pragmatice, bune practici la nivel mondial și dovezi centralizate, pentru a sprijini personalul umanitar oriunde activează.

Sphere ocupă un loc unic în acest sector și în peisajul umanitar aflat în continuă evoluție. Această ediție a fost inspirată în mod clar de angajamentele internaționale asumate în cadrul primului Summit umanitar mondial din 2016, de Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă și de alte inițiative globale.

Cu toate acestea, chiar dacă peisajul politic continuă să evolueze, știm faptul că nevoile imediate de supraviețuire ale persoanelor aflate în situații de conflict și de dezastru rămân în mare parte aceleași, indiferent de locul în care se manifestă criza. Sphere sprijină și contribuie la procesele politice globale și locale, reamintind necesitatea fundamentală de a oferi asistență responsabilă care să ajute persoanele să supraviețuiască, să se redreseze și să își refacă viața în condiții de demnitate.

Forța Sphere și raza sa de acțiune globală constă în faptul că aparține tuturor. Acest sentiment de apartenență este reînnoit la fiecare câțiva ani, când standardele sunt reexaminate și revizuite chiar de către utilizatori. Este un moment în care ne reafirmăm în mod colectiv angajamentele și convenim asupra unor acțiuni îmbunătățite pentru a ne asigura că practicienii au la dispoziție cele mai bune informații, indiferent unde își desfășoară activitatea. Acest lucru face din Sphere o referință de bază și reamintește importanța fundamentală a demnității umane și a dreptului oamenilor de a participa pe deplin la deciziile care îi privesc.

Sphere reprezintă unul dintre fundamentele activității umanitare. Constituie un punct de plecare pentru noii actori umanitari și o referință permanentă pentru personalul cu experiență, oferind îndrumări cu privire la acțiunile prioritare și locul unde pot fi regăsite informații tehnice mai detaliate. Partenerii noștri standard oferă sprijin suplimentar în sectoare specifice, dincolo de cadrul Sphere, pentru a contribui la recuperarea și bunăstarea indivizilor.

Această ediție beneficiază de contribuția a mii de persoane care lucrează cu peste 450 de organizații din cel puțin 65 de țări din întreaga lume. Dimensiunea globală reflectă experiența acumulată în diverse contexte, provocări extraordinare și diferite tipuri de actori. Aceste standarde nu ar exista fără angajamentul neobosit al multora dintre dumneavoastră. Sectorul nostru vă mulțumește pentru contribuțiile pe care le-ați adus la revizuire și, de fapt, în ultimele două decenii.

Așteptăm cu nerăbdare să continuăm această activitate importantă și să învățăm împreună cu dumneavoastră pe măsură ce utilizați acest manual.

Martin McCann
Președintele Consiliului de administrație Sphere

Christine Knudsen
Director Executiv

DRAFT

Mulțumiri

Capitolul privind Adăposturile și așezările este dedicat memoriei lui Graham Saunders, autorul acestui capitol în edițiile din 2004 și 2011 și consilier la începutul elaborării ediției din 2018.

Graham a fost un adevărat militant umanitar și un apărător al sectorului adăposturilor. Viziunea, leadership-ul și energia sa inepuizabilă au fost esențiale în evidențierea problemelor legate de adăposturile umanitare și în conturarea domeniului pentru generațiile viitoare de practicieni. S-a străduit în permanență să îmbunătățească practica noastră și să profesionalizeze sectorul. Va fi regretat ca pionier, profesionist și prieten.

DRAFT

Această ediție a Manualului Sphere este rezultatul celui mai divers și mai amplu proces de consultare din istoria Sphere. S-au primit aproape 4500 de comentarii online de la 190 de organizații, iar peste 1400 de persoane au participat la 60 de evenimente organizate de parteneri din 40 de țări. Sphere mulțumește cu recunoștință pentru anvergura și amploarea contribuțiilor aduse, inclusiv de către ONG-uri naționale, locale și internaționale, autorități și ministere naționale, societăți de Cruce Roșie și Semilună Roșie, universități, organizații ONU și practicieni individuali.

Procesul de revizuire a fost coordonat de către biroul Sphere. Capitolele individuale au fost elaborate de autorii principali, cu sprijinul intersectorial al experților tematici desemnați și al persoanelor resursă din sectorul umanitar. Majoritatea autorilor și experților tematici au fost propuși de către organizațiile lor de origine, dedicându-și timpul și efortul ca o contribuție în natură pentru acest sector.

Au fost create grupuri de redactare și grupuri de referință pentru a sprijini autorii și experții tematici în activitatea desfășurată. Sphere recunoaște contribuția valoroasă a tuturor acestor persoane pe parcursul anilor 2017 și 2018. O listă completă a tuturor membrilor grupului de lucru și ai grupului de referință poate fi găsită pe site-ul internet Sphere, spherestandards.org. Principalii autori și experți sunt menționați mai jos.

Capitole fundamentale

- **Carta umanitară și Anexa 1:** dr. Mary Picard
- **Principiile de protecție:** Simon Russell (Global Protection Cluster) și Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Standardul umanitar de bază**: Takeshi Komino (CWSA Japonia) și Sawako Matsuo (JANIC)

Capitole tehnice

- **Alimentarea cu apă, salubritatea și promovarea igienei**: Kit Dyer (NCA) și Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Securitatea alimentară** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Nutriția**: Paul Wasike (Salvați Copiii, SUA)
- **Adăposturile și așezările**: Seki Hirano (CRS) și Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Sănătatea**: dr. Durgavasini Devanath (IFRC), dr. Julie Hall (IFRC), dr. Judith Harvie (International Medical Corps), dr. Unni Krishnan (Save the Children Australia), dr. Eba Pasha (independent)

Vulnerabilități, capacități și configurații operaționale

- **Copiii și protecția copiilor**: Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Vârstnicii**: Irene van Horssen și Phil Hand (HelpAge)
- **Genul:** Mireia Cano (GenCap)
- **Violența bazată pe gen:** Jeanne Ward (independent)
- **Persoanele cu dizabilități:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Persoanele care trăiesc cu și sunt afectate de HIV:** Alice Fay (UNHCR)
- **Sănătatea mintală și sprijinul psihosocial:** dr. Mark van Ommeren (OMS), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **Crizele prelungite:** Sara Sekkenes (UNDP)
- **Contextul urban:** dr. Pamela Sitko (WVI)
- **Coordonarea civil-militară:** Jennifer Jalovec și Mark Herrick (WVI)
- **Mediu**: Amanda George și Thomas Palo (Crucea Roșie Suedeză)
- **Reducerea riscului de dezastre:** Glenn Dolcemascolo și Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Asistența în numerar și piețele:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Gestionarea lanțului de aprovizionare și logistică:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Monitorizarea, evaluarea, responsabilitatea și învățarea:** Joanna Olsen (CRS)

Consiliul Sphere (mai 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * Consiliul Internațional al Agențiilor de Voluntari (ICVA) (Ignacio Packer) * Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie (IFRC) (David Fisher) * Corpul Medical Internațional (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International -

DRAFT

Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Salvați Copiii (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * Armata Salvării (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Mulțumirile se adresează, de asemenea, membrilor Consiliului care au inițiat și au ghidat revizuirea și care au părăsit între timp Consiliul: Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Biserica Suediei/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Salvați Copiii).

Donatori

Pe lângă contribuțiile din partea organizațiilor Consiliului enumerate mai sus, finanțarea procesului de revizuire a Manualului a fost asigurată de:

Agenția Daneză pentru Dezvoltare Internațională (DANIDA) * Ministerul Afacerilor Externe al Germaniei * Irish Aid * Guvernul australian - Departamentul pentru Afaceri Externe și Comerț (DFAT) * Direcția Generală Protecție Civilă și Operațiuni Umanitare Europene a Comisiei Europene (ECHO) prin intermediul Federației Internaționale a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie (IFRC) * Biroul de asistență externă în caz de dezastre al USAID (OFDA) * Agenția Suedeză pentru Cooperare și Dezvoltare Internațională (SIDA) prin intermediul Bisericii Suediei * Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) * Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR) * Oficiul pentru Populație, Refugiați și Migrație din cadrul Departamentului de Stat al SUA (US-PRM).

Echipa de revizuire a Manualului

Christine Knudsen, Director Executiv (Sphere)

Aninia Nadig, Advocacy and Networking Manager (Manager Acțiuni de advocacy și Rețele) (Sphere)

Editori: Kate Murphy și Aimee Ansari (Traducători fără Frontiere)

Coordonatori revizuire: Lynnette Larsen și Miro Modrusan

Cu sprijinul personalului Sphere:

Tristan Hale, Learning and Training Manager (Manager Învățare și Formare profesională)

Wassila Mansouri, Networking and Outreach Officer (Responsabil Rețele și Informare)

Juan Michel, Manager Comunicare până în septembrie 2017

Barbara Sartore, Manager Comunicare din octombrie 2017

Loredana Șerban, Administration and Finance Officer (Responsabil Administrație și Finanțe)

Kristen Pantano și Caroline Tinka, stagiari

Asistență pentru consultanță online: Markus Forsberg (PHAP)

Designul Manualului: Non-linear (www.non-linear.com)

Redactare, machetare și producție: Practical Action Publishing

(www.practicalactionpublishing.org)

Kimberly Clarke și Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

DRAFT

Mulțumiri semnificative pentru sprijinul suplimentar acordat în timpul procesului de revizuire a Manualului se adresează lui James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, dr. Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas și Marilise Turnbull.

Puncte focale Sphere care au organizat consultări de revizuire personale:

ADRA Argentina (consultare regională cu ADRA America de Sud)

Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Organism de coordonare al agenției afgane pentru asistență umanitară) (Afghanistan)

Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (Alianța apărătorilor Sphere în Filipine) (ASAP)

Amity Foundation (membru al Grupului de Lucru privind Standardele de Bunăvoință, punct focal pentru China)

BIFERD (Republica Democrată Congo)

Community World Service Asia (Thailanda și Pakistan)

Daniel Arteaga Galarza*, consilier Sphere pentru Sistemul Național de Gestionare a Riscurilor (Ecuador)

dr. Oliver Hoffmann* din partea Sphere pentru Germania

Grupo Esfera Bolivia

Grupo Esfera Bolivia

Grupo Esfera Bolivia

Illiassou Adamou* din partea subgrupului pentru Protecția copilului (Niger)

Indonesian Society for Disaster Management (Societatea Indoneziană pentru Gestionarea Dezastrelor) (MPBI)

Institut Bioforce (Franța)

InterAction (Statele Unite)

Inter-Agency Accountability Working Group (Grupul de Lucru Inter-Agenții pentru Responsabilitate) (Etiopia)

Consiliul ONG-urilor Coreene pentru Cooperare privind Dezvoltarea în Străinătate (Republica Coreea)

Comunitatea Sphere Bangladesh (SCB)

Sphere India

Forumul ONG din Ucraina

UNDP Chile

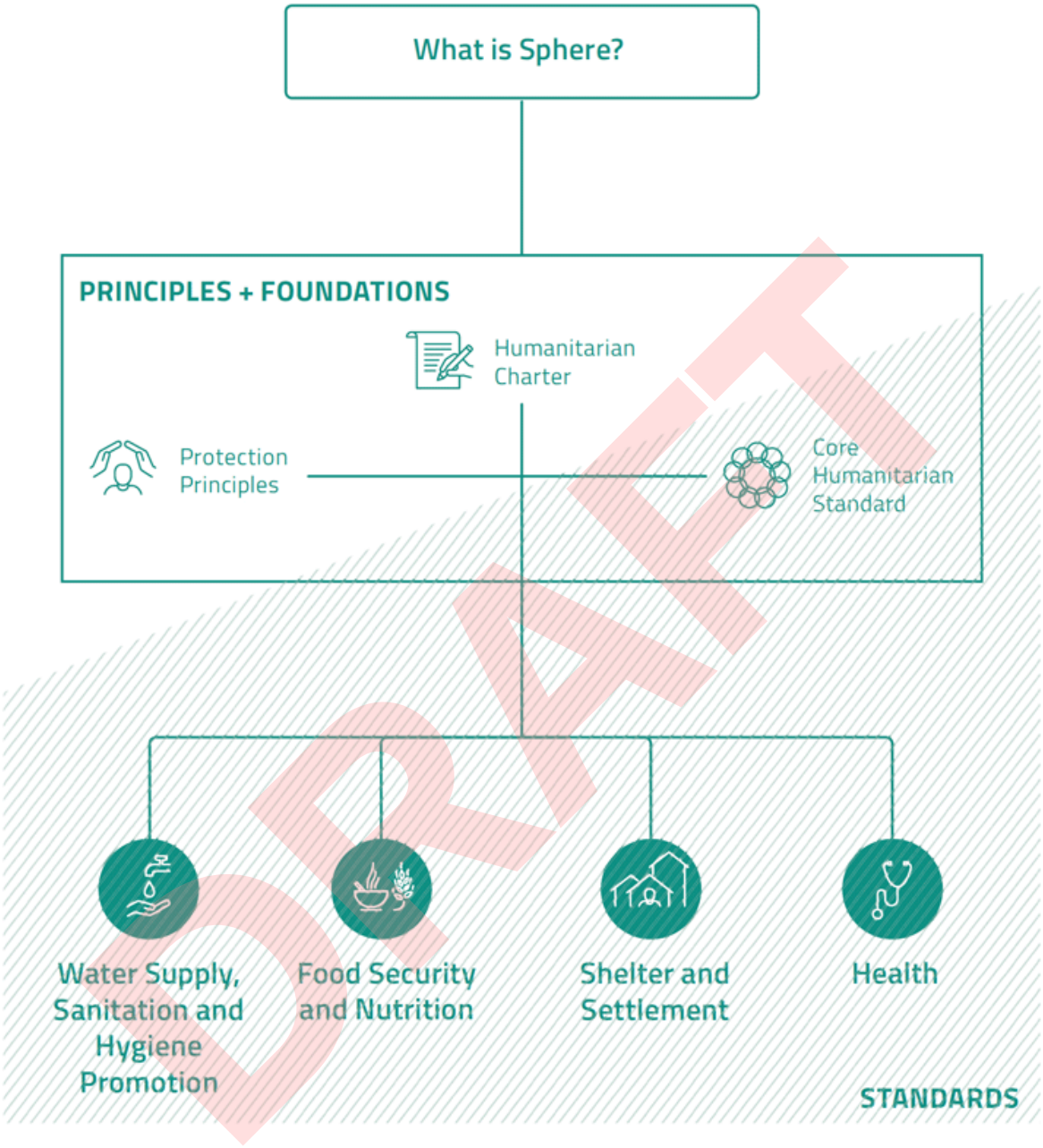
*Puncte focale individuale

DRAFT

1. Ce este Sphere?

DRAFT

Handbook



DRAFT

ANNEX 1 Legal foundation to Sphere
ANNEX 2 Code of Conduct
ANNEX 3 Acronyms and Abbreviations

Cuprins

Ce este Sphere?

1. Manualul

Patru capitole de bază și patru capitole tehnice

Standardele minime promovează o abordare consecventă

Structura standardelor

Utilizarea indicatorilor-cheie

Conexiuni cu alte standarde

2. Utilizarea contextuală a standardelor

Standardele se aplică pe parcursul întregului program

Evaluarea inițială și analizarea nevoilor

Dezvoltarea de strategii și conceperea de programe

Implementarea

Monitorizarea, evaluarea, responsabilitatea și învățarea continuă

Înțelegerea vulnerabilităților și a capacităților populației afectate

Dezagregarea datelor

Copiii

Vârstnicii

Genul

Violența bazată pe gen

Persoanele cu dizabilități

Persoanele care trăiesc cu și sunt afectate de HIV

Persoanele LGBTQI

Sănătatea mintală și sprijinul psihosocial

Înțelegerea cadrului operațional

Susținerea actorilor naționali și locali

Crizele prelungite

Comunitățile urbane

Așezările comunale

Comunitățile cu prezență militară națională sau internațională

Impactul asupra mediului al răspunsului umanitar

Anexă: Furnizarea asistenței prin intermediul piețelor

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Ce este Sphere?

Proiectul Sphere, acum cunoscut sub numele de Sphere, a fost creat în 1997 de un grup de organizații umanitare neguvernamentale și de Mișcarea de Cruce Roșie și Semilună Roșie. Scopul său a fost acela de a îmbunătăți calitatea răspunsurilor umanitare și responsabilitatea organizațiilor pentru acțiunile derulate. Filosofia Sphere se bazează pe două convingeri fundamentale:

- Persoanele afectate de dezastre sau conflicte au dreptul la demnitate și, prin urmare, dreptul la asistență;
- Trebuie luate toate măsurile posibile pentru a atenua suferințele umane cauzate de dezastre sau conflicte.

Carta umanitară și standardele minime pun în practică aceste convingeri fundamentale. Principiile de protecție stau la baza întregii acțiuni umanitare, iar standardul umanitar de bază conține angajamentele de promovare a responsabilității în toate sectoarele. Împreună, acestea formează manualul Sphere, care a devenit una dintre resursele umanitare cu cele mai multe accesări la nivel mondial.

1. Manualul

Principalii utilizatori ai manualului Sphere sunt practicienii implicați în planificarea, gestionarea sau implementarea unui răspuns umanitar. Aceaștia includ personalul și voluntarii organizațiilor umanitare locale, naționale și internaționale care răspund în caz de criză, precum și persoanele afectate. Manualul este, de asemenea, utilizat pentru campaniile umanitare de advocacy cu scopul de a îmbunătăți calitatea și responsabilitatea serviciilor de asistență și protecție în raport cu principiile umanitare. Este utilizat din ce în ce mai mult de guverne, donatori, forțele militare sau sectorul privat pentru a-și ghida propriile acțiuni și pentru a facilita o colaborare constructivă cu organizațiile umanitare care aplică standardele.

Manualul a fost lansat pentru prima dată în 1998, fiind ulterior publicate ediții revizuite în 2000, 2004, 2011 și, în prezent, 2018. Fiecare proces de revizuire s-a sprijinit pe consultări la nivel sectorial cu persoane afectate, organizații non-guvernamentale (ONG-uri), guverne și agenții ale Organizației Națiunilor Unite. Standardele și îndrumările rezultate sunt bazate pe dovezi și reflectă 20 de ani de testare pe teren de către practicieni din întreaga lume.

Această a patra ediție marchează cea de-a 20-a aniversare a manualului Sphere și prezintă schimbările survenite în sectorul umanitar în această perioadă. Include noi îndrumări pentru implementarea de intervenții în mediul urban, pentru abordarea standardelor minime în situații de criză prelungită și pentru furnizarea de asistență prin intermediul piețelor ca modalitate de respectare a standardelor. Toate capitolele tehnice au fost actualizate pentru a reflecta practicile actuale, iar standardul umanitar de bază înlocuiește standardele de bază anterioare.

Patru capitole de bază și patru capitole tehnice

Manualul reflectă angajamentul Sphere față de un răspuns umanitar bazat pe principii și drepturi. Acesta se bazează pe respectul fundamental pentru dreptul persoanelor de a fi pe deplin implicate în deciziile privind recuperarea lor.

Cele patru capitole de bază reprezintă fundamentul etic, juridic și practic al răspunsului umanitar. Acestea stau la baza tuturor sectoarelor și programelor tehnice. Descriu angajamentele și procesele menite să asigure un răspuns umanitar de bună calitate și încurajează actorii care intervin să fie răspunzători pentru acțiunile lor față de populația afectată. Capitolele ajută utilizatorul să aplice mai eficient standardele minime în orice

DRAFT

context. Dacă veți lectura un capitol tehnic fără a citi, de asemenea, capitolele de bază, riscați să omiteți elemente esențiale ale standardelor. Capitolele de bază sunt:

Ce este Sphere? (prezentul capitol): prezintă structura manualului, utilitatea acestuia și principiile care stau la baza sa. Și mai important, ilustrează modul de utilizare a manualului în practică.

Carta umanitară: piatra de temelie a manualului Sphere, care exprimă convingerea comună a actorilor umanitari că toate persoanele afectate de criză au dreptul de a primi protecție și asistență. Acest drept asigură condițiile de bază pentru o viață demnă. Carta reprezintă fundalul etic și juridic al principiilor de protecție, al standardului umanitar de bază și al standardelor minime. Aceasta se bazează pe Codul deontologic al Mișcării Internaționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie și al ONG-urilor pentru intervențiile de urgență. Codul deontologic rămâne o componentă integrantă a manualului Sphere ⊕ a se vedea Anexa 2.

Pentru o listă a documentelor esențiale care constituie baza legală a Cartei umanitare ⊕ *a se vedea* Anexa 1.

Principiile de protecție: transpunere practică a principiilor juridice și a drepturilor enunțate în Carta umanitară în patru principii care stau la baza oricărui răspuns umanitar.

Standardul umanitar de bază: nouă angajamente care descriu procesele esențiale și responsabilitățile organizaționale necesare pentru a asigura calitatea și asumarea răspunderii în aplicarea standardelor minime.

Cele patru capitole tehnice includ standarde minime în sectoare-cheie de răspuns:

- Alimentarea cu apă, salubritatea și promovarea igienei (WASH)
- Securitatea alimentară și nutriția
- Adăposturile și așezările
- Sănătatea

În practică, nevoile umanitare nu se încadrează perfect în sectoare specifice. Un răspuns umanitar eficient trebuie să țină cont de nevoile oamenilor într-o manieră generală, astfel încât între sectoare trebuie să existe coordonare și colaborare în acest sens. În contextul unei crize prelungite, acest lucru se poate extinde și dincolo de răspunsul umanitar, fiind necesară o colaborare strânsă cu actorii din domeniul dezvoltării. Manualul conține referințe încrucișate pentru a susține realizarea acestor legături. Cititorii trebuie să se familiarizeze cu toate capitolele pentru o intervenție holistică.

DRAFT

Codul deontologic: 10 principii de bază

1. Imperativul umanitar este pe primul plan.
2. Ajutorul este acordat indiferent de rasa, opiniile de orice natură sau naționalitatea beneficiarilor și fără nici un fel de distincție negativă. Prioritățile de acordare a ajutorului sunt evaluate numai în funcție de necesități.
3. Ajutorul nu va fi utilizat pentru a promova un anumit punct de vedere politic sau religios.
4. Vom depune toate eforturile pentru a nu acţiona ca instrumente ale politicii guvernamentale externe.
5. Se va respecta cultura și tradițiile.
6. Reacţia în caz de dezastru va fi structurată pe cât posibil în funcţie de capacităţile locale.
7. Se vor identifica metode de implicare a beneficiarilor programelor în administrarea ajutorului acordat.
8. Acordarea ajutorului trebuie să urmărească reducerea viitoarelor vulnerabilităţi în caz de dezastru, dar și satisfacerea necesităţilor de bază.
9. Suntem responsabili atât faţă de cei pe care noi încercăm să-i ajutăm cât şi faţă de cei de la care acceptăm resurse.
10. În activităţile de informare, publicitate şi promovare, se va recunoaşte că victimele dezastrului sunt fiinţe umane demne şi nu obiecte inutile.

Codul deontologic: Principiile deontologice ale Mișcării Internaționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie și al ONG-urilor în programele de ajutorare în caz de dezastru. Pentru textul integral ⊕ a se vedea Anexa 2

DRAFT

Standardele minime promovează o abordare uniformă

Standardele sunt probate de dovezile disponibile și de experiența umanitară. Acestea prezintă cele mai bune practici conform unui larg consens. Reflectând drepturile inalienabile ale omului, se aplică în mod universal.

Cu toate acestea, pentru a adopta standardele în mod eficient, contextul în care are loc un răspuns trebuie să fie înțeles, monitorizat și analizat.

Structura standardelor

Standardele au o structură comună pentru a ajuta cititorul să înțeleagă declarația universală, fiind urmate de o serie de acțiuni-cheie, indicatori-cheie și note de îndrumare pentru aplicarea acestora.

- **Standardele** sunt derivate din principiul dreptului la demnitate. Acestea sunt de natură generală și calitativă, indicând minimul care trebuie atins în orice criză. Echivalentele din Standardul umanitar de bază (CHS) sunt „angajamentul” și „criteriul calității”.

- **Acțiunile-cheie** evidențiază etapele concrete pentru a atinge standardul minim. Acestea vin sub formă de sugestii și este posibil să nu fie aplicabile în toate contextele. Practicianul trebuie să selecteze cele mai relevante acțiuni pentru situația respectivă.

- **Indicatorii-cheie** servesc drept repere pentru a măsura dacă standardul este atins sau nu. Aceștia oferă o modalitate de a capta rezultatele procesului și ale programului în raport cu standardul pe parcursul derulării răspunsului. Cerințele cantitative minime reprezintă cel mai scăzut nivel acceptabil de realizare a indicatorilor și sunt incluse numai în cazul în care standardelor pentru care există un consens sectorial.

- **Notele orientative** furnizează informații suplimentare pentru a sprijini acțiunile-cheie, cu trimiteri la principiile de protecție, la standardul umanitar de bază și la alte standarde din cadrul manualului. De asemenea, sunt oferite trimiteri la alte standarde ale Parteneriatului pentru standarde umanitare.

Utilizarea indicatorilor cheie

Indicatorii-cheie Sphere reprezintă o modalitate de a măsura dacă un standard este îndeplinit; aceștia nu trebuie confundați cu standardul în sine. Standardul este universal, dar indicatorii-cheie, ca și acțiunile-cheie, trebuie utlizați în funcție de context și de etapa în care se află răspunsul . Există trei tipuri de indicatori Sphere:

- **Indicatorii de proces** verifică dacă a fost îndeplinită o cerință minimă. De exemplu: se utilizează protocoale standardizate pentru a analiza securitatea alimentară, mijloacele de subzistență și strategiile de adaptare ⊕ *a se vedea* Standardul de evaluare a securității alimentare și a nutriției 1.1: Evaluarea securității alimentare.

- **Indicatorii de progres** monitorizează gradul de îndeplinire al standardului. Trebuie utilizați pentru determinarea nivelului de referință, a obiectivelor stabilite împreună cu partenerii și părțile interesate, precum și evoluția schimbărilor în vederea atingerii acestor obiective. De exemplu: procentul de gospodării care depozitează în permanență apa în condiții de siguranță în recipiente curate și acoperite ⊕ *a se vedea* Standardul pentru alimentarea cu apă 2.2: Calitatea apei. În timp ce obiectivul optim este de 100%, practicienii trebuie să asocieze indicatorul cu realitatea de pe teren, monitorizând progresele în raport cu nivelul de referință și cu îmbunătățirile obținute în timp în vederea atingerii obiectivului convenit.

- **Indicatorii-țintă** sunt obiective specifice, cuantificabile, care reprezintă minimul cuantificabil sub care standardul nu este considerat îndeplinit. Obiectivele respective trebuie atinse cât mai rapid posibil, deoarece lipsa atingerii acestora duce la compromiterea întregului program. De exemplu: procentul de copii cu vârste cuprinse între 6 luni și 15 ani care au fost vaccinați împotriva rujeolei: obiectivul este de 95% ⊕ *a se vedea* Asistență medicală esențială - standardul privind sănătatea copilului 2.2.1: Afecțiuni care pot fi prevenite prin vaccinare în copilărie.

Conexiuni cu alte standarde

Manualul Sphere nu acoperă toate aspectele asistenței umanitare care sprijină dreptul la o viață demnă. Organizațiile partenere au elaborat standarde complementare în mai multe sectoare, bazate pe aceeași filosofie și aceleași angajamente precum cele ale Sphere. Standardele sunt disponibile prin intermediul Sphere, al Parteneriatului pentru standarde umanitare și pe site-urile proprii ale organizațiilor partenere.

- Directive și standarde de urgență privind creșterea animalelor: Proiectul LEGS [Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)]

DRAFT

- Standardele minime privind protecția copilului în acțiunile umanitare (CPMS): Alianța pentru protecția copilului în acțiunile umanitare [Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action]

- Standardele minime privind educația: Pregătire, răspuns, recuperare: Rețeaua inter-agenții pentru educație în situații de urgență (INEE) [Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery: Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE))]

- Standarde minime de redresare economică (MERS): Rețeaua privind formarea și promovarea întreprinderilor mici (SEEP) [Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network]

- Standardul minim pentru analiza pieței (MISMA): Parteneriatul pentru asistența în numerar (CALP) [Minimum Standard for Market Analysis (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)]

- Standarde umanitare privind incluziunea vârstnicilor și a persoanele cu dizabilități: Consorțiul pentru vârstă și dizabilitate

2. Utilizarea contextuală a standardelor

Intervențiile umanitare au loc în contexte diferite. Mai mulți factori vor influența modul în care standardele minime pot fi aplicate în mediul operațional pentru a sprijini dreptul la o viață demnă. Acești factori includ:

- cadrul în care se desfășoară intervenția umanitară;

- diferențele dintre populații și diversitatea individuală;

- realitățile operaționale și logistice care vor afecta modalitatea și tipul de răspuns umanitar;

- nivelurile de referință și indicatori asumați în diferite contexte, inclusiv definirea termenilor-cheie și stabilirea țintelor de atins.

Cultura, limba, competențele personalului de intervenție, siguranța, accesabilitatea, mediul înconjurător și resursele existente vor influența răspunsul umanitar. De asemenea, este important să se anticipeze posibilele efecte negative ale răspunsului umanitar și să se acționeze pentru limitarea acestora ⊕ *a se vedea* Principii de protecție 1 *și* 2, și Angajamentul privind standardul umanitar de bază.

Manualul Sphere este un cod voluntar ce vizează asigurarea calității și responsabilității, conceput pentru a încuraja o utilizare și o asumare cât mai largă a standardelor. Nu este un ghid despre „cum se procedează”, ci o descriere a minimului ce trebuie îndeplinit pentru a asigura supraviețuirea persoanelor și recuperarea acestora în urma situațiilor de criză.

Conformitatea cu standardele Sphere nu înseamnă implementarea tuturor acțiunilor-cheie sau îndeplinirea tuturor indicatorilor-cheie din toate standardele. Măsura în care o organizație poate îndeplini standardele va depinde de o serie de factori, dintre care unii sunt în afara controlului acesteia. Accesul la populația afectată sau insecuritatea politică sau economică pot face imposibilă îndeplinirea standardelor în anumite contexte.

În cazurile în care cerințele minime depășesc condițiile de trai ale comunității gazdă, trebuie să se ia în considerare modalități de reducere a potențialelor tensiuni ce pot apărea, de exemplu, prin oferirea de servicii comunitare. În anumite situații, autoritățile naționale pot stabili cerințe minime care sunt superioare standardelor minime Sphere.

DRAFT

Standardele Sphere sunt o expresie a drepturilor fundamentale ce contribuie la o viața demnă și trebuie să rămână neschimbate. Este posibil să fie necesară adaptarea indicatorilor și cerințelor minime pentru ca aceștia să își păstreze relevanța într-un anumit context. În cazul în care standardele nu sunt îndeplinite, orice propunere de reducere a cerințelor minime trebuie analizată cu atenție. Trebuie să se convină, în mod colectiv, asupra oricăror modificări și să se raporteze pe scară largă deficitul de progres real față de țintele minime propuse. În plus, organizațiile umanitare trebuie să evalueze impactul negativ pe care l-ar avea asupra populației nerespectarea unui standard și să ia măsuri pentru a minimiza consecințele rezultate. Folosiți acest decalaj din răspunsul umanitar în acțiuni de advocacy și depuneți eforturi pentru a atinge indicatorii cât mai curând posibil.

DRAFT

Standardele se aplică pe parcursul întregului program

Standardele Sphere trebuie utilizate pe tot parcursul programului, începând cu faza de evaluare inițială și analiză a nevoilor, continuând cu dezvoltarea strategiei, planificarea și conceperea programului, implementarea și monitorizarea acțiunii, și finalizând cu etapa de evaluare și învățare continuă.

Evaluarea inițială și analizarea nevoilor

Standardele minime Sphere oferă o bază pentru evaluarea inițială și analizarea nevoilor din fiecare sector, incluzând liste de verificare la nivelul fiecărui capitol. La debutul unei crize, standardele Sphere ajută la identificarea nevoilor imediate și la prioritizarea activităților care răspund acestor nevoi. Valorile țintă planificate și nivelurile minime de asistență sunt stabilite și prezentate la nivel global pentru a determina atingerea unor rezultate minime la nivelul oricărui răspuns umanitar. Prin urmare, standardele servesc, de asemenea, la îmbunătățirea coordonării dintre organizații și sectoare de intervenție.

Dezvoltarea de strategii și conceperea de programe

Standardul umanitar de bază și standardele minime sprijină planificarea răspunsurilor pentru a oferi asistența umanitară adecvată, la momentul potrivit, celor care au cea mai mare nevoie de aceasta. Participarea deplină a populației afectate și coordonarea cu autoritățile naționale și locale sunt esențiale pentru a realiza acest lucru în toate sectoarele de intervenție.

Acțiunile-cheie și indicatorii oferă cadrul pentru identificarea priorităților, stabilirea țintelor scontate și coordonarea între sectoare. Acest lucru contribuie la consolidarea reciprocă a intervențiilor sectoriale și la sprijinirea capacitatății populației de a-și satisface nevoile. Acțiunile-cheie și indicatorii subliniază calitatea asistenței care trebuie să fie acordată. De asemenea, pot constitui baza în analizarea răspunsului umanitar pentru identificarea modalității optime de a satisface nevoile identificate și de a minimiza potențialele efecte secundare negative.

Planificarea programului implică, de obicei, analiza mai multor opțiuni de răspuns, cum ar fi furnizarea de bunuri în natură, asistența în numerar, furnizarea directă de servicii, asistența tehnică sau o combinație a

acestor opțiuni. Combinația aleasă de opțiuni de răspuns evoluează, de obicei, în timp. Standardele minime se axează pe ceea ce trebuie făcut, mai degrabă decât pe modul în care trebuie furnizată asistența.

Asistența în numerar, o formă de intervenție bazată pe piață, este din ce în ce mai des utilizată pentru a răspunde nevoilor umanitare. Considerente privind utilizarea asistenței în numerar au fost integrate în toate capitolele manualului. Asistența în numerar poate fi utilizată pentru a răspunde nevoilor multisectoriale, precum și nevoilor specifice unui sector. De asemenea, poate fi utilizată împotriva practicilor discriminatorii care restricționează accesul femeilor la resurse, precum și la procesul de luare a deciziilor privind gestionarea acestora. Subvențiile multifuncționale pot fi o modalitate eficientă de a oferi asistență și de a respecta standardele în toate sectoarele. Intervențiile ce folosesc asistența în numerar trebuie să se bazeze pe o analiză multisectorială a nevoilor, pe dinamica contextului, pe funcționalitatea pieței și pe o evaluare a fezabilității acestui tip de răspuns.

Nu toate sectoarele pot utiliza intervenții bazate pe piață. Este, în special, cazul furnizorilor de servicii directe sau de asistență tehnică. Actorii angajați în oferirea de servicii medicale și de nutriție pot alege să sprijine accesul populației la furnizorii de servicii medicale existenți și la campaniile locale de sănătate publică care nu funcționează pe principiul economiei de piață.

Pentru a determina modul optim de furnizare a asistenței, sunt necesare consultări cu populația, analiza pieților, cunoașterea modalităților de furnizare a serviciilor și înțelegerea lanțului de aprovizionare și a capacităților logistice. Această analiză a răspunsului trebuie revizuită în timp, pe măsură ce situația se schimbă ⊕ *a se vedea* Anexă: Furnizarea asistenței prin intermediul pieților.

Implementarea

Dacă standardele Sphere nu pot fi îndeplinite pentru toate sau pentru unele grupuri din populația afectată, trebuie cercetat motivul și explicate lacunele, precum și schimbările necesare a fi adoptate. Este necesară evaluarea implicațiilor negative a acestei situații, inclusiv în termeni de riscuri privind protecția și sănătatea publică. Toate aceste aspecte trebuie documentate, iar o colaborare activă cu alte sectoare și cu populația afectată trebuie urmărită pentru a identifica modalitățile adecvate de reducere la minimum a eventualelor prejudicii.

Monitorizarea, evaluarea, responsabilitatea și învățarea continuă

Monitorizarea, evaluarea, responsabilitatea și învățarea continuă (MEAL) contribuie la luarea deciziilor în timp util și bazată pe probe, permițând programelor umanitare să se adapteze la contexte aflate în schimbare. Toate standardele minime au indicatori care pot fi monitorizați pentru a determina dacă acestea sunt îndeplinite, dacă sunt îndeplinite în mod echitabil pentru toate segmentele unei populații sau cât de mult mai este necesar pentru îndeplinirea lor. Evaluarea sprijină învățarea continuă în vederea îmbunătățirii politicilor și a practicilor viitoare și promovează responsabilitatea. De asemenea, sistemele MERI contribuie la eforturile mai ample de învățare legate de acțiunea umanitară eficientă.

Înțelegerea vulnerabilităților și a capacităților populației afectate

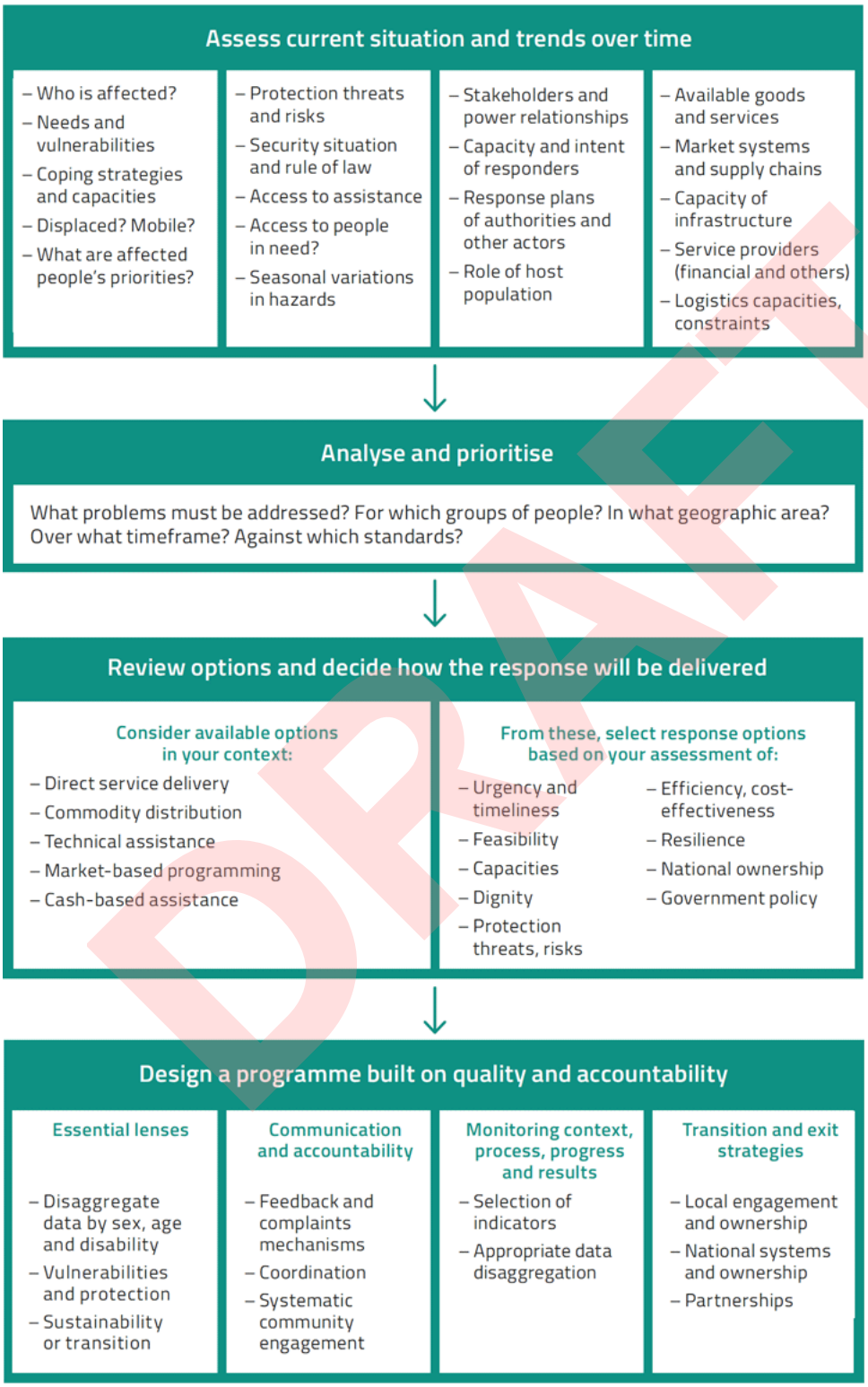
Pe tot parcursul manualului, termenul „persoane” a fost folosit, în sens larg, pentru a reflecta convingerea Sphere că toți indivizii au dreptul la demnitate și, prin urmare, dreptul la asistență. Termenul „persoane” trebuie interpretat ca incluzând totalitatea femeilor, bărbaților, băieților și fetelor, indiferent de vârstă, dizabilitate, naționalitate, rasă, etnie, stare de sănătate, apartenență politică, orientare sexuală, identitate de gen sau orice altă caracteristică pe care acestea o pot folosi pentru a se identifica.

Nu toate persoanele au un control egal asupra puterii de decizie și resurselor. Indivizii și grupurile din cadrul unei populații au capacități, nevoi și vulnerabilități diferite, care se schimbă în timp. Factorii individuali, cum ar fi vârsta, sexul, dizabilitatea și statutul juridic sau starea de sănătate pot limita accesul la asistență. Aceștia, precum și alți factori, pot constitui baza unei discriminări intenționate. Dialogul sistematic cu femei, bărbați, fete și băieți de toate vârstele și din toate mediile - atât separat, cât și în grupuri mixte - este fundamental pentru o bună programare a intervenției. Un individ nu poate fi etichetat drept vulnerabil doar pentru că este

DRAFT

tânăr sau bătrân, femeie sau fată, persoană cu dizabilități sau aparținând unei minorități etnice. Interacțiunea factorilor dintr-un anumit context este cea care poate consolida capacitățile indivizilor, poate crea reziliență sau poate submina accesul la asistență pentru orice persoană sau grup făcându-le astfel vulnerabile.

Înțelegerea contextului pentru aplicarea standardelor (Figura 1)



DRAFT

În numeroase contexte, comunități și grupuri întregi pot fi, de asemenea, vulnerabile, deoarece trăiesc în zone îndepărtate, nesigure sau inaccesibile, sau sunt dispersate geografic și au acces limitat la asistență și protecție.

Grupurile pot fi defavorizate și discriminate din cauza naționalității, etniei, limbii sau a apartenenței religioase sau politice, ceea ce necesită acordarea unei atenții speciale principiului imparțialității.

Atunci când diverse grupuri sunt implicate în elaborarea programelor, răspunsurile umanitare sunt mai cuprinzătoare, mai incluzive și pot avea rezultate mai sustenabile. Includerea și participarea populației afectate este fundamentală pentru asigurarea unei vieți demne.

Dezagregarea datelor

În multe situații, datele demografice ale populație sunt dificil de identificat sau de determinat. Cu toate acestea, datele dezagregate sunt necesare pentru a arăta nevoile distincte și impactul acțiunilor asupra diferitelor grupuri. Datele dezagregate pot ajuta la identificarea persoanelor cele mai expuse la risc, pot indica dacă acestea sunt capabile să acceseze și să utilizeze asistența umanitară și pot evidenția unde este nevoie de mai multe eforturi pentru a ajuta aceste persoane. Dezagregați datele în măsura în care este posibil și utilizați categorii adecvate contextului pentru a înțelege diferențele bazate pe sex sau gen, vârstă, dizabilitate, geografie, etnie, religie, castă sau orice alți factori care pot limita accesul la asistență imparțială.

Pentru datele generale privind vârsta, se utilizează aceleași cohorte ca în sistemele naționale de colectare a datelor. În cazul în care nu există cohorte naționale de vârstă, utilizați tabelul de mai jos. Poate fi necesară o dezagregare mai detaliată pentru a asista grupuri specifice, precum sugarii, copiii, tinerii, femeile sau vârstnicii.

Copiii

Copiii reprezintă un procent semnificativ al populației afectate de criză, cu toate acestea sunt adesea mai puțin vizibili. Capacitățile și nevoile copiilor variază în funcție de vârsta lor biologică și de stadiul de dezvoltare. Trebuie luate măsuri speciale pentru protejarea acestora și asigurarea accesul echitabil la serviciile de bază.

În timpul crizelor, copiii se confruntă cu riscuri specifice care le pun viața în pericol, inclusiv malnutriția, separarea de familiile lor, traficul de persoane, recrutarea în grupări armate, precum și violența și abuzul fizic sau sexual, toate acestea necesitând acțiuni imediate.

Riscurile de protecție sunt adesea agravate de mai mulți factori. De exemplu, este mai probabil ca băieții tineri și adolescenți să fie recrutați ca soldați de către forțele și grupările armate sau să participe la cele mai grave forme de exploatare prin muncă a copiilor. Adolescentele sunt mai susceptibile de a deveni sclave sexuale sau victime ale traficului de persoane. Copii cu dizabilități prezintă un risc mai mare de a fi abandonați sau neglijați. Fetele cu dizabilități necesită o atenție deosebită, deoarece se confruntă cu un risc mai mare de violență sexuală, exploatare sexuală și malnutriție.

Sex	**Dizabilitate**	**Vârsta**									
		0–5	**6–12**	**13–17**	**18–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–69**	**70–79**	**80+**
Feminin	Fără dizabilități										
	Cu dizabilități										
Masculin	Fără dizabilități										
	Cu dizabilități										

Este necesară solicitarea activă a opiniilor fetelor și băieților de toate vârstele și din toate categoriile cu privire la ajutorul umanitar, astfel încât aceștia să poată influența modul în care asistența este furnizată, monitorizată și evaluată. Convenția cu privire la drepturile copilului prevede că prin „copil” se înțelege orice persoană sub vârsta de 18 ani. Trebuie analizat însă modul în care populația afectată definește copiii pentru a garanta că niciun copil sau tânăr nu este exclus de la asistență.

Vârstnicii

Vârstnicii reprezintă o proporție din ce în ce mai mare a populației în majoritatea țărilor, dar sunt adesea neglijați în cadrul răspunsurilor umanitare.

În multe culturi, a fi considerat bătrân este legat de circumstanțe (cum ar fi statutul de bunic) sau de semne fizice (cum ar fi părul alb), mai degrabă decât de vârstă. În timp ce multe surse consideră că bătrânețea începe

DRAFT

de la 60 de ani, și vârsta de 50 de ani poate fi văzută ca un prag potrivit pentru definirea batrâneții în contextele în care au loc crize umanitare.

Vârstnicii cunosc și au experiență în strategiile de adaptare și își asumă rolul de îngrijitori, gestionari de resurse, coordonatori și generatori de venituri. De asemenea, ei întruchipează adesea tradițiile și istoria, acționând ca puncte de referință culturală. Izolarea, slăbiciunea fizică, întreruperea structurilor de sprijin familial și comunitar, bolile cronice, dificultățile funcționale și declinul capacităților mintale pot crește vulnerabilitatea vârstnicilor în contexte umanitare.

Este necesar să se asigure că aceștia sunt consultați și implicați în fiecare etapă a răspunsului umanitar. Trebuie avute în vedere furnizarea de servicii și informații, precum și asigurarea de medii accesibile și adecvate vârstei, și utilizarea de date dezagregate în funcție de vârstă pentru monitorizarea și gestionarea programelor.

Genul

„Genul" se referă la diferențele construite social dintre femei și bărbați care se manifestă de-a lungul vieții. Dinamica constructelor sociale se poate modifica în timp atât la nivelul aceleași culturi/ context cât și de la o cultură/ context la alta/altul. Genul determină adesea rolurile, responsabilitățile, puterea de decizie și accesul la resurse al femeilor, fetelor, băieților și bărbaților. Înțelegerea acestor diferențe și a modului în care au evoluat în timpul crizei este esențială pentru o intervenție umanitară eficientă și pentru asigurarea respectării drepturilor omului. Crizele pot fi o oportunitate de a aborda inegalitățile de gen și de a încuraja autonomia și responsabilitatea femeilor, fetelor, băieților și bărbaților.

Genul nu este același lucru cu sexul, care se referă la atributele biologice ale unei persoane.

„Gen" nu înseamnă „exclusiv femei". Deși femeile și fetele se confruntă cel mai adesea cu constrângeri în cadrul rolurilor de gen, și bărbații și băieții sunt influențați de percepții stricte privind masculinitatea. Egalitatea de gen necesită implicarea persoanelor de ambele sexe pentru dezvoltarea unor relații mai echitabile și participarea egală a femeilor, fetelor, bărbaților și băieților în intervențiile umanitare.

Violența bazată pe gen

„Violența bazată pe gen" descrie violența bazată pe diferențele de gen dintre bărbați și femei. Subliniază modul în care inegalitatea dintre bărbați și femei stă la baza majorității formelor de violență comise împotriva femeilor și fetelor din întreaga lume. Crizele umanitare pot intensifica anumite forme de violență bazată pe gen, inclusiv violența partenerului intim, căsătoria cu minori, violența sexuală și traficul de persoane.

Organizațiile au responsabilitatea de a lua toate măsurile necesare pentru a preveni exploatarea și abuzul sexual al persoanelor afectate de crize, inclusiv în cadrul propriilor activități. În cazul în care acuzațiile de conduită necorespunzătoare se dovedesc a fi adevărate, este important ca autoritățile competente să îl tragă la răspundere pe autorul faptei și cazul să fie rezolvat în mod transparent.

Persoanele cu dizabilități

Aproximativ 15 procente din populația lumii trăiește cu o anumită formă de dizabilitate. Persoanele cu dizabilități includ indivizii care suferă de deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale pe termen lung. Aceste persoane cu deficiențe pot întâlni diverse obstacole care le pot îngrădi participarea lor deplină și efectivă în societate în aceleași condiții ca și ceilalți.

În contextele umanitare, este probabil ca persoanele cu dizabilități să se confrunte cu bariere și obstacole în ceea ce privește mediul fizic, transportul, informarea și comunicarea, precum și accesul la facilitățile sau serviciile umanitare. Intervențiile umanitare trebuie să ia în considerare capacitățile și nevoile tuturor persoanelor cu dizabilități și să depună eforturi deliberate pentru a elimina barierele fizice, de comunicare și de atitudine care împiedică accesul și participarea acestora. Riscurile la care sunt expuse femeile și fetele cu dizabilități pot fi agravate de inegalitatea de gen și de discriminare.

DRAFT

⊕ *A se vedea referințele: Întrebările Grupului Washington (Washington Group Questions)* pentru dezagregarea datelor în funcție de dizabilitate, și ⊕ Standarde privind incluziunea umanitară pentru vârstnici și persoane cu dizabilități, pentru mai multe informații.

Persoanele care trăiesc cu și sunt afectate de HIV

Cunoașterea prevalenței HIV într-un anumit context este importantă pentru a înțelege vulnerabilitățile și riscurile existente și pentru a elabora un răspuns eficient. Strămutarea poate duce la creșterea vulnerabilității la HIV, iar crizele umanitare pot provoca întreruperi în ceea ce privește prevenirea și testarea HIV, și îngrijirea, tratamentul și serviciile de asistență dedicate persoanelor cu HIV. Măsuri specifice pentru a proteja populațiile cu risc ridicat împotriva violenței și a discriminării sunt deseori necesare. Situația poate fi agravată de inegalitatea de gen și de discriminarea bazată pe dizabilitate, identitatea de gen și orientarea sexuală. Persoanele care trăiesc cu HIV pot fi descurajate să apeleze la servicii în situații de criză, în cazul în care acestea sunt disponibile. Violența, discriminarea și strategiile adaptative negative, cum ar fi sexul tranzacțional, sporesc vulnerabilitatea la transmiterea HIV, în special pentru femei, fete și persoanele LGBTQI. Printre cei care prezintă cel mai mare risc se numără bărbații care au contacte sexuale cu alți bărbați, consumatorii de droguri injectabile, lucrătorii sexuali, persoanele transsexuale, persoanele cu dizabilități și persoanele deținute în penitenciare și alte structuri închise ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.3: HIV.

Factori precum o reducere a strămutărilor în timp și un acces mai mare la servicii pentru populațiile afectate de criză pot reduce riscul de infectare cu HIV. Pentru a evita practici discriminatorii, este necesară înlăturarea oricăror concepții greșite cu privire la persoanele care trăiesc cu HIV și la o posibilă prevalență crescută a HIV la nivelul populației. Persoanele care trăiesc cu HIV au dreptul de a trăi cu demnitate, fără discriminare, și trebuie să beneficieze de acces nediscriminatoriu la servicii.

Persoanele LGBTQI

Persoanele care se identifică drept lesbiene, homosexuali, bisexuali, transsexuali, „queer” sau intersexuali (LGBTQI) sunt adesea expuse unui risc sporit de discriminare, stigmatizare și violență sexuală și fizică. Acestea se pot confrunta cu obstacole în accesarea asistenței medicale, locuințelor, educației, locurilor de muncă, informațiilor și unităților de asistență umanitară. De exemplu, persoanele LGBTQI se confruntă adesea cu discriminare în cadrul programelor de asistență care se bazează pe unități familiale „convenționale”, cum ar fi cele de cazare de urgență sau de distribuire a alimentelor. Astfel de obstacole le afectează sănătatea și supraviețuirea și pot avea consecințe pe termen lung asupra integrării lor în comunitate. În pregătirea și planificarea unui răspuns, trebuie prevăzute măsuri de protecție specifice, sigure și bazate pe solidaritate. Astfel, este relevantă consultarea persoanelor și organizațiilor LGBTQI în fiecare etapă a răspunsului umanitar pentru o intervenție inclusivă.

Sănătatea mintală și sprijinul psihosocial

Persoanele reacționează diferit la stresul generat de o criză umanitară. Unii invidizi sunt mai predispuși să fie copleșiți de suferință, în special dacă au fost strămutați cu forța, separați de membrii familiei, dacă au fost supuși la violențe sau dacă au avut anterior probleme de sănătate mintală. Furnizarea de servicii de bază și asigurarea securității într-un mod adecvat din punct de vedere social și cultural sunt esențiale în prevenirea suferinței în rândul populațiilor afectate și în combaterea discriminării.

Consolidarea sprijinului psihosocial comunitar și a autoajutorării conduce la crearea unui mediu protector, permițând celor afectați să se ajute reciproc în vederea recuperării sociale și emoționale. Intervențiile individuale, familiale sau de grup focalizate - inclusiv intervențiile clinice - sunt importante, dar nu trebuie neapărat să fie oferite de specialiști în domeniul sănătății mintale. Acestea pot fi furnizate și de persoane fără pregătire medicală anterioră dar care sunt instruite și îndrumate ⊕ *a se vedea* Standard privind asistența medicală esențială 2.5: Îngrijirea sănătății mintale.

Populațiile afectate pot avea adesea o identitate spirituală sau religioasă și se pot asocia cu o comunitate confesională. Aceasta reprezintă de multe ori o parte esențială a strategiei lor de supraviețuire și necesită răspunsuri adecvate la nivel de intervenții sectoariale. Există din ce în ce mai multe dovezi că populațiile

DRAFT

afectate beneficiază atunci când personalul umanitar ține cont de identitatea religioasă a acestora. Comunitățile religioase existente au un mare potențial de a contribui la orice răspuns umanitar. O abordare centrată pe persoane necesită ca lucrătorii umanitari să fie conștienți de identitatea religioasă a populațiilor afectate. Există un număr din ce în ce mai mare de instrumente care ajută la realizarea acestui obiectiv.

Înțelegerea cadrului operațional

Răspunsul umanitar este implementat în contexte extrem de diferite, de la mediul urban la cel rural, de la conflicte la dezastre naturale ce se declanșează rapid și, adesea, o combinație a acestora în timp. Eficacitatea cu care intervenția răspunde nevoilor populației afectate va depinde de factori geografici, de securitate, sociali, economici, politici și de mediu. Cu toate că standardele minime au fost elaborate pentru intervenții imediate în vederea salvării de vieți omenești, acestea sunt aplicabile și în cadrul răspunsurilor umanitare care durează câteva zile, săptămâni, luni sau chiar ani. Răspunsul umanitar trebuie să se schimbe și să se adapteze în timp și să evite crearea unei dependențe de ajutor. O analiză continuă a contextului și a situației va indica momentul în care intervențiile trebuie să se adapteze mediului aflat în schimbare, cum ar fi noilor probleme de securitate sau evenimentelor sezoniere precum inundațiile.

O evaluare continuă a modului în care răspunsul umanitar afectează dinamica locală, cum ar fi în cazul achiziționării de bunuri și servicii sau închirierii de mijloace de transport, este esențială pentru a se asigura că acțiunea umanitară nu alimentează dinamica conflictului ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 2. Atunci când crizele se prelungesc, deficiențele sistemice majore pot intensifica nevoile și vulnerabilitățile populației afectate, necesitând eforturi suplimentare de protecție și de consolidare a rezilienței. Unele dintre aceste eforturi vor fi adresate mai bine prin intermediul sau în cooperare cu actori din domeniul dezvoltării.

Mecanismele de coordonare, cum ar fi sistemul de cluster/ grupurile de lucru, sunt necesare pentru a stabili o diviziune clară a intervențiilor la nivel sectorial și a responsabilităților asociate și pentru a identifica decalaje în ceea ce privește ariile, sectoarele și populațiile acoperite și calitatea răspunsului. Este important să se prevină duplicarea eforturilor și risipa de resurse. De asemenea, schimbul de informații și de cunoștințe între părțile interesate, planificarea comună și activitățile integrate, conduc la o gestionare o mai bună a riscurilor de către organizații și pot îmbunătăți rezultatele unui răspuns umanitar.

Susținerea actorilor naționali și locali

Recunoscând rolul principal și responsabilitățile derivate pe care statul gazdă le deține, manualul îi ghidează pe toți cei implicați în răspunsul umanitar cu privire la necesitatea de a conștientiza și susține aceste responsabilități. În cadrul unui conflict, disponibilitatea actorilor statali sau non-statali de a facilita accesul la populație poate avea un efect determinant.

Rolul statului în coordonarea unui răspuns umanitar va fi influențat de mulți factori, printre care:

- existența unui organism guvernamental însărcinat în mod special cu coordonarea sau punerea în aplicare a răspunsului umanitar (deseori denumit Autoritatea națională de gestionare a dezastrelor);
- rolul și capacitatea ministerelor de resort de a stabili standarde, cum ar fi standardele nutriționale și standardele pentru medicamentele esențiale și personalul medical;
- lipsa unor instituții de stat funcționale, de exemplu în zonele contestate. În astfel de cazuri extraordinare, este posibil ca actorii umanitari să fie nevoiți să instituie propriile mecanisme de coordonare.

Crizele prelungite

Atunci când este evident că un răspuns umanitar va dura mai mult de câteva luni sau ani, trebuie luate în considerare diferite mijloace pentru a răspunde nevoilor și asigurarea demnității populației afectate. În acest

DRAFT

caz, trebuie explorate oportunități de colaborare cu furnizori de servicii, autorități locale, comunități locale, rețele de protecție socială sau actori din domeniul dezvoltării pentru îndeplinirea nevoilor existente. Analiza acestor nevoi trebuie să se bazeze pe context și să cuprindă aspecte legate de protecție, precum și modul în care pot fi influențate drepturile populației afectate. Implicarea persoanelor de ambele sexe și de toate vârstele, cu dizabilități și din toate mediile, inclusiv a comunităților autodefinite, este necesară în analiza, procesul decizional, monitorizarea și evaluarea răspunsului umanitar. Trebuie identificate soluții pe termen lung și permanente cât mai curând posibil. Atunci când actorii umanitari au posibilitatea de a adopta soluții pe termen lung, acestea trebuie să aibă prioritate față de măsurile temporare.

Trebuie conștientizat faptul că persoanele afectate sunt adesea primele care vor acționa conform propriilor nevoi și vor căuta să se protejeze singure. În plus, asistența esențială poate fi oferită și de autoritățile naționale și locale, organizațiile societății civile, organizațiile religioase și altele. Aceste rețele de asistență preexistente trebuie identificate și sprijinite pentru a evita subminarea sau suprapunerea eforturilor.

Comunitățile urbane

Întrucât o parte tot mai mare din populația lumii se mută la oraș, lucrătorii umanitari trebuie să fie pregătiți să răspundă și în contexte urbane. Zonele urbane diferă de obicei de alte contexte în ceea ce privește:

- **Densitatea:** existența unei densități mai mari de persoane, case, infrastructură, legislație și culturi pe o suprafață relativ mică;
- **Diversitatea:** grupuri diverse din punct de vedere social, etnic, politic, lingvistic, religios și economic trăiesc în imediată apropiere;
- **Dinamica:** mediile urbane sunt fluide și schimbătoare, cu o mobilitate ridicată și relații de putere care se modifică rapid.

Municipalitatea va fi adesea principala autoritate guvernamentală, având legături cu alți actori și departamente guvernamentale, cum ar fi ministerele de resort. Trebuie analizat cu atenție accesul populației din mediul urban la serviciile de bază, la hrană și la mijloacele de trai, precum și orice discriminare asociată. Persoanele din orașe folosesc numerar pentru plata chiriilor, cumpărarea alimentelor și a serviciilor medicale. Standardele minime pentru o viață demnă se vor aplica indiferent de modul în care este oferită asistența.

Standardele minime Sphere pot fi utilizate pentru a sprijini mai multe modalități de furnizare a asistenței în zonele urbane, inclusiv prin intervenții la nivel de locuințe, cartiere sau zone. Diferite grupuri cu interese comune precum școlile, cluburile, organizațiile de femei și taximetriștii, pot oferi informații utile despre puncte de acces în oraș. Colaborarea cu actorii locali (cum ar fi sectorul privat, administrația locală, liderii de cartier și grupările comunitare) poate fi critică pentru repornirea, susținerea și consolidarea serviciilor existente, în loc de înlocuirea acestora. Acordați o atenție deosebită modului în care asistența umanitară poate sprijini planificarea investițiilor municipale, creând astfel plusvaloare în timpul crizei și pe termen lung.

Ca în orice situație, o analiză contextuală a mediului urban trebuie să includă resursele și oportunitățile existente, precum comerțul, lichiditățile, tehnologia, spațiile publice, persoanele cu aptitudini specializate și diversitatea socială și culturală, precum și riscurile și aspectele legate de protecție. Analiza trebuie să influențeze opțiunile de răspuns și alegerea finală a modului de intervenție, cum ar fi decizia de a oferi asistență în natură sau în numerar (și cea mai bună modalitate de a realiza acest lucru). Economia urbană unde numerarul este utilizat pe scară largă oferă oportunități pentru parteneriate cu actori din piață și din sectorul tehnologic, care pot facilita furnizarea asistenței în numerar.

Așezările comunale

Așezările comunale și taberele planificate, precum și centrele colective și așezările spontane găzduiesc milioane de persoane care au fost strămutate cu forța. Standardele Sphere pot fi utilizate pentru a asigura calitatea asistenței acordate în comunități în oricare din facilitățile menționate. Acestea pot contribui, de asemenea, la identificarea priorităților aferente programelor multisectoriale ce abordează probleme de sănătate publică și asigurarea accesului la serviciile de bază în așezările spontane.

DRAFT

În așezările comunale, existența unei echipe de gestionare a taberei poate contribui la creșterea responsabilității și la furnizarea coordonată a serviciilor. Cu toate acestea, așezările comunale prezintă și riscuri de protecție specifice. De exemplu, atunci când este restricționat dreptul la libertatea de circulație pentru a părăsi așezarea, este posibil ca persoanele să nu poată accesa piețele sau să nu-și poată asigura mijloacele de subzistență. De asemenea, trebuie acordată atenție și comunităților gazdă, deoarece diferențele de tratament reale sau percepute pot conduce la escaladarea tensiunilor sau a conflictelor. În astfel de cazuri, promovarea unei alternative la așezările de tip tabără și luarea în considerare a nevoilor comunității gazdă pot contribui la asigurarea dreptului la demnitate pentru populațiile afectate.

Comunitățile cu prezență militară națională sau internațională

Atunci când organizațiile umanitare intervin în aceeași zonă în care acționează forțe militare naționale sau internaționale, este important să fie conștiente de mandatele, modul de operare, capacitățile și limitele fiecăreia dintre acestea. În cazuri de dezastre și conflicte, organizațiile umanitare se pot afla în situația de a lucra îndeaproape cu o serie de forțe militare, inclusiv cu forțele guvernului gazdă, cu grupuri armate non-statale și cu forțele internaționale de menținere a păcii. Actorii umanitari trebuie să ia în considerare faptul că guvernele gazdă sunt obligate să ofere asistență și protecție persoanelor afectate de crize pe teritoriul lor. Forțele militare naționale sunt adesea mandatate să facă acest lucru.

Principiile umanitare trebuie să ghideze dialogurile și coordonarea umanitar-militară la toate nivelurile și în toate etapele de interacțiune. Schimbul de informații, planificarea și împărțirea sarcinilor sunt trei elemente esențiale ale unei coordonări civil-militare eficiente. Deși schimbul de informații între actorii umanitari și cei militari poate avea loc, acesta trebuie să depindă de contextul activităților operaționale. Agențiile umanitare nu trebuie să împărtășească informații care oferă unei părți implicate într-un conflict un avantaj tactic sau care pune în pericol populația civilă.

Uneori, este posibil ca organizațiile umanitare să fie nevoite să utilizeze capacitățile unice ale forțelor militare pentru a desfășura intervenții umanitare. Sprijinul militar acordat organizațiilor umanitare trebuie să se limiteze la permisiunea de a le utiliza infrastructura și asistență indirectă; asistența directă este o soluție de ultimă instanță.

Cooperarea cu forțele armate are un impact real sau perceput asupra neutralității și independenței operaționale a unei organizații umanitare, astfel încât trebuie să fie analizată cu atenție în prealabil. Documentele de orientare convenite la nivel internațional trebuie să stea la baza oricăror acorduri de coordonare umanitar-militară ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 6 și Referințe.

Impactul asupra mediului al răspunsului umanitar

Mediul în care oamenii trăiesc și lucrează este esențial pentru sănătatea, bunăstarea și recuperarea lor în urma unei crize. Înțelegerea modului în care persoanele afectate depind de mediul înconjurător pentru propria lor recuperare poate să influențeze modul de elaborare al programelor și să determine adoptarea de răspunsuri mai sustenabile pentru a face față șocurilor viitoare și pentru a reduce riscurile viitoare.

Operațiunile umanitare afectează mediul atât direct, cât și indirect. Răspunsul umanitar eficient trebuie, prin urmare, să evalueze cu atenție riscul de mediu în cadrul evaluărilor mai ample și analizelor situaționale efectuate. Programele trebuie să își reducă la minimum impactul asupra mediului și să ia în considerare modul în care achizițiile, transportul, alegerea materialelor sunt realizate sau terenurilor și a resurselor naturale sunt utilizate poate proteja sau degrada și mai mult mediul înconjurător ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

Țările și regiunile care se confruntă cu sărăcie, precum și cu o capacitate instituțională și ecologică fragilă, prezintă un risc ridicat de producere a dezastrelor naturale și de instabilitate, creând un cerc vicios al degradării sociale și de mediu. Acest lucru are consecințe asupra sănătății, educației, mijloacelor de subzistență și altor dimensiuni ale siguranței, demnității și bunăstării populației. Sustenabilitatea mediului este o componentă importantă a unui răspuns umanitar de calitate ⊕ *a se vedea* Angajamentele privind standardul umanitar de bază 3, 9 și Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

DRAFT

ANEXĂ
Furnizarea asistenței prin intermediul piețelor

Această anexă completează introducerea la Manualul Sphere, oferind informații și îndrumări suplimentare cu privire la utilizarea piețelor în îndeplinirea standardelor minime și ajutarea persoanelor afectate de crize să își satisfacă nevoile. Anexa se bazează pe capitolele fundamentale și este menționată în capitolele tehnice. Ca atare, reprezintă o componentă integrală a Manualului Sphere. Pentru a răspunde eficient în caz de criză, actorii umanitari trebuie să înțeleagă care sunt nevoile și cum să le satisfacă în mod practic. O parte a analizei constă în înțelegerea modului în care funcționează piețele și ce bunuri și servicii rămân disponibile la nivel local, național, regional și internațional în timpul crizei. Această înțelegere permite programelor umanitare să sprijine - sau cel puțin să nu perturbe - piețele pe parcursul răspunsului.

Analiza pieței ca parte a analizei de răspuns

Odată ce nevoile și capacitățile populației au fost evaluate pentru a identifica priorități, trebuie analizate diferitele modalități de a răspunde și de a satisface aceste nevoi. Analiza răspunsului trebuie să asigure luarea în considerare în mod sistematic a riscurilor și oportunităților operaționale, programatice și contextuale atunci când se decide modul în care va fi furnizată asistența. Acest lucru se numește uneori „alegerea modalității" [de intervenție].

Identificarea celei mai bune modalități de asistență pentru a răspunde nevoilor necesită:

- informații dezagregate privind prioritățile și modul în care persoanele doresc să acceseze asistența, în toate sectoarele și în timp;
- o înțelegere a vulnerabilităților economice, atât a celor preexistente, cât și a celor create de criză.

Ca parte a analizei de răspuns, analiza pieței ajută la identificarea celui mai eficient mod de a răspunde nevoilor prioritare: asistență în natură, furnizare de servicii, asistență în numerar sau o combinație a acestora în funcție de context. Analiza pieței va conduce la identificarea constrângerilor existente în piață, inclusiv probleme legate de cerere și ofertă sau politici, norme, reguli sau infrastructuri care limitează funcționarea pieței.

Oricare ar fi opțiunea de răspuns aleasă, aceasta trebuie să fie adecvată riscurilor de piață și să încerce să protejeze mijloacele de trai, locurile de muncă și întreprinderile locale. Sphere se bazează pe un respect fundamental față de persoanele afectate de criză și urmărește sprijinirea opțiunilor acestora pentru propria lor recuperare. Prin luarea în considerare a modului în care persoanele interacționează cu piețele locale pentru a obține bunuri, servicii și venituri, analiza pieței sprijină o abordare centrată pe persoană.

Intervențiile și piețele

Asistența poate fi furnizată prin intermediul piețelor în mai multe moduri, la nivel local, național sau regional. Astfel, furnizarea asistenței poate fi realizată în mod direct prin intermediul piețelor sau pot fi luate în considerare intervenții de sprijire a piețelor pentru a servi mai bine populația afectată.

- Achiziția locală și regională de produse de bază și de produse nealimentare sprijină funcția de furnizare de produse a piețelor.

DRAFT

- Asistența în numerar, care îi ajută pe oameni să achiziționeze bunuri sau servicii disponibile la nivel local, sprijină cererea la nivel de piață.
- Sprijinul pentru infrastructură, cum ar fi îmbunătățirea accesului rutier la piețe, sau pentru adoptarea de reforme, cum ar fi legislația care să prevină prețurile fixe, sprijină piața astfel încât aceasta să poată deservi mai bine populația afectată.

Sexul, etnia sau dizabilitatea influențează adesea în mod direct accesul fizic, financiar și social la piețe. Ce diferențe există între bărbați, femei, tineri și vârstnici în ceea ce privește accesul la piețe? Sunt comercianții de o anumită etnie în măsură să acceseze facilități de creditare? Acești factori precum și alții influențează gradul în care indivizii pot participa activ pe piețe.

Considerente etice și de mediu trebuie examinate atunci când se elaborează intervenții bazate pe piață. Este necesar ca piețele care exploatează excesiv resursele naturale, ecosistemele și mediul înconjurător să nu fie încurajate într-un mod care să expună și mai mult populația la riscuri.

Bunuri, servicii și piețe: Atunci când se intervine pentru a răspunde nevoilor umanitare prioritare, trebuie să se ia în considerare atât bunurile, cât și serviciile ca parte a programelor umanitare. Majoritatea standardelor Sphere implică furnizarea unui anumit tip de bunuri sau accesul la bunuri. Cu toate acestea, sectoarele sociale, cum ar fi sănătatea și educația, se caracterizează prin furnizarea de sau îmbunătățirea accesului la servicii; în acest caz, furnizarea prin intermediul piețelor poate să nu fie o opțiune viabilă. Atunci când se lucrează cu furnizori-terți de servicii sau cu subcontractanți, trebuie luate măsuri pentru monitorizarea îndeaproape a calității serviciilor și produselor furnizate de aceștia ⊕ *a se vedea* Standard privind sistemele de sănătate 1.4: Finanțarea în domeniul sănătății.

În unele cazuri, sunt adecvate intervențiile bazate pe piață care sprijină indirect accesul la servicii. Asistența în numerar poate sprijini transportul către unitățile sanitare sau accesul la educație (cumpărarea de uniforme și rechizite școlare). Contabilizarea cheltuielilor casnice oferă date clare cu privire la costul accesului la servicii, inclusiv la cele care ar trebui să fie gratuite. Monitorizarea cheltuielilor casnice trebuie să fie întotdeauna susținută de monitorizarea rezultatelor obținute ca urmare a utilizării asistenței în numerar.

Sectoarele bazate pe servicii pot lua în considerare, de asemenea, intervenții bazate pe piață în cazul unor bunuri precum plasele de pat tratate cu insecticid, alimentele complementare și produsele farmaceutice, în cazul în care acestea îndeplinesc criteriile de calitate ⊕ *a se vedea* Standard privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente esențiale și dispozitive medicale.

În majoritatea contextelor, va fi necesară o combinație de intervenții bazate pe piață. Aceste intervenții vor trebui probabil sprijinite de alte activități, cum ar fi cele care oferă asistență tehnică. Această combinație va evolua pe parcursul programului și poate trece de la ajutor în natură la ajutor în numerar sau tichete, sau viceversa. Împreună cu monitorizarea programului, monitorizarea pieței este importantă pentru a confirma sau ajusta forma de asistență.

Colaborarea între funcțiile de aprovizionare, logistică și implementare a programului este necesară în orice moment. Pentru îndrumări suplimentare privind instrumentele care sprijină această alegere și analiză ⊕ *a se vedea* Referințe.

Liste de verificare

Listă de verificare pentru asistența în numerar

Această secțiune prezintă o listă de considerații necesare furnizării de asistență prin intermediul piețelor. Urmărește ciclul managementui de program și include alte elemente importante care trebuie luate în considerare în furnizarea de asistență în numerar pentru îndeplinirea standardelor minime. Fiecare context va fi diferit, iar opțiunile pentru mecanismele de furnizare vor varia în funcție de infrastructură, protecția datelor, raportul cost-eficacitate și incluziune financiară.

DRAFT

Conceperea programelor

- Determinați criteriile de selecție în funcție de obiectivele programului și includeți considerente specifice asistenței în numerar.
- Analizați cu atenție ce membru al familiei ar trebui să primească asistență în numerar, pe baza unei evaluări clare a riscurilor și luând în considerare aspecte legate de protecție.
- Identificați mecanisme sigure, accesibile și eficiente de furnizare a asistenței, în funcție de contextul, obiectivele și dimensiunea programului, precum și de educația și preferințele financiare ale beneficiarilor.
- Calculați suma de transfer pe baza nevoilor care trebuie acoperite și a costurilor aferente.
- Stabiliți frecvența și durata transferului în funcție de nevoi, de sezonalitate, de capacitatea furnizorului de servicii financiare și de riscurile de protecție.
- Atunci când este posibil și fezabil, adoptați o perspectivă multisectorială.
- Definiți aspectele-cheie și indicatorii corespunzători pentru monitorizarea procesului, activităților, realizărilor și rezultatelor.

Implementarea

- Includeți considerentele specifice contextului și oricare alte dimensiuni relevante în cererile de ofertă pentru achiziția de servicii financiare și stabiliți criterii clare de selecție.
- Aveți în vedere utilizarea mecanismelor de furnizare a serviciilor sociale deja existente.
- Folosiți sisteme de înregistrare și de identificare a beneficiarilor care să fie adecvate pentru mecanismul de distribuire și pentru protecția datelor cu caracter personal.
- Asigurați-vă că în procesul de înregistrare și identificare a beneficiarilor, datele solicitate de furnizorul de servicii financiare sunt colectate.
- Aplicați și documentați măsurile de protecție a datelor.
- În măsura în care este posibil, folosiți mecanisme pentru stocarea și procesarea datelor digitale în colaborare cu diferite organizații („sisteme interoperabile”).
- Definiți clar procedurile, rolurile și responsabilitățile asociate procesului de distribuire de numerar, precum și a mecanismelor de gestionare a riscurilor.
- Asigurați-vă că procesul de furnizare a asistenței în numerar este accesibil și efectiv.
- Asigurați-vă că toate grupurile afectate de criză pot accesa mecanismul de distribuire ales, pe toată durata proiectului.
- Asigurați-vă că beneficiarii dispun de informații cu privire la obiectivele programului și la durata asistenței în numerar, astfel încât aceștia să-și poată planifica cheltuielile în cunoștință de cauză.
- Asigurați-vă că furnizorii de servicii financiare sunt responsabili față de beneficiari prin includerea de prevederi specifice în contractul de servicii și prin monitorizarea procesului de distribuire ⊕ *a se vedea* Angajamentele privind standardul umanitar de bază 4 *și* 5.

DRAFT

Monitorizarea, evaluarea și învățarea continuă

- Monitorizați procesele, activitățile, rezultatele și riscurile legate de asistența în numerar, inclusiv prin monitorizarea post-distribuție.
- Monitorizați dacă persoana potrivită este cea care a primit numerarul sau tichetele, în condiții de siguranță, la timp și în cuantumul corect.
- Monitorizați piețele și lanțurile de aprovizionare în mod consecvent, inclusiv la nivel de prețuri.
- Monitorizați cheltuielile casnice și triangulați informațiile cu datele obținute prin monitorizarea pieței pentru a evalua dacă nevoile beneficiarilor pot fi într-adevăr satisfăcute prin asistența în numerar și dacă strategiile de adaptare negative pot fi reduse.
- Monitorizați riscurile potențiale asociate asistenței în numerar, inclusiv riscurile de protecție și orice impact negativ asupra resurselor naturale.
- Evaluați rezultatele intervențiilor bazate pe asistența în numerar.
- Evaluați periodic dacă asistența în numerar răspunde eficient nevoilor în schimbare, adaptați programul în consecință și sprijiniți învățarea continuă pentru programele viitoare.

Checklist pentru managementul lanțului de aprovizionare și logistică

Această secțiune prezintă o listă de considerații privind managementul lanțului de aprovizionare și logistica. Urmărește ciclul managementului de program și include și alte elemente importante care trebuie luate în considerare.

Managementul lanțului de aprovizionare (SCM) începe cu alegerea produselor sau a serviciilor. SCM include identificarea sursei, achiziția, managementul calității, managementul riscului (inclusiv asigurarea), ambalarea, expedierea, transportul, depozitarea, gestionarea inventarului, livrarea și distribuția. SCM implică mulți parteneri diferiți, de accea este importantă coordonarea activităților între aceștia ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 6.

Este necesară o echipă cu expertiză specifică pentru SCM. Printre tipurile de expertiză relevantă se numără managementul contractelor, managementul transportului și al depozitării, gestionarea inventarului, managementul analizei fluxului de mărfuri și al informațiilor, urmărirea expedierilor și managementul importurilor. Practicile de management și de monitorizare trebuie să garanteze că bunurile ajung în siguranță până la punctele de distribuție. În continuare, organizațiile umanitare sunt cele responsabile să se asigure că produsele și serviciile (inclusiv serviciile de asistență în numerar) îi deservesc pe cei care au nevoie de asistență.

Achizițiile locale și regionale stimulează piețele locale, ceea ce îi poate determina pe fermieri și producători să producă mai mult și, astfel, economia locală să fie dinamizată. Cu toate acestea, atunci când bunurile necesare sunt deja relativ limitate, achizițiile locale sau regionale ar putea cauza probleme pe alte piețe sau ar putea perturba rețelele comerciale existente. În schimb, importurile îi pot afecta pe producătorii locali sau regionali și pot, de asemenea, perturba rețelele comerciale existente.

Conceperea programelor

- Evaluați disponibilitatea la nivel local a bunurilor și serviciilor necesare înainte de a le procura din afara zonei.
- Luați în considerare posibilitatea colaborării cu transportatori locali sau regionali de renume, care cunosc reglementările, procedurile și infrastructurile locale, și care pot asigura conformitatea cu legile țării gazdă și accelera livrărilor.

DRAFT

- Într-un mediu de conflict, instituiți un proces riguros de verificare a furnizorilor de servicii.
- Asigurați-vă că aprovizionarea cu bunuri sau servicii locale nu provoacă sau exacerbează ostilități.
- Determinați dacă utilizarea resurselor naturale este sustenabilă și dacă nu produce conflicte suplimentare privind resursele.
- Stabiliți proceduri transparente, echitabile și publice de atribuire a contractelor de achiziție, luând în considerare opțiunile locale, naționale și internaționale.
- În cazul în care sunt implicate mai multe organizații, coordonați procesul de aprovizionare locală în măsura în care este posibil.

Implementarea

- Dezvoltați relații bune cu furnizorii, comercianții locali și prestatorii de servicii.
- Solicitați în cadrul contractului asigurarea unei calități corespunzătoare a bunurilor și serviciilor achiziționate, precum și respectarea unor practici etice și ecologic sustenabile.
- Formați și supervizați personalului implicat la toate nivelurile lanțului de aprovizionare pentru a se asigura calitatea produselor și respectarea procedurile de siguranță (pentru beneficiari și personal), precum și practicile etice și ecologic sustenabile.
- Asigurați participarea personalului organizațiilor partenere și al furnizorilor de servicii la formare și organizați aceste programe de formare în limba locală.
- Stabiliți proceduri de asumare a răspunderii, inclusiv la nivelul planificării aprovizionării, transportului și depozitării, gestionării inventarului, raportării și sistemelor financiare.
- Evitați utilizarea alimentelor pentru a plăti în natură costul operațiunilor logistice, cum ar fi activitatea de descărcare a bunurilor. Aceste costuri trebuie să fie incluse în bugetul de bază.
- Se recomandă utilizarea de depozite diferite pentru produsele alimentare și cele nealimentare. Atunci când se alege un depozit, trebuie să se stabilească dacă acesta nu a fost folosit pentru depozitarea de mărfuri periculoase și dacă nu există niciun pericol de contaminare. Printre factorii care trebuie luați în considerare în alegerea unui depozit, se numără: siguranța, capacitatea, accesul facil, soliditatea structurală și absența oricărei amenințări de inundații.
- Evaluați și gestionați riscurile de securitate asociate rutelor de transport și depozitării.
- În situații de conflict, stabiliți sisteme de control și supravegheați toate etapele lanțului de aprovizionare pentru a reduce la minimum riscul de furt sau de rechiziționare a bunurilor de către părțile beligerante.
- Analizați și abordați implicațiile politice și de securitate ale lanțului de aprovizionare care pot avea efecte ample, cum ar fi posibilitatea ca stocurile deturnate să alimenteze un conflict armat ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 2.
- Reduceți la minimum și raportați pierderile de bunuri la toate nivelurile lanțului de aprovizionare.

DRAFT

- Inspectori calificați (cum ar fi experți în siguranța alimentară și lucrători ai laboratoarelor de sănătate publică) trebuie să verifice bunurile deteriorate sau necorespunzătoare și să propună eliminarea lor.

- Eliminați rapid produsele deteriorate, înainte ca acestea să devină un pericol pentru sănătatea sau siguranța publică. Metodele de eliminare a bunurilor includ vânzarea (de exemplu, pentru hrana animalelor) și îngroparea sau incinerarea autorizată a acestora în prezența autorităților competente. În toate cazurile, bunurile necorespunzătoare nu trebuie să reintre în lanțul de aprovizionare, să dăuneze mediului sau să contamineze sursele de apă ⊕ *a se vedea* WASH Standarde privind managementul deșeurilor solide 5.1 *to* 5.3.

- Necesitățile de management cotidian includ raportarea promptă și transparentă a oricăror întârzieri sau abateri în lanțul de aprovizionare. Puneți la dispoziția celor interesați, documentații și formulare adecvate, în limba locală, în toate locațiile în care se primesc, se depozitează și/sau se expediază bunuri. Astfel, se păstrează o evidență documentată a tranzacțiilor.

Monitorizarea, evaluarea și învățarea continuă

- Monitorizați și gestionați fluxurile de aprovizionare cu mărfuri pentru a evita deturnarea și întreruperea distribuțiilor, precum și pentru a evita denaturarea pieței.

- Informați periodic părțile interesate cu privire la performanța eforturilor depuse în cadrul lanțului de aprovizionare.

- Asigurați schimbul de informații relevante privind nivelul stocurilor, recepțiile de mărfuri preconizate și distribuțiile între părțile interesate din lanțul de aprovizionare. Urmăriți nivelurile stocurilor pentru a evidenția la timp deficitele și problemele anticipate. Schimbul de informații între parteneri poate facilita utilizarea de împrumuturi pentru a preveni întreruperea fluxurilor de aprovizionare. În cazul în care resursele sunt insuficiente, anumite bunuri vor trebui prioritizate. Consultați părțile interesate pentru a identifica soluții.

- Asigurați-vă că mecanismele de responsabilizare și de comunicare reflectă particularitățile proceselor de livrare.

- Asigurați-vă că există sisteme de urmărire și gestionare a bunurilor și de management al informațiilor încă de la începutul intervenției.

- Evaluați periodic dacă asistența acordată răspunde eficient nevoilor în schimbare, adaptați programul în consecință și sprijiniți învățarea continuă pentru programele viitoare.

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Înțelegerea vulnerabilităților și a capacităților

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme (Standarde umanitare de includere a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități. Consorțiul pentru vârstă și dizabilitate ca parte a programului ADCAP). HelpAge, 2018. www.helpage.org

Programarea bazată pe apartenența religioasă

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming (O abordare sensibilă la apartenența religioasă în răspunsul umanitar: îndrumări privind programarea în materie de sănătate mintală și psihosocială). The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

Analiza pieței și programarea bazată pe piață

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) (Standarde minime de redresare economică): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards (Standardul de bază 2 și Standarde în materie de evaluare și analiză). The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Standardul minim pentru analiza pieței). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Asistență în numerar

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. CBA Instrumentele pentru asigurarea calității programului http://pqtoolbox.cashlearning.org

Managementul lanțului de aprovizionare și logistică

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA) (Urmărirea mărfurilor: Aplicație pentru urmărirea transporturilor umanitare). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page (Pagină de referințe logistice). UNOCHA. https://www.humanitarianresponse.info

Logistics Operational Guide (LOG) (Ghid operațional logistic). Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013 (Sisteme și scenarii de piață Oxfam). Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V (Set de instrumente în C&V). Logistics Cluster. www.logcluster.org

Bibliografie suplimentară

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

DRAFT

2. Carta umanitară

DRAFT

Carta umanitară

Carta umanitară reprezintă cadrul etic și juridic al principiilor de protecție, al standardului umanitar de bază și al standardelor minime prezentate în manual. Este, pe de o parte, o declarație de recunoaștere a unor drepturi și obligații; pe de altă parte, reprezintă o afirmație cu privire la convingeri comune.

În ceea ce privește drepturile și obligațiile juridice, Carta umanitară sintetizează principiile juridice fundamentale care au cea mai mare relevanță în asigurarea bunăstării celor afectați de dezastre sau conflicte. În ceea ce privește convingerile comune, Carta reprezintă o încercare de exprimare a unui consens între agențiile umanitare față de principiile care trebuie să guverneze răspunsul la dezastre sau conflicte, inclusiv rolurile și responsabilitățile diferiților actori implicați.

Carta umanitară stă la baza angajamentului agențiilor umanitare care aderă la Sphere și este o invitație adresată tuturor celor care se implică în acțiuni umanitare de a adopta aceleași principii.

Convingerile noastre

1. Carta umanitară exprimă convingerea noastră comună, în calitate de agenții umanitare, că toate persoanele afectate de dezastre sau conflicte au dreptul de a primi protecție și asistență care să asigure condițiile de bază pentru o viață demnă. Considerăm că principiile descrise în Cartă sunt universale, aplicându-se tuturor celor afectați de dezastre sau conflicte, oriunde s-ar afla, și tuturor celor care încearcă să le acorde asistență sau să le garanteze securitatea. Aceste principii sunt reflectate în dreptul internațional, dar își derivă forța, în ultimă instanță, din principiul moral fundamental al **umanității**: toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și drepturi. Pe baza acestui principiu, afirmăm supremația **imperativului umanitar**: trebuie luate măsuri pentru a preveni sau a atenua suferința umană care rezultă din dezastre sau conflicte și că nimic nu trebuie să prevaleze asupra acestui principiu.

În calitate de agenții umanitare locale, naționale și internaționale, ne angajăm să promovăm și să respectăm principiile din prezenta Cartă și să îndeplinim standardele minime în eforturile noastre de acordare de asistență și protecție celor afectați. Îi invităm pe toți cei care se implică în activități umanitare, inclusiv actorii guvernamentali și din sectorul privat, să adere la principiile, drepturile și îndatoririle comune enunțate mai jos, ca o declarație a convingerilor umanitare comune.

Rolul nostru

2. Recunoaștem că nevoile de bază ale persoanelor afectate de dezastre sau conflicte sunt satisfăcute în primul rând prin propriile eforturi și prin sprijinul instituțiilor comunitare și locale. Recunoaștem rolul și responsabilitatea primordială a statului afectat de a oferi asistență în timp util celor afectați, de a asigura protecția și securitatea persoanelor și de a oferi sprijin pentru recuperarea acestora. Considerăm că o combinație de acțiuni oficiale și voluntare este importantă pentru prevenirea și organizarea unui răspuns eficient, iar în această privință, Societățile Naționale ale Mișcării de Cruce Roșie și Semilună Roșie și alți actori ai societății civile au un rol esențial de jucat în sprijinirea autorităților publice. În cazul în care capacitatea națională este insuficientă, afirmăm rolul comunității internaționale mai largi, în special al donatorilor guvernamentali și al organizațiilor regionale, de a ajuta statele să își îndeplinească responsabilitățile. Recunoaștem și sprijinim rolurile speciale jucate de agențiile mandatate de Organizația Națiunilor Unite și de Comitetul Internațional al Crucii Roșii.

3. În calitate de agenții umanitare, desfășurăm acțiuni în raport cu nevoile și capacitățile populațiilor afectate, precum și cu responsabilitățile guvernelor acestora sau ale formațiunilor care le guvernează. Rolul nostru de a oferi asistență reflectă realitatea faptului că cei care au, în principal, această responsabilitate nu sunt întotdeauna pe deplin capabili să îndeplinească ei înșiși acest rol sau nu sunt dispuși să și-l asume. În măsura în

DRAFT

care este posibil, în concordanță cu respectarea imperativului umanitar și a altor principii enunțate în prezenta Cartă, vom sprijini eforturile autorităților relevante de a proteja și asista persoanele afectate. Facem apel la toți actorii statali și nestatali să respecte rolul imparțial, independent și nepărtinitor al agenților umanitare și să le faciliteze activitatea prin eliminarea obstacolelor juridice și practice inutile, asigurându-le siguranța și permițându-le accesul în timp util și consecvent la populațiile afectate.

Principii comune, drepturi și obligații

4. În calitate de agenții umanitare, furnizăm servicii, pe baza principiului umanității și a imperativului umanitar, recunoscând drepturile tuturor persoanelor afectate de dezastre sau conflicte - femei și bărbați, băieți și fete. Printre acestea se numără drepturile la protecție și asistență reflectate în dispozițiile dreptului internațional umanitar, ale drepturilor omului și ale dreptului refugiaților. În sensul prezentei Carte, rezumăm aceste drepturi după cum urmează:

- **dreptul la o viață demnă**;
- **dreptul de a primi asistență umanitară**;
- **dreptul la protecție și securitate**.

Deși aceste drepturi nu sunt formulate în aceeași termeni în dreptul internațional, ele înglobează o serie de drepturi juridice consacrate și dau un conținut mai deplin imperativului umanitar.

5. **Dreptul la o viață demnă** este reflectat în dispozițiile dreptului internațional și, în special, în măsurile privind drepturile omului referitoare la dreptul la viață, dreptul la un nivel de trai adecvat și dreptul de a nu fi supus torturii sau tratamentelor sau pedepselor crude, inumane sau degradante. Dreptul la viață implică datoria de a proteja viața atunci când aceasta este amenințată. Este implicită datoria de a nu refuza sau de a nu împiedica furnizarea de asistență pentru salvarea de vieți. Demnitatea presupune mai mult decât bunăstarea fizică; ea include respectul pentru întreaga persoană, inclusiv pentru valorile și convingerile indivizilor și ale comunităților afectate, precum și respectarea drepturilor omului, inclusiv a libertății în sens general, a libertății de conștiință și a practicii religioase.

6. **Dreptul de a primi asistență umanitară** este un element de bază al dreptului la o viață demnă. Acesta include dreptul la un nivel de trai adecvat, inclusiv accesul la hrană, apă, îmbrăcăminte, adăpost și mijloace adecvate de asigurare a unei bune sănătăți, care sunt garantate în mod expres în dreptul internațional. Standardul umanitar de bază și standardele minime reflectă aceste drepturi și le transpun în practică, în special în ceea ce privește furnizarea de asistență pentru persoanele afectate de dezastre sau conflicte. În cazul în care actorii statali sau non-statali nu oferă ei înșiși o astfel de asistență, suntem de părere că trebuie să permită celorlalți să facă acest lucru. Orice astfel de asistență trebuie să fie furnizată în conformitate cu principiul **imparțialității**, care impune furnizarea exclusiv pe baza necesităților și proporțional cu acestea. Imparțialitatea reflectă principiul mai larg al **nediscriminării**: nimeni nu trebuie discriminat indiferent de statut, pe motiv de vârstă, sex, rasă, culoare, etnie, orientare sexuală, limbă, religie, dizabilități, stare de sănătate, opinie politică sau de altă natură și origine națională sau socială.

7. **Dreptul la protecție și securitate** este înrădăcinat în dispozițiile dreptului internațional, în rezoluțiile Organizației Națiunilor Unite și ale altor organizații interguvernamentale, precum și în responsabilitatea suverană a statelor de a-i proteja pe toți cei aflați sub jurisdicția lor. Siguranța și securitatea reprezintă o preocupare umanitară deosebită, inclusiv protejarea refugiaților și a persoanelor strămutate intern. Conform legii, unele persoane pot fi deosebit de vulnerabile la abuzuri și discriminare din cauza statutului lor, de exemplu vârsta, sexul sau rasa, și pot avea nevoie de măsuri speciale de protecție și asistență. În măsura în care un stat nu are capacitatea de a proteja oamenii în circumstanțele respective, considerăm că trebuie să solicite asistență internațională pentru a face acest lucru.

Legislația privind protecția civililor și a persoanelor strămutate necesită o atenție deosebită în următoarele cazuri:

DRAFT

i. În timpul unui **conflict armat**, așa cum este definit în dreptul internațional umanitar, există prevederi legale specifice privind protecția și asistența acordate celor care nu sunt implicați în conflict. În special, Convențiile de la Geneva din 1949 și Protocoalele adiționale din 1977 impun obligații atât părților angajate în conflictele armate internaționale, cât și în cele neinternaționale. Subliniem imunitatea generală a populației civile față de atacuri și represalii și, în special, importanța următoarelor principii și obligații:

- principiul **distincției** între civili și combatanți, precum și între bunuri civile și obiective militare;
- principiile **proporționalității** în utilizarea forței și **precauției** în atac;
- obligația de a se abține de la utilizarea abuzivă a armelor care, prin natura lor, provoacă răni sau suferințe inutile;
- obligația de a permite acordarea de asistență umanitară imparțială.

Mare parte din suferințele evitabile cauzate civililor în conflictele armate rezultă din nerespectarea acestor principii de bază.

ii. **Dreptul de a solicita azil sau refugiu** rămâne vital pentru protejarea celor care se confruntă cu persecuția sau violența. Persoanele afectate de dezastre sau conflicte sunt adesea forțate să își părăsească locuințele în căutarea siguranței și a mijloacelor de subzistență. Dispozițiile Convenției din 1951 privind statutul refugiaților (amendată) și ale altor tratate internaționale și regionale oferă garanții fundamentale celor care nu pot obține protecție din partea statului al căror cetățeni sunt sau din partea statului de reședință și care sunt forțați să caute siguranță în altă țară. Cel mai important este principiul **nereturnării**: principiul conform căruia nimeni nu poate fi trimis înapoi într-o țară în care viața, libertatea sau securitatea fizică îi sunt amenințate sau în care este posibil să fie supus torturii sau altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. Același principiu se aplică, prin extensie, persoanelor intern strămutate, așa cum este reflectat în dreptul internațional al drepturilor omului și cum a fost dezvoltat în Principiile directoare privind strămutarea internă din 1998 și în legislația regională și națională în materie.

Angajamentul nostru

8. Ne oferim serviciile având convingerea că populația afectată se află în centrul acțiunii umanitare și recunoaștem că participarea activă a acesteia este esențială pentru a oferi asistență în cel mai potrivit mod pentru a răspunde nevoilor sale, inclusiv ale persoanelor vulnerabile și excluse social. Ne vom strădui să sprijinim eforturile locale de prevenire, pregătire și răspuns la dezastre și la efectele conflictelor și să consolidăm capacitățile actorilor locali la toate nivelurile.

9. Suntem conștienți de faptul că încercările de a oferi asistență umanitară pot avea uneori efecte adverse neintenționate. În colaborare cu comunitățile afectate și autoritățile, ne propunem să reducem la minimum orice efecte negative ale acțiunilor umanitare asupra comunității locale sau asupra mediului. În ceea ce privește conflictele armate, recunoaștem că modul în care este furnizată asistența umanitară poate face ca civilii să fie mai vulnerabili la atacuri sau poate, uneori, să aducă un avantaj neintenționat uneia sau mai multor părți participante la conflict. Ne angajăm să reducem la minimum orice astfel de efecte negative, în măsura în care acest lucru este în concordanță cu principiile prezentate mai sus.

10. Vom acționa în conformitate cu principiile umanitare stabilite în prezenta Cartă și cu orientările specifice din Codul deontologic al Mișcării de Cruce Roșie și Semilună Roșie și al ONG-urilor pentru intervențiile de urgență (1994).

DRAFT

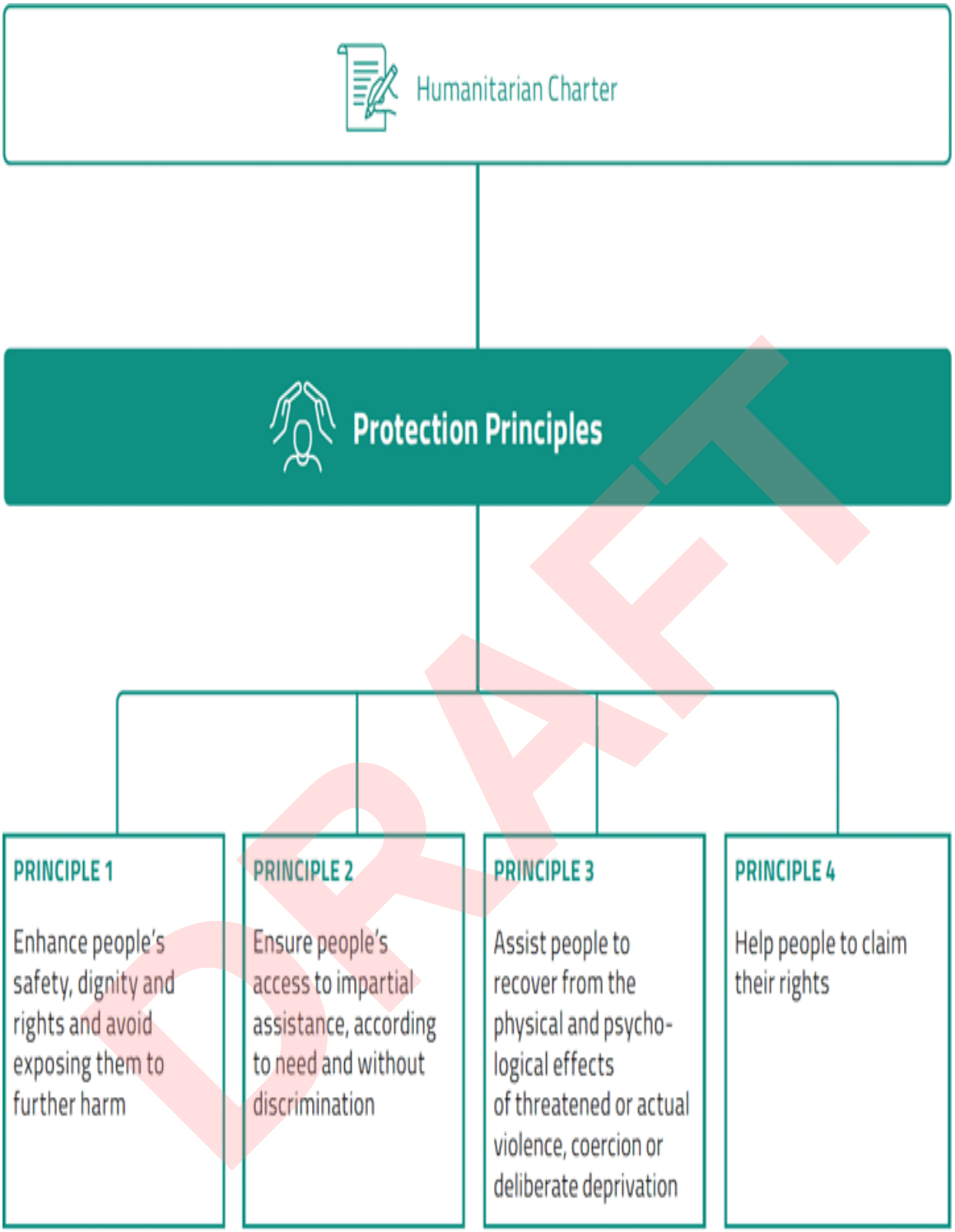
11. Standardul umanitar de bază și standardele minime oferă cadrul practic pentru aplicarea principiilor comune din prezenta Cartă, pe baza înțelegerii de către agențiile umanitare a cerințelor minime de bază pentru o viață demnă și a experienței lor în furnizarea de asistență umanitară. Deși îndeplinirea standardelor depinde de o serie de factori, dintre care mulți nu sunt sub controlul nostru, ne angajăm să încercăm să le îndeplinim în mod consecvent și ne asumăm răspunderea în consecință. Invităm toate părțile, inclusiv guvernele afectate și donatoare, organizațiile internaționale și actorii privați și nestatali, să adopte standardul umanitar de bază și standardele minime ca norme acceptate.

12. Prin aderarea la standardul umanitar de bază și la standardele minime, ne angajăm să depunem toate eforturile pentru a ne asigura că persoanele afectate de dezastre sau conflicte au cel puțin acces la cerințele minime necesare unei vieți demne și sigure, inclusiv la apă, canalizare, hrană, nutriție, adăpost și asistență medicală adecvată. În acest scop, vom continua să milităm pentru ca statele și alte părți să își îndeplinească obligațiile morale și legale față de populațiile afectate. În ceea ce ne privește, ne angajăm ca intervențiile noastre să fie cât mai eficiente, adecvate și responsabile prin evaluarea și monitorizarea temeinică a evoluției contextului local, prin transparența informațiilor oferite și a procesului de luare a deciziilor, precum și printr-o coordonare și o colaborare mai eficientă la toate nivelurile cu alți actori relevanți, astfel cum se detaliază în standardul umanitar de bază și în standardele minime. În special, ne angajăm să acționăm în parteneriat cu populațiile afectate, punând accentul pe participarea activă a acestora la răspuns. Recunoaștem că responsabilitatea noastră fundamentală trebuie să fie față de cei pe care încercăm să îi ajutăm.

DRAFT

3. Principiile de protecție

DRAFT



DRAFT

APPENDIX Summary of Professional Standards for Protection Work

Cuprins

Principiile de protecție

- Principiul 1
- Principiul 2
- Principiul 3
- Principiul 4

Anexă: Rezumat privind standardele profesionale pentru activitățile de protecție

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Principiile de protecție

Patru Principii de protecție se aplică tuturor acțiunilor umanitare și tuturor actoriilor umanitari.

1. Consolidarea siguranței, demnității și a drepturilor persoanelor, precum și evitarea expunerii acestora la vătămări.
2. Asigurarea accesului persoanelor la asistență, fără discriminare, în funcție de nevoile acestora.
3. Asistarea persoanelor în recuperarea fizică și psihologică necesară ca urmare a amenințărilor sau a actelor de violență, constrângerilor sau privațiunilor.
4. Sprijinirea persoanelor în revendicarea drepturilor ce li se cuvin.

Principiile de protecție sprijină drepturile prevăzute în Carta umanitară: dreptul la demnitate, dreptul la asistență umanitară și dreptul la protecție și securitate. Principiile definesc rolul pe care toți actorii umanitari îl pot juca pentru a contribui la protejarea persoanelor. Rolurile și responsabilitățile actorilor umanitari sunt, totuși, secundare față de cele ale statului. Statul sau alte autorități competente dețin responsabilitatea legală pentru bunăstarea persoanelor aflate pe teritoriul sau sub jurisdicția lor și pentru siguranța civililor în caz de conflict armat. În ultimă instanță, aceste autorități sunt cele care au datoria de a garanta securitatea și siguranța persoanelor prin aplicarea de măsuri sau restricții. Rolul actorilor umanitari poate fi acela de a încuraja și de a convinge autoritățile să își îndeplinească responsabilitățile și, în cazul în care acestea nu reușesc să facă acest lucru, de a ajuta persoanele să facă față consecințelor apărute.

Acest capitol oferă îndrumări cu privire la modul în care organizațiile umanitare pot contribui la protecția persoanelor, ajutându-le să rămână în siguranță, să aibă acces la asistență, să se recupereze în urma violenței și să își revendice drepturile.

DRAFT

Protecția se referă la siguranța, demnitatea și drepturile persoanelor afectate de dezastre sau conflicte armate. Comitetul Permanent Inter-agenții (IASC) definește protecția ca fiind:

„... toate activitățile menite să obțină respectarea deplină a drepturilor individului, în conformitate cu litera și spiritul legilor relevante (de exemplu, legislația internațională a drepturilor omului, dreptul internațional umanitar, dreptul internațional al refugiaților).”

În sens larg, protecția cuprinde toate eforturile depuse de actorii din domeniul umanitar și al drepturilor omului pentru a se asigura că drepturile persoanelor afectate și obligațiile părților responsabile conform dreptului internațional sunt înțelese, respectate, protejate și îndeplinite fără discriminare.

Protecția constă în luarea de măsuri pentru a menține persoanele în siguranță față de violență, constrângeri și privațiuni deliberate.

Deseori, există un set prioritar de preocupări ce privesc protecția de interes pentru comunități întregi în orice scenariu umanitar, ce presupun acțiuni strategice în vederea eficientizării abordării. Pentru ca un răspuns umanitar să fie centrat pe protecție, este esențial să se înțeleagă și să se abordeze principalele riscuri la adresa populațiilor afectate, care includ prejudiciile grave rezultate din nerespectarea dreptului internațional umanitar, a dreptului refugiaților sau a drepturilor omului.

DRAFT

Transpunerea principiilor în practică

Oricine aplică standardele minime Sphere trebuie să se ghideze după principiile de protecție, chiar dacă nu are un focus specific pe protecție sau nu este specializat/ă în acest domeniu. Aplicarea principiilor de protecție include înțelegerea contextului și luarea de măsuri pentru a preveni, a limita sau a pune capăt încălcărilor și riscurilor la adresa siguranței persoanelor. Este esențial să se furnizeze informațiile necesare și să se sprijine capacitatea indivizilor de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la propria situație și cum aceasta poate fi îmbunătățită.

Actorii specializați în domeniul protecției trebuie să respecte aceste principii, precum și standardele complementare specifice. Acești actorii specializați desfășoară activități de sine stătătoare, concentrându-se asupra unor domenii de interes specifice, cum ar fi:

- protecția copilului;
- violența bazată pe gen;
- drepturile locative, funciare și de proprietate;
- acțiunile de luptă împotriva minelor;
- statul de drept și justiția;
- consilierea juridică;
- susținătorii și apărătorii drepturilor omului;
- populațiile strămutate; și
- drepturile refugiaților.

⊕*A se vedea* Referințe și Anexa: Standarde profesionale pentru activitatea de protecție, care vizează localizarea familiei, reînnoirea documentelor, protecția datelor și alte aspecte.

Activități de protecție

Activitățile referitoare la protecție pot fi preventive, de reacție, de remediere și de consolidare a mediului protectiv. Respectarea principiilor de protecție implică o combinație a acestor activități.

- **Prevenție:** Prevenirea amenințărilor ce pot avea loc la adresa siguranței, demnității sau drepturilor, sau reducerea expunerii la sau a vulnerabilității față de aceste amenințări.
- **Reacție:** Stoparea încălcărilor sau a abuzurilor în desfășurare prin reacția imediată la violență, constrângere și privațiune.
- **Remediere:** Adoptarea de soluții de recuperare în urma abuzurilor curente sau suferite în trecut prin oferirea de asistență medicală (inclusiv sprijin psihosocial), asistență juridică sau alt tip de sprijin, pentru a ajuta persoanele să își recapete demnitatea.
- **Consolidarea mediului:** Contribuția la crearea unui mediu politic, social, cultural, instituțional și juridic care să sprijine respectarea deplină a drepturilor populației afectate. Aceasta include încurajarea respectării drepturilor în conformitate cu dreptul internațional.

Activitatea de advocacy, fie ea publică sau privată, este comună tuturor celor patru categorii de activități. În cazul în care amenințările la adresa populației afectate provin din decizii, acțiuni sau politici deliberate, organizațiile umanitare sau de apărare a drepturilor omului trebuie să pledeze pentru modificarea deciziilor, acțiunilor sau politicilor care amenință aceste drepturi. Aceasta poate include influențarea sau schimbarea comportamentului unei persoane sau organizații care reprezintă o amenințare, precum și încercarea de a schimba politicile sau cadrele legale discriminatorii. Poate include, de asemenea, sprijinirea eforturilor făcute de indivizi pentru a-și asigura siguranța și reducerea expunerii la riscuri.

DRAFT

Principiul de protecție 1:
Consolidarea siguranței, demnității și a drepturilor persoanelor, precum și evitarea expunerii acestora la vătămări

Actorii din domeniul umanitar iau măsuri pentru a reduce riscurile generale și vulnerabilitatea persoanelor, inclusiv la efectele potențial negative ale programelor umanitare.

Acest principiu include:

- Înțelegerea riscurilor privind protecția în funcție de context;
- Acordarea de asistență într-o manieră demnă, care să reducă riscurile cu care se pot confrunta persoanele în satisfacerea nevoilor lor;
- Acordarea de asistență într-un mediu care nu expune și mai mult persoanele la pericole fizice, violență sau abuzuri;
- Sprijinirea capacității persoanelor de a se proteja singure.

În centrul acestui principiu se află importanța evitării efectelor negative cauzate de programele de asistență umanitară ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 3.

Note orientative

Analiza contextului: Presupune înțelegerea contextului și anticiparea consecințelor acțiunilor umanitare care pot afecta siguranța, demnitatea și drepturile populației afectate. Implică colaborarea cu partenerii și cu grupurile de femei, bărbați, băieți și fete afectați pentru a efectua analize periodice a riscurilor, pe măsură ce situația se schimbă.

Următoarea listă nu este exhaustivă, dar poate constitui o bază pentru o astfel de analiză:

- Care sunt amenințările, riscurile și vulnerabilitățile în materie de protecție la nivelul întregii populații? Ce capacități are populația pentru a le minimiza?
- Există grupuri care se confruntă cu riscuri specifice? De ce? Luați în considerare, de exemplu, etnia, casta, clasa socială, genul, sexul, vârsta, handicapul sau orientarea sexuală.
- Există obstacole care împiedică persoanele să aibă acces la asistență sau să participe la luarea deciziilor? Acestea pot include securitatea, barierele sociale sau fizice sau modul în care sunt furnizate informațiile.
- Ce fac comunitățile locale pentru a se proteja? Cum pot organizațiile umanitare să sprijine și să nu submineze aceste eforturi? Există riscuri pentru persoanele care se protejează singure?
- Există persoane care adoptă mecanisme adaptative negative, cum ar fi sexul tranzacțional, căsătoria timpurie, exploatarea copiilor prin muncă sau migrația riscantă? Ce se poate face pentru a atenua vulnerabilitățile ce stau la baza acestor mecanisme?
- Au activitățile umanitare consecințe negative nedorite, cum ar fi punerea în pericol a persoanelor la punctele de distribuție sau provocarea de diviziuni/tensiuni în cadrul comunității sau cu comunitățile gazdă? Ce se poate face pentru a reduce acest risc?

DRAFT

- Există legi represive cu risc de protecție, cum ar fi testarea obligatorie pentru HIV, criminalizarea relațiilor homosexuale sau altele?

Este necesară înființarea și menținerea unor mecanisme de schimb de informații cu și de responsabilizare față de comunități, inclusiv cu cele aflate în situații de risc, pentru a identifica și redresa aspectele legate de protecție.

Evitarea complicității la încălcarea drepturilor persoanelor prin desfășurarea de activități care conferă legitimitate politicilor și practicilor care cauzează probleme. Printre exemplele care pot avea acest rezultat se număra activități care conduc la relocarea forțată a populațiilor din motive politice sau militare sau escaladarea indirectă a conflictului prin alegerea neglijentă a partenerilor sau a contractanților comerciali. Această analiză poate implica alegeri și decizii dificile, dar trebuie să fie luată în considerare în mod explicit și revizuită pe măsură ce circumstanțele se schimbă.

Asistența umanitară: Modul și mediul în care este oferită asistența constituie factori care pot face ca indivizii să devină mai vulnerabili la prejudicii, violență sau constrângere.

- Furnizați asistența în cel mai sigur mediu posibil și căutați activ modalități de minimizare a potențialelor amenințări și vulnerabilități. De exemplu, asigurarea accesului la educație și asistență medicală în locații la care toate persoanele pot avea acces în siguranță ⊕ *a se vedea* Manualul INEE.

- Trebuie adoptate toate măsurile rezonabile atunci când se furnizează și gestionează asistența pentru a asigura protejarea persoanelor de agresiuni fizice și sexuale. De exemplu, bunuri de consum de valoare sau asistența în numerar pot face obiectul unui furt, punând beneficiarii în pericol.

- Sprijiniți indivizii să găsească opțiuni sigure pentru satisfacerea nevoilor de bază într-un mod care să reducă expunerea la riscuri. De exemplu, furnizarea de alternative de combustibil care reduc necesitatea colectării lemnelor de foc în medii periculoase.

- Concepeți activități care să protejeze fetele și băieții, și care nu creează riscuri suplimentare, cum ar fi recrutarea copiilor ca soldați, răpirea sau separarea de familie ⊕ *a se vedea* Manualul CPMS.

- Coordonați-vă cu autoritățile guvernamentale și cu organizațiile specializate în ceea ce privește îndepărtarea minelor antipersonal și a munițiilor neexplodate din zonele în care se acordă asistență ⊕ *a se vedea* Standardele internaționale de acțiune împotriva minelor.

- Trebuie luat în considerare orice impact neintenționat asupra mediului înconjurător care ar putea afecta siguranța, demnitatea și drepturile persoanelor.

- Consultați diferitele părți ale comunității, inclusiv a grupurilor de risc și organizațiile în care acestea se încred, pentru a înțelege care este cel mai bun mod de a oferi asistență. De exemplu, este indicată colaborarea cu persoanele cu dizabilități pentru a stabili cum se poate oferi asistență acestei categorii. Nu trebuie să existe riscuri suplimentare pentru bunăstarea acestora sau a persoanelor în care au încredere pentru a primi asistență în numele acestora.

Mecanismele de protecție comunitară: Trebuie înțelese mijloacelor prin care persoanele încearcă să se protejeze pe ele însele, familiile și comunitățile lor. Sprijiniți inițiativelor de întrajutorare gestionate de comunitate. Intervențiile umanitare nu trebuie să compromită capacitatea indivizilor de a se proteja pe ei înșiși și pe ceilalți.

Informațiile sensibile: Asigurați-vă că persoanele nu sunt puse în pericol ca urmare a modului în care actorii umanitari înregistrează și împărtășesc informațiile. Este necesară stabilirea unei politici privind colectarea și

DRAFT

trimiterea de informații sensibile. Aceasta trebuie să definească circumstanțele în care pot fi transmise informații și trebuie să respecte principiul consimțământului în cunoștință de cauză. În caz contrar, se poate compromite siguranța supraviețuitorilor și a personalului.

Principiul de protecție 2:
Asigurarea accesului persoanelor la asistență, fără discriminare, în funcție de nevoile acestora .

Actorii umanitari identifică obstacolele în calea accesului la asistență și iau măsuri pentru a se asigura că aceasta este furnizată proporțional cu nevoile identificate și fără discriminare.

Acest principiu include:

- Contestarea oricăror acțiuni care îi privează în mod deliberat pe indivizi de nevoile lor de bază, utilizând principiile umanitare și legislația relevantă ⊕ *a se vedea* Carta umanitară;
- Oferirea de sprijin în funcție de nevoile persoanelor și asigurarea faptului că acestea nu sunt discriminate din alte motive;
- Asigurarea accesului la asistență pentru toate categoriile de populație afectată.

În centrul acestui principiu se află ideea conform căreia comunitățile trebuie să aibă acces la asistența umanitară de care au nevoie ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 2.

Note orientative

Imparțialitate: Stabiliți priorități de asistență exclusiv pe baza necesităților și acordați asistență proporțional cu nevoile. Este vorba de principiul imparțialității enunțat în Codul deontologic al Mișcării Internaționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie și al ONG-urilor pentru intervenții de urgență ⊕ *a se vedea* Anexa 2 și Carta umanitară. Organizațiile umanitare nu trebuie să se concentreze exclusiv asupra unui anumit grup (de exemplu, persoanele strămutate într-o tabără sau anumite grupuri minoritare) dacă această concentrare se face în detrimentul unui alt grup din populația afectată care are nevoie de ajutor.

Dreptul de a primi asistență umanitară: Pledați în favoarea dreptului persoanelor afectate de situațiile de criză de a primi asistență umanitară. În cazul în care persoanele nu-și pot satisface nevoile de bază singure și autoritățile competente nu sunt în măsură să ofere asistența necesară, autoritățile nu trebuie să refuze accesul organizațiilor umanitare imparțiale. Un astfel de refuz poate încălca dreptul internațional, în special în situații de conflict armat. Persoanele afectate de criză nu trebuie să aibă un statut juridic special pentru a beneficia de asistență și protecție umanitară.

Autoritățile nu trebuie să nege existența nevoilor umanitare sau să folosească obstacole birocratice pentru a restricționa circulația lucrătorilor umanitari.

Obstacole în calea accesului: Monitorizați accesul persoanelor la asistență umanitară pentru a identifica și înțelege orice obstacole cu care acestea se pot confrunta. Luați măsuri pentru a depăși aceste obstacolele, acolo unde este posibil.

- Luați în considerare obstacolele care reduc libertatea de mișcare a persoanelor sau accesul fizic al acestora la asistența umanitară. Aici sunt incluse blocade, minarea terenului și puncte de control. În conflictele armate, părțile pot înființa puncte de control, dar acestea nu ar trebui să discrimineze nicio categorie de persoane afectate sau să împiedice în mod nejustificat accesul persoanelor la asistență umanitară.

DRAFT

- Înlăturați obstacolele care pot restricționa accesul unor grupuri și persoane, ceea ce ar rezulta în furnizarea de asistență inechitabilă. Obstacolele pot conduce la discriminarea femeilor și a copiilor, a vârstnicilor, a persoanelor cu dizabilități sau a minorităților. De asemenea, acestea pot împiedica accesul persoanelor la asistență pe motive etnice, religioase, politice, de orientare sexuală, de identitate de gen, de limbă sau alte criterii.

- Furnizați informații, în formate și limbi accesibile, în legătură cu drepturile cuvenite și mecanismele de feedback. Sunt necesare eforturi crescute pentru a ajunge la grupurile de risc „ascunse" precum persoanele cu dizabilități, copiii care trăiesc pe străzi sau cei care locuiesc în regiuni mai puțin accesibile, pentru a le facilita accesul la asistență în siguranță.

Principiul de protecție 3:
Asistarea persoanelor în recuperarea fizică și psihologică necesară ca urmare a amenințărilor sau a realelor acte de violență, constrângerilor sau privațiunilor

Actorii umanitari oferă sprijin imediat și susținut celor afectați de aceste încălcări, inclusiv referirea către servicii suplimentare, după caz.

Acest principiu include:

- Referirea supraviețuitorilor către serviciile de sprijin relevante;

- Luarea tuturor măsurilor rezonabile pentru a se asigura că populația afectată nu este expusă la alte violențe, constrângeri sau privațiuni;

- Sprijinirea eforturilor proprii ale persoanelor de a-și recăpăta demnitatea și drepturile în cadrul comunităților lor și de a fi în siguranță.

La baza acestui principiu se află ideea conform căreia comunitățile și persoanele afectate de crize primesc asistență coordonată și complementară ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 6.

Note orientative

Recomandările: Este necesară cunoașterea sistemelor de referire existente și sprijinirea persoanelor afectate de violență pentru a accesa în siguranță servicii adecvate oferite de acestea. Este posibil ca unele persoane să nu solicite asistență după o încălcare a drepturilor. În acest caz, luați măsuri pentru a înțelege obstacolele care îi împiedică pe indivizi să solicite asistență și adaptați sistemul de referire în consecință.

Sprijiniți supraviețuitorii violenței fizice sau bazate pe gen pentru a accesa servicii precum asistență medicală, asistență din partea poliției, sănătate mintală și sprijin psihosocial, precum și alte servicii. Aceste servicii trebuie să țină seama de sexul, vârsta, dizabilitatea, orientarea sexuală a persoanei sprijinite, precum și de alți factori relevanți ⊕ *a se vedea* Orientări pentru integrarea intervențiilor privind violența bazată pe gen în acțiunile umanitare.

Inființați și utilizați mecanisme sigure și eficiente de referire către serviciile de protecție a copilului care sprijină copiii supraviețuitori ai violenței, exploatării, abuzului și neglijenței.

Acțiunea comunitară: Trebuie sprijinite acțiunile comunitare și activitățile de întrajutorare care contribuie la restabilirea sentimentului de autonomie a persoanelor și la îmbunătățirea protecției acestora.

DRAFT

Sprijiniți mecanismele de răspuns în domeniul protecției familiei, comunității și individului, precum și a sănătății mintale și a asistenței psihosociale. Acestea pot include crearea unui cadru securizant în care persoanele pot discuta despre situația lor, pot alege cum să răspundă la anumite amenințări la adresa protecției lor și pot elabora și pune în aplicare măsuri pentru a le adresa.

Sprijiniți grupurile locale, cum ar fi grupurile de tineri, grupurile de femei sau grupurile religioase, pentru a pune în aplicare mijloace non-violente de autoprotecție și pentru a sprijini persoanele vulnerabile.

Ori de câte ori este posibil, permiteți ca familiile să rămână împreună, inclusiv familiile netradiționale, și permiteți persoanelor dintr-un anumit sat sau dintr-o anumită rețea de sprijin să locuiască în aceeași zonă.

Sprijiniți mecanismele adaptative pozitive de la nivel comunitar, cum ar fi înmormântările conform obiceiurilor culturale locale, ceremoniile și practicile religioase, precum și practicile culturale și sociale care nu sunt considerate un pericol pentru ceilalți.

Încălcările continue ale drepturilor omului, monitorizarea și raportarea: Este necesară cunoașterea mecanismelor de raportare a încălcărilor drepturilor omului și respectarea procedurilor și politicilor existente pentru schimbul de informații sensibile în condiții de siguranță ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1 și Anexa: Standarde profesionale pentru activitatea de protecție.

De asemenea, încălcările în desfășurare trebuie considerate și adresate împreună cu partenerii și agențiile specializate. Responsabilitatea principală de a proteja persoanele revine guvernului și altor autorități competente. Colaborați cu agențiile specializate pentru a identifica actorii cu responsabilitate legală sau capacitate de a oferi servicii de protecție și pentru a le reaminti acestora obligațiile ce le revin. Agențiile de securitate și de aplicare a legii, poliția și forțele militare și de menținere a păcii joacă un rol important în asigurarea securității fizice a persoanelor. Atunci când este sigur și situația o permite, alertați poliția, forțele de ordine sau forțele militare cu privire la încălcări ale drepturilor omului.

În timpul conflictelor armate, luați în considerare monitorizarea situației instituțiilor care furnizează servicii esențiale și care sunt protejate în mod specific de dreptul internațional umanitar, cum ar fi școlile și spitalele, și raportați orice atac asupra acestora. Depuneți eforturi specifice pentru a reduce riscurile și amenințările de răpire sau de recrutare forțată care pot avea loc în perimetrul acestora.

Gestionarea informațiilor sensibile: Organizațiile umanitare trebuie să dispună de politici și proceduri clare care să ghideze personalul cu privire la modul în care trebuie să reacționeze în cazul în care constată sau sunt martori la abuzuri, precum și cu privire la modul în care trebuie să refere cazurile către specialiști sau agenții specializate. Confidențialitatea informațiilor trebuie explicată în cadrul acestor politici.

Probele, cum ar fi declarațiile martorilor, profilurile persoanelor și imaginile care permit identificarea indivizilor, pot fi extrem de sensibile și pot îi pot pune pe aceștia în pericol. Informațiile sensibile cu privire la abuzuri sau încălcări specifice trebuie colectate de agenții specializate care dispun de competențele, sistemele, capacitățile și protocoalele necesare ⊕ *a se vedea* Anexa: Standarde profesionale pentru activitatea de protecție.

DRAFT

Principiul de Protecție 4:
Sprijinirea persoanelor în revendicarea drepturilor ce li se cuvin

Actorii umanitari ajută comunitățile afectate să își revendice drepturile prin informare și documentare, și sprijină eforturile de consolidare a respectării drepturilor.

Acest principiu include:

- Sprijinirea persoanelor pentru a-și afirma drepturile și pentru a accesa soluții din partea guvernului sau a altor surse;

- Asistarea persoanelor pentru a obține documentele de care au nevoie pentru a-și demonstra drepturile;
- Promovarea respectării depline a drepturilor persoanelor și a dreptului internațional, contribuind la un mediu de protecție mai puternic.

În centrul acestui principiu se află necesitatea ca persoanele afectate de crize să își cunoască drepturile de care dispun și beneficiile pe care le pot accesa ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 4.

Note orientative

Informațiile accesibile: Este necesară educarea și furnizarea de informații care să le permită persoanelor să înțeleagă și să își susțină drepturile. Informați persoanele cu privire la drepturile lor, de exemplu în ceea ce privește opțiunile de reîntoarcere și relocare. Colaborați cu organizațiile specializate care oferă asistență juridică pentru a informa persoanele cu privire la drepturile lor în temeiul legilor și reglementărilor țării în cauză.

Furnizați informații în limbi pe care persoanele afectate le pot înțelege. Utilizați mai multor formate (cum ar fi cele scrise, grafice sau audio) pentru a face informația cât mai larg accesibilă. Testați înțelegerea mesajelor cu diferite grupuri, luând în considerare variațiile de vârstă, sex, nivel de educație și limbă maternă.

Documentația: În general, persoanele au drepturi, indiferent dacă dețin sau nu anumite documente. Cu toate acestea, fără un anumit document, cum ar fi certificatul de naștere, certificatul de căsătorie, certificatul de deces, pașaportul, un titlu de proprietate sau un certificat de studii, persoanele se pot confrunta cu obstacole în calea exercitării drepturilor și beneficiilor lor. Îndrumați-i către agențiile care pot furniza sau înlocui aceste documente.

Documentele juridice recunoscute de autoritățile competente nu trebuie confundate cu documentele eliberate de organizațiile umanitare, cum ar fi cartelele de rație sau documentele de înregistrare. Documentele eliberate de autorități nu trebuie să determine cine este eligibil pentru asistența furnizată de organizațiile umanitare.

Accesul la asistență juridică și la sistemul judiciar: Persoanele au dreptul de a solicita despăgubiri legale și de altă natură din partea guvernului și a autorităților competente pentru încălcarea drepturilor lor. Solicitarea poate include despăgubiri pentru pierderea unui bun sau restituirea acestuia. De asemenea, indivizii au dreptul să se aștepte ca cei ce le încalcă drepturile să fie deferiți justiției.

Este necesară asistarea celor care optează pentru acțiuni legale pentru a avea acces la mecanismele de justiție în condiții de siguranță. O îndrumare eficientă necesită o înțelegere a agențiilor care pot oferi asistență juridică.

Promovarea accesului la justiție în situațiile în care procedura judiciară ar putea cauza prejudicii suplimentare victimelor trebuie evitată. De exemplu, furnizorii de asistență medicală și rețelele de referire a cazurilor de violență bazată pe gen trebuie să cunoască sistemul medico-legal național și legile în vigoare privind violența sexuală. Informați supraviețuitorii cu privire la existența unor legi de raportare obligatorie, ce limitează confidențialitatea informațiilor pe care pacienții le furnizează. Acest lucru poate influența decizia supraviețuitorului privind continuarea primirii de servicii medicale sau raportarea incidentelor, dar această decizie trebuie respectată ⊕ *a se vedea* Sănătatea: Standardul 2.3.2 privind sănătatea sexuală și reproductivă.

În timpul perioadelor de criză, comunitățile afectate pot utiliza mecanisme alternative și informale de soluționare a litigiilor, cum ar fi medierea la nivel comunitar. În cazul în care acestea există, informați persoanele și explicați-le cum pot accesa aceste servicii.

Proprietatea funciară și accesul la aceasta pot fi surse majore de dispută. Încurajați autoritățile și comunitățile să colaboreze pentru a rezolva problemele legate de acestea.

DRAFT

Anexă

Rezumat privind standardele profesionale pentru activitatea de protecție

În conflictele armate sau în alte situații de violență, este esențială protecția civililor care pot fi expuși la producerea de prejudicii și suferințe. Un răspuns eficient în materie de protecție necesită competențe profesionale și respectarea unor standarde minime profesionale convenite de comun acord, care sunt aplicabile tuturor actorilor din domeniul protecției.

Standardele profesionale pentru activitatea de protecție au fost stabilite pentru a crea o bază comună pentru activitatea de protecție în rândul actorilor din domeniul umanitar și al drepturilor omului și pentru a maximiza eficiența acordării de protecție pentru populația afectată. Acestea vin în completarea principiilor de protecție.

Standardele reflectă ideea conform căruia persoanele trebuie să se afle în centrul acțiunilor întreprinse în numele lor. Indivizii au un rol important în analizarea, dezvoltarea și monitorizarea răspunsurilor de protecție la amenințările și riscurile cu care se confruntă. Dincolo de îmbunătățirea siguranței fizice a oamenilor, eforturile de protecție trebuie să promoveze respectarea drepturilor, a demnității și integrității celor expuși la risc sau care fac obiectul unor încălcări și abuzuri.

Paleta de activități puse în aplicare de actorii umanitari variază foarte mult și este esențial ca toți actorii să integreze preocupările legate de protecție în practica lor, în conformitate cu principiile de protecție. Standardele profesionale se adresează, în primul rând, profesioniștilor din domeniul protecției și organizațiilor care desfășoară activități de protecție specifice în conflicte armate și în alte situații de violență.

Standardele profesionale oferă organizațiilor un fundament solid pe baza căruia să revizuiască și să elaboreze politici interne, orientări și materiale de formare. Oferă o referință practică pentru profesioniștii care elaborează și implementează strategii de protecție pe teren. Acestea pot servi, de asemenea, ca sursă de inspirație. Standardele reprezintă un punct de referință util pentru a ajuta alți actori și părți interesate să înțeleagă modul în care actorii specializați în domeniul protecției pun în aplicare în condiții de siguranță activitățile pentru a spori protecția persoanelor și a comunităților.

Aceste standarde nu urmăresc să reglementeze activitatea de protecție sau să limiteze diversitatea din acest domeniu, ci mai degrabă completează alte principii profesionale și încurajează actorii din domeniul protecției să le integreze în propriile practici, orientări și cursuri de formare.

Standardele profesionale 2018 sunt organizate după cum urmează:

1. Principii generale în activitatea de protecție
2. Gestionarea strategiilor de protecție
3. Schițarea structurii de protecție
4. Consolidarea bazei juridice de protecție
5. Promovarea complementarității
6. Gestionarea datelor și informațiilor în vederea obținerii de rezultate în materie de protecție
7. Menținerea capacității profesionale

Standardele includ informații cu privire la implicațiile tehnologiei informației și comunicațiilor (TIC) și legislației tot mai cuprinzătoare din domeniul protecției datelor, cu îndrumări specifice privind gestionarea informațiilor privind protecția.

DRAFT

Dialogul și colaborarea între lucrătorii din domeniul umanitar și al drepturilor omului, forțele de menținere a păcii ale Organizației Națiunilor Unite și alte forțe militare și de poliție mandatate la nivel internațional sunt adesea necesare pentru a asigura rezultate în materie de protecție. Standardele profesionale oferă orientări privind menținerea unei abordări bazate pe principii în cadrul acestor interacțiuni.

Eforturile naționale, regionale și internaționale de combatere a „extremismului violent" prin intermediul legislației antiteroriste sunt, de asemenea, abordate în Standardele profesionale, clarificând modul în care acest tip de legislație poate afecta activitățile actorilor din domeniul protecției.

Descărcați Standardele profesionale pentru activitatea de protecție din magazinul de cărți electronice al Comitetului Internațional al Crucii Roșii (CICR): https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html.

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Protecția generală: context și instrumente

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version (Standardele minime ale agenției pentru incorporarea protecției în răspunsul umanitar – Versiunea de testare pe teren)*, Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia și World Vision Australia, 2008,* https://drc.ngo

Policy on Protection in Humanitarian Action (Politica privind protecția în acțiunile umanitare)*, IASC, 2016,* www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence (Standarde profesionale pentru activitățile de protecție îndeplinite de actorii umanitari și cei din domeniul drepturilor omului în conflicte armate și alte situații de violență), *ICRC, 2018,* https://shop.icrc.org

Violența bazată pe gen

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery (Directive pentru integrarea intervențiilor ce vizează violență bazate pe gen în acțiunile umanitare: reducerea riscului, promovarea rezilienței și sprijinirea recuperării)*, IASC, 2015,* gbvguidelines.org

Drepturi locative, funciare și de proprietate

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons (Principii privind restituirea locuințelor și a bunurilor în cazul refugiaților și a persoanelor strămutate), *OHCHR, 2005,* www.unhcr.org

Persoane strămutate

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (Manual pentru protecția persoanelor strămutate), *Global Protection Cluster, 2010,* www.globalprotectioncluster.org

Sănătate mintală și sprijin psihosocial

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (Directive ale IASC privind sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență), *IASC, 2007,* https://interagencystandingcommittee.org

Acțiune împotriva minelor

International Mine Action Standards (Standarde internaționale privind acțiunea împotriva minelor), www.mineactionstandards.org

Vârstnici și persoane cu dizabilități

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme (Standarde umanitare de includere a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități. Consorțiul pentru vârstă și dizabilitate ca parte a programului ADCAP), *HelpAge, 2018,* www.helpage.org

Copiii și protecția copiilor

DRAFT

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery (Standarde minime INEE pentru educație: pregătire, răspuns, recuperare), *INEE, 2010, www.ineesite.org/en/minimum-standards*

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (Standarde minime pentru protecția copilului în acțiunea umanitară: alianța pentru protecția copilului în acțiunea umanitară)*, 2012, http://cpwg.net*

Bibliografie suplimentară

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

---

Bibliografie suplimentară

Protecția generală: context și instrumente

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians (Aide-mémoire: analizarea aspectelor care privesc protecția civililor), *OCHA, 2016, https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf*

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence (Consolidarea protecției civililor în caz de conflict armat și alte situații de violență), *CIRC, 2017, www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm*

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection (FMR 53: comunitățile locale: furnizori de protecție în primă și în ultimă instanță), *Universitatea Oxford și Centrul de Studii pentru Refugiați, 2016, www.fmreview.org/community-protection.html*

Giossi Caverzasio, S., *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards* (Consolidarea protecției în timp de război: căutarea standardelor profesionale), *ICRC, 2001, https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards*

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field (Creșterea arborelui protector – Protecția drepturilor prin acțiuni umanitare – Programe și practici obținute în urma analizei făcute pe teren), *IASC, 2002, www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf*

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters (Directive operaționale privind protecția persoanelor aflate în situații de dezastre naturale), *IASC, 2011, www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf*

O'Callaghan, S., Pantuliano, S., Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response (Măsuri de protecție: includerea protecției civile în răspunsul umanitar), *HPG Report 26, ODI, 2007, https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf*

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note), [Protecție și responsabilitate față de populațiile afectate în managementul programelor umanitare (EDG Notă orientativă preliminară)], *IASC, 2016, www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-aap_protection_guidance_note_2016.pdf*

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance (Formare privind abordarea integrată a protecției și directive specifice sectoriale), *Global Protection Cluster, www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming*

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs (Siguranță cu demnitate: un maual de teren pentru integrarea protecției comunitare în programele

DRAFT

umanitare), *Action Aid, 2009,* *www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf*

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action, (Declarație privind rolul central al protecției în acțiunea umanitară), *IASC, 2013,* *https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf*

Slim, H., Bonwick, A., Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies (Protecția – un ghid ALNAP pentru organizațiile umanitare), *ALNAP, 2005, www.alnap.org/resource/5263*

Strategii și capacități de autoprotecție

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action (Perspective locale privind protecția: Recomandări pentru o abordare comunitară a protecției în acțiunea umanitară), *Local to Global Protection, 2015, www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf*

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises (Documentul de politică tematică nr. 8 – Protecția umanitară: îmbunătățirea rezultatelor protecției pentru reducerea riscurilor ce afectează persoanele aflate în criză umanitară), *pag. 24, DG ECHO, EC, 2016, ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf*

Intervenții bazate pe numerar

Guide for Protection in Cash-based Interventions (Ghid privind protecția în intervențiile bazate pe numerar), *UNHCR și parteneri, 2015, www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf*

Persoane cu dizabilități

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection (Includerea copiilor cu dizabilități în acțiunea umanitară: protecția copiilor), *UNICEF, 2017,* *training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html*

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement (Notă orientativă: Activități cu persoanele cu dizabilități strămutate forțat), *UNHCR, 2011, www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf*

Washington Group on Disability Statistics (Grupul Washington - statisticele referitoare la dizabilitate , 2018, *www.washingtongroup-disability.com*

Violența bazată pe gen

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners (Consolidarea capacității de includere a aspectelor privind dizabilitatea în programele ce adresează violența bazată pe gen în cadru umanitar: un set de instrumente destinat practicienilor din domeniul GBV), *Women's Refugee Commission și International Rescue Committee, 2015,* *www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173*

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies (Recomandări etice și de siguranță pentru cercetarea, documentarea și monitorizarea violenței sexuale în situații de urgență), *WHO, 2007,* *http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1*

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors (Violența bazată pe gen împotriva copiilor și a tinerilor cu dizabilități: un set de instrumente destinat actorilor

DRAFT

din domeniul protecției copiilor), *Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016, www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit*

Drepturi locative, funciare și de proprietate

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery (Lista de verificare a evoluției drepturilor locative, funciare și de proprietate, precum și a unor aspecte funciare extinse, de-a lungul strămutării, de la urgență la recuperare)*, Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.*

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles" (Manual privind restituirea imobilelor și bunurilor refugiaților și ale persoanelor strămutate. Implementarea „Principiilor Pinheiro"), *Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Oficiul Înaltului Comisar al Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului, UN-Habitat și UNHCR, 2007, www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html*

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners (Dezastre terestre și naturale: ghid pentru practicieni), *UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network și Early Recovery Cluster, 2010, https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/*

Persoane strămutate

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility (Abordarea problemei strămutării interne: cadru pentru responsabilitatea națională), *Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005, https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/*

Bagshaw, S., Paul, D., Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons (Protecție sau neglijență? Către o abordare mai eficientă de către Organizația Națiunilor Unite a protecției persoanelor strămutate), *Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004, https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/*

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons (Cadrul pentru soluții durabile în cazul persoanelor strămutate), *IASC, 2010, www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/*

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams (Implementarea răspunsului colectiv la situația strămutărilor interne: directive pentru coordonatorii umanitari și/sau rezidenți ai ONU și pentru echipele naționale)*, IASC, 2004, www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf*

UN Guiding Principles on Internal Displacement (Principii directoare ale ONU privind strămutarea internă), *UN Economic and Social Council, 1998, www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html*

Sănătate mintală și sprijin psihosocial

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support, (Protecție comunitară, sănătate mintală și sprijin psihosocial), *UNHCR, 2017, www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734*

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? (Sănătate mintală și sprijin psihosocial în urgențele umanitare: ce ar trebui să știe managerii programulor de protecție?), *IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010, https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf*

DRAFT

Vârstnici

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors (Acțiunea umanitară și vârstnicii: un rezumat esențial pentru actorii umanitari), *OMS, HelpAge International, IASC, 2008, www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf*

Copiii și protecția copiilor

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime (Manual pentru profesioniștii și factorii de decizie politică din justiție în materie de copii victime și martori ai infracțiunilor), *UNODC, 2009, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf*

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards (Standarde integrate de dezarmare, demobilizare și reinserție), *UN-DDR, 2006, www.unddr.org/iddrs.aspx*

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children (Principii directoare inter-agenții privind copiii neînsoțiți sau separați de familie), *CIRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004, www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf*

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children (INSPIRE: Șapte strategii pentru a pune capăt violenței asupra copiilor), *WHO, 2016, www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/*

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups (Principiile și angajamentele de la Paris pentru protecția copiilor împotriva recrutării ilegale sau utilizării de către grupări sau forțe armate), *UNICEF, 2007, https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html*

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies (Răspunzând celor mai grave forme ale exploatării prin muncă a copiilor în situații de urgență), *CPWG, 2010, http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to-_WFCL_in_Emergencies_final.pdf*

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update (Directive consolidate privind prevenirea, diagnosticul, tratamentul și metodele de îngrijire a HIV pentru populația cheie. Actualizare), *OMS, 2016, www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/*

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions (Implementarea unor programe comprehensive pentru HIV și ITS în privința persoanelor transgen: orientări practice pentru intervenții comune), *UNDP, 2016, www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html*

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions (Implementarea unor programe comprehensive pentru HIV și ITS pentru consumatorii de droguri: orientări practice pentru intervenții comune), *UNODC, 2017, www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html*

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions (Implementarea unor programe comprehensive HIV/ITS pentru lucrătorii sexuali: abordări practice pentru intervenții comune), *OMS, 2013, www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/*

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions (Implementarea unor programe comprehensive HIV/ITS pentru bărbații care au contacte sexuale cu alți bărbați: orientări practice pentru intervenții comune), *UNFPA, 2015, www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/*

DRAFT

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings (Declarația comună a Organizației Națiunilor Unite privind încetarea discriminării în instituțiile de asistență medicală), *OMS, 2017, www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/*

Persoanele LGBTQI și diverse orientări sexuale, identități și expresii de gen și caracteristici sexuale

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people (Declarația comună a Organizației Națiunilor Unite privind încetarea violenței și discriminării față de persoanele lesbiene, homosexuale, bisexuale, transgen și intersexuale - LGBTI), *UNCHR, 2015, www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx*

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees (Mean Streets: Identificarea și reacția la riscurile asociate violenței bazate pe gen la nivelul refugiaților urbani – Refugiați LGBTI), *Women's Refugee Commission, 2016, https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284*

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement (Pachet de instruire privind protecția persoanelor LGBTI în cazul strămutărilor forțate), *UNHCR, 2015, www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents*

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity (Principiile de la Yogyakarta: Principii privind aplicarea legislației internaționale în materia drepturilor omului privind orientarea sexuală și identitatea de gen), *Comisia Internațională a Juriștilor, 2007, www.yogyakartaprinciples.org*

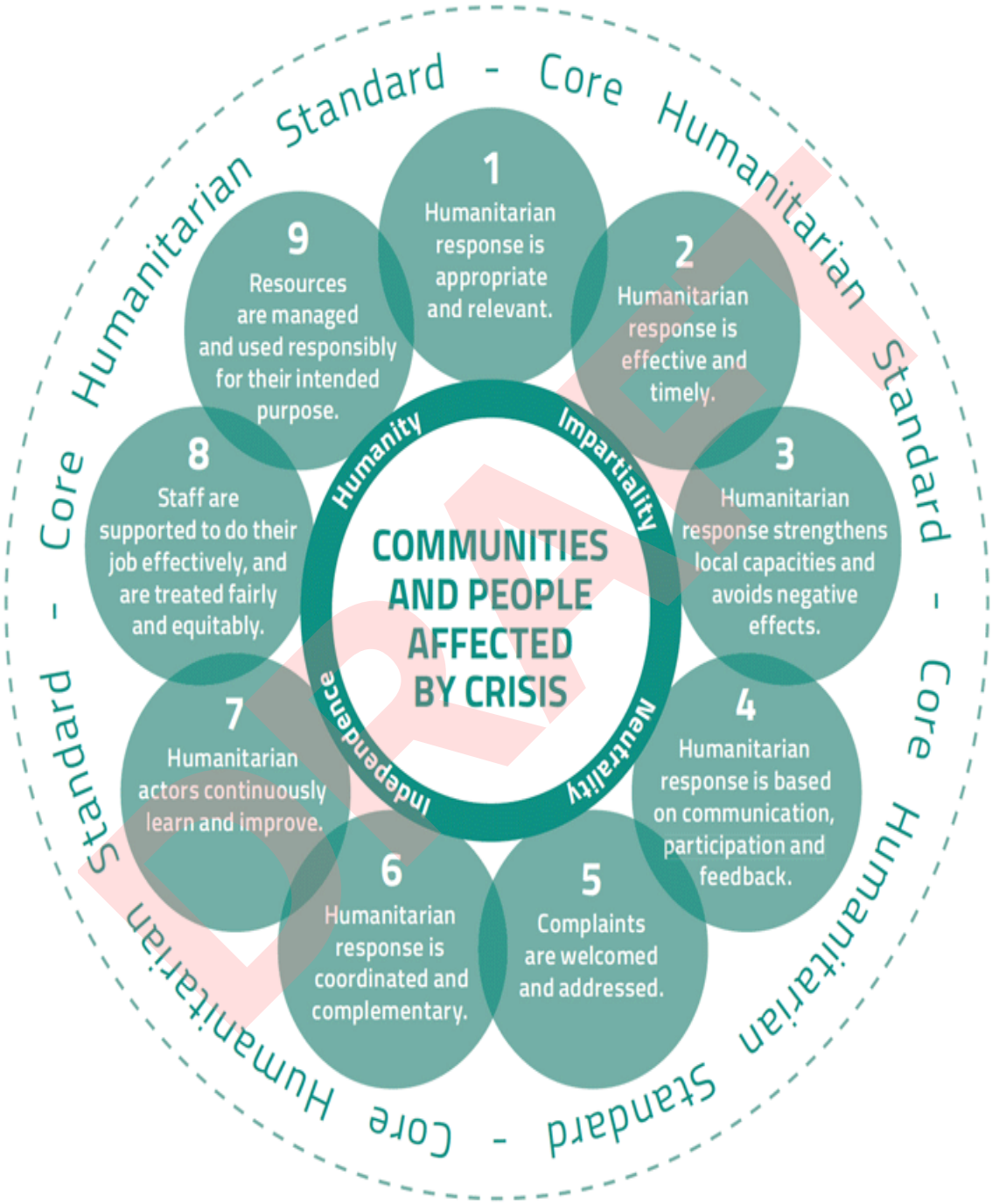
Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement (Lucrul cu persoanele lesbiene, homosexuale, bisexuale, transgen și intersexuale în cazul strămutării forțate), *UNHCR, 2011, www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf*

DRAFT

4. Standardul umanitar de bază

DRAFT

The Humanitarian Charter and Protection Principles directly support the Core Humanitarian Standard. Together, these three chapters constitute the principles and foundations of the Sphere standards.



The Core Humanitarian Standard (Figure 2)

APPENDIX: Guiding questions for monitoring Key actions and Organisational requirements (online)

Cuprins

Un standard de bază cu nouă angajamente

- Angajamentul 1
- Angajamentul 2
- Angajamentul 3
- Angajamentul 4
- Angajamentul 5
- Angajamentul 6
- Angajamentul 7
- Angajamentul 8
- Angajamentul 9

Anexă: Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie și a responsabilităților organizaționale (online)

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Un standard de bază cu nouă angajamente

Într-un răspuns umanitar sunt implicate, de obicei, numeroase organizații și persoane. Prin urmare, unele elemente și modalități de lucru comune sunt necesare pentru asigurarea unui răspuns eficient. În lipsa unei abordări comune, rezultatele pot fi inconsecvente și imprevizibile.

Standardul umanitar de bază privind calitatea și asumarea răspunderii (CHS) stabilește nouă angajamente pe care organizațiile și persoanele implicate în răspunsul umanitar le pot utiliza pentru a îmbunătăți calitatea și eficacitatea asistenței pe care o oferă. De asemenea, CHS urmărește creșterea răspunderii față de comunitățile și persoanele afectate de criză, personal, donatori, guverne și alte părți interesate. Cunoașterea angajamentelor asumate de organizațiile umanitare va permite responsabilizarea acestora. Reprezintă un cadru voluntar atât pentru persoane, cât și pentru organizații.

Standardul se aplică la nivel de răspuns, atât în elaborarea unui program, cât și în toate etapele unei intervenții umanitare. Cu toate acestea, cele nouă angajamente nu sunt menite să corespundă unei anumite etape a programului. Unele sunt relevante pentru anumite etape ale procesului, în timp ce altele, cum ar fi comunicarea cu persoanele afectate, sunt destinate să se aplice de-a lungul tuturor etapelor.

Standardul umanitar de bază, împreună cu Carta umanitară și principiile de protecție, constituie o bază solidă în cadrul manualului Sphere și susține toate standardele tehnice. Pe tot parcursul manualului, există trimiteri către capitolele tehnice și aceste principii fundamentale.

Informații mai detaliate despre standardul umanitar de bază, inclusiv resurse pentru facilitarea aplicării practice a acestuia de către utilizatori, sunt disponibile la adresa corehumanitarianstandard.org.

O structură unică

Standardul umanitar de bază a fost elaborat printr-un efort colectiv al sectorului umanitar de a armoniza într-un cadru unic standardele de bază ale Sphere, Parteneriatul pentru responsabilizarea actorilor umanitari (HAP), People In Aid și Groupe URD. În prezent, este gestionat pentru acest sector de către Sphere, CHS Alliance și Groupe URD, care dețin împreună drepturile de autor.

Fiecare dintre cele nouă angajamente se axează pe un anumit aspect al răspunsului umanitar. Luate împreună, acestea formează o abordare solidă pentru o acțiune umanitară eficientă și responsabilă.

Structura standardului umanitar de bază diferă ușor de cea a celorlalte standarde Sphere:

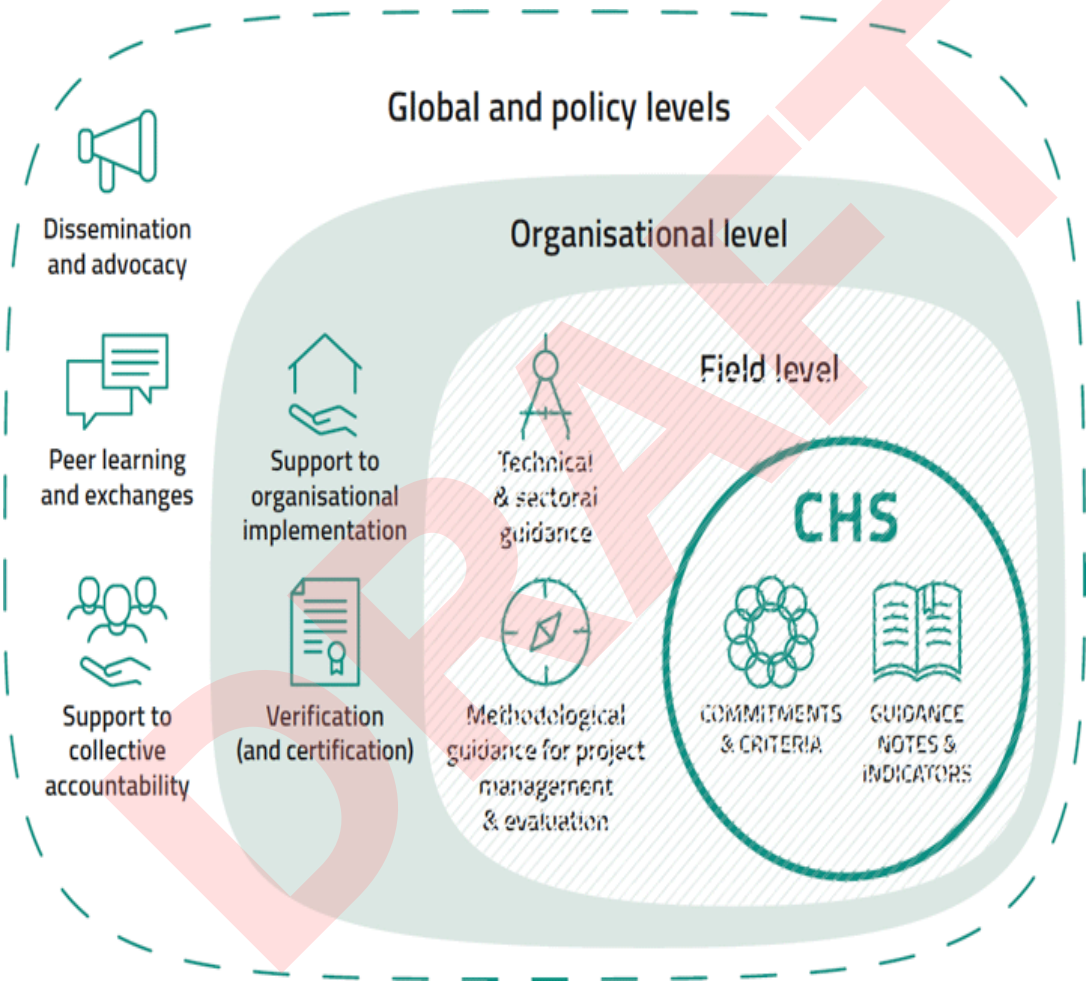
- **Angajamentul** stabilește la ce se pot aștepta comunitățile și persoanele afectate de crize din partea organizațiilor și indivizilor care furnizează asistență umanitară.
- **Criteriul calității** descrie o situație în care angajamentul asumat este respectat și modul în care organizația umanitară și personalul acesteia trebuie să acționeze pentru a îndeplini angajamentul.
- **Indicatorii de performanță** măsoară progresele înregistrate în îndeplinirea angajamentului, stimulează învățarea și încurajează îmbunătățirile, și permit efectuarea de comparații în timp și între locații.
- **Acțiunile-cheie** și **Responsabilitățile organizaționale** descriu acțiunile ce trebuie să fie desfășurate, precum și politicile, procesele și sistemele pe care organizațiile trebuie să le aibă în vigoare pentru a se asigura că personalul lor oferă asistență umanitară de înaltă calitate și responsabilă.

DRAFT

- **Notele orientative** susțin acțiunile-cheie și responsabilitățile organizaționale prin exemple și informații suplimentare.
- **Întrebările orientative** ajută la planificarea, evaluarea și revizuirea activităților ⊕ *a se vedea* Anexa 1 (disponibilă online).
- **Referințele** oferă informații suplimentare privind aspecte specifice.

Următoarea diagramă arată modul în care standardul umanitar de bază poate fi utilizat la diferite niveluri. Sphere, Groupe URD și CHS Alliance propun instrumente complementare care pot fi accesate la adresa corehumanitarianstandard.org.

Utilizarea Standardului umanitar de bază (Figura 2)



Angajamentul 1

Comunitățile și persoanele afectate de criză primesc asistență adecvată nevoilor lor.

Criteriul calității

Răspunsul umanitar este adecvat și relevant.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză consideră că răspunsul ține cont de nevoile, cultura și preferințele lor specifice.
2. Asistența și protecția oferite corespund riscurilor, vulnerabilităților și nevoilor evaluate.
3. Răspunsul ține seama de capacitățile, competențele și cunoștințele persoanelor care au nevoie de asistență și protecție.

Acțiuni-cheie

1.1 **Efectuați o analiză sistematică, obiectivă și continuă a contextului și a părților interesate.**

- Evaluați rolul și capacitățile administrației locale și a altor actori politici și non-politici, precum și impactul crizei asupra acestora.
- Evaluați capacitățile locale existente (materiale, umane, de piață) pentru a răspunde nevoilor prioritare de asistență și protecție, înțelegând că acestea se vor schimba în timp.
- Revizuiți informațiile și realizați o verificarea încrucișată, admițând faptul că datele evaluării inițiale pot fi imperfecte, dar acest lucru nu trebuie să împiedice acțiuni de salvare a vieților.
- Evaluați siguranța și securitatea populațiilor afectate, strămutate și gazdă pentru a identifica amenințările cu violența și orice formă de constrângere, de restricționare a accesului la mijloacele de subzistență sau de negare a drepturilor fundamentale ale omului.
- Evaluați dinamica legată de gen și de putere, precum și marginalizarea socială, pentru a dezvolta un răspuns cât mai eficient și mai durabil.
- Coordonați-vă acțiunile cu alți actori pentru a evita suprasolicitarea comunităților cu evaluări multiple. Evaluările și concluziile comune trebuie comunicate agențiilor interesate, guvernului și populațiilor afectate.

1.2 **Concepeți și implementați programe adecvate pe baza unei evaluări imparțiale a nevoilor și a riscurilor și a unei înțelegeri a vulnerabilităților și a capacităților diferitelor grupuri**.

- Evaluați nevoile de protecție și de asistare ale femeilor, bărbaților, copiilor și adolescenților, ale celor care se află în locuri greu accesibile și ale grupurilor de risc, cum ar fi persoanele cu dizabilități, vârstnicii, persoanele izolate social, gospodăriile conduse de o femeie, minoritățile etnice sau lingvistice și grupurile stigmatizate (de exemplu, persoanele care trăiesc cu HIV).

1.3 **Adaptați programele la nevoile, capacitățile și contextul în schimbare.**

- Monitorizați situația politică și revizuiți analiza cu privire la părțile implicate în criză și riscurile de securitate.
- Monitorizați periodic situația epidemiologică și alte date relevante pentru a putea informa factorii decizionali în vederea prioritizării acțiunilor de salvare a vieților.
- Mențineți un grad suficient de flexibilitate pentru adaptarea intervențiilor în funcție de nevoile în schimbare. Obțineți acceptul donatorilor pentru modificările aduse programului.

Responsabilități organizaționale

1.4 **Politicile garantează furnizarea de asistență imparțială, bazată pe nevoile și capacitățile comunităților și ale persoanelor afectate de criză.**

DRAFT

- Organizațiile dețin politici, procese și sisteme respectă principiile umanitare și de incluziune.
- Toți membrii personalului își înțeleg responsabilitățile și modul în care pot fi trași la răspundere.
- Organizațiile împărtășesc aceste politici în mod transparent cu alte părți interesate.

1.5 **Politicile stabilesc angajamente care țin seama de diversitatea comunităților, inclusiv a persoanelor defavorizate sau marginalizate, și de colectarea datelor dezagregate.**

- Nivelurile necesare de dezagregare a datelor pentru evaluare și raportare sunt clar definite.

1.6 **Există procese care să asigure o analiză adecvată și continuă a contextului.**

- Lucrătorii din domeniul umanitar beneficiază de sprijin din partea organizațiilor lor pentru a dobândi cunoștințele, competențele, comportamentele și atitudinile necesare pentru a gestiona și a efectua evaluări.

Note orientative

Evaluarea și analiza reprezintă un proces, nu un eveniment unic. În funcție de timpul disponibil, o analiză aprofundată trebuie efectuată. Capacitățile și nevoile persoanelor și comunităților afectate nu trebuie presupuse, ci identificate prin evaluări care să îi implice pe cei vizați într-o discuție continuă pentru găsirea unor răspunsuri adecvate.

Luați în considerare formarea în domeniul primului ajutor psihologic a personalului implicat în evaluări. Acest lucru poate ajuta personalul să lucreze cu indivizi care devin tensionați în timpul unei evaluări.

Este necesară asigurarea unor evaluări specializate pentru grupurile care se pot confrunta cu riscuri de protecție. Un exemplu în acest sens sunt evaluările diferite realizate cu femei, bărbați, băieți și fete, pentru a înțelege expunerea lor la violență, discriminare și alte prejudicii.

Evaluarea imparțială: A acționa imparțial nu înseamnă a trata toți oamenii la fel. Acordarea de asistență bazată pe drepturile omului necesită o înțelegere profundă a diferitelor capacități, nevoi și vulnerabilități. Indivizii pot fi vulnerabili din cauza discriminării bazate pe factori individuali, cum ar fi vârsta, sexul, dizabilitatea, starea de sănătate, orientarea sexuală sau identitatea de gen sau pentru că au în îngrijire alte persoane vulnerabile.

Vulnerabilitate: Factorii sociali și contextuali contribuie, de asemenea, la vulnerabilizarea persoanelor. Printre acestea se numără discriminarea și marginalizarea, izolarea socială, degradarea mediului, variabilitatea climei, sărăcia, lipsa proprietății funciare, politicile guvernamentale deficitare, etnia, clasa socială, casta și apartenența religioasă sau politică.

Capacitatea existentă: Indivizii, comunitățile, organizațiile și autoritățile afectate de crize posedă deja competențe, cunoștințe și capacități relevante pentru a face față, a răspunde și a se redresa în urma crizelor. Pentru a susține dreptul la o viață demnă, trebuie ca persoanele afectate să se implice în mod activ în deciziile care le afectează. Pot fi necesare eforturi specifice pentru a consolida participarea la decizii a unor grupuri de obicei subreprezentate, cum ar fi femeile, copiii, vârstnicii, persoanele cu dizabilități și minoritățile lingvistice sau etnice.

Dezagregarea datelor: Este importantă pentru a înțelege impactul acțiunilor sau al evenimentelor asupra diferitelor grupuri. Bunele practici recomandă dezagregarea pe criterii de sex, vârstă și dizabilitate, cel puțin. În funcție de context, alte criterii trebuie luate în considerare .

Analiza datelor dezagregate este necesară pentru utilizarea standardelor în context și pentru monitorizare. O bună utilizare a datelor dezagregate poate arăta cine a fost cel mai afectat, cine poate avea acces la asistență și unde sunt necesare mai multe eforturi pentru a ajuta o populație aflată în situație de risc. ⊕ *a se vedea* Ce este Sphere?

DRAFT

Analiza continuă și utilizarea eficientă a datelor: Sistemele de resurse umane trebuie să fie suficient de flexibile pentru a recruta și a mobiliza rapid echipe de colectare și analiză a datelor. Bugetele și resursele răspunsului umanitar vor fi alocate în funcție de necesități. Finanțarea trebuie să sprijine analiza continuă a nevoilor de asistență și protecție, precum și adaptarea și rectificarea intervențiilor, inclusiv măsurile de facilitare a accesului (precum mecanismele de informare, accesibilitatea infrastructurii și comunicarea).

Angajamentul 2

Comunitățile și persoanele afectate de criză au acces la asistența umanitară de care au nevoie la momentul oportun.

Criteriul calității

Răspunsul umanitar este eficient și oportun.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză, inclusiv grupurile cele mai vulnerabile, consideră că durata primirii asistenței și protecției este adecvată.
2. Comunitățile și persoanele afectate de criză consideră că răspunsul umanitar corespunde nevoilor lor.
3. Rapoartele de monitorizare și evaluare arată că răspunsul umanitar își îndeplinește obiectivele în ceea ce privește termenele, calitatea și cantitatea.

Acțiuni-cheie

2.1 **Concepeți programe care să răspundă constrângerilor, astfel încât acțiunea propusă să fie realistă și sigură pentru comunități.**

- Identificați și precizați clar existența oricăror limitări în cazul în care nu este posibilă analiza și satisfacerea nevoilor unei anumite zone sau ale unui anumit grup al populației, inclusiv în locații greu accesibile.
- Prioritizați oferirea de sprijin în avans pentru îmbunătățirea capacității locale de răspuns în cazul în care planificarea de contingență arată că zonele sau populațiile respective sunt vulnerabile și se pot dovedi greu accesibile pe viitor.

2.2 **Furnizați răspunsul umanitar în timp util, luând decizii și acționând fără amânări inutile.**

- Informați-vă cu privire la condițiile de viață, practicile culturale, sezoanele, calendarele agricole și alți factori care influențează furnizarea serviciilor potrivite la momentul oportun.
- Includeți în planificarea intervențiilor termene pentru acordarea ajutorului și monitorizarea acestuia; anticipați și semnalați întârzierile.
- Recunoașteți faptului că, în primele etape ale unei crize, deciziile vor fi luate pe baza unor cunoștințe limitate și actualizați-le pe măsură ce noi informații devin disponibile.
- Coordonați-vă cu celelalte organizații pentru a dezvolta strategii comune de abordare a problemelor colective care împiedică acordarea asistenței în timp util.

DRAFT

2.3 **Referiți nevoile nesatisfăcute către acele organizații care dispun de expertiza tehnică și de mandatul corespunzător în vederea soluționării lor sau implementați campanii de promovare pentru satisfacerea acestor nevoi.**

- Aceasta include nevoia de informare, precum și nevoile de protecție și asistență nesatisfăcute.

2.4 **Utilizați standarde tehnice relevante și bune practici adoptate în sectorul umanitar pentru planificarea și evaluarea programelor.**

- Aplicați standardele tehnice naționale, acolo unde acestea există, adaptate la contextul umanitar.
- Coordonați-vă cu părțile relevante interesate pentru a promova utilizarea standardelor convenite la nivel internațional în completarea celor naționale (inclusiv standardele Sphere și standardele partenerilor din sectoarele conexe).

2.5 **Monitorizați activitățile, rezultatele și realizările răspunsurilor umanitare pentru a adapta programele și a corecta performanțele slabe.**

- Definiți indicatori de performanță specifici contextului și cu termene-limită. Revizuiți periodic acești indicatori pentru a măsura progresele înregistrate în vederea satisfacerii nevoilor de asistență și protecție.
- Supervizați activitățile și rezultatele obținute (cum ar fi numărul de facilități construite), precum și progresele înregistrate în raport cu obiectivele și indicatorii de performanță asumați. Monitorizați realizările proiectului și a rezultatelor dorite, cum ar fi utilizarea facilităților sau schimbări în implementare.
- Revizuiți periodic sistemele utilizate, astfel încât să se colecteze numai informații utile și de actualitate (precum funcționarea pieței locale, schimbări în materie de securitate).

Responsabilități organizaționale

2.6 Există **concordanță între angajamentele programului și capacitățile organizaționale.**

- Politicile reflectă importanța utilizării standardelor umanitare tehnice de calitate convenite și a dezvoltării expertizei în anumite domenii de intervenție.
- Luați la cunoștință condițiile în care organizația ar putea fi nevoită să furnizeze servicii care nu intră în domeniul său de expertiză până când alte organizații pot face acest lucru.

2.7 **Angajamentele conținute în politici asigură:**

a. **monitorizarea și evaluarea sistematică, obiectivă și continuă a activităților și a efectelor acestora;**

b. **faptul că dovezile obținute în urma monitorizării și a evaluărilor sunt utilizate pentru a adapta și îmbunătăți programele;**

c. **luarea deciziilor în timp util, cu resurse alocate în consecință.**

DRAFT

Note orientative

Abordarea constrângerilor și programarea realistă: În cazul în care o organizație nu poate avea acces la o populație sau nu poate răspunde nevoilor identificate, aceasta are responsabilitatea de a raporta aceste nevoi către actorii adecvați (inclusiv către guvernul, actorii non-guvernamentali) ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 3.

Utilizați previziunile și sistemele de avertizare timpurie pentru planificarea situațiilor de urgență înainte de o criză, pentru a ajuta comunitățile, autoritățile și agențiile să răspundă rapid în caz de nevoie. Acest lucru va permite, de asemenea, persoanelor afectate să își protejeze bunurile înainte ca viața și mijloacele de subzistență să le fie puse în pericol.

Elaborați procese de luare a deciziilor care să fie suficient de flexibile pentru a reacționa la noile informații rezultate din evaluările continue. În cadrul organizației, delegați deciziile și resursele cât mai aproape de locul de implementare.

Documentați deciziile și procesele decizionale pentru a demonstra transparență. Procesele decizionale trebuie să aibă la bază consultări, participare semnificativă și coordonare cu alte părți interesate ⊕ *a se vedea* Angajamentul 6.

Monitorizarea activităților, realizărilor și rezultatelor: Monitorizarea oferă informații ce pot determina revizuirea proiectelor, verifică cum se aplică criteriile de selecție și confirmă dacă ajutorul ajunge la persoanele care au cea mai mare nevoie de el. Documentați toate modificările programului care rezultă din monitorizare și stabiliți sisteme de monitorizare care să implice și să se bazeze pe persoanele afectate și pe părțile-cheie interesate ⊕ *a se vedea* Angajamentul 7.

Utilizați indicatori comuni de monitorizare la nivelul întregului răspuns umanitar, atunci când sunt disponibili.

Adoptarea deciziilor la nivel de organizație: Atât responsabilitățile, cât și procesele de luare a deciziilor în cadrul organizațiilor trebuie să fie clar definite și înțelese, inclusiv cine este responsabil, cine va fi consultat și ce informații sunt necesare pentru luarea deciziilor.

Politici, procese și sisteme organizaționale: Organizațiile trebuie să documenteze modul în care acțiunea umanitară îmbunătățește rezultatele, utilizând o monitorizare și o evaluare sistematică și riguroasă. Demonstrați modulu în care sunt utilizate datele rezultate din monitorizare și evaluare pentru a adapta programele, politicile și strategiile, pentru a consolida gradul de pregătire în caz de urgență și pentru a îmbunătăți performanța în timp util ⊕ *a se vedea* Angajamentul 7. Aceasta poate include un fond de răspuns în caz de urgență sau posibilitatea de a recruta sau de a mobiliza rapid personal calificat atunci când este necesar.

DRAFT

Angajamentul 3

Comunitățile și persoanele afectate de criză nu sunt afectate în mod negativ și sunt mai bine pregătite, mai rezistente și mai puțin expuse riscului ca urmare a acțiunii umanitare.

Criteriul calității

Răspunsul umanitar consolidează capacitățile locale și evită efectele negative.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză se consideră mai capabile să reziste șocurilor și factorilor de stres viitori, ca urmare a acțiunii umanitare.
2. Autoritățile locale, liderii și organizațiile cu responsabilități de răspuns în caz de criză consideră că abilitățile lor s-au îmbunătățit.

3. Comunitățile și persoanele afectate de criză, inclusiv persoanele vulnerabile și marginalizate, nu identifică efecte negative rezultate din acțiunea umanitară.

Acțiuni-cheie

3.1 **Asigurați-vă că programele se bazează pe capacitățile locale și acționează în vederea îmbunătățirii rezilienței comunităților și a persoanelor afectate de criză.**

- Proiectați servicii (de exemplu, gestionarea secetei și a structurilor rezistente la inundații, uragane sau cutremure) care reduc impactul catastrofelor.
- Sprijiniți inițiativele de auto-ajutorare și acțiunile de pregătire în caz de urgență a comunității.

3.2 **Utilizați rezultatele evaluării pericolelor și a riscurilor existente la nivelul comunității, precum și planurile de pregătire în caz de urgență în conceperea de activități.**

- Fiți conștienți de și incorporați în răspuns nevoile și capacitățile diferitelor grupuri care sunt expuse la diferite niveluri de risc.

3.3 Facilitați dezvoltarea conducerii și a organizațiilor locale în capacitatea lor de respondeți care vor interveni primii în cazul unor crize viitoare, luând măsuri pentru a se asigura că grupurile marginalizate și dezavantajate sunt reprezentate în mod corespunzător în cadrul acestor structuri.

- Colaborați pe cât posibil cu autoritățile municipale și cu administrația locală.
- Tratați actorii locali ca parteneri egali, cu autonomie în conceperea și/sau coordonarea unui răspuns umanitar.
- Sprijiniți inițiativele grupurilor și organizațiilor locale, ca platformă de învățare și de consolidare a capacităților de prim răspuns în viitoarele crize.
- Angajați personal local și național, ținând cont de diversitatea populației, în detrimentul expatriaților, ori de câte ori este posibil.

3.4 **Planificați** strategii de tranziție sau de ieșire începând cu etapele timpurii ale programului umanitar, care să asigure efecte pozitive pe termen lung și să reducă riscul de dependență.

- Furnizați sprijin pentru consolidarea sistemelor de stat și comunitare existente, mai degrabă decât să stabiliți sisteme paralele care vor deveni inoperabile după terminarea acțiunilor umanitare. 3.5 Concepeți și puneți în aplicare programe care să promoveze redresarea rapidă în caz de dezastre și care să aducă beneficii economiei locale.
- Adoptați măsuri pentru restabilirea serviciilor sociale, a educației, a piețelor, a mecanismelor de transfer și a mijloacelor de subzistență care răspund nevoilor grupurilor vulnerabile.
- Luați în calcul specificul piației atunci când analizați ce formă de asistență (în numerar, tichete sau bunuri) este cea mai potrivită.
- Achiziționați bunuri și servicii la nivel local atunci când este posibil.
- Atenuați, pe cât posibil , repercusiunile negative asupra piației

DRAFT

3.6 **I**dentificați și acționați în timp util și în mod sistematic cu privire la efectele negative potențiale sau neintenționate, inclusiv în domeniile**:**

a. **siguranța, securitatea, demnitatea și drepturile persoanelor;**

b. **exploatarea sexuală și abuzul sexual comise de membri ai personalului;**

c. **cultură, gen și relații sociale și politice;**

d. **mijloace de subzistență;**

e. **economia locală;**

f. **mediul înconjurător**.

Responsabilități organizaționale

3.7 **Politicile, strategiile și orientările sunt concepute pentru:**

a. a preveni efectele negative ale programelor, cum ar fi, de exemplu, exploatarea, abuzul sau discriminarea comise de membrii personalului împotriva comunităților și a persoanelor afectate de criză**; și**

b. a consolida capacitățile locale **.**

3.8 **Există** sisteme de protejare a tuturor informațiilor personale, care au fost colectate de la comunitățile și persoanele afectate de criză și care le-ar putea pune în pericol.

- Stabiliți politici clare și cuprinzătoare privind protecția datelor cu caracter personal, inclusiv sisteme electronice de înregistrare a beneficiarilor și distribuție a asistenței.
- Informați beneficiarii de ajutor umanitar cu privire la drepturile lor legate de protecția datelor cu caracter personal, modalități de accesare a informațiilor cu caracter personal deținute de o organizație și de reclamare a folosirii ilegale a datelor cu caracter personal.

Note orientative

Reziliența comunității și conducerea locală: Comunitățile, organizațiile și autoritățile locale sunt primele care acționează în situații de criză și au o cunoaștere aprofundată a situației și a nevoilor specifice. Acești actori locali trebuie să fie parteneri egali și să beneficieze de autonomie în conceperea sau coordonarea unui răspuns umanitar. Acest lucru necesită un angajament din partea agențiilor internaționale și locale de a-și adapta modul de lucru și de fi deschise dialogului și criticii constructive. Infrastructura/serviciile financiare locale trebuie utilizate ori de câte ori este posibil, în detrimentul creării de sisteme paralele noi.

Strategii de tranziție și ieșire: În colaborare cu autoritățile și cu populația afectată, propuneți, cât mai curând posibil, servicii care pot fi continuate și după încheierea intervenției de urgență (de exemplu, introducerea unor măsuri de recuperare a costurilor pentru serviciile oferite, utilizarea de resurse disponibile la nivel local sau consolidarea capacităților conducerii locale).

Efecte negative și principiul „a nu dăuna”: Valoarea ridicată a ajutoarelor oferite și poziția de putere a lucrătorilor umanitari pot cauza exploatare și abuzuri, concurență, conflicte, precum și utilizarea improprie sau

DRAFT

deturnarea ajutoarelor. Asistența umanitară poate afecta mijloacele de subzistență și sistemele de piață, poate conduce la conflicte legate de resurse și poate amplifica inegalitățile de putere dintre diferite grupuri. Fiți pregătiți pentru apariția unor asemenea efecte negative, monitorizați-le și luați măsuri pentru a le preveni, dacă este posibil.

Fiți conștienți de existența unor practici culturale care pot afecta negative anumite grupuri. Printre exemple se numără: prejudecăți ce afectează fetele, băieții sau anumite caste; inegalitatea oportunităților educaționale pentru fete; refuzul vaccinării; alte forme de discriminare sau tratament preferențial.

Mecanismele sigure și receptive de feedback și de gestionare a reclamațiilor pot reduce abuzurile și comportamentele nepotrivite. Personalul trebuie să fie deschis și să incurajeze primirea de și analiza sugestiilor și reclamațiilor. Echipa trebuie să fie instruită despre cum să respecte confidențialitatea și cum să raporteze informațiile sensibile, precum cele legate de exploatare și abuz.

Exploatarea și abuzul sexual din partea personalului: Toți membrii personalului au responsabilitatea de a preveni exploatarea și abuzul. Aceștia au obligația de a raporta orice abuz pe care îl suspectează sau la care sunt martori, fie în cadrul propriei organizații, fie în afara acesteia. De reținut că minorii (în special fetele) sunt adesea extrem de vulnerabili, iar politicile organizațiilor trebuie să protejeze în mod explicit copiii împotriva exploatării și a abuzurilor⊕ *a se vedea* Angajamentul 5.

Preocupări legate de mediu: Răspunsul umanitar poate cauza degradarea mediului (de exemplu, eroziunea solului, epuizarea sau poluarea apelor subterane, pescuitul excesiv, producția de deșeuri și defrișările). Degradarea mediului poate amplifica o criză sau o vulnerabilitate și poate reduce reziliența persoanelor la șocuri.

Printre măsurile de reducere a degradării mediului se numără reîmpădurirea, colectarea apei de ploaie, utilizarea eficientă a resurselor și politici și adoptarea de practici etice în materie de achiziție. Activitățile legate de construcții extinse trebuie realizate doar în urma unei evaluări a impactului asupra mediului ⊕ *a se vedea* Angajamentul 9.

Politici organizaționale de prevenire a efectelor negative și de consolidare a capacităților locale: Organizațiile sunt încurajate să dispună de o politică și de un sistem de management al riscurilor bine documentate. Organizațiile non-guvernamentale (ONG-uri) care nu reușesc să abordeze în mod sistematic comportamentele lipsite de etică sau corupția prin intermediul propriilor politici și proceduri de combatere a corupției ori prin acțiuni colective cu alte ONG-uri, sporesc riscurile de corupție pentru alți actori.

Politicile și procedurile trebuie să reflecte angajamentul față de protecția persoanelor vulnerabile și să prezinte modalitățile de prevenire și investigare a abuzului de putere. Practicile atente de recrutare, selecție și angajare pot contribui la reducerea riscului de comportament necorespunzător al personalului, iar codurile de conduită trebuie să clarifice ce practici sunt interzise. Personalul trebuie să își asume în mod oficial aderarea la aceste coduri și să fie informat cu privire la sancțiunile ce vor fi aplicate în caz de nerespectare ⊕ *a se vedea* Angajamentul 8.

Protejarea datelor cu caracter personal: Toate informațiile cu caracter personal colectate de la persoane și comunități trebuie considerate confidențiale. Acest lucru este valabil, în special, când se lucrează cu informații despre protecție, rapoarte despre abuzuri, exploatări, încălcări ale drepturilor sau violența bazată pe gen. Sistemele care asigură confidențialitatea sunt esențiale pentru a preveni alte prejudicii ⊕ *a se vedea* Principii de protecție și Angajamentele 5 *și* 7.

Folosirea tot mai frecventă a sistemelor electronice de înregistrare a datelor și furnizare a asistenței în cadrul intervențiilor umanitare accentuează importanța existenței unor politici clare și cuprinzătoare privind protecția datelor cu caracter personal. Acordurile care obligă terții, cum ar fi băncile și organizațiile comerciale, să protejeze informațiile sunt esențiale. Este important să existe îndrumări clare cu privire la colectarea, stocarea, utilizarea și distrugerea datelor, în conformitate cu standardele internaționale și cu legislația locală privind protecția datelor cu caracter personal. Creați sisteme de reducere a riscului de pierdere a datelor. Datele trebuie distruse atunci când nu mai sunt necesare.

DRAFT

Angajamentul 4

Comunitățile și persoanele afectate de criză își cunosc drepturile, au acces la informații și participă la deciziile care le afectează.

Criteriul calității

Răspunsul umanitar se bazează pe comunicare, participare și feedback.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză sunt conștiente de drepturile pe care le au.
2. Comunitățile și persoanele afectate de crize consideră că au acces în timp util la informații clare și relevante, inclusiv cu privire la aspectele care le pot expune la riscuri suplimentare.
3. Comunitățile și persoanele afectate de criză sunt mulțumite de oportunitățile pe care le au de a influența răspunsul umanitar.
4. Întregul personal este instruit și primește îndrumări cu privire la drepturile populației afectate.

Acțiuni-cheie

4.1 **Furnizați informații comunităților și persoanelor afectate de criză cu privire la organizație, la principiile la care aceasta aderă, la modul în care se așteaptă ca personalul său să se comporte, la programele pe care le pune în aplicare și la ceea ce intenționează să realizeze.**

- Considerați informațiile în sine ca fiind un element-cheie al protecției. În lipsa unor informații corecte cu privire la asistență și la drepturile lor, persoanele pot deveni vulnerabile la exploatare și abuzuri ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1.
- Comunicați în mod clar comportamentul la care oamenii se pot aștepta din partea lucrătorilor umanitari și modalitățile de reclamare a nemulțumirilor.

4.2 **Comunicați în limbi, formate și mijloace de comunicare care sunt ușor de înțeles, respectuoase și adecvate din punct de vedere cultural pentru diferiți membri ai comunității, în special pentru grupurile vulnerabile și marginalizate.**

- Utilizați sistemele de comunicare existente și consultați persoanele cu privire la preferințele lor în materie de comunicare. Luați în considerare gradul de confidențialitate necesar pentru diferite formate și mijloace de comunicare.
- Asigurați-vă că tehnologia comunicațiilor, atât cea nouă, cât și cea veche, este utilizată în mod eficient și sigur.

4.3 **Asigurați-vă că reprezentarea este incluzivă, implicând participarea și mobilizarea comunităților și a persoanelor afectate de criză în toate etapele de lucru.**

- Acordați o atenție deosebită grupurilor sau indivizilor excluși istoric de la putere și din procesele decizionale. Căutați în mod permanent modalități etice de cooperare cu aceste persoane și grupuri pentru a le respecta demnitatea și a pentru evita creșterea stigmatizării.
- Luați în considerare obținerea unui echilibru între participarea directă a comunității și reprezentarea indirectă prin reprezentanți aleși în diferitele etape ale răspunsului umanitar.

DRAFT

4.4 **Încurajați și facilitați-le comunităților și persoanelor afectate de criză oferirea de feedback cu privire la nivelul lor de satisfacție în raport cu calitatea și eficacitatea asistenței primite, acordând o atenție deosebită sexului, vârstei și diversității celor care oferă feedback.**

- Instruiți personalul în vederea câștigării și menținerii încrederii persoanelor afectate, comportării adecvate atunci când primesc feedback pozitiv sau negativ și a observării reacțiilor diferiților membri ai comunității la modul în care sunt furnizate serviciile.
- Integrați colectarea feedback-ului într-o politică mai amplă la nivel de organizații sau sectoare care să examineze, analizeze și integreze feedback-ul în intervențiile desfășurate.
- Informați comunitățile despre acțiunile întreprinse în urma primirii de feedback.

Responsabilități organizaționale

4.5 **Există politici privind schimbul de informații și se promovează o cultură a comunicării deschise.**

- Definiți și documentați procedurile de schimb de informații.
- Depuneți eforturi pentru a împărtăși în mod deschis informațiile organizaționale despre reușite și eșecuri cu o serie de părți interesate pentru a promova o cultură a comunicării și a răspunderii la nivelul întregului sistem.

4.6 Există **politici de implicare a comunităților și a persoanelor afectate de criză, care să reflecte prioritățile și riscurile identificate de acestea în toate etapele de lucru.**

- Precizați modalitățile prin care membrii personalului sunt instruiți și încurajați să faciliteze implicarea comunității, inclusiv în procesul decizional, să comunice cu diversele comunități de persoane afectate și să gestioneze feedback-ul negativ.
- Elaborați politici și strategii care să contribuie la crearea de spațiu și timp pentru dialoguri comunitare, pentru luarea deciziilor și pentru autoajutorare.

4.7 **Comunicările externe, inclusiv cele utilizate în scopul strângerii de fonduri, sunt corecte, etice și respectuoase, prezentând comunitățile și persoanele afectate de criză drept ființe umane demne.**

- Împărtășiți informațiile doar în urma unei evaluări a riscurilor. Luați în considerare potențialele pericole pentru populație, precum momentele când se diseminează informații despre distribuirea de fonduri sau detalii demografice ale anumitor așezări, care pot expune persoanele la riscul de a fi atacate.
- Manifestați precauție atunci când utilizați povești și imagini despre și ale persoanelor afectate, deoarece acest lucru poate constitui o violare a vieții lor private și o încălcare a confidențialității dacă nu se solicită permisiunea acestora ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1 privind consimțământul în cunoștință de cauză.

Note orientative

Schimbul de informații cu comunitățile: Schimbul de informații exacte, oportune, ușor de înțeles și accesibile consolidează încrederea, sporește nivelul de participare și îmbunătățește impactul unui proiect. Reprezintă un

DRAFT

element-cheie al transparenței. Schimbul de informații financiare cu comunitățile poate îmbunătăți raportul cost-eficiență și poate ajuta comunitățile să identifice și să evidențieze risipa sau frauda.

Dacă o organizație nu împărtășește informațiile în mod corespunzător persoanelor pe care își propune să le ajute, pot apărea neînțelegeri și întârzieri, proiecte inutile care risipesc resurse și percepții negative asupra imaginii organizație. Acest lucru poate genera furie, frustrare și nesiguranță.

Comunicare eficientă, sigură, accesibilă și favorabilă incluziunii: Diferitele grupuri au nevoi și surse de comunicare și de informare diferite. Este posibil ca acestea să aibă nevoie de timp pentru discuții într-un spațiu ce oferă siguranță și intimitate, pentru a procesa informațiile și posibilele consecințe.

Consimțământul în cunoștință de cauză: Țineți cont de faptul că unele persoane își pot exprima consimțământul fără a înțelege pe deplin consecințele acestuia. Acestă situație nu este una ideală, dar uneori dorința expresă de a lua parte la activitățile proiectului, observarea persoanelor, informațiile deținute, documentele oficiale sau de altă natură (precum contractele cu comunitatea), pot fi interpretate ca un consimțământ și accept de implicare într-un anumit grad ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1.

Participarea și angajamentul: Consultați persoanele afectate și instituțiile locale încă de la începutul intervenției, pentru a valorifica cunoștințele existente și pentru a dezvolta relații pozitive și respectuoase. Consultarea timpurie se poate dovedi o modalitate mai bună de folosirea a timpului decât repararea ulterioară a unor decizii inadecvate. În fazele inițiale ale răspunsului umanitar, consultarea va include, probabil, un număr limitat de persoane afectate.Ulterior oportunitățile de implicarea a mai multor persoane și grupuri în procesul decizional vor crește .

Fiți conștienți de faptul că, în unele situații conflictuale, încurajarea discuțiilor de grup și a luării deciziilor în cadrul acestora poate fi văzută ca o formă de organizare politică și ar putea dăuna populației locale. Căutați metode diverse de creștere a gradului de folosirea a feedbackului de către comunitate, inclusiv utilizarea de fișe de evaluare din partea comunității.

Feedback: Feedback-ul formal poate fi obținut prin evaluări specifice (folosind discuții de grup sau interviuri), monitorizare post-distribuție sau chestionare. Este necesar ca și feedback-ul informal primit în cadrul interacțiunilor cotidiene să fie utilizat pentru instaurarea unui climat de încredere și îmbunătățire continuă a programelor. Solicitați feedback pentru a afla dacă femeile, bărbații, fetele și băieții se simt respectați și mulțumiți de contribuția lor la procesul decizional. Persoanele pot fi mulțumite de ajutorul primit, dar nemulțumite de implicarea lor în procesul decizional.

Persoanele se pot teme că un feedback negativ va avea repercusiuni nedorite. Pot exista, de asemenea, motive culturale pentru care critica unei intervenții este inacceptabilă. Folosiți diferite metode de furnizare a feedback-ului informal și formal, inclusiv metode de confidențiale de primire a feedback-ului.

Elaborați mecanisme de feedback împreună cu alte agenții și asigurați-vă că acestea sunt accesibile tuturor persoanelor. Acestea trebuie considerate ca fiind separate de mecanismele de soluționare a reclamațiilor care abordează încălcări grave ale practicilor sau comportamentelor ⊕ *a se vedea* Angajamentul 5, deși, în practică, există de obicei o suprapunere a tipurilor de feedback și reclamații primite. Acceptați feedback-ul primit și acționați în baza acestuia, ajustând acțiunile umanitare, dacă este cazul. Integrați mecanismele de feedback în sistemele de monitorizare și evaluare ale organizațiilor.

Promovați o cultură a comunicării deschise: Organizațiile trebuie să declare public (pe site-ul lor web sau în materiale promoționale accesibile persoanelor afectate) orice detalii importante, precum afilierea politică sau religioasă. Acest lucru permite părților interesate să înțeleagă mai bine specificul organizației, precum și posibilele sale afilieri și politici.

Angajamentul organizațional față de participarea și ascultarea comunităților: Politicile în materie de egalitate de gen și diversitate pot contribui la promovarea valorilor și angajamentelor organizației și pot oferi exemple concrete de acțiuni scontate. Feedback-ul din partea persoanelor afectate trebuie, de asemenea, să influențeze elaborarea strategiei și a programului.

Restricționarea informațiilor, confidențialitatea și nedivulgarea datelor: Nu toate informațiile pot sau trebuie împărtășite cu toate părțile interesate. Evaluați în ce măsură colectarea de informații care fac grupurile (date

DRAFT

demografice) sau indivizii identificabili poate cauza sau crește vulnerabilitatea persoanelor sau poate crea noi amenințări la adresa siguranței acestora ⊕ *a se vedea* Principii de protecție.

Abordarea etică a comunicării externe: Materialele promoționale menite strângerilor de fonduri și fotografiile scoase din context pot fi înșelătoare și pot crește riscurile legate de siguranță. Procedurile și ghidurile referitoare la comunicările externe trebuie să fie accesibile întregului personal pentru evitarea acestui tip de greșeli.

Descrierile atașate imaginilor și relatările nu trebuie să permită identificarea domiciliului sau a comunităților de care aparțin persoanele (în special copii) . Localizarea imaginilor trebuie dezactivată atunci când se fac fotografii.

Angajamentul 5

Comunitățile și persoanele afectate de crize au acces la mecanisme sigure și receptive de soluționare a reclamațiilor.

Criteriul calității

Reclamațiile sunt binevenite și analizate.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză, inclusiv grupurile vulnerabile și marginalizate, cunosc mecanismele de soluționare a reclamațiilor pe care le pot folosi.
2. Comunitățile și persoanele afectate de criză consideră că mecanismele de soluționare a reclamațiilor sunt accesibile, eficiente, confidențiale și sigure.
3. Reclamațiile sunt investigate și soluționate, iar rezultatele sunt comunicate reclamantului în termenul asumat.

Acțiuni-cheie

5.1 **Consultați comunitățile și persoanele afectate de criză cu privire la elaborarea, implementarea și monitorizarea proceselor de soluționare a reclamațiilor.**

- Dezagregați datele în funcție de sex, vârstă și dizabilitate, deoarece aceste criterii pot influența opiniile indivizilor cu privire la accesul la mecanismele de soluționare a reclamațiilor și la obstacolele întâlnite.
- Conveniți care sunt modalitățile de depunere a reclamațiilor, ce i-ar putea face refractari pe beneficiari și pe membrii personalului în a le depune reclamații și cum doresc aceștia să primească răspunsul la reclamațiile respective. Stabiliți modalitățile în care reclamațiile vor fi înregistrate și urmărite și modul în care concluziile desprinse din acestea vor fi încorporate în viitoarele răspunsuri umanitare.
- Examinați mecanismele comune de soluționare a reclamațiilor cu alte agenții, parteneri și terți.
- Formați personalul în materie de soluționare a reclamațiilor.

5.2 **Primiți și înregistrați reclamațiile și oferiți informații despre modul în care poate fi accesat mecanismul de reclamații și tipurile de problemelor pe care le poate rezolva acesta.**

DRAFT

- Luați în calcul posibilitatea de a organiza o campanie de informarecu privire la mecanismul de soluționare a reclamațiilor și procedurile sale, pe parcursul căreia persoanele pot adresa întrebări suplimentare cu privire la modul de funcționare a acestuia.

5.3 **Soluționați reclamațiile în timp util, în mod corect și adecvat, acordând prioritate siguranței reclamantului și a celor afectați în toate etapele.**

- Soluționați fiecăre reclamație în parte, chiar dacă multe dintre ele se referă la probleme similare.

- Oferiți răspunsul în intervalul de timp agreat. Reclamantul trebuie să știe când să aștepte un răspuns.

- Luați în considerare managementul comunitar sau implicarea comunității în mecanismul de soluționare a reclamațiilor.

Responsabilități organizaționale

5.4 **Procesul de gestionare a reclamațiilor pentru comunitățile și persoanele afectate de criză este documentat și operațional. Procesul ar trebui să abordeze modul de derulare a intervenției, exploatarea sexuală și abuzul sexual și alte abuzuri de putere.**

- Păstrați o evidență cu privire la modul în care este instituit mecanismul de soluționare a reclamațiilor, criteriile care stau la baza unei decizii, toate reclamațiile depuse, răspunsurile oferite acestora și intervalul de timp.

- Asigurați-vă că informațiile referitoare la reclamații rămân confidențiale, în strictă conformitate cu politicile de protecție a datelor cu caracter personal.

- Colaborați cu alte organizații în ceea ce privește mecanismele de soluționare areclamațiilor pentru ca acestea sa devină mai clare pentru comunități și personal.

5.5 **Instituiți o cultură organizațională în cadrul căreia reclamațiile sunt luate în serios și se acționează în conformitate cu politicile și procesele definite.**

- Comunicați în mod public politicile de responsabilitate a organizației către beneficiarii săi, codurile sale etice și de conduită și modul în care protejează grupurile potențial vulnerabile, cum ar fi femeile, copiii și persoanele cu dizabilități.

- Stabiliți proceduri formale de investigare care să respecte principiile confidențialității, independenței și respectului. Desfășurați investigațiile într-un mod riguros, profesionist și în timp util, respectând standardele legale și cerințele legislației locale în domeniul muncii. Oferiți formări pentru membriiresponsabili cu investigațiile și evaluarea comportamentului necorespunzător al personalului sau asigurați accesul la un specialist.

- Includeți o procedură de soluționare a reclamațiilor și o politică de denunțare a neregulilor pentru a soluționa reclamațiile personalului și informați angajații despre aceasta.

5.6 **Comunitățile și persoanele afectate de criză sunt pe deplin conștiente de comportamentul așteptat din partea personalului umanitar, inclusiv de angajamentele organizaționale asumate în materie de prevenire a exploatării și a abuzurilor sexuale.**

- Explicați comunităților și personalului procesul de solutionare a reclamațiilor. Includeți mecanisme atât pentru aspectele sensibile (cum ar fi cele legate de corupție, exploatare și abuz

DRAFT

sexual, abateri grave sau practici necorespunzătoare), cât și pentru informațiile fără caracter sensibil (cum ar fi contestarea utilizării criteriilor de selecție).

5.7 **Reclamațiile care nu se încadrează în domeniul de activitate al organizației sunt transmise unei părți competente, în conformitate cu bunele practici.**

- Clarificați care sunt reclamațiile care intră în sfera de competență a organizației, precum și situațiile în care se impune referirea către alți furnizori de servicii și modalitățile de contactare a acestora.

Note orientative

Elaborați un mecanism de soluționare a reclamațiilor: Dinamica socială și de putere trebuie evaluată înainte de a decide care este modalitatea optimă de a interacționa cu comunitățile. Acordați atenție nevoilor vârstnicilor, femeilor și fetelor, băieților și bărbaților, persoanelor cu dizabilități și altor persoane care ar putea fi marginalizate. Asigurați-vă că aceștia sunt consultați în ceea ce privește elaborarea și implementarea sistemelor de soluționare a reclamațiilor.

Creșteți gradul de informare cu privire la modul de depunere a reclamațiilor: Va fi nevoie de timp și resurse pentru a se asigura că persoanele afectate știu la ce se pot aștepta din partea organizațiilor umanitare, în ceea ce privește serviciile și comportamentul personalului. De asemenea, acestea trebuie să știe ce să facă și unde să depună o reclamație în cazul în care o organizație umanitară nu și-a respectat angajamentele asumate.

Mecanismul trebuie conceput astfel încât persoanele să fie sigure că pot depune întotdeauna o reclamație în mod confidențial și fără teamă de represalii.

Este necesară gestionarea corespunzătoare a așteptărilor, deoarece comunitățile pot crede că procesul de soluționare a reclamațiilor le poate rezolva toate problemele. Acest lucru poate genera frustrare și dezamăgire în cazul în care schimbările așteptate sunt în afara controlului organizației.

Gestionarea reclamațiilor: Atunci când reclamația nu intră în sfera de control și responsabilitate a organizației, comunicați clar acest aspect reclamantului. Dacă este posibil și aveți acordul reclamantului, referiți reclamația către o altă organizație competentă. Coordonați-vă cu alte agenții și sectoare pentru a vă asigura că acest lucru funcționează eficient.

Doar personalul calificat trebuie să investigheze acuzațiile de exploatare și abuz sexual din partea lucrătorilor umanitari.

Reclamanții pot fi referiți într-un mod confidențial pentru îngrijire și sprijin suplimentar (precum servicii de sănătate mintală și sprijin psihosocial sau alte tipuri de asistență medicală) în funcție de dorințele acestora.

Reclamațiile anonime și rău intenționate prezintă probleme specifice, deoarece sursa lor este necunoscută. Acestea pot constitui un semnal de alarmă pentru organizație cu privire la nemulțumiri de fond, iar orice acțiune ulterioară va trebui să investigheze dacă anterior a fost semnalat un posibil motiv.

Protejați reclamanții: Acordați atenție atunci când decideți ce persoane pot avea acces la informații în cadrul organizației. Persoanele care reclamă un abuz sexual se pot confrunta cu stigmatul social și cu un pericol real din partea agresorilor și a propriilor familii. Concepeți un mecanism care să garanteze că reclamațiile vor fi soluționate în mod confidențial. Trebuie să existe o politică de denunțare a neregulilor pentru a proteja personalul care semnalează preocupări legate de programe sau de comportamentul colegilor.

Politicile de protecție a datelor trebuie să stabilească cât timp trebuie păstrate anumite tipuri de informații, în conformitate cu legislația relevantă privind protecția datelor cu caracter personal.

Instituiți un proces de gestionare a reclamațiilor: Asigurați-vă că atât personalul organizației, cât și comunitățile pe care le deservește au posibilitatea de a formula reclamații. Astfel de reclamații pot fi privite ca o oportunitate de a îmbunătăți organizația și activitatea acesteia. Ele pot indica impactul și caracterul adecvat

DRAFT

al unei intervenții, potențialele riscuri și vulnerabilități, precum și gradul de satisfacție al persoanelor cu privire la serviciile furnizate.

Exploatarea și abuzul sexual (SEA) al persoanelor afectate de criză: Organizația și conducerea acesteia sunt responsabile pentru a se asigura că există mecanisme și proceduri de soluționare a reclamațiilor și că acestea sunt sigure, transparente, accesibile și confidențiale. Dacă este cazul, organizațiile trebuie să aibă în vedere includerea în acordurile lor de parteneriat a unor declarații specifice privind cooperarea în cadrul investigațiilor privind cazurile SEA.

Cultura organizațională: Managerii și personalul superior trebuie să promoveze o cultură a respectului reciproc între toți membrii personalului, parteneri, voluntari și persoanele afectate de criză. Sprijinul acestora pentru implementarea mecanismelor comunitare de soluționare a reclamațiilor este vital. Personalul trebuie să știe cum să trateze reclamațiile sau acuzațiile de abuz. În cazul unei activități infracționale sau în cazul în care a fost încălcat dreptul internațional, personalul trebuie să știe cum să contacteze autoritățile competente. Organizațiile care colaborează cu parteneri trebuie să convină asupra modului de formulare și soluționare a reclamațiilor (inclusiv cele între parteneri).

Comportamentul și codurile etice și de conduită ale personalului: Organizațiile trebuie să aibă un cod de conduită al personalului, care să fie aprobat de conducere și făcut public. Politica de protecție a copiilor trebuie să fie aplicabilă tuturor angajaților și partenerilor și trebuie să se ofere cursuri de inițiere și formare cu privire la standardele de comportament solicitate. Personalul trebuie să cunoască și să înțeleagă consecințele încălcării codului de conduită ⊕ *a se vedea* Angajamentele 3 *și* 8.

Angajamentul 6

Comunitățile și persoanele afectate de criză beneficiază de asistență coordonată și complementară.

Criteriul calității

Răspunsul umanitar este coordonat și complementar.

Indicatori de performanță

1. Organizațiile reduc la minimum deficiențele și suprapunerile semnalate de comunitățile afectate și de parteneri prin acțiuni coordonate.
2. Organizațiile care intervin - inclusiv organizațiile locale - fac schimb de informații relevante prin intermediul unor mecanisme de coordonare formale și informale.
3. Organizațiile coordonează evaluarea inițială a nevoilor, furnizarea de asistență umanitară și monitorizarea implementării asistenței.
4. Organizațiile locale raportează o participare și o reprezentare adecvată în cadrul mecanismelor de coordonare.

Acțiuni-cheie

6.1 **Identificați rolurile, responsabilitățile, capacitățile și interesele diferitelor părți implicate în intervenție.**

- Luați în considerare colaborări pentru a optimiza capacitatea comunităților, a guvernelor gazdă, a donatorilor, a sectorului privat și a organizațiilor umanitare (locale, naționale, internaționale) cu mandate și expertize diferite.

- Propuneți și coordonați evaluări inițiale comune, cursuri de formare și evaluări între organizații și alte părți interesate pentru a asigura o abordare mai coerentă.

DRAFT

6.2 **Asigurați-vă că răspunsul umanitar îl completează pe cel al autorităților naționale și locale și al altor organizații umanitare.**

- Recunoașteți faptul că planificarea și coordonarea generală a eforturilor de ajutorare sunt, în ultimă instanță, responsabilitatea guvernului gazdă. Organizațiile umanitare au un rol esențial în sprijinirea funcției de răspuns și de coordonare a statului.

6.3 **Participați la organismele de coordonare relevante și colaborați cu alte organisme pentru a reduce la minimum solicitările adresate comunităților și pentru a maximiza acoperirea geografică și furnizarea de servicii în cadrul efortului umanitar mai larg.**

- Promovați aplicarea și respectarea coordonată a standardelor și orientărilor de calitate recunoscute. Utilizați organismele de coordonare pentru a contextualiza standardele umanitare, în special indicatorii, în vederea monitorizării și evaluarii în mod colectiv a activităților și răspunsului global.

- Determinați scopul activităților derulate și al angajamentelor asumate, și oricare suprapunere cu alte organisme de coordonare, precum și modul în care o posibilă suprapunere va fi gestionată, de exemplu în domenii ce privesc responsabilitatea, genul și protecția.

6.4 **Comunicați informații necesare cu partenerii, grupurile de coordonare și alți actori relevanți prin intermediul unor canale de comunicare adecvate.**

- Respectați utilizarea limbilor locale în cadrul întâlnirilor de lucru și al altor comunicări. Identificați barierele din calea comunicării și remediați-le, astfel încât părțile locale interesate să poată participa.

- Comunicați clar și evitați folosirea jargonului și a limbajului colocvial, în special atunci când ceilalți participanți nu vorbesc aceeași limbă.

- Utilizați interpreți și traducători, dacă este necesar.

- Identificați locuri adecvate pentru desfășurarea de întâlniri de lucru care permit participarea actorilor locali.

- Colaborați cu rețele de organizații locale ale societății civile pentru a include contribuțiile membrilor acestora la răspunsul umanitar.

Responsabilități organizaționale

6.5 **Politicile și strategiile includ un angajament clar de coordonare și colaborare cu alte părți, inclusiv cu autoritățile naționale și locale, fără a compromite principiile umanitare.**

- Includeți coordonarea ca parte integrantă a politicilor organizaționale și a strategiilor de alocare a resurselor. Organizația trebuie să prezinte un traseu de lucru cu privire la modul în care va colabora cu partenerii, cu autoritățile gazdă și cu alți actori umanitari sau non-umanitari.

- Personalul care reprezintă agențiile în cadrul reuniunilor de coordonare trebuie să dispună de informațiile, competențele și autoritatea necesare pentru a contribui la planificare și adoptarea deciziilor. Articulați în mod clar responsabilitățile de coordonare în fișele de post ale personalului angajat.

DRAFT

6.6 **Activitățile ce implică parteneri sunt guvernate de acorduri clare și consecvente, care respectă mandatul, obligațiile și independența fiecărui partener și recunosc constrângerile și angajamentele acestuia.**

- Pentru o acțiune eficientă și responsabilă, organizațiile locale și naționale se angajează să colaboreze cu parteneri, având o înțelegere comună a mandatului organizațional al celeilalte părți și a rolurilor și responsabilităților reciproce.

Note orientative

Colaborarea cu sectorul privat: Sectorul privat poate aduce organizațiilor umanitare eficiență comercială, expertiză și resurse complementare. Minimum de colaborare care trebuie să aibă loc între cele două sectoare este schimbul de informații,necesar pentru a evita duplicarea și pentru a promova bunele practici umanitare. Asigurați-vă că partenerii privați s-au angajat să respecte drepturile fundamentale ale omului și că nu au un istoric de perpetuare a inegalităților sau a practicilor discriminatorii. Parteneriatele cu sectorul privat trebuie să asigure beneficii explicite persoanelor afectate de criză, recunoscând în același timp că actorii din sectorul privat pot avea propriile lor obiective suplimentare.

Coordonarea civil-militară: Organizațiile umanitare trebuie să rămână clar distincte de forțele militare pentru a evita orice asociere reală sau percepută cu o agendă politică sau militară care ar putea compromite imparțialitatea, independența, credibilitatea, securitatea și accesul agențiilor la populațiile afectate.

Forțele militare dispun de expertiză și resurse speciale, inclusiv de mijloace pentru asigurarea securității, logisticii, transportului și comunicațiilor. Cu toate acestea, orice asociere cu formațiuni armate trebuie să fie în beneficiul și sub conducerea agențiilor umanitare și în conformitate cu orientările aprobate ⊕ *a se vedea* Ce este Sphere?, Carta umanitară și Principii de protecție. Unele organizații vor menține un dialog minim pentru a asigura eficiența operațională, în timp ce altele pot stabili legături mai puternice.

Cele trei elemente-cheie ale coordonării civil-militare sunt schimbul de informații, planificarea și împărțirea sarcinilor. Dialogul trebuie să aibă loc în orice moment, în orice context și la toate nivelurile.

Asistența complementară: Organizațiile locale, autoritățile locale și rețelele societății civile au o experiență semnificativă cu privire la context. Acestea pot avea nevoie de sprijin pentru a se restabili în urma unei crize și trebuie să fie implicate și reprezentate în coordonarea răspunsului umanitar.

În cazul în care autoritățile sunt parte la conflict, actorii umanitari trebuie să aprecieze independența acestora, menținând interesele populațiilor afectate în centrul procesului decizional.

Coordonare: Coordonarea intersectorială poate aborda nevoile indivizilor într-o manieră generală mai degrabă decât izolată. De exemplu, coordonarea în ceea ce privește sănătatea mintală și sprijinul psihosocial trebuie să se realizeze între sectoarele sănătății, protecției și educației prin diferite modalități, cum ar fi prin intermediul unui grup de lucru tehnic alcătuit din acești specialiști.

Liderii care se ocupă cu coordonare au responsabilitatea de a se asigura că întâlnirile de lucru și schimbul de informații sunt bine gestionate, eficiente și orientate spre rezultate. Este posibil ca actorii locali să nu participe la mecanismele de coordonare dacă acestea par a fi relevante doar pentru agențiile internaționale, din cauza limbii sau a locației. Pot fi necesare mecanisme de coordonare la nivel național și subnațional, care includ linii de raportare clare.

Participarea la mecanismele de coordonare înainte de un dezastru stabilește ce relații sunt necesare pentru a îmbunătăți coordonarea în timpul unui răspuns. Corelați structurile de coordonare în situații de urgență cu planurile de dezvoltare pe termen mai lung și cu organismele de coordonare, acolo unde acestea există.

Mecanismele inter-agenții internaționale de coordonare a situațiilor de urgență trebuie să sprijine mecanismele naționale de coordonare. În ceea ce privește asistența pentru refugiați, mecanismul de coordonare a refugiaților trebuie să fie cel utilizat de Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR).

DRAFT

Schimbul de informații (inclusiv financiare): între diferitele părți interesate și diferitele mecanisme de coordonare face mai probabilă identificarea unor deficiențe sau a unor suprapuneri ale programelor.

Colaborarea cu partenerii: Pot exista diferite tipuri de colaborări cu partenerii, de la cele pur contractuale până la cele de luare în comun a deciziilor și împărțire a resurselor. Respectați mandatul și viziunea organizației partenere, precum și independența acesteia. Identificați oportunități de învățare și de dezvoltare reciprocă. Identificați ceea ce ambele părți au de câștigat de pe urma parteneriatului, pe măsură ce își sporesc cunoștințele și capacitățile și asigură o mai bună pregătire a intervenție și opțiuni de răspuns mai variate.

Colaborările pe termen mai lung între organizațiile locale și naționale ale societății civile și organizațiile internaționale pot permite tuturor partenerilor să își sporească cunoștințele și capacitățile și să asigure o mai bună pregătire a intervenției și opțiuni de răspuns mai variate.

Angajamentul 7

Comunitățile și persoanele afectate de crize se pot aștepta să primească asistență îmbunătățită pe măsură ce organizațiile învață din experiență și din reflecție.

Criteriul calității

Actorii din domeniul umanitar învață și se perfecționează în permanență.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de crize identifică îmbunătățiri în ceea ce privește asistența și protecția pe care le primesc în timp.
2. Intervențiile de asistență și de protecție sunt imbunătățite ca urmare a lecțiilor învățate din răspunsul actual.
3. Asistența și protecția oferite reflectă lecțiile învățate din alte răspunsuri.

Acțiuni-cheie

7.1 **Valorificați lecțiile învățate și experiență anterioară în elaborarea programelor.**

- Concepeți sisteme de monitorizare care să fie simple și accesibile, luând în considerare faptul că informațiile colectate trebuie să fie reprezentative pentru diferite grupuri, evidențiind în mod clar cine au fost beneficiarii programelor anterioare și cine nu.
- Luați în considerare atât eșecurile, cât și succesele.

7.2 **Învățați, inovați și implementați schimbări pe baza monitorizării și evaluării, a feedback-ului și a reclamațiilor.**

- Utilizați ascultarea activă, precum și alte abordări participativ- calitative. Persoanele afectate de criză sunt cele mai bune surse de informații cu privire la nevoi și la evoluția situației.
- Împărtășiți și discutați rezultatele învățării continue cu comunitățile, consultându-le cu privire la ce ar dori să schimbe și cum își pot consolida rolul în procesul de luare a deciziilor sau de management.

7.3 **Împărtășiți rezultatele învățării continue și a inovațiilor la nivel intern, cu comunitățile și persoanele afectate de criză, precum și cu alte părți interesate.**

DRAFT

- Prezentați informațiile colectate prin monitorizare și evaluare într-un format accesibil care să permită împărtășirea acestora și luarea de decizii ⊕ *a se vedea* Angajamentul 4.

- Identificați modalitățile de sprijinire a învățării continue la nivelul întregului sistem.

Responsabilități organizaționale

7.4 **Există politici de evaluare și de învățare, și sunt disponibile mijloace pentru a învăța din experiențe și pentru a îmbunătăți practicile.**

- Organizațiile includ în ciclul lor de învățare o evaluare a performanței și un plan de îmbunătățire al acesteia bazat pe indicatori măsurabili și obiectivi.

- Toți membrii personalului își înțeleg responsabilitățile cu privire la monitorizarea progresului propriilor activității și modul în care învățarea continuă poate contribui la dezvoltarea lor profesională.

7.5 **Există mecanisme pentru a înregistra cunoștințele și experiența și pentru a le împărtăși în întreaga organizație.**

- Învățarea organizațională conduce la schimbări practice (cum ar fi îmbunătățirea strategiilor de realizare a evaluărilor, reorganizarea echipelor pentru un răspuns mai coerent și o evidențiere mai clară a responsabilităților decizionale).

7.6 **Organizația contribuie la învățarea și inovarea în ceea ce privește răspunsul umanitar în rândul colegilor și în cadrul sectorului.**

- Compilați și publicați rapoarte privind răspunsurile umanitare, inclusiv lecții principale învățate și recomandări pentru a fi utilizate în revizuirea practicilor adoptate în cadrul răspunsurilor viitoare.

Note orientative

Învățarea din experiență: Fiecărui obiectiv de performanță, învățare și responsabilitate îi corespunde o abordare și o metodă diferită:

Monitorizare - colectarea de seturi de date periodice privind activitățile și performanțele proiectului - poate fi utilizată pentru corectarea erorilor. Utilizați date calitative și cantitative pentru a monitoriza și evalua; încrucișați datele și mențineți înregistrări consecvente. Folosiți metode etice de colectare, gestionare și raportare a datelor. Stabiliți tipul de date colectate și modul în care acestea sunt prezentate în funcție de utilizarea preconizată și de utilizatorii datelor. Evitați colectarea de date care nu vor fi analizate sau utilizate.

Evaluare în timp real - exercițiile de evaluare punctuale, la care participă persoanele care lucrează la proiect, și care pot fi folosite pentru efectuarea de corecturi.

Feedback - informațiile primite de la persoanele afectate, nu neapărat de la structuri comunitare, și care pot fi folosite pentru rectificarea erorilor. Persoanele afectate de criză sunt cele mai în măsură să evalueze schimbările din viața lor.

Evaluare post-acțiune - exerciții unice, la care participă persoanele care lucrează la proiect și care au loc după finalizarea proiectului. Identifică elementele care trebuie păstrate și modificate în proiectele viitoare.

Evaluări - activități formale pentru a determina în mod obiectiv valoarea unei activități, a unui proiect sau a unui program, efectuate în mod normal de persoane din afara proiectului, care pot fi realizare în timp real

DRAFT

(pentru a permite rectificarea erorilor) sau după finalizarea proiectului, pentru a furniza informații utile în situații similare și pentru a a fi integrate în politicile organizaționale .

Cercetare - implică investigarea sistematică a unor întrebări specifice legate de acțiunea umanitară, utilizate în general pentru a oferi informații în definirea politicilor.

Inovarea: Răspunsul în caz de criză conduce adesea la inovare, deoarece indivizii și organizațiile se adaptează la medii în schimbare. Persoanele afectate de criză inovează pe măsură ce se adaptează la propriile circumstanțe în schimbare; acestea pot beneficia de sprijin pentru o implicare mai sistematică în procesele de inovare și dezvoltare de soluții.

Colaborarea și schimbul de cunoștințe: Învățarea în colaborare cu alte agenții, organisme guvernamentale și non-guvernamentale și instituții academice este o obligație profesională și poate introduce perspective și idei noi, optimizând utilizarea resurselor limitate. Colaborarea ajută, de asemenea, la reducerea presiunii generate de evaluările repetate realizate în aceeași comunitate.

Exercițiile de învățare între colegi ("peer learning") au fost folosite de o varietate de organizații și pot fi efectuate pentru a monitoriza progresul în timp real sau ca exerciții de reflecție după o criză.

Rețelele și comunitățile de practică (inclusiv cele academice) pot crea oportunități de învățare de la grupuri de colegi, atât pe teren, cât și în cadrul evaluărilor ulterioare acțiunii sau a forumurilor de învățare. Acest lucru poate aduce o contribuție importantă la practica organizațională și la învățarea la nivel de sistem. Împărtășirea provocărilor, precum și a succeselor, între colegi poate permite personalului umanitar să identifice potențiale riscuri și să evite eventuale greșeli viitoare.

Informațiile bazate pe dovezi care sunt disponibile în toate sectoarele sunt deosebit de utile. Este mult mai probabil ca învățarea și analizarea informațiilor respective între organizații să contribuie la schimbarea organizațională decât lecțiile învățate în cadrul unei singure organizații.

Monitorizarea efectuată de însăși persoanele afectate de criză poate spori transparența și calitatea și poate încuraja însușirea informațiilor.

Politicile de evaluare și învățare continuă: Lecțiile cheie și domeniile identificate în vederea îmbunătățirii nu sunt întotdeauna abordate în mod sistematic, iar lecțiile nu pot fi considerate învățate decât dacă au determinat schimbări demonstrabile în răspunsurile umanitare actuale sau ulterioare.

Gestionarea cunoștințelor și învățarea organizațională: Gestionarea cunoștințelor presupune colectarea, dezvoltarea, împărtășirea, stocarea și utilizarea eficientă a cunoștințelor și a învățării organizaționale. Personalul național de bază este adesea esențial pentru păstrarea cunoștințelor și a relațiilor locale. Învățarea trebuie extinsă, de asemenea, la actorii naționali, regionali și locali și trebuie să îi sprijine în elaborarea sau actualizarea propriilor planuri de pregătire pentru situații de criză.

DRAFT

Angajamentul 8

Comunitățile și persoanele afectate de criză primesc asistența de care au nevoie din partea unui personal și a unor voluntari competenți și bine coordonați.

Criteriul calității

Personalul este sprijinit în îndeplinirea sarcinilor în mod eficient și este tratat în mod corect și echitabil.

Indicatori de performanță

1. Toți membrii personalului se simt susținuți de organizație în îndeplinirea sarcinilor.
2. Personalul își îndeplinește în mod satisfăcător obiectivele de performanță.

3. Comunitățile și persoanele afectate de criză apreciază personalul ca fiind eficient din punct de vedere al cunoștințelor, competențelor, comportamentelor și atitudinilor sale.
4. Comunitățile și persoanele afectate de criză sunt conștiente de codurile de conduită umanitară și de modul în care pot semnala încălcarea acestora.

Acțiuni-cheie

8.1 **Personalul își desfășoară activitatea în conformitate cu mandatul și valorile organizației, precum și cu obiectivele și standardele de performanță convenite.**

- Se pot aplica clauze și condiții diferite pentru personalul de diferite tipuri sau niveluri. Legislația națională privind ocuparea forței de muncă dictează adesea statutul unei persoane și trebuie respectată. Toți membrii personalului trebuie să fie informați cu privire la statutul lor juridic și organizațional, fie el național sau internațional.

8.2 **Personalul aderă la politicile relevante și înțelege consecințele nerespectării acestora.**

- Nevoia de inițiere și de formare cu privire la mandatul organizațional, politicile și codurile de conduită se aplică în toate situațiile, inclusiv în cazul unei unei misiuni rapide sau prelungite.

8.3 **Personalul își dezvoltă și utilizează competențele personale, tehnice și de management necesare pentru a-și îndeplini rolul și înțelege modul în care organizația îl poate sprijini în acest sens.**

- Oportunitățile formale de perfecționare ale personalului pot fi limitate în prima fază a intervenției, dar managerii trebuie să asigure cel puțin pregătirea inițială și instruirea la locul de muncă.

Responsabilități organizaționale

8.4 **Organizația dispune de capacitate de management și de capital uman, precum și de capacitatea de a-și realiza programele.**

- Angajați persoane care să crească accesibilitatea serviciilor și să evite orice percepție de discriminare, ținând cont de limbă, etnie, sex, dizabilitate și vârstă.

- Luați în considerare modul în care organizația va aborda în avans perioadele de vârf de cerere de personal calificat. Clarificați rolurile și responsabilitățile la nivel de țară, precum și responsabilitățile decizionale interne și comunicarea.

- Evitați detașarea personalului pentru perioade scurte de timp, ceea ce poate conduce la o fluctuație ridicată a personalului, subminarea continuității și calității programului și poate determina personalul să nu își asume răspunderea pentru sarcinile atribuite.

- Adoptați practici de recrutare etice pentru a evita riscul de subminare a capacității ONG-urilor locale.

- Investiți în dezvoltarea personalul local, care este mai probabil să rămână pentru perioade mai lungi de timp în organizație. În cadrul agențiilor cu obiective strategice multiple, personalul ce desfășoară acțiuni de cooperare internațională în vederea dezvoltării trebuie instruit și disponibil și pentru intervenții umanitare.

DRAFT

8.5 **Politicile și procedurile privind capitalul uman sunt corecte, transparente, nediscriminatorii și conforme cu legislația locală privind ocuparea forței de muncă.**

- Politica și practica organizațională promovează rolul personalului național la nivel de management și de conducere pentru a asigura continuitatea, memoria instituțională și răspunsuri mai adecvate la context.

8.6 **Există fișe de post, obiective de lucru și procese de feedback, astfel încât personalul să înțeleagă bine ce i se cere.**

- Fișele posturilor sunt corecte și actualizate.

- Personalul elaborează obiective individuale în acord cu aspirațiile și competențele profesionale deținute care sunt documentate într-un plan de dezvoltare.

8.7 **Există un cod de conduită care stabilește, cel puțin, obligația personalului de a nu exploata, abuza sau discrimina vreo persoană** ■ Codul de conduită al organizației este înțeles, semnat și respectat, toți reprezentanții organizației (inclusiv personalul, voluntarii, partenerii și contractorii) înțelegând ce standarde de comportament sunt așteptate și care sunt consecințele în caz de încălcare a codului.

8.8 **Există politici de sprijinire a personalului în vederea îmbunătățirii aptitudinilor și competențelor.**

- Organizațiile trebuie să dispună de mecanisme de evaluare a performanțelor personalului, de identificare a deficiențelor de capacitate și de dezvoltare a talentelor.

8.9 **Există politici pentru securitatea și bunăstarea personalului.**

- Agențiile au obligația de a-și proteja angajații. Managerii trebuie să-i informeze pe lucrătorii umanitari cu privire la riscurile existente și să-i protejeze împotriva expunerii inutile la amenințări la adresa sănătății lor fizice și emoționale.

- Printre măsurile care pot fi adoptate se numără un management de securitate eficient, consiliere preventivă în materie de sănătate, sprijin activ pentru un program de lucru rezonabil și acces la sprijin psihologic.

- Adoptați politici cu toleranță zero față de hărțuire și abuz, inclusiv față de hărțuirea și abuzul sexual la locul de muncă.

- Stabiliți strategii holistice de prevenire și de soluționare a incidentelor de hărțuire sexuală și de violență, suferite sau comise de către personalul organizației.

Note orientative

Personalul și voluntarii: Orice reprezentant desemnat al organizației, inclusiv angajații naționali, internaționali, permanenți sau temporari, precum și voluntarii și consultanții, este considerat ca fiind un membru al personalului.

Organizațiile trebuie să sensibilizeze personalul și voluntarii pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la grupurile marginalizate și pentru a evita atitudinile și practicile stigmatizante și discriminatorii.

Aderarea la mandatele, valorile și politicile organizaționale: Este de așteptat ca personalul să își desfășoare activitatea în limitele legale, ale misiunii, valorilor și viziunii organizației, care ar trebui să fie definite și

DRAFT

comunicate acestora. Dincolo de această înțelegere mai largă a rolului și a modului de lucru al organizației, o persoană trebuie să lucreze în funcție de un set de obiective personale și de așteptări de performanță convenite cu managerul său.

Politicile trebuie să cuprindă angajamente explicite privind echilibrul de gen în ceea ce privește personalul și voluntarii.

Politicile trebuie să promoveze un mediu de lucru deschis, favorabil incluziunii și accesibil persoanelor cu dizabilități. Aceasta ar putea include: identificarea și eliminarea barierelor în calea accesibilității la locul de muncă; interzicerea discriminării pe motiv de dizabilitate; promovarea egalității de șanse și a remunerării egale pentru o muncă de valoare egală; ajustări rezonabile pentru persoanele cu dizabilități la locul de muncă.

Partenerii externi, contractorii și furnizorii de servicii trebuie să cunoască, de asemenea, politicile și codurile de conduită care li se aplică, precum și consecințele nerespectării acestora (cum ar fi rezilierea contractelor).

Standardele de performanță și dezvoltarea competențelor: Personalul și angajatorii sunt responsabili de comun acord pentru dezvoltarea competențelor lor, inclusiv a competențelor de management. Cu ajutorul unor obiective și standarde de performanță clare, aceștia ar trebui să înțeleagă ce aptitudini, competențe și cunoștințe sunt necesare pentru a-și îndeplini rolul actual. De asemenea, aceștia trebuie să fie informați cu privire la oportunitățile de creștere și dezvoltare care ar putea fi disponibile sau necesare în organizație. Competențele pot fi îmbunătățite prin experiență, formare, mentorat sau îndrumare.

Există diverse metode care pot fi utilizate pentru a evalua competențele și comportamentele unui membru al personalului, inclusiv observarea, examinarea rezultatelor muncii, discuții directe cu acesta și intervievarea colegilor. Evaluările periodice documentate ale performanțelor trebuie să permită managerilor să identifice domeniile care necesită sprijin și formare.

Capacitatea și capabilitatea personalului: Sistemele de gestionare a personalului diferă în funcție de agenție și de context, dar trebuie să se bazeze pe bune practici. Acestea trebuie să fie luate în considerare și planificate la un nivel strategic, cu sprijinul conducerii superioare. Planurile organizaționale și de proiect trebuie să ia în considerare capacitatea personalului și echilibrul de gen. Trebuie să existe un număr corect de membri ai personalului cu competențele potrivite, la locul potrivit și la momentul potrivit, pentru a îndeplini obiectivele organizaționale pe termen scurt și lung.

Organizațiile trebuie să se asigure că personalul dispune de competențele necesare pentru a contribui la interacțiunile cu comunitățile afectate, luarea de decizii și realizarea de acțiuni. De asemenea, personalul trebuie instruit cu privire la modul de aplicare a procedurilor standard de operare, deoarece acest lucru permite un nivel mai ridicat de delegare și intervenții mai rapide.

Programele de evaluare a performanțelor trebuie să fie suficient de flexibile pentru a acoperi atât personalul temporar, cât și pe cel cu contracte pe durată nedeterminată. Trebuie acordată o atenție adecvată competențelor de ascultare, de promovare a incluziunii, de facilitare a dialogului comunitar și de încurajare a procesului decizional și a inițiativelor comunitare. Organizațiile partenere trebuie să convină asupra competențelor necesare pentru ca personalul să își îndeplinească angajamentele convenite.

Politicile și procedurile privind personalul: Stilul și complexitatea politicilor și procedurilor privind personalul vor depinde de dimensiunea și contextul fiecărei agenții. Oricât de simplă sau complexă ar fi agenția, personalul trebuie să participe la elaborarea și revizuirea politicilor, atunci când este posibil, pentru a se asigura că opiniile sale sunt reprezentate. Un manual specific facilitează cunoașterea și consultarea politicilor și a consecințelor nerespectării acestora.

Îndrumarea personalului: Fiecare membru al personalului trebuie să identifice obiective individuale care acoperă aspirațiile sale profesionale și competențele pe care speră să le dezvolte și să le includă într-un plan de dezvoltare.

Un răspuns umanitar eficient nu constă doar în asigurarea prezenței unui personal calificat, ci depinde și de modul în care sunt gestionate resursele umane. Cercetările efectuate în situații de urgență arată că managementul, structurile și procedurile eficiente sunt la fel de importante, dacă nu chiar mai importante decât competențele personalului pentru a asigura un răspuns eficient.

DRAFT

Securitatea și bunăstarea: Personalul lucrează adesea un număr mare de ore în condiții riscante și stresante. Obligația unei agenții cu privire la personalul său național și internațional trebuie să includă acțiuni de promovare a bunăstării mentale și fizice și de evitare a epuizării pe termen lung, a bournout-ului, a accidentării sau a îmbolnăvirii.

Managerii pot promova obligațiile agenției cu privire la personalul său prin ajustarea bunelor practici și prin respectarea personală a politicilor. Lucrătorii umanitari trebuie, de asemenea, să își asume responsabilitatea personală pentru gestionarea bunăstării lor. Primul ajutor psihologic trebuie să fie disponibil imediat lucrătorilor care au trăit sau au fost martori la evenimente extrem de stresante.

Formați personalul pentru a culege informații cu privire la acte de violență sexuală suferite de colegi. Asigurați accesul la măsuri solide de investigare și de descurajare a incidentelor, promovând încrederea și asumarea răspunderii. În cazul în care au loc incidente, adoptați o abordare centrată pe supraviețuitor, oferind asistența medicală și psihosocială, inclusiv în cazul traumei indirecte. Sprijinul trebuie să răspundă și să includă nevoile personalului internațional și național.

Un specialist în materie de sănătate mintală, adecvat din punct de vedere cultural și lingvistic, trebuie să contacteze toți membrii personalului și voluntarii naționali și internaționali, supraviețuitori ai unui eveniment potențial traumatizant în termen de trei luni de la producerea acestuia. Profesionistul trebuie să evalueze supraviețuitorii și să îi îndrume către tratament clinic, dacă este cazul.

Angajamentul 9

Comunitățile și persoanele afectate de criză se pot aștepta ca organizațiile care le acordă asistență să gestioneze resursele în mod eficace, eficient și etic.

Criteriul calității

Resursele sunt gestionate și utilizate în mod responsabil conform destinației lor.

Indicatori de performanță

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză sunt la curent cu bugetele și cheltuielile comunitare, precum și cu rezultatele obținute.
2. Comunitățile și persoanele afectate de criză consideră că resursele disponibile sunt utilizate:

a. pentru scopul căruia au fost destinate;

b. fără deturnare sau risipă.

3. Resursele destinate intervenției sunt utilizate și monitorizate în conformitate cu planurile, țintele, bugetele și termenele convenite.
4. Răspunsul umanitar este furnizat într-un mod eficient din punct de vedere al costurilor.

Acțiuni-cheie

9.1 **Concepeți programe și implementați procese care să asigure utilizarea eficientă a resurselor, echilibrând calitatea, costurile și promptitudinea în fiecare etapă a intervenției.**

DRAFT

- Adaptați proceduri specifice în cazul crizelor cu declanșare rapidă pentru a permite luarea mai rapidă a deciziilor financiare și pentru a face față provocărilor (de exemplu, lipsa furnizorilor disponibili pentru a desfășura licitații competitive).

9.2 **Gestionați și utilizați resursele disponibile pentru a atinge scopul propus, reducând astfel la minimum risipa.**

- Asigurați-vă că există personal cu competențe specifice și sisteme adecvate pentru gestionarea riscurilor legate de achiziții, asistență în numerar și gestionarea stocurilor.

9.3 **Monitorizați și raportați cheltuielile în raport cu bugetul.**

- Adoptați sisteme de planificare și de monitorizare financiară pentru a asigura îndeplinirea obiectiveleor programului, inclusiv proceduri de atenuare a principalelor riscuri legate de gestionarea financiară.

- Monitorizați toate tranzacțiile financiare.

9.4 **Atunci când se utilizează resurse locale și naturale, luați în considerare impactul acestora asupra mediului.**

- Efectuați evaluări rapide a impactului asupra mediului pentru a determina potențialele riscuri și pentru a adopta măsuri de atenuare cât mai devreme posibil în cadrul intervenției sau al programului.

9.5 **Gestionați riscului de corupție și luați măsuri adecvate în cazul în care acesta este identificat.**

- Documentați criteriilor de finanțare și sursele de finanțare. Comunicați deschis și transparent informații despre proiect.

- Încurajați părțile interesate să raporteze abuzurile de putere.

Responsabilități organizaționale

9.6 **Există politici și procese care reglementează utilizarea și gestionarea resurselor, inclusiv modul în care organizația:**

a. **acceptă și alocă fonduri și donații în natură în mod etic și legal;**

b. **își utilizează resursele într-un mod responsabil din punct de vedere ecologic;**

c. **previne și soluționează cazurile de corupție, fraudă, conflicte de interese și utilizarea abuzivă a resurselor;**

d. **efectuează audituri, verifică conformitatea și raportează în mod transparent;**

e. **evaluează, gestionează și atenuează riscurile în mod continuu; și**

f. **asigură faptul că acceptarea resurselor nu îi compromite independența.**

Note orientative

DRAFT

Utilizarea eficientă a resurselor: Termenul „resurse” se referă la mijloacele de care o organizație are nevoie pentru a-și îndeplini misiunea. Aceastea includ, dar nu se limitează la fonduri, personal, bunuri, echipamente, timp, terenuri și mediul înconjurător în general.

În cazul crizelor acute și puternic mediatizate, există adesea presiuni la adresa agenților pentru a răspunde rapid și pentru a demonstra că acționează în vederea rezolvării situației. Acest lucru poate conduce la o planificare deficitară a proiectelor și la o explorare insuficientă a diferitelor opțiuni programatice și financiare (de exemplu, utilizarea asistenței în numerar) care pot oferi un raport calitate-preț mai bun. Existând un risc ridicat de corupție în aceste contexte, este important ca personalul să fie format și sprijinit și să existe mecanisme de soluționare a reclamațiilor pentru a preveni corupția în cadrul sistemelor ⊕ *a se vedea* Angajamentele 3 *și* 5.

Mobilizarea de personal cu experiență în această perioadă poate contribui la atenuarea riscurilor și la găsirea unui echilibru între furnizarea unui răspuns umanitar în timp util, menținerea standardelor și limitarea risipei.

Colaborarea și coordonarea între organizații (și comunități) pot contribui, de asemenea, la un răspuns mai eficient (de exemplu, prin efectuarea de evaluări inițiale sau finale comune și prin sprijinirea înregistrării de beneficiari între agenții și utilizarea în comun a sistemelor logistice).

La sfârșitul proiectului, activele și resursele rămase vor trebui donate, vândute sau returnate în mod responsabil.

Utilizarea resurselor conform destinației lor: Toți actorii umanitari au o responsabilitate atât față de donatori, cât și față de persoanele afectate și trebuie să poată demonstra că resursele au fost utilizate adecvat, în mod eficient și cu rezultate bune.

Înregistrările contabile trebuie să respecte standardele naționale și/sau internaționale acceptate și trebuie aplicate în mod sistematic în cadrul organizației.

Frauda, corupția și risipa deturnează resursele de la cei care au cea mai mare nevoie de ele. Cu toate acestea, orice intervenție pentru a fi considerată eficientă și responsabilă are nevoie de personal și de resurse adecvate. A fi econom nu înseamnă întotdeauna și a fi rentabil. Deseori va trebui să se găsească un echilibru între economie, eficacitate și eficiență.

Monitorizarea și raportarea cheltuielilor: Toți membrii personalului au responsabilitatea de a se asigura că finanțele sunt bine gestionate. Personalul este încurajat să raporteze orice suspiciune de fraudă, corupție sau utilizare abuzivă a resurselor.

Impactul asupra mediului și utilizarea resurselor naturale: Răspunsurile umanitare pot avea un impact negativ asupra mediului. De exemplu, acestea pot produce cantități mari de deșeuri, pot degrada resursele naturale, pot contribui la epuizarea sau la contaminarea pânzei freatice și pot determina defrișări și alte pericole pentru mediu. Ecosistemele sunt esențiale pentru bunăstarea oamenilor și constituie un paravan împotriva pericolelor naturale. Orice impact asupra mediului trebuie să fie abordat ca o problemă transsectorială, deoarece poate cauza daune suplimentare și de durată asupra vieții, sănătății și mijloacelor de trai. Implicarea persoanelor afectate și luarea în considerare a preocupărilor lor în acest proces sunt esențiale. Sprijinul pentru gestionarea locală a resurselor naturale trebuie integrat în intervenție.

Gestionarea riscurilor de corupție: Definiția și înțelegerea practicilor de corupție nu coincid în toate culturile. Definirea clară a comportamentului care este așteaptat din partea personalului (inclusiv a voluntarilor) și a partenerilor este fundamentală în abordarea acestui risc ⊕ *a se vedea* Angajamentul 8. Colaborarea bazată pe respect cu membrii comunității, stabilirea unor mecanisme de monitorizare la fața locului și o comunicare transparentă cu părțile interesate pot contribui la reducerea riscurilor de corupție.

Cadourile în natură pot crea dileme etice. În numeroase culturi, oferirea de cadouri este o normă socială importantă, iar refuzul unui cadou ar putea părea nepoliticos. În cazul în care primirea cadoului provoacă un sentiment de îndatorare, destinatarul ar trebui să îl refuze în mod politicos. În cazul în care cadoul este acceptat, este important să se declare acest lucru și să se discute cu un manager dacă există motive de îngrijorare. Reduceți riscurile legate de independența operațională și imparțialitatea organizațională prin

DRAFT

elaborarea de ghiduri pentru personal și prin încurajarea transparenței. Personalul trebuie să fie informat cu privire la aceste politici și la posibilele dileme.

Resursele naturale și impactul asupra mediului: Organizațiile trebuie să se angajeze să adopte politici și practici ecologice (inclusiv un plan de acțiune și o evaluare rapidă a impactului asupra mediului) și să utilizeze orientările existente pentru a contribui la soluționarea problemelor de mediu în caz de urgență. Politicile de achiziții ecologice contribuie la reducerea impactului asupra mediului, dar trebuie să fie gestionate astfel încât să reducă la minimum întârzierile în furnizarea de asistență.

Corupția și frauda: Frauda include furtul, deturnarea de bunuri sau proprietăți și falsificarea registrelor, cum ar fi cererile de rambursare a cheltuielilor. Orice organizație trebuie să țină o evidență strictă a tranzacțiilor financiare pentru a arăta modul în care au fost utilizate fondurile. Stabiliți sisteme și proceduri pentru a asigura controlul intern al resurselor financiare și pentru a preveni frauda și corupția.

Organizațiile trebuie să sprijine bunele practici recunoscute în materie de gestiune și raportare financiară. Politicile organizaționale ar trebui, de asemenea, să garanteze că sistemele de achiziții publice sunt transparente și solide și că încorporează măsuri antiteroriste.

Conflictele de interese: Personalul trebuie să se asigure că nu există niciun conflict între obiectivele organizației și propriile interese personale sau financiare. De exemplu, aceștia nu trebuie să atribuie contracte furnizorilor, organizațiilor sau persoanelor fizice în cazul în care ei înșiși sau familia lor au de câștigat din punct de vedere financiar.

Există diferite forme de conflict de interese, iar indivizii nu își dau seama întotdeauna că încalcă codurile și politicile organizaționale. De exemplu, utilizarea fără permisiune a resurselor organizației sau primirea de cadouri de la un furnizor pot fi interpretate ca un conflict de interese.

Crearea unei culturi în care oamenii pot discuta deschis și declara orice conflicte de interese potențiale sau reale este esențială pentru gestionarea acestora.

Auditarea și transparența: Auditurile pot lua mai multe forme. Auditurile interne verifică dacă procedurile sunt respectate. Auditurile externe verifică dacă situațiile financiare ale organizației sunt reale și corecte. Un audit de investigație este realizat atunci când o organizație suspectează existența unei anumite probleme, de obicei o fraudă.

DRAFT

Anexă
Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie și a responsabilităților organizaționale

Mai jos sunt prezentate câteva întrebări orientative legate de acțiuni-cheie și responsabilități organizaționale pentru aplicarea standardului umanitar de bază. Aceste întrebări pot fi utilizate pentru a sprijini elaborarea programelor umanitare sau ca instrument de revizuire a unui proiect, a unui răspuns sau a unei politici.

Angajamentul 1 Comunitățile și persoanele afectate de criză primesc asistență adecvată nevoilor lor.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. A fost efectuată o evaluare cuprinzătoare și consultativă a capacităților și nevoilor, și au fost recomandările generate de aceasta utilizate în planificarea răspunsului?
2. Au fost consultate persoanele și comunitățile afectate, instituțiile locale și alte părți interesate (inclusiv grupurile reprezentative pentru femei, bărbați, fete și băieți) în cadrul evaluării nevoilor, riscurilor, capacităților, vulnerabilităților și contextului? Sunt datele de evaluare și monitorizare dezagregate în funcție de sex, vârstă și dizabilitate?
3. Cum au fost identificate grupurile de risc?
4. Au fost luate în considerare aspectele transversale relevante în analiza nevoilor și a contextului?
5. Răspunsul oferă asistență în conformitate cu nevoile și preferințele populației afectate (de exemplu, în natură, în numerar)? Sunt folosite diferite tipuri de asistență și protecție pentru diferite grupuri demografice?
6. Ce acțiuni sunt întreprinse pentru a adapta strategia de răspuns la diferite grupuri demografice, pe baza nevoilor, capacităților, riscurilor și contextului în schimbare?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Organizația are o politică clară de angajament față de acțiunea umanitară bazată pe drepturi, imparțială și independentă și sunt membrii personalului conștienți de acest lucru?
2. Organizația este percepută ca fiind imparțială, independentă și nediscriminatorie de către părțile relevante interesate?
3. Procedurile de lucru includ mecanisme de colectare consecventă a datelor dezagregate în funcție de sex, vârstă, dizabilitate și alte caracteristici relevante?
4. Sunt aceste date utilizate în mod frecvent pentru a ghida elaborarea și implementarea programelor?
5. Dispune organizația de finanțare, de politici de personal și de o flexibilitate programatică care să îi permită să adapteze răspunsul la nevoile în schimbare?
6. Efectuează organizația în mod sistematic o analiză de piață pentru a determina formele adecvate de asistență?

DRAFT

Angajamentul 2 Comunitățile și persoanele afectate de crize au acces la asistența umanitară de care au nevoie la momentul oportun.

Întrebări orientative pentru monitorizare acțiunilor-cheie

1. Sunt identificate și analizate cu regularitate, în consultare cu populația afectată, constrângerile, cum ar fi barierele fizice sau discriminarea și riscurile, și sunt adaptate planurile în consecință?
2. Planificarea ia în considerare momentele optime pentru activități, ținând cont de factori precum starea vremii, sezoanele, factorii sociali, accesul sau conflictele?
3. Sunt monitorizate întârzierile în implementarea planurilor și activităților și sunt căutate soluții?
4. Sunt utilizate sisteme de avertizare timpurie și planuri de contingență?
5. Sunt utilizate și îndeplinite standardele tehnice recunoscute?
6. Sunt identificate și abordate nevoile nesatisfăcute?
7. Rezultatele monitorizării sunt utilizate pentru a adapta programele?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există procese clare pentru a evalua dacă organizația dispune de suficiente capacități, de finanțare și de personal adecvat care poate fi mobilizat înainte de a-și lua angajamente privind o posibilă intervenție?
2. Există politici, procese și resurse clare pentru a sprijini monitorizarea și evaluarea și pentru a utiliza rezultatele acestora în scopuri de management și de luare a deciziilor? Sunt cunoscute de către personal?
3. Există procese clare de definire a responsabilităților și a termenelor pentru luarea deciziilor privind alocarea resurselor?

Angajamentul 3 Comunitățile și persoanele afectate de criză nu sunt afectate în mod negativ și sunt mai bine pregătite, mai rezistente și mai puțin expuse riscului ca urmare a acțiunii umanitare.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Au fost identificate capacitățile locale de reziliență (structuri, organizații, grupuri informale, lideri și rețele de sprijin) și există planuri de consolidare a acestora?
2. Sunt utilizate în implementare informațiile existente privind riscurile, pericolele, vulnerabilitățile și planurile aferente pentru diminuarea acestora?
3. Programul a luat în considerare dacă și cum ar putea fi furnizate serviciile necesare de către societatea civilă locală, de către guvern sau de către organisme din sectorul privat? Există planuri de sprijinire a acestor organisme pe măsură ce preiau furnizarea de servicii relevante?
4. Strategiile și acțiunile de reducere a riscurilor și de consolidare a rezilienței sunt concepute în consultare cu persoanele și comunitățile afectate sau influențate de acestea?
5. În ce mod (atât formal, cât și informal) sunt consultați liderii și/sau autoritățile locale pentru a se asigura că strategiile de răspuns sunt în concordanță cu prioritățile locale și/sau naționale?
6. Sprijină personalul suficient de mult inițiativele locale (inclusiv inițiativele de autoajutorare bazate pe comunitate, în special pentru grupurile marginalizate și minoritare), răspunsul de urgență și consolidarea capacităților pentru o intervenție viitore?
7. Este răspunsul conceput pentru a facilita recuperarea economică timpurie?
8. Populația locală își asumă progresiv responsabilitățile aferente și procesul decizional?
9. A fost realizată o evaluare a pieței, pentru a identifica posibilele efecte ale programului asupra economiei locale?
10. A fost elaborată o strategie clară de tranziție și/sau de ieșire, în consultare cu persoanele afectate și cu alte părți relevante interesate?

DRAFT

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există o politică care să impună efectuarea de evaluări a riscurilor ce afectează persoanele vulnerabile și adoptarea de măsuri pentru reducerea acestora în programele desfășurate de organizație? Este cunoscută de către personal?
2. Există politici și proceduri pentru evaluarea și atenuarea efectelor negative ale răspunsului? Sunt cunoscute de către personal?
3. Există politici și proceduri pentru gestionarea situațiilor de exploatare sexuală, abuz sau discriminare, inclusiv celor bazate pe orientare sexuală sau alte caracteristici? Sunt cunoscute de către personal?
4. Există planuri de contingență pentru a răspunde unor noi crize sau celor care se amplifică? Sunt cunoscute de către personal?
5. Personalul înțelege așteptările cu privire la protecție, securitate și riscuri?
6. Organizația permite și promovează acțiunile coordonate de comunitate și autoajutorarea?

Angajamentul 4 Comunitățile și persoanele afectate de criză își cunosc drepturile, au acces la informații și participă la deciziile care le afectează.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Sunt furnizate informații despre organizație și răspunsul desfășurat în moduri accesibile și adecvate pentru diferitele grupuri afectate?
2. Femeile, bărbații, fetele și băieții (în special cei marginalizați și vulnerabili) pot să aibă acces la informațiile furnizate și le înțeleg?
3. Opiniile persoanelor afectate, inclusiv a celor mai vulnerabile și marginalizate, sunt solicitate și utilizate pentru a ghida elaborarea și implementarea programelor?
4. Sunt toate grupurile din cadrul comunității afectate conștiente de modul în care pot oferi feedback cu privire la răspunsul umanitar și se simt în siguranță folosind canalele de comunicare disponibile?
5. Este folosit feedback-ul? Poate programul să indice elementele care au fost modificate pe baza feedback-ului primit? ⊕ *a se vedea* Acțiuni-cheie 1.3 *și* 2.5.
6. Sunt identificate și depășite obstacolele în calea oferirii de feedback?
7. Datele furnizate prin intermediul mecanismelor de feedback sunt dezagregate în funcție de sex, vârstă, dizabilitate și alte categorii relevante?
8. În cazul în care asistența este furnizată prin transferuri electronice, sunt disponibile canale de feedback pentru persoanele afectate, chiar și atunci când nu există un contact direct cu personalul?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Politicile și planurile programatice includ prevederi privind schimbul de informații, inclusiv criterii pentru a decide ce informații ar trebui împărtășite? Sunt cunoscute de către personal?
2. Politicile și planurile programatice includ prevederi privind protecția datelor cu caracter personal? Există criterii pentru stocarea sigură a datelor (în dulapuri cu cheie pentru copiile pe hârtie și în fișiere protejate prin parolă pentru copiile pe suport electronic), accesare restricționată, distrugerea datelor în caz de evacuare și protocoale de schimb de informații? Aceste protocoale detaliază ce informații trebuie împărtășite, cu cine și în ce situații? De reținut că informațiile trebuie împărtășite numai în caz de necesitate și nu trebuie să conțină detalii de identificare sau istoricul cazurilor, decât dacă este necesar.
3. Politicile includ prevederi privind modul de abordare a informațiilor confidențiale sau sensibile sau a informațiilor care ar putea pune în pericol personalul sau persoanele afectate? Sunt cunoscute de către personal?
4. Politicile și orientările organizaționale includ angajamente cu privire la modul în care persoanele afectate sunt reprezentate în comunicările externe sau în materialele de strângere de fonduri? Sunt cunoscute de către personal?

DRAFT

Angajamentul 5 Comunitățile și persoanele afectate de crize au acces la mecanisme sigure și receptive de soluționare a reclamațiilor.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Comunitățile și persoanele afectate de criză sunt consultate cu privire la conceperea mecanismelor de soluționare a reclamațiilor?
2. Sunt luate în considerare preferințele tuturor grupurilor demografice, în special cele legate de siguranță și confidențialitate, în elaborarea proceselor de gestionare a reclamațiilor?
3. Toate grupurile demongrafice primesc informații și înțeleg modul în care funcționează mecanismele de soluționare a reclamațiilor și tipurile de reclamații care pot fi depuse prin intermediul acestora?
4. Există termene convenite și respectate pentru investigarea și soluționarea reclamațiilor? Este înregistrat intervalul de timp dintre momentul depunerii unei reclamații și cel al soluționării acesteia?
5. Reclamațiile privind exploatarea sexuală, abuzul și discriminarea sunt investigate imediat de către un personal cu competențe relevante și cu un nivel adecvat de autoritate?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există politici, bugete și proceduri specifice pentru gestionarea reclamațiilor?
2. Toți membrii personalului beneficiază de cursuri de inițiere și de perfecționare privind politicile și procedurile organizaționale de gestionare a reclamațiilor?
3. Politica organizației de gestionare a reclamațiilor include prevederi privind exploatarea sexuală, abuzul și discriminarea?
4. Politicile și orientările organizaționale de prevenire a exploatării sexuale, a abuzului și a discriminării sunt împărtășite cu persoanele afectate?
5. Reclamațiile care nu pot fi soluționate de către organizație sunt transmise în timp util altor organizații relevante?

Angajamentul 6 Comunitățile și persoanele afectate de criză beneficiază de asistență coordonată și complementară.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Informații cu privire la competențele, resursele, acoperirea geografice și sectoarele de activitate ale organizației sunt împărtășite în timp util cu alte organisme care răspund la criză?
2. Sunt accesate și utilizate informații cu privire la competențele, resursele, acoperirea geografică și sectoarele de activitate ale altor organizații, inclusiv ale autorităților locale și naționale?
3. Au fost identificate și sprijinite structurile de coordonare existente?
4. Sunt luate în considerare intervențiile desfășurate de alte organizații și autorități la elaborarea, planificarea și implementarea programelor?
5. Sunt identificate și abordate deficiențele și suprapunerile în ceea ce privește acoperirea geografică, sectorială și a grupurilor țintă?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există un angajament clar în politicile și/sau strategiile organizaționale de a colabora cu alți actori?
2. Au fost stabilite criterii sau condiții pentru selecția, colaborarea și coordonarea cu alți parteneri?
3. Există acorduri formale de parteneriat?

DRAFT

4. Acordurile de parteneriat includ definiții clare ale rolurilor, responsabilităților și angajamentelor fiecărui partener, inclusiv modul în care fiecare va contribui la îndeplinirea în comun a principiilor umanitare?

Angajamentul 7 Comunitățile și persoanele afectate de crize se pot aștepta să primescă asistență îmbunătățită pe măsură ce organizațiile învață din experiență și din reflecție.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Programul este elaborat prin consultarea unor evaluări și analize efectuate în cadrul unor crize similare, și rezultatele relevante sunt încorporate?
2. Procesele de monitorizare, evaluare, feedback și gestionare a reclamațiilor conduc la schimbări și/sau inovații în conceperea și implementarea programelor?
3. Învățarea continuă este documentată în mod sistematic?
4. Sunt utilizate sisteme specifice pentru transferul de cunoștințe către părțile relevante interesate, inclusiv către persoanele afectate și cu partenerii?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există politici și resurse pentru evaluare și învățare continuă? Sunt cunoscute de către personal?
2. Există orientări clare pentru înregistrarea și diseminarea învățării continue, inclusiv orientări specifice aplicabile crizelor umanitare?
3. Învățarea continuă este identificată la nivel de program, documentată și împărtășită în cadrul organizației?
4. Organizația este un membru activ al forumurilor de învățare continuă și inovare? Cum contribuie organizația la aceste forumuri?

Angajamentul 8 Comunitățile și persoanele afectate de crize primesc asistența de care au nevoie din partea unui personal și a unor voluntari competenți și bine coordonați.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Mandatul și valorile organizației sunt comunicate noilor angajați?
2. Sunt gestionate performanțele personalului, sunt adresate performanțele slabe și sunt recunoscute performanțele bune?
3. Personalul semnează un cod de conduită sau un document similar cu caracter obligatoriu? Dacă da, personalul este instruit pentru a înțelege codul de conduită și alte politici relevante?
4. Se primesc reclamații cu privire la personal sau la personalul partenerilor? Cum sunt gestionate?
5. Personalul este informat cu privire la sprijinul disponibil pentru dezvoltarea competențelor necesare exercitării rolul lor și îl utilizează?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există proceduri de evaluare a nevoilor de resurse umane în raport cu dimensiunea și obiectivele programului?
2. Planificarea organizațională ține cont de nevoile viitoare de leadership și de dezvoltarea de noi talente?

DRAFT

3. Politicile și procedurile privind personalul sunt conforme cu legislația locală privind ocuparea forței de muncă și respectă bunele practici recunoscute în gestionarea personalului?
4. Politicile privind securitatea și bunăstarea personalului acoperă nevoile practice și psihosociale ale personalului local care ar putea fi afectat el însuși de criză?
5. La recrutarea, formarea și evaluarea personalului se iau în considerare abilitățile transferabile (competențele non-tehnice) utile în îmbunătățirea capacității personalului de a interacționa și de a ține cont de feedback-ul persoanelor afectate de criză?
6. Personalul are fișe de post actualizate și obiective clare, inclusiv responsabilități specifice?
7. Structura de compensații și beneficii este echitabilă, transparentă și aplicată în mod consecvent?
8. Membrii personalului beneficiază de o instruire adecvată și de informații frecvente cu privire la managementul performanței și despre politicile și procedurile de dezvoltare a personalului?
9. Li se solicită tuturor angajaților (și contractanților) să semneze codul de conduită organizațional (care să includă prevenirea exploatării și abuzului sexual) și li se oferă o instruire adecvată cu privire la codul respectiv?
10. Contractul cu furnizorii de servicii financiare și actorii comerciali prevede, în mod clar, o declarație/clauză/cod de conduită pentru a preveni exploatarea sexuală și de altă natură?
11. Dispune organizația de prevederi specifice fiecărei locații pentru gestionarea reclamațiilor? Sunt acestea cunoscute personalului?
12. Membrii personalului înțeleg, recunosc și reacționează la discriminare în cadrul propriilor programe și activități?

Angajamentul 9 Comunitățile și persoanele afectate de crize se pot aștepta ca organizațiile care le acordă asistență să gestioneze resursele în mod eficace, eficient și etic.

Întrebări orientative pentru monitorizarea acțiunilor-cheie

1. Personalul realizează cheltuieli cu respectarea protocoalelor organizaționale?
2. Cheltuielile sunt monitorizate în mod frecvent și rapoartele aferente sunt împărtășite la nivel de management de program?
3. Serviciile și bunurile sunt achiziționate prin intermediul unui proces de licitație competitivă?
4. Sunt monitorizate efectele potențiale asupra mediului (apă, sol, aer, biodiversitate) și se iau măsuri pentru atenuarea acestora?
5. Există o procedură sigură de denunțare a neregulilor și este cunoscută de personal, de persoanele afectate și de alte părți interesate?
6. Sunt monitorizate raportul cost-eficacitate și impactul social?

Întrebări orientative pentru monitorizarea responsabilităților organizaționale

1. Există politici și proceduri pentru achiziționarea, utilizarea și gestionarea etică a resurselor?
2. Includ acestea prevederi pentru:

- primirea și alocarea fondurilor?
- primirea și alocarea cadourilor în natură?
- atenuarea și prevenirea impactului asupra mediului?
- prevenirea fraudei, gestionarea cazurilor suspecte și dovedite de corupție, precum și de utilizare abuzivă a resurselor?

DRAFT

- conflicte de interese?
- audit, verificare și raportare?
- evaluarea și gestionarea riscurilor asociate bunurilor?

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Resurse suplimentare pentru standardul umanitar de bază: *corehumanitarianstandard.org*

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

Responsabilitate

Child Protection Minimum Standards (CPMS) (Standarde minime în materie de protecției a copilului). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Complaints Mechanism Handbook (Manual privind mecanismele de reclamație). ALNAP, Consiliul Danez pentru Refugiați, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel (Orientări privind înființarea unui mecanism comunitar pentru reclamațiile privind exploatarea sexuală și abuzul comise de către personalul ONU și non-ONU). PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataskforce.org

*Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities (*Standarde umanitare de includere a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități*). Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org*

Lewis, T. Financial Management Essentials: Handbook for NGOs (Elemente esențiale în managementul financiar: Manual pentru ONG-uri). Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) (Orientări și standarde de urgență privind creșterea animalelor). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) (Standarde minime de redresare economică). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response (Standarde minime INEE pentru educație: pregătire, răspuns, recuperare). The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Standardul minim pentru analiza pieței). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. Putting Accountability into Practice (Punerea responsabilității în practică). Resource Centre, Save the Children, 2013. http://resourcecentre.savethechildren.se

Top Tips for Financial Governance (Sfaturi de top pentru gestionare financiară). Mango, 2013. www.mango.org

Performanța lucrătorilor umanitari

A Handbook for Measuring HR Effectiveness (Manual pentru măsurarea eficacității resurselor umane). CHS Alliance, 2015. http://chsalliance.org

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response (Creșterea încrederii în echipe variate: set de instrumente pentru răspunsul în situații de urgență). ALNAP, 2007. www.alnap.org

DRAFT

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) (Protecția împotriva exploatării sexuale și a abuzului). OCHA. https://www.unocha.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (Protecția împotriva exploatării sexuale și a abuzului). CHS Alliance. https://www.chsalliance.org

Rutter, L. Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle (Ghid de competențe umanitare: creșterea capacității umanitare pe parcursulangajării). NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. https://ngocoordination.org

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers (Primul ajutor psihologic: ghid pentru lucrătorii de teren). WHO Geneva, 2011. www.who.int

Evaluări

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide (Evaluarea nevoilor umanitare: Ghidul „suficient de bun"). ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015) [Manual cu privire la evaluarea multisectorială inițială rapidă (revizuit în iulie 2015)]. IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org

Participatory assessment, in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Chapter 7) [Evaluarea participativă, în Manualul de participare al lucrătorilor de teren din domeniul umanitar (Capitolul 7)]. ALNAP și Groupe URD, 2009. http://urd.org

Intervenții bazate pe numerar

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments (Principii privind cooperarea publică-privată în plățile din domeniul umanitar). CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming (În numerar sau în natură? De ce nu ambele? Lecţii de analiză a răspunsului umanitar în intervențiile multisectoriale). Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies (Monitorizarea 4 CTP: îndrumări pentru monitorizarea intervențiilor în numerar (CTP) în situații de urgență). Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Copiii

Child Safeguarding Standards and how to implement them (Norme de protecție a copiilor și implementare). Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

Coordonare:

Knox Clarke, P. Campbell, L. Exploring Coordination in Humanitarian Clusters (Explorarea coordonării în cadrul clusterelor umanitare). ALNAP, 2015. https://reliefweb.int

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level (Modul de referință pentru coordonarea în cadrul clusterelor la nivel național). Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Concepție și răspuns

The IASC Humanitarian Programme Cycle (Ciclul programului umanitar IASC). Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

DRAFT

Persoane cu dizabilități

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități). Organizația Națiunilor Unite. https://www.un.org

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions (Grupul Washington - statisticele referitoare la dizabilitate și seturi de întrebări privind persoanele cu dizabilități). Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

Mediu

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability (Mediul și acțiunea umanitară: îmbunătățirea eficacității, a sustenabilității și a răspunderii). UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines (Linii directoare pentru urgențele de mediu), ed. a 2-a. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery (Kit de formare: integrarea mediului în acțiunea umanitară și recuperarea economică timpurie). UNEP, Groupe URD. http://postconflict.unep.ch

Genul

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies (Sexul și vârsta contează: îmbunătățirea răspunsului umanitar în situații de urgență). ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action (Femei, fete, băieți și bărbați: nevoi diferite, șanse egale, un manual pentru acțiunea umanitară). IASC, 2006. https://interagencystandingcommittee.org

Violența bazată pe gen

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery (Orientări pentru integrarea intervențiilor privind violența bazată pe gen în acțiunile umanitare: reducerea riscului, promovarea rezilienței și sprijinirea recuperării). GBV Guidelines, IASC, 2015. http://gbvguidelines.org

Manual for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian (Manual pentru coordonarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în context umanitar). Organizația Națiunilor Unite, UNICEF, noiembrie 2010. https://www.un.org

Răspuns umanitar centrat pe persoane

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts (Feedback efectiv în contexte umanitare). ALNAP, martie 2014, Londra. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Manualul participării lucrătorilor de teren umanitari). Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment (Ce este VCA? Introducere în evaluarea vulnerabilității și a capacității). IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

Performanță, monitorizare și evaluare

DRAFT

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. Participatory Impact Assessment: A Design Guide (Evaluarea participativă a impactului: ghid pentru practicieni). Tufts University, martie 2014, Feinstein International Center, Somerville. http://fic.tufts.edu

CHS Alliance și Start, A. Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs (Crearea unui cadru pentru învățarea și dezvoltareai organizațională: un ghid pentru ONG-uri). CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners (Utilizarea evaluării pentru schimbare: detalii de la practicienii umanitari). ALNAP, martie 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide (Ghid pentru monitorizarea și evaluarea proiectelor/programelor). ALNAP, IRCS, ianuarie 2011. https://www.alnap.org

Sphere for Monitoring and Evaluation (Sphere pentru monitorizare și evaluare). The Sphere Project, martie 2015. www.sphereproject.org

Protecție

Slim, H. Bonwick, A. Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies (Protecția: ghid ALNAP pentru agențiile umanitare). ALNAP, 2005. www.alnap.org

Redresare

Minimum Economic Recovery Standards (Standarde minime de redresare economică). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Reziliență

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction (Reziliența: Manual de reziliență 2.0 pentru uzul practicienilor umanitari și decidenților în materie de reducere a riscurilor în caz de dezastru, adaptare la schimbările climatice și reducere a sărăciei). Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation (Către reziliență, un ghid pentru reducerea riscurilor în caz de dezastru și adaptarea la schimbările climatice). Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Bibliografie suplimentară

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliografie suplimentară

Răspundere

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations (Prevenirea corupției în operațiunile umanitare). Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs (background paper) [Report calitate-preț: ce înseamnă pentru ONG-urile din Regatul Unit (document de bază)]. Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

DRAFT

Performanța lucrătorilor umanitari

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report (Centru de excelență – obligația de îngrijire: rezumat al proiectului raportului). CHS Alliance, 2016. https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf

CHS Alliance and Start, A. HR Metrics Dashboard: A Toolkit (Tablou de indicatori aferenți resurselor umane: set de instrumente). CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors (Set de instrumente în materie de resurse umane pentru actorii nonprofit mici și mijlocii). CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity (Scurtă Informare: creșterea capacității personalului). CHS Alliance, People In Aid, 2011. http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf

Nightingale, K. Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance (Construirea viitorului umanitar: capacitate locală și parteneriate în asistența în caz de urgență). Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook (Manual de referințe rapide în materie de implementare PSEA). CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

Concepție și răspuns

Camp Management Toolkit (Set de instrumente pentru managementul taberei de refugiați). Consiliul Norvegian pentru Refugiați, 2015. http://cmtoolkit.org/

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0) (Modul de referință CIA pentru implementarea programului umanitar). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian

Mediu

Environment and Humanitarian Action (factsheet) [Acțiunea de mediu și umanitară (fișă informativă)]. OCHA și UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

Răspuns umanitar centrat pe persoana umană

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do (Ghid al Mișcării de Cruce Roșie și Semilună Roșie în materie de angajament comunitar și asumarea răspunderii: îmbunătățirea comunicării, a angajamentului și a asumării răspunderii). IFRC, 2016. http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members (Set de instrumente de comunicare: ghid practic pentru managerii de program pentru îmbunătățirea comunicării cu participanții și membrii comunității). Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises (Cum să folosești platformele de comunicare socială pentru a îmbunătăți comunicarea cu persoanele afectate de o situație de criză). FRC, 2017. http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/

DRAFT

Infosaid Diagnostic Tools (Set de instrumente de diagnosticare Infosaid). CDAC Network, 2012. *www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q*

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015. *www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/*

Performanță, monitorizare și evaluare

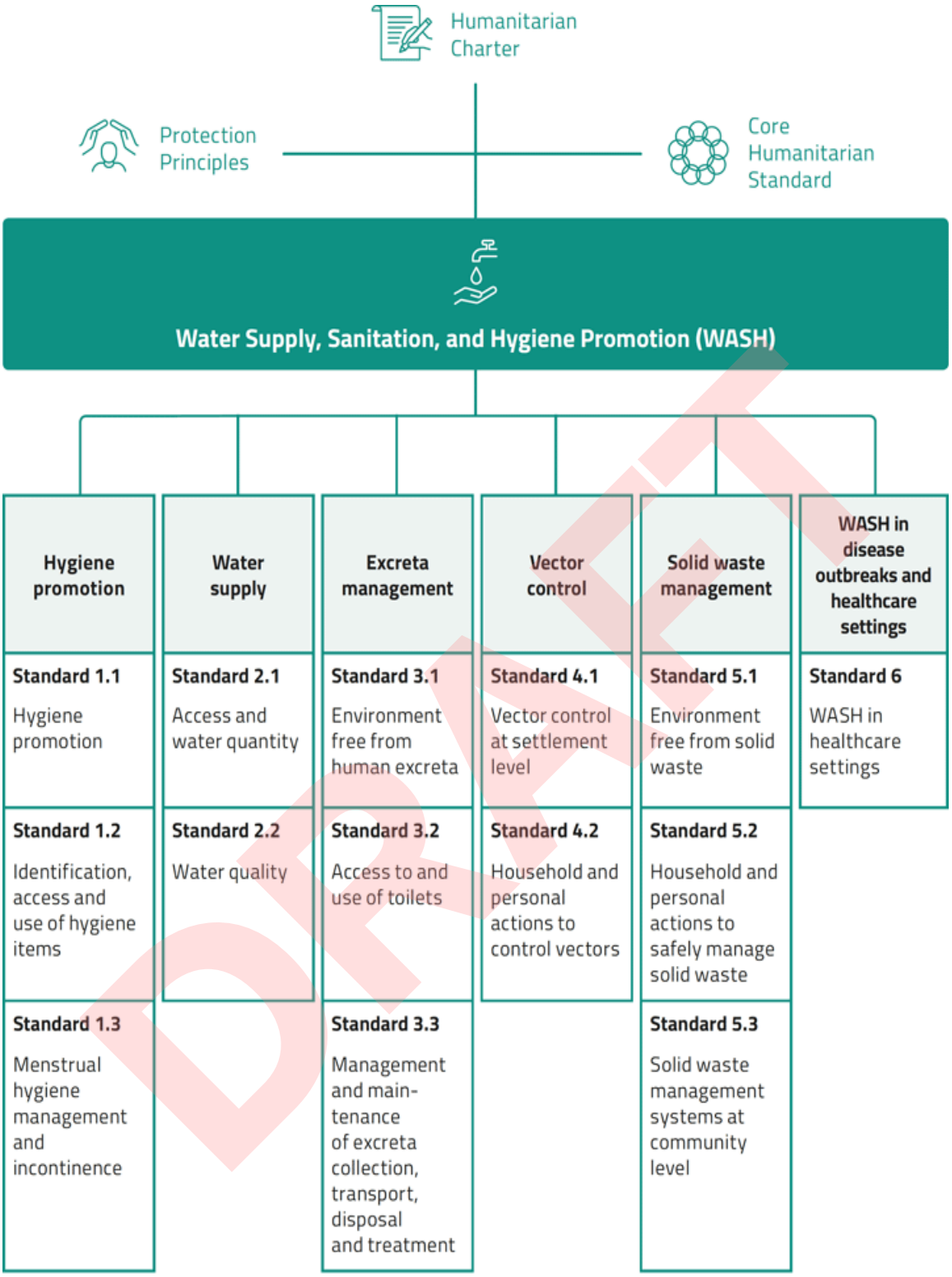
Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide (Evaluarea acțiunii umanitare: ghid pilot). ALNAP, 2013. *www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide*

Norman, B. Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments (Practici de monitorizare și asumare a răspunderii în cazul proiectelor gestionate de la distanță și implementate în medii operaționale volatile). ALNAP, Tearfund, 2012. *www.alnap.org/resource/7956*

DRAFT

5. Alimentarea cu apă, salubritatea și promovarea igienei

DRAFT



DRAFT

APPENDIX 1 Water supply, sanitation and hygiene promotion initial needs assessment checklist
APPENDIX 2 The F diagram: Faecal–oral transmission of diarrhoeal diseases
APPENDIX 3 Minimum water quantities: survival figures and quantifying water needs
APPENDIX 4 Minimum numbers of toilets: community, public places and institutions
APPENDIX 5 Water- and sanitation-related diseases
APPENDIX 6 Household water treatment and storage decision tree

Cuprins

Concepte esențiale în alimentarea cu apă, salubritate și promovarea igienei

Standarde privind alimentarea cu apă, salubritate și promovarea igienei:

1. Promovarea igienei
2. Alimentarea cu apă
3. Gestionarea excrementelor
4. Controlarea vectorilor
5. Gestionarea deșeurilor solide
6. WASH în focarele de boală și în mediile de asistență medicală

Anexa 1: Listă de verificare pentru evaluarea inițială a nevoilor de alimentare cu apă, salubritate și promovare a igienei

Anexa 2: Diagrama F: transmiterea fecal-orală a bolilor diareice

Anexa 3: Cantități minime de apă: valori de supraviețuire și cuantificarea necesităților de apă

Anexa 4: Numărul minim de toalete: comunitate, locuri publice și instituții

Anexa 5: Boli asociate cu apa și salubritatea

Anexa 6: Arborele de decizie privind tratarea și depozitarea apei în gospodării

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Concepte esențiale în alimentarea cu apă, salubritate și promovarea igienei

Toată lumea are dreptul la apă și salubritate

Standardele minime Sphere pentru alimentarea cu apă, salubritate și promovarea igienei (WASH) reprezintă o transpunere în practică a dreptului de acces la apă și salubritate în contexte umanitare. Standardele se bazează pe convingerile, principiile, obligațiile și drepturile declarate în Carta umanitară. Printre acestea se numără dreptul la o viață demnă, dreptul la protecție și securitate și dreptul de a primi asistență umanitară în funcție de necesități.

Pentru o listă a principalelor documente juridice și politice care stau la baza Cartei umanitare,⊕ *a se vedea* Anexa 1.

Persoanele afectate de crize sunt mai predispuse la îmbolnăviri și decese cauzate de boli, în special boli diareice și infecțioase. Astfel de boli sunt strâns legate de un sistem de salubritate și de alimentare cu apă inadecvat și de o igienă precară. Intervențiile WASH au ca scop reducerea riscurilor pentru sănătatea publică.

Principalele căi prin care agenții patogeni se pot transmite la om sunt materiile fecale, fluidele, degetele, muștele și alimentele. Principalul obiectiv al intervențiilor WASH în cadrul răspunsului umanitar este de a reduce riscurile pentru sănătatea publică prin crearea de bariere de-a lungul acestor căi ⊕ *a se vedea* Anexa 2: Diagrama F. Activitățile-cheie sunt:

- promovarea bunelor practici de igienă;
- asigurarea apei potabile sigure;
- asigurarea unor instalații de salubritate adecvate;
- reducerea riscurilor pentru sănătatea mediului;
- asigurarea unor condiții care să le permită persoanelor să trăiască în condiții de sănătate, demnitate, confort și siguranță.

În cadrul intervențiilor WASH, este importantă:

- gestionarea întregului lanț al alimentării cu apă: aprovizionarea cu apă, tratarea, distribuția, colectarea, depozitarea și consumul casnic;
- gestionarea întregului lanț de salubritate într-o manieră integrată;
- promovarea unor comportamente pozitive și sănătoase;
- asigurarea accesului la articole de igienă.

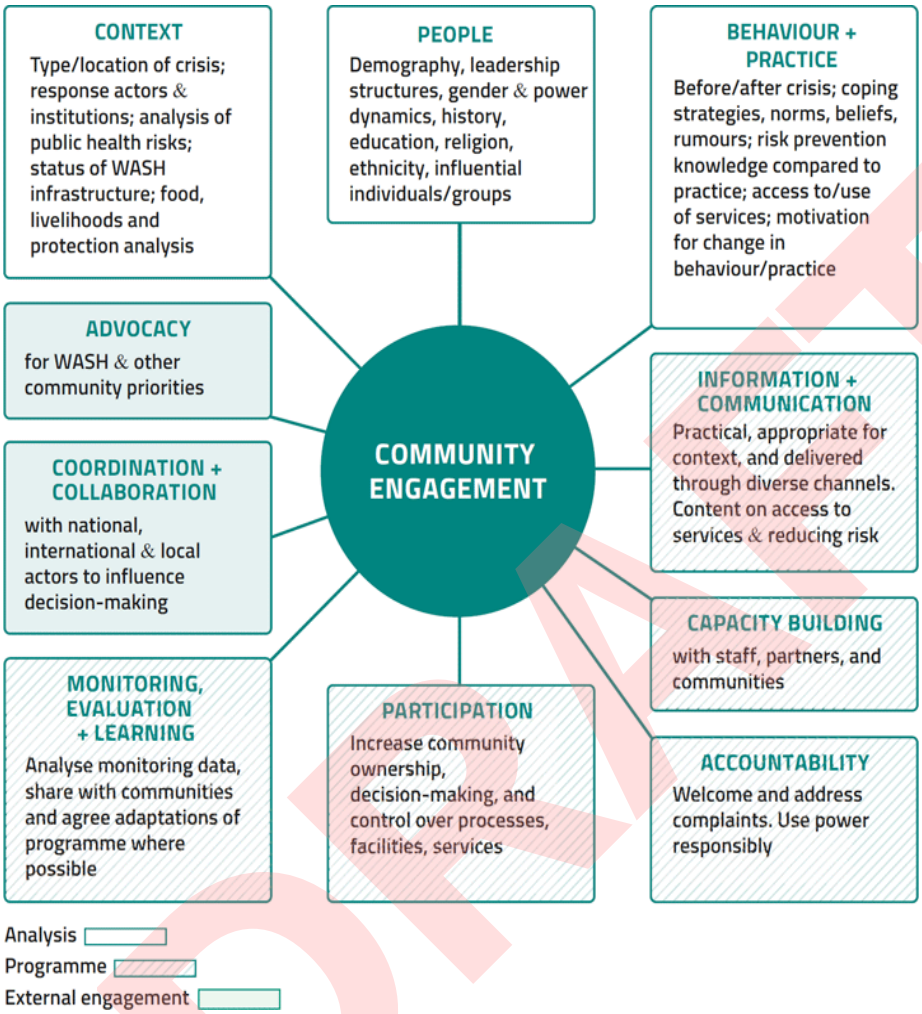
Implicarea comunității este esențială

Implicarea comunității în WASH este un proces dinamic care conectează comunitatea și alte părți interesate, astfel încât persoanele afectate de criză să aibă mai mult control asupra răspunsului umanitar și a impactului acestuia asupra lor. O implicare eficientă leagă comunitățile și echipele de răspuns umanitar pentru a maximiza influența comunității în vederea reducerii riscurilor pentru sănătatea publică, a furnizării de servicii adecvate și accesibile, a îmbunătățirii calității intervențiilor și a stabilirii responsabilității. Aceasta explorează capacitatea și dorința comunității de a gestiona și întreține sistemele WASH ⊕ *a se vedea* Figura 3 Implicarea comunității WASH.

DRAFT

Implicarea comunității creează o înțelegere esențială a percepțiilor, a nevoilor, a mecanismelor de adaptare, a capacităților, a normelor existente, a structurilor de conducere și a priorităților, precum și a acțiunilor adecvate care trebuie întreprinse. Monitorizarea și evaluarea, inclusiv mecanismele de feedback, demonstrează dacă răspunsurile umanitare WASH sunt adecvate sau trebuie să fie ajustate. ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 4 *și* 5.

Implicarea comunității WASH (Figura 3)



DRAFT

WASH necesită o atenție specială în zonele urbane

Implicarea comunității poate fi mai dificilă în zonele urbane, unde densitatea populației este mai mare, iar grupurile de risc sunt mai puțin vizibile. Cu toate acestea, în zonele urbane, spațiile publice, mass-media și tehnologia pot oferi posibilitatea unui dialog mai amplu și mai eficient. Tipul de proprietate a bunurilor (gospodărie în zonele rurale, combinație public-privat în zonele urbane) afectează alegerea opțiunilor de răspuns umanitar și a metodelor de furnizare.

Este necesară o combinație de abordări

Asistența bazată pe piață poate satisface în mod eficient și eficace nevoile WASH, de exemplu prin asigurarea accesului la articole de igienă. Asistența în numerar (direct în numerar și/sau tichete) ar trebui să fie completată de alte activități WASH, inclusiv asistență tehnică și implicarea comunității. În ceea ce privește implementarea, opțiunile variază de la construcția de infrastructură la promovarea igienei și mobilizarea comunității. Generatoarele sau toaletele temporare pot fi furnizate imediat, în timp ce revizia serviciilor de tratare a apei este un proiect pe termen lung. Controlul calității și asistența tehnică sunt esențiale pentru a

asigura sănătatea și siguranța. Asistența tehnică trebuie să fie oportună și adecvată. Aceasta trebuie să fie coerentă, accesibilă și realizabilă pentru a fi livrată în mod durabil.

Răspunsurile umanitare WASH trebuie să consolideze obiectivele pe termen lung ale comunității și să reducă la minimum impactul asupra mediului. Gestionarea integrată a alimentării cu apă și a salubrității trebuie să răspundă nevoilor umane și să protejeze ecosistemul. Acest lucru poate influența alegerea tehnologiei, calendarul și etapizarea activităților, implicarea comunității, implicarea sectorului privat și a pieței, precum și opțiunile de finanțare.

Aceste standarde minime nu trebuie aplicate în mod izolat

Dreptul la aprovizionare cu apă și la salubrizare adecvate este legat de dreptul la adăpost, la hrană și la sănătate. Progresul efectiv în atingerea standardelor minime într-un domeniu influențează progresul în alte domenii. Coordonarea și colaborarea strânsă cu alte sectoare, precum și coordonarea cu autoritățile locale și cu alte agenții care intervin contribuie la asigurarea satisfacerii nevoilor, la evitarea dublării eforturilor și la optimizarea calității răspunsurilor umanitare WASH. De exemplu, în cazul în care standardele nutriționale nu sunt îndeplinite, urgența de a îndeplini standardele privind aprovizionarea cu apă și salubrizarea este mai mare, deoarece vulnerabilitatea oamenilor la boli a crescut. Același lucru este valabil și pentru populațiile în care prevalența HIV este ridicată. Trimiterile care se regăsesc în manual sugerează unele legături potențiale.

În cazul în care standardele naționale sunt mai scăzute decât standardele minime Sphere, organizațiile umanitare trebuie să colaboreze cu guvernul pentru a le ridica progresiv.

Dreptul internațional protejează în mod specific dreptul la apă și la salubritate

Acest drept include accesul la o alimentare cu apă suficientă, sigură și la prețuri accesibile pentru uz personal și casnic, precum și la instalații de salubritate private, sigure și curate. Statele sunt obligate să asigure acest drept în timpul crizelor ⊕ *a se vedea* Anexa 1: Fundamentul juridic pentru Sphere.

Apa potabilă și instalațiile de salubrizare adecvate sunt esențiale pentru:

- susținerea vieții, a sănătății și a demnității;
- prevenirea decesului prin deshidratare;
- reducerea riscului de boli legate de apă, salubritate și igienă;
- permiterea unui consum adecvat, prepararea hranei și satisfacerea cerințelor de igienă personală și domestică.

Dreptul la apă și la salubritate face parte din drepturile universale esențiale pentru supraviețuirea și asigurarea demnității umane, iar actorii statali și non-statali au responsabilitatea de a îndeplini acest drept. În timpul unui conflict armat, de exemplu, este interzisă atacarea, distrugerea, îndepărtarea sau scoaterea din uz a instalațiilor de apă sau a sistemelor de irigații.

Legături cu Principiile de protecție și cu Standardul umanitar de bază

Utilizarea apei influențează protecția persoanelor. Conflictele armate și inegalitatea afectează securitatea apei pentru indivizi și grupuri. Cererile multiple de apă pentru consum și în scopuri casnice și de subzistență pot cauza probleme de protecție dacă activitățile pe termen scurt și lung nu sunt concepute în mod corespunzător. Protecția în cadrul răspunsurilor umanitare WASH este adesea luată în considerare din perspectiva protecției și a siguranței personale, recunoscând o vulnerabilitate deosebită în timpul colectării apei, al defecației sau al gestionării igienei menstruale. Aceste elemente de protecție personală sunt esențiale, însă și preocupările mai largi de protecție sunt fundamentale. Măsuri simple de la bun început, cum ar fi încuietorile de la ușile toaletelor, iluminatul adecvat și separarea facilităților, pot reduce riscul de abuz sau violență.

O intervenție adaptată și favorabilă incluziunii este esențială pentru a evita discriminarea, a reduce riscurile potențiale și a îmbunătăți utilizarea sau calitatea serviciilor. De exemplu, asigurați-vă că persoanele cu dizabilități pot avea acces la facilitățile de igienă și că femeile sau copiii au la dispoziție recipiente de

DRAFT

dimensiuni adecvate pentru a transporta apă. Implicarea indivizilor și a comunităților în toate etapele răspunsului umanitar poate contribui la încorporarea considerentelor de protecție în intervențiile WASH.

Lucrătorii umanitari trebuie să fie instruiți în domeniul protecției copiilor și să știe cum să utilizeze sistemele de referire pentru cazurile suspecte de violență, abuz sau exploatare, inclusiv a copiilor.

Cooperarea și coordonarea civil-militară trebuie să fie luate în considerare cu atenție de către organizațiile umanitare, în special în timpul conflictelor. Percepțiile de neutralitate și imparțialitate pot afecta acceptarea unor servicii de către comunitate. Este posibil ca organizațiile umanitare să fie nevoite să accepte ajutorul militar în anumite situații, de exemplu în ceea ce privește transportul și distribuția. Cu toate acestea, impactul asupra principiilor umanitare trebuie analizat cu atenție și trebuie depuse eforturi pentru a atenua riscurile de protecție ⊕ *a se vedea* Carta umanitară *și* Contextul prezenței unei forțe militare naționale și internaționale în Ce este Sphere?

În aplicarea standardelor minime, toate cele nouă angajamente din Standardul umanitar de bază trebuie respectate ca bază pentru furnizarea unei intervenții WASH responsabile.

DRAFT

1. Promovarea igienei

Bolile legate de apă, salubritate și igienă sunt o cauză importantă de îmbolnăviri și decese care pot fi prevenite în situații de criză. Promovarea igienei care sprijină comportamentele, implicarea comunității și acțiunile de reducere a riscului de îmbolnăvire este fundamentală pentru un răspuns umanitar WASH de succes.

Este puțin probabil ca o abordare standardizată care se bazează în principal pe transmiterea de mesaje educaționale și distribuirea de articole de igienă să fie foarte eficientă. Riscurile - și percepția riscurilor - variază de la un context la altul. Oamenii au experiențe de viață, strategii de adaptare și norme culturale și comportamentale diferite. Este important să se adapteze intervențiile pe baza analizei acestor factori, precum și a contextului. Promovarea eficientă a igienei se bazează pe:

- colaborarea cu comunitatea pentru stimularea mobilizării acesteia și a contribuției sale la procesul decizional;
- comunicare bidirecțională și feedback cu privire la riscuri, priorități și servicii;
- accesul la și utilizarea instalațiilor, serviciilor și materialelor WASH.

Promovarea igienei trebuie să se bazeze pe cunoștințele proprii ale persoanelor în materie de risc și de prevenire a bolilor pentru a promova un comportament pozitiv de promovare a sănătății.

Monitorizarea activităților și rezultatelor trebuie făcută în mod regulat pentru a vă asigura că intervențiile de promovare a igienei și WASH evoluează. Este necesară coordonarea cu actorii din domeniul sănătății pentru a monitoriza incidența bolilor legate de WASH, cum ar fi bolile diareice, holera, febra tifoidă, trahomul, viermii intestinali și schistosomiaza ⊕ *a se vedea* Asistență medicală esențială - standarde privind bolile transmisibile 2.1.1 *la* 2.1.4 și Standardul privind sistemele de sănătate 1.5.

Standardul privind promovarea igienei 1.1: Promovarea igienei

Persoanele sunt conștiente de principalele riscuri pentru sănătatea publică legate de apă, salubritate și igienă și pot adopta măsuri individuale, casnice și comunitare pentru a le reduce.

Acțiuni-cheie

1. Identificați principalele riscuri pentru sănătatea publică și practicile actuale de igienă care contribuie la aceste riscuri.

    - Elaborați un profil al comunității pentru a determina ce persoane și grupuri sunt vulnerabile la anumite riscuri legate de WASH și de ce.
    - Identificați factorii care pot motiva comportamente pozitive și acțiuni preventive.

2. Colaborați cu populația afectată pentru a concepe și gestiona promovarea igienei și răspunsul umanitar WASH în sens larg.

    - Elaborați o strategie de comunicare care să utilizeze atât mass-media, cât și dialogul cu comunitatea pentru a împărtăși informații practice.
    - Identificați și formați persoanele influente, grupurile comunitare și lucrătorii de proximitate.

DRAFT

3. Utilizați feedback-ului din partea comunității și datele de supraveghere a sănătății populației pentru a adapta și îmbunătăți promovarea igienei.

   - Monitorizați accesul și utilizarea instalațiilor WASH și modul în care activitățile de promovare a igienei afectează comportamentul și practicile populației.
   - Adaptați activitățile și identificați nevoile nesatisfăcute.

Indicatori-cheie

Procentul de gospodării afectate care descriu corect trei măsuri de prevenire a bolilor legate de WASH

Procentul de populație țintă care indică în mod corect două momente critice când este necesară spălarea mâinilor

Procentul de populație țintă observată că utilizează instalațiile de spălare a mâinilor la ieșirea din toaletele comune

Procentul de gospodării afectate în care sunt disponibile apă și săpun pentru spălarea mâinilor

Procentul populației afectate care colectează apă din surse de apă îmbunătățite

Procentul de gospodării care depozitează apa potabilă în recipiente curate și acoperite

Procentul de îngrijitori care declară că elimină excrementele copiilor în condiții de siguranță

Procentul de gospodării care utilizează produse pentru incontinență (absorbante, recipiente pentru urinare, ploscă pentru persoane imobilizate la pat, scaune de toaletă) și care declară că elimină în siguranță excrementele provenite din incontinența adulților

Procentul de gospodării afectate care elimină deșeurile solide în mod corespunzător

Procentul de persoane care au oferit feedback și care afirmă că feedback-ul lor a fost folosit pentru a adapta și îmbunătăți instalațiile și serviciile WASH

Mediul înconjurător local este lipsit de fecale de origine umană și animală

Note orientative

Înțelegerea și gestionarea riscurilor WASH: Prioritizarea și reducerea riscurilor legate de WASH în faza inițială a unei crize poate fi o provocare. Concentrați-vă pe utilizarea apei potabile, pe gestionarea excrementelor și pe spălatul mâinilor, deoarece acestea sunt cele care pot avea cel mai mare impact asupra prevenirii transmiterii bolilor. Evaluarea riscurilor pentru sănătatea publică legate de WASH și a măsurilor de reducere a acestora va necesita o înțelegere a:

- utilizării actuale a instalațiilor și serviciilor WASH;
- accesului la articole esențiale de igienă casnică ⊕ *a se vedea* Standardele de promovare a igienei 1.2 *și* 1.3;
- strategiilor actuale de adaptare, obiceiurilor și credințelor locale;
- structurilor sociale și a dinamicii puterii în comunitate;
- locului în care persoanele se prezintă pentru asistență medicală (inclusiv vindecători tradiționali, farmacii, clinici);
- persoanelor responsabile de exploatarea și întreținerea infrastructurii WASH;
- datelor privind supravegherea bolilor legate de WASH;
- barierelor sociale, fizice și de comunicare în calea accesului la instalațiile și serviciile WASH, în special pentru femei și fete, vârstnici și persoane cu dizabilități;

DRAFT

- variațiilor la nivelul veniturilor;
- condițiilor de mediu și tendințelor sezoniere în ceea ce privește bolile.

Pentru a menține motivația, schimbarea comportamentală și practica trebuie să fie ușoare. Instalațiile trebuie să fie convenabile și accesibile pentru toți utilizatorii, sigure, demne, curate și adecvate din punct de vedere cultural. Includeți atât bărbații, cât și femeile în activitățile de promovare a igienei, deoarece sprijinul activ al bărbaților în materie de igienă poate avea o influență decisivă asupra comportamentelor din familie.

Mobilizarea comunității: Colaborați cu structurile existente, asigurându-vă că oportunitățile privind locurile de muncă plătite sau voluntare sunt disponibile în mod egal atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Liderii respectați ai comunității și cei religioși, lucrătorii de proximitate și actorii locali de încredere, cum ar fi grupurile de femei sau de tineri, pot facilita mobilizarea și acțiunile preventive.

Norma obișnuită este de doi lucrători de proximitate la 1 000 de persoane. Lucrătorii de proximitate și voluntarii trebuie să aibă bune abilități de comunicare, să fie capabili să stabilească relații respectuoase cu comunitățile locale și să aibă o înțelegere profundă a nevoilor și preocupărilor locale. Dacă este necesar, stimulentele pentru lucrătorii de proximitate trebuie convenite în cadrul unui forum de coordonare locală pentru a promova echitatea și a evita perturbările.

Lucrătorii comunitari din domeniul sănătății pot avea roluri similare cu lucrătorii de proximitate WASH, dar responsabilități diferite ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.2: Personalul din domeniul sănătății.

Lucrul cu copiii: Copiii pot promova comportamente sănătoase în rândul celorlalți copii și ai familiei proprii. Departamentul de educație sau serviciile sociale pot identifica oportunități de promovare a igienei în școli, în centrele de plasament și în gospodăriile unde copilul este cap de familie, precum și în cazul copiilor care trăiesc pe stradă. Implicații copii în elaborarea mesajelor ⊕ *a se vedea* manualele INEE *și* CPMS.

Canale și abordări de comunicare: Furnizați informații în mai multe formate (scris, grafic, audio) și în mai multe limbi pentru a le face cât mai accesibile. Adaptați mesajele pentru copii și persoane cu dizabilități și elaborați și testați mesajele pentru a vă asigura că acestea sunt ușor de înțeles în funcție de diferențele de vârstă, sex, nivel de educație și limbă.

Dialogul la nivel comunitar este util pentru rezolvarea problemelor și planificarea acțiunilor. Mass-media pot consolida informațiile generale pentru o acoperire mai largă. Ambele abordări sunt utile dacă se adresează unui public specific. Concepeți mecanisme adecvate de feedback cu utilizatorii și monitorizați eficacitatea acestora. Comunicați feedback-ului către comunitate, încurajând-o să își exprime opinia la rândul său ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 5.

Spălarea mâinilor cu săpun este o modalitate importantă de prevenire a transmiterii bolilor diareice. Instalațiile de spălare a mâinilor au nevoie de o aprovizionare regulată cu apă și săpun, precum și de o canalizare sigură. Poziționați instalațiile astfel încât spălarea mâinilor să aibă loc înainte de atingerea alimentelor (consumul, pregătirea alimentelor sau hrănirea unui copil) și după contactul cu excrementele (după folosirea toaletei sau toaletarea unui copil) ⊕ *a se vedea* Standardul privind alimentarea cu apă 2.2: Calitatea apei.

Promovarea utilizării toaletei: O problemă esențială pentru personalul de promovare a igienei este de a oferi tuturor posibilitatea de utilizare a instalațiilor și a materialelor de eliminare a excrementelor. Pe lângă preocupările legate de curățenie și miros, principalele motive pentru care persoanele nu folosesc toaletele sunt jena, tabuurile culturale, accesibilitatea fizică și preocupările legate de intimitate și siguranță ⊕ *a se vedea* Standardul privind gestionarea excrementelor 3.2: Accesul la toalete și utilizarea acestora.

Colectarea, transportul și depozitarea în condiții de siguranță a apei potabile sunt esențiale pentru reducerea riscurilor de contaminare. Gospodăriile au nevoie de recipiente separate pentru colectarea și depozitarea apei potabile ⊕ a se vedea Standardul privind promovarea igienei 1.2 și Standardele privind alimentarea cu apă 2.1 *și* 2.2.

DRAFT

Persoane aflate în mișcare: Găsiți ocazii de a interacționa cu persoanele aflate în mișcare, fie călătorind temporar cu acestea, fie întâlnindu-le în punctele de odihnă. Utilizați canale de comunicare, precum radio, SMS, rețele de socializare și linii telefonice gratuite, pentru a oferi informații despre igienă și pentru a solicita feedback. Proiectați pachetul de „articole de gospodărie" pentru a susține acest lucru prin includerea telefoanelor mobile sau a încărcătoarelor solare, care vor permite, de asemenea, persoanelor să comunice cu familiile lor, să acceseze informații și să ofere feedback.

Standardul privind promovarea igienei 1.2: Identificarea, accesul la și utilizarea articolelor de igienă

Articolele adecvate pentru susținerea igienei, a sănătății, a demnității și a bunăstării sunt disponibile și utilizate de către persoanele afectate.

Acțiuni-cheie

1. Identificați articolele de igienă esențiale de care au nevoie persoanele, gospodăriile și comunitățile.
   - Luați în considerare nevoile diferite ale bărbaților și femeilor, ale persoanelor vârstnice, ale copiilor și ale persoanelor cu dizabilități.
   - Identificați și puneți la dispoziție articole comune suplimentare pentru menținerea igienei mediului înconjurător, cum ar fi recipiente pentru deșeuri solide și echipamente de curățenie.
2. Asigurați accesul în timp util la articolele esențiale.
   - Evaluați disponibilitatea articolelor pe piețele locale, regionale sau internaționale.
3. Colaborați cu populațiile afectate, cu autoritățile locale și cu alți actori pentru a planifica modul în care persoanele vor colecta sau cumpăra articole de igienă.
   - Furnizați informații cu privire la momentul, locul, conținutul și destinatarii prevăzuți pentru asistența în numerar și/sau articolele de igienă.
   - Coordonați-vă cu alte sectoare pentru a oferi asistență în numerar și/sau articole de igienă și decideți asupra mecanismelor de distribuție.
4. Cereți feedback din partea persoanelor afectate cu privire la caracterul adecvat al articolelor de igienă alese și la satisfacția lor cu privire la mecanismul de obținere a acestora.

Indicatori-cheie

Toate gospodăriile afectate au acces la o cantitate minimă de articole de igienă esențiale:

- Două recipiente de apă pentru fiecare gospodărie (10-20 de litri; unul pentru colectare, unul pentru depozitare);
- 250 de grame de săpun pentru baie de persoană pe lună;
- 200 de grame de săpun pentru rufe de persoană pe lună;
- Săpun și apă la o stație de spălare a mâinilor (o stație pentru fiecare toaletă comună sau una pentru fiecare gospodărie);
- Oliță, curățător sau scutece pentru a elimina materiile fecale ale copiilor.

DRAFT

Procentul de persoane afectate care raportează/sunt observate folosind regulat articole de igienă după distribuire

Procentul din venitul gospodăriei utilizat pentru achiziționarea de articole de igienă care acoperă nevoile prioritare identificate

Note orientative

Identificarea elementelor esențiale: Adaptați articolele de igienă și trusele de igienă la cultură și context. Prioritizați articolele esențiale în faza inițială (cum ar fi săpunul, recipientele cu apă și materialele pentru igiena menstruației și a incontinenței) în detrimentul articolelor „bine de avut" (cum ar fi peria de păr, șamponul, pasta de dinți, periuța de dinți). Unele grupuri vor avea cerințe specifice ⊕ *a se vedea* Note orientative - Grupuri de risc (mai jos).

Recipiente de apă: Identificați recipientele de apă de 10-20 de litri pentru colectarea și depozitarea apei potabile și menajere. Dimensiunea și tipul de recipiente trebuie să fie adecvate vârstei și capacității de transport a celor care colectează de obicei apa. Recipientele trebuie să aibă capac, să fie curate și acoperite. Recipientele de depozitare trebuie să aibă un gât îngust sau un robinet pentru a asigura colectarea, depozitarea și consumul de apă potabilă în condiții de siguranță.

În cazul în care alimentarea cu apă este intermitentă, asigurați recipiente de depozitare mai mari. În mediul urban sau în cazul în care alimentarea este centralizată, depozitarea în gospodării trebuie să fie suficientă pentru consumul obișnuit (inclusiv pentru consumul de vârf, dacă este cazul) între două reaprovizionări.

Grupuri de risc: Unele persoane vor avea nevoie de cantități diferite sau mai mari de articole de igienă personală din cauza vârstei, stării de sănătate, dizabilității, mobilității sau incontinenței. Persoanele cu dizabilități sau care se confruntă cu obstacole în calea mobilității pot avea nevoie de articole suplimentare. Printre acestea se numără săpunul suplimentar, articole pentru incontinență, recipiente pentru apă, ploscă de pat, scaun de toaletă sau huse de plastic pentru saltele. Întrebați persoanele sau îngrijitorii dacă au nevoie de ajutor pentru colectarea și eliminarea deșeurilor într-un mod care să le respecte demnitatea. Consultați-vă cu aceștia și cu familiile sau îngrijitorii lor cu privire la cel mai adecvat sprijin.

Intervenție bazată pe piață pentru articole de igienă: Furnizarea de articole de igienă trebuie să sprijine piețele locale acolo unde este posibil (de exemplu, prin furnizarea de numerar sau tichete sau prin îmbunătățirea infrastructurii de depozitare). Planurile de acces și de utilizare a articolelor de igienă trebuie să se bazeze pe o evaluare a pieței și o analiză a veniturilor gospodăriilor, inclusiv a rolurilor de gen în deciziile privind cheltuielile. Monitorizați dacă piața furnizează sau nu cantitatea și calitatea produselor necesare și ajustați dacă este cazul ⊕ *a se vedea* Acordarea de asistență prin intermediul piețelor.

Distribuție: Prioritizați siguranța și securitatea populației atunci când se organizează orice distribuție ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1.

Înființați o echipă de distribuție dedicată. Informați persoanele în prealabil cu privire la momentul, locul, lista de obiecte și orice criterii de eligibilitate. Combateți discriminarea sau stigmatizarea și, dacă este necesar, distribuiți articolele direct în gospodării sau prin înființarea de cozi de distribuție separate. Identificați și abordați orice obstacol în calea accesului la locațiile de distribuție sau la sistemele de distribuție, în special pentru femei și fete, vârstnici și persoane cu dizabilități.

Reaprovizionarea cu consumabile: Asigurați o aprovizionare sigură și regulată cu consumabile, cum ar fi săpunul și materialele pentru igiena menstruației și a incontinenței.

Coordonarea distribuțiilor comune: Planificați consultări comune ale comunității pentru a înțelege nevoile și mecanismele de adaptare în toate sectoarele. Răspundeți la mai multe nevoi în același timp, pentru confortul populației țintă și pentru a economisi timp și bani la nivel de sectoare. Asigurați-vă de faptul că gospodăriile pot transporta în siguranță acasă toate obiectele după distribuire.

Persoane aflate în mișcare: În cazul persoanelor care se deplasează, confirmați posibilitatea de a transporta cu ele articole de igienă (cum ar fi săpunul de dimensiuni adecvate). Permiteți-le oamenilor să aleagă obiectele pe

DRAFT

care le doresc, în loc să le oferiți seturi standardizate. Stabiliți un sistem de colectare și eliminare a deșeurilor de ambalaje în cazul persoanelor aflate în mișcare.

Standardul privind promovarea igienei 1.3: Gestionarea igienei menstruale și a incontinenței

Femeile și fetele de vârstă menstruală, precum și bărbații și femeile care suferă de incontinență au acces la produse de igienă și la instalații WASH care să le asigure demnitatea și bunăstarea.

Acțiuni-cheie

1. Înțelegeți practicile, normele sociale și miturile referitoare la gestionarea igienei menstruale și a incontinenței și adaptați materialele și instalațiile de igienă.
2. Consultați femeilor, a fetelor și a persoanelor care suferă de incontinență în ceea ce privește proiectarea, amplasarea și gestionarea instalațiilor (toalete, băi, spălătorii, eliminare și alimentare cu apă).
3. Asigurați accesul la materiale adecvate pentru gestionarea igienei menstruale și a incontinenței, la săpun (pentru baie, rufe și spălarea mâinilor) și la alte articole de igienă.

    - Pentru distribuții, furnizați materiale în locații discrete pentru a asigura demnitatea și a reduce stigmatizarea și prezentați utilizarea corectă a oricăror articole necunoscute.

Indicatori-cheie

Procentul de femei și fete de vârstă menstruală care au acces la materiale adecvate pentru gestionarea igienei menstruale

Procentul beneficiarilor care sunt mulțumiți de materialele și instalațiile de gestionare a igienei menstruale

Procentul de persoane care suferă de incontinență și care utilizează materiale și instalații adecvate pentru incontinență

Procentul beneficiarilor care sunt mulțumiți de materialele și instalațiile de gestionare a incontinenței

Note orientative

Abordarea gestionării igienei menstruale și a incontinenței în situații de criză: Gestionarea cu succes a igienei menstruale și a incontinenței ajută persoanele să trăiască cu demnitate și să se implice în activitățile zilnice. Pe lângă asigurarea accesului la articole de igienă, este important să fie consultați utilizatorii cu privire la mecanismele de eliminare a deșeurilor la domiciliu, precum și în spațiile și instituțiile comune, cum ar fi școlile. Toaletele trebuie adaptate și trebuie prevăzut un spațiu pentru spălătorie și uscătorie ⊕ *a se vedea* Standarde privind gestionarea excrementelor 3.1 *și* 3.2.

Tabuuri legate de menstruație: Credințele, normele și tabuurile legate de menstruație vor afecta succesul răspunsului umanitar. Este posibil ca investigarea acestor aspecte să nu fie posibilă în timpul fazei inițiale sau acute a crizei, dar ar trebui să se facă cât mai curând posibil.

DRAFT

Incontinența poate să nu fie un termen utilizat pe scară largă în anumite contexte, chiar și în cadrul profesiei medicale. Incontinența este o problemă complexă de sănătate și socială care apare atunci când o persoană nu își poate controla fluxul de urină sau de fecale. Aceasta poate determina un nivel ridicat de stigmatizare, izolare socială, stres și imposibilitatea de a avea acces la servicii, educație și oportunități profesionale. Prevalența poate părea scăzută, deoarece multe persoane păstrează secretul, însă o gamă largă de persoane pot suferi de incontinență. Aceasta include:

- vârstnicii;
- persoanele cu dizabilități și cele cu mobilitate redusă;
- femeile care au născut - inclusiv fetele, care prezintă un risc crescut de fistulă;
- persoanele cu boli cronice, cum ar fi astmul, diabetul, accidentul vascular cerebral sau cancerul;
- fetele și femeile care sunt supraviețuitori ai violenței bazate pe gen sau care au suferite mutilări genitale;
- persoanele care au suferit o intervenție chirurgicală, cum ar fi extirparea prostatei;
- femeile aflate la menopauză;
- copiii mici și copiii afectați psihologic de conflicte sau dezastre.

Gestionarea necorespunzătoare a igienei incontinenței poate fi o sursă majoră de transmitere a bolilor în situații de urgență. Accesul la cantități mult mai mari de apă și săpun este esențial. Persoanele care suferă de incontinență și îngrijitorii acestora au nevoie de cinci ori mai mult săpun și apă decât celelalte persoane. Persoanele incontinente și imobilizate trebuie să consulte specialiști în domeniul sănătății sau al dizabilității pentru a învăța cum să prevină și să gestioneze infecțiile și escarele, care pot fi fatale.

Materiale și facilități: Discutați opțiunile cu persoanele afectate pentru a înțelege preferințele acestora în ceea ce privește: materialele de unică folosință sau reutilizabile; mecanismele de eliminare a deșeurilor în locuințe, școli, centre de sănătate și instalații comune; facilități de spălare și uscare a rufelor; facilități de toaletă și de baie. Luați în considerare normele și preferințele specifice vârstei, deoarece tipul și cantitatea de consumabile se pot schimba în timp. Oferiți demonstrații de utilizare pentru materialele necunoscute.

Sunt necesare diferite tipuri de absorbante pentru incontinența fecală și urinară, precum și pentru diferite niveluri de gravitate a incontinenței. Dimensionarea este importantă pentru o utilizare sigură. Furnizați absorbante atât pentru incontinență urinară, cât și pentru incontinență fecală, într-o gamă largă de dimensiuni și tipuri.

Luați în considerare proximitatea toaletelor pentru persoanele care suferă de incontinență. Unele persoane pot fi capabile să prevină episoadele de incontinență dacă pot avea acces rapid la toaletă. Poate fi necesar să se furnizeze un scaun pentru toaletă, o ploscă de pat și/sau un recipient pentru urină.

Materiale minime: *Pentru gestionarea igienei menstruale și a incontinenței:*

- un recipient special cu capac pentru înmuierea cârpelor și păstrarea absorbantelor/cârpelor;
- frânghie și clești pentru uscare.

Pentru igiena menstruală:

- fie material absorbant din bumbac (4 mp pe an), fie tampoane de unică folosință (15 pe lună), fie tampoane sanitare reutilizabile (6 pe an), după cum preferă femeile și fetele;
- lenjerie de corp (6 pe an);
- săpun suplimentar (250 de grame pe lună) ⊕ *a se vedea* Standardul privind promovarea igienei 1.2: Identificarea, accesul la articolele de igienă și utilizarea acestora.

În cazul incontinenței, consumabilele vor depinde de gravitatea și tipul de incontinență și de preferințele persoanelor. Un minim sugerat este:

DRAFT

- fie material absorbant din bumbac moale (8 mp pe an), fie tampoane de incontinență de unică folosință (150 pe lună), fie lenjerie de corp reutilizabilă pentru incontinență (12 pe an);
- lenjerie de corp (12 pe an);
- săpun suplimentar (500 de grame pentru baie și 500 de grame pentru rufe pe lună);
- două protecții de saltea lavabile și rezistente la scurgeri;
- recipiente de apă suplimentare;
- înălbitor sau un produs de curățare dezinfectant similar (3 litri de produs nediluat pe an);
- ploscă de pat și recipiente pentru urină (bărbați și femei), scaun pentru toaletă (după caz).

Reaprovizionarea cu materiale: Planificați modul și perioada pentru reaprovizionarea cu materiale. Asistența în numerar sau distribuțiile în natură pot fi utilizate în diferite moduri de-a lungul timpului. Explorați diferite opțiuni în care întreprinderile mici să furnizeze materiale sau persoanele să își confecționeze propriile materiale de protecție ⊕ *a se vedea* Acordarea de asistență prin intermediul piețelor.

Școli, spații sigure și centre de învățare: Sprijinul pentru WASH în școli și spații sigure trebuie să ia în considerare infrastructura WASH și formarea oferită cadrelor didactice. Facilitățile trebuie să dispună de un mecanism discret de eliminare a deșeurilor: un container cu capac, un sistem de colectare și eliminare sau un jgheab de la toaletă la un incinerator. Instalați echipamente WASH bine întreținute și separate pe sexe, cu cârlige și rafturi pentru materialele de igienă menstruală.

Încurajați cadrele didactice să includă educația privind gestionarea igienei menstruale în lecțiile standard. Instruiți cadrele didactice:

- să sprijine practicile de igienă menstruală ale fetelor;
- să păstreze la școală materiale de igienă menstruală;
- să sprijine elevii care suferă de incontinență din cauza efectelor psihologice ale crizei ⊕ *a se vedea* Manualul INEE.

Adăpost: Colaborați cu clusterul pentru adăposturi pentru a vă asigura că există o intimitate adecvată pentru igiena menstruală și gestionarea incontinenței în locuințe sau în adăposturile comune. Acest lucru poate include utilizarea de paravane de intimitate sau zone separate pentru schimbare.

Persoane aflate în mișcare: Oferiți produse de gestionare a igienei menstruale și a incontinenței pe măsură ce persoanele trec prin punctele de aprovizionare.

DRAFT

2. Alimentarea cu apă

Cantitatea și calitatea necorespunzătoare a apei reprezintă cauza principală a majorității problemelor de sănătate publică în situații de criză. Este posibil să nu fie suficientă apă disponibilă pentru a satisface nevoile de bază, astfel încât furnizarea apei potabile sigure la un nivel de supraviețuire este esențială. Prioritatea este de a furniza o cantitate adecvată de apă, chiar dacă aceasta este de calitate intermediară. Acest lucru poate fi necesar până când standardele minime atât pentru cantitatea, cât și pentru calitatea apei sunt îndeplinite.

Robinetele, fântânile și conductele se deteriorează adesea din cauza conflictelor, a dezastrelor naturale sau a lipsei unor sisteme de întreținere funcționale. În caz de conflict, privarea accesului la apă poate fi folosită ca o strategie intenționată de către părțile implicate în conflict. Acest lucru este strict interzis de dreptul umanitar internațional.

Consultați membrii comunității și a părților interesate relevante pentru a înțelege modul în care aceștia utilizează și accesează apa, dacă există limitări ale accesului și cum se pot schimba acestea în funcție de sezon.

Standardul privind alimentarea cu apă 2.1: Accesul și cantitatea de apă

Persoanele au acces echitabil și la prețuri accesibile la o cantitate suficientă de apă potabilă pentru a-și satisface nevoile de băut și de uz casnic.

Acțiuni-cheie

1. Identificați cele mai adecvate surse de apă subterană sau de suprafață, luând în considerare impactul potențial asupra mediului.

- Luați în considerare variațiile sezoniere în ceea ce privește aprovizionarea și cererea de apă și mecanismele de acces la apă potabilă, apă menajeră și apă necesară mijloacelor de subzistență.
- Informați-vă cu privire la diferitele surse de apă, furnizori și operatori, precum și cu privire la condițiile de accesare a apei în cadrul comunităților și gospodăriilor.

2. Determinați cantitățile de apă indispensabile și sistemele necesare pentru furnizarea acesteia.

- Colaborați cu părțile interesate pentru a localiza puncte de apă care să permită accesul sigur și echitabil pentru toți membrii comunității.
- Stabiliți sisteme de exploatare și întreținere a apei care să atribuie responsabilități clare celor implicați și să includă nevoile viitoare ale populației afectate pentru garantarea unui acces sustenabil.

3. Asigurați drenarea adecvată a punctelor de apă din facilitățile de spălare, de baie și de gătit din gospodării și din zonele comune, precum și a instalațiilor de spălare a mâinilor.

- Căutați oportunități de reutilizare a apei, de exemplu pentru grădinile de legume, pentru fabricarea cărămizilor sau pentru irigații.

DRAFT

Indicatori-cheie

Volumul mediu de apă utilizată pentru băut și igiena casnică per gospodărie

- Minim 15 litri de persoană pe zi
- Determinați cantitățile necesare în funcție de context și de etapa de răspuns

Numărul maxim de persoane care utilizează instalația de aprovizionare cu apă

- 250 de persoane per robinet (pe baza unui debit de 7,5 litri/minut)
- 500 de persoane per pompă manuală (pe baza unui debit de 17 litri/minut)
- 400 de persoane per fântână (pe baza unui debit de 12,5 litri/minut)
- 100 de persoane per spălătorie
- 50 de persoane per instalație de baie

Procentul din venitul gospodăriei folosit pentru a cumpăra apă pentru băut și igienă casnică

- Țintă de 5% sau mai puțin

Procentul de gospodării vizate care știu unde și când își vor procura apa data următoare

Distanța de la orice gospodărie până la cel mai apropiat punct de alimentare cu apă

- <500 metri

Timpul de așteptare la sursele de apă

- <30 minute

Procentul de puncte comunale de distribuție a apei fără apă stătută (cu apă proaspătă)

Procentul de sisteme/instalații de apă care dispun de o gestionare funcțională și responsabilă

Note orientative

Selectarea sursei de apă trebuie să ia în considerare:

- disponibilitatea, siguranța, proximitatea și sustenabilitatea unei cantități suficiente de apă;
- necesitatea și fezabilitatea tratării apei, fie că este vorba de tratare la punctele comune sau la nivel de gospodărie;
- factorii sociali, politici sau juridici care influențează controlul surselor de apă pot fi controversați, în special în timpul conflictelor.

În faza inițială a unei crize este adesea necesară o combinație de abordări și surse de apă pentru a satisface nevoile de supraviețuire. Sursele de apă de suprafață, deși necesită mai multe tratamente, pot fi cea mai rapidă soluție. Sunt preferabile sursele de apă subterană și/sau cele curgătoare precum izvoarele. Acestea necesită mai puține tratamente, iar fluxul lor gravitațional nu are nevoie de pompare. Monitorizați periodic toate sursele de apă pentru a evita supraexploatarea ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Planificarea locației și așezărilor.

DRAFT

Nevoi: Cantitatea de apă necesară pentru băut, igienă și uz casnic depinde de contextul și de etapa de răspuns umanitar. Aceasta va fi influențată de factori precum utilizarea și obiceiurile anterioare crizei, gestionarea dejecțiilor și practicile culturale ⊕ *a se vedea* Înțelegerea și gestionarea riscurilor WASH în Standardul privind promovarea igienei 1.1 și Standardul privind gestionarea dejecțiilor 3.2.

O cantitate minimă de 15 litri de persoană pe zi este o practică stabilită. Acesta nu este niciodată un „maxim" și este posibil să nu se potrivească tuturor contextelor sau fazelor unui răspuns umanitar. De exemplu, nu este adecvată în cazul în care oamenii pot fi strămutați timp de mai mulți ani. În faza acută a secetei, o cantitate de 7,5 litri de persoană pe zi poate fi adecvată pentru o perioadă scurtă de timp. Într-un context urban cu venituri medii, 50 de litri de persoană pe zi poate fi cantitatea minimă acceptabilă pentru menținerea sănătății și a demnității.

Consecințele furnizării diferitelor cantități de apă trebuie analizate în funcție de ratele de morbiditate și mortalitate pentru bolile determinate de apă și salubritate. Coordonați-vă cu alți actori WASH pentru a conveni asupra unui minim comun pentru cantitatea acceptabilă în funcție de context. Pentru îndrumări privind determinarea cantităților de apă pentru uz uman, zootehnic, instituțional și de altă natură ⊕ *a se vedea* Standardele privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.1 *la* 2.1.4 și Anexa WASH 3. Pentru nevoile urgente de apă pentru creșterea animalelor ⊕ *a se vedea* Manualul LEGS.

Nevoi	Cantitate (litri/persoană/zi)	Adaptarea la context pe baza
Supraviețuire: aportul de apă (băut și hrană)	2.5–3	Clima și fiziologia individuală
Practici de igienă	2–6	Norme sociale și culturale
Gătit de bază	3–6	Tipul de alimente și normele sociale și culturale
Total apă pentru activități de bază	7.5–15	

Nevoile minime de apă pentru supraviețuire: Necesarul de apă va varia în cadrul populației, în special în cazul persoanelor cu dizabilități sau care se confruntă cu dificultăți de mobilitate, precum și în rândul grupurilor cu diverse practici religioase.

Măsurarea: Nu divizați pur și simplu cantitatea de apă livrată la populația deservită. Pentru a afla utilizarea și consumul de apă necesar sunt mai eficiente metodele de colectare a datelor prin intermediul sondajelor în gospodării, observare și prin intermediul grupurilor de discuții comunitare decât măsurarea volumului de apă transportat cu camionul sau pompat, sau provenit din utilizarea pompei manuale. Încrucișați informațiile din rapoartele privind consumul colectiv de apă cu rapoartele gospodăriilor.

Accesul și echitatea: Punctele de apă includ băi, bucătării, spălătorii și toalete comune, precum și facilitățile din spațiile instituționale, cum ar fi cele din școli sau unități sanitare.

Țintele cantitative minime (a se vedea, indicatori-cheie mai sus) consideră că punctul de apă este accesibil aproximativ 8 ore pe zi în vederea alimentării constante cu apă. Utilizarea țintelor respective se face cu prudență, deoarece acestea nu garantează o cantitate minimă de apă sau un acces echitabil.

Intervențiile în materie de apă și canalizare trebuie să răspundă în mod echitabil nevoilor atât ale populației gazdă, cât și ale populației strămutate, pentru a evita tensiunile și conflictele.

În momentul planificării, trebuie să se țină seama de faptul că nevoile variază în funcție de grupele de vârstă și de sex, precum și în cazul persoanelor cu dizabilități sau al celor care se confruntă cu dificultăți de mobilitate. Localizați puncte de apă accesibile suficient de aproape de gospodării pentru a limita expunerea la orice risc de protecție.

Informați populația afectată cu privire la momentul și locul în care trebuie să se aștepte la livrarea apei, la dreptul de a beneficia de o distribuție echitabilă și la modul în care poate oferi feedback.

Durata transportului dus-întors și timpul de așteptare la coadă: Durata prea mare a deplasărilor dus-întors și a așteptării la coadă indică un număr inadecvat de puncte de apă sau un debit insuficient la sursele de apă. Acest lucru poate determina o reducere a consumului individual de apă și o creștere a consumului din surse de suprafață neprotejate și poate reduce timpul alocat unor activități precum educația sau activitățile generatoare de venituri. Timpul de așteptare la coadă influențează, de asemenea, riscul de violență la punctul de apă ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1 și Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 1.

DRAFT

Recipientele adecvate pentru apă: ⊕ *a se vedea* Standardul privind promovarea igienei 1.2: Identificarea, accesul la și utilizarea articolelor de igienă. În cazul în care se folosesc sisteme de tratare și depozitare sigură a apei la nivelul gospodăriei (HWTSS), ajustați numărul și dimensiunea recipientelor utilizate. De exemplu, un proces de coagulare, floculare și dezinfectare va necesita două găleți, o pânză de filtrare și un agitator.

Intervenții de aprovizionare cu apă pe baza pieței: Analizați modul în care gospodăriile au accesat apa și recipientele înainte și după criză. Această evaluare inițială simplă a pieței trebuie să poată determina luarea de decizii privind modul de asigurare a accesului sustenabil la apă pe termen scurt și lung. Identificați modul de utilizare, de sprijinire și de dezvoltare a pieței de livrare a apei, luând în considerare o abordare combinată de acordare de asistență în numerar pentru gospodării, subvenții și consolidare a capacității tehnice a vânzătorilor sau furnizorilor, sau alte mijloace. Monitorizați prețurile de piață lunare a produselor (apă, combustibil) care se regăsesc în lista de cheltuieli ale gospodăriilor de-a lungul timpului și utilizați aceste tendințe pentru a realiza schimbări la nivelul programului ⊕ *a se vedea* Acordarea de asistență prin intermediul pieței.

Plata: Costurile pentru apă nu trebuie să depășească 3-5% din venitul familiei. Conștientizați modul în care gospodăriile acoperă costurile mai mari ale apei în timpul crizei și luați măsuri pentru a contracara utilizarea de strategii negative de adaptare ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1. Asigurați gestionarea transparentă a sistemelor financiare.

Managementul sistemelor de aprovizionare cu apă și a infrastructurii: Colaborați cu comunitatea și cu alte părți interesate pentru a decide cu privire la amplasarea, proiectarea și utilizarea punctelor de apă (atât pe termen scurt, cât și pe termen lung). Punctele de apă includ instalații de baie, de gătit și de spălare a rufelor, toalete și facilități in instituții precum școli, piețe și centre medicale. Utilizați feedback-ului pentru adaptarea și îmbunătățirea accesului la instalațiile de apă.

Luați în considerare structurile anterioare și actuale de gestionare a apei, capacitatea și disponibilitatea oamenilor de a plăti pentru serviciile de aprovizionare cu apă și canalizare și mecanismele de recuperare a costurilor. Luați în considerarea investiții de capital în sistemele de alimentare cu apă care oferă economii pe termen lung sau economia de scară. Comparați alternativele, cum ar fi pompa solară sau sistemul de aprovizionare a apei cu cisterna , în special în cazul crizelor prelungite din zonele urbane și din așezările comunale.

Oferiți mijloacele necesare pentru ca indivizii să opereze și să întrețină sistemele de apă prin intermediul comitetelor WASH sau al parteneriatelor cu sectorul public sau privat.

Utilizarea apei îmbuteliate: Apa tratată este mai eficientă din punct de vedere al costurilor și mai adecvată și sigură din punct de vedere tehnic în comparație cu apa îmbuteliată în ceea ce privește transportul, costurile, calitatea și generarea de deșeuri. Se pot face excepții pe termen scurt (de exemplu, în cazul persoanelor ce se deplasează). Instituiți un sistem adecvat de gestionare a deșeurilor din plastic.

Instalațiile de spălătorie, spălare și baie: În cazul în care nu există baie privată în gospodărie, asigurați facilități separate pentru bărbați și femei care să garanteze siguranța, intimitatea și demnitatea.

Consultați utilizatorii, în special femeile, fetele și persoanele cu dizabilități, pentru a decide cu privire la amplasarea, proiectarea și siguranța instalațiilor. Luați în considerare accesul la apă caldă pentru îmbăiere și spălatul rufelor în situații specifice, cum ar fi în caz de combatere a scabiei, și în timpul variațiilor climatice.

Evacuarea apei de la punctele de alimentare cu apă, zonele de spălătorie, instalațiile de baie și stațiile de spălare a mâinilor: La construirea și reabilitarea punctelor de distribuție și utilizare a apei, trebuie să se asigure că apele uzate nu reprezintă un pericol pentru sănătate sau un teren propice pentru vectorii problematici. Stabiliți un plan general de canalizare în coordonare cu proiectanții de amplasamente, cu clusterul pentru adăposturi și/sau cu autoritățile municipale.

Proiectați sistemele și infrastructura WASH pentru a îndeplini cerințele în materie de canalizare. De exemplu, presiunea nominală la robinete, dimensiunea punctului de alimentare cu apă și/sau a chiuvetei de spălat și înălțimea de la robinet până la fundul recipientelor de apă trebuie să fie corespunzătoare ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Planificarea locației și așezărilor.

DRAFT

Standardul privind alimentarea cu apă 2.2: Calitatea apei

Apa este plăcută la gust și de o calitate suficientă pentru băut și gătit, precum și pentru igiena personală și domestică, fără a reprezenta un risc pentru sănătate.

Acțiuni-cheie

1. Identificați riscurile pentru sănătatea publică asociate cu apa disponibilă și cea mai potrivită modalitate de reducere a acestora.

- Protejați sursele de apă și reînnoiți periodic inspecțiile sanitare la sursă și la punctele de alimentare cu apă.

2. Determinați cele mai adecvate metode pentru asigurarea apei potabile sigure la punctul de consum sau de utilizare.

- Opțiunile de tratare includ tratarea și distribuirea apei la punctele comune, cu colectarea și depozitarea în condiții de siguranță la nivelul gospodăriilor, sau tratarea apei la nivelul gospodăriei și depozitarea în condiții de siguranță.

3. Reduceți la minimum contaminarea apei după livrare la punctul de consum sau de utilizare.

- Echipați gospodăriilor cu recipiente sigure pentru colectarea și depozitarea apei potabile, precum și cu mijloace pentru a extrage apă potabilă în condiții de siguranță.
- Măsurați parametrii de calitate a apei [clor rezidual liber (FRC) și bacteriile coliforme (CFU)] la punctul de livrare și la punctul de consum sau de utilizare.

Indicatori-cheie

Procentul de persoane afectate care colectează apă potabilă din surse de apă protejate

Procentul de gospodării observate că depozitează apa în condiții de siguranță în containere curate și acoperite în permanență

Procentul de teste de calitate a apei care respectă standardele minime de calitate a apei

- <10 CFU/100ml la punctul de livrare (apă neclorinată)
- ≥0,2-0,5mg/l FRC la punctul de livrare (apă clorinată)
- Turbiditate mai mică de 5 NTU

Note orientative

Menținerea unui lanț de aprovizionare cu apă sigur: Bolile legate de apă reprezintă un risc pentru integritatea lanțului de alimentare cu apă. Barierele în calea transmiterii fecal-orale includ izolarea excrementelor, acoperirea alimentelor, spălarea mâinilor în momentele importante, precum și colectarea și depozitarea sigură a apei ⊕ *a se vedea* Standardul privind promovarea igienei 1.1; Standardul privind gestionarea excrementelor 3.2 și Anexa 2: Diagrama F.

O evaluare a riscurilor lanțului de alimentare cu apă, de la sursa de apă până la recipientul de depozitare a apei potabile, include:

DRAFT

1. anchetă sanitară a punctului de alimentare cu apă;
2. respectarea utilizării de recipiente separate pentru colectarea și depozitarea apei;
3. respectarea folosirii recipientelor de apă potabilă curate și acoperite;
4. testarea calității apei.

În cazul în care există o mare probabilitate ca apa să fie nesigură, aceste acțiuni pot evidenția riscurile aparente fără a efectua teste de calitate a apei în gospodării, care necesită un volum mare de muncă.

O anchetă sanitară evaluează condițiile și practicile care pot constitui un risc pentru sănătatea publică la punctul de alimentare cu apă. Aceasta ia în considerare structura punctului de alimentare cu apă, drenajul, împrejmuirile, practicile de defecație și practicile de gestionare a deșeurilor solide ca posibile surse de contaminare. Ancheta examinează, de asemenea, recipientele de apă din gospodărie.

Calitatea apei: La punerea în funcțiune a unei noi surse de apă, testați apa pentru determinarea parametrilor fizici, bacteriologici și chimici. Faceți acest lucru înainte și după fluctuațiile sezoniere locale. Nu neglijați analiza parametrilor chimici (cum ar fi nivelurile de fluorură și arsenic) care pot cauza probleme de sănătate pe termen lung.

Bacteriile coliforme fecale (din care mai mult de 99% dintre a

cestea sunt E. coli) indică nivelul de contaminare a apei cu deșeuri umane și animale și posibila prezență a altor agenți patogeni periculoși. În cazul în care sunt prezenți coliformi fecali, tratați apa. Chiar dacă nu se găsește *E. coli*, apa este predispusă la recontaminare în lipsa unui dezinfectant rezidual.

În cazul în care apa este clorurată (înainte de distribuție sau de tratarea la nivel de gospodărie), efectuați verificări punctuale în gospodării prin măsurarea FRC și tratați-o dacă este necesar. Frecvența de livrare a apei, temperatura și perioada de timp în care apa este depozitată afectează măsurătorile FRC (disiparea clorului).

Promovarea surselor protejate: Persoanele pot prefera sursele de apă neprotejate, cum ar fi râurile, lacurile și fântânile neprotejate, din motive de gust, proximitate și confort social. Înțelegeți raționamentul acestora și elaborați mesaje și activități care să promoveze sursele de apă protejate.

Gustul agreabil al apei: În cazul în care apa potabilă sigură nu are un gust bun (din cauza salinității, a hidrogenului sulfurat sau a nivelurilor de clor cu care oamenii nu sunt obișnuiți), utilizatorii pot bea din surse mai plăcute la gust, dar nesigure. Utilizați activități de implicare a comunității și de igienă pentru a promova apa potabilă sigură.

Dezinfectarea apei: Apa trebuie tratată cu un dezinfectant rezidual, cum ar fi clorul, în cazul în care există un risc semnificativ de contaminare la sursă sau după livrare. Riscul va fi determinat de densitatea populației, de modalitățile de eliminare a excrementelor, de practicile de igienă și de prevalența bolilor diareice. Turbiditatea trebuie să fie mai mică de 5 NTU. Dacă este mai mare, instruiți utilizatorii să filtreze, să sedimenteze și să decanteze apa pentru a reduce turbiditatea înainte de tratare. Luați în considerare, pe termen scurt, clorinarea în doze duble, dacă nu există altă soluție. Rețineți că disiparea clorului variază în funcție de durata de depozitare și de intervalul de temperatură, așa că luați în considerare acest aspect în timpul de dozare și de contact ⊕ *a se vedea* Anexa 6: Arborele de decizie privind tratarea și depozitarea apei în gospodării.

Cantitate versus calitate: În cazul în care nu este posibil să se respecte standardele minime atât pentru cantitatea, cât și pentru calitatea apei, acordați prioritate cantității în raport cu calitatea. Chiar și apa de calitate intermediară poate fi folosită pentru a preveni deshidratarea, a reduce stresul și a preveni bolile diareice.

Contaminarea ulterioară livrării: Apa care este sigură la punctul de livrare poate fi contaminată în timpul colectării, depozitării și extragerii apei potabile. Minimizați acest lucru prin practici sigure de colectare și depozitare. Curățați cu regularitate rezervoarele de depozitare ale gospodăriilor sau ale așezării și instruiți comunitatea în acest sens ⊕ *a se vedea* Standardele privind promovarea igienei 1.1 și 1.2.

Tratarea apei la nivelul gospodăriei și depozitarea în condiții de siguranță (HWTSS): Utilizați HWTSS atunci când nu este posibil un sistem centralizat de tratare a apei. Printre opțiunile HWTSS care reduc diareea și

DRAFT

îmbunătățesc calitatea microbiologică a apei stocate în gospodării se numără fierberea, clorinarea, dezinfecția solară, filtrarea ceramică, filtrarea lentă cu nisip, filtrarea cu membrană, precum și flocularea și dezinfecția. Colaborați cu alte sectoare pentru a conveni asupra cerințelor de combustibil pentru gospodării și asupra accesului la fierberea apei. Evitați să introduceți o opțiune necunoscută de tratare a apei în situații de criză și de epidemie. Utilizarea eficientă a opțiunilor HWTSS necesită o urmărire, un sprijin și o monitorizare regulate și reprezintă o condiție prealabilă pentru adoptarea HWTSS ca abordare alternativă de tratare a apei ⊕ *a se vedea* Anexa 6: Arborele de decizie privind tratarea și depozitarea apei în gospodării.

Calitatea apei pentru instituții: Tratați toate sursele de apă pentru școli, spitale, centre de sănătate și centre de alimentație cu clor sau cu un alt dezinfectant rezidual ⊕ *a se vedea* Anexa 3: Cantități minime de apă: cifre de supraviețuire și cuantificarea nevoilor de apă.

Contaminarea chimică și radiologică: În cazul în care înregistrările hidrogeologice sau cunoștințele privind acțiunile industriale sau militare sugerează că rezervele de apă pot prezenta riscuri chimice sau radiologice pentru sănătatea publică, efectuați o analiză chimică. O decizie de a utiliza apă posibil contaminată pentru aprovizionarea pe termen lung trebuie luată numai în urma unei analize amănunțite a implicațiilor asupra sănătății și a validării cu autoritățile locale.

DRAFT

3. Gestionarea excrementelor

Un mediu lipsit de excremente umane este esențial pentru demnitatea, siguranța, sănătatea și bunăstarea persoanelor. Acesta include mediul natural, precum și mediul de viață, de învățare și de lucru. Gestionarea în condiții de siguranță a excrementelor este o prioritate WASH. În situații de criză, acest lucru este la fel de important ca și asigurarea alimentării cu apă sigură.

Toate persoanele trebuie să aibă acces la toalete adecvate, sigure, curate și fiabile. Defecația în condiții demne reprezintă o problemă personală esențială. Caracterul adecvat este determinat de practicile culturale, de obiceiurile și cutumele zilnice ale oamenilor, de percepții și de utilizarea sau nu a instalațiilor sanitare în prealabil. Defecația umană necontrolată constituie un risc ridicat pentru sănătate, în special acolo unde densitatea populației este ridicată, unde oamenii sunt strămutați și în mediile ude sau umede.

În sectorul WASH sunt utilizați diferiți termeni pentru a defini instalațiile de gestionare a excrementelor. În prezentul manual, prin „toaletă” se înțelege orice instalație sau dispozitiv care reține imediat excrementele și creează prima barieră între persoane și deșeuri ⊕ *a se vedea* Anexa 2: Diagrama F. Cuvântul „toaletă” este utilizat în locul cuvântului „latrină” în întregul manual.

Reținerea excrementelor umane creează o barieră inițială împotriva bolilor legate de excremente, reducând căile directe și indirecte de transmitere a bolilor ⊕ *a se vedea* Anexa 2: Diagrama F. Reținerea excrementelor trebuie integrată cu colectarea, transportul, tratarea și eliminarea acestora pentru a minimiza riscurile pentru sănătatea publică și impactul asupra mediului înconjurător.

Prezența de fecale umane în mediul de viață, de învățare și de lucru poate indica probleme de protecție. Este posibil ca persoanele să nu se simtă în siguranță când folosesc instalațiile, în special în zonele dens populate.

În sensul prezentului capitol, termenul „excremente umane” reprezintă deșeurile evacuate din organism, în special fecalele, urina și deșeurile menstruale. Standardele din această secțiune acoperă întregul lanț al excrementelor, de la reținerea inițială până la tratarea finală.

Standardul privind gestionarea excrementelor 3.1: Mediu lipsit de excremente umane

Toate excrementele sunt reținute în siguranță la fața locului pentru a evita contaminarea mediului înconjurător, de viață, de învățare, de lucru și comun.

Acțiuni-cheie

1. Înființați facilități în așezămintele comunale nou construite sau în cele cu o infrastructură grav avariată pentru a reține imediat excrementele.
2. Decontaminați imediat toate spațiile de locuit, de învățare și de lucru sau sursele de apă de suprafață contaminate cu excremente.
3. Proiectați și construiți toate instalațiile de gestionare a excrementelor pe baza unei evaluări a riscului de contaminare potențială a oricărei surse de apă de suprafață sau subterană din apropiere.

DRAFT

- Evaluați topografia locală, condițiile solului și apele subterane și de suprafață (inclusiv variațiile sezoniere) pentru a evita contaminarea surselor de apă și pentru a determina alegerile tehnice.

4. Reținеți și eliminați fecalele copiilor și sugarilor în condiții de siguranță.

5. Proiectați și construiți toate instalațiile de gestionare a excrementelor pentru a minimiza accesul vectorilor problematici la excremente.

Indicatori-cheie

Nu există materii fecale umane în mediul în care persoanele trăiesc, învață și lucrează.

Toate instalațiile de reținere a excrementelor sunt amplasate în mod corespunzător și la o distanță adecvată de orice sursă de apă de suprafață sau subterană.

Note orientative

Etapizare: Imediat după o criză, combateți de urgență defecația în aer liber fără discernământ. Stabiliți o zonă de defecație, amplasați și construiți toalete comune și începeți o campanie concertată de igienă. Preveniți defecația în apropierea tuturor surselor de apă (indiferent dacă sunt sau nu folosite pentru băut) și a facilităților de depozitare și tratare a apei. Nu stabiliți o zonă de defecație în amonte sau pe direcția vântului față de așezări. Nu le amplasați de-a lungul drumurilor publice, în apropierea facilităților comune (în special a celor de sănătate și nutriție) sau în apropierea zonelor de depozitare și preparare a alimentelor.

Realizați o campanie de promovare a igienei care să încurajeze eliminarea sigură a excrementelor și să creeze o cerere pentru mai multe toalete.

În cazul crizelor urbane, evaluați gradul de deteriorare a sistemelor de canalizare existente. Luați în considerare instalarea de toalete portabile sau folosirea de fose septice sau rezervoare de reținere care pot fi golite în mod regulat.

Distanța față de sursele de apă: Asigurați-vă că materiile fecale provenite din instalațiile de reținere (latrine cu șanțuri, gropi, cavități, fose septice, gropi de evacuare) nu contaminează sursele de apă. Contaminarea fecală nu reprezintă o problemă imediată de sănătate publică, cu excepția cazului în care apa din sursa contaminată este consumată, dar trebuie evitată deteriorarea mediului înconjurător.

Acolo unde este posibil, efectuați teste de permeabilitate a solului pentru a determina viteza cu care deșeurile se deplasează prin sol (rata de infiltrare). Folosiți datele respective pentru a determina distanța minimă dintre instalațiile de reținere și sursele de apă. Viteza de infiltrare va depinde de nivelul de saturație a solului, de extracțiile de la sursă și de natura excrementelor (excrementele mai apoase se vor deplasa mai repede decât cele mai puțin apoase).

În cazul în care nu se pot efectua teste de permeabilitate a solului, distanța dintre instalațiile de reținere și sursele de apă trebuie să fie de cel puțin 30 de metri, iar fundul gropilor trebuie să fie la cel puțin 1,5 metri deasupra nivelului freatic. Măriți aceste distanțe în cazul rocilor fisurate și al calcarului sau micșorați-le în cazul solurilor fine.

În situații de nivel ridicat al pânzei freatice sau de inundații, asigurați etanșeitatea infrastructurii de reținere pentru a minimiza contaminarea apelor subterane. Alternativ, construiți toalete supraînălțate sau fose septice pentru a reține excrementele și a preveni contaminarea mediului înconjurător. Evitați ca scurgerile sau deversările de la fosele septice să contamineze apele de suprafață sau sursele de apă subterană.

În cazul în care se suspectează contaminarea, identificați și controlați imediat sursa de contaminare și inițiați tratarea apei. Unii contaminanți ai apei pot fi gestionați prin metode de tratare prin purificare, cum ar fi clorinarea. Cu toate acestea, sursa contaminanților, cum ar fi nitrații, trebuie să fie identificată și controlată.

DRAFT

Metahemoglobinemia este o afecțiune acută, dar reversibilă; poate fi cauzată de un nivel ridicat de nitrați în apa potabilă ⊕ *a se vedea* Standardul privind alimentarea cu apă 2.2: Calitatea apei.

Reținerea materiilor fecale ale copiilor: Fecalele sugarilor și ale copiilor sunt de obicei mai periculoase decât cele ale adulților. Infecția legată de excremente în rândul copiilor este deseori mai frecventă, și este posibil ca aceștia să nu fi dezvoltat anticorpi împotriva infecțiilor. Furnizați părinților și îngrijitorilor informații despre eliminarea în siguranță a materiilor fecale ale sugarilor, despre practicile de spălare și despre utilizarea scutecelor, a olițelor sau curățătoarelor pentru a gestiona eliminarea în siguranță.

Standardul privind gestionarea excrementelor 3.2: Accesul la toalete și utilizarea acestora

Persoanele dispun de toalete adecvate, corespunzătoare și acceptabile pentru a permite accesul rapid, sigur și securizat în orice moment.

Acțiuni-cheie

1. Determinați cele mai potrivite opțiuni tehnice pentru toalete.
    - Proiectați și construiți toaletele pentru a minimiza amenințările la adresa siguranței și securității utilizatorilor și a lucrătorilor de întreținere, în special a femeilor și fetelor, a copiilor, a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități.
    - Separați toate toaletele publice sau comune în funcție de sex și de vârstă, dacă este cazul.
2. Cuantificați necesarul de toalete al populației afectate pe baza riscurilor pentru sănătatea publică, a obiceiurilor culturale, a colectării și depozitării apei.
3. Consultați părților interesate reprezentative cu privire la amplasarea, proiectarea și implementarea toaletelor comune sau publice.
    - Luați în considerare accesul și utilizarea în funcție de vârstă, sex și dizabilitate; de persoanele care se confruntă cu obstacole în calea mobilității; de persoanele care trăiesc cu HIV; de persoanele care suferă de incontinență; de minoritățile sexuale sau de gen.
    - Amplasați toaletelor publice suficient de aproape de gospodării pentru a permite accesul în condiții de siguranță și suficient de departe pentru ca gospodăriile să nu fie stigmatizate de apropierea de toalete.
4. Asigurați facilități adecvate în interiorul toaletelor pentru spălarea și uscarea sau eliminarea materialelor de igienă menstruală și de incontinență.
5. Asigurați-vă că nevoile de alimentare cu apă pentru opțiunile tehnice selectate pot fi satisfăcute în mod fezabil.
    - Includeți rezerve adecvate de apă pentru spălarea mâinilor cu săpun, pentru curățarea zonei anale și pentru mecanismele de evacuare sau de izolare igienică, dacă se optează pentru acestea.

Indicatori-cheie

Proporția de toalete comune

DRAFT

Minim 1 la 20 de persoane

Distanța dintre locuință și toaleta comună

Maxim 50 de metri

Procentul de toalete care au încuietori interioare și iluminare adecvată

Procentul de toalete declarate ca fiind sigure de către femei și fete

Procentul de femei și fete mulțumite de opțiunile de gestionare a igienei menstruale la toaletele pe care le folosesc în mod regulat

Note orientative

Ce este adecvat, potrivit și acceptabil? Tipul de toaletă ales va depinde de faza de răspuns umanitar, de preferințele utilizatorilor preconizați, de infrastructura existentă, de disponibilitatea de apă pentru evacuare și reținere, de structura solului și de disponibilitatea materialelor de construcție.

În general, toaletele sunt adecvate, corespunzătoare și acceptabile dacă:

- pot fi utilizate în condiții de siguranță de către întreaga populație, inclusiv de către copii, vârstnici, femei însărcinate și persoane cu dizabilități;
- sunt amplasate astfel încât să reducă la minimum amenințările la adresa siguranței utilizatorilor, în special a femeilor și a fetelor și a persoanelor cu alte probleme specifice de protecție;
- se află la cel mult 50 de metri de locuințe;
- asigură confidențialitatea în conformitate cu așteptările utilizatorilor;
- sunt ușor de utilizat și de menținut curate (în general, toaletele curate sunt utilizate mai frecvent);
- nu prezintă un pericol pentru mediul inconjurător;
- dispun de spațiu adecvat pentru diferiți utilizatori;
- au încuietori interioare;
- au acces ușor la apă pentru spălarea mâinilor, curățarea zonei anale și evacuare;
- permit curățarea, uscarea și eliminarea în condiții demne a materialelor de igienă menstruală ale femeilor și a materialelor pentru igiena incontinenței la copii și adulți;
- reduc la minim reproducerea muștelor și a țânțarilor;
- limitează mirosul.

Oferiți persoanelor care suferă de boli cronice, cum ar fi HIV, acces ușor la o toaletă. Aceștia suferă frecvent de diaree cronică și de mobilitate redusă.

Monitorizați utilizarea și procentul de persoane care declară că toaletele le satisfac cerințele. Folosiți aceste informații pentru a înțelege ce grupuri sunt nemulțumite și cum să îmbunătățiți situația. Luați în considerare accesul și utilizarea în funcție de sex și vârstă, dizabilități sau bariere de mobilitate, seropozitivate și incontinență.

Accesibilitate: Opțiunea tehnică aleasă trebuie să respecte dreptul tuturor persoanelor, inclusiv al persoanelor cu dizabilități, de a avea acces în condiții de siguranță la facilitățile sanitare. Este posibil să fie necesară construirea, adaptarea sau cumpărarea de toalete accesibile sau adăugarea de noi toalete la cele existente pentru copii, vârstnici și persoane cu dizabilități sau care suferă de incontinență. Cu titlu orientativ, ar trebui, de asemenea, să se pună la dispoziție toalete mixte, individuale, cu rampe sau intrări la nivel, cu accesibilitate sporită în interiorul suprastructurii, într-un **raport minim de 1 la 250 de persoane.**

DRAFT

Facilități sigure și securizate: Amplasarea necorespunzătoare a toaletelor poate face ca femeile și fetele să fie mai vulnerabile la atacuri, în special pe timp de noapte. Asigurați-vă că toate grupurile de risc, inclusiv femeile și fetele, băieții, vârstnicii și alte persoane cu probleme specifice de protecție se simt și sunt în siguranță atunci când folosesc toaletele, atât pe timp de zi, cât și pe timp de noapte. Iluminați în mod corespunzător facilitățile și luați în considerare posibilitatea de a oferi lanterne grupurilor de risc. Adresați întrebări comunității, în special celor mai expuși la risc, cum le poate fi sporită siguranța. Consultați părțile interesate din școli, centre de sănătate și clinici, spații destinate copiilor, piețe și centre de nutriție.

Rețineți că nu este suficient să consultați doar femeile și copiii cu privire la facilități WASH sigure și demne, deoarece în multe contexte bărbații controlează ceea ce femeile și copiii au voie să facă. Fiți conștienți de aceste ierarhii sociale și de dinamica puterii și colaborați în mod activ cu factorii de decizie pentru consolidarea dreptului femeilor și copiilor de a avea acces în siguranță la toalete și dușuri.

Iluminatul facilităților comune poate îmbunătăți accesul, dar poate, de asemenea, să atragă oamenii să folosească iluminatul în alte scopuri. Colaborați cu comunitatea, în special cu cei care sunt cei mai expuși amenințărilor la adresa siguranței proprii, pentru a găsi modalități suplimentare de reducere a expunerii lor la riscuri.

Cuantificarea necesarului de toalete: Luați în considerare modul de adaptare a cerințelor privind toaletele în context, pentru a reflecta schimbările din mediul de viață înainte și după criză, cerințele din zonele publice și orice riscuri specifice pentru sănătatea publică. În primele faze ale unei crize cu declanșare rapidă, **toaletele comunale reprezintă o soluție imediată, cu un raport minim de 1 la 50 de persoane**, care trebuie îmbunătățit cât mai curând posibil. **Un raport minim pe termen mediu este de 1 la 20 de persoane**, cu un raport de 3:1 între toaletele pentru femei și cele pentru bărbați. Pentru cifrele de planificare și numărul de toalete ⊕ *a se vedea* Anexa 4.

Casnice, comune sau publice? Toaletele casnice sunt considerate varianta ideală în ceea ce privește siguranța, securitatea, confortul și demnitatea utilizatorilor, precum și legăturile demonstrate între proprietate și întreținere. Uneori, facilitățile comune pentru un grup mic de locuințe pot reprezenta norma. Toaletele comune sau publice pot fi proiectate și construite cu scopul de a asigura toalete casnice în viitor. De exemplu, menținerea coridoarelor de canalizare în așezări oferă spațiul necesar pentru a construi facilități comune în apropierea adăposturilor și apoi pentru a construi facilități pentru gospodării, în măsura în care bugetul permite acest lucru. Coridoarele de canalizare asigură accesul pentru desfundare, întreținere și dezafectare.

Toaletele publice vor fi, de asemenea, necesare în anumite spații publice sau comunale, cum ar fi unitățile sanitare, zonele de piață, centrele de alimentație, mediile de învățare și zonele de recepție sau administrative ⊕ *a se vedea* Anexa 4: Numărul minim de toalete: comunitate, locuri publice și instituții.

Instalațiile sanitare publice construite în timpul unui răspuns rapid umanitar vor avea cerințe specifice de funcționare și întreținere. Plata pentru curățătorii de toalete poate fi convenită cu comunitățile ca o măsură temporară, cu o strategie clară de ieșire din criză.

Apă și materiale de curățare a zonei anale: La proiectarea instalației, asigurați-vă că este disponibilă suficientă apă, hârtie igienică sau alte materiale de curățare a zonei anale. Consultați utilizatorii cu privire la cel mai adecvat material de curățare și asigurați o eliminare sigură și o aprovizionare sustenabilă.

Spălarea mâinilor: Asigurați-vă că facilitatea permite spălarea mâinilor, inclusiv cu apă și săpun (sau o alternativă, cum ar fi cenușa) după folosirea toaletelor, după toaletarea unui copil care a defecat, înainte de a mânca și de a pregăti alimente.

Gestionarea igienei menstruale: Toaletele trebuie să includă containere adecvate pentru eliminarea materialelor menstruale, pentru a preveni blocarea conductelor de canalizare sau dificultăți în evacuarea gropilor sau a fosei septice. Consultați femeile și fetele cu privire la proiectarea toaletelor pentru a oferi spațiu, acces la apă pentru spălare și zone de uscare.

DRAFT

Standardul privind gestionarea excrementelor 3.3:
Gestionarea și întreținerea sistemelor de colectare, transport, eliminare și tratare a excrementelor

Facilitățile, infrastructura și sistemele de gestionare a excrementelor sunt gestionate și întreținute în condiții de siguranță pentru a asigura furnizarea de servicii și un impact minim asupra mediului înconjurător.

Acțiuni-cheie

1. Stabiliți sisteme de colectare, transport, tratare și eliminare care să se alinieze cu sistemele locale, prin colaborarea cu autoritățile locale responsabile de gestionarea excrementelor.

   Aplicați standardele naționale existente și garantați că orice utilizare suplimentară a sistemelor existente nu afectează în mod negativ mediul înconjurător sau comunitățile.

   Puneți-vă de acord cu autoritățile locale și cu proprietarii de terenuri cu privire la utilizarea terenurilor pentru orice tratare și eliminare în afara amplasamentului.

2. identificați sistemele de gestionare pe termen scurt și lung a toaletelor, în special a sub-structurilor (gropi, cavități, fose septice, haznale).

   Proiectați și dimensionați sub-structurile pentru a asigura că toate excrementele pot fi reținute în condiții de siguranță și că gropile pot fi drenate.

   Stabiliți roluri și responsabilități clareși identificați sursele de finanțare pentru exploatarea și întreținerea viitoare.

3. Eliminați conținutul instalației de reținere în condiții de siguranță, ținând cont atât de cei care efectuează sarcina, cât și de cei din jur.

4. Asigurați-vă că persoanele dispun de informații, mijloace, instrumente și materiale pentru a-și construi, curăța, repara și întreține toaletele.

   - Desfășurați campanii de promovare a igienei privind utilizarea, curățarea și întreținerea toaletelor.

5. Confirmați că orice apă necesară pentru transportul excrementelor poate fi asigurată din sursele de apă disponibile, fără a exercita o presiune nejustificată asupra acestor surse.

Indicatori-cheie

Toate excrementele umane sunt eliminate într-un mod sigur pentru sănătatea publică și pentru mediul înconjurător.

Note orientative

Eliminarea conținutului reprezintă îndepărtarea excrementelor (netratate și parțial tratate) din groapă, cavitate sau rezervor și transportul acestora la o instalație de tratare și eliminare în afara amplasamentului. În cazul în care este necesară eliminarea conținutului, aceasta trebuie să fie inclusă de la început în procesele și bugetele de operare și întreținere.

Apele uzate sau apele reziduale sunt clasificate ca ape uzate menajere atunci când sunt amestecate cu excremente umane. Cu excepția cazului în care așezarea este amplasată într-un loc în care există un sistem de

DRAFT

canalizare, nu trebuie să se permită ca apele uzate să se amestece cu excrementele umane. Epurarea apei uzate menajere este mai dificilă și mai costisitoare decât cea a apelor uzate.

Planificare: Inițial, planificați un volum de excremente de 1-2 litri de persoană pe zi. Pe termen lung, planificați 40-90 de litri de persoană pe an; volumul excrementelor se reduce pe măsură ce acestea se descompun. Volumul real va depinde de faptul dacă se utilizează sau nu apă pentru evacuare, dacă se utilizează materiale sau apă pentru curățarea zonei anale, dacă se utilizează apă și alte materiale pentru curățarea toaletelor, precum și de regimul alimentar al utilizatorilor. Asigurați-vă că apa menajeră provenită de la curățenie și gătit sau de la spălătorie și baie nu pătrunde în instalațiile de reținere, deoarece excesul de apă va implica o descărcare mai amplă. Alocați 0,5 metri în partea superioară a gropii pentru umplere.

Pentru situații specifice de sănătate publică, cum ar fi epidemiile de holeră ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Piețe locale: Utilizați materiale și forță de muncă disponibile la nivel local pentru construirea toaletelor, acolo unde este cazul. Acest lucru sporește participarea la utilizarea și întreținerea facilităților.

Reținerea excrementelor în medii dificile: În caz de inundații sau de crize urbane, poate fi deosebit de dificil să se pună la dispoziție instalații adecvate de reținere a excrementelor. În aceste situații, luați în considerare toalete supraînălțate, toalete de deviere a urinei, rezervoare de reținere a apelor uzate menajere și saci de plastic temporari de unică folosință cu sisteme adecvate de colectare și eliminare. Sprijiniți aceste abordări diferite cu activități de promovare a igienei.

Excrementele ca resursă: Excrementele reprezintă, de asemenea, o resursă potențială. Există tehnologii disponibile pentru a transforma nămolul prelucrat în energie, de exemplu sub formă de cărămizi combustibile sau de biogaz. Procesele de canalizare ecologică sau de compostare recuperează fracțiunile organice și nutrienții dintr-o combinație de deșeuri umane și deșeuri organice de bucătărie. Compostul rezultat poate fi folosit ca îngrășământ pentru sol sau ca fertilizator pentru grădini.

DRAFT

4. Controlul vectorilor

Un vector este un agent purtător de boli. Vectorii creează o cale de acces de la sursa unei boli la indivizi. Bolile transmise prin vectori sunt o cauză majoră de îmbolnăvire și deces în multe contexte umanitare. Cei mai mulți vectori sunt insectele, cum ar fi țânțarii, muștele și păduchii, dar și rozătoarele pot reprezenta vectori. Unii vectori pot provoca mușcături dureroase. Vectorii pot fi semnalizatori ai problemelor de drenaj sau de gestionare a deșeurilor solide sau a excrementelor, pentru selecția necorespunzătoare a siturilor sau pentru probleme mai ample de siguranță și securitate.

Bolile transmise prin vectori pot fi complexe, iar soluționarea problemelor legate de vectori poate necesita consultanță de specialitate. Cu toate acestea, măsuri simple și eficiente pot preveni răspândirea acestor boli.

Este posibil ca intervențiile de control al vectorilor să nu aibă niciun impact dacă țintesc vectorul greșit, dacă folosesc metode ineficiente sau dacă țintesc vectorul potrivit în locul sau în momentul nepotrivit. Controalele trebuie să fie specifice și să se bazeze pe ciclurile de viață și pe ecologia vectorilor.

Intervențiile de control trebuie să urmărească reducerea densității populației de vectori, a locurilor de reproducere a vectorilor și a contactului dintre oameni și vectori. În elaborarea intervențiilor de control, consultați studiile existente și solicitați consultanță de specialitate din partea organizațiilor naționale și internaționale din domeniul sănătății. Solicitați consultanță la nivel local cu privire la tiparele bolilor, la locurile de reproducere și la variațiile sezoniere ale numărului de vectori și ale incidenței bolilor.

Standardele din această secțiune se concentrează asupra reducerii sau eliminării vectorilor problematici pentru a preveni bolile transmise prin vectori și pentru a reduce disconfortul. Este necesar controlul vectorilor în mai multe sectoare ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2, Standardul privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.1 și Standardul privind asistența alimentară 6.2.

Standardul privind controlul vectorilor 4.1: Controlul vectorilor la nivelul așezărilor

Persoanele trăiesc într-un mediu în care locurile de reproducere și de hrănire a vectorilor sunt vizate de intervenții de control pentru a reduce riscurile legate de vectori.

Acțiuni-cheie

1. Evaluați riscul de boli transmise prin vectori pentru o zonă definită.
    - Stabiliți dacă rata de incidență a zonei este mai mare decât norma stabilită de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) sau la nivel național pentru boala respectivă.
    - Determinați locurile potențiale de reproducere a vectorilor și ciclul de viață al acestora, în special în hrănirea lor, pe baza expertizei locale și a cunoștințelor despre vectorii importanți.
2. Aliniați acțiunile umanitare de control al vectorilor cu planurile sau sistemele locale de control al vectorilor, precum și cu orientările, intervențiile sau politicile naționale.
3. Determinați relevanța controlului prin metode chimice sau non-chimice al vectorilor în afara gospodăriilor, pe baza înțelegerii ciclurilor de viață ale vectorilor.

DRAFT

Informarți populația cu privire la riscurile potențiale care decurg din controlul prin metode chimice al vectorilor și cu privire la programul de aplicare a acestor substanțe.

Instruiți și echipați întregul personal care manipulează substanțe chimice cu echipamente individuale de protecție (EIP) și haine.

Indicatori-cheie

Procentul locurilor de reproducere identificate în care ciclul de viață al vectorului este întrerupt

Note orientative

Așezări comunale: Selectarea sitului este importantă pentru a minimiza expunerea populației afectate la riscul de boli transmise prin vectori. Aceasta ar trebui să fie unul dintre factorii cheie atunci când se analizează posibilele amplasamente. Pentru a controla malaria, de exemplu, amplasați așezările comunale la 1-2 kilometri în amonte de locurile de reproducere mari, cum ar fi mlaștini sau lacuri, și asigurați-vă că există o sursă suplimentară de apă curată. Luați în considerare impactul pe care o nouă așezare îl poate avea asupra prezenței vectorilor problematici în comunitățile gazdă învecinate ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor.

Evaluarea factorilor de risc: Bazați deciziile privind răspunsurile umanitare de control al vectorilor pe o evaluare a riscurilor potențiale de îmbolnăvire și a altor riscuri, precum și pe dovezile epidemiologice și clinice ale problemelor legate de bolile transmise prin vectori. Examinați cazurile suspecte și confirmate în ultimii doi ani în zona definită. Alți factori care influențează acest risc includ:

- starea de imunitate a populației, inclusiv expunerea anterioară și stresul nutrițional și de altă natură;
- deplasarea persoanelor dintr-o zonă non-endemică într-o zonă endemică în timpul strămutării;
- tipul și prevalența agentului patogen, atât la vectori, cât și la om;
- speciile de vectori, numărul, comportamentele și ecologia acestora (anotimpuri, locuri de reproducere), precum și modul în care acestea pot interacționa;
- expunerea crescută la vectori ca urmare a proximității, a tipului de așezări, a tipului de adăpost, a protecției individuale existente și a măsurilor de evitare.

Eliminarea sau modificarea locurilor de reproducere și hrănire a vectorilor: Numeroase activități WASH pot avea un impact major asupra locurilor de reproducere și hrănire, inclusiv:

- eliminarea apei stătute sau a zonelor umede din jurul punctelor de distribuție a apei, a băilor și a spălătoriilor;
- gestionarea depozitării deșeurilor solide la nivelul gospodăriilor, în timpul colectării și transportului, precum și la locurile de tratare și eliminare;
- furnizarea de capace pentru recipientele de apă;
- gestionarea excrementelor;
- curățarea plăcilor de toaletă și a suprastructurilor pentru a descuraja prezența vectorilor;
- sigilarea gropilor de toaletă dezafectate pentru a se asigura că nu pătrund fecale în mediul înconjurător și că vectorii problematici nu pătrund în gropi;
- derularea de intervenții de promovare a igienei privind curățenia generală;
- menținerea fântânilor acoperite și/sau tratarea lor cu larvicid, de exemplu acolo unde febra dengue este endemică.

Cele trei specii principale de țânțari responsabile de transmiterea bolilor sunt:

DRAFT

- *Culex* (filarioza și virusul West Nile), care se înmulțesc în apa stătută cu materie organică, cum ar fi cele din toalete;
- *Anopheles* (malaria și filarioza), care se înmulțesc în apele de suprafață relativ nepoluate, cum ar fi bălțile, râurile cu curgere lentă și fântânile;
- *Aedes* (dengue, febra galbenă, chikungunya și virusul Zika), care se înmulțesc în recipiente cu apă, cum ar fi sticlele, gălețile și anvelopele.

Controlul biologic și non-chimic: Controlul biologic introduce organisme care vânează, parazitează, concurează cu sau reduc populațiile de specii de vector vizate. De exemplu, peștii larvivori și crustaceele de apă dulce pot controla țânțarii *Aedes* (vectori ai bolii dengue). Una dintre cele mai promițătoare strategii este utilizarea bacteriilor endosimbiotice *Wolbachia*, care a fost orientată spre reducerea transmiterii virusului dengue. Controlul biologic a fost eficient în anumite contexte operaționale, iar dovezile indică faptul că ar putea fi eficient la scară largă.

Deși controlul biologic evită contaminarea chimică a mediului, pot exista limitări operaționale și consecințe ecologice nedorite. Metodele de control biologic sunt eficiente doar împotriva stadiilor imature ale țânțarilor vectori și, de obicei, sunt limitate la utilizarea în containerele de depozitare a apei sau fântânile mari din beton sau din argilă smălțuită. Disponibilitatea comunităților locale de a accepta introducerea de organisme în recipientele de apă este esențială. Este de dorit implicarea comunității în distribuirea organismelor de control și în monitorizarea și reaprovizionarea recipientelor atunci când este necesar.

Răspunsuri umanitare în domeniul ingineriei mediului: Mai multe măsuri de bază de ingineria mediului reduc înmulțirea vectorilor, printre care:

- eliminarea corectă a excrementelor umane și animale, funcționarea corectă a toaletelor și păstrarea capacelor pe găurile toaletelor tip groapă;
- eliminarea corectă a deșeurilor solide pentru a controla insectele și rozătoarele;
- asigurarea unui drenaj bun în așezări;
- drenarea apei stătătoare și curățarea vegetației din jurul canalelor și iazurilor deschise pentru a controla țânțarii.

Astfel de măsuri vor reduce densitatea populației anumitor vectori. Poate fi imposibil să se exercite un impact suficient asupra tuturor locurilor de reproducere, de hrănire și de repaus ale vectorilor din interiorul sau din apropierea unei așezări, chiar și pe termen lung. În acest caz, luați în considerare controlul chimic localizat sau măsuri individuale de protecție. Pulverizarea cu un insecticid în spațiile infectate poate reduce numărul de muște adulte și poate preveni o epidemie de diaree sau poate contribui la reducerea la minimum a incidenței bolii, dacă este utilizată în timpul unei epidemii. Pulverizarea cu efect rezidual în interior va reduce densitatea țânțarilor adulți care transmit malaria sau dengue. Momelile toxice vor reduce populația de rozătoare.

Protocoale naționale și internaționale: OMS a publicat protocoale și norme internaționale clare care se referă atât la alegerea și aplicarea substanțelor chimice în controlul vectorilor, cât și la protecția personalului și la cerințele de formare. Măsurile de control al vectorilor trebuie să răspundă la două preocupări principale: eficacitate și siguranță. În cazul în care normele naționale privind alegerea substanțelor chimice nu corespund standardelor internaționale, consultați și faceți lobby pe lângă autoritatea națională competentă pentru a obține permisiunea de a adera la standardele internaționale.

Protejați membrii personalului care manipulează substanțe chimice prin asigurarea formării, a îmbrăcămintei de protecție și a instalațiilor de baie, precum și prin limitarea numărului de ore pe care aceștia le petrec manipulând substanțe chimice.

Coordonarea cu tratamentul malariei: Implementați strategii de control al vectorilor malariei simultan cu diagnosticarea timpurie și tratamentul cu medicamente anti-malarie ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.1: Prevenție.

DRAFT

Standardul privind controlul vectorilor 4.2:
Acțiuni casnice și personale pentru controlul vectorilor

Toate persoanele afectate au cunoștințele și mijloacele necesare pentru a se proteja pe ele însele și familiile lor împotriva vectorilor care pot provoca un risc semnificativ pentru sănătate sau bunăstare.

Acțiuni-cheie

1. Evaluați practicile actuale de evitare sau de combatere a vectorilor la nivelul gospodăriilor, ca parte a unei intervenții generale de promovare a igienei.

    - Identificați barierele în calea adoptării unor comportamente și motivații mai eficiente.

2. Utilizați campanii de sensibilizare participative și accesibile pentru a informa populația cu privire la vectorii problematici, la perioadele și locurile de transmitere cu risc ridicat și la măsurile de prevenire.

    Urmăriți în mod specific situația grupurilor cu risc ridicat.

3. Efectuați o evaluare pe piața locală a măsurilor preventive relevante și eficiente.

    Luați în considerare consolidarea capacității piețelor pentru a asigura o sursă durabilă de măsuri preventive.

    Elaborați un plan de achiziție, distribuție și implementare a articolelor de control al vectorilor în colaborare cu comunitatea, autoritățile locale și alte sectoare, în cazul în care piețele locale nu pot satisface cererea.

4. Instruiți comunitățile pentru a monitoriza, raporta și oferi feedback cu privire la vectorii problematici și la intervenția de control al vectorilor.

Indicatori-cheie

Procentul de persoane afectate care pot descrie corect modurile de transmitere și măsurile eficiente de control al vectorilor la nivelul gospodăriei

Procentul de persoane care au luat măsuri adecvate pentru a se proteja de bolile relevante transmise prin vectori

Procentul de gospodării cu protecție adecvată pentru alimentele depozitate

Note orientative

Măsuri individuale de protecție împotriva malariei: Măsurile de protecție sistematice și oportune, cum ar fi corturile, perdelele și plasele de pat tratate cu insecticide, ajută la protejarea împotriva malariei. Plasele tratate cu insecticide cu efect de lungă durată oferă, de asemenea, o anumită protecție împotriva păduchilor de corp și de cap, a căpușelor, gândacilor de bucătărie și ploșnițelor. Folosiți alte metode de protecție, cum ar fi îmbrăcămintea cu mâneci lungi, fumigenele de uz casnic, spiralele contra țânțarilor, spray-urile cu aerosoli și produsele repelente împotriva țânțarilor. Susțineți utilizarea unor astfel de metode pentru cei mai expuși la risc, cum ar fi copiii sub cinci ani, persoanele cu deficiențe imunitare și femeile însărcinate.

Grupuri cu risc ridicat: Unele segmente ale comunității vor fi mai vulnerabile decât altele la bolile cauzate de vectori, în special sugarii și copiii mici, vârstnicii, persoanele cu dizabilități, persoanele bolnave, femeile

DRAFT

însărcinate și cele care alăptează. Identificați grupurile cu risc ridicat și luați măsuri specifice pentru a reduce acest risc. Preveniți stigmatizarea.

Mobilizare socială și comunicare: Este necesară o schimbare de comportament atât la nivel individual, cât și la nivel comunitar pentru a reduce atât habitatele larvare ale vectorilor, cât și populația adultă de vectori. Activitățile de mobilizare socială și de comunicare trebuie să fie pe deplin integrate în eforturile de prevenire și control al vectorilor, utilizând o mare varietate de canale.

Măsuri individuale de protecție pentru alți vectori: O bună igienă personală și spălarea regulată a hainelor și a lenjeriei de pat reprezintă cea mai eficientă protecție împotriva păduchilor de corp. Combateți infestărilor prin aplicarea de tratament personal (pudrare), spălarea tuturor hainelor sau campanii de dezinsecție. Elaborați și utilizați protocoalele de tratament pentru noii sosiți în așezare. Un mediu casnic curat, eliminarea eficientă a deșeurilor și depozitarea adecvată a alimentelor gătite și negătite vor împiedica șobolanii, alte rozătoare și insecte (cum ar fi gândacii) să intre în case sau adăposturi ⊕ *a se vedea* Standardul privind promovarea igienei 1.1: Promovarea igienei.

DRAFT

5. Gestionarea deșeurilor solide

Gestionarea deșeurilor solide reprezintă procesul de manipulare și eliminare a deșeurilor solide organice și anorganice. Aceasta implică:

- planificarea sistemelor de gestionare a deșeurilor solide;
- manipularea, separarea, depozitarea, sortarea și prelucrarea deșeurilor la sursă;
- transferul la un punct de colectare;
- transportul și eliminarea finală, reutilizarea, refolosirea sau reciclarea.

Deșeurile pot fi generate la nivel casnic, instituțional sau comunitar și includ deșeurile medicale. Acestea pot fi periculoase sau nepericuloase. Gestionarea necorespunzătoare a deșeurilor solide reprezintă un risc pentru sănătatea publică, deoarece poate crea habitate favorabile pentru insecte, rozătoare și alți vectori ai bolilor ⊕ *a se vedea* Standardul privind controlul vectorilor 4.1: Controlul vectorilor la nivelul așezării. Deșeurile netratate pot polua apele de suprafață și apele subterane. Copiii se pot juca în deșeuri solide gestionate necorespunzător, riscând să se rănească sau să se îmbolnăvească. Persoanele care culeg deșeuri și care câștigă bani din colectarea de materiale refolosibile de la gropile de gunoi, pot fi expuse riscului de rănire sau de boli infecțioase.

Deșeurile solide pot bloca sistemele de canalizare, generând stagnări de apă și ape de suprafață poluate, care pot constitui un habitat pentru vectori și pot crea alte riscuri pentru sănătatea publică.

Aceste standarde nu se referă la tratarea sau eliminarea efluenților chimici sau a levigatului. Pentru surse de consiliere privind manipularea și tratarea deșeurilor periculoase ⊕ *a se vedea* Referințe și bibliografie suplimentară. Pentru deșeuri medicale ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Standardul privind gestionarea deșeurilor solide 5.1: Mediu fără deșeuri solide

Deșeurile solide sunt reținute în condiții de siguranță pentru a evita poluarea mediului înconjurător, de viață, de învățare, de lucru și comunal.

Acțiuni-cheie

1. Concepeți intervenții de eliminare a deșeurilor solide în funcție de riscurile pentru sănătatea publică, pe baza evaluării deșeurilor generate de gospodării și instituții și a practicilor existente.

    - Evaluați capacitățile de reutilizare, reconversie, reciclare sau compostare la nivel local.Înțelegeți rolurile femeilor, bărbaților, fetelor și băieților în gestionarea deșeurilor solide pentru a evita crearea unor riscuri suplimentare de protecție.

2. Colaborați cu autoritățile locale sau municipale și cu furnizorii de servicii pentru a vă asigura că sistemele și infrastructura existente nu sunt supraîncărcate, în special în zonele urbane.

    - Asigurați-vă că instalațiile noi și cele existente de tratare și eliminare a deșeurilor în afara sitului pot fi folosite de toată lumea.

DRAFT

- Stabiliți un calendar pentru a asigura conformarea cât mai rapidă cu standardele sau politicile locale de sănătate privind gestionarea deșeurilor solide.

3. Organizați campanii periodice sau specifice de curățare a deșeurilor solide, având infrastructura necesară derulării campaniei.

4. Furnizați îmbrăcăminte de protecție și imunizați persoanele care colectează și elimină deșeurile solide și celor/pe cei care participă la reutilizare sau reconversie.

5. Asigurați-vă că locurile de tratament sunt gestionate în mod corespunzător, adecvat și sigur.

   - Utilizați metode sigure și adecvate de tratare și eliminare, inclusiv îngroparea, gestionarea corectă și incinerarea.
   - Organizați siturile de gestionare a deșeurilor pentru a preveni sau minimiza riscurile de protecție, în special pentru copii.

6. Minimizați materialele de ambalare și reduceți presiunea generării de deșeuri solide prin colaborarea cu organizațiile responsabile de distribuirea alimentelor și a articolelor de uz casnic.

Indicatori-cheie

Nu există acumulări de deșeuri solide în jurul punctelor de colectare publice de cartier sau comunale desemnate.

Note orientative

Persoanele aflate în mișcare vor abandona obiectele grele sau care nu mai sunt necesare. Generarea de deșeuri solide la punctele de distribuție poate amplifica tensiunile cu populațiile gazdă. Volumul de deșeuri solide va crește dacă obiectele de uz casnic distribuite nu corespund nevoilor reale. Este posibil ca aceste deșeuri solide să fie din materiale diferite de cele generate la nivel local și să trebuiască să fie tratate sau eliminate în mod diferit.

Zone urbane: Infrastructura de gestionare a deșeurilor solide urbane poate fi integrată cu alte sisteme de servicii. Colaborați cu autoritățile și cu sistemele existente pentru a face față presiunii suplimentare generate de deșeurile solide.

Protecția operatorilor de deșeuri: Asigurați îmbrăcăminte de protecție pentru toți cei implicați în gestionarea deșeurilor solide. Asigurați cel puțin mănuși. În mod ideal, asigurați și cizme și măști de protecție. Atunci când este necesar, asigurați imunizarea împotriva tetanosului și hepatitei B. Asigurați-vă că sunt disponibile apă și săpun pentru spălarea mâinilor și a feței. Informați și instruiți personalul cu privire la modalitățile corecte de transport și eliminare a deșeurilor și la riscurile asociate cu gestionarea necorespunzătoare ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.1: Prevenție.

Persoanele care manipulează deșeurile pot fi stigmatizați ca fiind murdari sau săraci. Consultarea comunității poate contribui la schimbarea atitudinilor. Asigurarea faptului că persoanele care manipulează deșeurile dispun de echipamente adecvate și sunt capabile să mențină curățenia va fi, de asemenea, utilă.

Așezări comunale și zone rurale: Eliminarea deșeurilor menajere solide poate fi posibilă, și chiar preferabilă, în așezările comunale și în zonele cu densitate mai mică a populației. Stabilirea dimensiunii gropilor de depozitare sau de ardere a deșeurilor menajere solide se face în funcție de mărimea gospodăriilor și de o evaluare a fluxului de deșeuri. Gropile menajere trebuie să fie împrejmuite corespunzător pentru a împiedica accesul copiilor și al animalelor și, în mod ideal, trebuie să fie situate la cel puțin 15 metri de locuințe.

Pentru punctele de colectare de cartier sau comunale, asigurați inițial un container de 100 de litri pentru fiecare 40 de gospodării. Asigurați un container la zece gospodării pe termen lung, deoarece producția de

DRAFT

deșeuri menajere este posibil să crească în timp. Cu titlu orientativ, trebuie să existe o echipă de întreținere de 2,5 persoane la 1 000 de persoane.

Reutilizarea, reconversia și reciclarea: Încurajați reutilizarea, reconversia sau reciclarea deșeurilor solide de către comunitate, cu excepția cazului în care acest lucru prezintă un risc semnificativ pentru sănătatea publică. Luați în considerare potențialul pentru oportunități de afaceri la scară mică sau venituri suplimentare din reciclarea deșeurilor, precum și posibilitatea compostării deșeurilor organice în gospodării sau în comun.

Standardul privind gestionarea deșeurilor solide 5.2: Acțiuni casnice și personale pentru gestionarea în condiții de siguranță a deșeurilor solide

Persoanele pot colecta în condiții de siguranță și, eventual, trata deșeurile solide în gospodăriile proprii.

Acțiuni-cheie

1. Furnizați recipiente de depozitare convenabile, de dimensiuni adecvate și acoperite pentru deșeurile menajere sau containere pentru grupuri mici de gospodării.
    - Luați în considerare preferințele gospodăriilor în ceea ce privește numărul și dimensiunea containerelor pentru reutilizare și reciclare.
2. Asigurați puncte de colectare publice de cartier, clar marcate și împrejmuite, unde gospodăriile pot depozita zilnic deșeurile.
3. Organizați un sistem de ridicare periodică a deșeurilor menajere și a altor deșeuri de la punctele de colectare publice desemnate.
4. Asigurați-vă că locurile de îngropare sau de ardere a deșeurilor solide de la nivelul gospodăriilor sau al comunităților sunt gestionate în condiții de siguranță.

Indicatori-cheie

Procentul de gospodării care au acces la un punct de colectare a deșeurilor solide de cartier sau comunal desemnat, situat la o distanță acceptabilă de locuința proprie

Procentul de gospodării care raportează o depozitare corespunzătoare și adecvată a deșeurilor la nivelul gospodăriei

Note orientative

Planificare: Cantitatea de deșeuri solide pe care o generează persoanele depinde de modul în care sunt obținute și gătite alimentele și de activitățile care se desfășoară în gospodărie sau în apropierea acesteia. Variațiile pot fi sezoniere și reflectă adesea programele de distribuție sau de piață. Se presupune că o persoană generează 0,5 kg de deșeuri solide pe zi. Aceasta echivalează cu 1-3 litri de persoană pe zi, pe baza unei densități tipice a deșeurilor solide de 200 până la 400 kg/m^3.

DRAFT

Standardul privind gestionarea deșeurilor solide 5.3:
Sisteme de gestionare a deșeurilor solide la nivel comunitar

Punctele publice de colectare desemnate nu se supraaglomerează cu deșeuri, iar tratarea sau eliminarea finală a deșeurilor este sigură și securizată.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați-vă că instituțiile, cum ar fi școlile și spațiile de învățare, spațiile destinate copiilor și birourile administrative, dispun de recipiente de depozitare acoperite, clar marcate, corespunzătoare și adecvate pentru deșeurile generate în locația respectivă.

2. Asigurați un spațiu de depozitare clar marcat și împrejmuit pentru deșeurile generate în zonele comunale, în special în piețele formale sau informale, centrele de tranzit și centrele de înregistrare.

Indicatori-cheie

Procentul școlilor și al centrelor de învățare care dispun de recipiente de depozitare corespunzătoare și adecvate pentru deșeuri

Procentul de piețe publice cu recipiente de depozitare corespunzătoare și adecvate pentru deșeuri

Procentul de gropi sau incineratoare de deșeuri solide din școli, centre de învățare, piețe publice și alte instituții publice care sunt gestionate în condiții de siguranță

Note orientative

Deșeuri generate în piețe: Piețele au nevoie de o atenție deosebită, deoarece proprietatea asupra locației și responsabilitatea în ceea ce priveste gestionarea deșeurilor solide în spațiile comune sunt adesea neclare. Tratați majoritatea deșeurilor provenite din piețe în același mod ca și deșeurile solide menajere.

Deșeuri de abator: Asigurați-vă că sacrificarea animalelor se face în condiții de igienă și în conformitate cu legislația locală. O mare parte din deșeurile solide produse de abatoare și de piețele de pește pot fi tratate ca deșeuri menajere solide, dar trebuie acordată o atenție deosebită deșeurilor lichide. Dacă este cazul, eliminați aceste deșeuri într-o groapă acoperită de lângă abator sau fabrica de prelucrare a peștelui. Evacuați sângele și alte deșeuri lichide în groapă printr-un canal acoperit cu plăci pentru a reduce accesul insectelor în groapă. Puneți la dispoziție apă pentru curățare.

DRAFT

6. WASH în focarele de boală și în mediile de asistență medicală

Atât actorii din domeniul WASH, cât și cei din domeniul sănătății urmăresc să reducă riscurile pentru sănătatea publică, să prevină transmiterea bolilor și să controleze focarele de boală. Este nevoie de o coordonare puternică cu structurile guvernamentale și cu partenerii - din cele două sectoare - pentru a aborda riscurile pentru sănătatea publică în comunitate și în cadrul mediilor de asistență medicală. Acest standard se bazează pe standardele WASH 1-5 și pe capitolul Sănătate, care trebuie consultate în întregime și care ghidează toate intervențiile tehnice.

Prevenirea și controlul infecțiilor (PCI) reprezintă o activitate-cheie în prevenirea bolilor în orice situație, precum și în răspunsul umanitar la epidemii. Este esențial pentru pacient, pentru personalul medical și pentru comunitate. Este responsabilitatea agențiilor de sănătate să se asigure că standardele minime sunt respectate în mediile de asistență medicală, dar acest lucru necesită adesea o colaborare structurată și sprijin din partea actorilor WASH.

Practicile WASH bune și aplicate în mod consecvent, atât în comunitate, cât și în mediile de asistență medicală, vor reduce transmiterea bolilor infecțioase și vor contribui la controlul focarelor de infecție. Acțiunile minime din acest standard se aplică răspunsului umanitar în curs de desfășurare și evidențiază activitățile care trebuie intensificate în cazul apariției unui focar de infecție.

Răspunsul comunitar la focare de infecție

Nu este întotdeauna practic să se răspundă la fiecare componentă a WASH. Concentrați-vă asupra riscului imediat pentru sănătatea publică și consolidați încrederea comunității precum și responsabilizarea acesteia. Stabiliți prioritățile de răspuns umanitar pe baza constatărilor epidemiologice, a evaluării factorilor de risc, a căilor de transmitere (în special dincolo de cea fecal-orală), a impactului preconizat al fiecărei intervenții și a resurselor disponibile.

Implicarea comunității rămâne o componentă cheie a răspunsului umanitar la focare pentru a preveni răspândirea bolii. Percepțiile și credințele existente în comunitate pot sprijini sau împiedica un răspuns umanitar, astfel încât sunt importante înțelegerea și abordarea acestora. Este posibil ca unele norme sociale să trebuiască modificate pentru a preveni transmiterea bolilor. De exemplu, conlucrați cu comunitatea pentru a găsi forme alternative de salut care să înlocuiască strângerea mâinii.

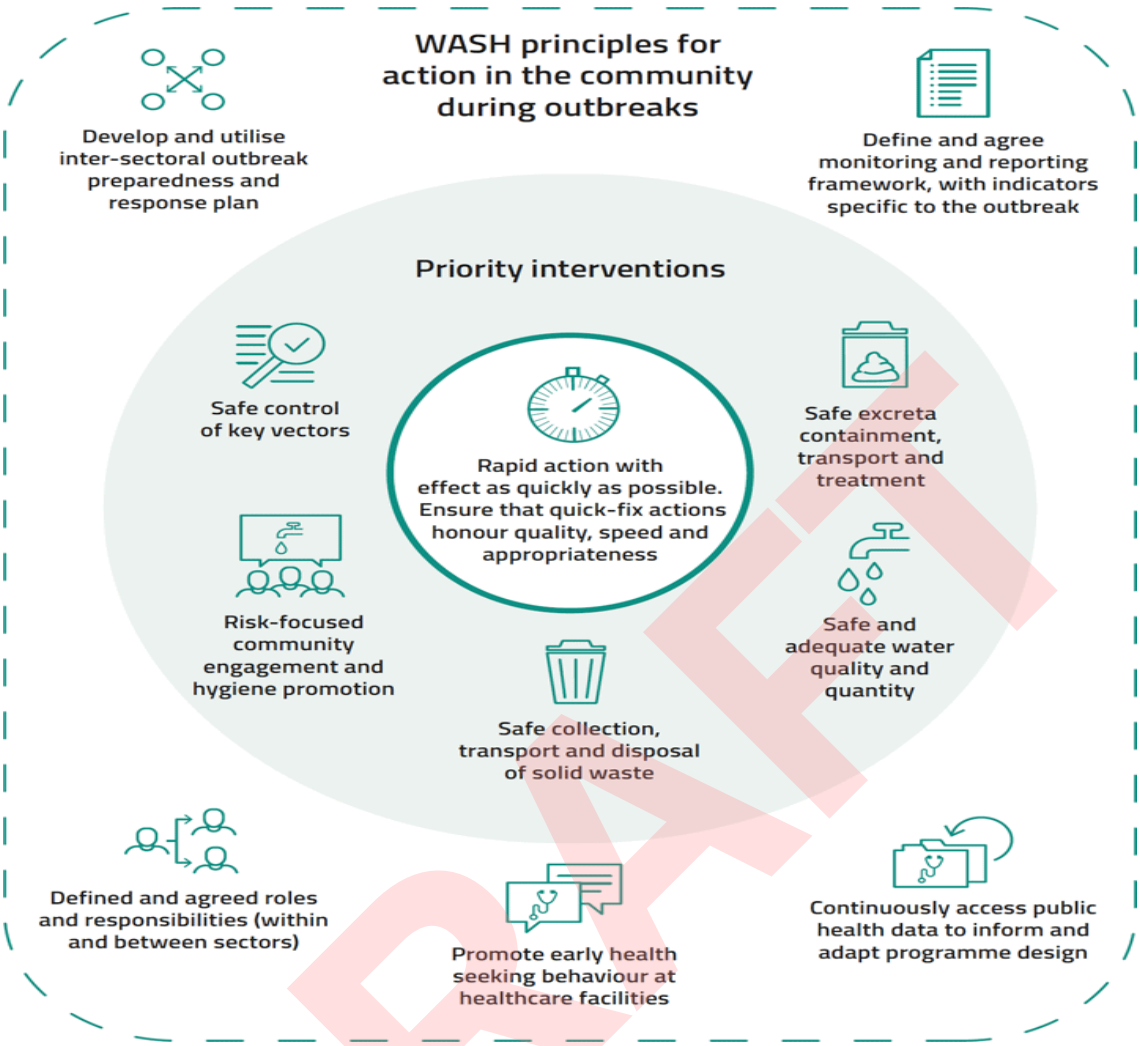
Încurajați măsuri specifice de prevenire și tratament al bolilor în cadrul comunității afectate. Aceasta poate include utilizarea plaselor de țânțari pentru a preveni malaria sau a sărurilor de rehidratare orală și a zincului (pentru copii) pentru combaterea diareii.

În cazul în care lucrătorii de proximitate din cadrul comunității desfășoară activități active de identificare a cazurilor sau sarcini conexe, aceștia trebuie să fie instruiți. Integrați toate datele în ancheta și răspunsul umanitar global la focar. Urmărirea rapidă a răspândirii focarului și a persoanelor afectate de acesta este esențială pentru un răspuns umanitar în timp util, iar datele integrate într-un sistem comun vor preveni dubla contabilizare sau omiterea unor domenii cheie ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.4: Pregătirea și răspunsul umanitar în cazul unui focar de infecție.

În timpul oricărui focar de boală, respectați întotdeauna orientările tehnice actualizate, deoarece bolile emergente vor avea riscuri și impact diferite. Există orientări detaliate privind PCI în prevenirea și controlul bolilor specifice, iar acestea trebuie urmate cu prioritate ⊕ *a se vedea* Referințe mai jos. Acest standard oferă un minim de aspecte care trebuie luate în considerare și descrie colaborarea dintre sectoarele WASH și sănătate. Diagrama de mai jos oferă o imagine de ansamblu a principalelor acțiuni WASH la nivelul comunității în timpul unui focar de infecție. Pentru acțiuni în domeniul sănătății, ⊕ *a se vedea* Standardele privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.1 *la* 2.1.4.

DRAFT

Principii WASH de acțiune în comunitate în timpul focarelor de infecție (Figura 5)



DRAFT

Standardul 6:
WASH în mediile medicale

Toate unitățile de asistență medicală mențin standardele minime de prevenire și control al infecțiilor cauzate de apă și salubritate (WASH), inclusiv în cazul apariției unor focare de boală.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați o alimentare fiabilă cu apă în cantitate și calitate suficiente, corespunzătoare mediului medical deservit.

    - Depozitați o rezervă suficientă de apă salubră pentru cel puțin 48 de ore (0,5mg/l de clor rezidual liber) pentru a asigura o aprovizionare constantă.
    - **Focare de infecție:** Creșteți cantitățile de apă și adaptați soluțiile de clor în funcție de tipul de boală, de risc și de necesități.

2. Asigurați instalații suficiente de eliminare a excrementelor pentru a limita transmiterea bolilor.

Furnizați scaune comode și toalete cu găleată pentru cei care se confruntă cu bariere de mobilitate.

Curățați instalațiile sanitare (toalete, dușuri, zona de spălare) cu apă și detergent. Evitați să folosiți detergenți puternici pentru toalete.

- **Focare de infecție:** Asigurați instalații de eliminare a excrementelor în fiecare zonă a unității sanitare.
- **Focare de infecție:** Adaptați materialele și proviziile pentru specificul bolii, cum ar fi paturi pentru holeră și găleți pentru excremente sau vomă.
- **Focare de infecție:** Determinați orice măsuri de precauție suplimentare necesare pentru curățarea, dezafectarea și evacuarea excrementelor din facilități și echipamente.

3. Furnizați suficiente materiale și echipamente de curățenie pentru ca personalul medical, pacienții și vizitatorii să își mențină igiena.

- Asigurați stații de spălare a mâinilor în locuri strategice, cu apă salubră, săpun sau alcool. Folosiți uscătoare cu aer prosoape de unică folosință.
- **Focare de infecție:** Asigurați stații de spălare a mâinilor în fiecare zonă.
- **Focare de infecție:** Instituiți practici de igienă suplimentare, cum ar fi băile de picioare cu clor sau pulverizarea (în funcție de boală) și spălarea mâinilor înainte de a pune sau de a scoate echipamentul individual de protecție (EIP).
- **Focare de infecție:** Oferiți pacienților articole de igienă specifice și instruire înainte de externare.

4. Mențineți un mediu curat și igienic.

- Curățați zilnic podelele și suprafețele de lucru orizontale cu apă și detergent.
- Curățați și dezinfectați suprafețele potențial contaminate cu o soluție de clor de 0,2%.
- Curățați, dezinfectați sau sterilizați dispozitivele medicale reutilizabile, în funcție de risc, înainte de fiecare utilizare.
- Dezinfectați toată lenjeria medicală cu soluție de clor 0,1% după înmuiere, dacă este vizibil murdară; sterilizați toată lenjeria pentru sălile de operație.
- **Focare de infecție:** Creșteți concentrația dezinfectanților pentru curățarea pardoselilor și a suprafețelor contaminate. Luați în considerare mecanismele speciale de dezinfectare a lenjeriei medicale.

5. Manipulați, tratați și eliminați corect deșeurile.

- Separați deșeurile rezultate din îngrijirile medicale la punctul de generare folosind metoda celor trei containere.
- Instruiți toți lucrătorii din domeniul sănătății în materie de separare și gestionare a deșeurilor.
- Asigurați-vă că echipele desemnate trebuie să poarte EIP pentru colectarea, tratarea și eliminarea deșeurilor (minimum: mănuși și cizme).
- **Focare de infecție:** Sporiți măsurile de precauție în ceea ce privește manipularea deșeurilor, utilizând EIP complete în funcție de tipul de boală.

6. Asigurați-vă că toți lucrătorii din domeniul asistenței medicale, pacienții și îngrijitorii folosesc EIP adecvate.

- Furnizați EIP în funcție de tipul de expunere și nivelul de precauție de respectat în materie de izolare.

DRAFT

- Instruiți lucrătorii din domeniul sănătății, pacienții și alte persoane din unitate să selecteze, să utilizeze și să îndepărteze EIP.
- **Focare de infecție:** Evaluați tipul de expunere anticipată și adaptați EIP la tipul de transmitere.

7. Gestionați și înmormântați corpurile persoanelor decedate într-un mod demn, adecvat din punct de vedere cultural și sigur, în conformitate cu practicile de sănătate publică.

- Luați în considerare tradițiile locale, precum și necesitatea de identificare și returnare a persoanelor decedate familiilor.
- **Focare de infecție:** Identificați alternative împreună cu comunitatea în cazul în care practicile obișnuite de înmormântare nu sunt sigure.
- **Focare de infecție:** Instruiți și dotați echipele cu EIP adecvat pentru a desfășura înmormântări.

Indicatori-cheie

Toți lucrătorii din domeniul sănătății se spală pe mâini, folosind săpun sau alcool, înainte și după fiecare contact cu pacienții.

Toți pacienții și îngrijitorii se spală pe mâini înainte de a manipula sau consuma alimente și după ce merg la toaletă.

Toate stațiile de spălare a mâinilor au săpun sau alcool (sau soluție de clor 0,05% în caz de focare de infecție).

Numărul stațiilor de spălare a mâinilor

Minim: o stație la fiecare zece pacienți internați

Calitatea apei potabile la punctul de livrare

Minim: 0,5-1mg/l FRC

Cantitatea de apă potabilă disponibilă

Minim: 5 litri per pacient ambulatoriu pe zi

Minim: 60 de litri per pacient pe zi în centrul de tratament al holerei

Minim: 300-400 de litri per pacient pe zi în centrul de tratament al febrei hemoragice virale

Numărul toaletelor accesibile

Minim: patru în unitățile de ambulatoriu (separate pentru bărbați, femei, copii și personalul medical)

Minim: 1 la 20 de pacienți internați (separat pentru bărbați, femei, copii și personalul medical)

Note orientative

Intervenția de ***prevenire și control al infecțiilor*** este esențială în toate mediile de asistență medicală, inclusiv în ambulanțe și în intervențiile de sănătate comunitară. Aceasta necesită elaborarea de orientări privind precauțiile standard, precauțiile în materie de transmitere și tehnicile aseptice clinice. Includeți o echipă dedicată prevenirii și controlului infecțiilor în fiecare unitate și oferiți formare pentru personalul medical.

DRAFT

Sistemele de supraveghere trebuie să monitorizeze infecțiile nosocomiale și rezistența antimicrobiană. Unitățile trebuie să aibă un personal și un volum de muncă adecvat. Paturile trebuie să conțină un singur pacient. Asistența medicală trebuie furnizată într-un mediu sigur și adecvat, construit cu o infrastructură și echipamente WASH suficiente pentru a menține practici de igienă sigure ⊕ *a se vedea* Standardele privind sistemele de sănătate 1.1 *și* 1.2.

Cantitatea și calitatea apei: La calcularea cantităților de apă necesare, consultați valorile din Anexa 3 și ajustați-le în funcție de situație ⊕ *a se vedea* Anexa 3: Cantitățile minime de apă. Clinicile mobile trebuie să aibă ca obiectiv asigurarea acelorași standarde WASH ca și în cazul pacienților din ambulatoriu, inclusiv accesul la o sursă de apă sigură și la toalete. Asigurați o rezervă de cel puțin 48 de ore (și depozitare) pentru fiecare structură. În cazul unor epidemii precum Ebola și holera, este necesară o rezervă de 72 de ore. Pentru bazele intervențiilor comunitare WASH ⊕ *a se vedea* Standardele privind alimentarea cu apă 2.1 și 2.2.

Următoarele soluții de clor sunt necesare pentru diferite utilizări în mediile de asistență medicală.

Soluție de clor	Activitatea unităților sanitare
0,05%	Spălarea mâinilor Spălarea rufelor (după curățare)
0,2% (holeră) **0,5% (Ebola)**	Ștergerea suprafețelor de lucru orizontale după curățare (numai pentru holeră) Curățarea materialelor, a șorțurilor, a cizmelor, a ustensilelor de gătit și a vaselor Spălarea ploștilor, a găleților Curățarea suprafețelor contaminate cu fluide corporale Pregătirea cadavrelor (Ebola)
2%	Pregătirea cadavrelor (holeră) Adăugat la gălețile cu excremente și vomă (holeră)
1%	Soluție-mamă pentru clorinarea apei

Gestionarea excrementelor: ⊕ *a se vedea* Standardele privind gestionarea excrementelor 3.1 *la* 3.3 pentru orientări privind gestionarea excrementelor în general și Standardul privind promovarea igienei 1.3: Gestionarea igienei menstruale și a incontinenței pentru informații specifice despre materiale.

Furnizați facilități de toaletă adecvate din punct de vedere tehnic și cultural, cu toalete separate, închise cu cheia și bine iluminate, cu spațiu suficient pentru ca îngrijitorii să poată asista pacienții. Toate instalațiile sanitare (toalete, dușuri, zona de spălare) trebuie curățate cu apă și detergent. Evitați să folosiți dezinfectanți puternici în interiorul toaletelor (în special pentru fosele septice), deoarece aceștia perturbă procesele naturale de biodegradare a unor agenți patogeni.

În timpul focarelor de infecție, luați măsuri de precauție suplimentare atunci când curățați, dezafectați sau desfundați facilitățile și echipamentele pentru excremente (de exemplu, soluție de clor pentru curățare, tratament cu var rapid sau clor).

Apă gri: Minimul cerut este eliminarea apei gri cu ajutorul unui separator de grăsimi și al unei gropi de absorbție. Asigurați-vă că aceasta este împrejmuită pentru a preveni publicul să intre în contact cu ea.

Deșeurile medicale conțin organisme infecțioase, cum ar fi HIV și hepatita B, care pot contamina, de asemenea, solul și sursele de apă. Utilizați o metodă cu cel puțin trei containere pentru a colecta și a separa deșeurile de îndată ce acestea sunt create:

Categorie	Exemplu	Culoarea/eticheta containerului
Deșeuri generale Nepericuloase	Hârtie	Negru
Obiecte ascuțite folosite Periculoase, infecțioase	Ace, bisturie, seturi de perfuzie, sticlă spartă, fiole goale	Galben, etichetat „OBIECTE ASCUȚITE”, rezistent la scurgeri și înțepături
Fără obiecte ascuțite Periculoase, infecțioase	Materiale contaminate cu fluide corporale, cum ar fi tampoane, pansamente, suturi, culturi de laborator.	Galben, etichetat și rezistent la scurgeri

Poate fi necesară o separare suplimentară, în special pentru deșeurile patologice (țesut uman), farmaceutice și chimice (reactivi de laborator). Colectați deșeurile separate din zona medicală cel puțin o dată pe zi și imediat

DRAFT

dacă sunt foarte infecțioase. Utilizați cărucioare pentru a transporta deșeurile pe un traseu fix către zone desemnate cu acces public restricționat. Containerele pentru deșeuri, cărucioarele și zonele de depozitare trebuie dezinfectate în mod regulat. Vaccinați toate persoanele care manipulează deșeuri medicale împotriva hepatitei B și a tetanosului.

Tratați și eliminați deșeurile în funcție de facilitățile disponibile:

Categorie	Tratare și eliminare
Generale	Reciclați, ardeți sau îngropați Depozit de deșeuri municipal
Obiecte ascuțite folosite	Groapă de deșeuri ascuțite Încapsulați și îngropați în depozitul de deșeuri Incinerați (cu excepția fiolelor), apoi îngropați în fosa de cenușă (cu prudență, deoarece este posibil să existe obiecte ascuțite)
Infecțioase (nu obiecte ascuțite)	Groapă de depozitare (acoperiți deșeurile cu var rapid) Incinerați, apoi îngropați în fosa de cenușă Autoclavare sau tratare chimică
Patologice	Depinde de normele socio-culturale: Gropi de depozitare (de exemplu, groapa de placentă) sau zone de depozitare Incinerare
Farmaceutice	Respectați orientările naționale, dacă este posibil, sau returnați la furnizor Încapsulați și eliminați la depozitul de deșeuri Incineratoare speciale (mai mult de 1 200 grade Celsius)
Deșeuri chimice	Respectați orientările naționale, dacă este posibil, sau returnați la furnizor Cantitățile mici pot fi incinerate sau încapsulate Tratați în uzina de tratare sau în cuptorul rotativ

Incineratoarele trebuie să depășească 900 de grade Celsius și să aibă camere duble. Incineratoarele de calitate inferioară produc emisii toxice și poluanți atmosferici și nu sterilizează complet. Toate gropile și incineratoarele trebuie construite în conformitate cu standardele naționale și internaționale existente și trebuie să fie exploatate, întreținute și dezafectate în condiții de siguranță.

Echipamentul individual de protecție (EIP) este obligatoriu pentru respectarea protocoalelor PCI și pentru a se asigura că pacienții, familiile și personalul nu sunt supuși unor riscuri suplimentare.

Evaluați tipul de expunere anticipată (stropire, pulverizare, contact sau atingere) și categoria de transmitere a bolii. Folosiți echipamente care sunt bine adaptate, durabile și adecvate (cum ar fi cele rezistente la fluide sau impermeabile).

EIP de bază îi protejează pe purtători împotriva expunerii la sânge, fluide corporale, secreții sau excremente. Acesta include: mănuși atunci când se atinge materialul infecțios; halate/șorțuri de protecție atunci când hainele sau pielea expusă intră în contact cu materialul infecțios; protecția feței, cum ar fi măști, ochelari de protecție sau viziere pentru protecția împotriva stropilor, picăturilor sau aerosolilor. EIP suplimentare (sau EIP de bază în momente ulterioare) pot fi necesare, de asemenea, în funcție de tipul de transmitere a bolii: contact (de exemplu, halat și mănuși atunci când se află în mediul pacientului); picături (măști chirurgicale la un metru de pacient); transmitere prin aer (aparate de respirat de purificare a aerului).

Plasați EIP de unică folosință în pubele (cum ar fi tomberoane de 220 de litri) la intrarea în zona de dezechipare. Colectați și transportați pubelele într-o zonă desemnată pentru gestionarea deșeurilor. Plasați EIP reutilizabil, cum ar fi mănușile și ochelarii de protecție, în recipientele care conțin o soluție de clor 0,5%. Curățați, spălați, reparați și depozitați în mod corespunzător.

O soluție de clor 0,5% trebuie să fie disponibilă pentru spălarea mâinilor înmănușate după fiecare etapă de dezechipare. Asigurați un stand separat de spălare a mâinilor cu soluție de clor 0,05% ca ultim pas în procesul de dezechipare.

Gestionarea corpurilor persoanelor decedate: Promovați înmormântări sigure, demne și adecvate din punct de vedere cultural pentru persoanelor decedate, inclusiv identificarea tuturor persoanelor. Permiteți indivizilor să își identifice membrii familiei și să organizeze înmormântări. Corpurile nu trebuie abandonate în gropi comune, fără ceremonial. Înmormântarea în masă poate fi o barieră în calea obținerii certificatelor de deces necesare pentru exercitarea drepturilor legale. Luați în considerare potențialele probleme legale la îngroparea

DRAFT

victimelor violenței ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.1: Furnizarea serviciilor de sănătate.

Precauții speciale, cum ar fi pregătirea cadavrelor cu soluție de clor, pot fi necesare în timpul epidemiilor, în funcție de agentul patogen al bolii și de modul de transmitere al acesteia. Ritualurile de curățare și de îngrijire a corpurilor pot crește posibilitatea de transmitere a bolilor, dar nerespectarea sensibilităților culturale ar putea conduce la înmormântări secrete și neraportate.

Lucrătorii din domeniul sănătății și echipele de înhumare trebuie să poarte EIP în permanență. Sprijiniți lucrătorii însărcinați cu înhumarea în comunitate prin intermediul serviciilor psihosociale. Colaborați cu liderii comunității pentru a preveni stigmatizarea persoanelor care îndeplinesc acest rol.

Scoaterea din uz: Consultați comunitatea, autoritățile locale și actorii umanitari pentru a decide modul de scoatere din funcțiune a unei unități de asistență medicală temporară în timpul unui răspuns umanitar.

DRAFT

Anexa 1
Listă de verificare pentru evaluarea inițială a nevoilor de alimentare cu apă, canalizare și promovare a igienei

Această listă de întrebări este folosită în primul rând pentru a evalua nevoile, a identifica resursele și a descrie condițiile locale. Nu include întrebări care vor determina resursele externe necesare pentru a le completa pe cele disponibile imediat și la nivel local.

Aspecte generale

- Câte persoane sunt afectate și unde se află acestea? Dezagregați datele în funcție de sex, vârstă, dizabilitate și așa mai departe.
- Care sunt fluxurile de deplasare probabile ale persoanelor? Care sunt factorii de luat în considerare pentru securitatea persoanelor afectate și pentru eventualele răspunsuri umanitare de sprijin?
- Care sunt bolile actuale, prevalente sau posibile legate de WASH?
- Care sunt persoanele-cheie pe care trebuie să le consultați sau să le contactați?
- Care sunt persoanele vulnerabile din rândul populației și de ce?
- Există un acces egal pentru toți la facilitățile existente, inclusiv în locurile publice, centrele de sănătate și școli?
- Ce riscuri speciale în materie de securitate există pentru femei, fete, băieți și bărbați? Care sunt grupurile de risc?
- Cu ce practici în materie de apă, salubritate și igienă era obișnuită populația înainte de criză?
- Care sunt structurile formale și informale de putere (de exemplu, liderii comunității, bătrânii, grupurile de femei)?
- Cum se iau deciziile în gospodării și în comunitate?
- Se pot accesa piețele locale? Ce bunuri și servicii WASH esențiale erau accesibile pe piață înainte de criză și sunt accesibile în timpul crizei?
- Persoanele au acces la numerar și/sau la credite?
- Există variații sezoniere de care trebuie să țineți cont și care ar putea restricționa accesul sau crește cererea de forță de muncă în perioada recoltei, de exemplu?
- Care sunt autoritățile esențiale cu care trebuie să se stabilească legături și să se colaboreze?
- Care sunt partenerii locali din zona geografică, cum ar fi grupurile societății civile care au o capacitate similară în domeniul WASH și cum se implică comunitatea?

Promovarea igienei

- Cu ce practici legate de apă, salubritate și igienă erau obișnuite persoanele înainte de criză?
- Ce practici existente sunt dăunătoare pentru sănătate, cine le aplică și de ce?
- Cine practică comportamente igienice pozitive și ce îi determină și îi motivează să facă acest lucru?
- Care sunt avantajele și dezavantajele oricărei modificări a practicii propuse?
- Care sunt canalele formale și informale de comunicare și de informare existente (cum ar fi asistenții medicali comunitari, moașele, vindecătorii tradiționali, cluburile, cooperativele, bisericile și moscheile)?

DRAFT

- Ce acces la mijloacele de informare în masă există în zonă (de exemplu, radio, televiziune, video, ziare)?
- Ce organizații media și/sau organizații non-guvernamentale (ONG-uri) există la nivel local?
- Ce segmente ale populației pot și ar trebui vizate (de exemplu, mamele, copiii, liderii comunității, liderii religioși)?
- Ce tip de sistem de informare ar funcționa în acest context (de exemplu, voluntari sau lucrători sau promotori de igienă comunitară, cluburi de sănătate în școli, comitete WASH), atât pentru mobilizarea imediată, cât și pe termen mediu?
- Care sunt nevoile de învățare ale personalului ce promovează igiena și ale lucrătorilor comunitari de proximitate?
- Ce produse nealimentare sunt disponibile și care sunt cele mai urgente, în funcție de preferințe și nevoi?
- În ce zone geografice au acces persoanele la piețe pentru a-și cumpăra articole de igienă esențiale? S-a schimbat acest acces (cost, diversitate, calitate) după declanșarea crizei?
- Cum accesează gospodăriile articolele de igienă esențiale? Cine ia deciziile cu privire la ce articole trebuie cumpărate și care sunt prioritățile?

Cât de eficiente sunt practicile de igienă în mediile medicale (deosebit de importante în situații epidemice)?

- Care sunt nevoile și preferințele femeilor și fetelor în ceea ce privește practicile de igienă menstruală?
- Care sunt nevoile și preferințele persoanelor care suferă de incontinență?

Alimentarea cu apă

- Care este sursa actuală de alimentare cu apă și care sunt utilizatorii actuali?
- Cât de multă apă este disponibilă per persoană pe zi?
- Care este disponibilitatea zilnică și săptămânală a alimentării cu apă?
- Este suficientă apa disponibilă la sursă pentru nevoile pe termen scurt și pe termen lung ale tuturor grupurilor?
- Sunt punctele de colectare a apei suficient de aproape de locul unde locuiesc persoanele? Prezintă acestea siguranță?
- Este alimentarea actuală cu apă fiabilă? Cât timp va rezista?
- Persoanele dispun de suficiente recipiente de apă de mărime și tip adecvat (colectare și depozitare)?
- Este sursa de apă contaminată sau în pericol de contaminare (microbiologică, chimică sau radiologică)?
- Există un sistem de tratare a apei? Este necesar tratamentul? Este posibil tratamentul? Ce tratament este necesar?
- Este necesară dezinfectarea? Are comunitatea probleme cu palatabilitatea și acceptarea apei asociate cu gustul și mirosul de clor?
- Există surse alternative de apă în apropiere?
- Ce credințe și practici tradiționale există cu privire la colectarea, depozitarea și utilizarea apei?
- Există obstacole în calea utilizării surselor de alimentare cu apă disponibile?
- Este posibilă mutarea populației dacă sursele de apă sunt inadecvate?
- Care sunt alternativele în cazul în care sursele de apă sunt inadecvate?
- Există credințe și practici tradiționale legate de igienă (de exemplu, în timpul epidemiei de holeră din Haiti, boala a fost asociată cu cultura voodoo)? Sunt unele dintre aceste credințe sau practici utile sau dăunătoare?

DRAFT

- Care sunt principalele probleme de igienă legate de alimentarea cu apă?
- Persoanele cumpără apă? Dacă da, unde, cu ce costuri și în ce scopuri? S-a schimbat acest acces (costul, calitatea, regularitatea livrării)?
- Au persoanele mijloacele necesare pentru a folosi apa în mod igienic?
- Punctele de apă și zonele de spălătorie și de baie sunt bine drenate?
- Sunt condițiile de sol adecvate pentru gestionarea la fața locului sau în altă locație a apei problematice de la punctele de alimentare cu apă și din zonele de spălare a rufelor și de baie? A fost efectuat un test de percolare a solului?
- În cazul unei strămutări rurale, care este sursa obișnuită de apă pentru animale?
- Vor exista efecte asupra mediului înconjurător ca urmare a posibilelor intervenții pentru alimentarea cu apă, captarea și utilizarea surselor de apă?
- Ce alți utilizatori folosesc în prezent sursele de apă? Există un risc de conflict în cazul în care sursele sunt utilizate pentru noi populații?
- Ce oportunități există pentru a colabora cu sectorul privat și/sau public în ceea ce privește aprovizionarea cu apă? Care sunt blocajele și oportunitățile ce ar putea influența analiza răspunsului umanitar și recomandările?
- Ce sarcini de exploatare și întreținere sunt necesare? Ce capacitate există pentru a le îndeplini pe termen scurt și lung? Cine va fi responsabil pentru acestea?
- Există un mecanism sau un sistem de finanțare existent sau potențial care poate recupera costurile de exploatare și întreținere?
- Cum are populația gazdă acces la apă și cum se asigură faptul că apa este sigură la punctul de utilizare?

Evacuarea excrementelor

- Este mediul înconjurător lipsit de fecale?
- Dacă există defecație în aer liber, zona în care are loc aceasta este desemnată ca atare?
- Există deja facilități? Dacă da, sunt utilizate? Sunt suficiente? Funcționează acestea cu succes? Pot fi extinse sau adaptate?
- Facilitățile sunt sigure și demne: iluminate, dotate cu încuietori, cu paravane de confidențialitate? Persoanele pot avea acces la toalete în timpul zilei și al nopții? Dacă nu pe timp de noapte, care sunt alternativele?
- Ce practici de gestionare a excrementelor folosește populația gazdă?
- Este practica actuală de defecație o amenințare pentru rezervele de apă (de suprafață sau subterane) sau pentru zonele de locuit și pentru mediu în general?
- Există norme socio-culturale de care trebuie să se țină cont în proiectarea toaletei?
- Sunt persoanele familiarizate cu proiectarea, construcția și utilizarea toaletelor?
- Ce materiale locale sunt disponibile pentru construirea de toalete?
- Există o acceptare și o practică a compostării?
- De la ce vârstă încep copiii să folosească toaleta?
- Ce se întâmplă cu materiile fecale ale sugarilor și copiilor mici?
- Care este înclinația pantei?
- Care este nivelul pânzei freatice?
- Condițiile solului sunt adecvate pentru eliminarea excrementelor la fața locului?
- Dispozițiile actuale de eliminare a excrementelor încurajează vectorii de boală?
- Sunt disponibile materiale sau apă pentru curățarea zonei anale? Cum elimină oamenii în mod normal aceste materiale?
- Se spală oamenii pe mâini după defecație și înainte de pregătirea și consumul alimentelor? Sunt disponibile săpunuri sau alte materiale de curățare cu apă lângă toaletă sau în cadrul gospodăriei?

DRAFT

- Cum gestionează femeile și fetele aspectele privind menstruația? Sunt disponibile materiale sau facilități adecvate pentru acest lucru?
- Există facilități sau echipamente specifice disponibile pentru a face ca zonele sanitare să fie accesibile persoanelor cu dizabilități, persoanelor care trăiesc cu HIV, persoanelor care suferă de incontinență sau persoanelor imobilizate în unitățile medicale?
- Au fost evaluate considerentele de mediu: de exemplu, extracția de materii prime, cum ar fi nisipul și pietrișul pentru construcții, și protecția mediului împotriva materiilor fecale?
- Există muncitori calificați în comunitate, cum ar fi zidari sau tâmplari și muncitori necalificați?
- Sunt disponibile vidanjoare sau mașini de vidanjare? În prezent, deșeurile fecale colectate sunt eliminate în mod corespunzător și sigur?
- Care este strategia adecvată pentru gestionarea excrementelor - inclusiv reținerea, golirea, tratarea și eliminarea?

Boli transmise prin vectori

- Care sunt riscurile legate de bolile transmise prin vectori și cât de grave sunt acestea?
- Ce tipare zilnice sau sezoniere urmează vectorii locali în ceea ce privește reproducerea, repausul și hrănirea?
- Există credințe și practici tradiționale (de exemplu, credința că apa murdară provoacă malarie) care au legătură cu vectorii și cu bolile transmise prin vectori? Sunt unele dintre aceste credințe sau practici utile sau dăunătoare?
- În cazul în care riscurile de îmbolnăvire cu boli transmise prin vectori sunt ridicate, persoanele expuse la risc au acces la protecție individuală?
- Este posibil să se realizeze schimbări la nivelul mediului local (în special, de exemplu, prin drenaj, defrișări, eliminarea excrementelor, eliminarea deșeurilor solide) pentru a inhiba reproducerea vectorilor?
- Este necesar să se controleze vectorii prin mijloace chimice? Ce intervenții, reglementări și resurse există în ceea ce privește utilizarea substanțelor chimice pentru controlul vectorilor?
- Ce informații și măsuri de siguranță trebuie să fie furnizate gospodăriilor?

Gestionarea deșeurilor solide

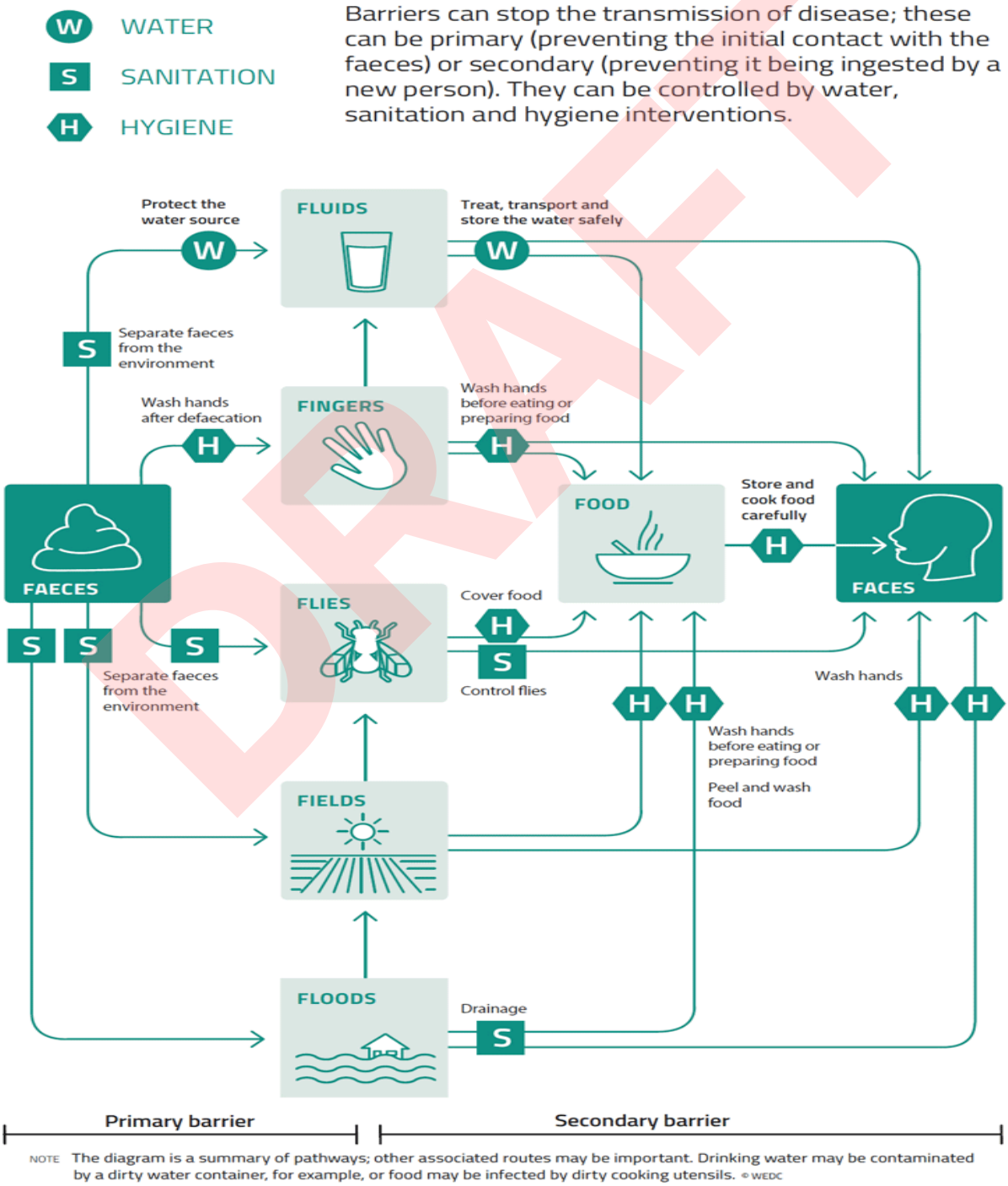
- Deșeurile solide acumulate reprezintă o problemă?
- Cum își elimină oamenii deșeurile? Ce tip și cantitate de deșeuri solide se produce?
- Deșeurile solide pot fi eliminate la fața locului sau trebuie să fie colectate și eliminate în într-o altă locație?
- Care este practica normală de eliminare a deșeurilor solide pentru persoanele afectate (de exemplu, compost și/sau gropi de gunoi, sistem de colectare, pubele)?
- Există unități și activități medicale care produc deșeuri? Cum sunt eliminate aceste deșeuri? Cine este responsabil?
- Unde sunt eliminate materialele sanitare de unică folosință (de exemplu, scutecele pentru copii, materialele de igienă a menstruației și a incontinenței)? Eliminarea lor este discretă și eficientă?
- Care este efectul depozitării actuale a deșeurilor solide asupra mediului înconjurător?
- Ce capacitate de gestionare a deșeurilor solide au sectoarele privat și public?

DRAFT

Anexa 2
Diagrama F: transmiterea fecal-orală a bolilor diareice

Cele 5 puncte capitale: materii fecale, fluide, degete, muște, alimente (Figura 5)

Sursa: Water, Engineering and Development Centre (WEDC)



DRAFT

DRAFT

Anexa 3
Cantități minime de apă: cifre de supraviețuire și cuantificarea nevoilor de apă

Nevoi de supraviețuire: aportul de apă (consum și hrană)	2,5-3 litri de persoană pe zi (depinde de climă și de fiziologia individuală)
Practici de igienă de bază	2-6 litri de persoană pe zi (în funcție de normele sociale și culturale)
Necesități de bază pentru gătit	3-6 litri de persoană pe zi (în funcție de tipul de hrană și de normele sociale și culturale)
Centre medicale și spitale	5 litri per pacient în ambulatoriu 40-60 litri pe zi pentru fiecare pacient internat 100 litri per intervenție chirurgicală și naștere Cantități suplimentare pot fi necesare pentru spălarea echipamentului, toalete etc.
Centre de tratare a holerei	60 litri per pacient pe zi 15 litri per îngrijitor pe zi
Centru de tratare a febrei hemoragice virale	300-400 litri per pacient pe zi
Centre de alimentație terapeutică	30 litri per pacient internat pe zi 15 litri per îngrijitor pe zi
Clinică mobilă cu vizite ocazionale	1 litru per pacient pe zi
Clinică mobilă cu vizite frecvente	5 litri per pacient pe zi
Puncte de rehidratare orală (PRO)	10 litri per pacient pe zi
Centre de primire/tranzit	15 litri de persoană pe zi, dacă șederea este mai mare de o zi. 3 litri de persoană pe zi dacă șederea este limitată la o zi.
Școli	3 litri per elev pe zi pentru băut și spălarea mâinilor (Nu este inclusă utilizarea pentru toalete: a se vedea secțiunea Toalete publice de mai jos)
Moschei	2-5 litri de persoană pe zi pentru spălat și băut
Toalete publice	1-2 litri per utilizator pe zi pentru spălarea mâinilor 2-8 litri pe zi per cabină pentru curățarea toaletei
Toate toaletele cu apă	20-40 de litri per utilizator pe zi pentru toaletele convenționale cu apă racordate la canalizare 3-5 litri per utilizator pe zi pentru toaletele cu apă turnată.
Spălarea zonei anale	1-2 litri de persoană pe zi
Animale	20-30 litri per animal de talie mare sau medie pe zi 5 litri pe zi per animal de talie mică

DRAFT

Anexa 4
Numărul minim de toalete: comunitate, locuri publice și instituții

Locație	Termen scurt	Termen mediu și lung
Comunitate	1 toaletă pentru 50 de persoane (publică)	1 toaletă pentru 20 de persoane (familie comună) 1 toaletă pentru 5 persoane sau 1 familie
Piețe	1 toaletă pentru 50 de standuri	1 toaletă pentru 20 de standuri
Spitale/centre medicale	1 toaletă pentru 20 de paturi sau 50 de pacienți în ambulatoriu	1 toaletă pentru 10 de paturi sau 20 de pacienți în ambulatoriu
Centre de alimentație	1 toaletă pentru 50 de adulți 1 toaletă pentru 20 de copii	1 toaletă pentru 20 de adulți 1 toaletă pentru 10 copii
Centre de primire/tranzit	1 toaletă pentru 50 de persoane rația femei/bărbați 3:1	
Școli	1 toaletă pentru 30 de fete 1 toaletă pentru 60 de băieți	1 toaletă pentru 30 de fete 1 toaletă pentru 60 de băieți
Birouri		1 toaletă pentru 20 de angajați

Sursa: Adaptat din Harvey, Baghri and Reed (2002)

Notă: În cazul în care contextul permite acest lucru, urmăriți de la bun început instalarea de toalete familiale comune sau, chiar mai bine, de toalete de uz casnic, pentru a consolida acceptarea, responsabilitatea și intervenții de salubritate adecvate din punct de vedere cultural.

În cadrul comunității, trebuie să se asigure același număr de toalete pentru 50 de persoane (pe termen scurt) sau 20 de persoane (pe termen lung).

DRAFT

Anexa 5
Boli legate de apă și salubritate

1. Clasificarea din punct de vedere al mediului a infecțiilor legate de apă

Categorie	Infecție	Agent patogen
1) Fecal-orală (transmisă prin apă sau adusă de apă)		
a) Diaree și dizenterie		
	Dizenterie amoebică	Protozoar
	Balantidioză	Protozoar
	Enterita cu *Campylobacter*	Bacterie
	Holeră	Bacterie
	Criptosporidioză	Protozoar
	Diareea cu E. coli	Bacterie
	Giardioză	Protozoar
	Diareea cu rotavirus	Virus
	Salmoneloză	Bacterie
	Shigelloză	Bacterie
	Yersinioză	Bacterie
b) Febră enterică	Tifos	Bacterie
	Paratifos	Bacterie
	Poliomielită	Virus
	Hepatita A	Virus
	Leptospiroză	Spirochete
	Ascarioză	Vierme parazit
	Trichuriaza	Vierme parazit
2) Aduse de apă		
a) Infecții cutanate și oculare	Boli cutanate infecțioase	Diverse
	Boli oculare infecțioase	Diverse
b) Altele	Tifos transmis de păduchi	Rickettsia
	Febră recidivantă transmisă de păduchi	Spirochete
3) Pe bază de apă		
a) Penetrează pielea	Schistosomiază	Vierme parazit
b) Ingestie	Viermele de Guineea	Vierme parazit
	Clonorcoză	Vierme parazit
	Difilobotrioză	Vierme parazit
	Paragonimiază	Vierme parazit
	Altele	Vierme parazit
4) Insecte vector legate de apă		
a) Mușcături în apropierea apei	Boala somnului	Protozoar
b) Reproducere în apă	Filarioză	Vierme parazit
	Malarie	Protozoar
	Cecitatea râurilor	Vierme parazit
	Virusuri transmise de țânțari	Virus
	Febra galbenă	Virus
	Dengue	Virus
	Altele	
Sursa: ACF: Apă, salubritate și igienă pentru populațiile expuse la risc, Anexa 5, pag. 675		

2. Clasificarea din punct de vedere al mediului a infecțiilor legate de excremente

DRAFT

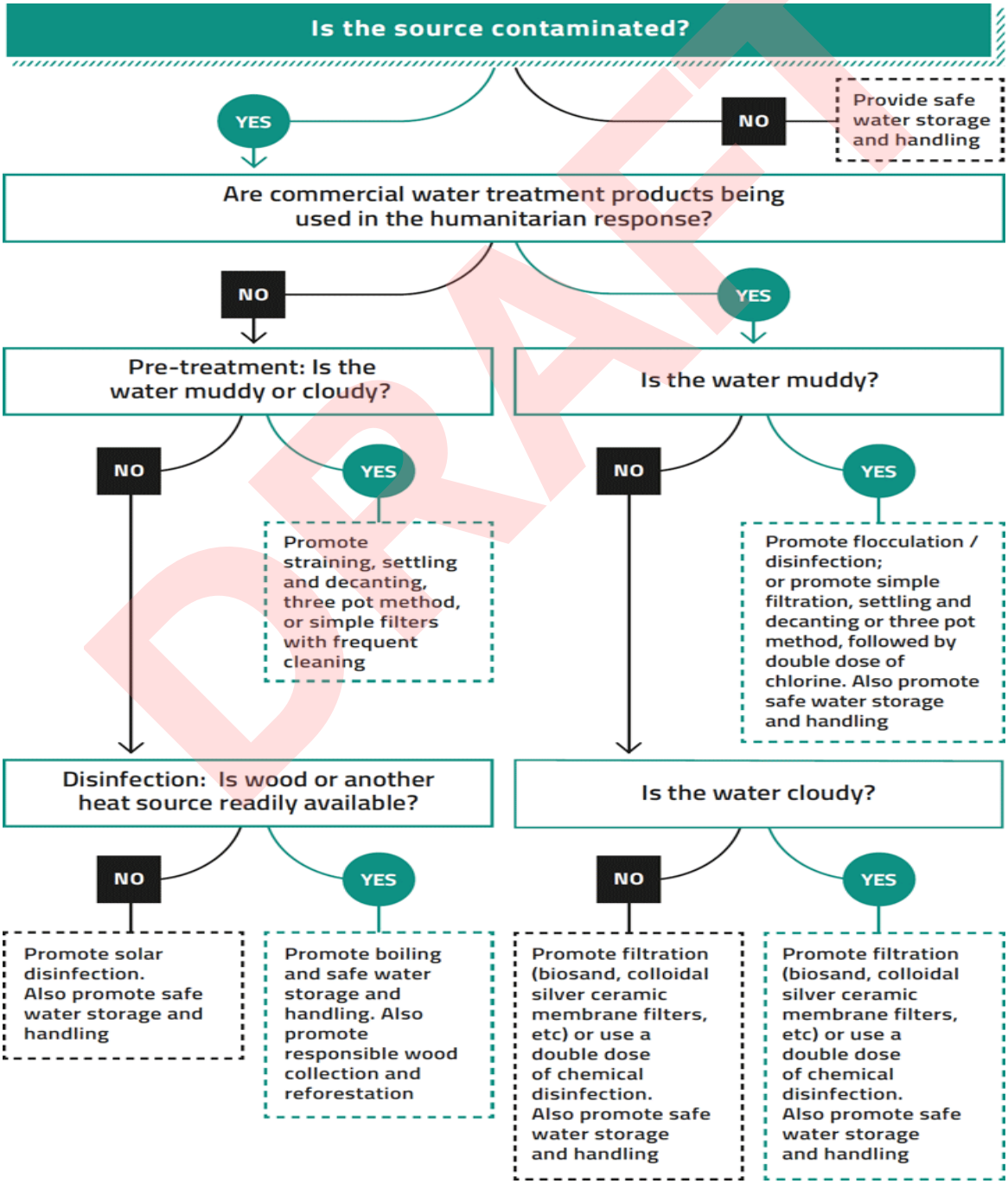
Categorie	Infecție	Agent patogen	Mecanisme de transmitere dominante	Măsură de control majoră (măsuri tehnice în italice)
1) Fecal-orală (non-bacteriană) **Non-latent, doză mică de infecție**	Poliomielită Hepatita A Diareea cu rotavirus Dizenterie amibiană Giardioză Balantidiază Enterobioză Himenolepidoză	Virus Virus Virus Protozoar Protozoar Protozoar Vierme parazit Vierme parazit	Contact de la persoană la persoană Contaminare domestică	Alimentarea cu apă menajeră Locuințe îmbunătățite Furnizarea de toalete Educație pentru sănătate
2) Fecal-orală (bacteriană) **Doză infecțioasă non-latentă, medie sau mare** **Moderat persistentă și capacitate de multiplicare**	Diaree și dizenterie Enterita cu Campylobacter Holeră Diareea cu *E. coli* Salmoneloză Shigeloză Yersinioza Febră enterică Tifos Paratifos	 Bacterie Bacterie Bacterie Bacterie Bacterie Bacterie Bacterie Bacterie	Contact de la persoană la persoană Contaminare domestică Contaminarea apei Contaminarea culturilor	Alimentarea cu apă menajeră Locuințe îmbunătățite Furnizarea de toalete Tratarea excrementelor înainte de reutilizare sau deversare Educație pentru sănătate
3) Viermi paraziți transmiși prin sol **Latenți și persistenți, fără gazdă intermediară**	Ascaridioză (limbric) Trichuriază (viermele-bici) Vierme-cârlig Strongiloidoză	Vierme parazit Vierme parazit Vierme parazit Vierme parazit	Contaminarea curții Contaminarea solului în zona de defecație comună Contaminarea culturilor	Furnizarea de toalete cu podele curate Tratarea excrementelor înainte de aplicarea pe teren
4) Teniile din carnea de vită și de porc **Latente și persistente cu gazdă intermediară reprezentată de vacă sau porc**	Teniază	Vierme parazit	Contaminarea curții Contaminarea câmpurilor Contaminarea furajelor	Furnizarea de toalete Tratarea excrementelor înainte de aplicarea pe teren Inspecția modului de preparare a alimentelor și a cărnii
5) Viermi paraziți pe bază de apă **Latenți și persistenți cu gazdă(e) intermediară(e) acvatică(e)**	Schistosomiază Clonorcoză Difillobotriază Paragonimiază	Vierme parazit Vierme parazit Vierme parazit Vierme parazit	Contaminarea apei	Furnizarea de toalete Tratarea excrementelor înainte de evacuare Controlul animalelor purtătoare de infecție Gătirea alimentelor
6) Insecte vector asociate cu excrementele	Infecții cu filarioză (transmisă de țânțarii *Culex pipiens*) Infecții din categoriile 1-4, în special I și II, care pot fi transmise de muște și gândaci	Vierme parazit Diverse	Insectele se înmulțesc în diferite medii contaminate cu materii fecale	Identificarea și eliminarea potențialelor medii de reproducere Utilizarea plaselor de protecție împotriva țânțarilor

DRAFT

Anexa 6
Arborele de decizie privind tratarea și depozitarea apei menajere

Arborele de decizie privind tratarea și depozitarea apei menajere (Figura 6)

Sursa: Adaptat din manualul IFRC (2008) Household water treatment and safe storage in emergencies (Tratarea apei menajere și depozitarea în condiții de siguranță în situații de urgență).



DRAFT

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Aspecte generale/dreptul la apă

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal) [Dreptul la apă și salubritate (portal de informații). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation (Rezoluția 64/292 adoptată de Organizația Națiunilor Unite. Dreptul omului la apă și salubritate). 2010. www.un.org

Impactul WASH asupra sănătății

Bartram, J. Cairncross, S. Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health (Igienă, salubritate și apă: fundamentele uitate ale sănătății). PLoS Med, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. și alții. An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises (O evaluare a rezultatelor cercetărilor privind intervențiile în domeniul sănătății în crizele umanitare). LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework (Obținerea drepturilor fundamentale: rolul apei, salubrității și igienei în sănătatea maternă și reproductivă: un cadru conceptual). Trop Med Int Health, vol. 20, 2015, pag. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann și alții. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis (Intervenții în domeniul apei, al salubrității și al igienei pentru a reduce diareea în țările mai puțin dezvoltate: o revizuire sistematică și o meta-analiză). Lancet Infectious Diseases, vol. 5, 2005, pag. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. și alții. Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review [Dovezi privind eficacitatea intervențiilor în domeniul apei, al salubrității și al igienei (WASH) asupra rezultatelor în domeniul sănătății în crizele umanitare: o analiză sistematică]. PLoS One, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. și alții. Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression (Evaluarea impactului apei potabile și a salubrității asupra bolii diareice în contexte cu venit mic și mijlociu: revizuire sistematică și meta-regresie). Trop Med Int Health, vol. 19, nr. 9, 2014.

Intervenția eficientă în domeniul WASH

Compendium of accessible WASH technologies (Compendiu de tehnologii accesibile WASH). WaterAid și WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. Engineering in Emergencies (2nd ed) [Inginerie în situații de urgență (Ediția a 2-a)]. ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review (Eficiența și eficacitatea intervențiilor în domeniul apei, salubrității și igienei în situații de urgență în țările cu venituri mici și medii: o revizuire sistematică). https://www.developmentbookshelf.com

Public Health Engineering in Precarious Situations (Rezolvarea problemelor de sănătate publică în situații precare). MSF, 2010. http://refbooks.msf.org

DRAFT

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings (Manualul WASH în contextul refugiaților: ghid practic). UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk (Apă, salubritate și igienă pentru populațiile de risc). ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

Protecție și WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services (Violența, egalitatea de gen și WASH: setul de instrumente al unui practician - asigurarea securității apei, salubrității și a igienei prin îmbunătățirea intervențiilor și serviciilor). WaterAid/SHARE, 2014. http://violence-WASH.lboro.ac

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities (Standarde privind incluziunea umanitară pentru vârstnici și persoanele cu dizabilități). Age and Disability Consortium (Consorțiul pentru vârstă și dizabilitate), 2018. https://www.cbm.org

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery (Standarde minime INEE pentru educație: pregătire, răspuns, recuperare). INEE, 2010. www.ineesite.org

Jones, H.E. Reed, R. Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility (Apă și salubritate pentru persoanele cu dizabilități și alte grupuri vulnerabile: proiectarea de servicii pentru îmbunătățirea accesibilității). Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (Standarde minime pentru protecția copilului în acțiunea umanitară: alianța pentru protecția copilului în acțiunea umanitară), 2012. http://cpwg.net

Promovarea igienei/modificarea comportamentelor

Curtis, V. Cairncross, S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review (Efectul spălării mâinilor cu săpun asupra riscului de diaree din comunitate: o revizuire sistematică). Lancet Infect Dis, vol. 3, 2003, pag. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. și alții. Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review (Promovarea spălării mâinilor și schimbarea comportamentului în materie de salubritate în țările cu venituri mici și medii. O analiză sistematică a metodei mixte). Systematic Review 36. International Initiative for Impact Evaluation, iunie 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development (Promovarea igienei: manual practic de la ajutorul umanitar la dezvoltare). ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 și 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. și alții. Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects (Igienă și sănătate: revizuirea sistematică a practicilor de spălare de mână la nivel mondial și actualizarea efectelor asupra sănătății). Trop Med Int Health, vol. 19, 2014, pag. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design (Salubritate în situații de urgență: evaluarea și proiectarea intervenției). WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package (Promovarea igienei în cazuri de urgenţă. Pachet pentru cursuri de formare). WASH Cluster. http://washcluster.net

Hygiene Promotion Guidelines (Linii directoare pentru promovarea igienei). UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

DRAFT

Rabie, T. Curtis, V. Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review (Spălarea mâinilor și riscul infecțiilor respiratorii: o revizuire sistematică cantitativă). Trop Med Int Health, vol. 11, 2006, pag. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries (Funcționează vizarea copiilor cu mesaje de promovare a igienei? Efectul promovării spălării mâinilor la copii asupra diareii, viermilor paraziți transmiși prin sol și asupra schimbării comportamentului în țările cu venituri mici și medii). Trop Med Int Health, 2017.

Igiena menstruală

Mahon, T. Cavill, S. Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners (Aspecte de igienă menstruală: ghid de formare pentru practicieni). WaterAid. https://washmatters.wateraid.org

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response (Un set de instrumente pentru integrarea gestionării igienei menstruale în răspunsul umanitar). Colombia University, Mailman School of Public Health și International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

Incontinența

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development (Probleme legate de apă și salubritate pentru persoanele cu dizabilități din țările cu venituri mici și medii: o evaluare literară și o discuție a implicațiilor asupra sănătății globale și dezvoltării internaționale). Journal of Water and Health, vol. 9, 2011, pag. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. și alții. Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers (Efectuarea bilanțului: Incompetență față de incontinență - de ce ignorăm nevoile celor care suferă de incontinență)? Waterlines, vol. 35, nr. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Gestionarea excrementelor

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Intervenții de îmbunătățire a eliminării excrementelor umane pentru prevenirea diareii). Cochrane Database Syst Rev, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis (Impactul salubrității asupra bolilor infecțioase și a statutului nutritiv: o analiză sistematică și o meta-analiză). Int J Hyg Environ Health, vol. 220, 2017, pag. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies (Compendiu de tehnologii de salubritate în situații de urgență). German WASH Network și Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germania, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review (Latrinele de groapă și impactul acestora asupra calității apelor subterane: o revizuire sistematică). Environmental Health Perspectives, vol. 121, 2013. http://hsrc.himmelfarb.gwu

Harvey, P., Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual (Eliminarea excrementelor în cazuri de urgenţă: manual de teren). O publicație inter-agenții, WEDC, 2007. http://wash.unhcr.org

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4 (Latrine de groapă simple. Foaie de observație WASH 3.4). OMS. www.who.int

DRAFT

Tratarea apei

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed (Clorinarea apei potabile în situații de urgență: o analiză a cunoștințelor existente pentru elaborarea recomandărilor de implementare și de cercetare necesare). Waterlines, vol. 36, nr. 1, 2017. https://www.developmentbookshelf.com

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. Point-of-use water treatment in emergencies (Tratarea apei la punctul de utilizare în situații de urgență). Waterlines, vol. 31, nr. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti (Utilizarea tratării apei menajere și a metodelor de depozitare sigure în răspunsul umanitar acut la situații de urgență: rezultatele studiului de caz din Nepal, Indonezia, Kenya și Haiti). Environmental Science and Technology, vol. 46, nr. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti (Evaluarea distribuției de filtre de apă potabilă de uz casnic în Haiti). Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development, vol. 6, nr. 1, 2016.

Calitatea apei

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis (Contaminarea fecală a apei potabile în țări cu venituri mici și mijlocii: o evaluare sistematică și o meta-analiză). PLoS Med, vol. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality (Orientări privind calitatea apei potabile). OMS, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review (Variația sezonieră a contaminării cu fecale a surselor de apă potabilă din țările în curs de dezvoltare: o revizuire sistematică). PubMed, 2015.

Controlul vectorilor

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control (Dengue: Orientări pentru diagnostic, prevenire și control). Ediție nouă. Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2009. Capitolul 3, Vector management and delivery of vector control services (Gestionarea vectorilor și furnizarea de servicii pentru controlul vectorilor). www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management (Manual pentru gestionarea integrată a vectorilor). OMS, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. Emergency Vector Control Using Chemicals (Controlul vectorilor prin metode chimice). WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook (Controlul malariei în cazuri de urgență umanitare: manual de teren inter-agenții). OMS, 2005. www.who.int

Thomson, M. Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations (Prevenirea bolilor prin intermediul controlului vectorilor: orientări pentru organizațiile umanitare). Oxfam GB, 1995. https://policy-practice.oxfam.org

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance (Controlul vectorilor: măsuri de prevenire și control al vectorilor aedes aegypti în contextul Zika, febra galbenă, dengue sau chikungunya. Orientări tehnice). WASH WCA Regional Group, 2016. http://washcluster.ne

Gestionarea deșeurilor solide

DRAFT

Disaster Waste Management Guidelines (Orientări privind gestionarea deșeurilor post-dezastru). UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies (Note tehnice pentru WASH în cazuri de urgență nr. 7: gestionarea deșeurilor solide în cazuri de urgență). OMS/WEDC, 2013. www.who.int

WASH în focarele de boală

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research (Apă, salubritate și igienă în situații de urgență: evaluare sumară și recomandări pentru cercetări ulterioare). Waterlines, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit (Ghid practic de luptă contra holerei). UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care (Standarde esențiale ale sănătății mediului în domeniul asistenței medicale). OMS, 2008. http://apps.who.int

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola (Ghid pentru angajamentul comunitar în WASH: un ghid pentru practicieni bazat pe lecții de la Ebola). Oxfam, 2016. https://policy-practice.oxfam.org

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package [Rezumat orientativ pentru prevenirea și controlul infecțiilor (PCI): pachetul de orientare Ebola]. OMS, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera (Intervenții inovatoare WASH pentru prevenirea holerei). WHO Wkly Epid Rec. 2 octombrie 2015.

Management of a Cholera Epidemic (Gestionarea epidemiei de holeră). MSF, 2017. https://sherlog.msf.org

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities (Orientări rapide privind închiderea centrelor de îngrijire contra Ebola). OMS, 2015. http://apps.who.int

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review (Impactul intervențiilor WASH contra holerei: o evaluare sistematică). PLoS One, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. http://journals.plos.org

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme (Intervenții WASH în răspunsul umanitar la focarul de boală. Intervenția de evidență umanitară). Oxfam GB, 2017. https://policy-practice.oxfam.org

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence (Intervenții WASH în răspunsul umanitar la epidemie: o sinteză a dovezilor). Waterlines, vol. 37, nr. 1, pag. 5-30. https://www.developmentbookshelf.com

Prevenirea și controlul infecțiilor

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility (Aide memoire pentru prevenirea și controlul infecțiilor într-o unitate sanitară). OMS, 2011. http://www.who.int

Essential water and sanitation requirements for health structures (Necesități esențiale cu privire la apă și salubritate în structurile de sănătate). MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level (Orientări privind componentele principale ale intervențiilor de prevenire și control al infecțiilor la nivel național și la nivelul unităților sanitare acute). OMS, 2016. www.who.int

DRAFT

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies (Orientări privind eliminarea în siguranță a produselor farmaceutice neutilizate în timpul și după situații de urgență). OMS, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework (Model pentru autoevaluarea promovării și a practicilor de igienă a mâinilor în unitățile sanitare). OMS, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries (Incinerarea în unitățile sanitare din țările cu venituri mici). MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Laundries for Newbies (Spălarea rufelor pentru începători). MSF, 2016. https://sherlog.msf.org

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders (Gestionarea cadavrelor după catastrofe: manual de teren pentru primii intervenienți). Ediția a doua. ICRC, IFRC, 2016. https://www.icrc.org

Medical Waste Management (Gestionarea eliminării deșeurilor medicale). ICRC, 2011. https://www.icrc.org

Safe management of wastes from health-care activities (Gestionarea în condiții de siguranță a deșeurilor rezultate din activități sanitare). Ediția a doua. OMS, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines (Orientări privind sterilizarea). ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org

WASH in health care facilities (WASH în unitățile de asistență medicală). UNICEF, OMS, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual (Manual pentru operatorii zonali de eliminare a deșeurilor). MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

WASH și nutriție

Altmann, M. și alții. Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad (Eficacitatea unui pachet WASH pentru o gospodărie privind un program pentru pacienți ambulatorii tratați pentru malnutriție acută severă: un grup pragmatic - studiu controlat randomizat în Ciad). The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 98, nr. 4, aprilie 2018, pag. 1005-12. https://www.ajtmh.org

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction (BABYWASH și cele 1 000 de zile: intervenții practice pentru reducerea subnutriție cronice). Action Against Hunger (ACF), 2017. https://www.actionagainsthunger.org

Null, C. și alții. (2018) Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial (Efectele calității apei, salubrității, spălării mâinilor și intervențiilor nutriționale asupra diareii și creșterii copiilor din mediul rural din Kenya: studiu controlat randomizat). The Lancet: Global Health, vol. 6, nr. 3, martie 2018, pag. e316-e329. https://www.sciencedirect.com

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1 (Seriile WASH și nutriție ale Oxfam și ale Universității Tufts: Patogeni enterici şi malnutriţie. Memorandum tehnic 1). Oxfam, Tufts. https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives (Integrarea apei, a salubrității, a igienei și a nutriției pentru salvarea de vieți). Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH, lichidități și piețe

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Bibliografie suplimentară

DRAFT

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliografie suplimentară

Aspecte generale/Dreptul la apă

2,1 miliarde de persoane nu au apă potabilă în casă, iar de două ori mai multe persoane nu au instalații sanitare sigure. OMS, 2017. www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35 (Dreptul la apă: Foaie de observație 35). OHCHR, UN-HABITAT și OMS, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Aspecte generale/Mediu

Environment Marker – Guidance Note (Markerul de mediu – Note orientative). UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Intervențiile eficiente în domeniul WASH

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions (Reducerea riscurilor dezastrelor și apă, salubritate și igienă: orientări pentru practicienii care pregătesc și implementează intervențiile WASH). www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH și protecție

Including children with disabilities in humanitarian action (Includerea copiilor cu dizabilități în acțiunile umanitare). WASH Booklet. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

WASH, Protection and Accountability, Briefing Paper (WASH, protecție și responsabilitate, document de informare). UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper (WASH, protecție și responsabilitate, document de informare). UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/

Promovarea igienei/modificarea comportamentelor

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques (ABC - Asistența în modificarea comportamentelor partea 1: Teorii și modele; partea a 2-a: Idei practice și tehnici). ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit (Alege săpunul: set de instrumente). London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response [Comunicare privind impactul comportamental (COMBI): un set de instrumente pentru comunicarea comportamentală și socială în cazul unui răspuns umanitar la epidemie]. OMS, 2012. www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. și alții. Hygiene: new hopes, new horizons (Igiena: noi speranțe, noi orizonturi). Lancet Infect Dis, vol. 11, 2011, pag. 312-21.

DRAFT

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies (Orientări privind promovarea igienei în cazuri de urgență). IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design (Salubritate în situații de urgență: evaluarea și proiectarea intervenției). WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676 or http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf

Kittle, B. A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis (Ghid practic pentru desfășurarea unei analize a barierelor). Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. și alții (The Behavioural Insights Team) EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights (Patru căi simple de a adopta perspective comportamentale). În parteneriat cu Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Igiena menstruală

House, S. Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts (Considerații privind selectarea materialelor de protecție sanitară și incontinență în contextele pentru refugiați). Publicație UNHCR, 2016. http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/

House, S. Mahon, T. Cavill, S. Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world (Probleme de igienă menstruală; o resursă pentru îmbunătățirea igienei menstruale la nivel global). WaterAid/SHARE, 2012. https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf

Gestionarea excrementelor

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection (Intervenții pentru îmbunătățirea procesului de eliminare a fecalelor copiilor în scopul prevenirii diareii și a infecțiilor cauzate de viermi paraziți transmiși prin sol). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4 (Latrine de groapă simple. Foaie de observație WASH 3.4). OMS. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Calitatea apei

Fewtrell, L. Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion (Nitrat de apă potabilă, methemoglobinemia și povara globală a bolii: o discuție). Environ Health Perspectives, vol. 112, nr. 14, octombrie 2004, pag. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review ((Variația sezonieră a contaminării cu fecale a surselor de apă potabilă din țările în curs de dezvoltare: o revizuire sistematică). Science of The Total Environment, vol. 514, 2015, pag. 333-43.

Villenueava, C.M. și alții. Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs (Evaluarea expunerii și consecințelor la nivelul sănătății a utilizării produselor chimice în apa potabilă: starea actuală a cunoștințelor și necesităților de cercetare). Environmental Health Perspectives, vol. 122, 2014, pag. 213-21. pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

DRAFT

Controlul vectorilor

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future (Controlul biologic al vectorilor țânțari:
trecut, prezent și viitor). Insects, vol. 7, nr. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance (Metode chimice de control al vectorilor și dăunătorilor importante pentru sănătatea publică). OMS, 1997.
http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504

Hunter, P. Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology (Boli transmise prin apă: epidemiologie și ecologie). John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies (Controlul malariei în situațiile de urgență umanitare). Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control (Manual pentru pulverizarea reziduală interioară: aplicarea pulverizării reziduale pentru controlul vectorilor), Ediția a 3-a. OMS, 2007. http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation (Recomandări privind politica de control al virusului malariei și aplicabilitatea acestora la evaluarea produsului). OMS, 2017.
www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. Vector Control: Methods for use by individuals and communities (Controlul vectorilor: metode de folosire de către persoane și comunități). OMS, 1997.
www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

Warrell, D. Gilles, H. (eds). Essential Malariology (Malariologie esențială). Ediția a 4-a. Arnold. London, 2002.

WASH în focarele de boală

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control (Orientări privind epidemia de holeră: pregătire, prevenție și control). Oxfam, 2012. https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene (Ebola: întrebări și răspunsuri-cheie privind apa, salubritatea și igiena). OMS/UNICEF, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings (Comunicarea riscurilor și promovarea măsurilor de atenuare a bolilor în contextul epidemiilor și focarelor crescânde). Pathog Glob Health, vol. 108, nr. 2, 2014, pag. 76–94.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH și nutriție

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say (Relația dintre apă, salubritate, igienă și nutriție: ce determină analizele nutriționale de cauzalitate Link NVA)? Waterlines, vol. 36, nr. 4, 2017.
https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005

Luby, S. et al. (2018) Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial (Efectele calității apei, salubrității, spălării mâinilor și intervențiilor nutriționale asupra diareii și creșterii copiilor din mediul rural din Bangladesh: studiu controlat randomizat). The Lancet: Global Health, vol. 6, nr. 3, martie 2018, pag. e302-e315. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904

DRAFT

WASH, lichidități și piețe

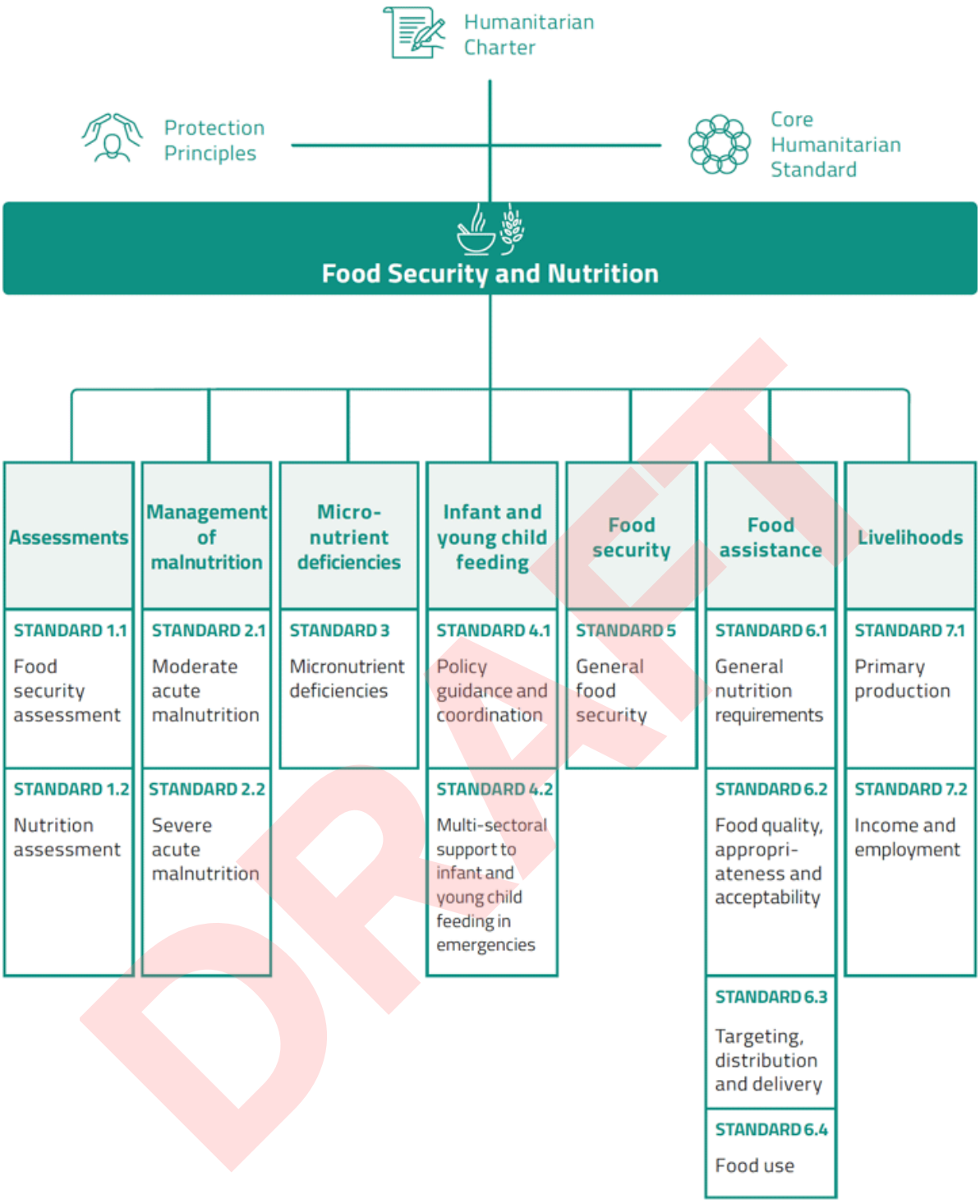
Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper (Numerar și piețe în sectorul WASH: document de poziție al clusterului global WASH). Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings (Intervenții bazate pe numerar pentru intervenții WASH în contextul refugiaților). UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf

DRAFT

6. Securitatea alimentară și nutriția

DRAFT



DRAFT

APPENDIX 1 Food security and livelihoods assessment checklist
APPENDIX 2 Seed security assessment checklist
APPENDIX 3 Nutrition assessment checklist
APPENDIX 4 Measuring acute malnutrition
APPENDIX 5 Measures of the public health significance of micronutrient deficiencies
APPENDIX 6 Nutritional requirements

Cuprins

Concepte esențiale de securitate alimentară și nutriție

1. Evaluări privind securitatea alimentară și nutriția

2. Gestionarea malnutriției

3. Deficiențele de micronutrienți

4. Alimentația sugarului și a copilului mic

5. Securitatea alimentară

6. Asistența alimentară

7. Mijloacele de subzistență

Anexa 1: Listă de verificare pentru evaluarea securității alimentare și a mijloacelor de subzistență

Anexa 2: Listă de verificare pentru evaluarea securității semințelor

Anexa 3: Listă de verificare pentru evaluarea nutrițională

Anexa 4: Măsurarea malnutriției acute

Anexa 5: Măsuri ale importanței deficiențelor de micronutrienți pentru sănătatea publică

Anexa 6: Cerințe nutriționale

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Concepte esențiale de securitate alimentară și nutriție

Orice persoană are dreptul de a nu suferi de foame și de a avea o hrană adecvată

Standardele minime Sphere pentru securitate alimentară și nutriție reprezintă o expresie practică a dreptului la o alimentație adecvată în contexte umanitare. Standardele se bazează pe convingerile, principiile, îndatoririle și drepturile declarate în Carta umanitară. Printre acestea se numără dreptul la o viață demnă, dreptul la protecție și securitate și dreptul de a primi asistență umanitară în funcție de necesități.

Pentru o listă a principalelor documente juridice și politice care stau la baza Cartei umanitare, cu comentarii explicative pentru lucrătorii umanitari, ⊕ *a se vedea* Anexa 1.

Subnutriția reduce capacitatea oamenilor de a-și reveni după o criză. Afectează funcțiile cognitive, reduce imunitatea la boli, crește susceptibilitatea la boli cronice, limitează oportunitățile de subzistență și reduce capacitatea de implicare în cadrul comunității. Aceasta subminează reziliența și poate crește dependența de un sprijin continuu.

Cauzele subnutriției sunt complexe

Cauzele imediate ale subnutriției sunt aportul alimentar inadecvat și îmbolnăvirea repetată ⊕ *a se vedea* Figura 7. Cauzele care stau la baza acestei situații sunt nesiguranța alimentară a gospodăriilor, practicile deficitare de hrănire și îngrijire, mediul nesănătos al gospodăriilor și asistența medicală inadecvată.

Aceste cauze fundamentale sunt interconectate. Așadar, deși insecuritatea alimentară este una dintre cauzele subnutriției, este puțin probabil ca furnizarea de asistență alimentară să conducă la o soluție de durată dacă nu sunt abordate în același timp și alte cauze. Răspunsurile umanitare în materie de hrană și nutriție trebuie combinate cu răspunsurile umanitare în materie de WASH, adăposturi și așezări, precum și de asistență medicală, în cadrul unei abordări coordonate. De exemplu, oamenii au nevoie de o cantitate și o calitate adecvată de apă pentru a pregăti alimente nutritive și pentru a adopta practici alimentare sigure. Accesul la facilități sanitare și de igienă va reduce riscul apariției unor focare de boală. Accesul la un adăpost adecvat oferă acces la facilități de gătit și protejează oamenii de condițiile meteorologice extreme, ceea ce reduce și mai mult riscul de îmbolnăvire. Atunci când persoanele au acces la asistență medicală de calitate, este probabil să aibă o situație nutrițională mai bună. Acest lucru, la rândul său, le sporește capacitatea de a desfășura activități de subzistență.

Controlul cauzelor subiacente va preveni și va reduce subnutriția. Menținerea mijloacelor de subzistență ale oamenilor este fundamentală în acest sens, deoarece sporește capacitatea acestora de a gestiona alte cauze potențiale ale subnutriției. Resursele de subzistență includ echipamente și utilaje, materii prime, terenuri, cunoștințe și acces la piețe funcționale. Răspunsurile umanitare în materie de securitate alimentară și nutriție trebuie să contribuie la protejarea și dezvoltarea acestor resurse și, prin urmare, la sprijinirea diferitelor strategii de subzistență, indiferent dacă există sau nu rate ridicate de malnutriție.

Securitatea alimentară și nutriția: cauze ale subnutriției (Figura 7)

DRAFT

Schimbările sociale, economice, culturale și politice dintr-un context post-criză vor afecta strategiile de adaptare ale unei gospodării și accesul la mijloacele de subzistență sau la resursele de subzistență. Stabilizarea acestor factori externi va contribui la creșterea oportunităților de venit și, în cele din urmă, la reducerea expunerii oamenilor la cauzele subnutriției.

Intervențiile în zonele urbane prezintă provocări specifice

Urbanizarea în creștere creează noi provocări pentru sectorul securității alimentare și al nutriției. Mediile urbane pot oferi oportunități sporite de angajare și de generare de venituri. Cu toate acestea, odată cu

creșterea populației urbane, crește și cererea de locuințe și servicii în aceste zone. În multe cazuri, politicile și strategiile existente de planificare a exploatării terenurilor nu pot satisface cererea neanticipată. Supraaglomerarea, poluarea aerului, gestionarea defectuoasă a deșeurilor și lipsa facilităților sanitare din cartierele mărginașe cresc șansele de a contracta boli acute. Acest lucru reduce capacitatea oamenilor de a profita de oportunitățile de subzistență și adesea declanșează cauzele care stau la baza subnutriției.

Unele grupuri sunt deosebit de vulnerabile la subnutriție

Elaborarea unui răspuns umanitar alimentar adecvat necesită o înțelegere deplină a nevoilor nutriționale unice ale femeilor însărcinate și care alăptează, ale sugarilor și copiilor, ale vârstnicilor și ale persoanelor cu dizabilități. Îmbunătățirea securității alimentare la nivelul gospodăriilor necesită, de asemenea, o înțelegere a diferitelor roluri. Femeile, de exemplu, joacă adesea un rol mai important în planificarea și pregătirea alimentelor pentru gospodăriile proprii.

Este important ca datele persoanelor să fie dezagregate cel puțin în funcție de sex, vârstă și dizabilitate. Acest lucru arată cine de ce fel de hrană are nevoie și cine ar putea avea nevoie de elemente nutritive importante. Dezagregați datele aferente monitorizării post-distribuție în același mod, pentru a confirma faptul că intervențiile programului asigură un acces echitabil la hrană și nutriție adecvate și corespunzătoare.

Prevenirea subnutriției este la fel de importantă ca și tratarea malnutriției acute. Intervențiile în domeniul securității alimentare și al nutriției pot determina starea de nutriție și de sănătate pe termen scurt, precum și supraviețuirea și bunăstarea pe termen lung.

Aceste standarde minime nu trebuie aplicate în mod izolat

Standardele minime din acest capitol reflectă conținutul de bază al dreptului la hrană și contribuie la realizarea progresivă a acestui drept la nivel global.

Dreptul la o hrană adecvată este legat de drepturile la apă și salubritate, la sănătate și la adăpost. Progresul efectiv în atingerea standardelor minime Sphere într-un domeniu influențează progresul în alte domenii. Prin urmare, un răspuns umanitar eficient necesită o coordonare și o colaborare strânsă cu alte sectoare, cu autoritățile locale și cu alte agenții de răspuns. Acest lucru contribuie la asigurarea satisfacerii nevoilor, la evitarea dublării eforturilor și la optimizarea calității răspunsurilor umanitare în materie de securitate alimentară și nutriție. Trimiterile care se regăsesc în manual sugerează unele legături potențiale.

De exemplu, dacă cerințele nutriționale nu sunt satisfăcute, nevoia de WASH este mai mare, deoarece crește vulnerabilitatea oamenilor la boli. Același lucru este valabil și pentru populațiile în care HIV este răspândit sau în care există o proporție mare de vârstnici sau persoane cu dizabilități. În aceste circumstanțe, resursele de asistență medicală vor trebui, de asemenea, să fie ajustate. Decideți prioritățile pe baza informațiilor împărtășite între sectoare și revizuiți-le pe măsură ce situația evoluează.

În cazul în care standardele naționale sunt inferioare standardelor minime Sphere, organizațiile umanitare trebuie să colaboreze cu guvernul pentru a le ridica progresiv.

Dreptul internațional protejează în mod specific dreptul la hrană adecvată

Dreptul de a nu suferi de foame și de a avea o hrană adecvată este protejat de dreptul internațional. Aceasta presupune accesul fizic și economic la o hrană adecvată în orice moment. Statele sunt obligate să asigure acest drept atunci când indivizii sau grupurile, inclusiv refugiații și persoanele strămutate intern, nu au acces la o hrană adecvată, inclusiv în situații de criză ⊕ *a se vedea* Anexa 1.

Statele pot solicita asistență internațională în cazul în care resursele proprii sunt insuficiente. În acest demers, ele trebuie:

- să respecte accesul existent la hrană adecvată și să permită accesul continuu;
- să protejeze accesul indivizilor la o alimentație adecvată, asigurându-se că organizațiile sau alte persoane nu îi privează de acest acces;

DRAFT

- să sprijine în mod activ persoanele pentru a-și asigura mijloacele de subzistență sigure și securitatea alimentară, oferindu-le resursele de care au nevoie.

Refuzul de a oferi hrană adecvată civililor ca tactică de război este interzis în temeiul Convențiilor de la Geneva. De asemenea, este interzis să se atace, să se distrugă, să se îndepărteze sau să se neutralizeze culturile, efectivele de animale, produsele alimentare, lucrările de irigații, instalațiile și rezervele de apă potabilă, precum și zonele agricole care produc resurse alimentare.

În caz de ocupație, dreptul internațional umanitar obligă puterea ocupantă să asigure o hrană adecvată pentru populație, inclusiv să importe provizii în cazul în care cele de pe teritoriul ocupat sunt inadecvate.

Legături cu Principiile de protecție și cu Standardul umanitar de bază

Asistența alimentară și nutrițională are potențialul de a conduce la încălcări grave ale drepturilor în cazul în care este folosită în mod abuziv, în special în cazul exploatării sau al abuzurilor asupra participanților la program. Programele trebuie să fie concepute împreună cu populația afectată și puse în aplicare în așa fel încât să contribuie la siguranța, demnitatea și integritatea acesteia. Este necesară o gestionare adecvată și o supraveghere strictă a personalului și a resurselor, precum și respectarea strictă și aplicarea unui cod de conduită pentru toți cei implicați în furnizarea de programe de asistență. Instituiți mecanisme clare de feedback cu populația afectată și răspundeți rapid la orice preocupare. Lucrătorii umanitari trebuie să fie instruiți în domeniul protecției copiilor și să știe cum să utilizeze sistemele de sesizare pentru cazurile suspecte de violență, abuz sau exploatare, inclusiv a copiilor ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1 și Angajamentul privind standardul umanitar de bază 5.

Cooperarea și coordonarea civil-militară, cum ar fi sprijinul logistic, trebuie evaluate cu atenție în toate situațiile, în special în situații de conflict ⊕ *a se vedea* Ce este Sphere și Principii de protecție.

În aplicarea standardelor minime, toate cele nouă angajamente din Standardul umanitar de bază trebuie respectate ca bază pentru furnizarea unui program responsabil în materie de securitate alimentară și nutriție.

DRAFT

1. Evaluări privind securitatea alimentară și nutriția

Evaluările privind securitatea alimentară și nutriția sunt necesare pe tot parcursul unei crize. Acestea arată modul în care evoluează contextul și permit ajustarea corespunzătoare a răspunsurilor umanitare. În mod ideal, evaluările privind securitatea alimentară și cele privind nutriția ar trebui să se suprapună, deoarece acestea identifică barierele care stau în calea unei nutriții adecvate și a disponibilității, accesului la hrană și a utilizării acesteia. Evaluările comune ale securității alimentare și ale nutriției pot crește raportul cost-eficacitate și pot lega programele de nutriție de cele de securitate alimentară.

Evaluările trebuie să adere la principii acceptate pe scară largă, să utilizeze metode acceptate la nivel internațional și să fie imparțiale, reprezentative și bine coordonate între organizațiile umanitare și guverne. Evaluările trebuie să fie complementare, coerente și comparabile. Părțile interesate trebuie să convină asupra unei metodologii adecvate. Aceasta trebuie să includă o secțiune transversală despre populația afectată, acordând atenție grupurilor de risc. Evaluările multisectoriale pot ajuta la evaluarea crizelor pe scară largă și a zonelor geografice extinse.

Evaluările privind securitatea alimentară și nutriția pot avea ca obiectiv:

- înțelegerea situației, a nevoilor actuale și a modului în care se pot satisface aceste nevoi;
- estimarea numărului de persoane care au nevoie de asistență;
- identificarea grupurilor cu cel mai mare risc;
- furnizarea unei baze de referință pentru monitorizarea impactului unui răspuns umanitar.

Evaluările pot fi efectuate în diferite stadii ale unei crize. De exemplu:

- o evaluare inițială în primele două-trei zile necesară începerii imediate a unei distribuții de asistență alimentară;
- o evaluare rapidă în termen de două-trei săptămâni, pornind de la ipoteze și estimări care să ofere o bază pentru elaborarea programelor;
- o evaluare detaliată în termen de 3 până la 12 luni, în cazul în care situația pare să se deterioreze sau sunt necesare mai multe informații pentru a elabora programe de recuperare.

Evaluările detaliate ale **securității alimentare** identifică strategiile de subzistență, resursele și strategiile de adaptare. Evaluările analizează modul în care acestea s-au schimbat ca urmare a crizei și consecințele asupra securității alimentare a gospodăriilor. O evaluare detaliată ar trebui să identifice cea mai bună modalitate de a proteja și/sau promova aceste strategii de subzistență pentru a obține securitatea alimentară.

Evaluările nutriționale detaliate implică colectarea și analizarea datelor reprezentative pentru a stabili ratele de prevalență a malnutriției acute, a alimentației sugarilor și a copiilor mici și a altor practici de îngrijire. Aceste date, combinate cu o analiză a altor cauze care stau la baza malnutriției și cu evaluări ale sănătății și securității alimentare, formează o analiză cauzală a nutriției. Aceasta este utilă în planificarea, implementarea și monitorizarea programelor de nutriție.

Piețele joacă un rol crucial în ceea ce privește securitatea alimentară și nutriția, atât în mediul urban, cât și în cel rural. Toate evaluările trebuie să includă o analiză a piețelor care să respecte standardele de evaluare și analiză ale standardului minim pentru analiza pieței (MISMA) și/sau ale standardului minim de redresare economică (MERS) ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.

Următoarele standarde de evaluare a securității alimentare și a nutriției se bazează pe Angajamentul 1 al standardului umanitar de bază pentru a elabora răspunsuri umanitare adecvate în materie de securitate

DRAFT

alimentară și nutriție pentru persoanele afectate ⊕ *a se vedea* Anexele 1, 2 *și* 3 *și* Manualul LEGS privind listă de verificare pentru evaluare.

Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.1: Evaluarea securității alimentare

În cazul în care oamenii sunt expuși riscului de insecuritate alimentară, se efectuează evaluări pentru a determina gradul și amploarea insecurității alimentare, pentru a identifica persoanele cele mai afectate și pentru a defini cel mai adecvat răspuns umanitar.

Acțiuni-cheie

1. Colectați și analizați informații privind securitatea alimentară în faza inițială și în timpul crizei.

- Includeți o analiză a aspectelor critice legate de securitatea alimentară, cum ar fi degradarea mediului, securitatea și accesul pe piață.

2. Analizați impactul securității alimentare asupra situației nutriționale a populației afectate.

- Includeți o analiză a cauzelor care stau la baza subnutriției, inclusiv îngrijirea inadecvată, mediile nesănătoase din gospodării, lipsa asistenței medicale sau a accesului la sistemele de protecție socială.
- Colectați date mai frecvent în contexte urbane, unde situația se poate schimba mai rapid și poate fi mai greu de observat decât în contextele rurale.

3. Identificați răspunsuri umanitare posibile care pot contribui la salvarea de vieți și la protejarea și promovarea mijloacelor de subzistență.

- Includeți evaluări ale pieței și capacitățile guvernului și ale altor actori de a răspunde nevoilor.

4. Analizați resursele și metodele de gătit disponibile, inclusiv tipul de cuptor și de combustibil necesar, precum și disponibilitatea vaselor și a ustensilelor.

- Analizați modul în care oamenii își procurau și depozitau alimentele și combustibilul pentru gătit înainte de criză, veniturile lor înainte de criză și modul în care se descurcă după declanșarea crizei.
- Acordați atenție drepturilor și nevoilor de protecție ale femeilor și fetelor, care sunt cel mai adesea responsabile de colectarea combustibilului și de pregătirea hranei.

Indicatori-cheie

Se utilizează protocoale standardizate pentru a analiza securitatea alimentară, mijloacele de subzistență și strategiile de adaptare.

Procentul de rapoarte analitice care sintetizează constatările, inclusiv metodologia de evaluare și constrângerile întâmpinate în desfășurarea evaluărilor

Note orientative

DRAFT

Datele anterioare crizei combinate cu date din sistemele de informații geografice pot oferi o imagine de ansamblu a impactului potențial al unei crize. Cu toate acestea, este puțin probabil să fie suficient de dezagregate pentru a oferi o imagine clară a contextului urban.

Surse de evaluare, instrumente și sisteme de informare: Sursele de informații includ evaluări ale culturilor, imagini din satelit, evaluări ale gospodăriilor, discuții cu grupuri reprezentative și interviuri cu informatori-cheie. Printre instrumentele utile se numără punctajul de consum alimentar, punctajul de diversitate alimentară a gospodăriilor și indicele simplificat al strategiilor de adaptare pentru măsurarea rapidă a securității alimentare a gospodăriilor. Există numeroase sisteme locale și regionale de informare privind securitatea alimentară, inclusiv sisteme de avertizare timpurie în caz de foamete. Utilizați Cadrul integrat al clasificării securității alimentare, dacă este disponibil, și folosiți protocoale standardizate pentru a clasifica gravitatea și cauzele insecurității alimentare acute în zonele de interes. Elaborarea programelor de securitate alimentară trebuie să se bazeze pe o analiză clară a răspunsului umanitar, utilizând rezultatele evaluărilor.

Degradarea mediului poate cauza insecuritate alimentară, iar aceasta poate provoca, la rândul ei, degradarea mediului. De exemplu, colectarea de lemne de foc și producerea de cărbune tradițional din lemn fac posibilă gătitul alimentelor și generarea de venituri din vânzarea acestora. Cu toate acestea, pot rezulta în defrișări. Răspunsurile umanitare trebuie să protejeze și să sprijine securitatea alimentară, limitând în același timp impactul negativ asupra mediului.

Grupuri de risc: Dezagregați datele în funcție de sex, vârstă, dizabilitate, categorie de venit și alți factori relevanți. Femeile și bărbații pot avea roluri complementare diferite în asigurarea bunăstării nutriționale a gospodăriei. Consultați ambele categorii, separat dacă este necesar, cu privire la practicile legate de securitatea alimentară, pregătirea alimentelor și resursele gospodăriei. Fiți conștienți de faptul că vârstnicii și persoanele cu dizabilități pot fi excluse din distribuția asistenței alimentare în cadrul gospodăriei.

Includeți în cadrul răspunsurilor umanitare fetele și băieții, în special copiii cap de familie, copiii separați sau neînsoțiți, copiii cu dizabilități și copiii care trăiesc în sisteme de îngrijire alternativă. Procedați cu atenție în cazul copiilor aflați în diferite contexte de criză. În timpul epidemiilor de boli infecțioase, de exemplu, includeți în aceste răspunsuri copiii aflați în observație, în centre de îngrijire provizorie și de tratament. În zonele de conflict, includeți și copiii aflați în centrele de demobilizare.

Strategii de adaptare: Luați în considerare diferitele tipuri de strategii de adaptare, eficiența acestora și eventualele efecte negative. Unele strategii de adaptare, cum ar fi vânzarea de terenuri, migrarea unor familii întregi sau defrișările, pot submina permanent securitatea alimentară viitoare. Unele strategii de adaptare folosite de femei, fete și băieți sau impuse acestora pot avea impact asupra sănătății, bunăstării psihologice și integrării sociale a acestora. Aceste strategii de adaptare includ relații sexuale pentru supraviețuire sau tranzacționale , căsătoria fiicelor pentru „prețul miresei", faptul că femeile și fetele mănâncă ultimele și cel mai puțin, exploatarea prin muncă a copiilor, migrația riscantă și vânzarea și traficul de copii.

Măsuri conexe: Consumul de alimente reflectă aportul de energie și nutrienți al persoanelor din gospodării. Nu este practic să se măsoare aportul real de energie și de nutrienți în timpul evaluărilor inițiale, astfel încât este necesar să se utilizeze indicatori indirecți. De exemplu, numărul de grupe de alimente consumate de o persoană sau de o gospodărie și frecvența consumului într-o anumită perioadă reflectă diversitatea alimentației. Modificările în ceea ce privește numărul zilnic de mese consumate și diversitatea alimentației sunt bune măsuri de reprezentare ale securității alimentare, în special atunci când sunt corelate cu statutul socioeconomic al unei gospodării.

Instrumentele de măsurare a modelelor de consum alimentar includ punctajul de diversitate alimentară a gospodăriilor, scala de evaluare a insecurității alimentare a gospodăriilor și punctajul de consum alimentar. Scala de măsurare a foametei în gospodărie este un alt bun indicator al insecurității alimentare. Este posibil ca unii indicatori utilizați în mod obișnuit, cum ar fi punctajul de consum alimentar, să nu reflecte în mod adecvat insecuritatea alimentară într-un context urban. Este necesară triangularea măsurătorilor asociate indicatorilor selectați cu cele ale indicatorilor ce privesc strategiile de adaptare pentru a înțelege diferitele constrângeri în ceea ce privește accesul la alimente.

Cota de cheltuieli alimentare din cadrul bugetului unei gospodării și pragurile stabilite de aceasta pot fi prea complexe pentru a fi implementate în gospodăriile urbane. Acest lucru se poate datora faptului ca mai multe

DRAFT

persoane pot achiziționa alimente, membrii gospodăriei pot consuma alimente provenite din afara casei și mai multe persoane pot contribuii la venitul gospodăriei.

Analiza pieței și costul dietei: Colectați informații despre accesul la piețe, capitalul financiar, mijloacele de subzistență și vulnerabilitatea economică. Aceste elemente sunt legate de prețurile produselor de bază, de oportunitățile de obținere a veniturilor și de nivelul salarial, care afectează securitatea alimentară. Sistemele de piață, atât formale, cât și informale, pot proteja mijloacele de subzistență prin furnizarea de articole productive, cum ar fi semințele și uneltele ⊕ *a se vedea* Standarde privind securitatea alimentară și nutriția - mijloace de subzistență 7.1 *și* 7.2.

Includeți o analiză de piață ca parte a evaluărilor de context inițiale și ulterioare. Analizele de piață trebuie să evalueze dacă piețele locale pot susține nevoile nutriționale și să stabilească costul minim și accesibilitatea alimentelor care să satisfacă nevoile nutritive ale unei gospodării tipice ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.

Răspunsurile umanitare se bazează pe piață din ce în ce mai mult în zonele rurale și în mod regulat în zonele urbane. Sunt folosiți vânzători, spații de piață, produse alimentare locale și servicii de transport pentru a răspunde nevoilor persoanelor afectate. Prin urmare, este important să se înțeleagă accesul pe piață pentru grupurile de risc ⊕ *a se vedea* Manualul MISMA.

Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.2: Evaluarea nutrițională

Evaluările nutriționale utilizează metode acceptate pentru a identifica tipul, gradul și amploarea subnutriției, persoanele cele mai expuse la risc și răspunsul umanitar adecvat.

Acțiuni-cheie

1. Compilați informații premergătoare crizei și efectuați evaluări inițiale pentru a stabili natura și gravitatea situației nutriționale.

- Evaluați capacitățile naționale și locale de a conduce sau de a sprijini un răspuns umanitar, precum și a altor actori din domeniul nutriției.

2. Efectuați teste rapide de depistare a circumferinței medii a brațului (MUAC) și de evaluare a alimentației sugarilor și a copiilor de vârstă mică în situații de urgență (IYCF-E) pentru a evalua situația nutrițională la debutul crizei.

3. Identificați grupurile care au cea mai mare nevoie de sprijin nutrițional.

- Colectați informații despre cauzele subnutriției din surse primare sau secundare, inclusiv percepțiile și opiniile comunității.
- Implicați comunitățile pentru a identifica grupurile de risc, acordând atenție vârstei, sexului, dizabilității, bolilor cronice sau altor factori.

4. Determinați un răspuns umanitar adecvat pe baza înțelegerii contextului și a situației de urgență.

- Determinați dacă situația este stabilă sau în declin, analizând tendințele situației nutriționale de-a lungul timpului, mai degrabă decât prevalența malnutriției la un anumit moment.
- Luați în considerare atât opțiunile de prevenire, cât și cele de tratament.

Indicatori-cheie

DRAFT

Sunt folosite protocoale standardizate pentru a evalua malnutriția și a identifica cauzele.

Procentul de rapoarte de evaluare care includ metodologia de evaluare și constrângerile întâmpinate

Note orientative

Informații contextuale: Informațiile privind cauzele subnutriției pot fi culese din surse primare și secundare, inclusiv din profiluri de sănătate și nutriție, rapoarte de cercetare, informații de avertizare timpurie, înregistrări ale unităților sanitare, rapoarte privind securitatea alimentară și alte surse. Exemplele includ:

- anchete demografice privind sănătatea;
- anchete de grup cu indicatori multipli;
- baze de date naționale de informații nutriționale;
- alte anchete naționale privind sănătatea și nutriția;
- sistemele naționale de supraveghere a nutriției;
- ratele de admitere și de acoperire în cadrul programelor existente pentru gestionarea malnutriției;
- date privind prevalența, incidența și mortalitatea HIV, inclusiv grupuri de risc ridicat sau cu o incidență mai mare ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.3: HIV.

Instituțiile și comunitățile locale trebuie să contribuie în mod activ la evaluare, la interpretarea constatărilor și la planificarea răspunsurilor umanitare, ori de câte ori este posibil.

Răspunsul umanitar rapid: În prima fază a unei crize, deciziile privind distribuția generală de alimente sau tratamentul imediat al malnutriției ar trebui să se bazeze pe o evaluare rapidă, pe constatările inițiale și pe capacitatea existentă de a răspunde. O analiză aprofundată trebuie efectuată într-o etapă ulterioară, dar nu trebuie să întârzie răspunsul umanitar în faza acută.

Scopul analizei: Evaluările aprofundate ar trebui efectuate în cazul în care se identifică lacune de informații și în cazul în care sunt necesare informații suplimentare pentru conceperea programului pentru a măsura rezultatele programului sau pentru acțiuni de advocacy. Determinați dacă sunt necesare evaluări calitative sau cantitative la nivelul întregii populații pentru a înțelege starea antropometrică, starea micronutrienților, alimentația sugarilor și a copiilor mici, practicile de îngrijire maternă și factorii potențiali determinanți asociați subnutriției. Coordonați-vă cu sectoarele sănătății, WASH și securității alimentare pentru a concepe și a pregăti evaluările.

Anchete antropometrice: Sunt utilizate pentru a examina proporțiile fizice ale corpului și oferă o estimare a nivelului de malnutriție cronică și acută. Acestea se pot baza pe eșantionare aleatorie sau pe o selecție specifică. Anchetele trebuie să integreze scorurile Z ale greutății pentru înălțime în conformitate cu standardele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Folosiți scorurile Z ale greutății pentru înălțime raportate cu referința Centrului Național pentru Statistici de Sănătate (NCHS) pentru a face comparații cu anchetele anterioare. Se includ epuizarea și epuizarea severă măsurate prin datele MUAC. Practica cea mai larg acceptată este de a evalua nivelurile de malnutriție la copiii cu vârste cuprinse între 6 și 59 de luni, ca un indicator pentru întreaga populație. Cu toate acestea, în cazul în care există alte grupuri care se confruntă cu riscuri nutriționale mai mari, luați în considerare posibilitatea de a le include și pe acestea în evaluare ⊕ *a se vedea* Anexa 4: Măsurarea malnutriției acute.

Stabiliți ratele edemului nutrițional și înregistrați-le separat. Raportați intervalele de încredere pentru gradul de malnutriție și demonstrați asigurarea calității anchetei. Utilizați instrumentele existente, cum ar fi manualul de metodologie de anchetă Monitorizarea și evaluarea standardizată a fazelor de urgență și de tranziție (Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, SMART), Ancheta nutrițională standardizată lărgită (Standardised Expanded Nutrition Survey, SENS) pentru populațiile de refugiați, programul informatic Evaluarea nutrițională în situații de urgență (Emergency Nutrition Assessment, ENA) sau programul informatic Epi Info.

DRAFT

Evaluări privind alimentația sugarului și a copilului mic: Evaluați nevoile și prioritățile pentru IYCF-E și monitorizați impactul acțiunii și inacțiunii umanitare asupra practicilor de hrănire a sugarilor și a copiilor mici. Datele anterioare crizei pot fi utilizate pentru a informa procesul decizional timpuriu. Colaborați cu alte sectoare pentru a include întrebări IYCF-E în alte evaluări sectoriale și pentru a utiliza datele multisectoriale disponibile pentru a informa evaluarea ⊕ *a se vedea* Anexa 3: Listă de verificare pentru evaluarea nutrițională.

Includeți numărul de consilieri în domeniul alăptării, de asistenți medicali calificați și de alte servicii de sprijin disponibile, precum și capacitatea acestora. Pentru o evaluare mai aprofundată, efectuați o eșantionare aleatorie, o eșantionare sistematică sau o eșantionare sectorială. Acest lucru poate fi realizat prin intermediul unei anchete IYCF-E de sine stătătoare sau al unei anchete integrate. Cu toate acestea, o anchetă integrată poate avea ca rezultat o dimensiune limitată a eșantionului, ceea ce poate reduce reprezentativitatea anchetei.

Alți indicatori: Informațiile suplimentare pot fi luate în considerare cu atenție pentru a contribui la evaluarea generală a situației nutriționale. Aceasta include ratele de acoperire a programelor de imunizare și de nutriție, în special în ceea ce privește rujeola, deficiențele de vitamina A, de iod sau de alți micronutrienți, morbiditatea bolilor și comportamentul legat de îngrijirea sănătății. Ratele brute ale mortalității infantile și ale mortalității copiilor sub 5 ani, cu precizarea cauzei decesului, pot fi, de asemenea, luate în considerare, dacă sunt disponibile.

Interpretarea nivelurilor de subnutriție: Este necesară o analiză detaliată a dimensiunii și densității populației de referință, precum și a ratelor de mortalitate și morbiditate, pentru a decide dacă nivelurile de subnutriție necesită intervenție. De asemenea, sunt necesare informații privind starea de sănătate, fluctuațiile sezoniere, indicatorii IYCF-E, nivelurile de subnutriție constatate înainte de criză, proporția de malnutriție acută severă în raport cu malnutriția acută globală și nivelurile de deficiențe de micronutrienți ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială 2.2.2: Managementul bolilor nou-născuților și ale copilăriei și Anexa 5: Măsuri ale importanței deficiențelor de micronutrienți pentru sănătatea publică.

O combinație de sisteme de informații complementare poate fi cea mai eficientă modalitate de monitorizare a tendințelor. Poate fi util să se recurgă la modelele și abordările care iau în considerare mai multe variabile, cum ar fi securitatea alimentară, mijloacele de subzistență, sănătatea și nutriția ⊕ *a se vedea* Standardul privind evaluările securității alimentare și ale nutriției 1.1: Evaluarea securității alimentare.

DRAFT

2. Gestionarea malnutriției

Prevenirea și tratamentul malnutriției sunt amândouă aspecte importante în crizele umanitare. Malnutriția cronică poate fi prevenită, dar există dovezi limitate că poate fi inversată sau tratată. Pe de altă parte, malnutriția acută - care poate fi declanșată în timpul unei crize - poate fi prevenită și tratată cu ajutorul unor răspunsuri umanitare nutriționale adecvate.

Răspunsurile umanitare nutriționale sunt esențiale pentru reducerea morbidității și mortalității în rândul populațiilor afectate. Cu toate acestea, necesită o înțelegere a cauzelor complexe care stau la baza malnutriției. O abordare multisectorială este esențială pentru a adresa toate cauzele și interacțiunile acestora.

Gestionarea malnutriției acute moderate: În situații de criză, alimentația suplimentară este adesea principala strategie de prevenire și tratare a malnutriției acute moderate.

Sunt frecvente două tipuri de programe de alimentație suplimentară: programe generale de alimentație suplimentară pentru prevenire și programe de alimentație suplimentară specifice pentru tratamentul malnutriției acute moderate și prevenirea malnutriției acute severe. Utilizarea fiecăruia depinde de nivelurile de malnutriție acută, de grupurile de populație vulnerabile și de riscul de creștere a malnutriției acute.

Programele generale de alimentație suplimentară sunt recomandate în cazul în care insecuritatea alimentară este ridicată și este necesar să se extindă intervențiile dincolo de cazurile de malnutriție acută moderată. Acestea trebuie să fie însoțite de distribuții generale de alimente care să vizeze gospodăriile afectate. Nu există indicatori de impact definiți pentru programele de alimentație suplimentară ce acoperă întreaga populație dintr-o locație, dar este important să se monitorizeze acoperirea, aderența, acceptabilitatea și rațiile furnizate. Indicatorii pentru gestionarea malnutriției acute moderate se referă în principal la alimentația suplimentară specifică.

Scopul principal al unui program de alimentație suplimentară este de a preveni ca persoanele cu malnutriție moderată să devină grav subnutrite și de a le reabilita. Aceste tipuri de programe oferă, de obicei, un supliment alimentar la rația generală pentru persoanele cu malnutriție moderată, gravidele și mamele care alăptează și alte persoane aflate în situații de risc.

Gestionarea malnutriției acute severe: Pentru îngrijirea terapeutică se utilizează o varietate de abordări. Gestionarea la nivel comunitar a malnutriției acute este abordarea preferată atunci când condițiile permit acest lucru. Aceasta include:

- îngrijirea medicală cu internare pentru persoanele cu complicații medicale care prezintă malnutriție acută severă;
- îngrijirea medicală cu internare pentru toți sugarii cu vârsta sub 6 luni care prezintă malnutriție acută severă;
- îngrijirea ambulatorie pentru persoanele cu malnutriție acută severă, dar fără complicații medicale;
- sensibilizarea comunității;
- alte servicii sau programe specifice contextului pentru persoanele cu malnutriție acută moderată.

Programele care abordează malnutriția acută severă ar trebui să fie susținute de programe de alimentație suplimentară și de mobilizarea comunității pentru a sprijini acțiunile de informare, de depistare activă a cazurilor, de referire și de urmărire.

DRAFT

Standardul privind gestionarea malnutriției 2.1: Malnutriția acută moderată

Malnutriția acută moderată este prevenită și gestionată.

Acțiuni-cheie

1. Stabiliți strategii, obiective și criterii clar definite și convenite pentru elaborarea și încheierea intervențiilor încă de la începutul programului.

2. Maximizați accesul la o acoperire cât mai largă a intervențiilor pentru malnutriția acută moderată prin antrenarea și implicarea comunității încă de la început.

    - Colaborați cu părțile interesate din comunitate pentru a identifica persoanele și gospodăriile vulnerabile.

3. Stabiliți protocoale de internare și de externare, pe baza unor criterii antropometrice acceptate la nivel național și internațional.

    - Precizați criteriile de externare la raportarea indicatorilor de performanță.
    - Investigați și acționați asupra cauzelor de nerespectare a protocoalelor și de non-răspuns sau de creștere a numărului de decese.

4. Corelați gestionarea malnutriției acute moderate cu gestionarea malnutriției acute severe și cu serviciile de sănătate existente.

5. Distribuiți la domiciliu rații de hrană uscată sau rații de hrană suplimentară adecvate și gata de utilizare, cu excepția cazului în care există o justificare clară pentru hrănirea la fața locului.

    - Furnizați rații săptămânal sau o dată la două săptămâni. La stabilirea mărimii și a compoziției rației, luați în considerare componența și mărimea gospodăriei, securitatea alimentară a gospodăriei și probabilitatea de împărțire a hranei.
    - Furnizați informații clare cu privire la modul în care se prepară și se depozitează în mod igienic alimentele suplimentare, precum și la modul și momentul în care trebuie consumate.

6. Puneți accentul pe protejarea, sprijinirea și promovarea alăptării, a alimentației complementare și a igienei.

    - Furnizați informații clare cu privire la importanța alăptării exclusive la sân la copiii cu vârsta de până la 6 luni și a continuării alăptării la sân pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 24 de luni, atât pentru sănătatea fizică, cât și pentru cea psihologică a mamei și a copilului.
    - Includeți mamele care alăptează copii sub 6 luni care suferă de malnutriție acută în programe de alimentație suplimentară, indiferent de starea de nutriție a mamei.

Indicatori-cheie

Procentul de populație țintă care poate accesa locurile de distribuire de alimente suplimentare constând în rații uscate în decurs de o zi de mers pe jos dus-întors (inclusiv timp pentru tratament)

- >90%

Procentul de populație țintă care poate accesa programe la fața locului în interval de o oră

DRAFT

- >90%

Procentul de cazuri de malnutriție acută moderată (MAM) cu acces la servicii de tratament (acoperire)

- >50% în zonele rurale
- >70% în zonele urbane
- >90% în taberele formale

Proporția de beneficiari care au decedat, s-au recuperat sau nu au mai primit asistență în cadrul programelor de alimentație suplimentară specifice

- Decedați: <3%
- Recuperați: >75%
- Nu au mai beneficiat de asistență: <15%

Note orientative

Elaborarea programului: Concepeți programe care se bazează pe capacitatea existentă a sistemului de sănătate și contribuie la aceasta; luați în considerare accesul la unitățile sanitare, răspândirea geografică a populației și securitatea. Asigurați legături cu asistența terapeutică a pacienților spitalizați și ambulatorii, asistența prenatală, prevenirea malariei, a bolilor copilăriei și depistarea lor, asistența pentru HIV și tuberculoză și programele de securitate alimentară, inclusiv transferurile de alimente, de numerar sau de tichete.

Programele de alimentație suplimentară nu sunt menite să înlocuiască dieta, ci să o completeze. Este esențial să se conceapă programele ca parte a unei abordări multisectoriale cu servicii complementare, cum ar fi WASH, sănătatea, IYCF și distribuția generală de alimente. Evaluați disponibilitatea alimentelor suplimentare pe piețele naționale sau internaționale și luați în considerare eventualele constrângeri legate de aprovizionare în planificarea programului ⊕ *a se vedea* Acordarea de asistență prin intermediul piețelor.

Prevenție sau tratament: Adoptați o abordare generală pentru a preveni malnutriția sau o abordare specifică pentru a o trata. Decizia depinde de:

- nivelurile de malnutriție acută și numărul de persoane afectate;
- riscul unei morbidități crescute;
- riscul scăderii securității alimentare;
- strămutarea și densitatea populației;
- capacitatea de a examina și monitoriza populația afectată folosind criterii antropometrice;
- resursele disponibile și accesul la persoanele afectate.

Alimentația suplimentară specifică necesită, în general, mai mult timp și efort pentru depistarea și monitorizarea persoanelor cu malnutriție acută, dar necesită, de asemenea, mai puține resurse alimentare specializate. O abordare generalizată necesită, în general, mai puțină expertiză din partea personalului, dar mai multe resurse alimentare specializate.

Mobilizarea eficientă a comunității: Mobilizarea și implicarea comunității vor îmbunătăți înțelegerea de către populație a programului și eficiența probabilă a acestuia. Colaborați cu populația-țintă pentru a decide unde să amplasați locațiile programului. Luați în considerare grupurile de risc care se pot confrunta cu dificultăți de acces la amplasamentele respective. Transmiteți informații clare și cuprinzătoare despre sprijinul disponibil în limbi accesibile, utilizând mai multe canale de schimb de informații, inclusiv forme audio, vizuale și scrise.

Acoperirea se referă la numărul de persoane care beneficiază de tratament ca proporție din numărul de persoane care au nevoie de tratament. Acoperirea poate fi afectată de:

- acceptabilitatea programului, inclusiv locația și accesibilitatea locurilor de desfășurare a programului;

DRAFT

- securitatea situațională;
- frecvența distribuțiilor;
- timpul de așteptare;
- gradul de mobilizare, vizite la domiciliu și acțiuni de depistare;
- disponibilitatea personalului de sex masculin și feminin pentru desfășurarea programelor de nutriție;
- sincronizarea criteriilor de admitere și a acoperirii;
- capacitatea îngrijitorilor de a identifica semnele de malnutriție.

Metodologiile de evaluare a acoperirii sunt costisitoare și necesită personal special instruit. În cazul în care sondajele de acoperire nu sunt fezabile, consultați orientările naționale atunci când decideți asupra metodelor alternative. Utilizați datele de rutină ale programului, cum ar fi depistarea, referirile și internările, pentru a estima acoperirea.

Este posibil să nu fie necesar să se efectueze evaluări periodice ale acoperirii, cu excepția cazului în care au avut loc schimbări semnificative în zona programului, cum ar fi deplasările de populație sau un nou produs sau protocol de tratament.

Criteriile de internare trebuie să fie în concordanță cu orientările naționale și internaționale. Criteriile de internare pentru sugarii cu vârsta mai mică de 6 luni și pentru grupurile ale căror caracteristici antropometrice sunt dificil de determinat trebuie să includă starea clinică și situația femeilor care alăptează ⊕ *a se vedea* Anexa 4: Măsurarea malnutriției acute și Referințe și bibliografie suplimentară.

Persoanele care sunt (sau sunt suspectate a fi) seropozitive sau care suferă de tuberculoză sau de o altă boală cronică nu trebuie discriminate și trebuie să aibă acces egal la îngrijire dacă îndeplinesc criteriile de internare. Unele persoane care nu îndeplinesc criteriile antropometrice pentru malnutriție acută pot beneficia de o alimentație suplimentară. Printre acestea se pot număra, de exemplu, persoanele care trăiesc cu HIV, tuberculoză sau alte boli cronice, persoanele externate din sistemul de îngrijire, dar care au nevoie de sprijin terapeutic pentru a evita recidiva, sau persoanele cu dizabilități. Adaptați sistemele de monitorizare și raportare în cazul în care aceste persoane nu îndeplinesc criteriile antropometrice.

Persoanele care trăiesc cu HIV și care nu îndeplinesc criteriile de internare au adesea nevoie de sprijin nutrițional. Un astfel de sprijin este mai bine oferit în afara contextului de tratament pentru malnutriția acută severă în situații de criză. Oferiți acestor persoane și familiilor lor o gamă de servicii, inclusiv asistență comunitară și la domiciliu, centre de tratament al tuberculozei și programe de prevenire a transmiterii de la mamă la copil.

Criterii de externare și monitorizare: Numărul de persoane externate include persoanele care s-au recuperat, au decedat, au abandonat programul sau nu s-au recuperat. Persoanele direcționate pentru servicii complementare, cum ar fi asistența medicală, nu se consideră că au încheiat tratamentul și fie îl vor continua, fie vor reveni la tratament mai târziu. Nu includeți persoanele transferate în alte locații sau care nu au încheiat tratamentul.

În cazul în care persoanele se alătură unui program de nutriție după externarea din îngrijirea terapeutică, contabilizați-le într-o categorie separată pentru a evita rezultatele distorsionate. În cazul în care o persoană dezvoltă simptome de malnutriție acută ca urmare a altor factori, cum ar fi o dizabilitate, o malformație sau probleme chirurgicale, includeți-le în raportul intervenției. Investigați modul în care sexul persoanei poate influența accesul la tratament, renunțarea la tratament și recuperarea.

Calculați statisticile de externare după cum urmează:

- Procentul de externări recuperate = număr de persoane recuperate/număr total de persoane externate x 100
- Procentul de externări cu deces = număr de decese/număr total de externări x 100
- Procentul de abandonuri = număr de abandonuri/număr total de externări x 100

DRAFT

- Procentul de externări cu nerecuperare = număr de persoane nerecuperate/număr total de externări x 100

Pe lângă indicatorii menționați mai sus, sistemele de monitorizare trebuie să includă:

- participarea populației;
- acceptabilitatea programului (rata de abandon și rata de acoperire ar putea fi utilizate ca o măsură indirectă în acest sens);
- cantitatea și calitatea alimentelor;
- acoperirea;
- motivele pentru transferurile către alte programe (în special în cazul copiilor a căror situație nutrițională se deteriorează până la malnutriție acută severă);
- numărul de persoane internate și aflate în tratament.

Luați în considerare factori externi, cum ar fi:

- tipare de morbiditate;
- niveluri de subnutriție în rândul populației;
- nivelul de insecuritate alimentară în gospodării și în rândul populației;
- intervențiile complementare disponibile pentru populație (inclusiv asistență alimentară generală sau programe echivalente);
- capacitatea sistemelor existente de furnizare a serviciilor.

Legături cu sănătatea și cu alte sectoare: Atât programele de alimentație suplimentară specifice, cât și cele generale pot fi folosite ca platformă pentru furnizarea de servicii complementare. În multe situații, un program general de alimentație suplimentară pentru prevenire poate sprijini răspunsul umanitar la situații de criză. De exemplu, poate oferi acces la populația-țintă prin intermediul unei înregistrări de recensământ, al unei depistări la nivel comunitar și al unei referiri la alte servicii pentru gestionarea malnutriției acute severe și a malnutriției acute moderate. De asemenea, poate permite intervenții pentru supraviețuirea copilului, cum ar fi:

- antihelmintice;
- suplimentarea vitaminei A;
- fier și acid folic combinate cu depistarea și tratamentul malariei;
- zinc pentru tratamentul diareii;
- imunizări.

⊕ *a se vedea* Standardele privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.1 *la* 2.1.4 și Standarde privind asistența medicală esențială - sănătatea copiilor 2.2.1 *și* 2.2.2.

În cazul populațiilor cu niveluri ridicate de vulnerabilitate, cum ar fi prevalența ridicată a HIV și persoanele cu dificultăți de deplasare sau de hrănire, poate fi necesară adaptarea programului pentru a răspunde nevoilor lor. Aceasta ar putea include ajustarea calității și cantității rației alimentare suplimentare ⊕ *a se vedea* Standardul privind alimentația sugarului și a copilului mic 4.1.

Standardul privind gestionarea malnutriției 2.2: Malnutriția acută severă

Malnutriția acută severă poate fi tratată.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Stabiliți strategii, obiective și criterii clar definite și convenite pentru elaborarea și încheierea intervențiilor încă de la începutul programului.

- Includeți dotări adecvate de personal și capacități, expertiză și competențe relevante.

2. Includeți componentele de îngrijire în regim de internare, îngrijire ambulatorie, referire către alte servicii și mobilizare comunitară în gestionarea malnutriției acute severe.

3. Furnizați asistență nutrițională și medicală în conformitate cu orientările recunoscute la nivel național și internațional pentru gestionarea malnutriției acute severe.

4. Stabiliți criterii de externare care să includă indicii antropometrici și alți indici.

5. Investigați și luați măsuri în ceea ce privește cauzele abandonului și ale lipsei de răspuns sau ale creșterii numărului de decese.

6. Protejați, sprijiniți și promovați alăptarea la sân, alimentația complementară, promovarea igienei și o bună interacțiune între mamă și copil.

- Furnizați informații clare cu privire la importanța alăptării exclusive la sân la copiii cu vârsta mai mică de 6 luni și a continuării alăptării la sân pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 24 de luni, atât pentru sănătatea fizică, cât și pentru cea psihologică a mamei și a copilului.

Indicatori-cheie

Procentul din populația-țintă care are mai puțin de o zi de mers dus-întors (inclusiv timp pentru tratament) până la locul de desfășurare a programului

- >90% din populația țintă

Procentul de cazuri de malnutriție acută severă (SAM) cu acces la servicii de tratament (acoperire)

- >50% în zonele rurale
- >70% în zonele urbane
- >90% într-o tabără

Proporția de persoane externate din îngrijirea terapeutică care au decedat, s-au recuperat sau au abandonat

- Decedați: <10%
- Recuperați: >75%
- Abandon: <15%

Note orientative

Componentele programului: Îngrijirea în regim de internare poate fi oferită direct sau prin referire. Programele ar trebui să ofere asistență ambulatorie descentralizată pentru copiii care nu prezintă complicații medicale. Locurile de desfășurare a programului de ambulatoriu trebuie să fie aproape de populația vizată, pentru a reduce riscurile și costurile asociate deplasării cu copii mici și riscul de deplasare suplimentară. ⊕ *a se vedea* Standardul privind sănătatea copilului 2.2.2: Managementul bolilor nou-născuților și ale copilăriei.

Corelați intervențiile cu alte servicii relevante, cum ar fi:

DRAFT

- alimentația suplimentară;
- rețelele de luptă contra HIV și tuberculozei;
- reabilitarea;
- serviciile medicale primare;
- programele de securitate alimentară, inclusiv asistență alimentară sau în numerar.

Metodologiile de evaluare a ***acoperirii*** sunt similare în programele de malnutriție acută severă și de malnutriție acută moderată ⊕ *a se vedea* Standardul privind gestionarea malnutriției 2.1: Malnutriția acută moderată.

Criteriile de internare trebuie să fie în concordanță cu orientările naționale și internaționale. Criteriile de internare pentru sugarii cu vârsta mai mică de 6 luni și pentru grupurile ale căror caracteristici antropometrice sunt dificil de determinat trebuie să includă starea clinică și situația femeilor care alăptează ⊕ *a se vedea* Anexa 4: Măsurarea malnutriției acute și Referințe și bibliografie suplimentară.

Persoanele care sunt (sau sunt suspectate a fi) seropozitive sau care suferă de tuberculoză sau de o altă boală cronică nu trebuie discriminate și trebuie să aibă acces egal la îngrijire dacă îndeplinesc criteriile de internare. Unele persoane care nu îndeplinesc criteriile antropometrice pentru malnutriție acută pot beneficia de o alimentație suplimentară. De exemplu, persoanele care trăiesc cu HIV, tuberculoză sau alte boli cronice, persoanele externate din sistemul de îngrijire, dar care au nevoie de sprijin terapeutic pentru a evita recidiva, sau persoanele cu dizabilități. Adaptați sistemele de monitorizare și raportare în cazul în care aceste persoane nu îndeplinesc criteriile antropometrice.

Persoanele care trăiesc cu HIV și care nu îndeplinesc criteriile de internare au adesea nevoie de sprijin nutrițional. Un astfel de sprijin este mai bine oferit în afara contextului de tratament pentru malnutriția acută severă în situații de criză. Oferiți acestor persoane și familiilor lor o gamă de servicii, inclusiv asistență comunitară și la domiciliu, centre de tratament al tuberculozei și programe de prevenire a transmiterii de la mamă la copil.

Criterii de externare și recuperare: Persoanele externate nu trebuie să aibă complicații medicale. În plus, trebuie să-și fi recăpătat pofta de mâncare și să fi atins și menținut o creștere corespunzătoare în greutate fără să prezinte edem nutrițional (de exemplu, pentru două cântăriri consecutive). Calculați creșterea medie în greutate separat pentru persoanele cu și fără edem nutrițional. Alăptarea este deosebit de importantă pentru sugarii cu vârsta mai mică de 6 luni, precum și pentru copiii cu vârste cuprinse între 6 și 24 de luni. Sugarii care nu sunt alăptați la sân vor trebui urmăriți îndeaproape. Respectați criteriile de externare pentru a evita riscurile asociate cu externarea prematură.

Orientările pentru gestionarea comunitară a malnutriției acute specifică durata medie de ședere pentru tratament și vizează scurtarea perioadelor de recuperare. Respectați orientările naționale existente atunci când calculați durata medie de ședere, deoarece acestea depind de context. HIV, tuberculoza și alte afecțiuni cronice pot face ca unele persoane subnutrite să nu mai răspundă la tratament. Colaborați cu serviciile de sănătate și cu alte servicii de sprijin social și comunitar pentru identificarea de opțiuni de tratament pe termen lung pentru aceste persoane ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.3: HIV.

Indicatori de performanță pentru gestionarea malnutriției acute severe: Populația de persoane externate pentru malnutriție acută severă este formată din cei care s-au recuperat, au decedat, au abandonat sau nu s-au recuperat ⊕ *a se vedea* Note orientative pentru standardul privind gestionarea malnutriției 2.1: Malnutriția acută moderată.

Indicatorii de performanță pentru gestionarea malnutriției acute severe trebuie să combine rezultatele îngrijirii spitalicești și ambulatorii, fără a contabiliza de două ori pe cei care se transferă de la una la alta. În cazul în care acest lucru nu este posibil, ajustați interpretarea ratelor rezultatelor. De exemplu, programele ar trebui să se aștepte la performanțe mai bune în cazul în care oferă doar asistență ambulatorie. În cazul în care se oferă doar îngrijiri spitalicești, programele trebuie să vizeze rezultatele prezentate pentru îngrijirile combinate.

DRAFT

Persoanele care sunt direcționate către alte servicii, cum ar fi serviciile de sănătate, nu au încheiat tratamentul. Atunci când se evaluează performanța tratamentului ambulatoriu, raportați transferurile către tratamentul în regim de spitalizare pentru a reprezenta cu exactitate performanța programului.

Indicatorii de performanță nu țin cont de complexitatea clinică a HIV. Complexitatea clinică a HIV va afecta ratele de mortalitate. În aceste situații, interpretarea performanței programului trebuie să ia în considerare acest aspect.

În plus față de indicatorii de externare, revizuiți datele dezagregate privind noile internări (sex, vârstă, dizabilitate), numărul de copii aflați în tratament și ratele de acoperire la monitorizarea performanței. Investigați și documentați în permanență proporția și cauzele reinternării, ale deteriorării stării clinice, ale abandonului și ale lipsei de răspuns. Adaptați definiția acestora la orientările în vigoare.

Contribuții în domeniul sănătății: Toate programele de malnutriție acută severă ar trebui să includă tratamente sistematice în conformitate cu orientările naționale sau internaționale. Este esențial ca acestea să includă mecanisme de referire eficiente pentru gestionarea bolilor de bază, cum ar fi tuberculoza și HIV. În zonele cu prevalență ridicată a HIV, programele de combatere a malnutriției ar trebui să aibă în vedere intervenții care urmăresc evitarea transmiterii HIV și care sprijină supraviețuirea mamei și a copilului. În mediile în care infecția cu HIV este frecventă (prevalența HIV mai mare de 1%), testați copiii care suferă de malnutriție pentru a le stabili statutul seropozitiv și pentru a determina dacă au nevoie de tratament cu medicamente antiretrovirale.

Asistență pentru alăptare: Mamele sugarilor internați au nevoie de sprijin calificat pentru alăptare ca parte a reabilitării și recuperării nutriționale. Acest lucru este deosebit de important pentru copiii cu vârsta mai mică de 6 luni și pentru mamele cu dizabilități. Alocați suficient timp și resurse, cum ar fi o zonă privată destinată alăptării, pentru a oferi sprijin calificat și pentru a permite sprijinul reciproc între mame. Mamele care alăptează sugari cu vârsta mai mică de 6 luni care suferă de malnutriție severă trebuie să primească o rație alimentară suplimentară, indiferent de situația lor nutrițională. În cazul în care aceste mame îndeplinesc criteriile antropometrice pentru malnutriție acută severă, internați-le pentru tratament.

Sprijin psihosocial: Stimularea emoțională și fizică prin joc este importantă în timpul perioadei de reabilitare pentru copiii cu malnutriție acută severă. Încurajează atașamentul și starea de spirit maternă pozitivă. Îngrijitorii acestor copii au adesea nevoie de sprijin social și psihosocial pentru a aduce copiii la tratament. Este posibil ca unele mame să aibă nevoie, de asemenea, de sprijin pentru a accesarea serviciilor de îngrijire a sănătății mentale pentru depresia perinatală. Acest lucru poate fi realizat prin programe de mobilizare. Programele trebuie să sublinieze importanța stimulării și a interacțiunii în tratarea și prevenirea dizabilităților și a tulburărilor cognitive viitoare la copii. Permiteți tuturor celor care se ocupă de copiii cu malnutriție severă să își hrănească și să își îngrijească copiii în timpul tratamentului; oferiți-le sfaturi, demonstrații și informații despre sănătate și nutriție. Acordați atenție impactului tratamentului asupra îngrijitorilor și fraților și surorilor pentru a asigura o îngrijire adecvată a copiilor, pentru a evita separarea familiei, pentru a minimiza suferința psihosocială și pentru a maximiza potențialul de aderență la tratament.

Legătura cu alți actori: Coordonați-vă cu partenerii din domeniul protecției copilului și al violenței de gen pentru a stabili căi de referire și protocoale de schimb de informații. Instruiți personalul din domeniul nutriției cu privire la modul în care se pot oferi recomandări de sprijin și confidențiale pentru îngrijitorii copiilor expuși la violență fizică, sexuală sau emoțională, exploatare sau abuz.

DRAFT

3. Deficiențele de micronutrienți

Deficiențele de micronutrienți reprezintă o problemă pentru dezvoltarea socio-economică în multe țări. Acestea au un mare impact asupra sănătății, capacității de învățare și productivității oamenilor. Contribuie la un cerc vicios de malnutriție, subdezvoltare și sărăcie, afectând grupurile deja defavorizate.

Deficiențele de micronutrienți sunt dificil de identificat în multe contexte. În timp ce semnele clinice ale deficiențelor severe pot fi ușor de diagnosticat, deficiențele subclinice pot reprezenta o povară mai mare pentru sănătatea și supraviețuirea populațiilor. Trebuie plecat de la premisa că o criză va agrava orice deficiență de micronutrienți existentă la nivelul unei populații. Abordați aceste deficiențe prin intervenții la nivelul întregii populații și prin tratamente individuale.

Există trei abordări pentru a controla deficiențele de micronutrienți:

Suplimentarea: Furnizarea de micronutrienți într-o formă foarte ușor de absorbit duce, în mod normal, la cel mai rapid control al statusului de micronutrienți al indivizilor sau al populațiilor vizate. Printre exemple se numără programele de suplimentare care vizează anemia prin suplimentarea cu fier, suplimentarea cu acid folic la femeile însărcinate și suplimentarea cu vitamina A la copiii cu vârsta mai mică de 5 ani.

Îmbogățirea: Îmbogățirea produselor alimentare cu micronutrienți poate fi o strategie eficientă pentru a controla deficiențele de micronutrienți. Printre exemple se numără sarea iodată, pulberile de micronutrienți sau uleiul vegetal îmbogățit cu vitamina A.

Abordări bazate pe alimentație: Vitaminele și mineralele necesare pentru a preveni carențele de micronutrienți sunt prezente într-o varietate de alimente. Politicile și programele trebuie să asigure un consum îmbunătățit pe tot parcursul anului de o varietate, cantitate și calitate adecvate de alimente sigure și bogate în micronutrienți.

Deși toate cele trei abordări sunt folosite în situații de criză, cea mai frecventă și cea mai utilizată este suplimentarea.

DRAFT

Standardul privind deficiențele de micronutrienți 3: Deficiențele de micronutrienți

Deficiențele de micronutrienți sunt corectate.

Acțiuni-cheie

1. Colectați informații privind situația dinaintea crizei pentru a stabili care sunt cele mai frecvente deficiențe de micronutrienți.
2. Formați personalul sanitar în identificarea și tratarea deficiențelor de micronutrienți.
3. Stabiliți proceduri pentru a răspunde la riscurile de carență de micronutrienți.
4. Corelați răspunsurile umanitare privind micronutrienții cu răspunsurile de sănătate publică pentru a reduce bolile asociate în mod obișnuit crizelor umanitare, cum ar fi utilizarea vitaminei A pentru gestionarea rujeolei și a zincului pentru gestionarea diareii.

Indicatori-cheie

Nu există cazuri de scorbut, pelagra, Beri-beri sau carență de riboflavină.

- ⊕ *a se vedea* Anexa 5: Măsuri ale importanței deficiențelor de micronutrienți pentru sănătatea publică pentru o definiție a importanței acestor micronutrienți pentru sănătatea publică pe grupe de vârstă și pe ansamblul populației.
- Utilizați indicatori naționali sau specifici contextului, acolo unde aceștia există.

Ratele de xeroftalmie, anemie și carență de iod sunt insignificative pentru sănătatea publică.

- ⊕ *a se vedea* Anexa 5: Măsuri ale importanței deficiențelor de micronutrienți pentru sănătatea publică pentru o definiție a importanței acestor micronutrienți pentru sănătatea publică pe grupe de vârstă și pe ansamblul populației.
- Utilizați indicatori naționali sau specifici contextului, acolo unde aceștia există.

Note orientative

Diagnosticarea deficiențelor clinice de micronutrienți: Deficiențele clinice de micronutrienți trebuie diagnosticate întotdeauna de personalul medical calificat. În cazul în care indicatorii clinici ai acestor deficiențe sunt încorporați în sistemele de supraveghere a sănătății sau a nutriției, instruiți personalul pentru a efectua evaluarea de bază și referirile necesare. Definițiile de caz sunt problematice; în situații de criză, stabiliți-le prin intermediul eforturile de suplimentare.

Deficiențele subclinice de micronutrienți sunt cele care nu sunt suficient de grave pentru a prezenta simptome ușor de identificat. Cu toate acestea, pot avea efecte negative asupra sănătății. Identificarea necesită o examinare biochimică specializată. O excepție este anemia, pentru care un test de bază este disponibil și ușor de efectuat pe teren.

Indicatorii indirecți pot fi utilizați pentru a evalua riscul de deficiențe de micronutrienți și pentru a determina când este necesar să se administreze suplimente sau să se îmbunătățească aportul alimentar. Evaluarea indirectă presupune estimarea aportului de nutrienți la nivelul populației și extrapolarea riscului de carență. Pentru a face acest lucru, analizați datele disponibile privind accesul la alimente, disponibilitatea și utilizarea acestora, și evaluați caracterul adecvat al rațiilor alimentare.

Prevenția: Strategiile de prevenire a deficitului de micronutrienți sunt abordate în secțiunea 6 de mai jos (⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența alimentară 6.1: Cerințe nutriționale generale). Controlul bolilor este esențial în prevenirea deficiențelor de micronutrienți. Infecțiile acute ale căilor respiratorii, rujeola, infecțiile parazitare, cum ar fi malaria și diareea, sunt exemple de boli care epuizează rezervele de micronutrienți. Pregătirea pacienților pentru tratament va implica elaborarea unor definiții de caz și a unor orientări pentru tratament, precum și a unor sisteme de depistare activă a cazurilor ⊕ *a se vedea* Standardele privind asistența medicală esențială - sănătatea copiilor 2.2.1 *și* 2.2.2.

Tratamentul deficiențelor de micronutrienți: Depistarea cazurilor și tratamentul trebuie să aibă loc în cadrul sistemului de sănătate și în cadrul programelor de alimentație. În cazul în care ratele de deficit de micronutrienți depășesc pragurile de sănătate publică, ar putea fi necesar un tratament general al populației cu suplimente. Scorbutul (deficiența de vitamina C), pelagra (deficiența de niacină), Beri-beri (deficiența de tiamină) și ariboflavinoza (deficiența de riboflavină) sunt bolile cele mai frecvent observate ca urmare a deficiențelor de micronutrienți ⊕ *a se vedea* Anexa 5: Măsuri ale importanței deficiențelor de micronutrienți pentru sănătatea publică.

Măsurile de sănătate publică pentru a controla deficiențele de micronutrienți includ:

- furnizarea de suplimente de vitamina A odată cu vaccinarea copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni;
- deparazitarea tuturor copiilor cu vârste cuprinse între 12 și 59 de luni;

DRAFT

- adăugarea în coșul alimentar a sării iodate și a altor produse de bază îmbogățite, cum ar fi uleiul vegetal îmbogățit cu vitamina A și D și furnizarea de pulberi de micronutrienți sau de suplimente de ulei iodat;
- furnizarea de produse cu micronutrienți multipli care conțin fier pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni;
- furnizarea de suplimente zilnice de micronutrienți multipli care conțin fier, inclusiv acid folic, pentru femeile însărcinate și cele care alăptează.

În cazul în care nu sunt disponibile produse cu micronutrienți multipli care conțin fier, oferiți zilnic suplimente de fier și acid folic femeilor însărcinate și celor care au născut în ultimele 45 de zile.

Utilizați indicatori indirecți defalcați pe sexe pentru a evalua riscul de deficit de micronutrienți la populația afectată și pentru a determina necesitatea îmbunătățirii aportului alimentar sau a utilizării de suplimente. De exemplu, indicatorii indirecți ai carenței de vitamina A pot include greutatea scăzută la naștere, epuizarea sau întârzierea în creștere ⊕ *a se vedea* Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.2: Evaluarea nutrițională.

DRAFT

4. Alimentația sugarului și a copilului mic

Sprijinirea adecvată și în timp util a alimentației sugarilor și a copiilor mici în situații de urgență (IYCF-E) salvează vieți și protejează nutriția, sănătatea și dezvoltarea copiilor. Practicile inadecvate de hrănire a sugarilor și a copiilor de vârstă mică sporesc vulnerabilitatea la subnutriție, boală și deces și subminează sănătatea maternă. Crizele sporesc aceste riscuri. Unii sugari și copii mici sunt deosebit de vulnerabili, precum:

- sugarii cu greutate mică la naștere;
- copiii separați și neînsoțiți;
- sugarii și copiii mamelor depresive;
- copiii cu vârsta mai mică de 2 ani care nu sunt alăptați;
- membrii populațiilor cu prevalență medie sau ridicată a HIV;
- copiii cu dizabilități, în special cei cu dificultăți de alimentație;
- sugarii și copiii mici cu malnutriție acută, întârzieri în creștere sau deficiențe de micronutrienți.

IYCF-E se referă la acțiuni și intervenții pentru a proteja și susține nevoile nutriționale ale sugarilor și copiilor mici cu vârsta cuprinsă între 0 și 23 de luni, alăptați sau nu la sân. Printre intervențiile prioritare se numără:

- protecția și sprijinul pentru alăptare;
- alimentația complementară adecvată și sigură;
- gestionarea alimentației artificiale pentru sugarii care nu au posibilitatea de a fi alăptați.

Sprijinul acordat femeilor însărcinate și celor care alăptează este esențial pentru bunăstarea copiilor lor. „Alăptarea exclusivă” înseamnă că un sugar nu primește alte lichide decât laptele matern și nici solide, cu excepția suplimentelor de micronutrienți sau a medicamentelor necesare. Aceasta garantează securitatea alimentară și hidrică a sugarilor în primele 6 luni și oferă protecție imunitară activă. Alăptarea la sân asigură dezvoltarea optimă a creierului și continuă să protejeze sănătatea sugarilor și a copiilor mai mari, în special în contexte precare în ceea ce privește condițiile WASH. Alăptarea la sân protejează, de asemenea, sănătatea mamei prin întârzierea menstruației și protecția împotriva cancerului de sân. Promovează bunăstarea psihologică prin creșterea atașamentului și a receptivității.

Acțiunile-cheie din această secțiune reflectă Ghidul operațional privind alimentația sugarilor și a copiilor mici în situații de urgență (Ghidul operațional). Ghidul operațional este un produs al unui grup de lucru interinstituțional al cărui scop este de a oferi îndrumări concise și practice cu privire la modul de asigurare a unei IYCF-E adecvate și la Codul internațional de marketing al înlocuitorilor laptelui matern („Codul de marketing”).

DRAFT

Standardul privind alimentația sugarului și a copilului mic 4.1: Orientarea și coordonarea politicilor

Orientarea și coordonarea politicilor asigură o alimentație sigură, oportună și adecvată a sugarilor și a copiilor mici.

Acțiuni-cheie

1. Desemnați o autoritate de coordonare IYCF-E în cadrul mecanismului de coordonare în situații de criză și asigurați colaborarea între sectoare.

- Plecați de la premisa, ori de câte ori este posibil, că guvernul este autoritatea de coordonare.

2. Includeți specificațiile din Ghidul operațional în orientările naționale și ale organizațiilor umanitare relevante privind pregătirea.

- Elaborați orientări și o declarație comună cu autoritățile naționale în situațiile în care nu există norme.
- Consolidați politicile naționale relevante ori de câte ori este posibil.

3. Promovați o comunicare puternică, armonizată și oportună cu privire la IYCF-E la toate nivelurile răspunsului umanitar.

- Informați cât mai curând posibil organizațiile umanitare, donatorii și mass-media cu privire la orice politici și practici IYCF-E care sunt în vigoare.
- Comunicați cu persoanele afectate cu privire la serviciile disponibile, practicile IYCF-E și mecanismele de feedback.

4. Evitați acceptarea sau solicitarea de donații de înlocuitori ai laptelui matern, alte produse lactate lichide, biberoane și tetine.

- Donațiile care sosesc trebuie gestionate de către autoritatea desemnată, în conformitate cu Ghidul operațional și Codul de marketing.
- Asigurați o conduită strictă la direcționarea, utilizarea, achiziționarea, gestionarea și distribuirea înlocuitorilor laptelui matern. Aceasta trebuie să se bazeze pe evaluarea nevoilor și a riscurilor, pe analiza datelor și pe orientări tehnice.

Indicatori-cheie

Procentul de politici IYCF adoptate în situații de urgență care reflectă specificațiile din Ghidul operațional

Nu au fost raportate încălcări ale Codului de marketing

Procentul de încălcări ale Codului de marketing constând în donații de înlocuitori ai laptelui matern (BMS), produse lactate lichide, biberoane și tetine care au fost rezolvate în timp util

Note orientative

Comunicarea cu persoanele afectate, cu personalul de intervenție și cu mass-media: Comunicarea cu privire la serviciile disponibile și la practicile sănătoase de hrănire a sugarilor și a copiilor mici va necesita mesaje adaptate pentru diferitele grupuri care oferă asistență și pentru public. Luați în considerare, la difuzarea de mesaje, a nevoilor specifice ale îngrijitorilor care sunt bunici, părinți singuri, copii sau frați capi de familie, îngrijitori cu dizabilități și persoane care trăiesc cu HIV.

Codul internațional de marketing al înlocuitorilor laptelui matern: Codul protejează sugarii hrăniți artificial, asigurând utilizarea în siguranță a înlocuitorilor laptelui matern. Acesta se bazează pe informații imparțiale și exacte și se aplică în toate contextele. Codul trebuie inclus în legislație în timpul fazei de pregătire și pus în aplicare în timpul răspunsului umanitar la criză. În absența unei legislații naționale, puneți în aplicare cel puțin dispozițiile Codului.

Codul nu limitează disponibilitatea și nici nu interzice utilizarea înlocuitorilor laptelui matern, a biberoanelor sau a tetinelor. Acesta restricționează doar comercializarea, achiziționarea și distribuția acestora. Încălcările frecvente ale Codului în situații de criză sunt cauzate de probleme de etichetare și de distribuția neorientată. În timpul crizelor, monitorizați și raportați încălcările Codului de marketing către UNICEF, OMS și autoritățile locale.

DRAFT

Folosiți indicatori standard acolo unde există și elaborați indicatori specifici contextului acolo unde nu există. Definiți reperele IYCF-E pentru a determina progresele și realizările, luând în considerare cadrele temporale de intervenție. Încurajați utilizarea coerentă a indicatorilor IYCF-E de către partenerii de implementare și în cadrul anchetelor. Repetați evaluările sau părți ale unei evaluări de bază ca parte a monitorizării intervențiilor IYCF-E. Utilizați sondaje anuale pentru a determina impactul acestor intervenții.

Hrănirea artificială: Toți înlocuitorii laptelui matern trebuie să fie în conformitate cu Codex Alimentarius și cu Codul de marketing. Accesul la servicii WASH adecvate este esențial pentru a minimiza riscurile legate de alimentația artificială în situații de urgență. Sistemul de distribuție al înlocuitorilor laptelui matern va depinde de context, inclusiv de amploarea intervenției. Nu includeți de la început formulele pentru sugari și alți înlocuitori ai laptelui matern în distribuțiile de alimente generale sau ce acoperă întreaga populație dintr-o locație. Nu distribuiți produse lactate lichide uscate și lapte lichid ca produs unic. Indicațiile și gestionarea alimentației artificiale trebuie să fie în conformitate cu dispozițiile Ghidului operațional și ale Codului de marketing, sub îndrumarea autorității coordonatoare IYCF-E desemnate.

Standardul privind alimentația sugarului și a copilului mic 4.2: Sprijinul multisectorial pentru alimentația sugarilor și a copiilor mici în situații de urgență

Mamele și persoanele care se ocupă de îngrijirea sugarilor și a copiilor mici au acces la un sprijin alimentar adecvat și în timp util, care să reducă la minimum riscurile, să țină cont de aspectele culturale și să optimizeze rezultatele în materie de nutriție, sănătate și supraviețuire.

Acțiuni-cheie

1. Prioritizați femeile însărcinate și cele care alăptează pentru a avea acces la alimente, transferuri în numerar sau tichete și alte intervenții de sprijin.

2. Asigurați accesul la consiliere calificată în materie de alăptare pentru femeile însărcinate și mamele care alăptează.

3. Sprijiniți mamele tuturor nou-născuților pentru inițierea timpurie a alăptării exclusive la sân.

- Oferiți îndrumări simple pentru alăptarea exclusivă în cadrul serviciile de maternitate.
- Protejați, promovați și sprijiniți alăptarea exclusivă la sân a sugarilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 luni și continuarea alăptării la sân a copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 2 ani.
- În cazul în care se practică alimentația mixtă la sugarii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 luni, sprijiniți tranziția la alăptarea exclusivă.

4. Furnizați înlocuitori adecvați ai laptelui matern, echipamente de hrănire și sprijin asociat pentru mamele și îngrijitorii ai căror sugari necesită hrănire artificială.

- Explorați siguranța și viabilitatea relactării și a hranei umede în cazul în care sugarii nu sunt alăptați la sân de către mama lor. Luați în considerare contextul cultural și disponibilitatea serviciilor în astfel de situații.
- În cazul în care înlocuitorii laptelui matern sunt singurele opțiuni acceptabile, oferiți un pachet esențial de sprijin cu echipamente de gătit și de hrănire, sprijin WASH și acces la serviciile de sănătate.

5. Susțineți un sprijin alimentar complementar în timp util, sigur, adecvat și corespunzător.

DRAFT

- Evaluați alimentele din gospodărie pentru a stabili dacă acestea sunt potrivite ca alimente complementare pentru copii și oferiți consiliere și sprijin specific contextului privind alimentația complementară.
- Asigurați accesul la echipamente de hrănire și de gătit, ținând cont de nevoile copiilor cu dificultăți de hrănire.

6. Furnizați sprijin pentru alimentația sugarilor și a copiilor mici deosebit de vulnerabili.

- Sprijiniți activitățile de stimulare a sugarilor și a practicilor de îngrijire a dezvoltării timpurii a copiilor în cadrul programelor de nutriție.

7. Furnizați suplimente de micronutrienți, după caz.

- Furnizați suplimente zilnice femeilor însărcinate și celor care alăptează, inclusiv un necesar zilnic de micronutrienți multipli pentru a proteja rezervele de lapte matern și conținutul acestora, indiferent dacă femeile primesc sau nu rații îmbogățite.
- Continuați aportul de suplimente de fier și acid folic, dacă este deja cazul.

Indicatori-cheie

Procentul de mame care alăptează care au acces la consiliere calificată

Procentul de îngrijitori care au acces la rezerve de înlocuitori ai laptelui matern adecvați, în conformitate cu prevederile Codului de marketing, și la suportul aferent pentru sugarii care au nevoie de hrănire artificială.

Procentul de îngrijitori care au acces la timp la alimente complementare adecvate, corespunzătoare, adecvate din punct de vedere nutrițional și sigure pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 23 de luni

Note orientative

Evaluarea și monitorizarea IYCF-E: Evaluați nevoile și prioritățile pentru răspunsul umanitar IYCF-E și monitorizați impactul intervențiilor IYCF-E ⊕ *a se vedea* Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.2: Evaluarea nutrițională.

Colaborarea multisectorială: Punctele de intrare sectoriale pentru identificarea și sprijinirea IYCF-E includ:

- îngrijirea prenatală și postnatală;
- puncte de imunizare;
- monitorizarea creșterii;
- dezvoltarea timpurie a copilului;
- servicii de tratament HIV (inclusiv prevenirea transmiterii de la mamă la copil);
- tratamentul malnutriției acute;
- sănătate comunitară, sănătate psihică și sprijin psihosocial;
- servicii WASH;
- locuri de muncă;
- lucrări agricole.

Grupuri țintă: Toate datele de evaluare și de program pentru copiii cu vârsta mai mică de 5 ani trebuie să fie dezagregate pe sexe și pe vârste de 0-5 luni, 6-11 luni, 12-23 luni și 24-59 luni. Se recomandă dezagregarea în funcție de dizabilitate începând de la 24 de luni.

Identificați și înființați servicii care să asigure nevoile nutriționale și de îngrijire ale copiilor cu dizabilități, ale sugarilor și copiilor mici separați și neînsoțiți. Îndrumați copiii separați și neînsoțiți către partenerii din domeniul protecției copilului. Identificați proporția de femei însărcinate și care alăptează.

DRAFT

Luați în considerare populațiile cu prevalență medie sau ridicată a HIV, copiii separați și neînsoțiți, copiii cu greutate mică la naștere, copiii cu dizabilități și cu dificultăți de hrănire, copiii cu vârsta mai mică de 2 ani care nu sunt alăptați și cei care suferă de malnutriție acută. Fiți conștienți de faptul că, în general, copiii mamelor cu depresie tind să aibă un risc mai mare de malnutriție.

Femeile însărcinate și care alăptează: În cazul în care nevoile femeilor însărcinate și ale celor care alăptează nu sunt satisfăcute în cadrul programelor de asistență alimentară sau de asistență în numerar sau tichete valorice, oferiți femeilor însărcinate și celor care alăptează alimente îmbogățite. Administrați suplimente de micronutrienți în conformitate cu recomandările OMS.

Organizați sprijin psihosocial pentru mamele aflate în dificultate, inclusiv îndrumarea către servicii de sănătate mentală, dacă este necesar. Asigurați un sprijin adecvat pentru mamele cu dizabilități. Creați locuri sigure în tabere și în alte spații colective pentru ca femeile să poată alăpta, cum ar fi spații dedicate sugarilor cu zone de alăptare exclusivă.

Sugarii alăptați la sân: Planificarea și alocarea resurselor trebuie să permită un sprijin calificat pentru alăptare în situații dificile. Aceasta ar putea include suport pentru sugarii cu malnutriție acută cu vârsta cuprinsă între 0 și 6 luni, populațiile în care alimentația mixtă este frecventă și alimentația sugarilor în contextul HIV.

Sugarii nealăptați la sân: În toate situațiile de criză, protejați sugarii și copiii mici care nu sunt alăptați la sân și sprijiniți-i pentru a-și satisface nevoile nutriționale. Consecințele nealăptării la sân variază în funcție de vârsta copilului. Copiii cei mai mici sunt cei mai vulnerabili la bolile infecțioase. Aceștia depind de accesul la rezerve asigurate de înlocuitori adecvați ai laptelui matern, combustibil, echipamente și condiții WASH.

Formula de început și alți înlocuitori ai laptelui matern: Formula de început este înlocuitorul adecvat al laptelui matern pentru sugarii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 luni. Optați de preferință pentru formulele de început gata de utilizare sub formă lichidă, deoarece acestea nu necesită preparare și prezintă mai puține riscuri de siguranță decât formulele de început sub formă de pudră.

Utilizarea adecvată, depozitarea atentă și igiena ustensilelor de hrănire sunt esențiale pentru formula de început gata de utilizare. Formula de început gata de utilizare este voluminoasă și, prin urmare, costisitoare pentru transport și depozitare. La copiii cu vârsta mai mare de 6 luni, folosiți lapte lichid alternativ. Printre lactatele alternative se numără laptele integral pasteurizat de vacă, capră, oaie, cămilă sau bivoliță; laptele lichid la temperaturi foarte ridicate; laptele lichid fermentat; iaurtul.

Utilizarea formulei de început în cazul copiilor cu vârsta mai mare de 6 luni va depinde de practicile dinaintea crizei, de resursele disponibile, de sursele de lapte lichid alternativ, de caracterul adecvat al alimentelor complementare și de politica organizațiilor umanitare. Indicațiile pentru utilizarea înlocuitorilor laptelui matern pot fi pe termen scurt sau mai lung. Nu este necesară utilizarea laptelui lichid de continuare, a laptelui lichid pentru copii în creștere sau a laptelui lichid pentru copii de vârstă mică comercializat pentru copiii cu vârsta mai mare de 6 luni.

Un lucrător calificat în domeniul sănătății sau al nutriției poate determina nevoia de formule de început prin evaluare individuală, urmărire și sprijin. În cazul în care nu este posibilă o evaluare individuală, consultați autoritatea de coordonare și a organizațiilor umanitare tehnice pentru consiliere cu privire la criteriile de evaluare și direcționare. Formula de început trebuie furnizată până când copilul este alăptat la sân sau la cel puțin până la vârsta de 6 luni. Atunci când oferiți înlocuitori ai laptelui matern copiilor care au nevoie de aceștia, nu încurajați involuntar mamele care alăptează să îi folosească și ele.

Nu folosiți biberoane, acestea sunt greu de curățat. Încurajați și sprijiniți hrănirea cu ceașca.

Continuați supravegherea morbidității la nivel individual și la nivel de populație, cu accent pe diaree.

Alimentația complementară este procesul care începe atunci când laptele matern singur nu mai este suficient pentru a satisface nevoile nutriționale ale sugarilor și sunt necesare alte alimente și lichide pe lângă laptele matern. Alimentele și lichidele complementare, fie că sunt produse industrial sau preparate la nivel local, trebuie furnizate copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 și 23 de luni.

DRAFT

Carențele nutritive preexistente și existente sunt esențiale în determinarea opțiunilor de sprijin alimentar complementar. Alte considerente includ accesibilitatea și disponibilitatea unei diete nutritive, caracterul sezonier al aprovizionării cu alimente și accesul la alimente complementare de bună calitate disponibile la nivel local. Opțiunile complementare de răspuns umanitar alimentar includ:

- asistența în numerar pentru achiziționarea de alimente îmbogățite și bogate în nutrienți disponibile la nivel local;
- distribuirea de alimente bogate în nutrienți sau alimente îmbogățite;
- furnizarea de alimente îmbogățite cu micronutrienți multipli pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 23 de luni;
- fortificarea organismului la domiciliu cu suplimente de micronutrienți, cum ar fi pulberile de micronutrienți sau alte suplimente;
- programele de subzistență;
- programele de sprijin social.

Luați în considerare formarea sau transmiterea de mesaje alături de asistența în numerar, pentru a vă asigura că persoanele afectate înțeleg utilizarea optimă a numerarului pentru obținerea de rezultate nutriționale.

Suplimentarea cu micronutrienți: Copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni care nu primesc alimente îmbogățite pot avea nevoie de suplimente multiple de micronutrienți pentru a le satisface cerințele nutriționale. Sunt recomandate suplimentele de vitamina A. În zonele în care malaria este endemică, furnizați fier sub orice formă, inclusiv sub formă de pulberi cu micronutrienți, și întotdeauna în coordonare cu strategiile de diagnosticare, prevenire și tratare a malariei. Exemple de strategii de prevenire a malariei sunt furnizarea de plase de pat tratate cu insecticide și programe de control al vectorilor, diagnosticarea promptă a malariei și tratamentul cu medicamente anti-malarie eficiente. Nu furnizați fier copiilor care nu au acces la strategii de prevenire a malariei. Furnizați fier și acid folic sau suplimente multiple de micronutrienți femeilor însărcinate și celor care alăptează, în conformitate cu cele mai recente orientări.

HIV și alimentația sugarilor: Mamele care trăiesc cu HIV trebuie sprijinite să alăpteze timp de cel puțin 12 luni și până la 24 de luni sau mai mult, în timp ce primesc terapie antiretrovirală. În cazul în care medicamentele antiretrovirale nu sunt disponibile, alegeți strategia care oferă sugarilor cele mai mari șanse de supraviețuire fără HIV. Aceasta înseamnă că trebuie să se echilibreze riscurile de transmitere a virusului HIV în raport cu cauzele de deces al copiilor care nu sunt legate de HIV. Sprijiniți mamele și îngrijitorii în mod corespunzător. Prioritizați accesul accelerat la medicamente antiretrovirale ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.3: HIV.

Consiliați mamele neinfectate cu HIV care alăptează și mamele care alăptează la sân, precum și cele al căror statut HIV este necunoscut să alăpteze exclusiv la sân în primele 6 luni de viață ale copilului. După aceea, introduceți alimente complementare, continuând în același timp alăptarea până când copilul împlinește 24 de luni sau mai mult. Sugarii care au început deja să fie hrăniți cu hrană de substituție trebuie identificați și sprijiniți urgent.

Consultați politicile naționale și subnaționale existente și evaluați dacă acestea sunt în conformitate cu cele mai recente recomandări ale OMS. Determinați dacă acestea sunt adecvate pentru noul context de criză, luând în considerare modificarea expunerii la riscul de boli infecțioase altele decât HIV, durata probabilă a situației de urgență, dacă este posibilă alimentația de substituție și disponibilitatea medicamentelor antiretrovirale. Este posibil să fie necesar să se emită și să se comunice mamelor și îngrijitorilor orientări provizorii actualizate.

Violența bazată pe gen, protecția copilului și nutriția: Violența bazată pe gen, inegalitatea de gen și nutriția sunt adesea legate între ele. Violența domestică poate reprezenta o amenințare la adresa sănătății și bunăstării femeilor și a copiilor acestora. Personalul de nutriție trebuie să ofere sprijin și recomandări confidențiale pentru îngrijitorii sau copiii expuși la violența bazată pe gen sau la abuzuri. Printre alte elemente care trebuie integrate se numără consilierea, eforturile de stabilire a unor locuri de tratament adaptate femeilor și copiilor și monitorizarea periodică a ratelor de abandon și a lipsei de răspuns la tratament. Luați în considerare posibilitatea de a include asistenți sociali specializați în cazurile de violență pe bază de gen și de protecție a copilului în cadrul personalului de nutriție ⊕ *a se vedea* Principiile de protecție 3 *și* 4.

DRAFT

Urgențele de sănătate publică: În cazul crizelor de sănătate publică, luați măsuri pentru a preveni orice întrerupere a accesului la serviciile de sănătate și de sprijin pentru alimentație, pentru a asigura în continuare securitatea alimentară și mijloacele de subzistență ale gospodăriilor și pentru a reduce la minimum riscurile de transmitere a bolilor prin alăptare, precum și pentru a reduce la minimum bolile și decesele materne. Consultați ghidurile OMS, după caz, în ceea ce privește holera, Ebola și virusul Zika.

DRAFT

5. Securitatea alimentară

Putem vorbi de existența securității alimentare atunci când toți oamenii au acces fizic și economic la alimente suficiente, sigure și nutritive care să le satisfacă nevoile și preferințele alimentare pentru o viață activă și sănătoasă.

Securitatea alimentară este influențată de factori macroeconomici, sociopolitici și de mediu. Politicile, procesele sau instituțiile naționale și internaționale pot avea un impact asupra accesului persoanelor afectate la o alimentație adecvată din punct de vedere nutrițional. Degradarea mediului local și vremea din ce în ce mai variabilă și extremă cauzată de schimbările climatice afectează, de asemenea, securitatea alimentară.

În timpul unei crize umanitare, răspunsurile umanitare în materie de securitate alimentară ar trebui să vizeze satisfacerea nevoilor pe termen scurt și să reducă necesitatea ca populația afectată să adopte strategii de adaptare potențial dăunătoare. În timp, răspunsurile umanitare trebuie să protejeze și să restabilească mijloacele de subzistență, să stabilizeze sau să creeze oportunități de angajare și să contribuie la restabilirea securității alimentare pe termen lung. Acestea nu trebuie să aibă un impact negativ asupra resurselor naturale și a mediului.

Insecuritatea alimentară a gospodăriilor este una dintre cele patru cauze care stau la baza subnutriției, alături de practicile deficitare de hrănire și îngrijire, un mediu nesănătos în gospodărie și asistență medicală inadecvată.

Standardele din această secțiune iau în considerare resursele necesare pentru a satisface nevoile alimentare atât ale populației generale, cât și ale persoanelor cu risc nutrițional crescut, cum ar fi copiii cu vârsta sub 5 ani, persoanele care trăiesc cu HIV sau SIDA, vârstnicii, persoanele cu boli cronice și persoanele cu dizabilități.

Răspunsurile umanitare care vizează tratarea malnutriției vor avea un impact limitat dacă nevoile alimentare ale populației generale nu sunt satisfăcute. Situația persoanelor care se recuperează din malnutriție, dar care nu pot menține un aport alimentar adecvat, se va degrada din nou.

Alegerea celor mai eficiente și mai eficace opțiuni de răspuns umanitar în situații de criză necesită o analiză amănunțită a nevoilor dezagregate pe sexe, a preferințelor gospodăriilor, a rentabilității și eficienței costurilor, a riscurilor de protecție și a schimbărilor sezoniere. De asemenea, trebuie să fie identificate tipul și cantitatea specifică de alimente necesare și modul optim de distribuire a acestora.

Alimentele reprezintă principala cheltuială pentru gospodăriile vulnerabile. Asistența în numerar poate permite persoanelor care primesc asistență să își gestioneze mai bine resursele generale, deși acest lucru depinde de valoarea transferului furnizat. Analiza colaborativă și obiectivele programului vor ghida direcționarea, valoarea transferului și orice condiții potențiale impuse transferului.

Răspunsurile umanitare în materie de securitate alimentară trebuie să urmărească în mod progresiv să acționeze prin intermediul piețelor locale sau să le sprijine. Deciziile privind achizițiile locale, naționale sau regionale trebuie să se bazeze pe o înțelegere a piețelor, inclusiv a furnizorilor de servicii financiare și de piață. Intervențiile bazate pe piață, cum ar fi subvențiile acordate comercianților pentru reaprovizionare, pot sprijini, de asemenea, piețele ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor și Manualul MERS.

Standardul privind securitatea alimentară 5: Securitatea alimentară generală

Indivizii primesc asistență alimentară care să le asigure supraviețuirea, să le mențină demnitatea, să prevină deteriorarea bunurilor și să le consolideze reziliența.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Pe baza datelor de evaluare a securității alimentare, concepeți intervenția pentru a răspunde nevoilor imediate și luați în considerare măsuri de sprijinire, protecție, promovare și restabilire a securității alimentare.

- Luați în considerare atât opțiunile în natură, cât și în numerar pentru coșul de alimente.

2. Elaborați cât mai devreme posibil strategii de tranziție și de ieșire pentru toate programele de securitate alimentară.

- Integrați intervențiile cu răspunsurile umanitare din alte sectoare.

3. Asigurați-vă de faptul că persoanele care primesc asistență au acces la cunoștințele, competențele și serviciile necesare pentru a se adapta și pentru a-și susține mijloacele de subzistență.

4. Protejați, conservați și refaceți mediul natural împotriva degradării ulterioare.

- Luați în considerare impactul combustibilului pentru gătit asupra mediului.
- Luați în considerare strategiile privind mijloacele de subzistență care nu contribuie la defrișări sau la eroziunea solului.

5. Monitorizați nivelul de acceptare și de acces la intervențiile umanitare în materie de securitate alimentară ale diferitelor grupuri și persoane.

6. Asigurați-vă de faptul că persoanele care primesc asistență alimentară sunt consultate cu privire la elaborarea răspunsului umanitar și sunt tratate cu respect și demnitate.

- Stabiliți un mecanism pentru furnizarea de feedback.

Indicatori-cheie

Procentul de gospodării vizate cu un scor acceptabil al consumului de alimente

- >35%; dacă se furnizează ulei și zahăr, >42%.

Procentul de gospodării vizate cu un scor acceptabil al diversității alimentare

- >5 grupe principale de alimente consumate în mod regulat

Procentul de gospodării vizate care au un indice acceptabil al strategiei de adaptare

Procentul de persoane care beneficiază de asistență și care formulează plângeri sau oferă feedback negativ legat de modul în care au fost tratate

- Toate plângerile sunt monitorizate cu regularitate și se răspunde rapid la ele.

Note orientative

Contextul: Monitorizați situația mai largă a securității alimentare pentru a evalua relevanța continuă a unui răspuns umanitar. Determinați momentul în care trebuie să se elimine treptat activitățile și momentul în care trebuie să se introducă modificări sau proiecte noi și identificați necesitatea unei acțiuni de advocacy.

DRAFT

În mediul urban, luați măsuri pentru a contextualiza indicatorii privind cheltuielile alimentare ale gospodăriilor, în special în așezările aglomerate cu venituri mici. De exemplu, ponderea cheltuielilor alimentare și pragurile stabilite de aceasta pot fi mai puțin precise în context urban, deoarece cheltuielile nealimentare, cum ar fi chiria și încălzirea, sunt relativ mai mari.

Strategiile de ieșire și de tranziție: Începeți elaborarea strategiei de ieșire și de tranziție încă de la debutul programului. Înainte de a închide un program sau de a efectua o tranziție, trebuie să existe dovezi de îmbunătățire sau să existe dovezi că un alt actor își poate asuma responsabilitatea unei intervenții similare. În cazul asistenței alimentare, aceasta poate însemna înțelegerea sistemelor de protecției sociale existente sau planificate sau a sistemelor de sprijin social pe termen lung.

Programele de asistență alimentară se pot coordona cu sistemele de protecție socială sau pot pune bazele unui astfel de sistem viitor. Organizațiile umanitare pot, de asemenea, să pledeze în favoarea unor sisteme care să abordeze insecuritatea alimentară cronică, bazate pe o analiză a insecurității alimentare cronice, dacă este disponibilă ⊕ *a se vedea* Manualul MERS.

Grupurile de risc: Folosiți evaluările de risc la nivelul comunității și alte metode de monitorizare participativă pentru contracararea oricărui model care pune în pericol anumite grupuri sau persoane. De exemplu, distribuirea de combustibil și/sau de sobe eficiente din punct de vedere energetic poate reduce riscurile de agresiune fizică și sexuală pentru femei și fete. Transferurile suplimentare de numerar, în special către gospodăriile sau persoanele vulnerabile, cum ar fi gospodăriile conduse de femei și copii sau gospodăriile cu persoane cu dizabilități, pot reduce riscul de exploatare sexuală și de exploatare prin muncă a copiilor.

Structurile comunitare de sprijin: Concepeți structuri de sprijin comunitar împreună cu beneficiarii, astfel încât acestea să fie adecvate și întreținute în mod corespunzător și să aibă mai multe șanse să dureze după încheierea programului. Luați în considerare nevoile persoanelor vulnerabile în timpul proiectării. De exemplu, fetele și băieții separați sau neînsoțiți pot rata informațiile și dezvoltarea abilităților care au loc în cadrul unei familii ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind standardul umanitar de bază 4.

Sprijinul pentru mijloacele de subzistență: ⊕ *a se vedea* Standardele privind securitatea alimentară și nutriția - mijloace de subzistență 7.1 *și* 7.2, Manualul MERS și Manualul LEGS.

Impactul asupra mediului: Persoanele care locuiesc în tabere au nevoie de combustibil pentru gătit, ceea ce poate accelera defrișările locale. Luați în considerare opțiuni precum distribuția de combustibil, sobe eficiente și energie alternativă. Luați în considerare potențialele beneficii pentru mediu pe care le-ar putea aduce tichetele pentru bunuri și servicii care susțin mediul. Căutați oportunități de a schimba obiceiurile alimentare și culinare anterioare care ar fi putut cauza degradarea mediului. Luați în considerare tendințele schimbărilor climatice. Prioritizați activități care oferă ajutor pe termen scurt și reduc riscul de criză pe termen mediu și lung. De exemplu, reducerea stocurilor poate reduce la nivel local presiunea asupra pășunilor în timpul secetei ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

Accesul și acceptabilitatea: Este mai probabil ca oamenii să participe la un program care este ușor de accesat și cu activități acceptabile. Folosiți o abordare participativă în crearea intervenției implicând toți membrii populației afectate pentru a asigura o acoperire exhaustivă fără discriminare. Deși unele răspunsuri privind securitatea alimentară vizează persoanele active din punct de vedere economic, în general, răspunsurile umanitare trebuie să fie accesibile tuturor persoanelor. Pentru a depăși constrângerile la care sunt supuse grupurile de risc, colaborați în mod activ cu acestea pentru a concepe activități și pentru a crea structuri de sprijin adecvate.

DRAFT

6. Asistența alimentară

Asistența alimentară este necesară atunci când calitatea și cantitatea de alimente disponibile sau accesul la alimente nu sunt suficiente pentru a preveni mortalitatea, morbiditatea sau malnutriția excesivă. Include răspunsuri umanitare care îmbunătățesc disponibilitatea și accesul la alimente, sensibilizarea în materie de nutriție și practicile alimentare. Aceste răspunsuri trebuie, de asemenea, să protejeze și să consolideze mijloacele de subzistență ale persoanelor afectate. Opțiunile de răspuns umanitar includ alimente în natură, asistență în numerar, sprijin pentru producție și sprijin pentru piețe. Deși satisfacerea nevoilor imediate este o prioritate în etapele inițiale ale unei crize, răspunsurile umanitare trebuie să păstreze și să protejeze bunurile, să ajute la recuperarea bunurilor pierdute în timpul crizelor și să sporească rezistența la amenințările viitoare.

Asistența alimentară poate fi, de asemenea, utilizată pentru a preveni adoptarea de anumite mecanisme de adaptare negative, cum ar fi vânzarea de bunuri productive, supraexploatarea sau distrugerea resurselor naturale sau acumularea de datorii.

În cadrul programelor de asistență alimentară poate fi utilizată o gamă largă de instrumente, printre care:

- distribuțiile generale de alimente (furnizarea de alimente în natură, asistență în numerar pentru achiziționarea de alimente);
- programele de alimentație suplimentară ce acoperă întreaga populație dintr-o locație;
- programele specifice de alimentație suplimentară;
- furnizarea de servicii și materiale/materii prime relevante, inclusiv transferul de competențe sau de cunoștințe.

Distribuțiile generale de alimente oferă sprijin celor care au cea mai mare nevoie de alimente. Întrerupeți aceste distribuții atunci când persoanele care primesc asistență își pot produce sau pot avea acces la alimente prin alte mijloace. Este posibil să fie necesare măsuri tranzitorii, inclusiv asistență condiționată în numerar sau sprijin pentru mijloacele de subzistență.

Persoanele cu nevoi specifice în termeni de nutriție pot avea nevoie de hrană suplimentară în plus față de orice rație generală. Aceste persoane includ copiii cu vârste cuprinse între 6 și 59 de luni, vârstnicii, persoanele cu dizabilități, persoanele care trăiesc cu HIV și femeile însărcinate sau care alăptează. În multe situații, alimentația suplimentară salvează vieți. Hrănirea la fața locului se face doar atunci când oamenii nu au mijloacele necesare pentru a-și prepara singuri alimentele. Acest lucru poate fi necesar imediat după o criză, în timpul mișcărilor de populație sau în cazul în care condițiile de securitate i-ar pune în pericol pe beneficiarii rațiilor „de luat acasă”. De asemenea, poate fi utilizată pentru alimentația de urgență în școli, deși rațiile „de luat acasă” pot fi distribuite prin intermediul școlilor. Luați în considerare faptul că copiii care nu frecventează școala nu vor avea acces la aceste distribuții; planificați mecanisme de acces și pentru acești copii.

Asistența alimentară necesită o bună gestionare a lanțului de aprovizionare și capacități logistice pentru a gestiona eficient produsele de bază.

Gestionarea oricărui sistem de livrare de numerar trebuie să fie solidă și responsabilă, cu o monitorizare sistematică ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul pieților.

Standardul privind asistența alimentară 6.1: Cerințele nutriționale generale

Necesitățile nutriționale de bază ale persoanelor afectate, inclusiv ale celor mai vulnerabile, sunt satisfăcute.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Măsurați nivelurile de acces la alimente de calitate adecvată și într-o cantitate suficientă.

- Evaluați în mod frecvent nivelul de acces pentru a vedea dacă este stabil sau dacă este posibil să scadă.
- Evaluați accesul persoanelor afectate la piețe.

2. Concepeți programe de asistență alimentară în natură și în numerar în acord cu cerințele standard de planificare inițială pentru energie, proteine, grăsimi și micronutrienți.

- Planificați rațiile alimentare pentru a compensa diferența dintre cerințele nutriționale și ceea ce persoanele își pot asigura pe cont propriu.

3. Protejați, promovați și sprijiniți accesul persoanelor afectate la alimente nutritive și la sprijin nutrițional.

- Asigurați accesul copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 și 24 de luni la alimente complementare, precum și accesul femeilor însărcinate și a celor care alăptează la un sprijin nutrițional suplimentar.
- Asigurați-vă că familiile cu membri bolnavi cronic, persoanele care trăiesc cu HIV sau tuberculoză, vârstnicii și persoanele cu dizabilități au la dispoziție alimente nutritive adecvate și sprijin nutrițional adaptat.

Indicatori-cheie

Prevalența malnutriției în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani, dezagregată pe sexe și în funcție de dizabilitate începând cu vârsta de 24 de luni

- Utilizați sistemul de clasificare al OMS (DMA, DMD-F).
- Pentru dezagregarea în funcție de dizabilitate, utilizați modulul UNICEF/Washington Group (Grupul Washington) privind copiii.

Procentul de gospodării vizate cu un scor acceptabil al consumului de alimente

- >35%; dacă se furnizează ulei și zahăr >42%.

Procentul de gospodării vizate cu un scor acceptabil al diversității alimentare

- >5 grupe principale de alimente consumate în mod regulat

Procentul de gospodării vizate care primesc necesarul energetic alimentar minim (2.100 kCal pe persoană pe zi) și aportul zilnic recomandat de micronutrienți

Note orientative

Monitorizarea accesului la hrană: Luați în considerare variabilele, inclusiv nivelurile de securitate alimentară, accesul la piețe, mijloacele de subzistență, sănătatea și nutriția. Acest lucru va ajuta la a verifica dacă situația este stabilă sau se deteriorează și dacă sunt necesare intervenții alimentare. Utilizați indicatori indirecți precum scorul de consum alimentar sau instrumentele de diversitate alimentară.

DRAFT

Forme de asistență: Utilizați forme adecvate de asistență (în numerar, tichete sau în natură) sau o combinație a acestora pentru a asigura securitatea alimentară. În cazul în care se utilizează asistență în numerar, luați în considerare distribuirea de alimente complementare sau suplimentare pentru a răspunde nevoilor unor grupuri specifice. Analizați capacitatea piețelor de a satisface anumite nevoi nutriționale și folosiți metodologii specifice, inclusiv instrumentul de evaluare a „costului minim al unei diete sănătoase".

Proiectarea rațiilor alimentare și calitatea nutrițională: Sunt disponibile o serie de instrumente de planificare a rațiilor, de exemplu NutVal. Pentru a planifica rații generale ⊕ *a se vedea* Anexa 6: Cerințe nutriționale. Dacă o rație este concepută pentru a asigura întregul conținut energetic al dietei, atunci ea trebuie să conțină cantități adecvate din toți nutrienții. Dacă o rație asigură doar o parte din necesarul energetic al dietei, atunci poate fi proiectată folosind una dintre cele două abordări:

- În cazul în care nu se cunoaște conținutul nutritiv al celorlalte alimente disponibile pentru populație, pregătiți rația astfel încât să asigure un conținut nutritiv echilibrat, proporțional cu conținutul energetic pe care îl conține.
- Dacă se cunoaște conținutul nutritiv al celorlalte alimente disponibile pentru populație, concepeți rația astfel încât să completeze aceste alimente, suplinind lacunele nutritive.

Următoarele estimări privind nevoile nutriționale minime ale unei populații trebuie utilizate pentru planificarea rațiilor generale și ajustate în funcție de context.

- 2.100 kCal de persoană pe zi, cu 10-12% din energia totală furnizată de proteine și 17% de grăsimi ⊕ *a se vedea* Anexa 4*: Cerințe nutriționale* pentru mai multe detalii.

Asigurarea unui conținut adecvat de nutrienți în rațiile alimentare poate fi o provocare în cazul în care sunt disponibile tipuri limitate de alimente. Luați în considerare accesul la sare iodată, niacină, tiamină și riboflavină. Printre opțiunile de îmbunătățire a calității nutriționale a rației se numără îmbogățirea produselor de bază, inclusiv a alimentelor combinate îmbogățite, și încurajarea achiziționării de alimente proaspete produse la nivel local cu ajutorul tichetelor. Luați în considerare utilizarea unor produse suplimentare, cum ar fi alimentele pe bază de lipide, dense în nutrienți, gata de utilizare, sau tablete sau pulberi de micronutrienți multipli. Furnizați mesaje privind alimentația sugarilor și a copiilor de vârstă mică în situații de urgență (IYCF-E) pentru a asigura că sunt promovate practicile optime de alăptare și de alimentație complementară ⊕ *a se vedea* Standarde privind alimentația sugarilor și a copiilor de vârstă mică 4.1 *și* 4.2.

La planificarea rațiilor, consultați comunitatea pentru a ține cont de preferințele locale și culturale. Alegeți alimente care nu necesită gătire îndelungată în cazul în care există deficit de combustibil. Ori de câte ori au loc modificări ale rațiilor, împărtășiți informațiile întregii comunități cât mai devreme posibil pentru a minimiza resentimentele și pentru a limita riscul de violență în gospodărie împotriva femeilor, care pot fi învinuite pentru reducerea rațiilor. Comunicați în mod clar planul de ieșire încă de la început pentru a gestiona așteptările, a reduce anxietatea și a permite familiilor să ia decizii relevante.

Corelarea cu programele de sănătate: Asistența alimentară poate preveni deteriorarea stării de nutriție a populației afectate, în special atunci când este combinată cu măsuri de sănătate publică pentru a preveni boli precum rujeola, malaria și infecțiile parazitare⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.1: Furnizarea de servicii medicale și Standardul privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1: Prevenție.

Monitorizarea consumului de alimente: Indicatorii-cheie pentru asistența alimentară măsoară accesul la hrană, dar nu cuantifică consumul de alimente. Măsurarea directă a aportului de nutrienți nu este realistă. Măsurarea indirectă este o alternativă bună, utilizând informații din diverse surse, inclusiv disponibilitatea și utilizarea alimentelor la nivelul gospodăriilor, și monitorizând prețurile alimentelor și disponibilitatea acestora și a combustibilului pentru gătit pe piețele locale. Alte opțiuni includ examinarea planurilor de distribuire a asistenței alimentare și a registrelor, evaluarea oricărei contribuții a alimentelor provenind din flora și fauna sălbatică și efectuarea de evaluări ale securității alimentare.

DRAFT

Grupurile de risc: Atunci când se stabilesc criteriile de eligibilitate pentru asistența alimentară, este necesar să vă consultați cu diferite grupuri pentru a identifica orice nevoi speciale care ar putea fi altfel trecute cu vederea. Includeți în rația generală alimente adecvate și acceptabile, cum ar fi amestecuri de alimente îmbogățite pentru copiii mici (cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni). Printre grupurile specifice de populație care ar putea necesita atenție deosebită se numără vârstnicii, persoanele care trăiesc cu HIV, persoanele cu dizabilități și îngrijitorii care supraveghează indivizi vulnerabili, inclusiv copii.

Vârstnicii: Bolile cronice și dizabilitățile, izolarea, familiile numeroase, vremea rece și sărăcia pot reduce accesul la hrană și pot crește necesarul de nutrienți. Vârstnicii ar trebui să aibă acces ușor la sursele de hrană și la transferurile de alimente. Alimentele trebuie să fie ușor de preparat și de consumat și trebuie să satisfacă nevoile suplimentare de proteine și micronutrienți ale vârstnicilor.

Persoanele care trăiesc cu HIV: Există un risc ridicat de malnutriție pentru persoanele care trăiesc cu HIV. Acest lucru este cauzat de factori precum aportul redus de alimente, absorbția slabă a nutrienților, modificări ale metabolismului și infecții și boli cronice. Necesarul energetic al persoanelor care trăiesc cu HIV variază în funcție de stadiul infecției. Măcinarea și îmbogățirea alimentelor sau furnizarea de suplimente alimentare îmbogățite, amestecate sau speciale, sunt strategii posibile pentru îmbunătățirea accesului la o dietă adecvată. În anumite situații, poate fi oportună creșterea cantității totale a rației de hrană. Îndrumați persoanele malnutrite care trăiesc cu HIV către programe de alimentație specifice, atunci când acestea sunt disponibile.

Persoanele cu dizabilități, inclusiv persoanele cu dizabilități psihosociale, pot fi expuse unui risc deosebit de separare de membrii familiei imediate și de îngrijitorii obișnuiți în caz de criză. De asemenea, acestea se pot confrunta cu discriminarea. Reduceți aceste riscuri prin asigurarea accesului fizic la hrană, la alimente bogate în calorii și în nutrienți, și la mecanisme de hrănire. Acestea din urmă pot include furnizarea de mixere manuale, linguri și paie, sau dezvoltarea de sisteme pentru vizite la domiciliu sau de comunicare. În plus, luați în considerare faptul că este mai puțin probabilă înscrierea copiilor cu dizabilități în școli, aceștia ratând astfel programele de alimentație școlară.

Îngrijitorii: Este important să fie sprijinite persoanele care au în îngrijire indivizi vulnerabili. Îngrijitorii și cei care beneficiază de această îngrijire se pot confrunta cu bariere nutriționale specifice. De exemplu, aceștia pot avea mai puțin timp pentru a accesa hrana pentru că sunt bolnavi sau îngrijesc persoane bolnave. Este posibil să aibă o nevoie mai stringentă de menținere a practicilor de igienă. Este posibil să aibă mai puține bunuri pentru a le trazacționa în schimbul alimentelor, din cauza costurilor tratamentelor sau înmormântărilor. Aceștia se pot confrunta cu stigmatizarea socială și cu accesul redus la mecanismele de sprijin comunitar. Utilizați rețelele sociale existente pentru a instrui membrii selectați din cadrul populației în vederea sprijinirii îngrijitorilor.

DRAFT

Standardul privind asistența alimentară 6.2: Calitatea, adecvarea și acceptabilitatea alimentelor

Produsele alimentare furnizate sunt de o calitate corespunzătoare, sunt acceptabile și pot fi utilizate în mod eficient și eficace.

Acțiuni-cheie

1. Selectați alimente care sunt conforme cu standardele naționale ale guvernului gazdă și cu alte standarde de calitate acceptate la nivel internațional.

- Efectuați teste aleatorii ale stocurilor de alimente.
- Înțelegeți și respectați reglementările naționale privind primirea și utilizarea alimentelor modificate genetic când planificați utilizarea de alimente importate.

2. Alegeți un ambalaj alimentar adecvat.

- Furnizați etichete cu data producției, țara de origine, data expirării sau data limită de consum, compoziția nutrițională și instrucțiunile de preparare în formate accesibile și în limba locală, în special pentru alimentele mai puțin cunoscute sau mai puțin utilizate.

3. Evaluați accesul la apă, combustibil, cuptoare și facilități de depozitare a alimentelor.

- Furnizarea de alimente gata de consum atunci când crizele împiedică accesul la facilități de gătit.

4. Asigurați accesul la instalații adecvate de măcinare și prelucrare atunci când se furnizează cereale integrale.

- Acoperiți costurile beneficiarilor de prelucrare a cerealelor cu bani sau tichete sau folosind abordarea mai puțin preferată de a furniza cereale sau echipamente de prelucrare suplimentare.

5. Transportați și depozitați alimentele în condiții adecvate.

- Respectați standardele de gestionare a depozitării, cu verificări sistematice ale calității alimentelor.
- Măsurați cantitățile în unități consecvente și evitați schimbarea unităților și a procedurilor de măsurare pe parcursul proiectului.

Indicatori-cheie

Procentul de populație afectată care declară că alimentele furnizate sunt de o calitate adecvată și corespund preferințelor locale

Procentul de populație afectată care declară că mecanismul de primire a alimentelor a fost adecvat

Procentul de gospodării care declară că produsele alimentare primite au fost ușor de preparat și depozitat

Procentul de persoane care beneficiază de asistență și care formulează plângeri sau oferă feedback negativ legat de calitatea alimentelor

- Toate plângerile sunt monitorizate cu regularitate și se răspunde rapid la ele.

Procentul de pierderi de alimente raportate de program

- Obiectivul <0,2% din tonajul total.

Note orientative

Calitatea alimentelor: Alimentele trebuie să fie conforme cu standardele alimentare ale legislației țării gazdă. De asemenea, alimentele trebuie să fie conforme cu standardele Codex Alimentarius privind calitatea, ambalarea, etichetarea și adecvarea pentru scopul propus. Atunci când alimentele nu au calitatea necesară destinației lor, ele sunt inutilizabile. Acest lucru este valabil chiar dacă sunt destinate consumului uman. Un exemplu este atunci când calitatea făinii poate să nu permită coacerea la nivel de gospodărie, chiar dacă este sigură pentru consum. Certificatele fitosanitare sau alte certificate de inspecție trebuie să însoțească produsele alimentare achiziționate la nivel local și importate. Fumigația trebuie să utilizeze produse adecvate și să respecte proceduri stricte. Asigurați-vă că inspectorii de calitate independenți inspectează loturile de cantități mari și utilizați inspectori de calitate independenți în cazul în care există îndoieli sau dispute cu privire la calitate.

DRAFT

Asiguraţi-vă de faptul că guvernele gazdă rămân implicate cât mai mult posibil. Obţineţi informaţii privind data şi calitatea loturilor de alimente din borderourile de expediţie ale furnizorilor, rapoartele de inspecţie a controlului calităţii, etichetele ambalajelor şi rapoartele de depozitare. Creaţi o bază de date pentru certificatele de analiză (CoA) eliberate de o autoritate competentă pentru a certifica calitatea şi puritatea unui produs.

Evaluaţi disponibilitatea produselor alimentare pe pieţele locale, naţionale sau internaţionale. În cazul în care asistenţa alimentară este furnizată la nivel local, aceasta trebuie să fie durabilă şi să nu afecteze şi mai mult resursele naturale locale sau să denatureze pieţele. Integraţi în planificarea programului potenţialele constrângeri legate de aprovizionarea cu alimente.

Ambalajele alimentare: Pierderile de alimente pot fi raportate la nivel de depozit şi la punctele finale de distribuţie. Pierderile de alimente se pot datora unei ambalări necorespunzătoare în ciclul de distribuţie. Ambalajul trebuie să fie robust şi convenabil pentru manipulare, depozitare şi distribuţie. Acesta ar trebui să fie accesibil vârstnicilor, copiilor şi persoanelor cu dizabilităţi. Dacă este posibil, ambalajul trebuie să permită distribuţia directă fără a necesita o nouă măsurare sau reambalare.

Ambalajele produselor alimentare nu trebuie să conţină niciun mesaj cu motivaţii politice sau religioase sau de natură să creeze disensiuni.

Ambalajele nu trebuie să reprezinte un pericol, iar organizaţiile umanitare au responsabilitatea de a preveni contaminarea mediului înconjurător cu ambalaje de la articolele distribuite sau cumpărate cu bani sau tichete. Utilizaţi un număr minim de ambalaje (biodegradabile, dacă este posibil) şi a unor materiale adecvate la nivel local, dacă este posibil, prin promovarea unui parteneriat cu administraţia locală şi cu producătorii de materiale de ambalare. Furnizaţi recipiente pentru alimente care pot fi refolosite, reciclate sau reconvertite. Eliminaţi deşeurile de ambalaje într-un mod care să prevină degradarea mediului. Ambalajele alimentare gata de utilizare, cum ar fi ambalajele din folie de aluminiu, pot necesita controale specifice pentru o eliminare sigură.

În cazul în care există deşeuri, organizaţi campanii regulate de curăţare comunitare. Aceste campanii trebuie să facă parte din acţiunile de mobilizare şi de sensibilizare a comunităţii, mai degrabă decât să fie acţiuni de genul „bani contra muncă” ⊕ *a se vedea* Standardele pentru gestionarea deşeurilor solide WASH 5.1 *la* 5.3.

Alegerea alimentelor: În timp ce valoarea nutritivă este principalul considerent în furnizarea de asistenţă alimentară, produsele de bază trebuie să fie cunoscute de către beneficiari. De asemenea, acestea trebuie să respecte tradiţiile religioase şi culturale, inclusiv orice tabuuri alimentare pentru femeile însărcinate sau care alăptează. Consultaţi femeile şi fetele cu privire la alegerea alimentelor, deoarece, în multe medii, acestea au responsabilitatea principală pentru pregătirea alimentelor. Sprijiniţi bunicii, bărbaţii care îşi cresc singuri copiii şi tinerii responsabili de fraţii lor, deoarece accesul lor la hrană ar putea fi periclitat.

În context urban, gospodăriile au probabil acces la o gamă mai diversificată de alimente decât în mediul rural, dar calitatea dietei poate fi limitată, necesitând un sprijin nutriţional diferit.

Alimentaţia sugarului: Formulele de început donate sau subvenţionate, laptele praf, laptele lichid sau produsele lactate lichide nu trebuie distribuite ca produse separate în cadrul unei distribuţii generale de alimente. De asemenea, aceste articole nu trebuie distribuite în cadrul unui program de alimentaţie suplimentară la domiciliu ⊕ *a se vedea* Standardul privind alimentaţia sugarului şi a copilului mic 4.2.

Cerealele integrale: În cazul în care măcinarea în gospodărie este tradiţională sau există acces la mori locale, distribuiţi cereale integrale. Cerealele integrale au un termen de valabilitate mai lung decât alternativele acestora şi pot fi mai apreciate de către participanţii la program.

Asiguraţi facilităţi pentru măcinarea comercială cu extracţie redusă, care elimină germenii, uleiul şi enzimele care provoacă râncezirea. Măcinarea comercială cu extracţie redusă creşte foarte mult durata de depozitare, deşi reduce, de asemenea, conţinutul de proteine. Porumbul întreg măcinat are un termen de valabilitate de numai 6 până la 8 săptămâni, astfel încât măcinarea trebuie să aibă loc cu puţin timp înainte de consum. Cerealele măcinate necesită în mod normal un timp de gătire mai scurt. Cerinţele de măcinare pot expune

DRAFT

uneori femeile sau adolescentele unui risc sporit de exploatare. Colaborați cu femeile și fetele pentru a identifica riscurile și soluțiile, cum ar fi acordarea de sprijin pentru morile administrate de femei.

Depozitarea și prepararea alimentelor: Capacitatea de depozitare a gospodăriilor trebuie să stea la baza alegerii alimentelor oferite. Asigurați-vă că persoanele care primesc asistență înțeleg cum să evite riscurile pentru sănătatea publică asociate cu prepararea alimentelor. Asigurați cuptoare eficiente din punct de vedere energetic sau combustibili alternativi pentru a minimiza degradarea mediului.

Zonele de depozitare trebuie să fie uscate și igienice, protejate în mod corespunzător împotriva intemperiilor și lipsite de contaminare chimică sau de altă natură. Protejați zonele de depozitare împotriva dăunătorilor, cum ar fi insectele și rozătoarele. Dacă este cazul, apelați la funcționarii Ministerului Sănătății pentru a certifica calitatea alimentelor furnizate de vânzători și comercianți.

Standardul privind asistența alimentară 6.3: Direcționarea, distribuția și livrarea

Direcționarea și distribuirea asistenței alimentare răspunde nevoilor și este promptă, transparentă și sigură.

Acțiuni-cheie

1. Identificați și direcționați asistență alimentară către beneficiari pe baza nevoilor și a consultărilor cu părțile interesate corespunzătoare.

Furnizați detalii clare, făcute publice, privind criteriile de selecție a beneficiarilor care sunt acceptate atât de populația vizată, cât și de cea care nu este beneficiară, pentru a evita crearea de tensiuni și producerea de prejudicii.

- Inițiați înregistrarea formală a gospodăriilor care urmează să primească alimente de îndată ce acest lucru este fezabil și actualizați-o după caz.

2. Concepeți metode de distribuire a alimentelor sau mecanisme de distribuire directă de numerar/tichete care să fie eficiente, echitabile, sigure, accesibile și eficace.

- Consultați femeile și bărbații, inclusiv adolescenții și tinerii, și promovați participarea grupurilor potențial vulnerabile sau marginalizate.

3. Amplasați puncte de distribuție și de livrare în locuri accesibile, sigure și cât mai convenabile pentru beneficiari.

Minimizați riscurile la care sunt expuse persoanele care ajung la distribuții prin monitorizarea periodică a punctelor de control instalate pe rutele de acces sau a schimbărilor cu privire la securitate.

4. Furnizați în prealabil beneficiarilor detalii privind planul și programul de distribuire, calitatea și cantitatea rației de alimente sau valoarea în numerar sau a tichetelor primite, precum și ceea ce se intenționează să acopere.

- Programați distribuții într-un mod care să respecte timpul de călătorie și de lucru al beneficiarilor și care să acorde prioritate grupurilor de risc, după caz.
- Definiți și stabiliți mecanisme de feedback cu comunitatea înainte de distribuție.

DRAFT

Indicatori-cheie

Procentul minimizat de erori cu privire la includerea și excluderea în cadrul procesului de direcționare a asistenței

- Obiectiv <10 la sută

Distanța de la locuințe până la punctele finale de distribuție sau piețe (în cazul tichetelor sau al banilor)

- Obiectiv <5 kilometri

Procentul de persoane asistate (defalcat în funcție de sex, vârstă și dizabilitate) care declară că au avut probleme de securitate în timpul deplasării (spre și dinspre) și în locațiile programului

Numărul de cazuri raportate de exploatare sexuală sau de abuz de putere legate de practicile de distribuție sau de livrare

Procentul de cazuri de exploatare sexuală sau de abuz de putere legate de practicile de distribuție sau de livrare care sunt monitorizate

- 100%

Procentul de gospodării vizate care își cunosc corect dreptul la asistență alimentară

- Obiectiv: >50% din gospodăriile vizate

Note orientative

Direcționarea: Asigurați-vă că instrumentele și metodele de direcționare sunt adaptate la context. Direcționarea trebuie să se întindă pe toată durata intervenției, nu doar pe durata fazei inițiale. Găsirea echilibrului corect între erorile de excludere, care pot pune viața în pericol, și erorile de includere, care sunt potențial perturbatoare sau generatoare de risipă, este o sarcină complexă. În cazul crizelor cu declanșare rapidă, erorile de includere sunt mai acceptabile decât cele de excludere. Distribuțiile generale de alimente pot fi adecvate în situațiile de criză în care gospodăriile au suferit pierderi similare sau în cazul în care nu este posibilă o evaluare detaliată a direcționării din cauza lipsei de acces.

Copiii cu vârste cuprinse între 6 și 59 de luni, femeile însărcinate și cele care alăptează, persoanele care trăiesc cu HIV și alte grupuri vulnerabile pot fi vizate pentru a primi alimente suplimentare sau pot fi conectate la strategii de tratament și prevenție în materie de nutriție. Pentru persoanele care trăiesc cu HIV, acest lucru va crește aportul caloric zilnic și va sprijini respectarea tratamentului antiretroviral.

Orice program orientat trebuie să evite cu grijă să creeze stigmatizare sau discriminare. Persoanele care trăiesc cu HIV pot fi incluse, de exemplu, în distribuțiile pentru „persoanele cu boli cronice” și pot fi aprovizionate prin intermediul centrelor de sănătate în care acestea primesc îngrijire și tratament. Listele cu persoanele care trăiesc cu HIV nu trebuie să fie niciodată făcute publice sau împărtășite și, în majoritatea contextelor, liderii comunității nu trebuie să fie implicați ca agenți de selecție pentru persoanele care trăiesc cu HIV.

Agenții/comitetele de selecție: Stabiliți un contact direct cu persoanele și grupurile afectate din cadrul comunității, evitând pe cât posibil persoanele care pot exercita control asupra comunității-. Instituiți comitete de selecție care să includă reprezentanți ai următoarelor populații:

- femei și fete, bărbați și băieți, vârstnici și persoane cu dizabilități;
- comitete alese la nivel local, grupuri de femei și organizații umanitare;
- ONG-uri locale și internaționale;
- organizații de tineret;
- instituții guvernamentale locale.

DRAFT

Procesele de înregistrare: Înregistrarea poate fi dificilă în tabere, în special atunci când persoanele strămutate nu au documente de identificare. Listele de la autoritățile locale și listele de gospodării generate de comunitate pot fi utile dacă o evaluare independentă dovedește că sunt corecte și imparțiale. Încurajați implicarea femeilor afectate în procesele de înregistrare. Includeți persoanele de risc pe listele de distribuție, în special persoanele cu mobilitate redusă.

În cazul în care înregistrarea nu este posibilă în etapele inițiale ale unei crize, realizați-o de îndată ce situația s-a stabilizat. Instituiți un mecanism de feedback pentru procesul de înregistrare care să fie accesibil tuturor persoanelor afectate, inclusiv femeilor, fetelor, vârstnicilor și persoanelor cu dizabilități. Femeile au dreptul de a fi înregistrate pe numele lor. Acolo unde este posibil, consultați atât bărbații, cât și femeile, separat dacă este necesar, cu privire la cine ar trebui să colecteze fizic asistența sau să primească asistență în numerar în numele gospodăriei. Această consultare trebuie să fie bazată pe o evaluare a riscurilor.

Adoptați dispoziții speciale pentru familiile monoparentale, familiile conduse de copii și tineri, precum și pentru copiii separați sau neînsoțiți, astfel încât aceștia să poată colecta în siguranță ajutorul în numele gospodăriilor lor. Stabiliți centre de îngrijire a copiilor în apropierea punctelor de distribuție pentru a permite familiilor monoparentale și femeilor cu copii mici să colecteze ajutorul fără a-și lăsa copiii nesupravegheați. În contextele în care există familii poligame, tratați fiecare soție și copiii acesteia ca pe o familie separată.

Distribuirea rațiilor de alimente „uscate": Distribuțiile generale de alimente oferă în mod normal doar rații de alimente uscate, pe care oamenii le gătesc apoi în casele lor. Printre beneficiari se pot număra o persoană sau o gospodărie deținătoare a unei cartele de rație, un reprezentant al unui grup de gospodării, lideri tradiționali și femei sau lideri ai distribuțiilor specifice la nivel de comunitate. Frecvența distribuției trebuie să țină seama de greutatea rației de alimente și de mijloacele de care dispun beneficiarii pentru a o transporta acasă în siguranță. Poate fi necesar un sprijin specific pentru a se asigura că vârstnicii, femeile însărcinate și cele care alăptează, copiii separați și neînsoțiți, precum și persoanele cu dizabilități își pot colecta și păstra rațiile. Luați în considerare posibilitatea ca alți membri ai comunității să îi ajute sau oferiți rații mai frecvente și mai mici.

Distribuirea rațiilor de alimente „umede": În circumstanțe excepționale, cum ar fi la începutul unei crize cu declanșare rapidă, se pot folosi mese gătite sau alimente gata de consum pentru distribuțiile generale de alimente. Acest tip de rații pot fi indicate atunci când persoanele se deplasează sau atunci când transportul alimentelor acasă ar expune persoanele care primesc asistență la risc de furt, violență, abuz sau exploatare. Utilizați meniurile școlare și stimulentele alimentare pentru personalul din educație ca mecanism de distribuție în caz de urgență.

Punctele de distribuție: Atunci când localizați punctele de distribuție, luați în considerare terenul și încercați să asigurați un acces rezonabil la alte surse de asistență, cum ar fi apă curată și sigură, toalete, servicii medicale, umbră și adăpost, precum și spații sigure pentru copii și femei. Prezența punctelor de control înarmate și a activității militare trebuie să fie luată în considerare pentru a minimiza orice risc pentru civili și pentru a stabili un acces sigur la asistență. Drumurile către și de la punctele de distribuție trebuie să fie clar marcate, accesibile și utilizate frecvent de alți membri ai comunității. Luați în considerare aspectele practice și costurile de transport al produselor ⊕ *a se vedea* Principii de protecție 2.

Dezvoltați mijloace alternative de distribuție pentru a ajunge la cei care se află mai departe de punctul de distribuție sau care au dificultăți funcționale. Accesul la distribuție este o sursă obișnuită de anxietate pentru populațiile marginalizate și excluse în situații de criză. Asigurați distribuții directe către populațiile din mediul instituțional.

Planificarea distribuțiilor: Programați distribuțiile la ore care să permită deplasarea la punctele de distribuție și întoarcerea acasă în timpul zilei. Evitați situația de a rămâne afară peste noapte, ceea ce creează riscuri suplimentare. Planificați distribuțiile pentru a minimiza perturbarea activităților zilnice. Luați în considerare înființarea unor cozi rapide sau de prioritizare pentru grupurile de risc, precum și a unui birou cu un asistent social care să poată înregistra orice copil neînsoțit sau separat. Furnizați informații prealabile privind programul și distribuția prin intermediul unei game largi de mijloace de comunicare.

Siguranța în timpul distribuirii alimentelor, a tichetelor și a banilor: Luați măsuri pentru a minimiza riscurile pentru cei care participă la distribuție. Acestea includ un control adecvat al aglomerației, supravegherea

DRAFT

distribuțiilor de către personal calificat și membri ai populației afectate care să păzească ei înșiși punctele de distribuție. Dacă este necesar, implicați poliția locală. Oficialii și ofițerii de poliție trebuie informați cu privire la obiectivele transferurilor de alimente. Planificați cu atenție amenajarea amplasamentului la punctele de distribuție, astfel încât să fie sigur și accesibil pentru vârstnici, persoane cu dizabilități și persoane cu dificultăți funcționale. Informați toate echipele de distribuire a alimentelor cu privire la normele de bună conduită, inclusiv sancțiunile pentru exploatare și abuz sexual. Includeți paznici de sex feminin pentru a supraveghea descărcarea, înregistrarea, distribuirea și monitorizarea post-distribuție a alimentelor ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 7.

Furnizarea informațiilor: Afișați în mod vizibil informații privind rațiile la punctele de distribuție, în limbi și formate accesibile persoanelor care nu știu să citească sau care au dificultăți de comunicare. Informați populația prin mesaje tipărite, audio, SMS și vocale despre:

- planul de rații, în care se precizează cantitatea și tipul de rații alimentare sau valoarea în numerar/tichet și ceea ce este destinat să acopere;
- motivele pentru orice modificări față de planurile anterioare (calendarul, cantitatea, articolele, altele);
- planul de distribuție;
- calitatea nutrițională a produselor alimentare și, dacă este necesar, orice atenție specială solicitată de beneficiari pentru a proteja valoarea nutrițională a acestora;
- cerințele pentru manipularea și utilizarea în condiții de siguranță a alimentelor;
- informații specifice pentru utilizarea optimă a alimentelor pentru copii;
- opțiuni pentru a obține mai multe informații sau pentru a oferi feedback.

În cazul asistenței în numerar, valoarea transferului trebuie inclusă în informațiile privind rațiile. Informațiile pot fi furnizate la punctul de distribuție, afișate la punctul de încasare sau la locul unde se pot valorifica tichetele, sau într-un pliant în limba locală.

Modificări ale alimentelor oferite: Modificările rațiilor sau ale valorii de transfer pentru asistența în numerar se pot produce din cauza lipsei de alimente disponibile, a lipsei de finanțare sau din alte motive. Atunci când se întâmplă acest lucru, transmiteți aceste schimbări beneficiarilor prin intermediul comitetelor de distribuție, al liderilor comunității și al organizațiilor reprezentative. Elaborați un plan de acțiune comun înainte de distribuiri. Comitetul de distribuție trebuie să informeze populația cu privire la modificări, la motivele care stau la baza acestora, precum și la data și planul de reluare a rațiilor normale. Opțiunile includ:

- reducerea rațiilor pentru toți beneficiarii;
- acordarea unei rații complete pentru persoanele vulnerabile și a unei rații reduse pentru populația generală;
- amânarea distribuirii (în ultimă instanță).

Monitorizarea distribuției și a livrării: Monitorizați în mod regulat alimentele prin cântărirea aleatorie a rațiilor colectate de către gospodării pentru a măsura acuratețea și echitatea distribuției. Intervievați beneficiarii și asigurați-vă de faptul că eșantionul de interviuri include un număr egal de femei și bărbați, inclusiv adolescenți și tineri, persoane cu dizabilități și vârstnici. Vizitele aleatorii efectuate de o echipă de intervievare formată din cel puțin un bărbat și o femeie pot ajuta la determinarea acceptabilității și utilității rației. Aceste vizite pot identifica persoanele care îndeplinesc criteriile de selecție, dar care nu primesc asistență alimentară. Aceste vizite pot identifica, de asemenea, alimentele primite din altă parte, sursa și utilizarea lor. Vizitele pot identifica posibila utilizare a forței pentru rechiziționare, recrutare forțată sau exploatare sexuală sau de altă natură ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.

Standardul privind asistența alimentară 6.4: Utilizarea alimentelor

DRAFT

Depozitarea, prepararea și consumul de alimente sunt sigure și adecvate atât la nivelul gospodăriilor, cât și la nivelul comunității.

Acțiuni-cheie

1. Protejați persoanele care primesc asistență împotriva manipulării sau preparării necorespunzătoare a alimentelor.

- Informați populația cu privire la importanța igienei alimentare și promovați bunele practici de igienă în manipularea alimentelor.
- În cazul în care sunt furnizate rații gătite, instruiți personalul cu privire la depozitarea, manipularea și prepararea alimentelor în condiții de siguranță și la potențialele pericole pentru sănătate pe care le prezintă practicile necorespunzătoare.

2. Consultați și consiliați persoanele asistate cu privire la depozitarea, prepararea, gătitul și consumul de alimente.

3. Asigurați-vă de faptul că gospodăriile au acces în condiții de siguranță la ustensile de gătit adecvate, la combustibil, la cuptoare eficiente din punct de vedere energetic, la apă curată și la materiale de igienă.

4. Asigurați-vă de faptul că persoanele care nu își pot pregăti singure hrana sau nu se pot hrăni au acces la îngrijitori care le pot ajuta, atunci când este posibil și adecvat.

5. Monitorizați modul în care sunt utilizate resursele alimentare în cadrul gospodăriei.

Indicatori-cheie

Numărul de cazuri raportate de riscuri pentru sănătate cauzate de alimentele distribuite

Procentul de gospodării capabile să depoziteze și să pregătească alimentele în condiții de siguranță

Procentul de gospodării vizate care pot descrie trei sau mai multe mesaje de conștientizare privind igiena

Procentul de gospodării vizate care declară că au acces la ustensile de gătit, combustibil, apă potabilă și materiale de igienă adecvate

Note orientative

Igiena alimentară: Crizele pot perturba practicile normale de igienă ale oamenilor. Promovați practicile de igienă alimentară care sunt adaptate la condițiile locale și la tiparele bolilor. Subliniați importanța evitării contaminării apei, a controlului dăunătorilor și a spălării mâinilor înainte de a manipula alimentele. Informați persoanele care primesc alimente cu privire la depozitarea în siguranță a alimentelor la nivelul gospodăriei ⊕ *a se vedea* Standarde privind promovarea igienei WASH.

Prelucrarea și depozitarea alimentelor: Accesul la instalații de prelucrare a alimentelor, cum ar fi mori de măcinat cereale, permite oamenilor să pregătească alimente în forma pe care o doresc și economisește timp pentru alte activități productive. În cazul în care se oferă produse alimentare perisabile, luați în considerare existența unor facilități adecvate pentru depozitarea acestora, cum ar fi containere etanșe, frigidere și congelatoare. Căldura, frigul și umiditatea influențează depozitarea alimentelor perisabile.

Printre persoanele care pot avea nevoie de asistență pentru depozitare, gătit și hrănire se numără copiii mici, vârstnicii, persoanele cu dizabilități și persoanele care trăiesc cu HIV. Este posibil să fie necesare programe de

DRAFT

informare sau sprijin suplimentar pentru persoanele care au dificultăți în asigurarea hranei pentru persoanele aflate în întreținerea lor, cum ar fi părinții cu dizabilități.

Monitorizarea consumului de alimente în interiorul gospodăriei: Organizațiile umanitare trebuie să monitorizeze și să evalueze utilizarea alimentelor în interiorul casei, precum și caracterul adecvat și suficient al acestora. La nivelul gospodăriei, produsele alimentare pot fi fie consumate conform destinației, fie comercializate sau schimbate. Scopul schimbului ar putea fi acela de a avea acces la alte produse alimentare preferențiale, la produse nealimentare sau la plata unor servicii, cum ar fi taxele școlare sau facturile medicale. Evaluarea alocării în cadrul gospodăriilor ar trebui, de asemenea, să monitorizeze utilizarea alimentelor în funcție de sex, vârstă și dizabilitate.

Utilizarea numerarului și a tichetelor: Este important să se gestioneze riscul de cumpărare excesivă atunci când gospodăriile primesc bani sau tichete. Pregătiți comercianții și persoanele care primesc asistență înainte de distribuție, în timpul distribuției și după distribuție. De exemplu, luați în considerare dacă alimentele vor fi disponibile pe tot parcursul lunii sau dacă este mai adecvată eșalonarea distribuțiilor pe parcursul unei luni. Tichetele pot fi emise cu valori nominale mici care pot fi valorificate săptămânal, dacă este cazul. Același principiu trebuie să se aplice și în cazul numerarului care poate fi valorificat prin intermediul bancomatelor automate sau al altor forme de plată digitală sau manuală.

DRAFT

7. Mijloacele de subzistență

Capacitatea oamenilor de a-și proteja mijloacele de subzistență este direct legată de vulnerabilitatea lor la crize. Înțelegerea vulnerabilităților înainte, în timpul și după o criză facilitează furnizarea de asistență adecvată și identificarea modului în care comunitățile pot să se reabiliteze și să își îmbunătățească mijloacele de subzistență.

Crizele pot perturba mulți dintre factorii pe care oamenii se bazează pentru a-și menține mijloacele de subzistență. Persoanele afectate de crize își pot pierde locurile de muncă sau pot fi nevoite să își abandoneze terenurile sau sursele de apă. De asemenea, bunurile pot fi distruse, contaminate sau furate în timpul conflictelor sau al dezastrelor naturale. Piețele pot înceta să funcționeze.

În fazele inițiale ale unei crize, satisfacerea nevoilor de bază pentru supraviețuire este prioritară. Cu toate acestea, în timp, reabilitarea sistemelor, abilităților și capacităților care susțin mijloacele de subzistență va ajuta, de asemenea, persoanele să se recupereze cu demnitate. Promovarea mijloacelor de subzistență în rândul refugiaților prezintă adesea provocări unice, cum ar fi plasarea acestora în tabere sau cadrele legale și politice restrictive din țările de azil.

Cei care produc alimente au nevoie de acces la terenuri, apă, animale, servicii de sprijin și piețe care pot susține producția. Aceștia trebuie să dispună de mijloacele necesare pentru a continua producția fără a compromite alte resurse, persoane sau sisteme ⊕ *a se vedea* Manualul LEGS.

În zonele urbane, este probabil ca impactul unei crize asupra mijloacelor de subzistență să fie diferit de cel din zonele rurale. Componența gospodăriei, aptitudinile, dizabilitățile și educația vor determina măsura în care oamenii pot participa la diferite activități economice. În general, persoanele mai sărace din mediul urban au o gamă mai puțin diversificată de strategii de adaptare a mijloacelor de subzistență decât omologii lor din zonele rurale. De exemplu, în unele țări, aceștia nu au acces la teren pentru agricultură.

Consultarea celor care și-au pierdut mijloacele de subzistență și a celor care influențează modul în care ar putea fi create noi oportunități va contribui la stabilirea priorităților unui răspuns umanitar privind mijloacele de subzistență. Aceasta trebuie să reflecte o analiză a piețelor forței de muncă, a serviciilor și a piețelor de produse asociate. Toate intervențiile privind mijloacele de subzistență trebuie să aibă în vedere modul de utilizare și/sau de sprijinire a piețelor locale ⊕ *a se vedea* Manualul MERS.

DRAFT

Standardul privind mijloacele de subzistență 7.1: Producția primară

Mecanismele de producție primară beneficiază de protecție și sprijin.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați accesul fermierilor la factori de producție și/sau la bunuri.

- Utilizați banii în numerar sau tichete acolo unde piețele sunt funcționale și pot fi sprijinite pentru a se redresa, pentru a le oferi fermierilor flexibilitatea de a selecta factorii de producție preferați și semințele, efectivele piscicole sau speciile de animale preferate.
- Introduceți noi tehnologii după o criză numai dacă acestea au fost testate sau adaptate la contexte similare.

2. Furnizați factori de producție care sunt acceptabili la nivel local, sunt conformi cu normele de calitate corespunzătoare și sunt livrați la timp pentru cea mai bună utilizare sezonieră.

Favorizați furaje pentru animale adecvate la nivel local și soiuri de culturi locale care sunt deja utilizate și solicitate pentru sezonul următor.

3. Asigurați-vă de faptul că factorii de producție și serviciile nu sporesc vulnerabilitatea beneficiarilor și nu creează conflicte în cadrul comunității.

- Evaluați concurența potențială pentru resursele naturale limitate (cum ar fi pământul sau apa), precum și potențialele efecte negative aduse rețelelor sociale existente.

4. Implicați în mod echitabil bărbații și femeile afectați în planificarea, luarea deciziilor, implementarea și monitorizarea răspunsurilor umanitare în domeniul producției primare.

5. Formați producătorii implicați în agricultură, pescuit, acvacultură, silvicultură și creșterea animalelor în ceea ce privește practicile de producție și gestionare durabile.

6. Evaluați piața și stimulați cererea pentru culturile, legumele și alte produse agricole produse la nivel local.

Indicatori-cheie

Modificarea procentuală a producției generate de populația vizată (sursă de hrană sau de venit) în comparație cu un an normal

Procentul de gospodării care declară că au acces la spații de depozitare adecvate pentru producția lor

Procentul de gospodării vizate cu acces fizic îmbunătățit la piețe funcționale datorită intervențiilor programului

Note orientative

Strategiile de producție: Strategiile de producție trebuie să aibă o șansă rezonabilă de a se dezvolta și de a reuși în context. Acest lucru poate depinde de mulți factori, inclusiv de accesul la:

- suficiente resurse naturale, forță de muncă, factori de producție agricolă și capital financiar;
- varietăți de semințe de bună calitate care sunt adaptate la condițiile locale;
- animale productive, care reprezintă un activ esențial pentru securitatea alimentară ⊕ *a se vedea* Manualul LEGS.

În plus, strategiile trebuie să ia în considerare abilitățile existente în materie de mijloace de subzistență, preferințele comunității, mediul fizic și potențialul de extindere.

Promovați diverse activități de subzistență în cadrul unei zone locale, prevenind în același timp utilizarea excesivă a resurselor naturale. Deteriorarea mediului nu numai că sporește riscul unei crize, dar contribuie și la tensiunile dintre comunități. Intervențiile privind mijloacele de subzistență trebuie să promoveze adaptarea la schimbările climatice acolo unde este posibil, cum ar fi selectarea unor soiuri de semințe adaptate.

Preveniți exploatarea prin muncă a copiilor în cadrul inițiativelor de asigurare a mijloacelor de subzistență. Conștientizați impactul indirect al programelor privind mijloacele de subzistență asupra copiilor, cum ar fi absenteismul școlar pentru că aceștia trebuie să întrețină gospodăria în timp ce un părinte lucrează.

Energia: Luați în considerare necesarul de energie pentru munca mecanizată, prelucrarea alimentelor, comunicații, lanțuri frigorifice pentru conservarea alimentelor și dispozitive de ardere eficiente.

DRAFT

Îmbunătățirile: Luați în considerare introducerea unor soiuri de culturi îmbunătățite, a unor specii de animale sau de pești, a unor noi instrumente, îngrășăminte sau practici de gestionare inovatoare. Consolidați producția alimentară pe baza menținerii modelelor de dinaintea crizei și/sau a legăturilor cu planurile naționale de dezvoltare.

Noi tehnologii: Producătorii și consumatorii locali trebuie să înțeleagă și să accepte implicațiile noilor tehnologii pentru sistemele locale de producție, practicile culturale și mediul natural înainte de a le adopta. Atunci când introduceți noi tehnologii, asigurați consultări, informații și formare corespunzătoare în cadrul comunității. Asigurați accesul pentru grupurile expuse riscului de discriminare (inclusiv femeile, vârstnicii, minoritățile și persoanele cu dizabilități). Dacă este posibil, coordonați-vă cu experții în mijloace de subzistență și cu ministerele guvernamentale. Asigurați un sprijin tehnologic continuu, accesibilitatea viitoare a tehnologiei și evaluarea viabilității comerciale a acesteia.

Asistența în numerar sau credit: Poate fi utilizată la târgurile de semințe și de animale. Înțelegeți consecințele potențiale ale unei abordări alese asupra nutriției persoanelor, luând în considerare dacă aceasta le permite oamenilor să producă singuri alimente bogate în nutrienți sau dacă le furnizează bani pentru a cumpăra alimente. Evaluați fezabilitatea asistenței în numerar pentru achiziționarea de factori de producție, luând în considerare disponibilitatea bunurilor, accesul la piețe și existența unui mecanism de transfer de numerar sigur, accesibil și sensibil la dimensiunea de gen ⊕ *a se vedea* Manualul MERS și Manualul LEGS.

Caracterul sezonier și fluctuațiile de preț: Furnizați factori de producție agricolă și servicii veterinare care să coincidă cu sezoanele agricole și zootehnice relevante. De exemplu, furnizați semințe și unelte înainte de sezonul de plantare. Reducerea efectivului de animale în timpul secetei trebuie să se facă înainte de apariția unei mortalități excesive a animalelor. Refacerea efectivului trebuie să înceapă atunci când probabilitatea de a se întâmpla acest lucru este ridicată, de exemplu după următorul sezon ploios. Atunci când este necesar, furnizați asistență alimentară pentru a proteja semințele și factorii de producție. Asigurați-vă ca factorii de producție sunt sensibili la diferitele capacități, nevoi și riscuri ale mai multor grupuri, inclusiv ale femeilor și ale persoanelor cu dizabilități. Fluctuațiile sezoniere extreme ale prețurilor afectează în mod negativ producătorii agricoli săraci care își vând produsele imediat după recoltă, când prețurile sunt cele mai scăzute. Aceste fluctuații au, de asemenea, un impact negativ asupra proprietarilor de animale care trebuie să vândă în timpul secetei. În schimb, consumatorii care au un venit disponibil limitat nu își pot permite să investească în stocuri de alimente. Aceștia depind de achiziții mici, dar frecvente. Prin urmare, cumpără alimente chiar și atunci când prețurile sunt ridicate, cum ar fi în timpul unei secete. Pentru îndrumare în domeniul zootehnic ⊕ *a se vedea* Manualul LEGS.

Semințele: Fermierii și experții agricoli locali trebuie să aprobe varietățile specifice. Semințele trebuie să corespundă agroecologiei locale și condițiilor de gestionare ale fermierilor. De asemenea, acestea trebuie să fie rezistente la boli și să reziste la condiții meteorologice potențial dure din cauza schimbărilor climatice. Testați calitatea semințelor provenite din afara regiunii și verificați dacă acestea sunt adecvate pentru condițiile locale. Asigurați accesul fermierilor la o serie de culturi și soiuri în orice intervenție legată de semințe. Acest lucru le permite să stabilească ceea ce este cel mai bine pentru sistemul lor agricol specific. De exemplu, agricultorii care cultivă porumb pot prefera semințele hibride în locul soiurilor locale. Respectați politicile guvernamentale privind semințele hibride. Nu distribuiți semințe modificate genetic fără aprobarea autorităților locale. Informați fermierii dacă li se furnizează semințe modificate genetic. În cazul în care fermierii folosesc tichete sau frecventează târgurile de semințe, încurajați-i să cumpere semințe de la furnizorii locali oficiali. Fermierii pot prefera soiurile tradiționale care sunt adaptate la contextul local. Acestea vor fi cu siguranță disponibile la un preț mai mic, ceea ce înseamnă că vor primi mai multe semințe pentru aceeași valoare a tichetului.

Tensiunile comunitare și riscurile de securitate: Pot apărea tensiuni între populația strămutată și populația locală sau în cadrul comunității afectate atunci când producția necesită o schimbare în ceea ce privește accesul la resursele naturale disponibile. Concurența pentru apă sau terenuri poate duce la restricții în utilizarea acestora. Este posibil ca producția primară de alimente să nu fie viabilă dacă există o penurie de resurse naturale vitale pe termen lung. De asemenea, aceasta nu este fezabilă dacă există o lipsă de acces pentru anumite populații, cum ar fi persoanele care nu dețin teren. Furnizarea de factori de producție gratuiți poate, de asemenea, să perturbe sprijinul social tradițional, să compromită mecanismele de redistribuire sau să afecteze operatorii din sectorul privat. Acest lucru poate crea tensiuni și poate reduce accesul viitor la factori de producție ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1.

DRAFT

Lanțul de aprovizionare: Utilizați lanțurile de aprovizionare existente la nivel local și verificabile pentru a obține factori de producție și servicii pentru producția de alimente, cum ar fi serviciile veterinare și semințele. Pentru a sprijini sectorul privat local, folosiți mecanisme, cum ar fi banii în numerar sau tichetele, care leagă direct producătorii primari de furnizori. În stabilirea de sisteme de achiziții locale, luați în considerare disponibilitatea factorilor de producție adecvați și capacitatea furnizorilor de a crește oferta. Evaluați riscul de inflație și durabilitatea calității factorilor de producție. Monitorizați și atenuați efectele negative ale răspunsurilor umanitare asupra prețurilor de pe piață, inclusiv achizițiile și distribuția de alimente la scară largă sau localizate. Luați în considerare efectele achizițiilor de alimente locale și ale importurilor asupra economiilor locale. La colaborarea cu sectorul privat, identificați și abordați inegalitățile de gen și împărțiți în mod echitabil profitul ⊕ *a se vedea* Manualul MERS.

Monitorizați dacă producătorii utilizează efectiv factorii de producție, în modul prevăzut. Revizuiți calitatea factorilor de producție în ceea ce privește performanța, acceptabilitatea și preferințele producătorilor. Evaluați modul în care proiectul a afectat disponibilitatea alimentelor la nivelul gospodăriilor. De exemplu, luați în considerare cantitatea și calitatea alimentelor care sunt depozitate, consumate, comercializate sau donate. În cazul în care proiectul vizează creșterea producției unui anumit tip de alimente (produse de origine animală/pește sau leguminoase bogate în proteine), investigați utilizarea acestor produse de către gospodării. Includeți o analiză a beneficiilor pentru diferiți membri ai gospodăriei, cum ar fi femeile, copiii, vârstnicii și persoanele cu dizabilități.

Depozitarea după recoltare: O proporție semnificativă de produse (o medie estimată de 30%) este inutilizabilă după recoltare, din cauza pierderilor. Sprijiniți persoanele afectate pentru a minimiza pierderile prin gestionarea manipulării, depozitării, prelucrării, ambalării, transportului, comercializării și a altor activități post-recoltă. Acordați-le acestora consiliere și posibilitatea de a-și depozita recolta pentru a evita umiditatea și aflatoxinele produse de ciuperci. —Ajutați-i să își prelucreze culturile, în special cerealele.

Standardul privind mijloacele de subzistență 7.2: Venitul și ocuparea forței de muncă

Femeile și bărbații beneficiază de acces egal la oportunități adecvate de obținere a veniturilor, în cazul în care generarea de venituri și ocuparea forței de muncă reprezintă strategii fezabile de subzistență.

Acțiuni-cheie

1. Întemeiați deciziile privind activitățile generatoare de venit pe o evaluare a pieței sensibilă la gen.

- Reduceți riscul de subnutriție și alte riscuri pentru sănătatea publică, asigurându-vă că participarea la oportunitățile de obținere a unui venit nu subminează îngrijirea copiilor sau alte responsabilități de îngrijire.
- Fiți conștienți de costul muncii pentru membrii comunității și de salariul minim legal pentru munca necalificată și calificată.

2. Alegeți tipurile de plată (în natură, în numerar, tichete, alimente sau o combinație) pe baza unei analize participative.

- Înțelegeți capacitățile locale, beneficiile în materie de siguranță și protecție, nevoile imediate, accesul echitabil, sistemele de piață existente și preferințele persoanelor afectate.

3. Stabiliți nivelul de plată în funcție de tipul de muncă, de normele locale, de obiectivele de refacere a mijloacelor de subzistență și de nivelurile de plată aprobate în vigoare în regiune.

DRAFT

- Luați în considerare măsuri de siguranță, cum ar fi transferurile necondiționate de bani și alimente pentru gospodăriile care nu pot participa la programele de muncă.

4. Adoptați și mențineți medii de lucru favorabile incluziunii, sigure și securizate.

- Monitorizați riscul de hărțuire sexuală, discriminare, exploatare și abuz la locul de muncă și răspundeți în mod rapid la plângeri.

5. Promovați parteneriate cu sectorul privat și cu alte părți interesate pentru a crea oportunități durabile de ocupare a forței de muncă.

- Asigurați resurse de capital în mod echitabil pentru a facilita refacerea mijloacelor de subzistență.

6. Alegeți opțiuni sensibile la mediu pentru generarea de venituri ori de câte ori este posibil.

Indicatori-cheie

Procentul din populația țintă care își îmbunătățește venitul net pe parcursul unei perioade definite

Procentul de gospodării cu acces la credite

Procentul populației țintă care își diversifică activitățile generatoare de venit

Procentul din populația țintă angajată (sau care desfășoară o activitate independentă) în activități durabile de subzistență pentru o perioadă de timp definită (6-12 luni)

Procentul populației afectate care are acces fizic și economic la piețe funcționale și/sau la alte servicii de susținere a mijloacelor de subzistență (formale sau informale)

Note orientative

Analiza: O analiză a forței de muncă și a pieței care să țină seama de dimensiunea de gen este fundamentală pentru a justifica și a defini activitățile, pentru a promova redresarea și reziliența și pentru a susține rezultatele. Înțelegerea rolurilor și responsabilităților gospodăriei este esențială pentru a aborda orice costuri de oportunitate, cum ar fi îngrijirea copiilor sau a vârstnicilor, sau accesul la alte servicii, cum ar fi educația sau asistența medicală.

Utilizați instrumentele existente pentru a înțelege piețele și sistemele economice. Răspunsurile umanitare în materie de securitate alimentară trebuie să se bazeze pe funcțiile pieței înainte și după criză și pe potențialul acestora de a îmbunătăți condițiile de viață ale persoanelor sărace. Discutați alternativele sau adaptările pentru grupurile de risc (cum ar fi tinerii, persoanele cu dizabilități, femeile însărcinate sau vârstnicii) din cadrul grupului țintă. Analizați competențele, experiența și capacitățile acestora, precum și riscurile potențiale și strategiile de atenuare. Efectuați o anchetă pentru a vedea dacă membrii gospodăriei migrează în mod normal pentru muncă sezonieră. Înțelegeți modul în care diferite grupuri ale populației afectate pot avea un acces limitat la piețe și la oportunitățile de subzistență și sprijiniți-i pentru a avea acces la acestea.

Măsurile de sprijin social: Este posibil ca unele femei și bărbați să nu poată participa la activități generatoare de venit, cum ar fi un cuplu în vârstă. Criza în sine poate face imposibilă participarea altora la ocuparea unui loc de muncă din cauza schimbărilor în ceea ce privește responsabilitățile sau starea de sănătate. Măsurile de sprijin social pe termen scurt pot susține astfel de cazuri, bazându-se pe sistemele naționale de protecție socială existente. Recomandați noi măsuri de sprijin social acolo unde este necesar. Furnizarea de măsuri de sprijin social trebuie să susțină distribuirea echitabilă a resurselor, cu asigurarea faptului că femeile și fetele au acces direct la resurse, acolo unde este cazul. În același timp, colaborați cu beneficiarii măsurilor de sprijin social pentru găsirea modalităților de tranziție către activități generatoare de venituri sigure și durabile. Ori de

DRAFT

câte ori este posibil, răspunsurile umanitare bazate pe numerar trebuie să fie legate de programele de sprijin social existente, ca parte a sustenabilității și a strategiei de protecție socială.

Plățile: Efectuați o analiză de piață înainte de a implementa un program de muncă remunerată. Plata poate fi în numerar sau sub formă de alimente sau o combinație a acestora și trebuie să permită gospodăriilor cu insecuritate alimentară să își satisfacă nevoile. Comunicați obiectivele proiectului, așteptările organizației umanitare față de lucrători, condițiile în care oamenii vor lucra, precum și valoarea și procesul de plată.

Faceți din plată un stimulent pentru ca oamenii să își îmbunătățească propria situație, mai degrabă decât o compensație pentru orice muncă în comunitate. Luați în considerare nevoile de cumpărare ale oamenilor și impactul oferirii de bani sau alimente pentru a crea un venit în gospodărie pentru a satisface nevoile de bază, cum ar fi educația, asistența medicală și obligațiile sociale. Decideți tipul și nivelul plății de la caz la caz. Monitorizați activitățile pentru a vă asigura că toate femeile și toți bărbații sunt plătiți în mod egal pentru unitățile de muncă convenite și că nu există discriminare împotriva unor grupuri specifice.

Luați în considerare impactul valorilor de revânzare pe piețele locale în cazul în care plata este în natură și este oferită ca un transfer de venituri. Noile activități generatoare de venituri trebuie să consolideze mai degrabă decât să înlocuiască gama existentă de surse de venit. Plățile nu trebuie să aibă un impact negativ asupra piețelor locale ale forței de muncă, de exemplu, prin provocarea unei inflații salariale, prin deturnarea forței de muncă de la alte activități sau prin subminarea serviciilor publice esențiale.

Puterea de cumpărare: Furnizarea de numerar poate avea efecte pozitive de multiplicare în economiile locale, dar poate provoca, de asemenea, o inflație locală pentru bunuri esențiale. Distribuția alimentelor poate afecta, de asemenea, puterea de cumpărare a persoanelor care primesc asistență. Puterea de cumpărare asociată cu un anumit aliment sau combinație de alimente influențează dacă gospodăria beneficiarului consumă sau vinde acel aliment. Unele mărfuri (cum ar fi petrolul) sunt mai ușor de vândut la un preț bun decât altele (cum ar fi alimentele amestecate). Înțelegeți vânzările și achizițiile de alimente în gospodării prin intermediul evaluării impactului mai larg al intervențiilor de distribuție de alimente.

Siguranța la locul de muncă: Utilizați proceduri concrete pentru reducerea la minimum a riscului pentru sănătatea publică sau pentru tratarea rănilor. De exemplu, asigurați formare, îmbrăcăminte de protecție și truse de prim ajutor, dacă este necesar. Minimizați riscul de expunere la boli transmisibile și la HIV. Stabiliți căi de acces sigure la locurile de muncă, punând la dispoziția lucrătorilor lanterne în cazul în care traseul nu este bine iluminat. Folosiți clopoței, fluiere și stații radio pentru a avertiza asupra amenințărilor. Încurajați călătoriile în grupuri și evitarea deplasărilor după lăsarea întunericului. Asigurați-vă că toți participanții sunt conștienți de procedurile de urgență și că pot accesa sistemele de avertizare rapidă. Femeile și fetele trebuie să fie protejate în mod egal, iar orice norme discriminatorii la locul de muncă trebuie examinate.

Gestionarea sarcinilor casnice și familiale: Discutați în mod regulat cu persoanele afectate, inclusiv cu femeile și bărbații separat, pentru a afla preferințele și prioritățile acestora în ceea ce privește generarea de venituri, oportunitățile de muncă în schimbul banilor și alte nevoi ale gospodăriei și ale familiei. Discutați despre volumul de muncă și despre orice tensiuni accentuate în cadrul familiei ca urmare a schimbărilor în rolurile tradiționale de gen și a controlului sporit al femeilor asupra bunurilor.

Programele de activități de tipul „bani pentru muncă” trebuie să țină cont de condiția fizică și de rutina zilnică a bărbaților și femeilor și să fie adecvate din punct de vedere cultural. De exemplu, acestea trebuie să ia în considerare orele de rugăciune și sărbătorile legale. Orele de lucru nu trebuie să fie nerezonabile ori contradictorii în ceea ce privește disponibilitatea persoanelor. Intervențiile nu trebuie să deturneze resursele gospodăriilor de la activitățile productive existente și nici nu trebuie să afecteze în mod negativ accesul la alte locuri de muncă sau la educație. Participarea la generarea de venituri trebuie să respecte legislația națională privind vârsta minimă de angajare. Aceasta nu este, de obicei, mai mică decât vârsta de absolvire a învățământului obligatoriu. În cazul în care la intervenție participă îngrijitori cu copii mici, se recomandă existența, la locul de muncă, a unor facilități de îngrijire a copiilor dotate cu buget corespunzător.

Managementul mediului: Sprijiniți implicarea persoanelor în activități de mediu, cum ar fi plantarea de copaci, curățarea taberelor și reabilitarea mediului prin programe cu produse alimentare și intervenții „bani contra muncă”. Deși temporare, aceste activități vor spori implicarea oamenilor în ceea ce privește mediul înconjurător.

DRAFT

Luați în considerare accesibilitatea și siguranța mediului de lucru. Asigurați-vă că molozul care urmează să fie curățat nu conține materiale periculoase. Intervențiile „bani contra muncă” nu trebuie să implice niciun fel de curățare a amplasamentelor industriale sau de deșeurilor.

Asigurați promovarea producției de materiale de construcție durabile din punct de vedere ecologic ca activitate generatoare de venituri și oferiți formare profesională asociată. Instruiți persoanele implicate și încurajați compostarea deșeurilor biodegradabile pentru folosirea ca îngrășământ.

Sectorul privat: Sectorul privat poate juca un rol important în facilitarea protecției și refacerii mijloacelor de subzistență. Acolo unde este posibil, stabiliți parteneriate pentru a crea oportunități de angajare. Aceste parteneriate pot contribui, de asemenea, la crearea și dezvoltarea microîntreprinderilor și a întreprinderilor mici și mijlocii. Incubatoarele de afaceri și tehnologice pot oferi capital financiar și oportunități de transfer de cunoștințe ⊕ *a se vedea* Manualul MERS.

DRAFT

Anexa 1
Listă de verificare pentru evaluarea securității alimentare și a mijloacelor de subzistență

Evaluările privind securitatea alimentară clasifică adesea, în linii mari, persoanele afectate în grupe de mijloace de subzistență, în funcție de sursele și strategiile lor de obținere a veniturilor sau a hranei. Aceasta poate include, de asemenea, o defalcare a populației în funcție de grupurile sau nivelurile de bunăstare. Este important de comparat situația actuală cu istoricul securității alimentare de dinaintea crizei. Utilizați „media anilor normali" ca bază de referință. Luați în considerare rolurile și vulnerabilităților specifice ale femeilor și bărbaților, precum și implicarea acestora pentru securitatea alimentară a gospodăriei.

Următoarele întrebări din lista de verificare acoperă domeniile generale care trebuie luate în considerare în cadrul unei evaluări a securității alimentare.

Securitatea alimentară a grupurilor cu aceleași mijloace de subzistență

- Există grupuri în cadrul populației care împărtășesc aceleași strategii de subzistență? Cum pot fi acestea clasificate în funcție de principalele lor surse de hrană sau de venit?

Securitatea alimentară înainte de criză (valoare de referință)

- Cum și-au procurat diferitele grupuri de mijloace de subzistență hrana sau veniturile înainte de criză? Pentru un an mediu din trecutul recent, care au fost sursele lor de hrană și de venit?
- Cum variau aceste diferite surse de hrană și de venit în funcție de anotimpuri și din punct de vedere geografic într-un an normal? Construirea unui calendar sezonier poate fi utilă.
- Au primit toate grupurile suficiente alimente de o calitate corespunzătoare pentru a fi bine hrănite?
- Aveau toate grupurile suficiente venituri obținute prin metode nepericuloase pentru a-și satisface nevoile de bază? Luați în considerare alimentele, educația, asistența medicală, săpunul și alte articole de uz casnic, îmbrăcămintea și factorii de producție, cum ar fi semințele și uneltele. (Ultimele două întrebări vor indica dacă au existat probleme cronice. Problemele existente pot fi agravate de o criză. Răspunsul umanitar adecvat este influențat de faptul că problema este cronică sau acută).
- Privind retrospectiv la ultimii cinci sau zece ani, cum a variat securitatea alimentară de la an la an? Ar putea fi utilă construirea unei cronologii sau a unui istoric al securității alimentare.
- Ce fel de active, economii sau alte rezerve dețin diferitele grupuri cu aceleași mijloace de subzistență? Printre exemple se numără stocurile de alimente, economiile în numerar, efectivele de animale, investițiile, creditele și creanțele nerevendicate.
- Pe o perioadă de o săptămână sau o lună, ce includ cheltuielile gospodăriei? Ce proporție este cheltuită pentru fiecare articol?

DRAFT

- Cine este responsabil pentru gestionarea numerarului în gospodărie și pe ce se cheltuiesc banii?
- Cât de accesibilă este cea mai apropiată piață pentru procurarea bunurilor de bază? Luați în considerare factori precum distanța, securitatea, ușurința mobilității, disponibilitatea și accesibilitatea informațiilor de piață și transportul.
- Care este disponibilitatea și prețul bunurilor esențiale, inclusiv al alimentelor?
- Înainte de criză, care erau termenii medii de schimb între nevoile de bază (alimente, factorilor de producție agricolă, asistență medicală etc.) și sursele de venit (culturi comerciale, animale, salarii etc.)?

Securitatea alimentară în perioada crizelor

- Cum a afectat criza diferitele surse de hrană și de venit pentru fiecare dintre grupurile cu aceleași mijloace de subzistență identificate?
- Cum a afectat criza modelele sezoniere obișnuite de securitate alimentară pentru diferitele grupuri?
- Cum a afectat criza accesul la furnizorii de servicii financiare, la piețe, la disponibilitatea pieței și la prețurile bunurilor esențiale?
- Pentru diferite grupuri cu aceleași mijloace de subzistență, care sunt diferitele strategii de adaptare la criză și ce proporție de persoane le utilizează? Cum s-a schimbat această situație în comparație cu situația de dinaintea crizei?
- Ce grup sau populație este cel mai afectat?
- Care sunt efectele pe termen scurt și mediu ale strategiilor de supraviețuire asupra activelor financiare și de altă natură ale oamenilor?
- Pentru toate grupurile cu aceleași mijloace de subzistență și pentru toate persoanele expuse riscului, care sunt efectele strategiilor de adaptare asupra sănătății, bunăstării generale și demnității lor? Există riscuri asociate cu strategiile de adaptare?

DRAFT

Anexa 2
Listă de verificare pentru evaluarea securității semințelor

Mai jos sunt prezentate exemple de întrebări pentru evaluarea securității semințelor. Evaluarea securității semințelor trebuie să ia în considerare legislația națională privind soiurile hibride și cele modificate genetic.

Securitatea semințelor înainte de criză (valoare de referință)

- Care sunt cele mai importante culturi ale agricultorilor? Pentru ce le folosesc - consum, venit sau ambele? Aceste culturi se cultivă în fiecare sezon? Ce alte culturi ar putea deveni importante în perioadele de tensiune?
- Cum obțin de obicei agricultorii semințe sau alte materiale de plantare pentru aceste culturi? Luați în considerare toate canalele.
- Care sunt parametrii de însămânțare pentru fiecare cultură majoră? Care este suprafața medie plantată? Care sunt ratele de însămânțare? Care sunt ratele de multiplicare (raportul dintre semințele sau boabele recoltate și semințele plantate)?
- Există soiuri importante sau preferate de culturi specifice (soiuri locale adaptate la climă)?
- Ce factori de producție sunt esențiali pentru anumite culturi sau soiuri?
- Cine, în cadrul gospodăriei, este responsabil de luarea deciziilor, de gestionarea culturilor și de gestionarea produselor recoltei în diferite etape de producție și post-producție?

Securitatea semințelor în urma unei crize

- Este o intervenție legată de agricultură fezabilă din punctul de vedere al persoanelor care beneficiază de asistență?
- Ce culturi au fost cele mai afectate de criză? Ar trebui să se pună accentul pe acestea? De ce da sau de ce nu?
- Sunt fermierii încrezători că situația este acum suficient de stabilă și sigură pentru a putea cultiva, recolta și vinde sau consuma cu succes o recoltă?
- Au acces suficient la terenuri și la alte mijloace de producție (gunoi de grajd, utilaje, animale de tracțiune)?
- Sunt pregătiți să se reangajeze în agricultură?

Evaluarea cererii și a ofertei de semințe: stocurile interne

- Sunt disponibile cantități suficiente de semințe produse în gospodărie pentru însămânțare? Aceasta include atât semințele din recolta proprie a fermierului, cât și semințele potențial disponibile prin intermediul rețelelor sociale (de exemplu, vecinii).
- Este aceasta o cultură pe care agricultorii mai doresc să o planteze? Este adaptată la condițiile locale? Mai există cerere pentru aceasta?
- Soiurile provenind din producția proprie a fermierului sunt adecvate pentru a fi plantate în sezonul următor? Calitatea semințelor corespunde standardelor obișnuite ale fermierului?

DRAFT

Evaluarea cererii și ofertei de semințe: piețele locale

- Funcționează piețele, în general, în ciuda crizei (se organizează zile de piață, pot agricultorii să se deplaseze, să vândă și să cumpere liber)?
- Volumele actuale de semințe sau de cereale disponibile sunt comparabile cu cele înregistrate în condiții normale în aceeași perioadă în sezoanele precedente?
- Se găsesc pe piețe culturile și soiurile pe care agricultorii le consideră potrivite pentru cultivare?
- Prețurile actuale de piață ale semințelor sau cerealelor sunt comparabile cu prețurile practicate în aceeași perioadă în sezoanele precedente? În cazul în care există o diferență de preț, este posibil ca amploarea acesteia să constituie o problemă pentru agricultori?

Evaluarea cererii și ofertei de semințe: sectorul formal

- Sunt culturile și soiurile oferite de sectorul formal adaptate la anumite zone de presiune? Există dovezi că fermierii le vor folosi?
- Semințele disponibile în sectorul formal pot satisface cererea declanșată de criză? În caz contrar, ce proporție din nevoile agricultorilor vor satisface?

DRAFT

Anexa 3
Listă de verificare pentru evaluarea nutrițională

Mai jos sunt prezentate exemple de întrebări pentru evaluările care examinează cauzele care stau la baza subnutriției, nivelul de risc nutrițional și posibilitățile de răspuns umanitar. Întrebările se bazează pe cadrul conceptual al cauzelor subnutriției. ⊕ A se vedea Figura 7 Securitatea alimentară și nutriția: cauze ale subnutriției. Este posibil ca informațiile să fie disponibile din mai multe surse. Pentru a le colecta va fi nevoie de diverse instrumente de evaluare, inclusiv interviuri cu informatori-cheie, observații și examinarea datelor secundare.

Situația de pre-urgență

Ce informații există deja cu privire la natura, amploarea și cauzele subnutriției în rândul persoanelor afectate? ⊕ *a se vedea* Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.1.

Riscul actual de subnutriție

Care este riscul de subnutriție legat de accesul redus la alimente?

⊕ *a se vedea* Anexa 1: Listă de verificare pentru evaluarea securității alimentare și a mijloacelor de subzistență.

Care este riscul de subnutriție legat de practicile de hrănire și îngrijire a sugarilor și a copiilor mici?

- Există o schimbare a tiparelor sociale și de muncă (din cauza unor factori precum migrația, strămutarea sau conflictul armat) care afectează rolurile și responsabilitățile în gospodărie?
- Există o schimbare în componența normală a gospodăriilor? Există un număr mare de copii separați?
- A fost perturbat mediul normal de îngrijire (de exemplu, prin strămutare), afectând accesul la îngrijitori secundari, accesul la alimente sau la apă?
- Există sugari care nu sunt alăptați la sân? Există sugari care sunt hrăniți artificial?
- A existat vreo dovadă sau suspiciune de scădere a practicilor de hrănire a sugarilor în timpul crizei? În special, s-a înregistrat o scădere a ratelor de inițiere a alăptării la sân sau de alăptare exclusivă? A existat o creștere a ratelor de hrănire artificială și/sau o creștere a proporției de sugari care nu sunt alăptați la sân?
- Sunt accesibile din punct de vedere igienic alimentele complementare adecvate vârstei, adecvate din punct de vedere nutrițional și sigure, precum și mijloacele de preparare a acestora?
- Există dovezi sau suspiciuni privind distribuția generală de înlocuitori ai laptelui matern, cum ar fi laptele praf pentru sugari, alte produse lactate, biberoane și tetine, fie donate, fie cumpărate?
- În comunitățile pastorale, efectivele de animale au stat mult timp departe de copiii mici? S-a schimbat accesul la lapte față de normal?
- A afectat HIV practicile de îngrijire la nivel de gospodărie?
- A fost adaptată rația alimentară generală la nevoile vârstnicilor și ale persoanelor cu dificultăți de alimentație? Evaluați compoziția energetică și conținutul de micronutrienți a

DRAFT

rației. Evaluați acceptabilitatea produselor alimentare (palatabilitate, masticabilitate și digestibilitate).

Care este riscul de subnutriție legat de sănătatea publică precară?

- Au fost raportate focare de boli care ar putea afecta situația nutrițională, cum ar fi rujeola sau boala diareică acută? Există riscul ca aceste focare să apară? ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - boli transmisibile 2.1.
- Care este acoperirea vaccinală estimată împotriva rujeolei în rândul persoanelor afectate? ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială - sănătatea copiilor 2.2.1.
- Este vitamina A administrată în mod sistematic odată cu vaccinarea împotriva rujeolei? Care este acoperirea estimată a suplimentării cu vitamina A?
- Există estimări ale ratelor de mortalitate (brute sau sub cinci ani)? Care sunt estimările și ce metodă a fost utilizată pentru a le realiza? ⊕ *a se vedea* Concepte esențiale în materie de sănătate.
- Există sau va exista o scădere semnificativă a temperaturii ambiante care ar putea afecta prevalența infecțiilor respiratorii acute sau necesarul de energie al persoanelor afectate?
- Există o prevalență ridicată a HIV?
- Sunt oamenii deja vulnerabili la subnutriție din cauza sărăciei sau a sănătății precare?
- Există o supraaglomerare sau există un risc sau o prevalență ridicată a tuberculozei?
- Sunt raportate cazuri de boli netransmisibile, cum ar fi diabetul, artrita, bolile cardiovasculare și anemia?
- Există o incidență ridicată a malariei?
- Au stat oamenii în apă sau în haine ude sau au fost expuși la alte condiții de mediu aspre pentru perioade lungi de timp?

Ce structuri locale formale și informale există în prezent, prin intermediul cărora ar putea fi canalizate eventualele intervenții?

- Care este capacitatea Ministerului Sănătății, a organizațiilor religioase, a grupurilor de sprijin comunitar, a grupurilor de sprijin pentru alăptare sau a ONG-urilor cu o prezență pe termen lung sau scurt în zonă?
- Ce intervenții în materie de nutriție sau sprijin comunitar erau deja în vigoare și organizate de comunitățile locale, persoanele fizice, ONG-uri, organizațiile guvernamentale, agențiile ONU sau organizațiile religioase? Care sunt politicile de nutriție (trecute, în curs și caduce), răspunsurile umanitare planificate pe termen lung în materie de nutriție și intervențiile care sunt puse în aplicare sau planificate ca răspuns la situația actuală?

DRAFT

Anexa 4
Măsurarea malnutriției acute

În cazul urgențelor nutriționale majore, poate fi necesară includerea sugarilor sub 6 luni, a femeilor însărcinate și a celor care alăptează, a copiilor mai mari, a adolescenților, a adulților și a vârstnicilor în evaluările nutriționale sau în programele nutriționale.

Sugarii sub 6 luni

Cu toate că există cercetări în curs de desfășurare pentru acest grup de vârstă, baza de dovezi pentru evaluare și gestionare este limitată. Majoritatea ghidurilor recomandă aceleași definiții antropometrice ale cazurilor de malnutriție infantilă acută ca și pentru copiii mai mari cu vârste cuprinse între 6 și 59 de luni [cu excepția circumferinței medii a brațului (MUAC), care nu este recomandată în prezent pentru sugarii sub 6 luni]. Criteriile de admitere se axează mai degrabă pe dimensiunea actuală decât pe o evaluare a creșterii.

Trecerea de la referințele de creștere ale Centrului Național pentru Statistici de Sănătate (NCHS) la standardele de creștere ale OMS din 2006 are ca rezultat mai multe cazuri de sugari sub 6 luni înregistrați ca fiind subnutriți. Acest lucru poate avea ca rezultat un număr mai mare de sugari care sunt incluși în programele de hrănire, dar și faptul că îngrijitorii pot deveni îngrijorați cu privire la caracterul adecvat al alăptării exclusive. Este important să se evalueze și să se ia în considerare următoarele:

- Creșterea longitudinală a sugarului - rata de creștere este bună, în ciuda dimensiunii corporale mici (unii sugari pot „recupera” după o greutate mică la naștere)?
- Practicile de hrănire a sugarului - este copilul alăptat exclusiv la sân?
- Starea clinică - sugarul are complicații medicale sau afecțiuni care pot fi tratate sau care îl fac să prezinte un risc ridicat de malnutriție?
- Factori materni - de exemplu, mama nu are sprijin familial sau este deprimată? Internarea în cadrul programelor de alimentație terapeutică trebuie să fie o prioritate pentru sugarii cu risc ridicat.

Copiii cu vârsta între 6 și 59 de luni

Tabelul de mai jos prezintă valorile-limită utilizate în mod obișnuit pentru malnutriția acută în rândul copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni. Calculați indicii de greutate în raport cu înălțimea (GRI) folosind standardele de creștere a copilului din 2006 ale OMS. Scorul GRI Z (în conformitate cu standardele OMS) este indicatorul preferat pentru raportarea rezultatelor studiilor antropometrice. MUAC este un criteriu independent pentru malnutriția acută și este unul dintre cei mai buni indici predictivi ai mortalității. Prevalența unei valori mici MUAC este, de asemenea, utilizată pentru a prognoza numărul de cazuri ce vor fi incluse în programele de alimentație suplimentară și de îngrijire terapeutică. Valorile limită utilizate în mod obișnuit sunt <11,5 cm pentru malnutriția acută severă și 11,5-12,5 cm pentru malnutriția acută moderată. MUAC este, de asemenea, utilizat adesea cu o limită mai ridicată, ca parte a unui proces de screening în două etape. Nu trebuie utilizat singur în anchetele antropometrice, deși poate fi folosit ca unic criteriu de admitere în cadrul programelor de alimentație.

	Malnutriția acută globală	**Malnutriția acută moderată**	**Malnutriția acută severă**
Copii 6–59 luni	Scor Z GRI <-2 și/sau MUAC <12,5 cm	scor Z GRI -3 până la -2	scor Z GRI<-3 și/sau MUAC <11,5 cm

DRAFT

	Malnutriția acută globală	Malnutriția acută moderată	Malnutriția acută severă
	și/sau edem nutrițional	și/sau MUAC 11,5-12,5 cm	și/sau edem nutrițional
Vârstnici	MUAC 21cm	MUAC 18,5-21 cm	MUAC 18,5cm
Femei gravide și care alăptează	MUAC <23 cm (poate fi <210 mm în anumite contexte)	MUAC 18,5-22,9cm	MUAC <18,5cm
Adulți (inclusiv persoane care trăiesc cu HIV sau tuberculoză)	IMC<18,5	IMC 16-18,5	IMC <16

Copiii cu vârsta între 5-19 ani

Utilizați standardele de creștere din 2007 ale OMS pentru a determina starea de nutriție la copiii cu vârste cuprinse între 5 și 19 ani. Aceste curbe de referință pentru datele de creștere se aliniază îndeaproape cu standardele de creștere ale OMS pentru copiii cu vârste cuprinse între 6 și 59 de luni și cu valorile limită recomandate pentru adulți. Luați în considerare utilizarea MUAC la copiii mai mari și la adolescenți, în special în contextul HIV. Întrucât acesta este un domeniu tehnic în curs de dezvoltare, este important să se consulte cele mai recente orientări și actualizări tehnice.

Adulții (20–59 ani)

Nu există o definiție convenită a malnutriției acute la adulți, dar există dovezi care sugerează că limita pentru malnutriția acută severă ar putea fi un indice de masă corporală (IMC) mai mic de 16, iar pentru malnutriția acută ușoară și moderată mai mic de 18,5. Anchetele privind malnutriția la adulți trebuie să urmărească colectarea de date privind greutatea, înălțimea, înălțimea în poziție așezată și măsurătorile MUAC. Aceste date pot fi folosite pentru a calcula IMC. IMC trebuie ajustat în funcție de indicele cormic (raportul dintre înălțimea în poziție așezată și înălțimea în picioare) doar pentru a face comparații între populații. O astfel de ajustare poate modifica substanțial prevalența aparentă a subnutriției la adulți și poate avea consecințe importante pentru programare. Măsurătorile MUAC trebuie să fie întotdeauna efectuate. În cazul în care sunt necesare rezultate imediate sau dacă resursele sunt foarte limitate, anchetele se pot baza doar pe măsurătorile MUAC.

Lipsa unor date validate privind rezultatele funcționale și a unor puncte de referință complică interpretarea rezultatelor antropometrice. Utilizați informații contextuale detaliate la interpretare. Pentru orientări privind evaluarea ⊕ *a se vedea* Referințe și bibliografie suplimentară.

La examinarea medicală a persoanelor pentru internarea și externarea din programele de asistență nutriționale, utilizați o combinație de indici antropometrici, semne clinice (în special slăbiciune, pierdere recentă în greutate) și factori sociali (cum ar fi accesul la hrană, prezența îngrijitorilor, adăpost). Rețineți că edemul la adulți poate fi cauzat de alți factori decât malnutriția, iar clinicienii trebuie să evalueze edemul la adulți pentru a exclude alte cauze. Organizațiile umanitare individuale trebuie să decidă cu privire la indicatorul care va determina eligibilitatea pentru îngrijire, ținând cont de deficiențele cunoscute ale IMC, de lipsa de informații privind MUAC și de implicațiile programului de utilizare a indicatorilor. Acesta este un domeniu tehnic în plină dezvoltare, deci consultați cele mai recente orientări și actualizări tehnice.

MUAC poate fi utilizat ca instrument de depistare pentru femeile însărcinate, de exemplu ca un criteriu de includere într-un program de alimentație. Având în vedere nevoile nutriționale suplimentare ale acestora, femeile însărcinate pot fi expuse unui risc mai mare decât alte grupuri din populație. MUAC nu se modifică semnificativ în timpul sarcinii. Valoarea MUAC mai mică de 20,7 cm indică un risc sever de întârziere a creșterii fetusului, iar o valoare mai mică de 23 cm indică un risc moderat. Punctele limită sugerate pentru risc variază în funcție de țară, dar se situează între 21 și 23 cm. Luați în considerare faptul că o valoare mai mică de 21 cm reprezintă o limită adecvată pentru selectarea femeilor cu risc în situații de urgență.

Vârstnicii

DRAFT

În prezent, nu există o definiție convenită a malnutriției la persoanele în vârstă, dar acest grup poate fi expus riscului de malnutriție în situații de criză. OMS sugerează că pragurile IMC pentru adulți pot fi luate în considerare pentru persoanele cu vârsta peste 60 de ani. Cu toate acestea, precizia măsurătorilor este problematică din cauza curburii coloanei vertebrale (aplecare) și a compresiei vertebrelor. În locul înălțimii se poate folosi anvergura unui braț sau a ambelor, dar factorul de înmulțire pentru a calcula înălțimea variază în funcție de populație. Este necesară evaluarea vizuală. MUAC poate fi un instrument util pentru măsurarea malnutriției la vârstnice dar cercetările privind valorile limită adecvate sunt încă în curs de desfășurare.

Persoanele cu dizabilități

În prezent, nu există orientări pentru măsurarea persoanelor cu dizabilități fizice. Această lipsă de orientări îi exclude adesea din studiile antropometrice. Este necesară evaluarea vizuală. Măsurătorile MUAC pot fi înșelătoare în cazurile în care mușchiul brațului superior se dezvolta mai mult pentru a ajuta la mobilitate. Există alternative la măsurătorile standard ale înălțimii, inclusiv lungimea, anvergura unui braț sau a ambelor ori lungimea gambei. Este necesar să se consulte cele mai recente cercetări pentru a determina cel mai adecvat mod de măsurare a persoanelor cu dizabilități, pentru care măsurarea standard a greutății, înălțimii și a MUAC nu este adecvată.

DRAFT

Anexa 5
Măsuri ale importanței deficiențelor de micronutrienți pentru sănătatea publică

Tratați de urgență deficiențele clinice de micronutrienți pe bază individuală. Cazurile individuale de deficiențe clinice de micronutrienți sunt, în general, un indiciu al unei probleme subiacente de deficiență de micronutrienți la nivelul populației. Măsurarea și clasificarea deficiențelor de micronutrienți la nivelul populației este importantă pentru planificarea și monitorizarea intervențiilor.

Testele biochimice oferă o imagine obiectivă a statusului micronutrienților. Cu toate acestea, colectarea de probe biologice pentru testare prezintă adesea probleme logistice, de formare a personalului, de lanț frigorific și, uneori, de acceptabilitate. De asemenea, măsurătorile biochimice nu sunt întotdeauna atât de sensibile și specifice pe cât este necesar. Ca și în cazul malnutriției acute, pot exista variații în funcție de ora din zi sau de anotimpul anului în care se colectează proba. Un bun control al calității este esențial și trebuie să fie întotdeauna luat în considerare atunci când se selectează un laborator pentru testarea probelor.

La evaluarea statusului micronutrienților, luați în considerare atât posibilitatea unui aport excesiv, cât și cea a unei deficiențe. Acest lucru este deosebit de important în cazul în care se utilizează mai multe produse sau suplimente puternic îmbogățite pentru a furniza micronutrienți.

Deficiențele de micronutrienți au consecințe grave asupra sănătății mentale și fizice a vârstnicilor, asupra sistemului lor imunitar și a capacităților funcționale.

Tabelul de mai jos prezintă o clasificare importantă pentru sănătatea publică a deficiențelor de micronutrienți selectate folosind diferiți indicatori. Pentru informații privind testele biochimice și pragurile de sănătate publică, consultați literatura recentă de specialitate sau cereți sfatul unui specialist.

Indicator privind deficiența de micronutrienți	**Grupa de vârstă recomandată pentru anchetele de prevalență**	**Definiția problemei de sănătate publică**	
		Severitate	**Prevalență (%)**
Deficiența de vitamina A			
Nictalopie (XN)	24-71 luni	Ușor	0 ≤ 1
		Moderat	1 ≤ 5
		Sever	5
Petele Bitot (X1B)	6-71 luni	Nespecificat	>0,5
Xeroză corneană/ulcerație/keratomalacie (X2, X3A, X3B)	6-71 luni	Nespecificat	>0,01
Cicatrici corneene (XS)	6-71 luni	Nespecificat	>0,05
Retinol seric (≤ 0,7µmol/l)	6-71 luni	Ușor	2 ≤ 10
		Moderat	10 ≤ 20
		Sever	20
Deficiența de iod			
Gușă (vizibilă și palpabilă)	Copii de vârstă școlară	Ușor	5,0-19,9
		Moderat	20,0-29,9
		Sever	30,0
Concentrația mediană de iod urinar (mg/l)	Copii de vârstă școlară	Aport excesiv	>300
		Aport adecvat	100-199
		Deficiență ușoară	50-99

DRAFT

Indicator privind deficiența de micronutrienți	Grupa de vârstă recomandată pentru anchetele de prevalență	Definiția problemei de sănătate publică	
		Severitate	**Prevalență (%)**
		Deficiență moderată	20-49
		Deficiență severă	<20
Deficiența de fier			
Anemie (hemoglobină <12,0g/dl la femeile care nu sunt însărcinate; copii 6-59 luni <11,0g/dl)	Femei, copii 6-59 luni	Scăzut	5-20
		Mediu	20-40
		Înalt	40
Beri-beri			
Semne clinice	Întreaga populație	Ușor	un caz și <1%
		Moderat	1-4
		Sever	5
Aport alimentar (<0,33mg/l,000kCal)	Întreaga populație	Ușor	5
		Moderat	5-19
		Sever	20-49
Mortalitatea infantilă	Sugari 2-5 luni	Ușor	Nicio creștere a ratelor
		Moderat	Creștere ușoară a ratelor
		Sever	Creștere puternică a ratelor
Pelagră			
Semne clinice (dermatită) la grupa de vârstă cercetată	Întreaga populație sau femei >15 ani	Ușor	≥ un caz și <1%
		Moderat	1-4
		Sever	5
Aport alimentar de echivalenți de niacină <5mg/zi	Întreaga populație sau femei >15 ani	Ușor	5-19
		Moderat	20-49
		Sever	50
Scorbut			
Semne clinice	Întreaga populație	Ușor	un caz și <1%
		Moderat	1-4
		Sever	5

DRAFT

Anexa 6
Cerințe nutriționale

Utilizați următorul tabel pentru planificarea de intervenții în faza inițială a unei crize. Cerințele minime de nutrienți prezentate în tabel trebuie să fie utilizate pentru a evalua rațiile generale. Acestea nu sunt destinate evaluării gradului de adecvare a rațiilor de îngrijire suplimentară sau terapeutică și nici evaluării rațiilor pentru anumite grupuri de persoane, cum ar fi persoanele care suferă de tuberculoză sau persoanele care trăiesc cu HIV.

Nutrient	**Cerințe minime privind populația**
Energie	2,100kCal
Proteine	53g (10% din energia totală)
Lipide	40g (17% din energia totală)
Vitamina A	550µg echivalenți de activitate retinolică (RTE)
Vitamina D	6,1µg
Vitamina E	8,0 mg echivalenți de alfa-tocoferol (alfa TE)
Vitamina K	48,2µg
Vitamina B1 (tiamină)	1,1mg
Vitamina B2 (riboflavină)	1,1mg
Vitamina B3 (niacină)	13,8mg echivalenți de niacină (NE)
Vitamina B6 (piridoxină)	1,2mg
Vitamina B12 (cobalamină)	2,2µg
Acid folic	363µg echivalenți de acid folic alimentar (DFE)
Pantotenat	4,6mg
Vitamina C	41,6mg
Fier	32mg
Iod	138µg
Zinc	12,4mg
Cupru	1,1mg
Seleniu	27,6µg
Calciu	989mg
Magneziu	201mg
Sursa: Pentru toate calculele privind necesarul de vitamine și minerale, cu excepția cuprului, a fost utilizat aportul zilnic recomandat (AZR) din FAO/OMS (2004), Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition (Cerințe de vitamine și minerale în nutriția umană), ediția a 2-a, cu excepția cuprului. Cerințele pentru cupru sunt preluate din OMS (1996), Trace Elements in Human Nutrition and Health (Oligoelementele în nutriția și sănătatea umană).	

Aceste cerințe minime medii ale populației includ cerințele tuturor categoriilor de vârstă și ale ambelor sexe. Prin urmare, nu sunt specifice unei singure grupe de vârstă sau de sex și nu trebuie utilizate ca cerințe pentru o persoană. Acestea se bazează pe un profil demografic prezumat, pe ipoteze privind temperatura ambientală și pe nivelurile de activitate ale oamenilor. De asemenea, iau în considerare nevoile suplimentare ale femeilor însărcinate și ale celor care alăptează.

Cerințele sunt exprimate ca aporturi zilnice recomandate (AZR) pentru toți nutrienții, cu excepția energiei și a cuprului.

Actualizări și cercetări suplimentare privind macro și micronutrienții sunt disponibile pe site-urile Organizației Națiunilor Unite pentru Alimentație și Agricultură (FAO) și OMS.

Ajustați necesarul de energie pentru populație (în sus sau în jos) în funcție de următoarele:

- structura demografică a populației, în special procentajul celor sub 5 ani, procentajul femeilor și al vârstnicilor, al adolescenților;
- greutățile medii ale adulților și greutățile corporale reale, uzuale sau dezirabile;

DRAFT

- niveluri de activitate pentru a menține o viață productivă (cerințele vor crește dacă nivelurile de activitate depășesc nivelul „ușor”, sau de 1,6 ori rata metabolismului bazal);
- temperatura medie a mediului ambiant, precum și capacitățile de adăpost și de îmbrăcăminte (cerințele vor crește dacă temperatura medie a mediului ambiant este mai mică de 20°C);
- starea de nutriție și de sănătate a populației (necesarul va crește dacă populația este subnutrită și are nevoi suplimentare pentru o creștere de recuperare. Prevalența HIV poate afecta cerințele medii ale populației. Ajustați rațiile generale pentru a satisface aceste nevoi, pe baza unei analize de context și a recomandărilor internaționale actuale).

Pentru îndrumări privind calcularea ajustărilor, ⊕ *a se vedea* UNHCR, UNICEF, PAM și OMS (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies (Necesități alimentare și nutriționale în situații de urgență) și PAM (2001), Food and Nutrition Handbook (Manual de alimentație și nutriție).

În cazul în care nu este posibil să se obțină acest tip de informații din evaluări, utilizați cifrele din tabelul de mai sus ca cerințe minime.

Pentru a înțelege structura populației, defalcată în funcție de sex, vârstă și alte criterii, după caz, utilizați datele naționale de referință sau consultați site-ul World Population Prospects: https://esa.un.org/unpd/wpp/

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Aspecte generale

Child Protection Minimum Standards (CPMS) (Standarde minime de protecție a copilului). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Preparedness and Response Package (Pregătirea pentru situații de urgență și pachetul de răspuns umanitar). WFP, 2012. http://documents.wfp.org

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking (Ajutorul alimentar și asistența alimentară în contextul situațiilor de urgență și tranzitorii: o revizuire a gândirii actuale). Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities (Standarde umanitare de includere a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități). Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons (Cadrul IASC pentru soluții durabile în cazul persoanelor strămutate). IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs (Căldură, lumină și energie pentru refugiați: salvarea de vieți omenești, reducerea costurilor). Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) (Orientări și standarde de urgență privind creșterea animalelor). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) (Standarde minime de redresare economică). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance (Standarde minime pentru protecția copilului în acțiunea umanitară). CPWG, 2016. http://cpwg.net

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response (Standarde minime INEE pentru educație: pregătire, răspuns, recuperare). The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Standardul minim pentru analiza pieței). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework (Dreptul la hrană în cazul unui conflict armat: cadrul legal). International Review of the Red Cross, 2001. https://www.icrc.org

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition (Aspecte legate de combustibili și energie sigure: securitatea și nutriția alimentară). Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12) [Dreptul la o hrană adecvată (Articolul 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, Comentariul general CESCR 12)]. United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (Cadrul de la Sendai pentru reducerea riscurilor de dezastre). UNISDR. https://www.unisdr.org

Evaluare

DRAFT

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People (RAM-OP: metoda de evaluare rapidă pentru persoane vârstnice). www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology [SMART (Monitorizarea și evaluarea standardizată a fazelor de urgență și de tranziție) Orientări și metodologie]. SMART. http://smartmethodology.org

Nutriție

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7 (Implicațiile alimentare și nutriționale ale terapiei antiretrovirale în contexte limitate de resurse, asistență tehnică pentru alimentație și nutriție, nota tehnică nr. 7). FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations (Costul minim al dietei: concluzii în urma introducerii unei noi metodologii în patru locații de studiu). Save the Children UK, 2007. https://resourcecentre.savethechildren.net

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts (Standarde, orientări și texte consultative). FAO și OMS. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies (Nevoile de hrană și nutriție în situații de urgență). OMS, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes (Codul internațional de marketing al înlocuitorilor laptelui matern). OMS, 1981. www.who.int

Gestionarea malnutriției acute

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences (Subnutriția maternă și infantilă: expuneri globale și regionale și consecințe asupra sănătății). The Lancet, vol. 371, nr. 9608, 2008, pag. 243–260. https://doi.org

Metodologii participative

Bonino, F. What Makes Feedback Mechanisms Work (Ce face ca mecanismele de feedback să funcționeze). ALNAP, 2014.

Alimentația sugarului și a copilului mic

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children (Standarde de creștere a copiilor și identificarea malnutriției acute severe la sugari și copii). OMS, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide (Dezvoltarea timpurie a copilului în situații de urgență: ghid de programe integrate). UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? (Integrarea activităților de dezvoltare timpurie a copilului în programele de nutriție situații de urgență: de ce, ce și cum?) Declarație comună UNICEF și OMS, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (Orientări operaționale privind hrănirea sugarilor și copiilor de vârstă foarte mică în situații de urgență). IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

Copii

DRAFT

Growth reference for school-aged children and adolescents (Referință de creștere pentru copii de vârstă școlară și adolescenți). OMS, 2007. www.who.int

Securitatea alimentară

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual (Indice de strategii de adaptare: manualul privind metode de teren CSI). CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. Collecting Prices for Food Security Programming (Colectarea prețurilor pentru programele de securitate alimentară). World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3 [Scala de acces la insecuritatea alimentară a gospodăriei (HFIAS) pentru măsurarea accesului la hrană, Ghidul indicatorilor, versiunea 3]. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality (Siguranța și calitatea hranei). FAO și OMS. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects (Instrumentele clusterului de securitate alimentară pentru grupuri urbane și proiecte pilot). Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indicator Handbook (Manualul indicatorilor principali ai clusterului de securitate alimentară). Food Security Cluster. http://fscluster.org

Humanitarian, Impact areas (Domenii umanitare și de impact). Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. http://cleancookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 (Clasificarea fazelor securității alimentare integrate (IPC) 2018 – Manualul tehnic, versiunea a 3-a). IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction (Salvarea alimentelor: Inițiativă globală privind reducerea pierderilor de alimente și a deșeurilor – extindere, cauze și reducere). FAO și OMS. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2 (Punctajul de diversitate alimentară a gospodăriilor (HDDS) pentru măsurarea accesului la alimente al gospodăriilor: ghidul indicatorilor, versiunea a 2-a). FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N) [Notă de orientare tehnică: analiză a calității nutriționale a punctajului consumului de alimente (FCS-N)]. WFP, 2015. https://www.wfp.org

Tier ranking from the IWA interim ISO standards (Clasarea pe baza standardelor ISO interimare ale IWA). Global Alliance for Clean Cookstoves. http://cleancookstoves.org

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security (Orientări voluntare pentru sprijinirea realizării progresive a dreptului la alimente adecvate în contextul securității alimentare naționale). Committee on World Food Security, 2005.

Asistența alimentară

Guide to Personal Data Protection and Privacy (Ghid pentru protecția datelor personale și confidențiale). WFP, 2016. https://docs.wfp.org

Integrated Protection and Food Assistance Programming (Programarea protecției integrate și a asistenței alimentare). ECHO-DG, Final Draft. https://reliefweb.int

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme (Nutval 2006 versiunea 2.2: planificarea, calcularea și monitorizarea cererii pentru programele de asistență alimentară). UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

DRAFT

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity (Protecție în practică: asistență alimentară cu siguranță și demnitate). UN-WFP, 2013. https://reliefweb.int

Revolution : From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger (Revoluție: De la ajutorul alimentar la asistența alimentară – inovații în combaterea foametei). WFP, 2010. https://documents.wfp.org

Intervenții privind semințele

Seed System Security Assessment (SSSA) (Evaluarea securității sistemului de semințe). CIAT și DEV, 2012. https://seedsystem.org

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook (Semințe în situații de urgență: manual tehnic). FAO, 2010. www.fao.org

Piețe și asistență în numerar (CBA)

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual (Manualul banilor în numerar și al tichetelor). WFP, 2014. https://www.wfp.org

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines (E-transferurile în situații de urgență: orientări pentru sprijinirea implementării). CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers (Bune practici emergente în utilizarea tichetelor privind alimente proaspete). ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (Orientări pentru integrarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în acțiunile umanitare). IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Gen

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (Orientări pentru integrarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în acțiunile umanitare). IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists (Cercetarea violenței împotriva femeilor: ghid practic pentru cercetători și activiști). OMS și Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Persoane cu dizabilități

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet (Includerea copiilor cu dizabilități în acțiunile umanitare, broșură pentru nutriție). UNICEF. http://training.unicef.org

Module on Child Functioning and Disability (Modul privind funcționarea copiilor și dizabilitățile). UNICEF, 2018. https://data.unicef.org

Mijloace de subzistență

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis (Mijloacele de subzistență în cazul unui grup și analiza riscurilor). Consiliul Femeilor Refugiate, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets (Fișe de orientare pentru mijloace de subzistență durabile). DFID, 2000. http://www.livelihoodscentre.org

DRAFT

Mediu

Flash Environmental Assessment Tool (Instrumente pentru evaluarea rapidă a mediului). UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy (Manual privind accesul sigur la lemne de foc și la energia alternativă). WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 (Clasificarea fazelor securității alimentare integrate (IPC) 2018 – Manualul tehnic, versiunea a 3-a). IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs (Căldură, lumină și energie pentru refugiați: salvarea de vieți omenești, reducerea costurilor). Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Moving Energy Initiative (Inițiative de punere în mișcare a energiei). Chatham House, 2018. https://mei.chathamhouse.org

Bibliografie suplimentară

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliografie suplimentară

Evaluare inițială

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition [Misiunea comună de evaluare (JAM): Orientări, a 2-a ediție]. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool (Evaluare multi-sectorială inițială rapidă). IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) (Orientări tehnice pentru abordarea comună a evaluării nutriției și securității alimentelor). WFP și UNICEF, 2016.

Evaluări privind securitatea alimentară

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis (Modele alternative de eșantionare pentru contexte de urgență: ghid de planificare a anchetelor, colectarea de date și analiză). FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification (Compararea indicatorilor consumului de alimente al gospodăriei pentru a determina clasificarea fazelor de insecuritate alimentară acută). FANTA, 2015. https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines [Orientări privind misiunea de evaluare a securității culturilor și alimentelor (CFSAM)]. FAO și WFP, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines [Orientări privind securitatea alimentară globală și analiza vulnerabilității (CFSVA)]. WFP, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition [Manual de evaluare a securității alimentare în situații de urgență (EFSA) - ediția a 2-a]. WFP, 2009.

DRAFT

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners (Evaluarea securității mijloacelor de subzistență ale gospodăriei: manual pentru practicieni). CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide (Ghid pentru evaluarea vulnerabilității și capacității). IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers (Abordarea economică a gospodăriei: un ghid pentru planificatorii de programe și factorii de decizie politică). Save the Children, 2008.

Evaluarea securității semințelor

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems (Fermierii au nevoie de semințe în ajutor? O metodă de evaluare a sistemelor de semințe). Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security (Ghid pentru evaluarea securității sistemelor de semințe). International Center for Tropical Agriculture, 2008.

Evaluarea mijloacelor de subzistență

Jaspers, S. Shoham, J. A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability (O evaluare critică a metodelor de evaluare și monitorizare a mijloacelor de subzistență în situația conflictului cronic și a instabilității politice). ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings (Matrice privind rolurile agenției și responsabilitățile pentru asigurarea unei strategii coordonate, multisectoriale privind combustibilii în contexte umanitare). Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.

Piețe

Adams, L. Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report, HPG background paper (Învățarea din răspunsurile umanitare în numerar la tsunami: raport final, document de bază HPG). HPG, 2007. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis (Numerar, achiziție locală şi/sau asistență alimentară din import? Informarea pieței și analiza răspunsului umanitar față de insecuritatea alimentară). CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. Cash Transfer Programming in Emergencies (Programarea transferului de numerar în situații de urgență). Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies (Livrarea banilor: mecanisme de transfer de numerar în situații de urgență). Save the Children UK, Oxfam GB și British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper (Numerar și tichete în situații de urgență, document de bază HPG). ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers (Implementarea intervențiilor bazate pe numerar: ghid pentru practicieni). Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Criterii minime de analiză a pieței în situații de urgență). CaLP, 2013.

Mike, A. Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit [Trusă de instrumente pentru cartografierea și analiza pieței în situații de urgență (EMMA)]. Oxfam GB, 2010.

DRAFT

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance (Orientări de evaluare multi-sectorială inițială rapidă). IASC, 2015.

Consumul alimentelor

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet (Analiza consumului alimentar: calcularea și utilizarea scorului consumului alimentar în analiza securității alimentelor. Fișă de orientare tehnică). WFP, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS) (Punctajul de diversitate alimentară a gospodăriilor). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications (Publicații privind aportul de nutrienți de referință). OMS. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

Metodologii participative

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook (Manual de analiză privind vulnerabilitatea la climă și capacitatea de răspuns). CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA) (Evaluarea riscurilor și a adaptării la schimbările climatice și la degradarea mediului). Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers [Cum să realizezi o evaluare a vulnerabilității și a capacității (EVC)? Ghid practic pentru personalul și voluntarii Crucii Roșii și ai Semilunii Roșii]. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis (Analiză participativă a vulnerabilității). ActionAid, 2004.

Sisteme de informare privind nutriția și securitatea alimentară

Famine Early Warning Systems Network (Rețeaua de sisteme de alertă timpurie contra foametei). USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS) (Sisteme de informare și catografiere privind insecuritatea alimentară și vulnerabilitatea). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture (Sistemul global de informare și alertă rapidă privind alimentația și agricultura). FAO. www.fao.org/ES/giews/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1 (Clasificarea fazelor securității alimentare integrate, Manualul tehnic, versiunea 1.1). IPC Global partners și FAO, 2008.h www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2 (Utilizarea indicatorilor nutriționali în sistemele de supraveghere, document tehnic 2). ODI, 2001. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf

Evaluarea antropometrică

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality (Un manual: măsurarea și interpretarea malnutriției și mortalității). Centers for Disease Control and Prevention și WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting (Evaluarea subnutriției adulte în situații de urgență. Raportul unui grup de lucru al SCN în urma unei reuniuni speciale de urgență), pag. 49-51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

DRAFT

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations (Adulți: Evaluarea situației nutriționale la populațiile afectate de situații de urgență). ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers (Evaluarea nutrițională în situații de urgență și orientări pentru lucrătorii de teren). Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers (Înțelegerea și măsurarea malnutriției acute în situații de urgență: o prioritate pentru factorii de decizie). HPN, 2006. https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/

Evaluarea micronutrienților

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations (Indicatori și metode pentru anchete transversale privind carențele de vitamine și minerale ale populației). Micronutrient Initiative și CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Evaluarea alimentației sugarului și a copilului mic

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide (Alimentația sugarului și a copilului mic, colectarea și folosirea datelor: ghid practic). CARE, 2010. www.ennonline.net/resources

Alimentația sugarului și a copilului mic

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant (Manualul „Baby Friendly Spaces", Capitolul 4 Alimentația sugarului nealăptat). ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming (Alimentația sugarului și a copilului mic în situații de urgență: ghid de programare). https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (Strategia mondială pentru alimentația sugarului și a copilului mic). UNICEF și OMS, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations (Orientări privind alimentația sugarului și HIV în contextul populațiilor refugiate sau strămutate). UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies (Principii directoare pentru alimentația sugarilor și a copiilor mici în timpul situațiilor de urgență). OMS, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief (Ținte globale privind nutriția pentru 2025, Politica de alăptare) . OMS/UNICEF, 2014 www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence (HIV și alimentația sugarului: principii și recomandări privind alimentația sugarului în contextul HIV și un rezumat al dovezilor). OMS, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE (Modulul 1 IFE: Pachet de orientare privind IFE). IFE Core Group și colaboratorii, 2009. www.ennonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices (Indicatorii pentru evaluarea practicilor alimentației sugarului și copilului mic). USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF și OMS, 2007.

DRAFT

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex (Practici de alimentație pentru sugari și copii mici: proceduri standard de operare pentru gestionarea înlocuitorilor laptelui matern la copiii refugiați în vârstă de 0-23 luni și anexa). UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations (Modulul 2 privind alimentația sugarului în cazuri de urgență pentru lucrătorii din domeniul sănătății și nutriției aflați în situații de urgență). IFE Core Group și colaboratorii, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media (Protecția sugarilor în situații de urgență, informații pentru media). IFE Core Group, 2009. www.ennonline.net//ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011 (Ghid de programe pentru alimentația sugarului și a copilului mic 2011). www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Securitate alimentară generală

Barrett, C. Maxwell, D. Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role (Asistența alimentară după cincizeci de ani: redobândirea rolului său). Routledge, New York, 2005. https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf

Food and Nutrition Needs in Emergencies (Necesități alimentare și nutriționale în situații de urgență). UNHCR, UNICEF, WFP și OMS, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution (Serie de manuale de asistență alimentară, distribuire generală). World Vision International, 2017.

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 (Orientări privind intervențiile împotriva violenței pe bază de gen în contexte umanitare – accent pe prevenirea și reacția la violențele sexuale în situații de urgență, Capitolele 1-4, Fișa de acțiune 6.1 Securitate alimentară și nutriție). IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, (Standarde minime pentru protecția copilului în acțiunea umanitară: alianța pentru protecția copilului în acțiunea umanitară), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network (Intervenții de urgență pentru securitatea alimentelor, Evaluarea bunelor practici # 10. Rețea de asistență și reabilitare), ODI, 2008. https://www.ennonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34 (Dreptul la alimentație adecvată: fișa informativă nr. 34). OHCHR și FAO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

Direcționarea și distribuirea alimentelor

Catalogue and Standard Operating Procedures (Catalog și proceduri standard de operare). UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

Food Quality Control (Controlul calității alimentelor). WFP, 2010. http://foodqualityandsafety.wfp.org/

Food Storage Manual (Manual pentru depozitarea alimentelor). Natural Resources Institute și WFP, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition (Manualul principal de asistență alimentară, ediția a 3-a). World Vision International, 2017.

DRAFT

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide (Asistență alimentară în contextul HIV: Ghid de proiectare a rației). WFP, 2008.

Food Resource Management Handbook (Manualul gestionării resurselor alimentare). CARE.

Jaspars, S. Young, H. General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3 (Distribuirea generală de alimente în situații de urgență: De la necesitățile nutriționale la prioritățile politice: evaluarea bunelor practici 3). Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide (Ghidul operațional logistic). WFP, Logistics Cluster, 2010.

School Feeding Quality Standards (Standarde de calitate în alimentația în școli). WFP, 2009.

Targeting in Emergencies (Direcționarea în situații de urgență). WFP, 2006.

UNHCR Handbook for Registration (Manual UNHCR pentru înregistrare). UNHCR, 2003.

Intervenții privind semințele

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa (Tichete și târguri de semințe: manual pentru redresarea agriculturii pe bază de semințe în Africa). CRS with ODI și The International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10 (Ajutor pentru semințe pentru securitatea semințelor: sfaturi pentru practicieni, rezumate practice 1-10). International Centre for Tropical Agriculture și CRS, 2006.

Manuale pentru nutriția generală în situații de urgență

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations (Set de instrumente pentru abordarea nutriției în situații de urgență). IASC, 2008.

Food and Nutrition Needs in Emergencies (Necesități alimentare și nutriționale în situații de urgență). UNHCR, UNICEF, WFP și OMS, 2002.

Food and Nutrition Handbook (Manualul alimentației și nutriției). WFP, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies (Orientări privind alimentația selectivă pentru gestionarea malnutriției în situații de urgență). UNHCR și WFP, 2009.

Harmonised Training Package (HTP) (Pachet de instruire armonizat). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications (Document informativ tehnic: relația dintre epuizare și întârziere în creștere, politică, programare și implicații în cercetare). ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies (Malnutriția acută moderată: un instrument de decizie pentru situații de urgență). GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations (Evaluarea și tratarea malnutriției în situații de urgență). ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies (Gestionarea nutriției în situații de urgență grave). OMS, 2000.

Persoane vulnerabile

DRAFT

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action (Abordarea nevoilor nutriționale ale persoanelor în vârstă în situații de urgență din Africa: idei de acțiune). HelpAge International, 2001. http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf

Food Assistance Programming in the Context of HIV (Programarea asistenței alimentare în contextul HIV). FANTA și WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS (Să trăieşti bine cu HIV și SIDA. Manual privind îngrijirea și sprijinul nutrițional pentru persoanele care trăiesc cu HIV și SIDA). FAO și OMS, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis (Persoanele în vârstă în contextul dezastrelor și crizelor umanitare). HelpAge și UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (Femei, fete, băieți și bărbați: nevoi diferite – șanse egale). IASC, 2006.

Winstock, A. The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children (Gestionarea practică a dificultăților consumului de alimente și de băuturi la copii). Winslow Press, 1994.

Gestionarea malnutriției acute

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual (Asistența terapeutică bazată pe comunitate: manual de teren). VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition (Gestionarea bazată pe comunitate a malnutriției acute severe). OMS, WFP, UNSCN și UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM (Integrarea susținerii IYCF în cadrul CMAM). ENN, IFE Core Group și colaboratorii, 2009. www.ennonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes (Raportul MAMI, evaluare tehnică: Dovezi, politici, practici și rezultate ale programelor actuale). ENN, CIHD și ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers (Gestionarea malnutriției severe: manual destinat medicilor și altor lucrători din domeniul sănătății). OMS, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies (Măsurarea eficacității SFP în situații de urgență). HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. Supplementary Feeding Minimum Reporting Package (Pachet minim de raportare privind alimentația suplimentară). HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition (Ghid de formare pentru gestionarea bazată pe comunitate a malnutriției acute). FANTA, 2008.

Deficiențele de micronutrienți

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies (Principii directoare pentru utilizarea vitaminelor multiple și a preparatelor de minerale pentru situații de urgență). OMS și UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers (Anemie bazată pe lipsa de fier: evaluare, prevenire și control. Ghid pentru managerii de programe). UNICEF, UNU și OMS, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies (Pelagra și prevenirea și controlul în situații majore de urgență). OMS, 2000.

DRAFT

Seal, A. Prudhon, C. Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions (Evaluarea deficiențelor de micronutrienți în situații de urgență: practici curente și direcții viitoare). UN Standing Committee on Nutrition, 2007.
https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies (Scorbutul și prevenirea și controlul în situații majore de urgență). OMS, 1999.

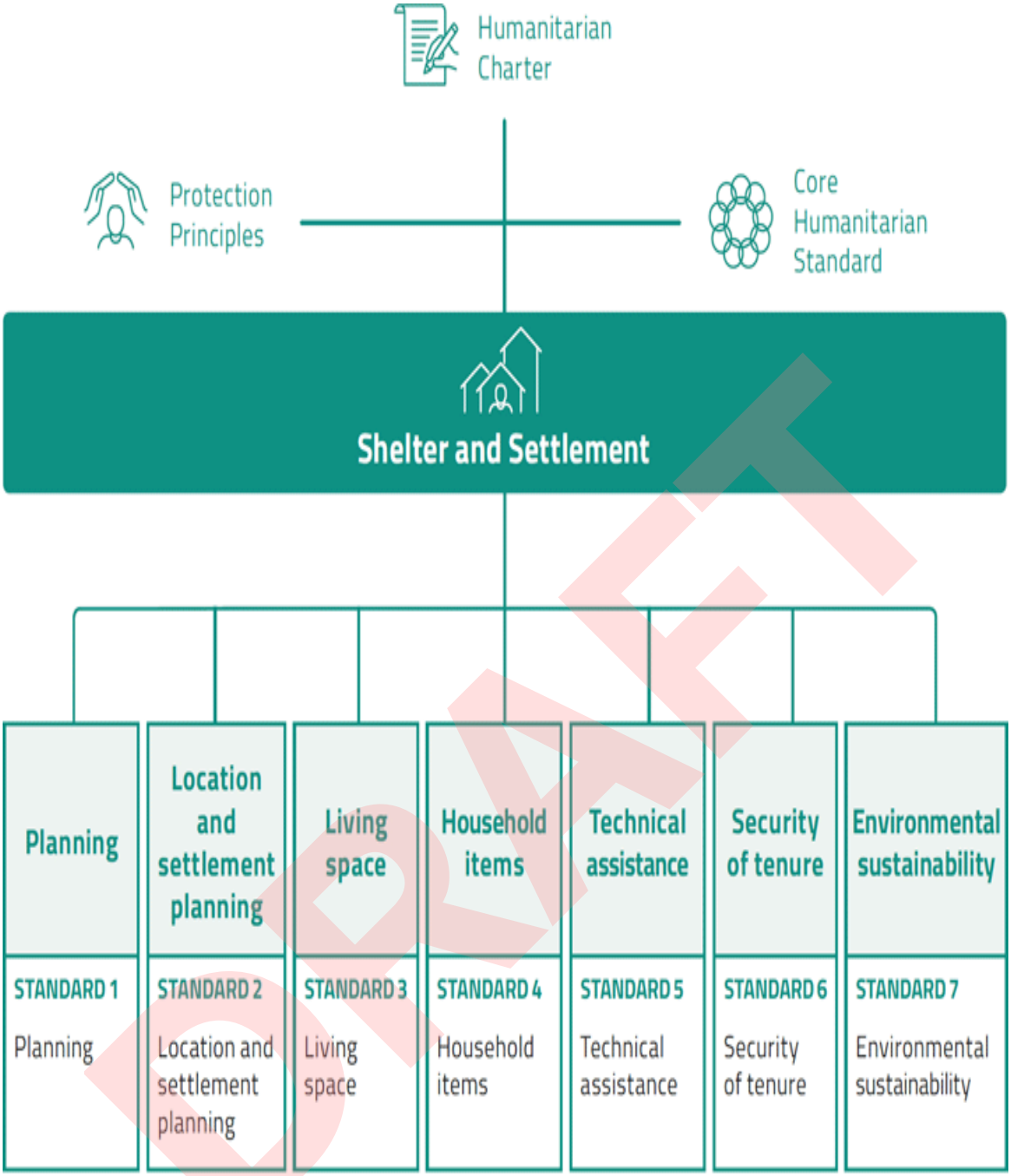
Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies (Deficiența de tiamină și prevenirea și controlul în situații majore de urgență). OMS, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia, Second Edition (Suplimente de vitamina A: ghid privind utilizarea lor în tratamentul și prevenirea deficienței de vitamina A și xerofalmiei, ediția a 2-a). OMS, 1997.

DRAFT

7. Adăposturile și așezările

DRAFT



DRAFT

APPENDIX 1 Shelter and settlement assessment checklist
APPENDIX 2 Description of settlement senarios
APPENDIX 3 Additional characteristics of settlement senarios
APPENDIX 4 Assistance options
APPENDIX 5 Implementation options
APPENDIX 6 Potential assistance and implementation options connected to settlement scenarios (online)

Cuprins

Concepte esențiale privind adăposturile și așezările

Standarde privind adăposturile și așezările:

1. Planificare
2. Amplasarea și planificarea așezărilor
3. Spațiul de locuit
4. Articole de uz casnic
5. Asistența tehnică
6. Securitatea dreptului de ocupare
7. Sustenabilitatea mediului

Anexa 1: Listă de verificare privind evaluarea adăposturilor și a așezărilor

Anexa 2: Descrierea scenariilor privind așezările

Anexa 3: Caracteristici suplimentare ale scenariilor privind așezările

Anexa 4: Opțiuni privind asistența

Anexa 5: Opțiuni privind implementarea

Anexa 6: Opțiuni potențiale de asistență și implementare legate de scenariile privind așezările (online)

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Concepte esențiale privind adăposturile și așezările

Fiecare persoană are dreptul la o locuință adecvată

Standardele minime Sphere privind adăposturile și așezările reprezintă o expresie practică a dreptului la o locuință adecvată în contexte umanitare. Standardele se bazează pe convingerile, principiile, îndatoririle și drepturile, în sens larg, declarate în Carta umanitară. Printre acestea se numără dreptul la o viață demnă, dreptul la protecție și securitate și dreptul de a primi asistență umanitară în funcție de necesități.

Pentru o listă a principalelor documente juridice și politice care stau la baza Cartei umanitare, cu comentarii explicative pentru lucrătorii umanitari, ⊕ *a se vedea* Anexa 1.

Adăposturile și așezările sunt interdependente și trebuie privite ca un tot unitar. „Adăpostul" reprezintă spațiul de locuit al gospodăriei, inclusiv obiectele necesare pentru activitățile zilnice. „Așezarea" reprezintă locația, într-un sens mai general, în care își duc viața oamenii și comunitatea.

Răspunsurile umanitare în materie de adăposturi și așezări au ca scop asigurarea unui mediu de viață sigur

Sprijinul oportun acordat pentru adăposturi și așezări poate salva vieți în fazele inițiale ale unei crize. Pe lângă faptul că oferă protecție împotriva intemperiilor, adăpostul este necesar pentru protecția sănătății, pentru a susține viața de familie și de comunitate și pentru a garanta demnitatea, securitatea și accesul la mijloace de subzistență ⊕ *a se vedea* Figura 8 de mai jos.

Perioada medie de timp în care oamenii rămân strămutați a continuat să crească de-a lungul anilor. Având în vedere că strămutarea durează ani sau chiar decenii, amplasarea adăposturilor și a punctelor de așezare, precum și planificarea cartierelor și a comunităților în care sunt situate adăposturile sunt importante pentru a sprijini demnitatea și recuperarea persoanelor afectate de criză.

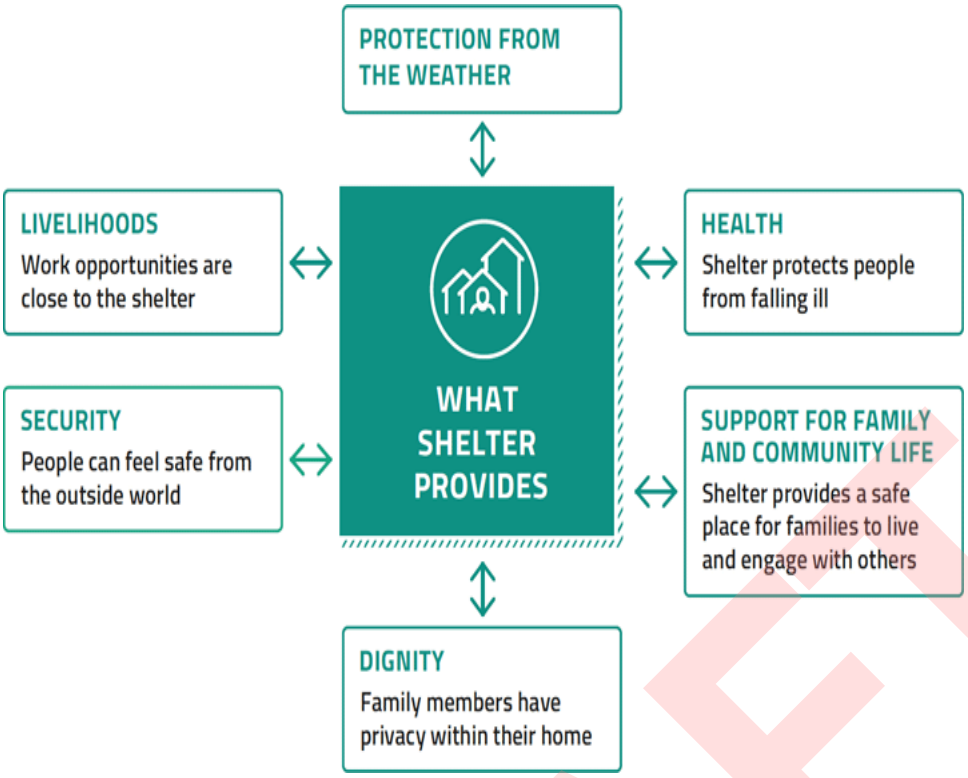
Asistența în materie de adăposturi și așezări trebuie să sprijine și să se bazeze pe punctele forte existente ale gospodăriilor afectate, ale comunităților, ale societății civile și ale administrației publice. Acest lucru sporește șansele de a dezvolta strategii localizate care să încurajeze autosuficiența și autogestionarea de către persoanele afectate. Un sentiment de siguranță, de comunitate și de coeziune socială este esențial pentru declanșarea procesului de recuperare.

Opțiunile de răspuns în materie de adăposturi și așezări nu se limitează la livrarea de echipamente și materiale sau la construirea unui adăpost. Opțiunile de răspuns includ, de asemenea, acordarea de sprijin pentru garantarea accesului la terenuri și obținerea de adăposturi, locuințe sau obiecte de uz casnic. Aceasta include asistență tehnică și asigurarea calității, care pot permite și mobiliza o populație afectată în a reconstrui mai bine și mai sigur. Cunoașterea regimului juridic al proprietății și al circulației terenurilor este esențială. Este, de asemenea, importantă o înțelegere a legislației naționale privind refugiații și a procedurilor aferente pentru determinarea statutului respectiv.

Ce oferă adăpostul (Figura 8)

Unele dintre funcțiile unui adăpost de urgență adecvat. Programele pentru adăposturi trebuie să sprijine familiile pentru a satisface aceste nevoi.

DRAFT



Indiferent de forma de sprijin oferită, este important să se respecte întotdeauna structurile comunitare existente și să se promoveze coeziunea socială.

Fiecare gospodărie și comunitate va avea nevoie de niveluri și tipuri diferite de sprijin. Securitatea dreptului de ocupare și o documentație adecvată privind starea civilă reprezintă o cerință de bază pentru accesul la un adăpost sigur. Cu toate acestea, în situații de conflict sau în cazul în care există probleme nesoluționate legate de regimul funciar al terenurilor, sprijinul pentru adăposturi poate fi deosebit de complex ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 6: Securitatea dreptului de ocupare.

În planificarea așezărilor, este necesar să se ia în considerare strămutarea și recuperarea pe termen lung din ce în ce mai mult. Strămutarea poate exercita presiuni asupra resurselor existente - adesea limitate - și poate duce la tensionarea relațiilor cu comunitatea gazdă învecinată. O intervenție de calitate include înțelegerea, prevenirea și atenuarea impactului negativ asupra mediului. În cazul în care nu se ține cont de aspectele de mediu, programele privind adăposturile și așezările pot fi în ultimă instanță ineficiente, deoarece rezultatele pe termen scurt pot cauza noi probleme care necesită investiții suplimentare ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

Răspunsurile umanitare în materie de adăposturi și așezări în mediul urban necesită o expertiză specifică

Asistarea persoanelor din zonele urbane poate fi complicată din cauza densității mari a populației, a necesarului de infrastructură, a reglementărilor guvernamentale și a diversității sociale din cadrul comunității. În timpul unei crize și după încetarea ei, comunicarea cu persoanele aflate în mișcare și ajutarea acestora pot fi dificile, mai ales atunci când este vorba despre găsirea unui spațiu de locuit corespunzător. În cazul în care este afectată o infrastructură complexă din punct de vedere tehnic (cum ar fi clădirile înalte), organizațiile umanitare vor trebui, de asemenea, să opereze cu aranjamente locative complexe care implică mai mulți proprietari, chiriași sau ocupanți informali.

Pentru a lucra în contexte urbane este nevoie de expertiză în materie de planificare și proiectare urbană și de cunoașterea drepturilor, normelor, legilor și politicilor privind regimul juridic al locuințelor, terenurilor și al proprietății. Este esențială o bună cunoaștere a piețelor imobiliare și financiare locale. Trebuie să fiți pregătiți să colaborați cu societatea civilă și cu sectorul privat. Sectorul privat poate juca un rol în furnizarea de soluții durabile bazate pe piață. Răspunsurile umanitare trebuie să se bazeze pe normele și serviciile locale și să evite crearea de structuri paralele. Elaborarea unui răspuns holistic la nivelul așezării, al cartierului sau al zonei are

DRAFT

mai multe șanse de a contribui în mod durabil la bunăstarea populațiilor afectate din zonele urbane ⊕ *a se vedea* Furnizarea asistenței prin intermediul piețelor.

Trebuie avute în vedere diverse scenarii de soluționare post-criză

Locul și modul în care persoanele afectate vor găsi adăpost vor varia în funcție de capacitatea acestora de a rămâne pe loc sau de nevoia de a se muta. Luarea în considerare în mod sistematic a contextului post-criză constituie primul pas în planificarea opțiunilor de asistență în materie de adăposturi și așezări. Este important să se înțeleagă diferitele abordări care pot fi adecvate pentru persoanele care sunt strămutate, cele care sunt direct afectate dar care nu sunt strămutate sau cele care sunt indirect afectate ⊕ *a se vedea* Figura 9 de mai jos.

În cazul în care condițiile permit acest lucru, persoanele pot alege să rămână în locul de origine în calitate de proprietari-ocupanți sau în locuințe sau terenuri închiriate sau ocupate în mod informal. Sprijinul acordat gospodăriilor care nu sunt strămutate ar putea include repararea sau reconstrucția locuințelor existente.

Populațiile strămutate se pot dispersa la nivel local, în alte locații din cadrul statului de reședință sau peste frontiera internațională. În astfel de situații, este posibil ca aceste persoane să închirieze locuințe, să se instaleze într-un loc pe cont propriu sau să fie găzduite de alte persoane. Unele familii strămutate pot alege să se grupeze în locuințe colective sau într-o așezare planificată sau să se adăpostească într-o așezare neplanificată.

O înțelegere a crizei prin prisma acestor scenarii privind așezările va ajuta la planificarea strategiilor de asistență. Aceasta include selectarea celui mai eficient și adecvat tip de asistență în funcție de categoriile specifice ale populațiilor afectate și selectarea modalităților de acordare a asistenței. Asistența ar trebui să contribuie la o recuperare progresivă, ideal fiind să se ajungă la o soluție durabilă. Standardele și anexele incluse în acest capitol urmează logica respectivă și trebuie utilizate împreună ⊕*a se vedea* Anexa 2: Descrierea scenariilor privind așezările și Anexa 3: Caracteristici suplimentare ale scenariilor privind așezările.

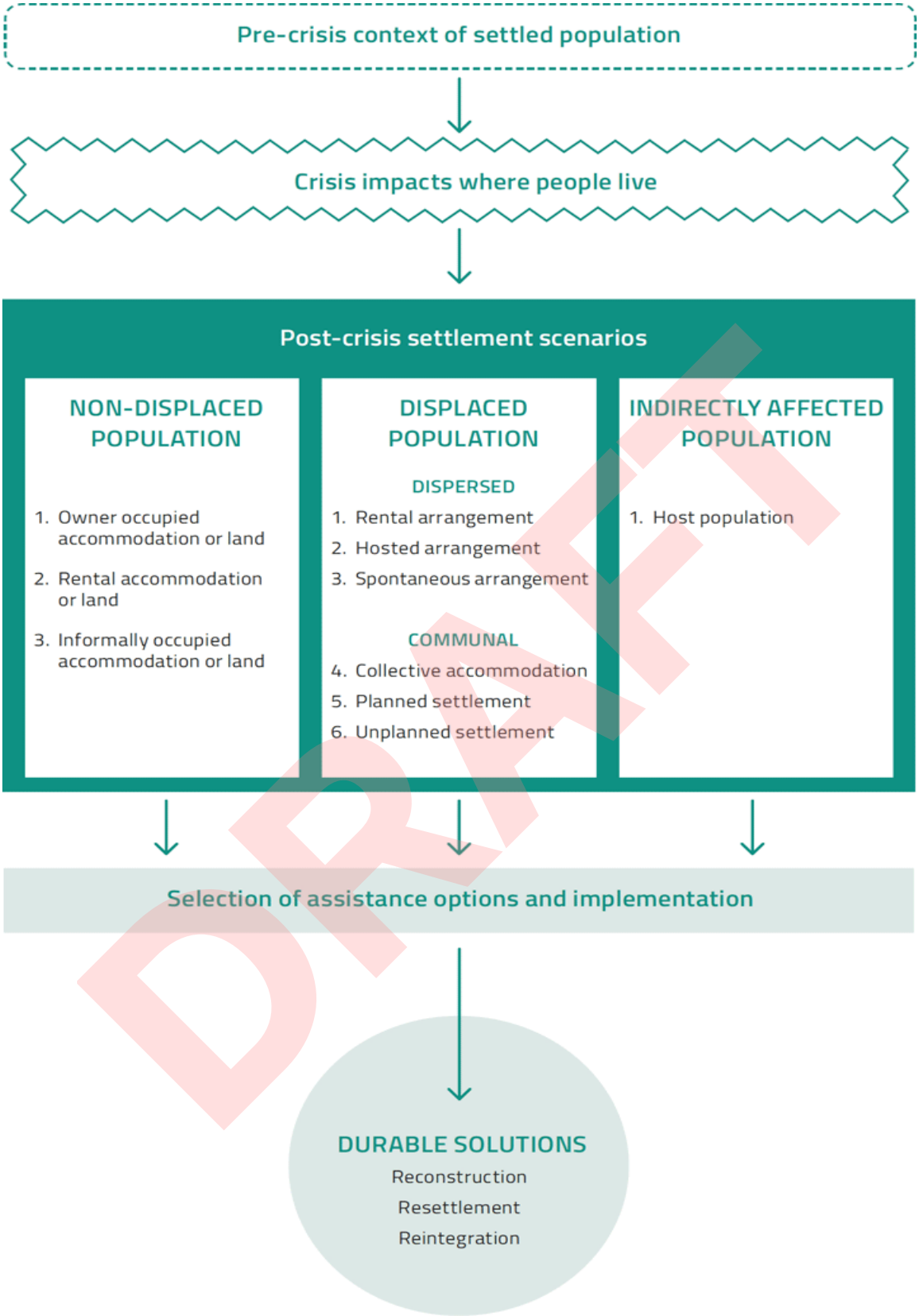
Aceste Standarde minime nu trebuie aplicate în mod izolat

Standardele minime din acest capitol reflectă conținutul de bază al dreptului la un adăpost adecvat și contribuie la realizarea progresivă a acestui drept la nivel global.

Dreptul la un adăpost adecvat este legat de drepturile la apă și salubritate, la hrană și sănătate. Progresul în atingerea Standardelor minime Sphere într-un domeniu influențează progresul în alte domenii. Pentru ca un răspuns umanitar să fie eficient, este necesară o strânsă coordonare și colaborare cu alte sectoare. Coordonarea cu autoritățile locale și cu alte agenții de intervenție contribuie la asigurarea satisfacerii nevoilor, la evitarea dublării eforturilor și la optimizarea calității răspunsurilor în materie de securitate alimentară și nutriție. Trimiterile care se regăsesc în manual sugerează unele legături potențiale.

Scenarii post-criză privind așezările (Figura 9)

DRAFT



DRAFT

De exemplu, pentru a asigura sănătatea și demnitatea populației afectate sunt necesare instalații adecvate de alimentare cu apă și de salubritate în cadrul așezărilor. Ustensilele esențiale pentru prepararea și consumul alimentelor și combustibilul pentru gătit permit persoanelor să utilizeze asistența alimentară și să își satisfacă nevoile nutriționale.

În cazul în care standardele naționale sunt inferioare Standardelor minime Sphere, organizațiile umanitare trebuie să colaboreze cu guvernul pentru a le ridica progresiv.

Legislația internațională protejează în mod specific dreptul la un adăpost adecvat

Dreptul de a avea acces la o locuință adecvată este protejat de legislația internațională. Reprezintă dreptul de a trăi undeva în condiții de siguranță, pace și demnitate. Acest drept conține libertăți, cum ar fi dreptul de alegere a reședinței, și drepturi, cum ar fi securitatea dreptului de ocupare. Acesta consfințește principii de protecție, cum ar fi protecția împotriva evacuării forțate. Statele sunt obligate să asigure acest drept atunci când indivizii sau grupurile, inclusiv refugiații și persoanele strămutate în interiorul țării, nu au acces la o locuință adecvată, inclusiv în situații de criză ⊕ *a se vedea* Anexa 1: Fundamentul juridic pentru Sphere.

Conceptul de „adecvare" se referă la faptul că o locuință înseamnă mai mult decât patru pereți și un acoperiș. Această noțiune subliniază importanța, în cadrul unui răspuns umanitar legat de adăposturi, includerii unei viziuni asupra așezării, a identității culturale și a disponibilității serviciilor. Locuințele „adecvate" sau alte forme de adăpost trebuie să ofere securitatea dreptului de ocupare a locuinței și să fie:

- accesibile, permițând gospodăriei să obțină alte bunuri și servicii esențiale pentru o viață demnă;
- locuibile, oferind siguranță fizică, spații de locuit protejate și adecvate, acces la apă potabilă, instalații adecvate de apă, salubritate și igienă (WASH), precum și posibilitatea preparării și depozitării alimentelor;
- acceptabile din punct de vedere cultural;
- accesibile și utilizabile, inclusiv pentru persoanele care se confruntă cu bariere de mobilitate;
- situate astfel încât să ofere acces la oportunități de subzistență și la servicii comunitare esențiale.

Legături cu Principiile de protecție și cu Standardul umanitar de bază

Crizele pot agrava inegalitățile preexistente. Prin urmare, este important să se ofere asistență imparțială și adaptată la context, în special celor care au cea mai mică capacitate de a se redresa pe cont propriu în urma unei crize ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 2.

Este posibil ca unele persoane să întâmpine dificultăți în accesarea asistenței în materia de adăposturi și de așezări din cauza barierelor fizice, culturale, economice și sociale. Pentru a înțelege și răspunde la acestea, acordați atenție următoarelor aspecte:

- **statutul juridic al indivizilor** (de exemplu, refugiați, persoane strămutate, apatrizi, migranți, solicitanți de azil, persoane fără adăpost sau fără teren, precum și alte persoane private de libertăți civile și de accesul la servicii publice sau la sisteme de siguranță socială);
- **persoanelor care se confruntă cu riscuri specifice de protecție și grupurilor expuse unui risc deosebit de discriminare și excluziune socială** din cauza:

– etniei, naționalității, castei, grupului autohton sau apartenenței religioase sau politice;

– situației proprietății lor, statutului de persoană strămutată, statutului de ocupant informal sau de chiriaș;

– amplasării locuințelor care sunt greu accesibile, în zone periculoase, în zone nesigure, în așezări urbane sau în așezări informale;

DRAFT

– vulnerabilității și a statutului lor în societate ⊕ *a se vedea* Ce este Sphere și Principii de protecție.

Lucrătorii umanitari trebuie să fie instruiți în domeniul protecției copiilor și să știe cum să utilizeze sistemele de sesizare pentru cazurile suspecte de violență, abuz sau exploatare, inclusiv a copiilor.

În aplicarea Standardelor minime, toate cele nouă angajamente din Standardul umanitar de bază trebuie respectate ca bază pentru furnizarea unui program responsabil privind adăposturile și așezările.

DRAFT

1. Planificarea

Planificarea este crucială pentru obținerea unor rezultate optime de răspuns la nivel regional, național, de agenție sau de comunitate. Înțelegerea contextului anterior și ulterior crizei permite o evaluare a impactului direct și indirect al crizei asupra condițiilor de viață ale populației și a consecințelor sociale, economice și politice. Identificarea nevoilor și elaborarea unor opțiuni de răspuns adecvate reprezintă baza unui răspuns bine planificat și coordonat în materie de adăposturi și așezări.

Standardul privind adăposturile și așezările 1: Planificarea

Intervențiile în materie de adăposturi și așezări sunt bine planificate și coordonate pentru a contribui la siguranța și bunăstarea persoanelor afectate și pentru a promova recuperarea.

Acțiuni-cheie

1. Colaborați cu populația afectată, precum și cu autoritățile naționale și locale pentru evaluarea nevoilor și capacităților privind adăposturile și așezările.

- Evaluați schimbările ce au avut loc față de contextul anterior crizei, identificați nevoile și capacitățile imediate ale populației strămutate și ale celei nestrămutate și luați în considerare toate nevoile specifice ale grupurilor de risc.
- Identificați disponibilitatea terenurilor, clădirilor, apartamentelor și camerelor ce pot fi locuite sau ocupate în cadrul piețelor locale de închiriere de locuințe și de terenuri.

2. Colaborați cu părțile interesate pentru identificarea celor mai eficiente și adecvate opțiuni de asistență și modul în care acestea pot fi furnizate.

3. Elaborați un plan privind adăposturile și așezările în coordonare cu autoritățile relevante și comunitățile afectate.

- Oferiți asistență adaptată la nevoile și preferințele populației afectate și ale autorităților.
- Optimizați raportul cost-eficiență, calitatea tehnică, viteza și sincronizarea, amploarea implementării și multiplicarea.

Indicatori-cheie

Planul în materie de adăposturi și așezări prevede nevoile esențiale ale populației țintă și este convenit cu populația și autoritățile competente

Procentul de persoane afectate care indică faptul că asistența pentru adăposturi și așezări reflectă nevoile și prioritățile lor și contribuie la o soluție mai durabilă

Note orientative

DRAFT

Evaluarea inițială: În timpul evaluării inițiale, analizați modificările survenite post-criză în condițiile de ocupare a adăposturilor și așezărilor și includeți de la început în intervenție posibilele riscuri de protecție. Acestea pot include percepțiile comunității gazdă, riscurile asociate accesului la așezare, accesul în siguranță la servicii sau riscurile de expulzare.

Luați în considerare impactul direct și indirect al crizei asupra condițiilor de viață ale oamenilor, inclusiv asupra consecințelor sociale, economice și politice.

Criza afectează persoanele în moduri diferite, astfel încât persoane diferite vor avea nevoi diferite în materie de adăpost și așezare. Lucrați cu grupuri care se pot confrunta cu bariere specifice în ceea ce privește accesul la adăpost, cum ar fi persoanele cu dizabilități, gospodăriile conduse de femei, vârstnicii sau minoritățile etnice și lingvistice ⊕ *a se vedea* Anexa 1: Listă de verificare privind evaluarea adăposturilor și așezărilor, Principiul de protecție 2 și Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 4.

Asistență și opțiuni de implementare: Selectați cele mai eficiente opțiuni pe baza contextului, a capacității, a resurselor disponibile, a scenariului așezării și a etapei de răspuns umanitar. Alți factori care trebuie luați în considerare includ locația, tipul de locuințe (inclusiv tehnicile locale de construcție), regimul proprietății, precum și piața și cadrul legal. Atunci când este posibil, prioritizați sprijinul pentru revenirea persoanelor la locuința lor inițială (sau zona în care au locuit). Sprijiniți pe cei care nu pot sau nu doresc să revină în locuințele lor inițiale să aibă acces la opțiuni adaptate nevoilor lor ⊕ *a se vedea* Anexele 2 - 6.

Definiți un calendar pentru a răspunde nevoilor imediate, luând în considerare eficiența, calitatea tehnică, amploarea implementării, capacitățile de pe teren și potențialul de multiplicare. Explorați opțiunile pentru a intensifica recuperarea pe termen lung a comunităților și reziliența acestora la crize viitoare.

Luați în considerare diferite modalități de livrare a opțiunilor alese, inclusiv o combinație de:

- sprijin financiar;
- asistență materială în natură;
- lucrări contractate/comandate;
- asistență tehnică/sprijin pentru asigurarea calității;
- consolidarea capacității.

Revizuiți și ajustați combinația de opțiuni în timp, pe măsură ce situația se schimbă.

Persoanele strămutate: Pe lângă faptul că au nevoi imediate legate de adăpost, persoanele strămutate au nevoie de sprijin specific pentru a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la soluțiile de adăpost disponibile. Printre exemplele de sprijin se numără informații despre posibilitatea și data întoarcerii acasă, despre modul de integrare în locul de strămutare sau despre posibilitatea de relocare într-o a treia locație.

Gospodăriile nestrămutate vor avea nevoie de sprijin pentru a reveni la condițiile lor inițiale de trai și trebuie să primească asistență adecvată în materie de adăpost. În cazul în care reconstrucția va dura mult timp sau dacă persoanele nu sunt în siguranță, explorați opțiunile temporare, cum ar fi asistența oferită de o familie gazdă, asistența pentru închiriere sau pentru un adăpost temporar sau tranzitoriu. În cazul în care criza a schimbat mediul de securitate și siguranță, poate fi necesară relocarea.

Comunitățile gazdă resimt, de asemenea, consecințele unei crize, deoarece își împart spațiul public (centrele de sănătate sau școlile) și privat (familie gazdă pentru o persoană sau o familie strămutată). Poate exista o concurență reală sau percepută cu persoanele strămutate pentru locuri de muncă, servicii, infrastructură și resurse. Soluțiile trebuie să aibă în vedere un sprijin echitabil și orientat, care să nu creeze riscuri sau amenințări suplimentare în comunitate ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1.

Analiza pieței: Înțelegerea piețelor înconjurătoare la nivel local, național și regional este esențială pentru un răspuns de bună calitate în materie de adăposturi. Această înțelegere va permite alegerea opțiunilor de

DRAFT

adăpost și de a culege, de asemenea, informații despre chirie și alte servicii aferente ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor, Manualul MISMA și Manualul MERS.

Îndepărtarea resturilor: Inițiați gestionarea resturilor imediat după încheierea crizei. Resturile pot fi refolosite, reciclate sau identificate pentru separare, colectare și/sau tratare. Această operațiune poate oferi oportunități pentru programe de tip „bani contra muncă". Gestionarea resturilor ridică anumite probleme-cheie, printre care se numără prezența cadavrelor umane, a locațiilor periculoase din punct de vedere structural și a materialelor periculoase. Îndepărtarea resturilor poate necesita expertiză și echipament specializat, astfel încât trebuie planificată împreună cu alți specialiști din domeniu ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului înconjurător, *Standardele în materie de sănătate și standardele WASH.*

Oportunități de subzistență: Modalitățile de subzistență pe care oamenii le aveau înainte de criză și oportunitățile existente după criză sunt relevante pentru a determina opțiunile în materie de așezare. Disponibilitatea terenurilor, accesul în siguranță pentru cultivare și pășunat, accesul la piețe și la alte oportunități de ocupare a forței de muncă pot afecta zona în care persoanele aleg să locuiască, chiar și temporar ⊕ *a se vedea* Standardele privind securitatea alimentară și nutriția - mijloace de subzistență 7.1 *și* 7.2, Manualul LEGS și Manualul MERS.

Revenirea: Revenirea la propriile terenuri și locuințe este un obiectiv major pentru cele mai multe persoane afectate de criză. Persoanele afectate trebuie să fie în măsură să determine necesitatea reparării locuințelor sau a îmbunătățirii adăpostului de care dispun. Revenirea poate sprijini strategiile comunale de adaptare și poate păstra modelele de așezări și infrastructura stabilite. Repararea sau reconstrucția infrastructurii comunale, cum ar fi școlile, sistemele de alimentare cu apă, clinicile sau piețele, este, de asemenea, importantă pentru a permite persoanelor strămutate să revină. Unele circumstanțe pot împiedica sau întârzia revenirea, cum ar fi preocupările legate de securitate, forțele armate care ocupă proprietatea sau terenul, continuarea unui conflict violent, tensiunile etnice sau religioase, teama de persecuție sau minele antipersonal și muniția neexplodată. O legislație funciară și imobiliară inadecvată sau discriminatorie sau procedurile cutumiare pot împiedica revenirea familiilor conduse de femei, a persoanelor devenite văduve sau orfane ca urmare a crizei sau a persoanelor cu dizabilități. Populațiile strămutate care nu au capacitatea de a întreprinde activități de reconstrucție pot fi, de asemenea, descurajate sau împiedicate să revină.

DRAFT

2. Amplasarea și planificarea așezărilor

Amplasarea și planificarea așezărilor trebuie să promoveze spații de locuit sigure, acceptabile și accesibile, care să ofere acces la servicii de bază, mijloace de subzistență și oportunități de conectare la o rețea mai largă.

Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor

Adăposturile și așezările sunt amplasate în zone sigure și securizate, oferind spațiu adecvat și acces la servicii esențiale și mijloace de subzistență.

Acțiuni-cheie

1. Acționați în cadrul proceselor și reglementărilor de planificare existente și conveniți condițiile de intervenție alături de comunitățile gazdă și de autoritățile competente.

- Amplasați orice nouă așezare la o distanță sigură de amenințările reale sau potențiale și reduceți la minimum riscurile generate de pericolele existente.
- Luați în considerare durata de viață preconizată a așezării pentru a determina ce servicii esențiale ar putea fi necesare pentru extinderea sau dezvoltarea acesteia.

2. Implicați diversele părți interesate, inclusiv grupuri din cadrul populației afectate, în selectarea amplasamentului și în planificarea așezării.

- Identificați factorii care ar putea afecta locația sau amenajarea amplasamentului, luând în considerare sexul, vârsta, dizabilitatea, etnia sau identitatea etnică sau lingvistică, precum și rolurile și responsabilitățile specifice bărbaților și femeilor.
- În contextele urbane, acționați printr-o abordare definită geografic, pe zone, pentru a înțelege mai bine dinamica comunității.

3. Asigurați accesul populației afectate la serviciile și facilitățile esențiale, inclusiv la mijloacele de subzistență.

- Conlucrați cu alte sectoare pentru stabilirea unei distanțe acceptabile și deplasarea (sau transportul) în condiții de siguranță către serviciile și facilitățile esențiale.
- Coordonați-vă cu furnizorii de servicii pentru stabilirea priorităților și pentru furnizarea de servicii esențiale și mijloace de subzistență acolo unde acestea nu există deja.

4. Planificați utilizarea terenului pentru a oferi spațiu suficient pentru toate funcțiile, accesibilitate la toate adăposturile și serviciile și măsuri de siguranță adecvate la nivelul întregii așezări.

- Includeți planificarea pentru resursele ce vor fi folosite în comun, cum ar fi instalațiile de alimentare cu apă și de salubritate, bucătăriile comunale, spațiile destinate copiilor, zonele de adunare, zonele de satisfacere a nevoilor religioase și punctele de distribuire a alimentelor.
- Asigurați-vă că amplasarea serviciilor esențiale în cadrul așezărilor respectă standardele de siguranță, protecție și demnitate.

DRAFT

5. Includeți planificarea drenării apelor din precipitații sau din inundații în selectarea amplasamentului și în dezvoltarea așezării.

- Asigurați instalații de drenaj adecvate, astfel încât toate zonele de locuit și zonele de servicii să nu fie afectate de stagnarea apei, iar canalele de scurgere a apei din precipitații să fie menținute libere.
- Anticipați și gestionați locurile de reproducere a vectorilor patogeni.

Indicatori-cheie

Procentul de adăposturi și/sau de așezări care sunt situate în zone lipsite total sau cu un nivel minim de amenințări, riscuri și pericole naturale sau de sursă umană cunoscute

Procentul de adăposturi și/sau așezări care au acces în siguranță la serviciile esențiale într-un interval de timp sau la o distanță acceptabilă

Procentul persoanelor care primesc asistență în vederea stabilirii și se simt în siguranță în ceea ce privește locația adăpostului sau așezării lor

Procentul de așezări care oferă o suprafață utilă suficientă pentru desfășurarea de activități private și publice în aer liber adecvate contextului

- 45 de metri pătrați pentru fiecare persoană în așezările de tip tabără, inclusiv parcelele pentru gospodării
- 30 de metri pătrați pentru fiecare persoană, inclusiv pentru parcelele de gospodărie, în cazul în care serviciile comunale pot fi furnizate în afara zonei planificate pentru așezare
- Raportul minim între suprafața locuibilă acoperită și dimensiunea parcelei este de 1:2; acest raport trebuie crescut cât mai curând posibil la 1:3 sau mai mult.

Note orientative

Procese și principii de planificare: După o criză, guvernele sau autoritățile locale adoptă adesea noi politici privind zonele cu interdicție de construire, zonele de siguranță sau zonele tampon. Promovați planificarea în funcție de riscuri și opțiunile de asistență adecvate. O „zonă cu interdicție de construire” nu înseamnă o „zonă în care nu se acordă asistență”, iar prezența acesteia nu trebuie să întârzie răspunsurile în materie de adăposturi sau așezări.

Este necesar să înțelegeți situația proprietății în cazul terenurilor și a imobilelor ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 6: Securitatea dreptului de ocupare.

Implicați persoanele afectate în calcularea și organizarea spațiului pentru a sprijini practicile sociale și culturale existente. Implicați femeile și alte grupuri de risc în elaborarea și implementarea planificării adăposturilor și a așezărilor.

Servicii și facilități esențiale: Persoanele care revin la reședințele inițiale și cele care locuiesc în locații sau așezări temporare au nevoie de acces sigur, securizat și echitabil la servicii și facilități esențiale, cum ar fi:

- facilități de apă și salubritate (WASH) ⊕ *a se vedea* Standardele WASH privind alimentarea cu apă;
- soluții de iluminat de uz casnic și la nivel de comunitate;

DRAFT

- facilități de depozitare și prelucrare a alimentelor (inclusiv aragaze și combustibil) ⊕ *a se vedea* Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.1 și Standardul privind asistența alimentară 6.4;
- facilități de asistență medicală ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.1: Furnizarea serviciilor de sănătate;
- eliminarea deșeurilor solide ⊕ *a se vedea* Standardele WASH privind gestionarea deșeurilor solide;
- școli ⊕ *a se vedea* Manualul INEE;
- facilități sociale, cum ar fi lăcașuri de cult, puncte de întâlnire și zone de recreere;
- spațiu pentru înmormântări adecvate din punct de vedere cultural și ritualuri aferente;
- spațiu pentru adăpostirea animalelor (cu o separare adecvată față de spațiile rezidențiale) ⊕ *a se vedea* Manualul LEGS.

Planificarea amplasamentelor pentru așezările temporare: Amenajarea amplasamentelor trebuie să se bazeze pe principiile de amenajare și de planificare urbană, cu componente de legătură, cum ar fi punctele de acces, intersecțiile și spațiul public. Aceste componente, bazate pe factori fizici, sociali, de mediu și economici, formează planul spațial al noii așezări. Planificarea așezării trebuie să susțină rețelele sociale existente, să ofere oportunități pentru formarea de noi rețele, să contribuie la siguranță și securitate și să permită autogestionarea de către persoanele afectate.

Păstrați intimitatea și demnitatea gospodăriilor separate atunci când creați configurația parcelei pentru așezările temporare. Fiecare adăpost al unei gospodării trebuie să se deschidă spre un spațiu comun sau spre o zonă ecranată, nu spre intrarea unui alt adăpost. Asigurați zone de locuit sigure pentru toate grupurile potențial vulnerabile, dar evitați aglomerarea lor, deoarece acest lucru le poate crește vulnerabilitatea. Grupați familiile, familiile extinse și grupurile din medii similare, pentru menținerea legăturilor sociale. Luați în considerare nevoile, preferințele și obiceiurile diferitelor grupuri de vârstă, sex și dizabilități.

Suprafața așezărilor planificate sau spontane: În cazul așezările planificate, suprafața minimă utilizabilă este de 45 de metri pătrați per persoană în așezările de tip tabără, inclusând parcelele pentru gospodării. Aceasta include spațiu pentru drumuri și trotuare, zone exterioare de gătit sau zone comune de gătit, zone de educație și de recreere, facilități de asistență medicală, salubritate, infrastructuri de protecție împotriva incendiilor, administrare, depozitarea apei, drenajul amplasamentului, facilități religioase, zone de distribuire a alimentelor, piețe, depozite și grădini de bucătărie limitate pentru gospodării individuale (cu excepția activităților agricole majore sau a creșterii animalelor). În cazul în care serviciile comunale pot fi furnizate de facilități existente sau suplimentare aflate în afara așezării planificate, suprafața minimă ar trebui să fie de 30 de metri pătrați per persoană. În cazul în care suprafața minimă nu poate fi asigurată, luați măsuri active pentru a face față consecințelor unei ocupări cu densitate mai mare. Planificarea așezărilor trebuie să ia în considerare, de asemenea, schimbările din rândul populației.

În cazul în care operați într-o zonă urbană, folosiți serviciile și fondul locativ existent. Asigurați o separare și o intimitate adecvată între gospodăriile individuale și rezervți spațiu pentru instalațiile necesare.

Dimensiunea parcelelor pentru adăposturi: Se recomandă un raport de 1:2 sau 1:3 între amprenta adăpostului și dimensiunea parcelei, pentru a permite un spațiu suficient pentru cele mai importante activități în aer liber ale gospodăriilor. Cu toate acestea, este preferabil un raport mai apropiat de 1:4 sau 1:5. Raportul trebuie să țină seama de normele culturale și sociale și de disponibilitatea spațiului în practică.

Drenajul apelor din precipitații sau din inundații: Drenajul necorespunzător al apelor din precipitații sau din inundații poate limita grav spațiile de locuit, mobilitatea și accesul persoanelor la servicii. În general, alegerea amplasamentului și dezvoltarea infrastructurii determină natura sistemelor de drenaj la scară largă. Evitați să alegeți un amplasament care se află într-o zonă inundabilă; aceasta poate compromite siguranța și securitatea,

DRAFT

în special în spații aglomerate sau restrânse. Apa care pătrunde și stagnează în mediile de locuit, de învățare și de lucru reprezintă o amenințare generală la adresa sănătății, demnității și bunăstării.

Protejați toaletele și canalizările de inundații, pentru a evita daunele structurale și scurgerile. Principala amenințare la adresa sănătății publice asociată cu un drenaj deficitar este creșterea expunerii la boli diareice în urma contactului cu apa contaminată.

Apa necontrolată poate deteriora, de asemenea, alte infrastructuri, locuințe și bunuri, poate limita mijloacele de subzistență și poate provoca disconfort. Drenajul slab oferă, de asemenea, condiții pentru înmulțirea vectorilor ⊕ *a se vedea* Standardele WASH privind controlul vectorilor 4.1 *și* 4.2.

Accesul: Luați în considerare starea drumurilor locale și apropierea de nodurile de transport pentru furnizarea de asistență de urgență și alte bunuri. Furnizarea asistenței de urgență trebuie să evite deteriorarea infrastructurii rutiere locale. Luați în considerare constrângerile sezoniere, pericolele și riscurile de securitate. Amplasamentul și toate punctele de depozitare primară și de distribuție a alimentelor trebuie să fie accesibile pentru camioanele de mare tonaj de pe un drum practicabil în orice condiții meteorologice. Alte facilități trebuie să fie accesibile cu vehicule ușoare. Asigurați drumuri și căi de acces sigure și securizate în interiorul așezărilor, precum și acces în orice condiții meteorologice la toate locuințele individuale și la facilitățile comunale. Luați în considerare nevoile persoanelor care se confruntă cu bariere de mobilitate sau de acces.

Siguranța împotriva incendiilor: Planificarea amplasamentului trebuie să cuprindă evaluarea riscurilor de incendiu. Includeți linii de protecție împotriva incendiilor de 30 de metri la fiecare 300 de metri în zonele construite din tabere. Spațiul dintre clădiri trebuie să fie de cel puțin 2 metri; în mod ideal, acest spațiu ar trebui să fie de două ori mai mare decât înălțimea clădirii, pentru a evita ca structurile care se prăbușesc să atingă clădirile adiacente.

Luați în considerare practicile locale de gătit și de încălzire (cum ar fi tipul de sobe și locația preferată). De asemenea, luați în considerare furnizarea de sobe sigure și de echipamente de siguranță împotriva incendiilor; este necesară, de asemenea, conștientizarea rezidenților cu privire la pericolul de incendiu. Optați pentru materiale de construcție și obiecte de uz casnic rezistente la foc. Informați rezidenții (inclusiv cei care se confruntă cu bariere de accesibilitate sau de mobilitate) cu privire la planurile de prevenire, gestionare și evacuare în caz de incendiu.

Reducerea infracționalității: Proiectarea așezării poate contribui la reducerea infracționalității și a violenței bazată pe gen. Luați în considerare amplasarea și accesibilitatea adăposturilor, a clădirilor și a facilităților, iluminatul pe timp de noapte, distanța până la toalete și la zona de baie de la adăpost și supravegherea pasivă prin intermediul liniilor de vizibilitate. Clădirile utilizate în scopuri colective trebuie să aibă căi de evacuare alternative.

Modificarea amenințărilor și a riscurilor: Efectuați evaluări periodice ale contextului, pericolelor și riscurilor pe măsură ce situația se modifică. Printre acestea se pot număra pericolele sezoniere, modificări ale situației de securitate, muniție neexplodată în urma unor conflicte anterioare sau actuale sau consecințele schimbărilor demografice.

Siguranța centrelor colective și a infrastructurii comunitare: Specialiștii tehnici trebuie să evalueze stabilitatea structurală a clădirilor comunitare, a centrelor colective și a altor structuri din zonele locuite afectate de crize. Luați în considerare amenințările actuale și potențiale la adresa securității sau a sănătății.

Sprijin pentru asigurarea mijloacelor de subzistență: Luați în considerare activitățile economice anterioare catastrofei și potențialele mijloace de subzistență în contextul ulterior producerii acesteia. Identificați terenurile disponibile pentru cultivare și pășunat sau accesul la piețe și/sau oportunități pentru ocuparea forței de muncă. Răspunsurile umanitare în materie de adăposturi și așezări au potențialul de a oferi locuri de muncă la nivel local, cum ar fi roluri în domeniul asistenței tehnice, al aprovizionării și al pieței muncii. Utilizați programe de formare și educație pentru a stimula capacitatea locală și a obține rezultate într-un interval de timp stabilit ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 5 și Standardele privind securitatea alimentară și nutriția - mijloacele de subzistență 7.1 *și* 7.2.

DRAFT

Operarea și întreținerea: Creați un plan de operare și întreținere pentru a asigura funcționarea eficientă a tuturor instalațiilor, serviciilor și utilităților (cum ar fi alimentarea cu apă, salubritatea, drenajul, gestionarea deșeurilor, școlile). Componentele cheie ale unui plan includ participarea comunității, înființarea de grupuri de utilizatori, definirea rolurilor și a responsabilităților, precum și un plan de recuperare a costurilor sau partajare a costurilor.

Dezafectarea și predarea amplasamentelor: Măsurile adecvate de reabilitare a mediului pot favoriza regenerarea naturală a mediului în interiorul și în jurul așezărilor temporare. Amplasamentele trebuie să dispună de un plan de dezafectare, în mod ideal elaborat în etapa de proiectare a intervenției ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

Instruirea populației locale în ceea ce privește tehnicile de gestionare durabilă a terenurilor asigură redresarea amplasamentului și a mediului local. Acolo unde este posibil, utilizați forța de muncă locală pentru activitățile de curățare și dezafectare.

DRAFT

3. Spațiul de locuit

Spațiul de locuit este foarte important pentru bunăstarea indivizilor. Existența unui loc în care familia să locuiască, să se simtă în siguranță și să desfășoare o serie de activități casnice esențiale reprezintă o nevoie și un drept fundamental al omului.

Standardul privind adăposturile și așezările 3: Spațiul de locuit

Persoanele au acces la spații de locuit sigure și adecvate, permițând desfășurarea cu demnitate a activităților esențiale pentru gospodărie și mijloace de subzistență.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați-vă că fiecare gospodărie afectată dispune de un spațiu de locuit adecvat pentru desfășurarea activităților casnice de bază.

- Asigurați un spațiu de locuit adaptat nevoilor diverse ale membrilor gospodăriei în ceea ce privește dormitul, prepararea și consumul alimentelor, respectând cultura și stilurile de viață locale.
- Asigurați un adăpost de bază, alcătuit din acoperiș și pereți, pentru ocupanți și bunurile acestora, oferind securitate fizică, demnitate, intimitate și protecție împotriva intemperiilor.
- Asigurați condiții optime de iluminare, ventilație și confort termic.

2. Asigurați-vă că spațiul imediat învecinat spațiului de locuit permite accesul în siguranță la activitățile fundamentale.

- Includeți spații adecvate pentru gătit, toalete, spălătorie, igienă corporală, activități de subzistență, zone de socializare și de joacă.

3. Promovați utilizarea soluțiilor pentru adăposturi, a tehnicilor de construcție și a materialelor care sunt acceptabile din punct de vedere cultural și social, precum și durabile din punct de vedere ecologic.

Indicatori-cheie

Procentul din populația afectată care dispune de un spațiu de locuit adecvat în interiorul și în imediata apropiere a adăposturilor pentru a-și desfășura activitățile zilnice

- Minim 3,5 metri pătrați de spațiu de locuit per persoană, excluzând spațiul de gătit, zona de baie și instalația sanitară
- 4,5-5,5 metri pătrați de spațiu de locuit per persoană în zonele cu climă rece sau în mediul urban, în care sunt incluse spațiile interioare de gătit și instalațiile de baie și/sau sanitare
- Înălțime interioară de la podea până la tavan de cel puțin 2 metri (2,6 metri în zonele cu climă caldă) în punctul cel mai înalt.

DRAFT

Procentul de adăposturi care îndeplinesc standardele tehnice și de performanță convenite și sunt acceptabile din punct de vedere cultural

Procentul de persoane care primesc asistență pentru adăpost și care se simt în siguranță în adăpostul respectiv

Note orientative

Spațiul de locuit: Spațiul de locuit trebuie să fie adecvat pentru activitățile zilnice, cum ar fi dormitul, prepararea și consumul alimentelor, spălatul, îmbrăcatul, depozitarea alimentelor și a apei, precum și protejarea bunurilor din gospodărie și a altor bunuri esențiale. Este necesar să se asigure intimitatea și separarea, după caz, între sexe, diferite grupe de vârstă și familii în cadrul unei anumite gospodării, în conformitate cu normele culturale și sociale ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor.

Planificați un spațiu de locuit care permite membrilor gospodăriei să se adune, precum și îngrijirea sugarilor, copiilor și a persoanelor bolnave sau rănite. Acordați atenție schimbării utilizării spațiului pe timp de zi și de noapte și planificați amplasarea ferestrelor, a ușilor și a pereților despărțitori pentru a maximiza utilizarea spațiului interior și a zonelor exterioare adiacente, cum ar fi bucătăriile sau zonele de joacă.

Pentru a găzdui activitățile gospodăriei în condiții decente, adăposturile au nevoie de un spațiu închis (pereți, ferestre, uși și acoperiș) cu o suprafață adecvată. Supraaglomerarea sau expunerea la intemperii crește riscul de izbucnire a bolilor sau de îmbolnăvire. Reducerea spațiului poate conduce la riscuri de protecție, la reducerea securității și a intimității.

Spațiul minim de locuit trebuie să reflecte normele culturale și sociale, contextul, etapa răspunsului umanitar și orientările autorităților naționale sau ale sectorului de răspuns umanitar. Luați în considerare cu atenție consecințele potențiale ale adoptării spațiului minim calculat (3,5 metri pătrați per persoană, 4,5 metri pătrați în zonele cu climă rece) și conveniți cu partenerii asupra oricărei adaptări, trecând cât mai repede posibil la minimul necesar pentru toți.

În cazul în care este necesar să se acționeze rapid pentru salvarea de vieți omenești, luați în considerare acordarea de asistență inițială pentru:

- construirea unui acoperiș pentru spațiul minim de locuit și, în continuare, a unor pereți, uși și ferestre; sau
- construirea unui adăpost cu o suprafață mai mică și urmărirea creșterii suprafeței.

În unele situații, standardul de spațiu poate fi dictat de limitări de ordin fizic. Acest lucru este posibil într-o așezare restrânsă, în medii urbane dens populate sau în condiții climatice extreme, unde materialele pentru adăposturi sunt greu accesibile. Spațiul minim indicat se aplică în faza de urgență și în soluțiile de adăpost temporar sau de tranziție. În cazul în care durata șederii se prelungește, calculele privind spațiul locuibil trebuie revizuite. În faza de recuperare, trebuie să se țină seama de standardele locale acceptabile și de strategiile de evacuare.

Implicați cât mai mult posibil comunitățile și gospodăriile afectate în determinarea tipului de asistență care urmează să fie furnizată. Consultați-vă cu persoanele care petrec mai mult timp în spațiul de locuit acoperit și care se confruntă cu bariere de mobilitate sau de acces. Asigurați-vă că spațiul de locuit este accesibil pentru persoanele cu dizabilități și pentru cei care locuiesc cu aceste persoane. Persoanele cu dizabilități, în special cele cu dizabilități intelectuale și psihosociale, pot avea nevoie de spațiu suplimentar.

Practici culturale, siguranță și intimitate: Respectați practicille și obiceiurile existente și modul în care acestea influențează necesitatea unor subdiviziuni interioare (perdele, pereți). De exemplu, locuința trebuie proiectată astfel încât să permită dormitul membrilor familiei extinse sau al diferitelor familii din cadrul aceleiași gospodării.

DRAFT

În locuințele colective, pot oferi intimitate și siguranță personală traseele de acces bine planificate și bine iluminate prin zona de locuit, precum și pereții despărțitori care să delimiteze spațiul personal și cel al gospodăriei.

În locuințele colective, oferiți posibilitatea ca grupurile de locatari să împartă spațiul. De exemplu, unele persoane LGBTQI preferă să locuiască mai degrabă cu prietenii și colegii decât cu propria familie.

Protecție: Asigurați-vă că există mai multe căi de ieșire din locuință și că spațiile interioare se deschid către zonele publice. Asigurați-vă că personalul știe cum să semnaleze orice probleme de protecție legate de violența domestică sau de abuz, violență, exploatarea sau neglijarea copiilor. Femeile, fetele și persoanele care au nevoie de asistență pentru igiena personală au adesea nevoie de spațiu suplimentar ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind promovarea igienei 1.3: Gestionarea igienei menstruale și a incontinenței.

În cazul în care se folosesc locuințe colective temporare, luați măsuri specifice pentru a preveni exploatarea sexuală și violența sexuală. Colaborați cu membrii comunității pentru a înțelege riscurile și pentru a le contracara și stabiliți un sistem solid pentru reclamații, cu acțiuni imediate și verificabile.

Considerente psihosociale: Amenajarea și proiectarea locuințelor trebuie să includă spații de locuit publice deschise care să încurajeze socializarea.

În climatele calde și umede, proiectați și orientați adăposturile pentru a maximiza ventilația și a minimiza pătrunderea directă a luminii solare. Un plafon mai înalt favorizează circulația aerului. Un spațiu exterior acoperit anexat contribuie la diminuarea luminii solare directe și oferă protecție împotriva ploii. Luați în considerare utilizarea unui spațiu exterior adiacent, umbrit sau acoperit, pentru pregătirea și prepararea alimentelor, cu spațiu separat pentru alte activități cotidiene. Acoperișul trebuie să fie înclinat pentru drenajul apei pluviale, cu umbrare ample, cu excepția zonelor expuse la vânt puternic. Materialul de construcție al adăpostului trebuie să fie ușor și să aibă o capacitate termică redusă, cum ar fi lemnul. Folosiți podele supraînălțate pentru a preveni pătrunderea apei în zona de locuit acoperită ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor.

În zonele de climă caldă și uscată, materialele de construcție grele (cum ar fi pământul sau piatra) asigură confortul termic în ciuda variațiilor de temperatură din timpul zilei și al nopții. Alternativ, folosiți o construcție ușoară cu izolație adecvată. Acordați atenție proiectării structurale a construcțiilor grele în zonele cu risc seismic. Asigurați locuri umbrite și ventilate acolo unde este posibil și adecvat. În cazul în care nu sunt disponibile decât folii de plastic sau corturi, asigurți un acoperiș cu membrană dublă și cu ventilație între straturi pentru a reduce surplusul de căldură radiantă. Poziționați deschiderile ușilor și ferestrelor în afara direcției din care suflă vântul cald predominant. Pardoselile interioare trebuie să se îmbine perfect cu pereții exteriori, pentru a preveni pătrunderea prafului și a vectorilor patogeni.

În zonele cu climă rece, este preferabil un plafon mai jos pentru a reduce la minim volumul intern care trebuie încălzit. Adăposturile ocupate pe tot parcursul zilei necesită construcție robustă, cu o capacitate termică ridicată. Pentru adăposturile ocupate doar pe timp de noapte, este mai potrivită o construcție ușoară, cu o capacitate termică redusă și o izolație substanțială. Reduceți la minim fluxul de aer, în special în jurul ușilor și ferestrelor, pentru a asigura confortul personal și, în același timp, pentru a asigura o ventilație adecvată pentru dispozitivele de încălzit sau aragaze.

Ventilația adecvată ajută la menținerea unui mediu interior sănătos, previne formarea condensului și reduce răspândirea bolilor transmisibile. Aceasta reduce efectul fumului de la sobele de uz casnic din interior, care poate provoca infecții respiratorii și probleme oculare. Aveți în vedere ventilația naturală, acolo unde este posibil.

Controlul vectorilor: Zonele joase, resturile și clădirile goale pot constitui medii de reproducere pentru vectori cu risc pentru sănătatea publică. În cazul așezărilor comunale, selecția amplasamentelor și atenuarea activă a riscurilor generate de vectori sunt esențiale pentru reducerea impactului bolilor transmise prin vectori ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind controlul vectorilor 4.2: Acțiuni casnice și personale pentru controlul vectorilor.

DRAFT

4. Articole de uz casnic

Asistența privind articolele de uz casnic contribuie la restabilirea și menținerea sănătății, demnității și siguranței, precum și la desfășurarea activităților casnice zilnice în locuință și în preajma acesteia. Acest standard se referă la articolele destinate odihnei, preparării și depozitării alimentelor, consumului de alimente și băuturi, confortului termic, iluminatului și îmbrăcămintei personale. Capitolul WASH oferă detalii suplimentare cu privire la articole precum plase de protecție pentru paturi, găleți, articole de depozitare a apei și articole de igienă.

Standardul privind adăposturile și așezările 4: Articole de uz casnic

Asistența privind articolele de uz casnic sprijină restabilirea și menținerea sănătății, a demnității și a siguranței, precum și desfășurarea activităților casnice zilnice în interiorul și în exteriorul locuinței.

Acțiuni-cheie

1. Evaluați și asigurați accesul la articolele care permit gospodăriilor să restabilească și să continue activitățile casnice esențiale.

- Luați în considerare nevoile diferite existente în funcție de vârstă, sex, dizabilitate, practici sociale și culturale, precum și mărimea familiei.
- Acordați prioritate accesului la articole pentru activități casnice, îmbrăcăminte personală, igienă personală, precum și pentru susținerea siguranței și sănătății.

2. Decideți modalitatea de acordare a asistenței pentru articole de uz casnic în mod eficient și adecvat.

- Analizați ce anume poate fi procurat la nivel local prin intermediul asistenței în numerar sau prin intermediul tichetelor și prin intermediul achizițiilor locale, regionale sau internaționale pentru distribuția în natură.
- Luați în considerare aspectele de mediu legate de modul în care sunt ambalate sau livrate articolele.

3. Monitorizați disponibilitatea, calitatea și utilizarea articolelor de uz casnic și adaptați-le în funcție de necesități.

- Planificați reaprovizionarea în situații de strămutare prelungită.
- Monitorizați piețele alese în ceea ce privește disponibilitatea, prețul și calitatea. Adaptați modul în care este furnizată asistența în funcție de evoluția situației.

Indicatori-cheie

Persoanele dispun de îmbrăcăminte suficientă și de calitate corespunzătoare

DRAFT

- Cel puțin două seturi complete de îmbrăcăminte pentru fiecare persoană, de mărime potrivită și adecvată culturii, anotimpului și climei și adaptată la orice nevoi speciale.

Persoanele beneficiază de articole suficiente și de calitate corespunzătoare pentru odihnă în condiții de siguranță, sănătate și intimitate

- Minim o pătură și un articol pentru odihnă (covor, saltea, cearșaf) de persoană. Sunt necesare pături suplimentare/izolație suplimentară a solului în zonele cu climă rece.
- Plase tratate cu insecticide cu efect de lungă durată, acolo unde este necesar.

Persoanele dispun de suficiente articole adecvate pentru prepararea, consumul și depozitarea alimentelor

- Pentru o gospodărie sau un grup de patru până la cinci persoane: două vase de gătit cu mânere și capace, un bol pentru prepararea sau servirea alimentelor, un cuțit de bucătărie și două linguri de servit.
- Pentru fiecare persoană: o farfurie, un set de ustensile de masă și un recipient pentru băut.

Procentul din populația afectată care beneficiază de acces la o sursă de energie suficientă, sigură și la prețuri accesibile pentru a menține confortul termic, pentru a prepara alimentele și pentru a asigura iluminatul

Numărul de incidente care au avut ca rezultat vătămarea persoanelor care utilizează aragaze sau care depozitează sau se aprovizionează cu combustibil

- Stabiliți linia de referință și evaluați progresul începând de la 0.

Note orientative

Articolele de uz casnic esențiale trebuie să fie disponibile în cantitate și calitate suficiente pentru:

- odihnă, confort termic și îmbrăcămintea personală;
- depozitarea apei, prepararea și depozitarea alimentelor, consumul alimentelor și al băuturilor;
- iluminat;
- prepararea alimentelor, fierberea apei și încălzire, inclusiv combustibil sau energie ⊕ *a se vedea* Standardul privind securitatea alimentară și nutriția 5: Securitatea alimentară generală;
- igienă, inclusiv igienă menstruală sau articole pentru incontinență ⊕ *a se vedea* Standardele WASH privind promovarea igienei 1.2 *și* 1.3;
- protecție împotriva vectorilor; de exemplu, plase împotriva țânțarilor ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind controlul vectorilor 4.2; și
- siguranța împotriva incendiilor și a fumului.

Selectarea articolelor de uz casnic adecvate: Articolele de uz casnic trebuie furnizate ca parte a unui plan general. Atunci când specificați tipul, cantitatea și calitatea articolelor, acordați prioritate articolelor care pot salva vieți. Luați în considerare:

- activitățile zilnice esențiale la nivel individual, familial și comunitar;
- normele culturale, oportunitatea și tradițiile;

DRAFT

- siguranța și ușurința în utilizare (cu un minim de instrucțiuni suplimentare sau îndrumare tehnică);
- durabilitatea, rata de consum și nevoia de reaprovizionare;
- condițiile și aranjamentele existente de locuit;
- disponibilitatea locală;
- nevoile specifice în funcție de categoriile de populație afectată, inclusiv femei, fete, bărbați, băieți, sugari, vârstnici, persoane cu dizabilități și alte persoane și grupuri vulnerabile;
- impactul articolelor selectate asupra mediului ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

Siguranța: Toate obiectele din plastic trebuie să fie de uz alimentar. Toate produsele metalice trebuie să fie din oțel inoxidabil sau emailate.

Asigurați o separare sigură între sobă și elementele adăpostului. Sobele de interior trebuie amplasate pe un suport neinflamabil. Instalați un manșon neinflamabil în jurul coșului de fum acolo unde acesta traversează adăpostul spre exterior. Amplasați sobele la distanță de intrări astfel încât să fie permis accesul în siguranță în timpul utilizării. Combustibilul trebuie depozitat la o distanță sigură față de sobă, iar orice combustibil lichid, cum ar fi kerosenul, trebuie ținut departe de copii și sugari.

Confortul termic înseamnă că persoanele beneficiază de căldură sau de răcoare, fiind confortabil acoperite și uscate. Hainele, păturile și articolele pentru odihnă asigură confortul personal. Saltelele de dormit, radiatoarele și ventilatoarele vor crea condiții de locuire adecvate. Este necesar să se ia toate măsurile posibile la nivel individual și familial pentru a preveni hipotermia sau insolația.

Combustibili la prețuri accesibile și aprovizionarea cu energie a gospodăriilor: Combustibilul și alte surse de energie sunt necesare pentru iluminat, gătit, confort termic și comunicare. Procurarea sau plata combustibilului sau a energiei reprezintă un cost recurent și trebuie planificat în consecință. Promovați practici de gătit eficiente din punct de vedere energetic, inclusiv utilizarea de sobe eficiente din punct de vedere energetic, pregătirea lemnului de foc, gestionarea focului, tehnicile de pregătire a alimentelor și gătitul în comun. Consultați persoanele afectate de criză și comunitatea gazdă cu privire la locația și mijloacele de colectare a combustibilului pentru a discuta aspectele legate de siguranța personală și de sustenabilitatea mediului.

Iluminatul artificial este necesar pentru a contribui la siguranța personală în interiorul și în jurul așezărilor în care nu este disponibil iluminatul general. Pe lângă chibrituri și lumânări, luați în considerare utilizarea iluminatului artificial eficient din punct de vedere energetic, cum ar fi diodele electroluminiscente (LED) și panourile solare.

Intervenția bazată pe piață pentru articolele de uz casnic: Evaluarea pieței pentru articolele de uz casnic trebuie să facă parte dintr-o evaluare mai amplă a sistemului de piață. Furnizarea de articole de uz casnic trebuie să sprijine piețele locale, dacă acest lucru este posibil. Analizați cheltuielile pentru articolele respective în raportul cu bugetele generale ale gospodăriilor. Monitorizați-le în timp pentru a fi adaptate și ajustate în mod corespunzător ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.

Distribuție: Planificați metode de distribuire eficiente și echitabile, în consultare cu autoritățile locale și cu persoanele afectate. Persoanele sau gospodăriile vulnerabile trebuie să fie incluse pe listele de distribuție și să aibă acces atât la informații, cât și la distribuție. Locurile de distribuție trebuie alese cu atenție, ținând cont de distanța de mers pe jos, de teren și de aspectele practice ale transportului de bunuri mai mari, cum ar fi articolele de construcție a adăposturilor. Luați în considerare posibilitatea de a include containere pentru depozitarea și transportul bunurilor personale și de uz casnic.

Monitorizarea post-distribuție: Evaluați caracterul adecvat atât al procesului de distribuție, cât și al articolelor de uz casnic. În cazul în care articolele nu sunt utilizate sau sunt vândute pe piață sau dacă există întârzieri în

DRAFT

accesarea articolelor, adaptați fie procesul, fie produsele. Fiți conștienți de faptul că nevoile se vor schimba în timp și că intervențiile trebuie adaptate la aceste schimbări.

DRAFT

5. Asistența tehnică

Asistența tehnică este o parte integrantă a răspunsurilor umanitare în materie de adăposturi și așezări. Aceasta sprijină auto-recuperarea persoanelor afectate și îmbunătățește calitatea și siguranța adăposturilor și a așezărilor acestora. Este esențial ca gospodăriile sau comunitățile afectate să fie implicate în mod activ în alegerea spațiilor de cazare, în proiectarea adăposturilor, în amenajarea terenului și selectarea materialelor, precum și în supravegherea sau efectuarea lucrărilor de construcție a adăposturilor și a altor construcții.

Standardul privind adăposturile și așezările 5: Asistența tehnică

Persoanele au acces la asistență tehnică adecvată în timp util.

Acțiuni-cheie

1. Determinați practicile de planificare și de construcție anterioare crizei, materialele, expertiza și capacitățile disponibile.

- Consultați persoanele afectate, profesioniștii în construcții și autoritățile locale pentru a conveni asupra practicilor și materialelor de construcție și pentru a găsi expertiza necesară pentru asigurarea calității.

2. Implicați și sprijiniți persoanele afectate, administrația locală și profesioniștii locali în procesul de construcție.

- Respectați codurile de planificare și de construcție, specificațiile materialelor și standardele de calitate aplicabile, în funcție de durata prevăzută a adăpostului, a așezării și a intervenției la nivelul gospodăriei.
- Optimizați practicile de construcție și mijloacele locale de subzistență.

3. Promovați practici de construcție mai sigure pentru a răspunde nevoilor actuale în materie de adăposturi și pentru a reduce riscurile viitoare.

- Pentru locuințele sau adăposturile avariate sau distruse, identificați riscurile și pericolele structurale, motivele oricărei defecțiuni sau ce anume ar putea ceda în viitor.
- Învățați din practicile și tehnicile de construcție locale, îmbunătățiți-le și inovați-le acolo unde este posibil; facilitați transferul eficient de cunoștințe pentru a promova practicile de construcție adecvate.

4. Asigurați-vă că persoanele au acces la asistență tehnică adecvată.

- Luați în considerare nevoia de expertiză profesională specializată, modul de respectare a codurilor și standardelor de construcție și modul de creștere a capacității tehnice în rândul populației afectate.

DRAFT

- Acordați atenție persoanelor care au capacitate, abilitate sau posibilitate redusă de a desfășura activități legate de construcții în condiții de siguranță și din punct de vedere tehnic sau de a negocia ocuparea unei proprietăți existente în condiții de siguranță și din punct de vedere tehnic.

5. Stabiliți un management adecvat al proiectului în ceea ce privește materialele, finanțele, forța de muncă, asistența tehnică și procesul de obținere a autorizațiilor de reglementare necesare pentru a asigura rezultate de calitate.

- Respectați procesele de gestionare adecvate în materie de cereri de oferte, licitații, achiziții, contracte și construcții și codurile de conduită.

- Încurajați utilizarea de tehnologii, unelte și materiale disponibile la nivel local, sustenabile și familiare, precum și angajarea de forță de muncă locală pentru întreținerea și îmbunătățirea adăposturilor.

Indicatori-cheie

Procentul de programe în care autoritățile locale sunt implicate în definirea standardelor de construcție și în monitorizarea activităților de construcție

Procentul activităților de construcție care demonstrează implicarea activă a populației afectate

Procentul unităților de adăpost care sunt construite, reparate, modernizate, îmbunătățite sau întreținute în conformitate cu practicile de construcție sigură convenite pentru contextul și riscurile specifice.

Procentul gospodăriilor care declară că au beneficiat de asistență tehnică și îndrumare corespunzătoare

Note orientative

Participarea și implicarea persoanelor afectate: Participarea la construirea de adăposturi și la activitățile de construcție trebuie să fie compatibilă cu practicile locale existente. Programele de formare și de stagiatură pot maximiza oportunitățile de participare a tuturor persoanelor afectate (persoanele afectate direct și comunitatea gazdă) în timpul construcției. Oferiți oportunități de participare pentru femei și persoane cu dizabilități. Persoanele mai puțin capabile să efectueze sarcini fizice pot contribui la activități precum monitorizarea șantierului, controlul inventarului, oferirea de sprijin administrativ, îngrijirea copiilor sau prepararea hranei pentru cei implicați în lucrările de construcții. Fiți conștienți de faptul că persoanele afectate se pot confrunta și cu alte constrângeri de timp incompatibile. Echipele de muncă voluntară din comunitate sau forța de muncă contractată pot sprijini eforturile de construcție ale gospodăriilor individuale, în special ale celor conduse de femei, copii, vârstnici sau persoane cu dizabilități. O astfel de asistență este importantă deoarece aceste grupuri pot fi expuse riscului de exploatare sexuală atunci când solicită asistență pentru construcții.

Implicarea tinerilor în activități de construcții: Participarea la un proiect de construcție le poate oferi tinerilor competențe de valoare, încredere, stimă de sine și întărirea legăturilor cu comunitatea.

Asigurați-vă că în construcția de adăposturi sau în programele de construcție a adăposturilor de tipul „bani pentru muncă” nu sunt implicați copii ce nu au împlinit vârsta minimă obligatorie pentru angajare. Copiii cu vârsta cuprinsă între vârsta minimă pentru muncă (de obicei 14 sau 15 ani) și 18 ani trebuie să participe într-un mod adecvat vârstei și dezvoltării lor. Asigurați-vă că participarea lor este în conformitate cu legislația națională în vigoare. Trebuie puse în aplicare măsuri pentru garantarea respectării standardelor internaționale și a legislației naționale a muncii pentru a evita munca periculoasă și exploatarea prin muncă a minorilor. Orice suspiciune sau întrebare cu privire la exploatarea prin muncă a copiilor trebuie adresată specialiștilor în protecția copilului sau serviciilor sociale ⊕ *a se vedea* Manualul CPMS.

Expertiza profesională: Oferiți consultanță cu privire la aspecte cum ar fi amenajarea terenului și a spațiului, tehnicile de construcție locale, evaluarea pagubelor, demolarea și îndepărtarea resturilor, construcția, administrarea șantierului, evaluarea parcului imobiliar existent și securitatea dreptului de ocupare a unei

DRAFT

proprietăți. Aceste criterii pot garanta că adăposturile respectă standardele stabilite. Cunoașterea pieței materialelor și a pieței muncii va fi, de asemenea, utilă, la fel ca și sprijinul juridic și administrativ ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 6: Securitatea dreptului de ocupare.

Respectarea codurilor de construcție: Determinați dacă, de obicei, sunt respectate sau puse în aplicare normele din domeniul construcțiilor, locale sau naționale. În caz contrar, pledați pentru utilizarea și respectarea acestora. Aceste coduri trebuie să reflecte cultura locală în materie de locuințe, condițiile climatice, resursele, capacitățile de construcție și de întreținere, accesibilitatea și suportabilitatea financiară. Asigurați-vă că programele privind adăposturile permit gospodăriilor să respecte sau să îndeplinească progresiv criteriile și standardele convenite, în special în cadrul programelor care utilizează asistență în numerar pentru a răspunde nevoilor de adăpost. În cazul în care nu există standarde existente, stabiliți standarde minime în colaborare cu autoritățile locale și cu părțile interesate relevante (inclusiv, dacă este posibil, cu persoanele afectate) pentru asigurarea faptului că acestea îndeplinesc cerințele de siguranță și performanță.

Creșterea capacității tehnice: Creșteți capacitatea comunității prin contribuția la formarea și sensibilizarea populației afectate, a autorităților locale, a profesioniștilor locali din domeniul construcțiilor, a forței de muncă calificate și necalificate, a proprietarilor, a experților juridici și a partenerilor locali.

În locațiile vulnerabile la crize sezoniere sau ciclice, implicați specialiști tehnici și experți locali care au experiență în ceea ce privește soluțiile locale adecvate sau cele mai bune practici. Aceste persoane pot oferi informații despre practicile de proiectare și de construcție și pot contribui la dezvoltarea unor soluții îmbunătățite.

Aprovizionarea cu materiale: În cazul în care materialele de construcție adecvate pot fi furnizate rapid, populația afectată își poate construi adăposturile pe cont propriu. Aceste soluții pentru adăposturi pot consta din componente separate sau dintr-un kit predefinit, cu instrumente de construcție adecvate. O evaluare și o analiză rapidă a pieței și o evaluare a impactului asupra mediului sunt elementele care trebuie să stea la baza selecției materialelor.

Aprovizionarea cu materiale la nivel local poate afecta economia locală, forța de muncă sau mediul natural. În unele situații, este posibil ca materialele de calitate adecvată să nu fie disponibile la nivel local. În aceste situații, utilizați materiale sau procese de producție alternative, sau sisteme de adăposturi comerciale, dar luați în considerare impactul utilizării unor materiale care nu sunt familiare culturii locale. Evitați materialele produse prin exploatarea muncitorilor locali și a copiilor.

Clădiri publice sigure: Construiți sau reparați clădirile publice temporare și permanente, cum ar fi școlile și centrele de sănătate, astfel încât acestea să nu reprezinte un risc pentru sănătatea publică și să prezinte rezistență la dezastre. Aceste facilități trebuie să respecte standardele de construcție și procedurile de autorizare. Asigurați siguranța și accesul pentru toți, inclusiv pentru persoanele care se confruntă cu bariere în ceea ce privește deplasarea și comunicarea (atunci când este posibil, coordonați-vă cu organizațiile care reprezintă persoanele cu dizabilități). Consultați autoritățile competente atunci când reparați și construiți astfel de clădiri. Stabiliți o strategie de exploatare și întreținere la prețuri accesibile.

Managementul achizițiilor și al construcțiilor: Elaborați un calendar de construcție care să includă principalele etape, cum ar fi datele de începere și de finalizare, precum și datele și durata relocării persoanelor strămutate. Acest lucru se aplică indiferent dacă lucrările de construcție sunt realizate de proprietar sau de un contractor. Calendarul trebuie să țină seama de condițiile meteorologice sezoniere preconizate și să includă un plan de urgență pentru evenimente neprevăzute. Stabiliți un sistem de gestionare și monitorizare a construcției pentru materiale, forță de muncă și supraveghere a șantierului. Acest sistem trebuie să vizeze aprovizionarea, achiziționarea, transportul, manipularea și administrarea pe tot parcursul procesului.

Angajați forță de muncă locală, pe cât posibil, pentru a spori competențele lucrătorilor și pentru a oferi mijloace de subzistență persoanelor afectate. Pentru îndeplinirea de sarcini specifice, angajați profesioniști specializați (cum ar fi ingineri, arhitecți, urbaniști, responsabili de contract sau avocați).

Asigurați-vă că sunt abordate problemele de mediu. Promovați refolosirea acceptabilă din punct de vedere social a materialelor recuperate, în cazul în care drepturile asupra acestor materiale și calitatea acestora pot fi confirmate ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului.

DRAFT

Îmbunătățirea și întreținerea: Intervențiile inițiale în materie de adăposturi oferă de obicei doar un nivel minim de spațiu de locuit acoperit sau închis. Cu toate acestea, metodele și materialele de construcție inițiale trebuie să permită gospodăriilor să întrețină, să adapteze sau să îmbunătățească (inclusiv să extindă) adăpostul pentru a răspunde nevoilor lor pe termen lung. Adaptările trebuie realizate în condiții de siguranță, utilizând, pe cât posibil, instrumente și materiale disponibile la nivel local, familiare și accesibile.

Instrumente comunale: Stabiliți proceduri care să stabilească modul de utilizare, întreținere și depozitare în condiții de siguranță a uneltelor și materialelor comunale sau utilizate în comun.

DRAFT

6. Securitatea dreptului de ocupare

Securitatea dreptului de ocupare înseamnă că persoanele pot trăi în propriile locuințe fără teama de evacuare forțată, fie că se află în așezări comunale, în așezări informale, în comunități gazdă sau după revenire. Aceasta reprezintă fundamentul dreptului la o locuință adecvată și al multor altor drepturi ale omului. În context umanitar, o abordare progresivă - sau pas cu pas - poate fi cea mai potrivită. Aceasta recunoaște faptul că persoanele strămutate pot fi sprijinite pentru a-și îmbunătăți condițiile de trai în diferite tipuri de locuințe. Nu înseamnă însă că se acordă prioritate proprietarilor pentru asistență și nici nu implică neapărat permanență sau un titlu de proprietate. Actorii implicați în realizarea de adăposturi au dezvoltat o înțelegere a ceea ce înseamnă „suficient de sigur" în scopul conceperii de opțiuni de adăposturi care să vină în sprijinul celor mai vulnerabili și al căror drept de ocupare a unei proprietăți este nesigur. Pentru mai multe informații despre procesul de diligență și conceptul de „suficient de sigur" ⊕ *a se vedea Referințe:* Payne și Durand-Lasserve (2012).

Standardul privind adăposturile și așezările 6: Siguranța dreptului de ocupare

Populația afectată are siguranța ocupării în ceea ce privește opțiunile sale de adăpost și așezare.

Acțiuni-cheie

1. Efectuați diligențele necesare în ceea ce privește conceperea și implementarea programului.

- În funcție de context și constrângerile asociate acestuia, realizați demersuri pentru obținerea unei securități juridice cât mai mari cu putință în ceea ce privește dreptul de ocupare (abordarea „suficientei siguranțe").
- Coordonați și colaborați cu autoritățile locale, cu profesioniștii din domeniul juridic și cu forurile inter-agenții.

2. Înțelegeți cadrul juridic și realitățile de pe teren.

- Pentru a pregăti diferite scenarii post criză în ceea ce privește adăposturile și așezările, cartografiați sistemele și aranjamentele existente cu privire la dreptul de ocupare; identificați modul în care acestea afectează grupurile expuse la risc.
- Colaborați cu autoritățile locale pentru a înțelege care reglementări vor fi aplicate și care nu, precum și termenele aferente aplicării.
- Înțelegeți modul în care sunt gestionate raporturile de ocupare și sunt soluționate disputele, precum șievoluția acestora de-a lungul crizei.

3. Înțelegeți modul în care sistemele, aranjamentele și practicile de ocupare afectează siguranța ocupării pentru grupurile de risc.

- Includeți siguranța ocupării ca indicator al vulnerabilității.

DRAFT

- Determinați documentele de care ar putea avea nevoie persoanele care participă la un program, ținând cont de faptul că este posibil ca persoanele cele mai vulnerabile să nu aibă documentele respective sau să nu poată avea acces la ele.

- Asigurați-vă că răspunsul nu favorizează proprietarilor-ocupanți sau aranjamentele de deplină proprietate.

4. Implementați programe de adăpost și așezare care sprijină siguranța ocupării.

- Utilizați expertiză locală pentru a adapta intervențiile realizate la diferitele modalități de ocupare, în special pentru grupurile vulnerabile.

- Asigurați-vă că documentația, cum ar fi contractul de proprietate sau de folosință, este pregătită în mod corespunzător și reflectă drepturile tuturor părților.

- Reduceți riscul ca programul privind adăposturile să provoace sau să contribuie la tensiuni în cadrul comunității și cu comunitățile locale învecinate.

5. Susțineți protecția împotriva evacuărilor forțate.

- În caz de evacuare sau risc de evacuare, procedați la oferirea de asistență în referire pentru a identifica soluții alternative de adăpost și alte tipuri de asistență sectorială.

- Acordați asistență pentru soluționarea disputelor.

Indicatori-cheie

Procentul beneficiarilor programului de adăposturi cărora le este garantat securitatea ocupării la nivel de adăpost sau așezare cel puțin pe durata unui anumit program de asistență

Procentul beneficiarilor programului de adăposturi care au încheiat un acord corespunzător ce le garantează siguranța ocupării adăpostului

Procentul beneficiarilor programului de adăposturi care s-au confruntat cu probleme în materie de ocupare și care au accesat, în mod independent sau prin recomandare, servicii juridice și/sau mecanisme de soluționare a disputelor

- ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 4.

Note orientative

Dreptul de ocupare reprezintă relația dintre grupuri sau indivizi în ceea ce privește locuința și terenul, stabilită prin lege sau prin acorduri cutumiare, informale sau religioase. Sistemele de ocupare determină cine și ce resurse poate folosi, pentru cât timp și în ce condiții. Există mai multe forme de aranjamente de ocupare, de la proprietatea deplină și contracte de închiriere formale până la locuințe de urgență și ocuparea terenurilor în așezări informale. Indiferent de aranjamentele de ocupare, toate persoanele își păstrează în continuare dreptul la locuință, la teren și la proprietate. Este posibil ca persoanele care locuiesc în așezări informale, în special persoanele strămutate, să nu dețină dreptul legal de a ocupa terenul, însă să își mențină dreptul la o locuință adecvată și la protecție împotriva evacuării forțate din locuința lor. Pentru a determina dacă există o siguranță adecvată a ocupării, sunt necesare informații cu privire la documentele de ocupare și realizarea diligențelor aferente de către agenția care intervine.

Siguranța ocupării este parte integrantă a dreptului la o locuință adecvată. Garantează protecția juridică împotriva evacuării forțate, a hărțuirii și a altor amenințări și permite persoanelor să trăiască în locuința lor în

DRAFT

siguranță, pace și demnitate. Toate persoanele, inclusiv femeile, trebuie să aibă garantat un anumit grad de siguranță în ceea ce privește ocuparea. Este important să se înțeleagă modul în care sunt gestionate și practicate relațiile de ocupare, inclusiv mecanismele de soluționare a disputelor, precum și modul în care acestea s-au schimbat de la debutul crizei. Datele de evaluare a siguranței ocupării pot include numărul de dispute, ratele de evacuare și percepțiile privind siguranța ocupării.

Garantarea progresivă a dreptului de ocupare: Una dintre cele mai eficiente modalități de a consolida siguranța ocupării este consolidarea sistemelor de ocupare care se bucură deja de o anumită legitimitate socială ⊕ *a se vedea Referințe:* UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model *și* Payne and Durand-Lasserve (2012).

Considerente urbane: Majoritatea persoanelor strămutate în mediul urban trăiesc în așezări informale sau în locuințe închiriate fără contracte oficiale de proprietate, de închiriere și/sau de folosință. Prin urmare, riscul de evacuare forțată și de forme conexe de exploatare și hărțuire rămâne o caracteristică definitorie a vieții acestora. Opțiunile de asistență în materie de adăposturi și așezări pentru zonele urbane trebuie să abordeze situațiile complexe de ocupare a proprietății și să ia în considerare abordări progresive de garantare a siguranței ocupării pentru chiriași, ocupanți informali și ilegali și alții.

Principiul „a nu dăuna": În unele contexte, o intervenție umanitară pentru adăposturi poate conduce la evacuarea grupurilor vulnerabile. În alte cazuri, evidențierea problemelor legate de siguranța ocupării unei proprietăți poate crește riscul de evacuare pentru grupurile vulnerabile. O abordare rezonabilă și prudentă va identifica riscurile în materie de siguranță a ocupării cu care se confruntă diferite grupuri. În unele cazuri, atunci când riscurile sunt prea mari, ar fi de preferat să nu se întreprindă nimic.

Factorii comuni de declanșare a evacuării: Amenințarea de evacuare provine dintr-o interacțiune complexă de factori, dintre care majoritatea sunt, de asemenea, factori declanșatori ai exploatării și abuzului. Aceștia includ:

- incapacitatea de a plăti chiria, adesea din cauza restricțiilor asupra mijloacelor de subzistență, cum ar fi dreptul la muncă;
- absența unor contracte de închiriere scrise cu proprietarii, ceea ce îi face pe oameni vulnerabili la creșterea prețurilor și la evacuare;
- dispute cu proprietarii;
- discriminare față de persoanele afectate;
- restricții privind îmbunătățirea mediului de locuit având în vedere că cei care nu dețin autorizație de construire sunt în permanență amenințați cu evacuarea;
- incapacitatea utilizatorilor sau ocupanților zonelor construibile de a-și legaliza situația cu administrația civilă;
- tranzacțiile de locuințe care au loc în cadrul cutumiar sau religios și care, prin urmare, nu sunt recunoscute de lege, sau invers;
- pentru femei: divorț, violență partenerului intim și alte forme de violență domestică, sau decesul soțului;
- lipsa documentelor civile pentru femei (acestea pot fi incluse în documentele tatălui sau ale soțului lor) și pentru alte grupuri marginalizate sau persecutate.

Evacuările și relocarea: Relocarea poate fi compatibilă cu legislația privind drepturile omului pentru a proteja sănătatea și siguranța locuitorilor expuși la dezastre naturale, la pericole de mediu sau pentru a conserva resursele naturale critice. Cu toate acestea, utilizarea abuzivă a reglementărilor menite să protejeze sănătatea și siguranța publică sau mediul înconjurător pentru a justifica evacuarea în absența unui risc real sau atunci când sunt disponibile alte opțiuni, este contrară legislației internaționale privind drepturile omului.

DRAFT

7. Sustenabilitatea mediului

Sustenabilitatea mediului se referă la o programare responsabilă care răspunde nevoilor prezentului fără a compromite capacitatea generațiilor viitoare de a-și satisface propriile nevoi. Ignorarea problemelor de mediu pe termen scurt poate compromite recuperarea, poate agrava problemele existente sau poate provoca altele noi ⊕*a se vedea* Principiul de protecție 1 și Angajamentele privind Standardul umanitar de bază 3 *și* 9.

Standardul privind adăposturile și așezările 7: Sustenabilitatea mediului

Asistența în materie de adăposturi și așezări reduce la minim orice impact negativ al intervenției asupra mediului natural.

Acțiuni-cheie

1. Integrați evaluarea și gestionarea impactului asupra mediului în toate planificările în materie de adăposturi și așezări.

- Evaluați impactul crizei asupra mediului, precum și riscurile și vulnerabilitățile de mediu, pentru a minimiza efectele negative ale opțiunilor privind adăposturile și așezările.
- Încorporați un plan de management de mediu în operațiunile și procedurile de monitorizare.

2. Selectați cele mai durabile materiale și tehnici dintre opțiunile viabile.

- Optați pentru cele care nu epuizează resursele naturale locale și nu contribuie la deteriorarea pe termen lung a mediului.
- Recuperați și refolosiți, reciclați sau reconvertiți materialele disponibile, inclusiv resturile.

3. Gestionați deșeurilor solide în siguranță, în timp util, într-un mod sigur, sensibil din punct de vedere cultural și sustenabil din punct de vedere ecologic în toate așezările.

- Coordonați-vă cu autoritățile din domeniul WASH, al sănătății, al lucrărilor publice și cu alte autorități, cu sectorul privat și cu alte părți interesate pentru a stabili sau restabili practici durabile de gestionare a deșeurilor.

4. Stabiliți, reinstaurați și promovați sisteme de aprovizionare cu energie sigure, fiabile, accesibile și sustenabile din punct de vedere ecologic.

- Determinați dacă sistemele existente de aprovizionare cu energie au un impact negativ asupra mediului în ceea ce privește resursele naturale, poluarea, sănătatea și siguranța.
- Asigurați-vă că toate opțiunile noi sau revizuite de furnizare a energiei răspund nevoilor utilizatorilor și asigurați formarea și monitorizarea, după caz.

5. Protejați, restabiliți și îmbunătățiți valoarea ecologică a amplasamentelor operaționale (cum ar fi așezările temporare) în timpul utilizării și ulterior.

DRAFT

- Evaluați condițiile de bază de mediu și resursele naturale locale disponibile pentru fiecare amplasament și identificați pericolele de mediu, inclusiv cele cauzate de utilizarea comercială sau industrială anterioară.
- Îndepărtați pericolele imediate și evidente din zonă și remediați orice degradare gravă a mediului, menținând în același timp la minim îndepărtarea vegetației naturale și perturbarea drenajului natural.
- Păstrați amplasamentul într-o stare care să permită populației locale să îl folosească imediat după părăsirea acestuia de către populația strămutată, dacă este posibil în condiții mai bune decât înainte.

Indicatori-cheie

Procentul de activități în materie de adăposturi și așezări care sunt precedate de o analiză de mediu

Numărul de recomandări din planul de management și monitorizare a mediului care au fost implementate

Procentul de construcții de adăposturi care utilizează materiale de construcție și metode de achiziție cu emisii reduse de carbon

Procentul de deșeuri solide de pe amplasament care sunt reutilizate, reconvertite sau reciclate

- Obiectiv > 70% în volum

Procentul de așezări temporare care sunt reabilitate în condiții de mediu mai bune decât înainte de utilizare

Note orientative

Evaluarea impactului asupra mediului constă în trei elemente: o descriere de bază a mediului local în funcție de care are loc evaluarea; o înțelegere a activității propuse și a amenințării potențiale a acesteia la adresa mediului; o înțelegere a consecințelor în cazul în care amenințarea se concretizează.

Poate fi utilă consultarea cu agențiile de mediu corespunzătoare. Punctele-cheie care trebuie luate în considerare într-o evaluare a impactului asupra mediului includ:

- accesul și utilizarea, înainte de criză, a resurselor naturale locale, inclusiv a combustibililor și a materialelor de construcție, aprovizionarea cu apă și gestionarea deșeurilor;
- cantitatea resurselor naturale disponibile la nivel local și impactul crizei asupra acestora;
- aspecte sociale, economice și culturale (inclusiv rolurile de gen) care pot influența sustenabilitatea răspunsului umanitar și pot îmbunătăți eficacitatea și eficiența generală a acestuia.

Aprovizionarea cu materiale: La aprovizionarea cu resurse naturale, cum ar fi apa, lemnul, nisipul, pământul și iarba, precum și combustibilul pentru coacerea cărămizilor și țiglelor, trebuie să fți conștienți de impactul asupra mediului. Promovați utilizarea surselor multiple, reutilizarea materialelor recuperate și producția de materiale alternative. Reîmpădurirea poate fi o modalitate bună de a produce materiale de construcție sustenabile. Evitați utilizarea materialelor care au fost produse în urma exploatării adulților sau copiilor ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.

Selectarea amplasamentului: Evaluarea impactului asupra mediului trebuie să stea la baza selecției amplasamentelor. De exemplu, amplasarea așezărilor în apropierea infrastructurii existente poate reduce impactul asupra mediului asociat construirii de noi infrastructuri. Luați în considerare expunerea la riscurile legate de climă ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor.

DRAFT

Eroziunea: Mențineți copacii și alte tipuri de vegetație pentru a stabiliza solul și pentru a maximiza umbra și protecția față de condițiile climatice. Utilizarea curbelor de relief naturale pentru livrarea serviciilor, precum drumurile, căile de acces și rețelele de drenaj, reduce la minim eroziunea și inundațiile. Dacă este necesar, înființați canale de drenaj, sisteme de drenaj prin conducte pe sub drumuri sau terasamente plantate pentru a preveni eroziunea solului. În cazul în care panta este mai mare de 5%, trebuie aplicate tehnici de inginerie pentru a preveni eroziunea excesivă.

Gestionarea resturilor și refolosirea sau reconvertirea deșeurilor: Planificarea gestionării resturilor imediat după criză favorizează recuperarea resturilor în vederea refolosirii, reconvertirii sau eliminării în condiții de siguranță.

Există un potențial de refolosire sau de reconvertire a deșeurilor solide identificate în contexte umanitare. Refolosirea materialelor în contexte umanitare, ca parte a unei strategii mai sistematice de gestionare a deșeurilor solide, depinde de atitudinile culturale față de manipularea deșeurilor și de proximitatea întreprinderilor dispuse să achiziționeze materialele triate. Contextele umanitare oferă oportunități pentru reutilizarea creativă a materialelor ⊕*a se vedea* Standardul WASH privind gestionarea excrementelor 3.1 și Standardele WASH privind gestionarea deșeurilor solide 5.1 *și* 5.3.

Energie: La abordarea consumului de energie, luați în considerare clima, resursele naturale disponibile, poluarea din interior și exterior, impactul asupra sănătății, siguranța și preferințele utilizatorilor. Acolo unde este posibil, intervențiile trebuie să reducă nevoile energetice ale gospodăriilor. Proiectarea eficientă din punct de vedere energetic, utilizarea de abordări pasive pentru încălzirea sau răcirea structurilor și utilizarea de articole de uz casnic eficiente din punct de vedere energetic, cum ar fi lămpile solare, reduc costurile gospodăriei și impactul asupra mediului ⊕ *a se vedea* Standardul privind securitatea alimentară și nutriția 5: Securitatea alimentară generală.

Identificați riscurile pentru populație cauzate de deteriorarea surselor de energie, cum ar fi liniile electrice deteriorate și scurgerile din rezervoarele de propan sau de combustibil. Asigurați coordonarea cu administrația locală și cu furnizorii de energie pentru a restabili, furniza și întreține serviciile energetice. Subvențiile sau alte stimulente pot reprezenta o opțiune pentru garantarea siguranței și pentru reducerea poluării sau a cererii de resurse naturale.

Gestionarea resurselor naturale: În cazul în care există resurse naturale limitate pentru a susține o creștere substanțială a numărului de locuințe destinate populației, este esențial un plan de gestionare a resurselor. Dacă este necesar, consultați experți externi. Planul de gestionare a resurselor poate sugera surse externe de combustibil și opțiuni pentru pășunatul animalelor, producția agricolă și alte surse de venit care depind de resursele naturale. Așezările mari, bine gestionate, pot fi mai sustenabile din punct de vedere ecologic decât numeroasele așezări mai mici, dispersate, care nu sunt la fel de ușor de gestionat sau de monitorizat. Cu toate acestea, așezările comunale mari pot exercita mai multă presiune asupra comunităților gazdă din apropiere decât așezările mai mici, dispersate. Actorii din domeniul adăposturilor trebuie să ia întotdeauna în considerare impactul intervențiilor lor asupra nevoilor de resurse naturale ale populației gazdă ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 9 și Manualul LEGS.

Contexte urbane și rurale: Persoanele din zonele rurale sunt, în general, mai dependente de resursele naturale din imediata lor vecinătate, în comparație cu locuitorii din mediul urban. Cu toate acestea, zonele urbane absorb cantități mari de resurse naturale, cum ar fi lemnul, nisipul și cimentul, cărămizile și alte materiale de construcție naturale, care provin dintr-o zonă de captare mult mai mare. Este necesar să se adopte decizii în cunoștință de cauză atunci când se utilizează cantități mari de materiale de construcție în cadrul programelor de adăposturi urbane sau de altă amploare, în care impactul asupra mediului poate depăși cu mult zona de implementare a intervenției.

DRAFT

Anexa 1
Listă de verificare privind evaluarea adăposturilor și a așezărilor

Această listă de întrebări servește drept listă de verificare pentru a garanta obținerea unor date adecvate pentru informarea răspunsului umanitar în materie de adăposturi și așezări ulterior crizei. Lista întrebărilor nu este obligatorie. Poate fi utilizată și adaptată după caz.

Este necesar să se obțină separat informații cu privire la cauzele care au declanșat criza, la situația de securitate, la datele demografice de bază ale persoanelor strămutate și ale populației gazdă, precum și la persoanele-cheie care trebuie consultate și contactate.

Evaluare și coordonare

- A fost stabilit un mecanism de coordonare convenit de către autoritățile relevante și organizațiile umanitare?
- Ce date de bază sunt disponibile cu privire la persoanele afectate și pericolele la care sunt expuse și riscurile și vulnerabilitățile legate de adăposturi și așezări?
- Există un plan de urgență pentru a informa răspunsul umanitar?
- Ce informații de evaluare inițială sunt deja disponibile?
- Este planificată o evaluare inter-agenții și/sau multisectorială și aceasta include adăposturi, așezări și articole de uz casnic?

Date demografice

- Câte persoane compun o gospodărie medie?
- Câte persoane afectate locuiesc în diferite tipuri de gospodării? Luați în considerare grupurile care trăiesc în afara legăturilor familiale, cum ar fi grupurile de copii neînsoțiți, gospodăriile care nu sunt de mărime medie sau altele. Datele trebuie dezagregate în funcție de sex, vârstă, dizabilitate și apartenență etnică, lingvistică sau religioasă, după caz, în funcție de context.
- Câte gospodării afectate nu dispun de un adăpost adecvat și unde se află aceste gospodării?
- Câte persoane, dezagregate în funcție de sex, vârstă și dizabilitate, care nu fac parte din gospodării individuale, nu dispun de un adăpost sau au un adăpost inadecvat și unde se află acestea?
- Câte gospodării afectate care nu dispun de un adăpost adecvat nu au fost strămutate și pot fi asistate în locația lor inițială?
- Câte gospodării afectate care nu au un adăpost adecvat sunt strămutate și au nevoie de asistență pentru adăpost în familii gazdă sau în așezări temporare?

DRAFT

- Câte persoane, dezagregate în funcție de sex și vârstă, nu au acces la facilități comunale, cum ar fi școli, centre de sănătate și centre comunitare?

Riscuri

- Care sunt riscurile imediate pentru viață, sănătate și securitate care rezultă din lipsa unui adăpost adecvat și câte persoane sunt în pericol?
- Care sunt riscurile mai puțin urgente pentru viața, sănătatea și securitatea persoanelor care rezultă din lipsa unui adăpost adecvat?
- Cum influențează sistemele, contractele și practicile existente securitatea dreptului de ocupare pentru populațiile vulnerabile și marginalizate?
- Care sunt riscurile deosebite pentru persoanele vulnerabile, inclusiv femeile, copiii, minorii neînsoțiți și persoanele cu dizabilități sau boli cronice, cauzate de lipsa unui adăpost adecvat, și de ce?
- Care este impactul pe care prezența persoanelor strămutate îl are asupra populațiilor gazdă?
- Care sunt riscurile potențiale de conflict sau de discriminare în rândul sau între grupurile din cadrul populației afectate, în special pentru femei și fete?

Resurse și constrângeri

- Care sunt resursele materiale, financiare și umane ale persoanelor afectate care sunt disponibile pentru a satisface unele sau toate nevoile lor urgente de adăpost?
- Care sunt problemele legate de disponibilitatea, proprietatea și utilizarea terenurilor care afectează capacitatea oamenilor de a-și satisface nevoile urgente de adăpost, inclusiv așezările comunale temporare, acolo unde este necesar?
- Cu ce riscuri se pot confrunta potențialele populații gazdă în găzduirea persoanelor strămutate în propriile locuințe sau pe terenurile adiacente?
- Care sunt oportunitățile și constrângerile care afectează utilizarea clădirilor sau structurilor disponibile și neafectate existente pentru a găzdui temporar persoanele strămutate?
- Terenurile libere accesibile sunt potrivite pentru așezări temporare, având în vedere topografia și alte constrângeri legate de mediu?
- Ce cerințe și constrângeri de reglementare pot afecta dezvoltarea de soluții pentru adăposturi?

Materiale, proiectare și construcție

- Ce soluții sau materiale inițiale pentru adăposturi au oferit persoanele afectate, populațiile afectate sau alți actori?
- Ce materiale existente pot fi recuperate din zona afectată pentru a fi utilizate la reconstrucția adăposturilor?

DRAFT

- Care sunt practicile tipice de construcție ale persoanelor afectate și ce materiale folosesc pentru structura de rezistență, acoperiș și pereții exteriori?
- Ce soluții alternative de proiectare sau materiale sunt potențial disponibile și cunoscute sau acceptabile pentru persoanele afectate?
- Ce caracteristici de proiectare vor asigura accesul sigur și ușor la soluțiile de adăpost și utilizarea acestora de către toate persoanele afectate?
- Cum pot soluțiile de adăpost identificate să minimizeze riscurile și vulnerabilitățile viitoare?
- Cum sunt construite de obicei adăposturile și de către cine?
- Cum se obțin de obicei materialele de construcție și de către cine?
- Cum pot fi instruite sau asistate femeile, tinerii, persoanele cu dizabilități și persoanele vârstnice pentru a participa la construirea propriilor adăposturi și care sunt constrângerile?
- În cazul în care persoanele sau gospodăriile nu au capacitatea sau posibilitatea de a-și construi propriile adăposturi, va fi nevoie de asistență suplimentară pentru a le sprijini? Printre exemple se numără furnizarea de forță de muncă voluntară sau contractată sau de asistență tehnică.

Activități gospodărești și legate de mijloacele de subzistență

- Ce activități gospodărești și de susținere a mijloacelor de subzistență se desfășoară de obicei în adăposturile persoanelor afectate sau în apropierea acestora și cum se reflectă aceste activități asupra amenajării și proiectării spațiului rezultat?
- Ce oportunități de susținere a mijloacelor de subzistență legale și sustenabile din punct de vedere ecologic pot fi oferite prin aprovizionarea cu materiale și construirea de soluții de adăposturi și așezări?

Servicii esențiale și facilități comunale

- Care este disponibilitatea actuală a apei potabile și a apei pentru igiena personală și care sunt posibilitățile și constrângerile pentru satisfacerea nevoilor legate de salubritate?
- Ce facilități sociale (cum ar fi clinicile de sănătate, școlile și lăcașurile de cult) sunt disponibile și care sunt constrângerile și oportunitățile de accesare a acestor facilități?
- În cazul în care clădirile comunale, în special școlile, sunt folosite pentru adăpostirea persoanelor strămutate, care este procesul și calendarul pentru readucerea acestora la destinația inițială?

Populația gazdă și impactul asupra mediului

- Care sunt motivele de preocupare pentru populația gazdă?
- Care sunt constrângerile organizatorice și fizice legate de găzduirea persoanelor strămutate de către populația gazdă sau în așezări temporare?
- Care sunt preocupările legate de mediu în ceea ce privește aprovizionarea locală cu materiale de construcție?

DRAFT

- Care sunt preocupările legate de mediu în ceea ce privește nevoile persoanelor strămutate în materie de combustibil, salubritate, eliminarea deșeurilor și pășuni pentru animale, printre altele?

Necesități de articole de uz casnic

- Care sunt produsele non-alimentare critice de care au nevoie persoanele afectate?
- Pot fi obținute pe plan local unele dintre produsele non-alimentare necesare?
- Este posibilă utilizarea de numerar sau de tichete?
- Va fi nevoie de asistență tehnică pentru a complementa furnizarea de articole de uz casnic?

Îmbrăcăminte și articole pentru odihnă

- Ce tipuri de îmbrăcăminte, pături și articole pentru odihnă folosesc de obicei femeile, bărbații, copiii și sugarii, femeile însărcinate și cele care alăptează, persoanele cu dizabilități și vârstnicii? Există considerente sociale și culturale speciale?
- Câte femei și bărbați de toate vârstele, copii și sugari, dispun de îmbrăcăminte, pături sau articole pentru odihnăinadecvate sau insuficiente pentru a se proteja de efectele negative ale climei și pentru a-și menține sănătatea, demnitatea și bunăstarea?
- Care sunt riscurile potențiale pentru viața, sănătatea și siguranța personală a persoanelor afectate în cazul în care nevoia lor de îmbrăcăminte adecvată, pături sau articole pentru odihnă nu este satisfăcută?
- Ce măsuri de control al vectorilor, în special furnizarea de plase împotriva țânțarilor, sunt necesare pentru a asigura sănătatea și bunăstarea gospodăriilor?

Prepararea și consumul alimentelor, aragaze și combustibil

- La ce ustensile de preparare și de consum al alimentelor avea acces o gospodărie obișnuită înainte de criză?
- Câte gospodării nu au acces la suficiente ustensile pentru prepararea și consumul alimentelor?
- Cum își preparau hrana și cum își încălzeau locuințele persoanele afectate înainte de criză și unde anume?
- Ce combustibil se folosea de obicei pentru gătit și încălzire înainte de criză și de unde era obținut?
- Câte gospodării nu au acces la o sobă pentru gătit și încălzire și de ce?
- Câte gospodării nu au acces la rezerve adecvate de combustibil pentru gătit și încălzire?
- Care sunt oportunitățile și constrângerile (în special preocupările legate de mediu) în ceea ce privește aprovizionarea adecvată cu combustibil pentru populațiile afectate de criză și pentru populațiile învecinate?
- Care este impactul asupra persoanelor afectate, în special asupra femeilor de toate vârstele, în ceea ce privește aprovizionarea cu combustibil adecvat?

DRAFT

- Există aspecte culturale legate de prepararea și consumul alimentelor de care trebuie să țineți cont?

Unelte și echipamente

- Ce unelte de bază pentru repararea, construirea sau întreținerea unui adăpost sunt la dispoziția gospodăriilor?
- La ce activități de susținere a mijloacelor de subzistență pot fi utilizate, de asemenea, uneltele de bază pentru construcții, întreținere și îndepărtare a resturilor?
- Ce activități de formare sau de sensibilizare vor permite utilizarea în siguranță a uneltelor?

DRAFT

Anexa 2
Descrierea scenariilor privind așezările

Scenariile privind așezările permit un prim nivel de clasificare a locurilor și a modului în care locuiesc persoanele afectate. Înțelegerea crizei prin prisma acestor scenarii privind așezările va fi utilă la planificarea strategiilor de asistență. Colectați detalii suplimentare pentru o planificare detaliată ⊕ *a se vedea* Anexa 3: Caracteristici suplimentare ale scenariilor privind așezările.

Grup de populație	**Scenariu în materie de așezări**	**Descriere**	**Exemple**
Persoane nestrămutate	Locuință sau teren ocupat de proprietar	Ocupantul este titularul proprietății și/sau al terenului său (proprietatea poate fi formală sau informală) sau deține o cotă-parte din aceste elemente.	Case, apartamente, terenuri
	Închiriere de locuințe sau terenuri	Închirierea permite unei persoane sau unei gospodării să folosească o locuință sau un teren pentru o anumită perioadă de timp la un anumit preț, fără transferul proprietății, pe baza unui contract scris sau verbal cu un proprietar privat sau public.	
	Locuințe sau terenuri ocupate în mod informal	Gospodăriile ocupă proprietatea și/sau terenul fără acordul explicit al proprietarului sau al reprezentantului desemnat al proprietății.	Case și apartamente neocupate, terenuri libere
Persoane strămutate Dispersate	Contract de închiriere	Închirierea permite unei persoane sau unei gospodării să folosească o locuință sau un teren pentru o anumită perioadă de timp la un anumit preț, fără transferul proprietății. Închirierea se bazează pe un contract scris sau verbal cu un proprietar public sau privat. Plata se poate face cu titlu individual sau în comun ori poate face obiectul unei subvenții guvernamentale sau a comunității umanitare.	Case, apartamente, terenuri din fondul locativ existent
Persoane strămutate	Aranjament de găzduire	Populațiile gazdă oferă adăpost pentru populațiile strămutate sau pentru familii individuale.	Case, apartamente, terenuri deja ocupate sau puse la dispoziție de către populația gazdă
	Aranjament spontan	Gospodăriile strămutate se instalează spontan într-o locație fără acordul actorilor relevanți (cum ar fi proprietarul, administrația locală, organizațiile umanitare și/sau populația gazdă).	Case neocupate, apartamente neocupate, terenuri libere, marginea drumului
Comunitate	Cazare colectivă	Facilitate sau structură preexistentă în care se adăpostesc mai multe gospodării. Infrastructura și serviciile de bază sunt furnizate în comun sau accesul la acestea este disponibil.	Clădiri publice, centre de evacuare, de primire și de tranzit, imobile abandonate, sedii de birouri, clădiri neterminate
	Așezare planificată	O așezare construită special pentru persoanele strămutate, în care amenajarea locației este planificată și gestionată și în care sunt disponibile infrastructură, facilități și servicii.	Așezări formale gestionate de guvern, ONU, ONG-uri sau societatea civilă. Pot include centre de tranzit sau de primire sau locuri de evacuare
	Așezare neplanificată	Mai multe gospodării se stabilesc în mod spontan și colectiv într-o locație, creând o nouă așezare. Gospodăriile sau colectivitatea pot avea contracte de închiriere cu proprietarul terenului. Adesea, acest lucru se face fără un acord prealabil cu actorii relevanți (cum ar fi proprietarul, administrația locală	Amplasări și așezări informale

DRAFT

Grup de populație	Scenariu în materie de așezări	Descriere	Exemple
		și/sau populația gazdă). Inițial, nu sunt prevăzute servicii de bază la fața locului.	

DRAFT

Anexa 3
Caracteristici suplimentare ale scenariilor privind așezările

Acest tabel prezintă caracteristicile secundare necesare dezvoltării de scenarii în materie de așezări precum cele descrise în ⊕ Anexa 2 Descrierea scenariilor privind așezările. Utilizarea acestuia pentru a înțelege criza în detaliu ar trebui să permită o planificare mai detaliată.

Notă: Alegerea caracteristicilor și definirea acestora variază în funcție de context și trebuie să se alinieze orientărilor relevante. Creați caracteristici suplimentare, în funcție de un anumit context.

Categorie	Exemple	Note
Tipuri de populații strămutate	Refugiați, solicitanți de azil, persoane strămutate în interiorul țării (PSI), refugiați repatriați, PSI reveniți, alte persoane de interes (de exemplu, migranți)	⊕*a se vedea* Orientări de sprijin pentru profilul umanitar (www.humanitarianresponse.info).
Afectați indirect	Populații preexistente, populații gazdă	Populațiile gazdă sunt adesea influențate de populațiile direct afectate, de exemplu, prin folosirea în comun a serviciilor comunale, cum ar fi școlile, sau prin faptul că acționează ca familii gazdă.
Contextul geografic	Urban, periurban, rural	Periurban: o zonă situată între regiunile urbane și rurale consolidate.
Nivelul pagubelor	Fără pagube, cu pagube parțiale, complet distrus	Clasificarea nivelului pagubelor trebuie să indice dacă respectiva casă ori respectivul adăpost se poate ocupa în condiții de siguranță.
Durata/faza	Termen scurt, termen mediu, termen lung, permanent Urgență, tranziție, recuperare, durabilă	Definițiile acestor termeni variază și trebuie stabilite la nivel de răspuns.
Regim de proprietate	Legal, cutumiar, religios, hibrid	Acordurile informale privind terenurile sau locuințele sunt cele care includ ocuparea legală și ilegală, subdiviziunile neautorizate ale terenurilor deținute legal în proprietate și diverse forme de contracte de închiriere neoficiale. În unele cazuri, pot coexista mai multe feluri de ocupare pe același teren, fiecare parte beneficiind de anumite drepturi.
Forme de ocupare a locuințelor	Proprietate, drept de folosire, închiriere, ocupare colectivă	
Forme de ocupare a terenurilor	Privat, comun, colectiv, cu acces liber, de stat/public	
Tipul de adăpost	Corturi, adăposturi improvizate, adăposturi de tranziție, adăposturi durabile, case, apartamente, spații închiriate în cadrul unei unități mai mari, garaje, rulote, containere	⊕ *a se vedea* Anexa 4: Opțiuni de asistență.
Administrarea amplasamentului	Administrat, administrat de la distanță sau sub administrare mobilă, autoadministrat, fără administrare	Administrat: fără obiecții din partea proprietarului terenului și aprobat de autorități. Administrat de la distanță sau sub administrare mobilă: o echipă administrează mai multe amplasamente. Autoadministrat: prin structura de conducere sau prin comisiile interne ale comunității.

DRAFT

Anexa 4
Opțiuni de asistență

O serie de opțiuni de asistență specifice fiecărui context pot fi combinate pentru a răspunde nevoilor persoanelor afectate. Luați în considerare avantajele și dezavantajele fiecăreia și elaborați cel mai adecvat program.

Opțiune de asistență	Descriere
Articole de uz casnic	⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 4: Articole de uz casnic.
Truse pentru adăposturi	Materiale de construcție, unelte și instalații necesare pentru crearea sau îmbunătățirea spațiului de locuit. Stabiliți dacă este nevoie de furnizarea de materiale structurale, cum ar fi stâlpi și țăruși, sau dacă acestea pot fi furnizate de către gospodării. Luați în considerare necesitatea de a furniza suplimentar instruire, promovare, educație sau sensibilizare.
Truse de unelte pentru adăposturi	Materiale de construcție, unelte și instalații necesare pentru crearea sau îmbunătățirea spațiului de locuit și a așezării.
Corturi	Adăposturi portabile prefabricate, cu un acoperiș și o structură.
Sprijin pentru revenire și tranzit	Sprijin pentru persoanele afectate care aleg să revină la locul de origine sau să se mute într-o nouă locație. Un astfel de sprijin poate include o gamă largă de servicii, cum ar fi asigurarea transportului, a cheltuielilor pentru transport sau a tichetelor de transport, sau a unor articole precum unelte, materiale și stocuri de semințe.
Reparații	Prin reparație se înțelege restaurarea unei clădiri deteriorate sau degradate pentru a o aduce într-o stare de funcționare corespunzătoare, în conformitate cu standardele și specificațiile necesare. În cazul în care clădirile au suferit pagube minore, este posibil să fie reparate fără o renovare mai importantă. Pentru persoanele strămutate poate fi necesară repararea centrelor colective sau îmbunătățirea clădirilor preexistente, cum ar fi școlile, pentru a constitui un adăpost colectiv.
Modernizarea	Modernizarea clădirilor presupune consolidarea și/sau modificarea sistemului structural al clădirilor. Scopul este de a face o clădire mai rezistentă la pericolele viitoare prin instalarea unor elemente de siguranță. Este posibil ca, pe lângă reparații, clădirile care au fost afectate de criză să necesite și modernizare. În cazul persoanelor strămutate, poate fi necesar să se modernizeze casele familiilor gazdă, dacă acestea sunt expuse unui pericol.
Asistența acordată gazdei	Persoanele care nu pot reveni la domiciliul lor inițial rămân adesea la rude și prieteni sau în comunități cu legături istorice, religioase sau de altă natură. Sprijinul acordat gazdei pentru a continua să adăpostească persoanele afectate include asistență pentru extinderea sau adaptarea unui adăpost existent al familiei gazdă sau sprijin financiar și material pentru costurile de întreținere.
Asistență pentru închiriere	Asistența acordată gospodăriilor afectate pentru închirierea de locuințe și terenuri poate include contribuții financiare, sprijin pentru obținerea unui acord echitabil sau consiliere cu privire la legislația aferentă. Chiria reprezintă o cheltuială permanentă, de aceea trebuie să planificați strategii de ieșire și să promovați autosuficiența sau activitățile de subzistență într-o etapă timpurie ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 3: Spațiul de locuit *și* Standardul 6: Securitatea dreptului de ocupare. (Notă: Asistența pentru închiriere poate contribui la injectarea de capital la nivelul populației gazdă sau poate epuiza piața și provoca inflație).
Adăposturi temporare	Soluții de adăpost pe termen scurt, care sunt destinate să fie îndepărtate de îndată ce se oferă următoarea etapă de soluție de adăpost. De obicei, acestea sunt construite cu costuri limitate.
Adăposturi de tranziție	Adăposturi rapide realizate din materiale și tehnici care sunt concepute pentru a face tranziția către structuri cu caracter mai permanent. Adăpostul trebuie să poată fi îmbunătățit, reutilizat, revândut sau mutat din locații temporare în locații permanente.
Locuințe de bază	Unități de locuit planificate, proiectate și construite pentru a face parte, în cele din urmă, dintr-o locuință permanentă, dar care nu o completează. Locuințele de bază

DRAFT

Opțiune de asistență	Descriere
	permit o extindere viitoare de către gospodărie prin mijloace și resurse proprii. Scopul este de a crea un spațiu de locuit sigur și adecvat de una sau două camere, împreună cu instalații de alimentare cu apă și canalizare și cu obiectele de uz casnic necesare ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 3: Spațiul de locuit *și* Standardul 4: Articole de uz casnic.
Reconstrucție/reedificare	Demolarea și reconstruirea structurilor care nu pot fi reparate.
Centre de informare	Centrele de informare oferă consiliere și îndrumare persoanelor afectate. Informațiile furnizate prin intermediul centrelor locale pot clarifica drepturile la consiliere și asistență, opțiunile și procesele de revenire; dreptul la terenuri, accesul la compensații, consiliere și asistență tehnică, revenirea, integrarea și relocarea; canalele de oferire a feedback-ului; modalitățile de a solicita despăgubiri, inclusiv arbitrajul și asistența juridică.
Expertiza juridică și administrativă	Furnizarea de expertiză juridică și administrativă ajută persoanele afectate să își cunoască drepturile și să primească sprijinul administrativ de care au nevoie în mod gratuit sau la un cost redus. Trebuie acordată o atenție deosebită nevoilor celor mai vulnerabile grupuri.
Securitatea dreptului de ocupare	Sprijinul pentru asigurarea dreptului de ocupare a locuinței și/sau a terenurilor pentru persoanele afectate garantează protecția legală împotriva evacuării forțate, hărțuirii și a altor amenințări și oferă condiții de securitate, pace și demnitate ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 6: Securitatea dreptului de ocupare.
Planificarea infrastructurii și a așezărilor	Sprijinul pentru planificarea infrastructurii și a așezărilor este utilizat pentru a îmbunătăți serviciile unei comunități și pentru a sprijini planificarea unor soluții durabile de așezări de tranziție și de reconstrucție. Sprijinul pentru planificarea infrastructurii și a așezărilor poate fi împărțit în două categorii: sprijinul coordonat în principal de sectorul adăposturilor și sprijinul coordonat în principal de alte sectoare.
Sprijin pentru cazarea colectivă	Clădirile existente pot fi folosite ca centre colective sau centre de evacuare și pentru a oferi adăpost rapid. Acestea pot fi școli, clădiri comunitare, terenuri de joacă acoperite, facilități religioase sau imobile vacante. Astfel de imobile pot necesita adaptare sau reabilitare pentru locuire ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 3: Spațiul de locuit. Atunci când se folosesc clădiri școlare pentru a găzdui persoanele afectate de criză, identificați și utilizați imediat structuri alternative pentru a permite continuarea școlarizării ⊕ *a se vedea* Orientări privind centrul colectiv *și* Manualul INEE.
Administrarea așezărilor și a centrelor colective	⊕ *a se vedea* Orientări privind centrul colectiv.
Îndepărtarea resturilor și gestionarea corpurilor persoanelor decedate	Îndepărtarea resturilor contribuie la îmbunătățirea siguranței publice și a accesului la persoanele afectate. Luați în considerare și impactul asupra mediului ⊕ *a se vedea* Standardele privind adăposturile și așezările 2 *și* 7. Manipulați și identificați corespunzător corpurile persoanelor decedate ⊕ *a se vedea* Sănătatea 1.1 *și* WASH 6.
Reabilitarea și/sau instalarea infrastructurii comune	Reabilitați sau construiți infrastructuri, cum ar fi alimentarea cu apă, salubritate, drumuri, canalizare, poduri și electricitate ⊕ *a se vedea* capitolul WASH *pentru orientare, și* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor.
Reabilitarea și/sau construirea de facilități comunitare	***Educație:*** Școli, spații destinate copiilor, spații de joacă sigure ⊕ *a se vedea* Manualul INEE; ***Serviciul medical:*** Centre de sănătate și spitale ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.1:Furnizarea serviciilor de sănătate; ***Securitate:*** Posturi de poliție sau structuri de supraveghere comunitară; ***Activități comunale:*** Locuri de întâlnire pentru luarea deciziilor, recreere și cult, depozitare de combustibil, facilități de preparare a alimentelor și eliminare a deșeurilor solide; ***Activități economice:*** Piețe, terenuri și spații pentru animale, spațiu pentru mijloace de subzistență și afaceri.
Planificarea și zonarea urbană și rurală	La replanificarea zonelor rezidențiale după o criză, trebuie implicate autoritățile locale și specialiștii în planificare urbană, astfel încât să fie respectate reglementările și interesele reciproce ale tuturor părților interesate ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 2: Amplasarea și planificarea așezărilor.
Relocare	Relocarea este un proces care implică reconstrucția locuințelor, a bunurilor și a infrastructurii publice ale unei familii sau ale unei comunități într-o altă locație.

DRAFT

Anexa 5
Opțiuni de implementare

Metoda de furnizare a asistenței influențează calitatea, calendarul, amploarea furnizării și costul. Selectați opțiunile de implementare pe baza unei înțelegeri a piețelor locale, inclusiv a piețelor de produse de bază, a pieței forței de muncă și a chiriilor, în sprijinul redresării economice ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor. Luați în considerare impactul opțiunilor de implementare selectate asupra gradului de participare și a sentimentului de proprietate, a dinamicii de gen, a coeziunii sociale și a mijloacelor de subzistență.

Opțiune de implementare	**Descriere**
Asistență tehnică și asigurarea calității	Asistența tehnică reprezintă o parte integrantă a oricărui răspuns în materie de adăposturi și așezări, indiferent de tipul de asistență ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 5: Asistența tehnică.
Sprijin financiar	Prin intermediul sprijinului financiar, gospodăriile și comunitățile pot avea acces la bunuri sau servicii sau își pot satisface nevoile de adăpost și de așezare. Completați sprijinul financiar cu asistența tehnică și consolidarea capacităților, în funcție de riscul și complexitatea sarcinii. Transferurile bazate pe piață includ următoarele opțiuni: ***Transferuri condiționate de numerar:*** Utile atunci când este vital să se îndeplinească condiții specifice pentru primirea asistenței; de exemplu, folosite în cazul sistemul de atribuire în tranșe. ***Numerar restricționat sau tichete:*** Utile pentru achiziționarea de bunuri specifice sau pentru susținerea unor furnizori ce livrează aceste bunuri. **Necondiționate, nerestricționate sau multifuncționale.** ***Accesul la servicii financiare***, cum ar fi grupuri de ajutor reciproc ce gestionează scheme locale de economii, împrumuturi, microcredite, asigurări și garanții. ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.
Sprijin material în natură	Achiziționarea și distribuirea ulterioară de articole și materiale direct către gospodăriile afectate este o opțiune atunci când piețele locale nu sunt în măsură să furnizeze calitatea sau cantitatea corespunzătoare sau într-o manieră oportună ⊕ *a se vedea* Furnizarea de asistență prin intermediul piețelor.
Comandarea și contractarea de lucrări	Folosirea sau contractarea forței de muncă pentru implementarea de soluții de adăposturi și așezări prin intermediul unor modele diferite de intervenție precum cele realizate de proprietar, de contractant sau de agenție ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 5: Asistența tehnică.
Consolidarea capacității	Îmbunătățirea competențelor și formarea profesională oferă părților interesate posibilitatea de a-și spori capacitatea de a răspunde la nevoile existente, atât individual, cât și colectiv, precum și de a interacționa și de a folosi împreună provocări și instrumente comune, cum ar fi elaborarea și implementarea de standarde și coduri de construcție ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 5: Asistența tehnică. Consolidarea cu succes a capacităților trebuie să le permită experților să se concentreze asupra supravegherii activităților întreprinse de părțile interesate la nivel local și să ofere asistență unui număr mai mare de persoane care beneficiază de asistență.

Pentru un tabel cu posibilele opțiuni de asistență și de implementare legate de scenariile în materie de așezări, accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

DRAFT

Anexa 6
Opțiuni potențiale de asistență și de implementare legate de scenariile privind așezările

			Scenariu în materie de așezări									
			Nestrămutat			Strămutat						
						Dispersat			Regim comunal			
			Locuință sau teren ocupat de proprietar	Locuință sau terenuri închiriat	Locuință sau teren ocupat în mod informal	Contract de închiriere	Aranjament de găzduire	Aranjament spontan	Cazare colectivă	Așezare planificată	Așezare neplanificată	Afectați indirect
Opțiuni de asistență	**Scala pentru adăposturi**	Articole de uz casnic	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Truse pentru adăposturi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Truse de unelte pentru adăposturi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Corturi	X	X	X	X	X	X		X	X	
		Sprijin pentru revenire și tranzit				X	X	X	X	X	X	
		Reparații	X	X	X	X	X		X			X
		Modernizare	X	X	X	X	X					X
		Asistența acordată gazdei					X			X	X	X
		Asistență pentru închiriere				X						
		Adăposturi temporare	X	X	X			X		X	X	
		Adăposturi de tranziție	X	X	X			X		X	X	
		Locuințe de bază	X	X	X					X		
		Reconstrucție/ reedificare	X							X		

DRAFT

			Scenariu în materie de așezări									
			Nestrămutat			Strămutat						
						Dispersat			Regim comunal			
	Scala pentru așezări	Centre de informare	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Expertiza juridică și administrativă	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Securitatea dreptului de ocupare		X	X	X	X	X	X	X	X	
		Planificarea infrastructurii și a așezărilor			X			X		X	X	X
		Planificarea și zonarea urbană și rurală		X	X	X	X	X	X	X	X	
		Sprijin pentru cazarea colectivă							X			X
		Administrarea așezărilor și a centrelor colective							X	X	X	X
		Îndepărtarea resturilor și gestionarea corpurilor persoanelor decedate	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Reabilitarea și/sau instalarea infrastructurii comune	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Reabilitarea și/sau construirea de facilități comunitare	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Planificarea și zonarea urbană și rurală	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Relocare	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

DRAFT

			Scenariu în materie de așezări									
			Nestrămutat			Strămutat						
						Dispersat			Regim comunal			
Opțiuni de implementare		Asistență tehnică și asigurare a calității	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Sprijin financiar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Sprijin material în natură	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Angajarea de forță de lucru și contractarea de lucrări	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Consolidarea capacității	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Instrumente juridice internaționale

Article 25 Universal Declaration of Human Rights (Articolul 25 Declarația Universală a Drepturilor Omului). Arhivele Consiliului Internațional privind politica în domeniul drepturilor omului, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant) [Comentariul general nr. 4: Dreptul la o locuință adecvată (articolul 11 par. 1 din Pact)]. Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale al Organizației Națiunilor Unite, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions [Comentariul general nr. 7: Dreptul la o locuință adecvată (articolul 11 par. 1 din Pact): evacuările forțate]. Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale al Organizației Națiunilor Unite, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement (Principii directoare ale ONU privind strămutarea internă). OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons (Principii privind restituirea locuințelor și a bunurilor în cazul refugiaților și a persoanelor strămutate). OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention (Convenția privind statutul refugiaților). UNHCR, 1951. www.unhcr.org

Aspecte generale

Camp Closure Guidelines (Orientări privind închiderea taberei). Global CCCM Cluster, 2014. www.globalcccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS) (Standarde minime de protecție a copilului). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Handbook, 4th Edition (Manual pentru situații de urgență, Ediția a 4-a). UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military (Coordonarea umanitară civil-militară: Ghid pentru forțele armate). UNOCHA, 2014. https://docs.unocha.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities (Standarde privind incluziunea umanitară pentru vârstnici și persoanele cu dizabilități). Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) (Orientări și standarde de urgență privind creșterea animalelor). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) (Standarde minime de redresare economică). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response (Standarde minime INEE pentru educație: pregătire, răspuns, recuperare). The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Criterii minime de analiză a pieței în situații de urgență). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

DRAFT

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines (Orientări privind planificarea așezărilor în urma dezastrelor). IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook (Manual de teren UN-CMCoord). UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org

Scenarii privind așezările

Humanitarian Profile Support Guidance (Orientări de sprijin pentru profilul umanitar). IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster (Adăpostul după dezastru). Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Așezare comunală temporară

Collective Centre Guidelines (Orientări privind centrul colectiv). UNHCR și IOM, 2010. https://www.globalcccmcluster.org

Numerar, vouchere, evaluări de piață/dizabilități

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies (Toate sub un singur acoperiș: adăposturi și așezări pentru persoanele cu dizabilități în situații de urgență). IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Genul și violența bazată pe gen

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (Orientări pentru integrarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în acțiunile umanitare. Partea a treia, Secțiunea 11: adăposturi, așezări și recuperare). Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. https://gbvguidelines.org

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action (Manualul privind genul în acțiunea umanitară). IASC, 2017. https://reliefweb.int

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations (Securitatea dreptului de ocupare în operațiunile de protecție umanitare). NRC și IFRC, 2014. www.ifrc.org

Protecția copilului

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 (Standardele minime privind protecția copilului în acțiunile umanitare: standardul 24). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (Alianța pentru protecția copilului în acțiunile umanitare), Global Protection Cluster, 2012. http://cpwg.net

Școli și clădiri publice

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit) [Note de orientare privind construcția unei școli mai sigure (Set de instrumente INEE)]. INEE, 2009. http://toolkit.ineesite.org

Contextul urban

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses (Ocupanți informali urbani strămutați în urma dezastrelor: provocări pentru răspunsurile umanitare în materie de locuințe). IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines (Orientări în materie de adăposturi urbane). NRC, Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Securitatea dreptului de ocupare

DRAFT

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard (Drepturile funciare și adăposturile: procesul standard de diligență). Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges (Proprietate: securitatea dreptului de ocupare– tipuri, politici, practică și provocări). 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning (Orientări privind evaluarea rapidă a dreptului de ocupare pentru planificarea răspunsului în urma dezastrelor). IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response (Asigurarea dreptului de ocupare în operațiuni de protecție: orientări pentru răspunsul umanitar). NRC, 2016. https://www.sheltercluster.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1) (Dreptul la o locuință adecvată, Foaie de observație 25). OHCHR și UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1) (Dreptul la o locuință adecvată, Foaie de observație 21). OHCHR și UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

Bibliografie suplimentară

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliografie suplimentară

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons (Evacuări în Beirut şi Muntele Liban: ratele și motivele). NRC, 2014. https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons

Housing, Land and Property Training Manual (Manual de formare în materia drepturilor locative, funciare și de proprietate). NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians (Teren și conflict: manual pentru uzul umanitar). UN Habitat, GLTN și CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor [Raportorul special pentru o locuință adecvată (2015) Principiile directoare privind securitatea dreptului de ocupare pentru persoanele din mediul urban fără posibilități]. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners (Securitatea dreptului de ocupare în zonele urbane: note orientative pentru practicienii umanitari). NRC, 2017. http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf

Social Tenure Domain Model (Standardul pentru ocupare socială). UN Habitat și GLTN. https://stdm.gltn.net/

Gestionarea construcțiilor

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects [Mod de ghidare: gestionarea proiectelor (re)-construcții după dezastre]. Catholic Relief Services, 2012. https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1

Mediu

DRAFT

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG) [Selectarea și utilizarea materialelor de construcții: ghid pentru mediu (BMEG)]. WWF Environment and Disaster Management, 2017. http://envirodm.org/post/materialguide

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming (Instrumente și orientări de evaluare a mediului pentru programarea umanitară). OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation (Evaluarea necesităților de mediu după dezastre: ghid practic de implementare). UNEP, 2008. http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458

Flash Environmental Assessment Tool (Instrument de evaluare rapidă a mediului). OCHA și Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations (Set de instrumente cadru: cadrul pentru evaluarea, monitorizarea și evaluarea mediului în operațiunile legate de refugiați). UNHCR și CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT) (Recuperarea și reconstrucția verde: set de instrumente pentru acțiuni umanitare). WWF & American Red Cross. http://envirodm.org/green-recovery

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters (Orientări pentru evaluarea rapidă a impactului asupra mediului în caz de dezastre). Benfield Hazard Research Centre, University College London și CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

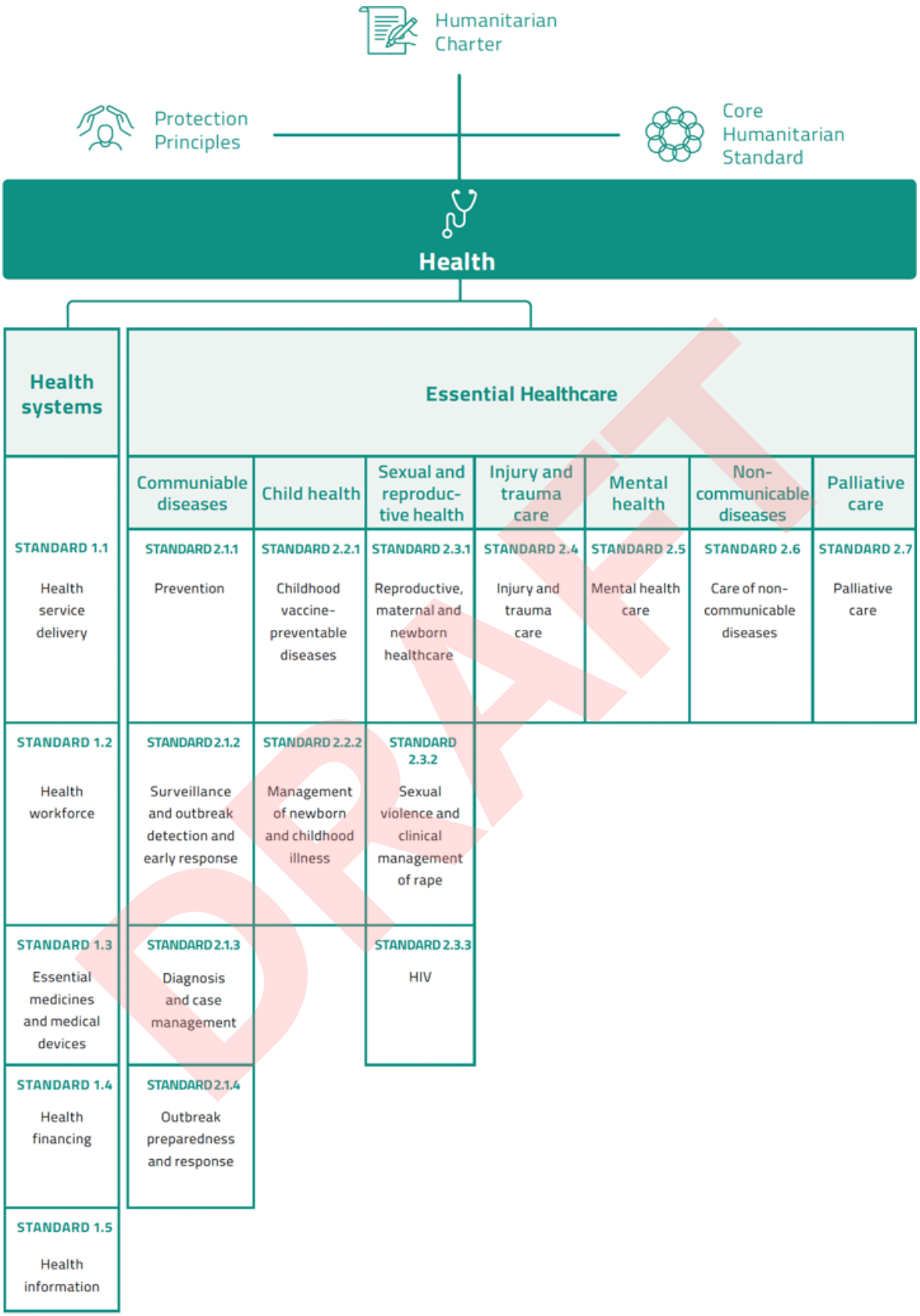
Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3 (Instrumentul de evaluare a impactului asupra mediului și de acțiune privind adăposturile 2008 Revizuirea 3). UNHCR și Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND) (Cuantificarea sustenabilității în urma dezastrelor naturale). IFRC și BRE Global. www.qsand.org

DRAFT

8. Sănătatea

DRAFT


Humanitarian Charter
Protection Principles
Core Humanitarian Standard
Health
Health systems
Essential Healthcare
Communiable diseases
Child health
Sexual and reproductive health
Injury and trauma care
Mental health
Non-communicable diseases
Palliative care
STANDARD 1.1
Health service delivery
STANDARD 2.1.1
Prevention
STANDARD 2.2.1
Childhood vaccine-preventable diseases
STANDARD 2.3.1
Reproductive, maternal and newborn healthcare
STANDARD 2.4
Injury and trauma care
STANDARD 2.5
Mental health care
STANDARD 2.6
Care of non-communicable diseases
STANDARD 2.7
Palliative care
STANDARD 1.2
Health workforce
STANDARD 2.1.2
Surveillance and outbreak detection and early response
STANDARD 2.2.2
Management of newborn and childhood illness
STANDARD 2.3.2
Sexual violence and clinical management of rape
STANDARD 1.3
Essential medicines and medical devices
STANDARD 2.1.3
Diagnosis and case management
STANDARD 2.3.3
HIV
STANDARD 1.4
Health financing
STANDARD 2.1.4
Outbreak preparedness and response
STANDARD 1.5
Health information
APPENDIX 1 Health assessment checklist
APPENDIX 2 Sample weekly surveillance reporting forms
APPENDIX 3 Formulas for calculating key health indicators
APPENDIX 4 Poisoning

DRAFT

Cuprins

Concepte esențiale în materie de sănătate

1. Sisteme de sănătate

2. Asistența medicală esențială

2.1 Bolile transmisibile
2.2 Sănătatea copilului
2.3 Sănătatea sexuală și reproductivă
2.4 Îngrijirea leziunilor și a traumatismelor
2.5 Sănătatea mintală
2.6 Bolile netransmisibile
2.7 Îngrijirea paliativă

Anexa 1: Listă verificare privind evaluarea stării de sănătate

Anexa 2: Modele de formulare de raportare a supravegherii săptămânale

Anexa 3: Formule pentru calcularea principalilor indicatori ai stării de sănătate

Anexa 4: Intoxicarea

Referințe și bibliografie suplimentară

DRAFT

Concepte esențiale în materie de sănătate

Orice persoană are dreptul la asistență medicală adecvată și în timp util

Standardele minime Sphere privind asistența medicală reprezintă o expresie practică a dreptului la asistență medicală în contexte umanitare. Standardele se bazează pe convingerile, principiile, îndatoririle și drepturile declarate în Carta umanitară. Printre acestea se numără dreptul la o viață demnă, dreptul la protecție și securitate și dreptul de a primi asistență umanitară în funcție de necesități.

Pentru o listă a principalelor documente juridice și politice care stau la baza Cartei umanitare, inclusiv comentarii explicative pentru lucrătorii umanitari, ⊕ *a se vedea* Anexa 1: Fundamentul juridic pentru Sphere.

Scopul asistenței medicale în situații de criză este de a reduce morbiditatea și mortalitatea excesive

Crizele umanitare au un impact semnificativ asupra sănătății și bunăstării populațiilor afectate. Accesul la asistență medicală pentru salvarea de vieți este esențial în stadiile inițiale ale unei situații de urgență. Asistența medicală poate include, de asemenea, promovarea sănătății, prevenirea, tratamentul, reabilitarea și îngrijirea paliativă în orice etapă a răspunsului umanitar.

Impactul unei crize asupra sănătății publice poate fi atât direct (vătămări sau decese cauzate de criza în sine), cât și indirect (modificări ale condițiilor de trai, strămutări forțate, lipsa de protecție juridică sau reducerea accesului la asistență medicală).

Supraaglomerarea, adăposturile inadecvate, salubrizarea precară, apa în cantitate insuficientă și de calitate precară și securitatea alimentară redusă, cresc riscul de malnutriție și de apariție a bolilor transmisibile. Factorii de stres extrem pot declanșa, de asemenea, tulburări de sănătate mintală. Erodarea mecanismelor de asistență socială și a sistemelor de autoajutorare poate determina folosirea mecanismelor de adaptare negative și reducerea comportamentului de solicitare de asistență. Accesul redus la asistență medicală și întreruperea aprovizionării cu medicamente pot perturba tratamentele în curs de desfășurare, cum ar fi asistența medicală maternală și tratamentul pentru HIV, diabet și afecțiuni psihice.

Obiectivul principal al unui răspuns în materie de sănătate în timpul unei crize este de a preveni și de a reduce mortalitatea și morbiditatea excesive. Tiparele de mortalitate și morbiditate și, prin urmare, nevoile de asistență medicală, vor varia în funcție de tipul și amploarea fiecărei crize.

Cei mai utili indicatori pentru monitorizarea și evaluarea gravității unei crize sunt rata mortalității brute (RMB) și, cel mai sensibil, rata mortalității brute sub cinci ani (RMB5). O dublare sau mai mult a RMB sau RMB5 de referință indică o urgență semnificativă în materie de sănătate publică și necesită un răspuns imediat ⊕ *a se vedea* Anexa 3: Formule pentru calcularea principalilor indicatori ai stării de sănătate.

În lipsa unei baze de referință cunoscute, următoarele constituie un prag de urgență:

- RMB >1/10 000/zi
- RMB5 >2/10 000/zi

Pragurile de urgență trebuie să fie stabilite la nivel național. În cazul în care valoarea de referință a RMB5 depășește deja pragurile de urgență, de exemplu, nu ar fi etic să se aștepte dublarea acestei valori.

Sprijinirea și dezvoltarea sistemelor de sănătate existente

O abordare a sistemelor de sănătate va permite aplicarea progresivă a dreptului la sănătate în timpul crizei și al recuperării, astfel încât este important să se ia în considerare modul de sprijinire a sistemelor existente.

DRAFT

Angajarea de personal (național și internațional) va avea implicații pe termen scurt și lung pentru sistemele naționale de sănătate. În urma analizei, intervențiile în domeniul sănătății bine planificate pot îmbunătăți sistemele de sănătate existente, restabilirea și dezvoltarea viitoare a acestora.

În prima fază a unei crize, acordați prioritate evaluărilor rapide multisectoriale și de sănătate specifice. Informațiile incomplete și zonele inaccesibile nu trebuie să împiedice luarea în timp util a deciziilor în materie de sănătate publică. Efectuați evaluări mai cuprinzătoare cât mai curând posibil.

Crizele urbane necesită o abordare diferită a răspunsurilor umanitare în domeniul sănătății

Răspunsurile umanitare urbane trebuie să ia în considerare densitatea populației, politicile privind construcțiile realizate, structurile sociale și serviciile sociale existente. Identificarea persoanelor aflate în situații de risc sau care nu au acces la asistență medicală reprezintă o provocare. Amploarea nevoilor poate depăși rapid ceea ce poate fi oferit. Persoanele care se refugiază în orașe rareori știu despre serviciile de sănătate existente sau despre cum să le acceseze, ceea ce riscă să crească și mai mult numărul bolilor transmisibile. Acțiunile de informare îi vor ajuta pe oameni să facă față noilor presiuni urbane, cum ar fi accesul inadecvat la adăpost, hrană, asistență medicală, locuri de muncă sau rețele de sprijin social.

Zvonurile și dezinformarea se propagă rapid în orașe. Folosiți tehnologia pentru a furniza imediat informații exacte privind asistența medicală și serviciile existente. Furnizorii de servicii medicale secundare și terțiare sunt adesea mai activi în orașe, astfel încât creșteți capacitatea furnizorilor respectivi de a oferi servicii medicale primare. Implicați-i în sistemele de avertizare timpurie și de răspuns pentru bolile transmisibile și creșteți capacitatea acestora de a-și furniza serviciile specializate obișnuite.

Aceste standarde minime nu trebuie aplicate în mod izolat

Standardele minime din acest capitol reflectă conținutul de bază al dreptului la asistență medicală adecvată și contribuie la exercitarea progresivă a acestui drept la nivel mondial. Dreptul respectiv este legat de drepturile la alimentarea cu apă, la salubritate, hrană și adăpost. Îndeplinirea Standardelor minime Sphere într-un domeniu influențează progresul în alte domenii. Asigurați coordonarea și colaborarea strânsă cu alte sectoare.

Coordonați-vă cu autoritățile locale și cu alte agenții de intervenție pentru asigurarea faptului că nevoile sunt satisfăcute, că eforturile nu sunt dublate și că este optimizată calitatea intervenției medicale. Coordonarea între actorii din domeniul sănătății este, de asemenea, importantă pentru a răspunde nevoilor în mod imparțial și pentru a se asigura că persoanele greu accesibile, aflate în situații de risc sau marginalizate, au, de asemenea, acces la îngrijire. Trimiterile care se regăsesc în manual sugerează unele legături potențiale.

În cazul în care standardele naționale sunt mai scăzute decât standardele minime Sphere, colaborați cu autoritățile publice pentru a le îmbunătăți progresiv.

Prioritățile trebuie stabilite pe baza unor informații solide partajate între sectoare și trebuie revizuite pe măsură ce situația evoluează.

Dreptul internațional protejează în mod specific dreptul la asistență medicală

Asistența medicală trebuie furnizată fără discriminare și trebuie să fie accesibilă, cu alte cuvinte disponibilă, acceptabilă, accesibilă din punct de vedere financiar și de bună calitate. Statele sunt obligate să asigure acest drept în timpul crizelor ⊕ *a se vedea* Anexa 1: Fundamentul juridic pentru Sphere.

Dreptul la asistență medicală poate fi asigurat doar dacă:

- populația este protejată;
- profesioniștii responsabili de sistemul de sănătate sunt bine pregătiți și se angajează să respecte principiile etice și standardele profesionale universale;
- sistemul de sănătate respectă Standardele minime;

DRAFT

- statul este capabil și dispus să stabilească și să mențină condiții sigure și stabile în care să poată fi acordată asistența medicală.

Atacurile, amenințările și alte obstrucționări violente ale activității personalului medical, ale unităților și ale transportului medical reprezintă o încălcare a dreptului umanitar internațional. Aceste protecții derivă din obligațiile fundamentale de a respecta și de a proteja persoanele rănite și bolnave.

Organizațiile umanitare trebuie să analizeze cu atenție natura oricărei amenințări și modul de abordare a acesteia. De exemplu, un atac al unei armate naționale poate fi tratat diferit față de o amenințare venită din partea comunității locale ⊕ *a se vedea* Considerente speciale pentru protejarea asistenței medicale mai jos.

Legături cu Principiile de protecție și cu Standardul umanitar de bază

Actorii din domeniul sănătății trebuie să îngrijească răniții și bolnavii în mod uman, oferind îngrijiri imparțiale, fără deosebire, în funcție de nevoi. Asigurarea confidențialității, a protecției datelor și a intimității este esențială pentru a proteja persoanele de violență, abuzuri și alte probleme.

Personalul medical este adesea primul care răspunde în cazurile de violență împotriva persoanelor, inclusiv violența bazată pe gen și abuzul și neglijarea copiilor. Instruiți personalul să identifice și să direcționeze cazurile către actorii din domeniul asistenței sociale sau al protecției, utilizând sisteme confidențiale de comunicare și referire. Un copil neînsoțit sau separat care are nevoie de asistență medicală vitală, dar care nu are un tutore legal care să își exprime consimțământul, reprezintă o provocare specială în materie de protecție. Consultați copilul și autoritățile locale relevante, dacă este posibil. Dreptul la viață și la asistență medicală este esențial pentru a respecta interesul superior al copilului și poate fi mai important decât dreptul la consimțământ. Deciziile trebuie să țină cont de context și de normele și practicile culturale. Evacuarea medicală internațională, precum și referirea și deplasarea copiilor neînsoțiți necesită o documentație riguroasă, precum și implicarea serviciilor de protecție și a autorităților locale.

Din ce în ce mai mult, asistența medicală trebuie să fie asigurată pe mare, inclusiv în apele internaționale, sau în momentul în care persoanele sunt transportate pe uscat. Această situație implică provocări specifice în materie de protecție, precum și probleme politice complexe, și necesită o planificare atentă, pregătire și atenuarea riscurilor legate de protecție.

Evaluați cu atenție cooperarea civil-militară, în special în cazul conflictelor. Grupurile militare și armate pot fi furnizori importanți de asistență medicală, chiar și pentru civili. Este posibil ca agențiile umanitare să fie nevoite - în ultimă instanță - să utilizeze capacitățile militare, cum ar fi sprijinul pentru infrastructură, pentru a restabili alimentarea cu energie electrică a unităților sanitare sau pentru a oferi asistență logistică, cum ar fi transportul de articole sanitare sau evacuarea din motive medicale. Cu toate acestea, recurgerea la mijloace militare trebuie luată în considerare în contextul accesului la asistență medicală și al percepției de neutralitate și imparțialitate ⊕ *a se vedea* Carta umanitară și Contextul prezenței unei forțe militare naționale sau internaționale în Ce este Sphere?

În aplicarea Standardelor minime, trebuie respectate toate cele nouă Angajamente ale Standardului umanitar de bază. Trebuie instituite mecanisme de feedback în timpul intervențiilor medicale ⊕ vezi Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 5.

Considerente speciale pentru protejarea furnizării de asistență medicală

Prevenirea atacurilor asupra centrelor medicale, a ambulanțelor și a lucrătorilor medicali necesită un efort susținut la nivel internațional, statal și comunitar. Natura amenințărilor variază foarte mult în funcție de context și trebuie să fie luată în considerare și raportată. Pentru a proteja furnizarea de asistență medicală, actorii din domeniul sănătății trebuie să ia în considerare următoarele aspecte în activitatea lor și în sprijinirea ministerelor sănătății sau a altor părți relevante.

În timpul tuturor situațiilor de urgență - și mai ales în timpul unui conflict - actorii din domeniul sănătății trebuie să se prezinte ca fiind neutri și imparțiali și să acționeze în conformitate cu principiile respective, deoarece este posibil ca acest lucru să nu fie bine înțeles de părțile implicate în conflict, de comunitate sau de pacienți.

DRAFT

Atunci când furnizați servicii medicale esențiale pentru salvarea de vieți, respectați principiile umanitare și oferiți asistență medicală imparțială bazată exclusiv pe necesități. Pentru a promova neutralitatea, oferiți îngrijiri răniților și bolnavilor fără distincție, garantați siguranța pacienților și păstrați confidențialitatea informațiilor medicale și a datelor cu caracter personal.

Acceptarea din partea comunităților locale, a oficialităților și a părților implicate într-un conflict poate contribui la protejarea furnizării de asistență medicală. Actorii din domeniul sănătății trebuie atât să-i educe pe cei din jurul lor, cât și să mențină percepția de imparțialitate și neutralitate. Standardul de îngrijire oferit de un centru medical, calitatea serviciilor și amplasamentul (de exemplu, dacă este situat în apropierea unei tabere militare) vor influența, de asemenea, aceste percepții.

Centrele medicale aplică de obicei o politică de „interzicere a armelor", acestea fiind lăsate în afara unității sau a ambulanței. Aceasta promovează un mediu neutru, contribuie la evitarea tensiunilor sau a escaladării conflictului în cadrul instituției și poate împiedica instituția să devină ea însăși o țintă.

Luați măsuri de securitate fizică pentru a proteja unitatea și personalul de pericole. În același timp, trebuie să înțelegeți modul în care măsurile de securitate pot afecta percepția și acceptarea de către publicul larg a unității sanitare.

Organizațiile umanitare trebuie să ia în considerare riscurile și avantajele legate de modul în care își definesc serviciile și modul în care acest lucru afectează încrederea și acceptarea comunității. Păstrarea unui nivel de discreție (de exemplu, prin neaplicarea de mărci pe echipamente sau locații) poate fi adecvată în unele operațiuni, pe când în altele este preferabil să se amplaseze embleme mari pe echipamente sau locații.

DRAFT

1. Sisteme de sănătate

Un sistem de sănătate care funcționează bine poate răspunde tuturor nevoilor de asistență medicală în situații de criză, astfel încât, chiar și în timpul unei crize medicale de amploare, cum ar fi o epidemie de Ebola, alte activități de asistență medicală pot continua. Afecțiunile ușor de tratat vor fi în continuare tratate, iar programele de îngrijire primară a sănătății materne și infantile vor continua, reducând mortalitatea și morbiditatea excesive. Orice actor care promovează, restabilește sau menține starea de sănătate contribuie la sistemul general de sănătate. Sistemul de sănătate cuprinde toate nivelurile, de la cel național, regional, districtual și comunitar, până la îngrijitorii la domiciliu, sectorul militar și cel privat.

În situații de criză, sistemele de sănătate și furnizarea de asistență medicală sunt adesea fragilizate, chiar înainte ca cererea să crească. Este posibilă pierderea de lucrători din domeniul sănătății, întreruperea aprovizionării cu medicamente sau deteriorarea infrastructurii. Este important să se înțeleagă impactul crizei asupra sistemelor de sănătate pentru a determina prioritățile pentru răspunsul umanitar.

Actorii umanitari acționează rareori într-o situație de urgență în care nu există un sistem de sănătate preexistent. În cazul în care un sistem este fragil, acesta va trebui consolidat sau dezvoltat (de exemplu, prin intermediul asistenței în referire, prin colectarea și analiza informațiilor medicale).

Standardele din această secțiune abordează cinci aspecte de bază ale unui sistem de sănătate funcțional:

- furnizarea de servicii de sănătate de calitate;
- personal în domeniul sănătății calificat și motivat;
- aprovizionarea, gestionarea și utilizarea adecvată a medicamentelor, a materialului de diagnosticare și a tehnologiei;
- finanțarea adecvată a asistenței medicale;
- informații și analize de calitate privind sănătatea.

Aceste aspecte se influențează reciproc în multe feluri. De exemplu, insuficiența personalului medical sau lipsa medicamentelor esențiale va afecta furnizarea de servicii.

Conducerea și coordonarea sunt vitale pentru a garanta că nevoile sunt abordate într-un mod imparțial. Ministerul Sănătății conduce și coordonează, în general, răspunsul umanitar și poate solicita sprijin de la alți actori din domeniul sănătății. Uneori, ministerul nu are capacitatea sau dorința de a-și asuma acest rol în mod eficient și imparțial, astfel încât această responsabilitate trebuie preluată de o altă agenție. În cazul în care Ministerul Sănătății nu are acces sau nu ar fi acceptat în toate zonele țării, actorii umanitari trebuie să încerce să sprijine sistemul existent acceptat, în special într-o situație de urgență acută. Determinați cu atenție modul de colaborare cu actorii nestatali și cu alte organisme, precum și capacitatea acestora de a furniza sau de a coordona asistența medicală pentru populație.

Accesul la populație este important, dar trebuie să fie luat în considerare cu o înțelegere clară a principiilor umanitare și a implicațiilor pentru o asistență imparțială și neutră. Coordonarea trebuie să aibă loc la și între toate nivelurile de asistență medicală, de la cel național la cel comunitar, și cu alte sectoare, cum ar fi WASH, nutriția și educația, precum și cu grupurile de lucru tehnice intersectoriale, cum ar fi sănătatea mintală și sprijinul psihosocial, violența bazată pe gen și HIV.

Standardul privind sistemele de sănătate 1.1: Furnizarea serviciilor de sănătate

DRAFT

Persoanele au acces la asistență medicală integrată de calitate, sigură, efectivă și orientată către pacient.

Acțiuni-cheie

1. Furnizați asistență medicală suficientă și adecvată la diferitele niveluri ale sistemului de sănătate.

- Acordați prioritate serviciilor de sănătate naționale sau celor furnizate la nivelul operațional cel mai apropiat în situații de urgență acută, în funcție de tipul de criză, de profilul epidemiologic și de capacitatea sistemului de sănătate.
- Identificați diferitele tipuri de îngrijire care ar trebui să fie disponibile la diferite niveluri (gospodărie, comunitate, centru medical și spital).

2. Stabiliți sau consolidați mecanismele de triaj și sistemele de referire.

- Implementați protocoale de triaj în unitățile de asistență medicală sau în locațiile de pe teren în situații de conflict, astfel încât cei care necesită atenție imediată să fie identificați și tratați sau stabilizați rapid înainte de a fi referiți și transportați în altă parte pentru îngrijiri suplimentare.
- Asigurați referiri eficiente între nivelurile de îngrijire și servicii, inclusiv servicii de transport de urgență protejate și sigure, precum și între sectoare, cum ar fi nutriția sau protecția copilului.

3. Adaptați sau utilizați protocoale standardizate pentru asistență medicală, gestionarea cazurilor și utilizarea rațională a medicamentelor.

- Utilizați standardele naționale, inclusiv listele de medicamente esențiale, și adaptați-le situației de urgență.
- Utilizați orientările internaționale în cazul în care orientările naționale sunt depășite sau nu sunt disponibile.

4. Furnizați asistență medicală care să garanteze drepturile pacienților la demnitate, protecția vieții private, confidențialitate, siguranță și consimțământ în cunoștință de cauză.

- Garantați siguranța și respectarea vieții private, astfel încât toată lumea să poată avea acces la asistență medicală, inclusiv persoanele cu afecțiuni adesea asociate cu stigmatizarea, cum ar fi HIV sau infecțiile cu transmitere sexuală (ITS).

5. Asigurați asistență medicală sigură și preveniți vătămările, evenimentele medicale adverse sau abuzurile.

- Implementați un sistem de raportare și revizuire a evenimentelor medicale adverse.
- Stabiliți o politică de raportare a oricărei forme de abuz sau violență sexuală.

6. Utilizați măsuri adecvate de prevenire și control a infecțiilor (PCI), inclusiv standarde minime WASH și mecanisme de eliminare a deșeurilor medicale, în toate unitățile sanitare.

- În timpul izbucnirii unor boli precum holera sau Ebola, solicitați îndrumări complete de la organisme specializate, cum ar fi Organizația Mondială a Sănătății (OMS), UNICEF și Médecins Sans Frontières (MSF).

7. Gestionați sau îngropați persoanele decedate în condiții de siguranță, demnitate, într-un mod adecvat din punct de vedere cultural, pe baza bunelor practici de sănătate publică.

DRAFT

Indicatori-cheie

Procentul de populație care poate accesa asistență medicală primară în mai puțin de o oră de mers pe jos de la locuințe

- Minim 80%

Procentul de centre medicale care furnizează servicii de sănătate prioritare

- Minim 80%

Numărul de paturi pentru pacienții spitalizați (cu excepția paturilor maternale) la 10 000 de persoane

- Minim 18

Procentul de populație care necesită referire către următorul nivel de asistență medicală

Procentul de pacienți transferați în timp util

Note orientative

Accesul la asistență medicală depinde de disponibilitatea asistenței medicale (disponibilă fizic, acceptată și accesibilă din punct de vedere financiar).

Disponibilitate: Asistența medicală poate fi furnizată printr-o combinație de unități medicale la nivel comunitar, mobile și fixe. Numărul, tipul și amplasarea fiecăreia dintre ele variază în funcție de context. Norma generală pentru planificarea acoperirii centrelor medicale fixe este:

- Un centru medical la 10 000 de persoane;
- Un spital districtual sau rural la 250 000 de persoane.

Totuși, acestea nu asigură o acoperire adecvată a asistenței medicale în toate mediile. În zonele rurale, un obiectiv mai bun ar putea fi o unitate pentru 50 000 de persoane, combinată cu programe comunitare de gestionare a cazurilor și clinici mobile. În zonele urbane, unitățile de asistență medicală secundară pot reprezenta primul punct de acces și, prin urmare, acoperă asistența medicală primară pentru o populație de peste 10 000 de persoane.

Asigurarea unei capacități suplimentare de asistență medicală este esențială în situații de urgență. Evitați duplicarea serviciilor existente, ceea ce poate genera o risipă de resurse și poate reduce încrederea în facilitățile existente. Persoanele trebuie să revină cu încredere la aceste unități atunci când unitățile temporare se închid.

Monitorizați rata de utilizare a serviciilor. Ratele scăzute pot indica o calitate slabă, bariere legate de costuri directe sau indirecte, preferința pentru alte servicii, supraestimarea populației sau alte probleme de acces. Ratele mai ridicate pot sugera o problemă de sănătate publică sau o subestimare a populației țintă sau pot indica probleme de acces în alte zone. Toate datele trebuie analizate în funcție de sex, vârstă, dizabilitate, origine etnică și alți factori care pot fi relevanți în context. Pentru calcularea ratei de utilizare ⊕ *a se vedea* Anexa 3.

Acceptabilitate: Consultați toate segmentele comunității pentru a identifica și a adresa obstacolele în calea accesului la servicii întâmpinate de către diferite părți ale comunității și de către toate părțile implicate într-un conflict, în special grupurile de risc. Cooperați cu femei, bărbați, copii, persoane care trăiesc cu HIV și care prezintă un risc ridicat de infectare cu HIV, persoane cu dizabilități și vârstnici pentru a înțelege comportamentul de solicitare a serviciilor medicale. Implicarea persoanelor în planificarea asistenței medicale va spori angajamentul pacienților și va îmbunătăți oportunitatea îngrijirii.

Accesibilitate din punct de vedere financiar: ⊕ *A se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.4: Finanțarea în domeniul sănătății.

DRAFT

Îngrijirea la nivelul comunității: Asistența medicală primară include îngrijirea sănătății gospodăriei și a comunității. Accesul la asistența medicală primară se poate face prin intermediul lucrătorilor medicali comunitari (CHW) sau al voluntarilor, al educatorilor peer sau în colaborare cu grupurile comunitare pentru sănătate, pentru a spori implicarea pacienților și a comunității. Gama de îngrijiri poate varia de la programe de prevenire la promovarea sănătății sau managementul de caz și depinde de context. Este necesar ca toate intervențiile să stabilească legături cu cea mai apropiată unitate de asistență medicală primară pentru a asigura o îngrijire integrată, supraveghere clinică și monitorizarea intervenției. În cazul în care CHW depistează malnutriția acută, este necesară referirea cazurilor către serviciile de nutriție din unitățile sanitare sau din alte locații ⊕ *a se vedea* Standardul privind evaluarea securității alimentare și a nutriției 1.2: Evaluarea nutrițională. Integrați îngrijirea cu programele comunitare din alte sectoare, cum ar fi WASH și nutriția ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind promovarea igienei 1.1 și Securitatea alimentară și nutriția - standardul privind gestionarea malnutriției 2.1.

Sistemele de ***referire de urgență*** cu mecanisme de transport predeterminate, sigure și protejate trebuie să fie disponibile 24 de ore pe zi, șapte zile pe săptămână. Este necesar să existe un transfer clinic între persoana care realizează referirea și furnizorul de asistență medicală destinatar.

Drepturile pacienților: Proiectați unitățile și serviciile de asistență medicală pentru a asigura intimitatea și confidențialitatea, cum ar fi săli de consultații separate. Solicitați consimțământul în cunoștință de cauză al pacienților sau al tutorilor acestora înainte de procedurile medicale sau chirurgicale. Abordați orice considerente speciale care pot influența consimțământul în cunoștință de cauză și siguranța, cum ar fi vârsta, sexul, dizabilitatea, limba sau originea etnică. Stabiliți cât mai devreme posibil mecanisme de feedback din partea pacienților. Protejați datele pacienților ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.5: Informații privind sănătatea.

Unități adecvate și sigure: Aplicați protocoale de utilizare rațională a medicamentelor și de gestionare în siguranță a medicamentelor și dispozitivelor medicale ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale.

Asigurați-vă că unitățile sunt adecvate, chiar și în situații de urgență. Asigurați spații private pentru consultații, un flux organizat de pacienți, un spațiu de un metru între paturi, ventilație, o cameră de sterilizare (nu în aer liber) pentru spitale, o sursă de energie suficientă pentru a susține echipamentele critice și structuri WASH adecvate. În timpul focarelor de boală, revizuiți cerințele și orientările privind infrastructura, inclusiv, de exemplu, zonele de triaj, de observare și de izolare.

Elaborați măsuri pentru a face ca unitățile de asistență medicală să fie sigure, protejate și accesibile în timpul unei crize, în caz de inundații sau conflicte, de exemplu.

Prevenirea și controlul infecțiilor (PCI) sunt esențiale în toate mediile pentru a preveni bolile și rezistența antimicrobiană. Chiar și în afara situațiilor de criză, la nivel global, 12% dintre pacienți vor dezvolta o infecție în timp ce beneficiază de asistență medicală, iar 50% dintre infecțiile după o intervenție chirurgicală sunt rezistente la antibioticele cunoscute.

Componentele de bază ale PCI includ elaborarea și implementarea de orientări (privind precauțiile standard, precauțiile bazate pe transmitere și tehnicile aseptice clinice), existența unei echipe PCI în fiecare locație, formarea personalului din domeniul sănătății, programe de monitorizare și integrarea în sistemele de supraveghere a detectării infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței antimicrobiene. Unitățile sanitare trebuie să dispună de un personal și un volum de muncă adecvat, grad de ocupare a paturilor respectat (nu mai mult de un pacient pe pat), compartimentare adecvată și trebuie să mențină practici de igienă sigure ⊕ a se vedea Standardul privind sistemele de sănătate 1.2: Personalul din domeniul sănătății, ⊕ *a se vedea* Facilități adecvate și sigure mai sus, și, pentru infrastructura și echipamentele WASH, ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Precauțiile standard fac parte din măsurile PCI și includ:

- *Prevenirea rănilor provocate de obiecte ascuțite:* Manipulați cu grijă acele, bisturiile și alte obiecte ascuțite, de exemplu atunci când curățați instrumentele folosite sau când aruncați acele folosite. Orice persoană rănită cu un obiect ascuțit trebuie să beneficieze de profilaxie post-

DRAFT

expunere (PPE) pentru HIV în termen de 72 de ore ⊕ *a se vedea* Asistență medicală esențială - standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.3: HIV.

- *Utilizarea echipamentului individual de protecție (EIP)* Furnizați EIP adecvate în funcție de risc și de sarcina care trebuie îndeplinită. Evaluați tipul de expunere anticipată (de exemplu, stropire, pulverizare, contact sau atingere) și categoria de transmitere a bolii, rezistența și caracterul adecvat al EIP pentru sarcina respectivă (cum ar fi rezistența la fluide sau impermeabilitatea la fluide), precum și potrivirea echipamentului. EIP suplimentare vor depinde de tipul de transmitere: prin contact (de exemplu, halat sau mănuși), prin picături (trebuie purtate măști chirurgicale atunci când pacientul se află la o distanță mai mică de un metru) sau prin aer (aparate de protecție respiratorie împotriva particulelor). ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

- Alte măsuri includ igiena mâinilor, gestionarea deșeurilor medicale, menținerea unui mediu curat, curățarea dispozitivelor medicale, igiena respiratorie în cazul tusei și înțelegerea principiilor asepsiei ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Evenimente adverse: La nivel mondial, 10% dintre pacienții din spitale suferă un eveniment advers (chiar și în afara unei crize umanitare), în principal din cauza unor proceduri chirurgicale nesigure, a erorilor de medicație și a infecțiilor asociate îngrijirilor medicale primite. În fiecare unitate de asistență medicală trebuie ținut un registru al evenimentelor adverse și monitorizat pentru a promova învățarea.

Gestionarea corpurilor persoanelor decedate: Faceți uz de obiceiurile locale și de practicile religioase pentru a gestiona cu respect corpurile persoanele decedate și pentru a identifica și înapoia rămășițele pământești familiilor. Fie că este vorba de o epidemie, de un dezastru natural, de un conflict sau de o crimă în masă, gestionarea corpurilor persoanelor decedate necesită o coordonare între sectoarele sănătății, WASH, juridic, de protecție și medico-legal.

Cadavrele rareori reprezintă un risc imediat pentru sănătate. Anumite boli (de exemplu, holera sau Ebola) necesită o gestionare specială. Recuperarea corpurilor persoanelor decedate poate necesita EIP, echipamente de recuperare, transport și depozitare, precum și documentație. ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Standardul privind sistemele de sănătate 1.2: Personalul din domeniul sănătății

Persoanele au acces la lucrători din domeniul sănătății cu competențe adecvate la toate nivelurile de asistență medicală.

Acțiuni-cheie

1. Revizuiți nivelurile de personal existente și distribuția în raport cu clasificările naționale pentru a determina lacunele și zonele insuficient deservite.

- Urmăriți nivelurile de personal la 1 000 de persoane în funcție de poziție și de locul de muncă.

2. Formați personalul pentru rolurile sale în conformitate cu standardele naționale sau cu orientările internaționale.

- Recunoașteți faptul că atribuțiile personalului în caz de urgențe grave pot fi extinse și necesită formare și sprijin.

- Introduceți cursuri de perfecționare în cazul în care fluctuația de personal este ridicată.

DRAFT

3. Sprijiniți lucrătorii din domeniul sănătății să activeze într-un mediu de lucru sigur.

- Implementați și pledați pentru toate măsurile posibile de protecție a lucrătorilor din domeniul sănătății în timpul conflictelor.
- Asigurați formarea în domeniul sănătății la locul de muncă și imunizarea împotriva hepatitei B și a tetanosului pentru personalul clinic.
- Asigurați PCI și EIP adecvate pentru îndeplinirea sarcinilor personalului.

4. Elaborați strategii de salarizare și stimulente care să reducă la minimum diferențele de remunerare și distribuția inechitabilă a lucrătorilor din domeniul sănătății între Ministerul Sănătății și alți furnizori de servicii medicale.

5. Distribuiți informații privind personalul din domeniul sănătății și informații privind gradul de pregătire către Ministerul Sănătății și alte organisme relevante la nivel local și național.

- Conștientizați strămutarea și migrarea personalului medical în timpul conflictului.

Indicatori-cheie

Numărul lucrătorilor comunitari din domeniul sănătății la 1 000 de persoane

- Minim 1-2 lucrători comunitari în domeniul sănătății

Procentul de nașteri asistate de personal calificat (medici, asistente medicale, moașe)

- minim 80%

Efectivul de personal calificat la naștere (medici, asistente medicale, moașe) la 10 000 de persoane

- minim 23 la 10 000 de persoane

Întregul personal medical care desfășoară activitate clinică a beneficiat de formare în domeniul protocoalelor clinice și al managementului de caz

Note orientative

Disponibilitatea lucrătorilor din domeniul sănătății: Personalul din domeniul sănătății include medici, asistente medicale, moașe, practicieni clinici, tehnicieni de laborator, farmaciști și lucrători medicali comunitari, precum și personal de administrare și de suport. Numărul și profilul lucrătorilor trebuie să corespundă populației și nevoilor de servicii. Deficitul de personal poate determina sarcini de lucru excesive și asistență medicală nesigură. Integrați personalul de asistență medicală existent în răspunsul de urgență.

La recrutarea și formarea personalului local, respectați orientările naționale (sau internaționale, dacă nu sunt disponibile cele naționale). Recrutarea de personal internațional trebuie să respecte reglementările naționale și cele ale Ministerului Sănătății (de exemplu, verificarea calificărilor, în special pentru practica clinică).

Luați în considerare îngrijirea persoanelor din zonele rurale și urbane greu accesibile, inclusiv a celor aflate în apropierea zonelor de conflict. Personalul trebuie să ofere îngrijire persoanelor indiferent de etnie, limbă și apartenență. Recrutați și formați lucrători din domeniul sănătății de o calificare inferioară pentru activități de informare comunitară, gestionarea cazurilor în cadrul echipelor mobile sau al punctelor de asistență medicală, și dezvoltați mecanisme puternice de referire. Pentru a lucra în zone dificile pot fi necesare pachete de stimulente.

Lucrătorii medicali comunitari (CHW): Programele comunitare cu lucrători medicali comunitari (inclusiv voluntari) sporește accesul la populațiile greu accesibile, inclusiv la populațiile marginalizate sau stigmatizate. În cazul în care există constrângeri geografice sau probleme de acceptabilitate în diverse comunități, este posibil ca un lucrător medical comunitar să fie capabil să deservească doar 300 de persoane în loc de 500.

DRAFT

Activitatea lucrători medicali comunitari variază. Aceștia pot fi instruiți în domeniul primului ajutor sau al managementului de caz sau pot efectua depistări medicale. Trebuie să fie conectați la cea mai apropiată unitate de asistență medicală pentru a asigura o supraveghere adecvată și îngrijirea integrată. Adesea, lucrătorii medicali comunitari nu pot fi absorbiți în sistemul de sănătate după ce situația de urgență încetează. În unele contexte, este posibil ca lucrătorii medicali comunitari să lucreze de obicei doar în mediul rural, astfel încât ar putea fi necesar un model diferit de intervenție în cazul crizelor urbane.

Acceptabilitate: Satisfacerea așteptărilor socioculturale ale oamenilor va crește gradul de implicare a pacienților. Este necesar ca personalul să reflecte diversitatea populației, cu un amestec de diferite grupuri socioeconomice, etnice, lingvistice și de orientare sexuală, precum și un echilibru adecvat între sexe.

Calitate: Organizațiile trebuie să formeze și să supravegheze personalul pentru a se asigura că acesta deține cunoștințe actualizate și că utilizează practici sigure. Aliniați programele de formare cu orientările naționale (adaptate pentru situații de urgență) sau cu orientările internaționale convenite.

Includeți instruire cu privire la:

- protocoale clinice și management de caz;
- proceduri standard de operare (cum ar fi PCI, gestionarea deșeurilor medicale);
- securitate și siguranță (adaptate la nivelul de risc);
- coduri de conduită (cum ar fi etica medicală, drepturile pacienților, principiile umanitare, protecția copiilor, protecția împotriva exploatării și abuzului sexual) ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - Standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.2: Violența sexuală și managementul clinic al cazurilor de viol și Principiile de protecție.

Supravegherea periodică și monitorizarea calității vor încuraja bunele practici. Formarea punctuală nu va asigura o bună calitate. Puneți la dispoziția Ministerului Sănătății înregistrările cu privire la persoanele care au fost instruite, în ce domeniu, de către cine, când și unde.

Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale

Persoanele au acces la medicamente și dispozitive medicale esențiale care sunt sigure, eficiente și de calitate garantată.

Acțiuni-cheie

1. Stabiliți liste standardizate de medicamente și dispozitive medicale esențiale pentru asistența medicală prioritară.

- Revizuiți listele naționale de medicamente și dispozitive medicale esențiale existente la începutul intervenției și adaptați-le la contextul de urgență.
- Acordați o atenție deosebită medicamentelor controlate care pot necesita acțiuni de advocacy speciale pentru a asigura disponibilitatea.

2. Stabiliți sisteme de gestionare eficace pentru a asigura disponibilitatea medicamentelor și a dispozitivelor medicale esențiale sigure.

- Includeți transportul, depozitarea și sistemul frigorific pentru vaccinuri, precum și pentru colectarea și depozitarea produselor sanguine.

DRAFT

3. Acceptați donații de medicamente și dispozitive medicale doar dacă acestea respectă liniile directoare recunoscute la nivel internațional.

Indicatori-cheie

Numărul de zile în care medicamentele esențiale nu sunt disponibile

- Maxim 4 zile din 30 de zile

Procentul de unități de asistență medicală cu medicamente esențiale

- Minim 80%

Procentul de unități de asistență medicală cu dispozitive medicale esențiale funcționale

- Minim 80%

Toate medicamentele eliberate pacienților se află în termenul de valabilitate

Note orientative

Gestionarea medicamentelor esențiale: Medicamentele esențiale includ medicamente, vaccinuri și produse sanguine. Buna gestionare a medicamentelor asigură disponibilitatea, dar interzice totodată medicamentele care nu prezintă siguranță sau care au expirat. Principalele elemente de gestionare sunt selecția, prognoza, achiziția, depozitarea și distribuția.

Selecția trebuie să se bazeze pe lista națională a medicamentelor esențiale. Pledați pentru eliminarea oricăror lipsuri, cum ar fi cele privind medicamentele pentru bolile netransmisibile, sănătatea reproducerii, ameliorarea durerii în cazul îngrijirilor paliative și al intervențiilor chirurgicale, sănătatea mintală; anesteziile, medicamentele controlate (a se vedea mai jos) sau altele.

Prognoza trebuie să se bazeze pe consum, pe datele privind morbiditatea și pe analiza contextului. Aprovizionarea cu medicamente la nivel național poate fi întreruptă dacă producția locală este afectată, dacă depozitele sunt deteriorate sau dacă achizițiile internaționale sunt întârziate, printre alți factori.

Metodele de achiziție trebuie să respecte legile naționale, reglementările vamale și mecanismele de asigurare a calității pentru achizițiile internaționale. Pledați pentru îmbunătățirea mecanismelor în cazul în care apar întârzieri (prin intermediul Ministerului Sănătății, al agenției coordonatoare, al autorității naționale de gestionare a dezastrelor sau al coordonatorului umanitar). În cazul în care aceste sisteme nu există, procurați produse precalificate, în termenul de valabilitate și în limba țării și a personalului din domeniul sănătății.

Depozitare: Este necesar ca medicamentele să fie depozitate în condiții de siguranță pe tot parcursul ciclului de aprovizionare. Cerințele variază în funcție de produs. Medicamentele nu trebuie depozitate direct pe podea. Asigurați zone separate pentru articolele expirate (încuiate), produsele inflamabile (bine ventilate, cu protecție împotriva incendiilor), substanțele controlate (cu securitate suplimentară) și produsele care necesită un sistem frigorific sau controlul temperaturii.

Distribuție: Stabiliți mecanisme de transport sigure, protejate, previzibile și documentate de la depozitele centrale la unitățile sanitare. Partenerii pot utiliza un sistem „push” (furnizare automată) sau „pull” (furnizare la cerere).

Eliminarea în siguranță a medicamentelor expirate: Împiedicați contaminarea mediului și apariția pericolelor pentru persoane. Respectați reglementările naționale (adaptate la situațiile de urgență) sau orientările internaționale. Incinerarea la temperaturi foarte înalte este costisitoare, iar stocarea produselor farmaceutice funcționează doar pe termen scurt ⊕ *a se vedea* Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Dispozitive medicale esențiale: Determinați și achiziționați dispozitivele și echipamentele necesare (inclusiv reactivi de laborator, echipamente mai mari) fiecărui tip de asistență medicală, care sunt conforme la nivel

DRAFT

național sau internațional. Includeți dispozitive de asistare pentru persoanele cu dizabilități. Asigurați utilizarea în siguranță a dispozitivelor, inclusiv întreținerea periodică și furnizarea de piese de schimb, de preferință la nivel local. Dezafectați dispozitivele în condiții de siguranță. Distribuiți dispozitivele de asistare și înlocuiți-le pe cele care s-au pierdut, furnizând informații clare privind utilizarea și întreținerea lor. Adresați-vă serviciilor de reabilitare pentru dimensiunea, adaptarea, utilizarea și întreținerea corespunzătoare a acestor dispozitive. Evitați distribuția unică.

Trusele precalificate sunt utile în fazele incipiente ale unei crize sau în pre-poziționarea în scopul pregătirii. Acestea cuprind medicamente și dispozitive medicale esențiale precalificate și variază în funcție de intervenția medicală. OMS este furnizorul principal pentru trusele medicale de urgență inter-agenții și trusele pentru boli netransmisibile, pe lângă trusele pentru gestionarea cazurilor de diaree, traumatisme și altele. Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) este principalul furnizor de truse pentru sănătate sexuală și reproductivă.

Medicamente controlate: Medicamentele analgezice, pentru sănătatea mintală și hemoragia postpartum sunt de obicei controlate. Având în vedere că 80% din țările cu venituri mici nu au acces la medicamente analgezice adecvate, pledați, împreună cu Ministerul Sănătății și cu autoritățile publice, pentru îmbunătățirea disponibilității medicamentelor controlate.

Produse sanguine: Coordonați-vă cu centrul național de transfuzie sanguină, acolo unde acesta există. Colectați sânge doar de la voluntari. Testați toate produsele pentru depistarea HIV, a hepatitei B și C și a sifilisului cel puțin, stabiliți grupele sanguine și compatibilitatea. Depozitați și distribuiți produsele în condiții de siguranță. Formați personalul clinic în ceea ce privește utilizarea rațională a sângelui și a produselor sanguine.

Standardul privind sistemele de sănătate 1.4: Finanțarea în domeniul sănătății

Persoanele au acces la asistență medicală gratuită și prioritară pe durata crizei.

Acțiuni-cheie

1. Planificați eliminarea sau suspendarea temporară a taxelor de utilizare în cazul în care acestea sunt percepute prin intermediul sistemelor guvernamentale.
2. Reduceți costurile indirecte sau alte bariere financiare care împiedică accesul la servicii și utilizarea acestora.

Indicatori-cheie

Procentul de unități de asistență medicală care nu percep taxe pentru serviciile de asistență medicală prioritară (inclusiv consultații, tratamente, investigații și furnizarea de medicamente)

- Ținta 100%

Procentul de persoane care nu efectuează nicio plată directă atunci când accesează sau beneficiază de asistență medicală (inclusiv consultații, tratamente, investigații și furnizarea de medicamente)

- Ținta 100%

Note orientative

Taxe pentru serviciile de asistență medicală: Solicitarea plății pentru servicii în caz de urgență împiedică accesul și poate determina persoanele să nu apeleze la asistență medicală.

DRAFT

Suspendarea taxelor pentru serviciile de asistență medicală percepute de furnizorii guvernamentali de servicii medicale va conduce la necesitatea unor eforturi financiare suplimentare. Luați în considerare posibilitatea de a sprijini instituțiile Ministerului Sănătății sau pe cele ale altor furnizori responsabili prin plata salariilor și stimulentelor pentru personal, furnizarea de medicamente suplimentare, dispozitive medicale și dispozitive de asistare. În cazul în care taxele sunt suspendate temporar, asigurați-vă că pacienții primesc informații clare cu privire la momentul și motivele suspendării și monitorizați accesibilitatea și calitatea serviciilor.

Costurile indirecte pot fi reduse la minimum prin furnizarea de servicii adecvate în comunități și prin utilizarea unor mecanisme planificate de transport și de referire.

Asistența în numerar: Obiectivele Platformei privind Acoperirea universală a serviciilor de sănătate pentru 2030 prevăd că persoanele trebuie să beneficieze de asistență medicală fără a întâmpina dificultăți financiare nejustificate. Până la data prezentei ediții, nu există dovezi clare că utilizarea asistenței în numerar în mod specific în cazul răspunsurilor în domeniul sănătății în contexte umanitare are un impact pozitiv asupra rezultatelor în materie de sănătate ⊕ *a se vedea* Ce este Sphere? *inclusiv* Furnizarea asistenței prin intermediul pieților.

Experiența sugerează că utilizarea asistenței în numerar pentru răspunsurile în domeniul sănătății *poate* fi utilă dacă:

- situația de urgență s-a stabilizat;
- există un serviciu previzibil care trebuie sprijinit, cum ar fi îngrijirea prenatală sau gestionarea bolilor cronice;
- există un comportament pozitiv în ceea ce privește solicitarea de servicii de asistență medicală și o cerere ridicată;
- alte nevoi critice ale gospodăriei, cum ar fi hrana și adăpostul, au fost satisfăcute.

Standardul privind sistemele de sănătate 1.5: Informații medicale

Asistența medicală este orientată de dovezi prin colectarea, analiza și utilizarea datelor relevante din domeniul sănătății publice.

Acțiuni-cheie

1. Consolidați sau dezvoltați un sistem de informații medicale care să furnizeze informații suficiente, exacte și actualizate pentru un răspuns umanitar eficient și echitabil în domeniul asistenței medicale.

- Asigurați-vă că sistemul de informații medicale include toate părțile interesate, că este simplu de implementat și că informațiile sunt simplu de colectat, analizat și interpretat pentru a direcționa răspunsul.

2. Consolidați sau dezvoltați mecanismele de avertizare timpurie, de alertă și de reacție (EWAR) pentru toate pericolele care necesită o reacție imediată.

- Decideți ce boli și evenimente prioritare să includeți pe baza profilului de risc epidemiologic și a contextului urgenței.
- Încorporați componente bazate atât pe indicatori, cât și pe evenimente.

3. Conveniți și utilizați date și definiții comune de operare.

DRAFT

- Luați în considerare valorile oficiale privind populația, mărimea familiei și dezagregarea pe vârste.
- Stabiliți zonele administrative și codurile geografice.

4. Conveniți asupra unor proceduri standard de operare pentru toți actorii din domeniul sănătății atunci când se utilizează informațiile medicale.
5. Asigurați mecanisme de protecție a datelor pentru a garanta drepturile și siguranța persoanelor, a unităților de raportare și/sau a populațiilor.
6. Susțineți actorul principal în compilarea, analiza, interpretarea și diseminarea informațiilor medicale către toate părțile interesate, în mod oportun și regulat, precum și în ghidarea procesul decizional privind programele de sănătate.

- Includeți acoperirea și utilizarea serviciilor de asistență medicală, precum și analiza și interpretarea datelor epidemiologice.

Indicatori-cheie

Procentul de rapoarte complete de avertizare timpurie, de alertă și de reacție (EWAR)/rapoarte de supraveghere transmise la timp

- Minim 80%

Frecvența rapoartelor de informații medicale întocmite de către actorul principal din domeniul sănătății

- Minim lunar

Note orientative

Sistemul de informații medicale: Un sistem de informații medicale care funcționează bine asigură producerea, analiza, diseminarea și utilizarea de informații fiabile și oportune privind factorii determinanți pentru sănătate, performanța sistemelor de sănătate și starea de sănătate. Datele pot fi calitative sau cantitative și pot fi colectate din diverse surse, cum ar fi sondaje de recensământ, înregistrări de stare civilă, sondaje demografice, sondaje privind nevoile percepute, înregistrări individuale și rapoarte ale unităților sanitare (cum ar fi sistemele informaționale de gestionare din domeniul sănătății). Acesta trebuie să fie suficient de flexibil pentru a încorpora și a reflecta provocări neașteptate, cum ar fi focarele de boală sau prăbușirea totală a sistemului sau a serviciilor de sănătate. Informațiile vor identifica problemele și nevoile la toate nivelurile sistemului de sănătate.

Colectați informațiile lipsă prin evaluări sau sondaje suplimentare. Luați în considerare circulația transfrontalieră a persoanelor și informațiile necesare sau disponibile. Furnizați analize periodice cu privire la cine ce activități medicale desfășoară și unde anume.

Sistemele informaționale de gestionare din domeniul sănătății (SIGS) sau **raportarea de rutină** utilizează informațiile medicale generate de instituțiile sanitare pentru evaluarea acordării asistenței medicale. Un SIGS monitorizează furnizarea de intervenții specifice, tratamentul afecțiunilor, resursele, cum ar fi registrul de urmărire a disponibilității medicamentelor, a resurselor umane și ratelor de utilizare.

Supravegherea în domeniul sănătății reprezintă colectarea, analiza și interpretarea continuă și sistematică a datelor medicale. Supravegherea bolilor monitorizează în mod specific diferite boli și modele de progresie și este adesea inclusă în rapoartele SIGS.

Avertizarea timpurie, de alertă și de reacție (EWAR) face parte dintr-un sistem de supraveghere de rutină în domeniul sănătății. Procedura respectivă detectează și generează o alertă pentru orice eveniment privind sănătatea publică care necesită un răspuns imediat, cum ar fi intoxicarea cu substanțe chimice sau bolile cu

DRAFT

tendință epidemică ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - Standardul privind bolile transmisibile 2.1.2: Supravegherea, detectarea focarelor și reacția timpurie.

Proceduri standard de operare: Stabiliți definiții comune și modalități comune de transmitere a informațiilor între locațiile geografice, nivelurile de îngrijire și actorii din domeniul sănătății. În principiu, conveniți cu privire la:

- definiții de caz;
- indicatori pentru ceea ce trebuie monitorizat;
- unități de raportare (cum ar fi clinicile mobile, spitalele de campanie, punctele de asistență medicală);
- căi de raportare;
- frecvența transmiterii, analizei și raportării datelor.

Dezagregarea datelor: Datele medicale trebuie dezagregate în funcție de sex, vârstă, dizabilitate, populație strămutată și populație gazdă, context (cum ar fi situația din tabără/din afara taberei) și nivel administrativ (regiune, district) pentru a ghida procesul decizional și pentru a detecta inechitățile pentru grupurile de risc.

Pentru EWAR, dezagregați datele privind mortalitatea și morbiditatea pentru copiii cu vârsta sub și peste cinci ani. Scopul este de a genera rapid o alertă; se acceptă date mai puțin detaliate. Datele privind anchetele epidemiologice, depistarea persoanelor de contact, întocmirea listelor și monitorizarea ulterioară a tendințelor bolii trebuie să fie dezagregate.

Gestionarea, securitatea și confidențialitatea datelor: Luați măsurile de precauție adecvate pentru a proteja siguranța persoanei și a datelor. Personalul nu trebuie să împărtășească niciodată informații despre pacienți cu persoane care nu sunt implicate direct în îngrijirea pacienților fără permisiunea acestora. Acordați atenție persoanelor cu deficiențe intelectuale, mintale sau senzoriale care le pot afecta capacitatea de a-și oferi consimțământul în cunoștință de cauză. Rețineți că este posibil ca multe persoane care trăiesc cu afecțiuni precum HIV să nu-și fi dezvăluit statutul membrilor apropiați ai familiei proprii. Tratați cu atenție datele care se referă la vătămări cauzate de tortură sau alte încălcări ale drepturilor omului, inclusiv agresiuni sexuale. Luați în considerare transmiterea acestor informații către actori sau instituții adecvate, dacă persoana își oferă consimțământul în cunoștință de cauză ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1 și Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 4.

Amenințări la adresa asistenței medicale: Amenințările la adresa lucrătorilor din domeniul sănătății sau orice incidente violente în care aceștia sunt implicați trebuie raportate prin intermediul mecanismelor locale și naționale convenite ⊕ *a se vedea* Concepte esențiale în materie de sănătate (mai sus) și Referințe și bibliografie suplimentară (mai jos).

DRAFT

2. Asistența medicală esențială

Asistența medicală esențială abordează principalele cauze ale mortalității și morbidității la o populație afectată de criză. Coordonați-vă cu ministerele sănătății și cu alți actori oficiali din domeniul sănătății pentru a conveni asupra serviciilor cărora trebuie să le acordați prioritate, când și unde. Stabiliți prioritățile pe baza contextului, a evaluării riscurilor și a dovezilor disponibile.

O populație afectată de criză va avea nevoi noi și diferite, care vor continua să evolueze. Persoanele se pot confrunta cu supraaglomerarea, deplasările multiple, malnutriția, lipsa accesului la apă sau un conflict permanent. Vârsta, sexul, dizabilitatea, statutul HIV, identitatea lingvistică sau etnică pot influența și mai mult nevoile și pot constitui bariere semnificative în calea accesului la îngrijire. Luați în considerare nevoile celor care locuiesc în locații insuficient deservite sau greu accesibile.

Conveniți asupra serviciilor prioritare cu Ministerul Sănătății și cu alți actori din domeniul sănătății, concentrându-vă asupra acelor riscuri care au cea mai mare probabilitate de a se produce și de a cauza cea mai mare morbiditate și mortalitate. Programele de asistență medicală trebuie să asigure îngrijiri adecvate și eficiente, ținând cont de context, de logistică și de resursele care vor fi necesare. Prioritățile se pot schimba pe măsură ce contextul se îmbunătățește sau continuă să se deterioreze. Acest exercițiu trebuie efectuat în mod regulat, pe baza informațiilor disponibile și pe măsură ce contextul se schimbă.

De îndată ce ratele mortalității scad sau situația se stabilizează, este posibilă introducerea unor servicii de asistență medicală mai cuprinzătoare. În situații prelungite, se poate constitui un pachet esențial de servicii de sănătate, definit la nivel național.

Această secțiune prezintă asistența medicală minimă esențială în domenii-cheie ale răspunsului de urgență: boli transmisibile, sănătatea copiilor, sănătatea sexuală și reproductivă, îngrijirea leziunilor și a traumatismelor, sănătatea mintală, bolile netransmisibile și îngrijirea paliativă.

2.1 Bolile transmisibile

O criză umanitară, fie că este cauzată de un dezastru natural, de un conflict sau de foamete, aduce adesea o creștere a morbidității și mortalității cauzate de bolile transmisibile. Mutarea persoanelor în așezări sau adăposturi comunale aglomerate înseamnă că boli precum diareea și rujeola se propagă cu ușurință. Deteriorarea instalațiilor sanitare sau lipsa apei curate înseamnă că bolile transmise prin apă și prin vectori se răspândesc rapid. Imunitatea redusă a populației determină o sensibilitate crescută la boli. O criză a sistemelor de sănătate poate întrerupe tratamentele pe termen lung, cum ar fi cele pentru HIV și tuberculoză (TBC), imunizarea de rutină și tratamentul unor afecțiuni simple, cum ar fi infecțiile respiratorii.

Infecțiile respiratorii acute, diareea, rujeola și malaria continuă să fie responsabile de cea mai mare morbiditate în rândul populațiilor afectate de criză. Malnutriția acută agravează aceste boli, în special la copiii cu vârsta sub cinci ani și la vârstnici.

Obiectivul într-o situație de criză este de a preveni încă de la început bolile transmisibile, de a gestiona orice caz și de a asigura un răspuns rapid și adecvat în cazul apariției unui focar. Intervențiile de combatere a bolilor transmisibile trebuie să includă prevenirea, supravegherea, detectarea focarelor, diagnosticarea și gestionarea cazurilor, precum și răspunsul la focare.

Standardul privind bolile transmisibile 2.1.1: Prevenție

Persoanele au acces la asistență medicală și la informații pentru a preveni bolile transmisibile.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Determinați riscul de boli transmisibile în rândul populației afectate.

- Examinați informațiile medicale preexistente, dacă sunt disponibile, și datele de supraveghere, precum și starea de nutriție și accesul la apă potabilă și salubritate.
- Efectuați evaluări ale riscurilor cu populația afectată, inclusiv cu liderii locali și profesioniștii din domeniul sănătății.

2. Colaborați cu alte sectoare pentru a dezvolta măsuri generale de prevenire și pentru a stabili programe integrate de promovare a sănătății la nivel comunitar.

- Abordați temerile specifice, zvonurile și credințele comune care ar putea submina un comportament sănătos.
- Coordonați-vă cu alte sectoare care desfășoară activități de informare, cum ar fi promotorii din domeniul igienei sau lucrătorii comunitari din domeniul nutriției, pentru a asigura armonizarea mesajelor.

3. Implementați măsuri de vaccinare pentru a preveni bolile.

- Determinați necesitatea campaniilor de vaccinare pentru anumite boli transmisibile pe baza riscului, a fezabilității și a contextului.
- Reluați vaccinarea de rutină prin intermediul programului de imunizare preexistent cât mai curând posibil.

4. Implementați măsuri specifice de prevenire a bolilor, după caz.

- Furnizați și asigurați-vă că toți pacienții spitalizați folosesc plase tratate cu insecticide cu efect de lungă durată (PTIELD) în orice zonă afectată de malarie.

5. Implementați măsuri de prevenire și control al infecțiilor (PCI) la toate nivelurile de asistență medicală în funcție de risc ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.1 și sprijin WASH în Standardul WASH 6: WASH în mediile de asistență medicală.

Indicatori-cheie

Procentul de persoane care adoptă practicile-cheie promovate în activitățile și mesajele de educație pentru sănătate

Procentul de gospodării afectate care declară că au primit informații adecvate privind riscurile legate de bolile transmisibile și acțiunile preventive

Procentul de gospodării afectate care pot descrie trei măsuri pe care le iau pentru a preveni bolile transmisibile

Toți pacienții spitalizați în unitățile de asistență medicală folosesc plase tratate cu insecticide cu efect de lungă durată (PTIELD) în zonele cu malarie

Incidența principalelor boli transmisibile este stabilă sau nu crește față de nivelul anterior crizei.

Note orientative

Evaluarea riscurilor: Efectuați evaluări ale riscurilor cu populația afectată, liderii locali și profesioniștii din domeniul sănătății. Analizați riscurile prezentate de context și de mediu, cum ar fi cele din așezările comunale

DRAFT

aglomerate și în zonele urbane. Luați în considerare în mod activ diferitele segmente ale populației în analiza factorilor specifici bolii, imunității scăzute sau a altor riscuri.

Măsuri de prevenire intersectoriale: Elaborați măsuri generale de prevenire, cum ar fi o igienă adecvată, eliminarea deșeurilor, apă sigură și în cantitate suficientă și gestionarea vectorilor. Un adăpost adecvat, spațios și ventilat poate contribui la reducerea transmiterii. Alăptarea exclusivă la sân și accesul la o alimentație adecvată contribuie direct la starea de sănătate ⊕ *a se vedea* Angajamentul privind Standardul umanitar de bază 3, Standardul WASH privind promovarea igienei 1.1, Standardele WASH privind alimentarea cu apă 2.1 *și* 2.2, Standardele WASH privind gestionarea deșeurilor solide 5.1 *până la* 5.3, Standardul privind adăposturile și așezările 2 și Securitatea alimentară și nutriția - standarde privind alimentația sugarilor și a copiilor mici 4.1 *și* 4.2.

Promovarea în materie de sănătate: Implicați comunitățile în furnizarea de informații în formate și limbi accesibile pentru vârstnici, persoane cu dizabilități, femei și copii. Asigurați-vă timpul necesar pentru a testa și valida mesajele pe teme sensibile.

Vaccinarea: Decizia de a lansa o campanie de vaccinare se va baza pe trei factori:

- O **evaluare a factorilor de risc generali**, cum ar fi malnutriția, incidența ridicată a bolilor cronice, supraaglomerarea, condițiile WASH inadecvate, precum și a riscurilor specifice bolii, cum ar fi geografia, clima, anotimpul și imunitatea populației.
- **Fezabilitatea unei campanii**, bazată pe o evaluare a caracteristicilor vaccinului, inclusiv disponibilitatea, eficacitatea, siguranța, dacă este cu unul sau cu mai mulți antigeni, pe cale orală sau injectabil, precum și stabilitatea acestuia. Luați în considerare factori operaționali, cum ar fi accesul la populație, constrângerile de timp, transportul, cerințele materiale, costurile și capacitatea de a obține consimțământul în cunoștință de cauză.
- **Contextul general**, în special constrângerile etice și practice, cum ar fi opoziția comunității, inechitățile datorate lipsei de resurse și constrângerile politice sau de securitate, sau amenințările cunoscute împotriva vaccinatorilor.

⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind sănătatea copilului 2.2.1: Boli care pot fi prevenite prin vaccinare în copilărie și Vaccinarea în crizele umanitare acute: Cadrul pentru luarea deciziilor, OMS, 2017, care acoperă 23 de antigeni, inclusiv holera, meningita, rujeola și rotavirusul.

Prevenirea malariei: Acolo unde se înregistrează o transmitere ridicată sau moderată a malariei, oferiți PTIELD persoanelor și gospodăriilor afectate de malnutriție severă, femeilor însărcinate, copiilor cu vârsta sub cinci ani, copiilor neînsoțiți și persoanelor care trăiesc cu HIV. Acordați prioritate ulterior persoanelor care participă la programe de alimentație suplimentară, gospodăriilor în care există copii cu vârsta sub cinci ani și gospodăriilor în care există femei însărcinate. Administrați femeilor însărcinate chimioprofilaxie în conformitate cu protocoalele naționale și cu profilele de rezistență. În zonele cu un nivel ridicat de malnutriție și de mortalitate provocată de rujeolă, luați în considerare chimioprofilaxia sezonieră țintită împotriva malariei.

Boli transmise de țânțarul Aedes: Febra denga, virusul chikungunya, virusul Zika și febra galbenă sunt răspândite de țânțarul tigru asiatic (Aedes albopictus). Preveniți bolile prin gestionarea integrată a vectorilor. Persoanele trebuie să poarte îmbrăcăminte pentru a preveni mușcăturile, iar gospodăriile trebuie să utilizeze bune practici de gestionare a apei și a deșeurilor, repelenți sau PTIELD pentru copiii mici și sugari care dorm pe timpul zilei ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind controlul vectorilor 4.2: Acțiuni casnice și personale pentru controlul vectorilor.

Standardul privind bolile transmisibile 2.1.2: Supravegherea, detectarea focarelor și răspunsul rapid

Sistemele de supraveghere și de raportare asigură detectarea timpurie a focarelor și răspunsul rapid.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Consolidați sau înființați un mecanism de supraveghere pentru avertizare timpurie, alertă și reacție (EWAR) pentru fiecare boală în parte.

- Decideți care sunt bolile și evenimentele prioritare care trebuie incluse, pe baza riscului epidemiologic.
- Pregătiți personalul medical de la toate nivelurile cu privire la bolile prioritare și la mecanismele de notificare a autorităților sanitare și de generare a unei alerte.
- Diseminați rapoartele EWAR săptămânale către toate părțile interesate pentru a lua măsurile necesare.

2. Instituiți echipe de investigare a focarelor de infecție.

- Asigurați-vă că acțiunile sunt declanșate rapid atunci când este generată o alertă.
- Inițiați investigații la distanță în cazul în care echipele nu au acces la populațiile afectate, cum ar fi în zonele de conflict activ.

3. Asigurați-vă că probele pot fi testate prin teste de diagnostic rapid sau în laboratoare pentru a confirma apariția unui focar ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind bolile transmisibile 2.1.3: Diagnosticarea și gestionarea cazurilor.

Indicatori-cheie

Procentul de alerte raportate în termen de 24 de ore

- 90%

Procentul de alerte raportate care sunt verificate în termen de 24 de ore

- 90%

Procentul de alerte verificate care sunt investigate în termen de 24 de ore

- 90%

Note orientative

Avertizare timpurie, de alertă și de reacție (EWAR): În coordonare cu toate părțile interesate, inclusiv cu Ministerul Sănătății, partenerii și comunitatea, consolidați sau stabiliți un sistem EWAR reprezentativ pentru populația afectată ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.5: Informații medicale. Sistemul trebuie să fie capabil să înregistreze zvonuri, evenimente neobișnuite și rapoarte ale comunității.

Supravegherea și avertizarea timpurie: Consolidați sistemul EWAR împreună cu partenerii și conveniți asupra unităților de raportare, a fluxului de date, a instrumentelor de raportare, a instrumentelor de analiză a datelor, a definițiilor de caz și a frecvenței de raportare.

Generarea alertelor și raportarea: Alertele reprezintă evenimente de sănătate neobișnuite care pot semnala stadiile incipiente ale unei epidemii. Definiți praguri de alertă specifice fiecărei boli și raportați cât mai repede posibil. Utilizați raportarea imediată, bazată pe evenimente, de către lucrătorii din domeniul sănătății sau analizați rapoartele bazate pe indicatori (săptămânale sau mai frecvent). Înregistrați imediat toate alertele și transmiteți-le echipelor de investigare a focarelor pentru a le verifica.

DRAFT

Verificarea alertelor: Verificați informațiile privind alerta în termen de 24 de ore. Verificarea se poate face de la distanță, de exemplu prin telefon, și presupune colectarea de date suplimentare și analizarea cazului (cazurilor) pe baza simptomelor, a datei apariției, a locului, a sexului, a vârstei, a rezultatelor medicale și a diagnosticelor diferențiale.

Detectarea focarelor: În cazul în care alerta se confirmă, efectuați o anchetă pe teren în termen de 24 de ore. Asigurați-vă că echipele au suficiente competențe pentru a verifica alertele, a efectua investigații pe teren, a detecta un focar suspectat și a preleva probe de laborator. Investigația va confirma focarul dacă a fost atins un anumit prag epidemic sau va determina dacă alerta reflectă cazuri sporadice sau vârfuri sezoniere.

Examinați cazurile, luați probe și efectuați o evaluare a riscurilor. Rezultatele posibile sunt:

- nu este vorba despre un caz;
- este confirmat un caz, dar nu este vorba despre un focar; sau
- este confirmat un caz și se suspectează/confirmă un focar.

Unele focare pot fi confirmate doar prin analize de laborator; cu toate acestea, chiar și focarele suspectate pot necesita acțiuni imediate.

Praguri de alertă și de focar

	Pragul de alertă	**Prag de focar**
Holeră	2 cazuri de diaree acută apoasă și deshidratare severă la persoane cu vârsta de cel puțin 2 ani sau care mor din cauza diareii acute apoase în aceeași zonă, la o săptămână distanță între ele 1 deces din cauza diareii apoase acute severe la o persoană cu vârsta de 5 ani sau mai mare 1 caz de diaree acută apoasă, testat pozitiv pentru holeră prin teste de diagnostic rapid într-o zonă	1 caz confirmat
Malarie	Decisă la nivel național, în funcție de context	Decisă la nivel național, în funcție de context
Rujeolă	1 caz	Definit la nivel național
Meningită	2 cazuri într-o săptămână (la o populație <30 000 de persoane) 3 cazuri într-o săptămână (la o populație de 30 000-100 000 de persoane)	5 cazuri într-o săptămână (la o populație de <30 000 de persoane) 10 cazuri la 100 000 de persoane într-o săptămână (la o populație de 30 000-100 000) 2 cazuri confirmate într-o săptămână într-o tabără
Febrele hemoragice virale	1 caz	1 caz
Febra galbenă	1 caz	1 caz

Investigarea focarului și răspunsul timpuriu: Continuați investigațiile în cazul în care se confirmă sau se suspectează un focar. Determinați cauza/sursa, cine a fost afectat, modalitățile de transmitere și cine este expus riscului, pentru a lua măsurile de control adecvate.

Realizați investigații epidemiologice descriptive, inclusiv:

- cazuri, decese și persoane, ora și locul apariției, pentru a elabora o curbă epidemică și o hartă punctuală;
- listări liniare care urmăresc fiecare caz și analizează amploarea focarului, de exemplu numărul de spitalizări, complicații, rata mortalității;
- calcularea ratelor de atac pe baza cifrelor de populație convenite.

DRAFT

Elaborați o ipoteză care să explice expunerea și boala. Luați în considerare agentul patogen, sursa și calea de transmitere.

Evaluați ipoteza și conveniți o definiție a cazului de focar. Aceasta poate fi mai specifică decât o definiție de caz utilizată pentru supraveghere. Odată ce investigațiile de laborator au confirmat un focar din mai multe surse, respectați definiția de caz a focarului; este posibil să nu fie nevoie să continuați să colectați probe.

Comunicați și actualizați constatările cu promptitudine și în mod regulat. Implementați măsuri de control ale populației cât mai curând posibil.

Toate aceste activități pot avea loc în același timp, în special în timpul unei epidemii în curs de desfășurare ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind bolile transmisibile 2.1.4: Pregătirea și răspunsul în cazul apariției unui focar.

Standardul privind bolile transmisibile 2.1.3: Diagnosticul și gestionarea cazurilor

Persoanele au acces la un diagnostic și un tratament eficace în cazul bolilor infecțioase care contribuie în mod semnificativ la morbiditate și mortalitate.

Acțiuni-cheie

1. Elaborați mesaje clare care să încurajeze indivizii să se adreseze medicului în cazul unor simptome precum febra, tusea și diareea.

- Elaborați materiale scrise, emisiuni radiofonice sau mesaje pentru telefoanele mobile folosind formate și limbi accesibile.

2. Utilizați protocoale standard aprobate de gestionare a cazurilor pentru a furniza asistență medicală.

- Luați în considerare implementarea gestionării cazurilor la nivel comunitar, de exemplu în caz de malarie, diaree și pneumonie.
- Referiți cazurile grave către niveluri superioare de asistență medicală sau izolare.

3. Asigurați o capacitate adecvată de diagnosticare și de analiză în laborator, consumabile și un proces de asigurare a calității.

- Determinați testele de diagnostic rapid sau testele de laborator pentru agenții patogeni ce trebuie utilizate și nivelul de asistență medicală unde trebuie efectuate (de exemplu, teste de diagnostic rapid trebuie realizate în comunitate).

4. Asigurați faptul că tratamentul nu este întrerupt pentru persoanele care beneficiază de îngrijire pe termen lung pentru boli transmisibile, cum ar fi tuberculoza și HIV.

- Introduceți programe de control al tuberculozei doar după ce sunt îndeplinite criteriile recunoscute.
- Coordonați-vă cu programele HIV pentru a asigura furnizarea de asistență medicală pentru persoanele cu co-infecție HIV-TBC.

Indicatori-cheie

DRAFT

Procentul de centre de sănătate care sprijină o populație afectată de criză și care utilizează protocoale standardizate de tratament pentru o boală specifică

- Examinați lunar înregistrările pentru a monitoriza tendințele

Procentul de cazuri suspecte confirmate printr-o metodă de diagnosticare determinată de un protocol convenit

Note orientative

Protocoale de tratament: Protocoalele trebuie să includă un pachet de diagnostic, tratament și referire. În cazul în care nu există un astfel de pachet de măsuri în situații de criză, trebuie să se ia în considerare o orientare internațională. Este necesară înțelegerea profilelor locale de rezistență la medicamente (luând în considerare și deplasările), în special pentru malarie, tuberculoză și febră tifoidă. Luați în considerare grupurile cu risc clinic ridicat, cum ar fi copiii cu vârsta sub doi ani, femeile însărcinate, vârstnicii, persoanele care trăiesc cu HIV și copiii care suferă de malnutriție acută, mult mai expuși la anumite boli transmisibile.

Infecții respiratorii acute: În situații de criză, vulnerabilitatea crește din cauza supraaglomerării, a fumului din interior și a ventilației deficitare, precum și a malnutriției și/sau a carenței de vitamina A. Reduceți ratele mortalității prin identificarea în timp util, administrarea de antibiotice pe cale orală și referirea cazurilor grave către un specialist.

Diaree și diaree cu sânge: Controlați rata mortalității prin utilizarea și creșterea accesului la terapia de rehidratare orală și suplimentele cu zinc la nivelul gospodăriilor, al comunității sau al asistenței medicale primare. Tratamentul se poate face la punctele de rehidratare orală din cadrul comunității.

Gestionarea comunitară a cazurilor: Pacienții cu malarie, pneumonie sau diaree pot fi tratați de lucrători medicali comunitari calificați. Asigurați-vă că toate programele sunt conectate și supravegheate de la cea mai apropiată unitate medicală. Asigurați accesul echitabil și imparțial pentru toți.

Teste de laborator: Stabiliți o rețea de referire către laboratoare naționale, regionale și internaționale pentru testarea probelor. Asigurați teste de diagnosticare rapidă pentru malarie, holeră și febră denga, precum și testarea nivelului de hemoglobină din sânge. Furnizați medii de transport adecvate pentru probele care urmează să fie testate pentru alți agenți patogeni (cum ar fi mediul Cary-Blair pentru holeră).

Formați personalul medical în domeniul metodelor de diagnosticare, al asigurării calității și al recoltării, transportului și documentării probelor. Elaborați un protocol de testare definitivă în laboratoare de referință la nivel național, regional sau internațional. Testele definitive includ culturile din probe, testele serologice și antigenice sau testele ARN pentru febra galbenă, febra hemoragică virală și hepatita E. Stabiliți protocoale privind mecanismele de transport sigure pentru agenții patogeni, în special pentru febra hemoragică virală, ciumă sau altele similare. Luați în considerare reglementările aeronautice pentru transportul probelor pe calea aerului.

Controlul tuberculozei (TBC) este un fenomen complex din cauza rezistenței tot mai mari la medicamente. Instituiți programe doar în cazul în care accesul continuu la populație și furnizarea de îngrijiri sunt asigurate pentru cel puțin 12-15 luni. Au fost identificate tuberculoza multidrog-rezistentă (TBC-MDR, rezistentă la două medicamente anti-TBC de bază, izoniazidă și rifampicină) și tuberculoza extrem de rezistentă la medicamente (TBC-EDR, rezistentă la patru medicamente anti-TBC de bază). Aceste două tipuri de tuberculoză necesită tratamente mai lungi, mai costisitoare și mai complexe. În situații de criză, este adesea dificil să se acceseze testele de diagnosticare și de sensibilitate necesare pentru a asigura selecția și utilizarea corectă a medicamentelor împotriva tuberculozei.

Standardul privind bolile transmisibile 2.1.4: Pregătirea și răspunsul în cazul apariției unui focar

Focarele sunt anticipate în mod adecvat și controlate în timp util și de manieră eficientă.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Elaborați și diseminați un plan integrat de pregătire și de răspuns în cazul apariției unui focar, în parteneriat cu toate părțile interesate și cu toate sectoarele.

- Orientați acordarea de formare profesională către personalul-cheie din zonele cu risc ridicat.
- Pre-poziționați medicamente esențiale, dispozitive medicale, teste rapide, EIP și truse (cum ar fi cele pentru tratamentul holerei și al bolilor diareice) în zonele predispuse la epidemii și în zonele cu acces limitat.

2. Implementați măsuri de control specifice bolii odată ce este detectat un focar.

- Determinați necesitatea unei campanii de vaccinare specifice.
- Intensificați măsurile PCI, inclusiv prin crearea de zone de izolare în caz de holeră, hepatită E sau alte focare de infecție.

3. Creați și coordonați capacitatea logistică și de răspuns specifică focarelor de infecție.

- Asigurați capacitatea de transport și depozitare a medicamentelor și a proviziilor, inclusiv lanțul frigorific pentru vaccinuri.
- Puneți la dispoziție infrastructură de asistență medicală, cum ar fi corturi pentru tratamentul holerei sau al meningitei.
- Asigurați accesul și transportul către laboratoare la nivel local, național și internațional pentru testarea probelor.

4. Coordonați-vă cu alte sectoare, dacă este necesar, inclusiv cu cel al protecției copilului.

Indicatori-cheie

Procentul de personal medical din zonele cu risc ridicat instruit cu privire la planul și protocoalele de răspuns în cazul apariției focarelor de infecție

Rata mortalității este redusă la un nivel acceptabil

- Holeră <1%
- Meningită <15%
- Hepatita E <4% în populația generală, 10-50% la femeile însărcinate în trimestrul al treilea de sarcină
- Difterie (respiratorie) <5-10%
- Tuse convulsivă <4% la copiii cu vârsta de un an, <1% la cei cu vârsta cuprinsă între un an și patru ani
- Denga <1%

Note orientative

Planul de pregătire și răspuns în cazul apariției unui focar: Elaborați acest plan împreună cu partenerii din domeniul sănătății, cu Ministerul Sănătății, cu membrii și liderii comunității. Este necesar să fie implicați, de asemenea, partenerii din domeniul WASH, al nutriției, al adăposturilor și al educației, guvernul gazdă,

DRAFT

penitenciarele și armata (dacă este cazul). Garantați faptul că alte servicii de asistență medicală critice nu sunt compromise atunci când se răspunde în cazul apariției unui focar.

Planul trebuie să definească:

- mecanismul de coordonare a răspunsului la apariția focarelor de infecție la nivel național, subnațional și comunitar;
- mecanisme de mobilizare a comunității și de comunicare a riscurilor;
- consolidarea EWAR: supravegherea sanitară, detectarea focarelor, investigarea (epidemiologică) a focarelor;
- gestionarea cazurilor;
- măsuri de control specifice bolii și contextului;
- măsuri trans-sectoriale;
- protocoale privind transportul în condiții de siguranță și modalitățile de referire a probelor pentru investigații de laborator;
- planuri de urgență pentru extinderea serviciilor la diferite niveluri de asistență, inclusiv crearea de zone de izolare în centrele de tratament;
- capacitățile echipelor de control al focarelor și cerințele privind personalul medical de urgență;
- disponibilitatea medicamentelor esențiale, a vaccinurilor, a dispozitivelor medicale, a consumabilelor de laborator și a echipamentelor de protecție individuală pentru personalul medical, inclusiv achizițiile internaționale (de exemplu, stocul global de vaccinuri).

Controlul focarelor se bazează pe o comunicare adecvată a riscurilor și pe echipe specializate de control al focarelor. Limitați complet focarul, astfel încât acesta să nu se extindă în noi zone și numărul de cazuri noi acolo unde există un focar să fie reduse. Acest lucru va necesita identificarea activă a cazurilor și diagnosticarea și gestionarea promptă a acestora. Asigurați zone de izolare în funcție de necesități (de exemplu, pentru holeră sau hepatita E). Îmbunătățiți controlul vectorilor pentru a reduce expunerea la infecție, utilizați PTIELD și îmbunătățiți comportamentul în materie de igienă.

Campanii de vaccinare

Meningită: Serogrupurile A, C, W și Y pot genera focare în situații de criză. Vaccinurile pentru A și C sunt disponibile pentru utilizarea în caz de epidemii. Vaccinarea de rutină în situații de criză nu este recomandată și nu este posibilă pentru serogrupurile C și W. Vaccinarea trebuie să vizeze anumite grupe de vârstă, pe baza ratelor de atac cunoscute, sau persoanele cu vârste cuprinse între 6 luni și 30 de ani. Având în vedere necesitatea puncției lombare pentru un diagnostic definitiv, stabiliți o definiție clară a cazului.

Febra hemoragică virală: Gestionarea și diagnosticarea febrelor hemoragice virale, cum ar fi febra Ebola sau febra Lassa, se bazează pe orientări naționale și internaționale stricte. Aceasta include protocoale privind noi vaccinuri și metode inovatoare de tratament. Implicarea eficientă a comunității în timpul acestor focare este vitală.

Febra galbenă: Vaccinarea în masă este recomandată după confirmarea unui singur caz într-o așezare pentru populația strămutată și pentru populația gazdă. Combinați aceste măsuri cu măsuri de control al vectorului *Aedes* și cu izolarea strictă a cazurilor.

Poliomielita: Poliomielita este inclusă în Programul Extins de Imunizare (PEI) al OMS, iar vaccinarea trebuie reluată după primele etape ale unei situații de urgență. Inițiați vaccinarea în masă în cazul în care se detectează un caz de poliomielită paralitică.

DRAFT

Holera: Este necesar să existe protocoale clare de tratament și de combatere a focarelor de infecție, care să fie coordonate între sectoare. Utilizați vaccinurile împotriva holerei în conformitate cu cadrul OMS și completați strategiile existente pentru controlul holerei.

Hepatita A și E: Acestea reprezintă un risc semnificativ, în special în taberele de refugiați. Preveniți și controlați focarele de infecție prin îmbunătățirea condițiilor de igienă și de salubritate și prin accesul la apă potabilă.

Rujeolă: ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind sănătatea copilului 2.2.1: Boli care pot fi prevenite prin vaccinare în copilărie.

Tusea convulsivă sau difteria: Focarele de tuse convulsivă sunt frecvente la persoanele strămutate. Din cauza preocupărilor legate de riscurile în rândul persoanelor mai în vârstă cărora li s-a administrat vaccinul cu celule întregi împotriva difteriei, tusei convulsive și tetanosului (DPT), procedați cu prudență în cazul unei campanii de vaccinare legate de un focar de tuse convulsivă. Folosiți un focar de infecție pentru a îndrepta lacunele de imunizare de rutină. Gestionarea cazurilor include tratamentul antibiotic al cazurilor și tratamentul profilactic precoce al contactelor din gospodăriile în care există un copil sau o femeie însărcinată. Focarele de difterie sunt mai puțin frecvente, dar reprezintă încă o amenințare în mediile aglomerate cu imunitate scăzută la difterie. În tabere, campaniile de vaccinare în masă împotriva difteriei cu trei doze separate de vaccin nu sunt rare. Gestionarea cazului include administrarea atât a antitoxinei, cât și a antibioticelor.

Rata mortalității: Rata acceptabilă a mortalității (RM) pentru anumite boli variază în funcție de context și de imunitatea existentă. Încercați să reduceți cât mai mult posibil rata mortalității. Rata ridicată a mortalității poate indica o lipsă de acces la asistență medicală adecvată, o prezentare și o gestionare tardivă a cazului, comorbidități semnificative în rândul populației sau o asistență medicală de slabă calitate. Monitorizați frecvent rata mortalității și luați măsuri corective imediate în cazul în care aceasta este mai mare decât se așteaptă.

Îngrijirea copiilor: În timpul apariției focarelor, considerați copiii ca fiind un grup specific atunci când elaborați și implementați programe de sănătate. Asigurați coordonarea și referirea de cazuri între sectorul de sănătate și cel al protecției copilului. Luați în considerare riscurile legate de separarea copiilor de părinții lor. Riscurile pot fi cauzate de morbiditatea și mortalitatea părinților sau de modul de planificare al intevrenției. Puneți accentul pe prevenirea separării familiilor și asigurați consimțământul părinților sau al copilului pentru tratament. Luați măsuri pentru a menține deschise unitățile de învățământ, ținând cont de măsurile de control necesare și de educația sanitară.

DRAFT

2.2 Sănătatea copilului

În timpul crizelor, copiii sunt și mai vulnerabili la infecții, boli și alte riscuri pentru sănătatea și viața lor. Nu numai că sunt deteriorate condițiile lor de viață, dar și programele de imunizare sunt întrerupte. Riscurile sunt și mai mari pentru copiii neînsoțiți și separați.

Este necesar un răspuns concertat și orientat către copii. Inițial, acesta se va concentra asupra asistenței medicale pentru salvarea de vieți, dar, în cele din urmă, intervențiile trebuie să atenueze suferința și să promoveze creșterea și dezvoltarea. Programele trebuie să abordeze cauzele majore ale morbidității și mortalității. La nivel mondial, aceste riscuri includ infecțiile respiratorii acute, diareea, rujeola, malaria, malnutriția și cauzele neonatale ale morbidității și mortalității.

Standardul privind sănătatea copilului 2.2.1: Boli care pot fi prevenite prin vaccinare în copilărie

Copiii cu vârste cuprinse între 6 luni și 15 ani sunt imunizați împotriva bolilor și au acces la serviciile de rutină ale Programului Extins de Imunizare (PEI) în timpul crizelor.

Acțiuni-cheie

1. Determinați dacă este nevoie de vaccinare și care este abordarea adecvată pentru situația de urgență.

- Fundamentați acest proces pe o evaluare a riscului (de exemplu, populația, anotimpul), fezabilitatea unei campanii (inclusiv necesitatea unor doze multiple, disponibilitatea) și contextul (cum ar fi securitatea, nevoile concurente). Trebuie să fie un proces continuu, pe măsură ce criza evoluează ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind bolile transmisibile 2.1.1: Prevenție.

2. Derulați o campanie de vaccinare în masă împotriva rujeolei pentru copiii cu vârste cuprinse între 6 luni și 15 ani, indiferent de istoricul vaccinării împotriva rujeolei, atunci când acoperirea estimată împotriva rujeolei este mai mică de 90% sau necunoscută.

- Includeți distribuirea de vitamina A pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni.
- Asigurați-vă că toți sugarii vaccinați între 6 și 9 luni primesc o altă doză de vaccin împotriva rujeolei la 9 luni.

3. Restabiliți Programul Extins de Imunizare (PEI) cât mai curând posibil.

- Asigurați-vă că unitățile de asistență medicală primară sau sistemele de echipe mobile/de informareoferă un calendar național de imunizare pentru bolile care pot fi prevenite prin vaccinare pentru cel puțin 20 de zile pe lună.

4. Verificați situația vaccinării copiilor care se prezintă la unitățile de asistență medicală sau la clinicile mobile și administrați-le vaccinurile necesare.

Indicatori-cheie

Procentul de copii cu vârste cuprinse între 6 luni și 15 ani care au fost vaccinați împotriva rujeolei, la încheierea unei campanii de vaccinare împotriva rujeolei

- >95%

DRAFT

Procentul de copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni care au primit o doză corespunzătoare de vitamina A, la finalizarea campaniei de vaccinare împotriva rujeolei

- >95%

Procentul de copii în vârstă de 12 luni care au primit trei doze de DTT

- >90%

Procentul de unități de asistență medicală primară care oferă servicii PEI de bază cel puțin 20 de zile/lună

Note orientative

Vaccinarea: Vaccinurile sunt vitale în prevenirea deceselor excesive în crizele acute. Este posibil ca orientările naționale să nu acopere situațiile de urgență sau persoanele care au trecut granițele, așadar acționați fără întârziere pentru a determina vaccinurile necesare și pentru a crea un plan de implementare care să includă procesele de achiziție. ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind bolile transmisibile 2.1.1 pentru orientări privind evaluarea riscurilor și deciziile de vaccinare și Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale privind achiziționarea și depozitarea vaccinurilor.

Vaccinarea împotriva rujeolei: Imunizarea împotriva rujeolei reprezintă o intervenție medicală prioritară în situații de criză.

- Acoperire: Examinați datele de acoperire pentru populațiile strămutate și pentru populațiile gazdă pentru a evalua dacă acoperirea vaccinării de rutină împotriva rujeolei sau acoperirea campaniei împotriva rujeolei a fost mai mare de 90% în ultimii trei ani. Realizați o campanie de combatere a rujeolei dacă acoperirea vaccinală este mai mică de 90%, necunoscută sau îndoielnică. Concomitent, administrați suplimente de vitamina A. Asigurați-vă că cel puțin 95% dintre noii veniți într-o așezare cu vârste cuprinse între 6 luni și 15 ani sunt vaccinați.

- Intervale de vârstă*:* Este posibil ca unii copii de vârstă mai mare să fi ratat vaccinarea de rutină, campaniile împotriva rujeolei și infecția cu rujeolă în sine. Acești copii rămân expuși riscului de infectare cu rujeolă și pot infecta sugari și copii mici, care prezintă un risc mai mare de mortalitate din cauza bolii. Prin urmare, vaccinarea se face până la vârsta de 15 ani. Dacă acest lucru nu este posibil, acordați prioritate copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 59 de luni.

- *Repetați vaccinările:* Toți copiii cu vârste cuprinse între 9 luni și 15 ani trebuie să primească două doze de vaccin împotriva rujeolei în cadrul programelor naționale standard de imunizare. Copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 9 luni care au fost vaccinați împotriva rujeolei (de exemplu, în cadrul unei campanii de urgență) trebuie să primească încă două doze la vârstele recomandate conform calendarului național (de obicei 9 luni și 15 luni în zonele cu risc ridicat).

Poliomielita: Luați în considerare campanii de combatere a poliomielitei în cazul în care există focare de poliomielită sau amenințări la adresa programelor de eradicare, astfel cum se stabilește în *Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making (Vaccinarea în crizele umanitare acute: Cadrul pentru luarea deciziilor)* ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind bolile transmisibile 2.1.1: Prevenție.

Programul național PEI: Restabiliți rapid PEI pentru a proteja copiii împotriva rujeolei, difteriei și tusei convulsive și pentru a reduce riscul de infecții respiratorii. Programele naționale PEI pot necesita vaccinuri suplimentare ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind bolile transmisibile 2.1.4: Pregătirea și răspunsul în cazul apariției unui focar.

Siguranța vaccinurilor: Garantați siguranța vaccinurilor în orice moment. Respectați instrucțiunile producătorului privind depozitarea și refrigerarea ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale.

Consimțământ în cunoștință de cauză: Obțineți consimțământul în cunoștință de cauză de la părinți sau tutori pentru administrarea vaccinului. Aceasta include o înțelegere a riscurilor și a potențialelor efecte secundare.

DRAFT

Standardul privind sănătatea copilului 2.2.2: Managementul bolilor nou-născuților și ale copilăriei

Copiii au acces la asistență medicală prioritară care abordează cauzele majore ale morbidității și mortalității la nou-născuți și copii.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați asistență medicală adecvată la diferite niveluri (unități, clinici mobile sau programe comunitare).

- Utilizați orientările „Sănătatea nou-născuților în situații umanitare” pentru îngrijirea esențială a nou-născuților ⊕ *a se vedea* Referințe.
- Luați în considerare adoptarea Managementului comunitar integrat al cazurilor (MCIC) și a Conduitei integrate a maladiilor la copii (CIMC).

2. Instituiți un sistem standardizat de evaluare și triaj în toate unitățile care oferă îngrijire pentru nou-născuții sau copiii bolnavi.

- Verificați dacă copiii care prezintă simptome alarmante (nu pot bea și nu pot fi alăptați, vomită orice, au convulsii, sunt letargici sau inconștienți) primesc tratament imediat.
- Includeți evaluarea traumatismelor și a intoxicațiilor chimice în contextele în care există un risc ridicat.

3. Asigurați disponibilitatea medicamentelor esențiale în dozele și formulele adecvate pentru tratarea bolilor comune ale copilăriei la toate nivelurile de asistență.

4. Evaluați creșterea și starea nutrițională a copiilor.

- Referiți toți copiii cu malnutriție către servicii de nutriție.
- Asigurați tratament în cadrul unității pentru copiii care suferă de malnutriție acută severă cu complicații.

5. Stabiliți un protocol adecvat de gestionare a cazurilor pentru tratarea bolilor copilăriei și a celor care pot fi prevenite prin vaccinare, cum ar fi difteria și tusea convulsivă, în situațiile în care riscul de apariție a unui focar este ridicat.

- Utilizați protocoalele existente acolo unde este posibil.

6. Concepeți mesaje de educație sanitară pentru a încuraja familiile să se angajeze în comportamente sănătoase și să adopte practici de prevenire a bolilor.

- Promovați acțiuni precum alăptarea exclusivă la sân, hrănirea sugarilor, spălarea mâinilor, păstrarea unei temperaturi optime pentru sugari și încurajarea dezvoltării timpurii a copiilor.

7. Concepeți mesaje de educație sanitară pentru a încuraja persoanele să solicite îngrijiri timpurii în cazul oricărei boli, cum ar fi febra, tusea sau diareea la copii și nou-născuți.

- Luați măsuri pentru a asista copiii care nu beneficiază de îngrijirea unui adult sau a unui părinte.

8. Identificați copiii cu dizabilități sau întârzieri în dezvoltare.

- Oferiți consiliere și îndrumări către servicii de îngrijire sau de reabilitare.

DRAFT

Indicatori-cheie

Rata mortalității brute a copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani

- Mai puțin de 2 decese la 10 000 pe zi ⊕ *a se vedea* Anexa 3 *pentru calcule*

Tratament anti-malarie eficient și prompt pentru toți copiii cu vârsta mai mică de 5 ani care suferă de malarie.

- În termen de 24 de ore de la debutul simptomelor
- Excepție fac copiii cu vârsta mai mică de 5 ani care suferă de malnutriție acută severă

Săruri de rehidratare orală (ORS) și suplimente de zinc administrate în timp util tuturor copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani care suferă de diaree.

- În termen de 24 de ore de la debutul simptomelor

Îngrijire adecvată oferită în timp util tuturor copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani care suferă de pneumonie

- În termen de 24 de ore de la debutul simptomelor

Note orientative

Îngrijirea esențială a nou-născuților: Oferiți tuturor nou-născuților îngrijiri calificate la naștere, de preferință într-o unitate sanitară și în conformitate cu ⊕ *a se vedea Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)* (*Managementul integrat al sarcinii și nașterii*) și orientările *Sănătatea nou-născuților în situații umanitare*. Indiferent dacă nașterea are loc cu sau fără asistență calificată, îngrijirea esențială a nou-născutului constă în:

- îngrijire termică (întârziați îmbăierea și păstrați sugarul uscat și cald prin contactul piele pe piele);
- prevenirea infecțiilor (promovarea practicilor de naștere igienice, spălarea mâinilor, curățarea cordonului ombilical și îngrijirea pielii și a ochilor);
- asistență pentru alimentație (alăptare imediată și exclusivă la sân, păstrarea colostrului);
- monitorizarea (evaluarea semnelor de pericol de infecție sau a afecțiunilor care ar putea necesita referire);
- îngrijiri postnatale (asigurați-le la domiciliu sau aproape de domiciliu în prima săptămână de viață, primele 24 de ore fiind cele mai critice pentru o vizită de îngrijire postnatală; urmăriți să efectuați trei vizite la domiciliu în prima săptămână de viață).

Managementul integrat al bolilor copilăriei (IMCI) se axează pe îngrijirea copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani la nivelul asistenței medicale primare. După instituirea IMCI, includeți orientările clinice în protocoale standard și instruiți în mod corespunzător profesioniștii din domeniul sănătății.

Managementul comunitar integrat al cazurilor (MCIC) constituie o abordare menită să asigure un tratament eficient și oportun al malariei, al pneumoniei și al diareii pentru persoanele cu acces limitat la unitățile sanitare, în special pentru copiii cu vârsta mai mică de 5 ani.

Gestionarea cazurilor de diaree: Administrați copiilor cu diaree săruri de rehidratare orală (SRO) cu osmolalitate scăzută și suplimente cu zinc. Zincul scurtează perioada în care apare diareea, iar SRO previn deshidratarea. Încurajați îngrijitorii să continue sau să intensifice alăptarea pe durata episodului și să intensifice ulterior toate tipurile de alimentație.

DRAFT

Gestionarea cazurilor de pneumonie: În cazul în care copiii tușesc, evaluați dacă aceștia respiră rapid sau cu dificultate și dacă se manifestă retracția subcostală. Dacă da, tratați cu un antibiotic oral adecvat. Referiți-i pe cei care prezintă simptome alarmante sau pneumonie severă pentru îngrijiri prioritare.

Ratele de respirație accelerată sunt specifice vârstei:

Naștere - 2 luni: >60/min	12 luni: >50/min
1–5 ani: >40/min	5 ani: >20/min

HIV: În cazul în care prevalența HIV este mai mare de 1%, testați toți copiii cu malnutriție acută severă. Mamele și îngrijitorii de sugari expuși la HIV au nevoie de sprijin și sfaturi adaptate ⊕ *a se vedea* Securitatea alimentară și standardele de nutriție.

Hrănirea copiilor separați de îngrijitori: Asigurați hrănirea supravegheată a copiilor separați sau neînsoțiți.

Preocupări legate de protecția copilului: Utilizați serviciile medicale de rutină pentru a identifica situațiile de neglijare, abuz și exploatare a copiilor. Referiți cazurile către serviciile de protecție a copilului. Integrați procedurile de identificare și de gestionare a cazurilor în funcție de sex în cadrul serviciilor de asistență medicală de rutină pentru mame și sugari, copii și adolescenți.

Recomandări în materie de nutriție: ⊕ *a se vedea* Standardul privind securitatea alimentară și nutriția 3: Deficiențe de micronutrienți, și Standardul privind gestionarea malnutriției 2.2: Malnutriția acută severă.

Poluarea aerului din locuințe: Luați în considerare furnizarea de sobe de gătit alternative pentru a reduce fumul și gazele și bolile respiratorii pe care le provoacă ⊕ *a se vedea* Standardul privind adăposturile și așezările 3: Spațiul de locuit *și* standardul 4: Articole de uz casnic.

Intoxicarea: ⊕ *a se vedea* Anexa 4.

2.3 Sănătatea sexuală și reproductivă

Încă de la începutul unei crize, trebuie să fie disponibile îngrijiri esențiale pentru salvarea vieții, în materie de asistență medicală pentru sănătate sexuală și reproductivă. Este necesară oferirea de servicii complete cât mai curând posibil.

Aceste servicii esențiale fac parte dintr-un răspuns integrat în domeniul sănătății și sunt sprijinite de utilizarea truselor pentru sănătatea reproductivă ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale.

Asistența medicală cuprinzătoare în materie de sănătate sexuală și reproductivă implică modernizarea serviciilor existente, completarea serviciilor lipsă și îmbunătățirea calității. Înțelegerea arhitecturii sistemelor de sănătate va ajuta la determinarea modului în care aceasta poate fi susținută ⊕ *a se vedea* Standardele privind sistemele de sănătate 1.1 *până la* 1.5.

Toate persoanele, inclusiv cele care se trăiesc în contexte umanitare, au dreptul la sănătate sexuală și reproductivă. Asistența medicală în materie de sănătate sexuală și reproductivă trebuie să respecte mediul cultural și credințele religioase ale comunității, respectând în același timp standardele internaționale privind drepturile omului recunoscute la nivel universal. Manifestați sensibilitate față de nevoile adolescenților, ale vârstnicilor, ale persoanelor cu dizabilități și ale populațiilor aflate în situații de risc, indiferent de orientarea sexuală sau de identitatea de gen.

Situațiile de urgență sporesc riscurile de violență sexuală, inclusiv de exploatare și abuz. Toți actorii implicați trebuie să colaboreze pentru a preveni și a răspunde la acestea, în strânsă colaborare cu sectorul de protecție. Compilați informații în condiții de siguranță și etică. Împărtășiți informațiile doar în conformitate cu protocoalele convenite ⊕ *a se vedea* Principii de protecție și Standardul privind sistemele de sănătate 1.5: Informații medicale.

DRAFT

Standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.1: Asistență medicală reproductivă, maternă și neonatală

Persoanele au acces la asistență medicală și planificare familială care previn morbiditatea și mortalitatea maternă și neonatală excesivă.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați-vă că sunt disponibile în permanență servicii de asistență la naștere în condiții de curățenie și siguranță, servicii esențiale de îngrijire a nou-născuților și servicii de urgență în domeniul obstetricii și al îngrijirii nou-născuților.

- Stabiliți un sistem de referire ce include comunicarea și transportul de la comunitate la unitatea de asistență medicală sau spital, care să funcționeze în permanență.

2. Oferiți tuturor femeilor vizibil însărcinate truse de naștere igienice atunci când nu poate fi garantat accesul la furnizori de servicii medicale specializați și la unități de asistență medicală.

3. Consultați comunitatea pentru a înțelege preferințele, practicile și atitudinile locale în materie de contracepție.

- Implicați bărbații și femeile, precum și băieții și fetele adolescente în discuții separate și private.

4. Asigurați disponibilitatea unei game de metode contraceptive reversibile cu durată lungă de acțiune și cu durată scurtă de acțiune în unitățile sanitare, în funcție de cerere, într-un cadru privat și confidențial.

- Oferiți consiliere care să pună accentul pe alegerea în cunoștință de cauză și pe eficacitate.

Indicatori-cheie

Îngrijirea calificată este disponibilă în permanență pentru obstetrica de urgență și îngrijirea nou-născuților

- Asistență obstetrică de urgență de bază și de îngrijire a nou-născuților: minimum cinci unități la 500 000 de persoane.
- Asistență obstetrică și neonatală de urgență completă: cel puțin o unitate la 500 000 de persoane.

Procentul de nașteri asistate de personal calificat

- Obiectiv minim: 80%

Sistem de referire pentru urgențele de obstetrică și neonatologie disponibil

- Disponibil 24 de ore/zi și 7 zile/săptămână

Procentul de nașteri în unitățile sanitare prin operație cezariană

- Obiectiv: 5–15%

Toate centrele de asistență medicală primară raportează disponibilitatea a cel puțin patru metode de contracepție între 3 și 6 luni de la debutul crizei.

Note orientative

DRAFT

Îngrijirea de urgență în obstetrică și neonatologie: Aproximativ 4% din orice populație este formată din femei însărcinate, iar aproximativ 15% dintre acestea se vor confrunta cu o complicație obstetrică imprevizibilă în timpul sarcinii sau în momentul nașterii, care va necesita îngrijiri medicale de urgență. Aproximativ 5-15% dintre nașteri vor necesita intervenții chirurgicale, cum ar fi operația cezariană. La nivel mondial, 9-15% dintre nou-născuți vor avea nevoie de îngrijiri de urgență pentru salvarea vieții. Aproximativ 5-10% dintre nou-născuți nu pot respira spontan la naștere și au nevoie de stimulare, iar jumătate dintre aceștia necesită resuscitare. Principalele motive pentru insuficiența respiratorie includ nașterea prematură și evenimentele intrapartum acute care au ca rezultat asfixia severă ⊕ a se vedea Asistența medicală esențială - standardul privind sănătatea copilului 2.2.2: Managementul bolilor nou-născuților și ale copilăriei.

Îngrijirea de bază în obstetrica de urgență și în îngrijirea nou-născuților include antibiotice parenterale, medicamente uterotonice (oxitocină parenterală, misoprostol), medicamente anticonvulsivante parenterale (sulfat de magneziu), îndepărtarea fragmentelor rămase în uter (țesutul fetal sau placentar) cu ajutorul unor dispozitive adecvate, îndepărtarea manuală a placentei, nașterea vaginală asistată (extracție vacuum) și resuscitarea mamei și a nou-născutului.

Îngrijirea completă de urgență în obstetrică și neonatologie include toate cele de mai sus, precum și intervenții chirurgicale sub anestezie generală (cezariană, laparotomie) și transfuzii de sânge raționale și sigure, cu măsuri de precauție standard. Îngrijirea post-avort constituie o intervenție pentru salvarea vieții care face parte din îngrijirea obstetrică de urgență și îngrijirea nou-născuților și are ca scop reducerea deceselor și a suferințelor cauzate de complicațiile avortului spontan și ale avorturilor în condiții de risc. Tratamentul include gestionarea hemoragiilor (eventual prin intervenție chirurgicală) și a septicemiei, precum și asigurarea profilaxiei tetanice.

Este esențial ca atât serviciile de bază, cât și cele complete de asistență obstetrică de urgență și de îngrijire a nou-născuților să fie disponibile în orice moment.

Sistemul de referire trebuie să asigure faptul că femeile sau nou-născuții au mijloacele de a se deplasa către și de la o unitate de asistență medicală primară cu asistență obstetrică și neonatală de urgență de bază către un spital cu asistență obstetrică și neonatală de urgență completă.

Planificarea familială: Relaționați cu diverse grupuri din comunitate pentru a înțelege preferințele și atitudinile culturale. Asigurați-vă că membrii comunității sunt conștienți de unde și cum pot avea acces la mijloace de contracepție. Transmiteți informațiile în mai multe formate și în mai multe limbi pentru a asigura accesibilitatea. Implicați liderii comunității pentru a disemina informațiile.

Este necesar ca furnizorii instruiți care înțeleg preferințele, cultura și contextul clientului să ofere consiliere în materie de contracepție. Consilierea trebuie să pună accentul pe confidențialitate și intimitate, pe alegerea și consimțământul voluntar și în cunoștință de cauză, pe eficacitatea metodelor medicale și non-medicale, pe posibilele efecte secundare, pe gestionarea și urmărirea, precum și pe îndrumarea privind îndepărtarea dispozitivelor contraceptive, dacă este necesar.

Pentru a răspunde cererii anticipate, trebuie să fie disponibilă imediat o gamă de tipuri de contraceptive. Furnizorii trebuie să fie pregătiți privind eliminarea contraceptivelor reversibile cu durată lungă de acțiune.

Alte servicii: Inițiați alte îngrijiri maternale și neonatale cât mai curând posibil, inclusiv îngrijiri prenatale și postnatale.

Coordonarea cu alte sectoare: Coordonați-vă cu sectorul privind nutriția pentru a vă asigura că femeile însărcinate și cele care alăptează sunt îndrumate către serviciile de nutriție, după caz, cum ar fi cele pentru alimentația suplimentară specifică ⊕ *a se vedea* Securitatea alimentară și nutriția - standardele privind gestionarea malnutriției 2.1 *și* 2.2.

Standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.2: Violența sexuală și managementul clinic al cazurilor de viol

Persoanele au acces la asistență medicală sigură și care răspunde nevoilor supraviețuitorilor violenței sexuale.

DRAFT

Acțiuni-cheie

1. Identificați o organizație principală care să coordoneze o abordare multisectorială pentru a reduce riscul de violență sexuală, pentru a asigura referirile și pentru a oferi un sprijin holistic supraviețuitorilor.

- Asigurați coordonarea cu alte sectoare pentru a consolida prevenirea și răspunsul.

2. Informați comunitatea cu privire la serviciile disponibile și la importanța solicitării de asistență medicală imediată în urma violenței sexuale.

- Asigurați profilaxia post-expunere pentru HIV cât mai curând posibil (în termen de 72 de ore de la expunere).
- Asigurați contracepția de urgență în termen de 120 de ore.

3. Asigurați spații sigure în unitățile de asistență medicală pentru a primi supraviețuitorii violenței sexuale și pentru a le oferi asistență clinică și orientare.

- Afișați și utilizați protocoale clare și o listă cu drepturile pacienților.
- Instruiți personalul medical în domeniul comunicării de sprijin, al menținerii confidențialității și al protejării informațiilor și datelor supraviețuitorilor.

4. Asigurați asistența clinică și referire către alte servicii de sprijin pentru supraviețuitorii violenței sexuale.

- Asigurați un mecanism de referire pentru afecțiunile care pun în pericol viața, complicate sau grave.
- Stabiliți mecanisme de referire între serviciile de sănătate, juridice, de protecție, de securitate, psihosociale și comunitare.

Indicatori-cheie

Toate unitățile sanitare dispun de personal calificat, de suficiente materiale și echipamente pentru managementul clinic al serviciilor pentru supraviețuitorii violului, pe baza protocoalelor naționale sau internaționale.

Toți supraviețuitorii violenței sexuale declară că au primit asistență medicală într-un mod sigur și confidențial

Toți supraviețuitorii eligibili ai violenței sexuale primesc:

- Profilaxie post-expunere în termen de 72 de ore de la un incident sau de la expunere
- Contracepție de urgență în termen de 120 de ore de la un incident sau de la expunere

Note orientative

Prevenirea violenței sexuale și a violului necesită acțiuni în toate sectoarele ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind alimentarea cu apă 2.1 ⊕ *a se vedea* Standardul WASH privind gestionarea excrementelor 3.2 ⊕ *a se vedea* Securitatea alimentară și nutriția - standardul privind asistența alimentară 6.3 *și* Standardul privind mijloacele de subzistență 7.2*;* Standardele privind adăposturile și așezările 2 *și* 3 ⊕ *a se vedea* Principiul de protecție 1 și Angajamentele privind Standardul umanitar de bază 4 *și* 8. ⊕ *a se vedea* Standardele privind

DRAFT

sistemele de sănătate 1.1 *până la* 1.3 pentru mai multe informații privind garantarea siguranței în unitățile de asistență medicală și furnizarea de îngrijiri sigure.

Îngrijirea medicală pentru supraviețuitori, inclusiv pentru sănătatea mintală și asistența în referire, trebuie să fie disponibilă la nivelul tuturor unităților de asistență medicală primară și a echipelelor mobile ⊕ *a se vedea* Sistemele de sănătate 1.2 și Standardul privind asistența medicală esențială 2.5. Aceasta include personal calificat pentru a oferi tratament și consiliere cu compasiune, în timp util și confidențial tuturor copiilor, adulților și vârstnicilor, în ceea ce privește:

- contracepția de urgență;
- testele de sarcină, informații privind opțiunile de sarcină și recomandări privind avortul în condiții de siguranță, cu deplina respectare a legii;
- tratamentul prezumtiv al ITS;
- profilaxia post-expunere pentru prevenirea transmiterii HIV ⊕ *a se vedea* Standardul privind sănătatea 2.3.3: HIV
- prevenirea hepatitei B;
- îngrijirea rănilor și prevenirea tetanosului;
- referirea către alte servicii, cum ar fi alte servicii medicale, psihologice, juridice și sociale.

Asigurați o repartiție egală pe sexe a personalului medical care vorbește fluent limbile locale și ale pacienților și pregătiți însoțitori și interpreți de sex feminin și masculin pentru a oferi servicii nediscriminatorii și imparțiale. Instruiți lucrătorii din domeniul sănătății în ceea ce privește îngrijirea clinică a supraviețuitorilor violenței sexuale, punând accentul pe comunicarea de sprijin, anamneză și examinare, tratament și consiliere. În cazul în care acest lucru este fezabil și necesar, asigurați formare cu privire la sistemul medico-legal și la colectarea probelor medico-legale.

Copiii supraviețuitori ai violenței sexuale: Copiii trebuie îngrijiți de lucrători medicali instruiți în tratarea copiilor care au fost victime ale violurilor. Permiteți copiilor să aleagă sexul lucrătorului medical. Implicați rapid actorii specializați în domeniul protecției în toate cazurile.

Angajamentul comunității: Colaborați cu pacienții și comunitatea pentru a îmbunătăți accesibilitatea și acceptabilitatea îngrijirii și pentru a oferi programe de prevenție pe durata unei crize. Asigurați mecanisme de feedback confidențiale și un feedback rapid. Implicați femeile, bărbații, adolescenții, fetele și băieții, precum și populațiile aflate în situații de risc, cum ar fi persoanele cu dizabilități și grupurile LGBTQI.

Cadre legale: Familiarizați-vă cu sistemul medico-legal național și cu legile relevante privind violența sexuală. Informați supraviețuitorii cu privire la normele de raportare obligatorie care ar putea limita confidențialitatea informațiilor pe care pacienții le dezvăluie furnizorilor de servicii medicale. Acest lucru poate influența decizia lor de a continua să solicite îngrijire, ceea ce trebuie respectat.

În numeroase țări, avortul provocat este legal în circumstanțe precum violul. În acest caz, accesul la sau referirile către servicii medicale specifice trebuie asigurate fără discriminare.

În timp ce tratarea violenței sexuale este esențială, formele de violență bazată pe gen, cum ar fi violența partenerului intim, căsătoria forțată și cea a copiilor și mutilarea genitală a femeilor, nu sunt prevalente doar în crizele umanitare, ci, în unele scenarii, se pot intensifica în timpul unei crize și au un impact semnificativ și unic asupra sănătății (fizice, sexuale, mintale), necesitând răspunsuri specifice. Alte orientări internaționale recunosc din ce în ce mai mult nu doar violența sexuală, ci și alte forme de violență bazată pe gen și impactul acestora asupra sănătății ⊕ *a se vedea* Orientările IASC pentru integrarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în acțiunile umanitare.

DRAFT

Standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.3: HIV

Persoanele au acces la asistență medicală care previne transmiterea și reduce morbiditatea și mortalitatea cauzate de HIV.

Acțiuni-cheie

1. Stabiliți și respectați precauțiile și procedurile standard privind utilizarea sigură și rațională a transfuziei de sânge.

2. Furnizați terapie antiretrovirală (TAR) tuturor celor care beneficiază deja de aceasta, inclusiv femeilor în cadrul programelor de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil.

- Urmăriți în mod activ persoanele care trăiesc cu HIV pentru a continua tratamentul.

3. Furnizați prezervative masculine lubrifiate și, acolo unde sunt deja folosite de populație, prezervative feminine.

- Colaborați cu liderii și cu populația afectată pentru a înțelege utilizarea locală, pentru a crește gradul de acceptare și pentru a vă asigura că distribuirea prezervativelor este adecvată din punct de vedere cultural.

4. Oferiți posibilitatea testării tuturor femeilor însărcinate în cazul în care prevalența HIV este mai mare de 1%.

5. Inițiați profilaxia post-expunere (PPE) cât mai curând posibil, dar în termen de maxim 72 de ore de la expunere pentru supraviețuitorii violenței sexuale și în cazul expunerii profesionale.

6. Asigurați profilaxia cu cotrimoxazol pentru infecțiile oportuniste pentru:

a. pacienți care trăiesc cu HIV;

b. copiii născuți de mame care trăiesc cu HIV, la vârsta de 4 până la 6 săptămâni; continuați până când infecția cu HIV este exclusă.

7. Asigurați-vă că unitățile de asistență medicală primară dispun de medicamente antimicrobiene și asigurați un tratament sindromic pentru pacienții cu simptome de ITS.

Indicatori-cheie

Sângele transfuzat este verificat și nu este contaminat cu agenți infecțioși transmisibili prin transfuzie, inclusiv HIV.

Procentul de persoane care au urmat anterior o terapie antiretrovirală (TAR) și care continuă să primească medicație TAR

- 90%

Procentul de femei care accesează serviciile de sănătate și care sunt testate pentru HIV, acolo unde prevalența HIV este mai mare de 1%

- 90%

Procentul persoanelor potențial expuse la HIV care se prezintă la unitățile sanitare și care primesc PPE în termen de 72 de ore de la expunere

DRAFT

- 100%

Procentul de sugari expuși la HIV care primesc cotrimoxazol la vârsta de 4 până la 6 săptămâni

- 95%

Note orientative

Acțiunile-cheie de mai sus trebuie să se aplice în toate crizele umanitare, indiferent de epidemiologia HIV locală.

Implicați comunitatea afectată și populațiile-cheie (personalul medical, liderii, femeile, persoanele LGBTQI, persoanele cu dizabilități) în furnizarea de servicii privind HIV și asigurați-vă că acestea știu unde pot avea acces la medicamente antiretrovirale (ARV). În cazul în care există deja o asociație a persoanelor care trăiesc cu HIV, consultați-o și implicați-o în elaborarea și implementarea programului.

Este utilă distribuirea de prezervative în cadrul grupurilor similare la nivel comunitar. Populațiile-cheie și adolescenții vor ști adesea unde se întâlnesc colegii lor, iar voluntarii le pot distribui acestora. Educați populațiile-cheie cu mesaje adecvate din punct de vedere cultural cu privire la utilizarea și eliminarea corectă a prezervativelor folosite. Puneți prezervativele la dispoziția comunității, a personalului agențiilor de ajutorare, a personalului în uniformă, a șoferilor camioanelor de livrare a ajutoarelor și a altor persoane.

Transfuzia de sânge: ⊕ *a se vedea* Standardele privind sistemele de sănătate 1.1 *și* 1.3.

Îngrijirea și tratamentul post-expunere trebuie să includă consilierea, evaluarea riscului de expunere la HIV, consimțământul în cunoștință de cauză, evaluarea sursei și furnizarea de medicamente antiretrovirale. Nu administrați PPE unei persoane despre care se știe că trăiește cu HIV. Deși se recomandă consilierea și testarea înainte de începerea PPE, dacă nu este fezabil, nu amânați inițierea PPE ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.2: Violența sexuală și managementul clinic al cazurilor de viol.

Activități complete legate de HIV în situații de criză: Stabiliți următoarele activități cât mai curând posibil:

Conștientizarea cu privire la HIV: Asigurați informații accesibile publicului, în special populațiilor cu risc ridicat, cu privire la prevenirea HIV și a altor ITS.

Prevenția HIV: Furnizați populațiilor cu risc ridicat servicii de reducere a riscurilor, cum ar fi echipamente de injectare sterile și terapie de substituție cu opioide pentru persoanele care își injectează droguri, acolo unde aceste servicii există deja ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială 2.5: Îngrijirea sănătății mintale.

Consilierea și testarea HIV: Furnizați (sau restabiliți) servicii de consiliere și testare legate de inițierea tratamentului antiretroviral. Grupurile prioritare pentru testarea HIV sunt femeile însărcinate și partenerii acestora, copiii cu malnutriție acută severă din zonele unde prevalența HIV este mai mare de 1%, și alte grupuri de risc.

Stigmatizarea și discriminarea: Este esențial să ne asigurăm că strategiile și programele nu sporesc stigmatizarea. Scopul este de a reduce în mod activ stigmatizarea și discriminarea în zonele cunoscute ca având un indice ridicat de stigmatizare și comportamente discriminatorii.

Intervenții TAR: Extindeți terapia antiretrovirală pentru toate persoanele care au nevoie de aceasta - nu doar pentru cei care au fost incluși anterior - cât mai curând posibil.

Prevenirea transmiterii de la mamă la copil: Testați femeile însărcinate și partenerii acestora și asigurați diagnosticarea timpurie a infecției cu HIV la sugari. Furnizați terapie antiretrovirală femeilor despre care se știe deja că sunt seropozitive sau care au fost recent testate pozitiv pentru HIV. Referiți sugarii care sunt testați pozitiv către serviciile pediatrice HIV. Oferiți îndrumare privind alimentația sugarilor, specifică femeilor care trăiesc cu HIV, precum și sprijin pentru continuarea și respectarea tratamentului ⊕ *a se vedea* Securitatea alimentară și nutriția - Standardele privind alimentația sugarului și a copilului mic 4.1 *și* 4.2.

DRAFT

Servicii pentru co-infecția HIV/TBC: Asigurați depistarea tuberculozei și îndrumarea persoanelor care trăiesc cu HIV. Asigurați tratamentul TBC pentru persoanele care au fost înscrise anterior într-un program de tratament ⊕ *a se vedea* Asistența medicală esențială - Standardul privind bolile transmisibile 2.1.3: Diagnosticarea și gestionarea cazurilor. Corelați serviciile de testare pentru TBC și HIV în mediile cu prevalență ridicată și stabiliți măsuri pentru controlul infecției TBC în mediile de asistență medicală.

Notă: Caritas Internationalis și membrii săi nu promovează utilizarea și nu distribuie niciun mijloc artificial de contracepție.

2.4 Îngrijirea leziunilor și a traumatismelor

În orice situație de criză, o mare parte din morbiditate și mortalitate poate fi atribuită leziunilor. Este probabil ca cererea crescută de servicii de asistență traumatologică să depășească rapid capacitățile sistemelor locale de sănătate. Pentru a reduce impactul leziunilor și riscul de colaps al sistemului de sănătate, asigurați un triaj sistematic și o gestionare sistematică a victimelor în masă, concomitent cu îngrijiri de urgență de bază, operații în condiții de siguranță și reabilitare. Această secțiune abordează răspunsul sistemului de sănătate la leziunile fizice. Orientările specifice privind intoxicarea, sănătatea mintală și violența sexuală sunt abordate separat ⊕ *a se vedea* Anexa 4: Intoxicarea; Standardul privind asistența medicală esențială 2.5 și Asistența medicală esențială - Standardul privind sănătatea sexuală și reproductivă 2.3.2.

Standardul privind îngrijirea leziunilor și traumatismelor 2.4: Îngrijirea leziunilor și a traumatismelor

Persoanele au acces la îngrijiri sigure și eficiente în caz de traumatisme în timpul crizelor, pentru a preveni mortalitatea, morbiditatea, suferința și dizabilitățile evitabile.

Acțiuni-cheie

1. Asigurați asistență traumatologică la toate nivelurile, pentru toți pacienții.

- Stabiliți rapid sisteme sigure de referire între unități și de la comunitățile afectate la unități.
- Înființați clinici mobile sau spitale de campanie, dacă îngrijirea în structuri fixe nu este accesibilă populației.

2. Asigurați-vă că lucrătorii din domeniul sănătății au abilitățile și cunoștințele necesare pentru tratarea leziunilor.

- Implicați toate nivelurile, de la personalul care asigură prima intervenție până la cel care oferă îngrijiri chirurgicale și anestezice finale.

3. Stabiliți sau consolidați protocoale standardizate pentru triaj și pentru îngrijirea leziunilor și a traumatismelor.

- Includeți sisteme de referire pentru protecția copilului, pentru supraviețuitorii violenței sexuale și pentru cei care necesită sprijin psihosocial sau îngrijiri privind sănătatea mintală.

4. Asigurați profilaxia tetanosului pentru orice persoană expusă riscului de rănire, pentru persoanele rănite cu plăgi deschise și pentru cei implicați în operațiuni de salvare și de igienizare.

5. Asigurați standarde minime de siguranță și de guvernanță pentru toate unitățile care oferă îngrijiri pentru traumatisme și leziuni, inclusiv pentru spitalele de campanie.

DRAFT

6. Asigurați în timp util servicii de reabilitare, dispozitive de asistență prioritară și ajutoare de mobilitate pentru pacienții răniți.

- Confirmați faptul că dispozitivele de asistare, cum ar fi scaunele cu rotile și cârjele sau alte mijloace de mobilitate, pot fi reparate la nivel local.

7. Asigurați accesul în timp util la servicii de sănătate mintală și sprijin psihosocial.

8. Înființați sau consolidați sisteme de informare în domeniul sănătății pentru a include date privind leziunile și traumele.

- Acordați prioritate documentației clinice de bază, cum ar fi evidențele medicale individuale pentru toți pacienții cu traumatisme.

- Utilizați definiții standard pentru integrarea leziunilor în seturile de date ale sistemului de informare privind sănătatea.

Indicatori-cheie

Procentul de unități sanitare care au un plan de intervenție în caz de dezastru, inclusiv gestionarea victimelor în masă, revizuit și testat în mod regulat

Procentul de unități sanitare cu protocoale pentru răniții cu leziuni grave, inclusiv instrumente formale de triaj

Procentul de unități sanitare cu personal care a beneficiat de formare de bază în tratarea răniților în stare gravă

Procentul unităților sanitare care implementează măsuri de îmbunătățire a calității pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea de referință, conform datelor disponibile

Note orientative

Formarea și dezvoltarea competențelor pentru îngrijirea leziunilor și traumatismelor trebuie să includă:

- gestionarea pierderii mari de vieți omenești, pentru personalul care răspunde și coordonează intervenția;

- primul ajutor de bază;

- triaj standardizat pe teren și în unitățile sanitare;

- identificarea timpurie, resuscitare, tratarea rănilor, controlul durerii și sprijin psihosocial de urgență.

Trebuie să existe sau să fie elaborate ***protocoale standardizate*** care să acopere următoarele:

- clasificarea triajului în funcție de gravitate pentru situații de rutină și de urgență, care să includă evaluarea, stabilirea priorităților, resuscitarea de bază și criteriile de referire a urgențelor;

- asistență de urgență de primă linie la punctul de acces;

- referiri pentru urgențe și îngrijiri specializate, inclusiv intervenții chirurgicale, îngrijiri postoperatorii și reabilitare.

DRAFT

Standarde minime de siguranță și calitate: Chiar și în cazul în care asistența traumatologică este oferită ca răspuns la un eveniment acut sau la un conflict în curs de desfășurare, trebuie asigurate Standardele minime. Domeniile care vor fi abordate în cadrul acestor standarde includ:

- utilizarea sigură și rațională a medicamentelor, a dispozitivelor și a produselor sanguine, inclusiv a lanțului de aprovizionare;
- prevenirea și controlul infecțiilor;
- alimentarea cu energie electrică suficientă pentru iluminat, comunicații și funcționarea dispozitivelor medicale esențiale, cum ar fi echipamentele de resuscitare de urgență și autoclavele de sterilizare;
- gestionarea deșeurilor medicale.

Primul ajutor la nivel comunitar: Primul ajutor oportun și adecvat acordat de neprofesioniști salvează vieți dacă este oferit în mod sigur și sistematic. Personalul de prim ajutor trebuie să utilizeze o abordare structurată a persoanelor rănite. Instruirea de bază în tratarea leziunilor, cum ar fi curățarea și pansarea, este vitală.

Asigurați disponibilitatea primului ajutor la nivelul gospodăriei și al comunității, și oferiți orientări cu privire la momentul și locul în care se poate solicita asistență medicală. Sensibilizați cu privire la riscurile specifice contextului, cum ar fi infrastructura instabilă sau riscul de rănire în timpul încercărilor de salvare.

Triajul reprezintă procesul de clasificare a pacienților în funcție de gravitatea rănilor și de nevoia lor de îngrijire. Acesta permite identificarea persoanelor care ar beneficia cel mai mult de intervenție medicală imediată. Există mai multe sisteme de triaj. Un sistem utilizat pe scară largă aplică cinci culori: roșu pentru pacienții cu cea mai mare prioritate, galben pentru cei cu prioritate medie, verde pentru cei cu prioritate mai mică, albastru pentru pacienții care depășesc capacitatea tehnică a unității sau care necesită îngrijiri paliative și gri pentru cei decedați.

Asistență de urgență profesională de primă linie: Toți lucrătorii medicali de nivel superior, cum ar fi medicii, trebuie să fie calificați într-o abordare sistematică a bolnavilor și răniților în stare gravă ⊕ *a se vedea abordarea ABCDE din cadrul* Orientările internaționale privind primul ajutor și resuscitarea ale IFRC. Resuscitarea inițială și intervențiile pentru salvarea vieții, cum ar fi administrarea de lichide și antibiotice, controlul hemoragiei și tratamentul pneumotoraxului, pot fi efectuate în multe medii înainte de a transfera pacientul către servicii avansate.

Anestezie, traumatologie și asistență chirurgicală: Îngrijirea de urgență, operatorie și de reabilitare trebuie să fie efectuată exclusiv de către organizații cu expertiză adecvată. Este necesar ca furnizorii să acționeze în cadrul domeniului lor de practică profesională și să dispună de resurse adecvate pentru a-și susține activitățile. Îngrijirea necorespunzătoare sau inadecvată poate fi mai dăunătoare decât lipsa oricărei acțiuni. O intervenție chirurgicală efectuată fără o îngrijire preoperatorie și postoperatorie adecvată și fără o reabilitare continuă poate determina eșecul restabilirii capacităților funcționale ale pacientului.

Spitale de campanie: Utilizarea spitalelor de campanie temporare poate fi necesară, în special în cazul crizelor acute, și trebuie coordonată cu Ministerul Sănătății sau cu agențiile principale și cu alți actori din domeniul sănătății. Standardele și siguranța îngrijirii trebuie să respecte standardele naționale și internaționale ⊕ *a se vedea* Referințe pentru îndrumări suplimentare.

Reabilitarea și reintegrarea socială: Reabilitarea timpurie poate crește supraviețuirea, poate maximiza impactul intervențiilor medicale și chirurgicale și poate îmbunătăți calitatea vieții supraviețuitorilor răniți. Echipele medicale ce supervizează pacienți internați trebuie să fie capabile să asigure o reabilitare timpurie. Realizați o hartă a capacităților de reabilitare și a mecanismelor de referire existente și determinați legături între sistemele de asistență socială existente și asistența în numerar. Stabiliți legături cu centrele locale de reabilitare sau cu organizațiile de reabilitare din comunitate pentru îngrijire continuă.

Înainte de externare, luați în considerare nevoile curente ale pacienților cu traumatisme și leziuni, inclusiv ale celor cu o dizabilitate preexistentă. Asigurați urmărirea medicală și de reabilitare, instruirea pacienților și a

DRAFT

îngrijitorilor, dispozitive de asistare esențiale (cum ar fi cârje sau scaune cu rotile), sănătate mintală și sprijin psihosocial, precum și accesul la alte servicii esențiale. Stabiliți planuri și echipe de îngrijire multidisciplinare, inclusiv specialiști în reabilitare fizică și personal calificat în domeniul sănătății mintale și al sprijinului psihosocial. Asistența în materie de sănătate mintală și asistența psihosocială pentru persoanele cu leziuni care le pot schimba viața trebuie să înceapă încă de la internarea acestora. Legăturile cu serviciile de sprijin permanent sunt esențiale ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială 2.5: Îngrijirea sănătății mintale.

Considerente speciale privind gestionarea - controlul durerii: O bună gestionare a durerii după accidentare reduce riscurile de pneumonie și de tromboză venoasă profundă și ajută pacientul să înceapă fizioterapia. Aceasta reduce reacția fiziologică la stres, ceea ce conduce la o reducere a morbidității cardiovasculare, și reduce stresul psihologic. Durerea acută cauzată de traumatisme trebuie tratată în sens invers scalei OMS pentru abordarea terapeutică a durerii. Durerea neuropatică rezultată în urma unei lezări a nervilor poate fi prezentă încă de la început și trebuie tratată în mod corespunzător ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale și Standardul privind asistența medicală esențială 2.7: Îngrijirea paliativă ⊕ *a se vedea scala OMS pentru abordarea terapeutică a durerii*.

Considerente speciale privind gestionarea - gestionarea rănilor: În majoritatea crizelor, numeroși pacienți se vor prezenta pentru îngrijiri la mai mult de 6 ore de la accidentare. Prezentarea tardivă crește considerabil riscul de infectare a rănilor și de mortalitate asociată. Lucrătorii din domeniul sănătății trebuie să cunoască protocoalele de gestionare a rănilor (inclusiv a arsurilor) și să prevină și să trateze infecțiile, atât pentru prezentări în stadiul acut, cât și pentru cele tardive. Aceste protocoale includ furnizarea de antibiotice adecvate, îndepărtarea chirurgicală a materialului străin și a țesutului mort și pansarea.

Tetanos: În cazul dezastrelor naturale survenite brusc, riscul de tetanos poate fi relativ ridicat. Administrați vaccinul care conține anatoxina tetanică (DT sau Td - vaccinuri împotriva difteriei și tetanosului - sau DTT, în funcție de vârstă și de istoricul de vaccinare) celor cu răni deschise. Persoanele cu plăgi murdare sau foarte contaminate trebuie să primească, de asemenea, o doză de imunoglobulină antitetanos (TIG) dacă nu sunt vaccinate împotriva tetanosului.

2.5 Sănătatea mintală

Problemele de sănătate mintală și psihosociale sunt frecvente în rândul adulților, adolescenților și copiilor în toate contextele umanitare. Factorii de stres extrem asociați crizelor expun indivizii la un risc crescut de probleme sociale, comportamentale, psihologice și psihiatrice. Sănătatea mintală și sprijinul psihosocial implică acțiuni multisectoriale. Acest standard se axează pe acțiunile întreprinse de actorii din domeniul sănătății ⊕ *a se vedea* Standardul umanitar de bază și Principii de protecție pentru mai multe informații despre intervențiile psihosociale în toate sectoarele.

Standardul privind sănătatea mintală 2.5: Asistența privind sănătatea mintală

Persoanele de toate vârstele au acces la asistență medicală care abordează tulburările de sănătate mintală și disfuncțiile asociate.

Acțiuni-cheie

1. Coordonați-vă eforturile privind sănătatea mintală și psihosocială cu toate sectoarele.

- Înființați un grup de lucru tehnic intersectorial pentru sănătate mintală și probleme psihosociale. Acesta poate fi coordonat în comun de o organizație medicală și de o organizație umanitară de protecție.

2. Elaborați programele ținând cont de nevoile și resursele identificate.

DRAFT

- Analizați sistemele de sănătate mintală existente, competențele personalului și alte resurse sau servicii.
- Evaluați nevoile, ținând cont de faptul că problemele de sănătate mintală pot fi preexistente, induse de criză sau de amândouă felurile.

3. Colaborați cu membrii comunității, inclusiv cu persoanele marginalizate, pentru a consolida sprijinul social și de autoajutorare al comunității.

- Promovați dialogul la nivelul comunității cu privire la modalitățile de abordare a problemelor în mod colaborativ, valorificând înțelepciunea, experiența și resursele comunității.
- Păstrați sau sprijiniți reînființarea mecanismelor de sprijin preexistente, cum ar fi grupurile adresate femeilor, tinerilor și persoanelor care trăiesc cu HIV.

4. Informați personalul și voluntarii despre modalitățile de acordare a primului ajutor psihologic.

- Aplicați principiile de prim ajutor psihologic pentru gestionarea stresului acut, după expunerea recentă la evenimente cu potențial efect traumatic.

5. Asigurați existența unor servicii medicale de bază pentru sănătatea mintală în toate unitățile medicale.

- Organizați cursuri de formare de scurtă durată și supravegheați lucrătorii din domeniul asistenței medicale generale pentru a identifica și gestiona tulburările mintale e prioritare.
- Organizați un mecanism de referire între specialiștii în sănătate mintală, furnizorii de asistență medicală generală, serviciile de sprijin comunitare și alte servicii.

6. Asigurați intervenții psihologice, acolo unde este posibil, pentru persoanele expuse în mod prelungit la suferință.

- Acolo unde este posibil, instruiți și supervizați lucrătorii nespecialiștili.

7. Protejați drepturile persoanelor cu tulburări grave de sănătate mintală în comunitate, în spitale și în instituții.

- Vizitați în mod regulat spitalele de psihiatrie și centrele rezidențiale pentru persoanele cu tulburări grave de sănătate mintală, încă de la începutul crizei.
- Abordați neglijența și abuzul în instituții și oferiți asistență.

8. Diminuați efectele negative ale consumului de alcool și droguri.

- Formați personalul în identificarea cazurilor și intervenția rapidă, reducerea efectelor nocive și gestionarea sevrajului și a intoxicației.

9. Luați măsuri pentru a institui un sistem durabil de sănătate mintală încă din timpul planificării inițiale a intervențiilor de redresare și a crizelor prelungite.

Indicatori-cheie

Procentul de servicii de asistență medicală secundară ce au personal instruit și supravegheat și sunt dotate cu sisteme de gestionare a tulburărilor de sănătate mintală

DRAFT

Procentul de servicii de asistență medicală primară ce au personal instruit și supravegheat și sunt dotate cu sisteme de gestionare a tulburărilor de sănătate mintală

Numărul de persoane care participă la activități comunitare de autoajutorare și sprijin social

Procentul utilizatorilor de servicii medicale care beneficiază de îngrijire pentru tulburări de sănătate mintală

Procentul de persoane care au primit îngrijiri pentru tulburări de sănătate mintală și care raportează o îmbunătățire a stării și o reducere a simptomelor

Numărul de zile pentru care nu au fost disponibile medicamente psihotrope esențiale în ultimele 30 de zile

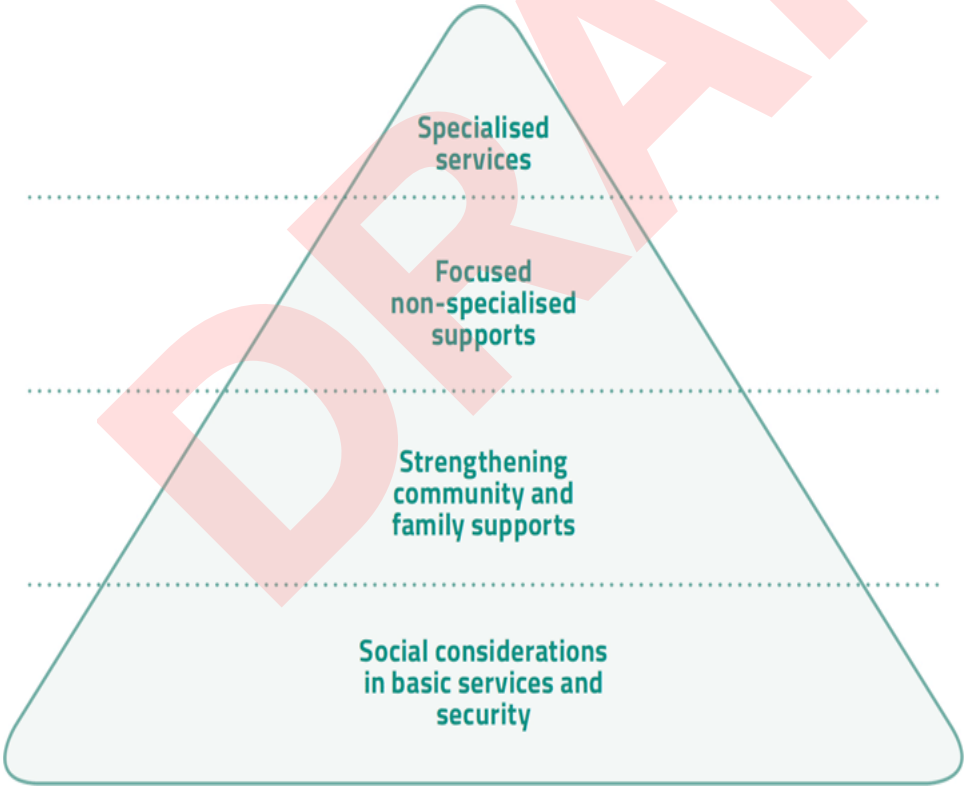
- Mai puțin de 4 zile

Note orientative

Sprijin pe mai multe niveluri: Crizele afectează oamenii în moduri diferite, necesitând diferite tipuri de sprijin. Un element cheie pentru organizarea îngrijirii pentru sănătate mintală și sprijin psihosocial este dezvoltarea unui sistem stratificat de sprijin complementar care să răspundă diferitelor nevoi, așa cum este ilustrat în diagrama de mai jos. Această piramidă prezintă modul în care diferite acțiuni se completează reciproc. Toate nivelurile piramidei sunt importante și, în mod ideal, ar trebui implementate concomitent.

Piramida serviciilor și sprijinului pe mai multe niveluri (Figura 10)

Sursa: [Grupul de referință IASC cu privire la sănătatea mintală și sprijinul psihosocial, 2010]



Evaluare: Ratele cazurile de tulburări de sănătate mintală sunt substanțiale în orice criză. Studiile de prevalență nu sunt esențiale pentru inițierea serviciilor. Utilizați abordări participative rapide și, acolo unde este posibil, integrați aspecte legate de sănătatea mintală în alte evaluări. Nu limitați evaluarea la o singură problemă clinică.

Autoajutorarea și sprijinul comunitar: Implicați lucrătorii comunitari din domeniul medical, liderii și voluntarii în acțiuni ce le permit membrilor comunității, inclusiv persoanelor marginalizate, să își crească gradul de

DRAFT

autoajutorare și pe cel de sprijin social. Activitățile pot include crearea unor spații sigure și a condițiilor pentru dialogul comunitar.

Primul ajutor psihologic: Primul ajutor psihologic trebuie să fie disponibil persoanelor expuse la evenimente potențial traumatizante, cum ar fi violența fizică sau sexuală, celor ce au asistat în calitate de martor la atrocități și celor ce au suferit traumatisme majore. Acesta nu reprezintă o intervenție clinică. Este un răspuns fundamental, uman și de sprijin în fața suferinței. Include ascultarea cu atenție, evaluarea nevoilor de bază și asigurarea satisfacerii acestora, încurajarea sprijinului social și protecția împotriva altor efecte nocive. Este neintruziv și nu presează persoanele să vorbească despre suferința lor. După o scurtă formare, liderii comunitari, lucrătorii medicali și alte persoane implicate în răspunsul umanitar pot oferi primul ajutor psihologic persoanelor aflate în dificultate. Deși primul ajutor psihologic trebuie să fie disponibil pe scară largă, intervențiile privind sănătatea mintală și sprijinu psihosocial nu trebuie să se limiteze doar la acesta.

Debriefingul psihologic prin ședințe unice promovează eliberarea emoțională prin încurajarea persoanelor să povestească pe scurt, dar în mod sistematic, percepțiile, gândurile și reacțiile afective resimțite în timpul unui eveniment stresant recent. Este, în cel mai bun caz, ineficientă și nu ar trebui folosit.

Alte intervenții psihologice: Personalul medical nespecializat poate oferi intervenții psihologice pentru depresie, anxietate și tulburare de stres posttraumatic atunci când este bine instruit, supravegheat și sprijinit. Aceasta include terapia cognitiv-comportamentală sau terapia interpersonală.

Servicii clinice de sănătatea mintală: Informați tot personalul medical și voluntarii cu privire la serviciile de sănătate mintală disponibile. Formați furnizorii de servicii medicale în conformitate cu protocoale bazate pe dovezi, cum ar fi Ghidul de intervenție umanitară mhGAP. Acolo unde este posibil, adăugați un profesionist în domeniul sănătății mintale, cum ar fi un asistent medical psihiatric, la unitățile de asistență medicală generală. Amenajați un spațiu privat pentru consultații. ⊕ *A se vedea* Ghidul de intervenție umanitară mhGAP.

Cele mai frecvente afecțiuni cu care se confruntă serviciile de asistență medicală în situații de urgență sunt psihoza, depresia și o afecțiune neurologică, epilepsia. Sănătatea mintală a mamei reprezintă o preocupare specifică din cauza impactului potențial asupra îngrijirii copiilor.

Integrați categoriile de sănătate mintală în sistemul informațional de sănătate ⊕ *a se vedea* Anexa 2: Model de formular HMIS.

Medicamentele psihotrope esențiale: Organizați aprovizionarea neîntreruptă cu medicamente psihotrope esențiale, pentru cel puțin un medicament din fiecare categorie terapeutică (antipsihotice, antidepresive, anxiolitice, antiepileptice și medicamente pentru a contracara efectele secundare ale antipsihoticelor). ⊕ *A se vedea* Trusa medicală de urgență inter-agenții *pentru medicamentele psihotrope sugerate și* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente esențiale și dispozitive medicale.

Protejarea drepturilor persoanelor cu tulburări de sănătate mintală: În timpul crizelor umanitare, persoanele cu tulburări grave de sănătate mintală sunt extrem de vulnerabile la încălcări ale drepturilor omului, cum ar fi abuzul, neglijarea, abandonul și lipsa unui adăpost, a hranei sau a îngrijirii medicale. Desemnați cel puțin o agenție care să se ocupe de nevoile persoanelor instituționalizate.

Tranziția către perioada post-criză: Crizele umanitare cresc numărul de tulburări de sănătate mintală pe termen lung, astfel încât este important să se planifice o acoperire sporită și susținută a tratamentului în zona afectată. Aceasta include consolidarea sistemelor naționale existente de sănătate mintală și încurajarea includerii grupurilor marginalizate (inclusiv a refugiaților) în aceste sisteme. Proiectele demonstrative, cu finanțare de urgență pe termen scurt, pot valida conceptul și pot crea un impuls pentru a atrage sprijin și fonduri suplimentare pentru dezvoltarea sistemului de sănătate mintală.

2.6 Bolile netransmisibile

Necesitatea de a pune accentul pe bolile netransmisibile în crizele umanitare reflectă creșterea speranței de viață la nivel mondial, combinată cu factorii de risc comportamentali, cum ar fi fumatul și dietele nesănătoase.

DRAFT

Aproximativ 80% din decesele cauzate de boli netransmisibile se produc în țările cu venituri mici sau medii, iar situațiile de urgență agravează această situație.

Într-o populație adultă medie de 10 000 de persoane, este posibil să existe 1 500-3 000 de persoane cu hipertensiune arterială, 500-2 000 de persoane cu diabet și 3-8 cazuri acute de infarct miocardic într-o perioadă normală de 90 de zile.

Bolile variază, dar includ adesea diabetul, bolile cardiovasculare (inclusiv hipertensiunea, insuficiența cardiacă, accidentele vasculare cerebrale, bolile renale cronice), bolile pulmonare cronice (cum ar fi astmul și boala pulmonară obstructivă cronică) și cancerul.

Este necesar ca răspunsul inițial să gestioneze complicațiile acute și să evite întreruperea tratamentului, urmat de programe mai cuprinzătoare.

Sănătatea mintală și îngrijirea paliativă sunt abordate în mod specific în ⊕ Standarde esențiale privind asistența medicală 2.5: Îngrijirea sănătății mintale și 2.7: Îngrijirea paliativă.

Standardul privind bolile netransmisibile 2.6: Îngrijirea bolilor netransmisibile

Persoanele au acces la programe de prevenire, la diagnostice și la terapii esențiale pentru complicații acute și pentru managementul pe termen lung al bolilor netransmisibile.

Acțiuni-cheie

1. Identificați nevoile de sănătate în materie de boli netransmisibile (BNT) și analizați disponibilitatea serviciilor înainte de criză.

- Identificați grupurile cu nevoi prioritare, inclusiv cele care prezintă risc de complicații care pun în pericol viața, cum ar fi diabetul insulino-dependent sau astmul sever.

2. Implementați programe de abordare etapizată a nevoilor, bazate pe prioritățile de salvare a vieții și pe ameliorarea suferințelor.

- Asigurați-vă că pacienții diagnosticați cu complicații care pun în pericol viața (de exemplu, atac de astm sever, cetoacidoză diabetică) primesc îngrijiri adecvate. În cazul în care nu sunt disponibile îngrijiri adecvate, oferiți îngrijiri paliative și de susținere.
- Evitați întreruperea bruscă a tratamentului pentru pacienții diagnosticați înainte de criză.

3. Integrați îngrijirea bolilor netransmisibile în sistemul de sănătate la toate nivelurile.

- Stabiliți un sistem de referire pentru gestionarea complicațiilor acute și a cazurilor complexe pentru asistența medicală secundară sau terțiară, precum și pentru îngrijirea paliativă și de susținere.
- Referiți pacienții pentru intervenții în materie de nutriție sau de securitate alimentară, dacă este necesar.

4. Instituiți programe naționale de pregătire în materie de boli netransmisibile.

- Includeți medicamente și consumabile esențiale în proviziile medicale de urgență pre-poziționate sau de contingență.

DRAFT

- Asigurați o cantitate de rezervă de medicamente fiecarui pacient în parte și oferiți-i instrucțiuni privind accesul la asistență medicală de urgență în caz de criză.

Indicatori-cheie

Procentul de unități de asistență medicală primară care oferă îngrijire pentru BNT prioritare

Numărul de zile în care medicamentele esențiale pentru BNT nu au fost disponibile în ultimele 30 de zile

- Mai puțin de 4 zile

Numărul de zile în care echipamentul de bază pentru BNT nu a fost disponibil (sau nu a fost funcțional) în ultimele 30 de zile

- Mai puțin de 4 zile

Toți lucrătorii din domeniul sănătății care oferă tratament împotriva BNT sunt instruiți în gestionarea BNT.

Note orientative

Evaluarea necesităților și a riscurilor pentru identificarea bolilor netransmisibile prioritare: Pregătiți intervenția în funcție de context și de faza urgenței. Aceasta ar putea implica revizuirea înregistrărilor, utilizarea datelor anterioare crizei și efectuarea de sondaje la nivelul gospodăriilor sau de evaluări epidemiologice prin intermediul unei anchete transversale. Colectați date cu privire la prevalența și incidența bolilor netransmisibile specifice și identificați nevoile care pun în pericol viața sau afecțiunile grav simptomatice.

Analizați disponibilitatea și utilizarea serviciilor înainte de criză, în special pentru cazurile complexe, cum ar fi cancerul sau bolile renale cronice, pentru a evalua așteptările și capacitatea sistemului de sănătate în acest context. Obiectivul pe termen mediu și lung este de a sprijini și de a restabili astfel de servicii.

Necesități complexe de tratament: Asigurați continuitatea îngrijirii pentru pacienții cu nevoi complexe, cum ar fi dializa renală, radioterapia și chimioterapia, dacă este posibil. Oferiți informații clare și accesibile despre modalitățile de referire. Referiți cazuri către îngrijire paliativă, dacă este nevoie ⊕ *a se vedea* Standardul privind asistența medicală esențială 2.7: Îngrijirea paliativă.

Integrarea îngrijirii bolilor netransmisibile în sistemul de sănătate: Asigurați un tratament de bază pentru bolile netransmisibile la nivelul asistenței medicale primare în conformitate cu standardele naționale sau în conformitate cu orientările internaționale de urgență în cazul în care nu există standarde naționale.

Colaborați cu comunitățile pentru a îmbunătăți detectarea și referirea rapidă. Integrați lucrătorii medicali comunitari în unitățile de asistență medicală primară și colaborați cu liderii comunității, cu vindecătorii tradiționali și cu sectorul privat. Serviciile de proximitate pot oferi servicii medicale în materie de boli netransmisibile populațiilor izolate.

Adaptați sistemul de informare în domeniul sănătății existent pentru situații de criză sau elaborați unul nou, pentru a include monitorizarea principalelor boli netransmisibile: hipertensiune, diabet, astm, boli pulmonare obstructive cronice, cardiopatie ischemică și epilepsie ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.5: Informații medicale *și* anexa 2.

Medicamente și dispozitive medicale: Revizuiți lista națională a medicamentelor și dispozitivelor esențiale, inclusiv a tehnologiilor și testelor de laborator de bază, pentru gestionarea bolilor netransmisibile. Puneți accentul pe asistența medicală primară ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale. Dacă este necesar, pledați pentru includerea medicamentelor și a dispozitivelor medicale esențiale, în conformitate cu orientările internaționale și de urgență privind bolile netransmisibile. Asigurați accesul la medicamente și dispozitive medicale esențiale la nivelurile corespunzătoare de îngrijire. Trusele pentru boli netransmisibile pot fi utilizate împreună cu trusele sanitare de

DRAFT

urgență inter-agenții în primele etape ale crizei pentru a îmbunătăți disponibilitatea medicamentelor și a echipamentelor esențiale. Nu utilizați aceste truse pentru acordarea de ajutor pe termen lung.

Instruirea: Pregătiți toate nivelurile de personal clinic în ceea ce privește gestionarea cazurilor de boli netransmisibile și instruiți întregul personal în ceea ce privește gestionarea prioritară a bolilor netransmisibile, inclusiv procedurile standard operaționale privind referirile ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.2: Personalul din domeniul sănătății.

Promovarea sănătății și educația: Oferiți informații cu privire la serviciile pentru bolile netransmisibile și la punctele de acces la îngrijire. Informațiile trebuie să fie accesibile tuturor, inclusiv vârstnicilor și persoanelor cu dizabilități, pentru a promova comportamente sănătoase, modificarea factorilor de risc și îmbunătățirea îngrijirii personale și a respectării tratamentului. Comportamentele sănătoase pot include, de exemplu, activitatea fizică regulată sau reducerea consumului de alcool și tutun. Colaborați cu diferite părți ale comunității pentru a elabora mesaje și strategii de distribuție, astfel încât acestea să fie adecvate din punct de vedere al vârstei, sexului și culturii. Adaptați strategiile de prevenire și control la context, ținând seama de constrângeri precum aprovizionarea limitată cu alimente sau suprapopularea.

Planuri de prevenție și pregătire: Includeți gestionarea bolilor netransmisibile în planurile naționale de intervenție în caz de dezastre și de urgență, asigurându-vă că acestea sunt specifice diferitelor tipuri de unități sanitare (de exemplu, centre de sănătate de mici dimensiuni sau spitale mari cu secții de dializă). Centrele de sănătate aflate în contexte instabile sau predispuse la dezastre trebuie să fie pregătite pentru furnizarea de servicii în materie de boli netransmisibile.

Întocmiți un registru al pacienților cu afecțiuni complexe și nevoi critice și elaborați protocoale operaționale standardizate pentru referirea acestora în caz de criză.

2.7 Îngrijirea paliativă

Îngrijirea paliativă constă în prevenirea și ameliorarea suferinței și a stresului asociate cu îngrijirea la sfârșitul vieții. Aceasta include identificarea, evaluarea și tratarea durerii, precum și a altor nevoi fizice, psihosociale și spirituale. Integrați îngrijirea fiziologică, psihologică și spirituală bazată exclusiv pe cererea pacientului sau a familiei și includeți sisteme de sprijin pentru a ajuta pacienții, familiile și îngrijitorii. Este necesar ca această îngrijire la sfârșitul vieții să fie acordată indiferent de cauză.

Standardul privind îngrijirea paliativă 2.7: Îngrijirea paliativă

Persoanele au acces la îngrijiri paliative și îngrijire la sfârșitul vieții pentru ameliorarea durerii și a suferinței, pentru maximizarea confortului, a demnității și a calității vieții pacienților, precum și pentru susținerea membrilor familiei.

Acțiuni-cheie

1. Stabiliți orientări și politici de sprijinire a unei îngrijiri paliative coerente.

- Includeți orientări naționale sau internaționale pentru controlul durerii și al simptomelor în unitățile sanitare.
- Elaborați orientări de triaj pe baza stării medicale și a prognosticului pacientului și a disponibilității resurselor.

2. Elaborați un plan de îngrijire și oferiți îngrijiri paliative pacienților muribunzi.

- Asigurați cel puțin ameliorarea durerii și demnitatea decesului în caz de urgență acută.

DRAFT

- Explorați modul în care pacientul sau familia înțelege situația, precum și preocupările, valorile și concepțiile culturale ale acestora.

3. Integrați îngrijirea paliativă în toate nivelurile sistemului de sănătate.

- Stabiliți rețele solide de îndrumare pentru a asigura continuitatea sprijinului și a îngrijirii.
- Acordați prioritate gestionării la nivel comunitar care implică îngrijiri la domiciliu.

4. Pregătiți personalul medical pentru a oferi îngrijiri paliative, inclusiv controlul durerii și al simptomelor, precum și asistență psihologică și psihosocială.

- Respectați standardele naționale sau standardele internaționale în cazul în care nu există standarde naționale.

5. Furnizați materiale și echipamente medicale esențiale.

- Asigurați stocul de medicamente paliative și de dispozitive medicale adecvate, cum ar fi absorbantele pentru incontinență și cateterele, în unitățile sanitare.
- Fiți conștienți de existența unor reglementări privind medicamentele controlate care pot întârzia disponibilitatea medicamentelor esențiale.

6. Colaborați cu sistemele și rețelele locale pentru a sprijini pacienții, îngrijitorii și familiile în comunitate și la domiciliu.

- Furnizați consumabile pentru nevoile de îngrijire la domiciliu, cum ar fi absorbante pentru incontinență, sonde urinare și comprese pentru pansamente.

Indicatori-cheie

Numărul de zile în care medicamentele esențiale pentru îngrijiri paliative nu au fost disponibile în ultimele 30 de zile

- Mai puțin de 4 zile

Procentul de personal instruit în controlul de bază al durerii și al simptomelor sau în îngrijirea paliativă în fiecare centru de sănătate, spital, clinică mobilă și spital de campanie

Procentul de pacienți identificați de sistemul de sănătate care au necesitat și au beneficiat de îngrijire la sfârșitul vieții

Note orientative

Actorii din domeniul sănătății umanitare trebuie să cunoască și să respecte modalitățile locale de luare a deciziilor medicale și valorile locale referitoare la boală, suferință, agonie și moarte. Ameliorarea suferinței este importantă, iar pacienții muribunzi trebuie să beneficieze de îngrijiri axate pe confort, indiferent dacă boala acestora este cauzată de leziuni fatale, de boli infecțioase sau de orice altă cauză.

Elaborarea unui plan de îngrijire: Identificați pacienții relevanți și respectați dreptul acestora de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la îngrijirea lor. Furnizați informații imparțiale și țineți cont de nevoile și așteptările acestora. Planul de îngrijire trebuie convenit de ambele părți și trebuie să se bazeze pe preferințele pacientului. Oferiți acces la asistență psihologică și psihosocială.

Disponibilitatea medicamentelor: Unele medicamente pentru îngrijiri paliative, cum ar fi analgezicele, sunt incluse în modulele de bază și suplimentare ale trusei medicale de urgență inter-agenții, precum și în Lista medicamentelor esențiale. Trusele sanitare de urgență inter-agenții (IEHK) sunt utile pentru fazele timpurii ale

DRAFT

unei crize, dar nu sunt adecvate pentru situații prelungite, în care trebuie stabilite sisteme mai durabile ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.3: Medicamente și dispozitive medicale esențiale și Referințe și bibliografie suplimentară.

Sprijin familial, comunitar și social: Coordonați-vă cu alte sectoare pentru a conveni asupra unei modalități de referire pentru ca pacienții și familiile acestora să beneficieze de sprijin integrat. Acesta include accesarea sistemelor naționale de asistență socială și de protecție socială sau a organizațiilor care oferă asistență în materie de adăpost, truse de igienă și de protecție a demnității, asistență în numerar, asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială, precum și asistență juridică pentru a se asigura că nevoile zilnice de bază sunt satisfăcute.

Coordonați-vă cu sectoarele relevante pentru a localiza familiile separate, astfel încât pacienții să poată comunica cu acestea.

Lucrați cu rețelele existente de îngrijire comunitară, care oferă facilitări de îngrijire la domiciliu și au lucrători psihosociali comunitari instruiți, pentru a oferi sprijin suplimentar pentru pacienți și membrii familiei și pentru a ajuta la furnizarea de îngrijire la domiciliu, dacă este necesar (de exemplu, pentru persoanele care trăiesc cu HIV).

Sprijin spiritual: Întregul sprijin trebuie să se bazeze pe solicitările pacientului sau ale familiei. Colaborați cu liderii religioși locali pentru a identifica furnizorii de asistență spirituală care împărtășesc credința sau convingerile pacientului. Acești furnizori pot acționa ca o resursă pentru pacienți, îngrijitori și actori umanitari.

Orientați liderii religioși locali asupra principiilor-cheie ale sprijinului psihosocial pentru pacienții care se confruntă cu probleme majore de sănătate.

Stabiliți mecanisme fiabile de referire bilaterală între sistemul de sănătate și liderii spirituali pentru orice pacient, îngrijitor sau membru al familiei care solicită acest lucru.

Asigurați sprijin pentru practici de înmormântare sigure și demne, în colaborare cu comunitatea locală, în conformitate cu orientările naționale sau internaționale ⊕ *a se vedea* Standardul privind sistemele de sănătate 1.1: Furnizarea serviciilor de sănătate.

DRAFT

Anexa 1
Listă de verificare privind evaluarea stării de sănătate

Pregătirea

- Obțineți informațiile disponibile despre populația afectată de criză.
- Obțineți hărțile disponibile, fotografiile aeriene sau imaginile din satelit și datele din Sistemul informațional geografic (GIS) ale zonei afectate.
- Obțineți date demografice, administrative și de sănătate.

Securitatea și accesul

- Determinați existența pericolelor naturale sau provocate de om.
- Determinați situația generală de securitate, inclusiv prezența forțelor armate.
- Determinați accesul pe care îl au organizațiile umanitare la populația afectată de criză.

Demografia și structura socială

- Determinați dimensiunea populației afectate de criză, dezagregată în funcție de sex, vârstă și dizabilitate.
- Identificați grupurile cu risc sporit, cum ar fi femeile, copiii, vârstnicii, persoanele cu dizabilități, persoanele care trăiesc cu HIV sau grupurile marginalizate.
- Determinați dimensiunea medie a gospodăriilor și estimați numărul de gospodării sunt conduse de femei și copii.
- Determinați structura socială și normele de gen existente, inclusiv pozițiile de autoritate și/sau de influență în comunitate și în gospodărie.

Informații de fond privind sănătatea

- Identificați problemele de sănătate care existau în zona afectată de criză înainte de producerea situației de urgență.
- Identificați problemele de sănătate preexistente în țara de origine pentru refugiați sau în zona de origine pentru persoanele strămutate în interiorul țării.
- Identificați riscurile existente pentru sănătate, cum ar fi potențialele boli epidemice.
- Identificați barierele preexistente și existente în calea acordării de asistență medicală, normele și credințele sociale, inclusiv practicile pozitive și dăunătoare.
- Identificați sursele anterioare de asistență medicală.
- Analizați diferitele aspecte ale sistemului de sănătate și performanța acestora ⊕ *a se vedea* Standardele privind sistemele de sănătate 1.1 *până la* 1.5.

DRAFT

Rate de mortalitate

- Calculați rata de mortalitate brută.
- Calculați ratele de mortalitate specifice vârstei (cum ar fi rata mortalității copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani).
- Calculați ratele specifice de mortalitate în funcțiede cauze.
- Calculați rata mortalității proporționale.

Rate de morbiditate

- Determinați ratele de incidență a principalelor afecțiuni care au importanță pentru sănătatea publică.
- Determinați ratele de incidență specifice vârstei și sexului pentru principalele afecțiuni medicale, atunci când este posibil.

Resurse disponibile

- Determinați capacitatea Ministerului Sănătății din țara afectată de criză.
- Determinați starea unităților sanitare naționale, inclusiv numărul total în funcție de tipul de îngrijiri furnizate, gradul de deteriorare a infrastructurii și accesibilitate.
- Determinați efectivul și competențele personalului medical disponibil.
- Determinați bugetele disponibile pentru sănătate și mecanismul de finanțare.
- Determinați capacitatea și statutul funcțional al programelor de sănătate publică existente, cum ar fi Programul Extins de Imunizare.
- Determinați disponibilitatea protocoalelor standardizate, a medicamentelor esențiale, a dispozitivelor și echipamentelor medicale și a sistemelor logistice.
- Determinați statutul sistemelor de referire existente.
- Determinați nivelul standardelor PCI în unitățile sanitare.
- Determinați starea sistemului de informații în materie de sănătate existent.

Date din alte sectoare relevante

- Stare nutrițională.
- Condiții de mediu și WASH.
- Coșul de alimente și securitatea alimentară.
- Adăpost - calitatea adăpostului.
- Educație - educația sănătății și a igienei.

DRAFT

Anexa 2
Modele de formulare de raportare a supravegherii săptămânale

2.1 Formular de supraveghere a mortalității (agregat)*.

Locație:	
Data de luni:	Până duminică: .....
Populația totală la începutul acestei săptămâni:	
Nașteri în această săptămână:	Decese în această săptămână: .....
Sosiri în această săptămână (dacă este cazul):	Plecări în această săptămână: .....
Populația totală la sfârșitul săptămânii:	Totalul populației cu vârsta mai mică de 5 ani: .....

	<5 ani		≥5 ani		Total
	Masculin	**Feminin**	**Masculin**	**Feminin**	
Cauza imediată					
Infecție acută a căilor respiratorii inferioare					
Holeră (suspectată)					
Diaree - cu sânge					
Diaree - apoasă					
Leziuni - non-accidentale					
Malarie					
Deces matern - direct					
Rujeolă					
Meningită (suspectată)					
Neonatal (0–28 zile)					
Altele					
Nu se cunoaște					
Total pe vârste și sexe					
Cauza subiacentă					
SIDA (suspectată)					
Malnutriție					
Deces matern - indirect					
Boli netransmisibile (specificați)					
Altele					
Total pe vârste și sexe					

**Acest formular este utilizat atunci când există un număr mare de decese și, prin urmare, nu pot fi colectate informații mai detaliate privind decesele individuale din cauza timpului limitat.*
- Alte cauze de mortalitate pot fi adăugate în funcție de context și de profilul epidemiologic.
- Vârsta poate fi dezagregată suplimentar, după posibilități, de exemplu 0-11 luni, 1-4 ani, 5-14 ani, 15-49 ani, 50-59 ani, 60-69 ani, 70-79 ani, 80+ ani.
- Decesele nu trebuie raportate doar de către unitățile sanitare, ci trebuie să includă rapoarte de la liderii locali și religioși, de la lucrătorii comunitari, de la organizațiile pentru femei și de la spitalele de referință.
- Ori de câte ori este posibil, definițiile cazurilor trebuie trecute pe spatele acestui formular.

2.2 Formular de supraveghere a mortalității (înregistrări individuale)*

Locație:	
Data de luni:	Până duminică: .....
Populația totală la începutul acestei săptămâni:	
Nașteri în această săptămână:	Decese în această săptămână: .....
Sosiri în această săptămână (dacă este cazul):	Plecări în această săptămână: .....

DRAFT

Populația totală la sfârșitul săptămânii:	Totalul populației cu vârsta mai mică de 5 ani: .....

Nr.	Sex (m, f)	Vârsta (zile=z, luni=l, ani=a)	Cauza directă a decesului													Cauze subiacente						
			Infecție acută a căilor respiratorii inferioare	Holeră (suspectată)	Diaree - cu sânge	Diaree - apoasă	Leziuni - non-accidentale	Malarie	Deces matern - direct	Rujeolă	Meningită (suspectată)	Neonatal (0-28 zile)	Boli netransmisibile (specificați)	Altele (specificați)	Nu se cunoaște	SIDA (suspectată)	Malnutriție	Deces matern (indirect)	Altele (specificați)	Data (zz/ll/aa)	Locația pe amplasament (de exemplu, nr. bloc)	Decedat în spital sau la domiciliu
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

**Acest formular este utilizat atunci când există suficient timp pentru a înregistra date privind decesele individuale; acesta permite analiza în funcție de vârstă, locație și ratele de utilizare a facilităților.*
- Frecvența raportării (zilnică sau săptămânală) depinde de numărul de decese.
- Se pot adăuga și alte cauze ale decesului, în funcție de situație.
- Decesele nu trebuie raportate doar de către unitățile medicale de la fața locului, ci trebuie să includă rapoarte de la liderii locali și religioși, de la lucrătorii comunitari, de la organizațiile pentru femei și de la spitalele de referință.
- Ori de câte ori este posibil, definițiile cazurilor trebuie trecute pe spatele acestui formular.
- Vârsta poate fi dezagregată suplimentar, în funcție de posibilități, de exemplu 0-11 luni, 1-4 ani, 5-14 ani, 15-49 ani, 0-59 ani, >60 ani.

DRAFT

2.3 Model de formular de avertizare timpurie, de alertă și de reacție (EWAR) pentru raportare

Acest formular este utilizat în faza acută a crizei, atunci când riscul de evenimente de sănătate publică, cum ar fi traumatisme, intoxicații sau focare de boli cu potențial epidemic, este ridicat.

Data de luni: ..... Până duminică: .....

Oraș/sat/așezare/tabără:.....

Provincie: ..... District: .....

Subdistrict: ..... Denumire locație:
.....

• Spitalizare • Ambulatoriu • Centru de sănătate • Clinică mobilă

Agenția (agențiile) de sprijin:
.....

Ofițerul raportor și numărul de contact:
.....

Total populație: ..... Totalul populației cu vârsta mai mică de 5 ani: ...

A. DATE AGREGATE SĂPTĂMÂNALE

Noi cazuri de:	Morbiditate		Mortalitate		Total
	<5 ani	5 ani și peste	<5 ani	5 ani și peste	
TOTAL INTERNĂRI					
TOTAL DECESE					
Infecție respiratorie acută					
Diaree acută apoasă					
Diaree acută cu sânge					
Malarie - suspectată/confirmată					
Rujeolă					
Meningită - suspectată					
Sindromul febrei hemoragice acute					
Sindromul icterului acut					
Paralizie flască acută (PFA)					
Tetanos					
Alte tipuri de febră >38,5°C					
Traumatism					
Intoxicație chimică					
Altele					
Total					

- Este posibil mai mult de un diagnostic; trebuie înregistrat cel mai important. Fiecare caz trebuie contabilizat o singură dată.
- Includeți doar cazurile care au fost observate (sau decesele care au avut loc) în timpul săptămânii de supraveghere.
- Introduceți „0" (zero) dacă nu ați avut niciun caz sau deces în timpul săptămânii pentru unul dintre sindroamele enumerate în formular.
- Decesele trebuie raportate doar în secțiunea privind mortalitatea, NU în secțiunea privind morbiditatea.
- Definițiile de caz pentru fiecare afecțiune supravegheată trebuie consemnate pe spatele acestui formular.
- Cauzele morbidității pot fi adăugate sau scăzute în funcție de epidemiologie și de evaluarea riscului de boală.
- Scopul supravegherii EWAR este detectarea timpurie a evenimentelor de sănătate publică care necesită un răspuns imediat.
- Datele privind afecțiuni precum malnutriția trebuie obținute prin sondaje (prevalență), mai degrabă decât prin supraveghere (incidență).

B. ALERTĂ DE EPIDEMIE

Oricând suspectați una dintre următoarele boli, vă rugăm să trimiteți un SMS sau să telefonați la ..... sau să trimiteți un e-mail la ..... cu maximum de informații privind ora, locul și numărul de cazuri și decese: holeră, shigeloză, rujeolă, poliomielită, febră tifoidă, tetanos, hepatită A sau E, denga, meningită, difterie, tuse convulsivă, febră hemoragică, traumatisme și intoxicații chimice. Această listă de boli variază în funcție de epidemiologia țării respective.

DRAFT

2.4 Model de formular de raportare a supravegherii de rutină în cadrul Sistemului informațional de gestionare din domeniul sănătății (SIGS)

Locație: .....

Data de luni: ..... Până duminică: .....

Populația totală la începutul acestei săptămâni/luni: .....

Nașteri în această săptămână/lună: ..... Decese în această săptămână/lună: .....

Sosiri în această săptămână/lună (dacă este cazul): .....

Plecări în această săptămână/lună: .....

Populația totală la sfârșitul săptămânii/luni: .....

Totalul populației cu vârsta mai mică de 5 ani: .....

Morbiditate	**Sub 5 ani (cazuri noi)**			**5 ani și peste (cazuri noi)**			**Total**	
Diagnostic	**Masculin**	**Feminin**	**Total**	**Masculin**	**Feminin**	**Total**	**Cazuri noi**	**Total**
Infecție respiratorie acută								
Diaree acută apoasă								
Diaree acută cu sânge								
Malarie - suspectată/confirmată								
Rujeolă								
Meningită - suspectată								
Sindromul febrei hemoragice acute								
Sindromul icterului acut								
Paralizie flască acută (PFA)								
Tetanos								
Alte tipuri de febră >38,5°C								
HIV/SIDA								
Boli oculare								
Boli ale pielii								
Malnutriție acută								
Infecții cu transmitere sexuală								
Ulcer genital								
Scurgere uretrală masculină								
Scurgere vaginală								
Boala inflamatorie pelvină (BIP)								
Conjunctivită neonatală								
Sifilis congenital								
Boli netransmisibile								
Hipertensiune arterială								
Cardiopatie ischemică								
Diabet								
Astm								
Boala pulmonară obstructivă cronică								
Epilepsie								
Alte BNT cronice								
Sănătate mintală								
Tulburare de consum de alcool sau alte substanțe								

DRAFT

Morbiditate	Sub 5 ani (cazuri noi)			5 ani și peste (cazuri noi)			Total	
Diagnostic	**Masculin**	**Feminin**	**Total**	**Masculin**	**Feminin**	**Total**	**Cazuri noi**	**Total**
Dizabilitate intelectuală și tulburări de dezvoltare								
Tulburare psihotică (inclusiv tulburare bipolară)								
Demență sau delir								
Tulburare emoțională/depresie moderată-severă								
Afecțiune somatică inexplicabilă din punct de vedere medical								
Autoagresiune (inclusiv tentativă de suicid)								
Altă afecțiune psihologică								
Leziuni								
Leziuni majore la nivelul capului/coloanei vertebrale								
Leziuni majore ale trunchiului								
Leziuni majore ale extremităților								
Leziuni moderate								
Leziuni minore								
Total								
Vârsta poate fi dezagregată suplimentar, în funcție de posibilități, de exemplu 0-11 luni, 1-4 ani, 5-14 ani, 15-49 ani, 50-59 ani, >60 ani.								

DRAFT

Anexa 3
Formule pentru calcularea principalilor indicatori ai stării de sănătate

Rata mortalității brute (RMB)

Definiție: Rata deceselor la nivelul întregii populații, incluzând atât femeile, cât și bărbații și toate categoriile de vârstă.

Formula:

$$\frac{\text{Numărul total de decese într-o anumită perioadă de timp observată}}{\text{Populația cu risc la mijlocul perioadei de timp observate x Numărul de zile din perioada observată}} \text{ x } 10{,}000 \text{ persoane} = \text{Decese/ } 10{,}0000 \text{ persoane/ zi}$$

Rata mortalității copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani (U5MR)

Definiție: Rata decesului în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani din cadrul populației.

Formula:

$$\frac{\text{Numărul total de decese la copii sub 5 ani într}-\text{o perioadă de timp}}{\text{Numărul total de copii sub 5 ani x Numărul de zile în perioada de timp observată}} \; x \; 10{,}000 \text{ persoane} = \text{Decese}/10{,}000 \text{ de copii sub 5 ani/ zi}$$

Rata incidenței

Definiție: Numărul de cazuri noi ale unei boli care apar pe parcursul unei anumite perioade de timp într-o populație cu risc de a dezvolta boala respectivă.

Formula:

$$\frac{\textit{Numărul de îmbolnăviri cauzate de o anumită boală într} - \textit{o perioadă de timp observată}}{\textit{Populație cu risc de îmbolnăvire x numărul de luni din perioada de timp observată}} \; x \; 1{,}000 \; \textit{persoane} = \textit{Numărul noi de cazuri ale unei boli/ } 1{,}000 \textit{ de persoane/ lună}$$

Rata mortalității (RM)

Definiție: Numărul persoanelor decedate în urma unei boli împărțit la numărul de persoane care suferă de boala respectivă.

Formula:

DRAFT

$$\frac{Numărul\ de\ decese\ cauzate\ de\ o\ anumită\ boală\ într-o\ perioadă\ de\ timp\ observată}{\text{Persoanele care suferă de boala respectivă în perioada de timp observată}}\ x\ 100 = x\%$$

Rata utilizării facilităților de asistență medicală

Definiție: Numărul de vizite în ambulatoriu per persoană pe an. Ori de câte ori este posibil, faceți o distincție între vizitele noi și cele vechi. Pentru a calcula această rată este necesar să fie utilizate vizitele noi. Totuși, este adesea dificil de făcut diferența între vizitele noi și cele vechi, astfel încât acestea sunt frecvent combinate ca număr total de vizite în timpul unei crize.

Formula:

$$\frac{Numărul\ total\ de\ vizite\ dintr-o\ săptămână}{Populația\ totală}\ x\ 52\ săptămâni = Vizite/\ persoană/\ an$$

Numărul de consultații per clinician pe zi

Definiție: Numărul mediu de consultații totale (cazuri noi și cazuri repetate) examinate de fiecare clinician pe zi.

Formula:

$$\frac{Numărul\ total\ de\ consultații\ dintr-o\ săptămână}{\text{Numărul de doctori cu normă întreagă (FTE *) din unitatea sanitară}}$$
$$\div\ \text{numărul de zile în care unitatea medicală a fost deschisă în acea săptămână}$$

$$\frac{\text{Total number of consultations in one week}}{\text{Number of FTE* clinicians in health facility}} \div \text{Number of days health facility open per week}$$

**FTE (echivalent normă întreagă) se referă la numărul echivalent de medici care lucrează într-o unitate sanitară. De exemplu, dacă există șase medici care lucrează în departamentul de ambulatoriu, dar doi dintre aceștia lucrează cu jumătate de normă, atunci numărul de medici cu normă întreagă = 4 angajați cu normă întreagă + 2 angajați cu jumătate de normă = 5 medici cu normă întreagă.*

DRAFT

Anexa 4
Intoxicarea

Intoxicarea poate apărea atunci când persoanele sunt expuse la substanțe chimice toxice prin intermediul gurii, nasului, pielii, ochilor sau urechilor sau prin ingestie. Copiii sunt mai expuși riscului deoarece respiră mai repede, au o arie de suprafață mare în raport cu masa corporală, au pielea mai permeabilă și sunt mai aproape de suprafața solului. Expunerile la substanțe toxice pot afecta dezvoltarea copilului, provocând inclusiv întârzieri de creștere și o nutriție deficitară, și pot conduce la îmbolnăvire sau deces.

Gestionarea inițială

În momentul prezentării la unitatea sanitară, în cazul în care se știe că pacientul a fost expus sau prezintă semne și simptome de expunere la substanțe chimice:

- luați măsuri de precauție pentru personalul medical, inclusiv purtarea de echipamente individuale de protecție (EIP) adecvate;
- realizați triajul pacienților;
- efectuați intervenții de salvare a vieții;
- decontaminați (de exemplu, îndepărtați hainele pacientului sau clătiți zonele afectate cu apă cu săpun), de preferință în afara unității sanitare pentru a preveni alte expuneri; apoi
- urmați alte protocoale de tratament, inclusiv tratamentul de susținere.

Protocoale de tratament

Acestea pot varia în funcție de țară. În general, este necesară furnizarea unui antidot și a unui tratament de susținere (de exemplu, pentru respirație).

Tabelul de mai jos prezintă simptomele expunerii la substanțe chimice și antidoturile comune administrate.

Simptomele expunerii la substanțe chimice toxice și tratamentul posibil

Clasa de substanțe chimice toxice	Caracteristici comune ale expunerii	Antidoturi (orientările naționale variază)
Agenți neurotoxici precum sarin, tabun sau VX	Pupile punctiforme; vedere încețoșată; dureri de cap; secreții abundente; senzație de apăsare în piept și dificultăți de respirație; greață; vărsături; diaree; contracții musculare; convulsii; pierderea conștienței.	Atropină Oxime (pralidoxime, obidoxime) Benzodiazepine (pentru convulsii)
Agenți iritanți precum gazul mușter	Lăcrimare; iritație oculară; conjunctivită; leziuni ale corneei; roșeață și băşici ale pielii însoțite de durere; tulburări respiratorii.	Tratament de susținere +/- tiosulfat de sodiu De exemplu, irigarea ochilor, antibiotic topic, spălarea pielii, bronhodilatatoare, Folosiți tiosulfat de sodiu în cazurile severe.
Cianură	Senzație de lipsă de aer; asfixiere; convulsii; confuzie; greață.	Nitrit de amil (prim ajutor) Tiosulfat de sodiu și nitrit de sodiu sau cu 4 DMAP

DRAFT

Clasa de substanțe chimice toxice	Caracteristici comune ale expunerii	Antidoturi (orientările naționale variază)
		sau hidroxocobalamină *sau* edetat de dicobalt
Agenți incapacitanți, cum ar fi BZ	Uscăciunea gurii și a pielii; tahicardie; alterarea stării de conștiență; iluzii; halucinații; hipertermie; lipsa de coordonare; pupile dilatate.	fizostigmină
Gaze lacrimogene și agenți antirevoltă.	Înțepături și arsură la nivelul mucoaselor; lăcrimare; salivație; secreții nazale; senzație de apăsare în piept; dureri de cap; greață.	În principal, tratament de susținere
Clor	Înroșirea ochilor și lăcrimare; iritarea nasului și a gâtului; tuse; senzație de sufocare sau înecare; dificultăți de respirație; respirație șuierătoare; voce răgușită; edem pulmonar.	N-acetilcisteină (NAC)
Taliu (otravă pentru șobolani)	Dureri abdominale; greață; vărsături; diaree; constipație; convulsii; delir; depresie; căderea părului de pe corp și scalp; neuropatie periferică dureroasă și slăbiciune motorie distală; ataxie; deficite neurocognitive.	Albastru de Prusia
Plumb	Anorexie; vărsături; constipație; dureri abdominale; paloare; lipsa capacității de concentrare; slăbiciune; paralizii periferice.	Chelare
Organofosfați (include unele insecticide și gaze neurotoxice)	Salivație; lăcrimare; urinare; defecație; crampe gastrice; vărsături.	Atropină Oxime (pralidoxime, obidoxime)
Modificat după OMS, Environmental Health in Emergencies guidance (Sănătatea mediului în situații de urgență).		

DRAFT

Referințe și bibliografie suplimentară

Sănătate și drepturile omului

The Right to Health: Fact Sheet No.31 (Dreptul la sănătate: foaie de observație nr. 31). OHCHR și OMS, 2008. http://www.ohchr.org

Coordonarea civil-militară

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action (Coordonarea militară civilă în cadrul acțiunii umanitare în domeniul sănătății). Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military (Coordonarea militară civilă umanitară: ghid pentru militari). UN OCHA, 2014. http://www.unocha.org

Protecția și dreptul internațional umanitar

Ambulance and pre-hospital services in risk situations (Servicii de ambulanță și prespitalicești în situații de risc). ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies (Principii etice comune ale asistenței medicale în timpul unui conflict armat și în alte situații de urgență). ICRC, Geneva, 2015. https://www.icrc.org

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies (Asigurarea pregătirii și securității centrelor de sănătate în conflictele armate și în alte situații de urgență). ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health (Notă de orientare privind managementul dizabilităților și riscurile legate de situații de urgență pentru sănătate). OMS, 2013. http://www.who.int

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies (Îngrijirea medicală în pericol: Responsabilitățile personalului medical care își desfășoară activitatea în conflicte armate și în alte situații de urgență). ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection (Standardele minime privind protecția copilului în acțiunile umanitare: Standard 24 adăpost și protecția copilului). Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict (Mecanismul de monitorizare și raportare privind încălcările grave ale drepturilor copiilor în situații de conflict armat). ONU și UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org

Coordonare

Health Cluster Guide (Ghidul clusterului „Sănătate”). Global Health Cluster, 2009. http://www.who.int

Reference module for cluster coordination at the country level (Modul de referință pentru coordonarea sectorială la nivel național). IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Sănătatea în situații de urgență

DRAFT

Blanchet, K și alții. Evidence on public health interventions in humanitarian crises (Dovezi privind intervențiile din domeniul sănătății publice în crizele umanitare). The Lancet, 2017: http://www.thelancet.com

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters (Clasificarea și standardele minime pentru echipele medicale străine în dezastre declanșate brusc). OMS, 2013. http://www.who.int

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas (Asigurarea accesului la Orientările operaționale în materie de sănătate privind protecția refugiaților și soluțiile în zonele urbane). UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Public Health Guide in Emergencies (Ghid de sănătate publică în situații de urgență). The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. http://pdf.usaid.gov

Refugee Health: An approach to emergency situations (Sănătatea refugiaților: abordarea în cazul situațiilor de urgență). Médecins Sans Frontières, 1997. http://refbooks.msf.org

Spiegel și alții. Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks (Nevoile de asistență medicală ale persoanelor afectate de conflicte: tendințe viitoare și cadre în schimbare). The Lancet, 2010. http://www.thelancet.com

Orientări clinice

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual (Orientări clinice: manual de diagnosticare și tratament). MSF, 2016. http://refbooks.msf.org

Sisteme de sănătate

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual (Analizarea sectoarelor de sănătate perturbate. Un manual modular). OMS, 2009. http://www.who.int

Elston și alții. Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone (Impactul epidemiei de Ebola asupra sistemelor de sănătate și sănătății populației din Sierra Leone). Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes (Implicarea tuturor. Consolidarea sistemelor de sănătate pentru îmbunătățirea rezultatelor obținute în domeniul sănătății). OMS, 2007. http://www.who.int

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0 (Abordarea de evaluare a sistemului sanitar: un mod de teoretizare). USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia și alții. Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22 (Efectele răspunsului la epidemia de Ebola din 2014-2015 asupra deceselor provocate de malarie, HIV/SIDA și tuberculoză în Africa de Vest. Boli infecțioase emergente vol. 22). CDC, 2016. https://wwwnc.cdc.gov

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience (Set de instrumente pentru recuperare: sprijinirea țărilor în vederea obținerii rezilienței serviciilor medicale). OMS, 2016. http://www.who.int

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants (Set de instrumente pentru evaluarea capacității sistemului sanitar de a gestiona un mare aflux de refugiați, solicitanți de azil și migranți). OMS/UNHCR/IOM, 2016. http://www.euro.who.int

Siguranță

Comprehensive Safe Hospital Framework (Mediu spitalicesc sigur și comprehensiv). OMS, 2015. http://www.who.int

DRAFT

Patient Safety: Making Health Safer (Siguranța pacientului: asigurarea siguranței sănătății). OMS, 2017. http://www.who.int

Prevenirea și controlul infecțiilor

Essential environmental health standards in health care (Standarde esențiale ale sănătății mediului în domeniul asistenței medicale). OMS, 2008. http://www.who.int

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures (Necesități esențiale cu privire la apă și salubritate în structurile de sănătate). MSF, 2009. http://oops.msf.org

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (Orientări pentru adoptarea de precauții de izolare: prevenirea transmiterii agenților infecțioși în unitățile sanitare). CDC, 2007 cu modificări aduse în 2017. https://www.cdc.gov

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings [Orientări privind selectarea și utilizarea echipamentelor individuale de protecție (EIP) în structurile de asistență medicală]. CDC, 2004. https://www.cdc.gov

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies (Orientări privind eliminarea în siguranță a produselor farmaceutice neutilizate în timpul și după situații de urgență). OMS, 1999. http://apps.who.int

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level (Orientări privind componentele principale ale programelor de prevenire și control al infecțiilor la nivel național și la nivelul unităților sanitare acute). OMS, 2016. http://www.who.int

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition (Gestionarea corpurilor persoanelor decedate după dezastre: manual de teren pentru personalul care asigură prima intervenție, ediția a doua). ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition (Gestionarea în condiții de siguranță a deșeurilor rezultate din activități sanitare, ediția a doua). OMS, 2014. http://www.who.int

Personalul din domeniul sănătății

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards (Clasificarea lucrătorilor medicali: analiza ocupațiilor la standarde internaționale). OMS. http://www.who.int

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030 (Strategia globală 2030 privind resursele umane pentru sănătate). OMS, 2016. http://www.who.int

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry (Resurse umane pentru sistemul de informații medicale, seturi minime de date pentru registrul forței de muncă din domeniul sănătății). OMS, 2015. http://www.who.int

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs (Cerințele privind forța de muncă din domeniul sănătății pentru acoperirea universală a sănătății și ODD-uri). OMS, 2016. http://www.who.int

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables (Clasificarea internațională standard a ocupațiilor: structură, definiții de grup și tabele de corespondență). ILO, 2012. http://www.ilo.org

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual (WISN indicatori de necesități pentru personal în raport de sarcinile de muncă, manualul utilizatorului). OMS, 2010. http://www.who.int

Working together for health. World Health Report 2006 (Colaborarea pentru sănătate. Raportul privind sănătatea mondială 2006). OMS 2006. http://www.who.int

DRAFT

Medicamente

Emergency Reproductive Health Kit (Trusă medicală pentru sănătatea reproductivă utilizată în situații de urgență). UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org

Guidelines of Medicine Donations (Principii directoare aplicabile donatorilor de medicamente). OMS, 2010. http://www.who.int

Interagency Emergency Health Kit (Trusa medicală de urgență inter-agenții). OMS, 2015. http://www.who.int

Model Formulary for children (Model de formular pentru copii). OMS, 2010. http://apps.who.int

Model List of Essential Medicines 20th List (Model de listă de medicamente esențiale: a 20-a listă). OMS, 2017. http://www.who.int

Non-Communicable Diseases Kit (Trusă pentru boli netransmisibile). OMS, 2016. http://www.who.int

Revised Cholera Kits (Truse de holeră revizuite). OMS, 2015. http://www.who.int

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months (Trusa medicală de urgență inter-agenții 2017: medicamente și dispozitive medicale pentru 10 000 de persoane pentru aproximativ 3 luni). OMS. 2017.

Dispozitive medicale, inclusiv dispozitive de asistare

Core Medical Equipment (Echipament medical de bază). OMS, 2011. http://www.who.int

Decommissioning Medical Equipment and Devices (Dezafectarea dispozitivelor și echipamentelor medicale). OMS http://www.who.int

Global Atlas of Medical Devices (Atlas global al dispozitivelor medicale). OMS, 2017. http://www.who.int

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings (Ghid privind punerea la dispoziție a scaunelor manuale cu rotile în regiuni cu puține resurse). OMS, 2008. http://www.who.int

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview (Serii tehnice ale dispozitivului medical: reglementări privind dispozitivele medicale, dispozitivele medicale în unitățile de asistență medicală, evaluarea nevoilor pentru dispozitivele medicale, ghidul resurselor proceselor de achiziție, donațiile de dispozitive medicale, prezentare generală a programului de întreținere a echipamentelor medicale). OMS, 2011. http://www.who.int

Priority Assistive Products List (Lista produselor de asistență prioritare). Inițiativa GATE, OMS și USAID, 2016. http://www.who.int

Medicamente controlate

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note (Acces la Programul de medicaţie controlată, notă de informare OMS). OMS, 2012. http://www.who.int

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes (Disponibilitatea drogurilor controlate internațional:
asigurarea accesului adecvat în scopuri medicale și științifice). International Narcotics Control Board și OMS, 2010. http://www.incb.org

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37 (Disponibilitatea stupefiantelor și a substanțelor psihotrope în situații de urgență, Raport INCD, pag. 36-37). International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

DRAFT

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines (Asigurarea echilibrului în politicile naționale privind substanțele controlate. Orientări privind disponibilitatea și accesibilitatea medicamentelor controlate). OMS, 2011. http://www.who.int

Produse sanguine

Blood safety and availability (Securitatea transfuzională și disponibilitatea). OMS, 2017. http://www.who.int

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3 (Orientări privind administrarea sângelui și a componentelor sanguine ca medicamente esențiale, Anexa 3). OMS, 2017. http://apps.who.int

Universal Access to Safe Blood Transfusion (Accesul universal la o transfuzie de sânge sigură). OMS, 2008. http://www.who.int

Finanțarea în domeniul sănătății

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review (Intervenții bazate pe numerar pentru programe în materia sănătății în contextul refugiaților: analiză). UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan (Bani pentru sănătate: concluziile-cheie în urma intervenției „bani pentru sănătate" în Iordania). UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels (Monitorizarea progreselor pentru acoperirea universală a sănătății la nivel național și mondial). OMS, 2014. http://apps.who.int

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises (Eliminarea taxelor pentru serviciile medicale primare în timpul crizelor umanitare). Global Health Cluster și OMS, 2011. http://www.who.int

Informații medicale

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response (Seturi de date operaționale comune pentru pregătirea și răspunsul în caz de dezastru). IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org

Global Reference List of 100 Core Health Indicators (Lista mondială de referință a 100 de indicatori de bază din domeniul sănătății). OMS, 2015. http://www.who.int

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms (Standarde pentru serviciile de informare privind sănătatea publică în clusterele active din domeniul sănătății și în alte mecanisme de coordonare a sănătății umanitare). Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Evaluarea nevoilor de sănătate și stabilirea priorităților pentru serviciile de asistență medicală

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises (Set de instrumente de evaluare: măsuri practice de evaluare a crizelor umanitare și de sănătate). MSF, 2013. http://evaluation.msf.org

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country (Registrul de date al Observatorului Mondial al Sănătății: rata brută a natalității și a mortalității pe țară). OMS, 2017. http://apps.who.int

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events (Evaluarea rapidă a riscurilor în cazul evenimentelor acute de sănătate publică). OMS, 2012. http://www.who.int

DRAFT

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey (SARA Anchetă privind evaluarea disponibilității serviciilor și nivelului de pregătire). OMS/USAID, 2015. http://www.who.int

Prevenirea bolilor transmisibile

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit (Set de instrumente privind gestionarea integrată a vectorilor în situații de urgență umanitare). MENTOR Initiative și OMS, 2016. http://thementorinitiative.org

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making (Vaccinarea în crize umanitare acute: cadrul de luare a deciziilor). OMS, 2017. http://www.who.int

Boli transmisibile (boli specifice)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition (Febra denga: orientări pentru diagnostic, prevenire și control). OMS, 2009. http://www.who.int

Guidelines for the control for shigellosis (Orientări pentru lupta contra shigelozei). OMS, 2005. http://www.who.int

Interim Guidance Document on Cholera surveillance (Document de orientare provizorie privind supravegherea holerei). Global Task Force on Cholera Control și OMS, 2017. http://www.who.int

Liddle, K și alții TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia (Tratamentul TBC într-o situație de urgență complexă cronică: rezultate și experiențe privind tratamentul în Somalia). Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa (Gestionarea epidemiei de meningită în Africa). OMS, 2015. http://apps.who.int

Management of a measles epidemic (Gestionarea epidemiei de rujeolă). MSF, 2014. http://refbooks.msf.org

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa (Răspuns la focarul de meningită din Africa Subsahariană). OMS, 2014. http://www.who.int

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits [Cadrul de pregătire pentru situații de gripă pandemică (PGP) pentru schimbul virusurilor gripale și accesul la vaccinuri și alte beneficii]. OMS, 2011. http://apps.who.int

Detectarea focarelor și răspunsul rapid

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance (Detectarea timpurie, de evaluare și de reacție la evenimentele acute de sănătate publică, punerea în aplicare a avertizării timpurii și de reacției, cu accent pe supravegherea bazată pe evenimente). OMS, 2014. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies [Avertizarea timpurie, de alertă și de reacție (EWAR): un domeniu esențial pentru pregătirea țărilor pentru situații de urgență în domeniul sănătății]. OMS, 2018. Weekly Epidemiological Record (Înregistrări epidemiologice săptămânale). OMS. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies [Avertizarea timpurie, de alertă și de reacție (EWAR): un domeniu esențial pentru pregătirea țărilor pentru situații de urgență în domeniul sănătății]. OMS, 2018. http://apps.who.int

Weekly Epidemiological Record (Înregistrări epidemiologice săptămânale). OMS. http://www.who.int

DRAFT

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation (Supravegherea focarului și răspunsul în crizele umanitare, liniile directoare OMS pentru implementarea EWARN). OMS, 2012. http://www.who.int

Pregătirea și răspunsul în cazul apariției unui focar

Communicable disease control in emergencies, A field Manual (Controlul bolilor transmisibile în situații de urgență, manual de teren). OMS, 2005. http://www.who.int

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers (Pregătirea și răspunsul la epidemiile din taberele pentru refugiați: orientări pentru funcționarii din domeniul sănătății publice). UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Outbreak Communication Planning Guideline (Ghid privind planificarea comunicării în cazul focarelor de infecție). OMS, 2008. http://www.who.int

Sănătatea copilului și a nou-născutului

IMCI Chart Booklet (Broșură de diagrame). OMS, 2014. http://www.who.int

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan (Managementul integrat al cazurilor comunitare în situații de urgență acute și prelungite: studiu de caz pentru Sudanul de Sud). IRC și UNICEF, 2017. https://www.rescue.org

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version (Sănătatea noi-născuților în cadru umanitar. Versiune interimară a ghidului de teren). IAWG RH in Crises, 2016. http://iawg.net

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs (Prezentare generală și ultimele actualizări privind ICCM: potențial beneficiu pentru programele contra malariei). UNICEF și OMS, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record (Notă de sinteză OMS privind vaccinurile poliomelitice. Înregistrări epidemiologice săptămânale). OMS, 2016. http://www.who.int

Updates on HIV and infant feeding (Noutăți privind HIV și alimentația sugarului). UNICEF, OMS, 2016. http://www.who.int

Sănătatea sexuală și reproductivă

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings (Trusă de instrumente pentru sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților în situații de criză umanitare). UNFPA și Save the Children, 2009. http://iawg.net

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition (Trusă de sănătate reproductivă inter-agenții pentru situații de criză). UNFPA/IAWG, 2011. http://iawg.net

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings (Manual de teren inter-agenții privind sănătatea sexuală și reproductivă în setările umanitare). IWAG on Reproductive Health in Crises și OMS, 2018. http://www.who.int

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use (Disc pentru alegerea metodelor contraceptive conform criteriilor de eligibilitate medicală). OMS, 2015. http://who.int

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module [Pachetul minim de servicii inițiale (MISP) pentru sănătate reproductivă în situații de criză: modul de învățare la distanță]. IWAG și Consiliul Femeilor Refugiate. 2011. http://iawg.net

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition (Selecție de recomandări practice privind utilizarea metodelor contraceptive). OMS, 2016. http://www.who.int

DRAFT

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems (Avort sigur: orientări tehnice și strategice pentru sistemele de sănătate). OMS, 2015. http://www.who.int

Violența sexuală și managementul clinic al cazurilor de viol

Clinical Care for Sexual Assault Survivors (Îngrijirea clinică pentru supraviețuitorii atacurilor sexuale). International Rescue Committee, 2014. http://iawg.net

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings (Îngrijirea copiilor supraviețuitori ai abuzului sexual. Ghid pentru furnizorii de servicii medicale și psihosociale în situații de criză umanitară). IRC și UNICEF, 2012. https://www.unicef.org

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47 (Gestionarea clinică a supraviețuitorilor violului: elaborarea protocoalelor utilizate pentru refugiați și persoanele strămutate intern, ediție revizuită, pag. 44-47). OMS, UN Population Fund și UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning (Gestionarea clinică a supraviețuitorilor violului: E-learning). OMS 2009. http://apps.who.int

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery (Orientări pentru integrarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în acțiunile umanitare, reducerea riscului, promovarea rezilienței și sprijinirea recuperării). Inter-Agency Standing Committee, 2015. https://gbvguidelines.org

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence (Orientări pentru îngrijirea medico-legală a victimelor violenței sexuale). OMS, 2003. http://www.who.int

HIV

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition (Orientări consolidate privind utilizarea medicamentelor antiretrovirale pentru tratarea și prevenirea infecțiilor cu HIV: recomandări pentru o abordare a sănătății publice - ediția a doua). OMS, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings (Orientări privind abordarea HIV în situații de criză umanitare). UNAIDS și IASC, 2010. http://www.unaids.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa (Orientări privind utilizarea terapiei antiretrovirale pentru populațiile migratoare și afectate de criză din Africa Subsahariană). UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org

Guidelines for management of sexually transmitted infections (Orientări privind gestionarea infecţiilor cu transmitere sexuală). OMS, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children (Orientări privind profilaxia postexpunere pentru HIV și utilizarea profilaxiei cu cotrimoxazol pentru infecțiile legate de HIV la adulți, adolescenți și copii). OMS, 2014. http://www.who.int

HIV prevention in emergencies (Prevenirea HIV în situații de urgență). UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide [PTMF (prevenirea transmiterii de la mamă la făt) în situații de urgență umanitare; echipa de intervenție inter-agenții pentru combaterea virusului HIV, partea a Ii-a: ghid de implementare]. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net

DRAFT

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders (Politica OMS pentru activități comune de luptă contra TBC/HIV. Ghid pentru programele naționale și alte părți interesate). OMS, 2012. http://www.who.int

Îngrijirea leziunilor și a traumatismelor

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC (Ghid American Heart Association pentru CPR și ECC). American Heart Association, 2015 și 2017. https://eccguidelines.heart.org

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder (Manual de anestezie, Anexa 3: Gestionarea durerii. Scala inversată OMS pentru abordarea terapeutică a durerii). ICRC, 2017. https://shop.icrc.org

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries (Examinarea protecției copilului în acțiunea umanitară: pericole și răniri). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation (Clasificarea și standardele minime pentru echipele medicale străine în dezastre declanșate brusc. Standarde tehnice minime și recomandări pentru reabilitare). OMS, 2016. http://apps.who.int

Disasters (Dezastre). OMS, 2013. http://www.who.int

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid (eCBHFA Cadrul comunității bazate pe sănătate și prim ajutor). ICRC, 2017. http://ifrc-ecbhfa.org

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams (Set de date minime pentru raportarea de către echipele medicale de urgență). OMS, 2016. https://extranet.who.int

Guidelines for trauma quality improvement programmes (Orientări privind programele de îmbunătățire a calității îngrijirii traumelor). Organizația Mondială a Sănătății, 2009. http://apps.who.int

International First Aid and Resuscitation Guidelines (Orientări internaționale privind primul ajutor și resuscitarea). IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions (Inițiativa inter-agenții care cuprinde un set de instrumente integrate pentru triajul de rutină, de urgență și prespitalicesc, permițând o tranziție lină între condițiile de rutină și cele de urgență). OMS și ICRC. http://www.who.int

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel (Competențele de bază recomandate în cazul dezastrelor pentru personalul spitalului). California Department of Public Health, 2011. http://cdphready.org

Technical Meeting for Global Consensus on Triage (Întâlnire tehnică pentru consensul mondial asupra triajului). OMS și ICRC, 2017. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (Liniile directoare ale Consiliului European de Resuscitare privind resuscitarea). Consiliul European de Resuscitare, 2015. https://cprguidelines.eu

The WHO Trauma Care Checklist (Listă de verificare privind îngrijirea traumatismelor). OMS, 2016. http://www.who.int

von Schreeb, J și alții. Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan (Spitalele străine de teren în recentele dezastre izbucnite brusc în Iran, Haiti, Indonezia și Pakistan). Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

DRAFT

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence (Intervențiile chirurgicale pe timp de război; desfășurarea activității cu resurse limitate în conflicte armate și alte situații de violență). Comitetul Internațional al Crucii Roșii, 2010. https://www.icrc.org

Sănătatea mintală

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming (O abordare sensibilă la credință în răspunsul umanitar: Orientări privind sănătatea mintală și programele psihosociale). The Lutheran World Federation și Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (Un cadru comun de monitorizare și evaluare pentru sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență). IASC, 2017. https://reliefweb.int

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings (Evaluarea sănătății mintale și a nevoilor și resurselor psihosociale: kit de instrumente pentru situații de urgență umanitare). OMS și UNHCR, 2012. http://www.who.int

Building back better: sustainable mental health care after emergencies (Să reconstruiești mai bine: îngrijire sustenabilă a sănătății mintale după situații de urgență). OMS, 2013. http://www.who.int

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Facilitarea sprijinului social și de autoajutorare al comunității (fișa de acțiune 5.2) în orientările privind sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență]. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression [Terapie interpersonală de grup (IPT) pentru tratarea depresiei]. OMS, 2016. http://www.who.int

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (Formular de trimitere și notă de orientare inter-agenții pentru sănătate mintală și sprijin psihosocial în situații de urgență). IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings (Ghidul de intervenție umanitară mhGAP: managementul clinic al tulburărilor mintale, neurologice și legate de utilizarea substanțelor psihoactive în situațiile de urgență umanitare). OMS și UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (Ajutor psihologic individual pentru adulții afectați de suferințe în comunitățile expuse la adversitate). OMS, 2016. http://www.who.int

Psychological First Aid: Guide for Field Workers (Primul ajutor psihologic: ghid pentru lucrătorii de teren). OMS, War Trauma Foundation și World Vision International, 2011. http://www.who.int

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners (Manual de formare de prim ajutor psihologic pentru practicienii care lucrează cu copii). Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know (Sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență: ce ar trebui să facă actorii din domeniul sănătății umanitare? Grupul de referință IASC pentru sănătate mintală și sprijin psihosocial). IASC, 2010. http://www.who.int

Boli netransmisibile

DRAFT

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011 (Managementul riscului de dezastre pentru sănătate: foaie de observație a bolilor netransmisibile 2011). OMS, 2011. http://www.who.int

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises (Trei măsuri de îmbunătățire a gestionării bolilor netransmisibile în crizele umanitare). PLOS Medicine, 2016. http://journals.plos.org

Lozano și alții. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 (Mortalitatea globală și regională din 235 de cauze de deces pentru 20 de grupe de vârstă în 1990 și 2010: o analiză sistemică pentru studiul Global Burden of Disease 2010). The Lancet, 2012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

NCD Global Monitoring Framework (Cadrul de monitorizare globală a BNT). OMS, 2013. http://www.who.int

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs (BNT în situații de urgență - Grupul operativ inter-agenții ONU pentru BNT). OMS, 2016. http://www.who.int

Slama, S și alții. Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies (Îngrijirea bolilor netransmisibile în situații de urgență). The Lancet, 2016. http://www.thelancet.com

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN (Pachetul OMS de intervenții pentru boli netransmisibile esențiale, instrumente pentru punerea în aplicare a PEN OMS). OMS, 2009. http://www.who.int

Îngrijirea paliativă

Caring for Volunteers Training Manual (Manual de formare a voluntarilor pentru îngrijire). Psychosocial Centre IFRC, 2015. http://pscentre.org

Disaster Spiritual Care Handbook (Manual de îngrijire spirituală în caz de dezastru). Disaster Services, American Red Cross, 2012. https://interagencystandingcommittee.org

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks (Orientări privind gestionarea aspectelor etice în cazul focarelor de boli infecțioase). OMS, 2016. http://apps.who.int

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings (Directive ale IASC privind sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență). IASC, 2007. http://www.who.int

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care (Lista IAHPC a medicamentelor esențiale pentru îngrijirea paliativă). International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. https://hospicecare.com

Matzo, M și alții Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources (Considerații privind îngrijirea paliativă cu resurse limitate în evenimentele cu pierderi mari de vieți omenești). Biosecurity și Bioterrorism, NCBI, 2009. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. și alții Palliative care in humanitarian crises: always something to offer (Îngrijirea paliativă în crizele umanitare: întotdeauna este ceva de oferit). The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes (Îngrijirea paliativă, controlul cancerului: cunoașterea în acțiune: Ghidul OMS pentru programe eficiente). OMS, 2007. http://www.who.int

Silove, D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings (Modelul ADAPT: un cadru conceptual pentru sănătatea mintală și programe psihosociale în situații de postconflict). War Trauma Foundation, 2013. https://www.interventionjournal.com

DRAFT

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua (Arată bine, dar face rău? Percepția misiunilor medicale pe termen scurt din Nicaragua). Global public health, NCBI, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care (OMS Model de listă de medicamente esențiale: a 19-a listă, cap: 2.2, Medicamente pentru ameliorarea durerii și îngrijire paliativă. OMS, 2015. http://www.who.int

Intoxicarea

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons (Gestionarea clinică inițială a pacienților expuși la armele chimice). OMS, 2015. http://www.who.int

Bibliografie suplimentară

Pentru alte sugestii de lectură, vă rugăm să accesați www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliografie suplimentară

Coordonarea civil-militară

UN-CMCoord Field Handbook (Manual de teren UN-CMCoord). UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

Coordonare

Global Health Cluster (Clusterul global „Sănătatea"). http://www.who.int/health-cluster/en/

Sisteme de sănătate

Approach to Health Systems Strengthening (Abordarea consolidării sistemelor de sănătate). UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning (Consolidarea sistemelor de sănătate, de la diagnosticare la planificare). Action Contre Le Faim, 2017. https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies (Monitorizarea pilonilor pe care au fost clădite sistemele de sănătate: Un manual de indicatori și strategiile lor de măsurare). OMS, 2010. http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

Newbrander și alții Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states (Reconstruirea și consolidarea sistemelor de sănătate și furnizarea de servicii medicale de bază în statele fragile). NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook (Manual privind strategia națională de sănătate în secolul 21). OMS, 2017. http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/

van Olmen, J și alții Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas (Situația sistemelor de sănătate în contextul lor politic: încadrarea agendelor divergente). BMC Public Health, 2012. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774

Siguranță

DRAFT

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care (Erori de diagnostic: educație și formare, instrumente electronice, factori umani, erori de medicație, multimorbiditate, tranziții de îngrijire). OMS, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. (Ghidul indicilor de siguranță ai spitalelor pentru evaluatori, ediția a 2-a) OMS, 2015. http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors (Serii tehnice privind îngrijirea primară mai sigură. Implicarea pacientului: erori administrative). OMS, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Medicamente

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual (Gestionarea medicamentelor la nivel de centru de sănătate). OMS, 2004. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/

Dispozitive medicale, inclusiv dispozitive de asistare

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices (Model global de cadru de reglementare pentru dispozitivele medicale, inclusiv dispozitivele medicale pentru diagnostic in vitro). OMS, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products (Lista produselor precalificate pentru diagnosticul in vitro). OMS, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Medicamente controlate

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care (Model de orientări privind furnizarea internațională de medicamente controlate pentru asistența medicală de urgență). International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Finanțarea în domeniul sănătății

Doocy și alții Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review (Abordări bazate pe numerar în situații de urgență umanitare, o analiză sistematică). International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang și alții The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda (Impactul asigurărilor de sănătate asupra utilizării asistenței medicale materne: dovezi din Ghana, Indonezia și Rwanda). Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Informații medicale

Checchi și alții Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action (Informații privind sănătatea publică la populațiile afectate de criză. O analiză a metodelor și a utilizării acestora pentru advocacy și acțiune). The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract

Creating a master health facility list (Crearea unei liste principale de facilități medicale). OMS, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. Health Information in Emergencies (Informațiile medicale în situații de urgență). WHO Bulletin, 2005. http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf

DRAFT

Evaluarea nevoilor de sănătate și stabilirea priorităților pentru serviciile de asistență medicală

Checchi, F și alții. Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61 (Sănătatea publică în rândul populației afectate de criză.
Ghid practic pentru factorii de decizie). Humanitarian Practice Network, decembrie 2007.
https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/

Prioritising Health Services in humanitarian crises (Acordarea de prioritate serviciilor de sănătate în crizele umanitare). Health and Education Research Team, 2014. http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/

Waldman, R.J. Prioritising health care in complex emergencies (Acordarea de prioritate asistenței medicale în situații de urgență complexe). The Lancet, 2001. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs (Statistici privind sănătatea mondială: monitorizarea ODD-urilor). OMS, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Prevenirea bolilor transmisibile

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide (Vaccinarea în situații de urgență umanitară, ghid de implementare). OMS, 2017.
http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Detectarea focarelor și reacția timpurie

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties (Listă de verificare și indicatori pentru monitorizarea progresului în dezvoltarea capacităților de bază ale RSI în statele părți). OMS, 2013. http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual (Manual de formare în domeniul supravegherii sanitare integrate și al supravegherii bazate pe răspunsul comunitar). OMS, 2015. http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based

Pregătirea și răspunsul în cazul apariției unui focar

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola (Mesaje-cheie pentru mobilizarea socială și implicarea comunității în zonele intense de transmisie, Ebola). OMS, 2014. http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/

Sănătatea copilului și a nou-născutului

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters (Disaster Preparedness Advisory Council, asigurarea sănătății copiilor în caz de dezastre). Pediatrics. 2015.
http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112

Hoddinott, J. Kinsey, B. Child growth in the time of drought (Creșterea copiilor în perioade secetoase). Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.
https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet (Includerea copiilor cu dizabilități în acțiunea umanitară, broșură medicală). UNICEF, 2017.
http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

DRAFT

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries (Clasificarea OMS revizuită și tratamentul pneumoniei infantile la centrele de sănătate, sinteză de date). OMS, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Îngrijirea leziunilor și a traumatismelor

Emergency Trauma Care (Îngrijirea traumatismelor în situații de urgență). Organizația Mondială a Sănătății, 2017. http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/

EMT initiative (Inițiativa EMT). OMS, 2017. https://extranet.who.int/emt/page/home

Global guidelines for the prevention of surgical site infection (Orientări globale pentru prevenirea infecțiilor chirurgicale la fața locului). OMS, 2016. http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition (Manual de aplicare pentru lista de verificare privind securitatea chirurgicală, ediția întâi). OMS, World Alliance for Patient Safety, 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP și alții Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™ (Definirea unor noi direcții pentru o gestionare mai eficientă a durerii postoperatorii în Statele Unite: sublinieri de la inaugurarea Surgical Pain Congress™). The American Surgeon, NCBI, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860

Malchow, Rj și alții The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism (Evoluția gestionării durerii la pacienți cu traumatisme critice: concepte emergente din războiul global împotriva terorismului). Critical Care Medicine, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262

Providing Care for an Influx of Wounded (Asigurarea îngrijirii pentru un influx de răniți). MSF, 2008. http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf

Sănătatea mintală

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings (Trusă de instrumente pentru integrarea sănătății mintale în asistența medicală generală în contextele umanitare). International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

Boli netransmisibile

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013 (Plan de acțiune pentru strategia globală de prevenire și control al bolilor netransmisibile 2008-2013). OMS, 2009. http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action (Bolile netransmisibile în situații de urgență: un apel la acțiune). PLOS Currents Disasters, 2013. http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/

Global Status Report on Non-communicable diseases (Raport privind situația mondială a bolilor netransmisibile). OMS, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings (Gestionarea bolilor cardiovasculare, diabetului, astmului și bolii pulmonare obstructive cronice în situații de urgență și umanitare). OMS, 2008.

DRAFT

Îngrijirea paliativă

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming (O abordare sensibilă la credință în răspunsul umanitar: orientări privind sănătatea mintală și programele psihosociale). The Lutheran World Federation și Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response (Standarde de îngrijire în caz de criză: cadru de sisteme pentru reacția la dezastre de mari proporții). Institute of Medicine. 2012. https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual (Modele etice în epidemii, cazuri de urgență și dezastre: cercetare, supraveghere și îngrijirea pacienților: manual de formare). OMS, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit (Set de instrumente pentru colaborarea cu liderii religioși). Coalition for Compassionate Care in California, 2017. http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/

Knaul, F. Farmer, P.E. și alții Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control (Raportul Comisiei Lancet privind accesul global la îngrijirea paliativă și controlul durerii). The Lancet, 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993

Intoxicarea

Chemical Hazards Compendium (Compendiu privind pericolele chimice). Guvernul Regatului Unit, 2013. https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents (Pregătirea pentru situații de urgență și răspunsul, foaie de observație privind agenții chimici specifici). Center for Disease control and prevention, 2013. https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women (Orientări privind identificarea și gestionarea expunerii directe în cazul femeilor însărcinate sau aflate la lactație). CDC, 2010. https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual (Managementul sănătății publice a incidentelor chimice, Manual OMS). OMS, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

DRAFT

Material auxiliar - Manualul Sphere

DRAFT

Cuprins

Anexa 1: Fundamentul juridic pentru Sphere

Anexa 2: Codul de conduită pentru Mișcarea Internațională de Cruce Roșie și Semilună Roșie și pentru Organizațiile Neguvernamentale (ONG-uri) în domeniul asistenței în caz de dezastre

Anexa 3: Abrevieri și acronime

DRAFT

Anexa 1
Fundamentul juridic pentru Sphere

Carta umanitară stabilește convingeri împărtășite și principii comune cu privire la acțiunea și responsabilitățile umanitare în situații de dezastru sau de conflict, reținând că acestea sunt reflectate în dreptul internațional. Următoarea listă adnotată de documente-cheie include cele mai relevante instrumente juridice internaționale referitoare la legislația internațională a drepturilor omului, dreptul internațional umanitar (DIU), dreptul refugiaților și acțiunea umanitară. Carta umanitară nu încearcă să înglobeze legislația și evoluțiile regionale. Resurse suplimentare și linkuri de Internet către alte orientări, principii, standarde și cadre care sprijină implementarea sunt disponibile pe website-ul Sphere, www.spherestandards.org. Notele sunt furnizate doar pentru documentele care necesită explicații, care au fost adăugate recent sau care au secțiuni specifice referitoare la dezastre sau conflicte.

Manualul Sphere reflectă preocupări specifice care fac parte din cadrul juridic internațional. În general, acestea includ dreptul la siguranță personală și la demnitate, dreptul la nediscriminare, precum și drepturile la apă și salubritate, la adăpost, la securitate alimentară și nutriție, precum și la asistență medicală. În timp ce doar unele dintre aceste drepturi sunt enunțate în pacte internaționale specifice, toate sunt în schimb incluse într-unul dintre instrumentele generale privind drepturile omului, fie că este vorba de drepturile civile și politice, fie de drepturile economice, sociale și culturale.

Prezenta anexă include documente organizate tematic în cinci categorii:

1. **Drepturile omului, protecție și vulnerabilitate**
2. **Conflictul armat și asistența umanitară**
3. **Refugiați și persoane strămutate în interiorul țării**
4. **Dezastre și asistență umanitară**
5. **Cadre de politică umanitară, orientări și principii privind drepturile omului, protecția și vulnerabilitatea în pregătirea și implementarea răspunsul umanitar în situații de urgență** www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Pentru a asigura claritatea cu privire la statutul fiecărui document în cadrul categoriilor respective, acestea sunt clasificate ca a) tratate și drept cutumiar sau b) orientări și principii oficial adoptate de ONU și de alți actori interguvernamentali.

1. Instrumente internaționale privind drepturile omului, protecția și vulnerabilitatea

Următoarele documente se referă în principal la drepturile omului recunoscute în tratate și declarații universale. Sunt incluse, de asemenea, o serie de documente-cheie referitoare la vârstă (copii și vârstnici), gen și dizabilități, deoarece acestea sunt unele dintre cele mai frecvente surse de vulnerabilitate în caz de dezastru sau conflict.

1.1 Tratatele și dreptul cutumiar privind drepturile omului, protecția și vulnerabilitatea

Tratatele privind drepturile omului se aplică statelor semnatare a tratatului în cauză, dar dreptul cutumiar (de exemplu, interzicerea torturii) se aplică tuturor statelor. Legislația privind drepturile omului se aplică în orice moment, cu două posibile excepții:

- Unele drepturi civile și politice limitate pot fi suspendate în cazul declarării unei situații de urgență națională, în conformitate cu articolul 4 din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice („derogare”).

DRAFT

- În timpul conflictelor armate recunoscute, dreptul internațional umanitar are întâietate în caz de neconcordanță cu legislația privind drepturile omului.

1.1.1. Drepturile universale ale omului

Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948 (DUDO), adoptată prin Rezoluția 217 A(III) a Adunării Generale a ONU din 10 decembrie 1948. www.un.org

Comentariu: Proclamată de Adunarea Generală a ONU în 1948, Declarația Universală a Drepturilor Omului a stabilit, pentru prima dată, drepturile fundamentale ale omului care urmează să fie protejate în mod universal. Nu este un tratat, dar se consideră, în general, că a devenit parte a dreptului internațional cutumiar. Prima frază a preambulului introduce conceptul de „demnitate inerentă" a ființelor umane ca bază fundamentală a drepturilor omului, iar articolul 1 afirmă: „Toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi".

Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice din 1966 (PIDCP), adoptat prin Rezoluția 2200A (XXI) a Adunării Generale a ONU din 16 decembrie 1966, intrat în vigoare la 23 martie 1976, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 999, pag. 171 și vol. 1057, pag. 407. www.ohchr.org

Al doilea Protocol facultativ la PIDCP 1989 (care vizează abolirea pedepsei cu moartea), adoptat prin Rezoluția 44/128 a Adunării Generale a ONU din 15 decembrie 1989, intrat în vigoare la 11 iulie 1991, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 1642, pag. 414. www.ohchr.org

Comentariu: Statele părți la PIDCP trebuie să respecte și să asigure drepturile tuturor persoanelor aflate pe teritoriul lor sau care țin de competența lor, recunoscând în același timp dreptul „popoarelor" la autodeterminare și egalitatea de drepturi între bărbați și femei. Unele drepturi (marcate cu asterisc*) nu pot fi suspendate niciodată, nici măcar în cazul în care un pericol public excepțional amenință existența națiunii.

Drepturile prevăzute în PIDCP: dreptul la viață;* interzicerea torturii și a altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante;* interzicerea sclaviei;* interzicerea arestării sau a detenției arbitrare; tratarea cu umanitate și cu respectarea demnității în detenție; interzicerea întemnițării pentru neexecutarea unei obligații contractuale;* libertatea de circulație și de alegere a reședinței; expulzarea străinilor doar în cazul executării unei decizii luate în conformitate cu legea; egalitate în fața legii, proces echitabil și beneficiul prezumției de nevinovăție în procesele penale; neretroactivitate în materie penală;* recunoașterea personalității juridice;* respectarea vieții private; libertatea de gândire, religie și conștiință;* libertatea de opinie, de exprimare și de întrunire pașnică; libertatea de asociere; dreptul la căsătorie și la viața de familie; protecția copiilor; dreptul de vot și de participare la conducerea treburilor publice; dreptul minorităților de a se bucura de propria lor cultură, religie și limbă.*

Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale din 1966 (PIDESC), adoptat prin Rezoluția 2200A (XXI) a Adunării Generale a ONU din 16 decembrie 1966, intrat în vigoare la 3 ianuarie 1976, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 993, pag. 3. www.ohchr.org

Comentariu: Statele părți convin să aloce maximum de resurse disponibile pentru „asigurarea progresivă" a exercitării depline a drepturilor recunoscute în pact, atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

Drepturile recunoscute în PIDESC: dreptul la muncă; dreptul de a primi o remunerație echitabilă; dreptul de a se afilia la sindicate; dreptul la securitate socială sau la asigurări sociale; dreptul la viață de familie, inclusiv protecția mamei după naștere și protecția copiilor împotriva exploatării; dreptul la un nivel de trai adecvat, inclusiv la hrană, îmbrăcăminte și locuință; dreptul la sănătate fizică și mintală; dreptul la educație; dreptul de a participa la viața culturală și de a se bucura de beneficiile progresului științific și cultural.

Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială din 1969 (ICERD), adoptată prin Rezoluția 2106 (XX) a Adunării Generale a ONU din 21 decembrie 1965, intrată în vigoare la 4 ianuarie 1969, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 660, pag. 195. www.ohchr.org

Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor din 1979 (CEDAW), adoptată prin Rezoluția 34/180 a Adunării Generale a ONU din 18 decembrie 1979, intrată în vigoare la 3 septembrie 1981, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 1249, pag. 13. www.ohchr.org

DRAFT

Convenția cu privire la drepturile copilului din 1989 (CDC), adoptată prin Rezoluția 44/25 a Adunării Generale a ONU din 20 noiembrie 1989, intrată în vigoare la 2 septembrie 1990, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 1577, pag. 3. www.ohchr.org

Protocolul opțional la CDC privind implicarea copiilor în conflictele armate din 2000, adoptat prin Rezoluția A/RES/54/263 a Adunării Generale a ONU din 25 mai 2000, intrat în vigoare la 12 februarie 2002, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 2173, pag. 222. www.ohchr.org

Protocolul opțional la CDC privind vânzarea copiilor, prostituția infantilă și pornografia infantilă din 2000, adoptat prin Rezoluția Adunării Generale a ONU A/RES/54/263 din 25 mai 2000, intrat în vigoare la 18 ianuarie 2002, Organizația Națiunilor Unite, Seria Tratate, vol. 2171, p. 227. www.ohchr.org

Comentariu: Convenția privind drepturile copilului a fost ratificată de aproape toate statele. Aceasta reafirmă drepturile fundamentale ale copiilor și identifică cazurile în care aceștia au nevoie de protecție specială (de exemplu, atunci când sunt separați de familiile lor). Protocoalele impun statelor care le-au ratificat să întreprindă acțiuni pozitive cu privire la aspecte specifice privind protecția copiilor.

Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități din 2006 (CDPD), adoptată prin Rezoluția Adunării Generale a ONU A/RES/61/106 din 13 decembrie 2006, intrată în vigoare la 3 mai 2008, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, Capitolul IV, 15. www.ohchr.org

Comentariu: CDPD sprijină drepturile persoanelor cu dizabilități prevăzute în toate celelalte tratate privind drepturile omului și se ocupă în mod special de sensibilizarea cu privire la persoanele cu dizabilități, de nediscriminare și de accesibilitatea serviciilor și facilităților. Există, de asemenea, o mențiune specială privind „situațiile de risc și urgențele umanitare" (Articolul 11).

1.1.2 Genocidul, tortura și alte fapte penale de încălcare a drepturilor omului

Convenția privind prevenirea și reprimarea crimei de genocid din 1948, adoptată prin Rezoluția 260 (III) a Adunării Generale a ONU din 9 decembrie 1948, intrată în vigoare la 12 ianuarie 1951, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 78, pag. 277. www.ohchr.org

Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante din 1984, adoptată prin Rezoluția 39/46 a Adunării Generale a ONU din 10 decembrie 1984, intrată în vigoare la 26 iunie 1987, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 1465, pag. 85. www.ohchr.org

Comentariu: Această convenție are un număr foarte mare de state părți. Interzicerea torturii este, de asemenea, general recunoscută în prezent ca parte a dreptului internațional cutumiar. Nicio situație de urgență publică sau de război nu poate fi invocată pentru a justifica tortura. Statele nu trebuie să returneze nicio persoană pe un teritoriu în care aceasta are motive întemeiate să creadă că ar fi în pericol de a fi torturată.

Statutul de la Roma al Curții Penale Internaționale din 1998, adoptat de Conferința diplomatică a ONU de la Roma, 17 iulie 1998, intrat în vigoare la 1 iulie 2002, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 2187, pag. 3. www.icrc.org

Comentariu: Articolul 9 din statut (Elementele constitutive ale crimelor), adoptat de Curtea Penală Internațională (CPI) în 2002, definește în detaliu crimele de război, crimele împotriva umanității și genocidul, codificând astfel o mare parte din dreptul penal internațional cutumiar. Curtea Penală Internațională poate să investigheze și să judece cauzele cu care este sesizată de Consiliul de Securitate al ONU (chiar dacă statul al cărei resortisantă este persoana acuzată nu este parte la tratat), precum și fapte penale pretins comise de resortisanți ai statelor părți la tratat sau pe teritoriul acestora.

1.2 Principii și orientări adoptate în mod oficial de Organizația Națiunilor Unite și de alți actori interguvernamentali privind drepturile omului, protecția și vulnerabilitatea

DRAFT

Planul internațional de acțiune de la Madrid privind îmbătrânirea din 2002, a doua Adunare mondială a ONU privind îmbătrânirea, Madrid, 2002, aprobat prin Rezoluția 37/51 a Adunării Generale a ONU din 3 decembrie 1982. www.ohchr.org

Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele vârstnice 1991, Rezoluția 46/91 a Adunării Generale a ONU din 16 decembrie 1991. www.ohchr.org

2. Instrumente internaționale privind conflictele armate, dreptul internațional umanitar și asistența umanitară

2.1 Tratatele și dreptul cutumiar privind conflictele armate, dreptul internațional umanitar și asistența umanitară

Dreptul internațional umanitar (DIU) specifică pragurile de la care un conflict violent devine „conflict armat" și, prin urmare, face ca acest regim juridic special să fie aplicabil. Comitetul Internațional al Crucii Roșii (CICR) este depozitarul oficial al tratatelor de drept internațional umanitar și oferă numeroase informații și resurse pe site-ul său de Internet, inclusiv comentariul oficial privind Convențiile de la Geneva și protocoalele acestora, precum și normele ce reglementează dreptul internațional umanitar cutumiar. www.icrc.org

2.1.1 Tratatele de bază ale DIU

Cele patru Convenții de la Geneva din 1949

Protocolul adițional la Convențiile de la Geneva privind protecția victimelor conflictelor armate internaționale din 1977 (Protocolul I)

Protocolul adițional la Convențiile de la Geneva privind protecția victimelor conflictelor armate neinternaționale din 1977 (Protocolul II). www.icrc.org

Comentariu: Cele patru Convenții de la Geneva - la care toate statele sunt părți și care sunt, de asemenea, general acceptate ca parte a dreptului cutumiar - se referă la protecția și tratamentul răniților și bolnavilor în războaiele pe uscat (I) și pe mare (II), la tratamentul prizonierilor de război (III) și la protecția civililor în timpul conflictelor armate (IV). Acestea se aplică în primul rând conflictelor armate internaționale, cu excepția articolului 3 comun tuturor celor 4 convenții care se referă la conflictele neinternaționale, și a altor elemente acceptate în prezent ca drept cutumiar în conflictele neinternaționale. Cele două protocoale din 1977 au actualizat convențiile de la acea vreme, în special în ceea ce privește definițiile combatanților și codificarea conflictelor neinternaționale. O serie de state nu au aderat la protocoale.

2.1.2 Tratatele privind armele cu acces restricționat, minele antipersonal și bunurile culturale

În plus față de „legea de la Geneva" prezentată mai sus, există, de asemenea, un corp de legi adesea descris ca fiind „legea de la Haga" privind conflictele armate. Aceasta include Convenția privind protecția bunurilor culturale și o serie de convenții privind tipurile de arme care sunt restricționate sau interzise, inclusiv gazele și alte arme chimice și biologice, armele convenționale care ucid fără discriminare sau provoacă suferințe inutile, precum și minele antipersonal și munițiile cu dispersie. www.icrc.org

2.1.3 Drept internațional umanitar cutumiar

Dreptul internațional umanitar cutumiar se referă la dreptul conflictelor armate care este acceptat de state, prin declarațiile, politicile și practicile lor, ca reprezentând norme cutumiare care se aplică tuturor statelor, indiferent de aderarea acestora la tratatele de drept internațional umanitar. Nu există o listă convenită a normelor cutumiare, dar cea mai avizată interpretare este studiul de mai jos.

Customary International Humanitarian Law (Drept internațional umanitar cutumiar) (CIHL) Study, ICRC, Henckaerts, J-M. & Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge and New York, 2005. www.icrc.org

DRAFT

Comentariu: Studiul acoperă aproape întregul domeniu de aplicare a dreptului conflictelor armate. Acesta enumeră 161 de norme specifice și precizează dacă fiecare se aplică în cazul unui conflict armat internațional și/sau al unui conflict armat fără caracter internațional. În timp ce unii comentatori juridici îi critică metodologia, studiul DIUC a apărut în urma unui proces de cercetare riguros și consultativ pe scară largă, desfășurat pe parcursul a zece ani, iar autoritatea sa ca o colecție și interpretare a normelor cutumiare este recunoscută pe scară largă.

2.2 Principii și orientări adoptate în mod oficial de Organizația Națiunilor Unite și de alți actori interguvernamentali privind conflictele armate, dreptul internațional umanitar și asistența umanitară

„Aide Memoire" al Consiliului de Securitate al ONU privind protecția din 2002, actualizat în 2003 (S/PRST/2003/27). undocs.org

Comentariu: Nu reprezintă o rezoluție cu caracter obligatoriu pentru state, ci un document de orientare pentru Consiliul de Securitate al ONU în ceea ce privește menținerea păcii și situațiile urgente de conflict, rezultat în urma consultărilor cu o serie de agenții ONU și comitete permanente inter-agenții (IASC).

Rezoluțiile Consiliului de Securitate al ONU privind violența sexuală și situația femeilor în conflictele armate, în special prima rezoluție de acest tip, numărul 1325 (2000) privind femeile, pacea și securitatea, care a reprezentat o piatră de hotar în abordarea violenței împotriva femeilor în situații de conflict armat, și, ulterior, Rez. 1820 (2008), Rez 1888 (2009), Rez 1889 (2009) și Rez. 1325(2012). Toate rezoluțiile Consiliului de Securitate al ONU, în funcție de an și număr, sunt disponibile la: www.un.org

3. Instrumente internaționale privind refugiații și persoanele strămutate în interiorul țării

3.1 Tratate privind refugiații și persoanele strămutate în interiorul țării

Pe lângă tratatele internaționale, această secțiune include două tratate ale Uniunii Africane (fosta Organizație a Unității Africane, sau OUA), deoarece ambele au stabilit precedente istorice.

Convenția privind statutul refugiaților din 1951 (astfel cum a fost modificată), adoptată de Conferința plenipotențiarilor Națiunilor Unite privind statutul refugiaților și apatrizilor, Geneva, 2-25 iulie 1951, intrată în vigoare la 22 aprilie 1954, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 189, pag. 137. www.unhcr.org

Protocolul privind statutul refugiaților din 1967, de care a luat notă Adunarea Generală a ONU în Rezoluția 2198 (XXI) 2 din 16 decembrie 1966, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 606, pag. 267. www.unhcr.org

Comentariu: Reprezentând primul acord internațional privind refugiații, Convenția definește refugiatul ca fiind o persoană care, „[...] în urma [...] unor temeri justificate de a fi persecutată datorită rasei, religiei, naționalității, apartenenței la un anumit grup social sau opiniilor sale politice, se află în afara țării a cărei cetățenie o are și care nu poate sau, datorită acestei temeri, nu dorește protecția acestei țări [...]"

Convenția OUA care reglementează aspectele specifice ale problemelor refugiaților în Africa din 1969, adoptată de Adunarea șefilor de stat și de guvern la cea de-a șasea sesiune ordinară, Addis Abeba, 10 septembrie 1969. www.unhcr.org

Comentariu: Aceasta acceptă și extinde definiția Convenției din 1951 pentru a include „[...] persoanele care au fost obligate să își părăsească țara nu numai ca urmare a persecuției, ci și ca urmare a agresiunii externe, a ocupației, a dominației străine sau a unor evenimente care tulbură grav ordinea publică [...]". De asemenea, recunoaște grupurile nestatale ca fiind autorii persecuției și nu cere ca refugiații să demonstreze o legătură directă între ei și viitorul pericol.

Convenția Uniunii Africane pentru protecția și asistența persoanelor strămutate intern în Africa (Convenția de la Kampala) din 2009, adoptată de un summit extraordinar al Uniunii Africane, care a avut loc la Kampala, a

DRAFT

intrat în vigoare la 6 decembrie 2012. au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Comentariu: Aceasta este prima convenție multilaterală privind persoanele strămutate în interiorul țării.

3.2 Principii și orientări adoptate în mod oficial de Organizația Națiunilor Unite și de alți actori interguvernamentali privind refugiații și persoanele strămutate în interiorul țării

Principiile directoare privind strămutarea internă din 1998, recunoscute în septembrie 2005 de șefii de stat și de guvern reuniți la Summitul mondial de la New York prin Rezoluția 60/L.1 a Adunării Generale a ONU (132, Doc. ONU A/60/L.1) ca fiind „un cadru internațional important pentru protecția persoanelor strămutate în interiorul țării". www.ohchr.org

Comentariu: Aceste principii se bazează pe dreptul internațional umanitar și pe legislația internațională privind drepturile omului, precum și pe legislația analogă privind refugiații, și sunt menite să servească drept standard internațional pentru a ghida guvernele, organizațiile internaționale și toți ceilalți actori relevanți în furnizarea de asistență și protecție pentru persoanele strămutate intern.

4. Instrumente internaționale privind dezastrele și asistența umanitară

4.1 Tratate privind catastrofele și asistența umanitară

Convenția privind securitatea personalului Organizației Națiunilor Unite și a celui asociat din 1994, adoptată prin Rezoluția 49/59 a Adunării Generale a ONU din 9 decembrie 1994, intrată în vigoare la 15 ianuarie 1999, Națiunile Unite, Seria Tratate, vol. 2051, pag. 363.

Protocolul opțional la Convenția privind siguranța personalului Organizației Națiunilor Unite și a celui asociat din 2005, adoptat prin Rezoluția A/60/42 a Adunării Generale a ONU din 8 decembrie 2005, intrat în vigoare la 19 august 2010, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 2689, pag. 59. www.un.org

Comentariu: În Convenție, protecția este limitată la operațiunile de menținere a păcii ale ONU, cu excepția cazului în care ONU a declarat un „risc excepțional" pentru personalul în cauză - o cerință nepractică. Protocolul corectează această deficiență majoră a Convenției și extinde protecția juridică la toate operațiunile ONU, de la asistența umanitară de urgență la consolidarea păcii și la furnizarea de asistență umanitară, politică și pentru dezvoltare.

Convenția de la Tampere privind asigurarea resurselor de telecomunicații pentru atenuarea efectelor dezastrelor și acțiuni umanitare din 1998, aprobată de Conferința interguvernamentală privind telecomunicațiile de urgență din 1998, intrată în vigoare la 8 ianuarie 2005, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 2296, pag. 5. www.itu.int

Convenția-cadru a ONU asupra schimbărilor climatice din 1992 (CCONUSC), adoptată de Conferința Națiunilor Unite privind mediul și dezvoltarea, Rio de Janeiro, 4-14 iunie 1992, salutată de Adunarea Generală a ONU prin Rezoluția 47/195 din 22 decembrie 1992, intrată în vigoare la 21 martie 1994, Națiunile Unite, Colecția Tratate, vol. 1771, pag. 107. unfccc.int

- **Protocolul de la Kyoto la CCONUSC din 1997**, adoptat la cea de-a treia sesiune a Conferinței părților (COP-3) la Convenția-cadru, Kyoto, Japonia, 1997, intrat în vigoare la 16 februarie 2005, Organizația Națiunilor Unite, Colecția Tratate, vol. 2303, pag. 148. unfccc.int

- **Acordul de la Paris 2015**, adoptat la cea de-a 21-a sesiune a Conferinței părților la Convenția-cadru (COP-21), Paris, Franța, decembrie 2015, intrare în vigoare în noiembrie 2016. unfccc.int

Comentariu: CCONUSC, Protocolul de la Kyoto și Acordul de la Paris fac parte dintr-un singur tratat-cadru. Abordează necesitatea urgentă de implementare a strategiilor de adaptare la schimbările climatice și de reducere a riscurilor, precum și de consolidare a capacităților locale și a rezilienței, în special în țările

DRAFT

predispuse la dezastre naturale. Acestea pun accentul pe strategiile de reducere a dezastrelor și pe gestionarea riscurilor, în special în ceea ce privește schimbările climatice.

4.2 Principii și orientări adoptate în mod oficial de Organizația Națiunilor Unite și de alți actori interguvernamentali privind dezastrele și asistența umanitară

Consolidarea coordonării asistenței umanitare de urgență a Organizației Națiunilor Unite, și anexa, Principii directoare, Rezoluția 46/182 a Adunării Generale din 19 decembrie 1991. www.unocha.org

Comentariu: Această rezoluție a dus la crearea Departamentului ONU pentru Afaceri Umanitare, care a devenit Oficiul ONU pentru Coordonarea Afacerilor Umanitare (OCHA) în 1998.

Cadrul de la Sendai pentru reducerea riscurilor de dezastre 2015-2030 (Cadrul Sendai). www.unisdr.org

Comentariu: Cadrul Sendai este instrumentul care succede Cadrului de acțiune de la Hyogo (HFA) 2005-2015: consolidarea rezilienței națiunilor și comunităților în fața dezastrelor. A fost adoptat printr-o declarație la cea de-a treia Conferință mondială a ONU privind reducerea riscului de dezastre din 2015 și a fost aprobat de Adunarea Generală a ONU (în Rezoluția 69/283). Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru Reducerea Riscurilor de Dezastre (UNISDR) sprijină punerea sa în aplicare. Este un acord voluntar și neobligatoriu, cu o durată de 15 ani, care are ca obiectiv reducerea substanțială a riscurilor de dezastre și a pierderilor de vieți omenești, mijloacelor de subzistență și de sănătate.

Orientări pentru facilitarea și reglementarea la nivel național a ajutorului internațional de urgență în caz de dezastre și a asistenței pentru redresare inițială (Orientări IDRL) 2007, adoptate de cea de-a 30-a Conferință internațională de Cruce Roșie și Semilună Roșie (care include statele părți la Convențiile de la Geneva). www.ifrc.org

5. Cadre de politică umanitară, orientări și principii privind drepturile omului, protecția și vulnerabilitatea în pregătirea și implementarea răspunsului umanitar în situații de urgență

În prezent, există o serie de orientări operaționale cu caracter general și specific privind răspunsul umanitar în situații de urgență. Având în vedere că aceste instrumente nu mai fac distincție între conflicte armate, situațiile refugiaților și răspunsuri în caz de dezastre, este prezentată mai jos o selecție sub următoarele titluri tematice: standarde generale; egalitatea de gen și protecția împotriva violenței bazate pe gen; copii în situații de urgență; refugiați și persoane strămutate în interiorul țării.

1. Standarde complementare Sphere

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS) (Standardele minime privind protecția copilului în acțiunile umanitare). *Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (The Alliance), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net*

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Criterii minime de analiză a pieței). *The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org*

Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery (Standarde minime INEE pentru educație: pregătire, răspuns, recuperare). *Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010. http://s3.amazonaws.com*

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) (Orientări și standarde de urgență privind creșterea animalelor). *LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net*

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) (Standarde minime de redresare economică). *The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org*

DRAFT

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities (Standarde umanitare de includere a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități). *Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. https://reliefweb.int*

2. Alte coduri, orientări și manuale, structurate pe teme

2.1 Standarde generale de protecție și de calitate în răspunsul umanitar

Codul de conduită pentru Mișcarea Internațională de Cruce Roșie și Semilună Roșie și pentru organizațiile neguvernamentale (ONG-uri) în domeniul ajutorului în caz de dezastre ⊕ *a se vedea* Anexa 2.

Principiile fundamentale ale Mișcării Internaționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie 1965*, adoptate de cea de-a 20-a Conferință Internațională a Crucii Roșii. www.ifrc.org*

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters (Directive operaționale privind protecția persoanelor aflate în situații de dezastre naturale), *Inter-Agency Standing Committee and Brookings–Bern Project on Internal Displacement. 2011. https://www.brookings.edu*

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007 (Directive IASC privind sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență), *UN Inter-Agency Standing Committee. www.who.int*

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action (Orientări IASC privind includerea persoanelor cu dizabilități în acțiunile umanitare). *https://interagencystandingcommittee.org*

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016 (Politica IASC privind protecția în acțiunile umanitare 2016). *UN Inter-Agency Standing Committee. https://interagencystandingcommittee.org*

Principii și bune practici în materie de acțiuni umanitare din 2003, *aprobate de Conferința de la Stockholm a țărilor donatoare, a agențiilor ONU, a ONG-urilor și a Mișcării Internaționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie și semnate de Comisia Europeană și de 16 state. www.ghdinitiative.org*

Standarde profesionale pentru activitatea de protecție. *2018. Comitetul Internațional al Crucii Roșii (CICR) https://shop.icrc.org*

Dreptul și standardele internaționale aplicabile în situații de dezastre naturale (Manualul juridic al IDLO) 2009*, Organizația Internațională de Drept al Dezvoltării (IDLO). https://www.sheltercluster.org*

2.2 Egalitatea de gen și protecția împotriva violenței bazate pe gen (VBG)

GBV Constant Companion (Ghid de buzunar privind violența bazată pe gen). *Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. https://sheltercluster.org*

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006*, "Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action" (Femei, fete, băieți și bărbați: nevoi diferite, șanse egale, un manual pentru acțiunea umanitară). Inter-Agency Standing Committee. http://www.unhcr.org*

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance (Planul de pregătire a taberei în funcție de gen: planificarea așezărilor, tabere formale, așezări informale). *Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. https://www.sheltercluster.org*

IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (Orientări pentru integrarea intervențiilor împotriva violenței bazate pe gen în acțiunile umanitare). *2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee și Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org*

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs (Integrarea gestionării riscului de dezastre în funcție de gen în programele de dezvoltare la nivelul

DRAFT

comunității). *Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. Nr. 6 World Bank. 2012. https://openknowledge.worldbank.org*

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines (Reducerea riscurilor de dezastre acordând atenție dimensiunii de gen: politici și orientări practice). *Geneva; UNISDR, UNDP și IUCN. 2009. https://www.unisdr.org*

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement (Note de orientare: lucrul cu bărbați și băieți supraviețuitori ai violenței sexuale și bazate pe gen în cazul strămutării forțate). *UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org*

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement (Note de orientare: lucrul cu persoanele lesbiene, homosexuale, bisexuale, transgen și intersexuale în cazul strămutării forțate), *UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org*

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters (Previzibil, evitabil: bune practici pentru abordarea violenței interpersonale și îndreptate împotriva propriei persoane în timpul dezastrelor și ulterior acestora). *Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. www.ifrc.org*

2.3 Copiii în situații de urgență

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children (Manual de teren privind copiii neînsoțiți sau separați de familie). *2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. https://reliefweb.int*

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (Standarde minime privind protecția copilului în acțiunile umanitare). *2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee și Global Protection Cluster (Child Protection Working Group). cpwg.net*

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children (Principii directoare inter-agenții privind copiii neînsoțiți sau separați de familie), *2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK și International Rescue Committee. https://www.icrc.org*

2.4 Refugiați și persoane strămutate în interiorul țării

UNHCR (Agenția ONU pentru refugiați) dispune de un mandat special pentru protecția refugiaților în conformitate cu Convenția și Protocolului privind refugiații. UNHCR propune numeroase resurse pe site-ul său de Internet. www.unhcr.org

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (Manual IASC pentru protecția persoanelor strămutate pe plan intern). *UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org*

DRAFT

Anexa 2
Codul de conduită pentru Mișcarea Internațională de Cruce Roșie și Semilună Roșie și pentru organizațiile neguvernamentale (ONG-uri) în operațiunile de ajutor în caz de dezastru

Conceput de Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie împreună cu Comitetul Internațional al Crucii Roșii[1]

Obiectiv

Prezentul Cod de conduită urmărește să vegheze asupra standardelor noastre deontologice. Nu abordează detalii operaționale, cum ar fi modul de calcul al rațiilor alimentare sau de instalare a unei tabere de refugiați, ci mai degrabă caută să mențină standardele înalte de independență, eficacitate și impact la care aspiră atât ONG-urile de intervenție în caz de dezastru, cât și Mișcarea Internațională de Cruce Roșie și Semilună Roșie. Este un cod voluntar, impus prin voința organizației care îl acceptă în vederea menținerii standardelor care-l definesc.

În caz de conflict armat, prezentul Cod de conduită va fi interpretat și aplicat în conformitate cu dreptul internațional umanitar.

Pentru început, este prezentat Codul de conduită propriu-zis, urmat de trei anexe care descriu mediul de lucru pe care am dori ca guvernele gazdă, guvernele donatoare și organizațiile interguvernamentale să-l creeze pentru a facilita acordarea eficace a asistenței umanitare

Definiții

ONG: ONG-urile (organizații neguvernamentale) se referă aici la organizații, atât naționale, cât și internaționale, care sunt independente de guvernul țării în care sunt înființate.

NGHA: În sensul prezentului text, termenul de Agenții umanitare neguvernamentale (NGHA) a fost introdus pentru a desemna componentele Mișcării Internaționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie - Comitetul Internațional al Crucii Roșii, Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie și Societățile Naționale membre ale acesteia - și ONG-urile, astfel cum au fost definite mai sus. Codul de față se referă în mod specific la acele NGHA care sunt implicate în intervenții în caz de dezastru.

OIG: OIG (Organizații interguvernamentale) se referă la organizațiile înființate de două sau mai multe guverne. Prin urmare, conceptul include toate agențiile din cadrul Organizației Națiunilor Unite, precum și organizațiile regionale.
Dezastre. Dezastrul este un eveniment catastrofic care provoacă pierderi de vieți omenești, suferințe și dificultăți importante pentru oameni și pagube materiale la scară largă.

[1] *Sponsorizat de:* Caritas Internationalis,* Catholic Relief Services,* Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie,* Alianța Internațională Salvați Copiii,* Federația Luterană Mondială,* Oxfam,* Consiliul Mondial al Bisericilor,* Comitetul Internațional al Crucii Roșii (* membri ai Comitetului coordonator de intervenție umanitară).

DRAFT

Codul de conduită

Principii de conduită pentru Mișcarea Internațională de Cruce Roșie și Semilună Roșie și ONG-uri în programele de intervenție în caz de dezastru

1. Imperativul umanitar este pe primul plan

Dreptul de a primi și de a acorda asistență umanitară este un principiu umanitar fundamental, de care ar trebui să beneficieze toți cetățenii din toate țările. În calitate de membri ai comunității internaționale, suntem conștienți că avem obligația de a acorda asistență umanitară acolo unde aceasta este necesară. Prin urmare, necesitatea accesului liber la populațiile afectate este de o importanță fundamentală în exercitarea acestei responsabilități. Principala motivație a intervențiilor noastre în caz de dezastru este alinarea suferinței umane a celor care sunt cel mai puțin pregătiți să facă față stresului provocat de un dezastru. Ajutorul umanitar pe care îl acordăm nu servește interese nici partizane, nici politice, și nu ar trebui interpretat în acest sens.

2. Ajutorul este acordat indiferent de rasa, crezul sau naționalitatea beneficiarilor și fără nici un fel de discriminare. Prioritățile de acordare a ajutorului sunt stabilite numai în funcție de necesități

Ori de câte ori este posibil, vom acorda ajutor în baza unei evaluări amănunțite a nevoilor victimelor dezastrului și a capacităților locale deja existente care pot răspunde respectivelor nevoi. În cadrul tuturor intervențiilor noastre, vom ține cont de principiul proporționalității. Suferința umană trebuie alinată oriunde este întâlnită; viața este la fel de prețioasă pe întreg teritoriul unei țări. Astfel, ajutorul pe care îl acordăm va reflecta gradul de suferință pe care dorim să o alinăm. În implementarea acestei abordări, recunoaștem rolul crucial pe care îl joacă femeile în comunitățile expuse la dezastre și ne vom asigura că acest rol este susținut și nu diminuat de intervențiile noastre de ajutorare. Implementarea unei astfel de politici universale, imparțiale și independente nu poate fi eficace decât dacă noi și partenerii noștri avem acces la resursele necesare acordării unui astfel de ajutor echitabil și dacă avem acces egal la toate victimele dezastrelor.

3. Ajutorul nu va fi utilizat pentru a promova un anumit punct de vedere politic sau religios

Ajutorul umanitar va fi acordat în funcție de nevoile persoanelor, familiilor și comunităților. Fără a nega dreptul NGHA de a îmbrățișa anumite opinii politice sau religioase, afirmăm că asistența nu va depinde de adeziunea beneficiarilor la aceste opinii. Nu vom asocia în niciun fel promisiunea, furnizarea sau distribuirea de asistență cu îmbrățișarea sau acceptarea unui anumit crez politic sau religios.

4. Vom depune toate eforturile pentru a nu acționa ca instrumente ale politicii externe guvernamentale

NGHA sunt agenții care acționează independent de guverne. Prin urmare, ne formulăm propriile politici și strategii de implementare și nu încercăm să implementăm politica niciunui guvern, cu excepția cazului în care aceasta coincide cu politica noastră independentă. Nu vom permite, cu bună știință sau din neglijență, ca noi sau angajații noștri să fie folosiți în scopul colectării de informații confidențiale de natură politică, militară sau economică pentru guverne sau alte organisme care le-ar putea utiliza în alte scopuri decât cele strict umanitare, și nici nu vom acționa ca instrumente de politică externă a guvernelor donatoare. Vom folosi asistența pe care o primim pentru a răspunde nevoilor identificate, asistență care nu ar trebui să fie motivată de necesitatea donatorilor de a se debarasa de surplusurile lor, nici de interesele politice ale unuia sau altuia dintre donatori. Apreciem și încurajăm oferirea voluntară de mână de lucru și finanțare de către persoanele preocupate de susținerea activităților noastre și recunoaștem independența unei acțiuni care are la bază o astfel de motivație voluntară. Pentru a ne proteja independența, vom încerca să evităm să depindem de o singură sursă de finanțare.

5. Vom respecta cultura și obiceiurile

Vom depune toate eforturile pentru a respecta cultura, structurile și obiceiurile comunităților și ale țărilor în care ne desfășurăm activitatea.

6. Vom încerca să planificăm și să derulăm intervențiile noastre pe baza capacităților locale

Toate persoanele și toate comunitățile - chiar și în caz de dezastru - posedă atât capacități, cât și vulnerabilități. Acolo unde este posibil, vom consolida aceste capacități prin angajarea de personal local, prin achiziționarea de materiale locale și prin comerțul cu companii locale. Acolo unde este posibil, vom lucra în

DRAFT

parteneriat cu NGHA locale ca parteneri în planificarea și implementarea intervențiilor, iar acolo unde este cazul, vom colabora cu structurile guvernamentale locale. Vom acorda prioritate ridicată coordonării adecvate a intervențiilor noastre de urgență. Acest lucru este cel mai bine realizat în țările în cauză de către cei direct implicați în operațiunile de ajutorare și trebuie să includă reprezentanți ai organismelor relevante ale ONU.

7. **Se vor găsi metode de implicare a beneficiarilor intervenției în gestionarea ajutorului**

Intervențiile de asistență în caz de dezastru nu ar trebui niciodată să le fie impuse beneficiarilor. Un ajutor eficient și o redresare de durată pot fi realizate cel mai bine atunci când beneficiarii vizați sunt implicați în planificarea, gestionarea și implementarea intervenției de asistență. Ne vom strădui să implicăm întreaga comunitate în intervențiile noastre de ajutorare și redresare.

8. **Acordarea ajutorului trebuie să încerce să reducă viitoarele vulnerabilități în caz de dezastru, precum și să satisfacă necesitățile de bază**

Toate acțiunile de ajutorare afectează perspectivele de dezvoltare pe termen lung, fie într-un mod pozitiv, fie într-un mod negativ. Conștientizând acest lucru, ne vom strădui să implementăm intervenții de ajutorare care să reducă în mod activ vulnerabilitatea beneficiarilor la viitoarele dezastre și să contribuie la crearea unor stiluri de viață durabile. Vom acorda o atenție deosebită problemelor de mediu în elaborarea și gestionarea intervențiilor de ajutorare. Ne vom strădui, de asemenea, să reducem la minim impactul negativ al asistenței umanitare, încercând să evităm ca beneficiarii să devină dependenți pe termen lung de ajutor extern.

9. **Ne considerăm responsabili atât față de cei pe care noi încercăm să-i ajutăm, cât şi față de cei de la care acceptăm resurse**

Acționăm adesea ca o verigă instituțională în parteneriatul dintre cei care doresc să acorde asistență și cei care au nevoie de aceasta în timpul dezastrelor. Prin urmare, ne considerăm responsabili în fața ambelor categorii. Toate raporturile noastre cu donatorii și beneficiarii vor reflecta o atitudine deschisă și transparentă. Recunoaștem necesitatea de a raporta cu privire la activitățile noastre, atât din punct de vedere financiar, cât și din perspectiva eficienței. Recunoaștem obligația de a asigura o monitorizare adecvată a distribuirii ajutoarelor și de a efectua evaluări periodice ale impactului asistenței în caz de dezastru. De asemenea, vom încerca să raportăm, într-o manieră deschisă, cu privire la impactul muncii noastre și factorii care îngrădesc sau favorizează respectivul impact. Intervențiile noastre se vor baza pe standarde înalte de profesionalism și expertiză, pentru a reduce la minimum risipa de resurse valoroase.

10. **În activitățile noastre de informare, publicitate și promovare, vom recunoaște că victimele dezastrului sunt ființe umane demne și nu obiecte care inspiră milă**

Victimele dezastrului trebuie să fie întotdeauna privite cu respect și considerate parteneri egali în cadrul acțiunilor noastre. În acțiunile noastre de informare publică vom prezenta o imagine obiectivă a situației dezastrului, în care să fie evidențiate capacitățile și aspirațiile victimelor dezastrului, și nu doar vulnerabilitățile și temerile acestora. În cursul colaborării cu mass media pentru îmbunătățirea reacției publice, nu vom permite ca cererile de publicitate externe sau interne să treacă înaintea principiului de optimizare a asistenței globale. Vom evita să concurăm cu alte agenții de intervenție pentru acoperire mediatică în caz de dezastru în situațiile în care o astfel de acoperire ar putea fi în dezavantajul serviciului oferit beneficiarilor sau în detrimentul siguranței personalului nostru sau al beneficiarilor.

Mediul de lucru

Odată ce am convenit unilateral asupra eforturilor de respectare a Codului sus-menționat, vă prezentăm mai jos, cu titlu orientativ, câteva principii directoare care descriu mediul de lucru pe care am dori să-l vedem creat de guvernele donatoare, guvernele gazdă şi organizațiile interguvernamentale – în special agențiile ONU – în vederea facilitării unei participări eficiente a NGHA la intervențiile în caz de dezastru.

Aceste linii directoare sunt oferite cu titlu orientativ. Ele nu constituie obligații legale și nu ne așteptăm ca guvernele și OIG-urile să indice acceptarea acestora prin semnarea vreunui document, deși acest lucru ar putea constitui un obiectiv al unor demersuri viitoare.s Recomandările sunt prezentate într-un mod transparent și cooperant, astfel încât partenerii noștri să devină conștienți de relația ideală pe care dorim să o avem cu ei.

DRAFT

Anexa I: Recomandări adresate guvernelor țărilor afectate de dezastre

1. **Guvernele trebuie să recunoască și să respecte acțiunile independente, umanitare și imparțiale ale NGHA.**

NGHA sunt organisme independente. Această independență și imparțialitate trebuie respectate de guvernele gazdă.

2. **Guvernele gazdă trebuie să faciliteze accesul rapid al NGHA la victimele dezastrelor.**

Pentru ca NGHA să acționeze în deplină conformitate cu principiile lor umanitare, este necesar să li se acorde acces rapid și imparțial la victimele dezastrelor, în scopul furnizării de asistență umanitară. Este obligația guvernului gazdă, ca parte a exercitării responsabilității suverane, să nu blocheze o astfel de asistență și să accepte acțiunile imparțiale și apolitice ale NGHA. Guvernele gazdă ar trebui să faciliteze intrarea rapidă în țară a personalului de ajutorare, în special prin renunțarea la cerințele de tranzit, la vizele de intrare și ieșire sau prin acordarea rapidă a acestora. Guvernele trebuie să acorde autorizații de survol și drepturi de aterizare pentru aeronavele care transportă provizii și personal de ajutor internațional, pe durata etapei de ajutorare în situații de urgență.

3. **Guvernele trebuie să faciliteze circulația în timp util a ajutoarelor și a informațiilor în timpul situațiilor de dezastru.**

Echipamentul și proviziile destinate ajutorării sunt aduse în respectiva țară numai în scopul alinării suferinței umane și nu în vederea unui câștig sau profit comercial. În mod obișnuit, transportul unor astfel de provizii ar trebui să fie liber şi nerestricționat şi ajutoarele nu ar trebui supuse cerințelor legate de certificatele de origine sau facturile eliberate de consulat, licențele de import și/sau export sau alte restricții sau supuse taxelor de import, taxelor de aterizare sau taxelor portuare.

Importul temporar de echipamente de asistență necesare, inclusiv vehicule, aeronave ușoare și echipamente de telecomunicații, trebuie facilitat de către guvernul gazdă prin renunțarea temporară a restricțiilor privind licențele sau înmatricularea. De asemenea, guvernele nu trebuie să restricționeze reexportarea echipamentelor de asistență la finalizarea unei acțiuni de ajutorare.

Pentru a facilita comunicarea în caz de dezastru, guvernele gazdă sunt încurajate să desemneze anumite frecvențe radio pe care organizațiile de ajutorare le pot utiliza în interiorul țării și pentru comunicații internaționale în scopul comunicării cu privire la situația de dezastru și să anunțe aceste frecvențe comunității de intervenție înainte ca dezastrul să aibă loc. Guvernele trebuie să autorizeze personalul de asistență să utilizeze toate mijloacele de comunicare necesare derulării operațiunilor de asistență.

4. **Guvernele trebuie să încerce să furnizeze un serviciu coordonat de informare și planificare cu privire la dezastru**

Planificarea și coordonarea generală a eforturilor de ajutorare sunt, în ultimă instanță, responsabilitatea guvernului gazdă. Planificarea și coordonarea pot fi mult îmbunătățite în cazul în care NGHA primesc informații privind nevoile de asistență și sistemele guvernamentale pentru planificarea și implementarea eforturilor de asistență, precum și informații privind potențialele riscuri de securitate pe care le pot întâmpina. Guvernele sunt încurajate să furnizeze astfel de informații către NGHA.

Pentru a facilita o coordonare eficace și utilizarea eficientă a eforturilor de ajutorare, guvernele gazdă sunt îndemnate să desemneze, înainte de dezastru, un punct de contact unic pentru ca NGHA ce se angajează să răspundă să țină legătura cu autoritățile naționale.

5. **Ajutor în caz de dezastru în cazul unui conflict armat**

În caz de conflict armat, acțiunile de ajutorare sunt guvernate de dispozițiile relevante ale dreptului internațional umanitar.

Anexa II: Recomandări pentru guvernele donatoare

DRAFT

1. **Guvernele donatoare trebuie să recunoască și să respecte acțiunile independente, umanitare și imparțiale ale NGHA.**

NGHA sunt organisme independente a căror independență și imparțialitate trebuie respectate de către guvernele donatoare. Guvernele donatoare nu trebuie să folosească NGHA pentru a promova niciun scop politic sau ideologic.

2. **Guvernele donatoare trebuie să asigure finanțarea cu o garanție de independență operațională**

NGHA acceptă finanțare și asistență materială din partea guvernelor donatoare în același spirit în care o acordă victimelor dezastrelor: spiritul umanitar și independența în acțiune. Implementarea acțiunilor de ajutorare este, în ultimă instanță, responsabilitatea NGHA și va fi realizată în conformitate cu politicile respecteviului NGHA.

3. **Guvernele donatoare trebuie să facă uz de bunele lor oficii pentru a ajuta NGHA să obțină acces la victimele dezastrului**

Guvernele donatoare trebuie să recunoască importanța acceptării unui anumit grad de responsabilitate pentru asigurarea securității și libertății de acces a personalului NGHA la zonele afectate de dezastre. Acestea trebuie să fie pregătite să utilizeze diplomația în relație cu guvernele gazdă în legătură cu astfel de aspecte, dacă este necesar.

Anexa III: Recomandări adresate organizațiilor interguvernamentale

1. **OIG-urile trebuie să recunoască ONG-urile, locale și străine, ca parteneri valoroși.**

NGHA sunt dispuse să colaboreze cu ONU și cu alte agenții interguvernamentale pentru a asigura o mai bună reacție în caz de dezastru. Acestea acționează într-un spirit de parteneriat care respectă integritatea și independența tuturor partenerilor. Agențiile interguvernamentale trebuie să respecte independența și imparțialitatea NGHA. NGHA trebuie consultate de către agențiile ONU în pregătirea planurilor de asistență.

2. **OIG-urile trebuie să asiste guvernele gazdă în asigurarea unui cadru general de coordonare a asistenței internaționale și locale în caz de dezastru**

NGHA nu au, de obicei, mandatul de a asigura cadrul general de coordonare în cazul dezastrelor care necesită un răspuns internațional. Această responsabilitate revine guvernului gazdă și autorităților competente ale Organizației Națiunilor Unite. Acestea sunt îndemnate să furnizeze acest serviciu în timp util și în mod eficient pentru a servi statul afectat și comunitatea națională și internațională de ajutorare în caz de dezastru. În orice caz, NGHA trebuie să depună toate eforturile pentru a asigura o coordonare eficientă a propriilor servicii.

În caz de conflict armat, acțiunile de ajutorare sunt guvernate de dispozițiile relevante ale dreptului internațional umanitar.

3. **OIG trebuie să extindă și la NGHA protecția în materie de securitate oferită organizațiilor ONU**

În cazul în care sunt furnizate servicii de securitate pentru organizații interguvernamentale, acest serviciu trebuie extins la partenerii operaționali ai acestora din cadrul NGHA, atunci când se solicită acest lucru.

4. **OIG-urile trebuie să ofere NGHA același acces la informațiile relevante de care beneficiază organizațiile ONU.**

OIG sunt îndemnate să comunice cu NGHA, partenerii lor operaționali, toate informațiile relevante pentru implementarea unui intervenții eficiente în caz de dezastru.

DRAFT

Anexa 3
Abrevieri și acronime

ART (TAR) terapie antiretrovirală

IMC indice de masă corporală

CBA asistență bazată pe numerar

CDC Centre pentru controlul și prevenirea bolilor

CHS Standardul umanitar de bază privind calitatea și asumarea răspunderii

CHW lucrător medical comunitar

cm centimetru

RMB rata mortalității brute

CPMS Child Protection Minimum Standards (Standarde minime privind protecția copilului)

CDPD Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități

DPT difterie, tetanos și tuse convulsivă

PEI Programul Extins de Imunizare

EWAR Avertizare timpurie, de alertă și de reacție

FANTA Asistență tehnică pentru alimentație și nutriție

FAO Organizația pentru Alimentație și Agricultură a Națiunilor Unite

FRC clor rezidual liber

GBV violența bazată pe gen

SIGS Sistemele informaționale de gestionare din domeniul sănătății

HWTSS tratarea apei la nivelul gospodăriei și depozitarea în condiții de siguranță

IASC Inter-Agency Standing Committee (Comitetul permanent inter-agenții)

MCIC Managementul comunitar integrat al cazurilor

PIDCP Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice

CICR Comitetul Internațional al Crucii Roșii

IDP persoană strămutată în interiorul țării

IFRC Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie

DRAFT

DIU drept internațional umanitar

IMCI Managementul integrat al bolilor copilăriei

INEE Inter-Agency Network for Education in Emergencies (Rețeaua inter-agenții pentru educație în situații de urgență)

PCI Prevenirea și controlul infecțiilor

IYCF alimentația sugarului și a copilului mic

km kilometru

LEGS Livestock Emergency Guidelines and Standards (Orientări și standarde de urgență privind creșterea animalelor)

LGBTQI Persoane lesbiene, gay, bisexuale, trans, queer, intersexuale

PTIELD plase tratate cu insecticide cu efect de lungă durată

MAM malnutriție acută moderată

MEAL monitorizarea, evaluarea, responsabilitatea și învățarea continuă

MERS Minimum Economic Recovery Standards (Standarde minime de redresare economică)

MISMA Minimum Standard for Market Analysis (Criterii minime de analiză a pieței)

MS Ministerul Sănătății

MSF Médecins sans Frontières (Medici Fără Frontiere)

MUAC circumferința medie a brațului

BNT boli netransmisibile

ONG organizație neguvernamentală

NTU unități nefelometrice de turbiditate

OUA Organizația Unității Africane (în prezent Uniunea Africană)

OCHA Oficiul ONU pentru Coordonarea Afacerilor Umanitare

OHCHR Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului

PPE profilaxie post-expunere

EPI echipament de protecție individuală

RNI aporturi nutritive de referință

SEEP Rețeaua privind formarea și promovarea întreprinderilor mici

ITS infecții cu transmitere sexuală

TBC tuberculoză

U5CMR rata mortalității copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani

DRAFT

ONU Organizația Națiunilor Unite

UNFPA Fondul Națiunilor Unite pentru Populație

UNHCR Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (Agenția ONU pentru Refugiați)

UNICEF Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

WASH alimentarea cu apă, salubritate și promovarea igienei

WFH greutate în funcție de înălțime

PAM Programul alimentar mondial

OMS Organizația Mondială a Sănătății

DRAFT