



# Il Progetto Sfera



Carta Umanitaria  
e Norme minime  
di risposta  
in caso di disastri

## **Pubblicato da:**

The Sphere Project

Copyright © The Sphere Project 2004

PO Box 372, 17 chemin des Crêts CH-1211 Ginevra 19, Svizzera

Tel: +41 22 730 4501 Fax: +41 22 730 4905

Email: [info@sphereproject.org](mailto:info@sphereproject.org) web: <http://www.sphereproject.org>

## **Il Progetto Sfera**

Il Progetto Sfera è un programma dello SCHR (Steering Committee for Humanitarian Response) e di InterAction (American Council for Voluntary International Action), in collaborazione con VOICE (Voluntary Organizations in Cooperation in Emergency) e ICVA (International Council of Voluntary Agencies). Il progetto è stato avviato nel 1997 con l'obiettivo di elaborare norme minime universali di intervento nelle aree chiave dell'assistenza umanitaria per migliorare la qualità dell'assistenza alle popolazioni colpite da disastri e incrementare l'efficacia e la trasparenza dell'azione umanitaria nella risposta alle emergenze. La Carta Umanitaria e le Norme minime di risposta ai disastri sono il frutto dell'esperienza di molte persone e organizzazioni umanitarie e, in quanto tali, non rappresentano il punto di vista di un organismo in particolare.

Prima edizione di prova 1998

Prima edizione definitiva 2000

Questa edizione 2004

ISBN 92-9139-097-6

La scheda di catalogo di questa pubblicazione può essere richiesta alla British Library e alla US Library of Congress.

*Tutti i diritti riservati. Il materiale è protetto da copyright, può tuttavia essere riprodotto gratuitamente con qualsiasi mezzo per scopi educativi, ma non per la vendita. Per tutti gli usi consentiti è richiesta una autorizzazione formale, che di norma viene concessa immediatamente. Per la riproduzione in ambiti diversi o per la riutilizzazione in altre pubblicazioni, la traduzione o l'adattamento, è necessaria la preventiva autorizzazione di chi detiene il copyright, che può richiedere il pagamento dei diritti.*

Edizione originale distribuita a livello mondiale per lo Sphere Project da Practical Action. Richiedere a: Development Bookshop, Practical Action Publishing, The Schumacher Centre for Technology and Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, Warwickshire, CV23 9QZ, United Kingdom. tel: +44 (0)1926 634501, fax: +44 (0)1926 634502 Email: [publishinginfo@practicalaction.org.uk](mailto:publishinginfo@practicalaction.org.uk) Web: [www.developmentbookshop.com](http://www.developmentbookshop.com) o ai suoi agenti e rappresentanti in tutto il mondo. Practical Action è una charity registrata, n. 247257.

Ideazione e design: DS Print and Redesign, Londra.

Prima edizione italiana 2009 realizzata dalla Croce Rossa Italiana (C.R.I.)

Coordinamento e supervisione per la C.R.I. a cura di Carmela Todisco

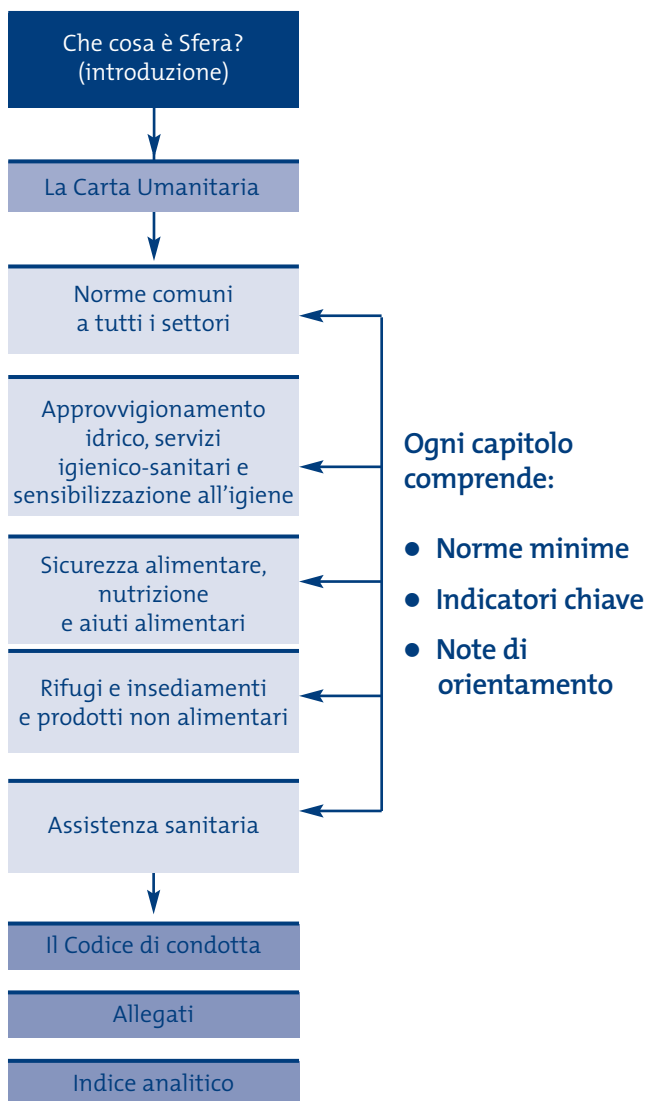
Traduzione di Maria Cristina Coldagelli per *Scriptum*, Roma

Stampa: Tipografia CERVAI, Roma.

# Sommario

Che cosa è Sfera? .....	5
La Carta Umanitaria .....	17
Capitolo 1: Norme minime comuni a tutti i settori .....	25
Capitolo 2: Norme minime in materia di approvvigionamento idrico, servizi igienico- sanitari e sensibilizzazione all'igiene.....	55
Capitolo 3: Norme minime per la sicurezza alimentare, la nutrizione e gli aiuti alimentari .....	103
Capitolo 4: Norme minime in materia di rifugi, insediamenti e di prodotti non alimentari.....	213
Capitolo 5: Norme minime per l'assistenza sanitaria .....	259
<b>Allegati</b>	
1. Strumenti giuridici alla base del Manuale Sfera .....	323
2. Il <i>Codice di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le Organizzazioni non Governative (ONG) relativo alle operazioni di soccorso in caso di disastri</i> .....	325
3. Ringraziamenti.....	336
4. Elenco degli acronimi .....	340
Indice analitico .....	343
Informazioni editoriali sul Progetto Sfera ( <i>in lingua inglese</i> ).....	352
Modulo per l'invio di commenti .....	355

# Come è strutturato il manuale



# Che cosa è Sfera?

Alla base del Progetto Sfera vi sono due convinzioni fondamentali. La prima è che si debbano intraprendere tutte le iniziative possibili per alleviare le sofferenze umane provocate da calamità naturali e da conflitti; la seconda, che coloro che sono colpiti da un disastro abbiano diritto a vivere con dignità e, di conseguenza, abbiano diritto all'assistenza. Sfera è tre cose: un manuale, un ampio processo di collaborazione e l'espressione di un impegno volto alla qualità e all'assunzione di responsabilità.

L'iniziativa è stata intrapresa nel 1997 da un gruppo di ONG umanitarie e dal Movimento della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, che hanno formulato una Carta Umanitaria e individuato delle Norme minime da rispettare nelle operazioni di assistenza in caso di disastri in cinque settori chiave (acqua e servizi igienico-sanitari, nutrizione, aiuti alimentari, rifugi e assistenza sanitaria). Questo processo ha condotto alla pubblicazione, nel 2000, del primo Manuale Sfera. La Carta Umanitaria e le Norme minime contribuiscono a definire un quadro operativo di riferimento che consente di rendere sempre più efficace e responsabile l'assistenza prestata dalle organizzazioni umanitarie alle popolazioni colpite da disastri, così come la capacità di render conto del proprio operato.

Elemento fondante del manuale è la Carta Umanitaria, che si richiama ai principi e alle disposizioni del diritto internazionale umanitario, del diritto dei rifugiati e del *Codice di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le Organizzazioni non Governative (ONG) relativo alle operazioni di soccorso in caso di disastri*. La Carta definisce i principi fondamentali che regolano l'azione umanitaria e riafferma il diritto alla protezione e all'assistenza delle popolazioni colpite da calamità, sia naturale, sia provocata dall'uomo (compresi i conflitti armati); riafferma inoltre il diritto delle popolazioni colpite da disastri a vivere con dignità.

La Carta evidenzia le responsabilità legali degli Stati e delle parti in conflitto nel garantire il diritto alla protezione e all'assistenza. Quando le autorità competenti non sono in grado e/o disposte a onorare le proprie responsabilità, sono tenute ad autorizzare le organizzazioni umanitarie a fornire assistenza e protezione.

Le Norme minime e gli indicatori chiave sono stati elaborati consultando numerosi esperti in ciascun settore. La maggior parte delle norme e gli indicatori che le accompagnano non sono nuovi, ma vengono a consolidare e aggiornare competenze e pratiche già esistenti. Nel loro insieme, essi sono l'espressione di un consenso generale raggiunto su una vasta gamma di argomenti, e della determinazione costante a far sì che i diritti umani e i principi umanitari vengano attuati nella pratica.

A tutt'oggi, oltre 400 organizzazioni in 80 paesi di tutto il mondo hanno contribuito alla elaborazione delle Norme minime e degli indicatori chiave. Questa nuova edizione del manuale (2004) è stata sottoposta a una revisione sostanziale, che tiene conto degli sviluppi tecnici più recenti e delle osservazioni delle organizzazioni umanitarie che applicano Sfera sul campo. In particolare, alle sezioni su nutrizione e aiuti alimentari è stata aggiunta una sesta sezione dedicata alla sicurezza alimentare. Un altro capitolo nuovo descrive dettagliatamente alcune norme comuni a tutti i settori: partecipazione, valutazione iniziale, risposta, selezione dei beneficiari, monitoraggio, valutazione finale, competenze del personale e della dirigenza. Sono inoltre esaminati sette argomenti trasversali (bambini, anziani, disabili, genere, protezione, HIV/AIDS e ambiente) che interessano tutte le sezioni.

## **Quando usare questo libro**

Il manuale Sfera è concepito per essere usato nelle operazioni di risposta ai disastri e può essere utile anche nella preparazione ai disastri e nelle attività di advocacy umanitaria. Può essere adottato in diverse situazioni che richiedano interventi di soccorso, dai disastri naturali ai conflitti armati, sia che esplodano repentinamente, sia che abbiano uno sviluppo graduale, in contesti rurali e urbani, nei paesi

sviluppati e in via di sviluppo, ovunque nel mondo. L'accento è posto sulla necessità di soddisfare i bisogni più urgenti per la sopravvivenza delle popolazioni colpite, affermando al tempo stesso il loro fondamentale diritto umano a vivere con dignità.

Malgrado questa attenzione particolare, le informazioni contenute nel volume non sono rigidamente prescrittive. Possono essere applicate in maniera flessibile ad altre situazioni, come la preparazione ai disastri e il superamento della fase di soccorso, mentre non sono adatte a calamità di tipo tecnologico (industriale, chimico, biologico, nucleare o nel settore dei trasporti). Tuttavia, pur non rivolgendosi specificamente a calamità di questo genere, sono pertinenti a tutte quelle situazioni in cui movimenti di popolazione o altre conseguenze dell'evento rendano necessario un intervento umanitario.

## Tempi di attuazione

I tempi di attuazione del manuale dipendono in larga misura dal contesto. Possono essere necessari giorni, settimane, addirittura mesi, perché le agenzie siano in grado di attuare le Norme minime e gli indicatori specifici per un settore particolare. Vi sono situazioni in cui è possibile rispettare le Norme minime senza bisogno di interventi esterni. I tempi di attuazione vanno concordati in ogni situazione specifica. Dove opportuno, le note di orientamento suggeriscono tempi realistici per l'implementazione delle norme e degli indicatori.

Le agenzie umanitarie hanno approcci diversi alle modalità di esecuzione delle attività di soccorso, basati su differenze di identità, mandato e possibilità. Queste differenze rimandano a un'idea di complementarità, ciò significa che le organizzazioni umanitarie seguono modalità d'azione o tecniche diverse nel prestare la loro opera di soccorso e assistenza. In tutti i contesti, la risposta ai disastri deve sostenere e/o affiancare i servizi governativi esistenti in termini di strutture, elaborazione e sostenibilità a lungo termine.

## Come usare questo libro

Esistono già numerosi manuali che offrono una guida pratica agli operatori umanitari. Questo non è un manuale del genere "fai da te".

Propone invece una serie di norme minime e di indicatori che improntano diversi aspetti dell'azione umanitaria, dalla valutazione iniziale al coordinamento e all'attività di advocacy. Le norme sono dichiarazioni generali che definiscono il livello minimo da raggiungere in uno specifico contesto; gli indicatori hanno la funzione di “segnali”, in base ai quali stabilire se una norma è stata attuata o no; le note di orientamento forniscono ulteriori informazioni.

Ciascuno dei quattro capitoli tecnici (approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene; sicurezza alimentare, nutrizione e aiuti alimentari; rifugi, insediamenti e prodotti non alimentari; assistenza sanitaria) è dotato di norme e indicatori propri. Il capitolo iniziale sulle norme comuni riporta istruzioni per l'elaborazione e la realizzazione di un programma applicabili a tutti i settori; questo capitolo deve essere letto all'inizio, prima di passare al capitolo tecnico specifico.

Le note di orientamento di ogni capitolo presentano aspetti specifici di cui tenere conto quando si applicano le norme in situazioni diverse. Danno indicazioni sulle priorità e sul modo di affrontare le difficoltà pratiche; inoltre, possono esporre dubbi, controversie o lacune nello stato attuale delle conoscenze. Le note di orientamento sono sempre relative a un indicatore chiave specifico, e il rimando è segnalato nel testo. Gli indicatori chiave devono essere sempre letti insieme con la relativa nota di orientamento.

Ogni capitolo comprende una breve introduzione che spiega le principali problematiche relative a quel settore, e delle appendici con riferimenti ad altre fonti di informazioni tecniche, questionari di valutazione e, dove opportuno, formule, tabelle e modelli di schemi per le relazioni. È importante ricordare che tutti i capitoli sono collegati tra loro e che in molti casi le norme descritte in una sezione devono essere affrontate unitamente a quelle descritte in altre.

## **Differenza tra Norme e indicatori**

Le norme partono dal principio che le popolazioni colpite da disastri hanno diritto a vivere con dignità. Esse sono di natura qualitativa, universali e applicabili in qualsiasi ambiente operativo. Gli indicatori



chiave, invece, possono essere di natura qualitativa o quantitativa e servono come strumenti per misurare l'effetto dei procedimenti applicati e dei programmi attuati. Senza gli indicatori chiave, le norme sarebbero poco più che dichiarazioni di buoni propositi, di difficile attuazione pratica.

Le norme per i vari settori non sono isolate, ma interdipendenti. Vi è però un'inevitabile tensione tra la formulazione di Norme universali e la possibilità di applicarle nella pratica. Ogni contesto è diverso; in alcuni casi possono esservi fattori locali che impediscono l'attuazione di tutte le norme e degli indicatori. In questi casi, il divario tra le norme e gli indicatori presentati nel libro e quelli attuati nella pratica reale deve essere descritto, spiegando i motivi che lo hanno determinato e i punti che è necessario modificare.

## **Riconoscere vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite da disastri**

Al fine di massimizzare le strategie di risposta dei soggetti colpiti da disastri, è importante riconoscere le differenti vulnerabilità, i bisogni e le capacità dei gruppi interessati. Fattori specifici quali genere, età, disabilità e presenza di HIV/AIDS influiscono sulla vulnerabilità dei soggetti e determinano la loro capacità di fronteggiare una situazione di disastro e sopravvivere. In particolare, donne, bambini, anziani e persone affette da HIV/AIDS possono risultare svantaggiati e incontrare barriere fisiche, culturali e sociali nell'accesso ai servizi e all'assistenza cui hanno diritto. L'origine etnica, l'affiliazione religiosa o politica o la condizione di sfollato costituiscono spesso fattori di rischio per soggetti che altrimenti non sarebbero considerati vulnerabili.

Il mancato riconoscimento delle diverse esigenze dei gruppi vulnerabili e delle barriere che incontrano nell'ottenere eguale accesso a servizi e assistenza adeguati può tradursi nella loro ulteriore emarginazione, o nella negazione di assistenza vitale. Fornire alle popolazioni colpite le informazioni sul loro diritto all'assistenza e ai mezzi necessari per accedervi è essenziale; è particolarmente importante nel caso dei gruppi vulnerabili, che, di fronte alla riduzione o alla perdita dei loro beni,

possono avere meno capacità di reazione e di ripresa degli altri, e possono avere bisogno di un maggiore sostegno. Riconoscere i gruppi vulnerabili specifici, dunque, è essenziale per capire le ripercussioni che questi subiscono in diversi contesti catastrofici e formulare una risposta adeguata. Si deve porre particolare attenzione nel proteggere e prendersi cura di tutti i gruppi in questione senza discriminazioni e secondo i bisogni specifici di ciascuno.

In ogni caso, le popolazioni colpite da disastri non devono essere considerate come vittime inermi, e questo vale anche per i soggetti che rientrano nei gruppi vulnerabili. Tutti possiedono e acquisiscono competenze e capacità, e hanno risorse per far fronte e reagire a una situazione di calamità, che devono essere riconosciute e incoraggiate. Singoli individui, famiglie e comunità possono essere straordinariamente forti e ricchi di risorse di fronte a un disastro, e le valutazioni iniziali devono tenere conto tanto delle competenze e capacità delle popolazioni colpite, quanto dei loro bisogni e carenze. Indipendentemente dal fatto che una calamità si presenti improvvisamente o abbia uno sviluppo graduale, singoli e comunità ne affronteranno attivamente le conseguenze e si riprenderanno secondo le loro priorità.

Donne, bambini, anziani, disabili, malati di HIV/AIDS e minoranze etniche costituiscono i principali gruppi vulnerabili. Questo elenco non esaurisce tutti i gruppi vulnerabili, ma comprende quelli individuati più di frequente. In questo manuale, l'espressione "gruppi vulnerabili" indica sempre tutti questi gruppi. Possono esservi circostanze in cui un certo gruppo di soggetti vulnerabili sia più a rischio rispetto a un altro, ma la minaccia contro un gruppo in particolare metterà probabilmente in pericolo anche gli altri. In generale, questo manuale evita le distinzioni tra i diversi gruppi vulnerabili: quando un gruppo qualsiasi è a rischio, i lettori sono caldamente invitati a pensare esplicitamente a tutti quelli sopra elencati.

## **Tematiche trasversali**

Nella revisione del manuale, si è posta particolare cura nel trattare alcuni temi importanti che interessano tutti i settori e che riguardano

1) bambini, 2) anziani, 3) disabili, 4) genere, 5) protezione, 6) HIV/AIDS e 7) ambiente. Questi argomenti non sono trattati parallelamente, ma sono inseriti nelle relative sezioni di ogni capitolo. Essi sono stati scelti per la loro relazione con la vulnerabilità, e perché sono quelli più ricorrenti nei feedback di coloro che applicano Sfera sul campo. Non è possibile qui trattare a fondo tutte le tematiche trasversali, ma è fondamentale riconoscerne l'importanza.

**Bambini** – Occorre adottare misure speciali per garantire che tutti i bambini siano protetti e abbiano equo accesso ai servizi essenziali. Poiché i bambini costituiscono spesso la maggior parte di una popolazione colpita da disastri, è fondamentale che i loro punti di vista e le loro esperienze siano non solo estrapolati nella fase di valutazione iniziale e pianificazione dell'emergenza, ma che se ne tenga conto durante l'erogazione, il monitoraggio e la valutazione finale del servizio umanitario. Sebbene la vulnerabilità in alcuni settori specifici (per esempio malnutrizione, sfruttamento, rapimento e reclutamento in forze combattenti, violenza sessuale, mancata partecipazione ai processi decisionali) possa riguardare anche il resto della popolazione, i bambini e i giovani sono quelli che ne subiscono gli effetti più devastanti.

In base alla Convenzione sui diritti dell'infanzia, è considerato bambino un individuo di età inferiore ai diciotto anni. Tuttavia, vista la diversità dei contesti culturali e sociali, alcuni gruppi di popolazioni possono avere una concezione diversa del bambino. Una accurata analisi del modo in cui la comunità cui si presta assistenza definisce i bambini è dunque essenziale per assicurare che nessun appartenente a questa categoria sia escluso dai servizi umanitari.

**Anziani** – Secondo le Nazioni Unite, gli anziani sono uomini e donne di età superiore ai 60 anni. In ogni caso, fattori sociali e culturali fanno sì che tale definizione muti da un contesto a un altro. Gli anziani rappresentano un'ampia proporzione dei soggetti più vulnerabili all'interno delle popolazioni colpite da disastri, ma hanno anche importanti contributi da portare alla sopravvivenza e alla ripresa. Il principale fattore di vulnerabilità per gli anziani nelle situazioni di disastro è l'isolamento. Insieme allo sconvolgimento delle strategie di sostentamento e sostegno della famiglia e della comunità, l'isolamento

esaspera le vulnerabilità già esistenti dovute a problemi cronici di salute e di mobilità e a eventuali deficit mentali. In ogni caso, l'esperienza dimostra che gli anziani sono più portati a dare aiuto che a riceverne. Se sostenuti, possono svolgere un importante ruolo nella cura degli altri, nella gestione delle risorse e nella produzione di reddito, riversando le loro conoscenze e la loro esperienza nelle strategie di risposta efficace della comunità, contribuendo così a mantenerne l'identità sociale e culturale e favorire la risoluzione dei conflitti.

**Disabili** – In qualsiasi disastro i disabili (che possono essere definiti come persone con menomazioni fisiche, sensorie o emotive, o con difficoltà di apprendimento che rendono più problematico usufruire dei servizi di supporto) sono particolarmente vulnerabili. Perché possano sopravvivere a un periodo di allontanamento e sradicamento, è necessario che le strutture standard siano accessibili alle loro particolari esigenze, per quanto possibile. Occorre inoltre una rete che agevoli il supporto sociale, che in genere è fornito dalla famiglia.

**Genere** – I pari diritti di uomini e donne sono esplicitati nei documenti sui diritti umani che stanno alla base della Carta Umanitaria. Donne e uomini, bambine e bambini hanno lo stesso diritto all'assistenza umanitaria; al rispetto della loro dignità umana; al riconoscimento delle loro pari capacità umane, compresa quella di compiere scelte; alle stesse opportunità di agire sulla base di quelle scelte e allo stesso potere di decidere del risultato delle loro azioni.

Le risposte umanitarie sono più efficaci quando si basano sulla comprensione dei diversi bisogni, vulnerabilità, interessi, capacità e strategie di risposta proprie di uomini e donne, nonché sulla cognizione del diverso impatto che il disastro ha su di loro. Si arriva a capire tali differenze – come anche le disuguaglianze tra uomini e donne nei rispettivi ruoli e carichi di lavoro, nell'accesso e controllo delle risorse, nel potere decisionale e nelle opportunità di sviluppo delle capacità personali – attraverso l'analisi di genere. Quella del genere attraversa tutte le altre tematiche trasversali. Gli obiettivi umanitari di proporzionalità e imparzialità comportano la necessità di agire perché si raggiunga l'equità tra donne e uomini e si garantisca l'uguaglianza dei risultati.

**Protezione** – Assistenza e protezione sono i due pilastri inseparabili dell'azione umanitaria. Le organizzazioni umanitarie si trovano spesso di fronte a situazioni in cui il benessere fondamentale di intere comunità o fasce di popolazione è messo in pericolo da azioni o impedimenti umani, che rappresentano una violazione ai diritti dei popoli riconosciuti dal diritto internazionale; questo può manifestarsi con minacce dirette al benessere delle persone, ai loro mezzi di sopravvivenza o alla loro sicurezza. In una situazione di conflitto armato, la prima preoccupazione umanitaria è proteggere le persone da tali minacce.

La forma del soccorso e il modo in cui viene prestato possono avere profonde ripercussioni (positive o negative) sulla sicurezza delle popolazioni colpite. Questo manuale non fornisce descrizioni dettagliate di strategie o meccanismi di protezione, o di come le organizzazioni umanitarie debbano attuare il loro mandato. In ogni caso, ove possibile, si richiama ad aspetti della protezione o a questioni giuridiche – come la prevenzione dell'abuso e dello sfruttamento sessuale, la necessità di assicurare una adeguata registrazione della popolazione – di cui le organizzazioni umanitarie devono tener conto nello svolgimento della loro opera di assistenza.

**HIV/AIDS** – In situazioni di forte incidenza di HIV/AIDS, i meccanismi di risposta efficace e la capacità di ripresa di una comunità possono risultare ridotti; di conseguenza, la soglia di sensibilità ai fattori esterni di stress può abbassarsi, mentre si allunga il tempo necessario alla comunità per riprendersi. Chi soffre di HIV/AIDS è spesso oggetto di discriminazione; è pertanto imperativo mantenere la più stretta riservatezza e garantire la massima protezione. Questa malattia debilitante non tocca soltanto la singola persona, ma tutta la famiglia e la comunità, poiché colpisce in misura sproporzionata – fisicamente, psicologicamente ed economicamente – soggetti giovani e nei loro anni più produttivi, soprattutto donne. La diffusione del contagio e della mortalità modifica le caratteristiche demografiche della comunità, che registra un numero sproporzionato di bambini, molti dei quali orfani, e di anziani. Questi gruppi vulnerabili richiedono un'attenzione particolare, e può essere necessario modificare ad hoc i programmi di soccorso.

**Ambiente** – Si intende per ambiente il contesto fisico, chimico e biologico nel quale le comunità locali e colpite da disastri vivono e sviluppano i propri mezzi di sostentamento. L'ambiente fornisce le risorse naturali per il sostentamento degli individui e determina la qualità del contesto in cui vivono. Se si vuole che queste funzioni vengano preservate, l'ambiente deve essere protetto. Le Norme minime affrontano la necessità di prevenire lo sfruttamento eccessivo, l'inquinamento e il degrado delle condizioni ambientali. Le azioni minime di prevenzione proposte mirano ad assicurare le funzioni dell'ambiente che consentono la vita, e cercano di introdurre meccanismi che favoriscono l'adattabilità dei sistemi naturali per l'auto-rigenerazione.

## **Portata e limiti del manuale**

La capacità delle organizzazioni umanitarie di dare attuazione alle Norme minime dipenderà da una serie di fattori, alcuni dei quali entro il loro controllo, altri, come i fattori politici e quelli relativi alla sicurezza, fuori dalla loro portata. Elementi particolarmente importanti sono: la misura in cui le organizzazioni umanitarie possono accedere alle popolazioni colpite, il consenso e la collaborazione delle autorità competenti, la possibilità di operare in condizioni di ragionevole sicurezza. Altrettanto essenziale è la disponibilità di sufficienti risorse economiche, umane e materiali.

Mentre la Carta Umanitaria è una dichiarazione generale di principi umanitari, il presente manuale, da solo, non può costituire una guida completa di valutazione o un insieme di criteri esaustivi per l'azione umanitaria. In primo luogo, le Norme minime non coprono tutte le possibili forme dell'assistenza umanitaria; in secondo luogo, vi saranno inevitabilmente situazioni in cui l'attuazione di tutte le norme risulterà difficile, se non impossibile. Vi sono molti fattori – come l'impossibilità di accesso o la mancanza di sicurezza, l'insufficienza delle risorse, il coinvolgimento di altri attori e la non conformità al diritto internazionale – che concorrono a rendere molto difficili le condizioni in cui si svolge l'opera umanitaria. Per esempio, le organizzazioni umanitarie possono scoprire che le risorse a loro disposizione sono

insufficienti per i bisogni della popolazione colpita; in tal caso, possono rendersi necessarie una determinazione di priorità nei bisogni e nella risposta, e un'opera di advocacy per eliminare gli ostacoli a una adeguata assistenza e protezione. In situazioni di elevata vulnerabilità delle popolazioni locali, o dove vi siano povertà diffusa o conflitti prolungati, può verificarsi che le Norme minime siano superiori alle condizioni di vita quotidiana. Poiché ciò potrebbe essere causa di risentimenti, è necessario tener conto delle condizioni locali e formulare programmi improntati a un senso di equità nei confronti tanto delle popolazioni colpite, quanto di quelle circostanti.

Si riconosce che, in molti casi, non tutti gli indicatori e le norme saranno rispettati; chi usa questo libro dovrà comunque adoperarsi perché lo siano nel modo migliore possibile. Nella fase iniziale di una risposta, per esempio, fornire servizi di base a tutta la popolazione colpita può essere più importante che attuare le Norme minime e gli indicatori soltanto per una parte della popolazione. Questo manuale non può coprire tutte le questioni o risolvere tutti i dubbi. Ciò che può fare è offrire un punto di partenza, utilizzando: norme e indicatori che si basano su un consenso derivato da anni di esperienza e di buona pratica, note di orientamento pensate per indicare una direzione pratica e la Carta Umanitaria, che fornisce un quadro giuridico di riferimento e una base per l'azione di advocacy.

La Carta Umanitaria e le Norme minime non risolveranno tutti i problemi della risposta umanitaria, né possono impedire tutte le sofferenze umane. Ciò che offrono alle organizzazioni umanitarie è uno strumento per migliorare l'efficacia e la qualità dell'assistenza prestata, segnando così una differenza significativa nella vita delle persone colpite da disastri.

## *Annotazioni*





# La Carta Umanitaria

# La Carta Umanitaria

Le organizzazioni umanitarie che si impegnano ad applicare questa Carta e le Norme minime cercheranno di raggiungere determinati livelli di servizio per le persone colpite da calamità naturale o da conflitto armato, e di promuovere il rispetto dei principi umanitari fondamentali.

La Carta Umanitaria esprime l'impegno delle organizzazioni umanitarie nei confronti di questi principi e nell'attuazione delle Norme minime. Tale impegno si basa sul riconoscimento da parte delle organizzazioni umanitarie dei propri obblighi etici, e rispecchia i doveri e i diritti sanciti dal diritto internazionale, nei confronti dei quali gli Stati e le altre parti in causa hanno obblighi ben definiti.

La Carta riguarda i requisiti di base per il sostentamento e il rispetto della dignità di chi è colpito da calamità o da conflitto. Le Norme minime che seguono sono volte a quantificare tali requisiti in relazione al bisogno di: acqua, servizi igienico-sanitari, nutrizione, cibo, rifugi e assistenza sanitaria. Insieme, la Carta Umanitaria e le Norme minime concorrono a formare una struttura operativa per rendere l'assistenza umanitaria sempre più efficace e trasparente.

## 1 Principi

Riaffermiamo la nostra convinzione sull'imperativo umanitario e sul suo primato, cioè il dovere di compiere tutti i passi possibili per prevenire o alleviare le sofferenze umane causate da conflitti o da calamità, e che i civili da queste colpiti hanno il diritto a ricevere protezione e assistenza.

Sulla base di tale convinzione, che si rispecchia nel diritto internazionale umanitario e si fonda sul principio di umanità, offriamo i nostri servizi di organizzazioni umanitarie. Opereremo secondo i principi di umanità e imparzialità, e secondo gli altri principi espressi

nel *Codice di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le Organizzazioni non Governative (ONG) relativo alle operazioni di soccorso in caso di disastri* (1994), il cui testo è riportato integralmente a pagina 325.

## La Carta Umanitaria afferma l'importanza fondamentale dei seguenti principi:

### 1.1 Il diritto di vivere con dignità

Questo diritto si fonda sulle misure giuridiche relative al diritto alla vita, ad un livello di vita adeguato e alla libertà da trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti. Riteniamo che il diritto degli individui alla vita implichi quello di usufruire dell'applicazione di misure atte a salvaguardarne la vita dove essa sia minacciata, ed il corrispondente dovere degli altri di adottare tali misure. È implicito in ciò il dovere di non impedire od ostacolare la prestazione di assistenza finalizzata a salvare vite. Inoltre, il diritto internazionale umanitario contiene provvedimenti specifici sull'assistenza alle popolazioni civili durante i conflitti, vincolando gli Stati e le altre parti in causa ad autorizzare l'assistenza umanitaria imparziale nei casi in cui la popolazione civile sia priva di beni e servizi essenziali.<sup>1</sup>

### 1.2 La distinzione tra combattenti e non-combattenti

Questa è la distinzione che sta alla base della Convenzione di Ginevra del 1949 e dei relativi Protocolli aggiuntivi del 1977. Questo principio fondamentale è stato sempre più eroso, come dimostra l'enorme aumento del numero di vittime civili nella seconda metà del Novecento. La definizione di "guerra civile", attribuita ai conflitti interni, non deve farci perdere di vista la necessità di distinguere fra chi è attivamente impegnato nelle ostilità e i civili e gli altri soggetti (compresi i malati, i feriti e i prigionieri) che non vi prendono parte diretta. I non-combattenti sono protetti dal diritto internazionale umanitario e hanno diritto all'immunità dagli attacchi.<sup>2</sup>

### 1.3 Il principio del non-respingimento

In base a questo principio, nessun rifugiato/a verrà (ri)mandato/a in un paese dove la sua vita si troverebbe in pericolo a causa della razza,

della religione, della nazionalità, dell'appartenenza a un particolare gruppo sociale o dell'opinione politica; o dove vi siano fondati motivi di credere che rischierebbe di essere sottoposto/a a tortura.<sup>3</sup>

## **2 Ruoli e responsabilità**

**2.1** Riconosciamo che i bisogni primari delle persone colpite da calamità o vittime di conflitto vengono soddisfatti in primo luogo attraverso i loro stessi sforzi, e riconosciamo il ruolo primario dello Stato e la sua responsabilità a prestare assistenza quando la gravità della situazione rende insufficiente la capacità delle persone coinvolte di fronteggiarla.

**2.2** Il diritto internazionale riconosce che le persone colpite da calamità o vittime di conflitto hanno diritto alla protezione e all'assistenza. Definisce gli obblighi giuridici degli Stati o dei soggetti belligeranti nel prestare tale assistenza o autorizzare che venga prestata, nonché a impedire e astenersi da comportamenti che violino i diritti umani fondamentali. Questi diritti e questi obblighi sono contenuti nel corpus del diritto internazionale sui diritti umani, del diritto internazionale umanitario e del diritto dei rifugiati (si veda l'elenco delle fonti nelle pagine seguenti).

**2.3** In qualità di organizzazioni umanitarie, noi definiamo la nostra funzione in relazione a questi ruoli e responsabilità primarie. La nostra stessa esistenza dipende dal fatto che non sempre chi ha la responsabilità primaria è in grado o è disposto a svolgere questo compito in prima persona. A volte è una questione di capacità; altre volte si tratta della volontaria inosservanza di obblighi giuridici ed etici fondamentali, che porta come risultato molte sofferenze umane evitabili.

**2.4** Il frequente mancato rispetto, da parte dei soggetti belligeranti, della finalità umanitaria degli interventi ha dimostrato come il tentativo di portare assistenza in situazioni di conflitto possa esporre i civili a un maggiore rischio di aggressione o, in alcune occasioni, portare un vantaggio non intenzionale a una o più delle parti in conflitto. Noi ci impegniamo a ridurre al minimo questi effetti negativi del nostro intervento, nella misura in cui ciò sia coerente con gli

obblighi sopra menzionati. È obbligo dei soggetti belligeranti rispettare la natura umanitaria di questi interventi.

2.5 In relazione ai principi sopra menzionati e in termini più generali, noi riconosciamo e sosteniamo il mandato di protezione e assistenza del Comitato Internazionale della Croce Rossa e dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati sancito dal diritto internazionale.

### 3 Norme minime

Le Norme minime che seguono si basano sull'esperienza delle organizzazioni che operano nel campo dell'assistenza umanitaria. Benché l'attuazione delle norme dipenda da vari fattori, molti dei quali possono essere al di fuori del nostro controllo, noi ci impegniamo ad agire coerentemente in tal senso, e ci aspettiamo di essere giudicati di conseguenza. Invitiamo altri operatori umanitari, compresi gli Stati stessi, ad adottare queste norme come regole valide.

Accogliendo le norme descritte ai capitoli 1-5, noi ci impegniamo a compiere ogni sforzo per garantire che le persone colpite da disastri abbiano accesso almeno ai requisiti minimi (acqua, servizi igienico-sanitari, cibo, nutrizione, rifugio e assistenza sanitaria) per soddisfare il loro fondamentale diritto a vivere con dignità. A tal fine continueremo a sollecitare governi e altre parti in causa perché adempiano i loro obblighi secondo quanto espresso nel corpus legislativo internazionale relativo ai diritti umani e dei rifugiati e nel diritto internazionale umanitario.

Ci assumiamo la responsabilità di tale impegno e ci adoperiamo perché vengano elaborati sistemi che garantiscano un atteggiamento altrettanto responsabile all'interno delle nostre rispettive agenzie, consorzi e federazioni e che consentano di render conto del nostro operato. Riconosciamo altresì che la nostra prima responsabilità è verso coloro che intendiamo assistere.

## Note

1. Articoli 3 e 5 della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, 1948; articoli 6 e 7 della *Convenzione internazionale sui diritti civili e politici*, 1966; articolo 3, comune alle quattro *Convenzioni di Ginevra* del 1949; articoli 23, 55 e 59 della *Quarta Convenzione di Ginevra*; articoli 69-71 del *I Protocollo aggiuntivo* del 1977; articolo 18 del *II Protocollo aggiuntivo* del 1977, e altre norme pertinenti del diritto internazionale umanitario; *Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti*, 1984; articoli 10, 11 e 12 della *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, 1966; articoli 6, 37 e 24 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989; e altri punti del diritto internazionale.
2. La distinzione tra combattenti e non-combattenti è il principio che sta alla base del diritto internazionale umanitario. Si veda in particolare l'articolo 3, comune alle quattro *Convenzioni di Ginevra* del 1949, e l'articolo 48 del *I Protocollo aggiuntivo* del 1977. Si veda anche l'articolo 38 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989.
3. Articolo 33 della *Convenzione sullo statuto dei rifugiati*, 1951; articolo 3 della *Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti*, 1984; articolo 22 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989.

## Fonti

La presente Carta si richiama ai seguenti strumenti:

*Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo*, 1948.

*Convenzione internazionale sui diritti civili e politici*, 1966.

*Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, 1966.

*Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale*, 1969.

Le quattro *Convenzioni di Ginevra* del 1949 e i due *Protocolli aggiuntivi* del 1977.

*Convenzione sullo statuto dei rifugiati*, 1951 e *Protocollo sullo statuto dei rifugiati* 1967.

*Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti*, 1984.

*Convenzione per la prevenzione e la repressione del delitto di genocidio*, 1948.

*Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989.

*Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, 1979.

*Convenzione sullo statuto degli apolidi*, 1960.

*Principi guida sugli sfollati interni*, 1998.

## *Annotazioni*





# Capitolo 1: Norme minime comuni a tutti i settori

# Come usare questo capitolo

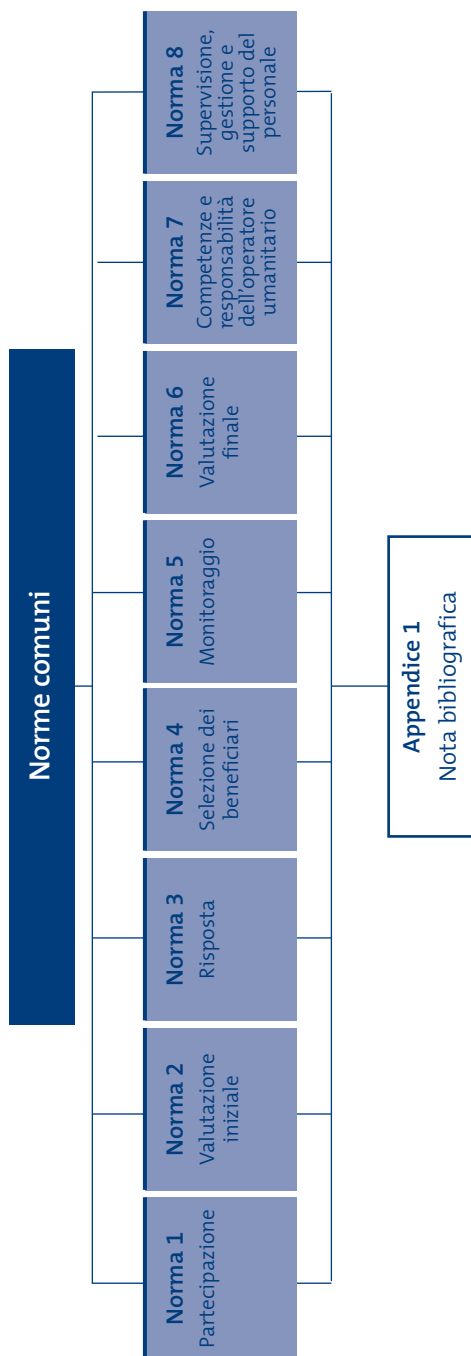
Il presente capitolo tratta dettagliatamente otto norme fondamentali relative a “processi e persone”, comuni a tutti i settori tecnici. Queste norme sono: 1) partecipazione; 2) valutazione iniziale; 3) risposta; 4) selezione dei beneficiari; 5) monitoraggio; 6) valutazione finale; 7) competenze e responsabilità dell’operatore umanitario e 8) supervisione, gestione e supporto del personale. Ogni punto è articolato in:

- *norme minime*: sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi da raggiungere;
- *indicatori chiave*: sono “segnali” che attestano se la norma ha trovato o meno attuazione. Rappresentano un modo per misurare e comunicare l’impatto, o risultato, dei programmi, così come i procedimenti e i metodi seguiti. Gli indicatori possono essere qualitativi o quantitativi;
- *note di orientamento*: riuniscono aspetti specifici da considerare quando si applicano le norme e gli indicatori nelle varie situazioni, forniscono un orientamento per affrontare difficoltà di ordine pratico, e consigli sulle questioni prioritarie. Possono comprendere anche argomenti critici relativi a norme o indicatori, e descrivono dubbi, controversie o lacune nello stato attuale delle conoscenze.

Il capitolo si conclude con una bibliografia scelta che rimanda alle fonti di informazione sulle questioni tecniche, generali e specifiche, relative alle norme.

# Sommario

Introduzione .....	29
1. Partecipazione .....	32
2. Valutazione iniziale .....	33
3. Risposta .....	38
4. Selezione dei beneficiari .....	40
5. Monitoraggio .....	43
6. Valutazione finale .....	44
7. Competenze e responsabilità dell'operatore umanitario....	45
8. Supervisione, gestione e supporto del personale .....	46
Appendice 1: Nota bibliografica .....	49



# Introduzione

Queste norme comuni riguardano tutti i capitoli del manuale e ne sono parte integrante. La loro applicazione permetterà alle organizzazioni umanitarie la piena attuazione delle norme presentate nei capitoli tecnici.

## Rimandi agli strumenti giuridici internazionali

Tutti hanno il diritto di vivere con dignità e nel rispetto dei loro diritti di esseri umani. Le organizzazioni umanitarie hanno la responsabilità di portare assistenza coerentemente con i diritti umani, compreso il diritto alla partecipazione, alla non discriminazione e all'informazione, secondo quanto espresso nel corpus legislativo internazionale relativo ai diritti umani e dei rifugiati e nel diritto internazionale umanitario. Nella *Carta Umanitaria e nel Codice di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le Organizzazioni non Governative (ONG) relativo alle operazioni di soccorso in caso di disastri*, le organizzazioni umanitarie si impegnano ad assumersi la responsabilità verso coloro che intendono assistere. Le norme comuni definiscono le responsabilità delle organizzazioni e dei singoli durante le operazioni di protezione e assistenza.

Norme  
comuni

## Importanza delle norme comuni a tutti i settori

I programmi che vanno incontro ai bisogni delle popolazioni colpite da disastri devono basarsi su una chiara comprensione del contesto. Le valutazioni iniziali analizzeranno la natura del disastro e i suoi effetti sulla popolazione. Le capacità della popolazione colpita e le risorse disponibili dovrebbero essere individuate contemporaneamente alla valutazione dei loro bisogni e vulnerabilità, e di tutte le carenze nei servizi essenziali. Nessun settore può essere esaminato separatamente dagli altri e senza tenere conto delle convinzioni di carattere economico, delle credenze religiose e tradizionali, delle pratiche sociali, dei fattori politici e di sicurezza, dei meccanismi di risposta efficace o di sviluppi futuri prevedibili. L'analisi delle cause e degli effetti del

disastro è di fondamentale importanza. Se la problematica non viene identificata e compresa correttamente, sarà difficile, se non impossibile, dare una risposta adeguata.

La risposta dipende da svariati fattori, quali le capacità dell'organizzazione, il campo – o i campi – di competenza, i limiti di budget, la familiarità con la regione o la situazione, i rischi per la sicurezza degli operatori. Le norme di risposta qui specificati servono a chiarire “chi fa cosa e quando”. Una volta stabilita la risposta appropriata, occorre definire meccanismi di selezione dei beneficiari che mettano le organizzazioni umanitarie in grado di portare assistenza in maniera imparziale e senza discriminazioni, secondo i bisogni.

I sistemi di monitoraggio devono essere stabiliti nelle prime fasi del processo, in modo da misurare costantemente i progressi compiuti nel raggiungimento degli obiettivi e controllare che il programma mantenga la sua adeguatezza in un contesto in evoluzione. Una valutazione, che può essere eseguita nel corso o al termine della risposta, determina l'efficacia complessiva del programma e trae lezioni per il miglioramento di programmi analoghi in futuro.

La qualità dell'assistenza umanitaria dipenderà dalle capacità, dalle conoscenze e dall'impegno del personale e dei volontari che si trovano ad operare in condizioni difficili, a volte insicure. Direzione e supervisione valide sono elementi chiave di un programma di assistenza e, unitamente a un'attività di capacity-building, possono aiutare a garantire l'attuazione delle norme minime di assistenza. Data l'importanza di alcuni argomenti trasversali, come il genere, la formazione di una squadra dovrà tenere conto della diversità delle risorse umane.

Per garantire l'adeguatezza e la qualità di ogni risposta, la partecipazione delle persone colpite dal disastro – compresi i gruppi vulnerabili elencati più avanti – alle fasi di valutazione, elaborazione, attuazione e monitoraggio delle risposte deve essere massima. La condivisione sistematica di conoscenze e informazioni è fondamentale ai fini di una comune interpretazione dei problemi e di un efficace coordinamento tra organizzazioni umanitarie.

## Collegamenti con gli altri capitoli

È fondamentale che questo capitolo venga letto prima di passare al settore tecnico specifico.

## Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite da disastri

In caso di disastro, i gruppi più frequentemente a rischio sono le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le persone affette da HIV/AIDS. In alcuni contesti possono essere motivo di vulnerabilità l'origine etnica, l'affiliazione religiosa o politica, la condizione di sfollato. Questo elenco non esaurisce le categorie più a rischio, ma riunisce quelle individuate con maggiore frequenza. Vulnerabilità specifiche si ripercuotono sulla capacità delle persone di reagire e sopravvivere a un disastro; in ogni contesto si devono dunque identificare i soggetti più a rischio.

In tutto il manuale, l'espressione "gruppi vulnerabili" indica tutti questi gruppi. Quando uno qualsiasi di questi è a rischio, è probabile che lo siano anche gli altri. Per questo, ogni volta che si nominano i gruppi vulnerabili i lettori sono caldamente invitati a considerare tutti quelli qui elencati. È necessaria una attenzione particolare nel proteggere e curare tutti i gruppi in questione senza discriminazioni e secondo i bisogni specifici. Va comunque ricordato che le popolazioni colpite da disastri possiedono e acquisiscono competenze e capacità per fronteggiare la situazione, che devono essere riconosciute e incoraggiate.

## Le Norme minime

### Norma comune 1: partecipazione

La popolazione colpita dal disastro partecipa attivamente alla valutazione iniziale, all'elaborazione, all'attuazione, al monitoraggio e alla valutazione finale del programma di assistenza.

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

- Uomini e donne di tutte le età appartenenti alla popolazione colpita dal disastro e la più ampia popolazione locale, compresi i gruppi vulnerabili, vengono informati sul programma di assistenza, con la possibilità di riportare i loro commenti all'organizzazione umanitaria durante tutte le fasi del progetto (v. nota di orientamento 1).
- Gli obiettivi scritti e la pianificazione del programma di assistenza devono riflettere i bisogni, gli interessi e i valori delle persone colpite dal disastro, specialmente quelle appartenenti ai gruppi vulnerabili, e devono concorrere alla loro protezione (v. note di orientamento 1-2).
- La programmazione serve a massimizzare l'impiego di forze e competenze locali (v. note di orientamento 3-4).

### Note di orientamento

**1. Rappresentatività di tutti i gruppi:** la partecipazione delle persone colpite dal disastro ai processi decisionali, durante tutte le fasi del ciclo di progetto (valutazione iniziale, pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione finale), contribuisce a garantire l'equità e l'efficacia dei programmi. È necessario uno sforzo particolare per assicurare la partecipazione di una rappresentanza equilibrata delle persone interessate dal programma di assistenza, compresi i gruppi vulnerabili e marginali. La partecipazione serve a garantire che i programmi siano basati sulla libera collaborazione delle persone colpite dal disastro e che, dove ciò non comprometta i diritti degli individui, rispettino la cultura locale. I programmi



di assistenza devono riflettere l'interdipendenza degli individui, delle famiglie e delle comunità, e garantire che non vengano trascurati gli elementi relativi alla protezione.

- 2. Comunicazione e trasparenza:** la condivisione di informazioni e conoscenze tra tutti i soggetti coinvolti è essenziale per arrivare ad una migliore comprensione del problema e prestare una assistenza coordinata. I risultati delle valutazioni devono essere attivamente comunicati a tutti i soggetti interessati, organizzazioni e singoli. Occorre stabilire meccanismi che permettano alle persone di esprimere i propri commenti al programma, per esempio in occasione di incontri pubblici o attraverso organizzazioni su base comunitaria. Per le singole persone immobilizzate o disabili possono essere necessari programmi specifici di tipo domiciliare.
- 3. Capacità locale:** la partecipazione al programma dovrebbe rafforzare il senso di dignità e la speranza delle persone in un momento di crisi, e dovrebbe essere incoraggiata in vari modi. I programmi devono essere formulati in modo da valorizzare e rafforzare le capacità locali, evitando di compromettere le strategie di risposta efficace delle persone.
- 4. Sostenibilità a lungo termine:** nel processo di rafforzamento delle capacità locali ad affrontare i disastri, si realizzano solitamente benefici a lungo termine. Un programma di risposta al disastro deve sostenere e/o affiancare i servizi esistenti e le istituzioni locali relativamente a strutture e progetti, e deve essere sostenibile una volta terminata la fase di assistenza esterna. Le organizzazioni governative locali e nazionali hanno responsabilità fondamentali nei confronti delle popolazioni e, ove possibile, devono essere consultate nella formulazione di programmi a più lungo termine.

## Norma comune 2: valutazione iniziale

Dalle valutazioni si ricavano una comprensione del disastro e una analisi chiara delle minacce alla vita, alla dignità, alla salute e ai mezzi di sostentamento, utili a stabilire, di concerto con le autorità competenti, se una risposta esterna sia necessaria e, in caso affermativo, definirne la natura.

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

- Le informazioni vengono raccolte mediante procedure standardizzate, e rese disponibili per favorire un processo decisionale trasparente (v. note di orientamento 1-6).
- La fase di valutazione esamina tutti gli aspetti tecnici (acqua e servizi igienico-sanitari, nutrizione, cibo, rifugio, salute), l'ambiente fisico, sociale, economico e politico, e le condizioni di sicurezza (v. nota di orientamento 7).
- Tramite consultazioni, la valutazione iniziale tiene conto delle risposte delle autorità locali e nazionali e di altri operatori e organizzazioni umanitarie (v. nota di orientamento 7).
- Vengono individuate capacità e strategie locali per fronteggiare il disastro, sia della popolazione colpita, sia di quelle circostanti (v. nota di orientamento 8).
- Ove sia possibile, i dati vengono disaggregati per sesso ed età (v. nota di orientamento 9).
- La valutazione iniziale è improntata ai diritti dei soggetti colpiti, secondo quanto stabilito dal diritto internazionale.
- La valutazione iniziale tiene conto della responsabilità delle autorità competenti nel dare protezione e assistenza alla popolazione sul territorio da esse controllato; tiene conto anche della legislazione, delle norme e delle direttive a livello nazionale, applicabili nel luogo in cui si trova la popolazione colpita, ove siano conformi al diritto internazionale.
- La valutazione iniziale comprende un'analisi dell'ambiente in cui si svolgeranno le operazioni, compresi tutti gli aspetti relativi alla sicurezza della popolazione colpita e del personale umanitario (v. nota di orientamento 10).
- Le stime numeriche relative alla popolazione vengono controllate e convalidate confrontandole con il maggior numero possibile di fonti e rendendo nota la base di calcolo.
- I risultati della valutazione iniziale vengono messi a disposizione degli altri settori, delle autorità locali e nazionali e dei

rappresentanti della popolazione colpita. Vengono fatte raccomandazioni sull'esigenza di un'assistenza esterna e sulle risposte più adeguate, che dovranno essere correlate a strategie di uscita o di transizione (v. nota di orientamento 11).

In appendice a ogni capitolo tecnico si trovano questionari di valutazione per i singoli settori.

## Note di orientamento

- 1. Valutazioni iniziali:** formano la base per ogni genere di assistenza immediata che possa essere necessaria, e individuano le zone in cui concentrare valutazioni più dettagliate. La valutazione iniziale non è fine a se stessa, rappresenta il primo passo di un processo continuo di revisione e aggiornamento che è parte integrante del processo di monitoraggio, in particolare nelle situazioni a rapida evoluzione o in caso di sviluppi critici, come vasti movimenti di popolazione o l'improvvisa diffusione di una epidemia. Spesso può non essere possibile consultare tutti i settori o i vari gruppi della popolazione. Quando ciò si verifici, si deve comunicare chiaramente quali gruppi sono stati omessi e prendere misure volte a consultarli alla prima occasione.
- 2. Liste di controllo:** sono uno strumento utile per assicurare che tutte le aree chiave siano state considerate; in appendice ad ogni capitolo tecnico di questo manuale sono riportati degli esempi. Ulteriori informazioni si trovano in Appendice 1: nota bibliografica a p. 49.
- 3. Tempestività:** una prima valutazione dovrebbe essere eseguita al più presto dopo il verificarsi del disastro, mentre si affrontano gli elementi di rischio per la vita e altri bisogni essenziali. Di norma, la relazione dovrebbe essere stilata nell'arco di pochi giorni e, per forma e contenuto, dovrebbe permettere a coloro che si occupano del lavoro di analisi e pianificazione di individuare prontamente le priorità e fornire informazioni sufficienti a formulare rapidamente un programma adeguato. Una valutazione più approfondita si renderà necessaria più avanti, per individuare le lacune dell'assistenza e fornire informazioni di base.
- 4. Gruppo di valutazione:** un gruppo equilibrato nella componente di genere, formato sia da generalisti sia da tecnici specializzati nei vari settori,

e dotati di termini di riferimento chiari, che cerchi di coinvolgere attivamente la popolazione in modi culturalmente accettabili, migliorerà la qualità della valutazione. Sono essenziali la conoscenza del luogo e precedenti esperienze nel campo dei disastri avvenuti nel paese o nella regione.

**5. Raccolta di informazioni:** prima di iniziare il lavoro sul campo, i membri del gruppo devono avere chiari gli obiettivi e la metodologia della valutazione, oltre che il proprio ruolo; di norma, si dovrebbe applicare un insieme di metodi quantitativi e qualitativi adeguati al contesto. Possono esservi individui o gruppi che non riescono a parlare apertamente, e si possono prendere in considerazione particolari forme di accordo per raccogliere le informazioni più delicate. Le informazioni devono essere trattate con la massima cautela e riservatezza. Previo il consenso dei soggetti, può essere presa in considerazione l'eventualità di trasmettere le informazioni raccolte a operatori o istituzioni adeguati. Il personale che opera in situazioni di conflitto deve essere consapevole che le informazioni raccolte possono essere delicate, che potrebbero essere utilizzate impropriamente e compromettere la capacità di agire dell'organizzazione stessa.

**6. Fonti di informazioni:** le informazioni necessarie alla relazione di valutazione possono essere raccolte da fonti primarie, come l'osservazione diretta e il dialogo con persone chiave (personale di agenzia, responsabili della comunità di entrambi i sessi, anziani, bambini, personale sanitario, insegnanti, commercianti e altri soggetti competenti), e da fonti secondarie, quali letteratura e relazioni (edite e inedite), materiale storico e dati precedenti il disastro. Informazioni importanti si possono ricavare anche dai piani nazionali o regionali per affrontare le emergenze. La comparazione tra le informazioni secondarie e l'osservazione e la valutazione dirette è fondamentale per evitare eventuali parzialità. I metodi adottati per la raccolta delle informazioni e i limiti dei dati ricavati devono essere comunicati chiaramente, in modo da dare un quadro realistico della situazione. Le relazioni di valutazione devono indicare chiaramente i motivi specifici di preoccupazione e le raccomandazioni espresse da tutti i gruppi, in particolare da quelli più vulnerabili.

**7. Valutazioni settoriali:** nella fase iniziale di un disastro, una valutazione multisettoriale non è sempre possibile e può ritardare gli interventi volti a

far fronte a specifici bisogni primari. In caso di valutazioni di settori singoli, è necessaria un'attenzione particolare ai collegamenti con altri settori e agli aspetti più generali del contesto e della protezione, in coordinamento con altri operatori e organizzazioni umanitarie.

- 8. Rapporto con la popolazione ospitante:** fornire strutture e sostegno a popolazioni sfollate può suscitare risentimenti all'interno della comunità ospitante, soprattutto dove le risorse esistenti siano limitate e debbano essere condivise con i nuovi arrivati. Per ridurre al minimo gli attriti, le popolazioni ospitanti devono essere consultate e, dove opportuno, la realizzazione di infrastrutture e servizi per le popolazioni sfollate deve portare un miglioramento sostenibile anche delle condizioni di vita della popolazione ospitante.
- 9. Disaggregazione dei dati:** è importante per diversi motivi. Permette agli utenti di una valutazione di verificare l'esattezza dei risultati, e consente la comparazione con studi precedenti sulla stessa area. Oltre a età, genere, vulnerabilità e così via, è utile includere tra le principali informazioni disaggregate le dimensioni medie della famiglia e il numero di famiglie, che aiuteranno a programmare una risposta più adeguata. Nelle prime fasi di un disastro, disaggregare i dati per età e genere può risultare difficile. In ogni caso, morbilità e mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni di età devono essere documentate da subito, poiché si tratta di una fascia della popolazione particolarmente a rischio. Se il tempo a disposizione e le condizioni lo permettono, si dovrebbe operare una disaggregazione più dettagliata, in modo da individuare ulteriori differenze per età, sesso e vulnerabilità.
- 10. Contesto di riferimento:** la valutazione e la successiva analisi devono tenere conto degli aspetti strutturali, politici, economici, demografici, ambientali e relativi alla sicurezza del contesto. Inoltre, deve essere preso in considerazione qualsiasi mutamento nelle condizioni di vita e nelle strutture comunitarie della popolazione ospitante e di quella sfollata rispetto al periodo precedente il disastro.
- 11. Ripresa:** nella valutazione iniziale devono rientrare l'analisi e la pianificazione per il periodo di ripresa post-disastro perché gli aiuti esterni, se portati in modo tale da non sostenere i meccanismi di sopravvivenza delle popolazioni locali stesse, possono rallentare la ripresa.

## Norma comune 3: risposta

Una risposta umanitaria è necessaria nelle situazioni in cui le autorità competenti non siano in grado e/o disposte a rispondere adeguatamente ai bisogni di protezione e assistenza delle popolazione del territorio da esse controllato, e nel caso in cui dalla fase di valutazione e analisi emerga che tali bisogni non sono soddisfatti.

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

- Dove la vita delle persone è in pericolo in conseguenza di un disastro, i programmi danno la priorità ai bisogni essenziali per la sopravvivenza (v. nota di orientamento 1).
- Programmi e progetti hanno lo scopo di dare sostegno e protezione alle popolazioni colpite e di promuovere i loro mezzi di sostentamento, in modo tale da attuare o superare le Norme minime Sfera, secondo quanto illustrato dagli indicatori chiave (v. nota di orientamento 2).
- Si ha un efficace coordinamento e scambio di informazioni tra i soggetti colpiti o coinvolti nella risposta al disastro. Le organizzazioni umanitarie intervengono in base ai bisogni dove la loro esperienza e capacità possono avere il massimo effetto nell'ambito complessivo dei programmi di assistenza (v. nota di orientamento 3).
- Le organizzazioni, i programmi e i progetti che non possono andare incontro a bisogni individuati o non sono in grado di attuare le Norme minime rendono note tutte le lacune, in modo che altri possano intervenire per prestare l'assistenza necessaria (v. note di orientamento 4-5).
- In situazioni di conflitto, il programma di assistenza tiene conto dell'eventuale impatto della risposta sulle dinamiche della situazione stessa (v. nota di orientamento 6).

## Note di orientamento

1. **Rispondere a bisogni reali:** la risposta umanitaria deve essere organizzata in modo da andare incontro a bisogni verificati. Occorre accertarsi che elementi superflui, che potrebbero interferire con la distribuzione di beni essenziali, vengano esclusi dai canali di distribuzione.
2. **Osservare le Norme minime:** i programmi e i progetti di risposta devono essere formulati in modo da colmare il divario tra le condizioni di vita esistenti e le Norme minime Sfera. Ciò nonostante, è importante distinguere i bisogni generati dalla situazione di emergenza da quelli cronici di una popolazione. In molti casi, i bisogni umanitari e le risorse che sarebbero necessarie per portare una comunità, una zona, una regione o addirittura un paese entro le Norme minime sono di gran lunga maggiori delle risorse disponibili. Un'organizzazione non può aspettarsi di realizzare questo obiettivo da sola, e le comunità, i loro vicini, i governi ospitanti, i donatori e altre organizzazioni locali e internazionali hanno tutti un ruolo importante da svolgere. Il coordinamento tra i soggetti che rispondono ad una situazione di disastro è fondamentale per fare fronte a carenze critiche.
3. **Capacità e competenza:** in situazioni in cui un'organizzazione sia altamente specializzata o delegata a rispondere a particolari bisogni (o gruppi), essa dovrebbe mirare a ottenere il massimo impatto umanitario possibile utilizzando le proprie risorse e capacità. Tuttavia, anche entro i limiti specifici delle competenze o del mandato di un'agenzia, è probabile che i bisogni umanitari eccedano le sue risorse organizzative. Dove l'organizzazione umanitaria si trovi a disporre di capacità in eccesso, dovrebbe renderlo noto alla più ampia comunità umanitaria operante e portare il proprio contributo quando e dove necessario.
4. **Rendere note le carenze:** pur essendo più propense a mostrare il successo dei loro programmi e le valutazioni positive delle iniziative in corso per incoraggiare il finanziamento di programmi futuri, le organizzazioni umanitarie devono essere disposte a riconoscere tempestivamente anche le carenze nella propria capacità di far fronte ai bisogni primari.

**5. Condividere le informazioni:** le associazioni che individuano necessità critiche dovrebbero condividere tali informazioni con la comunità più ampia nel più breve tempo possibile, per consentire a quelle organizzazioni umanitarie dotate delle risorse e delle capacità più adeguate di intervenire. Ovunque ciò sia possibile, si dovrebbero adottare terminologia, Norme e procedure riconosciute, in modo da aiutare altri a mobilitare la propria risposta nella maniera più rapida ed efficace. L'adozione di moduli standard e di linee guida associate, concordati con il governo ospitante e con organizzazioni umanitarie a livello nazionale, può portare un contributo significativo in tal senso.

**6. Massimizzare l'impatto positivo e contenere i danni:** spesso il conflitto e la competizione per risorse scarse generano maggiore insicurezza, uso improprio, appropriazione indebita o diversione degli aiuti, o una distribuzione non equa. Comprendendo la natura e l'origine del conflitto, si contribuisce ad assicurare la distribuzione imparziale degli aiuti, oltre a ridurre o evitare impatti negativi. In situazioni caratterizzate da conflitto, prima della pianificazione del programma andrebbe eseguita una analisi degli attori, dei meccanismi, degli argomenti e dei contesti del conflitto stesso.

## **Norma comune 4: selezione dei beneficiari**

Assistenza o servizi umanitari sono forniti in maniera equa e imparziale, secondo la vulnerabilità e i bisogni di singoli o gruppi colpiti dal disastro.

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

- I criteri di selezione dei beneficiari devono basarsi su una accurata analisi della vulnerabilità (v. nota di orientamento 1).
- I meccanismi di selezione dei beneficiari sono concordati tra la popolazione colpita (compresi rappresentanti dei gruppi vulnerabili) e altre parti in causa. I criteri di selezione dei beneficiari sono definiti chiaramente e resi ampiamente pubblici (v. note di orientamento 2-3).



- I meccanismi e i criteri di selezione dei beneficiari non devono compromettere la dignità e la sicurezza dei singoli né aumentare la loro vulnerabilità allo sfruttamento (v. note di orientamento 2-3).
- I sistemi di distribuzione sono controllati per garantire che i criteri di selezione dei beneficiari vengano rispettati e, ove necessario, vengano tempestivamente apportati gli opportuni correttivi (v. note di orientamento 4-5).

## Note di orientamento

1. **Scopo della selezione dei beneficiari** è venire incontro ai bisogni dei soggetti più vulnerabili, fornendo gli aiuti in maniera efficiente e riducendo al minimo la dipendenza.
2. **I meccanismi di selezione dei beneficiari** sono i modi in cui l'assistenza viene messa a disposizione con imparzialità e senza discriminazioni, in base ai bisogni. La selezione dei beneficiari può essere di diversi tipi: su base comunitaria, amministrativa, auto-selezione e combinazioni di questi metodi. Gli operatori delle organizzazioni umanitarie devono essere coscienti che in certi casi l'auto-selezione può portare all'esclusione di alcuni gruppi vulnerabili. Per garantire che la popolazione colpita dal disastro venga consultata e sia d'accordo con le decisioni sulla selezione dei beneficiari, è opportuno includere nel processo di consultazione un gruppo rappresentativo, formato da donne e uomini, ragazzi e ragazze e da soggetti appartenenti ai gruppi vulnerabili. In situazioni di conflitto, è fondamentale che si capisca la natura e l'origine del conflitto stesso, e come esso possa influenzare le decisioni amministrative e della comunità sulla selezione dei beneficiari dell'assistenza.
3. **I criteri di selezione dei beneficiari** sono, in genere, correlati al grado di vulnerabilità di una comunità, di una famiglia o di un individuo, determinato a sua volta dal rischio rappresentato dal disastro e dalla capacità di risposta efficace dei beneficiari stessi. Criteri e meccanismi di selezione impropri possono involontariamente ledere la dignità delle persone, ed è necessario prendere provvedimenti per evitare questo fenomeno. Alcuni esempi in tal senso sono:

- i meccanismi di selezione dei beneficiari, siano essi di tipo amministrativo o su base comunitaria, possono richiedere informazioni sulla situazione patrimoniale di una persona. Si tratta di argomenti che possono essere percepiti come intrusivi, e che potrebbero indebolire le strutture sociali;
- le famiglie con bambini malnutriti vengono scelte spesso come beneficiarie dell'assistenza alimentare selettiva. Ciò può compromettere la dignità delle persone, perché i genitori potrebbero essere incoraggiati a tenere i propri figli molto magri per continuare a ricevere le razioni selettive. Lo stesso può accadere nel caso in cui vengono distribuite razioni generali;
- dove l'assistenza viene organizzata in base a sistemi locali di clan, i soggetti che non rientrano in tali sistemi (per esempio, gli sfollati) risultano facilmente esclusi;
- donne, ragazze e ragazzi sfollati possono essere soggetti a coercizione sessuale;
- i malati di HIV/AIDS possono essere discriminati. Si deve sempre rispettare la riservatezza.

**4. Accesso a strutture e servizi e loro uso:** sull'uso che le persone fanno dei beni e servizi forniti influiscono diversi fattori, quali accesso, sicurezza, comodità, qualità, rispondenza a bisogni e costumi locali. L'accesso può risultare particolarmente complicato da situazioni di conflitto armato, oltre che da fattori quali corruzione, intimidazione e sfruttamento (anche sessuale). Ovunque sia possibile, i fattori che limitano l'uso delle strutture devono essere affrontati con la mobilitazione della comunità o con revisioni del programma. È fondamentale garantire che la consultazione prima e durante l'attuazione del programma includa un adeguato confronto con donne, bambini e altri gruppi vulnerabili, che incontrano le maggiori difficoltà nell'uso di beni e servizi.

**5. Monitoraggio degli errori di esclusione e inclusione:** quando un sistema di selezione dei beneficiari non riesce a raggiungere tutti i soggetti vulnerabili che hanno necessità di assistenza in seguito a un disastro, individui e gruppi possono trovarsi presto in condizioni critiche. Per ottenere una copertura più efficace, occorre prendere provvedimenti per l'aggiornamento e l'affinamento dei sistemi di selezione dei beneficiari e di distribuzione.

## Norma comune 5: monitoraggio

L'efficacia del programma nella risposta ai problemi viene verificata, i cambiamenti del contesto generale sono tenuti sotto costante controllo al fine di migliorare il programma o sospenderlo gradualmente, secondo le esigenze.

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

- Le informazioni raccolte per il monitoraggio sono tempestive e utili, vengono registrate e analizzate in maniera accurata, logica, coerente, regolare e trasparente, e improntano il programma in corso (v. note di orientamento 1-2).
- Sono operativi sistemi volti a garantire la regolarità della raccolta di informazioni in ognuno dei settori tecnici e a verificare se gli indicatori di ogni Norma vengono rispettati.
- Donne, uomini e bambini appartenenti a tutti i gruppi colpiti vengono regolarmente consultati e coinvolti nelle attività di monitoraggio (v. nota di orientamento 3).
- Sono attivi sistemi che favoriscono lo scambio di informazioni tra il programma, altri settori, i gruppi della popolazione colpita, le competenti autorità locali, donatori e altri operatori, secondo le esigenze (v. nota di orientamento 4).

### Note di orientamento

- 1. Uso delle informazioni ricavate dal monitoraggio:** in caso di disastri, le situazioni sono fluide e dinamiche. Una informazione regolarmente aggiornata è dunque di vitale importanza per garantire che i programmi mantengano la loro adeguatezza ed efficacia. Un monitoraggio costante permette ai responsabili di definire priorità, individuare problemi emergenti, seguire tendenze, determinare gli effetti delle risposte, guidare la revisione dei programmi. Le informazioni ricavate dal costante monitoraggio dei programmi possono essere utilizzate per revisioni, valutazioni ed altre finalità. In alcuni casi, per rispondere a cambiamenti consistenti intervenuti nei bisogni o nel contesto, può rendersi necessario modificare la strategia.

**2. Uso e diffusione delle informazioni:** le informazioni raccolte dovrebbero essere direttamente pertinenti al programma – in altri termini, dovrebbero essere utili e utilizzate nell’attuazione del programma. Devono essere anche documentate e rese disponibili proattivamente, secondo le esigenze, a tutti i settori e le organizzazioni umanitarie, nonché alla popolazione colpita. I mezzi impiegati per la comunicazione (metodi di diffusione, lingua ecc.) devono essere adatti e accessibili ai destinatari interessati.

**3. Soggetti coinvolti nel monitoraggio:** è bene includere persone in grado di raccogliere informazioni presso tutti i gruppi della popolazione colpita in modi culturalmente accettabili, con particolare riguardo al genere e alle competenze linguistiche. Possono esistere pratiche culturali locali in base alle quali le donne o gruppi minoritari dovranno essere consultati separatamente, da soggetti culturalmente accettabili.

**4. Condivisione delle informazioni:** le attività di monitoraggio e valutazione richiedono la stretta consultazione e collaborazione di tutti i settori. Per esempio, durante un’epidemia di colera si dovrebbe avere uno scambio continuo di informazioni tra le agenzie sanitarie e quelle che si occupano della situazione idrica e igienica. Lo scambio di informazioni può essere agevolato da meccanismi di coordinamento, come un regolare svolgimento di incontri e l’affissione in bacheche.

## **Norma comune 6: valutazione finale**

L’azione umanitaria viene sottoposta ad un esame sistematico e imparziale, volto a trarre insegnamenti per migliorare la prassi e la politica seguite e incrementare efficacia e trasparenza.

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

- Il programma viene valutato nella sua adeguatezza, efficacia, copertura, coerenza e impatto sulla popolazione colpita in relazione agli obiettivi stabiliti e alle Norme minime concordate (v. nota di orientamento 1).
- La valutazione tiene conto della visione e delle opinioni della popolazione colpita e, in caso di divergenza, anche della comunità ospitante.

- La raccolta di informazioni ai fini della valutazione è indipendente e imparziale.
- I risultati di ogni valutazione vengono utilizzati per migliorare la pratica futura (v. nota di orientamento 2).

## Note di orientamento

- 1. Definizione dei criteri:** poiché una situazione di disastro è caratterizzata da cambiamenti repentini e da un alto grado di incertezza, valutare un programma di assistenza umanitaria è compito non facile. Mentre i metodi qualitativi sono più indicati per cogliere la natura complessa della risposta al disastro, coloro che valutano tali programmi devono essere preparati ad applicare metodi diversi, e a comparare e soppesare i risultati per trarre conclusioni valide.
- 2. Uso successivo delle informazioni:** dalle valutazioni devono scaturire relazioni scritte, che vengono condivise per concorrere a creare trasparenza e affidabilità e che permettono di ricavare insegnamenti comuni a programmi e agenzie diversi al fine di migliorare le pratiche e le politiche umanitarie.

## Norma comune 7: competenze e responsabilità dell'operatore umanitario

Gli operatori umanitari sono dotati di opportune qualifiche, attitudini ed esperienza per pianificare e dare efficace attuazione a programmi adeguati.

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

- Gli operatori umanitari hanno opportune qualifiche tecniche e la conoscenza delle culture e delle abitudini locali e/o precedente esperienza di emergenze. Conoscono anche i diritti umani e i principi umanitari.
- Il personale è ben informato delle potenziali tensioni e fonti di conflitto interne alla popolazione colpita dal disastro e con le comunità ospitanti. È consapevole delle implicazioni che

l'assistenza umanitaria comporta e rivolge un'attenzione particolare ai gruppi vulnerabili (v. nota di orientamento 1).

- Il personale è in grado di riconoscere eventuali attività abusive, discriminatorie o illegali e di astenersene (v. nota di orientamento 2).

## Note di orientamento

**1. Il personale deve essere consapevole** di quanto, in tempo di crisi, i crimini violenti, compresa la violenza sessuale e altre forme di brutalità contro donne, ragazze e bambini, possano aumentare. Il timore di subire angherie e violenza sessuale costringe le donne a formare alleanze con soldati e altri uomini in posizioni di autorità o potere; i giovani maschi sono esposti a coscrizione coatta nelle forze combattenti. Il personale e i collaboratori sul campo devono sapere come indirizzare donne, uomini e bambini che cercano riparazione a violazioni dei diritti umani, e devono avere familiarità con le procedure di orientamento delle vittime di violenza sessuale all'assistenza psico-sociale, alle cure mediche o alla contraccezione.

**2. Il personale deve capire** che la responsabilità di controllo, gestione e distribuzione delle preziose risorse dei programmi di risposta al disastro lo pone, insieme con gli altri soggetti coinvolti nella distribuzione di tali risorse, in una posizione di relativo potere sugli altri. Il personale deve essere vigile rispetto al rischio che questo potere venga esercitato con la corruzione e l'abuso; deve essere consapevole che donne e bambini sono spesso sfruttati o costretti a comportamenti umilianti o degradanti. Non possono essere richieste prestazioni sessuali in cambio di assistenza umanitaria, e gli operatori umanitari non possono avere nessuna parte in tali forme di scambio. Sono proibiti il lavoro forzato, l'uso e il commercio di droghe illegali.

## Norma comune 8: supervisione, gestione e supporto del personale

Gli operatori umanitari ricevono supervisione e supporto tali da garantire l'efficace attuazione del programma di assistenza umanitaria.

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

- I dirigenti sono responsabili delle proprie decisioni. Hanno inoltre la responsabilità di garantire al loro personale supporto, adeguate condizioni di sicurezza, la conformità a codici e norme di condotta (v. nota di orientamento 2).
- Il personale tecnico e direttivo riceve l'addestramento, le risorse e il supporto necessari all'adempimento delle sue responsabilità (v. nota di orientamento 2).
- Il personale che lavora sui programmi comprende le finalità e il metodo delle attività che è chiamato a svolgere e riceve il susseguente riscontro sulla sua prestazione.
- Tutto il personale ha a disposizione la descrizione scritta e con linee di riferimento precise del lavoro che è chiamato a svolgere, e viene periodicamente sottoposto a valutazioni scritte del rendimento.
- Tutto il personale riceve un orientamento che tiene conto degli aspetti rilevanti per la salute e la sicurezza nella regione e nell'ambiente in cui si troverà ad operare (v. nota di orientamento 3).
- Il personale riceve un opportuno addestramento alla sicurezza.
- Vengono istituiti sistemi di capacity-building per il personale, soggetti a monitoraggio di routine (v. note di orientamento 4-5).
- Le capacità delle organizzazioni nazionali e locali vengono rafforzate, in modo da favorire la sostenibilità a lungo termine.

## Note di orientamento

1. **Ai dirigenti a tutti i livelli** spetta la responsabilità particolare di istituire e/o mantenere sistemi atti a favorire l'attuazione di programmi e politiche ad hoc, e di garantire l'osservanza di norme e codici di condotta. Alcune organizzazioni umanitarie dispongono già di codici che regolano i comportamenti istituzionali e del personale in materia di tutela dei bambini, sfruttamento e abuso sessuale. Poiché l'importanza di queste regole è ampiamente riconosciuta, molte organizzazioni umanitarie si stanno impegnando ad elaborare codici di condotta in tal senso. La responsabilità

dei dirigenti nel garantirne l'osservanza è un elemento fondamentale per il successo di tali codici.

- 2. Le organizzazioni umanitarie** devono garantire che il loro personale sia qualificato e competente, nonché adeguatamente addestrato, prima di assegnarlo ad una situazione di emergenza. Nella formazione delle squadre di emergenza, le organizzazioni devono cercare di assicurare una presenza equilibrata di uomini e donne sia nel personale, sia tra i volontari. Per garantire che il personale sia in grado di svolgere i suoi compiti, possono rendersi necessarie attività di supporto e addestramento permanenti.
- 3. Tutto il personale** deve ricevere istruzioni adeguate in materia di sicurezza e salute sia prima dell'assegnazione, sia all'arrivo sul posto. Deve essere sottoposto a vaccinazioni e a profilassi antimalarica (dove necessario) prima dell'assegnazione. All'arrivo, deve ricevere informazioni utili a ridurre al minimo i rischi per la sicurezza, istruzioni sulla sicurezza alimentare e dell'acqua, la prevenzione dell'HIV/AIDS e di altre malattie infettive endemiche, la disponibilità di cure mediche, le politiche e procedure di evacuazione sanitaria, e la retribuzione degli operatori.
- 4. Occorre compiere uno sforzo particolare** per favorire la diversità ai vari livelli di una organizzazione.
- 5. Quello di capacity-building** è un obiettivo esplicito della fase di riabilitazione che segue un disastro. Nella misura del possibile, lo si dovrebbe perseguire già nella fase del soccorso, particolarmente nel caso in cui quest'ultima si protragga nel tempo.



# Appendice 1

## Nota bibliografica

Grazie al programma online sulle migrazioni forzate del Refugee Studies Centre dell'Università di Oxford, molti dei documenti elencati hanno ottenuto la licenza dal copyright e sono consultabili in un apposito link di Sphere: <http://www.forcedmigration.org>

## Partecipazione

ALNAP Global Study: *Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: Practitioner Handbook* (di prossima pubblicazione). <http://www.alnap.org>

<http://www.hapgeneva.org>

## Valutazione e risposta

UNHCR, *Handbook for Emergencies*, 2000. <http://www.unhcr.ch>

*Field Operations Guidelines for Assessment and Response (FOG)*, 1998. USAID. <http://www.info.usaid.gov/ofda>

*Demographic Assessment Techniques in Complex Humanitarian Emergencies: Summary of a Workshop*, 2002.

<http://books.nap.edu/books/0309084970/html>

Humanity Development Library: <http://humaninfo.org>

Centri di informazione umanitaria dell'OCHA (Ufficio delle Nazioni Unite per gli Affari Umanitari): <http://www.humanitarianinfo.org>

OCHA, *Orientation Handbook on Complex Emergencies*. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. United Nations. New York, 1999.

Relief Web Humanitarian Library: <http://www.reliefweb.int/library>

Telford, J, *Good Practice Review 5: Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London, 1997.

## Selezione dei beneficiari

*Humanitarian Ethics in Disaster and War*. IFRC, 2003.

<http://www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp>

Materiale formativo dell'International Food Policy Research Institute, *Targeting: Principles and Practice*.

<http://www.reliefweb.int/training/ti1227.html>

Vincent, M, Refslund Sorensen, B. (a cura di), *Caught Between Borders, Response Strategies of the Internally Displaced*. Norwegian Refugee Council, 2001.

International Strategy for Disaster Reduction, *Countering Disasters, Targeting Vulnerability*. UN/ISDR, 2001. <http://www.unisdr.org>

## Monitoraggio e valutazione

ALNAP Annual Review, *Humanitarian Action: Learning from Evaluation*, 2001. <http://www.alnap.org>

ALNAP Annual Review, *Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning*, 2003.

<http://www.alnap.org>

*Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies*, Overseas Economic Cooperation for Development (OECD), 1999. Paris. <http://www.oecd.org/dac>

*Manual for the Evaluation of Humanitarian Aid*. European Community Humanitarian Office Evaluation Unit, Brussels, 2002. <http://europa.eu.int>

## Personale

*The People in Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel 2003*. People in Aid. <http://peopleinaid.org>

## Bambini

*Action for the Rights of the Child (ARC)*. Save the Children Alliance and UNHCR, 1998.

*Children Not Soldiers, Guidelines for Working with Child Soldiers and Children Associated with Fighting Forces*. Save the Children.

Gosling, L e Edwards, M, *Toolkits – A Practical Guide to Planning, Monitoring, Evaluation and Impact Assessment*. Save the Children.

Inter-Agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children [Gruppo di lavoro inter-organizzativo sui bambini non accompagnati e separati], *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children* (di prossima pubblicazione).

## Disabilità

<http://www.annenberg.nwu.edu/pubs/disada/>

<http://www.fema.gov/rrr/assistf.shtm>

<http://www.redcross.org/services/disaster/beprepared/disability.pdf>

## Ambiente

<http://www.benfieldhrc.org/disastersstudies/projects/REA>

Strumenti di valutazione ambientale per attività su piccola scala:

<http://www.encapafrica.org>

[www.reliefweb.int/ochaunep](http://www.reliefweb.int/ochaunep)

## Genere

Beck, T e Stelcner, M, *Guide to Gender-Sensitive Indicators*. Canadian International Development Agency (CIDA). Quebec, 1996.

Dugan, J, *Assessing the Opportunity for Sexual Violence against Women and Children in Refugee Camps*. Journal of Humanitarian Assistance, August 2000. <http://www.jha.ac/articles>

Enarson, E, *Gender and Natural Disasters*, Working Paper, In Focus Programme on Crisis Response and Reconstruction. ILO, 2000.

FAO, *Gender in Emergencies Annex: manuali, direttive, documenti principali*: <http://www.fao.org>

FAO/WFP, *Passport to Mainstreaming a Gender Perspective in Emergency Programmes*, 2003.

Disastri e genere: <http://www.anglia.ac.uk>

Strumenti per l'assistenza umanitaria di genere:  
<http://www.reliefweb.int/library/GHARKit>

UNHCR, *Guidelines on the Protection of Refugee Women*.

UNICEF, *Mainstreaming Gender in Unstable Environments*, 1999.  
<http://www.reliefweb.int/library>

## HIV/AIDS

Holmes W., *Protecting the Future: HIV Prevention, Care, and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. International Rescue Committee. Kumarian Press, New York, 2003.

*Inter-Agency Field Manual. Reproductive Health in Refugee Situations*. UNHCR/WHO/UNFPA. Genève, 1999.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) on HIV/AIDS in Emergency Settings. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* (bozza). IASC, 2003: 85. Genève.

Family Health International (FHI), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Virginia, 2001

## Anziani

HelpAge International, *Older People in Disaster and Humanitarian Crises: Guidelines for Best Practice*. Disponibile in inglese, francese, spagnolo e portoghese. <http://www.helpage.org>

Madrid International Plan of Action on Ageing, Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002, A/CONF.197/9 § 54-56. <http://www.un.org>

UNHCR, *Policy on Older Refugees* (versione approvata in occasione della XVII Assemblea del Comitato Permanente, febbraio-marzo 2000). EC/50/SC/CRP.13

*United Nations Principles for Older Persons*. <http://www.un.org>

## Protezione

*Agenda for Protection*. UNHCR. Genève, 2002.

Frohardt, M, Paul, D e Minear, L, *Protecting Human Rights: The Challenge to Humanitarian Organisations*. Occasional Paper 35, Thomas J. Watson Jr. Institute for International Studies, Brown University, 1999.

*Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action, Programmes and Practice Gathered from the Field*. Inter-Agency Standing Committee, Genève.

*Protecting Refugees: A Field Guide for NGOs*. UNHCR. Genève, 1999.

*Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards*. ICRC. Genève, 2001.

OCHA, *Protection of Civilians in Armed Conflict*. [http://www.reliefweb.int/ocha\\_ol/civilians/](http://www.reliefweb.int/ocha_ol/civilians/)

# *Annotazioni*



## Capitolo 2: Norme minime in materia di approvvigiona- mento idrico, servizi igienico- sanitari e sensibilizzazio- ne all'igiene

# Come usare questo capitolo

Il capitolo è diviso in sei parti: sensibilizzazione all'igiene, approvvigionamento idrico, smaltimento degli escrementi, controllo dei vettori, trattamento dei rifiuti solidi e drenaggio. Ogni parte è articolata in:

- *norme minime*: sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi da raggiungere nell'approvvigionamento idrico e nei servizi igienico-sanitari;
- *indicatori chiave*: sono “segnali” che attestano se la norma ha trovato o meno attuazione. Rappresentano un modo per misurare e comunicare l'impatto, o risultato, dei programmi, così come i procedimenti e i metodi seguiti. Possono essere qualitativi o quantitativi;
- *note di orientamento*: riuniscono aspetti specifici di cui tenere conto quando le norme e gli indicatori vengono applicati alle varie situazioni; danno un orientamento per affrontare difficoltà di ordine pratico, e consigli sulle questioni prioritarie. Possono includere argomenti critici relativi a Norme o indicatori, ed espongono dubbi, controversie o lacune nello stato attuale delle conoscenze.

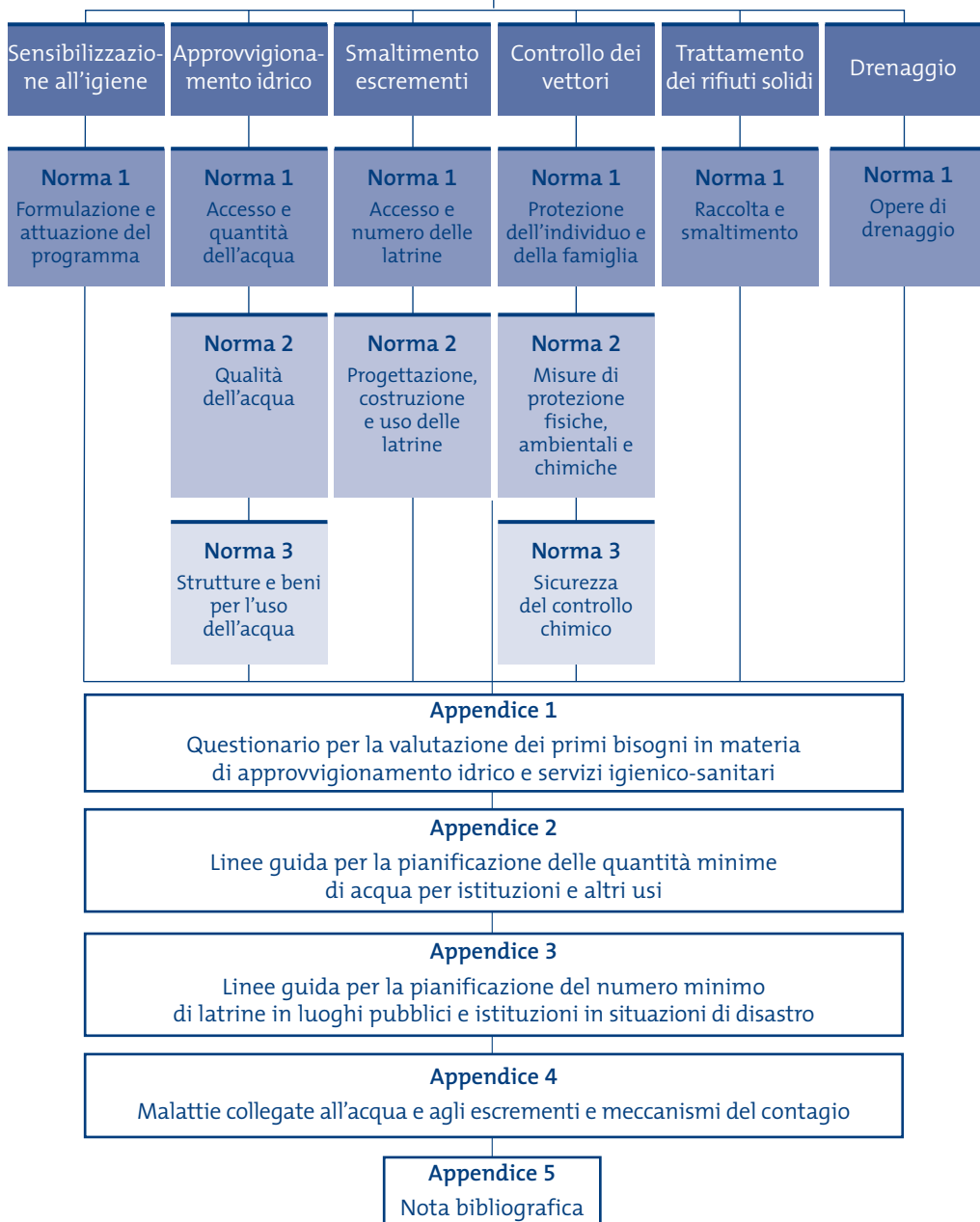
Le appendici comprendono una bibliografia scelta che rimanda alle fonti di informazione sugli aspetti tecnici, generali e specifici, degli argomenti trattati.



# Sommario

Introduzione .....	59
1. Sensibilizzazione all'igiene .....	63
2. Approvvigionamento idrico .....	67
3. Smaltimento degli escrementi .....	76
4. Controllo dei vettori .....	82
5. Trattamento dei rifiuti solidi .....	89
6. Drenaggio .....	92
Appendice 1: Questionario per la valutazione dei primi bisogni in materia di approvvigionamento idrico e servizi igienico-sanitari .....	95
Appendice 2: Linee guida per la pianificazione delle quantità minime di acqua per istituzioni e altri usi .....	99
Appendice 3: Linee guida per la pianificazione del numero minimo di latrine in luoghi pubblici e istituzioni in situazioni di disastro .....	100
Appendice 4: Malattie collegate all'acqua e agli escrementi e meccanismi del contagio .....	101
Appendice 5: Nota bibliografica .....	102

## Approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene



# Introduzione

## Rimandi agli strumenti giuridici internazionali

Le Norme minime in materia di acqua, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene sono un'espressione pratica dei principi e dei diritti illustrati nella Carta Umanitaria. La Carta Umanitaria si occupa dei requisiti elementari che sostengono la vita e la dignità delle persone colpite da calamità o da conflitto, secondo quanto espresso nel corpus legislativo internazionale relativo ai diritti umani e dei rifugiati e nel diritto internazionale umanitario.

L'acqua è un diritto di tutti. Tale diritto è riconosciuto negli strumenti giuridici internazionali e prevede acqua sufficiente, sicura, accettabile, fisicamente ed economicamente accessibile per uso personale e domestico. Una quantità adeguata di acqua sicura è necessaria per prevenire la morte per disidratazione, ridurre il rischio di contrarre malattie trasmesse attraverso l'acqua e per provvedere alle necessità del consumo, della preparazione dei cibi, dell'igiene della persona e della casa.

Il diritto all'acqua è indissolubilmente legato ad altri diritti umani, quali il diritto alla salute, al rifugio e ad una alimentazione adeguata. Come tale, rientra nelle garanzie essenziali per la sopravvivenza umana. Gli Stati e altri attori non statali hanno la responsabilità di rispettare il diritto all'acqua. In periodi di conflitto armato, per esempio, è vietato attaccare, distruggere, rimuovere o rendere inutilizzabili le opere per la distribuzione dell'acqua potabile e i sistemi di irrigazione.

Le Norme minime di questo capitolo non rappresentano un'espressione completa del diritto all'acqua. Tuttavia, le norme Sfera rispecchiano l'essenza di tale diritto e contribuiscono alla sua realizzazione a livello globale.

## L'importanza dell'approvvigionamento idrico, dei servizi igienico-sanitari e della sensibilizzazione all'igiene in situazioni di emergenza

Acqua e servizi igienico-sanitari sono elementi determinanti per la sopravvivenza nelle fasi iniziali di un disastro. In generale, le persone colpite da calamità sono più soggette ad ammalarsi e morire per patologie collegate in ampia misura alla inadeguatezza dei servizi igienico-sanitari e dell'approvvigionamento idrico, nonché alle scarse condizioni igieniche. Tra queste, le più diffuse sono le malattie diarroiche e infettive trasmesse per via oro-fecale (v. Appendice 4). Altre malattie collegate alla situazione idrica e igienica sono quelle trasmesse da vettori associati ai rifiuti solidi e all'acqua.

Il primo obiettivo dei programmi di approvvigionamento idrico ed erogazione di servizi igienico-sanitari in situazioni di disastro è quello di ridurre la trasmissione di malattie per via oro-fecale e l'esposizione a vettori patogeni; i mezzi per raggiungere tale obiettivo sono la diffusione di buone pratiche igieniche, l'erogazione di acqua potabile sicura, la riduzione dei rischi ambientali per la salute, e l'instaurazione di condizioni in cui le persone possano vivere in buona salute, con dignità, comfort e sicurezza. Con l'espressione "servizi igienico-sanitari" si intende sempre lo smaltimento degli escrementi, il controllo dei vettori, lo smaltimento dei rifiuti solidi e le opere di drenaggio.

Mettere a disposizione delle popolazioni colpite da disastri acqua a sufficienza e servizi igienico-sanitari non basterà a garantirne un uso ottimale o effetti ottimali sulla salute pubblica. Perché questo genere di risposta possa portare il massimo beneficio, è fondamentale garantire che le persone dispongano delle informazioni e delle conoscenze necessarie alla prevenzione delle malattie collegate all'acqua e alle condizioni igieniche, e mobilitare il loro coinvolgimento nella progettazione e manutenzione delle relative strutture.

In quasi tutte le situazioni di disastro, il compito di procurare l'acqua ricade sulle donne e sui bambini. Utilizzando impianti idrici e igienico-sanitari comuni, per esempio in gruppi di sfollati o rifugiati, donne e ragazze possono essere soggette a violenza o sfruttamento sessuale. Per ridurre al minimo tali rischi e garantire una migliore qualità della risposta, è importante incoraggiare la partecipazione delle donne ai

programmi di distribuzione dell'acqua e di realizzazione/gestione dei servizi igienico-sanitari ovunque possibile. L'equa partecipazione di uomini e donne alle fasi di pianificazione, decisione e gestione a livello locale contribuirà a garantire che tutta la popolazione colpita abbia un accesso agevole e sicuro all'acqua e ai servizi igienico-sanitari, e che quei servizi siano equi e adeguati.

## Collegamenti con gli altri capitoli

Molte delle norme presentate negli altri capitoli settoriali sono pertinenti anche a questo. In molti casi, i progressi compiuti verso il rispetto delle norme in un settore si ripercuotono, quando addirittura non li determinano, sui progressi compiuti in altri settori. Perché una risposta sia efficace, sono necessari lo stretto coordinamento e la collaborazione tra i diversi settori. Per garantire che i bisogni siano soddisfatti, che gli interventi non siano duplicati e che la qualità della risposta nell'approvvigionamento idrico e nei servizi igienico-sanitari sia ottimizzata, è importante anche il coordinamento con le autorità locali e con altre organizzazioni umanitarie operanti.

Per esempio, dove non si siano ancora rispettate le norme nutrizionali, diventa più urgente migliorare il livello dell'approvvigionamento idrico e dei servizi igienico-sanitari, poiché la vulnerabilità alle malattie subirà un incremento significativo. Lo stesso vale per popolazioni con elevata incidenza di HIV/AIDS o che contino un gran numero di anziani o di disabili. Le priorità devono essere decise sulla base di informazioni solide e condivise tra tutti i settori man mano che la situazione evolve. Dove è opportuno, sono indicati i rimandi alle specifiche norme o note di orientamento di altri capitoli tecnici.

## Rimandi alle norme comuni a tutti i settori

Il processo di pianificazione e attuazione di un intervento è decisivo ai fini della sua efficacia. Questo capitolo deve essere utilizzato unitamente alle norme comuni a tutti i settori (partecipazione, valutazione iniziale, risposta, selezione dei beneficiari, monitoraggio, valutazione finale, competenze e responsabilità degli operatori umanitari, supervisione, gestione e supporto del personale: v. capitolo

1, p. 25). In particolare, la partecipazione degli stessi soggetti colpiti dal disastro, compresi i gruppi vulnerabili elencati più avanti, deve essere incoraggiata al massimo in qualsiasi tipo di risposta, al fine di garantirne adeguatezza e qualità.

## **Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite da disastri**

In situazioni di emergenza, i gruppi più frequentemente a rischio sono le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le persone affette da HIV/AIDS. In alcuni contesti possono essere motivo di vulnerabilità l'origine etnica, l'affiliazione religiosa o politica, la condizione di sfollato. Questo elenco non esaurisce le categorie più a rischio, ma riunisce quelle individuate con maggiore frequenza. Vulnerabilità specifiche si ripercuotono sulla capacità delle persone di far fronte e sopravvivere a un disastro; in ogni contesto occorre dunque identificare i soggetti più a rischio.

In tutto il manuale, l'espressione "gruppi vulnerabili" indica tutti questi gruppi. Quando uno qualsiasi di questi è a rischio, è probabile che lo siano anche gli altri. Per questo, ogni volta che si nominano i gruppi vulnerabili, i lettori sono caldamente invitati a considerare tutti quelli qui elencati. È necessaria una attenzione particolare nel proteggere e curare tutti i gruppi in questione senza discriminazioni e secondo i bisogni specifici. Va comunque ricordato che le popolazioni colpite da disastri possiedono e acquisiscono competenze e capacità per fronteggiare la situazione, che devono essere riconosciute e incoraggiate.

# 1 Sensibilizzazione all'igiene

Lo scopo di ogni programma di approvvigionamento idrico e servizi igienico-sanitari è incoraggiare una buona igiene della persona e dell'ambiente per proteggere la salute. In questo capitolo si definisce sensibilizzazione all'igiene l'insieme delle conoscenze, delle pratiche e delle risorse della popolazione, unite alle conoscenze e alle risorse dell'organizzazione umanitaria che, insieme, permettono di evitare comportamenti rischiosi dal punto di vista igienico. I fattori chiave sono tre: 1) reciproca condivisione di informazioni e conoscenze, 2) mobilitazione delle comunità e 3) approvvigionamento di materiali e strutture di base. Un'efficace sensibilizzazione all'igiene poggia sullo scambio di informazioni tra gli operatori e la comunità colpita, al fine di individuare le problematiche critiche e pianificare, realizzare e monitorare un programma di promozione delle pratiche igieniche che garantiranno l'uso ottimale delle strutture e il massimo effetto sulla salute pubblica. In situazioni di disastro, la mobilitazione della comunità è particolarmente importante perché, più che diffondere messaggi, occorre soprattutto incoraggiare le persone a seguire comportamenti atti a proteggere la propria salute, e a fare buon uso delle strutture e dei servizi forniti. Occorre sottolineare che la sensibilizzazione all'igiene non può mai sostituire servizi igienico-sanitari e approvvigionamento idrico adeguati, che rimangono essenziali per il mantenimento di buone condizioni igieniche.

La sensibilizzazione all'igiene è parte integrante di tutte le norme di questo capitolo. Viene presentata come una norma generale, con indicatori correlati. Altri indicatori specifici sono riportati per ogni norma su approvvigionamento idrico, smaltimento degli escrementi, controllo dei vettori, trattamento dei rifiuti solidi e drenaggio.

## Sensibilizzazione all'igiene – Norma 1: formulazione e attuazione del programma

Tutte le strutture e le risorse fornite riflettono le vulnerabilità, i bisogni e le preferenze della popolazione colpita. Ove opportuno, gli utenti degli impianti igienico-sanitari sono coinvolti nella loro gestione e manutenzione.

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

- Vengono individuati i principali fattori di rischio igienico per la salute pubblica (v. nota di orientamento 1).
- I programmi prevedono un meccanismo efficace perché tutti gli utenti possano partecipare attivamente ed essere rappresentati anche nella fase iniziale della pianificazione delle strutture (v. note di orientamento 2, 3 e 5).
- Tutti i gruppi della popolazione hanno equo accesso alle risorse o alle strutture necessarie per continuare/cominciare a seguire le pratiche igieniche promosse (v. nota di orientamento 3).
- I messaggi e le attività di sensibilizzazione all'igiene presentano le idee e i comportamenti sbagliati più diffusi e si rivolgono a tutti i gruppi di utenti. I rappresentanti di questi gruppi partecipano alle fasi di pianificazione, addestramento, attuazione, monitoraggio e valutazione (v. note di orientamento 1, 3 e 4 e Norma Partecipazione a p. 32).
- Gli utenti si assumono la responsabilità della opportuna gestione e manutenzione delle strutture, con il giusto contributo di diversi gruppi (v. note di orientamento 5-6).

### Note di orientamento

- 1. Valutazione dei bisogni:** una prima valutazione è necessaria per individuare i principali comportamenti in materia di igiene sui quali lavorare e le possibilità di successo delle attività di sensibilizzazione. I rischi principali riguarderanno con molta probabilità lo smaltimento degli



escrementi, l'uso e la manutenzione delle latrine, il non lavarsi le mani con sapone o prodotti alternativi, le condizioni poco igieniche della raccolta e conservazione dell'acqua e della conservazione e preparazione degli alimenti. La valutazione dovrebbe analizzare le risorse a disposizione della popolazione, nonché comportamenti, conoscenze e pratiche locali, di modo che i messaggi siano pertinenti e concreti. Occorre rivolgere una attenzione particolare ai bisogni dei gruppi vulnerabili. Nel caso in cui la consultazione di qualche gruppo risulti impossibile, il problema dovrebbe essere chiaramente riportato nella relazione di valutazione e affrontato al più presto (v. Norma Partecipazione a p. 32 e questionario per la valutazione all'Appendice 1).

**2. Condivisione della responsabilità:** la responsabilità finale dell'attuazione delle pratiche igieniche va ascritta a tutti i membri della popolazione colpita. Tutti gli attori coinvolti nella risposta al disastro dovrebbero operare per permettere il rispetto delle pratiche igieniche, garantendo l'accessibilità di conoscenze e strutture; dovrebbero poi essere in grado di dimostrare che tale obiettivo è stato raggiunto. Nell'ambito di questo processo, i gruppi vulnerabili della popolazione colpita dovrebbero partecipare alla individuazione di comportamenti e condizioni a rischio e assumersi la responsabilità di ridurre tali rischi in misura quantificabile. Ciò può essere fatto mediante attività di sensibilizzazione, addestramento e agevolazione del cambiamento di comportamenti, con modalità che siano culturalmente accettabili e non rappresentino un onere eccessivo per i beneficiari.

**3. Raggiungere tutte le fasce della popolazione:** i programmi di sensibilizzazione all'igiene devono essere attuati con tutti i gruppi della popolazione da mediatori che possano entrare in contatto e lavorare con i diversi gruppi (per esempio, presso alcune culture alle donne non è consentito parlare con uomini sconosciuti). I materiali informativi dovrebbero essere formulati in modo da essere comprensibili anche ai soggetti analfabeti. Materiali e sistemi di partecipazione culturalmente appropriati offrono ai gruppi utili opportunità di pianificazione e monitoraggio dei progressi compiuti nel campo dell'igiene. Come orientamento approssimativo, in un campo dovrebbero essere presenti due promotori delle norme igieniche e del coinvolgimento attivo della comunità ogni mille membri della popolazione da raggiungere. Per

informazioni sui prodotti per l'igiene, v. Articoli non alimentari - Norma 2 a p. 242.

- 4. Individuazione dei rischi e comportamenti prioritari in materia di igiene:** gli obiettivi della sensibilizzazione all'igiene e le strategie di comunicazione dovrebbero essere chiaramente definiti per priorità. Le conoscenze acquisite attraverso la valutazione dei rischi igienico-sanitari, dei compiti e responsabilità dei diversi gruppi dovrebbero essere utilizzate per pianificare l'assistenza secondo priorità ben definite, in modo da poter affrontare eventuali idee sbagliate (per esempio, sulle modalità di trasmissione dell'HIV/AIDS) e avere uno scambio di informazioni appropriato e mirato tra gli operatori umanitari e la popolazione.
- 5. Gestione degli impianti:** ove possibile, è buona norma costituire comitati per l'approvvigionamento idrico e/o i servizi igienico-sanitari, formati da rappresentanti dei vari gruppi, di cui la metà siano donne. Tali comitati avranno l'incarico di gestire gli impianti comuni, come punti acqua, latrine pubbliche e lavatoi; saranno coinvolti nelle attività di sensibilizzazione all'igiene; e fungeranno anche da meccanismi per garantire la rappresentanza e promuovere la sostenibilità.
- 6. Sovraccarico:** è importante far sì che nessun singolo gruppo sia eccessivamente caricato della responsabilità delle attività di sensibilizzazione all'igiene o della gestione degli impianti, e che ogni gruppo eserciti una equa influenza e riceva i giusti benefici (come l'addestramento). Non tutti i gruppi, uomini o donne hanno gli stessi bisogni e interessi, e occorre riconoscere che la partecipazione delle donne non deve sollevare da responsabilità gli uomini o altri gruppi della popolazione.

## 2 Approvvigionamento idrico

L'acqua è un elemento fondamentale per la vita, la salute e la dignità umana. In situazioni estreme, può non essere disponibile in quantità sufficiente a soddisfare i bisogni primari: in questi casi, un approvvigionamento di acqua potabile sicura e in quantità utile alla sopravvivenza è di importanza vitale. Nella maggior parte dei casi, i problemi più gravi per la salute derivano da scarsa igiene, dovuta a carenza idrica e al consumo di acqua contaminata.

### Approvvigionamento idrico – Norma 1: accesso e quantità dell'acqua

Tutti hanno un accesso equo e sicuro a quantità di acqua sufficienti per bere, preparare i cibi e per l'igiene della persona e della casa. I punti di erogazione dell'acqua sono abbastanza vicini alle case da consentire l'uso della quantità minima necessaria.

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

- La quantità media di acqua per bere, preparare i cibi e per l'igiene personale di un nucleo familiare è di almeno 15 litri a persona al giorno (v. note di orientamento 1-8).
- La distanza massima tra un nucleo familiare e il più vicino punto di erogazione dell'acqua è di 500 metri (v. note di orientamento 1, 2, 5 e 8).
- Il tempo di attesa alla fonte d'acqua non supera i 15 minuti (v. nota di orientamento 7).
- Per riempire un contenitore da 20 litri non servono più di tre minuti (v. note di orientamento 7-8).

- Le fonti d'acqua e i sistemi di distribuzione sono curati e tenuti in modo che vi sia una regolare disponibilità di acqua in quantità adeguata (v. note di orientamento 2 e 8).

## Note di orientamento

- 1. Bisogni:** le quantità di acqua necessaria per uso domestico variano secondo il clima, le strutture igieniche disponibili, le normali abitudini, le pratiche religiose e culturali delle persone, gli alimenti che preparano, gli abiti che indossano e così via. In genere, il consumo idrico aumenta quanto più la sorgente è vicina all'abitazione.

Assunzione d'acqua (bevande e cibi)	2,5-3 litri al giorno	Dipende da: clima e fisiologia individuale
Pratiche igieniche	2-6 litri al giorno	Dipende da: norme sociali e culturali
Bisogni di base per cucinare	3-6 litri al giorno	Dipende da: tipo di alimenti, norme sociali e culturali
Bisogno di base totale	7,5-15 litri al giorno	

Sulle quantità minime d'acqua per istituzioni e altri usi, si veda l'Appendice 2.

- 2. Scelta della fonte d'acqua:** i fattori di cui tenere conto sono: la disponibilità e sostenibilità di acqua in quantità sufficiente; l'eventuale necessità di trattare l'acqua e, in caso affermativo, la fattibilità dell'intervento; la disponibilità del tempo, della tecnologia o dei finanziamenti necessari a realizzare una fonte; la vicinanza della fonte alla popolazione colpita; l'esistenza di eventuali fattori sociali, politici o giuridici collegati alla fonte. In generale, sono preferibili sorgenti di acqua freatica perché hanno bisogno di meno trattamenti; particolarmente agevole è la disponibilità di acque sorgive alimentate per gravità, che non richiede pompaggio. Spesso, nella fase iniziale di un'emergenza, si rende

necessaria la combinazione di fonti e sistemi diversi. Tutte le fonti devono essere regolarmente monitorate per prevenirne il depauperamento.

- 3. Misurazione:** la sola misurazione del volume d'acqua pompato nella rete idrica o il tempo in cui una pompa a mano è attiva non dà una indicazione accurata del consumo individuale. Sistemi più efficaci per raccogliere dati sull'uso e il consumo di acqua sono le indagini presso le famiglie, l'osservazione e l'organizzazione di gruppi di discussione nell'ambito della comunità.
- 4. Qualità e quantità:** in molte situazioni di emergenza, la trasmissione di malattie collegate al consumo idrico è dovuta tanto all'insufficienza dell'acqua per l'igiene personale e domestica, quanto al consumo di acqua contaminata. Fino a quando le Norme minime di qualità e quantità non siano state attuate, la priorità dovrebbe essere quella di dare un accesso equo ad acqua in quantità adeguata, anche se di qualità media, piuttosto che ad acqua rispondente alla norma minima di qualità, ma in quantità inadeguata. Si deve considerare che il fabbisogno d'acqua per bere e per l'igiene personale dei soggetti affetti da HIV/AIDS è maggiore. Occorre prestare particolare attenzione ad assicurare il fabbisogno d'acqua del bestiame e delle colture specialmente in periodi di siccità, quando sono particolarmente importanti per la vita e il sostentamento della popolazione colpita (v. Appendice 2).
- 5. Copertura:** nella fase iniziale di una risposta umanitaria, la prima priorità riguarda il soddisfacimento dei bisogni più urgenti per la sopravvivenza di tutta la popolazione. Le persone colpite da disastri sono molto più vulnerabili alle malattie; di conseguenza, gli indicatori devono essere raggiunti anche se sono più alti delle norme della popolazione colpita in condizioni normali o della popolazione ospitante. Per non suscitare malanimi, in queste situazioni si raccomanda alle organizzazioni umanitarie di prevedere programmi per innalzare anche il livello degli impianti idrici e igienico-sanitari della popolazione ospitante.
- 6. Numero massimo di persone per fonte d'acqua:** il numero di persone per fonte dipende dalla portata e dalla disponibilità idrica di ogni fonte. Per esempio, in molti casi i rubinetti funzionano solo in certe ore del giorno, e le pompe manuali e i pozzi possono non fornire quantità costanti se la velocità di ricarica è bassa. Le linee guida approssimative (nei casi in cui vi

sia una disponibilità costante di acqua) sono le seguenti:

250 persone per rubinetto	con portata di 7,5 litri/minuto
500 pers. per pompa manuale	con portata di 16,6 l/m
400 persone per pozzo a uso individuale	con portata di 12,5 l/m

Queste linee guida partono dall'assunto che il punto di erogazione dell'acqua sia accessibile solo per circa otto ore al giorno; se l'accesso è maggiore, le persone possono raccogliere più dei 15 litri giornalieri del fabbisogno minimo. Tali obiettivi devono essere usati con cautela, in quanto il loro raggiungimento non è necessariamente garanzia di quantità minima d'acqua o equità dell'accesso.

**7. Tempi di attesa:** tempi di attesa troppo lunghi indicano insufficiente disponibilità d'acqua (dovuta a un numero troppo scarso o a bassa portata dei punti di erogazione dell'acqua) e possono avere i seguenti effetti negativi: 1) basso consumo di acqua pro capite; 2) aumento del consumo da fonti di superficie non protette; 3) meno tempo da dedicare ad altre attività essenziali per la sopravvivenza da parte di chi si occupa di prendere l'acqua.

**8. Accesso ed equità:** anche dove l'acqua sia disponibile in quantità sufficienti a soddisfare il fabbisogno minimo, possono rendersi necessarie misure aggiuntive per garantire equità di accesso a tutti i gruppi. I punti di erogazione dell'acqua dovrebbero essere ubicati in aree accessibili a tutti, indipendentemente, per esempio, dal sesso o dall'appartenenza etnica. Potrebbe essere necessario prevedere o adattare un certo numero di pompe manuali o di contenitori per il trasporto dell'acqua perché possano essere usati da persone affette da HIV/AIDS, anziani, disabili e bambini. In contesti urbani, può essere necessario che l'acqua sia distribuita in costruzioni a parte, per garantire che le latrine continuino a funzionare. In situazioni in cui l'acqua sia razionata o pompata a orari stabiliti, questi dovrebbero essere pianificati di concerto con gli utenti. Si dovrebbero fissare orari comodi e sicuri per le donne e le altre persone incaricate di raccogliere l'acqua; tutti gli utenti dovrebbero essere pienamente informati su dove e quando l'acqua è disponibile.

## Approvvigionamento idrico – Norma 2: qualità dell'acqua

L'acqua è gradevole al gusto e di qualità sufficiente per essere bevuta e utilizzata per l'igiene personale e domestica senza provocare rischi di rilievo per la salute.

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

- Un'indagine sanitaria rileva un basso rischio di contaminazione fecale (v. nota di orientamento 1).
- Non vi sono coliformi fecali per 100 ml al punto di raccolta (v. nota di orientamento 2).
- Le persone bevono l'acqua di una fonte protetta o trattata, preferendola ad altre fonti facilmente accessibili (v. nota di orientamento 3).
- Sono presi provvedimenti per ridurre al minimo contaminazioni successive alla raccolta (v. nota di orientamento 4).
- In caso di erogazione attraverso tubature, in periodi di rischio o durante epidemie di diarrea, l'acqua viene sottoposta a trattamento disinfettante, in modo che all'uscita dal rubinetto vi sia un residuo libero di cloro pari a 0,5 mg per litro e torbidità inferiore a 5 NTU [unità nefelometriche di torbidità] (v. note di orientamento 5, 7 e 8).
- Non si riscontrano effetti nocivi sulla salute derivati dall'uso a breve termine di acqua contaminata da sostanze chimiche (compresi residui delle sostanze chimiche impiegate per il trattamento) o radiologiche, e dalla valutazione non emergono probabilità significative che tali effetti si verifichino (v. nota di orientamento 6).

### Note di orientamento

1. **L'indagine sanitaria** è l'analisi delle condizioni e delle pratiche che possono rappresentare un rischio per la salute pubblica. L'analisi dovrebbe coprire i possibili focolai di contaminazione dell'acqua alla fonte,

durante il trasporto e nelle case, nonché le abitudini di defecazione, il drenaggio e il trattamento dei rifiuti solidi. La mappatura della comunità è un sistema particolarmente efficace per localizzare i potenziali rischi per la salute pubblica, coinvolgendo la comunità stessa nella ricerca di sistemi per ridurre tali rischi. Si noti che, pur non essendo nocivi come quelli umani, gli escrementi animali possono contenere cryptosporidium, giardia, salmonella, campylobacter, calicivirus e altri patogeni causa frequente di diarrea nell'uomo, e di conseguenza rappresentano un rischio non indifferente per la salute.

- 2. Qualità microbiologica dell'acqua:** i batteri coliformi fecali (di cui >99% costituito da E. coli) sono un indicatore del grado di contaminazione dell'acqua da escrementi umani/animali e della possibile presenza di agenti patogeni. In presenza di coliformi fecali, l'acqua deve essere trattata. In ogni caso, nella fase iniziale di un'emergenza la quantità è più importante della qualità (v. Approvvigionamento idrico - Norma 1, nota di orientamento 4).
- 3. Promozione delle fonti protette:** la disponibilità di fonti protette o di acqua trattata, di per sé, avrà scarsi effetti se la popolazione non ne comprende i benefici e non la usa. Potrebbe infatti preferire fonti non protette, come fiumi, laghi e pozzi, per motivi di gusto, vicinanza e convenienza sociale. In questi casi, tecnici, promotori delle norme igieniche e promotori del coinvolgimento attivo della comunità devono capire le ragioni di queste preferenze in modo da poterle includere nei messaggi e nelle discussioni di sensibilizzazione.
- 4. Contaminazione dopo la raccolta:** un'acqua sicura al punto di erogazione può ugualmente presentare grossi rischi per la salute in seguito a una nuova contaminazione avvenuta durante la raccolta, la conservazione e l'attingimento. Tra i provvedimenti che si possono prendere per ridurre questi rischi vi sono il miglioramento delle pratiche di raccolta e conservazione, la distribuzione di contenitori adeguati per la raccolta e la conservazione (v. Approvvigionamento idrico - Norma 3), il trattamento con un disinfettante residuale o il trattamento al punto di utilizzazione. Campioni d'acqua prelevati al punto di utilizzazione dovrebbero essere sottoposti ad analisi di routine per controllare l'estensione di eventuali contaminazioni successive alla raccolta.



- 5. Disinfezione dell'acqua:** in presenza di un rischio significativo di contaminazione alla fonte o dopo la raccolta, l'acqua dovrebbe essere trattata con un disinfettante residuale, per esempio cloro. Il rischio sarà determinato dalle condizioni della comunità, come la densità della popolazione, i sistemi di smaltimento degli escrementi, le pratiche igieniche e la diffusione della diarrea. La valutazione del rischio dovrebbe includere anche dati qualitativi, relativi a fattori quali la percezione di gusto e gradevolezza da parte della comunità (v. nota di orientamento 6). L'acqua erogata attraverso tubature a popolazioni numerose o concentrate dovrebbe essere trattata con un disinfettante residuale e, in caso di rischio o in presenza di epidemia di diarrea, tutta l'acqua potabile deve essere trattata prima della distribuzione o nelle case. L'acqua è adeguatamente disinfettata se ha torbidità inferiore a 5 NTU.
- 6. Contaminazione chimica e radiologica:** dove la documentazione idrogeologica o la conoscenza di attività industriali o militari indichi l'eventualità che l'acqua presenti rischi di tipo chimico o radiologico, questo dovrebbe essere valutato tempestivamente mediante analisi chimiche. Si dovrebbe poi prendere una decisione che bilanci i benefici e i rischi per la salute a breve termine. La decisione di utilizzare a più lungo termine acqua potenzialmente contaminata dovrebbe essere presa sulla base di una valutazione professionale e di un'analisi più approfondita delle implicazioni per la salute.
- 7. Gradevolezza:** anche se il gusto (per esempio, un'acqua lievemente salina) non rappresenta di per sé un rischio diretto per la salute, se l'acqua sicura non ha un buon sapore gli utenti potrebbero preferire fonti non sicure, mettendo così in pericolo la loro salute. Questo rischio si può presentare anche quando sia distribuita acqua trattata con cloro; in questi casi, per garantire che venga usata soltanto l'acqua sicura, si rendono necessarie attività di sensibilizzazione.
- 8. Qualità dell'acqua per strutture sanitarie:** tutta l'acqua destinata a ospedali, ambulatori e centri nutrizionali deve essere trattata con cloro o altro disinfettante in eccesso. Nelle situazioni in cui l'acqua potrebbe essere razionata a causa di interruzioni dell'erogazione, dovrebbero essere disponibili scorte sufficienti a garantire un flusso costante ai normali livelli d'uso della struttura in questione (v. Appendice 2).

## Approvvigionamento idrico – Norma 3: strutture e beni per l'uso dell'acqua

Le persone hanno strutture e scorte adeguate da cui attingere, mettere da parte e utilizzare quantità d'acqua sufficienti per bere, preparare i cibi e per l'igiene personale, e tali da garantire che l'acqua potabile rimanga sicura fino al momento del consumo.

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

- Ogni nucleo familiare dispone di almeno due recipienti puliti da 10-20 litri per raccogliere l'acqua, nonché di sufficienti recipienti puliti per conservarla, in modo da garantire che in casa vi sia sempre acqua (v. nota di orientamento 1).
- I recipienti per la raccolta e la conservazione dell'acqua hanno l'imboccatura stretta e/o sono muniti di chiusura o di altro sistema atto a conservare, attingere e maneggiare in condizioni di sicurezza. I recipienti vengono utilizzati in maniera verificabile (v. nota di orientamento 1).
- Vi è disponibilità di almeno 250 g mensili pro capite di sapone per l'igiene della persona.
- Dove siano necessarie strutture comuni per fare il bagno, è disponibile un numero sufficiente di cabine separate per uomini e donne, che vengono utilizzate equamente e nei modi appropriati (v. nota di orientamento 2).
- Dove siano necessarie strutture comuni per la lavanderia, è disponibile almeno una vasca ogni cento persone, oltre a zone riservate dove le donne possono lavare e asciugare indumenti intimi e assorbenti igienici.
- Si incoraggia attivamente la partecipazione di tutti i gruppi vulnerabili alla scelta della posizione e alla costruzione delle strutture per il bagno e/o la produzione e distribuzione del sapone e/o all'uso e promozione di opportune alternative (v. nota di orientamento 2).

## Note di orientamento

- 1. Raccolta e conservazione dell'acqua:** occorrono recipienti per raccogliere, conservare e usare l'acqua per lavare, cucinare e fare il bagno. I recipienti dovrebbero essere puliti, igienici e facili da trasportare, oltre che adatti alle esigenze e abitudini locali per dimensioni, forma e aspetto. Per i bambini, i disabili, gli anziani e le persone affette da HIV/AIDS possono essere necessari recipienti più piccoli o con caratteristiche particolari. La capacità richiesta dipende dalla grandezza della casa e dalla quantità di acqua disponibile; per esempio, in situazioni di approvvigionamento giornaliero costante, circa 4 litri a persona sono una quantità adeguata. Le attività di promozione e monitoraggio della raccolta, conservazione e uso dell'acqua in condizioni di sicurezza offrono l'opportunità di discutere sulle possibili contaminazioni con i gruppi vulnerabili, specialmente donne e bambini.
- 2. Strutture comuni per lavanderia e bagno:** occorrono spazi dove le persone possano fare il bagno in condizioni di riservatezza e dignità. Se questo non è possibile nelle case, possono rendersi necessarie delle strutture centralizzate. Nel caso in cui il sapone non sia disponibile o sia usato in comune, si possono fornire sostanze alternative quali cenere, sabbia pulita, soda o piante adatte a lavare e/o strofinare. Lavare gli indumenti è fondamentale per l'igiene, specialmente dei bambini; devono essere lavate anche pentole e stoviglie. Sul numero, l'ubicazione, la forma, la sicurezza, adeguatezza e comodità delle strutture si dovrebbe decidere di concerto con gli utenti, in particolare donne, bambine e disabili. L'ubicazione delle strutture in zone centrali, facilmente accessibili e ben illuminate contribuisce a garantire la sicurezza degli utenti.

# 3 *Smaltimento degli escrementi*

Lo smaltimento igienico degli escrementi umani rappresenta la prima barriera contro le malattie collegate agli escrementi, contribuendo a limitarne la trasmissione diretta e indiretta. Lo smaltimento igienico degli escrementi è dunque una delle massime priorità, e in tutte le situazioni di disastro dovrebbe essere affrontato con altrettanta tempestività e impegno dell'approvvigionamento idrico. La realizzazione di strutture adeguate per la defecazione è una delle tante risposte all'emergenza, essenziali per la dignità, la sicurezza, la salute e il benessere delle persone.

## **Smaltimento degli escrementi – Norma 1: accesso e numero delle latrine**

Vi è un numero adeguato di latrine, abbastanza vicine alle abitazioni da permettere un accesso veloce, sicuro e accettabile a tutte le ore del giorno e della notte.

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

- Ogni latrina viene usata da un massimo di 20 persone (v. note di orientamento 1-4).
- L'uso delle latrine è regolato per nucleo familiare e/o separato per sesso (v. note di orientamento 3-5).
- Nei luoghi pubblici (mercati, centri di distribuzione, ambulatori e così via) sono disponibili latrine separate per uomini e donne (v. nota di orientamento 3).
- Le latrine comuni o pubbliche vengono pulite e mantenute in modo che tutti coloro ai quali sono destinate le usino (v. note di orientamento 3-5).

- Le latrine non distano più di 50 metri dalle abitazioni (v. nota di orientamento 5).
- Le latrine vengono utilizzate con la massima igiene, e le feci dei bambini vengono smaltite subito e in maniera sicura (v. nota di orientamento 6).

## Note di orientamento

- 1. Smaltimento igienico degli escrementi:** lo scopo dello smaltimento igienico degli escrementi è mantenere l'ambiente libero da contaminazioni portate da feci umane. Quanti più gruppi della popolazione colpita dal disastro sono coinvolti, tanto più il programma ha possibilità di successo. In situazioni in cui per tradizione non si usino latrine, può essere necessario condurre una campagna di educazione/sensibilizzazione concertata per incoraggiarne l'uso e suscitare la domanda di costruirne un numero maggiore. Un contesto urbano dove il sistema fognario sia danneggiato può richiedere soluzioni quali l'isolamento delle parti ancora funzionanti del sistema (e deviazione delle tubazioni), l'installazione di latrine mobili e l'uso di fosse settiche e vasche di contenimento che possano essere svuotate regolarmente.
- 2. Aree riservate alla defecazione:** nella fase iniziale di un'emergenza, prima che sia possibile costruire delle latrine può essere necessario delimitare un'area riservata alla defecazione o a scavare latrine d'emergenza. Questa soluzione funzionerà soltanto se il sito verrà correttamente gestito e mantenuto.
- 3. Latrine pubbliche:** in alcune fasi iniziali di un'emergenza e nei luoghi pubblici dove sia necessario costruire latrine di uso generale, è molto importante stabilire sistemi per la loro adeguata e regolare pulizia e manutenzione. Per pianificare il rapporto tra le cabine riservate alle donne e agli uomini (approssimativamente 3:1), si dovrebbero utilizzare i dati disaggregati della popolazione. Ove possibile, per gli uomini dovrebbero essere disponibili degli orinatoi (v. Appendice 3).
- 4. Latrine di uso comune:** per una popolazione sfollata, quando non vi siano già delle latrine, non sempre è possibile metterne a disposizione subito una ogni 20 persone. In questi casi, si può usare una latrina ogni

50 persone, per scendere a 20 al più presto e modificare di conseguenza le regole per la condivisione. Tutti le latrine di uso comune devono avere un sistema che ne assicuri la manutenzione e la pulizia, da elaborare di concerto con la comunità. In alcune situazioni, le cifre sopra indicate non possono essere rispettate per limiti di spazio. In questi casi, mentre si solleciterà con forza che sia reso disponibile più spazio, si deve rammentare che lo scopo primario è quello di creare e mantenere un ambiente libero da feci umane.

**5. Strutture condivise:** di solito, dove quattro o cinque famiglie ne condividano l'uso, una latrina è tenuta meglio, e di conseguenza è usata più regolarmente, quando le famiglie siano state consultate sulla sua ubicazione e progettazione e abbiano la responsabilità e i mezzi per tenerla pulita. È importante organizzare l'accesso alle strutture condivise collaborando con i futuri utenti per decidere chi avrà accesso alla latrina e come verrà tenuta pulita. Si deve offrire un accesso agevole alle latrine alle persone affette da HIV/AIDS, che spesso soffrono di diarrea cronica e ridotta mobilità.

**6. Feci dei bambini:** si deve curare con particolare attenzione lo smaltimento delle feci dei bambini, che in genere sono più pericolose di quelle degli adulti perché presentano un maggiore potenziale di infezioni e i bambini hanno pochi anticorpi. Genitori o coloro cui è affidata la cura di bambini devono essere coinvolti, e le strutture progettate tenendo conto dell'uso da parte dei bambini. Può essere necessario fornire a genitori o coloro cui è affidata la cura di bambini informazioni su come smaltire in sicurezza le feci dei più piccoli e su come lavare i pannolini.

## Smaltimento degli escrementi – Norma 2: progettazione, costruzione e uso delle latrine

Le latrine sono ubicate, progettate, costruite e mantenute in modo tale da essere agevoli, igieniche e sicure da usare.

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

- Gli utenti (specialmente le donne) sono stati consultati circa l'ubicazione e la forma delle latrine e le hanno approvate (v. note di orientamento 1-3).

- Le latrine sono progettate, costruite e ubicate secondo le seguenti caratteristiche:
  - sono progettate in modo tale da poter essere utilizzate da tutta la popolazione, compresi bambini, anziani, donne in gravidanza e disabili fisici e mentali (v. nota di orientamento 1);
  - sono ubicate in modo da ridurre al minimo i pericoli per gli utenti, specialmente donne e bambine, per tutto il giorno e la notte (v. nota di orientamento 2);
  - tenerle pulite è abbastanza facile da invitare all'uso, e non presentano rischi per la salute;
  - offrono un livello di riservatezza conforme alle norme degli utenti;
  - consentono lo smaltimento delle protezioni igieniche femminili e offrono alle donne la riservatezza necessaria per lavare e asciugare assorbenti in tessuto (v. nota di orientamento 4);
  - riducono al minimo la proliferazione di mosche e zanzare (v. nota di orientamento 7).
- Tutte le latrine a getto d'acqua costruite che impiegano sifoni igienico-sanitari o acqua per gli scarichi dispongono di acqua in quantità adeguata (v. note di orientamento 1 e 3).
- Le latrine su fossa e i pozzi di scarico (per la maggior parte dei suoli) si trovano a una distanza di almeno 30 metri dalle falde freatiche, e il fondo di ogni latrina si trova ad almeno 1,5 metri dalla falda freatica. Scarichi o fuoriuscite dai sistemi per la defecazione non devono scorrere in direzione di sorgenti d'acqua di superficie o di falde freatiche poco profonde (v. nota di orientamento 5).
- Le persone si lavano le mani dopo aver evacuato e prima di mangiare e preparare i cibi (v. nota di orientamento 6).
- Se è opportuno, vengono distribuiti materiali e attrezzature per costruire e mantenere pulite le latrine (v. nota di orientamento 7).

## Note di orientamento

- 1. Strutture accettabili:** un buon programma di smaltimento degli escrementi si basa sulla comprensione dei diversi bisogni delle persone e sulla partecipazione degli utenti. Può non essere possibile rendere tutte le latrine accettabili per tutti i gruppi, e può essere necessario costruirne alcune speciali per bambini, anziani e disabili – per esempio più piccoli, con sedile più basso o corrimano. Il tipo di latrine costruito dipenderà dalle preferenze e dalle abitudini culturali dei futuri utenti, dalle infrastrutture esistenti, dalla pronta disponibilità di acqua (per gli scarichi e i sifoni idraulici), dalle condizioni del suolo e dalla disponibilità di materiali da costruzione.
- 2. Strutture sicure:** una ubicazione inopportuna delle latrine può aumentare il rischio di aggressione per donne e bambine, specialmente nelle ore notturne; si devono quindi trovare modi perché le donne si sentano e siano sicure nell'usare le latrine a disposizione. Dove sia possibile, le latrine di uso comune dovrebbero essere illuminate, oppure le famiglie dovrebbero disporre di torce. Occorre incoraggiare la partecipazione della comunità alla ricerca di sistemi per migliorare la sicurezza degli utenti.
- 3. Pulizia dell'ano:** deve essere fornita acqua che le persone possano usare. Per altri può essere necessario fornire carta igienica o altro materiale adatto alla pulizia dell'ano. Gli utenti devono essere consultati riguardo ai materiali per la pulizia culturalmente più appropriati e sul loro smaltimento sicuro.
- 4. Mestruazioni:** donne e ragazze mestruate dovrebbero avere accesso a materiali adatti all'assorbimento e smaltimento del sangue mestruale. Le donne dovrebbero essere consultate su ciò che è culturalmente appropriato (v. Articoli non alimentari - Norma 2, p. 242).
- 5. Distanza dei sistemi per la defecazione dalle fonti d'acqua:** le distanze indicate sopra possono essere aumentate in caso di rocce fessurate e calcaree, o ridotte in caso di suoli fini. In situazioni di emergenza, se l'acqua non viene consumata, l'inquinamento delle falde freatiche può non rappresentare un motivo di preoccupazione immediata. In ambienti alluvionali o con falde freatiche alte, può essere necessario costruire latrine sopraelevate o fosse settiche per il contenimento degli escrementi, impedendo che contaminino l'ambiente.



- 6. Lavarsi le mani:** non si insisterà mai abbastanza su quanto sia importante per la prevenzione delle malattie lavarsi le mani dopo avere evacuato e prima di mangiare e preparare gli alimenti. Gli utenti delle latrine devono avere i mezzi per lavarsi le mani con sapone o sostanze alternative (per esempio, cenere) dopo aver evacuato, e devono essere incoraggiati a farlo. A questo scopo, nelle vicinanze delle latrine dovrebbe trovarsi una fonte costante di acqua.
- 7. Igiene delle latrine:** se non sono tenute pulite, le latrine possono diventare focolai di infezione, e le persone preferiranno non usarli. Se gli utenti ne avranno un senso di proprietà, sarà più facile che li tengano puliti. Questo viene incoraggiato con attività di sensibilizzazione, costruendo le latrine vicino a dove le persone dormono e coinvolgendo gli utenti nelle decisioni sulla loro progettazione e costruzione, nel definire le regole sul corretto uso, manutenzione e controllo. Mosche e zanzare sono tenute lontane mantenendo le latrine pulite, disponendo di sifoni idraulici, di latrine su fossa ventilata (VIP) o, semplicemente, chiudendo bene con un coperchio la fossa.

## 4 *Controllo dei vettori*

Il vettore è un agente di trasmissione delle malattie, e le malattie trasmesse da vettori sono la prima causa di morte in molte situazioni di disastro. Le zanzare sono il vettore della malaria, che a sua volta è una delle prime cause di morbilità e mortalità. Le zanzare trasmettono anche altre malattie, come la febbre gialla e la febbre emorragica dengue. Le mosche che non pungono, o sinantropiche, come la mosca domestica, la *Phormia regina* e la mosca della carne, svolgono un ruolo importante nella trasmissione delle malattie diarroiche. Le mosche che pungono, le cimici dei letti e le pulci sono un doloroso fastidio e possono trasmettere gravi malattie, come il tifo murino e la peste. Le zecche trasmettono la febbre ricorrente, i pidocchi del corpo umano il tifo e la febbre ricorrente. Ratti e topi portano malattie come la leptospirosi e la salmonellosi, e possono ospitare altri vettori, per esempio le pulci, responsabili della febbre di Lassa, della peste e di altre infezioni.

Le malattie a trasmissione vettoriale possono essere controllate con diversi accorgimenti, dall'accurata selezione dei siti e disponibilità di ripari, all'adeguato approvvigionamento idrico, smaltimento degli escrementi, trattamento dei rifiuti solidi e drenaggio, dalla disponibilità di servizi sanitari (compresa la mobilitazione della comunità e la sensibilizzazione alla salute) all'uso di presidi chimici, alla protezione dell'individuo e della famiglia e delle scorte alimentari. Benché la natura delle malattie a trasmissione vettoriale sia spesso complessa e la risposta alle problematiche correlate ai vettori richieda l'attenzione dello specialista, una volta individuati la malattia, il vettore e la loro interazione con la popolazione, molto può essere fatto per contribuire a prevenire il contagio con mezzi semplici ed efficaci.

## Controllo dei vettori – Norma 1: protezione dell'individuo e della famiglia

Tutte le persone colpite dal disastro hanno le conoscenze e i mezzi per proteggersi dai vettori di malattie e di fastidi che possono rappresentare un notevole rischio per la salute o il benessere.

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

- Tutta la popolazione esposta al rischio di malattie a trasmissione vettoriale è a conoscenza delle modalità del contagio e dei possibili metodi di prevenzione (v. note di orientamento 1-5).
- Tutta la popolazione ha accesso a rifugi che non albergano popolazioni di vettori né ne incoraggiano la proliferazione, ed è protetta da adeguate misure per il controllo dei vettori stessi.
- Le persone evitano di esporsi al contatto con le zanzare negli orari in cui pungono di più utilizzando tutti i mezzi non nocivi a loro disposizione. Un'attenzione particolare è rivolta alla protezione dei gruppi ad alto rischio, come donne in gravidanza e in allattamento, neonati e bambini piccoli, anziani e malati (v. nota di orientamento 3).
- Chi possiede zanzariere trattate, le usa in maniera efficace (v. nota di orientamento 3).
- Dove vi sia rischio di tifo petecchiale o di febbre ricorrente, viene eseguito il controllo dei pidocchi del corpo umano (v. note di orientamento 4).
- La biancheria da letto e gli indumenti vengono regolarmente arieggiati e lavati (v. note di orientamento 4).
- Gli alimenti sono sempre protetti dalla contaminazione di mosche, altri insetti e roditori.

### Note di orientamento

1. **Definire il rischio di malattie a trasmissione vettoriale:** le decisioni riguardanti gli interventi per il controllo dei vettori dovrebbero basarsi sulla

valutazione dei potenziali rischi di malattia, nonché su evidenze cliniche dell'esistenza di un problema di malattia a trasmissione vettoriale. Alcuni dei fattori che determinano questo rischio sono i seguenti:

- condizione immunitaria della popolazione, compresi esposizione precedente e stress nutrizionale o di altro tipo. I movimenti di persone (rifugiati, sfollati interni) da un territorio non endemico a uno endemico sono causa frequente di epidemie;
- tipo e diffusione dell'agente patogeno sia nei vettori, sia negli esseri umani;
- specie, comportamento ed ecologia del vettore;
- quantità del vettore (stagione, luoghi di proliferazione e così via);
- aumento dell'esposizione ai vettori: vicinanza, modello di insediamento, tipologia di rifugio, protezione individuale attuata e misure preventive.

**2. Indicatori per i programmi di controllo dei vettori:** indicatori usati comunemente per misurare l'impatto delle attività di controllo dei vettori sono i tassi di incidenza delle malattie a trasmissione vettoriale (ricavati da dati epidemiologici, dati su base comunitaria e indicatori sostitutivi, secondo il tipo di risposta) e il conteggio dei parassiti (mediante kit di diagnosi rapida o al microscopio).

**3. Misure protettive individuali dalla malaria:** in presenza di rischio significativo di malaria, si raccomanda l'adozione sistematica e tempestiva di misure protettive, come l'uso di materiali trattati con insetticidi (tende, cortine, zanzariere). Le zanzariere impregnate presentano l'ulteriore vantaggio di offrire una certa protezione anche contro pidocchi del corpo e del capo, pulci, zecche, scarafaggi e cimici. Altri sistemi per proteggersi dalle zanzare sono l'uso di indumenti a maniche lunghe, di fumiganti per la casa, zampironi, spray e repellenti. È fondamentale assicurare che gli utenti capiscano l'importanza della protezione e il corretto uso dei suoi strumenti, in modo che le misure adottate siano efficaci. Dove le risorse siano scarse, dovrebbero essere destinate agli individui e ai gruppi più a rischio, come i bambini al di sotto dei cinque anni, soggetti non immuni e donne in gravidanza.

**4. Misure di protezione individuali da altri vettori:** una buona igiene della persona e il cambio regolare degli indumenti e della biancheria da

letto costituiscono la protezione più efficace dai pidocchi del corpo. L'infestazione può essere controllata con trattamenti individuali (applicazione di polveri antiparassitarie), bucati di massa o campagne di eliminazione dei pidocchi, e con l'applicazione di protocolli per il trattamento dei nuovi arrivati in un insediamento. La pulizia dell'ambiente domestico, unita a sistemi efficaci per lo smaltimento dei rifiuti e la conservazione degli alimenti, impedirà che ratti e altri roditori entrino nelle case o nei ripari.

- 5. Malattie collegate all'acqua:** le persone dovrebbero essere informate sui rischi per la salute ed evitare di immergersi in corsi d'acqua dove sia noto il pericolo di contrarre malattie quali schistosomiasi, dracunculosi o leptospirosi, (trasmesse per contatto con urina di alcuni mammiferi, specialmente ratti: v. Appendice 4). Le organizzazioni umanitarie possono trovarsi nella necessità di lavorare con la comunità per trovare fonti d'acqua alternative o per garantire che l'acqua destinata a tutti gli usi sia adeguatamente trattata.

## **Controllo dei vettori – Norma 2: misure di protezione fisiche, ambientali e chimiche**

Il numero di vettori di malattie pericolose per la salute delle persone e di fastidi che ne compromettono il benessere viene tenuto entro livelli accettabili.

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

- Le popolazioni sfollate vengono insediate in località dove il rischio di esposizione alle zanzare sia minimo (v. nota di orientamento 1).
- Ove possibile, i siti di proliferazione e sosta dei vettori vengono modificati (v. note di orientamento 2-4).
- Negli insediamenti ad alta densità, dove vi sia rischio o presenza di epidemie di diarrea, viene attuato il controllo intensivo delle mosche.

- La densità della popolazione di zanzare viene tenuta abbastanza bassa da evitare un rischio eccessivo di trasmissione e di infezione (v. nota di orientamento 4).
- Il contagio della malaria viene diagnosticato tempestivamente e le persone colpite ricevono le cure necessarie (v. nota di orientamento 5).

## Note di orientamento

- 1. La selezione dei siti** è importante per ridurre al minimo l'esposizione della popolazione al pericolo di malattie a trasmissione vettoriale; questo deve essere uno degli elementi essenziali nella scelta dei possibili siti. Per quanto riguarda il controllo della malaria, per esempio, dovunque sia possibile fornire una fonte integrativa di acqua pulita i campi dovrebbero essere ubicati a 1-2 chilometri sopravento rispetto a grandi estensioni di proliferazione delle zanzare, come paludi o laghi (v. Rifugi e insediamenti – Norme 1-2, pp. 221-225).
- 2. Controllo ambientale e chimico dei vettori:** per ridurre la proliferazione dei vettori, possono essere adottate alcune misure di ingegneria ambientale. Tra queste, vi sono l'adeguato smaltimento degli escrementi umani e animali (v. la sezione Smaltimento degli escrementi), il corretto smaltimento dei rifiuti solidi per controllare mosche e roditori (v. la sezione Trattamento dei rifiuti solidi) e il drenaggio delle acque stagnanti per controllare le zanzare (v. la sezione Drenaggio). Questi provvedimenti ambientali, prioritari per la salute pubblica, avranno un certo effetto sulla densità di popolazione di alcuni vettori. Un impatto sufficiente, anche a più lungo termine, su tutti i siti di proliferazione, alimentazione e sosta all'interno o nelle vicinanze di un insediamento, può non essere possibile, rendendo necessari provvedimenti localizzati di controllo chimico o misure di protezione individuale. Per esempio, la nebulizzazione di insetticidi nell'ambiente può ridurre il numero di mosche adulte e prevenire epidemie di diarrea o, se impiegata a epidemia in corso, può contribuire a ridurre al minimo il carico della malattia.
- 3. Pianificazione della risposta:** i programmi di controllo dei vettori possono non avere alcun effetto sulle malattie se si rivolgono al vettore sbagliato, impiegano metodi non efficaci o se si rivolgono al vettore giusto

nel posto o al momento sbagliato. Nella fase iniziale, i programmi di controllo dovrebbero mirare ai seguenti obiettivi: 1) ridurre la densità di popolazione del vettore; 2) ridurre il contatto uomo-vettore; e 3) ridurre i siti di riproduzione del vettore. Programmi attuati male possono essere controproducenti. Uno studio dettagliato e, spesso, una consulenza specialistica sono necessari e dovrebbero essere ricercati presso organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali, mentre la consulenza locale va ricercata sui modelli delle malattie locali, i siti di proliferazione dei vettori, le variazioni stagionali del loro numero, l'incidenza delle malattie e così via.

- 4. Controllo ambientale delle zanzare:** il controllo ambientale mira in primo luogo a eliminare i siti di proliferazione delle zanzare. I tre generi principali di zanzare che trasmettono malattie sono *Culex* (filariosi), *Anopheles* (malaria e filariosi) e *Aedes* (febbre gialla e dengue). Le zanzare del genere *Culex* si riproducono nelle acque stagnanti sature di materiali organici, come le latrine; le anofele in acque di superficie relativamente non inquinate, come pozzanghere, corsi d'acqua lenti e pozzi; le *Aedes* nei recipienti d'acqua, come bottiglie, secchi, copertoni e così via. Esempi di controllo ambientale delle zanzare sono buon drenaggio, il corretto funzionamento delle latrine su fossa ventilata (VIP), la chiusura con coperchi delle latrine su fossa e dei recipienti per l'acqua, la copertura dei pozzi e/o il loro trattamento con sostanze larvicide (per esempio nelle zone in cui la febbre dengue è endemica).
- 5. Trattamenti antimalarici:** le strategie di controllo della malaria mirate a ridurre la densità di popolazione di zanzare eliminando i siti di proliferazione, riducendo la sopravvivenza quotidiana delle zanzare e limitando il contatto con gli uomini dovrebbero essere attuate contemporaneamente alla diagnosi precoce e alla terapia con farmaci efficaci. Occorre avviare e sostenere campagne che incoraggino la diagnosi precoce e la cura della malaria. Nel contesto di un approccio integrato, l'individuazione attiva dei casi da parte di operatori territoriali opportunamente addestrati e l'efficace terapia antimalarica hanno più probabilità di ridurre il carico della malattia rispetto alla individuazione passiva da parte dei servizi sanitari centralizzati (v. Controllo delle malattie contagiose – Norma 5 a p. 291).

## Controllo dei vettori – Norma 3: sicurezza del controllo chimico

Le misure per il controllo chimico dei vettori vengono attuate in modo da assicurare l'adeguata protezione del personale, della popolazione colpita dal disastro e dell'ambiente locale, ed evitando che si creino resistenze alle sostanze impiegate.

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

- Il personale viene protetto con un adeguato addestramento, l'uso di indumenti protettivi e di strutture per fare il bagno, la supervisione e la limitazione del numero di ore trascorse a contatto con le sostanze chimiche.
- La scelta, la qualità, il trasporto e la conservazione delle sostanze chimiche impiegate per il controllo dei vettori, l'equipaggiamento per la loro applicazione e smaltimento seguono le normative internazionali, ed è possibile renderne conto in qualsiasi momento (v. nota di orientamento 1).
- Le comunità sono informate sui potenziali rischi delle sostanze chimiche utilizzate per il controllo dei vettori e su modalità e orari della loro applicazione. Sono protette durante e dopo l'applicazione dei veleni o degli antiparassitari, secondo procedure accettate a livello internazionale (v. nota di orientamento 1).

### Nota di orientamento

**1. Protocolli nazionali e internazionali:** sulla scelta e l'applicazione delle sostanze chimiche per il controllo dei vettori esistono chiare normative e protocolli internazionali pubblicati dall'OMS, ai quali ci si deve attenere sempre. Le misure per il controllo dei vettori dovrebbero rispettare due aspetti principali: efficacia e sicurezza. Se le normative nazionali sulla scelta delle sostanze chimiche non rispondono ai requisiti internazionali, producendo effetti scarsi o nulli o mettendo a rischio salute e sicurezza, l'organizzazione umanitaria dovrebbe consultare la competente autorità nazionale ed esercitare pressione perché si adegui alle norme internazionali.



# 5 *Trattamento dei rifiuti solidi*

Se i rifiuti organici solidi non vengono smaltiti, aumenta il rischio di proliferazione di mosche e ratti (v. la sezione Controllo dei vettori) e di inquinamento delle acque di superficie. Ancora, l'accumularsi di rifiuti solidi non raccolti e dei detriti rimasti dopo un disastro o un conflitto rende l'ambiente brutto e deprimente, scoraggiando gli sforzi per migliorare altri aspetti legati alla salubrità ambientale. Spesso i rifiuti solidi ostruiscono i canali di scolo e provocano problemi alla salubrità ambientale associati alle acque di superficie stagnanti e inquinate.

## **Trattamento dei rifiuti solidi – Norma 1: raccolta e smaltimento**

Le persone hanno un ambiente accettabilmente non contaminato da rifiuti solidi, compresi i rifiuti medici, e hanno i mezzi adeguati per lo smaltimento efficace dei propri rifiuti domestici.

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

- Rappresentanti della popolazione colpita partecipano alla pianificazione e all'attuazione del programma di smaltimento dei rifiuti solidi.
- I rifiuti domestici vengono depositati in appositi contenitori ogni giorno per essere regolarmente raccolti, inceneriti o interrati in apposite fosse.
- Tutti i nuclei familiari hanno accesso a un contenitore per i rifiuti e/o si trovano a non più di 100 metri da un contenitore per i rifiuti di uso comune.
- Dove i rifiuti domestici non vengono interrati sul posto, è disponibile almeno un contenitore per rifiuti da 100 litri ogni dieci famiglie.

- I rifiuti vengono allontanati dall'insediamento prima che comincino a rappresentare un fastidio o un pericolo per la salute (v. note di orientamento 1, 2 e 6).
- I rifiuti medici vengono raccolti e smaltiti a parte; ogni struttura sanitaria dispone entro i propri confini di una fossa o di un inceneritore con deposito delle ceneri correttamente progettato, costruito e gestito (v. note di orientamento 3 e 6).
- Le aree in cui si soggiorna o negli spazi pubblici sono sempre libere da rifiuti medici contaminati o pericolosi (aghi, bendaggi, farmaci e così via) (v. nota di orientamento 3).
- I luoghi pubblici (come mercati e aree destinate alla macellazione) sono dotati di discariche chiaramente delimitate e recintate, bidoni o aree specifiche, con un regolare sistema di raccolta sul posto (v. nota di orientamento 4).
- Lo smaltimento finale dei rifiuti solidi viene eseguito in luoghi e con modalità tali da non creare problemi per la salute e per l'ambiente né alla popolazione locale, né a quella colpita dal disastro (v. note di orientamento 5-6).

## Note di orientamento

- 1. Interramento dei rifiuti:** se i rifiuti vengono interrati sul posto, o presso le case o in discariche comuni, dovrebbero essere ricoperti almeno settimanalmente con un sottile strato di terra per evitare che attirino vettori, come mosche e roditori, e ne favoriscano la proliferazione. Le feci dei bambini o i pannolini dovrebbero essere ricoperti di terra subito. I siti per lo smaltimento dei rifiuti dovrebbero essere recintati per impedire che bambini e animali vi entrino accidentalmente; si dovrebbe prestare adeguata attenzione affinché eventuali perdite non contaminino le falde acquifere.
- 2. Tipologia e quantità dei rifiuti:** in un insediamento, i rifiuti variano considerevolmente per composizione e quantità, secondo l'entità e il tipo di attività economica, gli alimenti base consumati e le locali pratiche di riciclaggio e/o smaltimento. Occorre valutare la misura dell'impatto che i rifiuti solidi hanno sulla salute delle persone, prendendo adeguati provvedimenti dove sia necessario. Il riciclaggio dei rifiuti solidi all'interno della comunità va incoraggiato, purché non presenti rischi di rilievo per la

salute. Occorre evitare la distribuzione di prodotti che generano grandi quantità di rifiuti solidi, sia nella confezione sia nella lavorazione sul posto.

- 3. Rifiuti medici:** il trattamento improprio dei rifiuti medici espone la comunità, gli operatori sanitari e gli addetti allo smaltimento dei rifiuti a infezioni, intossicazioni e lesioni. In una situazione di emergenza, è assai probabile che i rifiuti pericolosi, taglienti o non taglienti, siano infetti (bendaggi, fasciature sporche di sangue, materiali organici come placente e così via). I diversi tipi di rifiuti dovrebbero essere differenziati all'origine. Quelli non infetti (carta, involucri di plastica, scarti alimentari e così via) possono essere smaltiti come rifiuti solidi comuni. Oggetti acuminati infetti, in particolare siringhe e aghi usati, dovrebbero essere depositati entro contenitori di sicurezza subito dopo l'uso. I contenitori di sicurezza e gli altri rifiuti infetti possono essere smaltiti sul posto mediante interrimento, incenerimento o altro sistema sicuro.
- 4. Scarti dei mercati:** la maggior parte degli scarti dei mercati può essere trattata nello stesso modo dei rifiuti domestici. Gli scarti dei mattatoi possono richiedere un trattamento speciale e apposite strutture per il trattamento dei liquidi prodotti, e per garantire che la macellazione avvenga in condizioni igieniche e nel rispetto della legislazione locale. In molti casi, gli scarti dei mattatoi possono essere smaltiti in grandi fosse munite di coperchio, non lontane dal luogo della macellazione. Sangue e altri liquidi possono essere fatti defluire dal mattatoio alla fossa attraverso un canale coperto (per ridurre l'accesso delle mosche alla fossa). Dovrebbe esservi disponibilità di acqua per la pulizia.
- 5. Depositi controllati/discariche sanitarie:** lo smaltimento di rifiuti su vasta scala dovrebbe avvenire al di fuori degli insediamenti, in depositi controllati o discariche sanitarie. Il sistema dipende dalla disponibilità di spazio e di equipaggiamento meccanico. Idealmente, i rifiuti scaricati dovrebbero essere ricoperti di terra alla fine di ogni giornata, per evitare che vi si vada a frugarvi e vi proliferino i vettori.
- 6. Benessere del personale:** tutto il personale addetto al trattamento dei rifiuti solidi (raccolta, trasporto, smaltimento) dovrebbe essere munito di indumenti protettivi, come minimo guanti, nel caso ideale tute, stivali e mascherine. Dovrebbe avere a disposizione acqua e sapone per lavarsi mani e viso. Il personale che viene a contatto con rifiuti medici dovrebbe essere a conoscenza dei corretti sistemi di deposito, trasporto e smaltimento e dei rischi associati a un trattamento improprio.

## 6 Drenaggio

Le acque di superficie all'interno o nelle vicinanze di un insediamento di emergenza sono formate dalle acque reflue provenienti dalle case o dai punti di erogazione dell'acqua, da perdite di latrine e fognature, da acqua piovana o sollevata da alluvioni. I principali rischi per la salute associati alle acque di superficie sono la contaminazione delle scorte idriche e dell'ambiente circostante, danni alle latrine e alle abitazioni, proliferazione dei vettori e annegamento. Piogge e alluvioni possono peggiorare la situazione del drenaggio in un insediamento e aumentare il rischio di contaminazioni. Per limitare i rischi per la salute della popolazione, si dovrebbe attuare un adeguato piano di drenaggio, con adeguata progettazione del sito e sistemi per lo smaltimento delle acque di scolo sul posto e su piccola scala. Questa sezione si occupa dei problemi e delle operazioni di drenaggio su piccola scala. Il drenaggio su larga scala è determinato in genere dalla selezione e sviluppo del sito (v. Rifugi e insediamenti e prodotti non alimentari, cap. 4, p. 221).

### **Drenaggio – Norma 1: opere di drenaggio**

Le persone hanno un ambiente dove tutti i rischi rappresentati dall'erosione e dal ristagno dell'acqua (acqua piovana, di alluvione, acque reflue di rifugi e strutture sanitarie) sono ridotti al minimo.

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

- Le aree intorno alle abitazioni e ai punti di erogazione dell'acqua sono mantenute libere da ristagni, e gli scoli delle acque piovane sono tenuti puliti (v. note di orientamento 1, 2, 4 e 5).
- I rifugi, i viali e le strutture idriche e sanitarie non sono allagati né erosi dall'acqua (v. note di orientamento 2-4).

- I sistemi di drenaggio dei punti di erogazione dell'acqua sono correttamente pianificati, costruiti e mantenuti. Ciò riguarda il drenaggio tanto dalle aree dedicate alla lavanderia e al bagno, quanto dai punti di raccolta dell'acqua (v. note di orientamento 2 e 4).
- Le acque di scolo non vanno a inquinare acque di superficie o falde freatiche, né provocano erosione (v. nota di orientamento 5).
- Dove necessario, viene fornita una quantità sufficiente di attrezzi adatti a realizzare piccole opere di drenaggio e manutenzione (v. nota di orientamento 4).

## Note di orientamento

- 1. Selezione e progettazione del sito:** il modo più efficace per controllare i problemi di drenaggio è la giusta scelta del sito e la disposizione dell'insediamento (v. Rifugi e insediamenti, Norme 1-4, pp. 221-232).
- 2. Acque reflue:** le acque luride, o acque reflue domestiche, sono classificate come liquami quando contengono escrementi umani. A meno che l'insediamento non sorga dove vi sia un sistema fognario preesistente, non si dovrebbe permettere che le acque di scarico si mescolino con i rifiuti organici umani. Il trattamento dei liquami è più complesso e costoso di quello delle acque reflue domestiche. In prossimità dei punti di erogazione dell'acqua, delle zone lavanderia e bagno si dovrebbe quindi incoraggiare la creazione di piccoli giardini che utilizzino le acque reflue. Occorre una attenzione particolare per impedire che le acque reflue dei lavatoi e dei bagni contaminino le fonti d'acqua potabile.
- 3. Drenaggio e smaltimento degli escrementi:** occorre una cura particolare per proteggere latrine e scoli da allagamenti, in modo da evitare danni strutturali e perdite.
- 4. Sensibilizzazione:** è essenziale che la popolazione colpita sia coinvolta nella realizzazione di piccole opere di drenaggio, perché queste persone hanno spesso una buona conoscenza dei flussi naturali delle acque di scolo e della giusta ubicazione dei canali. Inoltre, se ha coscienza dei rischi fisici e per la salute, e ha partecipato alla costruzione del sistema di drenaggio, sarà più facile che ne curi la manutenzione (v. la sezione Controllo dei vettori). In tal caso, possono rendersi necessari supporto tecnico e attrezzature.

**5. Smaltimento sul posto:** ove sia possibile e le condizioni del suolo siano favorevoli, il drenaggio dei punti di erogazione dell'acqua e dei lavatoi dovrebbe avvenire sul posto piuttosto che attraverso canali scoperti, di difficile manutenzione e soggetti a intasamenti frequenti. Per lo smaltimento sul posto delle acque reflue si possono adottare tecniche semplici ed economiche, come pozzi di scarico. Dove lo smaltimento a distanza sia l'unica possibilità, i canali sono preferibili alle tubazioni. I canali dovrebbero essere in grado di fornire velocità di flusso per le acque luride in condizioni di clima secco, e di convogliare l'acqua piovana. Dove vi sia una pendenza superiore al 5%, si deve prevenire l'erosione applicando tecniche ingegneristiche. Il drenaggio o i residui di ogni processo di trattamento delle acque dovrebbero essere controllati accuratamente, per evitare che quelle acque vengano utilizzate dalle persone o vadano a contaminare fonti d'acqua di superficie o freatiche.

# Appendice 1

## **Questionario per la valutazione dei primi bisogni in materia di approvvigionamento idrico e servizi igienico-sanitari**

Questo elenco di domande serve principalmente per valutare i bisogni, individuare le risorse locali e descrivere le condizioni locali. Non sono incluse domande volte a determinare le risorse esterne necessarie in aggiunta a quelle immediatamente disponibili in loco.

### **1 Generali**

- Quante sono le persone colpite dal disastro e dove si trovano? Disaggregare il più possibile i dati per sesso, età, disabilità e così via.
- Quali sono i probabili movimenti delle persone? Quali sono i fattori di sicurezza per le persone colpite e per le possibili risposte di soccorso?
- Quali sono le malattie, potenziali o in atto, correlate all'acqua e alle condizioni igieniche? Qual è l'estensione e la prevedibile evoluzione dei problemi?
- Chi sono le persone chiave da consultare o contattare?
- Quali sono i soggetti a rischio all'interno della popolazione, e perché?
- L'accesso alle strutture esistenti è uguale per tutti?
- Quali sono i particolari rischi per la sicurezza di donne e bambine?
- A quali pratiche igieniche e a quali usi dell'acqua era abituata la popolazione prima dell'emergenza?

### **2 Approvvigionamento idrico**

- Qual è la fonte d'acqua attuale e chi la utilizza?
- Quanta acqua è disponibile al giorno per persona?

- Con quale frequenza giornaliera/settimanale viene distribuita l'acqua?
- L'acqua disponibile alla fonte è sufficiente per i bisogni a breve e più lungo termine per tutti i gruppi della popolazione? I punti di raccolta dell'acqua sono abbastanza vicini a dove le persone vivono? Sono sicuri?
- L'attuale approvvigionamento idrico è affidabile? Quanto durerà?
- Le persone hanno abbastanza recipienti per l'acqua del giusto tipo e dimensione?
- La fonte d'acqua è contaminata o a rischio di contaminazione (microbiologia o chimica/radiologica)?
- È necessario trattarla? È possibile trattarla? Che genere di trattamento è necessario?
- È necessario disinfettare l'acqua, anche se non è contaminata?
- Vi sono fonti alternative nelle vicinanze?
- Quali sono credenze e pratiche tradizionali legate alla raccolta, alla conservazione e all'uso dell'acqua?
- Vi sono ostacoli all'uso dell'acqua disponibile?
- È possibile spostare la popolazione in caso di inadeguatezza delle fonti d'acqua?
- In caso di inadeguatezza delle fonti, è possibile trasportare l'acqua con autobotti?
- Quali sono i punti chiave dell'igiene legati all'approvvigionamento idrico?
- Le persone hanno i mezzi per usare l'acqua in maniera igienica?

### 3 Smaltimento degli escrementi

- Quali sono le usanze seguite per la defecazione? Se viene espletata all'aperto, c'è un'area dedicata a questo scopo? È sicura?
- Quali sono credenze e pratiche, anche legate al genere, in materia di smaltimento degli escrementi?



- Vi sono strutture preesistenti? In caso affermativo, vengono usate, sono sufficienti e ben funzionanti? Possono essere ampliate o adattate?
- Le pratiche di defecazione seguite rappresentano un rischio per l'acqua disponibile (di superficie o freatica) o per le aree dove le persone soggiornano?
- Le persone si lavano le mani dopo aver evacuato e prima di preparare il cibo e di mangiare? C'è disponibilità di sapone o di altri prodotti per l'igiene della persona?
- Le persone hanno familiarità con la costruzione e l'uso delle latrine?
- Quali materiali locali sono disponibili per costruire delle latrine?
- Le persone sono pronte a usare latrine su fossa o a trincea, campi per la defecazione e così via?
- C'è spazio sufficiente per campi adibiti alla defecazione, latrine su fossa o a trincea e così via?
- Qual è la pendenza del terreno?
- Qual è il livello delle falde freatiche?
- Le condizioni del suolo sono adatte allo smaltimento degli escrementi sul posto?
- Il sistema adottato per lo smaltimento degli escrementi incoraggia i vettori?
- C'è disponibilità di acqua o materiali per la pulizia dell'ano? Normalmente, come vengono smaltiti questi materiali?
- Qual è il comportamento delle donne riguardo alle mestruazioni? Sono disponibili strutture o materiali adatti a questa circostanza?

#### 4 Malattie a trasmissione vettoriale

- Quali e quanto gravi sono i rischi di malattie a trasmissione vettoriale?
- Quali sono le credenze e le pratiche tradizionali legate alle malattie a trasmissione vettoriale? Ve ne sono di utili o dannose?

- Se il rischio di malattie a trasmissione vettoriale è alto, i soggetti a rischio hanno accesso a misure di protezione individuali?
- È possibile modificare l'ambiente locale (drenaggio, eliminazione della sterpaglia, smaltimento degli escrementi e dei rifiuti e così via) in modo da scoraggiare la proliferazione dei vettori?
- È necessario controllare i vettori con mezzi chimici? Quali sono programmi, regolamentazioni e risorse esistenti in materia di controllo dei vettori e impiego di sostanze chimiche? Quali informazioni e misure di sicurezza devono essere fornite alle famiglie?

## 5 Smaltimento dei rifiuti solidi

- I rifiuti solidi rappresentano un problema?
- In che modo le persone smaltiscono i propri rifiuti? Quali sono il tipo e la quantità dei rifiuti prodotti?
- È possibile smaltire i rifiuti solidi sul posto oppure si deve provvedere alla raccolta e allo smaltimento altrove?
- Qual è la normale prassi seguita dalla popolazione colpita per lo smaltimento dei rifiuti (buche per compost/rifiuti, sistemi di raccolta, bidoni)?
- Vi sono strutture e attività sanitarie che producono rifiuti? Come vengono smaltiti? Chi ne è responsabile?

## 6 Drenaggio

- Ci sono problemi di drenaggio (per esempio, allagamento dei rifugi o delle latrine, luoghi di proliferazione dei vettori, acque inquinate che contaminano le zone in cui le persone vivono o le scorte d'acqua)?
- Il suolo tende a impregnarsi d'acqua?
- Le persone hanno i mezzi per proteggere rifugi e latrine da allagamenti locali?

# Appendice 2

## Linee guida per la pianificazione delle quantità minime di acqua per istituzioni e altri usi

Ambulatori e ospedali	5 litri/paziente esterno 40-60 litri/degente/giorno Ulteriori quantità possono essere necessarie per lavanderia, scarichi delle latrine ecc.
Centri colera	60 litri/paziente/giorno 15 litri/assistente/giorno
Centri nutrizionali terapeutici	30 litri/degente/giorno 15 l litri/assistente/giorno
Scuole	3 litri alunno/giorno per bere e lavare le mani (uso per latrine escluso: v. oltre)
Moschee	2-5 litri/persona/giorno per abluzioni e bere
Latrine pubbliche	1-2 litri/utente/giorno per lavare le mani 2-8 litri/cabina/giorno per pulizia latrina
Latrine a getto d'acqua	20-40 litri/utente/giorno per latrine con scarico convenzionale collegati a fognatura 3-5 litri/utente/giorno per latrine con scarico manuale (secchio)
Lavaggio dell'ano	1-2 litri/persona/giorno
Bestiame	20-30 litri/animale grande o medio/giorno 5 litri/animale piccolo/giorno
Irrigazione su piccola scala	3-6mm/m <sup>2</sup> /giorno, ma fortemente variabile

# Appendice 3

## Linee guida per la pianificazione del numero minimo di latrine in luoghi pubblici e istituzioni in situazioni di disastro

Istituzione/luogo	Breve termine	Lungo termine
Mercati	1 latrina x 50 banchi	1 latrina x 20 banchi
Ospedali / ambulatori	1 latrina x 20 letti o 50 pazienti esterni	1 latrina x 10 letti o 20 pazienti esterni
Centri nutrizionali	1 latrina x 50 adulti 1 latrina x 20 bambini	1 latrina x 20 adulti 1 latrina x 20 bambini
Accoglienza/Centri di transito	1 latrina x 50 persone 3:1 donne/uomini	
Scuole	1 latrina x 30 femmine 1 latrina x 60 maschi	1 latrina x 30 femmine 1 latrina x 60 maschi
Uffici		1 latrina x 60 impiegati

Fonte: *adattato da Harvey, Baghri e Reed (2002)*

# Appendice 4

## Malattie collegate all'acqua e agli escrementi e meccanismi del contagio

<b>Trasmissione attraverso l'acqua</b>	Colera, shigellosi, diarrea, salmonellosi, ecc. Tifo, paratifo ecc. Dissenteria amebica, giardiasi Epatite A, poliomielite, diarrea da rotavirus	<b>Batterico contatto oro-fecale</b>  <b>Non batterico contatto oro-fecale</b>	Contaminazione acque Servizi igienico-sanitari carenti Scarsa igiene personale Contaminazione raccolti
<b>Acqua / scarsità d'acqua</b>	Infezioni pelle occhi Tifo petecchiale e febbre ricorrente trasmessa dai pidocchi		Acqua inadeguata Scarsa igiene personale
<b>Elminti collegati alle feci</b>	Ascaridi, anchilostomatidi, tricocefali ecc.	<b>Elminti trasmessi attrav. il suolo</b>	Defecazione all'aperto Contaminazione del suolo
<b>Cestodi in carne di manzo e maiale</b>	Teniasi	<b>Contatto uomo-animale</b>	Carni poco cotte Contaminazione del suolo
<b>Trasmissione attraverso l'acqua</b>	Schistosomiasi, dracunculosi, clonorchiasi ecc.	<b>Contatto prolung. con acque infette</b>	Contaminazione delle acque
<b>Insetti collegati all'acqua</b> <b>Insetti collegati agli escrementi</b>	Malaria, dengue, malattia del sonno, filariosi, ecc. Diarrea e dissenteria	<b>Punture di zanzare o mosche</b> <b>Trasmesse da mosche e scarafaggi</b>	Puntura in prossimità di acqua Proliferazione in acqua Ambiente sporco

# Appendice 5

## Nota bibliografica

Grazie al programma online sulle migrazioni forzate del Refugee Studies Centre dell'Università di Oxford, molti dei documenti elencati hanno ottenuto la licenza dal copyright e sono consultabili in un apposito link di Sphere: <http://www.forcedmigration.org>

## Strumenti giuridici internazionali

*Diritto all'acqua* (articoli 11 e 12 della Convenzione Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali), CESCR General Comment 15, 26 novembre 2002, U.N. Doc. E/C.12/2002/11, Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite: <http://untreaty.un.org>

Biblioteca dei diritti umani dell'Università del Minnesota:  
<http://www1.uumn.edu/humanrts>

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/Documents/righttowater/righttowater.htm](http://www.who.int/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.htm)

## Generale

Adams, J., *Managing Water Supply and Sanitation in Emergencies*. Oxfam GB, 1999.

Cairncross, S. e Feachem, R., *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text* (II edizione). John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1993

Davis, J and Lambert, R, *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. II edizione. RedR/IT Publications, London, 2002.

Drouarty, E e Vouillamoz, JM, *Alimentation en eau des populations menacées*. Hermann, Paris, 1999.

Sito dell'International Research Centre (Paesi Bassi):

<http://www.irc.nl/publications>

MSF, *Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition*. Médecins Sans Frontières, Paris, 1994.

UNHCR, *Handbook for Emergencies. Second Edition*. UNHCR, 1999. Genève. <http://www.unhcr.ch/>

Water, Engineering and Development Centre (WEDEC), Loughborough University, UK. <http://www.lboro.ac.uk>

Biblioteca sui disastri dell'OMS: <http://www.helid.desastres.net>

OMS, Programma su acqua, servizi igienico-sanitari e salute: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health](http://www.who.int/water_sanitation_health)

## Indagini sanitarie

Manuale ARGOSS: <http://www.bgs.ac.uk>

## Genere

Gender and Water Alliance: <http://www.genderandwateralliance.org>

Islamic Global Health Network, Islamic Supercourse Lectures. *On Health Promotion, Child Health and Islam*. <http://www.pitt.edu>

WCRWC/UNICEF, *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York, 1998.

## Sensibilizzazione all'igiene

Almedom, A, Blumenthal, U e Manderson, L, *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices*. International Nutrition Foundation for Developing Countries. Available from Intermediate Technology Publications, Southampton Row, London WC1, UK, 1997.

Benenson, AS, (a cura di), *Control of Communicable Diseases Manual, 16th Edition*. American Public Health Association, 1995.

Ferron, S, Morgan, J e O'Reilly, M, *Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development*. Oxfam GB, 2000.

## Approvvigionamento idrico

FAO: <http://www.fao.org>

House, S e Reed, R, *Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment*. WEDEC, Loughborough University, UK, 1997.

## Qualità dell'acqua

WHO, *Guidelines for Drinking Water Quality. Third Edition*. Genève, 2003.

## Smaltimento degli escrementi

Harvey, PA, Baghri, S e Reed, RA, *Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design*. WEDEC, Loughborough University, UK, 2002.

Pickford, J., *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience*. IT Publications, London, 1995.

## Controllo dei vettori

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

Lacarin, CJ and Reed, RA, *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDEC, Loughborough, UK, 1999.

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

UNHCR, *Vector and Pest Control in Refugee Situations*. UNHCR, Genève, 1997.



Warrell, D e Gilles, H, (a cura di), *Essential Malariology. Fourth Edition*. Arnold, London, 2002.

WHO, *Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance*. <http://www.who.int>

WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES), *Guidelines for the purchase of pesticides for use in public health*. <http://www.who.int>.

## Rifiuti solidi

Progettazione di discariche: <http://www.lifewater.org>

The International Solid Waste Association: <http://www.iswa.org>

## Rifiuti medici

Prüss, A., Giroult, E., Rushbrook, P., (a cura di), *Safe Management of Health-Care Wastes*. WHO, Genève, 1999.

WHO, *Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management*. Genève, 2000.

WHO: <http://www.healthcarewaste.org>

WHO: <http://www.injectionsafety.org>

## Drenaggio

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

## *Annotazioni*

## *Annotazioni*

## *Annotazioni*



# Capitolo 3: Norme minime per la sicurezza alimentare, la nutrizione e gli aiuti alimentari

# Come usare questo capitolo

Questo capitolo è diviso in quattro sezioni: 1) Norme per la valutazione e l'analisi della sicurezza alimentare e della nutrizione; 2) Norme per la sicurezza alimentare; 3) Norme nutrizionali e 4) Norme per gli aiuti alimentari. Mentre le norme sulla sicurezza alimentare e la nutrizione rappresentano un'espressione pratica del diritto al cibo, quelle sugli aiuti alimentari sono di carattere più operativo. Inoltre, le norme sugli aiuti alimentari possono contribuire all'attuazione di quelle sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione.

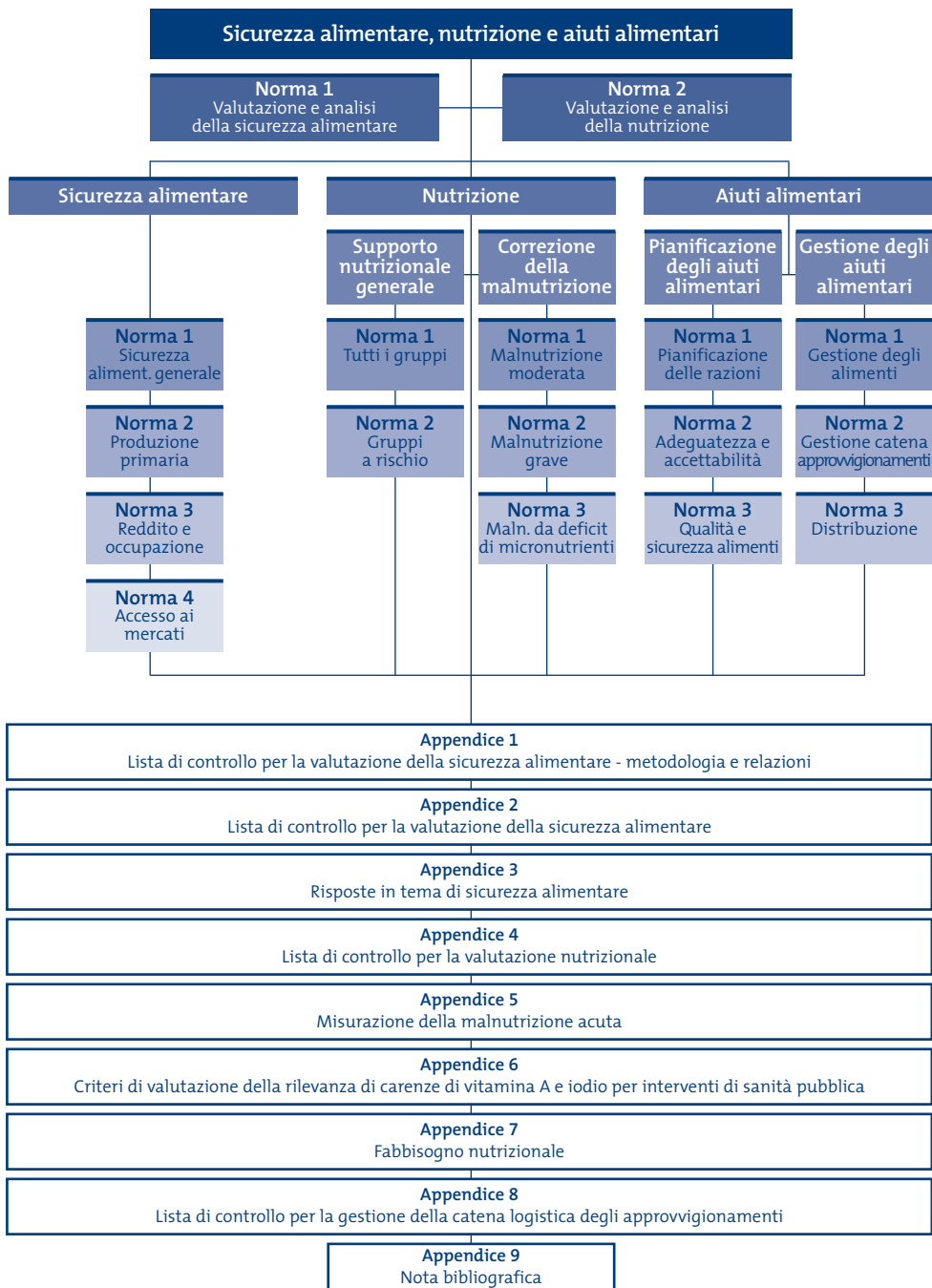
Ogni sezione si articola nel modo seguente:

- *norme minime*: sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi da raggiungere nelle risposte in tema di sicurezza alimentare, nutrizione e aiuti alimentari;
- *indicatori chiave*: sono “segnali” che attestano se la norma ha trovato attuazione o meno. Rappresentano un modo per misurare e comunicare l'impatto, o risultato, dei programmi, così come i procedimenti e i metodi seguiti. Gli indicatori possono essere qualitativi o quantitativi;
- *note di orientamento*: riuniscono aspetti specifici da considerare quando si applicano le norme e gli indicatori nelle varie situazioni, forniscono un orientamento per affrontare difficoltà di ordine pratico, e consigli sulle questioni prioritarie. Possono comprendere anche argomenti critici relativi a norme o indicatori, e descrivono dubbi, controversie o lacune nello stato attuale delle conoscenze.

Le appendici alla fine del capitolo comprendono: liste di controllo per la valutazione; esempi di risposte in materia di sicurezza alimentare; una guida per misurare la malnutrizione acuta e per determinare il fabbisogno nutrizionale e i criteri in base ai quali la carenza di micronutrienti è da considerare un problema di salute pubblica; e una bibliografia scelta che rimanda alle fonti di informazione sulle questioni tecniche, generali e specifiche, pertinenti agli argomenti trattati.

# Sommario

Introduzione .....	113
1. Valutazione e analisi della sicurezza alimentare e della nutrizione .....	117
2. Norme minime per la sicurezza alimentare .....	125
3. Norme minime sulla nutrizione .....	143
i) Supporto nutrizionale generale .....	145
ii) Correzione della malnutrizione .....	153
4. Norme minime per gli aiuti alimentari .....	165
i) Pianificazione degli aiuti alimentari .....	166
ii) Gestione degli aiuti alimentari .....	172
Appendice 1: Lista di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare - metodologia e relazioni .....	184
Appendice 2: Lista di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare .....	186
Appendice 3: Risposte sulla sicurezza alimentare .....	189
Appendice 4: Lista di controllo per la valutazione nutrizionale .....	192
Appendice 5: Misurazione della malnutrizione acuta .....	195
Appendice 6: Criteri di valutazione della rilevanza di carenze di vitamina A e iodio per interventi di sanità pubblica .....	199
Appendice 7: Fabbisogno nutrizionale .....	201
Appendice 8: Lista di controllo per la gestione logistica della catena degli approvvigionamenti .....	204
Appendice 9: Nota bibliografica .....	206





# Introduzione

## Rimandi agli strumenti giuridici internazionali

Le Norme minime per la sicurezza alimentare, la nutrizione e gli aiuti alimentari sono un'espressione pratica dei principi e dei diritti racchiusi nella Carta Umanitaria. La Carta Umanitaria si occupa dei bisogni più elementari per la sopravvivenza e la dignità delle persone colpite da calamità o da conflitto, secondo quanto espresso nel corpus legislativo internazionale relativo ai diritti umani e dei rifugiati e nel diritto internazionale umanitario.

Tutti hanno diritto a un'alimentazione adeguata; tale diritto è riconosciuto negli strumenti giuridici internazionali, e include il diritto a essere liberi dalla fame. Aspetti essenziali del diritto a un'alimentazione adeguata sono:

- la disponibilità di cibo in quantità e qualità sufficiente a soddisfare il fabbisogno nutrizionale dell'individuo, privo di sostanze nocive e accettabile per una determinata cultura;
- l'accessibilità del cibo in maniere sostenibili e che non interferiscano con il godimento di altri diritti umani.

Agli Stati e ad altri attori non statali spetta la responsabilità di soddisfare il diritto all'alimentazione. Vi sono molte situazioni in cui l'inadempienza di questi obblighi e le violazioni del diritto internazionale – quali la deliberata intenzione di affamare delle popolazioni o la distruzione dei loro mezzi di sussistenza come strategia di guerra – hanno effetti devastanti sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione. Durante un conflitto armato è vietato attaccare o distruggere generi alimentari, raccolti o bestiame. In queste situazioni, le organizzazioni umanitarie possono contribuire al rispetto del diritto delle popolazioni colpite: per esempio, portando assistenza alimentare con modalità che rispettino la legislazione nazionale il diritto nazionale e gli obblighi internazionali in materia di diritti umani.

Le Norme minime di questo capitolo non rappresentano un'espressione completa del diritto a un'alimentazione adeguata. Tuttavia, le norme Sfera riflettono l'essenza di tale diritto e contribuiscono alla sua realizzazione a livello globale.

## L'importanza della sicurezza alimentare, della nutrizione e degli aiuti alimentari nelle emergenze

In una situazione d'emergenza, l'accesso al cibo e il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale sono elementi determinanti per la sopravvivenza. La malnutrizione può rappresentare il più grave problema di sanità pubblica e una delle prime cause di morte, diretta e indiretta. La capacità di recupero dei mezzi di sussistenza e la conseguente sicurezza alimentare determinano la salute e lo stato nutrizionale a breve termine delle persone, la loro sopravvivenza e benessere futuro. Gli aiuti alimentari possono svolgere un ruolo importante per la protezione e il raggiungimento della sicurezza alimentare nell'ambito di un insieme di provvedimenti.

Le norme sulla sicurezza alimentare sono meno dettagliate di quelle sulla nutrizione o sugli aiuti alimentari, soprattutto perché si tratta di un campo molto vario, con un corpus limitato di buone pratiche per le situazioni di emergenza.

In questo capitolo si usano le seguenti definizioni:

- si ha **sicurezza alimentare** quando tutte le persone, in qualsiasi momento, hanno accesso materiale ed economico a cibo sicuro, nutriente e sufficiente per condurre una vita sana e attiva (World Food Summit Plan of Action, § 1, 1996);
- i **mezzi di sussistenza** comprendono le capacità, le risorse materiali e sociali e le attività necessarie alla sussistenza, finalizzate alla sopravvivenza e al benessere futuro. Le strategie di sussistenza sono i mezzi pratici o le attività attraverso le quali le persone accedono al cibo, o al reddito necessario ad acquistare il cibo; le strategie di risposta messe in atto dalla popolazione sono risposte temporanee a una situazione di insicurezza alimentare;
- la **malnutrizione** si presenta in forme diverse: malnutrizione acuta, malnutrizione cronica e da carenze di micronutrienti. La malnutrizione acuta si manifesta con deperimento della massa corporea, debilitazione (magrezza), e/o edema nutrizionale, mentre quella cronica si presenta come un deficit di crescita (bassa statura); in entrambi i casi si tratta di un disturbo della crescita.

Questo capitolo si occupa soltanto della malnutrizione acuta e delle carenze di micronutrienti.

Poiché nelle famiglie sono solitamente le donne a occuparsi del cibo e quindi sono il principale destinatario degli aiuti alimentari, è importante incoraggiare la loro partecipazione alla pianificazione e attuazione dei programmi tutte le volte che sia possibile.

## **Collegamenti con gli altri capitoli**

Molte norme illustrate negli altri capitoli settoriali sono pertinenti a questo capitolo. Spesso i progressi nel raggiungimento delle norme in un settore si ripercuotono sui progressi in altri settori, quando addirittura non li determinano. Perché una risposta sia efficace, sono necessari lo stretto coordinamento e la collaborazione tra diversi settori. Per garantire che i bisogni siano soddisfatti, che gli interventi non siano duplicati e che la qualità della risposta sulla sicurezza alimentare, la nutrizione e gli aiuti alimentari sia ottimizzata, è importante anche il coordinamento con le autorità locali e con altre organizzazioni umanitarie operanti.

Per esempio, i bisogni relativi all'attrezzatura, al combustibile e all'acqua per preparare e consumare gli alimenti, e per mantenere la salute pubblica sono trattati nelle norme su Acqua, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, Assistenza sanitaria e Rifugi, Insedimenti e beni non alimentari. Questi bisogni hanno una ripercussione diretta sulla capacità del nucleo familiare di accedere al cibo e di mantenere uno stato nutrizionale adeguato. Dove è opportuno, sono indicati i rimandi alle specifiche norme o note di orientamento di altri capitoli tecnici.

## **Rimandi alle norme comuni a tutti i settori**

Il processo di pianificazione e attuazione di un intervento è decisivo ai fini della sua efficacia. Questo capitolo deve essere utilizzato unitamente alle norme comuni a tutti i settori (partecipazione, valutazione iniziale, risposta, selezione dei beneficiari, monitoraggio, valutazione, competenze e responsabilità degli operatori umanitari,

supervisione, gestione e supporto del personale: v. capitolo 1, p. 25). In particolare, la partecipazione degli stessi soggetti colpiti dal disastro, compresi i gruppi vulnerabili elencati più avanti, deve essere incoraggiata al massimo in qualsiasi tipo di risposta, al fine di garantirne adeguatezza e qualità.

## **Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite da disastri**

In situazioni di emergenza, i gruppi più frequentemente a rischio sono le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le persone affette da HIV/AIDS. In alcuni contesti possono essere motivo di vulnerabilità l'origine etnica, l'affiliazione religiosa o politica, la condizione di sfollato. Questo elenco non esaurisce le categorie più a rischio, ma riunisce quelle individuate con maggiore frequenza. Vulnerabilità specifiche si ripercuotono sulla capacità delle persone di far fronte e sopravvivere a un disastro; in ogni contesto occorre dunque identificare i soggetti più a rischio.

In tutto il manuale, l'espressione "gruppi vulnerabili" indica tutti questi gruppi. Quando uno qualsiasi di questi è a rischio, è probabile che lo siano anche altri. Per questo, ogni volta che sono nominati i gruppi vulnerabili i lettori sono caldamente invitati a considerare tutti quelli qui elencati. È necessario proteggere e curare con particolare attenzione tutti i gruppi in questione, senza discriminazioni e secondo i bisogni specifici. Va comunque ricordato che le popolazioni colpite da disastri possiedono e acquisiscono competenze e capacità per fronteggiare la situazione, che devono essere riconosciute e incoraggiate.

## Le Norme minime

# *1 Valutazione e analisi della sicurezza alimentare e della nutrizione*

Queste due norme derivano da quelle su Valutazione iniziale (v. p. 33) e Partecipazione (v. p. 32) e si applicano ogni qualvolta siano pianificati o richiesti interventi nel campo della nutrizione e della sicurezza alimentare. Si tratta di valutazioni approfondite, e la loro corretta esecuzione richiede molto tempo e risorse. In una condizione di crisi acuta e ai fini di una risposta immediata, una valutazione rapida può essere sufficiente per decidere se sia necessaria un'assistenza immediata e, in caso affermativo, quali provvedimenti adottare. Le Appendici 1-3, pp. 184-191 riportano le liste di controllo da utilizzare a questo scopo.

### **Valutazione e analisi – Norma 1: sicurezza alimentare**

Dove vi sia rischio di insicurezza alimentare, le decisioni relative ai programmi vengono prese sulla base di una dimostrata conoscenza delle abituali modalità di accesso agli alimenti, dell'impatto del disastro sulla sicurezza alimentare attuale e futura e, di conseguenza, della risposta più adeguata.

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

- Per individuare bisogni e priorità, le valutazioni e le analisi prendono in esame la sicurezza alimentare nelle località geografiche

interessate e all'interno dei vari gruppi definiti in base ai mezzi di sussistenza, distinguendo l'andamento tra le diverse stagioni e nel corso del tempo (v. nota di orientamento 1).

- La valutazione mostra una comprensione del più ampio contesto politico e istituzionale, dei processi sociali, economici e politici che influiscono sulla sicurezza alimentare (v. nota di orientamento 2).
- La valutazione include l'indagine e analisi delle strategie di risposta efficace (v. nota di orientamento 3).
- Dove possibile, la valutazione si avvale delle capacità locali, comprese le istituzioni formali e informali (v. nota di orientamento 4).
- La metodologia applicata viene descritta dettagliatamente nella relazione di valutazione e si basa su principi ampiamente accettati (v. nota di orientamento 5).
- Si utilizzano i dati ricavati da fonti secondarie già esistenti; la raccolta di nuovi dati da fonti primarie sul campo si concentra su ulteriori informazioni essenziali per prendere le decisioni (v. nota di orientamento 6).
- Le risposte per la sicurezza alimentare che si raccomandano sono finalizzate a sostenere, proteggere e incoraggiare le strategie di sussistenza, soddisfacendo al tempo stesso i bisogni immediati (v. nota di orientamento 7).
- Si considerano gli effetti dell'insicurezza alimentare sullo stato nutrizionale della popolazione (v. nota di orientamento 8).

## Note di orientamento

- 1. Ambito dell'analisi:** la sicurezza alimentare varia secondo i mezzi di sussistenza, l'ubicazione e la condizione sociale delle persone, il periodo dell'anno, la natura del disastro e le relative risposte. La valutazione focalizzerà l'attenzione sui modi in cui la popolazione colpita si procurava cibo e reddito prima del disastro, e le conseguenze di quest'ultimo. Per esempio, nelle aree urbane e periurbane l'analisi si concentrerà sulla fornitura del mercato, mentre nelle zone rurali guarderà soprattutto alla produzione alimentare. Dove vi siano sfollati si dovrà considerare anche la sicurezza alimentare della popolazione ospitante. Le valutazioni sulla

sicurezza alimentare possono essere eseguite nella fase di preparazione alla sospensione di un programma, oppure prima di avviarlo; in entrambi i casi, per ridurre al minimo l'eventualità di duplicazione degli interventi, le valutazioni dovrebbero essere coordinate fra tutte le parti in causa. Le valutazioni che raccolgono informazioni nuove dovrebbero integrare i dati ricavati da fonti d'informazione secondarie già esistenti.

2. **Contesto:** l'insicurezza alimentare può derivare da più ampi fattori strutturali di tipo macroeconomico e sociopolitico, quali scelte politiche, processi o istituzioni nazionali e internazionali che pregiudicano la possibilità di accesso delle persone a un'alimentazione nutrizionalmente adeguata. Questo fenomeno si definisce insicurezza alimentare cronica, in quanto è una condizione che si protrae nel tempo a causa di vulnerabilità strutturali, ma che può essere aggravata dalle conseguenze del disastro.
3. **Strategie di risposta:** la valutazione e l'analisi dovrebbero considerare i diversi tipi di strategie di risposta messi in atto, chi li applica e qual è la loro efficacia. Le strategie sono variabili, pur seguendo le stesse distinte fasi. Le prime strategie di risposta della popolazione non sono necessariamente anomale, sono reversibili e non provocano danni durevoli: esempi in tal senso sono la raccolta di alimenti selvatici, la vendita di beni non essenziali, l'allontanamento di un membro della famiglia per andare a lavorare altrove. Le strategie successive, che si definiscono anche strategie in situazioni di crisi, possono compromettere la sicurezza alimentare futura in maniera permanente, ne sono esempi la vendita di terreni, la migrazione di intere famiglie per la sopravvivenza, la deforestazione. Alcune strategie adottate da donne e ragazze le espongono a rischi maggiori di infezione da HIV (prostituzione e relazioni illecite) o, se viaggiano in zone non sicure, di violenza sessuale. In generale, l'incremento della migrazione può aumentare il rischio di infezione da HIV. Le strategie di risposta della popolazione possono avere ripercussioni anche sull'ambiente: per esempio, il depauperamento di risorse naturali di proprietà comune. È importante che la sicurezza alimentare venga tutelata e sostenuta prima che tutte le opzioni non dannose vengano esaurite.
4. **Capacità locali:** la partecipazione della comunità e delle competenti istituzioni locali a tutte le fasi di valutazione e pianificazione è fondamentale. I programmi dovrebbero basarsi sui bisogni ed essere

adeguati al particolare contesto locale. In aree soggette a calamità naturali ricorrenti o a conflitti prolungati, possono esistere sistemi o reti locali di allerta precoce e risposta all'emergenza. Le comunità che hanno già esperienza di siccità o inondazioni possono disporre di propri piani di emergenza. Il supporto a queste capacità locali è molto importante.

- 5. Metodologia:** è importante considerare attentamente la copertura delle procedure di valutazione e campionatura, anche se informali. Il processo documentato nella relazione di valutazione deve essere logico e trasparente, e utilizzare procedure di valutazione della sicurezza alimentare riconosciute. Per garantire che le informazioni e l'analisi si completino a vicenda e siano coerenti, consentendone la comparazione nel corso del tempo, occorre coordinare gli approcci metodologici tra organizzazioni umanitarie e con il governo; in genere sono preferibili valutazioni curate da più organizzazioni insieme. La triangolazione delle fonti e dei tipi di informazione sulla sicurezza alimentare è di importanza vitale per giungere a una conclusione coerente tra fonti diverse – valutazione dei raccolti, immagini da satellite, valutazione dei nuclei familiari e così via. In Appendice 1 è riportata una lista di controllo dei principali ambiti da considerare; in Appendice 2, una lista di controllo per la revisione della metodologia.
- 6. Fonti di informazione:** in molte situazioni esiste una grande quantità di informazioni ricavate da fonti secondarie sulla situazione precedente il disastro, come la disponibilità di alimenti, il normale accesso al cibo da parte dei diversi gruppi, i gruppi più colpiti da insicurezza alimentare, gli effetti di precedenti crisi sulla disponibilità e l'accesso al cibo da parte dei diversi gruppi. Utilizzando in maniera efficace le informazioni ricavate da fonti secondarie, è possibile concentrare la raccolta di dati primari nella fase di valutazione iniziale sui bisogni essenziali nella nuova situazione.
- 7. Pianificazione a lungo termine:** anche se nelle fasi iniziali di una crisi la prima priorità sarà sempre quella di soddisfare i bisogni immediati e preservare i sistemi produttivi, le risposte devono essere sempre pianificate ragionando sul lungo periodo. Per questo sono necessarie competenze tecniche in diversi settori e le capacità per lavorare a stretto contatto con i membri della comunità, includendo i rappresentanti di tutti i gruppi. La partecipazione dei membri della comunità a tutte le fasi di valutazione iniziale e pianificazione del programma è di importanza vitale, non da ultimo per il loro punto di vista sulle possibilità e i rischi a lungo termine. Le raccomandazioni devono basarsi su conoscenze solide e



accertate da parte di personale opportunamente qualificato ed esperto. Il gruppo incaricato della valutazione dovrebbe includere esperti dei settori interessati, come periti agrari, agro-economisti, veterinari, esperti in scienze sociali, esperti di idraulica e di servizi igienico-sanitari e così via (v. norma Partecipazione, p. 32).

- 8. Insicurezza alimentare e stato nutrizionale:** l'insicurezza alimentare è una delle tre cause soggiacenti alla malnutrizione; di conseguenza, ovunque vi siainsicurezza alimentare esiste il rischio di malnutrizione, anche da deficit di micronutrienti. L'analisi dell'impatto dell'insicurezza alimentare sullo stato nutrizionale è parte essenziale della valutazione sulla sicurezza alimentare. In ogni caso, l'insicurezza alimentare non dovrebbe essere considerata l'unica causa di malnutrizione, escludendo altri possibili fattori di natura sanitaria e preventiva.

## Valutazione e analisi – Norma 2: nutrizione

Quando le persone sono a rischio di malnutrizione, le decisioni sui programmi si basano su una dimostrata conoscenza delle cause, del tipo, grado ed estensione del fenomeno, e sulla risposta più adeguata.

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

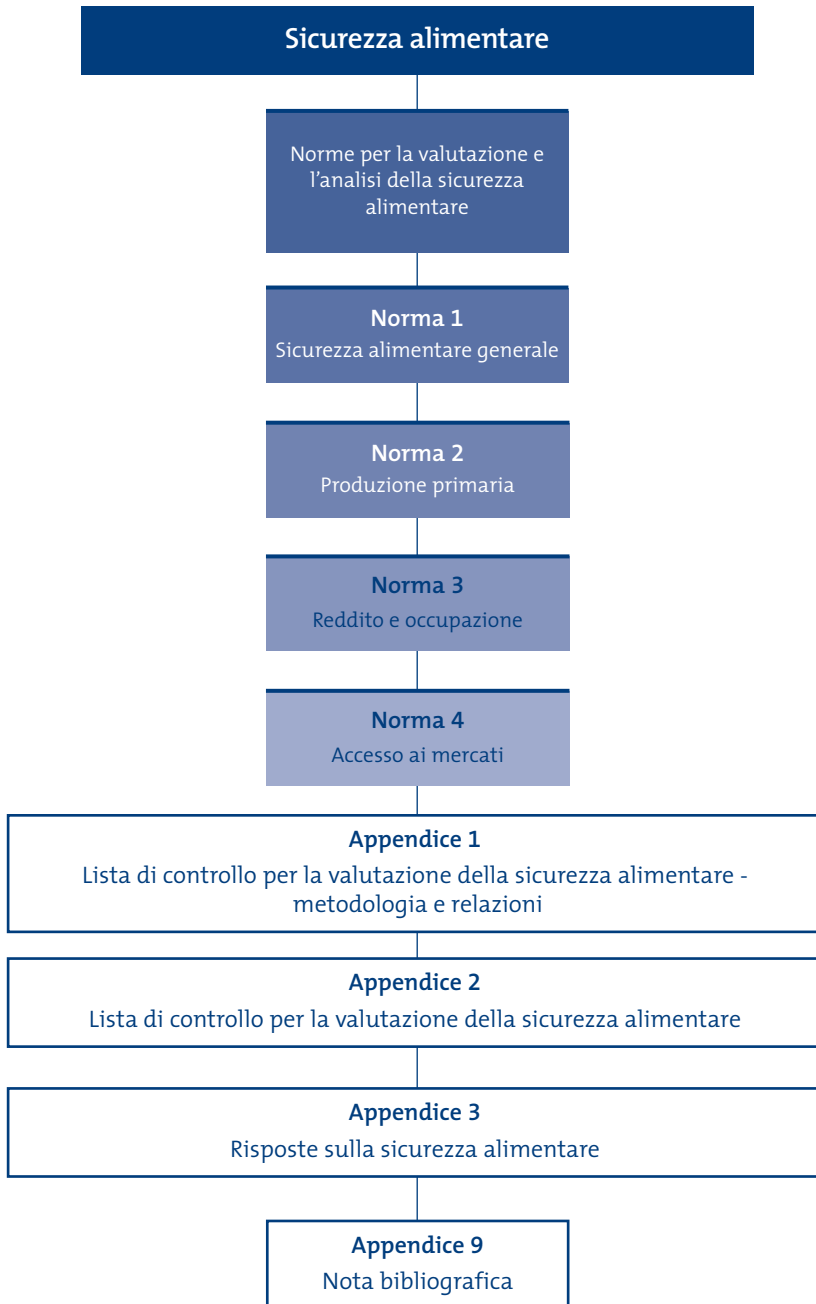
- Prima di condurre un'indagine antropometrica, si analizzano le informazioni disponibili sulle cause soggiacenti alla malnutrizione (alimentazione, salute, cura) e si redigono relazioni, evidenziando la natura e la gravità del problema (o dei problemi) e i gruppi più bisognosi di intervento (v. nota di orientamento 1 e Supporto nutrizionale generale - Norma 2, p. 149).
- Si tengono in considerazione le opinioni della comunità e di altri diretti interessati (v. nota di orientamento 1).
- Si conducono indagini antropometriche solo dove siano necessarie informazioni e analisi ai fini della formulazione del programma (v. nota di orientamento 2).
- Per determinare tipo, grado e diffusione della malnutrizione, si seguono le direttive internazionali di indagini antropometrica e direttive nazionali coerenti con esse (v. nota di orientamento 3).

- Quando si conducono indagini antropometriche su bambini al di sotto dei cinque anni, ai fini della pianificazione si applicano i valori di riferimento internazionali per il rapporto peso/altezza per la quantificazione della malnutrizione in Z-score e percentuale rispetto ai valori medi (v. nota di orientamento 3).
- Si stabilisce il rischio di deficit di micronutrienti cui la popolazione va incontro (v. nota di orientamento 4).
- Le risposte raccomandate in base alla valutazione dello stato nutrizionale affiancano e integrano in maniera coordinata le capacità locali.

## Note di orientamento

- 1. Cause soggiacenti:** le cause immediate della malnutrizione sono malattie e/o assunzione insufficiente di alimenti (derivanti a loro volta da insicurezza alimentare), sanità pubblica o ambiente sociale e sanitario carente, accesso inadeguato all'assistenza sanitaria a livello di nucleo familiare e di comunità. Queste cause soggiacenti derivano da altre cause di fondo, quali risorse umane, strutturali, naturali ed economiche; contesto politico, culturale e della sicurezza; infrastrutture formali e informali; movimenti della popolazione (forzati o meno) e limitazioni dei movimenti. Capire le cause della malnutrizione in ogni contesto specifico è un prerequisito essenziale per qualsiasi programma nutrizionale. Informazioni sulle cause della malnutrizione possono essere ricavate da fonti primarie e secondarie, (profili sanitari e nutrizionali esistenti, relazioni di ricerche, informazioni di allerta precoce, archivi di ambulatori e ospedali e di gruppi attivi per il benessere della comunità) e possono essere quantitative e qualitative. Una lista di controllo per la valutazione dello stato nutrizionale si trova in Appendice 4.
- 2. Le decisioni** dovrebbero basarsi sulla comprensione delle tre possibili cause soggiacenti alla malnutrizione e sui risultati di indagini antropometriche. In una situazione di crisi acuta, tuttavia, per decidere di ricorrere alla distribuzione generale di alimenti non bisogna attendere i risultati delle indagini antropometriche, che possono richiedere anche tre settimane. Dovrebbe comunque essere possibile utilizzare i risultati dell'indagine antropometrica per orientare le risposte mirate alla correzione della malnutrizione.

- 3. Dalle indagini antropometriche** si ricava una stima della diffusione della malnutrizione. La prassi più comunemente accettata prevede la valutazione dei livelli di malnutrizione nei bambini tra i 6 e i 59 mesi di età, presi come campione rappresentativo dell'intera popolazione. Tuttavia, altri gruppi possono essere colpiti in proporzione maggiore o essere più soggetti al rischio di malnutrizione; in questi casi, anche se le misurazioni possono essere problematiche, la situazione di questi gruppi dovrebbe essere valutata (v. Appendice 5). Le direttive internazionali stabiliscono che l'indagine sia condotta su un campione rappresentativo; l'adesione a direttive nazionali può incoraggiare la coordinazione e la comparabilità dei risultati. Laddove siano disponibili, i dati rappresentativi sulle tendenze dello stato nutrizionale sono preferibili a un valore unico di diffusione. Utilizzando un campionamento diverso, l'indagine antropometrica può utilmente registrare anche le percentuali di copertura vaccinale e i dati retrospettivi di mortalità. Le relazioni dovrebbero sempre descrivere le probabili cause della malnutrizione, e l'edema nutrizionale dovrebbe essere riportato a parte.
- 4. Deficit di micronutrienti:** se si è a conoscenza di carenze di vitamina A, di iodio o di ferro presso la popolazione prima del disastro, si può presumere che il problema si presenterà anche durante il disastro. Quando l'analisi dello stato di salute e della sicurezza alimentare evidenzia un rischio di deficit di micronutrienti, occorre prendere provvedimenti per quantificare esattamente i deficit specifici (v. anche Supporto nutrizionale generale - Norma 1, p. 145 e Correzione della malnutrizione - Norma 3, p. 162).



## 2 Norme minime per la sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare è data dai seguenti fattori: accesso (anche in termini economici) al cibo, adeguatezza dell'approvvigionamento o della disponibilità di cibo, stabilità nel tempo tanto dell'accesso quanto dell'approvvigionamento. La sicurezza alimentare riguarda anche qualità, varietà e salubrità del cibo, il suo consumo e utilizzazione biologica.

La capacità di ripresa dei sistemi di sussistenza e la vulnerabilità delle persone all'insicurezza alimentare sono determinate in gran parte dalle risorse disponibili e dalle ripercussioni del disastro su queste ultime. Le risorse includono la proprietà economica e finanziaria (contante, credito, risparmi e investimenti) e il capitale fisico, naturale, umano e sociale. Per le persone colpite dal disastro, mantenere, recuperare e sviluppare le risorse necessarie alla propria sicurezza alimentare e ai futuri sistemi di sussistenza è una priorità.

In situazioni di conflitto, la condizione di insicurezza e pericolo può gravemente limitare le attività di sussistenza e l'accesso ai mercati. Le famiglie possono subire la perdita diretta dei loro beni, perché abbandonati in seguito alla fuga o perché distrutti o requisiti dai belligeranti.

La prima norma per la sicurezza alimentare, che scaturisce dalla norma di Valutazione e analisi a p. 117, ha carattere generale e riguarda tutti gli aspetti della programmazione della sicurezza alimentare in situazioni di disastro, compresi quelli relativi alla sopravvivenza e alla conservazione dei beni. Le altre tre norme riguardano la produzione primaria, la produzione di reddito e l'occupazione, l'accesso ai mercati, beni e servizi inclusi. L'Appendice 3 descrive alcune risposte sulla sicurezza alimentare.

Tra le diverse norme sulla sicurezza alimentare c'è qualche ovvia sovrapposizione, perché le risposte in questo ambito hanno obiettivi

multipli riguardanti diversi aspetti della sicurezza alimentare e, di conseguenza, rientrano in più di una norma (comprese quelle su acqua, salute e rifugi). Inoltre, per poter attuare le norme sulla sicurezza alimentare è necessario un equilibrio dei programmi. La risposta al disastro deve sostenere e/o integrare i servizi governativi esistenti in termini di strutture, pianificazione e sostenibilità a lungo termine.

## **Sicurezza alimentare – Norma 1: sicurezza alimentare generale**

Le persone hanno accesso a prodotti alimentari e non alimentari adeguati e appropriati, tali da garantire la sopravvivenza, prevenire l'erosione dei loro beni e preservare la dignità.

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

- Dove la vita delle persone è a rischio per la mancanza di cibo, le risposte danno la priorità al soddisfacimento del bisogno immediato di cibo (v. nota di orientamento 1).
- In tutti i contesti di disastro, si prendono provvedimenti per sostenere, proteggere e promuovere la sicurezza alimentare. Questo include il mantenimento dei sistemi produttivi o il recupero di quelli perduti in conseguenza del disastro (v. nota di orientamento 2).
- Le risposte di tutela e sostegno della sicurezza alimentare si basano su una solida analisi eseguita di concerto con la comunità colpita dal disastro.
- Le risposte tengono conto delle strategie messe in atto dalle persone per far fronte alla crisi, con i benefici, i rischi e i costi che comportano (v. nota di orientamento 3).
- Ogni risposta relativa alla sicurezza alimentare in caso di disastri include l'elaborazione di strategie di transizione e di uscita, che

vengono opportunamente rese pubbliche e applicate (v. nota di orientamento 4).

- Quando una risposta prevede lo sviluppo di strategie di sussistenza nuove o alternative, tutti i gruppi hanno accesso a un supporto appropriato, che includa le necessarie conoscenze, abilità e servizi (v. nota di orientamento 5)
- Le risposte sulla sicurezza alimentare hanno effetti minimi di degrado ambientale (v. nota di orientamento 6).
- Un certo numero di beneficiari viene monitorato per stabilire il livello di accettazione e accesso da parte dei diversi gruppi della popolazione e per assicurare la copertura generale e senza discriminazioni della popolazione colpita (v. nota di orientamento 7).
- Gli effetti della risposta sull'economia locale, sulle reti sociali, i mezzi di sussistenza e l'ambiente vengono monitorati, in aggiunta al monitoraggio costante degli obiettivi del programma (v. nota di orientamento 8).

## Note di orientamento

### 1. **Individuazione di priorità nelle risposte per la sopravvivenza:**

benché la risposta più comune a una situazione di insicurezza alimentare acuta sia quella della distribuzione alimentare, vi sono altri tipi di risposta che possono aiutare le persone a soddisfare il bisogno immediato di cibo. Esempi in tal senso sono: la vendita di alimenti sussidiati (dove le persone abbiano un certo potere d'acquisto ma manchino le scorte); il miglioramento del potere d'acquisto mediante programmi che incoraggiano l'occupazione (come food-for-work); e maggiore utilizzo delle scorte (destocking) o distribuzione di contanti. Specialmente nelle aree urbane, la priorità può essere il ristabilimento di normali condizioni di mercato e la rivitalizzazione delle attività economiche che producono occupazione. Strategie di questo tipo possono essere più appropriate della distribuzione di alimenti, in quanto preservano la dignità e sostengono i sistemi di sussistenza, limitando così vulnerabilità future. Per garantire che una risposta combinata fornisca apporti e servizi complementari, le organizzazioni umanitarie hanno la responsabilità di tenere conto di quanto stanno facendo altri. Le distribuzioni generali di

alimenti andrebbero introdotte solo quando siano assolutamente indispensabili, e sospese il più presto possibile. La distribuzione generale gratuita di alimenti può non essere opportuna quando:

- nella zona siano disponibili adeguate scorte alimentari (e il bisogno è quello di superare gli ostacoli all'accesso);
- una carenza alimentare localizzata possa essere affrontata con il supporto dei sistemi di mercato;
- vi siano atteggiamenti diffusi o politiche locali contrari alla distribuzione gratuita di alimenti.

**2. Sostegno, protezione e promozione della sicurezza alimentare:** i provvedimenti adeguati a sostegno della sicurezza alimentare abbracciano una vasta gamma di risposte e attività di advocacy (v. Appendice 3). Benché una sicurezza alimentare basata interamente su mezzi e capacità di sussistenza delle persone stesse possa non essere raggiungibile sul breve periodo, strategie già esistenti che contribuiscono alla sicurezza alimentare del nucleo familiare e preservano la dignità degli individui dovrebbero essere protette e sostenute ogni volta che sia possibile. Le risposte sulla sicurezza alimentare non ricercano necessariamente il recupero completo di beni e risorse perduti in seguito al disastro, ma cercano di prevenirne l'ulteriore erosione e di incoraggiare il processo di ripresa.

**3. Rischi associati alle strategie di risposta della popolazione:** molte strategie di risposta messe in atto dalla popolazione comportano costi o rischi che possono aumentare la condizione di vulnerabilità. Qualche esempio:

- la riduzione della quantità o qualità degli alimenti consumati può peggiorare lo stato nutrizionale e di salute generale;
- la riduzione delle spese per istruzione e assistenza sanitaria può compromettere il capitale umano;
- la prostituzione e l'intrattenimento di relazioni esterne per procurarsi cibo compromettono la dignità e comportano il rischio di esclusione sociale e di infezione da HIV o altre malattie a trasmissione sessuale;
- la vendita dei beni di famiglia può ridurre la capacità produttiva futura del nucleo familiare;



- la mancata restituzione di prestiti rischia di impedire l'accesso al credito in futuro;
- lo sfruttamento sproporzionato delle risorse naturali riduce la disponibilità di capitale naturale (per esempio, pesca eccessiva o raccolta indiscriminata di legna da ardere);
- viaggiare in aree non sicure per lavorare o per raccogliere cibo o combustibile espone le persone (specialmente donne e bambini) al rischio di aggressioni;
- la produzione o il commercio di prodotti illeciti ha come conseguenza l'arresto e la carcerazione;
- la separazione delle famiglie e l'allontanamento dalle madri comportano il rischio di carenze nella cura e nell'alimentazione dei bambini.

È necessario riconoscere questi effetti progressivi e debilitanti, e prendere provvedimenti tempestivi per scoraggiare strategie di questo genere e prevenire la perdita di beni e risorse. Alcune strategie di risposta possono anche compromettere la dignità, costringendo le persone ad attività socialmente degradanti o inaccettabili. Presso molte società, tuttavia, certe strategie (come mandare un membro della famiglia a lavorare altrove) fanno parte di una tradizione consolidata.

- 4. Strategie di uscita e di transizione:** sono strategie che devono essere considerate sin dall'inizio di un programma, specialmente dove le risposte possono avere implicazioni sul lungo periodo – per esempio, la prestazione gratuita di servizi che di norma vengono pagati, come l'accesso al credito o prestazioni veterinarie. Prima di concludere il programma o di passare a una nuova fase, si dovrebbero osservare segni di miglioramento della situazione.
- 5. Accesso a conoscenze, abilità e servizi:** le strutture che forniscono servizi importanti dovrebbero essere progettate insieme agli utenti, in modo che siano adeguate e vengano correttamente mantenute, dove possibile anche oltre la durata del progetto. Vi sono gruppi con bisogni molto specifici; per esempio, i bambini rimasti orfani a causa dell'AIDS possono perdere la trasmissione di informazioni e abilità che avviene normalmente nelle famiglie.

- 6. *Impatto ambientale:*** le risorse naturali che costituiscono alla base della produzione e della sussistenza della popolazione colpita (e delle popolazioni ospitanti) dovrebbero essere preservate per quanto possibile. Le fasi di valutazione e pianificazione di qualsiasi risposta dovrebbero tenere conto dell'impatto sull'ambiente circostante. Per esempio, le persone che vivono in accampamenti hanno bisogno di combustibile per cuocere gli alimenti, con l'eventualità che si arrivi in breve tempo alla deforestazione della zona. La distribuzione di alimenti con tempi di cottura prolungati, come alcuni legumi, richiederà maggiori quantità di combustibile, e anche questo ha potenziali ripercussioni sull'ambiente (v. Pianificazione degli aiuti alimentari - Norma 2, p. 168). Dove possibile, le risposte dovrebbero cercare di preservare l'ambiente da ulteriore degrado. Per esempio, un programma di riduzione del patrimonio zootecnico limiterà la pressione sui pascoli in periodi di siccità, lasciando più foraggio a disposizione dei capi sopravvissuti.
- 7. *Copertura, accesso e accettabilità:*** prima di stabilire il livello di partecipazione dei diversi gruppi (prestando particolare attenzione ai gruppi vulnerabili), occorre descrivere i beneficiari e le loro caratteristiche, e stimare il loro numero. La partecipazione è determinata anche dalla facilità di accesso e dal grado di accettabilità delle attività per i partecipanti. Benché alcune risposte sulla sicurezza alimentare siano rivolte a soggetti economicamente attivi, dovrebbero essere comunque non discriminanti e cercare di dare accesso ai gruppi vulnerabili, oltre che proteggere i più deboli, come i bambini. Limitazioni di vario genere – come la capacità di lavorare, il carico di lavoro domestico, la responsabilità dell'accudimento di bambini, malati cronici o disabili, e un accesso fisico – possono ostacolare la partecipazione di donne, disabili e anziani. Per superare queste limitazioni si devono individuare attività che siano alla portata di questi gruppi, o creare adeguate strutture di supporto. Meccanismi di auto-selezione dei beneficiari, con la piena consultazione di tutti i gruppi della comunità, dovrebbero essere la norma (v. norma Selezione dei beneficiari, p. 40).
- 8. *Monitoraggio:*** oltre al monitoraggio di routine (v. norme Monitoraggio e Valutazione, pp. 43-44), per accertare che il programma mantenga la sua pertinenza, stabilire quando sospendere attività specifiche o introdurre eventuali modifiche o nuovi progetti e individuare eventuali esigenze di advocacy, è necessario tenere sotto controllo anche la situazione più

generale della sicurezza alimentare. I sistemi di informazione locale e regionale sulla sicurezza alimentare, come l'allerta precoce sulle carestie, sono importanti fonti di informazioni.

## **Sicurezza alimentare – Norma 2: produzione primaria**

I sistemi di produzione primaria sono tutelati e sostenuti.

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

- Gli interventi a sostegno della produzione primaria si basano sulla accertata conoscenza della praticabilità dei sistemi di produzione, compresi accesso e disponibilità delle necessarie informazioni e servizi (v. nota di orientamento 1).
- Nuove tecnologie vengono introdotte solo dove i produttori alimentari ne comprendano e accettino le implicazioni per i sistemi produttivi locali, le abitudini culturali e l'ambiente (v. nota di orientamento 2).
- Dove possibile, vengono forniti fattori di produzione per dare ai produttori una maggiore flessibilità nella gestione dei processi di produzione, lavorazione e distribuzione e nella riduzione dei rischi (v. nota di orientamento 3).
- Attrezzature e fattori di produzione agricola, animale o ittica vengono consegnati per tempo, sono accettabili e conformi alle norme di qualità in materia (v. note di orientamento 4-5).
- L'introduzione di fattori di produzione e servizi non aggrava la vulnerabilità né aumenta i rischi (per esempio, non incrementa la competizione per risorse naturali scarse, e non danneggia reti sociali esistenti) (v. nota di orientamento 6).
- Fattori di produzione e servizi vengono acquistati a livello locale ogni volta che sia possibile, purché questo non abbia ripercussioni negative su produttori, mercati o consumatori locali (v. nota di orientamento 7).

- Produttori e addetti alla trasformazione e alla distribuzione di alimenti che ricevono fattori di produzione per la realizzazione di progetti ne fanno un uso corretto (v. note di orientamento 8-9).
- Le risposte recepiscono la necessità di fattori produttivi e servizi complementari e, dove sia opportuno, li forniscono.

## Note di orientamento

1. **Praticabilità della produzione primaria:** perché siano praticabili, le strategie di produzione alimentare devono avere ragionevoli possibilità di sviluppo e successo. Queste possono essere influenzate da numerosi e vari fattori, quali:
  - accesso a sufficienti risorse naturali (terreno coltivabile, pascoli, acqua, fiumi, laghi, acque costiere ecc.). L'equilibrio ecologico non deve essere messo a rischio, per esempio per il depauperamento di terreni marginali o delle risorse ittiche o per l'inquinamento delle acque, specialmente nelle zone periurbane;
  - livelli di abilità e capacità, che possono essere limitati dove le comunità siano gravemente colpite da malattie o l'istruzione e l'addestramento siano preclusi ad alcuni gruppi;
  - disponibilità di manodopera in relazione a modelli esistenti di produzione e di distribuzione nel tempo delle attività agricole essenziali;
  - disponibilità di fattori di produzione e natura della copertura di servizi accessori (finanziari, veterinari, sviluppo agricolo) che possono essere forniti da istituzioni e/o altri enti governativi;
  - la legalità di attività specifiche o il diritto della popolazione colpita a lavorare, per esempio controlli sulla raccolta di legna da ardere o restrizioni al diritto dei rifugiati di svolgere lavori retribuiti;
  - la sicurezza, a causa di conflitti armati, della distruzione delle infrastrutture per i trasporti, della presenza di mine terrestri, del pericolo di aggressioni o banditismo.

La produzione non deve avere ripercussioni negative sull'accesso di altri gruppi a risorse naturali necessarie al sostentamento, come per esempio l'acqua.

- 2. Sviluppo tecnologico:** tra le “nuove” tecnologie possono esservi varietà di piante alimentari o specie di bestiame potenziate, nuovi attrezzi o fertilizzanti. Nei limiti del possibile, le attività di produzione alimentare devono seguire modelli già esistenti e/o essere collegate a piani di sviluppo nazionali. Nel corso di un'emergenza, una nuova tecnologia dovrebbe essere introdotta soltanto se già sperimentata a livello locale e di accertata appropriatezza. Quando viene introdotta, la nuova tecnologia dovrebbe essere accompagnata da adeguate consultazioni con la comunità, informazioni, addestramento e altre forme di sostegno. Si dovrebbe valutare e, se necessario, rafforzare la capacità dei servizi di sviluppo nei ministeri locali, nelle ONG e in altre strutture pertinenti.
- 3. Migliorare la scelta:** esempi di interventi che offrono ai produttori una scelta più ampia sono contributi in denaro o credito invece di fattori di produzione o a loro integrazione, e mercati di sementi che offrano agli agricoltori la possibilità di scegliere le varietà che preferiscono. La produzione non dovrebbe avere ripercussioni negative sulla nutrizione, come la sostituzione di colture per il consumo con colture destinate all'industria. In periodi di siccità, la fornitura di foraggio per il bestiame può apportare agli allevatori un beneficio nutrizionale più diretto di quanto farebbe l'assistenza alimentare.
- 4. Tempestività e accettabilità:** esempi di fattori di produzione sono: sementi, attrezzi, fertilizzanti, capi di bestiame, equipaggiamento per la pesca e per la caccia, prestiti e agevolazioni di credito, informazioni sul mercato, trasporti e così via. Fattori di produzione agricola e servizi veterinari devono essere forniti al momento opportuno, in modo che coincidano con la giusta stagione agricola e zootecnica; per esempio, sementi e attrezzi devono essere consegnati prima della stagione della semina. In periodi di siccità, la riduzione di emergenza del patrimonio zootecnico va attuata prima che la mortalità del bestiame aumenti eccessivamente, mentre la ricostituzione del patrimonio zootecnico va iniziata quando la ripresa sia ben avviata, per esempio dopo le prime piogge.
- 5. Sementi:** si dovrebbe dare la priorità a varietà locali, di modo che i coltivatori possano seguire i propri criteri per stabilire la qualità. Le varietà locali dovrebbero essere approvate dai coltivatori e dal personale agricolo locale. Le sementi dovrebbero essere adattabili alle condizioni locali e resistenti alle malattie. Sementi provenienti da fuori della regione devono

essere opportunamente certificate e verificate nella loro appropriatezza alle condizioni locali. Varietà ibride possono essere idonee dove i coltivatori hanno la familiarità e l'esperienza necessarie a coltivarle; questo può essere stabilito solo consultando la comunità. Dove le sementi vengano fornite a titolo gratuito, i coltivatori possono preferire a quelle locali varietà ibride, il cui acquisto sarebbe altrimenti troppo costoso. Prima della distribuzione, occorre anche conformarsi alle politiche locali in materia di sementi. Non si dovrebbero distribuire sementi geneticamente modificate, a meno che non siano state approvate dalle autorità nazionali o altre autorità competenti.

- 6. *Impatto sui mezzi di sussistenza rurali:*** in caso di carenza di risorse naturali vitali, la produzione alimentare primaria può non essere praticabile. Incoraggiare tipi di produzione che richiedono un maggiore o diverso accesso alle risorse naturali disponibili localmente può aggravare tensioni esistenti all'interno della popolazione, oltre a limitare ulteriormente l'accesso all'acqua e ad altri beni essenziali. Nella distribuzione di risorse finanziarie, sotto forma di sussidi o prestiti, occorre cautela perché anch'esse possono aggravare il rischio di precarietà a livello locale (v. Sicurezza alimentare - Norma 3, nota di orientamento 5, p. 137). Inoltre, la fornitura gratuita di fattori di produzione può alterare meccanismi locali di supporto e redistribuzione sociale.
- 7. *Acquisto dei fattori di produzione a livello locale:*** dove possibile, i fattori di produzione e i servizi necessari alla produzione alimentare (sementi, servizi veterinari e così via) dovrebbero essere acquisiti attraverso sistemi locali già esistenti. In ogni caso, prima di avviare acquisti a livello locale occorre considerare il rischio di provocare con essi distorsioni del mercato, per esempio facendo aumentare il prezzo di prodotti scarsi.
- 8. *Uso del monitoraggio:*** gli indicatori del processo e i risultati della produzione, lavorazione e distribuzione degli alimenti (area seminata, quantità delle sementi impiegate per ettaro, produttività e così via) possono essere calcolati. È importante stabilire quanto i produttori utilizzano i fattori di produzione del progetto, ovvero verificare che le sementi vengano effettivamente seminate e attrezzi, fertilizzanti, reti e così via siano utilizzati secondo le intenzioni. Anche la qualità dei fattori di produzione dovrebbe essere rivista per quanto riguarda la loro accettabilità e le preferenze dei produttori. Ai fini della valutazione è

importante esaminare gli effetti del progetto sulla disponibilità di cibo per i nuclei familiari (scorte alimentari dei nuclei familiari, quantità e qualità degli alimenti consumati, quantità degli alimenti scambiati o ceduti). Se il progetto mira a incrementare la produzione di un alimento specifico, come prodotti animali o ittici o legumi ricchi di proteine, occorre indagare sull'uso di tali prodotti da parte dei nuclei familiari. I risultati dell'indagine possono essere sottoposti a convalida incrociata con indagini nutrizionali (purché si considerino anche le determinanti sanitarie e di prevenzione dello stato nutrizionale).

- 9. Effetti avversi o non previsti dei fattori di produzione:** possono manifestarsi con alterazioni dei modi di lavorare nelle stagioni agricole successive; reazioni a strategie di risposta alternative già esistenti (per esempio, diversione della manodopera); alterazione dei modelli del lavoro femminile; conseguenze sull'accudimento dei bambini, sulla frequenza scolastica e sull'istruzione; rischi corsi allo scopo di accedere alla terra e ad altre risorse essenziali.

### **Sicurezza alimentare – Norma 3: reddito e occupazione**

Quando la produzione di reddito e l'occupazione rappresentano strategie di sussistenza praticabili, le persone hanno accesso a opportunità di guadagno, che generano una remunerazione equa e contribuiscono alla sicurezza alimentare senza mettere in pericolo le risorse sulle quali si basano i sistemi di sussistenza.

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

- Nella pianificazione dei progetti, le decisioni relative a tempi, attività lavorative, tipo di remunerazione e praticabilità tecnica si basano su una dimostrata conoscenza delle capacità delle risorse umane locali, e su una analisi economica, del mercato e della domanda e dell'offerta per le specifiche abilità ed esigenze di formazione (v. note di orientamento 1-2).
- Risposte che forniscono occupazione o opportunità di guadagno sono tecnicamente praticabili, e tutti i fattori di produzione necessari sono disponibili nel tempo. Dove possibile, le risposte

contribuiscono alla sicurezza alimentare di altri e preservano o risanano l'ambiente.

- Il livello della remunerazione è adeguato, i pagamenti per il lavoro remunerato sono puntuali. In situazioni di precarietà alimentare acuta, i pagamenti possono essere anticipati (v. nota di orientamento 3).
- Sono in vigore procedure per la sicurezza dell'ambiente di lavoro (v. nota di orientamento 4).
- I progetti che coinvolgono somme consistenti di contanti prevedono misure per prevenire la distrazione e/o l'insicurezza dei fondi (v. nota di orientamento 5).
- Le risposte che forniscono opportunità di lavoro tutelano e sostengono le responsabilità di accudimento della famiglia, e non hanno ripercussioni negative sull'ambiente locale, né interferiscono con le regolari attività di sussistenza (v. nota di orientamento 6).
- L'amministrazione e l'uso delle remunerazioni (in denaro o in alimenti), di sovvenzioni o prestiti da parte del nucleo familiare sono considerati come contributi al conseguimento della sicurezza alimentare di tutti i membri del nucleo familiare stesso (v. nota di orientamento 7).

## Note di orientamento

- 1. *Appropriatezza delle iniziative:*** i progetti dovrebbero fare il massimo uso delle risorse umane locali nella fase di pianificazione e nella individuazione delle attività appropriate. Per quanto possibile, attività di food-for-work (FFW) e cash-for-work (CFW) dovrebbero essere selezionate dagli stessi gruppi coinvolti e pianificate con la loro collaborazione. Dove vi sia un gran numero di sfollati (rifugiati o sfollati interni), le opportunità di lavoro non dovrebbero recare danno alla popolazione ospitante. In alcune circostanze, si dovrebbero dare opportunità di lavoro a entrambi i gruppi. Per decidere se e in che forma servizi di microfinanza possano sostenere la sicurezza alimentare, è importante capire la gestione e l'uso del denaro contante da parte dei nuclei familiari (v. Sicurezza alimentare - Norma 2).
- 2. *Tipo di remunerazione:*** la remunerazione può essere in contanti o in cibo, o una combinazione dei due tipi, e dovrebbe dare ai nuclei familiari



privi di sicurezza alimentare la capacità di soddisfare i propri bisogni. Invece di pagamenti, la remunerazione può assumere in molti casi la forma di un incentivo a intraprendere attività che portano alle persone un beneficio immediato. Dove i mercati siano deboli o privi di regolamentazione, oppure dove il cibo disponibile sia scarso, può essere preferibile la soluzione FFW. Questa può essere appropriata anche nelle situazioni in cui le donne hanno più possibilità di controllo sul cibo che sul denaro. La soluzione CFW si preferisce dove il commercio e i mercati sono in grado di garantire disponibilità di cibo a livello locale e dove esistano sistemi sicuri per la circolazione del denaro. Si dovrebbero tenere in considerazione i bisogni di acquisto delle persone e l'impatto che la remunerazione in denaro o in cibo ha su altri bisogni essenziali (frequenza scolastica, accesso all'assistenza sanitaria, obblighi sociali). Il tipo e l'entità della remunerazione vanno decisi caso per caso, tenendo conto di quanto sopra e della disponibilità di denaro e di risorse alimentari.

- 3. Pagamenti:** l'entità della remunerazione dovrebbe tenere conto dei bisogni dei nuclei familiari privi di sicurezza alimentare e delle tariffe locali. Non esistono direttive universalmente accettate per stabilire l'entità della remunerazione; dove avvenga in natura e sia fornita sotto forma di trasferimento di reddito, si deve tenere conto del valore di rivendita dei beni alimentari sui mercati locali. Il guadagno netto di reddito per gli individui derivante dalla partecipazione alle attività del programma dovrebbe essere maggiore di quanto ricaverebbero dedicandosi ad altre attività; ciò vale per FFW e CFW, ma anche per crediti, contributi per l'avviamento di attività e così via. Le opportunità di guadagno dovrebbero ampliare la gamma delle fonti di reddito, e non soppiantare fonti già esistenti. La remunerazione non dovrebbe avere ripercussioni negative sul mercato locale del lavoro (per esempio, provocando inflazione dei saggi salariali, distogliendo la forza lavoro da altre attività o compromettendo servizi pubblici essenziali).
- 4. Rischiosità dell'ambiente di lavoro:** dovrebbe essere prevenuta con l'attuazione di procedure pratiche per la riduzione del rischio o per il trattamento degli infortuni – per esempio fornendo istruzioni adeguate, kit di primo soccorso, abbigliamento protettivo dove necessario. È compresa l'esposizione all'infezione da HIV, e si dovrebbero prendere provvedimenti per ridurre al minimo anche questo rischio.
- 5. Rischio di insicurezza e diversione:** la gestione di denaro contante, per esempio nella distribuzione di prestiti o pagamenti per il lavoro svolto,

introduce motivi di preoccupazione per la sicurezza del personale addetto al programma e dei destinatari. Occorre trovare un equilibrio tra i rischi per la sicurezza di entrambi i gruppi, prendendo in esame diverse opzioni. Per la facilità di accesso e la sicurezza dei destinatari, il punto di distribuzione sarà il più vicino possibile alle loro case (decentrato), anche se questo può mettere a rischio la sicurezza del personale addetto al programma. Se si sospetta un alto livello di corruzione o la diversione dei fondi, la soluzione FFW può essere preferibile a quella CFW.

- 6. *Accudimento e sistemi di sussistenza:*** la partecipazione a opportunità di produzione di reddito non deve compromettere l'accudimento dei bambini e altre responsabilità di cura, perché il rischio di malnutrizione potrebbe aumentare. Può essere necessario che i programmi prevedano un sostegno all'accudimento, sotto forma di collaboratori o strutture (v. Supporto nutrizionale generale - Norma 2, p. 149). Le risposte in questo ambito non dovrebbero avere ripercussioni negative sull'accesso ad altre opportunità, come altri impieghi o istruzione, né distrarre le risorse familiari da attività produttive già in atto.
- 7. *Uso della remunerazione:*** una remunerazione equa significa che il reddito prodotto contribuisce in misura significativa alle risorse necessarie per la sicurezza alimentare. Poiché il modo in cui il denaro viene dato può mitigare o aggravare tensioni già esistenti, ripercuotendosi così sulla sicurezza alimentare e sullo stato nutrizionale dei membri della famiglia, è necessario capire come il denaro o il cibo guadagnato viene amministrato nella famiglia (distribuzione tra i componenti della famiglia e usi finali). Risposte che producono reddito e occupazione hanno spesso obiettivi multipli nell'ambito della sicurezza alimentare, come risorse generali che influiscono sulla sicurezza alimentare. Per esempio, la riparazione delle strade può migliorare l'accesso ai mercati e ai servizi sanitari, mentre la riparazione o costruzione di sistemi per la raccolta dell'acqua e l'irrigazione può incrementare la produttività.

## **Sicurezza alimentare – Norma 4: accesso ai mercati**

L'accesso sicuro delle persone a beni e servizi di mercato (produttori, consumatori e rivenditori) è tutelato e incoraggiato.

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

- Le risposte sulla sicurezza alimentare si basano su una conoscenza dimostrata dei mercati e dei sistemi economici locali, al livello della pianificazione e, dove necessario, di attività di advocacy per migliorare il sistema e cambiare linea politica (v. note di orientamento 1-2).
- Produttori e consumatori hanno l'accesso economico e materiale ai mercati operanti, che sono regolarmente riforniti di beni essenziali, compresi prodotti alimentari a prezzi accessibili (v. nota di orientamento 3).
- Dove possibile, le ripercussioni negative che le risposte sulla sicurezza alimentare (acquisto e distribuzione di alimenti inclusi) potrebbero avere su mercati e fornitori locali sono minime (v. nota di orientamento 4).
- Si ha un aumento di informazioni e consapevolezza locale su prezzi, disponibilità e funzionamento dei mercati e sulle politiche che governano questi elementi (v. nota di orientamento 5).
- Vi è disponibilità di prodotti alimentari e altri beni essenziali (v. nota di orientamento 6).
- Le conseguenze avverse di fluttuazioni anomale o estreme dei prezzi stagionali sono minime (v. nota di orientamento 7).

## Note di orientamento

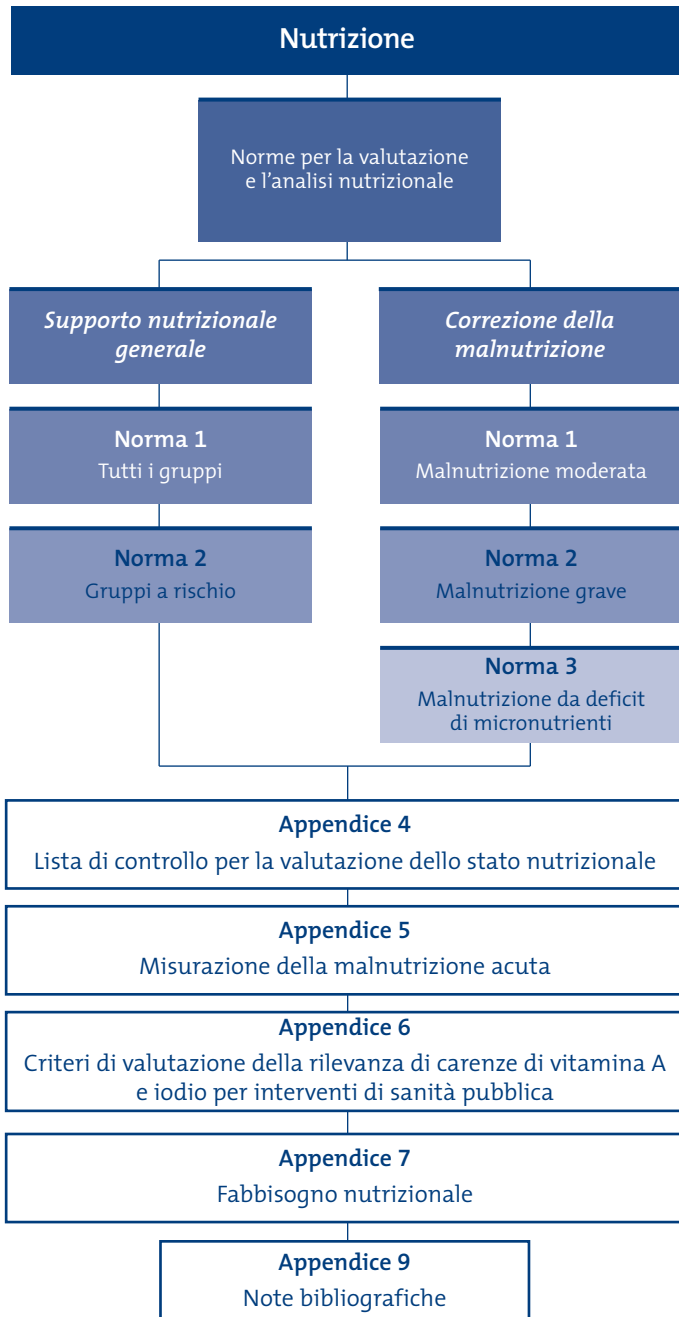
- 1. Analisi di mercato:** si dovrebbero analizzare i tipi di mercato – locali, regionali o nazionali – e i modi in cui sono collegati tra loro. Si dovrebbe tenere conto dell'accesso ai mercati operanti per tutti i gruppi colpiti, gruppi vulnerabili inclusi. Le risposte che prevedono remunerazione in beni alimentari o forniscono fattori di produzione (sementi, attrezzi agricoli, materiali per le riparazioni e così via) dovrebbero essere precedute da un'analisi di mercato relativa ai beni forniti. L'acquisto a livello locale di eventuali surplus andrà a beneficio dei produttori locali. Le importazioni hanno l'effetto prevedibile di abbassare i prezzi a livello locale. Dove i fattori di produzione, per esempio sementi, non siano disponibili sul

mercato aperto, pur essendo accessibili ai coltivatori grazie alle loro reti di approvvigionamento, si dovrebbe tenere conto degli effetti che tali fattori di produzione esterni avranno sui sistemi.

- 2. Advocacy:** i mercati operano nell'ambito più ampio dell'economia nazionale e globale, che influenzano le condizioni di mercato locali. Per esempio, politiche governative, comprese politiche commerciali e dei prezzi, influiscono su accesso e disponibilità. Sebbene l'azione a questo livello vada oltre la portata della risposta al disastro, l'analisi di tali fattori è necessaria nella misura in cui possono esservi possibilità di approccio congiunto tra organizzazioni umanitarie, oppure di una azione di advocacy presso il governo e altri organismi per migliorare la situazione.
- 3. Domanda e offerta di mercato:** l'accesso economico ai mercati è influenzato dal potere d'acquisto, dai prezzi di mercato e dalla disponibilità. L'accessibilità economica dipende dalla relazione esistente, in termini di scambio, tra bisogni essenziali (cibo, fattori di produzione agricola essenziali come sementi, attrezzi, assistenza sanitaria e così via) e fonti di reddito (colture destinate alla vendita, bestiame, salari e così via). Si ha erosione dei beni quando un deterioramento dei termini di scambio costringe le persone a vendere i propri beni (spesso a prezzi stracciati) per acquistare beni di prima necessità (a prezzi gonfiati). L'accesso ai mercati può essere influenzato anche dal contesto politico, dalla situazione della sicurezza e da considerazioni di ordine culturale o religioso, che limitano la possibilità di accesso di determinati gruppi (per esempio, minoranze).
- 4. Impatto degli interventi:** l'approvvigionamento locale di alimenti, sementi o altri beni può provocare inflazione locale a svantaggio dei consumatori, ma a beneficio dei produttori locali. Viceversa, aiuti alimentari di importazione possono far scendere i prezzi e agire da disincentivo per la produzione alimentare locale, facendo salire il numero di coloro che non hanno sicurezza alimentare. I responsabili dell'approvvigionamento dovrebbero monitorare tali effetti e tenerne conto. Anche la distribuzione di cibo, essendo una forma di trasferimento di reddito, ha ripercussioni sul potere d'acquisto dei beneficiari. Alcuni beni sono più facili di altri da vendere a buon prezzo – per esempio, olio rispetto ad alimenti composti. Il “potere d'acquisto” associato a un certo alimento o paniere alimentare influenzerà la decisione del nucleo familiare beneficiario di consumarlo o di venderlo. Capire che cosa un nucleo familiare vende e acquista è

importante per stabilire il più ampio impatto dei programmi di distribuzione alimentare (v. anche Gestione degli aiuti alimentari - Norma 3, p. 179).

- 5. Politiche di mercato trasparenti:** produttori e consumatori locali devono essere consapevoli dei controlli sui prezzi di mercato e di altre politiche che influenzano la domanda e l'offerta. Questi meccanismi possono includere politiche dei prezzi statali e politiche fiscali, politiche che regolano i movimenti di merci tra confini regionali, o piani locali per agevolare i commerci con aree confinanti (anche se è possibile che in molte situazioni di conflitto non esistano politiche chiare in materia).
- 6. Prodotti alimentari essenziali:** la selezione degli alimenti per il monitoraggio del mercato dipende dalle abitudini alimentari locali e, di conseguenza, deve essere effettuata a livello locale. Per decidere quali sono i generi alimentari essenziali in un determinato contesto si applicano i principi per la pianificazione di razioni nutrizionalmente adeguate (v. Supporto nutrizionale generale – Norma 1, p. 145, e Pianificazione degli aiuti alimentari - Norma 1, p. 167).
- 7. Fluttuazioni stagionali estreme dei prezzi** possono avere ripercussioni negative sui produttori agricoli più poveri, che devono vendere i propri prodotti quando i prezzi sono al minimo (per esempio, dopo il raccolto). Viceversa, i consumatori che hanno scarsa disponibilità di reddito non possono permettersi di investire in scorte alimentari e dipendono da acquisti più piccoli ma frequenti; di conseguenza sono costretti a comprare quando i prezzi sono alti (per esempio, durante una siccità). Esempi di interventi in grado di ridurre al minimo tali effetti negativi sono il miglioramento dei servizi di trasporto, la diversificazione della produzione alimentare e trasferimenti di contanti o di beni alimentari nei periodi critici.



# 3 Norme minime sulla nutrizione

Le cause immediate della malnutrizione sono malattie e/o assunzione insufficiente di alimenti, che a loro volta derivano da inadeguatezza dell'alimentazione, dell'assistenza sanitaria o della prevenzione al livello del nucleo familiare o della comunità.

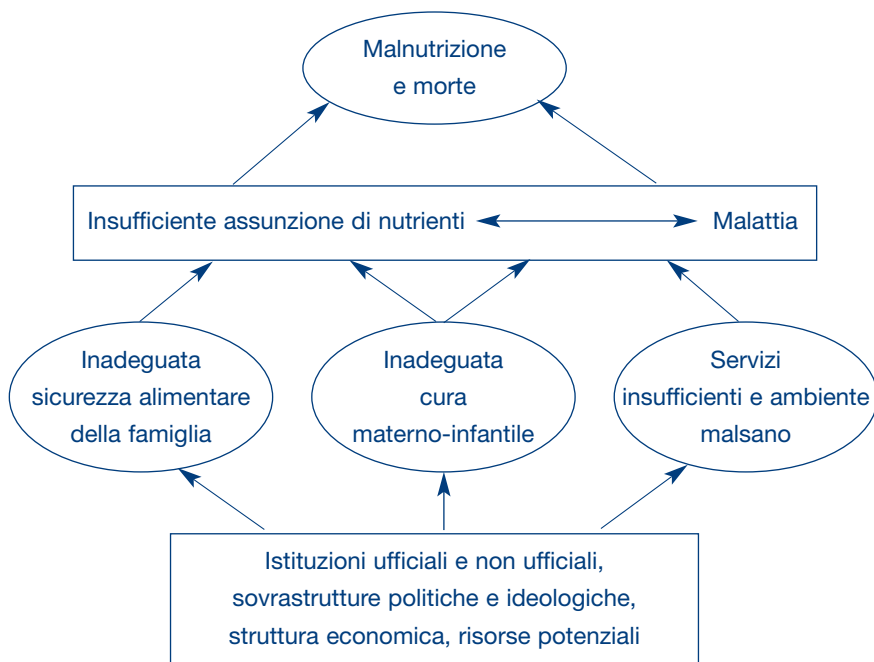
Lo scopo dei programmi di prevenzione è individuare e affrontare le cause della malnutrizione. Ciò significa garantire che le persone abbiano accesso sicuro al cibo in quantità e qualità adeguate e che abbiano i mezzi per prepararlo e consumarlo in sicurezza; garantire che l'ambiente di vita delle persone, il loro accesso al cibo e la qualità dell'assistenza sanitaria (prevenzione e cura) riducano al minimo il rischio di contrarre malattie; e assicurare che esista un ambiente in cui sia possibile accudire i membri della popolazione vulnerabili dal punto di vista nutrizionale. Accudire significa dedicare tempo, attenzione e sostegno al soddisfacimento dei bisogni fisici, mentali e sociali dei membri di un nucleo familiare o della comunità. Alla protezione dell'ambiente sociale e all'accudimento provvedono le norme sugli aiuti e sulla sicurezza alimentare, mentre le norme nutrizionali riguardano l'accudimento e il supporto nutrizionale per i gruppi della popolazione che possono trovarsi in condizioni di rischio maggiore.

Programmi finalizzati alla correzione della malnutrizione possono includere programmi nutrizionali speciali, terapia medica e/o di supporto per gli individui malnutriti. Programmi nutrizionali dovrebbero essere attuati soltanto dove sia stata condotta o sia pianificata una indagine antropometrica; e dovrebbero essere sempre accompagnati da misure preventive.

Le prime due norme di questa sezione si occupano delle questioni nutrizionali relative ai programmi di prevenzione della malnutrizione, e dovrebbero essere usate congiuntamente a quelle

su Aiuti alimentari e Sicurezza alimentare. Le altre tre norme riguardano i programmi di correzione della malnutrizione.

Per mettere in pratica risposte di prevenzione e correzione della malnutrizione è necessario che siano attuate le Norme minime di questo e di altri capitoli: assistenza sanitaria, approvvigionamento idrico e servizi igienico-sanitari, rifugi; nonché le norme comuni descritte al capitolo 1 (p. 25). In altre parole, l'attuazione delle sole norme di questa sezione non è sufficiente a tutelare e sostenere la nutrizione di tutti i gruppi in maniera tale da assicurare la loro sopravvivenza e dignità.



Schema concettuale della cause di malnutrizione



## i) Supporto nutrizionale generale

Questa sezione esamina le risorse nutrizionali e i servizi necessari a soddisfare i bisogni della popolazione in generale, e dei gruppi specifici che possono correre rischi maggiori dal punto di vista nutrizionale. Fintanto che tali bisogni non sono soddisfatti, qualsiasi risposta che miri alla correzione della malnutrizione avrà effetti limitati, perché le persone che si riprenderanno torneranno a un contesto di supporto nutrizionale inadeguato e, di conseguenza, saranno soggette a ricadute.

Quando il soddisfacimento parziale o totale dei bisogni nutrizionali di una popolazione richiede un intervento di aiuti alimentari, la norma 1 sul Supporto nutrizionale generale dovrebbe essere utilizzata unitamente alle norme 1 e 2 sulla Pianificazione degli aiuti alimentari (pp. 167-168) La norma 2 sul Supporto nutrizionale generale si concentra sui gruppi a rischio. In ogni caso, i soggetti più vulnerabili in caso di disastri variano secondo il contesto; pertanto, in ogni situazione occorre individuare i gruppi a rischio specifici.

### Supporto nutrizionale generale – Norma 1: tutti i gruppi

Il fabbisogno nutrizionale della popolazione è soddisfatto.

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

- Vi è accesso a una gamma di alimenti – di base (cereali o tuberi), legumi (o prodotti animali) e fonti di grassi – che soddisfano il fabbisogno nutrizionale (v. nota di orientamento 1).
- Vi è accesso ad alimenti naturalmente ricchi o arricchiti di vitamine A e C e di ferro, oppure a opportuni supplementi (v. note di orientamento 2, 3, 5 e 6).
- Vi è accesso a sale iodato per la maggioranza (>90%) dei nuclei familiari (v. note di orientamento 2, 3 e 6).
- Se l'alimento base è costituito da mais o sorgo, vi è accesso a fonti

aggiuntive di niacina (per esempio, legumi, frutta secca, pesce essiccato) (v. note di orientamento 2-3).

- Se l'alimento base è costituito da riso brillato, vi è accesso a fonti aggiuntive di tiamina (per esempio, legumi, frutta secca, uova) (v. note di orientamento 2-3).
- Se il regime alimentare è molto limitato, vi è accesso a opportune fonti di riboflavina (v. note di orientamento 2-3).
- I livelli di malnutrizione moderata e grave sono stabili su livelli accettabili o in calo (v. nota di orientamento 4).
- Non vi sono casi di scorbuto, pellagra, beriberi, né carenza di riboflavina (v. nota di orientamento 5).
- L'incidenza di xeroftalmo e di carenza di iodio non è statisticamente significativa per la sanità pubblica (v. nota di orientamento 6).

## Note di orientamento

**1. Fabbisogno nutrizionale:** le seguenti stime del fabbisogno nutrizionale medio devono essere usate adattando le cifre a ogni popolazione specifica come descritto in Appendice 7.

- 2.100 kcal per persona al giorno
- 10-12% dell'energia totale fornito da proteine
- 17% dell'energia totale fornito da grassi
- adeguata assunzione di micronutrienti da alimenti freschi o arricchiti.

Va notato che questi sono i requisiti per gli aiuti alimentari soltanto se la popolazione dipende interamente dagli aiuti per soddisfare il suo fabbisogno nutrizionale. Quando le persone possono soddisfare da sé parte del proprio fabbisogno nutrizionale, gli aiuti alimentari saranno adattati di conseguenza, sulla base della valutazione. Per la pianificazione delle razioni alimentari, si veda Pianificazione degli aiuti alimentari - Norma 1, a p. 167.

**2. Prevenzione delle malattie da deficit di micronutrienti:** il rispetto di questi indicatori previene il deterioramento del livello di micronutrienti nella popolazione, purché siano in atto adeguate misure sanitarie per la

prevenzione di malattie come morbillo, malaria e infezioni parassitarie (v. Norme per il controllo delle malattie contagiose a p. 283). Opzioni possibili per la prevenzione dei deficit di micronutrienti sono: interventi di sicurezza alimentare per il miglioramento dell'accesso ad alimenti nutrienti (v. Sicurezza alimentare – Norme 2-3, pp. 131-135); il miglioramento della qualità nutrizionale delle razioni con l'aggiunta di supplementi o di alimenti composti, o con l'inserimento di prodotti acquistati localmente per fornire nutrienti altrimenti deficitari; e/o supplementazione tramite farmaci. Occorre tenere conto delle perdite di micronutrienti che gli alimenti possono subire durante il trasporto, la conservazione, la lavorazione e la cottura. Eccezionalmente, quando siano disponibili a livello locale alimenti molto nutrienti, si può considerare di aumentare le quantità delle razioni generali per incrementare gli scambi di alimenti, ma si dovrà tenere conto del rapporto costi-benefici e dell'impatto sui mercati.

- 3. Monitoraggio dell'accesso ai micronutrienti:** gli indicatori misurano la qualità del regime alimentare, ma non quantificano la disponibilità di nutrienti. Misurare la quantità dei nutrienti assunti imporrebbe requisiti irrealistici per raccogliere le informazioni necessarie. Gli indicatori possono essere misurati impiegando informazioni raccolte da varie fonti e con tecniche diverse. Tra queste, possono esservi il monitoraggio della disponibilità e dell'uso degli alimenti al livello del nucleo familiare; la valutazione dei prezzi e della disponibilità degli alimenti sui mercati; il calcolo del contenuto di nutrienti degli alimenti distribuiti; l'analisi dei piani e della documentazione della distribuzione degli aiuti alimentari; il calcolo di eventuali apporti di cibi selvatici; e valutazioni della sicurezza alimentare. La distribuzione degli alimenti all'interno del nucleo familiare può non essere sempre equa, e i gruppi vulnerabili possono risentirne particolarmente; si tratta, però, di un dato difficilmente quantificabile. I meccanismi di distribuzione (v. Gestione degli aiuti alimentari - Norma 3, p. 179), la scelta dei prodotti da inserire negli aiuti alimentari e la discussione con la popolazione colpita possono contribuire a migliorare la distribuzione all'interno del nucleo familiare.
- 4. Interpretare i livelli di malnutrizione:** le tendenze della malnutrizione potrebbero essere documentate negli archivi delle strutture sanitarie, nei risultati di indagini antropometriche, sorveglianza nutrizionale, screening o da informazioni riportate dalla comunità. L'istituzione di sistemi di monitoraggio della malnutrizione su grandi estensioni di territorio o per periodi prolungati può essere costosa, oltre a richiedere competenze

tecniche specifiche. Il costo relativo di tali sistemi dovrà essere comparato con la disponibilità delle risorse. Il modo più efficace di utilizzare le risorse può essere quello di combinare sistemi di informazione complementari, per esempio sorveglianza e indagini intermittenti. Ogni qualvolta sia possibile, le istituzioni locali e la comunità dovrebbero partecipare alle attività di monitoraggio, interpretazione dei risultati e pianificazione delle risposte. Per stabilire se i livelli di malnutrizione sono accettabili è necessaria una analisi della situazione in base alla popolazione di riferimento, dei tassi di morbilità e mortalità (v. Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 1, nota di orientamento 3, p. 270), delle fluttuazioni stagionali, dei livelli di malnutrizione precedenti l'emergenza e delle cause della malnutrizione.

- 5. Deficit epidemici di micronutrienti:** sono stati evidenziati quattro deficit di micronutrienti – vitamina C (scorbuto), niacina (pellagra), tiamina (beriberi) e riboflavina –, che sono i più diffusi in caso di accesso inadeguato ai micronutrienti per popolazioni che dipendono dagli aiuti alimentari, e che in situazioni di disastro è possibile evitare. Per esempio, se un soggetto con uno di questi deficit si presenta a un ambulatorio, probabilmente sarà in conseguenza di uno scarso accesso a certi tipi di alimenti, e manifesterà un problema che interessa tutta la popolazione. Per questo motivo, oltre che con trattamenti individuali, i deficit devono essere affrontati intervenendo su tutta la popolazione (v. Correzione della malnutrizione - Norma 3, p. 162). In ogni contesto dove vi siano prove evidenti che queste carenze di micronutrienti hanno diffusione è necessario ridurle almeno ai livelli precedenti il disastro.
- 6. Deficit endemici di micronutrienti:** affrontare i deficit di micronutrienti nella fase iniziale di un disastro è complicato dalla difficoltà di individuarli. Le eccezioni sono lo xerofalmo (carenza di vitamina A) e il gozzo (iodio), per i quali esistono criteri di identificazione facilmente applicabili sul campo. Queste carenze possono essere affrontate anche con interventi generali sulla popolazione, per esempio supplementazione con dosi elevate di vitamina A per bambini e puerpere, integrazione di iodio nel sale e campagne di sensibilizzazione. Le definizioni della rilevanza di queste carenze per interventi di sanità pubblica si trovano in Appendice 6.

## Supporto nutrizionale generale – Norma 2: gruppi a rischio

Sono soddisfatti il fabbisogno e il supporto nutrizionali dei gruppi a rischio individuati.

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

- Fino ai sei mesi di età, i neonati vengono allattati esclusivamente al seno o, in casi eccezionali, hanno accesso a sostituti del latte materno di qualità e quantità adeguate (v. note di orientamento 1-2).
- I bambini tra i 6 e i 24 mesi di età hanno accesso ad alimenti complementari nutrienti ed energetici (v. nota di orientamento 3).
- Le donne in gravidanza e durante l'allattamento hanno accesso a nutrienti aggiuntivi (v. nota di orientamento 4).
- Si rivolge una attenzione specifica a proteggere, incoraggiare e sostenere l'accudimento e l'alimentazione delle adolescenti (v. nota di orientamento 4).
- Professionisti, persone che accudiscono i soggetti più vulnerabili e organizzazioni che si occupano di alimentazione dell'infanzia ricevono informazioni, formazione e addestramento adeguati (v. note di orientamento 1-4 e 8).
- L'accesso degli anziani ad alimenti e supporti nutrizionali adeguati ai loro bisogni è protetto, incoraggiato e sostenuto (v. nota di orientamento 5).
- Le famiglie con malati cronici, comprese persone affette da HIV/AIDS, e con membri con disabilità specifiche hanno accesso ad alimenti e supporti nutrizionali adeguati ai bisogni (v. note di orientamento 6-8).
- Sono operativi sistemi su base comunitaria che garantiscono la cura adeguata dei soggetti vulnerabili (v. nota di orientamento 8).

## Note di orientamento

- 1. Alimentazione dei neonati:** l'allattamento esclusivo al seno è la maniera più sana di nutrire i bambini al di sotto dei sei mesi. Ai bambini allattati esclusivamente al seno non viene somministrato nessun altro tipo di alimento, neppure acqua. Normalmente il tasso di allattamento esclusivo al seno è basso, quindi è importante incoraggiarlo e sostenerlo, particolarmente quando le condizioni igieniche siano carenti e il rischio di infezioni alto. Esistono casi eccezionali in cui un neonato non può essere allattato esclusivamente al seno (per esempio, in caso di morte della madre, oppure se gli viene già somministrato esclusivamente latte artificiale). In questi casi, si dovrebbe usare un sostituto del latte materno di tipo adeguato e nelle giuste quantità, valutando sulla base delle norme del Codex Alimentarius; dove possibile, si deve incoraggiare la rilattazione. La difficoltà di prepararli in condizioni di sicurezza rende i sostituti del latte materno potenzialmente pericolosi. Il personale professionale dovrebbe essere addestrato a fornire la giusta protezione, incoraggiamento e sostegno all'allattamento al seno, anche alla rilattazione. In caso di distribuzione di sostituti del latte materno, le persone che accudiscono i bambini avranno bisogno di consulenza e supporto preventivi per usarli in condizioni di sicurezza. La scelta e la distribuzione dei sostituti del latte materno devono conformarsi al *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno* dell'OMS e relative risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS).
- 2. Alimentazione dei neonati e HIV:** se non è possibile eseguire test per l'HIV/AIDS a titolo volontario e confidenziale, tutte le madri dovrebbero essere incoraggiate ad allattare al seno e opportunamente sostenute. Se la donna non conosce la propria condizione, proporre alternative al latte materno è troppo rischioso. Se la donna si è sottoposta al test e sa di essere sieropositiva, l'allattamento artificiale può essere raccomandato se può essere attuato in modo accettabile, fattibile, economicamente accessibile, sostenibile e sicuro. Le madri sieropositive che scelgono di non allattare al seno dovrebbero ricevere orientamento e sostegno specifici, tali da assicurare un'alimentazione adeguata per almeno i primi due anni di vita del bambino.
- 3. Alimentazione dei bambini piccoli:** l'allattamento al seno dovrebbe essere mantenuto per almeno i primi due anni di vita. A partire dai sei

mesi, i bambini hanno bisogno di alimenti altamente energetici in aggiunta al latte materno; si raccomanda che il 30% del fabbisogno energetico provenga da fonti di grassi. Dove i bambini tra i 6 e i 14 mesi non hanno accesso al latte materno, gli altri alimenti devono essere sufficienti a soddisfare per intero il loro fabbisogno nutrizionale. Si dovrebbe operare per fornire a ogni nucleo familiare i mezzi e le capacità per preparare alimenti complementari adatti a bambini di età inferiore ai due anni: può trattarsi di alimenti o utensili specifici, combustibile e acqua. Quando si eseguono vaccinazioni contro il morbillo o altre malattie, è prassi comune somministrare un supplemento di vitamina A tutti i bambini tra i 6 e i 59 mesi. Neonati con basso peso alla nascita e bambini piccoli possono trarre beneficio anche da una supplementazione di ferro, benché sia molto difficile mantenere il rispetto di protocolli giornalieri.

4. **Donne in gravidanza e allattamento:** i rischi associati a un'assunzione inadeguata di nutrienti sono: complicazioni della gravidanza, mortalità materna, basso peso alla nascita e compromissione dell'allattamento. Le cifre medie per la pianificazione delle razioni generali tengono conto dell'accresciuto fabbisogno di nutrienti durante la gravidanza e l'allattamento. Se la razione generale è insufficiente, per prevenire il deterioramento dello stato nutrizionale può essere necessaria un'alimentazione supplementare. Il basso peso corporeo al momento del concepimento è fortemente associato al basso peso del bambino alla nascita; ciò implica che, dove esistano, si dovrebbero applicare meccanismi di supporto nutrizionale per le adolescenti. Le donne in gravidanza e in allattamento dovrebbero ricevere supplementi giornalieri di ferro e acido folico ma, come nel caso dei bambini, l'attuazione pratica può essere problematica. Di conseguenza, è importante garantire provvedimenti per ridurre la carenza di ferro attraverso un regime alimentare variato (v. Supporto nutrizionale generale - Norma 1). Anche alle puerpere deve essere somministrata vitamina A nelle prime sei settimane dopo il parto.
5. **Gli anziani** possono risentire particolarmente di un disastro. Tra i fattori di rischio nutrizionale che riducono l'accesso agli alimenti e possono aumentare il fabbisogno nutrizionale vi sono malattia e disabilità, stress psico-sociale, freddo e povertà. Questi fattori possono aggravarsi nei casi in cui vengano a mancare le consuete reti di sostegno, formali o informali.

Mentre le cifre medie per le razioni generali tengono conto del fabbisogno nutrizionale degli anziani, occorre rivolgere un'attenzione particolare ai loro bisogni in fatto di accudimento e nutrizione. Specificamente:

- gli anziani devono avere facile accesso a fonti di alimenti (compresi quelli forniti dall'assistenza umanitaria);
- gli alimenti devono essere semplici da preparare e consumare;
- gli alimenti devono soddisfare il fabbisogno di proteine e micronutrienti specifico degli anziani.

Spesso gli anziani sono importanti figure di accudimento per altri membri del nucleo familiare; per svolgere questa funzione, possono avere bisogno di un sostegno specifico.

**6. Le persone affette da HIV/AIDS** possono correre un rischio maggiore di malnutrizione a causa di diversi fattori. Tra questi si contano la ridotta assunzione di alimenti dovuta al calo dell'appetito o a difficoltà nel mangiare; il cattivo assorbimento dei nutrienti a causa della diarrea; parassiti o danni alle cellule intestinali; alterazioni del metabolismo; infezioni e patologie croniche. È dimostrato che il fabbisogno energetico delle persone affette da HIV/AIDS aumenta secondo la fase dell'infezione. I micronutrienti sono particolarmente importanti per mantenere la funzione immunitaria e favorire la sopravvivenza. Per ritardare lo scatenarsi dell'AIDS, i soggetti sieropositivi devono mantenersi nelle migliori condizioni di salute e di nutrizione possibile. Possibili strategie per migliorare l'accesso a un regime alimentare adeguato sono la distribuzione di alimenti passati e arricchiti, oppure composti e arricchiti; in alcune situazioni, può essere opportuno aumentare la quantità complessiva di tutte le razioni alimentari (v. norma Selezione dei beneficiari, p. 40).

**7. I disabili** vanno incontro a diversi rischi nutrizionali, che possono essere ulteriormente aggravati dall'ambiente nel quale vivono. Tali rischi comprendono difficoltà di masticazione e deglutizione, che comportano una ridotta assunzione di alimenti e il pericolo di soffocamento; posizione inadeguata durante l'assunzione degli alimenti; mobilità ridotta, con ripercussioni sull'accesso agli alimenti e alla luce del sole (che provoca carenza di vitamina D); discriminazione nell'accesso agli alimenti; stitichezza, che colpisce in particolare i soggetti affetti da paralisi cerebrale. In caso di disastri, i disabili sono particolarmente esposti al



rischio di separazione dai familiari più stretti (che di solito sono quelli che li accudiscono). È necessario agire per determinare e limitare questi rischi, assicurando l'accesso materiale agli alimenti (compresi quelli forniti dall'assistenza umanitaria), fornendo ausili all'alimentazione (cucchiai e cannuce, sistemi di visite domiciliari e così via) e accesso ad alimenti nutrienti.

- 8. Cure su base comunitaria:** le persone che prestano assistenza ai soggetti più vulnerabili e i loro assistiti possono avere bisogni nutrizionali specifici: per esempio, possono avere meno tempo per accedere agli alimenti perché malati o impegnati nella cura dei malati; possono avere più bisogno di mantenere abitudini igieniche che la situazione di emergenza può compromettere; possono disporre di meno beni da scambiare con alimenti a causa delle spese sostenute per cure o funerali; o sono costretti ad affrontare la censura sociale e una ridotta disponibilità di meccanismi di supporto da parte della comunità. Il disastro può modificare la disponibilità di persone che normalmente accudiscono soggetti più vulnerabili: per esempio, lo smembramento della famiglia o la morte dei familiari può portare bambini e anziani a essere le principali figure di accudimento. È importante che le persone che prestano assistenza ad altre vengano sostenute, e non indebolite, nella loro opera di cura dei gruppi vulnerabili; e questo include supporto e protezione all'alimentazione e all'igiene, assistenza sanitaria e sostegno psico-sociale. Si possono utilizzare reti sociali preesistenti per addestrare membri selezionati della comunità ad assumersi responsabilità in questi campi.

## **ii) Correzione della malnutrizione**

La malnutrizione, compresi i deficit di micronutrienti, aumenta in chi ne è colpito il rischio di morbidità e mortalità. Di conseguenza, dove sia presente in proporzioni elevate, è necessario garantire l'accesso ai servizi di correzione e prevenzione. In assenza di un adeguato supporto generale alla popolazione, gli effetti di questi servizi risulteranno fortemente limitati – per esempio, dove vi siano carenze nella catena di distribuzione generale degli alimenti o insicurezza alimentare acuta, o dove si possa provvedere all'alimentazione supplementare ma non al supporto generale. In questi casi, uno degli elementi chiave del programma dovrebbe essere una attività

di advocacy in favore di un supporto nutrizionale generale (v. Norma comune 3 - Risposta p. 38).

Esistono molti modi per affrontare una condizione di malnutrizione moderata, per esempio incrementando le razioni alimentari generali, migliorando la sicurezza alimentare, l'accesso all'assistenza sanitaria, ai servizi igienico-sanitari e all'acqua potabile. Nelle situazioni di disastro, un'alimentazione supplementare mirata rappresenta spesso la strategia principale per correggere uno stato di malnutrizione moderata (Norma 1). In alcuni casi, il tasso di malnutrizione può essere talmente alto da rendere inefficace la selezione dei beneficiari tra i soli soggetti moderatamente malnutriti, e tutti gli individui rispondenti a determinati criteri di rischio (per esempio, i bambini dai 6 ai 59 mesi di età) sono idonei a partecipare al programma. Questo tipo di intervento si definisce alimentazione supplementare a copertura generale.

La malnutrizione grave viene corretta con interventi terapeutici che possono essere attuati in diversi modi, come il ricovero per 24 ore, la terapia domiciliare o in ambulatorio (Norma 2). La possibilità di ricovero dipende dall'attuazione di altre norme, quali l'approvvigionamento idrico e l'esistenza di servizi igienico-sanitari (v. Acqua, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, p. 55). La correzione dei deficit di micronutrienti (Norma 3) dipende dall'attuazione delle norme su Sistemi e infrastrutture sanitarie e Controllo delle malattie contagiose (v. Assistenza sanitaria, p. 259).

## **Correzione della malnutrizione – Norma 1: malnutrizione moderata**

Si interviene sulla malnutrizione moderata.

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

- Si stabiliscono sin dall'inizio obiettivi e criteri ben definiti e concordati per l'organizzazione e la chiusura del programma (v. nota di orientamento 1).
- La copertura è: >50% nelle zone rurali, >70% nelle zone urbane e >90% negli accampamenti (v. nota di orientamento 2).

- Più del 90% della popolazione beneficiaria si trova entro una distanza inferiore a un giorno di cammino a piedi, andata e ritorno (durata del trattamento compresa), dal centro di distribuzione delle razioni per il programma di alimentazione asciutta supplementare, e a non più di un'ora di cammino a piedi dal centro operativo del programma di alimentazione supplementare in situ (v. nota di orientamento note 2).
- Le proporzioni di uscita dai programmi di alimentazione supplementare mirata sono: decesso <3%, recupero >75% e abbandono <15% (v. nota di orientamento 3).
- L'ammissione dei singoli partecipanti avviene secondo una valutazione basata su criteri antropometrici accettati a livello internazionale (v. nota di orientamento 4 e Appendice 5).
- I programmi di alimentazione supplementare mirata sono collegati alle strutture sanitarie esistenti, seguono protocolli per l'individuazione dei problemi sanitari e rispondono di conseguenza (v. nota di orientamento 5).
- L'alimentazione supplementare si basa sulla distribuzione di razioni asciutte da asporto, a meno che non vi siano motivi precisi per preferire l'alimentazione in situ (v. nota di orientamento 6).
- Sono attivi sistemi di monitoraggio (v. nota di orientamento 7).

## Note di orientamento

### **1. Impostazione dell'alimentazione supplementare mirata:**

l'impostazione dei programmi deve basarsi sulla comprensione della complessità e delle dinamiche della situazione nutrizionale. Programmi di alimentazione supplementare mirata dovrebbero essere attuati solo quando siano state condotte o siano previste indagini antropometriche, e contemporaneamente si affrontino anche le cause soggiacenti della malnutrizione moderata. Programmi di alimentazione supplementare mirata possono essere attuati sul breve periodo, prima che sia stata attuata la Norma 1 del Supporto nutrizionale generale. Lo scopo del programma dovrebbe essere chiaramente comunicato e discusso con la popolazione beneficiaria (v. norma Partecipazione, p. 32).

**2. La copertura** è calcolata in relazione alla popolazione beneficiaria definita all'inizio del programma, e può essere considerata come parte di una indagine antropometrica. Può essere influenzata dall'accettabilità del programma, dall'ubicazione dei punti di distribuzione, dalla sicurezza per il personale e per i beneficiari, dai tempi di attesa, dalla qualità del servizio e dalla proporzione di visite domiciliari. I centri di distribuzione dovrebbero essere vicini alla popolazione beneficiaria, in modo da ridurre sia rischi e costi associati alla copertura di lunghe distanze con bambini piccoli per raggiungerli, sia il rischio che la popolazione vi si trasferisca. Le comunità interessate dovrebbero essere coinvolte nella scelta dell'ubicazione dei centri di distribuzione. La decisione finale dovrebbe basarsi su una ampia consultazione e non essere discriminatoria.

**3. Indicatori di uscita:** si definiscono uscite da un programma di alimentazione supplementare i soggetti non più registrati. Il totale delle uscite è costituito dai soggetti che: hanno abbandonato il programma, hanno recuperato (compresi quelli cui si fa riferimento) e che sono deceduti.

Proporzione delle uscite per abbandono =  
$$\frac{\text{numero degli abbandoni del programma}}{\text{numero delle uscite}} \times 100\%$$

Proporzione delle uscite per decesso =  
$$\frac{\text{numero dei decessi nel programma}}{\text{numero delle uscite}} \times 100\%$$

Proporzione delle uscite per recupero =  
$$\frac{\text{numero dei soggetti dimessi dal programma con esito positivo}}{\text{numero delle uscite}} \times 100\%$$

**4. Criteri di ammissione:** anche soggetti diversi da quelli che rispondono ai criteri antropometrici della malnutrizione (per esempio, malati di HIV/AIDS o di tubercolosi, disabili) possono trarre beneficio da un programma di alimentazione supplementare. Nel caso in cui questi soggetti vengano ammessi, sarà necessario adattare i sistemi di monitoraggio. Nelle situazioni in cui i soggetti idonei siano in forte soprannumero, l'ammissione al programma può non essere il modo

migliore di far fronte ai loro bisogni, perché continueranno a essere a rischio oltre la durata dell'emergenza. Può essere più utile individuare meccanismi alternativi di supporto nutrizionale sul lungo periodo, come terapie domiciliari curate dalla comunità o centri per la cura della tubercolosi.

5. **Input sanitari:** i programmi di alimentazione supplementare mirata dovrebbero includere protocolli medici appropriati, come la somministrazione di farmaci antielmintici, supplementazione di vitamina A e vaccinazioni; la prestazione di tali servizi dovrebbe però tenere conto della capacità dei servizi sanitari esistenti. In zone con elevata incidenza di determinate patologie (per esempio, HIV/AIDS), la qualità e quantità degli alimenti supplementari devono essere particolarmente curate.
6. **Alimentazione in situ:** la distribuzione settimanale o bisettimanale di razioni asciutte da asporto va preferita all'alimentazione in situ; le dimensioni delle razioni dovrebbero però tenere conto della suddivisione all'interno del nucleo familiare. L'alimentazione in situ può essere presa in considerazione solo dove vi siano problemi di sicurezza. Dove vi sia scarsità di combustibile, di acqua o di utensili per cucinare, come è il caso di popolazioni sfollate o in movimento, si può considerare la distribuzione sul breve periodo di alimenti pronti da consumare, purché ciò non alteri modelli alimentari tradizionali. Per quanto riguarda gli alimenti da asporto, occorre fornire indicazioni precise su come prepararli in condizioni di igiene, su come e quando consumarli e sull'importanza dell'allattamento al seno per i bambini al di sotto dei 24 mesi di età (v. Gestione degli aiuti alimentari - Norma 3, p. 179).
7. **Sistemi di monitoraggio:** dovrebbero monitorare la partecipazione della comunità, l'accettabilità del programma (una buona misura in questo senso è rappresentata dal tasso di abbandono), i tassi di riammissione, la quantità e qualità degli alimenti forniti, la copertura del programma, i tassi di ammissione e dimissione e fattori interni quali i modelli di morbilità, il livello di malnutrizione nella popolazione, il grado di insicurezza alimentare nei nuclei familiari e nella comunità, la capacità dei sistemi di prestazione di servizi esistenti. Le cause individuali di riammissione, abbandono e mancato recupero dovrebbero essere indagate regolarmente.

## **Correzione della malnutrizione – Norma 2: malnutrizione grave**

Si interviene sulla malnutrizione grave.

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

- Si stabiliscono sin dall'inizio obiettivi e criteri ben definiti e accettati per l'organizzazione e la chiusura del programma o (v. nota di orientamento 1).
- La copertura è: >50% nelle zone rurali, >70% nelle zone urbane e >90% negli accampamenti (v. nota di orientamento 2).
- Le proporzioni di uscita dai programmi terapeutici sono: decesso <10%, recupero >75% e abbandono <15% (v. note di orientamento 3-5).
- I criteri per la dimissione includono indici non antropometrici, quali buon appetito e assenza di diarrea, febbre, parassiti e altre patologie non curate (v. nota di orientamento 4).
- L'incremento ponderale medio è di >8 g per kg a persona al giorno (v. nota di orientamento 6).
- Le cure nutrizionali e mediche vengono fornite secondo protocolli terapeutici riconosciuti a livello internazionale (v. nota di orientamento 7).
- Si attribuisce altrettanta importanza all'allattamento al seno e al sostegno psico-sociale, all'igiene e al coinvolgimento della comunità, quanto alle cure mediche (v. nota di orientamento 8).
- Deve esservi come minimo un assistente nutrizionale ogni 10 pazienti interni.
- Si devono individuare e affrontare gli ostacoli alla cura dei soggetti malnutriti e dei membri della famiglia colpiti (v. nota di orientamento 9).

## Note di orientamento

- 1. Inizio della terapia:** i fattori di cui si dovrebbe tenere conto per l'apertura di centri per il trattamento della malnutrizione grave sono: il numero e la distribuzione geografica dei soggetti interessati; le condizioni di sicurezza; i criteri raccomandati per l'istituzione e la chiusura dei centri; la capacità delle strutture sanitarie esistenti. I programmi di alimentazione terapeutica non dovrebbero compromettere le capacità dei sistemi sanitari, né permettere che i governi si sottraggano alla loro responsabilità di fornire servizi. Dovunque sia possibile, i programmi dovrebbero mirare a elevare e rafforzare le capacità già esistenti nel trattamento della malnutrizione grave. Lo scopo del programma dovrebbe essere chiaramente comunicato e discusso con la popolazione beneficiaria (v. norma Partecipazione, p. 32). Un programma terapeutico può essere avviato solo se prevede la possibilità di concludere il trattamento per i pazienti non ancora dimessi al momento della chiusura del programma stesso.
- 2. La copertura** è calcolata in relazione alla popolazione beneficiaria definita all'inizio del programma, e può essere considerata come parte di una indagine antropometrica. È influenzata dall'accettabilità del programma, dall'ubicazione dei centri terapeutici, dalla sicurezza per il personale e per beneficiari, dai tempi di attesa e dalla qualità del servizio.
- 3. Indicatori di uscita:** il tempo necessario a raggiungere gli indicatori di uscita da un programma di alimentazione terapeutica è 1-2 mesi. Si definiscono uscite dal programma i soggetti non più registrati. La popolazione dei soggetti usciti è costituita da quelli che hanno abbandonato il programma, quelli hanno recuperato (compresi quelli cui si fa riferimento) e da quelli che sono deceduti (per il calcolo degli indicatori di uscita, v. la norma precedente, nota di orientamento 3). Il tasso di mortalità dovrebbe essere interpretato alla luce del tasso di copertura e della gravità della malnutrizione su cui si interviene. Non si conosce in quale misura una percentuale elevata di sieropositivi tra i soggetti ammessi ai programmi di alimentazione terapeutica incida sui tassi di mortalità; di conseguenza, le cifre non sono state adattate a questo genere di situazione.
- 4. Tassi di recupero:** i soggetti dimessi non devono presentare complicanze mediche e devono avere raggiunto e mantenere (per esempio, in due pesate consecutive) un sufficiente aumento ponderale. I criteri di dimissione da seguire per evitare i rischi collegati a una uscita

prematura dal programma sono indicati da protocolli consolidati. I protocolli stabiliscono anche i limiti della durata media della degenza per l'alimentazione terapeutica, finalizzati a evitare tempi di recupero troppo lunghi (per esempio, una degenza media tipica è di 30-40 giorni). Soggetti malnutriti che non riescono a recuperare possono risultare affetti da HIV/AIDS o tubercolosi. L'eventuale prolungamento del trattamento o della terapia dovrebbe essere valutato di concerto con i servizi sanitari e altre strutture di supporto sociale e comunitario (v. Controllo delle malattie contagiose – Norme 3 e 6, pp. 287 e 293). Le cause di riammissione, abbandono e mancata risposta dovrebbero essere sottoposte ad analisi e documentazione costanti. Ovunque sia possibile, i soggetti dovrebbero essere seguiti dopo le dimissioni e, dove possibile, inviati all'alimentazione supplementare.

- 5. Il tasso di abbandono** può essere alto se il programma non è accessibile alla popolazione. Sull'accessibilità influiscono diversi fattori: la distanza del centro terapeutico dalla comunità, un conflitto armato in atto, la mancanza di sicurezza, il grado di sostegno offerto a chi accudisce il soggetto trattato, il numero di persone che rimangono a casa per badare ad altri soggetti non autosufficienti (che può essere molto basso in situazioni di alta incidenza di HIV/AIDS) e la qualità delle cure somministrate. L'abbandono del programma di alimentazione terapeutica si ha quando il soggetto si assenta per un certo periodo (per esempio, più di 48 ore per i pazienti ricoverati).
- 6. Aumento ponderale:** con regimi alimentari simili, adulti e bambini possono raggiungere livelli analoghi di aumento ponderale. Valori medi di aumento ponderale possono però nascondere situazioni in cui singoli pazienti non migliorano e non vengono dimessi. Per programmi con pazienti esterni, valori più bassi possono essere più accettabili perché i rischi e le richieste che gravano sulla comunità, per esempio in termini di tempo, possono essere molto più bassi. L'aumento ponderale medio si calcola nel modo seguente:  $(\text{peso all'uscita (g)} - \text{peso all'ammissione (g)}) / (\text{peso all'ammissione (kg)} \times \text{durata della terapia (giorni)})$ .
- 7. Protocolli:** i protocolli accettati a livello internazionale, che includono le ragioni della mancata risposta alla terapia, sono riportati alla nota bibliografica in Appendice 9. Per poter applicare i protocolli terapeutici, è richiesta una formazione adeguata del personale sanitario (v. Norme su Sistemi e infrastrutture sanitarie, p. 268). Se rispondono ai criteri di



ammissione, i soggetti con accertata o sospetta sieropositività ammessi alla terapia devono avere pari accesso alle cure. Lo stesso vale per i casi di tubercolosi. Spesso soggetti sieropositivi o malati di AIDS che non rispondono ai criteri di ammissione hanno ugualmente bisogno di supporto nutrizionale, ma il trattamento terapeutico della malnutrizione in situazione di emergenza non costituisce il contesto migliore per offrire tale supporto. Questi soggetti e le loro famiglie dovrebbero ricevere supporto da servizi diversi, come cure domiciliari su base comunitaria o nei centri di cura della tubercolosi e programmi di prevenzione della trasmissione materno-fetale.

8. **Sostegno psico-sociale e all'allattamento al seno:** le madri che allattano hanno bisogno di attenzioni particolari per favorire la lattazione e l'alimentazione ottimale del neonato e del bambino. A questo scopo si può rendere disponibile un angolo riservato all'allattamento. Per molti bambini malnutriti, nella fase della riabilitazione è importante una stimolazione emotiva e fisica attraverso il gioco. Spesso chi accudisce bambini gravemente malnutriti ha bisogno di sostegno sociale e psico-sociale per poter svolgere la sua opera. Questo può essere ottenuto con programmi di sensibilizzazione e mobilitazione (v. Supporto nutrizionale generale - Norma 2, p. 149).
9. **Persone che accudiscono i soggetti più vulnerabili:** tutti coloro che si occupano di soggetti gravemente malnutriti dovrebbero essere messi in condizione, con consigli, dimostrazioni e informazioni sulla salute e la nutrizione, di nutrirli e accudirli durante lo svolgimento della terapia. Il personale impegnato nel programma dovrebbe essere consapevole del fatto che i colloqui con coloro che accudiscono soggetti più vulnerabili possono mettere in luce violazioni di singoli diritti umani (per esempio, la deliberata intenzione di affamare intere popolazioni a opera di soggetti belligeranti), e dovrebbe quindi avere la preparazione necessaria ad affrontare situazioni di questo genere.

## Correzione della malnutrizione – Norma 3: malnutrizione da deficit di micronutrienti

Si interviene sui deficit di micronutrienti.

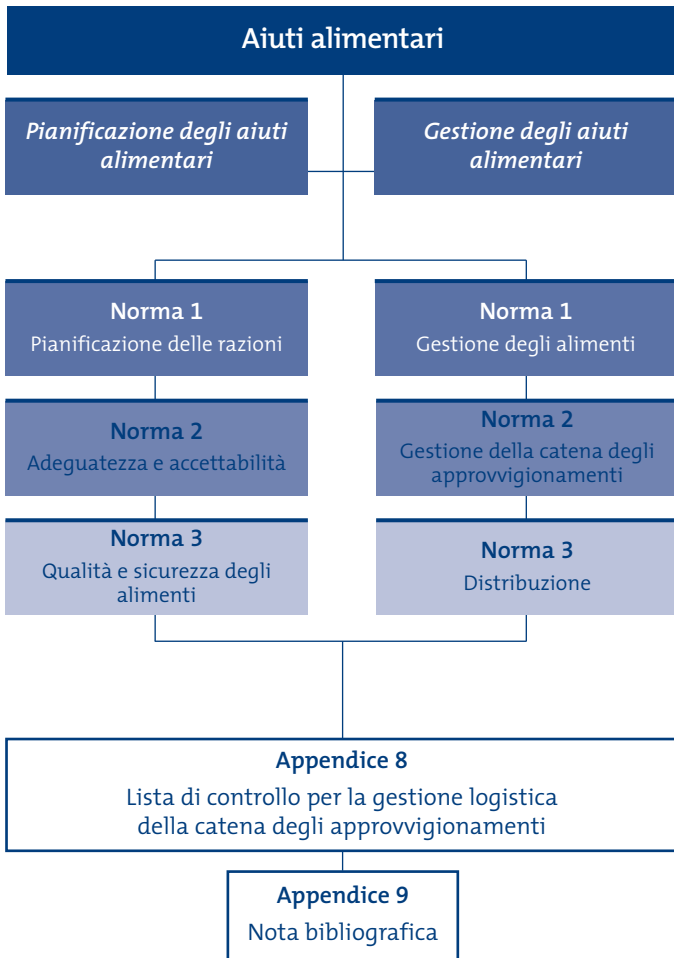
**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Su tutti i casi clinici di malattie da deficit si interviene applicando i protocolli dell'OMS per la supplementazione di micronutrienti (v. nota di orientamento 1).
- Si istituiscono procedure per una risposta efficiente ai deficit di micronutrienti cui una popolazione può andare incontro (v. nota di orientamento 2).
- Il personale sanitario è addestrato a individuare e intervenire sui deficit da micronutrienti cui la popolazione è maggiormente esposta (v. nota di orientamento 2).

### Note di orientamento

- 1. Diagnosi e trattamento:** I deficit di alcuni micronutrienti possono essere diagnosticati con una semplice visita medica. Gli indicatori di tali carenze possono essere inseriti nei sistemi di sorveglianza nutrizionale, anche se per avere una valutazione precisa è necessaria un'adeguata formazione. Altre carenze di micronutrienti possono essere individuate soltanto mediante analisi biochimica. In questi casi la diagnosi è problematica e spesso, nelle situazioni di emergenza, può essere definita solo osservando come i pazienti rispondono alla somministrazione di supplementi. Il trattamento dei deficit di micronutrienti o dei soggetti a rischio a causa di malattie dovrebbe avvenire nell'ambito del sistema sanitario e dei programmi nutrizionali.
- 2. Prevenzione e preparazione:** strategie per la prevenzione dei deficit di micronutrienti si trovano nella sezione Supporto nutrizionale generale - Norma 1. La prevenzione può essere attuata anche riducendo l'incidenza di malattie come infezioni respiratorie acute, morbillo, parassitosi, malaria e diarrea, che esauriscono le riserve di micronutrienti dell'organismo (v. Norme sul Controllo delle malattie contagiose, p. 283). Il trattamento dei deficit includerà l'individuazione attiva, l'accertamento dei casi e l'elaborazione di protocolli terapeutici.

## *Annotazioni*



# 4 Norme minime per gli aiuti alimentari

Se i normali mezzi di accesso al cibo di una comunità sono compromessi da un disastro (per esempio, perdita dei raccolti a causa di una catastrofe naturale, deliberata intenzione di affamare a opera di una delle parti nel corso di un conflitto armato, requisizione del cibo da parte dell'esercito, movimenti di popolazione forzati o meno), una risposta in termini di aiuti alimentari può essere necessaria per la sopravvivenza, la protezione o il ripristino dell'autosufficienza della popolazione e per limitare il bisogno delle persone di ricorrere a proprie strategie di risposta potenzialmente dannose.

Ogni qualvolta l'analisi evidenzia che gli aiuti alimentari sono la risposta adeguata, questi dovranno essere forniti in modo da soddisfare i bisogni a breve termine e contribuendo al tempo stesso, per quanto possibile, a ripristinare la sicurezza alimentare a lungo termine. Si dovrebbe tenere conto di quanto segue:

- le distribuzioni generali (gratuite) vengono introdotte solo in caso di assoluta necessità, indirizzandole a chi si trova nella condizione di maggiore bisogno, e vengono sospese al più presto.
- Dovunque sia possibile, si distribuiscono razioni asciutte, da preparare a casa. La distribuzione di alimenti pronti da consumare sul posto viene organizzata soltanto per il breve periodo immediatamente successivo a un grave disastro improvviso o a un movimento di popolazione, quando le persone non hanno i mezzi per cucinare da sé, oppure in una condizione di insicurezza, dove la distribuzione di razioni asciutte potrebbe mettere in pericolo i beneficiari.
- L'assistenza alimentare a rifugiati e sfollati interni si basa sulla valutazione della situazione e dei bisogni, non sullo status di rifugiati o di sfollati interni.

- I beni alimentari vengono importati solo in caso di deficit interno o quando non vi sia la possibilità pratica di trasportare eccedenze disponibili nella zona colpita dal disastro.
- Dove vi sia il rischio che gli aiuti alimentari vengano confiscati o utilizzati dai belligeranti in un conflitto armato, si adottano provvedimenti per evitare di favorire il conflitto.

Considerando il grande valore e volume di aiuti fornito in quasi tutti i programmi di soccorso a un disastro, l'organizzazione, l'assunzione di responsabilità e la capacità di render conto della distribuzione degli aiuti alimentari devono essere particolarmente solide. I sistemi di consegna e distribuzione dovrebbero essere monitorati in tutte le loro fasi, anche al livello della comunità. Il programma dovrebbe essere sottoposto a regolare valutazione, e i risultati resi noti e discussi con tutti i soggetti interessati, compresa la popolazione colpita.

Le sei norme sugli aiuti alimentari sono divise in due sottosezioni. La Pianificazione degli aiuti alimentari comprende la pianificazione delle razioni, l'adeguatezza e accettabilità, la qualità e sicurezza degli alimenti. La Gestione degli aiuti alimentari tratta specificamente la gestione degli alimenti e della catena degli approvvigionamenti e la distribuzione. L'Appendice 8, alla fine del capitolo, propone una lista di controllo per la gestione logistica della catena degli approvvigionamenti.

## **i) Pianificazione degli aiuti alimentari**

La valutazione iniziale e l'analisi della situazione di emergenza dovrebbero individuare le fonti di cibo e di reddito della popolazione stessa, e le minacce a tali fonti. Si deve stabilire se gli aiuti alimentari sono necessari e, in caso affermativo, il tipo e la quantità atti a garantire il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale della popolazione. Se si determina la necessità di una distribuzione gratuita di alimenti, va stabilita una razione generale adeguata, che permetta alle famiglie di

soddisfare il proprio fabbisogno nutrizionale, tenendo conto degli alimenti che sono in grado di procurarsi da sé senza ricorrere a strategie di risposta dannose (v. Analisi della sicurezza alimentare - Norma 1, nota di orientamento 3, p. 119, e Sicurezza alimentare - Norma 1, nota di orientamento 3, p. 128).

Quando si determina la necessità di un programma di alimentazione supplementare, va stabilita una razione supplementare adeguata. In questi casi, il supplemento viene aggiunto a tutte le razioni generali cui i singoli abbiano diritto (v. Correzione della malnutrizione - Norma 1, nota di orientamento 1, p. 154).

In tutti i casi, i prodotti forniti devono essere accuratamente scelti di concerto con la popolazione interessata; devono essere di buona qualità, sicuri da consumare, appropriati e accettabili per i beneficiari.

## **Pianificazione degli aiuti alimentari – Norma 1: pianificazione delle razioni**

Le razioni per la distribuzione generale sono composte in modo da colmare il divario tra il fabbisogno della popolazione colpita e le sue risorse alimentari.

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

- Le razioni per la distribuzione generale sono preparate secondo il fabbisogno standard iniziale di energia, proteine, grassi e micronutrienti previsto dalla pianificazione e adattato alla situazione locale (v. nota di orientamento 1; v. anche le norme su Supporto nutrizionale generale, pp. 145, e Appendice 7).
- Le razioni distribuite limitano o eliminano nella popolazione colpita dal disastro il bisogno di ricorrere a strategie di risposta dannose.
- Dove opportuno, si calcola il valore di trasferimento economico della razione, e tale valore risulta appropriato per la situazione locale (v. nota di orientamento 2).

## Note di orientamento

- 1. Fabbisogno nutrizionale:** quando le persone sono sfollate e non hanno alcun accesso al cibo, le razioni distribuite dovrebbero soddisfare per intero il loro fabbisogno nutrizionale. La maggior parte delle persone colpite da disastri è comunque in grado di procurarsi qualche alimento con i propri mezzi. In tal caso, le razioni dovrebbero essere pianificate in modo da compensare la differenza tra il fabbisogno nutrizionale e quanto le persone riescono a procurarsi da sé. Quindi, se il fabbisogno standard è di 2.100 kcal/persona/giorno, e dalla valutazione iniziale risulta che i membri della popolazione beneficiaria possono acquisire mediamente 500 kcal/persona/giorno con mezzi o risorse proprie, la razione dovrà fornire  $2.100 - 500 = 1.600$  kcal/persona/giorno. Calcoli analoghi vengono fatti per i grassi e le proteine. Occorre dunque stabilire valori concordati per le quantità medie di alimenti cui le persone hanno accesso (v. le norme su Valutazione e analisi della sicurezza alimentare, p. 116).
- 2. Contesto economico:** quando il cibo disponibile è scarso o nullo e si può prevedere che le persone consumino tutti (o quasi) gli alimenti distribuiti, le razioni saranno pianificate esattamente sulla base dei criteri nutrizionali, tenendo conto degli aspetti di accettabilità e convenienza. Laddove siano disponibili altri alimenti e si possa prevedere che i beneficiari scambino parte della loro razione per acquistarli, diventa importante il valore di trasferimento della razione. Questo è il valore della razione sul mercato locale, vale a dire quanto costerebbe acquistare sul mercato locale le stesse quantità degli stessi prodotti.

### Pianificazione degli aiuti alimentari – Norma 2: appropriatezza e accettabilità

Gli alimenti forniti sono appropriati e accettabili per i beneficiari, e possono essere utilizzati efficacemente a livello di nucleo familiare.

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

- Nella fase di valutazione iniziale o di pianificazione del programma, le persone vengono consultate su accettabilità, familiarità e



appropriatezza dei prodotti alimentari; i risultati vengono tenuti in considerazione nella scelta dei prodotti da includere nel programma (v. nota di orientamento 1).

- Se viene distribuito un alimento poco familiare, le donne e le altre persone che si occupano della preparazione dei cibi ricevono, preferibilmente nella lingua locale, indicazioni su come prepararlo in una maniera gradevole per il gusto locale e con la minima perdita di nutrienti (v. nota di orientamento 1).
- La selezione dei prodotti da distribuire tiene conto della possibilità di accesso a combustibile e acqua per cucinare, dei tempi di cottura e di ammollo (v. nota di orientamento 2).
- Se viene distribuito un cereale intero, i beneficiari hanno i mezzi per macinarlo o per lavorarlo a casa secondo la tradizione, oppure hanno accesso ad adeguate strutture per la macinazione/lavorazione ragionevolmente vicine al loro alloggio (v. nota di orientamento 3).
- Le persone hanno accesso a prodotti importanti per la loro cultura, condimenti compresi (v. nota di orientamento 4).
- Il latte come prodotto a sé, in forma liquida o in polvere, è escluso dalle distribuzioni gratuite o sussidiate (v. nota di orientamento 5).

## Note di orientamento

1. **Familiarità e accettabilità:** fermo restando che la prima considerazione nella scelta dei prodotti da inserire in un paniere alimentare è quella del valore nutrizionale, gli alimenti dovrebbero essere familiari per i beneficiari e coerenti con le loro tradizioni culturali e religiose, senza dimenticare eventuali cibi tabù per le donne in gravidanza o allattamento. Le relazioni di valutazione e le richieste ai donatori dovrebbero motivare la scelta o l'esclusione di alimenti particolari. Quando la situazione richiede una risposta immediata a bisogni essenziali per la sopravvivenza e non vi sia accesso a strutture per cucinare, devono essere distribuiti alimenti pronti da consumare. In tali situazioni potrebbero non esservi alternative pratiche alla distribuzione di prodotti poco familiari. Soltanto in questi casi si dovrebbero prendere in considerazione speciali "razioni di emergenza".

- 2. Fabbisogno di combustibile:** la valutazione del fabbisogno alimentare dovrebbe includere anche una valutazione del combustibile, in modo da garantire che i beneficiari siano in grado di cuocere gli alimenti in misura sufficiente a evitare effetti avversi per la salute e senza degradare l'ambiente con una raccolta eccessiva di legna da ardere. Se necessario, si fornirà un combustibile appropriato o un programma di raccolta della legna controllato per la sicurezza di donne e bambini, che sono i principali addetti a questo incarico. In generale, si dovrebbero fornire prodotti che non richiedono tempi di cottura prolungati o grandi quantità d'acqua. La distribuzione di cereali già macinati o di attrezzi per macinarli ridurrà i tempi di cottura e la quantità di combustibile necessaria.
- 3. Preparazione dei cereali:** la macinatura è un aspetto da considerare, in particolare per il mais. Infatti, poiché il mais integrale macinato si conserva per non più di 6-8 settimane, è meglio macinarlo poco prima dell'uso. Se la macinatura domestica fa parte della tradizione locale, possono essere distribuiti cereali interi, che si conservano più a lungo e possono avere un valore economico maggiore per i beneficiari. In alternativa, si possono mettere a disposizione impianti per la macinazione commerciale a bassa resa di estrazione: questa operazione rimuove il germe, gli oli e gli enzimi, causa dell'irrancidimento, prolungando notevolmente la conservabilità del cereale, pur privandolo di una parte delle proteine. Occorre conformarsi alla legislazione nazionale in materia di importazione e distribuzione di cereali interi.
- 4. Prodotti di rilevanza culturale:** la valutazione dovrebbe: 1) individuare condimenti e altri prodotti importanti per cultura locale che siano parte integrante delle abitudini alimentari giornaliere; e 2) accertare l'accesso delle persone a questi prodotti. La composizione del paniere alimentare dovrebbe tenere conto di questi prodotti, soprattutto nei casi in cui la popolazione dovrà dipendere per lunghi periodi dalle razioni distribuite.
- 5. Latte:** Il latte, liquido o in polvere (compreso quello da usare con il tè) dovrebbe essere escluso dalle distribuzioni alimentari generali e dai programmi di alimentazione supplementare, in quanto il suo uso indiscriminato può causare gravi rischi per la salute. Ciò vale soprattutto per i bambini piccoli, per i quali i rischi di una diluizione inappropriata e di contaminazione batterica sono molto elevati (v. Supporto nutrizionale generale - Norma 2, p. 149).

## Pianificazione degli aiuti alimentari – Norma 3: qualità e sicurezza degli alimenti

Gli alimenti distribuiti sono di qualità appropriata e idonei al consumo umano.

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

- I beni alimentari sono conformi alle normative nazionali del paese ricevente e ad altre normative accettate a livello internazionale (v. note di orientamento 1-2).
- Tutti gli alimenti confezionati di importazione hanno una conservabilità minima di sei mesi dal momento in cui arrivano nel paese, e vengono distribuiti prima della data di scadenza o entro il termine di conservazione indicato dalla dicitura “da consumarsi preferibilmente entro” (v. nota di orientamento 1).
- Non vi sono lamentele constatabili sulla qualità degli alimenti distribuiti (v. nota di orientamento 3).
- Le confezioni degli alimenti sono robuste, pratiche da maneggiare, conservare e distribuire, e non comportano rischi per l’ambiente (v. nota di orientamento 4).
- Le etichette sulle confezioni degli alimenti sono scritte in una lingua appropriata e, nel caso di alimenti di produzione industriale, riportano la data di produzione, il termine massimo di conservazione e i valori nutrizionali.
- Le condizioni di stoccaggio sono adeguate e appropriate, i magazzini sono gestiti adeguatamente e in tutti i punti della catena di distribuzione vengono eseguiti di routine controlli della qualità degli alimenti (v. nota di orientamento 5).

### Note di orientamento

1. **Qualità degli alimenti:** gli alimenti devono rispondere alle normative del governo ricevente e/o alle norme del Codex Alimentarius per qualità, confezionamento, etichettatura, conservabilità e così via. I fornitori

dovrebbero eseguire sistematicamente controlli a campione al punto di consegna, in modo da garantire che la qualità sia appropriata. Dovunque sia possibile, i prodotti acquistati (localmente o di importazione) dovrebbero essere accompagnati da certificati fitosanitari o di altro genere che ne confermino l'idoneità al consumo umano. Le scorte interne dovrebbero essere sottoposte a controlli a campionamento casuale che attestino il perdurare dell'idoneità al consumo umano. Dove siano coinvolte grandi quantità o vi siano dubbi o possibili discussioni sulla qualità, i depositi dovrebbero essere esaminati da ispettori indipendenti. Le informazioni sulla data di produzione e la qualità di particolari partite di alimenti si possono ricavare da certificazioni del fornitore, da rapporti di controllo della qualità, dalle etichette sulle confezioni, dai rapporti di magazzino e così via.

- 2. Alimenti modificati geneticamente:** occorre conoscere e rispettare le normative nazionali sulla produzione e l'uso di alimenti modificati geneticamente. La pianificazione di un programma di aiuti alimentari esterni dovrebbe tenere conto di tali normative.
- 3. Lamentele:** le lamentele dei beneficiari sulla qualità degli alimenti dovrebbero essere prese in considerazione e trattate con equità e trasparenza.
- 4. Confezioni:** se possibile, le confezioni dovrebbero consentire la distribuzione diretta dei prodotti, senza bisogno di confezionarli di nuovo.
- 5. Le aree di stoccaggio** devono essere asciutte e igieniche, adeguatamente riparate dagli agenti atmosferici e non contaminate da sostanze chimiche o da altri residui. Devono essere anche riparate, entro i limiti del possibile, da parassiti quali insetti e roditori. Si veda anche Gestione degli aiuti alimentari - Norma 2, p. 175.

## ii) Gestione degli aiuti alimentari

Scopo della gestione degli aiuti è che gli alimenti siano consegnati a chi ne ha più bisogno. In linea generale, ciò significa consegnare i prodotti giusti nel posto giusto, nelle giuste condizioni, al momento giusto e al giusto prezzo, con una perdita di gestione minima.

Il peso e il volume degli aiuti alimentari necessari al sostentamento di una popolazione numerosa colpita da un disastro può ammontare a migliaia di tonnellate. Lo spostamento fisico dei prodotti alimentari fino ai punti di distribuzione coinvolge una rete di acquirenti,

spedizionieri, trasportatori e destinatari, passaggi e trasferimenti multipli da una modalità di trasporto a un'altra. Queste reti, o catene logistiche, vengono formate utilizzando una serie di contratti e accordi che definiscono ruoli e responsabilità e stabiliscono passività e diritti di compensazione tra le parti contraenti. Tutto ciò richiede procedure adeguate e trasparenti che contribuiscano a creare un clima di responsabilità per il proprio operato di tutte le parti in causa.

L'avvio e la gestione della catena logistica implica collaborazione tra donatori, governo del paese ricevente, operatori umanitari, autorità locali, fornitori di servizi vari e organizzazioni delle comunità locali impegnate nel programma di aiuti alimentari. Ogni parte, in quanto anello o serie di anelli della catena logistica, avrà ruoli e responsabilità specifiche. Poiché la forza di tutta la catena è pari a quella del suo anello più debole, tutte le parti coinvolte nella logistica degli aiuti alimentari condividono la responsabilità di mantenere un flusso di beni sufficiente a rispettare obiettivi e tempi della distribuzione.

L'equità del processo di distribuzione è di primaria importanza, e la partecipazione dei membri della popolazione colpita dal disastro alle decisioni e all'attuazione del programma è fondamentale. Le persone dovrebbero essere informate sulla quantità e il tipo delle razioni che saranno distribuite e dovrebbero sentirsi sicure che la distribuzione sia equa e che tutti riceveranno quanto promesso. Qualsiasi differenza tra le razioni distribuite ai diversi gruppi deve essere spiegata e capita.

## **Gestione degli aiuti alimentari – Norma 1: gestione degli alimenti**

Gli alimenti sono conservati, preparati e consumati in condizioni sicure e appropriate sia al livello dei nuclei familiari, sia della comunità.

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

- Non vi sono effetti avversi sulla salute dovuti a inadeguata manipolazione o preparazione degli alimenti in nessun punto di distribuzione (v. nota di orientamento 1).

- I beneficiari degli aiuti sono informati e consapevoli dell'importanza dell'igiene alimentare (v. nota di orientamento 1).
- Non si lamentano difficoltà di conservazione, preparazione, cottura o consumo degli alimenti distribuiti (v. nota di orientamento 2).
- Ogni nucleo familiare ha accesso ad appropriati utensili per la preparazione degli alimenti, a combustibile e articoli per la cura dell'igiene (v. note di orientamento 3-4).
- Le persone che non sono in grado di preparare gli alimenti o di mangiare autonomamente hanno accesso a una persona che li possa accudire, che prepara gli alimenti adatti e al momento opportuno e, se necessario, li somministra (v. note di orientamento 4-5).
- Dove vengono distribuiti alimenti pronti per il consumo, il personale è addestrato a conservarli, manipolarli e prepararli in condizioni di sicurezza, ed è consapevole dei rischi per la salute derivanti da comportamenti inadeguati.

## Note di orientamento

- 1. Igiene alimentare:** le mutate circostanze possono alterare le normali abitudini igieniche delle persone; può dunque rendersi necessario promuovere l'igiene alimentare e sostenere attivamente misure compatibili con le circostanze e con i modelli delle malattie, per esempio sottolineando l'importanza di lavarsi le mani prima di manipolare gli alimenti, di evitare la contaminazione dell'acqua, di attuare misure per il controllo dei parassiti e così via. Le persone dovrebbero essere informate su come conservare gli alimenti in condizioni di sicurezza nel proprio alloggio, e coloro che accudiscono soggetti più vulnerabili devono disporre di informazioni sull'uso ottimale delle risorse domestiche per l'alimentazione dei bambini e sui sistemi per preparare gli alimenti in sicurezza. (v. le norme su Sensibilizzazione all'igiene, p. 63).
- 2. Le fonti di informazione** possono includere sistemi di monitoraggio del programma, discussioni con i beneficiari riuniti in focus groups e rapide indagini presso i nuclei familiari.
- 3. Articoli di uso domestico e combustibile:** ogni nucleo familiare dovrebbe avere accesso ai seguenti articoli: almeno una pentola per

cucinare, contenitori per la conservazione dell'acqua della capacità di 40 litri, 250 g di sapone al mese per persona e combustibile adeguato per la cottura degli alimenti. Se l'accesso al combustibile è limitato, occorre distribuire alimenti con tempi di cottura brevi. Se questo non è possibile, occorre istituire forniture esterne di combustibile per compensare la carenza (v. Approvvigionamento idrico - Norma 3, p. 74 e Articoli non alimentari – Norme 2-4, pp. 242-244).

- 4. L'accesso alle macine** e ad altre strutture per la preparazione degli alimenti, oltre che ad acqua pulita, è molto importante, in quanto mette le persone in condizioni di preparare gli alimenti nella maniera migliore per loro e di risparmiare tempo per altre attività produttive. Un persona che accudisce soggetti più vulnerabili e che passa troppo tempo in attesa di questi servizi potrebbe altrimenti dedicarlo a preparare gli alimenti, a dare da mangiare ai bambini o ad altri compiti dagli effetti benefici sui risultati nutrizionali e/o sull'autosufficienza a lungo termine. La preparazione domestica degli alimenti, compresa la macinatura, può ridurre il tempo (e anche le quantità di acqua e combustibile) necessario a cucinare.
- 5. Bisogni speciali:** anche se questo elenco non li esaurisce tutti, i soggetti che normalmente hanno necessità di assistenza per alimentarsi sono bambini piccoli, anziani, disabili, persone affette da HIV/AIDS. V. Supporto nutrizionale generale - Norma 2, p. 149.

## **Gestione degli aiuti alimentari – Norma 2: gestione della catena logistica degli approvvigionamenti (supply chain management, SCM)**

Le risorse necessarie agli aiuti alimentari (prodotti e fondi) sono gestite bene, con sistemi trasparenti e aperti.

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

- Le risorse necessarie agli aiuti alimentari raggiungono i beneficiari ai quali sono destinate.

- Si esegue una valutazione della gestione della catena degli approvvigionamenti locale, delle sue capacità e infrastrutture logistiche, e si stabilisce un sistema di SCM efficiente e coordinato che, dove possibile, impiega capacità locali (v. note di orientamento 1-2).
- La valutazione tiene conto della disponibilità di alimenti di provenienza locale (v. nota di orientamento 3).
- L'assegnazione dei contratti per i servizi di SCM è trasparente, equa e aperta (v. note di orientamento 4).
- Il personale operante a tutti i livelli del sistema di SCM è adeguatamente addestrato e applica le procedure per la qualità e la sicurezza degli alimenti (v. note di orientamento 5).
- Sono attivi appropriati sistemi di inventario contabile e relazioni finanziarie, in modo da assicurare la responsabilità del proprio operato a tutti i livelli del sistema di SCM (v. note di orientamento 6-7).
- Si bada a ridurre al minimo le perdite, comprese quelle dovute a furti; di tutte le perdite si rende conto (v. note di orientamento 8-10).
- La pipeline alimentare è monitorata e mantenuta in maniera tale da evitare interruzioni della distribuzione (v. nota di orientamento 11).
- Tutti i soggetti interessati vengono regolarmente informati sul funzionamento della catena degli approvvigionamenti (v. nota di orientamento 12).

## Note di orientamento

### 1. **La gestione della catena logistica degli approvvigionamenti (SCM)**

è un approccio integrato alla logistica degli aiuti alimentari. A partire dalla scelta dei beni, include l'approvvigionamento alla fonte, garanzia di qualità, confezionamento, spedizione, trasporto, stoccaggio, inventariazione, assicurazione e così via. La catena coinvolge molti e diversi attori, ed è importante che le attività di tutti siano coordinate. Per garantire che tutti i prodotti siano salvaguardati fino alla distribuzione ai nuclei familiari cui sono destinati, occorre adottare sistemi appropriati di gestione e monitoraggio.



2. **Utilizzare servizi locali:** prima di ricercarle al di fuori della zona, si dovrebbero accertare la disponibilità e affidabilità delle capacità locali. Per i servizi logistici, per esempio, ci si può rivolgere a trasportatori e spedizionieri locali o regionali affidabili, che hanno una conoscenza preziosa delle locali normative, procedure e strutture e possono aiutare a rispettare le leggi del paese ospitante, oltre ad accelerare le operazioni di consegna.
3. **Forniture locali vs. importazione:** si dovrebbero valutare la disponibilità locale di beni alimentari, e le ricadute che la fornitura locale di alimenti o la loro importazione hanno sui sistemi locali di produzione e di mercato (v. le norme su Valutazione e analisi della sicurezza alimentare, p. 117; e Sicurezza alimentare - Norma 2, p. 131 e Norma 4, p. 138). Se nel campo della fornitura alimentare sono attive più organizzazioni, è necessario il massimo coordinamento possibile a livello locale, compresi gli acquisti dei prodotti. Altre fonti interne di alimenti possono includere prestiti o nuovi stanziamenti provenienti da programmi di aiuti alimentari esistenti o dalle riserve cerealicole nazionali, crediti o scambi con fornitori commerciali.
4. **Imparzialità:** l'equità e la trasparenza delle procedure di contrattazione sono fondamentali per evitare qualsiasi sospetto di favoritismo o di corruzione. Le confezioni degli aiuti alimentari non dovrebbero recare nessun tipo di messaggio, che sia politico, religioso o che comunque fomenti discordia.
5. **Competenze e addestramento:** per organizzare il sistema di SCM e addestrare il personale si dovrebbero mobilitare esperti del settore specifico e di gestione degli aiuti alimentari in generale. Particolari competenze richieste sono gestione dei contratti, dei trasporti, dei magazzini e degli inventari, analisi della catena e gestione delle informazioni, monitoraggio delle spedizioni, gestione delle importazioni e così via. La formazione dovrebbe riguardare anche il personale di organizzazioni associate.
6. **Relazione:** la maggior parte dei donatori di aiuti alimentari richiede specifiche relazioni; i responsabili della SCM dovrebbero essere coscienti di tali richieste e prevedere sistemi per soddisfarle, insieme alle esigenze quotidiane della gestione. Queste includono la tempestiva comunicazione di qualsiasi ritardo o deviazione della catena. Le informazioni sulla pipeline e altre relazioni riguardanti la SCM dovrebbero essere condivise in maniera trasparente.

- 7. Documentazione:** in tutti i punti dove gli aiuti alimentari vengono ricevuti, stoccati e/o spediti dovrebbe essere disponibile una scorta di documenti e moduli (bollettini di spedizione, registri, schede di relazione e così via) sufficiente a tenere traccia delle verifiche contabili delle transazioni.
- 8. Stoccaggio:** magazzini dedicati esclusivamente agli alimenti sono preferibili a strutture miste. Nella selezione di un magazzino, occorre accertare che in precedenza non vi siano state depositate merci pericolose e che non siano presenti rischi di contaminazioni. Altri fattori di cui tenere conto sono: sicurezza, facilità di accesso, solidità (del tetto, pareti, porte, pavimento) assenza di rischio di allagamenti.
- 9. Smaltimento dei prodotti non idonei al consumo umano:** gli alimenti danneggiati dovrebbero essere ispezionati da personale qualificato, come medici, laboratori sanitari pubblici e così via, che certificano se sono idonei al consumo umano. I sistemi di smaltimento degli alimenti non idonei possono includere la vendita come mangimi per animali, l'interramento o l'incenerimento. Per l'uso come mangimi animali, è necessaria la certificazione di idoneità a tale destinazione. In tutti i casi, si deve assicurare che i prodotti non idonei non rientrino nella catena degli approvvigionamenti alimentari sia per le persone che per gli animali, e che il loro smaltimento non rechi danni all'ambiente né contamina fonti d'acqua nei dintorni.
- 10. Minacce alla catena degli approvvigionamenti:** in situazioni di conflitto armato esiste il pericolo che gli aiuti alimentari vengano saccheggiati o requisiti dai belligeranti; per questo si dovrebbe tenere conto della sicurezza dei magazzini e dei percorsi seguiti per il trasporto. In tutte le situazioni di disastro, esiste la possibilità di furti a tutti i livelli della catena degli approvvigionamenti; per ridurre al minimo questo rischio, è necessario istituire sistemi di controllo e supervisione in tutti i punti di stoccaggio, consegna e distribuzione. Per ridurre al minimo il rischio di collusioni, i sistemi di controllo interni dovrebbero garantire la divisione di compiti e responsabilità. Le scorte dovrebbero essere regolarmente controllate per individuare eventuali sottrazioni. Dove si rilevino sottrazioni, è necessario prendere provvedimenti non solo per garantire l'integrità della catena degli approvvigionamenti, ma anche per analizzare e affrontare le più ampie implicazioni politiche e per la sicurezza dell'episodio (per esempio, la possibilità che le scorte sottratte favoriscano un conflitto armato).

**11. Analisi della pipeline:** si dovrebbe eseguire una regolare analisi della pipeline, e condividere con tutti i soggetti coinvolti nella catena degli approvvigionamenti informazioni importanti sui livelli delle scorte, sulle consegne in programma, la distribuzione e così via. Il regolare rilevamento e previsione dei livelli delle scorte lungo la catena degli approvvigionamenti dovrebbe anticipare diminuzioni o problemi in tempo utile a trovare soluzioni.

**12. Dare informazioni:** si dovrebbe considerare l'uso di mezzi di comunicazione locali o di sistemi tradizionali per la circolazione delle notizie come un modo per tenere le persone informate sulle forniture e le operazioni alimentari. Così facendo, infatti, si rafforza la trasparenza. L'incarico di fornire alla comunità le informazioni sugli aiuti alimentari può essere affidato a gruppi di donne.

## Gestione degli aiuti alimentari – Norma 3: distribuzione

Il metodo di distribuzione è aperto, trasparente, equo e appropriato alle condizioni locali.

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

- I beneficiari degli aiuti alimentari sono individuati e selezionati sulla base dei bisogni, attraverso una valutazione eseguita consultando i soggetti interessati, compresi i gruppi della comunità (v. note di orientamento 1-2).
- Sistemi di distribuzione efficienti ed equi vengono organizzati di concerto con gruppi locali e organizzazioni partner, e prevedono il coinvolgimento dei diversi gruppi di beneficiari (v. note di orientamento 1-3).
- Il punto di distribuzione è situato il più vicino possibile agli alloggi dei beneficiari, garantendo facilità di accesso e sicurezza (v. note di orientamento 4-5).

- I beneficiari sono informati con largo anticipo sulla qualità e quantità delle razioni e sul piano di distribuzione (v. note di orientamento 6-7).
- Funzionamento ed efficacia del programma di aiuti alimentari sono opportunamente monitorate e valutate (v. nota di orientamento 8).

## Note di orientamento

- 1. Selezione dei beneficiari e di altre figure:** gli aiuti alimentari dovrebbero mirare a soddisfare i bisogni dei soggetti più deboli della comunità senza discriminazioni dovute a genere, disabilità, affiliazione religiosa, appartenenza etnica e così via. La selezione degli addetti alla distribuzione dovrebbe avvenire sulla base della loro imparzialità, capacità e senso di responsabilità. Gli addetti alla distribuzione possono essere anziani del luogo, comitati di soccorso costituiti a livello locale, istituzioni o ONG locali, ONG governative o internazionali (v. norme Partecipazione e Valutazione iniziale, pp. 32-33, e norma Selezione dei beneficiari, p. 40).
- 2. Registrazione:** la registrazione formale dei nuclei familiari che ricevono gli aiuti alimentari dovrebbe essere attuata appena possibile e aggiornata secondo necessità. Possono essere utili elenchi compilati dalle autorità locali o elenchi delle famiglie compilati dalla comunità, incoraggiando la partecipazione al processo delle donne appartenenti alla popolazione colpita. Le donne dovrebbero avere il diritto, se lo desiderano, di essere registrate con il proprio nome. Occorre assicurare che i nuclei familiari gestiti da donne o da adolescenti e altri soggetti vulnerabili non vengano esclusi dagli elenchi per la distribuzione. Se la registrazione non è possibile nelle fasi iniziali dell'emergenza, dovrebbe essere completata appena la situazione si sia stabilizzata. Questo è particolarmente importante nei casi in cui gli aiuti alimentari siano necessari per lunghi periodi di tempo.
- 3. Metodi di distribuzione:** la maggior parte dei sistemi di distribuzione evolve con il passare del tempo. Nelle fasi iniziali, l'unico metodo praticabile può essere la distribuzione generale basata su elenchi di famiglie o su stime della popolazione compilate dalle comunità locali. Quale che sia, per garantire che sia equo e che gli alimenti arrivino ai giusti destinatari, il sistema adottato dovrebbe essere monitorato da vicino. Occorre rivolgere un'attenzione particolare all'accessibilità del programma

per i gruppi vulnerabili. In ogni caso, gli sforzi per raggiungere i gruppi vulnerabili non dovrebbero aumentare eventuali stigmatizzazioni già esistenti a loro carico; questo può essere il caso, in particolare, di popolazioni che contino molti soggetti affetti da HIV/AIDS (v. norme su Partecipazione, Selezione dei beneficiari, Monitoraggio e Valutazione al cap. 1).

4. **I punti di distribuzione** dovrebbero essere ubicati nelle posizioni più sicure e agevoli per i beneficiari, scegliendo non solo in base alla comodità logistica dell'agenzia distributrice. La frequenza delle distribuzioni e il numero dei punti di distribuzione dovrebbero tenere conto del tempo necessario ai beneficiari per raggiungerli e tornare al proprio alloggio, degli aspetti pratici e dei costi del trasporto dei prodotti. I beneficiari non dovrebbero essere costretti a percorrere grandi distanze a piedi per ricevere le razioni, e le distribuzioni dovrebbero essere programmate a orari comodi, per contenere al minimo l'interruzione delle normali attività quotidiane. Ai punti di distribuzione dovrebbe esservi disponibilità di aree di attesa e di acqua potabile (v. Correzione della malnutrizione – Norme 1-2, pp. 154-158).
5. **Ridurre al minimo i rischi per la sicurezza:** il cibo è un bene prezioso e la sua distribuzione può creare problemi di sicurezza, quali il rischio di diversione e di potenziali violenze. Quando il cibo scarseggia, al momento delle consegne possono crearsi situazioni di tensione. Donne, bambini, anziani e disabili possono non riuscire a ottenere quanto spetta loro, oppure altri possono sottrarglielo con la forza. I rischi devono essere calcolati preventivamente, prendendo provvedimenti per ridurli al minimo. Questi dovrebbero includere una adeguata supervisione delle distribuzioni, se necessario con la collaborazione della polizia locale. Possono rendersi necessari anche provvedimenti per prevenire, controllare e contrastare la violenza di genere o lo sfruttamento sessuale collegato alla distribuzione alimentare.
6. **Diffusione delle informazioni:** i beneficiari devono essere informati su:
  - quantità e tipo delle razioni distribuite e motivi di eventuali discrepanze rispetto alle norme stabilite;
  - piano delle distribuzioni (giorno, ora, luogo, frequenza) ed eventuali modifiche dovute a circostanze contingenti;

- qualità nutrizionale degli alimenti e, se necessario, particolari attenzioni necessarie a preservarne il valore nutrizionale;
- modalità per la manipolazione e l'uso sicuro degli alimenti distribuiti.

**7. Cambiamenti al programma:** i cambiamenti apportati al paniere alimentare o alle razioni per insufficiente disponibilità di alimenti devono essere discussi con i beneficiari per il tramite dei comitati di distribuzione o dei leaders della comunità, e si deve elaborare un piano d'azione comune. Il comitato di distribuzione dovrebbe informare la popolazione sui cambiamenti e sulle ragioni che li hanno provocati, su quanto dureranno e quando verrà ripresa la distribuzione di razioni normali. È di fondamentale importanza comunicare chiaramente che cosa ciascuno dovrebbe ricevere. Per esempio, le quantità delle razioni dovrebbero essere esposte nei punti di distribuzione in posizioni ben visibili, descritte nella lingua locale e/o raffigurate graficamente, in modo che le persone sappiano a che cosa hanno diritto.

**8. Monitoraggio e valutazione** della distribuzione degli aiuti alimentari dovrebbero essere eseguiti a tutti i livelli della catena degli approvvigionamenti. Ai punti di distribuzione, dovrebbero realizzarsi pesature a campione casuale delle razioni ricevute dai nuclei familiari per accertare l'accuratezza e l'equità della distribuzione, e dovrebbero essere condotte interviste all'uscita dalla distribuzione. Al livello della comunità, visite a campione casuale ai nuclei familiari che ricevono gli aiuti alimentari possono contribuire a verificare l'accettabilità e l'utilità delle razioni, oltre a individuare eventuali soggetti che rispondono ai criteri di selezione ma non stanno ricevendo gli aiuti. Queste visite possono accertare anche se qualcuno stia ricevendo degli alimenti in più e da dove provengano (per esempio da requisizioni, reclutamento, sfruttamento sessuale o altro). Occorre considerare anche gli effetti più ampi sul sistema di distribuzione alimentare, come ripercussioni sul ciclo e le attività agricole, le condizioni di mercato e la disponibilità di fattori di produzione agricola.

## *Annotazioni*

# Appendice 1

## **Lista di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare - metodologia e relazioni**

Le valutazioni della sicurezza alimentare dovrebbero:

1. includere una chiara descrizione della metodologia
  - piano d'insieme e obiettivi
  - curriculum e numero degli operatori (se lavorano individualmente o in coppia)
  - selezione degli informatori chiave (sono rappresentativi di tutti i gruppi?)
  - composizione dei gruppi di discussione (focus groups o di altro genere)
  - criteri per la selezione degli informatori
  - tempi di attuazione della valutazione iniziale
  - schema di analisi e strumenti metodologici, compresi strumenti e tecniche PRA (Participatory Rural Appraisal);
2. basarsi su un approccio qualitativo, comprendente l'analisi di fonti secondarie di informazioni quantitative;
3. usare correttamente la terminologia (per esempio campionatura selettiva [purposive sampling], informatore chiave [key informant], focus group, terminologie tecniche specifiche);
4. coinvolgere le istituzioni locali a partecipare al processo di valutazione iniziale (per esempio, in certe situazioni di conflitto);
5. impiegare una serie appropriata di strumenti e tecniche PRA (che vengono applicati in sequenze per l'analisi e la triangolazione dei risultati);
6. coinvolgere una gamma rappresentativa dei vari gruppi, ripartiti anche secondo i mezzi di sussistenza, della popolazione colpita;



7. descrivere i limiti o gli ostacoli di ordine pratico alla valutazione;
8. descrivere l'estensione della valutazione iniziale, compresa la diffusione geografica, la gamma dei gruppi di sussistenza inclusi e altre stratificazioni pertinenti della popolazione (per esempio genere, etnia, gruppi tribali e così via);
9. includere interviste a rappresentanti dei competenti ministeri governativi e servizi pubblici, leader tradizionali, rappresentanti di organizzazioni chiave della società civile (gruppi religiosi, ONG locali, gruppi di pressione o di advocacy, associazioni di agricoltori/pastori, gruppi di donne) e rappresentanti di tutti i gruppi di sussistenza considerati.

**I risultati della relazione di valutazione dovrebbero contenere:**

1. la storia recente della sicurezza alimentare e altre politiche pertinenti precedenti la situazione attuale;
2. una descrizione dei diversi gruppi di sussistenza (gruppi definiti in base ai mezzi di sussistenza, livelihood group) e rispettiva situazione di sicurezza alimentare prima del disastro;
3. la sicurezza alimentare per i diversi gruppi di sussistenza prima del disastro;
4. l'impatto del disastro sul sistema alimentare e sulla sicurezza alimentare dei diversi gruppi di sussistenza;
5. individuazione dei gruppi di sussistenza particolarmente vulnerabili o più esposti a insicurezza alimentare nella situazione attuale;
6. gli interventi suggeriti, compresi mezzi per l'attuazione, attività di advocacy ed eventuali ulteriori valutazioni iniziali necessarie;
7. l'esatta natura, finalità e durata di qualsiasi risposta di aiuti alimentari, nel caso si ritenga opportuna una risposta di questo genere. Le risposte di aiuti alimentari devono essere motivate sulla base dei dati e dell'analisi descritti sopra.

# Appendice 2

## **Lista di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare**

Le valutazioni della sicurezza alimentare danno una classificazione di massima della popolazione per gruppi definiti in base ai mezzi di sussistenza, secondo le fonti o strategie da cui ricavano reddito o cibo. Si può includere anche la suddivisione della popolazione in base alla ricchezza dei gruppi o strati. È importante comparare la situazione attuale con la storia della sicurezza alimentare prima del disastro. Si possono prendere come linea di riferimento le cosiddette “annate medie”. È necessario tenere conto di ruoli e vulnerabilità specifici di uomini e donne, con le conseguenti implicazioni per la sicurezza alimentare del nucleo familiare. Possono essere importanti anche considerazioni sulle differenze della sicurezza alimentare all’interno di uno stesso nucleo familiare.

Questa lista di controllo copre le aree generali che normalmente si considerano nelle valutazioni della sicurezza alimentare. Si devono raccogliere ulteriori informazioni anche sul contesto più ampio del disastro (per esempio, situazione politica, numeri e movimenti della popolazione e così via), e possibilmente in relazione ad altri settori interessati (nutrizione, sanità, acqua e rifugi). La lista di controllo deve essere adattata al contesto locale e agli obiettivi della valutazione. Liste di controllo più dettagliate si trovano, per esempio, nella Field Operations Guide USAID (1998).

### **Sicurezza alimentare dei gruppi di sussistenza**

1. All’interno della comunità, vi sono gruppi che condividono le stesse strategie di sussistenza? Come possono essere classificati in base alla principale fonte di cibo o di reddito?

### **Sicurezza alimentare prima del disastro (linee guida)**

2. In che modo i diversi gruppi di sussistenza si procuravano cibo o reddito prima del disastro? In un’annata media del passato recente, quali erano le loro fonti di cibo e di reddito?

3. Come variavano da una stagione all'altra di una annata normale queste diverse fonti di cibo e di reddito? (Può essere utile compilare un calendario stagionale).
4. Considerando gli ultimi 5 o 10 anni, come è variata la sicurezza alimentare da un anno all'altro? (Può essere utile rappresentare su una linea del tempo annate buone e cattive).
5. Che genere di beni, risparmi o altre riserve possiedono i diversi gruppi di sussistenza (per esempio, scorte alimentari, risparmi in contanti, allevamenti di bestiame, investimenti, crediti, debiti non riscossi e così via)?
6. Nell'arco di una settimana o di un mese, in che cosa consistono le spese di un nucleo familiare e quale proporzione viene spesa per ogni voce?
7. Nel nucleo familiare, chi è responsabile dell'amministrazione del denaro, e come viene speso?
8. Quanto è accessibile il mercato più vicino per acquistare beni di prima necessità? (Si considerano distanza, sicurezza, mobilità, disponibilità di informazioni di mercato e così via).
9. Quali sono disponibilità e prezzi dei beni di prima necessità, alimenti compresi?
10. Prima del disastro, quali erano le condizioni di scambio medie tra fonti essenziali di reddito e cibo – per esempio il rapporto salari/ generi alimentari, bestiame/generi alimentari e così via?

### **Sicurezza alimentare durante il disastro**

11. Quali ripercussioni ha avuto il disastro sulle diverse fonti di cibo e di reddito dei gruppi di sussistenza individuati?
12. Quali ripercussioni ha avuto sui normali modelli stagionali di sicurezza alimentare per i diversi gruppi?
13. Quali ripercussioni ha avuto sull'accesso ai mercati, la disponibilità di mercato e i prezzi dei generi di prima necessità?
14. Quali sono le diverse strategie di risposta efficace dei vari gruppi di sussistenza, e che proporzione di persone vi è rispettivamente impegnata?

15. Come è cambiata questa situazione rispetto a prima del disastro?
16. Quale gruppo o popolazione ne risente di più?
17. Quali sono gli effetti a breve e medio termine delle strategie di risposta messe in atto dalla popolazione sui beni finanziari e di altro genere delle persone?
18. Per tutti i gruppi di sussistenza e i gruppi vulnerabili, quali sono gli effetti delle strategie di risposta messe in atto dalla popolazione sulla salute, sul benessere generale e la dignità? Esistono rischi associati a queste strategie?

# Appendice 3

## Risposte sulla sicurezza alimentare

La gamma dei possibili interventi per sostenere, proteggere e promuovere la sicurezza alimentare è ampia, e l'elenco che segue non li esaurisce tutti. Ogni intervento deve essere adattato al contesto locale e alla locale strategia di supporto della sicurezza alimentare, e come tale è unico per finalità e pianificazione. È importante tenere conto di una gamma di risposte e scelte di programmazione basate sull'analisi e la considerazione dei bisogni espressi. Interventi "preconfezionati", che non tengono conto delle priorità locali, raramente funzionano. Le risposte sono classificate in tre gruppi, relativi alle Norme sulla sicurezza alimentare 2-4:

- produzione primaria
- reddito e occupazione
- accesso a beni e servizi di mercato.

Le distribuzioni alimentari generali prestano assistenza alimentare gratuita direttamente ai nuclei familiari; per questo sono molto importanti per assicurare la sicurezza alimentare sul breve periodo.

### Produzione primaria

- *Distribuzione di sementi, attrezzi e fertilizzanti:* vengono forniti per incoraggiare la produzione agricola, come starter pack a chi ritorna, o per diversificare le colture. Spesso combinata a servizi di sviluppo agricolo, eventualmente ad addestramento tecnico.
- *Buoni per sementi e fiere:* si basano sulla distribuzione di buoni a potenziali acquirenti. Organizzare una fiera delle sementi per radunare potenziali venditori è di stimolo alla ricerca di sementi a livello locale, e offre agli acquirenti l'accesso a un'ampia scelta.
- *Servizi per lo sviluppo agricolo locale*
- *Addestramento e formazione in settori di rilievo*

- **Interventi sull'allevamento:** possono includere provvedimenti per la salute degli animali; riduzione del patrimonio zootecnico in situazioni di emergenza; ricostituzione del patrimonio zootecnico; distribuzione di mangimi e supplementi nutrizionali per gli animali; rifugi per gli animali; fornitura di fonti d'acqua alternative.
- **Distribuzione di reti e altre attrezzature per la pesca o per la caccia.**
- **Promozione della lavorazione degli alimenti.**

## Reddito e occupazione

- **Cash-for-work (CFW; denaro in cambio di lavoro)** offre opportunità di lavoro retribuito a nuclei familiari privi di sicurezza alimentare.
- **Food-for-work (FFW; cibo in cambio di lavoro)** offre a nuclei familiari privi di sicurezza alimentare opportunità di lavoro retribuito che porta, al tempo stesso, prodotti alimentari e benefici al nucleo familiare e alla comunità.
- **Food-for-recovery (FFR; cibo per recupero):** è una forma meno strutturata di food-for-work. Le attività possono contribuire a un recupero iniziale, e non dovrebbero richiedere supervisione tecnica dall'esterno.
- **Programmi generatori di reddito** permettono alle persone di diversificare le proprie fonti di reddito con programmi di attività in proprio su piccola scala. È compreso il supporto gestionale, la supervisione e l'attuazione pratica delle attività lavorative autonome.

## Accesso a beni e servizi di mercato

- **Supporto al mercato e alle infrastrutture:** fornisce mezzi di trasporto per permettere ai produttori di usufruire di mercati più lontani.
- **Riduzione del patrimonio zootecnico:** offre agli allevatori buoni prezzi per acquistare i loro capi in periodi di siccità, quando la pressione sulle risorse idriche è alta, i pascoli scarseggiano e i prezzi di mercato per il bestiame crollano.

- **Negozi a prezzi equi:** vendita di beni di prima necessità a prezzi controllati o sussidiati o in cambio di buoni o altri beni in natura.
- **Buoni alimentari o di cassa:** da scambiare nei negozi con alimenti e altri prodotti.
- **Supporto e assistenza tecnica a servizi governativi:** offre servizi di sviluppo agricolo e servizi veterinari.
- **Progetti di microfinanza:** per esempio, sistemi di erogazione di credito e metodi di risparmio (contributi, prestiti, banche del bestiame, conti di risparmio cooperativi e così via).

Si veda anche la nota bibliografica sulla sicurezza alimentare in Appendice 9.

# Appendice 4

## **Lista di controllo per la valutazione dello stato nutrizionale**

Di seguito sono riportate delle semplici domande per valutare lo stato nutrizionale, che tengono conto delle cause soggiacenti della malnutrizione, del grado di rischio nutrizionale e delle possibilità di risposta. Le domande si basano sullo schema concettuale delle cause della malnutrizione (v. p. 144). È probabile che le informazioni siano reperibili da varie fonti, e per raccoglierle saranno necessari diversi strumenti di valutazione, come interviste a informatori chiave, l'osservazione e l'esame di dati secondari (v. norme su Valutazione iniziale e Partecipazione, pp. 32-33).

1. Quali informazioni esistono sulla **situazione nutrizionale**?
  - a) Sono state condotte indagini nutrizionali?
  - b) Esistono dati clinici provenienti da ambulatori materno-infantili?
  - c) Esistono dati provenienti da centri nutrizionali terapeutici o supplementari?
  - d) Quali informazioni esistono sulla situazione nutrizionale della popolazione colpita prima della crisi in atto (anche se le persone non si trovano più nella stessa località)?
  
2. Qual è il *rischio di malnutrizione collegato a carenze della sanità pubblica*?
  - a) Sono documentati casi di malattie che possono avere ripercussioni sullo stato nutrizionale, come morbillo o diarrea acuta? Esiste il rischio che casi del genere si verifichino? (v. norme sul Controllo delle malattie contagiose, p. 283.)
  - b) Qual è la copertura stimata del vaccino contro il morbillo nella popolazione colpita? (v. Controllo delle malattie contagiose - Norma 2, p. 285.)



- c) Con il vaccino contro il morbillo, viene somministrata di routine vitamina A? Qual è la copertura stimata della supplementazione di vitamina A?
  - d) Sono stati calcolati i tassi di mortalità (sommari o al di sotto dei cinque anni)? Quali sono i risultati, e quali i metodi applicati? (v. Sistemi e infrastrutture sanitarie, Norma 1, p. 269).
  - e) C'è, o ci sarà, una variazione sensibile della temperatura ambientale che potrebbe avere ripercussioni sulla diffusione di infezioni respiratorie acute o sul fabbisogno energetico della popolazione colpita?
  - f) Vi è una incidenza elevata di HIV/AIDS, e le persone sono già vulnerabili alla malnutrizione a causa della povertà o cattiva salute?
  - g) Le persone sono state immerse nell'acqua o hanno indossato indumenti bagnati per periodi prolungati?
3. Qual è il rischio di malnutrizione collegato a una prevenzione inadeguata?
- a) Vi sono cambiamenti del modello di lavoro (per esempio a causa di fenomeni migratori o conflitto armato) che hanno comportato cambiamenti di ruoli e responsabilità all'interno del nucleo familiare?
  - b) Vi sono cambiamenti nella normale composizione dei nuclei familiari? Vi sono molti bambini separati?
  - c) Il normale ambiente di accudimento ha subito alterazioni (per esempio, a causa di migrazione forzata), con ripercussioni sull'accesso ad altre persone in grado di accudire i più vulnerabili, all'alimentazione per i bambini, all'acqua e così via?
  - d) Quali sono le normali pratiche di alimentazione dei neonati? Le madri somministrano latte artificiale o alimenti complementari industriali? In tal caso, esistono infrastrutture in grado di sostenere l'allattamento artificiale in condizioni di sicurezza?

- e) Vi sono prove che dimostrano donazioni o richieste di donazioni di sostituti del latte materno e alimenti per neonati, biberon e tettarelle?
  - f) Nelle comunità pastorali, le greggi sono state lontane dai bambini piccoli per periodi prolungati? L'accesso al latte ha subito cambiamenti rispetto al solito?
  - g) L'infezione da HIV/AIDS ha avuto ripercussioni sulle pratiche di accudimento al livello del nucleo familiare?
4. Qual è il **rischio di malnutrizione collegato al ridotto accesso agli alimenti**? V. Appendice 2 per una lista di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare.
5. Al momento, quali **strutture locali**, formali e informali, attraverso le quali potrebbero essere incanalati potenziali interventi sono operative?
- a) Qual è la capacità del Ministero della salute, delle organizzazioni religiose, dei gruppi di supporto di comunità per l'HIV/AIDS, dei gruppi di sostegno all'alimentazione dei neonati o delle ONG presenti nell'area a lungo o breve termine?
  - b) Che cosa è disponibile nella pipeline alimentare?
  - c) Si possono prevedere spostamenti della popolazione (per pascolo/assistenza/ lavoro) nel futuro immediato?
6. Quali **interventi nutrizionali o di supporto su base comunitaria erano già in atto** prima del disastro, organizzati da comunità locali, singoli, ONG, organizzazioni governative, agenzie delle NU, associazioni religiose e così via? Quali sono le politiche in materia di nutrizione (passate, in corso e decadute), le risposte nutrizionali pianificate per il lungo periodo e i programmi in corso di attuazione o in progetto come risposta alla situazione attuale?

# Appendice 5

## Misurazione della malnutrizione acuta

### Bambini al di sotto dei cinque anni

La tabella mostra gli indicatori correntemente applicati dei vari gradi di malnutrizione nei bambini di età compresa tra i 6 e i 59 mesi. Gli indici peso/altezza (WFH) dovrebbero essere ricavati dai dati di riferimento NCHS/CDC [National Center for Health Statistics/Centers for Disease Control]. Lo Z-score WFH è l'indice preferito per i risultati delle indagini antropometriche, e la percentuale della mediana si preferisce per stabilire l'idoneità alla terapia. L'indagine antropometrica non dovrebbe considerare la sola circonferenza media dell'avambraccio (MUAC), che rappresenta comunque uno dei migliori indicatori di prevedibilità della mortalità, soprattutto nei bambini più piccoli. Per questo è utilizzata spesso negli screening two-stage per l'ammissione ai programmi nutrizionali. I valori soglia comunemente usati per i bambini tra i 12 e i 59 mesi di età sono <12,5 cm: malnutrizione totale e <11,0 cm: malnutrizione grave.

	Malnutrizione totale*	Malnutrizione moderata	Malnutrizione grave
Bambini 6,0-59,9 mesi	• < -2 Z score WFH o 80% WFH mediana e/o edema nutrizionale	• da -3 a < -2 Z score WFH o 70% a < 80% WFH mediana	• < -3 Z score WFH o < 70% WFH mediana e/o edema nutrizionale

\* detta anche malnutrizione globale

A parte la presenza di edema nutrizionale, per la malnutrizione nei bambini al di sotto dei sei mesi non esistono valori di soglia antropometrici universalmente accettati. I dati del NCHS/CDC sulla crescita sono poco utili perché ricavati da una popolazione di neonati allattati artificialmente, che presentano un andamento della crescita diverso da quelli allattati al seno. Ciò significa che in questa fascia di età la malnutrizione tende a essere sovrastimata; per stabilire se rappresenta veramente un problema, è importante accertare il tipo di alimentazione dei neonati, in particolare l'accesso al latte materno, ed eventuali patologie.

## **Altre fasce d'età: bambini più grandi, adolescenti, adulti e anziani**

Non esistono definizioni accettate a livello internazionale per la malnutrizione acuta nelle altre fasce d'età. Ciò si deve in parte al fatto che le differenze etniche nell'andamento della crescita cominciano a essere visibili dopo i cinque anni, rendendo poco realistico l'uso di una sola popolazione di riferimento per la comparazione di tutti i gruppi etnici. Un'altra ragione è che, nella maggior parte dei casi, le informazioni sullo stato nutrizionale della fascia 6-59 mesi è sufficiente per decidere sulla pianificazione e di conseguenza la ricerca sulla malnutrizione in altre fasce d'età ha avuto pochi stimoli.

Nelle grandi emergenze nutrizionali, però, può essere necessario includere nelle valutazioni iniziali o nei programmi bambini più grandi, adolescenti, adulti o anziani. L'indagine sulle fasce d'età diverse dai bambini tra i 6 e i 59 mesi dovrebbe essere intrapresa soltanto se:

- viene intrapresa contestualmente un'analisi approfondita della situazione, che dovrebbe includere l'analisi delle cause della malnutrizione. Soltanto se dai risultati di quest'ultima si ricava che lo stato nutrizionale dei bambini più piccoli non rispecchia quello della popolazione generale, si prenderà in considerazione l'indagine nutrizionale di un'altra fascia d'età;
- sono disponibili competenze tecniche che garantiscano la qualità della raccolta dei dati, la corretta analisi e presentazione e interpretazione dei risultati;
- si è tenuto conto delle risorse e/o dei costi dell'indagine su altre fasce d'età;
- vengono formulati obiettivi dell'indagine chiari e ben documentati.

Gli studi per definire gli indici della malnutrizione più idonei per soggetti di età superiore ai 59 mesi sono in corso, e le informazioni sono soggette a cambiare nei prossimi anni.

### **Bambini più grandi (5-9 anni)**

In assenza di misurazioni alternative dello stato nutrizionale dei bambini più grandi, per calcolare lo Z-score WFH e la percentuale mediana si raccomanda di utilizzare le indicazioni del NCHS/CDC, applicando gli

stessi valori di soglia dei bambini più piccoli (v. tabella sopra). Si deve valutare anche l'edema nutrizionale.

## **Adolescenti (10-19 anni)**

Non esiste una definizione chiara, sperimentata e universalmente accettata della malnutrizione negli adolescenti. Un orientamento per la valutazione si trova nella nota bibliografica in Appendice 9.

## **Adulti (20-59 anni)**

Non esistono definizioni universalmente accettate per la malnutrizione acuta negli adulti, ma l'esperienza indica che i valori di soglia per la malnutrizione grave potrebbero essere al di sotto di un Indice di massa corporea (BMI) pari a 16. L'indagine sulla malnutrizione negli adulti dovrebbe raccogliere dati su peso, altezza, altezza da seduti e MUAC, che possono essere usati per calcolare il BMI. Questo deve essere adattato all'indice schelico (rapporto tra altezza in piedi e altezza da seduti) per fare comparazioni tra popolazioni diverse. Tale adattamento può modificare sostanzialmente l'apparente diffusione della sottanutrizione negli adulti, e può avere importanti implicazioni programmatiche. La MUAC deve essere sempre misurata. Se sono necessari risultati immediati, o se le risorse sono fortemente limitate, l'indagine si può basare sulla sola misurazione della MUAC.

Poiché l'interpretazione dei dati antropometrici è resa più complessa dalla carenza di dati convalidati sull'outcome funzionale e di parametri per stabilire il significato dei risultati, l'interpretazione dei risultati deve avvenire alla luce di informazioni dettagliate sul contesto. Un orientamento per la valutazione si trova nella nota bibliografica.

I criteri per lo screening dei soggetti da ammettere e dimettere alla terapia nutrizionale devono includere una combinazione di indici antropometrici, segnali clinici e fattori sociali (per esempio, accesso agli alimenti, presenza di persone che accudiscono i soggetti più vulnerabili, rifugi e così via). Si noti che, negli adulti, l'edema può avere molte cause diverse dalla malnutrizione, e i medici dovrebbero valutarlo attentamente per escludere altre cause. Le singole organizzazioni umanitarie dovrebbero decidere l'idoneità alla terapia in base all'indice, tenendo conto dell'accertata insufficienza del BMI, della mancanza di informazioni sul MUAC e delle

implicazioni che il loro uso ha sul programma. Definizioni provvisorie della malnutrizione negli adulti che possono essere utilizzare nello screening per la terapia si trovano nella nota bibliografica.

La MUAC può essere impiegata come strumento di screening per le donne in gravidanza (per esempio, come criterio per la partecipazione a un programma nutrizionale). Visto l'accresciuto fabbisogno nutrizionale, le donne in gravidanza possono essere più a rischio di altri gruppi della popolazione (v. Supporto nutrizionale generale – Norma 2, p. 149). La MUAC non subisce cambiamenti di rilievo nel corso della gravidanza. Si è osservato che MUAC <20,7 cm (rischio grave) e <23,0 cm (rischio moderato) comportano il rischio di un ritardo nella crescita del feto. È probabile che tale rischio vari secondo la popolazione.

## Anziani

Al momento non esistono definizioni universalmente accettate per la malnutrizione degli anziani, che in situazioni di emergenza possono comunque essere a rischio. L'OMS suggerisce che le soglie di BMI degli adulti possano essere applicate anche agli anziani tra i 60 e i 69 anni, ma con le stesse problematiche. Negli anziani, inoltre, la misurazione risulta meno precisa a causa dell'incurvamento della schiena e della compressione delle vertebre. Invece dell'altezza si può misurare l'apertura o la semiapertura delle braccia, ma il fattore di moltiplicazione per calcolare l'altezza varia da una popolazione all'altra. La MUAC può essere uno strumento utile per misurare la malnutrizione negli anziani, ma la ricerca sui valori di soglia più appropriati è ancora in corso.

## Disabili

Al momento non esistono direttive per la misurazione dei soggetti con disabilità fisiche che, quindi, risultano spesso esclusi dalle indagini antropometriche. Si rende dunque necessaria una valutazione visiva. La misurazione della MUAC può essere fuorviante nei casi in cui il muscolo del braccio risulti potenziato perché usato per aiutare la mobilità. Esistono alternative alla misura standard dell'altezza, come la lunghezza, l'apertura o semiapertura delle braccia, la lunghezza della gamba. Per stabilire il sistema più adatto di misurazione dei disabili è necessario consultare i risultati degli studi più recenti.

# Appendice 6

## **Criteri di valutazione della rilevanza di carenze di vitamina A e iodio per interventi di sanità pubblica**

### **Indicatori della carenza di vitamina A (xeroftalmo) nei bambini tra i 6 e i 71 mesi di età**

(la diffusione di uno o più indicatori segnala un problema di sanità pubblica)

Indicatore	Incidenza minima
Nictalopia (presente a 24-71 mesi)	> 1%
Macchie di Bitot	> 0,5%
Xerosi/ulcera corneale/cheratomalacia	> 0,01%
Cicatrici corneali	> 0,05%

### **Indicatori del deficit di iodio (gozzo)**

Gli indicatori riportati nella tabella sono quelli che possono essere misurati in una situazione di emergenza. La prevalenza di almeno uno e, più decisamente, due indicatori segnala un problema di sanità pubblica. Questi indicatori del deficit di iodio possono essere problematici: in molti contesti di emergenza, infatti, può non essere possibile misurare gli indicatori biochimici, e l'accertamento clinico è soggetto a un alto grado di imprecisione. Ciononostante, mentre l'accertamento dello iodio urinario è necessario per delineare un quadro completo del dosaggio di iodio, una indicazione approssimativa della gravità della situazione può essere ricavata dall'analisi clinica di un campione valido di bambini tra i 6 e i 12 anni.

	Gravità del problema di sanità pubblica (incidenza)			
Indicatore	Popolaz. bersaglio	Lieve	Moderata	Severa
Tasso totale gozzo (% della popolaz.)	bambini in età scolare*	5-19,9	20-29,9	$\geq 30,0$
Valore medio ioduria ( $\mu\text{g/l}$ )	bambini in età scolare*	50-99	20-49	$< 20$

\*preferibilmente di età compresa tra i 6 e i 12 anni



# Appendice 7

## Fabbisogno nutrizionale

Le cifre che seguono possono essere utilizzate ai fini della pianificazione nella fase iniziale di un'emergenza:

Nutriente	Fabbisogno medio della popolazione
Energia	2.100 kcal
Proteine	10-12% dell'energ. totale (52g-63g), ma <15%
Grassi	17% dell'energia totale (40g)
Vitamina A	1,666 IU (o 0,5mg retinolo equivalenti)
Tiamina (B1)	0,9mg (o 0,4mg per 1.000 kcal assunte)
Riboflavina (B2)	1,4mg (o 0,6mg per 1.000 kcal assunte)
Acido folico	160 µg
Niacina (B3)	12,0mg (o 6.6mg per 1.000 kcal assunte)
Vitamina B12	0,9 µg
Vitamina C	28,0mg
Vitamina D	3,2 - 3,8 µg calciferolo
Ferro	22mg (biodisponibilità bassa: 5-9%)
Iodio	150 µg
Magnesio*	201 mg
Zinco*	12,3 mg
Selenio*	27,6 µg
Vitamina E*	8,0 mg alpha-TE
Vitamina K*	48,2 µg
Biotina*	25,3 µg
Pantotenato*	4,6 µg

Fonte: WHO, *Management of Nutrition in Major Emergencies*, 2000

\*fabbisogno provvisorio. Fonte: FAO/WHO, 2002 *Human Vitamin and Mineral Requirements*. Report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand. FAO, Roma.

Prima di utilizzare i dati della tabella sopra, vi sono due punti importanti da considerare. In primo luogo, il fabbisogno medio pro capite per gruppi di popolazione accorpa il fabbisogno di tutte le fasce d'età e di entrambi i sessi. Pertanto i dati non sono specifici per una fascia d'età o un sesso, e non devono essere interpretati come fabbisogno di un individuo. In secondo luogo, questi dati si basano su un particolare profilo demografico, come segue:

<b>Gruppo</b>	<b>% della popolazione</b>
0-4 anni:	12
5-9 anni:	12
10-14 anni:	11
15-19 anni:	10
20-59 anni:	49
60+ anni:	7
Donne in gravidanza:	2,5
In allattamento:	2,5
Maschi/femmine:	51/49

Poiché la struttura demografica è diversa da una popolazione all'altra, la variazione influisce sul fabbisogno nutrizionale della popolazione interessata. Per esempio, se in una popolazione di rifugiati il 26% è di età inferiore ai cinque anni e il 50% è costituito da maschi e il 50% da femmine, il fabbisogno energetico scende a 1.940 kcal.

Il fabbisogno di energia e di proteine deve essere adattato sui seguenti fattori:

- la struttura demografica della popolazione, in particolare la percentuale dei soggetti al di sotto dei cinque anni e la percentuale delle femmine (questo dato può variare in popolazioni affette da HIV/AIDS);

- il peso corporeo medio degli adulti e il peso reale, diffuso o auspicabile. Il fabbisogno aumenta se il peso corporeo medio è superiore ai 60 kg per i maschi adulti e ai 52 kg per le femmine adulte;
- il grado di attività necessario a mantenere una vita produttiva. Il fabbisogno aumenta se il grado di attività è più che leggero (cioè  $1,55 \times$  tasso metabolico basale per gli uomini e  $1,56$  per le donne);
- temperatura ambientale media e capacità di rifugio e abbigliamento. Con temperature inferiori ai  $20^{\circ}\text{C}$ , il fabbisogno aumenta;
- lo stato nutrizionale e di salute della popolazione. Il fabbisogno aumenta se la popolazione è malnutrita e ha un fabbisogno maggiore per recuperare. L'incidenza di HIV/AIDS può influire sul fabbisogno nutrizionale medio della popolazione (v. Supporto nutrizionale generale – Norma 2, p. 149). Se le razioni generali dovranno essere o no adatte a questi bisogni, dipenderà dalle raccomandazioni internazionali correnti.

Se non è possibile inserire queste informazioni nella valutazione iniziale, si possono prendere come base minima, in prima istanza, le cifre riportate nella tabella.

# Appendice 8

## **Lista di controllo per la gestione logistica della catena degli approvvigionamenti**

1. I contratti di acquisto prevedono pagamento alla consegna, resa dei prodotti avariati e penali per eventuali deviazioni da quanto stabilito nel contratto non dovute a forza maggiore.
2. I trasportatori e gli addetti alle consegne si assumono la responsabilità totale per gli alimenti loro affidati e rifondono eventuali perdite.
3. Le strutture di deposito sono sicure e pulite, e proteggono gli alimenti da danni e/o sprechi.
4. Si prendono provvedimenti atti a ridurre al minimo gli sprechi.
5. Tutti gli sprechi sono individuati e motivati.
6. Gli alimenti all'interno di container danneggiati vengono recuperati per quanto possibile.
7. Gli alimenti vengono ispezionati a intervalli regolari, e tutti quelli sospetti vengono analizzati. Gli articoli non idonei vengono certificati e smaltiti secondo procedure chiaramente definite e nel rispetto dei regolamenti nazionali di sanità pubblica. Si evita di riciclare sul mercato i prodotti non idonei.
8. Gli inventari periodici sono eseguiti da personale competente non coinvolto nel progetto in esame, e quadrano con il bilancio scorte.
9. A intervalli regolari, vengono compilate e messe a disposizione di tutte le parti interessate relazioni di inventario.
10. Tutte le transazioni sono opportunamente documentate da bolle di accompagnamento.
11. Tutte le ricevute, le cifre e i bilanci sono documentati nei libri inventario.

12. Si eseguono revisioni a tutti i livelli della catena degli approvvigionamenti, compresa la gestione generale del processo.
13. I veicoli per il trasporto degli alimenti sono in buone condizioni; i vani di carico non presentano bordi sporgenti che possano danneggiare le confezioni e sono adeguatamente protetti dagli agenti atmosferici (per esempio, con teli incerati).
14. I veicoli non trasportano altri materiali commerciali e/o pericolosi insieme con gli alimenti.
15. I veicoli non hanno trasportato in passato materiali pericolosi e sono privi di residui.

Fonti: WFP, *Emergency Field Operations Pocketbook*, 2002 e CARE, manuale *Food Resource Management*.

# Appendice 9

## Nota bibliografica

Grazie al programma online sulle migrazioni forzate del Refugee Studies Centre dell'Università di Oxford, molti dei documenti elencati hanno ottenuto la licenza dal copyright e sono consultabili in un apposito link di Sfera: <http://www.forcedmigration.org>

## Strumenti giuridici internazionali

*Diritto a un'adeguata alimentazione* (articolo 11 della *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*), CESCR General Comment 12, 12 maggio 1999. U.N. Doc E/C. 12/1999/5. United National Economic and Social Council, 1999. <http://www.unhchr.ch>

Cotula, L. e Vidar, M., *The Right to Adequate Food in Emergencies*. FAO Legislative Study 77, 2003. Food and Agriculture Organisation of the UN. Roma. <http://www.fao.org/righttofood>

Pejic, J., *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework*, in "International Review of the Red Cross", vol. 83, n. 844, 2001, p. 1097. Genève. <http://www.icrc.org>

United Nations, Report by the Special Rapporteur on the Right to Food, Mr. Jean Ziegler, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 2001/25, UN document E/CN. 4/2002/58, 2002 <http://www.righttofood.org> [Nazioni Unite, Rapporto del relatore speciale sul diritto all'alimentazione, Jean Ziegler, presentato in conformità con la risoluzione 25/2001 della Commissione diritti umani, 2002]

Assemblea generale delle NU, *Preliminary Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the Right to Food*. Jean Ziegler, 2001. <http://www.righttofood.org> [Rapporto preliminare del relatore speciale della Commissione diritti umani sul diritto all'alimentazione]

## Valutazione della sicurezza alimentare

CARE (di prossima pubblicazione), *Program Guidelines for Conditions of Chronic Vulnerability*. CARE East/Central Africa Regional Management Unit. Nairobi.

Frieze, J (di prossima pubblicazione), *Food Security Assessment Guidelines*. Oxfam GB. Oxford.

Longley, C, Dominguez, C, Saide, MA e Leonardo, WJ, *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems*, in "Disasters", n. 26, 2002, pp. 343-355. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

Mourey, A, *Assessing and Monitoring the Nutritional Situation*. ICRC. Genève, 1999.

Seaman, J, Clark, P, Boudreau, T e Holt, J, *The Household Economy Approach: A Resource Manual for Practitioners. Development Manual 6*. Save the Children. London, 2000.

USAID, *Field Operations Guide (FOG) for Disaster Assessment and Response*. U.S. Agency for International Development/Bureau for Humanitarian Response/Office of Foreign Disaster Assistance, 1998. <http://www.info.usaid.gov/ofda>

WFP, *Food and Nutrition Handbook*. World Food Programme of the United Nations. Roma, 2000.

WFP, *Emergency Field Operations Pocketbook*. World Food Programme of the United Nations. Roma, 2002.

## Sistemi di informazione sulla sicurezza alimentare

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET) [Sistemi di allerta precoce per carestie]: <http://www.fews.net>

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS) [Sistemi di informazione e mappatura della precarietà e vulnerabilità alimentare ]: <http://www.fivims.net/index.jsp>

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture (GIEWS), [Sistema globale di informazione e allerta precoce su alimentazione e agricoltura], Food and Agriculture Organisation of the United Nations. <http://www.fao.org>

## Valutazione antropometrica

Collins, S, Duffield, A e Myatt, M, *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. Genève, 2000. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adults/index.htm>

UN ACC Sub Committee on Nutrition, *Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies*. Rapporto di un gruppo di lavoro speciale dello SCN [Standing Committee on Nutrition] in occasione di un incontro speciale sulle emergenze, in "SCN News", 2001, n. 22, pp. 49-51. Genève. <http://www.unsystem.org/scn/publications>

Woodruff, B e Duffield, A, *Adolescents: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. Genève, 2000. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adolescents/index.htm>

Young, H e Jaspars, S, *Nutrition Matters*. Intermediate Technology Publications. London, 1995.

Metodi per la misurazione dello stato nutrizionale e della mortalità: <http://www.smartindicators.org>

## Interventi sulla sicurezza alimentare

Alidri, P, Doorn, J v., El-Soghbi, M, Houtart, M, Larson, D, Nagarajan, G e Tsilikounas, C, *Introduction to Microfinance in Conflict-Affected Communities*. International Labour Office e UNHCR. Genève, 2002. <http://www.ilo.org>

CRS, *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa*. Catholic Relief Services, in collaborazione con Overseas Development Institute e the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Lumsden, S e Naylor, E (di prossima pubblicazione), *Cash-For-Work Programming. A Practical Guide*. Oxfam GB. Oxford.



Powers, L, *Livestock Interventions: Important Principles*, OFDA. Office of US Foreign Disaster Assistance, USAID. Washington, 2002. <http://www.usaid.gov>

Remington, T, Maroko, J, Walsh, S, Omanga, P e Charles, E, *Getting Off the Seeds-and-Tools Treadmill with CRS Seed Vouchers and Fairs*. in "Disasters", n. 26, 2002, pp. 316-328. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

## **Manuali sull'emergenza nutrizionale generale**

Prudhon, C, *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*. Paris, 2002.

UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Genève, 2002.

WFP, *Food and Nutrition Handbook*. Roma, 2000

WHO, *The Management of Nutrition in Major Emergencies*. Genève, 2000. <http://www.who.int>

## **Gruppi a rischio**

FAO/WHO, *Living Well with HIV/AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Roma, 2002. <http://www.fao.org>

HelpAge International, *Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action*. Nairobi, 2001. <http://www.helpage.org/publications>

Piwoz, E e Preble, E, *HIV/AIDS and Nutrition: a Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa*. USAID Washington, 2000. <http://www.aed.org>.

Winstock, A, *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children*. Winslow Press. Bicester, UK, 1994.

## Alimentazione di neonati e bambini piccoli

Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies, *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice*, 1999.

<http://www.enonline.net>

FAO/WHO, Codex Standard for Infant Formula, *Codex STAN 72-1981 (modificato 1983, 1985, 1987) Codex Alimentarius, Volume 4: Foods for Special Dietary Uses*, II edizione. Roma, 1994 (in fase di revisione). <http://www.codexalimentarius.net>

Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, *Infant Feeding in Emergencies Operational Guidance*. London, 2001. <http://www.enonline.net>

WHO/UNICEF/LINKAGES/IBFAN/ENN, *Infant Feeding in Emergencies: Module 1 for Emergency Relief Staff (Revision 1)*, 2001. <http://www.enonline.net>

WHO, *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*, 1981. Per il testo integrale del codice e risoluzioni dell'assemblea dell'OMS: <http://www.ibfan.org/english/resource/who/fullcode.html>

## Alimentazione terapeutica

WHO, *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*. Genève, 1999.

<http://www.who.int/nut>

## Deficit di micronutrienti

ICCIDD/UNICEF/WHO, *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers*, II edizione, Genève, 2001. <http://www.who.int/nut>

UNICEF/UNU/WHO, *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers*. Genève, 2001. <http://www.who.int/nut>

WHO, *Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment*

*and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia*. II edizione, Genève, 1997. <http://www.who.int/nut>

WHO, *Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies*, 2000. Genève. <http://www.who.int/nut>

WHO, *Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Genève, 1999. <http://www.who.int/nut>

WHO, *Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Genève, 1999. <http://www.who.int/nut>

## **Aiuti alimentari**

Jaspars S, e Young, H, *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities*. in “Good Practice Review”, n. 3, Relief and Rehabilitation Network, Overseas Development Institute. London, 1995.

OMNI, *Micronutrient Fortification and Enrichment of PL480 Title II Commodities*, 1994.

UNHCR, UNICEF, WFP, WHO, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children’s Fund, World Food Programme, World Health Organisation. Genève, 2002.

WFP, *Emergency Field Operations Pocketbook*. Roma, 2002.

WFP, *Food and Nutrition Handbook*. World Food Programme. Roma, 2000.

## *Annotazioni*



# Capitolo 4: Norme minime in materia di rifugi, insediamenti e articoli non alimentari

# Come usare questo capitolo

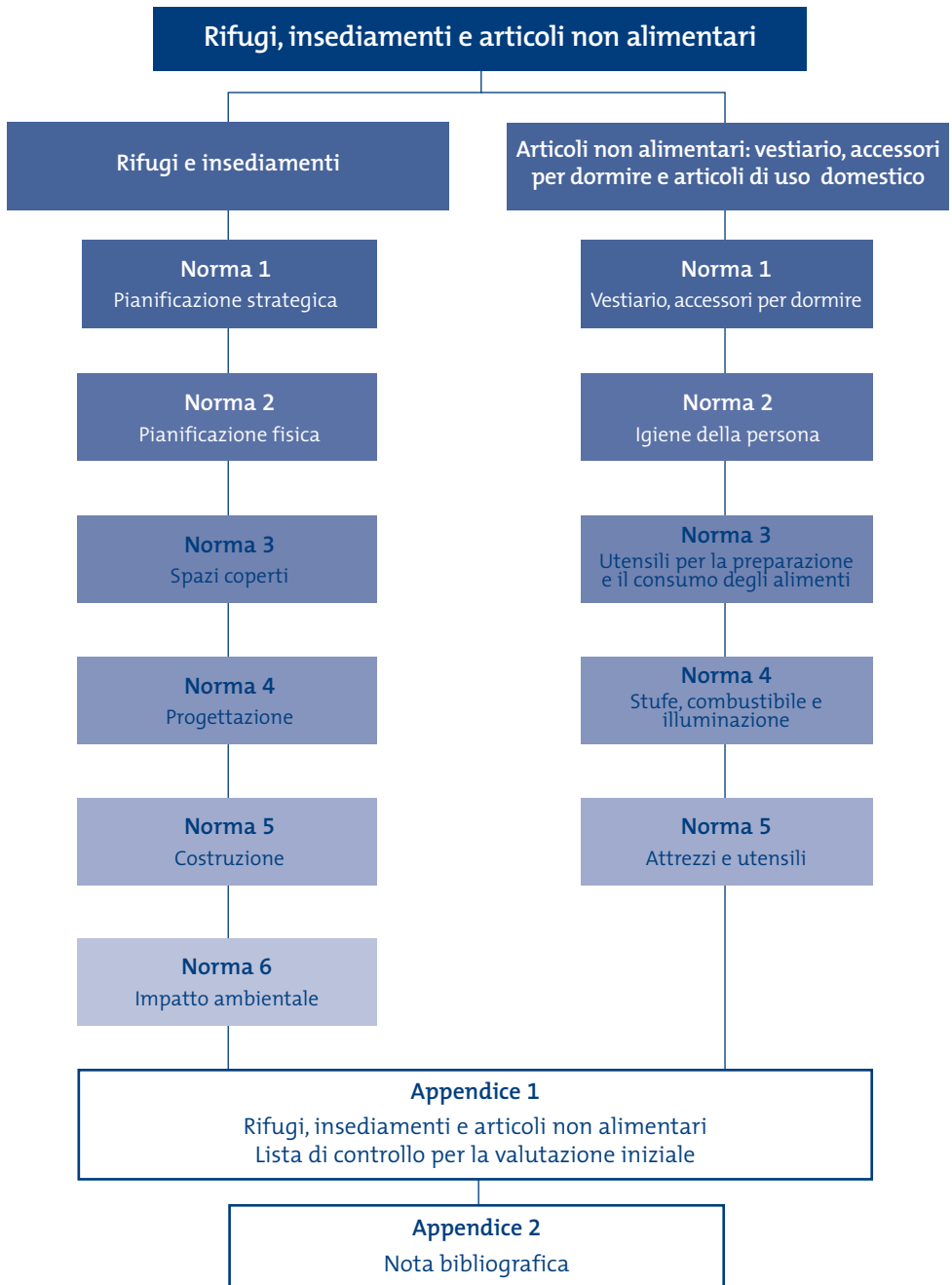
Il presente capitolo si articola in due sezioni: 1) rifugi e insediamenti e 2) articoli non alimentari: vestiario, accessori per dormire e articoli di uso domestico. Entrambe le sezioni presentano norme generali, applicabili in diversi contesti di risposta a disastri, come il ritorno alle abitazioni lesionate e la loro riparazione, la sistemazione presso famiglie ospitanti, rifugi collettivi in edifici e strutture esistenti e in accampamenti temporanei progettati o auto-organizzati. Entrambe le sezioni sono articolate come segue:

- *norme minime*: sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi da raggiungere nelle risposte in materia di rifugi, insediamenti e articoli non alimentari;
- *indicatori chiave*: sono “segnali” che attestano se la norma ha trovato attuazione o meno. Rappresentano un modo per misurare e comunicare l’impatto, o risultato, dei programmi, così come i procedimenti e i metodi seguiti. Gli indicatori possono essere qualitativi o quantitativi;
- *note di orientamento*: riuniscono aspetti specifici da considerare quando si applicano le norme e gli indicatori nelle varie situazioni, forniscono un orientamento per affrontare difficoltà di ordine pratico, e consigli sulle questioni prioritarie. Possono comprendere anche argomenti critici relativi a norme o indicatori, e descrivono dubbi, controversie o lacune nello stato attuale delle conoscenze.

L’Appendice 1 riporta una lista di controllo per la valutazione dei bisogni. L’Appendice 2 presenta ulteriori fonti di informazioni che offrono una guida pratica selezionata.

# Sommario

Introduzione .....	217
1. Rifugi e insediamenti .....	221
2. Articoli non alimentari: vestiario, accessori per dormire e articoli di uso domestico .....	240
Appendice 1: Lista di controllo per la valutazione iniziale relativa a rifugi, insediamenti e articoli non alimentari .....	248
Appendice 2: Nota bibliografica .....	254





# Introduzione

## Rimandi agli strumenti giuridici internazionali

Le Norme minime in materia di rifugi, insediamenti e articoli non alimentari sono un'espressione pratica dei principi e dei diritti presentati nella Carta Umanitaria. La Carta Umanitaria si occupa dei requisiti elementari che sostengono la vita e la dignità delle persone colpite da calamità o da conflitto, secondo quanto espresso nel corpus legislativo internazionale relativo ai diritti umani e dei rifugiati e nel diritto internazionale umanitario. Nella risposta umanitaria, rifugio temporaneo e insediamento sono espressioni comuni che rientrano nel diritto all'abitazione, sancito dal diritto internazionale sui diritti umani.

Tutti hanno diritto a un'abitazione adeguata. Tale diritto è riconosciuto negli strumenti giuridici internazionali e prevede il diritto a vivere in sicurezza, pace e dignità e il diritto di possesso. Aspetti essenziali del diritto all'abitazione sono: disponibilità di servizi, strutture materiali e infrastrutture; accessibilità economica e fisica; abitabilità; adeguatezza della posizione; adeguatezza culturale. Il diritto all'abitazione si estende anche a beni e servizi, quali accesso sostenibile a risorse naturali e comuni; acqua potabile sicura; energia per la preparazione degli alimenti, il riscaldamento e l'illuminazione; servizi igienico-sanitari e lavanderia; mezzi per la conservazione degli alimenti; smaltimento dei rifiuti; drenaggio; e servizi di emergenza. Le persone devono avere spazio adeguato e protezione dal freddo, dall'umidità, dal caldo, dalla pioggia, dal vento e da altre minacce alla salute, da rischi strutturali e da vettori di malattie. L'ubicazione appropriata dell'insediamento e dell'abitazione deve permettere l'accesso ai servizi sanitari, alle scuole, agli asili nido e altre strutture sociali e a opportunità di sostentamento. Il modo in cui l'abitazione è costruita, i materiali impiegati e le politiche in materia devono permettere l'adeguata espressione dell'identità culturale e della diversità nel modo di abitare.

Il diritto all'abitazione è indissolubilmente legato ad altri diritti umani, quali il diritto alla protezione dallo sfratto, da molestie e da altre minacce alla sicurezza e al benessere fisico, il diritto di tutti a essere

protetti contro l'allontanamento forzato arbitrario dalla propria abitazione o luogo abituale di residenza, e la proibizione di aggressioni armate indiscriminate contro obiettivi civili.

Le Norme minime di questo capitolo non rappresentano un'espressione completa del diritto all'abitazione. Tuttavia, le norme Sfera rispecchiano l'essenza di tale diritto e contribuiscono alla sua realizzazione a livello globale.

## **L'importanza dei rifugi, degli insediamenti e degli articoli non alimentari in caso di disastri**

Il rifugio è un elemento determinante per la sopravvivenza nelle prime fasi di una situazione di disastro. Oltre che per la sopravvivenza, il rifugio è necessario per dare tranquillità e sicurezza personali e protezione dagli agenti atmosferici, e per aumentare la resistenza a uno stato di salute precario e alle malattie; è importante anche per preservare la dignità e sostenere la vita della famiglia e della comunità nei limiti del possibile in circostanze difficili.

Le risposte in materia di rifugi, insediamenti e articoli non alimentari associati dovrebbero sostenere le strategie di risposta comuni messe in atto dalla popolazione, e dovrebbero includere nel processo il massimo grado possibile di autosufficienza e autogestione. Qualsiasi risposta in questo campo dovrebbe inoltre ridurre al minimo gli effetti avversi a lungo termine sull'ambiente, massimizzando al tempo stesso le possibilità per le comunità colpite di mantenere o ripristinare le attività di supporto alla sussistenza.

Il livello più personale di risposta al bisogno di abitazione e di mantenimento della salute, della riservatezza e della dignità è la dotazione di vestiario, coperte e accessori per dormire. Le persone hanno bisogno anche di articoli essenziali per la cura dell'igiene, per la preparazione e il consumo degli alimenti e per trovare il necessario benessere termico. Spesso i nuclei familiari colpiti da disastri e sfollati dalle loro residenze possiedono soltanto ciò che sono riusciti a recuperare e trasportare, e può essere necessario fornire loro gli articoli non alimentari utili a far fronte a bisogni essenziali.

Il tipo di risposta necessario per fare fronte ai bisogni delle persone e delle famiglie colpite dal disastro è determinato da alcuni fattori chiave, come la natura e la portata del disastro e la conseguente perdita dell'abitazione, le condizioni climatiche e l'ambiente locale, la situazione politica e della

sicurezza, il contesto (rurale o urbano) e la capacità della comunità di reagire e affrontare la situazione. Occorre inoltre tenere nella giusta considerazione i diritti e i bisogni dei soggetti colpiti in misura secondaria, come una eventuale comunità ospitante. Qualsiasi risposta dovrebbe basarsi sulla conoscenza delle iniziative che le stesse famiglie colpite intraprendono, nel periodo immediatamente successivo al disastro, utilizzando le proprie capacità e risorse materiali per procurarsi un rifugio temporaneo o avviare la costruzione di nuovi alloggi a più lungo termine. Le risposte in materia di rifugio devono mettere le famiglie colpite in condizione di passare gradualmente da soluzioni di emergenza a soluzioni stabili entro un periodo di tempo ragionevolmente breve, e tenendo conto delle limitazioni all'acquisizione delle risorse necessarie.

La partecipazione delle donne ai programmi può contribuire a garantire che tutti i membri della popolazione colpita dal disastro abbiano accesso equo e sicuro a rifugi, vestiario, materiali da costruzione, attrezzi per la produzione di alimenti e altri articoli essenziali. Le donne dovrebbero essere consultate su varie questioni, come la sicurezza e la riservatezza, le fonti e i mezzi per la raccolta del combustibile per la cottura degli alimenti e il riscaldamento, e su come assicurare un equo accesso ad alloggi e approvvigionamenti. È necessaria un'attenzione particolare per prevenire e rispondere alla violenza di genere e allo sfruttamento sessuale; per questo è importante incoraggiare, ovunque sia possibile, la partecipazione delle donne alla progettazione e attuazione dei programmi su rifugi e insediamenti.

## **Collegamenti con gli altri capitoli**

Molte delle norme presentate negli altri capitoli settoriali sono pertinenti anche a questo. In molti casi, i progressi compiuti verso il rispetto delle norme in un settore si ripercuotono, quando addirittura non li determinano, sui progressi compiuti in altri settori. Perché una risposta sia efficace, sono necessari lo stretto coordinamento e la collaborazione tra diversi settori. Per garantire che i bisogni siano soddisfatti, che gli interventi non siano duplicati e che la qualità della risposta su rifugi e insediamenti sia ottimizzata, è importante anche il coordinamento con le autorità locali e con altre organizzazioni operanti.

Per esempio, nelle zone in cui si sta provvedendo ai rifugi, il complementare approvvigionamento di acqua adeguata per quantità e qualità, e la dotazione

di servizi igienico-sanitari, sono condizioni necessarie per garantire la salute e la dignità delle famiglie colpite; per converso, la disponibilità di un rifugio adeguato contribuisce alla salute e al benessere delle famiglie sfollate, mentre l'attrezzatura essenziale per preparare e consumare gli alimenti è necessaria per consentire la fruizione dell'assistenza alimentare e il soddisfacimento dei bisogni nutrizionali. Dove è opportuno, sono indicati i rimandi alle specifiche norme o note di orientamento di altri capitoli tecnici.

## **Rimandi alle norme comuni a tutti i settori**

Il processo di pianificazione e attuazione di un intervento è decisivo ai fini della sua efficacia. Questo capitolo deve essere utilizzato unitamente alle norme comuni a tutti i settori (v. capitolo 1, p. 25). In particolare, la partecipazione degli stessi soggetti colpiti dal disastro, compresi i gruppi vulnerabili elencati più avanti, deve essere incoraggiata al massimo in qualsiasi tipo di risposta, al fine di garantirne adeguatezza e qualità.

## **Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite da disastri**

In situazioni di emergenza, i gruppi più spesso a rischio sono le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le persone affette da HIV/AIDS. In alcuni contesti possono essere motivo di vulnerabilità l'origine etnica, l'affiliazione religiosa o politica, la condizione di sfollato. Questo elenco non esaurisce le categorie più a rischio, ma riunisce quelle individuate con maggiore frequenza. Vulnerabilità specifiche si ripercuotono sulla capacità di far fronte e sopravvivere a un disastro; in ogni contesto occorre dunque identificare i soggetti più a rischio.

In tutto il manuale, l'espressione "gruppi vulnerabili" indica tutti questi gruppi. Quando uno qualsiasi di questi è a rischio, è probabile che lo siano anche altri. Per questo, ogni volta che sono nominati i gruppi vulnerabili i lettori sono caldamente invitati a considerare tutti quelli qui elencati. È necessario proteggere e curare con particolare attenzione tutti i gruppi in questione, senza discriminazioni e secondo i bisogni specifici. Va comunque ricordato che le popolazioni colpite da disastri possiedono e acquisiscono competenze e capacità per fronteggiare la situazione, che devono essere riconosciute e incoraggiate.

## Le Norme minime

# 1 Rifugi e insediamenti

Si presta assistenza ai singoli nuclei familiari nel riparare e costruire abitazioni o per sistemare le famiglie sfollate in strutture o comunità esistenti. Dove una sistemazione di questo genere non sia possibile, si fornisce alloggio collettivo in edifici o strutture pubbliche idonee, come magazzini, sale e caserme, o in accampamenti temporanei progettati o auto-organizzati.

Le soluzioni per i singoli nuclei familiari possono essere a breve o lungo termine, e sono soggette al grado di assistenza fornito, ai diritti di uso o proprietà dei terreni, alla disponibilità di servizi e infrastrutture sociali, alla possibilità di miglioramento e ampliamento degli alloggi.

### Rifugi e insediamenti – Norma 1: pianificazione strategica

Si dà la priorità all'impiego di strutture già esistenti, con il ritorno o l'ospitalità per i nuclei familiari colpiti dal disastro. Vengono garantite la sicurezza, la salute, la tranquillità e il benessere della popolazione colpita.

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

- Dove possibile, i nuclei familiari colpiti ritornano al luogo di residenza originario (v. nota di orientamento 1).
- I nuclei familiari che non possono tornare al luogo di residenza originario si sistemano in maniera indipendente presso una comunità ospitante o, dove possibile, presso famiglie ospitanti (v. nota di orientamento 2).

- I nuclei familiari che non possono tornare al luogo di residenza originario né sistemarsi in maniera indipendente presso una comunità o famiglie ospitanti vengono sistemati in rifugi collettivi o in accampamenti temporanei progettati o auto-organizzati (v. nota di orientamento 3).
- Si valutano le minacce reali o potenziali alla sicurezza della popolazione colpita dal disastro, e i rifugi o gli insediamenti vengono collocati a una distanza sicura (v. nota di orientamento 4).
- I rischi derivanti da fenomeni naturali (terremoti, attività vulcanica, frane inondazioni, forti venti e così via) sono minimi; l'area non è soggetta a rischi significativi di malattie o di vettori (v. note di orientamento 4-5).
- I siti prescelti sono sgombri da strutture o materiali potenzialmente pericolosi, e i rischi presenti, come costruzioni pericolanti, macerie o terreni instabili, sono individuati e messi in sicurezza, oppure se ne limita e custodisce l'accesso (v. note di orientamento 4, 6 e 7).
- La proprietà di terreni e immobili e/o i diritti d'uso di edifici e siti vengono definiti prima che vengano occupati e se ne concorda l'uso legittimo secondo le necessità (v. nota di orientamento 8).
- Sono o si possono rendere disponibili in maniera soddisfacente servizi idrici e igienici e strutture sociali (assistenza sanitaria, scuole e luoghi di culto) (v. nota di orientamento 9).
- L'infrastruttura trasporti permette l'accesso all'insediamento per gli spostamenti individuali e la fornitura dei servizi (v. nota di orientamento 10).
- Dove possibile, i nuclei familiari possono accedere a terreni, mercati o servizi per continuare a svolgere o sviluppare attività di supporto alla sussistenza (v. nota di orientamento 11).

## Note di orientamento

**1. Ritorno:** la possibilità di tornare al proprio paese e alla propria residenza è il principale obiettivo di quasi tutte le persone colpite da disastri. Per molte delle famiglie colpite l'abitazione lesionata e l'eventuale terreno circostante sono il possedimento principale. Spesso, tuttavia, il ritorno è

reso impossibile da timori per la sicurezza – come l'occupazione di terreni o proprietà, il perdurare di conflitti violenti, di tensioni etniche o religiose, l'eventualità di persecuzioni o la presenza di mine terrestri o altro materiale bellico inesplosivo. La disponibilità di un rifugio, ottenuta riparando le abitazioni lesionate, sostiene le strategie di risposta collettive messe in atto dalla popolazione, preserva modelli di insediamento consolidati e permette di utilizzare infrastrutture esistenti.

**2. Accoglienza presso famiglie e comunità:** spesso le persone colpite da disastri preferiscono sistemarsi in una comunità ospitante insieme con i propri familiari o con altre persone che condividono legami storici, religiosi o di altro genere. Nei casi in cui questa preferenza non possa venire soddisfatta, si può ricorrere all'accoglienza presso altri gruppi della comunità, tenendo nella dovuta considerazione i potenziali pericoli per la sicurezza o i rischi di conflitto sociale. L'assistenza prestata può riguardare anche il sostegno all'ampliamento o al miglioramento dell'alloggio di una famiglia ospitante e di strutture per sistemare meglio la famiglia sfollata, oppure la dotazione di un alloggio autonomo vicino alla famiglia ospitante. Il conseguente incremento della densità demografica e della relativa richiesta di strutture e infrastrutture sociali deve essere calcolato e affrontato. Anche la dotazione di alloggi mediante la costruzione di abitazioni aggiuntive o ampliamenti presso comunità ospitanti sostiene le strategie collettive di risposta efficace.

**3. Insediamenti collettivi:** la progettazione di accampamenti temporanei non dovrebbe essere la risposta automatica. Questo genere di soluzione può essere necessario in aree in cui le cattive condizioni di sicurezza aumentino i rischi per le famiglie più isolate, o dove servizi essenziali, come acqua e cibo, siano scarsi. Il rifugio collettivo in grandi edifici o altre strutture può offrire rapidamente protezione temporanea dagli agenti atmosferici, e può essere preferibile nei climi freddi, dove le risorse materiali siano insufficienti a fornire il necessario benessere termico all'interno di alloggi individuali. Anche se per sistemare le famiglie sfollate si ricorre spesso agli edifici scolastici, ovunque sia possibile si devono ricercare strutture alternative, in modo da permettere il proseguimento delle attività didattiche per gli studenti della comunità ospitante e, potenzialmente, anche della comunità sfollata. Si curerà anche che gli insediamenti collettivi non diventino essi stessi bersagli di aggressioni o un fattore di rischio per la sicurezza della popolazione circostante.

- 4. Valutazione di rischi e vulnerabilità:** è fondamentale intraprendere una valutazione approfondita dei fattori di rischio e vulnerabilità, comprese le minacce alla sicurezza, in atto o potenziali, e le particolari vulnerabilità sociali o economiche dei vari gruppi sociali all'interno della comunità colpita e di quella ospitante (v. norma Valutazione iniziale, p. 33).
- 5. Rischi derivanti da fenomeni naturali:** i rischi rappresentati dall'impatto circoscritto di fenomeni naturali (terremoti, attività vulcanica, frane, inondazioni o forti venti) devono essere valutati. Fino a quando il rischio accertato sia diminuito in misura soddisfacente, si devono evitare i siti prossimi a edifici o ad altre strutture sensibili a repliche sismiche, le formazioni geologiche soggette a frane, i siti a quote basse esposti a ulteriori colate laviche o all'accumulo di gas di scarico, le rive dei fiumi e le depressioni a rischio di ulteriore inondazione, e i siti esposti a forti venti.
- 6. Materiali e prodotti pericolosi:** in seguito a catastrofi naturali come terremoti, inondazioni o tifoni, materiali e prodotti potenzialmente pericolosi possono depositarsi o trovarsi esposti; a causa di conflitti conclusi o tuttora in corso, il territorio può essere infestato da mine e altri ordigni inesplorati. La presenza di tali oggetti e i rischi implicati nella loro rimozione dovrebbero essere accertati da personale opportunamente addestrato. Il tempo e le competenze necessari alla rimozione in condizioni di sicurezza possono interdire l'uso totale o parziale dei siti interessati.
- 7. Valutazioni strutturali:** nelle zone abitate, la stabilità delle strutture edilizie deve essere accertata da personale qualificato. Gli accertamenti dovrebbero includere gli effetti di ulteriori indebolimenti strutturali dovuti a repliche sismiche, nuove inondazioni, raffiche di vento e così via. Per quanto riguarda gli alloggi collettivi, deve essere valutata l'idoneità degli edifici preesistenti a sopportare carichi aggiuntivi e l'accresciuto rischio di cedimenti, per esempio di pavimenti, muri divisorii interni, solai e così via.
- 8. Proprietà e uso di terreni ed edifici:** si tratta di argomenti spesso controversi, soprattutto dove la documentazione sia lacunosa o siano in atto conflitti di proprietà. Occorre stabilire la proprietà del sito o dell'edificio (o degli edifici) e individuare, nei limiti del possibile, i detentori dei diritti formali o consuetudinari. Dovrebbero essere individuati e sostenuti i diritti su terreni o i diritti di proprietà dei gruppi vulnerabili, ivi inclusi diritti formali o



impliciti di eredità, particolarmente in seguito a un disastro in cui i detentori del diritto o del titolo possono essere deceduti o sfollati.

**9. Disponibilità di servizi e strutture:** dove sia possibile, prima di prendere in considerazione la costruzione di strutture nuove si dovrebbero individuare e utilizzare servizi o strutture già esistenti o ripristinati (v. il capitolo Approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, p. 55).

**10. Accesso all'insediamento:** l'accesso all'insediamento, le condizioni delle infrastrutture stradali locali e la vicinanza a piste d'atterraggio, stazioni ferroviarie o porti utili alle operazioni di assistenza e soccorso devono essere valutati tenendo conto delle limitazioni stagionali e dei rischi per la sicurezza. Nel caso di alloggi collettivi e di accampamenti temporanei progettati o auto-organizzati, il sito stesso e tutti i punti di deposito e distribuzione degli alimenti dovrebbero essere accessibili ai mezzi pesanti attraverso una strada ogni tempo. Le altre strutture dovrebbero essere accessibili ai veicoli leggeri.

**11. Supporto ai mezzi di sussistenza:** la sistemazione delle popolazioni colpite dovrebbe essere orientata dalla conoscenza delle attività economiche svolte prima del disastro e dalle opportunità disponibili nel contesto post-disastro. Queste includono la disponibilità di terreno e l'accesso a coltivazioni e pascoli; la presenza e l'accessibilità di aree di mercato; la disponibilità e accessibilità di servizi locali che potrebbero essere decisivi per lo svolgimento di particolari attività economiche. Dovrebbero essere valutate e considerate anche le diverse esigenze sociali ed economiche e le limitazioni cui sono soggetti i particolari gruppi vulnerabili delle comunità sfollate o di eventuali comunità ospitanti (v. Norme per la sicurezza alimentare, p. 125).

## **Rifugi e insediamenti – Norma 2: pianificazione fisica**

Dove sia possibile, si adottano le pratiche locali di pianificazione fisica che consentono l'accesso e l'uso in sicurezza dei rifugi e dei servizi essenziali, assicurando la necessaria riservatezza e distanza tra i rifugi dei singoli nuclei familiari.

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

- La pianificazione a grappolo per gruppi familiari, di quartiere o di villaggio contribuisce a mantenere la sicurezza e permette l'autogestione della popolazione colpita (v. nota di orientamento 1).
- Tutti i membri della popolazione colpita hanno accesso sicuro all'acqua, ai servizi igienico-sanitari, alle strutture sanitarie, allo smaltimento dei rifiuti solidi, a cimiteri e strutture sociali (scuole, luoghi di culto, punti d'incontro e aree ricreative) (v. note di orientamento 2-4).
- Gli accampamenti temporanei, pianificati o auto-organizzati, dispongono di una superficie minima di 45 mq a persona (v. nota di orientamento 5).
- La topografia dell'area è utilizzata o modificata per agevolare il drenaggio dell'acqua; le condizioni del terreno sono idonee allo scavo di latrine a pozzo, dove questo sia il sistema igienico-sanitario primario (v. nota di orientamento 6).
- Vi sono strade e sentieri che consentono l'accesso sicuro ai singoli rifugi e strutture con ogni condizione atmosferica (v. nota di orientamento 7).
- I rifugi collettivi sono dotati di aperture che permettono il necessario accesso e l'evacuazione di emergenza; tali aperture sono disposte in maniera che l'accesso sia ben visibile e non rappresenti un pericolo per gli occupanti (v. nota di orientamento 8).
- I rischi di vettori sono minimi (v. nota di orientamento 9).

## Note di orientamento

**1. Progettazione a grappolo:** per gli insediamenti collettivi, la distribuzione dello spazio interno nei rifugi collettivi e dei lotti negli accampamenti temporanei progettati dovrebbe basarsi sulle pratiche sociali esistenti e sulla dotazione e manutenzione delle risorse comuni (acqua e servizi igienico-sanitari, cucina, distribuzione degli alimenti e così via). La disposizione dei lotti negli accampamenti temporanei progettati deve rispettare la riservatezza e la dignità dei diversi nuclei familiari con una opportuna disposizione delle

porte e assicurando che ogni rifugio familiare si apra su uno spazio comune. Occorre inoltre fornire aree di soggiorno integrate e sicure ai gruppi vulnerabili e alle comunità sfollate, che comprendono un numero consistente di adulti soli o bambini non accompagnati. I principi della progettazione a grappolo si applicano anche agli insediamenti sparsi, per esempio con gruppi di famiglie che tornano in una determinata area geografica o individuano famiglie ospitanti in stretta vicinanza tra loro.

**2. Accesso a servizi e strutture:** l'accesso a servizi essenziali (approvvigionamento idrico, latrine, strutture sanitarie e sociali) dovrebbe essere pianificato in maniera da sfruttare al massimo strutture esistenti o ripristinate, riducendo al minimo gli effetti negativi sulle comunità vicine o ospitanti. Ulteriori strutture o punti di accesso dovrebbero essere forniti secondo necessità per soddisfare il bisogno di sistemare la popolazione beneficiaria, e pianificati per garantire accesso sicuro a tutti gli abitanti. L'impianto dell'insediamento e la prestazione dei servizi dovrebbero rispecchiare la struttura sociale e i ruoli di genere della popolazione colpita, nonché le esigenze dei gruppi vulnerabili. Dove sia possibile, i bambini devono avere a disposizione aree di gioco sicure, e deve esservi accesso a scuole e altre strutture didattiche (v. il capitolo Approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, p. 55, e Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 5, nota di orientamento 1, p. 277).

**3. Cura delle spoglie dei defunti:** si dovrebbero rispettare le abitudini sociali per la cura delle spoglie dei defunti. Dove queste abitudini siano diverse, ogni gruppo sociale avrà a disposizione un'area separata per osservare dignitosamente le proprie tradizioni. Dove le strutture esistenti, come cimiteri e crematori, siano inadeguate, si forniranno strutture o siti alternativi. I cimiteri dovrebbero trovarsi a una distanza di almeno 30 metri dalle falde di acqua potabile, con il fondo di ogni fossa ad almeno 1,5 m al di sopra delle falde. Le acque di superficie dei cimiteri non devono entrare nelle aree abitate. La comunità colpita dovrebbe avere accesso anche ai materiali necessari all'erezione di pire culturalmente accettabili e ad altri riti funebri (v. anche Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 5, nota di orientamento 8, p. 279).

**4. Strutture amministrative e zone per quarantena:** secondo le esigenze, occorre rendere disponibili spazi per uffici amministrativi,

depositi e sistemazione del personale a sostegno delle attività di risposta, nonché aree riservate a quarantena (v. Controllo delle malattie contagiose - Norma 4, p. 289).

**5. Superficie:** le linee guida sulla dotazione di 45 mq a persona comprende i lotti per nucleo familiare e la superficie necessaria a strade, sentieri, strutture educative, servizi igienico-sanitari, barriere antincendio, amministrazione, depositi per l'acqua, aree di distribuzione, mercati e magazzini, nonché piccoli orti per i singoli nuclei familiari. La pianificazione dell'area dovrebbe tenere conto anche dell'evoluzione e crescita della popolazione. Se non è possibile fornire la superficie minima, si dovrebbero prendere in considerazione sistemi per mitigare le conseguenze di una maggiore densità di occupazione (separazione e riservatezza dei singoli nuclei familiari, spazi per le strutture necessarie e così via).

**6. Topografia e condizioni del terreno:** negli accampamenti temporanei progettati la pendenza dovrebbe essere non superiore al 6%, a meno che non vengano adottate ampie misure per il controllo del drenaggio e dell'erosione, oppure non inferiore all'1% in modo da assicurare un drenaggio adeguato. Per ridurre al minimo allagamenti o ristagni possono essere comunque necessari dei canali di drenaggio. Il punto più basso del sito non dovrebbe essere più basso di 3 metri al di sopra del livello stimato delle falde acquifere nella stagione piovosa. Anche l'ubicazione delle latrine e di altre strutture – e, di conseguenza, la pianificazione dell'insediamento – dovrebbe essere decisa in base alle condizioni del suolo: per esempio, rocce fessurate provocano ampia dispersione degli scarichi delle latrine; argille fini producono cattiva percolazione, con conseguente rapido degrado delle fosse delle latrine; la roccia vulcanica rende difficoltoso lo scavo delle fosse per le latrine (v. Smaltimento degli escrementi - Norma 2, p. 78, e Drenaggio - Norma 1, p. 92).

**7. Vie di accesso ai rifugi:** le vie d'accesso, già esistenti o nuove, dovrebbero evitare la vicinanza a ogni prevedibile fattore di rischio. Dove possibile, tali vie dovrebbero evitare anche di formare aree isolate, che potrebbero costituire una minaccia per la sicurezza personale degli utenti. L'erosione derivante dall'uso regolare delle vie di accesso dovrebbe essere ridotta al minimo, dove possibile, mediante una opportuna progettazione (v. Rifugi e insediamenti - Norma 4, nota di orientamento 4, p. 233).

**8. Accesso e vie di fuga d'emergenza:** i rifugi collettivi dovrebbero assicurare il libero accesso degli occupanti e permettere al tempo stesso una adeguata supervisione da parte degli occupanti stessi, in modo da ridurre al minimo le potenziali minacce alla sicurezza. Nei rifugi collettivi, vanno evitati gradini o dislivelli in prossimità delle uscite, e tutte le scale e le rampe dovrebbero essere dotate di corrimano. Dove possibile, agli occupanti con difficoltà motorie o non in grado di camminare autonomamente si dovrebbero destinare spazi al pianterreno in prossimità delle uscite o lungo le vie di accesso, senza dislivelli. Tutti gli occupanti dell'edificio dovrebbero trovarsi a una distanza ragionevole e concordata da un minimo di due uscite, che in caso di emergenza diano la possibilità di scegliere la direzione di fuga; tali uscite devono essere chiaramente visibili.

**9. Rischi collegati ai vettori:** zone a bassa quota, fosse, edifici abbandonati e scavi (come quelli prodotti dalle costruzioni in adobe) possono diventare terreno di proliferazione dei parassiti, creando un pericolo per i nuclei familiari vicini (v. Controllo dei vettori - Norma 2, p. 85).

## Rifugi e insediamenti – Norma 3: spazi coperti

Le persone dispongono di spazi coperti sufficienti a offrire una sistemazione dignitosa. Le attività essenziali della famiglia e quelle di supporto alla sussistenza possono svolgersi in maniera soddisfacente e secondo le esigenze.

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

- L'area coperta iniziale per persona è di almeno 3,5 mq (v. note di orientamento 1-3).
- L'area coperta permette la necessaria separazione e riservatezza tra i sessi, tra fasce d'età diverse e singole famiglie, secondo le esigenze (v. note di orientamento 4-5).
- All'interno del rifugio possono svolgersi le attività essenziali della famiglia (v. note di orientamento 6 e 8).
- Le attività essenziali per la sussistenza vengono sistemate dove possibile (v. note di orientamento 7-8).

## Note di orientamento

- 1. Clima e contesto:** nei climi freddi, le attività della famiglia si svolgono normalmente all'interno dell'area coperta, e le persone colpite dal disastro possono trascorrere molto tempo al chiuso per trovare il necessario benessere termico. In contesti urbani, le attività della famiglia si svolgono normalmente all'interno dell'area coperta poiché la disponibilità di spazio esterno adiacente è minore. Nei climi caldi e umidi, per mantenere un ambiente sano è necessario che via sia abbastanza spazio da permettere una maggiore circolazione dell'aria. In molti casi, per soddisfare questo bisogno sarà necessaria un'area calpestabile supplementare di 3,5 mq a persona. Un altro elemento essenziale è l'altezza pavimento-soffitto; nei climi caldi e umidi si preferirà un'altezza maggiore, che favorisce la circolazione dell'aria, mentre nei climi freddi è preferibile un'altezza minore, che riduce il volume interno da riscaldare. Nei climi più caldi si può aggiungere uno spazio esterno ombreggiato dove preparare e cuocere gli alimenti e dormire.
- 2. Durata:** nel periodo immediatamente successivo a un disastro, specialmente in condizioni climatiche estreme in cui non sia facile reperire materiali per i rifugi, un'area coperta inferiore ai 3,5 mq a persona può essere appropriata per la sopravvivenza e come sistemazione a breve termine per il maggior numero possibile di persone bisognose. In questi casi, la risposta umanitaria dovrà mirare a raggiungere i 3,5 mq a persona al più presto, poiché periodi più lunghi in poco spazio possono avere conseguenze avverse sulla salute e il benessere delle persone così sistemate. Se i 3,5 mq per persona non sono raggiungibili, o se sono di più dello spazio normalmente a disposizione della popolazione colpita o di quella confinante, si considererà l'impatto sulla dignità, sulla salute e la riservatezza di un'area coperta inferiore. La decisione di fornire meno di 3,5 mq a persona deve essere illustrata, unitamente alle misure per limitare eventuali conseguenze avverse sulla popolazione colpita.
- 3. Tettoie:** dove non sia possibile reperire i materiali per realizzare rifugi completi, si privilegerà la dotazione di materiali per costruire delle tettoie e i relativi supporti strutturali in modo da avere un'area minima coperta. La struttura potrebbe però non offrire protezione dal clima, sicurezza,

riservatezza e dignità sufficienti; di conseguenza, si dovranno adottare misure utili a soddisfare questi bisogni al più presto.

- 4. Pratiche culturali:** l'area coperta fornita dovrebbe permettere il rispetto delle abitudini locali nell'uso degli spazi coperti, per esempio la sistemazione per dormire e la sistemazione dei membri della famiglia allargata. Le consultazioni sull'argomento devono includere rappresentanti dei gruppi vulnerabili e coloro che accudiscono le persone con difficoltà motorie.
- 5. Sicurezza e riservatezza:** le donne e le persone più giovani di entrambi i sessi sono vulnerabili alle aggressioni; si dovrebbe dunque curare che siano adeguatamente separate da potenziali minacce alla loro sicurezza personale. Nei rifugi per nuclei familiari si provvederà alla suddivisione dello spazio interno. Nei rifugi collettivi, il raggruppamento di famiglie imparentate, vie d'accesso ben pianificate in tutto l'edificio o la struttura, materiali per riparare lo spazio personale e familiare possono contribuire a creare condizioni di riservatezza e sicurezza personale più adeguate.
- 6. Attività familiari:** si deve fornire lo spazio per dormire, lavarsi e vestirsi; per accudire bambini e malati; per conservare alimenti, acqua, gli oggetti della famiglia e altri beni essenziali; per cucinare e mangiare al chiuso quando necessario; e dove la famiglia possa riunirsi.
- 7. Progettazione e uso dello spazio:** l'uso flessibile dello spazio coperto disponibile può anche accogliere attività diverse nelle diverse ore del giorno o della notte. La progettazione della struttura, la disposizione delle aperture e le possibilità di suddivisioni interne alternative dovrebbero permettere di utilizzare lo spazio interno e quello esterno immediatamente adiacente per svolgere, dove necessario, attività di supporto alla sussistenza.
- 8. Altre funzioni dei rifugi:** si dovrebbe tener conto che il rifugio, oltre a proteggere dal clima e dare sicurezza e riservatezza ai singoli nuclei familiari, risponde anche ad altre funzioni, come l'affermazione di rivendicazioni o diritti territoriali; ancora, è il luogo dove si ricevono assistenza, soccorsi e sostegno psico-sociale post-disastro durante il processo di ricostruzione. Infine, può rappresentare un importante bene finanziario per il nucleo familiare.

## Rifugi e insediamenti – Norma 4: progettazione

La progettazione del rifugio è accettabile per la popolazione colpita e offre benessere termico, aria pulita e protezione dagli agenti atmosferici sufficienti, garantendo la dignità, la salute, la sicurezza e il benessere delle persone.

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

- La progettazione dei rifugi e i materiali impiegati sono familiari nei limiti del possibile, oltre che culturalmente e socialmente accettabili (v. nota di orientamento 1).
- Si dà la priorità alla riparazione di alloggi già esistenti o al miglioramento dei primi rifugi costruiti dalla popolazione colpita dal disastro (v. nota di orientamento 2).
- I materiali alternativi necessari a dare rifugio temporaneo sono durevoli, pratici e accettabili per la popolazione colpita (v. nota di orientamento 3).
- Il tipo di costruzione, i materiali impiegati, le dimensioni e la disposizione delle aperture offrono benessere termico e ventilazione ottimali (v. note di orientamento 4-7).
- La costruzione dei rifugi è completata dall'accesso alle fonti di approvvigionamento idrico e ai servizi igienico-sanitari, nonché dalla appropriata dotazione di sistemi per la raccolta dell'acqua piovana, la conservazione dell'acqua, il drenaggio e il trattamento dei rifiuti solidi (v. nota di orientamento 8).
- La progettazione prevede misure per il controllo dei vettori, e i materiali sono selezionati in modo da ridurre al minimo i rischi per la salute (v. nota di orientamento 9).

### Note di orientamento

- 1. Progettazione partecipata:** tutti i nuclei familiari colpiti dovrebbero essere coinvolti il più possibile nelle decisioni sulla forma dei rifugi e sui



materiali da impiegare. Ha priorità l'opinione di quei gruppi o individui che dovranno trascorrere più tempo all'interno dei rifugi. L'orientamento del singolo rifugio o area coperta, le dimensioni e la disposizione degli spazi, la posizione di porte e finestre atta a fornire accesso, illuminazione e ventilazione, e tutte le suddivisioni interne dovrebbero rispecchiare le abitudini locali di cui sia accertata la sicurezza. Questo dovrebbe avvenire attraverso l'analisi delle forme abitative tipiche del luogo che soddisfano i rispettivi bisogni (v. norma Partecipazione, p. 32).

**2. Iniziative locali per costruire rifugi e riparare gli edifici lesionati:**

spesso le popolazioni colpite da disastri allestiscono rifugi con materiali recuperati dalle loro case distrutte o reperiti altrimenti sul posto, e applicando tecniche costruttive tradizionali o improvvisate. Supporto materiale e assistenza tecnica per rendere abitabili uno o più ambienti delle case lesionate o per migliorare i rifugi improvvisati possono essere preferibili all'adozione di soluzioni collettive o poco familiari. Occorre affrontare i rischi derivanti da ulteriori catastrofi naturali, come repliche sismiche e frane, le potenziali minacce alla sicurezza e le questioni legate al riavvicinamento per le famiglie che tornano in zone di conflitto, nonché i rischi rappresentati da infrastrutture o edifici pericolanti.

**3. Materiali e costruzione:** dove i materiali locali o familiari non siano facilmente reperibili o il loro uso non sia consigliabile, occorre individuare soluzioni e materiali culturalmente accettabili attraverso la consultazione partecipata della comunità colpita. In genere, nelle fasi iniziali della risposta al disastro vengono forniti alle famiglie fogli di cellofan rinforzato, a volte accompagnati da corde e materiali di supporto (legname di provenienza locale, tubi di plastica o sezioni di acciaio galvanizzato). Questi fogli dovrebbero rispondere alle specificazioni accettate dalla comunità umanitaria internazionale.

**4. Nei climi caldi e umidi:** i rifugi devono essere orientati e progettati in modo da favorire massima ventilazione e insolazione diretta minima. Per favorire al massimo la circolazione dell'aria si eviterà di ostruire le aperture, per esempio per la vicinanza di altri rifugi. Il tetto deve avere sporgenze larghe e inclinazione adeguata per lo scorrimento dell'acqua piovana. Poiché la capacità termica richiesta è bassa, la costruzione del rifugio dovrebbe essere leggera. Si dovrebbe tenere conto delle piogge stagionali

provvedendo un'adeguata superficie di drenaggio intorno al rifugio e rialzando i pavimenti per non far entrare l'acqua. La vegetazione esistente può aumentare l'assorbimento dell'acqua nel terreno.

**5. Nei climi caldi e secchi:** le costruzioni devono essere pesanti, in modo da offrire una elevata capacità termica permettendo che l'alternarsi delle temperature diurne e notturne raffreddi e riscaldi l'interno; oppure leggere e dotate di adeguato isolamento. Nelle zone a rischio sismico si curerà l'adeguata progettazione strutturale delle costruzioni pesanti. Se sono disponibili soltanto fogli di cellofan o tende, si deve provvedere a copertura doppio strato con ventilazione tra i due strati, in modo da ridurre l'eccessivo riscaldamento per i raggi solari. Aperture per porte e finestre lontane dalla direzione dei venti dominanti aiuteranno a limitare il riscaldamento per i venti caldi e per irraggiamento dal terreno circostante. Ombra e protezione dai venti caldi possono essere fornite anche dai rifugi adiacenti, dalla morfologia naturale del terreno circostante o dalla vegetazione. Per limitare l'ingresso della sabbia, si raccomanda la contiguità tra il pavimento e i muri esterni.

**6. Nei climi freddi:** una costruzione pesante con capacità termica elevata è necessaria per i rifugi che siano occupati per l'intera giornata. Per i rifugi occupati soltanto di notte è invece idonea una costruzione leggera, con bassa capacità termica e isolamento elevato. La circolazione dell'aria in tutto il rifugio dovrebbe essere tenuta al minimo necessario per assicurare il benessere degli occupanti e garantire l'adeguata ventilazione delle stufe per il riscaldamento o per cucinare. Le aperture per porte e finestre devono essere progettate in modo da limitare al minimo le correnti d'aria. Stufe e altri sistemi di riscaldamento sono essenziali e devono essere appropriati al rifugio. La perdita di calore corporeo attraverso i pavimenti deve essere limitata con un opportuno isolamento del pavimento e usando stuoie o materassi isolanti, oppure letti rialzati (v. Articoli non alimentari - Norma 1, p. 240, e Norma 4, p. 244).

**7. Ventilazione:** l'interno del rifugio dovrebbe essere adeguatamente ventilato per mantenere un ambiente sano, in modo da limitare il rischio di contagio di malattie trasmesse per via aerea come la tubercolosi.

**8. Usi locali per l'approvvigionamento di acqua, servizi igienico-sanitari e trattamento dei rifiuti:** si dovrebbero accertare gli usi per l'approvvigionamento di acqua sicura, le abitudini per la defecazione e i sistemi per il trattamento dei rifiuti seguiti prima del disastro, individuando

le possibilità e le limitazioni al loro mantenimento nella situazione post-disastro. L'ubicazione delle latrine e delle strutture per lo smaltimento dei rifiuti solidi non deve compromettere gli aspetti culturali, ambientali e sociali né la sicurezza della progettazione o disposizione dei singoli rifugi o dell'insediamento (v. capitolo Approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, p. 55).

**9. Individuazione del rischio vettori:** la progettazione dei rifugi e le conseguenti misure per il controllo dei vettori devono basarsi sulla conoscenza delle pratiche costruttive locali, sui modelli d'uso dei rifugi da parte degli sfollati e sulla selezione dei materiali. I rischi più frequenti sono quelli rappresentati da zanzare, ratti e mosche, e da animali infestanti come serpenti, scorpioni e termiti (v. Controllo dei vettori - Norma 1-3, pp. 83-88).

## **Rifugi e insediamenti – Norma 5: costruzione**

L'approccio alla costruzione è conforme alle locali pratiche costruttive in condizioni di sicurezza, e valorizza le opportunità locali di sussistenza.

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

- Si impiegano materiali e forza lavoro reperiti localmente e privi di ripercussioni negative sull'economia locale o sull'ambiente (v. note di orientamento 1-2).
- Si adottano norme di lavorazione e si impiegano materiali locali (v. nota di orientamento 3).
- Le tecniche di costruzione e i materiali impiegati attenuano gli effetti di catastrofi naturali future (v. nota di orientamento 4).
- Utilizzando attrezzature e risorse disponibili a livello locale, il tipo di costruzione e i materiali impiegati permettono la manutenzione e il miglioramento dei singoli rifugi familiari (v. nota di orientamento 5).
- Il reperimento di materiali e manodopera e la supervisione dei lavori di costruzione sono trasparenti, giustificabili e conformi alle pratiche amministrative di offerta, acquisto e costruzione accettate a livello internazionale (v. nota di orientamento 6).

## Note di orientamento

- 1. Reperimento di materiali e manodopera:** si dovrebbe promuovere il supporto ai mezzi di sussistenza impiegando materiali da costruzione e manodopera, specializzata e non, reperiti localmente. Il ricorso a fonti diversificate, a materiali e processi produttivi alternativi, a materiali di provenienza regionale o internazionale o a sistemi di rifugio brevettati si rende necessario nei casi in cui il reperimento in loco potrebbe avere ripercussioni negative sull'economia locale o sull'ambiente. Dove possibile, si incoraggia il riuso di materiali recuperati dagli edifici lesionati, come materiali da costruzione primari (mattoni o pietre da costruzione, travi per tetti, tegole e così via) o secondari (detriti per fondamenta o per livellare e così via). È necessario accertare la proprietà o i diritti su tali materiali e trovare accordi sul loro uso (v. Rifugi e insediamenti - Norma 6, nota di orientamento 3, p. 239).
- 2. Partecipazione delle famiglie colpite:** programmi di formazione e apprendistato possono valorizzare le opportunità di partecipazione ai lavori di costruzione, in particolare per soggetti privi di competenze specifiche o esperienza in materia. I soggetti meno idonei a svolgere compiti fisicamente o tecnicamente impegnativi possono portare contributi complementari, quali monitoraggio e controllo degli inventari, supporto amministrativo, accudimento dei bambini o ricettività temporanea e ristorazione per chi è impegnato nei lavori di costruzione. Si deve tenere conto degli altri carichi che gravano sulla popolazione colpita in termini di risorse di tempo e lavoro. L'inclusione di iniziative food-for-work può fornire la sicurezza alimentare necessaria a consentire la partecipazione attiva delle famiglie colpite. Le donne sole o disabili e le famiglie gestite da donne sono particolarmente esposte al rischio di sfruttamento sessuale quando cercano assistenza per costruire il proprio rifugio. Ai contributi portati dai beneficiari stessi può affiancarsi l'assistenza prestata da gruppi di lavoro volontari della comunità o da lavoratori a contratto (v. norma Partecipazione, p. 32).
- 3. Norme per la costruzione:** per garantire che siano rispettati i requisiti di base di sicurezza e prestazione, si dovrebbero concordare norme di buona pratica con le competenti autorità. In località dove non vi sia adesione consuetudinaria o applicazione dei codici in materia di costruzione, si dovrebbero trovare accordi per una maggiore conformità.

- 4. Prevenzione e mitigazione dei disastri:** le costruzioni dovrebbero essere coerenti con le condizioni climatiche conosciute; nei climi freddi, devono resistere al vento e al carico di neve. Si devono valutare la resistenza sismica e le condizioni di resistenza del terreno. Eventuali modifiche delle norme di costruzione o delle comuni pratiche costruttive raccomandate in conseguenza del disastro dovrebbero essere applicate di concerto con le autorità locali e con la popolazione colpita.
- 5. Miglioramento e manutenzione:** poiché normalmente le risposte di emergenza forniscono solo un livello minimo di spazio chiuso e di assistenza materiale, le famiglie colpite dovranno cercare altri mezzi per ampliare o migliorare la qualità dello spazio chiuso a loro disposizione. Il sistema costruttivo e i materiali impiegati dovrebbero mettere i singoli nuclei familiari in condizione di adattare o migliorare gradualmente il loro rifugio, in tutto o in parte, per soddisfare le esigenze a più lungo termine, nonché di eseguire riparazioni utilizzando attrezzature e materiali disponibili localmente.
- 6. Reperimento dei materiali e gestione della costruzione:** per la gestione della catena logistica della fornitura e dei lavori di costruzione si dovrebbe stabilire un sistema aperto, efficiente e giustificabile che si occupi dei materiali e della forza lavoro e della vigilanza sul posto sotto tutti gli aspetti (reperimento, acquisto, trasporto, consegna e amministrazione, dal punto di origine alla rispettiva destinazione) secondo le necessità.

## **Rifugi e insediamenti – Norma 6: impatto ambientale**

La sistemazione dei nuclei familiari colpiti dal disastro, il reperimento dei materiali e le tecniche di costruzione impiegate producono un impatto negativo minimo sull'ambiente.

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

- L'insediamento della popolazione colpita dal disastro, sia esso temporaneo o permanente, tiene conto dei limiti delle risorse naturali disponibili (v. note di orientamento 1-2).

- Le risorse naturali sono amministrate in maniera da soddisfare i bisogni del momento della popolazione colpita e di quella ospitante (v. note di orientamento 1-2).
- La produzione e fornitura di materiali e i lavori di costruzione limitano al minimo il depauperamento a lungo termine delle risorse naturali (v. note di orientamento 2-3).
- Dove possibile, alberi e piante vengono mantenuti per limitare l'erosione del suolo e produrre ombra (v. nota di orientamento 4).
- Un volta esaurita la loro funzione di emergenza, i siti dei rifugi collettivi o degli accampamenti temporanei progettati vengono riportati alla loro condizione originale, a meno che non si concordi altrimenti (v. nota di orientamento 5).

## Note di orientamento

**1. Sostenibilità e gestione delle risorse naturali:** qualora un incremento sostanziale dell'insediamento umano producesse un impatto negativo sulle risorse naturali, si dovrebbero limitare interventi sull'ambiente che non siano sostenibili. Si procurerà un approvvigionamento sostenibile di combustibile dall'esterno e opzioni regolate per la gestione del pascolo, della produzione agricola e delle attività di supporto alla sussistenza dipendenti dalle risorse naturali. In ambienti dove estese risorse naturali possono sopportare un incremento sostanziale dell'insediamento umano, la popolazione colpita dal disastro si dividerà, se necessario, in vari insediamenti più piccoli, che rispetto a quelli grandi hanno meno probabilità di provocare danni ambientali. Si accerteranno i diritti di accesso alle risorse naturali esistenti (combustibile, acqua, legname da costruzione, pietre, sabbia e così via), e il normale uso e mantenimento di aree boschive e terreni.

**2. Mitigare l'impatto ambientale a lungo termine:** dove la necessità di provvedere rifugi per popolazioni colpite da disastri abbia un sostanziale impatto negativo sull'ambiente, per esempio per il depauperamento delle risorse naturali locali, si limiteranno al minimo le conseguenze a lungo termine intervenendo con attività complementari per la reintegrazione e la rigenerazione dell'ambiente.

- 3. Reperimento dei materiali da costruzione:** si dovrebbe valutare l'impatto ambientale delle modalità seguite prima del disastro e le esigenze su larga scala post-disastro per il reperimento di risorse naturali (acqua, legname da costruzione, sabbia, terra, erbe e combustibile per la cottura di mattoni e tegole). Si individueranno gli utenti abituali e i tassi di estrazione e rigenerazione. Fonti alternative o complementari possono sostenere l'economia locale e ridurre l'impatto negativo a lungo termine sull'ambiente locale. Fonti multiple e il reimpiego di materiali recuperati, materiali e processi di produzione alternativi (come l'uso di blocchi di terra stabilizzata) dovrebbero essere specificati, unitamente all'adozione di pratiche sostenibili, come programmi complementari che consentano di ripiantare o rigenerare le risorse naturali.
- 4. Erosione:** per calcolare l'impatto delle eventuali operazioni di disboscamento, si deve valutare la normale utilizzazione dei terreni, la distribuzione della vegetazione esistente e i modelli di drenaggio delle acque di superficie. L'uso dei terreni per colture o pascolo deve essere pianificato in modo da produrre un minimo impatto negativo sull'habitat naturale locale. Per mantenere la stabilità del suolo fornita dalle radici e per sfruttare l'ombra e la protezione climatica date dalle fronde, si devono elaborare soluzioni in grado di risparmiare alberi e piante. Strade, sentieri e sistemi di drenaggio dovrebbero essere pianificati in modo da sfruttare il profilo naturale del terreno, limitando così erosione e allagamenti. Dove ciò non sia possibile, occorre prendere adeguate misure per il contenimento dell'erosione, come lo scavo di condotti di drenaggio sotterranei, tubazioni di drenaggio sotto le strade o banchi con vegetazione per frenare lo scorrimento dell'acqua. (v. Drenaggio - Norma 1, p. 92).
- 5. Chiusura dei rifugi e insediamenti temporanei:** la naturale rigenerazione dell'ambiente all'interno dei rifugi collettivi e degli accampamenti progettati o auto-organizzati e intorno a essi dovrebbe essere favorita con provvedimenti di risanamento ambientale già durante la vita dell'insediamento. La chiusura finale degli insediamenti temporanei deve essere gestita in modo da assicurare la soddisfacente eliminazione di tutti i materiali e i rifiuti che non possano essere reimpiegati o che potrebbero avere effetti negativi sull'ambiente.

## *2 Articoli non alimentari: vestiario, accessori per dormire e articoli di uso domestico*

Indumenti, coperte e accessori per dormire soddisfano i bisogni umani più intimi per proteggersi dal clima e preservare la salute, la riservatezza e la dignità. Articoli essenziali sono necessari per dare alle famiglie la possibilità di curare l'igiene personale, preparare e consumare gli alimenti, avere benessere termico e costruire, mantenere o riparare i rifugi.

### **Articoli non alimentari – Norma 1: vestiario e accessori per dormire**

Le persone colpite dal disastro hanno indumenti, coperte e accessori per dormire sufficienti a garantire la dignità, la sicurezza e il benessere.

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

- Donne, bambine, uomini e bambini hanno almeno una serie completa di indumenti della giusta misura, adeguati alla cultura, alla stagione e al clima. Neonati e bambini fino ai due anni hanno anche una coperta di almeno 100 cm x 70 cm (v. note di orientamento 1-4).
- Le persone hanno accesso a coperte, biancheria da letto o stuoie atte a fornire benessere termico e permettere di dormire in condizioni di adeguata separazione e riservatezza, secondo le necessità (v. note di orientamento 2-4).



- I soggetti più a rischio dispongono di indumenti e accessori per dormire in più per andare incontro alle loro necessità (v. nota di orientamento 5).
- In caso di necessità, sono disponibili panni funebri idonei alla cultura del luogo.

## Note di orientamento

- 1. Cambio degli indumenti:** le persone dovrebbero avere accesso a cambi di vestiario sufficienti ad assicurare benessere termico, dignità e sicurezza. A questo scopo, potrebbe essere necessario provvedere a più di una serie di capi essenziali, in particolare biancheria intima, in modo da permettere di fare il bucato.
- 2. Appropriatezza:** il vestiario dovrebbe essere appropriato alle condizioni climatiche e alle abitudini culturali, specifico per uomini, donne, bambini e bambine, e della misura adatta all'età. Dove possibile, i materiali degli accessori per dormire dovrebbero essere adeguati alle abitudini culturali del luogo; dovrebbero essere in quantità tale da consentire ai membri dei singoli nuclei familiari di dormire ciascuno per proprio conto, secondo le esigenze.
- 3. Resa termica:** si dovrebbero considerare le proprietà isolanti degli indumenti e degli accessori per dormire, nonché gli effetti del clima più o meno umido sulla loro resa termica. Si dovrebbe provvedere a una opportuna combinazione di indumenti e accessori per dormire, tale da assicurare un grado soddisfacente di benessere termico. Avere stuoie isolanti, che contrastano la dispersione di calore attraverso il pavimento, può essere più efficace che avere più coperte.
- 4. Durata:** gli indumenti e gli accessori per dormire forniti dovrebbero essere abbastanza resistenti da sopportare un uso normale e prevedibilmente prolungato per la scarsità di capi alternativi.
- 5. Esigenze particolari:** dove possibile, occorre fornire cambi di vestiario in più a persone con problemi di incontinenza, malati di HIV/AIDS con diarrea associata, alle donne in gravidanza e allattamento, anziani, disabili e persone con difficoltà motorie. Per il loro rapporto tra superficie e massa corporea, neonati e bambini piccoli sono più soggetti degli adulti a dispersione di calore e, di conseguenza, per mantenere la giusta

temperatura possono avere bisogno di più coperte o altri accessori. Per la mobilità ridotta, anche anziani e malati, compresi quelli affetti da HIV/AIDS, possono avere esigenze particolari, come materassi o letti rialzati.

## Articoli non alimentari – Norma 2: igiene della persona

Ogni nucleo familiare colpito dal disastro ha accesso a sapone e altri articoli in quantità sufficiente ad assicurare l'igiene, la salute, la dignità e il benessere della persona.

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

- Ogni persona ha accesso a 250 g di sapone da bagno al mese (v. note di orientamento 1-3).
- Ogni persona ha accesso a 200 g di sapone da bucato al mese (v. note di orientamento 1-3).
- Donne e ragazze hanno materiale igienico per le mestruazioni (v. nota di orientamento 4).
- Neonati e bambini fino a due anni hanno 12 pannolini lavabili (dove siano usati normalmente).
- È possibile accedere ad altri articoli essenziali per assicurare l'igiene, la dignità e il benessere della persona (v. nota di orientamento 5).

### Note di orientamento

**1. Appropriatezza:** per poter individuare gli articoli da fornire, occorre accertare le abitudini familiari esistenti e i prodotti comunemente usati dalle famiglie. Si dovrebbe evitare di scegliere prodotti che non verranno usati perché poco familiari, o che potrebbero essere usati impropriamente (per esempio, confusi con alimenti). Dove sia culturalmente appropriato o preferito, si può specificare sapone da bucato in polvere invece che in pezzi, oppure si può incoraggiare l'uso di alternative idonee, come cenere o sabbia pulita.

- 2. Sostituzione:** si deve considerare la sostituzione di prodotti consumabili quando necessario.
- 3. Esigenze particolari:** quantità maggiori di sapone da bagno e da bucato dovrebbero essere fornite a persone con problemi di incontinenza, malati di HIV/AIDS con diarrea associata, anziani, disabili e persone con difficoltà motorie.
- 4. Protezione igienica:** donne e ragazze dovrebbero ricevere materiali idonei alla protezione durante le mestruazioni. È importante che tali materiali siano appropriati e discreti, e che le donne prendano parte alle decisioni su quanto verrà fornito.
- 5. Altri articoli:** abitudini sociali e culturali possono richiedere l'accessibilità ad altri articoli per l'igiene della persona. Secondo le disponibilità, questi articoli possono essere per mese/persona: 75 ml/100 g di dentifricio; uno spazzolino da denti; 250 ml di shampoo; 250 ml di lozione per neonati e bambini fino ai due anni; un rasoio 'usa e getta'. Si possono includere anche una spazzola e/o pettine e tagliaunghie per nucleo familiare.

## **Articoli non alimentari – Norma 3: utensili per la preparazione e il consumo degli alimenti**

Ogni nucleo familiare colpito dal disastro ha accesso agli utensili per la preparazione e il consumo degli alimenti.

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

- Ogni nucleo familiare ha accesso a: una pentola di misura grande con manico e una padella da usare come coperchio; una pentola di misura media con manico e una padella da usare come coperchio; una ciotola per preparare/servire i cibi; un coltello da cucina; e due cucchiai di legno per servire i pasti (v. nota di orientamento 1).
- Ogni nucleo familiare ha accesso a due recipienti per l'acqua con capienza da 10 a 20 litri e dotato di chiusura (tanica da 20 litri con tappo a vite o secchio da 10 litri con coperchio), più altri contenitori per la conservazione dell'acqua o degli alimenti (v. note di orientamento 1-2).

- Ogni persona ha accesso a un piatto fondo, un cucchiaino di metallo e una tazza o altro recipiente per bere (v. note di orientamento 1-4).

## Note di orientamento

- 1. Appropriatazza:** gli articoli forniti dovrebbero essere culturalmente appropriati e sicuri da usare. Per poter specificare gli articoli, le donne o i soggetti normalmente addetti alla preparazione degli alimenti e alla raccolta dell'acqua dovrebbero essere consultate. Gli utensili per cucinare e per mangiare e i recipienti per l'acqua dovrebbero avere dimensioni adatte ad anziani, disabili e bambini, secondo le necessità.
- 2. Oggetti di plastica:** tutti gli oggetti di plastica (secchi, ciotole, taniche, recipienti per conservare l'acqua e così via) dovrebbero essere di plastica per alimenti (v. anche Approvvigionamento idrico - Norma 3, nota di orientamento 1, p. 75).
- 3. Oggetti di metallo:** tutte le posate, le ciotole, i piatti e le tazze dovrebbero essere di acciaio inossidabile o altro metallo non ferroso.
- 4. Alimentazione dei neonati:** non dovrebbero essere forniti biberon, a meno che circostanze eccezionali non rendano inevitabile l'uso di sostituti del latte materno (v. Supporto nutrizionale generale - Norma 2, nota di orientamento 1, p. 150).

## Articoli non alimentari – Norma 4: stufe, combustibile e illuminazione

Ogni nucleo familiare colpito dal disastro ha accesso a strutture comuni per cucinare o a una stufa, nonché a una scorta accessibile di combustibile per uso di cucina e riscaldamento. Ogni nucleo familiare ha accesso anche a mezzi appropriati di illuminazione artificiale sostenibile per garantire la sicurezza personale.

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

- Dove il cibo viene cotto per il singolo nucleo familiare, ogni nucleo ha una stufa e il combustibile necessario a soddisfare i bisogni essenziali di cucina e riscaldamento (v. note di orientamento 1-2).

- Si individuano fonti di combustibile sostenibili dal punto di vista economico e ambientale, che vengono preferite a forniture dall'esterno (v. nota di orientamento 3).
- Il combustibile è ottenuto in maniere sicure, e non si registrano incidenti o lesioni alle persone durante le normali operazioni di raccolta (v. nota di orientamento 4).
- È disponibile spazio sicuro per il deposito del combustibile.
- Ogni nucleo familiare ha accesso a mezzi sostenibili per l'illuminazione artificiale, come lanterne o candele.
- Ogni nucleo familiare ha accesso a fiammiferi o altri mezzi idonei ad accendere il combustibile, le candele e così via.

## Note di orientamento

- 1. Stufe:** nello specificare le soluzioni per stufe e combustibile si dovrebbe tenere conto delle abitudini del luogo. Si incoraggeranno sistemi per cucinare con basso consumo di energia (preparazione della legna da ardere, cura del fuoco, preparazione degli alimenti, cucina in comune e così via). Questo potrebbe comportare cambiamenti nel tipo di alimenti da preparare, come le razioni distribuite dai programmi di assistenza alimentare – per esempio, i legumi hanno tempi di cottura lunghi e richiedono molto combustibile. Dove popolazioni sfollate sono sistemate in rifugi collettivi, cucine e sistemi di riscaldamento comuni o centralizzati sono preferibili alle stufe per singoli nuclei familiari perché riducono il rischio di incendi e l'inquinamento degli spazi interni dovuto al fumo.
- 2. Ventilazione:** usate in ambienti chiusi, le stufe dovrebbero essere dotate di canne per scaricare all'esterno, in condizioni di sicurezza, gas combusti e fumo. In alternativa, la posizione delle stufe e delle aperture protette dagli agenti atmosferici all'interno del rifugio dovrebbe essere sfruttata in modo da fornire una ventilazione adeguata ed evitare l'inquinamento dell'ambiente interno e disturbi respiratori. Le stufe dovrebbe essere concepite in modo da ridurre al minimo il rischio di incendi e inquinamento sia interno, sia esterno.

**3. Fonti sostenibili di combustibile:** le fonti di combustibile dovrebbero essere gestite in modo da assicurare la sostenibilità dell'approvvigionamento, prendendo provvedimenti per reintegrare e rigenerare le risorse.

**4. Raccolta del combustibile:** le donne dovrebbero essere consultate in merito a decisioni sul luogo e i mezzi per la raccolta di combustibile per gli usi di cucina e riscaldamento. Si dovrebbe far fronte al fabbisogno di combustibile dei gruppi più vulnerabili, come i nuclei familiari gestiti da donne e quelli che accudiscono persone affette da HIV/AIDS. Dove possibile, si dovrebbe provvedere a soluzioni alternative, come combustibili che richiedono meno lavoro, l'uso di stufe a basso consumo e fonti di combustibile facilmente accessibili.

## Articoli non alimentari – Norma 5: attrezzi e utensili

Ogni nucleo familiare colpito dal disastro che sia responsabile della costruzione o manutenzione e dell'uso sicuro del proprio rifugio, ha accesso all'attrezzatura necessaria.

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

- Dove sia responsabile della costruzione parziale o totale del proprio rifugio o ne curi la manutenzione essenziale, ogni nucleo familiare ha accesso all'attrezzatura necessaria per svolgere tutte le operazioni in condizioni di sicurezza (v. note di orientamento 1-2).
- Dove necessario, si fornisce addestramento o orientamento all'uso degli attrezzi e ai lavori di costruzione o manutenzione del rifugio (v. nota di orientamento 3).
- Si forniscono materiali adatti a limitare la diffusione di malattie a trasmissione vettoriale (per esempio zanzariere), per proteggere tutti i membri del nucleo familiare (v. Controllo dei vettori - Norme 1-3, pp. 83-88).

## Note di orientamento

- 1. Attrezzatura tipo:** seppur soggetta a variazioni locali, l'attrezzatura tipo può essere formata da un martello o mazzuolo, un'accetta o machete, una vanga o pala. La specifica dovrebbe essere tale da permettere la facile riparazione degli attrezzi, sul posto e con i mezzi tecnici a disposizione. Le comunità sfollate dovrebbero avere accesso anche ad attrezzi sufficienti per scavare canali di drenaggio delle acque di superficie e per l'opportuno trattamento delle spoglie dei defunti (costruzione di bare, scavo di fosse, allestimento di pire funebri).
- 2. Attività di sussistenza:** dove possibile, gli attrezzi forniti dovrebbero essere adatti anche allo svolgimento di attività per la sussistenza.
- 3. Assistenza tecnica:** per svolgere i lavori di costruzione o manutenzione, i nuclei familiari gestiti da donne e altri gruppi vulnerabili possono avere bisogno di assistenza da parte dei membri della famiglia allargata, di vicini o professionisti.

# Appendice 1

## **Lista di controllo per la valutazione iniziale relativa a rifugi, insediamenti e articoli non alimentari**

Il seguente questionario serve come guida e lista di controllo per assicurare che si ottengano le informazioni giuste per la formulazione della risposta al disastro in materia di rifugi. Le domande non sono vincolanti e devono essere usate e adattate secondo le esigenze. Si presume che le informazioni sulle cause soggiacenti del disastro, sulle condizioni di sicurezza, sulla demografia essenziale degli sfollati e di eventuali popolazioni ospitanti e sulle persone chiave da consultare siano ottenute a parte (v. norma Valutazione iniziale, p. 33).

### **1 Rifugi e insediamenti**

#### *Dati demografici*

- Da quante persone è formato un nucleo familiare tipo?
- La comunità colpita comprende gruppi di persone che non formano un nucleo familiare tipo, per esempio bambini non accompagnati, o gruppi minoritari particolari, con nuclei familiari di dimensioni diverse dalla media?
- Quanti sono i nuclei familiari privi di adeguato rifugio, e dove si trovano?
- Quante sono le persone che non fanno parte di un nucleo familiare specifico prive di rifugio o con rifugio inadeguato, e dove si trovano?

#### *Rischi*

- Qual è il rischio immediato per la vita dovuto a mancanza o inadeguatezza del rifugio, e quante persone riguarda?
- Quali sono i potenziali rischi per la vita, la salute e la sicurezza della popolazione colpita derivanti dal bisogno di rifugio?



- Quali sono i potenziali rischi e l'impatto che la presenza di famiglie sfollate comportano per le popolazioni ospitanti?
- Alla luce di effetti persistenti del disastro sulla fornitura di rifugi, quali sono gli ulteriori potenziali rischi per la vita, la salute e la sicurezza della popolazione colpita?
- Chi sono i soggetti vulnerabili della popolazione, considerando anche i sieropositivi e i malati di AIDS?
- Quali sono i particolari rischi per i soggetti vulnerabili e perché?

### ***Attività del nucleo familiare***

- Quali attività domestiche e finalizzate alla sussistenza si svolgono normalmente nei rifugi della popolazione colpita dal disastro, e in che modo gli spazi forniti e la loro disposizione rispecchiano tali attività?
- Quali attività domestiche e finalizzate alla sussistenza si svolgono normalmente negli spazi esterni intorno ai rifugi della popolazione colpita, e come gli spazi forniti e la loro disposizione rispecchiano tali attività?

### ***Materiali e progettazione***

- Quali sono le soluzioni iniziali al problema del rifugio o dei materiali adottate finora dai nuclei familiari colpiti o da altri?
- Quali materiali possono essere recuperati dal sito danneggiato (se possibile) e impiegati per ricostruire rifugi?
- Quali sono le pratiche costruttive caratteristiche della popolazione sfollata e di quella ospitante, e quali sono i materiali usati per realizzare la struttura, il tetto e i muri esterni?
- Quali progetti o soluzioni materiali alternative sono potenzialmente disponibili e familiari o accettabili per la popolazione colpita?
- In che modo le potenziali soluzioni per la costruzione di rifugi rispondono alle norme di prevenzione e attenuazione degli effetti dei disastri?
- Come sono costruiti normalmente i rifugi, e da chi?

- In che modo vengono normalmente procurati i materiali da costruzione, e da chi?
- In che modo donne, giovani e anziani possono essere addestrati o assistiti perché partecipino alla costruzione dei propri rifugi, e quali sono le limitazioni?

### ***Risorse e limitazioni locali***

- Quali sono al momento le risorse materiali, finanziarie e umane dei nuclei familiari colpiti e della comunità, e gli ostacoli al soddisfacimento di tutti o parte dei loro bisogni più urgenti in materia di rifugi?
- Quali sono le possibilità e le limitazioni degli attuali modelli di proprietà e uso dei terreni, e qual è la disponibilità di terreni liberi per far fronte alle urgenti necessità di rifugio?
- Quali sono le possibilità e le limitazioni della popolazione ospitante a sistemare nuclei familiari sfollati nelle proprie abitazioni o nei terreni adiacenti?
- Quali sono le possibilità e le limitazioni alla sistemazione temporanea di nuclei familiari sfollati in edifici o strutture intatte esistenti?
- Qual è l'idoneità topografica e ambientale all'allestimento di insediamenti temporanei di eventuali terreni liberi accessibili?
- Quali sono requisiti e limitazioni previsti dalle normative locali per il reperimento di soluzioni al problema dei rifugi?

### ***Servizi e strutture essenziali***

- Qual è la disponibilità attuale di acqua da bere e per l'igiene della persona, e quali sono le possibilità e le limitazioni a soddisfare i prevedibili bisogni di servizi igienico-sanitari?
- Quali sono le strutture sociali operanti (ambulatori, scuole, luoghi di culto e così via) e quali sono le possibilità e le limitazioni all'accesso?

### ***Impatto sulla comunità ospitante e sull'ambiente***

- Quali sono i motivi di preoccupazione per la comunità ospitante?
- Quali questioni pratiche e organizzative sorgono in relazione alla sistemazione di nuclei familiari sfollati presso la comunità ospitante o in insediamenti temporanei?
- Quali sono le possibili ripercussioni sull'ambiente nel fornire la necessaria assistenza alla realizzazione di rifugi (materiali da costruzione e accesso) e nel dare sostegno ai nuclei familiari sfollati (combustibile, servizi igienico-sanitari, smaltimento dei rifiuti, pascolo se necessario)?
- Quali possibilità esistono per la costruzione di rifugi, e quali sono le capacità di allestimento e gestione di insediamenti?
- Quali opportunità di supporto ai mezzi di sussistenza possono essere fornite mediante attività di reperimento di materiali e di costruzione di rifugi e insediamenti temporanei?

## **2 Articoli non alimentari: vestiario, accessori per dormire e articoli di uso domestico**

### ***Vestiario e accessori per dormire***

- Qual è la dotazione abituale di indumenti, coperte e altri accessori per dormire per donne, uomini, bambini e neonati, donne in gravidanza e in allattamento e anziani, e quali sono i particolari aspetti sociali e culturali di cui tenere conto?
- Quanti sono gli uomini e le donne di tutte le età, i bambini e i neonati che hanno indumenti, coperte e altri accessori per dormire inadeguati o insufficienti, per qualità o quantità, a proteggerli dalle condizioni climatiche e a preservare la salute, la dignità e il benessere, e perché?
- Quali sono i rischi immediati per la vita derivanti dalla mancanza di indumenti, coperte o altri accessori per dormire adeguati, e quante sono le persone a rischio?

- Quali sono i potenziali rischi per la vita, la salute e la sicurezza personale della popolazione colpita derivanti dal bisogno di adeguati indumenti, coperte o altri accessori per dormire?
- Quali sono i gruppi sociali più a rischio e perché? In che modo possono essere aiutati a rafforzarsi?

### ***Igiene della persona***

- A quali articoli essenziali per la cura dell'igiene personale aveva accesso un nucleo familiare tipo prima del disastro?
- Quali sono gli articoli essenziali ai quali i nuclei familiari colpiti non hanno più accesso?
- Quali sono le esigenze particolari di donne, ragazze, bambini e neonati?
- Quali altri articoli sono considerati socialmente o culturalmente importanti per mantenere la salute e la dignità delle persone colpite?

### ***Preparazione e consumo degli alimenti, stufe e combustibile***

- A quali utensili per cucinare e per mangiare aveva accesso un nucleo familiare tipo prima del disastro?
- Quanti sono i nuclei familiari che non hanno accesso sufficiente a utensili per cucinare e per mangiare, e perché?
- A che genere di stufe per cucinare e riscaldare l'ambiente aveva accesso un nucleo familiare tipo, dove si cucinava in relazione all'alloggio esistente e all'area circostante, e qual era il combustibile utilizzato abitualmente?
- Quanti sono i nuclei familiari che non hanno accesso a una stufa per cucinare e riscaldare l'ambiente, e perché?
- Quanti sono i nuclei familiari che non hanno accesso a scorte adeguate di combustibile per cucinare e riscaldare l'ambiente, e perché?
- Quali sono le possibilità e le limitazioni, in particolare di natura ambientale, al reperimento di quantità adeguate di combustibile per i nuclei familiari sfollati e per la comunità ospitante?

- Quale impatto ha sulle donne della comunità sfollata il reperimento di quantità adeguate di combustibile?
- Quali sono le considerazioni di tipo culturale e relative agli usi locali e alla sicurezza di cui tenere conto?

### ***Attrezzi e utensili***

- A quali attrezzi essenziali hanno accesso i nuclei familiari per costruire, mantenere o riparare un rifugio?
- Per quali attività finalizzate alla sussistenza si possono anche utilizzare gli attrezzi essenziali per la costruzione, la manutenzione e la riparazione dei rifugi?
- Il clima o l'ambiente naturale rende necessaria qualche forma di pavimentazione per mantenere un livello adeguato di salute e dignità, e quali soluzioni materiali appropriate è possibile offrire?
- Quali provvedimenti per il controllo dei vettori, in particolare la dotazione di zanzariere, sono necessari per assicurare la salute e il benessere dei nuclei familiari?

# Appendice 2

## Nota bibliografica

Grazie al programma online sulle migrazioni forzate del Refugee Studies Centre dell'Università di Oxford, molti dei documenti elencati hanno ottenuto la licenza dal copyright e sono consultabili in un apposito link di Sfera: <http://www.forcedmigration.org>

## Strumenti giuridici internazionali

*Il diritto a un'abitazione adeguata* (articolo 11 (1) della *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*), CECSR General Comment 4, 12 dicembre 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

*Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, 1981; articolo 14(2)(h).

*Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1990; articolo 27(3).

*Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale*, 1969, articolo 5(e)(iii).

*Convenzione sullo statuto dei rifugiati*, 1951, articolo 21.

*Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, 1948, articolo 25.

## Generale

Chalinder, A, *Good Practice Review 6: Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies*. Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. London, 1998.

Davis, I, *Shelter After Disaster*. Oxford Polytechnic Press, 1978.

Davis, J e Lambert, R, *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/IT Publications. London, 1995.

Hamdi, N, *Housing Without Houses: Participation, Flexibility, Enablement*. IT Publications, London, 1995.

ICRC, *Emergency Items Catalogue*. ICRC. Genève, 2002.

Kelly, C, *Guidelines in Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters*. Benfield Hazard Research Centre, University College London, 2002.

MSF, *Guide of Kits and Emergency Items. Decision-Maker Guide. Fourth English Edition*. Médecins Sans Frontières. Belgium, 1997.

Shelterproject.org, *Guidelines for the Transitional Settlement of Displaced Populations*. Cambridge, 2004.

UNDP, *Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications. Vol 1: Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power Supply*. Inter-Agency Procurement Services Office, UNDP. Copenhagen, 1995.

UNDRO, *Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance*. UNDRO. Genève, 1982.

UNHCR, *Environmental Guidelines*. UNHCR. Genève, 1996.

UNHCR, *Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps*. UNHCR. Genève, 2002.

UNHCR, *First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees*. UNHCR. Genève, 1993.

UNHCR, *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. UNHCR. Genève, 1991.

UNHCR, *Handbook for Emergencies*. UNHCR. Genève, 1999.

UNHCR, *Policy for Older Refugees: A Resource for the Refugee Community*. UNHCR. Genève, 2001.

UNHCR, *Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making*. UNHCR. Genève, 1998.

UNHCR, *Sexual Violence Against Refugees*. UNHCR. Genève, 1995.

USAID, *Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response*. Office of Foreign Disaster Assistance, USAID, 1994.

Zetter, R, *Shelter Provision and Settlement Policies for Refugees: A State of the Art Review in “Studies on Emergency and Disaster Relief”*, n. 2, Noriska Afrikainstitutet. Sweden, 1995.

Zetter, R, Hamdi, N e Ferretti, S, *From Roofs to Reintegration*. Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC). Genève, 2003.



## *Annotazioni*

## *Annotazioni*



## Capitolo 5: Norme minime per l'assistenza sanitaria

# Come usare questo capitolo

Il presente capitolo è diviso in tre sezioni: Sistemi e infrastrutture sanitarie; Controllo delle malattie contagiose; e Controllo delle malattie non contagiose. L'articolazione del capitolo promuove un approccio sistematico alla pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione dell'assistenza sanitaria in situazioni di disastro; e questo è il mezzo più affidabile per assicurare che i bisogni sanitari prioritari siano individuati e soddisfatti in maniera efficiente ed efficace. In tutto il capitolo si insiste su alcuni principi, come il sostegno ai sistemi di assistenza sanitaria nazionali e locali, il coordinamento e la standardizzazione.

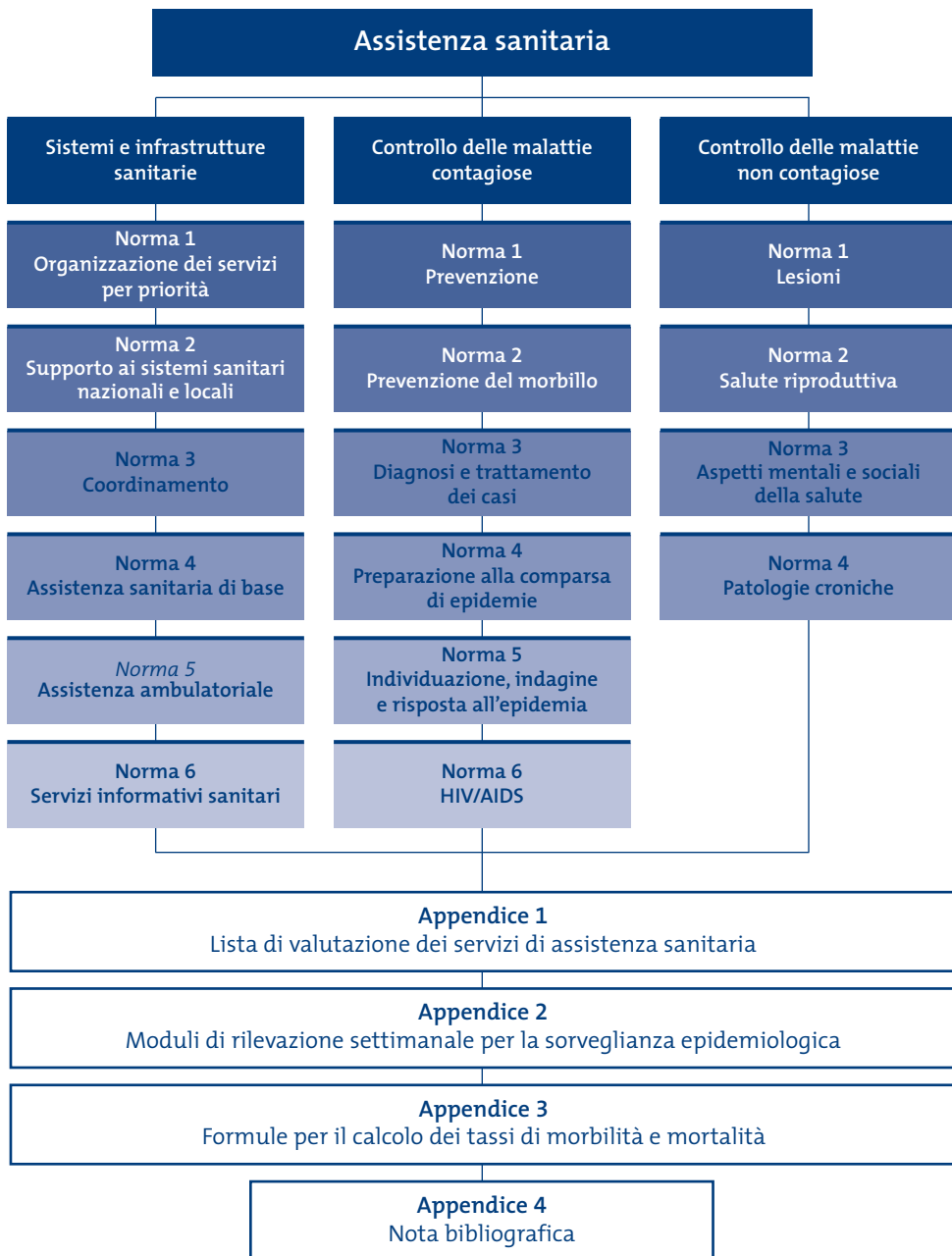
Ognuna delle sezioni si articola come segue:

- *norme minime*: sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi da raggiungere in materia di servizi sanitari;
- *indicatori chiave*: sono “segnali” che attestano se la norma ha trovato attuazione o meno. Rappresentano un modo per misurare e comunicare l'impatto, o risultato, dei programmi, così come i procedimenti e i metodi seguiti. Gli indicatori possono essere qualitativi o quantitativi;
- *note di orientamento*: riuniscono aspetti specifici da considerare quando si applicano le norme e gli indicatori nelle varie situazioni, forniscono un orientamento per affrontare difficoltà di ordine pratico, e consigli sulle questioni prioritarie. Possono comprendere anche argomenti critici relativi a norme o indicatori, e descrivono dubbi, controversie o lacune nello stato attuale delle conoscenze.

Le Appendici alla fine del capitolo includono una lista di controllo per la valutazione, moduli per la raccolta di dati, formule per il calcolo dei tassi di mortalità e morbilità e una bibliografia scelta che rimanda alle fonti di informazione sugli aspetti tecnici, generali e specifici, degli argomenti trattati nel capitolo.

# Sommario

Introduzione .....	263
1. Sistemi e infrastrutture sanitarie .....	268
2. Controllo delle malattie contagiose .....	283
3. Controllo delle malattie non contagiose .....	295
Appendice 1: Lista di valutazione dei servizi di assistenza sanitaria .....	305
Appendice 2: Moduli di rilevazione settimanale per la sorveglianza epidemiologica .....	308
Appendice 3: Formule per il calcolo dei tassi di mortalità e morbilità .....	311
Appendice 4: Nota bibliografica .....	314



# Introduzione

## Rimandi agli strumenti giuridici internazionali

Le Norme minime sull'assistenza sanitaria sono un'espressione pratica dei principi e dei diritti contenuti nella Carta Umanitaria. La Carta Umanitaria si occupa dei requisiti elementari che sostengono la vita e la dignità delle persone colpite da calamità o da conflitto, secondo quanto espresso nel corpus legislativo internazionale relativo ai diritti umani e dei rifugiati e nel diritto internazionale umanitario.

Tutti hanno diritto alla salute. Tale diritto, riconosciuto dagli strumenti giuridici internazionali, comprende il diritto di ogni individuo ad avere uguali possibilità di accesso all'assistenza sanitaria e a tutti quei fattori che contribuiscono a determinare un buono stato di salute. Tutto ciò implica il rispetto di altri diritti umani, quali l'accesso ad acqua sicura e a servizi igienico-sanitari adeguati; a una quantità adeguata di cibo sicuro, alla nutrizione e all'abitazione; a condizioni ambientali sane; a formazione e informazione sulla salute; alla dignità umana e all'affermazione del valore della persona.

Il diritto alla salute può essere garantito soltanto se la popolazione è protetta; se i professionisti responsabili del sistema di assistenza sanitaria sono ben preparati e seguono i principi universali dell'etica e gli standard professionali; se il sistema entro il quale operano risponde agli standard minimi dei bisogni; e se lo Stato è disposto a istituire e mantenere queste condizioni di sicurezza e stabilità. In questa prospettiva di tutela dei diritti umani sono essenziali gli aspetti della dignità e dell'equità, nonché gli obblighi degli attori statali e non statali a garantire il diritto degli individui alla salute. In periodi di conflitto armato, gli ospedali civili e le strutture sanitarie in generale non possono, in nessuna circostanza, essere oggetto di aggressione, e il personale sanitario e medico ha il diritto di essere rispettato e protetto.

Le Norme minime di questo capitolo non rappresentano l'espressione completa del diritto alla salute. Tuttavia, le norme Sfera rispecchiano i contenuti essenziali di questo diritto e contribuiscono alla sua realizzazione in tutto il mondo.

## L'importanza dell'assistenza sanitaria nelle situazioni di disastro

Nelle fasi iniziali di una situazione di disastro, l'assistenza sanitaria è un fattore determinante per la sopravvivenza. Un disastro ha quasi sempre un forte impatto sulla salute e sul benessere della popolazione colpita. Tale impatto può essere diretto (ferite, trauma psicologico) e indiretto (maggiore incidenza di malattie infettive, malnutrizione, complicazioni delle malattie croniche). Gli effetti indiretti sulla salute sono generalmente collegati a fattori quali quantità e qualità inadeguate dell'acqua, guasti ai servizi igienico-sanitari, interruzione degli approvvigionamenti alimentari, sovraffollamento e spostamenti di popolazioni.

Gli obiettivi prioritari della risposta umanitaria ai disastri sono: 1) prevenire e ridurre l'eccesso di mortalità e morbilità e 2) favorire il ritorno alla normalità. A disastri diversi corrispondono manifestazioni diverse, in termini di frequenza e distribuzione, della mortalità e morbilità. (v. tabella a p. 267); di conseguenza, i bisogni di assistenza medica e sanitaria di una comunità colpita varieranno secondo il tipo e la portata del disastro.

Per stabilire le priorità nel campo dell'assistenza sanitaria è necessaria una visione chiara dello stato di salute della comunità colpita prima del disastro, dei suoi bisogni, rischi per la salute, risorse e capacità. Nelle fasi iniziali di una situazione di disastro, le informazioni possono essere incomplete, e importanti decisioni riguardanti la sanità pubblica dovranno essere prese senza la disponibilità e/o l'analisi di dati pertinenti. Pertanto, si dovrà eseguire al più presto una prima valutazione multisettoriale, con la partecipazione dei rappresentanti della comunità, per determinare l'impatto del disastro sulla salute pubblica, le priorità degli interventi, la disponibilità di risorse locali e la necessità di assistenza esterna (v. norma Valutazione iniziale, p. 33, e Appendice 1).

In generale, gli interventi prioritari di sanità pubblica mireranno ad assicurare il massimo beneficio per il massimo numero di persone. Per quanto possibile, gli interventi si rifaranno al principio della prassi basata su prove di efficacia, dando preferenza a quelli di provato beneficio per la salute pubblica. Tali interventi includeranno quantità adeguate di acqua sicura, servizi igienico-sanitari, assistenza



nutrizionale, sicurezza alimentare e aiuti alimentari, rifugi e cure mediche di base. I servizi di prevenzione e cura devono mirare in primo luogo a contrastare le malattie con potenziale epidemico.

Una campagna vaccinale contro il morbillo sarà una delle prime priorità per una popolazione a rischio di epidemia di questa malattia, specialmente in un contesto di rifugiati o di emergenza complessa. Nella maggior parte degli scenari di disastro, l'assistenza con invio a un altro medico e le cure ospedaliere, pur essendo importanti, hanno un impatto minore sulla salute pubblica rispetto a prestazioni di primo intervento.

La partecipazione delle comunità colpite dal disastro alla pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione finale dell'assistenza sanitaria è fondamentale. Nel corso di questo processo, si dovranno individuare e utilizzare capacità già esistenti nel settore sanitario. La formazione di capacità locali con la collaborazione della popolazione colpita è probabilmente il modo più efficace di aiutare le comunità a riprendersi da un disastro e a prepararsi per un eventuale disastro futuro. È probabile che rifugiati e sfollati interni aumentino la pressione sui servizi di assistenza sanitaria della popolazione ospitante. Di conseguenza, gli interventi umanitari dovranno mirare a offrire il più possibile integrazione e supporto a questi servizi.

In quasi tutte le situazioni di disastro, donne e bambini sono gli utenti principali dell'assistenza sanitaria; è dunque importante considerare il punto di vista delle donne come mezzo per assicurare che l'assistenza sia equa, appropriata e accessibile per la popolazione colpita nel suo insieme. Le donne possono aiutare a comprendere meglio fattori e abitudini culturali rilevanti per la salute, nonché i bisogni specifici dei soggetti vulnerabili della popolazione colpita; per questo dovrebbero partecipare attivamente alla pianificazione e all'attuazione dell'assistenza sanitaria sin dall'inizio.

## **Collegamenti con gli altri capitoli**

Molte delle norme presentate negli altri capitoli settoriali sono pertinenti anche a questo. In molti casi, i progressi compiuti verso il rispetto delle norme in un settore si ripercuotono, quando addirittura non li determinano, sui progressi compiuti in altri settori. Perché una

risposta sia efficace, sono necessari lo stretto coordinamento e la collaborazione tra diversi settori. Per garantire che i bisogni siano soddisfatti, che gli interventi non siano duplicati e che la qualità dei servizi sanitari sia ottimale, è importante anche il coordinamento con le autorità locali e con altre organizzazioni operanti.

Dove è opportuno, sono indicati i rimandi alle specifiche norme o note di orientamento di altri capitoli tecnici.

## **Rimandi alle norme comuni a tutti i settori**

Il processo di pianificazione e attuazione di un intervento è decisivo ai fini della sua efficacia. Questo capitolo deve essere utilizzato unitamente alle norme comuni a tutti i settori (partecipazione, valutazione iniziale, risposta, selezione dei beneficiari, monitoraggio, valutazione, competenze e responsabilità degli operatori umanitari, supervisione, gestione e supporto del personale: v. capitolo 1, p. 25). In particolare, la partecipazione degli stessi soggetti colpiti dal disastro, compresi i gruppi vulnerabili elencati più avanti, deve essere incoraggiata al massimo in qualsiasi tipo di risposta, al fine di garantirne adeguatezza e qualità.

## **Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite da disastri**

In situazioni di emergenza, i gruppi più frequentemente a rischio sono le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le persone affette da HIV/AIDS. In alcuni contesti possono essere motivo di vulnerabilità l'origine etnica, l'affiliazione religiosa o politica, la condizione di sfollato. Questo elenco non esaurisce le categorie più a rischio, ma riunisce quelle individuate con maggiore frequenza. Vulnerabilità specifiche si ripercuotono sulla capacità delle persone di far fronte e sopravvivere a un disastro; in ogni contesto occorre dunque identificare i soggetti più a rischio.

In tutto il manuale, l'espressione "gruppi vulnerabili" indica tutti questi gruppi. Quando uno qualsiasi di questi è a rischio, è probabile che lo siano anche altri. Per questo, ogni volta che sono nominati i gruppi vulnerabili i lettori sono caldamente invitati a considerare tutti quelli qui elencati. È necessario proteggere e curare con particolare attenzione

tutti i gruppi in questione, senza discriminazioni e secondo i bisogni specifici. Va comunque ricordato che le popolazioni colpite da disastri possiedono e acquisiscono competenze e capacità per fronteggiare la situazione, che devono essere riconosciute e incoraggiate.

<b>Impatto di alcuni tipi di disastro sulla salute pubblica</b>					
<b>Effetto</b>	<b>Emergenze complesse</b>	<b>Terremoti</b>	<b>Forti venti (senza inondazioni)</b>	<b>Inondazioni</b>	<b>Inondazioni improvvise/tsunami</b>
Morti	molti	molti	pochi	pochi	molti
Feriti gravi	variabili	molti	moderati	pochi	pochi
Maggior rischio di malattie contagiose	alto	basso	basso	variabile	basso
Scarsità di cibo	frequente	rara	rara	variabile	frequente
Grandi spostamenti di popolazione	frequente (possono verificarsi in zone urbane gravemente danneggiate)	rari	rari	frequenti	variabile

*Fonte:* adattata da Pan American Health Organization, *Emergency Health Management After Natural Disaster. Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination: Scientific Publication No. 47.* Washington, DC. Pan American Health Organization, 1981.

**NB:** Anche per tipi specifici di disastro, i modelli di morbilità e mortalità variano in misura significativa da un contesto all'altro. Per esempio, l'applicazione di norme edilizie antisismiche può ridurre drasticamente il numero dei morti e dei feriti gravi in caso di terremoto. In alcune emergenze complesse, le prime cause di morbilità e mortalità sono malattie contagiose e malnutrizione, mentre in altre la prima causa di mortalità è costituita da traumi violenti, e l'aumento della morbilità deriva dalle complicazioni di patologie croniche.

## Le Norme minime

# 1 Sistemi e infrastrutture sanitarie

Durante una risposta a un'emergenza, quando i tassi di mortalità sono elevati o destinati a salire, gli interventi umanitari prioritari devono concentrarsi sui bisogni più urgenti per la sopravvivenza, che comprendono le cure mediche di base. Una volta che tali bisogni siano soddisfatti e i tassi di mortalità siano scesi a livelli prossimi a quelli di riferimento, si dovrebbe sviluppare una gamma più ampia di servizi sanitari. In tutte le fasi della risposta, un approccio integrato con i sistemi sanitari nella progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione dei servizi di assistenza sanitaria contribuirà ad assicurare che i bisogni più importanti siano soddisfatti, che la copertura sia appropriata, l'accesso ottimizzato e la qualità favorita.

Le norme che seguono si applicano in tutti gli scenari di disastro, ma riguardano in special modo quelli poveri di risorse. Sono ideati principalmente per assicurare che durante la risposta al disastro le comunità colpite abbiano accesso a un'assistenza sanitaria di buona qualità. Favorire la sostenibilità dell'assistenza sanitaria in seguito a un disastro è particolarmente importante in caso di gravi sconvolgimenti delle infrastrutture e dei servizi. In ogni caso, per assicurare la sostenibilità è necessario considerare vari fattori – politici, gestionali, istituzionali, finanziari e tecnici – e ciò va oltre gli obiettivi del presente documento. Le organizzazioni umanitarie e il personale sanitario devono avere presente che molte delle decisioni prese in situazioni di emergenza possono contribuire a promuovere o compromettere la sostenibilità a più lungo termine dei servizi forniti.

## Sistemi e infrastrutture sanitarie – Norma 1: organizzazione dei servizi per priorità

Tutti hanno accesso ai servizi di assistenza sanitaria, che sono organizzati in modo da affrontare le cause principali dell'eccesso di mortalità e morbidità.

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

- Le cause principali di morbidità e mortalità sono individuate, documentate e monitorate.
- L'assistenza sanitaria prioritaria comprende gli interventi più appropriati ed efficienti per ridurre l'eccesso di morbidità e mortalità (v. nota di orientamento 1).
- Tutti i membri della comunità, gruppi vulnerabili compresi, hanno accesso agli interventi sanitari prioritari (v. nota di orientamento 2).
- Le autorità sanitarie locali e i membri della comunità partecipano alla pianificazione e all'attuazione degli interventi sanitari prioritari.
- Vi è collaborazione attiva con altri settori nella pianificazione e attuazione degli interventi sanitari prioritari, ivi compresi gli interventi su acqua e servizi igienico-sanitari, sicurezza alimentare, nutrizione, rifugi e protezione. Il tasso grezzo di mortalità (crude mortality rate, CMR) è mantenuto o ridotto a meno del doppio del tasso di riferimento documentato per la popolazione prima del disastro (v. nota di orientamento 3).
- Il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (under-5 mortality rate, U5MR) è mantenuto o ridotto a meno del doppio del tasso di riferimento documentato per la popolazione prima del disastro (v. nota di orientamento 3).

### Note di orientamento

1. **Gli interventi sanitari prioritari** variano in base al contesto, che include il tipo di disastro e il relativo impatto. Basando la pianificazione di tali interventi su principi di sanità pubblica, si assicurerà il massimo beneficio

per il massimo numero di persone. Gli interventi sanitari prioritari comprendono adeguato approvvigionamento di acqua sicura, servizi igienico-sanitari, cibo, rifugio, controllo delle malattie contagiose (per esempio, vaccinazione contro il morbillo), cure mediche di base e sorveglianza epidemiologica. L'assistenza medica estesa, che comprende la cura dei traumi, ha priorità più alta in caso di disastro con molti feriti, come un terremoto.

**2. Accesso all'assistenza sanitaria:** dovrebbe basarsi sul principio di equità, che garantisce parità di accesso secondo il bisogno, senza discriminazioni che possano portare all'esclusione di gruppi specifici. In pratica, l'ubicazione e l'organico dei servizi sanitari dovrebbero essere tali da assicurare accesso e copertura ottimali. Nella fase di pianificazione del servizio devono essere tenuti in considerazione i bisogni particolari dei gruppi vulnerabili, che possono non avere facilità di accesso. Dove sia previsto il pagamento di una quota da parte degli utenti, si dovrebbero concordare modalità per far sì che chi non è in grado di affrontare la spesa abbia ugualmente accesso (esenzione dalla quota, buoni e così via).

**3. Tasso grezzo di mortalità e tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni:** in una situazione di disastro, il tasso grezzo di mortalità (CMR) giornaliero è l'indicatore più specifico e utile. Un valore doppio rispetto al CMR di riferimento segnala una emergenza sanitaria rilevante, che richiede una risposta immediata. Il CMR di riferimento medio per i paesi meno sviluppati è di circa 0,38 decessi/10.000 persone/giorno, con l'Africa sub-sahariana attestata su 0,44; nei paesi industrializzati, il CMR medio è di circa 0,25/10.000/giorno. Dove non si conosca il tasso di riferimento, le organizzazioni umanitarie che si occupano di sanità mirano a mantenere il CMR al di sotto di 1,0/10.000/giorno. Il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (U5MR) di riferimento dei paesi meno sviluppati è di circa 1,03 decessi/ 10.000 U5/giorno, 1,14 per l'Africa subsahariana; nei paesi industrializzati, tale valore è di circa 0,04/10.000 U5/giorno. Dove non si conosca il tasso U5MR di riferimento, le organizzazioni umanitarie mirano a mantenerlo al di sotto di 2,0/ 10.000 U5/giorno (v. Appendici 2-3 e la tabella nella pagina accanto).

<b>Dati di riferimento della mortalità per regione</b>				
<b>Regione</b>	<b>CMR (decessi/ 10.000/g)</b>	<b>CMR soglia di emergenza</b>	<b>U5MR (decessi/ 10.000 U5/giorno)</b>	<b>U5MR soglia di emergenza</b>
Africa subsahariana	0,44	0,9	1,14	2,3
Medio Oriente e Nord-Africa	0,16	0,3	0,36	0,7
Asia meridionale	0,25	0,5	0,59	1,2
Asia orientale e Pacifico	0,19	0,4	0,24	0,5
America latina e Caraibi	0,16	0,3	0,19	0,4
Europa centrale e orientale CSI e Paesi baltici	0,30	0,6	0,20	0,4
Paesi industrializzati	0,25	0,5	0,04	0,1
Paesi in via di sviluppo	0,25	0,5	0,53	1,1
Paesi meno sviluppati	0,38	0,8	1,03	2,1
Mondo	0,25	0,5	0,48	1,0

Fonte: UNICEF, *State of the World's Children 2003* (dati del 2001).

## **Sistemi e infrastrutture sanitarie – Norma 2: supporto ai sistemi sanitari nazionali e locali**

Si istituiscono servizi sanitari a supporto dei sistemi, strutture e operatori sanitari esistenti.

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

- Ogni qualvolta sia possibile, la risposta sanitaria è diretta da rappresentanti del Ministero della salute.
- Dove il Ministero della salute manchi delle capacità necessarie, si individua un'istituzione alternativa alla quale affidare la direzione delle operazioni sanitarie (v. note di orientamento 1-2).

- Le organizzazioni attive nella risposta sostengono e rafforzano le strutture sanitarie locali (v. note di orientamento 1-2).
- Gli operatori sanitari locali sono sostenuti e integrati nella loro opera, tenendo nella debita considerazione gli equilibri etnici e di genere (v. nota di orientamento 3).
- I servizi di assistenza sanitaria accolgono o adattano le norme e direttive nazionali esistenti del paese colpito dal disastro o di quello ospitante (v. nota di orientamento 4).
- Non vengono istituiti servizi e strutture sanitarie alternative o parallele, ivi compresi ospedali da campo stranieri, a meno che le capacità locali non consentano una risposta adeguata alle necessità o che la popolazione non abbia facile accesso ai servizi esistenti. Sull'argomento si consulta l'autorità sanitaria responsabile (v. note di orientamento 5).

## Note di orientamento

1. **Autorità sanitaria responsabile:** in linea generale, dove il Ministero della salute non disponga delle capacità per assumere la direzione delle operazioni, subentrerà in questa funzione un istituto delle NU, come l'OMS, l'ACNUR o l'UNICEF. A volte, quando né il Ministero della salute né gli istituti delle NU dispongano di capacità a livello regionale, distrettuale o locale, il coordinamento delle attività può essere affidato, almeno temporaneamente, a un'altra organizzazione umanitaria presente. L'autorità sanitaria responsabile dovrebbe assicurare che le organizzazioni impegnate nella risposta umanitaria sostengano e rafforzino le capacità dei sistemi sanitari locali. Essa sarà inoltre incaricata di assicurare il coordinamento e l'integrazione delle attività delle organizzazioni umanitarie attive nel campo dell'assistenza sanitaria.
2. **Strategia e politica del settore sanitario:** un compito importante dell'autorità sanitaria responsabile è quello di elaborare una strategia e una politica complessiva per la risposta all'emergenza nel settore sanitario. Idealmente, dovrebbe essere prodotto un documento che specifichi priorità e obiettivi del settore sanitario e fornisca un quadro di riferimento operativo per il loro raggiungimento. Il documento dovrebbe essere elaborato dopo aver consultato le organizzazioni umanitarie interessate e i rappresentanti della comunità.



- 3. Operatori sanitari locali:** dove sia opportuno, i professionisti e altri operatori sanitari appartenenti alla comunità colpita dal disastro, ivi comprese le assistenti al parto qualificate/tradizionali, dovrebbero essere integrati nell'assistenza sanitaria. L'equilibrio di genere, pur essendo sempre auspicabile, può non essere praticabile in comunità dove gli operatori sanitari siano prevalentemente di un solo sesso.
- 4. Norme e direttive nazionali:** in generale, le organizzazioni umanitarie dovrebbero attenersi alle norme e direttive sanitarie del paese nel quale si svolge la risposta al disastro, ivi compresi protocolli terapeutici e liste di farmaci essenziali (v. Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 5). Tali norme e direttive dovrebbero essere revisionate in collaborazione con il Ministero della salute nelle fasi iniziali della risposta al disastro per valutarne l'appropriatezza. Qualora fossero datate o non rispecchiassero la pratica basata sull'evidenza, dovranno essere aggiornate.
- 5. Ospedali da campo stranieri:** a volte gli ospedali da campo possono essere l'unica maniera per prestare assistenza sanitaria dove gli ospedali esistenti non funzionino adeguatamente. Tuttavia, di solito è più efficace fornire risorse a ospedali già esistenti, per permettere che riprendano a funzionare o possano far fronte al carico di lavoro aggiuntivo. L'allestimento di un ospedale da campo può essere opportuno per la cura immediata (entro le prime 48 ore) e secondaria delle lesioni da trauma e per le emergenze di routine (3-15 giorni), o come struttura temporanea per rimpiazzare un ospedale locale distrutto finché non sia ricostruito (fino a parecchi anni). Per decidere se sia opportuno allestire un ospedale da campo, deve esistere una necessità chiaramente definita; l'ospedale da campo deve essere in grado di prestare servizi appropriati; non deve rappresentare una perdita per le risorse locali; e deve essere economicamente efficiente.

## Sistemi e infrastrutture sanitarie – Norma 3: coordinamento

Le persone hanno accesso a servizi di assistenza sanitaria coordinati tra organizzazioni umanitarie e settori per ottenere il massimo impatto.

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

- Sono istituiti meccanismi di coordinamento a livello centrale (nazionale o regionale) e sul campo nell'ambito del settore sanitario, e tra questo e altri settori.
- Le responsabilità specifiche di ogni organizzazione umanitaria operante nel settore sanitario sono chiarite e documentate di concerto con l'autorità sanitaria responsabile, in modo da garantire la copertura ottimale della popolazione e la complementarità degli interventi (v. nota di orientamento 1).
- Si svolgono regolari incontri di coordinamento tra partner locali ed esterni, sia al livello centrale, sia sul campo, (v. nota di orientamento 2).

## Note di orientamento

- 1. Coordinamento tra organizzazioni umanitarie operanti in ambito sanitario:** indipendentemente da chi sia l'autorità sanitaria responsabile, se il Ministero della salute o un altro organismo, tutte le organizzazioni attive in ambito sanitario dovrebbero coordinarsi con i sistemi sanitari nazionali e locali. Dove si trovino a operare sul campo più organizzazioni, la ripartizione coordinata delle responsabilità aiuterà a garantire che le lacune siano colmate senza duplicazioni di interventi.
- 2. Incontri di coordinamento:** dovrebbero essere la sede in cui condividere informazioni, individuare e controllare priorità, elaborare e adattare strategie comuni, assegnare compiti specifici e concordare protocolli e interventi standardizzati. Nella fase iniziale, gli incontri dovrebbero avere cadenza almeno settimanale.

## Sistemi e infrastrutture sanitarie – Norma 4: assistenza sanitaria di base

I servizi di assistenza sanitaria si basano sui principi specifici dell'assistenza sanitaria di base.

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

- Tutti hanno accesso alle informazioni che permettono di tutelare e migliorare il proprio stato di salute e benessere (v. nota di orientamento 1).
- L'assistenza prestata è appropriata al livello del sistema sanitario: nucleo familiare/comunità, strutture sanitarie periferiche, strutture sanitarie centrali, ospedale di riferimento (v. nota di orientamento 2).
- L'autorità sanitaria responsabile stabilisce un sistema di riferimento unificato, di cui le organizzazioni che operano nel settore sanitario si servono. Si organizza un idoneo sistema per il trasporto dei pazienti alla struttura di riferimento.
- Ogni volta che sia possibile, servizi e interventi si basano su metodi scientificamente validi e basati sull'evidenza.
- Servizi e interventi impiegano tecnologie appropriate, e sono socialmente e culturalmente accettabili.

## Note di orientamento

1. **Informazione e formazione sanitaria:** si dovrebbe avviare un attivo programma di educazione e sensibilizzazione sanitaria a beneficio della comunità, di concerto con le autorità sanitarie locali e i rappresentanti della comunità. Il programma dovrebbe tenere conto dei comportamenti a beneficio della salute, così come delle credenze in materia di salute seguite dalla popolazione. Dovrebbe fornire informazioni sui principali problemi endemici e fattori di rischio, sulla disponibilità e l'ubicazione dei servizi di assistenza sanitaria e sui comportamenti atti a tutelare e favorire un buono stato di salute. Messaggi e materiali divulgati dovrebbero adottare lingua, linguaggio e mezzi di comunicazione appropriati, oltre a essere culturalmente sensibili. I contenuti dei messaggi saranno coerenti tra le varie organizzazioni operanti.
2. **Ambulatori mobili:** in alcune situazioni di disastro può essere necessario attivare degli ambulatori mobili per far fronte ai bisogni di comunità isolate, con limitato accesso all'assistenza. L'esperienza ha dimostrato che, dove operano in maniera appropriata, questi ambulatori possono soddisfare dei bisogni vitali. Se invece funzionano in maniera inappropriata, gli ambulatori mobili possono essere sottoutilizzati, soppiantare servizi

esistenti e rappresentare un uso inefficiente di risorse limitate. Dovrebbero essere introdotti solo dopo aver consultato l'autorità sanitaria responsabile e i rappresentanti sanitari locali.

## **Sistemi e infrastrutture sanitarie – Norma 5: assistenza ambulatoriale**

Le persone hanno accesso a servizi ambulatoriali standardizzati, che seguono protocolli e direttive approvati.

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

- Il numero, il livello e l'ubicazione delle strutture sanitarie sono idonei a far fronte ai bisogni della popolazione (v. note di orientamento 1-2).
- Il personale di ogni struttura sanitaria è idoneo per numero, competenze ed equilibrio etnico/di genere a far fronte ai bisogni della popolazione (v. note di orientamento 1-2).
- Si raggiungono livelli idonei di personale in modo che i medici non debbano occuparsi regolarmente di più di 50 pazienti al giorno. Se questa soglia viene superata regolarmente, si impiegherà personale sanitario aggiuntivo (v. Appendice 3).
- I tassi di utilizzazione delle strutture sanitarie sono monitorati, adottando misure correttive in caso di sovra- o sottoutilizzazione (v. nota di orientamento 3).
- L'autorità sanitaria responsabile stabilisce protocolli standardizzati per il trattamento dei casi, ai quali le organizzazioni sanitarie si attengono (v. nota di orientamento 4).
- L'autorità sanitaria responsabile stabilisce una lista standard di farmaci essenziali, alla quale le agenzie sanitarie si attengono (v. nota di orientamento 4).
- Il personale medico è preparato e controllato nell'applicazione dei protocolli e nell'uso della lista dei farmaci essenziali (v. note di orientamento 5-6).

- Le persone hanno accesso a scorte regolari di farmaci essenziali, garantite da un sistema standardizzato di gestione dei farmaci che si attiene a direttive approvate (v. nota di orientamento 7).
- Le donazioni di farmaci vengono accettate solo se conformi a direttive riconosciute a livello internazionale. Donazioni che non siano conformi a tali direttive non vengono utilizzate e vengono smaltite in condizioni di sicurezza.
- I corpi dei defunti vengono trattati in maniera dignitosa, culturalmente accettabile e conforme ai principi di buone pratiche della sanità pubblica (v. nota di orientamento 8).

## Note di orientamento

- 1. Strutture sanitarie e organico:** il numero e l'ubicazione delle strutture sanitarie e il numero e le competenze dell'organico disponibile possono variare da un contesto all'altro. La presenza, in un organico, di anche un solo operatore donna o appartenente a un gruppo etnico minoritario può incrementare significativamente l'accesso ai servizi sanitari delle donne o delle minoranze. Sono vietate tutte le azioni o attività che mettano in pericolo la neutralità delle strutture sanitarie, come per esempio portare armi.
- 2. Livelli di organico:** le seguenti direttive rappresentano un utile riferimento, ma può essere necessario adattarle secondo il contesto. L'espressione "operatore sanitario qualificato" indica un operatore dotato di formazione ufficiale (medico, infermiere/a, funzionario medico, ausiliario medico).
  - a. A livello di comunità: un operatore sanitario a livello di comunità per una popolazione di 500-1.000 unità; una assistente al parto qualificata/tradizionale per una popolazione di 2.000 unità; un supervisore ogni 10 assistenti domiciliari; un supervisore superiore.
  - b. Struttura sanitaria periferica (per una popolazione di ca. 10.000 unità): totale organico da due a cinque; minimo un operatore sanitario qualificato, sulla base di un medico per 50 visite al giorno; personale non qualificato per la somministrazione di terapie reidratanti orali (ORT), medicazioni e così via, e per le pratiche amministrative, di registrazione e così via.

- c. Struttura sanitaria centrale (per una popolazione di ca. 50.000 unità): minimo cinque operatori sanitari qualificati, minimo un medico; un operatore sanitario qualificato per 50 visite al giorno (pazienti esterni); un operatore sanitario qualificato ogni 20-30 letti, servizio 24 ore (pazienti ricoverati). Un operatore sanitario non qualificato per somministrazione ORT; uno/due per farmacia; uno/due per medicazioni, iniezioni, sterilizzazione. Un tecnico di laboratorio. Personale non qualificato per pratiche amministrative, registrazione, sicurezza e così via.
- d. Ospedale di riferimento: variabile. Almeno un medico con competenze chirurgiche; un infermiere/a ogni 20-30 letti a turno.

**3. Tasso di utilizzazione dei servizi di assistenza sanitaria:** il numero delle presenze nelle strutture sanitarie aiuterà a calcolare il tasso di utilizzazione. Non esiste una soglia di utilizzo definitiva, poiché può variare da un contesto all'altro e, spesso, da una stagione all'altra. In ogni caso, tale soglia aumenta in misura significativa presso le popolazioni colpite da disastri. Con popolazioni stabili, il tasso di utilizzazione è di circa 0,5-1,0 nuova visita/persona/anno. Presso popolazioni sfollate, ci si può aspettare una media di 4,0 nuove visite/persona/anno. Un valore inferiore all'aspettativa può segnalare inadeguatezza dell'accesso alle strutture, dovuta per esempio a condizioni di insicurezza o a scarsa capacità dei servizi. Se il valore è più alto, può indicare una sovrautilizzazione, dovuta a un problema di salute pubblica specifico (come la comparsa di una malattia infettiva) o a sottostima della popolazione beneficiaria. Nell'analisi dei tassi di utilizzazione si devono tenere in considerazione anche fattori di genere, età, appartenenza etnica e disabilità, in modo da assicurare che i gruppi vulnerabili siano adeguatamente rappresentati (v. Appendice 3).

**4. Liste dei farmaci essenziali e protocolli terapeutici standardizzati:** la maggior parte dei paesi ha istituito liste di farmaci essenziali o formulari nazionali, e molti hanno protocolli terapeutici per il trattamento di comuni patologie e lesioni. Queste liste e protocolli devono essere esaminati di concerto con il Ministero della salute, o con l'autorità sanitaria responsabile, nelle fasi iniziali della risposta al disastro in modo da accertarne l'appropriatezza. Occasionalmente possono rendersi necessarie delle modifiche a protocolli e liste di farmaci stabilite a livello nazionale, per esempio dove vi sia prova di resistenza ad antibiotici o

antimalarici raccomandati. Se non esistono protocolli e/o liste di farmaci essenziali, si dovrebbero seguire le direttive dell'OMS o dell'ACNUR, come il New Emergency Health Kit.

5. **Addestramento e supervisione del personale:** gli operatori dovrebbero avere la formazione e le qualifiche richieste dal livello di responsabilità loro assegnato. Le organizzazioni umanitarie che operano nell'ambito dell'assistenza sanitaria hanno il dovere di formare il proprio personale per garantire che disponga di conoscenze aggiornate. Formazione e supervisione avranno alta priorità soprattutto dove il personale non abbia ricevuto una formazione continua o dove siano stati introdotti sistemi e protocolli nuovi. I programmi di formazione dovrebbero essere, per quanto possibile, standardizzati e collegati ai programmi nazionali.
6. **Diritti dei pazienti:** molti fattori associati ai disastri possono rendere difficile rispettare in maniera coerente il diritto dei pazienti alla riservatezza, alla confidenzialità e al consenso informato. Ciononostante il personale sanitario dovrebbe cercare, nei limiti del possibile, di salvaguardare e rispettare questi diritti. Le strutture e i servizi di assistenza sanitaria dovrebbero essere progettati e organizzati in modo da assicurare riservatezza e confidenzialità (v. Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 6, nota di orientamento 3). Il consenso informato dovrebbe essere richiesto ai pazienti prima di un intervento medico o chirurgico. I pazienti hanno il diritto di sapere che cosa ogni intervento comporta, oltre ai suoi benefici, potenziali rischi, costi e durata.
7. **Gestione dei farmaci:** oltre a utilizzare la lista dei farmaci essenziali, è necessario che le organizzazioni umanitarie che operano nel campo sanitario istituiscano un sistema efficace per la gestione dei farmaci, allo scopo di garantirne un uso efficiente, economicamente conveniente e razionale. Il sistema dovrebbe basarsi sui quattro elementi chiave del ciclo di gestione dei farmaci: selezione, acquisizione, distribuzione e uso (v. *Management Sciences for Health*, 1997 in *Managing Drug Supply*. Il ediz).
8. **Spoglie dei defunti:** in situazioni di elevata mortalità, sarà necessario occuparsi di un gran numero di corpi, che non dovrebbero essere gettati senza cerimonie in fosse comuni: questo non può essere giustificato come misura di sanità pubblica, viola importanti regole sociali e può causare lo spreco di già scarse risorse. Spesso il trattamento di massa delle spoglie dei defunti parte dalla falsa convinzione che essi

rappresentino un rischio di epidemia se non seppelliti o inceneriti immediatamente. In realtà, il rischio sanitario rappresentato dai cadaveri è quasi sempre trascurabile. Sono necessarie precauzioni specifiche soltanto in pochi casi eccezionali, per esempio se la morte è dovuta a colera o a febbri emorragiche. Le famiglie dovrebbero avere la possibilità di organizzare funerali e sepolture culturalmente appropriate. Quando coloro che vengono seppelliti sono vittime di violenza, si dovrebbe tenere conto degli aspetti medico-legali (v. anche Rifugi e insediamenti - Norma 2, nota di orientamento 3, p. 227).

## **Sistemi e infrastrutture sanitarie – Norma 6: servizi di informazione sanitaria**

La pianificazione e lo sviluppo dei sistemi di assistenza sanitaria sono orientati dalla costante e coordinata raccolta, analisi e utilizzazione di dati rilevanti per la sanità pubblica.

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

- Un sistema informativo sanitario (HIS, health information system) standardizzato viene istituito da tutte le organizzazioni umanitarie che operano nel settore sanitario per raccogliere regolarmente dati relativi a demografia, mortalità, morbilità, e servizi di assistenza sanitaria (v. note di orientamento 1-2 e Appendici 2-3).
- Si individua una organizzazione (o più organizzazioni) di coordinamento HIS per organizzare e sovrintendere al sistema.
- Strutture sanitarie e organizzazioni umanitarie sottopongono regolarmente i dati della sorveglianza all'organizzazione di coordinamento HIS. La frequenza dei rapporti (giornaliera, settimanale, mensile) varierà secondo il contesto.
- Un regolare rapporto epidemiologico, comprensivo della interpretazione dei dati, viene curato dall'organizzazione di coordinamento HIS e condiviso con tutte le organizzazioni umanitarie interessate, con i responsabili delle decisioni e la comunità. La frequenza dei rapporti (giornaliera, settimanale, mensile) varierà secondo il contesto.



- Le organizzazioni umanitarie prendono opportune cautele per la protezione dei dati, tali da garantire i diritti e la sicurezza dei singoli e/o delle popolazioni (v. nota di orientamento 3).
- Il sistema informativo sanitario include una componente di allerta precoce atta ad assicurare la tempestiva individuazione e risposta alla comparsa di malattie infettive (v. Controllo delle malattie contagiose - Norma 5, p. 291).
- Dati supplementari ricavati da altre fonti pertinenti vengono utilizzati coerentemente per interpretare i dati della sorveglianza e per orientare le decisioni (v. nota di orientamento 4).

## Note di orientamento

**1. Sistema informativo sanitario (HIS, health information system):** ogni qualvolta sia possibile, l'HIS si rifà a sistemi di sorveglianza preesistenti. In alcune emergenze può rendersi necessario un sistema nuovo o parallelo, e questo sarà valutato di concerto con l'autorità sanitaria responsabile. L'HIS sarà flessibile ed evolverà nel corso del tempo. Durante la risposta al disastro, i dati sanitari dovranno includere i seguenti punti, ma non limitarsi a questi:

- a. tasso grezzo di mortalità
- b. tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni
- c. mortalità proporzionale
- d. tasso di mortalità specifico per causa
- e. tassi di incidenza delle malattie più comuni
- f. tasso di utilizzazione delle strutture sanitarie
- g. numero di visite giornaliere per medico

**2. Disaggregazione dei dati:** i dati dovrebbero essere disaggregati per età e sesso nella misura utile a orientare le decisioni. Nelle fasi iniziali di un disastro, la disaggregazione dettagliata può essere di difficile esecuzione. In ogni caso, il tasso di mortalità e morbilità per i bambini al di sotto dei 5 anni deve essere documentato sin dall'inizio, poiché di solito questa fascia di età è particolarmente a rischio. Inoltre, la scomposizione per genere dei dati di mortalità e morbilità è utile per evidenziare differenze specifiche tra i due

sessi. Se il tempo e le circostanze lo permettono, si dovrebbe tentare una disaggregazione più dettagliata, in modo da individuare ulteriori differenze per età (per esempio, 0-11 mesi, 1-4 anni, 5-14 anni, 15-49 anni, 50-59 anni, 60+ anni) e sesso.

**3. *Confidenzialità:*** la confidenzialità della documentazione medica dovrebbe essere garantita. Si dovrebbero prendere opportune precauzioni per proteggere la sicurezza dell'individuo, oltre a quella dei dati stessi. I membri del personale non dovrebbero mai scambiare informazioni sul paziente con nessuno che non sia direttamente coinvolto nella cura di quel paziente senza il suo consenso. I dati relativi a traumi provocati da tortura o da altre violazioni dei diritti umani devono essere trattati con la massima cautela. Se l'interessato dà il suo consenso, si può prendere in considerazione la possibilità di trasmettere queste informazioni a figure o istituzioni appropriate.

**4. *Fonti di altri dati:*** fonti di dati sanitari rilevanti includono relazioni di laboratorio, indagini, cartelle cliniche, misurazioni di qualità dei servizi e di altri settori programmatici.

Si vedano i moduli di rilevazione settimanale per la sorveglianza epidemiologica in Appendice 2 e le Formule per il calcolo dei tassi di morbilità e mortalità in Appendice 3.

## 2 *Controllo delle malattie contagiose*

L'aumento dei tassi di morbilità e mortalità a causa di malattie contagiose si verifica più spesso in concomitanza con emergenze complesse che con disastri di altro tipo. In molte di queste situazioni, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, tra il 60% e il 90% dei decessi si attribuisce a una delle quattro principali cause di infezione: morbillo, diarrea, infezioni respiratorie acute e malaria. Spesso la malnutrizione acuta è associata all'aumento dei casi di queste malattie con esito letale, soprattutto tra i bambini più piccoli. Si sono verificate epidemie anche di altre malattie contagiose, come meningite da meningococco, febbre gialla, epatite virale e, in certi contesti, tifo.

Le epidemie di malattie contagiose sono associate con minore frequenza a disastri naturali improvvisi. Quando si verificano, di solito è a casua del dissesto dei servizi igienico-sanitari e della cattiva qualità dell'acqua. Oggi, la possibilità dell'uso a scopo terroristico o militare di agenti biologici (armi biologiche) crea nuovi motivi di preoccupazione per le organizzazioni umanitarie e altri operatori attivi nella risposta ai disastri. Le norme che seguono non riguardano specificamente la risposta a situazioni che coinvolgono armi biologiche, anche se molte delle norme di seguito descritte e dei relativi indicatori possono essere applicate anche in situazioni di questo genere.

## Controllo delle malattie contagiose – Norma 1: prevenzione

Le persone hanno accesso a informazioni e servizi atti a prevenire le malattie contagiose che aumentano sensibilmente la percentuale di morbilità e mortalità.

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

- Misure preventive generali sono elaborate e attuate di concerto con altri settori competenti (v. nota di orientamento 1).
- Messaggi di educazione sanitaria rivolti alla comunità forniscono agli individui le informazioni su come prevenire le malattie contagiose più comuni e su come accedere ai servizi competenti (v. Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 4).
- Misure preventive specifiche, come campagne di vaccinazione contro il morbillo e il Programma esteso di vaccinazione (Expanded Programme on Immunisation, EPI), vengono attuate secondo le indicazioni (v. nota di orientamento 2 e Controllo delle malattie contagiose - Norma 2).

### Note di orientamento

- 1. Misure preventive generali:** la maggior parte di questi interventi viene elaborata di concerto con altri settori, che comprendono:
  - acqua e servizi igienico-sanitari: acqua sufficiente per quantità e qualità; sufficienti servizi igienico-sanitari; sensibilizzazione all'igiene; controllo dei vettori e così via (v. Acqua, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, p. 55).
  - sicurezza alimentare, nutrizione e aiuti alimentari: accesso a un'alimentazione adeguata e trattamento della malnutrizione (v. Sicurezza alimentare, nutrizione e aiuti alimentari, p. 109).
  - Rifugi: sufficienti e adeguati (v. Rifugi, insediamenti e articoli non alimentari, p. 213).

- 2. Prevenzione del morbillo e Programma esteso di vaccinazione (Expanded Programme on Immunisation, EPI):** poiché questa patologia ha un alto potenziale epidemico e di mortalità, la vaccinazione dei bambini è spesso una delle prime priorità per le popolazioni colpite da disastri, specialmente quelle sfollate e/o colpite da conflitto. In genere la vaccinazione EPI contro altre malattie dell'infanzia ha priorità più bassa, dato che epidemie di queste malattie sono meno frequenti e i rischi correlati minori. Di conseguenza, altri vaccini EPI vengono generalmente introdotti solo dopo che sono stati soddisfatti i bisogni immediati della popolazione. Le eccezioni a questa direttiva riguardano epidemie in atto di malattie come pertosse e difterite; in questi casi, anche la vaccinazione contro queste malattie diventa prioritaria.

## Controllo delle malattie contagiose – Norma 2: prevenzione del morbillo

Tutti i bambini tra i 6 mesi e i 15 anni di età sono vaccinati contro il morbillo.

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

- All'inizio della risposta all'emergenza si esegue una stima della copertura vaccinale contro il morbillo dei bambini tra i 9 mesi e i 15 anni, per determinare quanti siano suscettibili a contrarre a questa malattia (v. nota di orientamento 1).
- Se la copertura vaccinale stimata risulta inferiore al 90%, si avvia una campagna per la vaccinazione dei bambini dai 6 mesi ai 15 anni (comprensiva della somministrazione di vitamina A ai bambini dai 6 ai 59 mesi). La campagna è coordinata con le autorità sanitarie nazionali e locali, compreso il Programma esteso di vaccinazione (Expanded Programme on Immunisation, EPI) (v. nota di orientamento 2).
- A conclusione della campagna:
  - almeno il 95% dei bambini tra i 6 mesi e i 15 anni è stato vaccinato contro il morbillo;

- ad almeno il 95% dei bambini tra i 6 e i 59 mesi è stata somministrata la giusta dose di vitamina A.
- A tutti i bambini che vengono vaccinati tra i 6 e i 9 mesi si somministra un'altra dose al compimento del nono mese (v. nota di orientamento 3).
- Per mantenere la copertura minima al 95% si stabilisce la vaccinazione di routine dei bambini di 9 mesi. Questo sistema rientra nell'EPI.
- Per le popolazioni in movimento o sfollate è istituito un sistema continuo per assicurare che almeno il 95% dei nuovi arrivati di età compresa tra i 6 mesi e i 15 anni venga vaccinato contro il morbillo.

## Note di orientamento

1. **Prevenzione del morbillo:** quello del morbillo è uno dei virus più contagiosi che si conoscano, e può comportare tassi elevati di mortalità. Ovunque vi siano una situazione d'emergenza e di affollamento, grandi spostamenti di popolazioni e un alto livello di malnutrizione, il rischio di epidemie di morbillo è alto. Di conseguenza, in questi contesti le campagne vaccinali di massa devono avere la massima priorità nei tempi più rapidi possibili. Il personale necessario, i vaccini, l'attrezzatura per mantenere la catena del freddo e altri elementi per condurre una campagna di massa dovrebbero essere reperiti il più presto possibile. Se non si conosce la copertura vaccinale della popolazione, la campagna verrà realizzata partendo dall'assunto che tale copertura sia inadeguata.
2. **Età per la vaccinazione contro il morbillo:** alcuni bambini più grandi possono essere sfuggiti a campagne vaccinali precedenti e non avere contratto la malattia. Questi bambini rimangono a rischio, e possono essere fonte di infezione per neonati e bambini più piccoli, per i quali l'esito letale della malattia è più frequente; è per questa ragione che si raccomanda la vaccinazione fino ai 15 anni. In situazioni povere di risorse, tuttavia, può risultare impossibile vaccinare tutti i bambini tra i 6 mesi e i 15 anni. In questi casi, si darà la priorità alla fascia di età dai 6 ai 59 mesi.
3. **Richiamo della vaccinazione contro il morbillo nei bambini tra i 6 e i 9 mesi:** il richiamo del vaccino dovrebbe essere somministrato al compimento del nono mese, tranne per quei bambini che hanno ricevuto

la prima dose dopo l'ottavo mese. A questi il richiamo dovrebbe essere somministrato dopo un intervallo minimo di 30 giorni.

## Controllo delle malattie contagiose – Norma 3: diagnosi e trattamento

Le persone hanno accesso a diagnosi e trattamento efficaci per quelle malattie infettive che contribuiscono nella misura più significativa a un prevedibile aumento della morbilità e della mortalità.

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

- Si applicano coerentemente protocolli standardizzati per la diagnosi e il trattamento delle malattie infettive più comuni (v. nota di orientamento 1; si veda anche Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 5).
- Messaggi di educazione sanitaria incoraggiano le persone, soprattutto bambini, donne in gravidanza e anziani, a farsi curare tempestivamente per febbre, tosse, diarrea e così via.
- In regioni dove la malaria è endemica si stabilisce un protocollo per garantire la diagnosi precoce (<24 ore) e il trattamento degli stati febbrili con farmaci di prima linea ad alta efficacia (v. nota di orientamento 2).
- Sono disponibili e utilizzati secondo necessità servizi di laboratorio (v. nota di orientamento 3).
- Programmi per il controllo della tubercolosi vengono introdotti solo dopo avere debitamente considerato criteri riconosciuti (v. nota di orientamento 4).

### Note di orientamento

1. **Trattamento integrato delle malattie dell'infanzia:** se un paese ha sviluppato il trattamento integrato delle malattie dell'infanzia (Integrated management of childhood illness, IMCI) e ha adattato le relative direttive cliniche, queste ultime dovrebbero essere incorporate nei protocolli standardizzati. È dimostrato che l'IMCI migliora la qualità delle cure prestate ai bambini al di sotto dei 5 anni di età.

- 2. Malaria:** in caso di movimenti di massa in aree endemiche, l'incidenza della malaria è destinata a salire, con ogni probabilità, nell'arco di pochi giorni/settimane. Vista la diffusa e crescente resistenza alla cloroquina e alle sulfadoxine- pirimetamine (Fansidar), possono essere necessari farmaci antimalarici più efficaci. Questo sarà importante soprattutto per le popolazioni non immuni e quelle vulnerabili esposte alla malaria da *Plasmodium falciparum*. Si preferiscono terapie combinate a base di derivati dell'artemisina. La scelta dei farmaci dovrebbe avvenire di concerto con l'autorità sanitaria responsabile dopo l'analisi dei dati di efficacia. A questo scopo si useranno protocolli standard dell'OMS.
- 3. Servizi di laboratorio:** l'allestimento di un laboratorio clinico non rappresenta una priorità nella fase iniziale di quasi tutti i disastri. Infatti, è possibile diagnosticare con una visita le malattie contagiose più comuni, e il trattamento sarà generalmente presuntivo. L'analisi di laboratorio è più utile per confermare la diagnosi durante una sospetta epidemia per la quale è indicata la vaccinazione di massa (per esempio, meningite da meningococco) o dove l'esame colturale e di sensibilità agli antibiotici possono essere rilevanti per decidere sul trattamento (per esempio, dissenteria). Di conseguenza sarà importante individuare, sul territorio nazionale o in un altro paese, un laboratorio funzionante che possa condurre le analisi microbiologiche richieste. Saranno necessarie direttive per la corretta raccolta e trasporto dei campioni.
- 4. Controllo della tubercolosi:** un'elevata incidenza di TBC è stata rilevata spesso tra i rifugiati e altre popolazioni afflitte dalla guerra. Tuttavia, programmi per il controllo della malattia attuati scorrettamente possono fare più male che bene, prolungando la durata della fase contagiosa e contribuendo alla diffusione di bacilli resistenti a più farmaci. Mentre il trattamento di singoli pazienti è possibile nel corso di una emergenza, un programma completo per il controllo della TBC dovrebbe essere avviato solo dopo aver esaminato criteri riconosciuti (cfr. WHO, Tuberculosis Control in Refugee Situations: An Interagency Field Manual). Quando vengano attuati, i programmi per il controllo della TBC in questi contesti dovrebbero essere integrati con i programmi del paese interessato o del paese ospitante, e seguire la ben nota strategia DOTS (Directly-Observed Therapy, Short-course, terapia breve sotto osservazione diretta).



## Controllo delle malattie contagiose – Norma 4: preparazione alla comparsa delle epidemie

Vengono presi provvedimenti per essere pronti e rispondere alla comparsa di malattie infettive.

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

- Si prepara un piano di indagine e controllo dell'epidemia (v. nota di orientamento 1).
- Sono disponibili e distribuiti al personale competente protocolli per l'indagine e controllo delle epidemie più comuni.
- Il personale è preparato sui principi di indagine e controllo dell'epidemia, ivi compresi i relativi protocolli terapeutici.
- Scorte di farmaci essenziali, attrezzature mediche, vaccini e materiale protettivo di base sono disponibili e tempestivamente reperibili (v. nota di orientamento 2).
- Si individuano le fonti dove reperire e utilizzare tempestivamente vaccini per epidemie specifiche (come morbillo, meningite da meningococco, febbre gialla). Si istituiscono meccanismi per il reperimento tempestivo (v. nota di orientamento 2).
- Vengono individuati in anticipo luoghi per l'isolamento e la cura dei pazienti contagiosi, quali centri per la cura del colera.
- È individuato un laboratorio, sul territorio locale, regionale, nazionale o in un altro paese, che possa confermare le diagnosi (v. nota di orientamento 3).
- Sono disponibili sul posto materiali idonei alla raccolta dei campioni e terreni di trasporto per gli agenti infettivi più facilmente causa di epidemia improvvisa, in modo da permettere il trasferimento dei campioni a un laboratorio appropriato. Inoltre, è possibile conservare sul posto grandi quantità di test rapidi (v. nota di orientamento 4).

## Note di orientamento

- 1. Piano per l'analisi e il controllo dell'epidemia:** il piano dovrebbe considerare i seguenti elementi:
  - a. le circostanze in cui formare un gruppo per il controllo di un'epidemia;
  - b. la composizione del gruppo di controllo dell'epidemia, che comprenderà rappresentanti dei settori competenti (per esempio, sanità, acqua e servizi igienico-sanitari);
  - c. ruoli e responsabilità specifiche delle organizzazioni e loro posizione all'interno del gruppo;
  - d. accordi per consultare e informare le autorità a livello locale e nazionale;
  - e. le risorse/strutture disponibili per esaminare e rispondere alle epidemie.
- 2. Scorte di riserva:** le riserve sul posto dovrebbero comprendere materiali da utilizzare nella risposta a possibili epidemie, per esempio: sali di reidratazione orale, soluzioni endovenose, antibiotici, vaccini e materiale sanitario a perdere. Per prevenire la diffusione dell'epatite virale e dell'HIV dovrebbero essere disponibili siringhe monouso/auto-destruct e contenitori di sicurezza per aghi. In alcune situazioni può essere indicato un kit per il colera preconfezionato. Alcune sostanze, come il vaccino antimeningococco, possono non essere pratiche da tenere nelle scorte sul posto. Per questi materiali, si dovrebbero stabilire in anticipo meccanismi per il rapido reperimento, trasporto e conservazione, in modo da averli a disposizione tempestivamente.
- 3. Laboratori di riferimento:** si dovrebbe individuare anche un laboratorio di riferimento, a livello regionale o internazionale, in grado di fornire analisi più sofisticate (sensibilità agli antibiotici per la sifigella, diagnosi sierologica per le febbri emorragiche virali).
- 4. Terreni di trasporto e test rapidi:** materiali per la raccolta dei campioni (per esempio tamponi rettali) e terreni di trasporto (per esempio terreno di Cary-Blair, di Amies o di Stuarts per colera, Sifigella, E. Coli e Salmonella; Translocate per la meningite) dovrebbero essere disponibili o prontamente accessibili. Sono inoltre disponibili diversi test rapidi nuovi che possono essere utili per confermare la diagnosi sul campo di malattie contagiose come malaria e meningite.

## Controllo delle malattie contagiose – Norma 5: individuazione, indagine e risposta all'epidemia

Le epidemie di malattie contagiose sono individuate, indagate e controllate in maniera tempestiva ed efficace.

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

- Il sistema informativo sanitario include una componente di allerta precoce (v. note di orientamento 1-2).
- L'indagine sull'epidemia è avviata entro 24 ore dalla denuncia.
- L'epidemia è descritta in base a tempo, luogo e persona, individuando i gruppi ad alto rischio. Si prendono precauzioni opportune a tutela della sicurezza sia degli individui, sia dei dati.
- Vengono messe in atto al più presto misure di controllo appropriate, specifiche per la malattia e il contesto (v. note di orientamento 3-4).
- Il tasso di fatalità è mantenuto su livelli accettabili (v. nota di orientamento 5):
  - colera: 1% o inferiore
  - dissenteria bacillare (sighellosi): 1% o inferiore
  - febbre tifoide: 1% o inferiore
  - meningite da meningococco: variabile (v. nota di orientamento 6).

### Note di orientamento

#### 1. Sistemi di allerta precoce per le epidemie di malattie infettive:

elementi chiave di tale sistema sono:

- definizioni dei casi e soglie preparate e distribuite a tutte le strutture sanitarie di reporting;
- operatori sanitari di comunità addestrati per individuare e riferire potenziali casi all'interno della comunità;

- rinvio dei casi sospetti all'opportuno livello successivo del sistema sanitario entro 24 ore dalla individuazione;
- sistemi di comunicazione per assicurare la notificazione tempestiva alle autorità sanitarie competenti (radio, telefono e così via).

**2. Conferma dell'esistenza di un'epidemia:** stabilire se è in atto un'epidemia non è sempre immediato, e criteri univoci per definire la soglia di epidemia non esistono per tutte le malattie.

- a. malattie per le quali un solo caso basta a segnalare un'epidemia: colera, morbillo, febbre gialla, sifilosi, febbri emorragiche virali.
- b. Meningite da meningococco: in popolazioni superiori alle 30.000 unità, 15 casi/ 100.000 persone/settimana in una settimana sono indice di epidemia; tuttavia, dove il rischio di epidemia è alto (per esempio, nessun caso tra i bambini 3+ e copertura vaccinale <80%), la soglia scende a 10 casi/100.000/settimana. In popolazioni inferiori alle 30.000 unità, un'incidenza di cinque casi in una settimana o il raddoppiamento dei casi nell'arco di tre settimane conferma l'epidemia.
- c. Malaria: le definizioni sono meno specifiche. Tuttavia, un aumento dei casi a un numero superiore a quello prevedibile per quel periodo dell'anno presso una determinata popolazione in un'area definita, può segnalare un'epidemia.

**3. Controllo dell'epidemia:** si devono elaborare misure di controllo specifiche per arrestare la trasmissione dell'agente che provoca l'epidemia. Spesso una conoscenza pregressa del patogeno può orientare la definizione delle misure adatte a situazioni specifiche. In generale, le risposte si articoleranno nelle seguenti attività:

- controllo della fonte. Gli interventi possono includere il miglioramento della qualità e quantità dell'acqua (per esempio, in caso di colera), la diagnosi e cura precoce (malaria), l'isolamento (dissenteria), il controllo dei focolai di origine animale (peste, febbre di Lassa).
- protezione dei gruppi suscettibili. Gli interventi possono includere la vaccinazione (per esempio, per morbillo, meningite, febbre gialla), la profilassi medicamentosa (prevenzione della malaria per le donne in gravidanza), il miglioramento dello stato nutrizionale (infezioni respiratorie acute).

– interruzione della trasmissione. Possibili interventi sono la sensibilizzazione all'igiene (per tutte le malattie trasmesse per via oro-fecale) e il controllo dei vettori (malaria, dengue).

(Si veda anche capitolo 2: Acqua, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene, p. 55).

- 4. Controllo dei vettori e malaria:** durante un'epidemia di malaria, le misure di controllo dei vettori (programmi di vaporizzazione degli spazi interni, distribuzione di zanzariere da letto trattate con insetticidi), dovrebbero essere guidate da valutazioni e perizie entomologiche. Questi interventi richiedono un cospicuo supporto logistico e controlli periodici che possono non essere disponibili nella fase iniziale del disastro. Per popolazioni dove l'uso delle zanzariere trattate sia già molto diffuso (>80%), la rapida re-impregnazione delle reti con piretroidi può contribuire ad arrestare la trasmissione (v. Controllo dei vettori - Norme 1-2, pp. 83-85).
- 5. Tasso di fatalità:** se i tassi di fatalità superano i livelli specificati, si dovrà intraprendere l'immediata valutazione delle misure di controllo adottate e prendere provvedimenti correttivi per riportarli e mantenerli su livelli accettabili.
- 6. Tasso di fatalità per la meningite da meningococco:** il tasso di fatalità accettabile per la meningite da meningococco varia secondo il contesto generale e l'accessibilità ai servizi di assistenza sanitaria. In generale, le organizzazioni umanitarie che operano in ambito sanitario mireranno a mantenerlo sui valori più bassi possibili, anche se in caso di epidemia può salire fino al 20%.

## Controllo delle malattie contagiose – Norma 6: HIV/AIDS

Le persone hanno accesso a un pacchetto minimo di servizi per la prevenzione del contagio dell'HIV/AIDS.

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

- Durante la fase di disastro, le persone hanno accesso al seguente pacchetto di servizi essenziali:
  - preservativi maschili gratuiti e promozione del loro uso sicuro;

- precauzioni generali per la prevenzione del contagio iatrogeno/ospedaliero nei contesti di disastro e in tutti gli ambiti sanitari;
  - scorte di sangue sicuro;
  - informazione ed educazione mirate, in modo che gli individui possano prendere provvedimenti per proteggersi dalla trasmissione dell'HIV;
  - trattamento sindromico delle malattie trasmesse per via sessuale;
  - prevenzione e trattamento delle conseguenze della violenza sessuale;
  - assistenza sanitaria di base per persone affette da HIV/AIDS.
- Si avviano progetti per prolungare il controllo dell'HIV nella fase post-disastro (v. nota di orientamento 1).

## Note di orientamento

**1. Controllo dell'HIV:** durante la fase post-emergenza e di ripresa dal disastro, l'estensione delle attività per il controllo dell'HIV si baserà su una valutazione delle esigenze e delle circostanze locali. Il coinvolgimento della comunità, specialmente dei soggetti affetti da HIV/AIDS e delle persone che li accudiscono, nella pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione finale sarà decisivo ai fini della buona riuscita del programma. In aggiunta a quelli già avviati durante la fase iniziale, si dovrebbero introdurre servizi più completi di sorveglianza, prevenzione, trattamento, cura e sostegno. Attualmente la dotazione di farmaci antiretrovirali per il trattamento delle persone affette da HIV/AIDS non è praticabile in quasi nessuna situazione di intervento umanitario post-disastro, anche se, con l'abbattimento delle barriere economiche e di altro genere all'impiego di queste sostanze, si può presagire un cambiamento. Programmi di protezione ed educazione per ridurre lo stigma e proteggere le persone da discriminazioni dovranno essere attuati appena possibile.

---

**Nota** I membri della Caritas Internationalis non possono avallare la Norma 6 della sezione Controllo delle malattie contagiose perché promuove l'uso dei preservativi, e la Norma 2 della sezione Controllo delle malattie non contagiose sul Minimum Initial Service Package (MISP). Per lo stesso motivo, i membri della Caritas Internationalis non possono avallare norme che prevedono l'uso dei preservativi o del MISP che compaiono in altre parti di questo manuale.

## 3 *Controllo delle malattie non contagiose*

L'aumento della morbilità e mortalità per malattie non contagiose è un tratto comune a molti disastri. In seguito a un grave disastro naturale, come un terremoto o un uragano, la causa principale è costituita dalle lesioni. Anche le lesioni conseguenti a violenza fisica sono associate a tutte le emergenze complesse, e possono determinare una mortalità elevata. In anni recenti, i bisogni delle popolazioni colpite da disastri in materia di salute riproduttiva (SR) hanno incontrato maggiore attenzione, specialmente alla luce dell'accresciuta coscienza di problemi come l'HIV/AIDS, la violenza di genere, il bisogno di cure ostetriche d'emergenza e la scarsa disponibilità presso molte comunità dei servizi più elementari di assistenza in questo campo. La necessità di migliorare i programmi di SR è stata riconosciuta soprattutto in relazione alle emergenze complesse, ma si tratta di una problematica importante in molti altri tipi di disastro.

Pur essendo di difficile quantificazione, i problemi di salute mentale e di tipo psicosociale possono essere associati a situazione di disastro e post-disastro di qualsiasi tipo. Gli orrori, le perdite, le incertezze e gli altri fattori di stress presenti in queste situazioni possono infatti aumentare il rischio di diversi disturbi psichiatrici, psicologici e sociali. Infine, vi sono prove che indicano una maggiore incidenza, nelle situazioni di disastro, di complicanze acute a carico di patologie croniche, dovute generalmente allo sconvolgimento dei consueti regimi terapeutici. In ogni caso, i fattori di rischio che possono accelerare il deterioramento acuto di una patologia cronica sono numerosi.

## Controllo delle malattie non contagiose – Norma 1: lesioni

Le persone hanno accesso a servizi appropriati per il trattamento delle lesioni.

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

- In situazioni in cui vi sia un gran numero di feriti, si istituisce un sistema standardizzato di triage per agevolare gli operatori sanitari nella valutazione, definizione di priorità, rianimazione di base e rinvio a strutture idonee (v. note di orientamento 1-2).
- Si stabiliscono linee guida standardizzate per prestare i primi soccorsi e la rianimazione di base (v. nota di orientamento 3).
- Si stabiliscono protocolli standardizzati per il rinvio dei feriti a terapie più avanzate, ivi compresa la chirurgia. Si organizzano opportuni sistemi per il trasporto dei pazienti alla struttura di riferimento.
- Servizi traumatologici e chirurgici definitivi vengono istituiti soltanto da organizzazioni umanitarie dotate di competenze e risorse appropriate (v. nota di orientamento 4).
- In situazioni in cui il numero dei feriti può essere elevato, si elaborano piani di emergenza per il trattamento di più pazienti presso le strutture sanitarie interessate. Questi piani sono collegati a piani distrettuali e regionali.

### Note di orientamento

1. **Individuazione delle priorità nell'assistenza ai traumi:** in quasi tutti i disastri non è possibile stabilire quanti feriti avranno bisogno di cure mediche. In seguito a un disastro che si manifesta in maniera repentina, come un terremoto, generalmente l'85-90% dei sopravvissuti viene recuperato da personale locale, vicini o parenti entro 72 ore. Di conseguenza, nella pianificazione delle operazioni di soccorso in regioni soggette a questo tipo di disastri, si dovrebbe curare soprattutto la



preparazione delle popolazioni nella prestazione dei primi soccorsi. È importante notare che gli interventi prioritari sono mirati a contenere l'eccesso di mortalità. Nei conflitti armati, la maggior parte dei decessi per trauma si verifica nelle regioni non sicure lontane da strutture sanitarie; di conseguenza, non può essere prevenuta con cure mediche. Per prevenire questi decessi, sono necessari interventi mirati alla protezione della popolazione civile. Gli interventi sanitari durante il conflitto dovrebbero privilegiare l'assistenza sanitaria pubblica di base e a livello comunitario, anche in situazioni con alta incidenza di lesioni gravi.

- 2. Triage:** si tratta della classificazione dei pazienti secondo la gravità delle lesioni o della malattia che presentano, accordando priorità di trattamento in base alla disponibilità di risorse e alle possibilità di sopravvivenza dei pazienti stessi. Il principio sottostante del triage è quello di assegnare risorse limitate in modo da offrire il massimo beneficio al massimo numero di persone. Ciò non significa necessariamente che la priorità vada ai feriti più gravi; anzi, in contesti con molte vittime e risorse limitate, i feriti gravi e in pericolo di vita possono avere priorità più bassa di altri con maggiori possibilità di sopravvivenza. Non esistono sistemi standardizzati di triage, e a livello internazionale se ne usano diversi. La maggior parte di tali sistemi specifica da due a cinque categorie di lesioni, di cui quattro più comuni.
- 3. Primo soccorso e cure mediche di base:** cure traumatologiche e chirurgiche definitive possono non essere facilmente disponibili, soprattutto in uno scenario povero di risorse. È però importante osservare che primi soccorsi, rianimazione di base e procedure non chirurgiche possono salvare la vita anche ai feriti più gravi. Procedure semplici, come la disostruzione delle vie respiratorie, il controllo delle emorragie e la somministrazione di sostanze per via endovenosa, possono aiutare a stabilizzare la condizione di feriti molto gravi fino al trasferimento in una struttura idonea. La qualità dei primi soccorsi prestati può dunque influire in misura significativa sulle possibilità di sopravvivenza del ferito. Sono importanti anche altre procedure non chirurgiche, come la pulizia e medicazione delle ferite, la somministrazione di antibiotici e la profilassi antitetanica. Molti pazienti con gravi lesioni possono sopravvivere per giorni, addirittura per settimane, senza intervento chirurgico purché ricevano primi soccorsi, cure mediche e infermieristiche appropriate.
- 4. Cure traumatologiche e chirurgiche:** tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di prestare primi soccorsi e rianimazione di

base ai feriti. È inoltre importante disporre della capacità di triage, in modo da assicurare la sopravvivenza in punti strategici con collegamento a strutture sanitarie di riferimento. In ogni caso, le cure traumatologiche e la chirurgia di guerra sono campi specialistici che richiedono formazione e risorse specifiche, di cui poche organizzazioni umanitarie dispongono. Interventi chirurgici inadeguati o inappropriati possono essere più nocivi dell'assenza totale di trattamento. Di conseguenza, soltanto organizzazioni e professionisti dotati delle opportune competenze dovrebbero prestare questa assistenza sofisticata.

## **Controllo delle malattie non contagiose – Norma 2: salute riproduttiva**

Per rispondere ai loro bisogni di salute riproduttiva, le persone hanno accesso al Minimum Initial Service Package (MISP; pacchetto minimo di servizi di base).

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

- Vengono individuate una o più organizzazioni e una o più persone per agevolare il coordinamento e l'attuazione del MISP di concerto con l'autorità sanitaria responsabile (v. nota di orientamento 1).
- Le organizzazioni umanitarie operanti in ambito sanitario, di concerto con altri settori competenti, in particolare i servizi di protezione e i servizi rivolti alla comunità, prendono misure per la prevenzione e il trattamento delle conseguenze della violenza di genere (v. nota di orientamento 2).
- Il numero dei casi di violenza sessuale e altre forme di violenza di genere, riportato ai servizi di assistenza sanitaria o a funzionari della protezione e della sicurezza, è monitorato e riferito a una organizzazione (o più organizzazioni) incaricata di occuparsi di questo problema. Per la raccolta e l'analisi dei dati, valgono le regole della confidenzialità.
- Si dà attuazione al pacchetto minimo di servizi per la prevenzione del contagio da HIV/AIDS (v. Controllo delle malattie contagiose - Norma 6).

- Sono disponibili kit per l'igiene del parto, che vengono distribuiti alle donne in evidente stato di gravidanza e alle levatrici qualificate/tradizionali per la promozione del parto in casa in condizioni igieniche. Tali kit sono in quantità adeguate alla stima delle nascite in un determinato periodo di tempo.
- Alle strutture sanitarie sono distribuite quantità adeguate di kit ostetrici per il parto (UNICEF o equivalente), per garantire parti igienici e sicuri.
- È istituito e promosso un sistema standardizzato di riferimento nell'ambito della comunità, formato da ostetriche e assistenti al parto qualificate/tradizionali, per la gestione delle emergenze ostetriche. È disponibile un idoneo sistema di trasporto per le pazienti che abbiano bisogno di raggiungere la struttura sanitaria di riferimento (v. nota di orientamento 3).
- Si avviano al più presto piani per l'attuazione di una gamma completa di servizi di assistenza sanitaria integrati in strutture che forniscono assistenza sanitaria di base (v. nota di orientamento 4).

## Note di orientamento

**1. Minimum Initial Service Package:** il pacchetto minimo di servizi di base (MISP) è destinato a rispondere ai bisogni di salute riproduttiva della popolazione colpita nelle fasi iniziali di un disastro. Si tratta di una serie di articoli e attrezzature, nonché di attività sanitarie specifiche, che si propongono i seguenti obiettivi: individuare una o più organizzazioni o individui per agevolarne il coordinamento e l'implementazione; prevenire e gestire le conseguenze della violenza di genere; ridurre la trasmissione dell'HIV; prevenire l'eccesso di morbilità e mortalità neonatale e materna; e pianificare la prestazione di servizi globali per la salute riproduttiva. Il kit per la salute riproduttiva dell'UNFPA è rivolto specificamente ad agevolare l'attuazione pratica del MISP. È formato da 12 sotto-kit, che possono essere utilizzati in ciascuna delle fasi sequenziali di assistenza: comunità/postazione sanitaria, ambulatorio e centro sanitario di riferimento.

**2. Violenza di genere** è un elemento comune a molte emergenze complesse e ad altrettante catastrofi naturali. Include abusi quali lo stupro, la violenza domestica, lo sfruttamento sessuale, il matrimonio forzato, il

traffico di esseri umani, il ratto. La prevenzione e il trattamento della violenza di genere richiedono collaborazione e coordinamento tra i membri della comunità e tra organizzazioni umanitarie. I servizi di sanitari dovrebbe prevedere cure mediche per le persone sopravvissute ad aggressioni sessuali, assistenza psicologica e invio ad altre strutture qualificate per il trattamento specifico. La disposizione degli insediamenti, le modalità di distribuzione di articoli essenziali e l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e altri programmi dovrebbero essere pianificati in modo da ridurre le potenziali occasioni di violenze di genere. Lo sfruttamento sessuale delle popolazioni colpite da disastri, soprattutto bambini e giovani, da parte del personale delle organizzazioni di soccorso, militari e altri soggetti in posizioni di influenza, deve essere attivamente prevenuto e affrontato. Si dovrebbero elaborare Codici di condotta e stabilire provvedimenti disciplinari per qualsiasi violazione (v. norma Competenze e responsabilità dell'operatore umanitario, p. 45).

- 3. Assistenza ostetrica d'emergenza:** circa il 15% delle gestanti presenterà complicazioni che richiedono assistenza ostetrica di base, e fino al 5% delle donne avrà bisogno di qualche tipo di intervento chirurgico, ivi compreso il taglio cesareo. Al livello degli ambulatori si dovrebbero istituire al più presto servizi di assistenza ostetrica di base in grado di fornire le seguenti prestazioni: valutazione iniziale; controllo del benessere del feto; episiotomia; trattamento delle emorragie, delle infezioni e dell'eclampsia; trattamento di parti multipli e posizione podalica del feto; uso della ventosa; e attenzione particolare alle donne che hanno subito mutilazioni sessuali. Assistenza ostetrica completa dovrebbe essere disponibile al più presto presso l'ospedale di riferimento, e comprenderà: taglio cesareo; laparotomia; sutura delle lacerazioni cervicali e vaginali di terzo grado; cura delle complicanze di aborti insicuri; trasfusioni di sangue sicuro.
- 4. Servizi globali di assistenza alla salute riproduttiva:** le organizzazioni umanitarie operanti in ambito sanitario dovrebbero pianificare la successiva integrazione, nell'assistenza sanitaria di base, dei servizi di assistenza alla salute riproduttiva, che non dovrebbero essere istituiti come programmi verticali a sé. Oltre agli interventi compresi nel MISIP, altri elementi importanti dell'assistenza completa integrata alla salute riproduttiva sono: maternità sicura; pianificazione e consulenza familiare; assistenza globale alla violenza di genere, trattamento globale delle malattie trasmesse per via sessuale e dell'HIV/AIDS; i bisogni di salute riproduttiva specifici dei giovani; monitoraggio e sorveglianza.

## **Controllo delle malattie non contagiose – Norma 3: aspetti mentali e sociali della salute**

Le persone hanno accesso a servizi sociali e di salute mentale per ridurre la morbilità relativa alla salute mentale, disabilità e problemi sociali.

### **Indicatori chiave degli interventi sociali<sup>1</sup>**

(da leggere unitamente alle note di orientamento)

Nella fase acuta del disastro, gli interventi sociali dovrebbero ricevere adeguata attenzione.

- Le persone hanno accesso a un flusso costante e attendibile di informazioni credibili sul disastro e sulle operazioni di soccorso (v. nota di orientamento 1).
- È mantenuto o ripristinato il normale svolgimento di avvenimenti culturali e religiosi (compresi riti funebri officiati dalle competenti figure spirituali e religiose). Le persone hanno la possibilità di celebrare cerimonie funebri (v. nota di orientamento 2).
- Appena le risorse lo permettono, bambini e adolescenti hanno accesso ad attività scolastiche formali o informali e a normali attività ricreative.
- Adulti e adolescenti hanno la possibilità di partecipare ad attività utili e di interesse comune, come le attività di soccorso nell'emergenza.
- Persone isolate, come bambini separati o orfani, bambini-soldato, vedovi e vedove, anziani e altri soggetti senza famiglia, hanno accesso ad attività che ne favoriscono l'integrazione sociale.

---

<sup>1</sup> Gli indicatori sociali e psicologici sono trattati separatamente. L'espressione "interventi sociali" indica quelle attività che si propongono in prima istanza effetti sociali. "Interventi psicologici" sono quelle attività mirate in primo luogo a ottenere effetti psicologici o psichiatrici. È riconosciuto che gli interventi sociali hanno effetti secondari di tipo psicologico e gli interventi psicologici hanno effetti secondari sociali, come indica l'aggettivo "psicosociale".

- Dove necessario si istituisce un servizio per la riunione di persone e famiglie.
- Dove le persone sono sfollate, l'organizzazione dei rifugi è mirata a tenere insieme famiglie e comunità.
- La comunità viene consultata per decidere l'ubicazione dei luoghi di culto, delle scuole, dei punti acqua e delle strutture igienico-sanitarie. La pianificazione degli insediamenti per sfollati prevede spazi ricreativi e culturali (v. Rifugi e insediamenti - Norme 1-2, pp. 221-225).

## Indicatori chiave degli interventi psicologici e psichiatrici (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- I soggetti che manifestano un disagio mentale acuto in seguito all'esposizione a stress da trauma, hanno accesso al pronto soccorso psicologico presso le strutture di assistenza sanitaria e all'interno della comunità (v. nota di orientamento 3).
- A tutti i livelli del sistema di assistenza sanitaria di base sono disponibili cure per i disturbi psichiatrici urgenti. Presso le strutture di assistenza sanitaria di base sono disponibili medicinali psichiatrici essenziali, compatibili con la lista dei farmaci essenziali (v. nota di orientamento 4).
- I soggetti con disturbi psichiatrici preesistenti continuano a ricevere il relativo trattamento, evitando i rischi connessi alla sospensione improvvisa dei farmaci. I bisogni essenziali dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici sono soddisfatti.
- Se la situazione di disastro si prolunga, vengono avviati piani per offrire una gamma più completa di interventi psicologici su base comunitaria per la fase post-disastro (v. nota di orientamento 5).

## Note di orientamento

- 1. Informazione:** l'accesso all'informazione non è soltanto un diritto umano, ma riduce anche inutili ansie e disagi. Si dovrebbero fornire informazioni sulla natura e l'estensione del disastro, e sugli sforzi compiuti per garantire la sicurezza fisica della popolazione. Inoltre, la popolazione dovrebbe essere informata sulle specifiche attività di soccorso avviate dal governo,

dalle autorità locali e dalle organizzazioni umanitarie, e sui luoghi in cui tali attività si svolgono. Le informazioni dovrebbero essere diffuse secondo i principi della comunicazione del rischio, vale a dire che dovrebbero essere semplici (comprensibili ai dodicenni del luogo) e sensibili (esprimere sentimenti di solidarietà per i superstiti).

- 2. Funerali e sepolture:** le famiglie dovrebbero avere la possibilità di vedere la salma della persona cara e, dove appropriato per la cultura del luogo, svolgere i riti di congedo. Si dovrebbe evitare di eliminare i corpi senza cerimonie (v. Sistemi e infrastrutture sanitarie - Norma 5, nota di orientamento 8, p. 279).
- 3. Pronto soccorso psicologico:** sia tra la popolazione in generale, sia tra gli operatori umanitari, il modo migliore per affrontare il disagio acuto provocato dall'esposizione a fattori di stress traumatico è il pronto soccorso psicologico. Questo comprende cure pragmatiche di base non invadenti, incentrate sull'ascolto, senza forzare il paziente a parlare; valutazione dei bisogni e garanzia che i bisogni primari siano soddisfatti; incoraggiamento, ma non costrizione, a cercare la compagnia di altre persone significative per il soggetto; e protezione da ulteriori danni. Questo tipo di intervento può essere insegnato rapidamente a volontari e professionisti. Gli operatori sanitari hanno istruzioni di non prescrivere facilmente farmaci a base di benzodiazepine per il rischio di dipendenza che comportano.
- 4. Cura dei disturbi psichiatrici urgenti:** tra i disturbi psichiatrici che richiedono cure urgenti vi sono la pericolosità per sé e per gli altri, psicosi, depressione grave e manie.
- 5. Interventi psicologici su base comunitaria:** questi interventi dovrebbero basarsi sulla valutazione dei servizi esistenti e sulla conoscenza del contesto socio-culturale. Dovrebbero comprendere l'adozione di meccanismi funzionali, culturali e di risposta dei singoli e delle comunità per aiutare i pazienti a riacquistare il controllo della propria situazione. Dove sia praticabile, si raccomanda la collaborazione con i leader della comunità e con guaritori indigeni. Si dovrebbero favorire i gruppi di auto-aiuto su base comunitaria. Operatori della comunità dovrebbero essere addestrati e supervisionati perché coadiuvino gli operatori sanitari più carichi di lavoro, e conducano attività esterne/domiciliari per agevolare la cura dei gruppi vulnerabili e minoritari.

## Controllo delle malattie non contagiose – Norma 4: patologie croniche

Nelle popolazioni in cui una proporzione elevata della mortalità sia dovuta a patologie croniche, le persone hanno accesso a terapie di base per prevenire il decesso.

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

- Una organizzazione specifica (o più organizzazioni) è incaricata del coordinamento dei programmi rivolti ai malati cronici, per i quali la sospensione improvvisa delle terapie può avere esito letale (v. nota di orientamento 1).
- Le persone affette da patologie croniche sono individuate attivamente e registrate.
- I medicinali per il trattamento continuato e routinario delle patologie croniche sono disponibili attraverso il sistema di assistenza sanitaria di base, purché siano specificati nella lista dei farmaci essenziali.

### Note di orientamento

**1. Patologie croniche:** finora non sono stati stabiliti criteri universalmente accettati per il trattamento delle patologie croniche nelle situazioni di disastro. Nel corso di emergenze complesse recenti in paesi dove i pazienti avevano accesso a terapie continuative, è stata data la priorità a quelle patologie per le quali la sospensione improvvisa della terapia avrebbe avuto esito prevedibilmente fatale (malattie renali croniche dialisi-dipendenti, diabete insulino-dipendente e certi tumori infantili). Non si trattava di programmi nuovi, ma della continuazione della normale terapia salvavita. Per il futuro, potranno essere importanti programmi anche per altre patologie croniche. Non è opportuno introdurre durante le operazioni di soccorso regimi terapeutici nuovi, se non erano accessibili alla popolazione già prima del disastro. Il trattamento continuato e routinario delle patologie croniche stabili dovrà essere disponibile attraverso il sistema di assistenza sanitaria di base, impiegando medicinali compresi nella lista dei farmaci essenziali.



# Appendice 1

## Lista di controllo per la valutazione dei servizi di assistenza sanitaria

### *Preparazione*

- Reperire le informazioni disponibili sulla popolazione colpita dal disastro e sulle risorse provenienti dal paese ospitante e da fonti internazionali.
- Reperire le mappe e fotografie aeree disponibili.
- Ottenere dal paese ospitante e da fonti internazionali dati demografici e sanitari.

### *Sicurezza e accesso*

- Determinare l'esistenza di fattori di rischio naturali o prodotti dall'uomo.
- Determinare la situazione globale della sicurezza, ivi compresa la presenza di forze armate o milizie.
- Determinare l'accesso che le organizzazioni umanitarie hanno alla popolazione colpita.

### *Demografia e struttura sociale*

- Stabilire il numero totale della popolazione colpita e la proporzione dei bambini al di sotto dei cinque anni.
- Determinare la suddivisione della popolazione per età e per sesso.
- Individuare i gruppi più a rischio, come donne, bambini, anziani, disabili, persone affette da HIV/AIDS, membri di gruppi etnici o sociali specifici.
- Determinare le dimensioni del nucleo familiare medio e calcolare il numero dei nuclei familiari gestiti da donne o da bambini.
- Stabilire la struttura sociale esistente, comprese le posizioni di autorità/influenza e il ruolo delle donne.

### ***Informazioni sanitarie sul contesto di riferimento***

- Individuare problematiche sanitarie e priorità preesistenti al disastro nella zona colpita. Accertare la situazione epidemiologica locale.
- Individuare problematiche sanitarie e priorità preesistenti al disastro nel paese d'origine dei rifugiati. Accertare la situazione epidemiologica nel paese d'origine.
- Individuare fattori di rischio sanitario esistenti, per esempio malattie con potenziale epidemico.
- Individuare le precedenti fonti di assistenza sanitaria.
- Determinare i punti di forza e la copertura dei programmi di sanità pubblica nel paese d'origine dei rifugiati.

### ***Tassi di mortalità***

- Calcolare il tasso grezzo di mortalità (CMR).
- Calcolare il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (U5MR: tasso di mortalità specifico per i bambini al di sotto dei 5 anni di età).
- Calcolare i tassi di mortalità specifici per causa.

### ***Tassi di morbilità***

- Determinare i tassi di incidenza delle principali malattie rilevanti per la sanità pubblica.
- Dove possibile, determinare i tassi di incidenza specifici per età e sesso delle principali malattie.

### ***Risorse disponibili***

- Determinare la capacità e la risposta del Ministero della salute del paese/i colpito/i dal disastro.
- Determinare le condizioni delle strutture sanitarie nazionali, comprendendo numero totale, classificazione e livelli dell'assistenza prestata, condizione fisica e funzionale, accesso.
- Determinare il numero e le competenze del personale sanitario disponibile.

- Determinare la capacità e la condizione funzionale dei programmi di sanità pubblica esistenti quali il Programma esteso di vaccinazione (Expanded Programme on Immunisation, EPI) o l'assistenza materno-infantile.
- Determinare la disponibilità di protocolli standardizzati, farmaci essenziali, scorte e attrezzature.
- Determinare la condizione dei sistemi sanitari di riferimento esistenti.
- Determinare la condizione del sistema informativo sanitario (health information system, HIS) esistente.
- Determinare la capacità dei sistemi logistici esistenti, specialmente in relazione a reperimento, distribuzione e conservazione di farmaci essenziali, vaccino e scorte di materiali sanitari.

***Considerare dati di altri settori rilevanti***

- Stato nutrizionale
- Condizioni ambientali
- Alimentazione e sicurezza alimentare

# Appendice 2

## Moduli di rilevazione settimanale per la sorveglianza epidemiologica

### Modulo per la sorveglianza della mortalità 1\*

Sito .....

Data: da lunedì ..... a domenica .....

Popolazione totale all'inizio della settimana: .....

Nascite durante la settimana: .....Decessi durante la settimana: .....

Arrivi durante la settimana: .....Partenze durante la settimana: .....

Popolazione tot. alla fine della settimana : .....Popolazione tot. sotto i 5 anni: .....

	0-4 anni		5+ anni		Totale
	maschi	femmine	maschi	femmine	
<b>Causa immediata</b>					
Infezione acuta basse vie resp.					
Colera (sospetto)					
Diarrea sanguinolenta					
Diarrea acquosa					
Lesione non-accidentale					
Malaria					
Morte della madre – diretta					
Morbillo					
Meningite (sospetta)					
Morte neonatale (0-28 giorni)					
Altro					
Causa sconosciuta					
<i>Totale per età e sesso</i>					
<b>Causa soggiacente</b>					
AIDS (sospetto)					
Malnutrizione					
Morte della madre – indiretta					
Altro					
<i>Totale per età e sesso</i>					

\* Questo modulo viene usato quando si registrano molti decessi e per mancanza di tempo non è possibile raccogliere informazioni più dettagliate sui casi individuali.

- La frequenza dei resoconti (giornalieri o settimanali) dipende dal numero di decessi.
- Altre cause di morte possono essere aggiunte a seconda del contesto e del pattern epidemiologico.
- È possibile disaggregare ulteriormente le fasce di età (0-11 mesi; 1-4, 5-14, 15-49, 50-59, 60+ anni).
- I rapporti non dovrebbero essere compilati solo dalle strutture sanitarie in loco, dovrebbero comprendere dati registrati sul territorio da capi religiosi, operatori sociali, gruppi di donne e ospedali di riferimento.
- Ove possibile, maggiori informazioni sui casi vanno aggiunte sul retro del modulo.



## Moduli di rilevazione settimanale per la sorveglianza della morbilità

Sito .....

Data: da lunedì: ..... a domenica: .....

Popolazione totale all'inizio della settimana: .....

Nascite durante la settimana: ..... Decessi durante la settimana: .....

Arrivi durante la settimana: ..... Partenze durante la settimana: .....

Popolazione tot. alla fine della settimana: ..... Popolazione tot. sotto i 5 anni: .....

Morbilità Diagnosi*	Meno di 5 anni (nuovi casi)			5 anni e oltre (nuovi casi)			Totale	Controlli
	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine	Totale	nuovi casi	Totale
Infezioni respiratorie acute**								
AIDS (sospetto)								
Anemia								
Colera (sospetto)								
Diarrea sanguinolenta								
Diarrea acquosa								
Patologie degli occhi								
Malaria								
Malnutrizione								
Morbillo								
Meningite (sospetta)								
Lesioni – accidentali								
Lesioni – non-accidentali								
Infezioni trasmesse sessualmente								
Ulcera genitale								
Spurgo uretrale maschile								
Spurgo vaginale								
Dolore del basso ventre								
Scabbia								
Patologie della pelle (eccetto la scabbia)								
Vermi								
Altro								
Ignota								
Totale								

\* È possibile più di una diagnosi; è possibile aggiungere o togliere alcune patologie a seconda della situazione.

\*\* In alcuni paesi questa categoria può essere suddivisa in infezione delle alte e basse vie respiratorie.

– Si possono aggiungere o togliere alcune cause di morbilità a seconda del contesto e del pattern epidemiologico.

– È possibile disaggregare ulteriormente le fasce di età (0-11 mesi, 1-4, 5-14, 15-49, 50-59, 60+ anni).

Visite presso la struttura sanitaria	Meno di 5 anni			5 anni e oltre			Totale	
	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine
Totale visite								

**Tasso di utilizzazione:** numero di visite alla struttura sanitaria per persona per anno = numero totale di visite a settimana / popolazione totale x 52 settimane.

– È possibile disaggregare ulteriormente le fasce di età (0-11 mesi, 1-4, 5-14, 15-49, 50-59, 60+ anni).

**Numero di visite per medico:** numero totale delle visite (nuove e controlli) / n. medici FTE nella struttura sanitaria / numero dei giorni settimanali di apertura della struttura.

# Appendice 3

## Formule per il calcolo dei tassi di mortalità e morbilità

### *Tasso grezzo di mortalità (CMR, crude mortality rate)*

- *Definizione:* il tasso di decessi nell'intera popolazione, comprendente entrambi i sessi e tutte le età. Il CMR può essere espresso con diversi denominatori standard per popolazione e per diversi periodi di tempo: per esempio, decessi su 1.000 unità di popolazione per mese o decessi su 1.000 unità di popolazione per anno.
- *Formula applicata più comunemente in caso di disastri:*

$$\frac{\text{Totale decessi nel periodo di tempo}}{\text{Totale popolazione}} \times \frac{10.000 \text{ persone}}{\text{n. giorni nel periodo di tempo}}$$

= decessi/10.000 persone/giorno

### *Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (U5MR, under-5 mortality rate)*

- *Definizione:* il tasso di decessi tra i bambini di età inferiore ai 5 anni nella popolazione.
- *Formula applicata più comunemente in caso di disastri* (tasso di mortalità specifico per età per bambini al di sotto dei 5 anni):

$$\frac{\text{Totale decessi tra i bambini <5 anni nel periodo di tempo}}{\text{Totale bambini <5 anni}} \times \frac{10.000 \text{ persone}}{\text{n. giorni nel periodo di tempo}}$$

= decessi/10.000 /giorno

### **Tasso di incidenza**

- *Definizione:* il numero di nuovi casi di una malattia che si verificano durante un periodo specifico in una popolazione a rischio di contrarre la malattia.

- *Formula applicata più comunemente in caso di disastri:*

Numero di nuovi casi di malattia specifica                      1.000 persone  
nel periodo di tempo

Popolazione a rischio di contrarre la malattia x n. mesi nel periodo di tempo

= nuovi casi della malattia specifica/1.000/mese

### **Tasso di fatalità (CFR)**

- *Definizione:* il numero delle persone decedute per una malattia diviso il numero delle persone che hanno contratto la malattia.

- *Formula:*

Numero persone decedute per la malattia nel periodo di tempo

Persones che contraggono la malattia

nel periodo di tempo                      x      100                      = x%

### **Tasso di utilizzazione delle strutture sanitarie**

- *Definizione:* il numero delle visite a pazienti esterni per persona per anno. Ogni qualvolta sia possibile si dovrà distinguere tra visite nuove e vecchie, usando le nuove visite per il calcolo di questo valore. Tuttavia, la distinzione è spesso difficile e di conseguenza in caso di disastri le visite nuove e vecchie formano un totale unico.

- *Formula:*

Totale numero visite in una settimana

Totale popolazione

x 52 settimane

= visite/persona/anno



### **Numero di visite per medico al giorno**

● *Definizione:* la media delle visite totali (casi nuovi e controlli) eseguite da ogni medico in un giorno.

● *Formula:*

Totale numero visite (nuove e controlli) ÷ Numero giorni settimanali di  
n. medici FTE\* nella struttura sanitaria                      apertura della struttura

\* FTE (full-time equivalent, equivalente tempo pieno): indica il numero equivalente di medici attivi in una struttura sanitaria. Per esempio, se i medici che lavorano nell'ambulatorio per i pazienti esterni sono sei, ma due lavorano a metà tempo, il numero dei medici FTE = 4 tempo pieno + 2 metà tempo = 5 medici FTE.

# Appendice 4

## Nota bibliografica

Grazie al programma online sulle migrazioni forzate del Refugee Studies Centre dell'Università di Oxford, molti dei documenti elencati hanno ottenuto la licenza dal copyright e sono consultabili in un apposito link di Sphere: <http://www.forcedmigration.org>

## Strumenti giuridici internazionali

*Il diritto allo standard di assistenza sanitaria più alto possibile* (articolo 12 della *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*), CESCR General comment 14, 11 agosto 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Baccino-Astrada, A, *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts*. ICRC. Genève, 1982.

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (a cura di), *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge, 1999.

WHO, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*. World Health Organisation, 2002. <http://www.who.int/hhr>

## Sistemi e infrastrutture sanitarie

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T, *Basic Epidemiology*. World Health Organisation. Genève, 1993.

Management Sciences for Health, *Managing Drug Supply (Second Edition)*. Kumarian Press. Bloomfield, CT, 1997.

Médecins Sans Frontières, *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual*. Médecins Sans Frontières. Paris, 1993.

Médecins Sans Frontières, *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*. Macmillan. London, 1997.

Noji, E (a cura di), *The Public Health Consequences of Disasters*. Oxford University Press. New York, 1997.

Perrin, P, *Handbook on War and Public Health*. International Committee of the Red Cross. Genève, 1996.

UNHCR/WHO, *Guidelines for Drug Donations*. World Health Organisation and United Nations High Commissioner for Refugees. Genève, 1996.

UNHCR, *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes* (CD-ROM). United Nations High Commissioner for Refugees. Genève, 2001.

WHO/PAHO, *Health Library for Disasters* (CD-ROM). World Health Organisation/Pan-American Health Organization. Genève, 2001.

WHO, *The New Emergency Health Kit 1998*. World Health Organisation. Genève, 1998.

WHO, *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. World Health Organisation. Genève, 1999.

WHO, *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations*. World Health Organisation. Genève, 1994.

## Controllo delle malattie contagiose

Chin, J, *Control of Communicable Diseases Manual (17th Edition)*. American Public Health Association. Washington, DC, 2000.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J, *Manson's Tropical Diseases*. WB Saunders, 2003.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/AIDS in Emergency Settings, *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. UNAIDS. Genève, 2003 (di prossima pubblicazione). (Questo documento sostituirà UNAIDS, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings*, 1998).

International Rescue Committee, *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. Kumarian Press. Bloomfield, CT, 2003.

Pasteur Institute: <http://www.pasteur.fr>

UNAIDS: <http://www.unaids.org>

WHO, *Guidelines for Cholera Control*. World Health Organisation. Genève, 1993.

WHO, *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks*. World Health Organisation. Genève, 2002.

WHO, *Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. Macmillan. London, 1997.

WHO, *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook*. World Health Organisation. Genève (di prossima pubblicazione), 2003.

WHO, *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines*. World Health Organisation. Genève, 1993.

## Controllo delle malattie non contagiose

### Lesioni

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A et al., *Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict*. International Committee of the Red Cross. Genève, 1998.

Médecins Sans Frontières, *Minor Surgical Procedures in Remote Areas*. Médecins Sans Frontières. Paris, 1989.

PAHO-OPS, *Establishing a Mass Casualty Management System*. Pan-American Health Organization. Genève, 1995.

WHO, *Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology*. World Health Organisation. Genève, 1991.

### Salute riproduttiva

Reproductive Health for Refugees Consortium, *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. RHR Consortium, 1997.

Interagency Working Group, *An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations*. United Nations High

Commissioner for Refugees. Genève, 1999.

UNFPA: <http://www.unfpa.org>

UNFPA, *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations (Second Edition)*. UNFPA, 2001.

UNHCR, *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*, 2003. Bozza per prova sul campo, 8 luglio 2002. (Questo documento sostituirà UNHCR 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*.)

WHO, *Clinical Management of Survivors of Rape*. World Health Organisation. Genève, 2001.

### **Aspetti mentali e sociali della salute**

National Institute of Mental Health, *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. (NIH Publication No. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC, 2002. <http://www.nimh.nih.gov>

WHO, *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. World Health Organisation. Genève, 2003.

WHO/UNHCR, *Mental Health of Refugees*. World Health Organisation. Genève, 1996. <http://whqlibdoc.who.int>

### **Patologie croniche**

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al. (a cura di), *The Washington Manual of Medical Therapeutics (30th Edition)*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al. (a cura di), *Harrison's Principles of Internal Medicine (15th Edition)*. McGraw Hill Professional. New York, 2001.

Tiery, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (a cura di), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2003 (42nd Edition)*. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.

## **Siti internet**

Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie:

<http://www.cdc.gov>

Centro per la ricerca sull'epidemiologia dei disastri:

<http://www.cred.be>

Comitato internazionale della Croce Rossa: <http://www.icrc.org>

Federazione internazionale delle società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa: <http://www.ifrc.org>

Organizzazione panamericana della sanità: <http://www.paho.org>

Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati:

<http://www.unhcr.ch>

UNICEF: <http://www.unicef.org>

Organizzazione Mondiale della Sanità: <http://www.who.int>

## *Annotazioni*

## *Annotazioni*





# Allegati



# 1 Strumenti giuridici alla base del Manuale Sfera

La Carta Umanitaria e le Norme minime di risposta in caso di disastri si rifanno ai seguenti strumenti:

*Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, 1948.*

*Convenzione internazionale sui diritti civili e politici, 1966.*

*Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, 1966.*

*Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale, 1969.*

*Le quattro Convenzioni di Ginevra del 1949 e i due Protocolli aggiuntivi del 1977.*

*Convenzione sullo statuto dei rifugiati, 1951 e Protocollo sullo statuto dei rifugiati, 1967.*

*Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti, 1984.*

*Convenzione per la prevenzione e la repressione del delitto di genocidio, 1948.*

*Convenzione sui diritti dell'infanzia, 1989.*

*Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, 1979.*

*Convenzione sullo statuto degli apolidi, 1960.*

*Principi guida sugli sfollati Interni, 1998.*



# *2 Il Codice di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le Organizzazioni non Governative (ONG) relativo alle operazioni di soccorso in caso di disastri*

A cura della Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e del Comitato Internazionale della Croce Rossa<sup>1</sup>

## **Finalità**

Il presente Codice di condotta si propone di preservare i nostri principi di comportamento. Non tratta dettagli operativi, quali il modo di calcolare le razioni alimentari o di allestire un campo di rifugiati; cerca invece di salvaguardare importanti criteri di indipendenza, efficacia e impatto ai quali si ispirano le ONG che prestano soccorso in caso di disastri e il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della

---

## **Nota**

1. Promosso da: Caritas Internationalis\*, Catholic Relief Services\*, Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa\*, International Save the Children Alliance\*, Federazione Luterana Mondiale\*, Oxfam\*, Consiglio Mondiale delle Chiese\*, Comitato Internazionale della Croce Rossa (\* membri dello Steering Committee for Humanitarian Response).

Mezzaluna Rossa. È un codice volontario, la cui applicazione si basa sulla determinazione delle organizzazioni che vi aderiscono a rispettare le norme in esso definite.

In caso di conflitto armato, il presente Codice di condotta sarà interpretato e applicato in conformità al diritto internazionale umanitario.

Il Codice di condotta viene presentato per primo. Seguono tre allegati, in cui si descrive l'ambiente di lavoro che vorremmo si instaurasse, ad opera dei governi ospitanti, dei governi donatori e delle organizzazioni intergovernative, per agevolare l'efficacia degli interventi di assistenza umanitaria.

## Definizioni

**ONG:** organizzazioni non governative. L'espressione è qui riferita a organizzazioni, nazionali e internazionali, costituite indipendentemente dai governi dei paesi in cui sono state fondate.

**OUNG:** per le finalità del presente testo è stata coniata l'espressione "Organizzazione Umanitaria Non Governativa", che designa le componenti del Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa (che sono il Comitato Internazionale della Croce Rossa, la Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e le sue Società Nazionali associate) e le ONG come definite sopra. Il Codice si riferisce specificamente alle OUNG che partecipano alla risposta in caso di disastri.

**OIG:** Organizzazioni Intergovernative. L'espressione indica le organizzazioni costituite da più governi, e comprende tutte le agenzie delle Nazioni Unite e organizzazioni regionali.

**Disastro:** Si definisce disastro un evento calamitoso che provoca morti, gravi sofferenze umane e angoscia, oltre che danni materiali su vasta scala.

## **Il Codice di condotta**

### **Principi di comportamento per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le ONG nell'attuazione di programmi di risposta a disastri.**

#### **1 L'imperativo umanitario al primo posto**

Il diritto di ricevere assistenza umanitaria e quello di prestarla sono principi umanitari fondamentali di cui dovrebbero godere i cittadini di tutti i paesi. In quanto membri della comunità internazionale, noi riconosciamo il nostro obbligo a prestare assistenza umanitaria dovunque sia necessario. Ne consegue che il libero accesso alle popolazioni colpite è di importanza fondamentale nell'esercizio di tale responsabilità. La prima motivazione della nostra risposta è quella di alleviare la sofferenza di coloro che sono meno in grado di resistere allo stress provocato dal disastro. Quando portiamo aiuto umanitario, non si tratta di un aiuto politico o di parte, e non deve essere considerato tale.

#### **2 L'aiuto è portato indipendentemente da razza, credo religioso o nazionalità dei beneficiari, e senza distinzioni di alcun genere. Le priorità degli aiuti sono valutate unicamente in base alle necessità**

Ogni qualvolta sia possibile, la prestazione dei soccorsi si baserà sulla valutazione approfondita dei bisogni delle vittime e delle capacità locali già mobilitate per far fronte a quei bisogni. La totalità dei nostri programmi rispecchierà considerazioni di proporzionalità. Le sofferenze devono essere alleviate ovunque si manifestino; la vita è ugualmente preziosa in qualsiasi luogo. Gli aiuti che portiamo saranno proporzionali alle sofferenze che cercano di alleviare. Applicando questo approccio, riconosciamo il ruolo essenziale che le donne svolgono nelle comunità soggette a disastri, e assicureremo che i nostri programmi sostengano il loro ruolo, e non lo sminuiscano. Tale politica universale, imparziale e indipendente può trovare attuazione

efficace solo se noi e i nostri partner avremo accesso alle risorse necessarie per portare soccorsi in modo equo, e se avremo la possibilità di accedere a tutte le vittime del disastro.

### **3 Gli aiuti non saranno utilizzati per favorire un particolare punto di vista politico o religioso**

Gli aiuti umanitari saranno portati secondo i bisogni degli individui, delle famiglie e delle comunità. Fermo restando il diritto delle OUNG di abbracciare opinioni politiche o religiose, noi affermiamo che l'assistenza non dipenderà dall'adesione dei beneficiari a tali opinioni. Non vincoleremo la promessa, la consegna o la distribuzione degli aiuti all'adesione o accettazione di un particolare credo politico o religioso.

### **4 Ci impegneremo a non essere strumento della politica estera dei governi**

Le OUNG sono organizzazioni che operano in maniera indipendente dai governi. Di conseguenza, siamo noi stessi a definire le nostre politiche e strategie di implementazione, e non intendiamo attuare la politica di nessun governo, se non nella misura in cui essa coincida con la nostra politica indipendente. Non permetteremo mai, a noi stessi o a coloro che lavorano per noi, di essere usati, intenzionalmente o per negligenza, per raccogliere informazioni politicamente, militarmente o economicamente sensibili in favore di governi o altri organismi che possano perseguire finalità non strettamente umanitarie, né agiremo come strumenti della politica estera dei governi donatori. Impiegheremo i mezzi che otterremo per rispondere a bisogni, e il supporto che riceveremo in tal senso non dovrebbe essere motivato dal bisogno del donatore di sbarazzarsi delle sue eccedenze, né dall'interesse politico di un donatore in particolare. Apprezziamo e incoraggiamo l'offerta di lavoro e donazioni volontarie da parte di persone interessate a sostenere la nostra opera, e riconosciamo l'indipendenza dell'azione mossa da tali motivazioni. Al fine di salvaguardare la nostra indipendenza, cercheremo di non dipendere da una sola fonte di finanziamenti.



## **5 Rispetteremo culture e usanze**

Ci impegneremo a rispettare la cultura, le strutture e le usanze delle comunità e dei paesi in cui operiamo.

## **6 Cercheremo di fondare la risposta al disastro sulle capacità locali**

Anche in una situazione di disastro, ogni persona e comunità possiede capacità, oltre che vulnerabilità. Dove possibile, noi rafforzeremo queste capacità impiegando personale locale, acquistando materiali locali e servendoci di imprese locali. Dove possibile, opereremo attraverso le OUNG locali come partner per la pianificazione e l'attuazione degli interventi, e collaboreremo con le strutture governative locali laddove opportuno. Daremo alta priorità all'adeguato coordinamento tra le nostre risposte all'emergenza. I soggetti più indicati a tale fine sono quelli più direttamente coinvolti nelle operazioni di soccorso all'interno dei paesi interessati, e dovrebbero includere rappresentanti degli organismi competenti delle NU.

## **7 Si troveranno i modi per coinvolgere i beneficiari del programma nella gestione degli aiuti**

L'assistenza prestata in risposta a un disastro non deve mai essere imposta ai suoi destinatari. Il modo migliore per garantire soccorsi efficaci e ricostruzione durevole è quello di coinvolgere i beneficiari nella pianificazione, gestione e attuazione dei programmi di assistenza. Noi ci impegneremo per ottenere la piena collaborazione della comunità ai nostri programmi di soccorso e ricostruzione.

## **8 Gli aiuti umanitari devono mirare a ridurre la futura vulnerabilità ai disastri, oltre che far fronte a bisogni essenziali**

Tutte le attività di soccorso hanno ripercussioni, positive o negative, sulle prospettive di sviluppo a lungo termine. Nel riconoscere questo dato di fatto, noi ci sforzeremo di realizzare programmi di soccorso in

grado di ridurre attivamente la vulnerabilità dei beneficiari in caso di disastri futuri, e di contribuire a creare stili di vita sostenibili. Nella pianificazione e nella gestione dei nostri programmi di soccorso, rivolgeremo un'attenzione particolare agli aspetti ambientali. Ci sforzeremo anche di ridurre al minimo l'impatto negativo dell'assistenza umanitaria, cercando di evitare la prolungata dipendenza dei beneficiari dagli aiuti esterni.

## **9 Ci riteniamo responsabili tanto di fronte a coloro che cerchiamo di assistere, quanto di fronte a coloro dai quali accettiamo risorse**

Noi svolgiamo spesso la funzione di collegamento istituzionale tra coloro che desiderano prestare assistenza e coloro che ne hanno bisogno in una situazione di disastro. Per questo ci riteniamo responsabili di fronte a entrambi. Tutti i nostri rapporti con donatori e beneficiari saranno improntati da un'attitudine di apertura e trasparenza. Riconosciamo la necessità di rendere conto delle nostre attività sia dal punto di vista finanziario, sia in termini di efficacia. Riconosciamo l'obbligo ad assicurare l'appropriato controllo della distribuzione degli aiuti e di eseguire regolari valutazioni dell'impatto dell'assistenza prestata. Cercheremo anche di rendere conto apertamente dell'impatto del nostro operato, e dei fattori che limitano o intensificano tale impatto. I nostri programmi saranno basati su parametri elevati di professionalità e competenza, al fine di ridurre al minimo gli sprechi di risorse preziose.

## **10 Nelle nostre attività di informazione, divulgazione e pubblicità, riconosceremo le vittime del disastro nella loro dignità di esseri umani e non come oggetti inermi**

Non si deve mai perdere il rispetto per le vittime del disastro come partner di pari livello nell'azione. Nelle nostre attività di informazione pubblica, presenteremo un quadro oggettivo della situazione del disastro, evidenziando capacità e aspirazioni delle vittime e non soltanto le loro vulnerabilità e paure. Mentre collaboreremo con i mezzi di comunicazione per incentivare la risposta pubblica, non

permetteremo che esigenze di pubblicità esterna o interna prendano il sopravvento sull'obiettivo di portare il massimo dell'assistenza. Eviteremo di entrare in competizione, per ragioni di visibilità mediatica, con altre organizzazioni coinvolte nella risposta al disastro, laddove questo possa andare a detrimento del servizio fornito ai beneficiari o della sicurezza del nostro personale o dei beneficiari.

## **L'ambiente di lavoro**

Avendo convenuto unilateralmente di impegnarci a rispettare il Codice enunciato sopra, presentiamo qui di seguito alcune linee guida indicative per descrivere l'ambiente di lavoro che vorremmo si instaurasse ad opera di governi donatori, governi ospitanti e organizzazioni intergovernative, in primo luogo le agenzie delle Nazioni Unite, per agevolare l'efficace partecipazione delle OUNG nella risposta al disastro.

Queste linee guida sono presentate a titolo orientativo. Non sono giuridicamente vincolanti, né ci aspettiamo che governi o OIG esprimano la loro adesione sottoscrivendo un documento, anche se questo può essere un obiettivo da perseguire in futuro. Le presentiamo con spirito di apertura e collaborazione in modo che i nostri partner sappiano qual è la relazione ideale che auspichiamo si instauri con loro.

## **Allegato I: Raccomandazioni ai governi dei paesi colpiti da disastri**

### **1 I governi dovrebbero riconoscere e rispettare l'operato indipendente, umanitario e imparziale delle OUNG**

Le OUNG sono organismi indipendenti. I governi ospitanti dovrebbero rispettare questa condizione di indipendenza e imparzialità.

### **2 I governi ospitanti dovrebbero favorire il rapido accesso delle OUNG alle vittime del disastro**

Affinché le OUNG possano operare nel pieno rispetto dei loro principi umanitari, deve essere garantito loro l'accesso rapido e imparziale alle

vittime del disastro, perché possano portare assistenza umanitaria. È compito del governo ospitante, nell'esercizio della sua responsabilità sovrana, non ostacolare tale assistenza e accettare l'azione imparziale e apolitica delle OUNG. I governi ospitanti dovrebbero agevolare il rapido ingresso del personale di soccorso, in particolare sospendendo l'obbligo dei visti di transito, di entrata e di uscita, oppure facendo in modo che tali visti siano rilasciati in tempi brevi. I governi dovrebbero garantire il permesso di sorvolo e i diritti di atterraggio a velivoli che trasportano beni e personale di soccorso, per la durata della fase dei soccorsi all'emergenza.

### **3 I governi dovrebbero agevolare il rapido flusso dei beni di soccorso e delle informazioni in situazioni di disastro**

Materiali e attrezzature di soccorso vengono introdotti in un paese al solo scopo di alleviare la sofferenza, non per ricavarne guadagni o vantaggi di tipo commerciale. Dovrebbe essere consentito il libero passaggio dei materiali di soccorso, e non dovrebbero essere imposte restrizioni quali richieste di certificati consolari o fatture, licenze di importazione e/o esportazione, tasse di importazione, diritti di atterraggio o tasse portuali.

Il governo ricevente dovrebbe agevolare l'importazione temporanea delle attrezzature necessarie ai soccorsi, ivi compresi veicoli, velivoli leggeri e strumenti di telecomunicazione, sospendendo provvisoriamente le restrizioni in materia di licenze o registrazione. Analogamente, i governi non dovrebbero porre restrizioni alla ri-esportazione delle stesse attrezzature al termine di un'operazione di soccorso.

Per facilitare le comunicazioni nella situazione di disastro, i governi ospitanti sono sollecitati ad assegnare alcune frequenze radio che le organizzazioni impegnate nei soccorsi possano utilizzare per le comunicazioni nazionali e internazionali, e a rendere note queste frequenze alla comunità attiva nella risposta ai disastri, prima che si verifichi un disastro. I governi dovrebbero autorizzare il personale di soccorso a utilizzare tutti i mezzi di comunicazione necessari allo svolgimento delle operazioni.

## **4 I governi dovrebbero cercare di fornire un servizio coordinato di pianificazione e informazione in relazione al disastro**

La pianificazione e il coordinamento generale delle operazioni di soccorso sono fondamentalmente responsabilità del governo ospitante. Pianificazione e coordinamento possono risultare notevolmente migliorati se le OUNG sono opportunamente informate sui bisogni di soccorso e sui sistemi governativi di pianificazione e attuazione, oltre che sui rischi per la sicurezza che potrebbero incontrare. Si esortano i governi a fornire queste informazioni alle OUNG.

Per agevolare il coordinamento efficiente e l'efficace utilizzazione dei soccorsi prestati, si esortano i governi ospitanti a designare, prima che si verifichi un disastro, un unico referente che faccia da raccordo tra le OUNG in arrivo e le autorità locali.

## **5 Soccorsi in caso di conflitto armato**

In caso di conflitto armato, le operazioni di soccorso sono regolate dalle disposizioni del diritto internazionale umanitario.

## **Allegato II: Raccomandazioni ai governi donatori**

### **1 I governi donatori dovrebbero riconoscere e rispettare l'azione indipendente, umanitaria e imparziale delle OUNG**

Le OUNG sono organismi indipendenti, e i governi donatori dovrebbero rispettarne l'imparzialità. I governi donatori non dovrebbero usare le OUNG per favorire obiettivi politici o ideologici di nessun genere.

## **2 I governi donatori dovrebbero fornire i finanziamenti con la garanzia di indipendenza operativa**

Le OUNG accettano finanziamenti e supporto materiale dai governi donatori con lo stesso spirito di umanità e indipendenza dell'azione che caratterizza la loro assistenza alle vittime del disastro. L'attuazione delle operazioni di soccorso è fondamentalmente responsabilità dell'OUNG interessata, e verrà eseguita secondo le strategie di quella OUNG.

## **3 I governi donatori dovrebbero usare i propri poteri per facilitare l'accesso delle OUNG alle vittime del disastro**

I governi donatori dovrebbero riconoscere l'importanza di assumersi una parte della responsabilità per la sicurezza e la libertà di accesso del personale delle OUNG alle zone del disastro. In caso di necessità, dovrebbero essere disposti a esercitare azioni diplomatiche in proposito presso i governi ospitanti.

## **Allegato III: Raccomandazioni alle organizzazioni intergovernative**

### **1 Le OIG dovrebbero riconoscere nelle OUNG, locali e straniere, dei collaboratori preziosi**

Le OUNG sono disponibili a collaborare con le NU e altre organizzazioni intergovernative per rispondere al meglio al disastro. Fanno questo in uno spirito di collaborazione che rispetta l'integrità e l'indipendenza di tutte le parti. Le organizzazioni intergovernative devono rispettare l'indipendenza e l'imparzialità delle OUNG. Nella pianificazione dei soccorsi, le agenzie delle NU dovrebbero consultare le OUNG.

## **2 Le OIG dovrebbero coadiuvare i governi ospitanti nella definizione di un quadro generale di coordinamento dei soccorsi internazionali e locali**

In genere, in caso di disastri che richiedono una risposta internazionale, le OUNG non hanno il mandato per fornire il quadro di coordinamento generale. Tale responsabilità ricade sul governo ospitante e sulle competenti autorità delle NU. Questi sono esortati a svolgere tale compito con tempestività ed efficacia, nell'interesse dello Stato colpito e della comunità nazionale e internazionale impegnata nella risposta al disastro. In ogni caso, le OUNG dovrebbero compiere ogni sforzo per garantire l'efficace coordinamento dei propri servizi.

In caso di conflitto armato, le operazioni di soccorso sono regolate dalle disposizioni del diritto internazionale umanitario.

## **3 Le OIG dovrebbero estendere alle OUNG le misure di sicurezza e protezione fornite alle istituzioni delle NU**

Laddove vengano forniti servizi di sicurezza alle organizzazioni intergovernative, gli stessi servizi dovrebbero essere estesi alle OUNG loro partner operativi, se richiesti.

## **4 Le OIG dovrebbero fornire alle OUNG lo stesso accesso alle informazioni di rilievo garantito alle istituzioni delle NU**

Si esortano le OIG a condividere con le OUNG loro partner operativi tutte le informazioni relative all'attuazione di una efficace risposta al disastro.





# 3 Ringraziamenti

## Équipe del Progetto Sfera

**Project Manager:** Nan Buzard

**Training Manager:** Sean Lowrie

**Project Officer:** Veronica Foubert

**Project Senior Assistant:** Elly Proudlock

## Comitato direttivo del Progetto Sfera

InterAction ◇ Save the Children Alliance ◇ CARE International ◇ The Lutheran World Federation (ACT) ◇ Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies (VOICE) ◇ Mercy Corps ◇ Action by Churches Together (ACT) ◇ Oxfam GB ◇ Steering Committee for Humanitarian Response ◇ International Committee of the Red Cross ◇ International Federation of the Red Cross and Red Crescent ◇ International Council of Voluntary Agencies (ICVA) ◇ Caritas Internationalis

## Donatori

Oltre al contributo delle organizzazioni sopra elencate, il Progetto Sfera è stato finanziato dalle seguenti istituzioni:

The Australian Agency for International Development (AusAID) ◇ The Belgian Ministry of Development ◇ The Canadian International Development Agency (CIDA) ◇ Caritas Spain ◇ Danish International Development Assistance (DANIDA) ◇ The Disaster Emergency Committee (DEC) ◇ The Finnish Government Development Agency (FINIDA) ◇ The European Community Humanitarian Office (ECHO) ◇ The Ford Foundation ◇ Development Cooperation Ireland (DCI) ◇ The Netherlands Ministry of Foreign Affairs Humanitarian Aid Division ◇ The New Zealand Ministry of Foreign Affairs and Trade ◇ The Foreign Ministry of Norway ◇ The Swedish International Development Cooperation Agency (Sida) ◇ The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) ◇ The United Nations Children's Fund (UNICEF) ◇

The United Kingdom Department for International Development (DFID)  
◇ The United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) ◇ The United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA)

## **Focal Point di riferimento per i capitoli tecnici**

**Approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene:** Andy Bastable, Oxfam GB

**Sicurezza alimentare:** Helen Young, Tufts University

**Nutrizione:** Anna Taylor, Save the Children UK

**Aiuti alimentari:** John Solomon, CARE USA e NM Prusty, CARE India

**Rifugi, insediamenti e prodotti non alimentari:** Graham Saunders, Catholic Relief Services

**Assistenza sanitaria:** Richard J Brennan, International Rescue Committee

**Norme comuni:** oltre agli esperti tecnici di ciascun capitolo e ai coordinatori degli argomenti trasversali, a questo capitolo hanno contribuito: Jock Baker, Nan Buzard, Jim Good, Maurice Henderson, Susanne Jaspars, Charles Kelly, Ron Ockwell, Sylvie Robert

## **Coordinatori dei temi trasversali**

**Bambini:** Jane Gibreel, Save the Children UK

**Anziani:** Nadia Saim, HelpAge International

**Disabili:** Beverly Ashton, Action on Disability and Development

**Genere:** Rosemarie McNairn, Oxfam GB

**Protezione:** Ed Schenkenberg, ICVA

**HIV/AIDS:** Paul Spiegel, UNHCR/CDC

**Ambiente:** Mario Pareja, CARE/UNHCR

**Coordinamento revisione del manuale:** Isobel McConnan

**Editor della versione inglese:** David Wilson

## Un sentito ringraziamento

Le norme e gli indicatori Sfera sono il frutto dell'esperienza collettiva di molte persone e organizzazioni attive in diversi settori dell'assistenza umanitaria. Come si è già verificato per la prima edizione del manuale, la presente revisione non sarebbe stata possibile senza la collaborazione di tante persone in tutto il mondo. Nell'insieme, migliaia di persone, che rappresentano oltre 400 organizzazioni in 80 paesi, hanno partecipato al processo, dedicando volontariamente e in modo significativo il loro tempo e le loro competenze.

La preparazione del libro ha dato grande importanza in tutte le sue fasi alla consultazione, in un processo al quale hanno partecipato gruppi di revisione su base paritaria. In particolare, osservazioni e commenti dettagliati sono venuti dagli operatori umanitari che lavorano in paesi frequentemente soggetti al verificarsi di disastri, e che usano il manuale sul campo. Il risultato non rappresenta il punto di vista di una organizzazione in particolare. Piuttosto, esso esprime la volontà attiva e risoluta della comunità internazionale di unire i propri sforzi per condividere un ampio corpus di esperienze e conoscenze, al fine di migliorare la qualità e il senso di responsabilità dell'azione umanitaria. Grazie a tutti coloro che hanno contribuito a fare di tutto questo una realtà.

Benché Sfera riconosca con gratitudine il contributo di tutti coloro che hanno partecipato sia alla stesura originale del manuale sia alla presente revisione, per ricordare i loro nomi non basterebbero quaranta pagine, e lo spazio non ce lo consente. L'elenco completo delle organizzazioni e dei singoli individui che hanno contribuito si trova comunque sul nostro sito: <http://www.sphereproject.org>

# 4 *Elenco degli acronimi*

## ACC/SCN:

United Nations Administrative Committee on  
Coordination/Subcommittee on Nutrition  
(Comitato Amministrativo delle Nazioni Unite per il  
Coordinamento/Sottocomitato per la Nutrizione)

## ACNUR:

Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati

## ACT:

Action by Churches Together (Azione Comune delle Chiese)

## ALNAP:

Active Learning Network for Accountability in Practice  
(Rete Didattica Attiva per la Responsabilità nella Pratica)

## CAS:

Comitato di Aiuto allo Sviluppo (OCSE)

## CDC:

Centers for Disease Control and Prevention  
(Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie)

## CICR:

Comitato Internazionale della Croce Rossa

## FAO:

Food and Agriculture Organisation  
(Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura)

## IAPSO:

Inter-Agency Procurement Services Office (UNDP)  
(Ufficio Inter-Agenzie per l'Acquisizione di Servizi)

INFCD:

International Nutrition Foundation for Developing Countries  
(Fondazione Internazionale per la Nutrizione nei Paesi in via di Sviluppo)

LWF:

The Lutheran World Federation  
(Federazione Luterana Mondiale)

MISP:

Minimum Initial Service Package  
(Pacchetto Minimo di Servizi Iniziali)

MSF:

Médecins Sans Frontières (Medici Senza Frontiere)

NCHS:

National Centre for Health Statistics  
(Centro Nazionale di Statistica Sanitaria)

OCHA:

UN Office for Coordination of Humanitarian Affairs  
(Ufficio delle NU per il Coordinamento degli Affari Umanitari)

OCSE:

Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo

OFDA:

Office of Foreign Disaster Assistance (USAID)  
(Ufficio per l'Assistenza in caso di Disastri all'Estero)

OMM:

Organizzazione Meteorologica Mondiale

OMS:

Organizzazione Mondiale della Sanità

**ONG:**

Organizzazione non governativa

**PTSS:**

Programme and Technical Support Section (Sezione Programmi e Supporto Tecnico) (Programma ACNUR)

**SCHR:**

Steering Committee for Humanitarian Response  
(Comitato Permanente per la Risposta Umanitaria)

**UNDP:**

United Nations Development Programme  
(Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo)

**UNDRO:**

United Nations Disaster Relief Organisation  
(Organizzazione delle Nazioni Unite per il Soccorso  
in caso di Calamità Naturali)

**UNEP:**

United Nations Environment Programme  
(Programma Ambientale delle Nazioni Unite)

**UNICEF:**

Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia

**USAID:**

United States Agency for International Development  
(Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale)

**WCRWC:**

Women's Commission for Refugee Women and Children  
(Commissione Femminile per le Donne e i Bambini Rifugiati)

**WFP:**

World Food Programme (Programma Alimentare Mondiale)



# Indice analitico

# Indice analitico

- abuso sessuale 13
  - accampamenti; *v.* rifugi, accampamenti
  - accessori per dormire
    - dotazione iniziale 218-9, 251
    - lavaggio 83, 84
    - resa termica 241
  - acqua piovana 92
  - aiuti alimentari
    - catena degli approvvigionamenti 164, 166, 176
    - controlli di qualità 125, 133, 135, 143
    - distribuzione
      - donne 149, 151
      - equità della 173, 177, 182
      - gratuita 128, 166, 189
      - metodi 180
      - monitoraggio 130, 134, 147, 155, 157, 182
      - punti di 173, 181
      - razioni asciutte 157, 165
      - selezione dei beneficiari 180, 169
    - documentazione 177
    - durata di conservazione 147, 171, 174
    - familiarità 168, 169
    - gestione 172
    - logistica 204, 237
    - valutazioni iniziali 166, 168
  - alimenti, cibo;
    - v. anche* cucinare; malnutrizione;
    - cereali, macinatura 170, 175
    - contaminazione da vettori 86
    - diffusione dell'informazione 174
    - importazioni, effetti delle 166, 177
    - latte 170
    - micronutrienti essenziali 146
    - non idoneo, smaltimento 167
    - nutrizione
      - culture destinate alla vendita 140
      - fabbisogno giornaliero 168
      - fluttuazioni dei prezzi 139, 141
      - mercati 125, 131-7
      - monitoraggio 134
      - semi 133-4
      - sistemi di produzione locale 128, 131, 133
      - valutazioni 147
      - zone rurali 118,
    - sensibilizzazione all'igiene 174
    - stoccaggio 171, 178
  - allattamento al seno
    - HIV/AIDS 150
    - incoraggiamento di 150
    - malnutrizione 161
  - alloggio; *v.* rifugio
  - ambiente
    - erosione 239
    - impatto ambientale
      - approvvigionamento di combustibile 130, 245-6
      - insediamenti 237-39, 248
  - ambulatori mobili 275
  - anziani;
    - v. anche* gruppi vulnerabili
    - accesso al cibo 152, 175,
    - con funzione di accudire 11
    - malnutrizione 198
    - nutrizione 151
    - protezione 11
  - approvvigionamento idrico
    - accesso 70, 71, 222, 224, 225, 226-27
  - ambulatori 73
  - come diritto umano 59
  - comitati 66
  - disinfezione 73
  - quantità minime 99
  - finalità e obiettivi 60, 67
  - gradevolezza al gusto 73
  - gruppi vulnerabili 62-3, 65, 69, 74
  - persone per fonte 69, 71
  - quantità 67-8
  - raccolta e conservazione 72, 75, 243-4,
  - tempi di attesa 67, 70
  - valutazioni iniziali 95-6
- aree di gioco 227
- armi biologiche 283
- assistenza umanitaria, qualità 30
- attrezzi
  - accesso 246, 253
  - addestramento 246
  - costruzione latrine 78, 79
  - spoglie dei defunti 247
- aumento ponderale medio 160
- autorità locali 33
  - assistenza sanitaria 269-71
- autorità nazionali
  - assistenza sanitaria 269-71
  - protezione della popolazione 34



- bagno; *v.* lavare  
 bambine, ragazze;  
*v. anche* donne  
 adolescenti, nutrizione 149  
 bambini, ragazzi  
 coercizione sessuale 42  
 coscrizione 46  
 bambini;  
*v. anche* gruppi vulnerabili  
 alimentazione, latte 170  
 aree di gioco 227  
 fabbisogno nutrizionale 149, 145-6  
 feci, smaltimento 76, 77, 82, 85, 89  
 malattie 287  
 malnutriti, selezione 41  
 malnutrizione  
 grave 195-7  
 moderata 195-7  
 morbilità, dati 37  
 mortalità, dati 37, 269, 270  
 protezione 11-12  
 scuole 226, 227  
 servizi di assistenza sanitaria 265  
 sfruttamento 47-8  
 beriberi 146  
 bibliografie  
 aiuti alimentari 206  
 approvvigionamento idrico 102  
 controllo dei vettori 104-105  
 diritti umani 49  
 gruppi vulnerabili 209  
 micronutrienti 210-211  
 rifugi e insediamenti 254-6  
 servizi di assistenza sanitaria 314-8  
 sicurezza alimentare 206-207  
 smaltimento dei rifiuti 105  
 valutazioni antropometriche 208  
 bisogni per la sopravvivenza, valutazione 268  
 bisogni speciali; *v.* gruppi vulnerabili
- Carta umanitaria 5-6  
 diritti umani 18  
 norme minime 14  
 principi 18-19  
 ruoli e responsabilità 20  
 cash-for-work (CFW) 136-37, 190  
 centri sanitari, ambulatori;  
*v. anche* ospedali  
 approvvigionamento idrico 74, 99  
 centrali, organico 270  
 periferici, organico 277  
 zone per quarantena 227  
 cereali, macinatura 170, 175
- clima, limitazioni per le costruzioni 230  
 CMR; *v.* tasso grezzo di mortalità (crude mortality rates) 206  
 Codice di condotta 323-31  
 coercizione sessuale  
 bambini 42  
 donne 42  
 coloro che accudiscono/prestano  
 assistenza a  
 anziani 11  
 bisogni nutrizionali 153  
 persone malnutrite 161, 167  
 colture destinate alla vendita 133  
 comunità ospitanti  
 e popolazioni sfollate 37, 221, 223,  
 225, 278  
 contaminazione fecale, scorte d'acqua 71,  
 101  
 Convenzione di Ginevra, non combattenti 19  
 coordinamento  
 aiuti alimentari 115, 120-21  
 programmi sui rifugi 219-20  
 scambio di informazioni 33-4, 38  
 servizi di assistenza sanitaria 264, 268-9,  
 272-3  
 costruzione  
 manodopera 235-6  
 materiali  
 caratteristiche termiche 232-4  
 locali 233, 235, 238  
 trasparenza 236-7  
 cucinare  
 approvvigionamento d'acqua 68  
 impatto ambientale 130, 185  
 combustibile 169-70, 244-46  
 stufe 244-5  
 utensili  
 accesso 174  
 bisogni immediati 243, 252  
 cure traumatologiche 296-8
- dati;  
*v. anche* monitoraggio  
 confidenzialità 282  
 disaggregazione 34, 37, 77, 95, 281  
 pertinenza 44  
 raccolta 36  
 deficit di riboflavina 146  
 defunti, cura dei 227, 277, 279  
 diarrea, epidemie 71, 85  
 diritti umani  
 abitazione 217  
 acqua 59

- bambini 11
- cibo 113
- pazienti 277-8
- servizi di assistenza sanitaria 263
- uguaglianza 12
- vivere con dignità 19
- disabili;
- v. anche* gruppi vulnerabili
  - cibo, accesso 152
  - malnutrizione 198
  - protezione 11
- disastri tecnologici 7
- disastri, valutazioni iniziali 30, 34-35
- discariche 90, 91
- donne;
- v. anche* gruppi vulnerabili
  - assistenza sanitaria 265
  - coercizione e sfruttamento sessuale 42, 47, 236
    - per procurarsi cibo 119
  - in gravidanza, nutrizione 151
  - lavanderie, riservatezza 75
  - levatrici 299
  - mestruazioni 80, 242-43
  - pari diritti 12
  - programmi su rifugi 217, 236
  - raccolta dell'acqua 60, 70
  - salute riproduttiva 295, 298-9
  - sicurezza
    - latrine 79, 80
    - rifugio 231
    - violenza 46-7
  - violenza di genere 298-300
- drenaggio
  - acque di superficie 92
  - pendenza 94, 228
  - progettazione 93
  - pozzi di scarico sul posto 93-4
  - topografia 226, 228
  - valutazioni iniziali 95
- edifici, lesionati 222, 233
- educazione sanitaria 284-287
- educazione sanitaria, alla salute 275
  - malattie contagiose 284-5
- emergenze complesse, impatto sulla salute 267
- EPI (Expanded Programme on Immunisation, Programma esteso di vaccinazione) 284, 285
- erosione 238
- escrementi
  - animali 72, 86
  - dei bambini 77, 78
  - smaltimento 77-8, 86
    - primi bisogni 96-7
- falde freatiche 79, 80, 93, 94, 97
  - cimiteri 226-7
  - scarichi delle latrine 99, 228
- famiglie, riunione 302
- farmaci
  - donati 277
  - gestione 279
  - lista essenziale 276, 278
  - scorte di riserva 290
- food-for-recovery (FFR, cibo in cambio di ripresa) 190
- food-for-work (FFW, cibo in cambio di lavoro) 136, 190, 236
- forti venti, impatto sulla salute 267
- funerali e sepolture
  - culture locali 227, 247, 279, 303
  - panni funebri 241
  - ubicazione 226, 279
- genitori
  - lavaggio dei pannolini 78
  - separazione 129
- gestione della catena logistica degli approvvigionamenti (supply chain management, SCM);
- v. anche* trasporti
  - aiuti alimentari 172, 175-6
  - contratti 175, 176
  - documentazione 178
  - fonti locali 176-7
  - liste di controllo logistico 204-5
  - minacce alla 178
- gozzo 199-200
- gruppi vulnerabili
  - approvvigionamento d'acqua 62-5,
  - bisogni economici 225
  - bisogni sociali 225
  - definizioni 9-10, 62, 116, 220
  - fabbisogno di vestiario 240-41
  - igiene della persona 242
  - partecipazione ai lavori di costruzione 247
  - protezione 10-13
  - scorte di combustibile 245-6
  - sensibilizzazione all'igiene 64
  - strutture per lavare 75
  - supporto nutrizionale 149-53, 174
- guerre; *v.* situazioni di conflitto
- HIS; *v.* servizi informativi sanitari
- HIV/AIDS, persone affette da;
- v. anche* gruppi vulnerabili

- allattamento al seno 150
  - controllo 293-4
  - discriminazione 13
  - fabbisogno d'acqua 69
  - latrine 78
  - malnutrizione 152
  - nutrizione 152
  - strategie di risposta messe in atto dalla popolazione 13
  
  - igiene della persona, valutazione iniziale 252
  - IMCI (integrated management of childhood illnesses, trattamento integrato delle malattie dell'infanzia) 287
    - impatti sulla salute 264-5
    - partecipazione 30, 32-3
  - impatto sanitario, disastri 272
  - importazioni, effetti delle 139, 166
  - indagine antropometrica, malnutrizione 121-3, 195
  - indicatori chiave, definizione 8-9
  - inondazioni, impatto sanitario 272
  
  - kit ostetrici per parto 299
  
  - latrine
    - accesso 76, 77-8
    - approvvigionamento idrico 99
    - lavarsi le mani 81
    - manutenzione 77-9, 93
    - numero minimo 100
    - progettazione 78, 79
    - pubbliche/comuni, numeri 76-77
    - scavo delle fosse 226, 239
    - sicurezza, donne 77, 78
  - latte
    - distribuzione 170
    - in polvere 170
  - lavaggio dei pannolini 78
  - lavanderie 75-6
    - sapone 242
  - lavare
    - sapone 75
      - alternative 75-6
    - strutture 75, 230
  - lavarsi le mani 81
  - lesioni
    - incidenza 295, 296-7
    - protocolli per il trattamento 296, 297
    - trattamento chirurgico 296, 297
    - trattamento traumatologico 296-7
  
  - malaria 84-7, 101, 147, 293
    - controllo delle zanzare 83-87
    - zanzariere 84, 246, 253, 293
  - malattie a trasmissione vettoriale 86
    - contagio 86-9
    - controllo 86-9
      - chimico 86-8
    - insediamenti 225, 238
    - rifugi 83, 234
    - valutazioni iniziali 97-8
  - malattie contagiose
    - diagnosi 287, 288
      - servizi di laboratorio 287, 288, 289, 296
    - trasferimento dei campioni 289
  - epidemie
    - allerta precoce 291
    - misure di controllo 291, 292-3
    - preparazione 289-90
  - HIV/AIDS 293-4
  - indicazioni di casi isolati 292
  - malaria 84-7, 101, 147, 293
  - morbillo 138, 186, 255, 284-6
  - tassi di fatalità 293, 312
  - tubercolosi 287, 288
- malattie infettive; *v.* malattie contagiose
- malattie;
- v. anche* malattie contagiose
- a trasmissione vettoriale 86-9
  - croniche 304
  - deficit di micronutrienti 123, 146
  - latrine , manutenzione 77-79, 93
  - tassi di incidenza 312
  - trasmesse attraverso l'acqua 69, 85
  - trasmissione per via aerea 234
- malnutrizione;
- v. anche* micronutrienti
- alimentazione supplementare 155-60
  - ambulatori, personale 159-61
  - aumento ponderale medio 160
  - bambini
    - grave 195
    - moderata 195
  - cause 121, 122, 192-4
  - coloro che accudiscono/prestano assistenza 162, 174
  - definizioni 114
  - e sanità pubblica 192-3
  - grave
    - bambini 195
    - copertura 159
    - correzione 154, 159-2
    - criteri per la dimissione 159, 150-1
  - HIV/AIDS 161
  - indagini antropometriche 121, 122-17, 195

- insicurezza alimentare 114
- moderata
  - accesso alle strutture sanitarie 154, 147
  - bambini 195
  - copertura 154, 147
  - correzione 154-7
- monitoraggio 155
  - indicatori di uscita 156, 159
  - partecipazione della comunità 155, 158
- programmi preventivi 146-7
- protocolli 160-1
- valutazione 154, 156
  - adulti 197
  - bambini 196
  - < 5 anni 195
- meningite da meningococco 290-93
- mercati
  - accessibilità dei 225
  - collegati 139
  - influenze esterne 141
  - protezione dei 138, 139-40, 190-1
  - reazioni agli interventi 139, 141
  - scarti 91
- mestruazioni 80, 97, 242, 243
- mezzi e strategie di sussistenza alternative 127
  - capacità di resistenza 126
  - definizioni 114
  - supporto 222, 225, 247, 253
- micronutrienti
  - accesso a 147
  - deficit 121-23, 147
    - diagnosi 162-3
    - endemicità 148
    - prevenzione 162
  - minerali
    - deficit 199-200
    - fabbisogno 201
  - supplementi 162
  - vitamine
    - deficit 148, 199
    - fabbisogno 145-6, 201
- minimum initial service packages (MISP) 298-300
- monitoraggio;  
*v. anche* dati
  - aggiornamento 42
  - aiuti alimentari 130, 134
  - consulazione sul 41-3
  - distribuzione degli aiuti alimentari 177, 182
  - importanza del 29
  - produzione alimentare primaria 134-5
  - scambi di informazioni 43
  - selezione dei beneficiari 41-2
- morbilità, dati
  - bambini <5 37
  - documentazione 269, 281
  - modulo di rilevazione per la sorveglianza 300
- morbillo 147
  - vaccinazioni 192, 265, 284-6
    - richiami 286
    - supplementi di vitamina A 285
- mortalità, dati
  - bambini <5 37
  - documentazione 269, 281
  - grezza 269, 270, 311
  - moduli di rilevazione per la sorveglianza 308-9
- mosche 82-3, 85-6
- neonati
  - allattamento al seno 150
  - biberon 194, 244
  - non-respimgimento 19
- Norme minime
  - principi 6, 13-14
  - priorità 14
  - risposte 37-9
  - tempi 7
- nutrizione;  
*v. anche* malnutrizione
  - anziani 151
  - bambini 150, 151
  - coloro che accudiscono/prestano assistenza 153
  - dati 192
  - donne
    - in allattamento 150
    - in gravidanza 151
  - e struttura demografica 202-3
  - fabbisogno giornaliero 147-8, 167-8, 201-0
  - interventi preesistenti 194
  - malati di HIV/AIDS 152
  - neonati 150
  - ragazze 152
  - valutazioni 122
- occupazione
  - produzione alimentare 135-37
  - remunerazione 136-37,
  - operatori sanitari della comunità 291, 296
  - operatori umanitari:
    - descrizioni dei compiti 45

- gestione degli 45
- qualifiche 44-6
- ospedali da campo 273
- ospedali;
- v. anche* centri sanitari, ambulatori
- approvvigionamento idrico 73, 99
- da campo 273
- livelli di organico 277
- medici 276, 281, 313
  
- partecipazione
  - all'informazione 32
  - della comunità 29
  - rappresentatività 32
- patologie croniche 304
- pellagra 148
- periodo di ripresa, pianificazione 37
- pidocchi del corpo 82-85
- plastica, per alimenti 244
- popolazioni sfollate interne
  - assistenza sanitaria 265
  - e comunità ospitanti 37, 221-3, 248-51
  - ritorno delle 221-2
- popolazioni, persone colpite dal disastro
  - conflitti interni 45
- pozzi di scarico, falde acquifere 72, 79
- pratiche, abitudini culturali
  - abitazione 217, 229, 230, 231,
  - normalità 301,
  - raccolta di dati 43
- primo soccorso 297
- processi decisionali 32
- progettazione a grappolo, rifugi 226, 227
- Programma esteso di vaccinazione
  - (Expanded Programme on
  - Immunisation, EPI) 284, 307
- programmi di alimentazione supplementare
  - malnutrizione 155-59
  - razioni asciutte 165
- programmi di assistenza
  - benefici a lungo termine 33
  - coinvolgimento della comunità 32
- proprietà dei terreni, occupazione dei rifugi 222, 224
- protezione, principi di 12, 38
  
- raccolta di dati personali 41
- rapporti epidemiologici 280
- rappresentatività, equilibrio 32
- remunerazione 138, 136-40
  - cash-for-work 136, 190
  - food-for-recovery 190
  - food-for-work 136, 190, 236
- rifiuti domestici, smaltimento 89, 90
  
- rifiuti medici, smaltimento 90, 91
- rifugi
  - accampamenti
    - chiusura 239
    - evacuazione di emergenza 226
    - malattie a trasmissione vettoriale 222, 228
    - valutazioni iniziali 248-9
  - adeguatezza culturale 217, 230-233, 251
  - attività familiari 229-31, 249
  - chiusura 237, 239
  - collettivi 238
  - coordinamento 219-20
  - costruzione 235-7
  - flessibilità d'uso 231
  - impatto ambientale 237-9
  - malattie a trasmissione vettoriale 83, 234
  - materiali
    - alternativi 233-34
    - caratteristiche termiche 233-34
    - locali 233, 247, 249-50
    - materiali per tettoie 230
  - progettazione a grappolo 226
  - proprietà dei terreni 222, 224
  - riparazioni 232
  - riservatezza 231
  - spazio personale 226, 227, 2331
  - valutazioni dei rischi 222-14
  - valutazioni iniziali 248-41
  - ventilazione 234, 245
- rischi naturali 222, 224, 225
- risorse, distribuzione 46
- risposte
  - aiuti alimentari 127, 129
  - norme minime, attuazione 42-4
  - scambi di informazioni 43-44, 46
  - selezione dei beneficiari 40-42
  - sicurezza alimentare 185-8
  - valutazione della reazione 38-9
- roditori 83, 85, 90
  
- sale iodato 145
- salute e sicurezza
  - ambienti di lavoro 137, 139
  - preparazione degli alimenti 169, 173
- salute mentale 295, 301
- salute riproduttiva 295, 298-300
- salute sociale 301-2
- sapone 74, 252
  - alternative 75, 81
- scambi di informazioni
  - monitoraggio 43
  - risposte 38-40

- valutazioni iniziali 35, 38-40
- SCM (supply chain management); *v.*
- gestione della catena logistica degli approvvigionamenti
- scorbuto 148
- scorte di combustibile
  - impatto ambientale 130, 249, 251, 253
  - sicurezza della raccolta 245-6
- scuole 222, 226-27
- selezione dei beneficiari
  - aiuti alimentari 171-2, 174
  - criteri 40-41, 45
  - meccanismi 41-2
  - monitoraggio 43
  - non discriminazione 29
  - sistemi di distribuzione 41
- sementi
  - distribuzione 133-4
  - geneticamente modificate (OGM) 134
- sensibilizzazione all'igiene 63
- approvvigionamento idrico 63, 66, 67
- coinvolgimento della comunità 60, 65
- comunicazione 65
- equità dell'accesso 70
- gruppi vulnerabili 65
- operatori 64
- risorse 64-5
- servizi di assistenza sanitaria
  - accesso 222, 229, 263-70
  - bambini 265
  - comunità ospitanti 265
  - coordinamento 265, 269, 273-4
  - cure primarie 274-5
  - diritti dei pazienti 278-9
  - diritti umani 263
  - donne 265
  - e dotazione nazionale/locale 271-3
- farmaci
  - donati 273, 277
  - gestione 276-77
  - liste 276-77
  - scorte di riserva 277, 289,
- impatto del disastro 264, 267
- individuazione di priorità 264, 269-70
- minimum initial service packages 294, 298-99
- operatori della comunità 279
- partecipazione della comunità 265
- personale
  - competenza 279, 280
  - equilibrio di genere 273, 276
- protocolli per il trattamento dei casi 276, 278
- rapporti epidemiologici 280, 282
- tassi di utilizzazione 276-81
- valutazioni iniziali 264-5, 305-7
- servizi di laboratorio 289, 290
- servizi igienico-sanitari
  - accesso 226-17
  - comitati 66
  - programmi
  - donne 60
  - finalità e obiettivi 60, 64
- sicurezza alimentare
  - coordinamento tra organizzazioni 177
  - distribuzione 179
  - futuro 119
  - gruppi 120, 121, 123, 127
  - impatto ambientale 130
  - liste di controllo 172, 174, 180
  - norme 125-26
    - generali 126-30
  - occupazione 135-37
  - produzione primaria
    - praticabilità 132, 189
    - risposte 189-90
  - relazioni 121-4, 177
  - situazioni di conflitto 113, 125, 132, 160, 165, 166
  - strategie di risposta della popolazione 128
  - strategie di uscita 129, 133
  - valutazioni 117-20, 182-3
    - gruppi 120
    - liste di controllo 184-6
    - rapporti 118, 119-20, 189
- sistemi di clan 42
- sistemi di distribuzione
  - efficacia 42
  - monitoraggio 43, 44
- sistemi informativi sanitari (HIS)
  - allerta precoce 291-2
  - dati 280, 287
- siti
  - drenaggio 92, 98
  - selezione 93
- situazioni di conflitto
  - distribuzioni degli aiuti 36
  - lesioni 296
  - non combattenti 19
  - sicurezza alimentare 117, 129, 166, 172-8
- sorgenti d'acqua
  - contaminazione
    - chimica 73
    - da urina di mammiferi 85
    - dopo la raccolta 72-76
    - fecale 71, 72
    - radiologica 71, 73

- falde freatiche 68, 79
  - pozzi di scarico delle latrine 79, 87, 94
  - manutenzione 65
- sostanze chimiche
  - controllo delle malattie a trasmissione vettoriale 82
  - norme 85
- sostegno psicosociale 161, 231, 295
  - malnutrizione 161
- spazio personale 226, 227
  - clima 230
- stime numeriche della popolazione, valutazioni 34
- strategie di uscita, sicurezza alimentare 126, 129
- stufe per riscaldamento 244-5
- tassi di fatalità (CFR) 291, 293, 312
- tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni (U5MR) 37, 281
  - calcoli 311
  - mantenimento 269, 270
  - tasso di riferimento 270-1
- tassi grezzi di mortalità (crude mortality rates, CMR)
  - calcoli 311
  - documentazione 37, 269, 277
  - mantenimento 259, 260
  - valori di riferimento 271
- terremoto, feriti 270, 295
- trasporti;
  - v. anche* catene logistiche degli approvvigionamenti
  - campioni medici 289, 296
  - infrastrutture 222, 225
  - insediamenti 226
- trattamento dei rifiuti
  - mercati 91
  - protezione del personale 91
  - rifiuti domestici 89
  - rifiuti medici 91
  - sepulture, ubicazione 226, 279
- trattamento integrato delle malattie dell'infanzia (Integrated management of childhood illnesses, IMCI) 287
- triage 297
- tubercolosi 287-88
- uffici amministrativi 227
- uguaglianza, diritti umani 12
- utensili per mangiare 243-4
- vaccinazioni, morbillo 192, 193, 265
- valutazione
  - criteri delle norme minime 39
  - uso della 39
- valutazioni iniziali
  - accessori per dormire 240
  - autorità 33
  - bisogni per la sopravvivenza 268
  - cucinare 252
  - drenaggio 102
  - fabbisogno d'acqua 95-96
  - fonti di informazioni 32, 33
  - formazione dei gruppi di lavoro 33
  - igiene della persona 252
  - individuazione di priorità 30-1
  - insediamenti temporanei 248-9
  - latrine 82
  - malattie a trasmissione vettoriale 97
  - numero di persone nella popolazione 32
  - rifugio 218-9, 248-9
  - scambi di informazioni 32, 35-6
  - servizi di assistenza sanitaria 264-5, 305
  - smaltimento degli escrementi 96-7
  - trattamento dei rifiuti 91
  - vestiario 251-2
- vestiario
  - dotazione iniziale 218, 240
  - dotazione minima 240
  - lavanderie 74-75, 93, 99, 217
  - resa termica 241
- violenza di genere 294, 295-96
- vitamine
  - A 187
  - deficit 142, 146-47, 148, 153-54, 162
  - fabbisogno giornaliero 198
  - fonti 148
  - vaccinazione morbillo 265
- xeroftalmo 146
- zanzare
  - controllo 83
  - malaria 87, 101, 147, 162, 283, 287-88, 292, 308
  - zanzariere 246, 253, 293
- zone per quarantena 227

# The Sphere Project Training

This new pack features excellent training materials, developed and field-tested by Sphere Trainers. The pack contains:

## 1 TRAINING MATERIALS

400pp, A4, 8 1/4 x 11 1/2, Canadian wire-bound

Four training modules covering:

- Introduction to Sphere
- The Humanitarian Charter
- The Project Cycle
- Sphere in Disaster Preparedness

Modules feature:

- training sessions
- background notes
- exercise ideas
- visual aids



## 2 TRAINERS' GUIDE

92pp, A4, 8 1/4 x 11 1/2, paperback

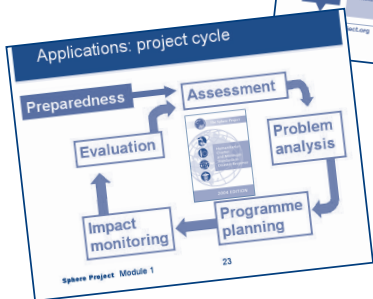
Includes:  
An overview of the material with print-outs of PowerPoint presentations

Workshop planning tools with:

- checklists
- agendas
- forms
- templates

Information on:

- training methodologies
- participant selection
- training tips
- maximising learning





# Package

## 3 CD-ROM

### Features:

- Trainers' Guide and Training Materials:
  - i) as an RTF file - to be customised to suit individual needs
  - ii) in PDF - easily downloaded for clear printing
  - iii) in HTML - for easy navigation and search of content by topic (eg project cycle, advocacy, etc).
- 9-minute Sphere video (1999)
- full text of *The Sphere Handbook* 2004 edition



The fully photocopiable training materials include references to both 2000 and 2004 editions of the Handbook throughout, so that they can be used with either version.

### THE SPHERE PROJECT TRAINING PACKAGE

A4, 8<sup>1</sup>/<sub>4</sub> x 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 400pp, Canadian wiro-bound;  
A4, 8<sup>1</sup>/<sub>4</sub> x 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 92pp, paperback;  
CD-ROM  
o 85598 509 7 • November 2003 • £30.00 / US\$48.00  
Sold as a set. Items are not available separately.

*‘The SPHERE training modules provide essential building blocks for humanitarian training, ... A solid source for emergency, development and advocacy work across the humanitarian spectrum.*

*An excellent resource, essential for anybody carrying out humanitarian training. The diversity of training techniques allows for engaging learning.*’

Mark Prasopa-Plaizier  
Humanitarian Training Manager  
RedR Australia

*‘The training materials were very useful when I was organising a National Workshop in Kenya. We decided on the objectives of the workshop and adapted the training materials to fit in with what we wanted to achieve - it was good to know that a lot of the research had already been done. We also adapted the modules to our own context, inserting case studies that were appropriate to Kenya - to me, this sums up the essence of Sphere - that it is a tool to be used and adapted to the context in which you are working.’*

Lindy Montgomery,  
Humanitarian Programme  
Coordinator, Kenya Programme,  
Oxfam GB

# The Sphere Project Film: An Introduction to Humanitarian Challenges

This specially filmed full-colour footage from Sierra Leone and other locations introduces the Sphere principles and practices in a real field situation. It forms an ideal orientation package for humanitarian and development aid workers.

Through testimonies from experienced practitioners and real-life examples of the use of the Sphere Handbook, the film explores broader themes such as:

- What is the history of humanitarian action?
- What is the humanitarian identity?
- What role do legal instruments play in disaster response?
- How does one move from principles to action?
- What does participation really mean in a disaster response?
- Where is humanitarianism going?



The Sphere Project

An Introduction  
to Humanitarian  
Challenges



## Published by The Sphere Project

o 85598 506 2 • November 2003  
English NTSC video version of 45 min film  
£9.95 + VAT (£11.70) / US\$16.50

o 85598 518 6 • November 2003 • French  
o 85598 520 8 • November 2003 • Spanish

o 85598 507 0 • November 2003  
English PAL video version of 45 min film  
£9.95 + VAT (£11.70) / US\$16.50

o 85598 517 8 • November 2003 • French  
o 85598 519 4 • November 2003 • Spanish

o 85598 508 9 • November 2003  
NTSC DVD version of 45 min film in  
English, French and Spanish  
£9.95 + VAT (£11.70) / US\$16.50

o 85598 516 x • November 2003  
PAL DVD version of 45 min film in English,  
French and Spanish  
£9.95 + VAT (£11.70) / US\$16.50

NB Charges for video/DVD cover the cost of  
duplication and packaging. All DVDs are  
multi-zone.



## **Manuale Sfera - Modulo per l'invio di commenti**

*(Tutti i commenti ricevuti saranno conservati presso lo Sphere Office e, in caso di revisioni future, verranno esaminati dai gruppi settoriali)*

Nome:.....

Qualifica e organizzazione:.....

Indirizzo: .....

.....

.....

Telefono/email:.....

Data:.....

- 1) Quali sono i vostri commenti e osservazioni sulle varie parti dell'edizione 2004 del Manuale Sfera? (la Carta Umanitaria, la struttura dei capitoli settoriali, i moduli nelle appendici...)
  
- 2) Vi sono indicatori che hanno bisogno di essere modificati? Vi preghiamo di essere specifici e, se possibile, di fornire informazioni o riferimenti a sostegno della vostra osservazione.
  
- 3) Vi sono nuove informazioni/scoperte che dovrebbero essere considerate nelle note di orientamento?
  
- 4) Avete bisogno di maggiori informazioni su Sfera? In caso affermativo, vi preghiamo di specificare le informazioni richieste (assicuratevi di aver fornito i vostri recapiti).

Si prega di spedire il questionario a: The Sphere Project, PO Box 372,  
1211 Ginevra 19, Svizzera Fax: +41.22.730.4905 Email: [info@sphereproject.org](mailto:info@sphereproject.org)

*I vostri contributi sono profondamente apprezzati*