

Progetto per il miglioramento dell'accesso ad acqua potabile e delle condizioni socio-sanitarie del distretto di Mkuranga, Tanzania



Premio Nazionale "Pianeta Acqua"
Azioni virtuose e buone pratiche per l'utilizzo razionale dell'acqua

Indice

1. Contesto	3
2. Definizione del problema	5
3. Partner.....	7
4. Quadro logico	17
5. Strategia dell'intervento.....	19
6. Localizzazione.....	23
7. Beneficiari	23
8. Durata.....	24
9. Condizioni favorevoli.....	24
10. Sostenibilità	24
11. Fattori di rischio	26
12. Monitoraggio.....	26
13. Indicatori oggettivamente verificabili.....	26
14. Valutazione	27
15. Fonti di verifica.....	27
16. Interlocutori istituzionali e non istituzionali.....	27
17. Referenti specifici	28

1. Contesto

Il progetto qui presentato è un'iniziativa che può essere considerata come parte integrante di un più ampio programma di interventi idrici e sanitari implementato da AMREF in Africa Orientale con il finanziamento dell'Unione Europea. Tale progetto - AMREF Regional Water and Sanitation Umbrella Programme WASUP – coinvolge 3 paesi africani (Tanzania, Uganda e Kenya) ed ha ottenuto nel 2006 un co-finanziamento di 5 anni dal programma dell'Unione Europea per gli interventi idrici (ACP-EU Water Facility – Action in ACP Countries). L'organizzazione capofila dell'intervento è AMREF Italia ed i suoi partner locali sono AMREF Tanzania, AMREF Uganda ed AMREF Kenya. Il programma comunitario ACP EU Water Facility è stato istituito dalla Commissione Europea per promuovere la distribuzione sostenibile dell'acqua e la creazione di infrastrutture sanitarie nei paesi ACP¹. L'obiettivo generale del programma, nel quadro del Fondo Europeo per l'Acqua, è di contribuire alla riduzione della povertà e allo sviluppo sostenibile attraverso il raggiungimento degli MDGs (Obiettivi di sviluppo del Millennio) e gli obiettivi del WSSD (The World Summit on Sustainable Development) relativi alle infrastrutture per l'acqua potabile e per le strutture igienico-sanitarie.

La Tanzania, il più esteso paese dell'Africa Orientale, con un'area di circa 945,000 Km², confina con il Kenya e l'Uganda a Nord, con il Rwanda, il Burundi e la Repubblica Democratica del Congo a Ovest, a Sud con Zambia, Malawi e Mozambico, mentre a Est è bagnata dall'Oceano Indiano. La capitale è Dodoma ed il principale centro commerciale è Dar es Saalam. Dal punto di vista amministrativo la Tanzania è divisa in 21 regioni e 133 distretti; i distretti sono divisi in divisioni ed ogni divisione è formata da 3-4 circoscrizioni. Il distretto è l'unità operativa ed amministrativa più importante per quanto riguarda la fornitura di servizi pubblici.

Il 26 Aprile 1964 la Tanganika e Zanzibar si sono fusi ed hanno dato vita alla Repubblica Unita di Tanzania. Fin da allora il paese ha vissuto in un clima politico di pace e stabilità, in cui il sistema politico è stato quello di una democrazia mono-partitica fino al 1995, anno in cui si sono tenute le prime elezioni multi-partitiche. L'attuale Presidente della Repubblica (che è anche il Capo di Governo) è Jakaya Mrisho Kikwete.

Nonostante il paese sia caratterizzato da una grande eterogeneità etnica (120 tribù), ha sempre saputo gestire le diversità grazie ad una lunga tradizione di tolleranza etnica e religiosa. Ad esempio, la Costituzione federale riconosce ampia autonomia all'isola di Zanzibar, che è dotata di un proprio Presidente, Parlamento, Costituzione, sistema giudiziario e bandiera. La Tanzania ha una popolazione di 38,4 milioni di abitanti ed un tasso di crescita della popolazione del 2,7%². La maggior parte della popolazione (il 77%) vive in aree rurali.

La Tanzania si trova nelle posizioni più basse della classifica elaborata da UNDP in base all'Indice di Sviluppo Umano: 162 posto su 177 paesi³. Il tasso di alfabetizzazione è del 69,4%⁴, l'aspettativa di vita è di solo 46 anni, mentre il tasso di mortalità infantile è di 68 morti ogni 1,000 bambini. Nonostante il tasso di mortalità infantile sia migliorato moltissimo negli ultimi decenni (passando da 137 morti ogni 1000 bambini nel 1978 a 68 nel 2004), in generale il livello di mortalità e morbilità rimane ancora molto alto, in particolare tra i giovani e le donne. Il 90% dei bambini muore ancora per comuni malattie facilmente prevenibili come la diarrea, la malaria, la pneumonìa, la malnutrizione, e l'HIV/AIDS e più di un terzo di tutti i bambini della Tanzania soffre di malnutrizione. La mortalità materna è aumentata negli ultimi anni, passando da 529 madri che muoiono ogni 10,000 parti nel 1996 a 578/10,000 nel 2002. Inoltre, si stima che circa 2 milioni di bambini nei prossimi anni rimarranno orfani a causa dell'AIDS, che al momento ha un tasso di prevalenza del 7%⁵. I costi diretti ed indiretti dell'AIDS sono altissimi ed hanno un impatto diretto sull'economia. Le risorse spese per la cura

¹ African, Caribbean and Pacific Group of States.

² The World Bank, World Development Report 2003, *'Sustainable Development in a Dynamic World'*.

³ UNDP, Human Development Report 2004 *'Cultural Liberty in Today's Diverse World'*.

⁴ The World Bank, World Development Report 2003, *'Sustainable Development in a Dynamic World'*.

⁵ Draft One; Health Sector HIV/AIDS Strategic Plan (HSHSP) 2008 to 2012.

8. TDHS 2004/5

dei malati di HIV/AIDS in molti casi porta ad esaurire le già scarse risorse economiche della popolazione.

Il sistema sanitario della Tanzania è caratterizzato da una scarsità persistente di risorse umane e di infrastrutture sanitarie. Inoltre, continua ad esserci una netta sproporzione nell'allocazione delle risorse sanitarie tra centri urbani e rurali, infatti solo il 30% del personale sanitario lavora nelle zone rurali, nelle quali, vista la mancanza quasi totale di personale medico, le condizioni sanitarie sono nettamente inferiori che nei centri urbani.

Nel 2001, il 36% della popolazione viveva al di sotto della soglia di povertà⁶ ed attualmente il Prodotto Interno Lordo pro capite è di US\$270 (USD 2001). La struttura economica della Tanzania si basa in grandissima parte sull'agricoltura: essa occupa l'80% della popolazione, genera la metà del PIL e produce l'85% dei beni esportati. Il settore agricolo adotta ancora tecniche produttive arretrate, tuttavia il modesto livello di risparmio nazionale e l'insufficiente flusso di investimenti esteri rendono difficile l'avvio di un consistente processo di industrializzazione⁷. Nonostante negli ultimi anni (a partire dal 2000) l'economia stia crescendo con un tasso del 5,8% la Tanzania rimane uno dei paesi più poveri del mondo⁸ con tassi di disoccupazione molto alti, specialmente tra i giovani (nel 2000/2001 il tasso di disoccupazione era del 12,9%⁹). Solo a Dar es Salaam, il principale centro commerciale del paese, il tasso di disoccupazione nel 2001 era del 46,5%.

Il Distretto di Mkuranga è uno dei distretti della Regione di Pwani, che si trova sulla costa della Tanzania. Questo distretto è stato ufficialmente creato nel 1995, in seguito al riconoscimento del suo sottosviluppo in confronto agli altri distretti del paese ed in particolare della costa, soprattutto per quanto riguarda l'accesso all'acqua e la copertura di servizi igienico-sanitari. Il distretto di Mkuranga ha un'ampiezza di 2,432 Kilometri quadrati ed ha una popolazione di circa 202,429 abitanti che vivono in 101 villaggi raggruppati in 15 divisioni.¹⁰

Gli indicatori socio-sanitari del distretto indicano chiaramente la sua povertà ed una preoccupante mancanza di accesso ai servizi di base: il tasso di mortalità infantile (IMR) è di 120 morti ogni 1.000 bambini, molto al di sopra della media nazionale di 68/1000. Il tasso di mortalità dei bambini al di sotto cinque anni è di 202 morti ogni 1,000 bambini, mentre la media nazionale è di 126/1,000; inoltre l'aspettativa media di vita nel distretto è di 44 anni, mentre la media nazionale è di 46 anni¹¹.

Il tasso di scolarizzazione è del 42% molto al di sotto della percentuale nazionale dell'81%. Il tasso di malnutrizione è del 6% (quello nazionale è del 2-3%) e le principali cause di morbilità e mortalità del distretto sono: la malaria, le infezioni delle vie respiratorie, la diarrea e l'anemia.

La mancanza di strutture igienico-sanitarie porta ad uno smaltimento dei rifiuti e degli escrementi non regolato, cosa che nella maggior parte dei casi porta alla contaminazione delle falde acquifere ed alla trasmissione di malattie, specialmente tra i bambini al di sotto dei 5 anni.

Nel distretto di Mkuranga il reddito medio è di USD 14, cosa che indica un elevato tasso di povertà. Le famiglie dipendono prevalentemente dall'agricoltura di sussistenza per poter soddisfare i propri bisogni di base. Le principali coltivazioni sono il cocco, la frutta e gli anacardi. Tuttavia negli ultimi anni, il crollo del prezzo degli anacardi ha portato all'impoverimento delle comunità locali.

La mancanza di acqua pulita non fa che peggiorare questa situazione già disastrosa. Infatti le donne ed i bambini sono costretti a percorrere dai 2 ai 4 Km ogni giorno per approvvigionarsi d'acqua. Questo limita le possibilità dei bambini di andare a scuole e il tempo delle donne di lavorare. Inoltre, le malattie legate all'acqua sono una delle principali cause di assenteismo scolastico.

⁶ Household Budget Survey report, NBS, 2002

⁷ DIPCO, Bollettino settimanale del Ministero degli Affari Esteri, Anno XXIV, numero 35

⁸ BBC, Country Profile.

⁹ National Population Policy Report, 2006

¹⁰ Nel 2002 la popolazione del distretto di Mkuranga era di 187,428 circa con un tasso di crescita della popolazione del 2.6% (Tanzania 2002 Census).

¹¹ UNFPA, Lo stato della popolazione nel mondo, 2007

2. Definizione del problema

L'accesso all'acqua pulita non è solo un bisogno primario ma anche un diritto umano, infatti, come sottolineato da UNDP "l'acqua pulita e i servizi igienico-sanitari sono tra i più potenti catalizzatori dello sviluppo umano, estendono le opportunità, rafforzano la dignità e contribuiscono a creare un circolo virtuoso di miglioramento della salute e aumento della ricchezza" (*Rapporto sullo Sviluppo Umano 2006, L'acqua tra potere e povertà*). Appare quindi evidente che il problema della mancanza d'acqua e di servizi igienico-sanitari ha un impatto multi-dimensionale sulla vita delle persone. Di conseguenza il problema dell'acqua è un problema che ha molteplici effetti, tra questi i principali sono:

1. Mancanza di accesso all'acqua pulita: Secondo quanto riportato dall'UNDP (2006) nel mondo esiste una quantità d'acqua più che sufficiente per gli usi domestici, l'agricoltura e l'industria, quindi il problema non è la scarsità d'acqua in se stessa, ma la mancanza di accesso all'acqua a causa della povertà o della mancanza di politiche pubbliche adatte. "In breve, la scarsità è il prodotto di processi politici e istituzioni che penalizzano i poveri"¹².

Un terzo del territorio della Tanzania riceve meno di 800 mm di piogge l'anno e di conseguenza è considerato territorio arido o semi-arido (ASAL¹³). La stagione secca va da Giugno ad Ottobre e durante questi mesi il livello dei fiumi diminuisce drasticamente e molte delle riserve idriche si seccano. La Tanzania è ricca di fonti idriche di superficie come grandi fiumi (Pangani, Wami, Mkondoa, Ruvu, Rufiji, Ruaha, Kilombero, Mbarangandu, Matandu, Mbwemkulu, Lukuledi e Ruvuma) e laghi (il lago Rukwa, il lago Eyasi e il lago Manyara); tuttavia nonostante il grande potenziale di risorse idriche, una grande porzione della popolazione è costretta a rifornirsi d'acqua da fonti non protette. Secondo i dati dell'UNDP del 2004 in Tanzania solo il 47% della popolazione ha accesso ad infrastrutture igienico-sanitarie ed il 62% ad acqua pulita. Le risorse idriche vengono usate principalmente per uso domestico. Tuttavia, a causa dell'aumento delle attività economico-sociali, la fornitura d'acqua pulita è diventata un peso che il governo non riesce più a sopportare. Il contributo del settore idrico al Prodotto Interno Lordo è rimasto dello 0,2%, una percentuale insignificante considerando l'importanza di questo settore per lo sviluppo dell'economia del paese. Per questo motivo il governo sta cercando di incoraggiare gli investimenti del settore privato in questo campo. Ci sono grandi variazioni riguardo all'accesso all'acqua tra le diverse zone del paese. Queste variazioni sono dovute alle differenze topografiche ed al clima.

Nel distretto di Mkuranga la percentuale di persone che ha accesso ad acqua potabile è del 26% e quella che ha accesso a strutture igienico-sanitarie è del 40%¹⁴, mentre nelle altre zone rurali del paese queste percentuali sono rispettivamente del 53,5% e del 90%¹⁵. AMREF, a Marzo 2007, ha realizzato un'indagine di base nel distretto, dalla quale risulta che il 60,1% delle famiglie intervistate ha dichiarato di non avere accesso ad acqua sufficiente per soddisfare i propri bisogni giornalieri, infatti solo il 47,3% della popolazione locale riesce a disporre di 20 litri al giorno pro-capite per bere, cucinare, lavarsi e portare avanti le varie attività domestiche. Inoltre, circa il 54,1% delle famiglie perde mezz'ora al giorno per rifornirsi d'acqua, mentre il 3,4% delle famiglie perde più di 5 ore al giorno per arrivare alla fonte idrica più vicina ed aspettare il proprio turno; si creano infatti lunghe code presso i pochi pozzi del distretto. Rispetto alla qualità dell'acqua, durante l'indagine del 2007, è emerso che circa il 43,1% degli intervistati ha affermato che un modo per verificare la qualità dell'acqua sia il gusto, per il 29,9% è l'odore mentre per il restante 23% il colore: nessuno era consapevole della necessità di analisi chimiche e batteriologiche per stabilire la qualità e la potabilità dell'acqua.

Il 93% delle abitanti delle 11 divisioni del Distretto di Mukuranga collezionano l'acqua da fonti di superficie non protette (fiumi stagionali, pozze, fonti e acquitrini) dove si abbeverano anche animali, come babbuini, scimmie ed altri animali selvatici. Mentre del restante 7% della popolazione, una piccola parte acquista acqua pulita da venditori stagionali ed altri hanno costruito pozzi privati. Questi dati dimostrano una situazione critica riguardo all'accesso ad acqua potabile ed alle infrastrutture idrico-sanitarie, che se lasciata irrisolta porterà ad un

¹² UNDP, L'Acqua tra potere e povertà, 2006

¹³ Arid and Semi-Arid Land

¹⁴ National Water Sector Development Strategy, 2004

¹⁵ Tanzania Poverty Reduction Strategy Paper

continuo deterioramento della salute e delle condizioni di vita degli abitanti del Distretto di Mukuranga. In particolare si prevede un deterioramento delle condizioni di salute dei bambini al di sotto dei 5 anni, una diminuzione dei tassi di iscrizione scolastica ed un peggioramento riguardo alla presenza di cibo nel distretto.

2. Diffusione di malattie legate all'acqua ed all'igiene. L'acqua e l'igiene sono tra le medicine preventive più efficaci a disposizione dei governi per ridurre le malattie infettive. Numerosi studi empirici hanno dimostrato che esiste un legame diretto tra acqua e salute e che la mancanza d'acqua pulita e buone pratiche igienico-sanitarie è legata alla diffusione di malattie. La ricerca svolta da UNDP per il Rapporto sullo Sviluppo Umano del 2006 indica che l'accesso ad acqua sicura può ridurre i tassi di mortalità infantile di oltre il 20%. In Tanzania, la mancanza di acqua pulita e servizi igienico-sanitari adeguati sono tra le principali cause della diffusione di malattie legate all'acqua, come il colera, il tifo e le malattie diarroiche, le quali rappresentano il 70% delle malattie trattate nei centri sanitari e negli ospedali. I dati riguardanti le malattie trasmissibili dall'acqua indicano chiaramente che la loro diffusione e prevalenza dipende dall'uso di fonti d'acqua contaminate, causata a sua volta dalla scarsità d'acqua per l'uso giornaliero. Queste malattie rappresentano almeno il 50% delle malattie che colpiscono la popolazione della Tanzania, della quale solo il 47% ha accesso ad acqua entro 400 metri. Nel distretto di Mukuranga il 50% delle malattie che ha colpito la popolazione dal 2003 al 2007 sono state malattie trasmissibili dall'acqua e dalla scarsa igiene come la malaria, la diarrea, vermi intestinali, infezioni agli occhi e schistosomiasi¹⁶.

3. Perpetuazione del ciclo inter-generazionale della povertà. La mancanza di accesso ad acqua pulita e servizi igienico-sanitari è anche uno dei principali fattori alla base della perpetuazione della povertà (UNDP, 2006). Le malattie di cui si soffre durante l'infanzia possono avere effetti che durano tutta la vita. Ripetuti attacchi di diarrea nei primi anni di vita portano al verificarsi di carenze vitaminiche e malnutrizione, la quale a sua volta compromette il corretto sviluppo fisico dei bambini. Inoltre, secondo l'UNDP (2006) i bambini che soffrono costantemente di malattie legate all'acqua portano con se questo svantaggio anche a scuola: la cattiva salute riduce infatti il potenziale cognitivo e provoca assenteismo scolastico, deficit di attenzione e abbandono precoce. Di conseguenza, la mancanza d'acqua e igiene si ripercuote sull'interno ciclo vitale sotto forma di rischi per la salute, redditi inferiori e maggiore vulnerabilità, creando in questo modo un circolo vizioso che perpetua la povertà. È stato stimato che l'Africa Sub-Sahariana per la mancanza di accesso ad acqua pulita perde intorno al 5% del PIL, circa 28,4 miliardi di dollari all'anno, una cifra superiore al flusso totale di aiuti alla regione nel 2003¹⁷. Inoltre, gran parte di queste perdite sono sostenute da famiglie che vivono al di sotto della soglia minima di povertà.

4. Inadeguata capacità di gestione delle risorse idriche disponibili. Le comunità locali devono avere le competenze tecniche e le capacità di gestire, supervisionare e mantenere correttamente le risorse idriche presenti. La mancanza di tali capacità è da ricondurre alla realizzazione di progetti basati su strategie inefficaci e poco partecipative e uno scarso coordinamento delle attività delle varie istituzioni presenti nella zona. Inoltre, le autorità distrettuali di Mukuranga, che dovrebbero farsi carico della supervisione e della gestione delle risorse idriche, non hanno le competenze per farlo e sono loro stesse bisognose di formazione.

Il presente progetto si inserisce perfettamente all'interno delle priorità del *Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP)* della Tanzania elaborato nel 2006, nel quale particolare attenzione è stata prestata all'accesso ad acqua pulita, identificato come uno dei principali mezzi per affrontare il problema della povertà e della salute. Il PRSP ha fissato come obiettivo l'aumento dal 53,5% al 65% dell'accesso ad acqua potabile nelle zone rurali e dal 73% al 90% nelle zone urbane entro il 2009. Inoltre, l'attenzione della Tanzania per il miglioramento dell'accesso all'acqua pulita ha portato all'elaborazione di un piano d'azione per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio (MDGs) riguardanti l'acqua e la salute. Tale piano d'azione, chiamato Strategia Nazionale per lo Sviluppo del Settore Idrico (NWSDS)¹⁸, è un piano decennale (dal 2005 al 2015) e consiste in un programma per il miglioramento delle condizioni idrico-sanitarie in Tanzania attraverso il rafforzamento delle competenze e delle capacità a livello distrettuale.

¹⁶ Questi dati sono stati raccolti durante l'analisi di base svolta da AMREF a Marzo 2007, durante la quale sono state esaminati tutti i registri medici delle 10 infrastrutture sanitarie del distretto di Mukuranga.

¹⁷ UNDP, L'Acqua tra potere e povertà, 2006, pagina 29

¹⁸ National Water Sector Development Strategy (NWSDS).

3. Partner

Origini della relazione di partenariato

AMREF (African Medical and Research Foundation) è nata con l'obiettivo di migliorare le condizioni sanitarie delle popolazioni svantaggiate in Africa attraverso il loro coinvolgimento attivo ed è stata registrata come ONG in Kenya nel 1957. Per facilitare il coordinamento delle attività in ogni singolo paese in cui è presente, AMREF ha dato vita a 7 sedi in altrettanti paesi in Africa Orientale: Tanzania, Etiopia, Kenya, Uganda, Somalia, Sudan e Sud Africa. Sono inoltre stati creati 12 uffici in Europa e Nord America (Italia, Austria, Danimarca, Francia, Germania, Monaco, Olanda, Spagna, Svezia, Gran Bretagna, Stati Uniti e Canada) per sostenere le attività di AMREF in Africa. Gli Uffici del Network Internazionale, pur essendo totalmente indipendenti, collaborano attivamente con le sedi locali in Africa, partecipando alla definizione delle strategie e dei programmi d'intervento, assicurando i finanziamenti necessari, partecipando alla realizzazione ed al monitoraggio dei progetti sul campo.

In 50 anni di attività AMREF è diventata la principale organizzazione sanitaria privata, senza fini di lucro, presente in Africa Orientale: impiega infatti oltre 700 persone, per il 97% africani, gestisce 140 progetti sanitario in 22 paesi. L'identità africana è essenziale per trovare soluzioni adeguate e sostenibili.

AMREF Italia è nata nel 1988 per sostenere i progetti di AMREF in Africa e dunque i Country Offices di AMREF ovvero le sedi presenti in Africa Orientale, che rappresentano dunque il partner naturale di ogni progetto sostenuto da AMREF Italia. AMREF Italia è uno dei principali National Offices di AMREF ed è sostenitore e collaboratore di AMREF Tanzania dal 2000.

AMREF Tanzania, registrata come ONG nel paese, è la controparte locale del presente progetto. Amref Tanzania sarà co-responsabile del coinvolgimento della comunità, della formazione, e della realizzazione di tutte le attività riguardanti l'acqua, l'igiene, i servizi igienici, la prevenzione della malaria e di tutte le malattie collegate alla scarsità d'acqua. Si occuperà inoltre dell'organizzazione logistica e della supervisione delle attività in loco, grazie al forte radicamento sul territorio e attraverso le sue strutture già presenti nelle zone interessate dal progetto. Grazie alla sua presenza sul territorio e i rapporti di lunga data con le comunità e le autorità locali, è in grado di sostenere il costante rafforzamento delle stesse nel processo di acquisizione delle tecniche e delle competenze sviluppate nell'ambito del Progetto.

Il compito di AMREF Italia sarà quello di garantire la corretta implementazione e rendicontazione del progetto ed insieme ad AMREF Tanzania garantirà il coordinamento interno delle azioni e quello con altri interventi eventualmente avviati dalle autorità locali o da altri enti.

Strategicamente, AMREF ha sempre implementato le sue attività in stretta collaborazione con i governi nell'Africa orientale. Ogni progetto implementato da AMREF Tanzania viene preventivamente discusso e ideata con i soggetti istituzionali di riferimento. AMREF dunque lavora e collabora con i governi, ma assicura la sua indipendenza. Questa strategia operativa e la lunga presenza sul territorio ha aumentato la capacità catalizzatrice di AMREF nei paesi in cui opera e come risultato, l'organizzazione è spesso in grado di riunire i diversi attori della cooperazione internazionali: governi, ONG e organismi internazionali.

AMREF Tanzania

1019 Ali Hassan Mwinyi Road, Upanga
PO Box 2773, Dar es Salam, Tanzania

Tel. +255 22 2116 610

Fax: +255 22 2115 823

Sito internet: www.amref.org e www.amref.org/tanzania

Natura: Organizzazione Non Governativa

Finalità: La mission di AMREF Tanzania è "Contribuire al miglioramento della salute in Africa attraverso il coinvolgimento attivo e il rafforzamento delle comunità, del personale locale e dei sistemi sanitari".

Numero di dipendenti: 276 dipendenti

Struttura nel mondo: La Sede Centrale (HQ) e il Training Centre di AMREF si trovano a Nairobi in Kenya, a questa si aggiungono altre 7 Sedi, ciascuna responsabile delle attività nel paese in cui si trova, in Kenya, Uganda, Tanzania, Etiopia, Sudafrica, Somalia e Sudan. Nel resto del mondo, AMREF può contare sul network internazionale composto da 12 sedi in tutta Europa, Stati Uniti e Canada.

Storia: AMREF è la principale organizzazione sanitaria africana senza fini di lucro. Dalla sua fondazione, nel 1957 a Nairobi, AMREF promuove e gestisce ogni anno progetti di sviluppo sanitario in 14 paesi dell'Africa orientale. Il 97% del personale impiegato è africano, e quasi tutti i progetti fanno capo ad esperti locali, medici, ingegneri idrici, assistenti sociali provenienti dalle stesse comunità disagiate che si impegnano a sostenere. L'obiettivo di AMREF è aiutare lo sviluppo sanitario e sociale attraverso la partecipazione attiva delle comunità e degli enti locali. Quasi tutti i progetti di AMREF vengono sviluppati in consultazione con gli enti governativi dei rispettivi Paesi, e la realizzazione viene monitorata da rappresentanti a livello centrale o locale dei Ministeri della Sanità.

La **filosofia** di AMREF si basa su alcuni principi chiave:

- Aiutare l'Africa a non avere più bisogno di aiuto, non cioè generico assistenzialismo, ma promozione di interventi mirati e replicabili che favoriscano lo sviluppo sostenibile delle comunità locali e generino benefici permanenti;
- Formare personale locale: la formazione è una delle voci principali dell'attività di AMREF e parte integrante di ogni progetto;
- Lavorare sempre con le comunità: le comunità locali sono protagoniste di tutti i progetti di AMREF, a partire dalla loro individuazione e definizione. Grazie ai corsi di formazione e alla promozione di comitati tecnici, le comunità beneficiarie sono messe in condizione di partecipare attivamente alla realizzazione dei progetti, e di garantirne la continuità;
- Prevenire: in Africa una percentuale altissima di malattie mortali è prevenibile. AMREF vaccina migliaia di bambini ogni anno e gestisce corsi di formazione sanitaria.

Le cinque aree chiave di intervento di AMREF riflettono principalmente le priorità sanitarie delle comunità e possono essere riassunti in: infanzia e adolescenza; salute sessuale e riproduttiva; servizi clinici e risposta alle emergenze; consulenza e formazione; ambiente e salute.

Riconoscimenti Internazionali: Nel 1999 AMREF ha vinto il Conrad Hilton Foundation Humanitarian Award, il prestigioso riconoscimento mondiale conferito annualmente ad un'organizzazione umanitaria non governativa, "Per essersi particolarmente distinta nell'alleviare le sofferenze umane e per rappresentare un modello ed un esempio di organizzazione capace di favorire uno sviluppo reale e sostenibile".

Nel 2005 AMREF vince il Bill e Melinda Gates Award per la salute globale. Questa la motivazione: "AMREF è più di una delle voci dell'Africa, è un atto di coraggio, di compassione, di intelligenza, di fermezza. AMREF ha imparato come migliorare veramente la salute in Africa chiedendo agli Africani cosa bisogna fare e come farlo nel modo migliore".

AMREF Italia

Via Boezio 17, 00193 Roma

Telefono: 06.99704650

Fax: 06.3202227

Sito internet: www.amref.it

La nostra Mission: "Favorire lo sviluppo sanitario e sociale delle popolazioni più svantaggiate del continente africano, coinvolgendole attivamente nella realizzazione dei progetti".

Cosa facciamo: Tutte le attività ed i progetti di AMREF rientrano in 6 aree di intervento identificate come prioritarie dalle comunità locali:

1. HIV/AIDS, Tubercolosi, Malattie Sessualmente Trasmissibili (STD)
2. Malaria
3. Accesso all'acqua e igiene (Water & Sanitation)
4. Salute della Famiglia (Family Health)

5. Sevizi Clinici e di Risposta alle Emergenze
6. Formazione di personale sanitario e produzione di materiale didattico-sanitario.

Fin dalla sua nascita, AMREF Italia è impegnata in attività di sensibilizzazione, informazione e educazione allo sviluppo, finalizzate a diffondere presso il vasto pubblico una più approfondita conoscenza del continente africano, con l'obiettivo di promuovere e sostenere in Italia la cultura della solidarietà e della cooperazione nei confronti delle popolazioni africane più bisognose. Tali attività nel campo della comunicazione cercano di dare voce all'Africa per combattere gli stereotipi di un'informazione riduttiva ed emergenziale, centrata sul culto della notizia, mostrando, nel contempo, l'energia creativa delle popolazioni africane, la varietà e la ricchezza delle culture locali, il valore del "fare comunità" come principio fondante della vita africana, l'impegno e la vitalità delle società africane nella ricerca di soluzioni sostenibili ai problemi locali. Punto di partenza di tutti i progetti di educazione allo sviluppo di AMREF è la constatazione che la disinformazione, la mancanza di conoscenza e di ascolto dell'Africa, costituiscono un grave ostacolo alla realizzazione e alla corretta attuazione degli stessi progetti di sviluppo. Le principali modalità di informazione allo sviluppo adottate da AMREF Italia negli anni sono state: la realizzazione e la diffusione di notizie attraverso il Magazine, la produzione e diffusione di documentari, film, mostre, materiale per la stampa, la promozione e l'organizzazione di incontri e conferenze sull'Africa, la partecipazione a networks nazionali e internazionali legati alla diffusione di informazioni su particolari tematiche di sviluppo, la realizzazione di progetti di educazione allo sviluppo nelle scuole.

Struttura in Italia: AMREF Italia ha una sede centrale a Roma dalla quale vengono gestite tutte le attività, una sede regionale a Milano e a Firenze. Sono già attivi e formalizzati i Gruppi di Volontari "Amici di AMREF" (ADA) di Roma, Milano, Torino, Genova, Napoli, Bologna, Firenze, Lucca e altri gruppi sono in fase di costituzione in molte regioni Italiane.

Oltre l'85% dei fondi raccolti provengono dal sostegno di privati cittadini, da eventi e manifestazioni e da collaborazioni con aziende selezionate. I sostenitori di AMREF Italia sono oltre 100.000 - Molti noti personaggi del mondo dell'arte, della cultura, dello spettacolo e dello sport, contribuiscono personalmente alla crescita di AMREF con la loro testimonianza e collaborazione.

Precedenti progettuali di AMREF Italia nell'area di intervento idrico-sanitaria

L'obiettivo di AMREF per i progetti di *water&sanitation* è quello di assicurare che le comunità abbiano la capacità non solo di sviluppare, far funzionare e mantenere in buone condizioni le proprie fonti d'acqua ma anche di migliorare le proprie pratiche igieniche e sanitarie in un'ottica di sostenibilità, per prevenire e controllare le malattie connesse all'acqua e alla mancanza di igiene e migliorare così la qualità della vita della gente. AMREF non si limita ad installare le pompe o a scavare pozzi: lavora sui meccanismi sociali che fanno sì che quei pozzi e quelle pompe rimangano funzionanti e che l'acqua venga utilizzata nel migliore dei modi in modo da assicurare il massimo dei benefici in termini di salute. Per far questo AMREF si serve dell'esperienza acquisita in 40 anni di attività, anni trascorsi a sviluppare soluzioni economicamente sostenibili alle sfide quotidiane della vita legate all'acqua pulita e alle cure sanitarie.

1. Progetto idrico, igienico e sanitario (WASUP) - Kitui

Durata:	Ottobre 2004 – Settembre 2009
Obiettivo Generale:	Contribuire ad aumentare in modo sostenibile l'accesso all'acqua pulita e l'adozione di corrette pratiche igienico-sanitarie nelle divisioni di Mutito e Mwitika nel Distretto di Kitui, Kenya.
Obiettivi Specifici:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementare l'accesso a fonti d'acqua potabile per le comunità locali 2. Promuovere pratiche igienico-sanitarie presso le istituzioni e le comunità locali 3. Sviluppare la capacità della comunità di assumersi la responsabilità del funzionamento e manutenzione delle fonti d'acqua e delle strutture igienico-sanitarie.

	4. Promuovere lo sviluppo di attività generatrici di reddito legate all'acqua
Luogo d'intervento:	Distretto di Kitui, Kenya
Beneficiari:	I beneficiari primari del progetto sono le donne ed i bambini, soggetti tradizionalmente incaricati dell'approvvigionamento d'acqua. In totale il progetto beneficherà 5,000 persone delle comunità locali delle divisioni di Mutito e Mwitika nel Distretto di Kitui.
Partner locali:	Ministero della Sanità, Dipartimenti dei servizi sanitari, educazione, acqua, sviluppo comunitario, Organizzazioni della Società Civile (CBOs).
Attività:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costruzione pozzi di superficie e pozzi di profondità con installazione di relative pompe a mano. Interventi di manutenzione preventiva sui pozzi. 2. Attività di formazione per i comitati responsabili delle fonti d'acqua (per renderli in grado di pianificare attività di acqua&igiene) all'interno della loro comunità., incontri di sensibilizzazione per le comunità beneficiarie. 3. Attività di formazione per addetti alla manutenzione preventiva delle fonti d'acqua e per meccanici addetti alle pompe a mano su riparazione, funzionamento e manutenzione dei pozzi di profondità e di superficie. 4. Attività di verifica e monitoraggio trimestrale per le fonti d'acqua
Lezioni apprese:	<ul style="list-style-type: none"> • È importante selezionare la modalità adeguata per far partecipare le comunità locali al <i>cost sharing</i> (divisione dei costi del progetto). È desiderabile che ogni comunità contribuisca con proprie risorse alla metà dei costi del progetto; questi contributi tuttavia possono essere sia monetari che assumere la forma di prestazioni di mano d'opera o fornitura di materiali per la costruzione. • Le pompe a mano Afridev sono facili da installare, usare, mantenere, i pezzi di ricambio sono presenti il loco, e forniscono acqua sufficiente per gli usi domestici. Tuttavia, il costo iniziale di queste pompe a mano è troppo alto, per questo motivo è consigliabile l'acquisto di gruppo invece dell'acquisto individuale. • Una delle sfide principali è assicurare la sostenibilità dell'intervento e a questo proposito è fondamentale promuovere la gestione delle infrastrutture idriche da parte della comunità locale. • L'educazione sanitaria è fondamentale per la promozione di giuste pratiche igienico-sanitarie nelle scuole. È stato notato che l'educazione sanitaria è di grande importanza per aumentare le conoscenze dei bambini riguardo alla salute ed all'igiene.
Innovazioni:	<p>AMREF ha diffuso il concetto di partecipazione attiva della comunità ai costi del progetto attraverso la fornitura di mano d'opera e di materiali locali. È stato notato che quando la comunità è numerosa è meglio costruire un pozzo gigante invece di un pozzo convenzionale. E' stato inoltre introdotto l'uso di lastre di metallo, che coprendo i pozzi, promuovono la pulizia dell'acqua ed evitano la contaminazione delle fonti d'acqua.</p>

2. Progetto idrico, igienico e sanitario (WASH) – Makueni

Durata:	Ottobre 2005 – Settembre 2008
Obiettivo Generale:	Aumentare l'accesso all'acqua potabile e le condizioni socio-sanitarie degli abitanti del Distretto di Makueni, Kenya.
Obiettivi Specifici:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementare l'accesso a fonti d'acqua potabile per le popolazioni del distretto di Makueni 2. Incrementare l'accesso ad infrastrutture igienico-sanitarie 3. Sviluppare la capacità della comunità di assumersi la responsabilità della costruzione, del funzionamento e della manutenzione delle fonti d'acqua 4. Sviluppare la capacità della comunità locale di controllare e prevenire la malaria, il tracoma, e l'HIV/AIDS.

Luogo d'intervento:	Il Distretto di Makueni
Beneficiari:	I beneficiari primari del progetto sono le donne ed i bambini, soggetti tradizionalmente incaricati dell'approvvigionamento d'acqua. In totale il progetto beneficherà 110,000 persone delle comunità locali in 5 divisioni nel Distretto di Makueni.
Partner locali:	Il Ministero della Sanità, dell'Educazione, dell'Acqua, della Cultura e dei Servizi Sociali, le comunità locali.
Attività:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ridurre la distanza all'acqua potabile ad un massimo di 2 Km. 2. Migliorare il reddito e la nutrizione degli abitanti del distretto. 3. Formare i comitati responsabili delle fonti d'acqua per permettergli di gestire le fonti d'acqua. 4. Migliorare le pratiche igienico-sanitarie delle comunità target. 5. Aumentare l'iscrizione a scuola ed i risultati scolastici dei bambini attraverso l'educazione alla salute ed all'igiene personale (PHASE).
Lezioni apprese:	<ul style="list-style-type: none"> • La povertà è il maggiore impedimento all'accesso all'acqua potabile • Le donne durante la stagione secca sono più disponibili a partecipare alle attività del progetto • L'uso di materiali locali nella costruzione di infrastrutture sanitarie è un importante elemento per promuovere la partecipazione delle comunità locali.
Innovazioni:	AMREF ha diffuso il concetto di usare le capacità e le competenze delle comunità locali durante l'implementazione del progetto. Inoltre, AMREF sta promuovendo l'utilizzo di materiali di scarto per permettere alle comunità locali di riparare le pompe a mano (U-seal).

3. Progetto idrico, igienico e sanitario (WASH) – Kajiado

Durata:	Giugno 1997 – Settembre 2008
Obiettivo Generale:	Aumentare l'accesso all'acqua potabile e le condizioni socio-sanitarie degli abitanti del Distretto del Kajiado, Kenya.
Obiettivi Specifici:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementare l'accesso a fonti d'acqua potabile per 4,000 famiglie in due divisioni del distretto del Kajiado 2. Incrementare l'accesso ad infrastrutture igienico-sanitarie 3. Sviluppare la capacità della comunità di assumersi la responsabilità della costruzione, del funzionamento e della manutenzione delle fonti d'acqua 4. Testare e diffondere tecnologie innovative da utilizzare per progetti idrico-sanitari
Luogo d'intervento:	Il Distretto di Makueni
Beneficiari:	I beneficiari primari del progetto sono le donne ed i bambini, soggetti tradizionalmente incaricati dell'approvvigionamento d'acqua. In totale il progetto beneficherà 200,000 pastori Masai del Distretto del Kajiado.
Partner locali:	Il Ministero della Sanità, il Ministero dell'Acqua e dell'Irrigazione, il Ministero dell'Agricoltura, il Ministero dell'Ambiente e delle Risorse Naturali, il Ministero dell'Educazione, i Dipartimenti della cultura e dei servizi sociali, l'Ufficio del Presidente, e le Organizzazioni della Società Civile (CBOs).

Attività:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare l'accesso alle infrastrutture idriche. 2. Migliorare la produzione di cibo attraverso l'uso dell'acqua per la coltivazione. 3. Iniziare attività generatrici di reddito 4. Migliorare le pratiche igienico-sanitarie delle comunità target. 5. Aumentare l'iscrizione a scuola ed i risultati scolastici dei bambini attraverso l'educazione alla salute ed all'igiene personale (PHASE).
Lezioni apprese:	<ul style="list-style-type: none"> • Le comunità Masai, se propriamente sensibilizzate e mobilitate, sono disposte ed hanno le capacità necessarie per contribuire alle attività del progetto. • Le comunità Masai hanno complessi taboo culturali che richiedono un approccio di sensibilizzazione e non di imposizione. • Le pratiche igienico-sanitarie possono essere grandemente influenzate dalla presenza d'acqua . • I bambini sono i migliori attori per il cambiamento in grado di influenzare gli altri coetanei e l'ambiente circostante. • Il nomadismo dei Masai può essere limitato fornendo loro fonti di approvvigionamento idrico. • Le pompe a mano Afridev sono facili da installare, gestire, mantenere ed è facile reperire i materiali di ricambio.
Innovazioni:	AMREF grazie alla collaborazione con le comunità Masai ha potuto migliorare le modalità indigene di costruzione dei pozzi.

4. Progetto idrico-ambientale di AMREF ed il Green Belt Movement – Kajiado

Durata:	Ottobre 2006 – Settembre 2011
Obiettivo Generale:	Migliorare le condizioni socio-sanitarie delle comunità che vivono nel distretto del Kajiado attraverso l'incremento sostenibile dell'accesso all'acqua
Obiettivi Specifici:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementare del 25% l'accesso sostenibile all'acqua potabile attraverso la creazione di infrastrutture idriche e il rafforzamento delle capacità locali nella gestione sostenibile delle risorse idriche; 2. Ridurre del 30% la diffusione di malattie legate ad inadeguate pratiche igienico-sanitarie e del 20% la diffusione della malaria; 3. Incrementare del 10% della copertura boschiva e riduzione del 10% dell'erosione del suolo attraverso programmi di rimboschimento, di conservazione del suolo e l'uso di incentivi per attività generatrici di reddito
Luogo d'intervento:	Il Distretto del Kajiado
Beneficiari:	I beneficiari primari del progetto sono le donne ed i bambini, soggetti tradizionalmente incaricati dell'approvvigionamento d'acqua. I beneficiari generali sono le comunità locali del distretto
Partner:	Green Belt Movement
Attività:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare l'accesso a fonti idriche 2. Migliorare il reddito e la nutrizione degli abitanti del distretto. 3. Attività di conservazione ambientale 4. Migliorare le pratiche igienico-sanitarie delle comunità target.
Lezioni apprese:	Il progetto è iniziato da poco, ad oggi è stata condotta l'indagine preliminare (baseline survey) nelle divisioni target del progetto, sono stati identificati i luoghi dove saranno costruite le infrastrutture idriche e sono iniziate le attività di formazione sanitaria. Le attività di conservazione ambientale inizieranno a

breve

5. Progetto idrico, igienico e sanitario – Gulu

Durata:	ottobre 2004 – settembre 2009
Obiettivo Generale:	Contribuire alla riduzione delle malattie collegate all'acqua all'interno dei campi di sfollati di Gulu e promuovere la gestione sostenibile e il senso di appartenenza delle fonti d'acqua potabile attraverso il miglioramento della qualità dei sistemi di gestione.
Obiettivi Specifici:	<ol style="list-style-type: none"> 5. Incrementare l'accesso a fonti d'acqua potabile per le comunità di sfollati che ne sono sprovviste 6. Sviluppare la capacità della comunità di assumersi la responsabilità del funzionamento e manutenzione delle fonti d'acqua 7. Rafforzare il sistema esistente di supporto al coordinamento e monitoraggio delle fonti d'acqua 8. Sviluppare e promuovere approcci innovativi per le fonti d'acqua sostenibili presso le comunità di sfollati 9. Testare e promuovere politiche appropriate e best practices per gli sfollati
Luogo d'intervento:	Distretto di Gulu e le sue 12 sub-contee.
Beneficiari:	Le donne e i bambini, che rischiano di essere uccisi o subire violenze sessuali e rapimenti nell'attività quotidiana di raccolta d'acqua al di fuori dei campi.
Partner locali:	Distretto di Gulu, dipartimenti dei servizi sanitari, educazione, acqua, sviluppo comunitario e pesca. Altre ONG che implementano attività simili nel distretto, quali Action Against Hunger, World Vision, Canadian Physicians for Aid and Relief, UNICEF, CARE Uganda, CARITAS, Médicines Sans Frontières Spagna, Catholic Relief Services e Christian Outreach.
Attività:	<ol style="list-style-type: none"> 5. Protezione sorgenti (ad alta produttività e bassa produttività). Riabilitazione pozzi di profondità. Costruzione pozzi di superficie e pozzi di profondità con installazione di relative pompe a mano. Interventi di manutenzione preventiva sui pozzi. 6. Attività di formazione per i comitati responsabili delle fonti d'acqua (per renderli in grado di pianificare attività di acqua&igiene) all'interno della loro comunità., incontri di sensibilizzazione per le comunità beneficiarie. 7. Attività di formazione per addetti alla manutenzione preventiva delle fonti d'acqua e per meccanici addetti alle pompe a mano su riparazione, funzionamento e manutenzione dei pozzi di profondità e di superficie. 8. Attività di verifica e monitoraggio trimestrale per le fonti d'acqua
Lezioni apprese:	<ul style="list-style-type: none"> • Nelle situazioni d'emergenza o di insicurezza legate alla salute la miglior soluzione è rendere le comunità capaci di agire tramite i propri comitati di gestione delle fonti d'acqua. • Il fatto che i meccanici si trovino all'interno dei campi di sfollati e siano dotati degli strumenti necessari fa sì che si possano riparare velocemente le rotture dei pozzi di profondità. • Durante le situazioni di emergenza il fatto che le autorità locali partecipino attivamente aumenta l'efficacia delle azioni di coordinazione e monitoraggio all'interno dei campi. • Riunioni regolari con i meccanici addetti alle pompe a mano permette loro di imparare condividendo le esperienze con gli altri. • E' importante che, laddove il personale distrettuale locale sia assente o

debole all'interno dei campi di sfollati, i volontari riescano ad assicurare comunque la fornitura continua dei servizi.

Innovazioni: AMREF ha diffuso il concetto di partecipazione attiva della comunità nel miglioramento delle fonti d'acqua e il concetto per cui le fonti d'acqua vengono monitorate insieme dai meccanici delle pompe a mano e dalle autorità distrettuali locali presenti nei campi di sfollati. AMREF sta inoltre sviluppando un modello per un approccio di risposta alla domanda per i problemi legati all'acqua e alla sanità tra le comunità di sfollati. Questo progetto sperimenta il concetto dell'utilizzo di gruppo di auto-aiuto per la gestione sostenibile delle fonti d'acqua durante le situazioni d'emergenza. E' stato inoltre introdotto un sistema di drenaggio dell'acqua in eccesso per evitare contaminazioni delle fonti d'acqua sul terreno ed evitare l'erosione delle protezioni principali durante la stagione secca.

6. Progetto idrico, igienico e sanitario - Kitgum e Pader

Durata:	ottobre 2005 – settembre 2009
Obiettivo Generale:	Contribuire alla riduzione della morbilità e mortalità delle malattie collegate dall'acqua nei Distretti di Kitgum e Pader.
Obiettivi Specifici:	<ol style="list-style-type: none"> 5. Incrementare l'accesso a fonti d'acqua potabile per le popolazioni di Kitgum e Pader 6. Sviluppare la capacità della comunità di assumersi la responsabilità del funzionamento e manutenzione delle fonti d'acqua 7. Sviluppare e promuovere approcci innovativi per la sostenibilità delle fonti d'acqua presso le comunità di sfollati 8. Documentare e disseminare esperienze e lezioni apprese.
Luogo d'intervento:	Il Distretto di Pader e il Distretto di Kitgum e le sue 13 sub-contee.
Beneficiari:	196.855 sfollati nel distretto di Kitgum e circa 280.000 in quello di Pader annui.
Partner locali:	Il Dipartimento dell'Acqua, il Dipartimento della Sanità e il Dipartimento per lo sviluppo comunitario dei Distretti di Kitgum e Pader. AMREF lavora inoltre con altre ONG che implementano attività simili nei distretti di Kitgum e Pader, quali OXFAM, UNICEF, ICRC, IRC, World Vision, CARITAS, AVSI, Médicines Sans Frontières Spagna, Catholic Relief Services, GOAL, CESVI, COOPI, MEDAIR e GAA.
Attività:	<ol style="list-style-type: none"> 6. Rafforzare la capacità del personale distrettuale di pianificare ed implementare i servizi per l'accesso e il miglioramento delle fonti d'acqua; rafforzare la capacità delle comunità locali di pianificare ed implementare i servizi di miglioramento dell'approvvigionamento idrico. 7. Riunioni sulla revisione del piano di lavoro con i partner facenti parte del governo locale: (funzionari responsabili per l'Acqua, ispettori per la Sanità e funzionari del dipartimento per lo sviluppo comunitario). 8. Attività di formazione per meccanici locali addetti alle pompe a mano per muratori locali sulla riparazione delle griglie protettive dei pozzi di profondità. Incontri di contatto per formare i Comitati delle fonti d'acqua e formazione dei Comitati stessi. 9. Riabilitazione pozzi di profondità, riparazione griglie protettive, manutenzione preventiva su pozzi di profondità, costruzione pozzi di superficie e di profondità, costruzione di cisterne d'acqua presso le scuole,

Lezioni apprese:	<p>protezione di sorgenti</p> <p>10. Realizzazione inventario delle sorgenti nelle 13 sub-contee rientranti nell'area di intervento di AMREF.</p> <p>11. Monitoraggio del funzionamento e della manutenzione delle fonti d'acqua.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nelle aree insicure il fatto di raggiungere la comunità stimola risposte positive dai beneficiari. • La creazione di consapevolezza, le sessioni di sensibilizzazione e la formazione sono importanti attività che migliorano la capacità di gestione del funzionamento e della manutenzione delle fonti d'acqua da parte delle comunità beneficiarie. • Il monitoraggio continuo stimola il senso di appartenenza della comunità e la sua partecipazione, ma richiede attenzione alla logistica dei trasporti nelle aree più insicure. • A questo riguardo, organizzare le attività lungo la stessa strada, in modo che siano svolte lo stesso giorno, permette di risparmiare sul costo del personale di sicurezza. • Nelle zone più insicure l'uso di personale locale, come ad esempio meccanici locali addetti alle pompe a mano, aiuta a far arrivare i servizi alla comunità. • Questi meccanici possono inoltre fornire utili informazioni su fonti d'acqua ulteriori rispetto ai pozzi di profondità e aiutare, per esempio, nell'individuazione di nuove sorgenti. • Mantenere relazioni con i leader locali e tenersi informati sulla sicurezza e sulla mobilitazione dà risultati positivi e accresce il loro impegno a monitorare e supervisionare le fonti d'acqua. • E' utile utilizzare la tecnologia GIS e GPS per pianificare operazioni e monitoraggio. • Aprire un conto corrente per le fonti d'acqua in situazioni di emergenza è una grossa sfida, data la povertà delle comunità beneficiarie.
Innovazioni:	<p>AMREF ha diffuso il concetto di partecipazione attiva della comunità nel progetto e il concetto per cui le fonti d'acqua vengono monitorate insieme dai meccanici e dalle autorità distrettuali locali presenti nei campi di sfollati. Si tengono incontri regolari per promuovere l'apprendimento tra i meccanici addetti alle pompe a mano che vivono all'interno dei campi, in modo da sviluppare un programma di manutenzione preventiva. AMREF sta inoltre sviluppando un modello per un approccio di risposta alla domanda per i problemi legati all'acqua e alla sanità tra le comunità di sfollati. Questo progetto sperimenta il concetto dell'utilizzo di gruppo di auto-aiuto per la gestione sostenibile delle fonti d'acqua durante le situazioni d'emergenza. E' stato inoltre introdotto un sistema di drenaggio dell'acqua in eccesso per evitare contaminazioni delle fonti d'acqua sul terreno ed evitare l'erosione delle protezioni principali durante la stagione secca.</p>

Precedenti progettuali di AMREF Tanzania e AMREF Italia nel Distretto di Mkuranga:

AMREF è presente in 4 circoscrizioni del distretto di Mkuranga dal 1999 anno in cui ha avviato un intervento volto proprio all'incremento dell'accesso all'acqua, la creazione di servizi igienici e la conduzione di programmi igienico-sanitari. Il progetto si è concluso nel settembre 2006 ottenendo risultati importanti, infatti nell'area del progetto (che copre il 26% dell'area del distretto) l'80% della popolazione ha ormai accesso ad acqua pulita ed infrastrutture igienico-sanitarie.

In particolare, sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- Sono stati costruiti 113 pozzi di superficie e 15 pozzi di profondità.
- Sono state protette 2 fonti d'acqua.
- Sono state costruite 14 cisterne per la raccolta dell'acqua piovana.

- Sono stati formati 24 (uno per ogni villaggio del progetto) formatori di formatori (TOTs) su tecniche partecipative per l'implementazione di progetti idrico-sanitari (PHAST) e metodologie di risoluzione di problemi (LEPSA).
- Sono state formate 317 Risorse Comunitarie (CORPs) su tecniche partecipative per l'implementazione di progetti idrico-sanitari (PHAST) e metodologie di risoluzione di problemi (LEPSA).
- Sono stati formati 24 Comitati per la Gestione delle Risorse idriche riguardo alla gestione dei pozzi ed educazione sanitaria.
- Sono stati formati 24 capi villaggio sulla gestione del progetto e su come garantirne la sostenibilità.
- Sono stati formati 20 membri dei Comitati Direttivi Distrettuali riguardo alla gestione, il monitoraggio e l'implementazione del progetto e su come sostenere le comunità locali.
- Sono stati formati 83 artigiani sulla costruzione di pozzi e latrine.
- Sono stati formati 15 gruppi culturali su tecniche di mobilitazione comunitaria attraverso il teatro e le canzoni.
- Sono state organizzate 15 competizioni tra i villaggi del progetto per sensibilizzare le comunità locali su tematiche riguardanti l'igiene e la sanità.
- Sono state supportate 220 famiglie con lastre di metallo e tubature per le latrine.
- Sono stati sviluppati 20 set di materiale educativo (IEC) per l'educazione sanitaria delle comunità locali.

4. Quadro logico

Finalità	Obiettivo Specifico	Risultati Attesi	Attività	Breve descrizione delle Attività
<i>Dimezzare entro il 2015 la percentuale della popolazione che non ha accesso ad acqua potabile e ad adeguati servizi igienico-sanitari</i>	Aumentare in modo sostenibile l'accesso ad acqua potabile ed ad adeguati servizi igienico-sanitari nel Distretto di Mkuranga in Tanzania	1. Aumentata disponibilità di fonti d'acqua potabile nel distretto di Mkuranga	1. Sensibilizzazione e mobilitazione comunitaria	La mobilitazione comunitaria avverrà attraverso incontri e consultazioni periodiche tra lo staff di AMREF e i leader comunitari tradizionali. Si cercherà inoltre di coinvolgere i gruppi generalmente tenuti fuori dalle gerarchie comunitarie e in particolare le donne. Le comunità saranno consultate per l'individuazione delle zone più adatte per la creazione di punti di approvvigionamento idrico e per la creazione di servizi igienici. Le comunità saranno inoltre sensibilizzate a svolgere un ruolo attivo nell'incremento dell'accesso all'acqua attraverso la condivisione delle spese (cost-sharing)
			2. Costruzione di 200 pozzi di superficie e 55 pozzi di profondità	I servizi idrici previsti dal progetto sono costruiti insieme alle comunità che, come precedentemente indicato, saranno coinvolte nei lavori di scavatura e reperimento di materiali locali.
		2. Accresciuta capacità delle comunità e delle autorità locali di pianificare, implementare e valutare interventi per l'accesso all'acqua	3. Formazione di 255 Gruppi per la Gestione dell'Acqua	Un'analisi dei bisogni formativi e una verifica delle capacità locali (skills audit) sarà condotta per individuare la metodologia e gli strumenti più adatti per formare i membri dei Gruppi per la Gestione dell'Acqua, che saranno incaricati di occuparsi della gestione e del controllo delle infrastrutture idriche costruite e riabilite dal progetto.
			4. Formazione di 385 artigiani locali riguardo alla manutenzione e costruzione delle fonti d'acqua	20 tecnici selezionati all'interno della comunità saranno formati sulle tecnologie appropriate per la manutenzione ordinaria e straordinaria dei pozzi con il compito specifico di trasferire a loro volta alla popolazione locale le competenze necessarie per l'uso appropriato delle risorse idriche ed effettuare controlli periodici sui nuovi 10 pozzi costruiti.
			3. Ridotta incidenza delle malattie legate all'acqua	5. Costruzione di 97 raccoglitori di acqua piovana e 97 latrine nelle scuole

6. Formazione di 77 formatori di formatori (TOTs) e 77 Risorse Comunitarie (CORPS)

Da un punto di vista contenutistico i corsi di formazione prevedono nozioni di educazione sanitaria di base e pronto soccorso. I 10 TOTs ed i 10 CORPS verranno selezionati tra i presidi, gli insegnanti, gli Educational Officers (funzionari designati dal Ministero dell' Educazione), i comitati e le associazioni comunitarie.

7. Realizzazione di Programmi sanitari nelle scuole.

Il progetto prevede la creazione di gruppi di lavoro (clubs) su tematiche sanitarie e ambientali. Le attività di formazione saranno concordate e definite in collaborazione con i rappresentanti distrettuali dei vari ministeri competenti, in particolare il Ministero dell'Educazione, il Ministero della Sanità e il ministero dell'Acqua. Verranno inoltre organizzate 6 giornate di sensibilizzazione (health days) in ognuna della 10 scuole del progetto al fine di diffondere le buone pratiche igienico-sanitarie.

4. Aumentata opportunità di reddito nel Distretto di Mkuranga

8. Creazione di orti e vivai comunitari intorno alle fonti idriche realizzate

Il distretto di Mkuranga essendo classificato come territorio arido e semi-arido, è caratterizzato da una scarsa copertura vegetativa, che oltretutto si sta sempre più riducendo a causa del degrado ambientale. Per cercare di far fronte a questo tipo di problema, il progetto prevede la distribuzione di circa 20,000 semi all'anno che serviranno alla realizzazione di orti comunitari, ma anche alla coltivazione di piante da frutto che saranno successivamente vendute. In questo modo il progetto intende contribuire sia al rimboschimento del territorio sia all'incremento della sicurezza alimentare e del reddito dei beneficiari.

5. Diffusione delle buone pratiche identificate dal progetto

9. Diffusione delle buone pratiche apprese dal progetto.

Verranno realizzate attività di informazione e sensibilizzazione in loco affinché le migliori prassi identificate siano note anche esternamente al progetto entro cui si collocano. Tale diffusione, che si rivolgerà sia agli attori operanti sul territorio sia ad altre organizzazioni eventualmente interessate alle sperimentazioni introdotte, sia al pubblico italiano in generale.

5. Strategia dell'intervento

La mission di AMREF è *"contribuire al miglioramento della salute in Africa attraverso il coinvolgimento attivo ed il rafforzamento delle comunità, del personale locale e dei sistemi sanitari"*.

Da un punto di vista operativa, la metodologia generale teorizzata da AMREF si fonda su tre elementi strategici principali: lavorare a stretto contatto con le comunità locali, il consolidamento delle organizzazioni locali per uno sviluppo sociale e sanitario sostenibile, l'individuazione di un modello replicabile e l'advocacy, con il comune obiettivo di rafforzare il ruolo e la capacità della comunità di essere pienamente coinvolta e partecipare attivamente nei processi del proprio sviluppo.

1. Lavorare in partnership con le comunità locali

Ogni tipo di intervento di sviluppo che abbia come obiettivo generale il miglioramento delle condizioni di vita di una comunità locale deve mettere al centro dell'intervento i beneficiari stessi. Mettere al centro dell'intervento i beneficiari non vuol dire fornire loro solo assistenza e servizi, ma vuol dire lavorare in partnership con le comunità locali.

Prima di poter sviluppare un rapporto di collaborazione con le comunità locali è fondamentale raccogliere le informazioni necessarie per poter modellare il progetto al contesto locale nel quale andrà ad inserirsi. Per questo motivo la strategia di AMREF in loco viene elaborata in seguito ad un'attenta analisi dei problemi, delle risorse materiali ed umane disponibili localmente, delle potenzialità presenti, delle abilità e dei saperi locali e delle pratiche e tradizioni locali.

Tutti questi aspetti, spesso trascurati dagli interventi di sviluppo, vengono presi in considerazione ed analizzati attraverso un'analisi preliminare (baseline survey) che tiene conto e raccoglie le seguenti informazioni socio-culturali:

- Aspetti demografici;
- Problemi relativi alla salute;
- Occupazione della comunità;
- Organizzazione e partecipazione;
- Livello degli interessi dei gruppi della comunità;
- Volontà e abilità a pagare;
- Modelli locali e pratiche;
- Credenze e attitudini;
- Tecnologia locale e risorse

A questo proposito, nel mese di Maggio 2007 in collaborazione con la EWAREMA Consult Ltd è stata condotta nel distretto di Mkuranga una indagine preliminare (baseline survey) che ha riguardato le 11 circoscrizioni ed in particolare 77 villaggi e 283 nuclei familiari, un gran numero di insegnanti e alunni nelle scuole e personale sanitario nei dispensari. In sintesi: sono stati intervistati 353 capi di famiglia di cui il 47.3% uomini e il 52.7% donne.

La comunità nel corso dell'indagine preliminare è stata invitata a contribuire all'identificazione dei problemi e alla loro prioritarizzazione, nonché alla pianificazione delle attività e alla metodologia da adottare per la successiva azione di monitoraggio e valutazione. Questo tipo di indagine rappresenta uno strumento analitico estremamente importante perché aiuta a determinare sia i problemi reali che quelli percepiti dalla popolazione relativi all'accesso all'acqua e ai problemi sanitari che da essa dipendono. L'indagine è stata condotta grazie all'organizzazione di Focus Group Comunitari e la compilazione da parte di un campione strutturato e rappresentativo di un questionario a risposta aperta e chiusa. Durante l'indagine sono state inoltre raccolte informazioni circa i materiali presenti nell'area, le problematiche geologiche di scavi e l'analisi della qualità delle acque.

Una volta elaborati i dati raccolti e identificati i problemi, le comunità sono state coinvolte nello studio della realizzazione del progetto, nell'identificazione dei costi e delle responsabilità relative alla gestione delle risorse idriche. Incontri frequenti con le comunità locali hanno permesso di analizzare le strutture sociali esistenti, individuare i beneficiari diretti e le parti interessate al progetto, selezionare le forme di organizzazione più idonee e rispondenti alle necessità del progetto.

Una volta condotta l'analisi preliminare è possibile iniziare l'implementazione delle attività del progetto come la costruzione di pozzi, latrine ed aule. Anche le attività di costruzione vengono realizzate con la partecipazione diretta della comunità locale. Le comunità locali saranno infatti sensibilizzate a svolgere un ruolo attivo nel progetto attraverso il cost sharing (condivisione delle spese), che consiste nella fornitura di lavoro non qualificato e nella fornitura e trasporto di materiale reperibile localmente da utilizzare per la costruzione dei pozzi. Oltre a contribuire a rafforzare il senso di proprietà da parte delle comunità coinvolte, si calcola che il contributo comunitario comporti mediamente una riduzione dei costi di circa il 15%. Ovviamente, l'expertise tecnica necessaria alla costruzione dei pozzi sarà garantita da AMREF. Il compito dello staff di AMREF, una volta raccolte le istanze comunitarie, è quello di individuare il punto esatto dove scavare il pozzo, utilizzando gli strumenti adatti a segnalare la presenza di acqua sotto la superficie, provvedere a ottenere tutti i permessi necessari, provvedere al reperimento delle attrezzature per il sistema di pompaggio e altro materiale, costruire i pozzi, o le altre strutture, condurre i test di qualità dell'acqua.

Per ogni sorgente o pozzo verrà formato anche un Responsabile Finanziario, che in quanto tesoriere, ha il compito di organizzare la cassa comune per i pezzi di ricambio e deciderà la tassazione da imporre ai beneficiari. In linea di massima, ogni famiglia, se può, - e molte non hanno neanche un reddito sufficiente - paga di media l'equivalente di 0,06 euro al mese per usufruire dell'acqua. Il diritto all'acqua da bere non viene negato, ma chi abbevera animali o usa l'acqua per coltivare si presume che abbia un reddito e dovrà pagare la propria parte per la cassa comune, i cui proventi saranno utilizzati per acquistare eventuali parti di ricambio o per pagare i futuri lavori di manutenzione delle infrastrutture idriche. I soggetti esentati dal pagamento della quota per l'acqua sono le vedove, le famiglie mono-parentali, i disabili e tutte le persone con più di 60 anni¹⁹.

Per poter lavorare in partnership con le comunità locali è necessario creare delle organizzazioni comunitarie strutturate e rappresentative dell'intera comunità di riferimento. Per questo motivo verranno creati i Gruppi per la Gestione delle Risorse Idriche, democraticamente eletti dalla comunità locale, che saranno incaricati di occuparsi della gestione e del controllo delle infrastrutture idriche costruite e riabilite dal progetto. I comitati saranno formati da almeno il 50% di donne, inoltre alcuni dei membri dei Comitati saranno "Health Workers on Water Quality Maintenance", e da loro dipenderà il controllo della qualità dell'acqua, altri avranno un attestato di "Caretakers for Springs", e si occuperanno della manutenzione ed infine uno dei membri del Comitato verrà nominato Responsabile Finanziario. Inoltre, i gruppi per la gestione delle risorse idriche gestiranno i magazzini in cui verranno stoccati eventuali pezzi di ricambio dei pozzi.

Questi gruppi sono di fondamentale importanza: lavorare in partnership con le comunità locali ha come obiettivo proprio quello di gestire insieme alle comunità il progetto e di lasciarlo in mano loro una volta trasferite le competenze tecniche per portarlo avanti in modo sostenibile.

2. Capacity building – Fornire alle comunità locali gli strumenti affinché contribuiscano fattivamente al loro stesso sviluppo.

Gli interventi di AMREF rifiutano un approccio di mero assistenzialismo, ed al contrario si basano principalmente sullo sviluppo delle capacità locali. L'insistenza da parte di AMREF sul potenziamento del capitale umano deriva dalla grande esperienza pregressa e dall'evidenza accumulata negli anni sulla necessità di intervenire nel settore idrico non tanto incrementando la disponibilità di acqua potabile quanto potenziando le capacità locali nella loro gestione sostenibile. Infatti le comunità locali conoscono meglio di chiunque altro il contesto locale ed hanno, nel corso delle generazioni, sviluppato meccanismi e strategie appropriate al loro contesto e cultura. Grazie allo sviluppo delle capacità locali sarà possibile riconoscere le priorità, pianificare, realizzare e valutare interventi idrico-sanitari che si integrano con il contesto e la cultura locale. Inoltre, promuovere e sviluppare le potenzialità delle comunità locali è un elemento fondamentale per assicurare la sostenibilità di lungo periodo del progetto.

¹⁹ Il processo di esenzione funziona secondo la seguente modalità: i comitati per la gestione delle risorse idriche ed i leader comunitari propongono i nomi dei potenziali esenti. Ogni caso viene poi presentato e discusso in un incontro in cui è presente tutta la comunità locale. Durante questo incontro vengono approvati i nomi dei futuri esenti.

Il progetto prevede un significativo consolidamento e la partecipazione attiva delle organizzazioni ed enti locali e lo sviluppo e la valorizzazione del loro capitale umano, sia tra i membri delle comunità che tra le autorità distrettuali.

Al fine di assicurare la sostenibilità delle risorse idriche create e riabilite dal progetto verranno organizzati corsi di formazione per i Gruppi di Gestione delle Risorse Idriche. Tali corsi riguarderanno principalmente tecniche di gestione di base, oltre che a principi igienico-sanitari di base. In questo modo verranno trasferite alle comunità locali le competenze per gestire autonomamente le fonti idriche, anche una volta terminato il progetto. Inoltre, verranno organizzati anche corsi di formazione per gli artigiani locali e per gli addetti alle pompe, i quali verranno formati su tecniche di manutenzione sia ordinaria che straordinaria delle fonti idriche riabilite dal progetto. In questo modo, in caso di eventuale rottura delle pompe a mano o di altri componenti dei pozzi, delle latrine e dei raccoglitori dell'acqua piovana saranno proprio gli artigiani locali e gli addetti alle pompe ad occuparsi del problema.

Mentre al fine di ridurre in modo sostenibile la diffusione delle malattie legate all'acqua verranno formati Formatori di formatori²⁰ (TOTs) e Risorse Comunitarie²¹ (CORPS). La formazione sanitaria dei TOTs e dei CORPS verrà realizzata basandosi essenzialmente sul "Community Based Approach".

Il *community based approach*, traducibile in italiano come approccio comunitario, anche se difficilmente traducibile in termini concettuali, vista la propensione del nostro sistema sanitario a favorire un approccio ospedaliero, si pone come obiettivo quello di coinvolgere le comunità locali, al fine di fornire ai suoi membri strumenti, strutture e farmaci e soprattutto formando gli operatori sanitari all'interno delle comunità stesse, per costruire un sistema sostenibile di prevenzione, diagnosi e cura.

All'interno della comunità verranno individuati i membri che hanno ricevuto una educazione scolastica di base e sono almeno in grado di leggere e scrivere. Una volta selezionati i membri comunitari più idonei a diventare TOTs o CORPS, essi saranno formati dallo staff di AMREF.

Da un punto di vista contenutistico i corsi di formazione gestiti da AMREF prevedono nozioni di educazione sanitaria di base e pronto soccorso. La formazione prevede l'utilizzo di materiale educativo a supporto delle diverse attività, tra cui il kit di primo soccorso e il kit di PHASE forniti da AMREF. Il metodo PHASE (Personal Hygiene And Sanitation Education), è stato ideato da AMREF in collaborazione con il Ministero della Sanità del Kenya (Division of Health Education e Division of Vector Borne Diseases Control). Tale metodo già ampiamente adottato nelle scuole della Tanzania e di provato impatto consiste in materiale informativo ed educativo composto da cinque schede di tre livelli:

- 1° livello – Igiene Personale (Pulizia del proprio corpo e pratiche di igiene personale di base)
- 2° livello – Igiene Personale (Parassiti interni ed esterni)
- 2° livello – Acqua e Igiene (Cause ed effetti della contaminazione dell'acqua)
- 3° livello – Cibo e Igiene (Fonti ed effetti della contaminazione del cibo)
- 3° livello – Rifiuti e Igiene (Smaltimento di rifiuti organici e spazzatura).

I Formatori di Formatori (TOTs), una volta completata la formazione, saranno in grado a loro volta di formare altri membri comunitari sulle nozioni apprese e di fornire un sostegno a tutti i programmi sanitari previsti durante le fasi successive del progetto. Mentre, le Risorse Comunitarie avranno il compito di sensibilizzare ed insegnare alle comunità locali le buone pratiche igienico-sanitarie apprese.

Inoltre, il progetto prevede la realizzazione di programmi sanitari nelle scuole. I bambini non solo rappresentano la generazione del futuro ma anche il miglior veicolo di diffusione delle norme igieniche e dello sviluppo in genere, ciononostante, nelle scuole dell'Africa orientale la conoscenza e l'applicazione delle principali norme igieniche è scarsissima. Per questo motivo il progetto intende migliorare il livello di educazione sanitaria tra i bambini organizzando dei programmi sanitari nelle scuole. L'approccio adottato da questo tipo di programmi sanitari è il *child-to-child-approach*, traducibile come "approccio da bambino a bambino" che oltre a

²⁰ Trainer of Trainers

²¹ Community Own Resource Person

contenere lo stesso principio dell'approccio comunitario, prevede il pieno coinvolgimento dei bambini, considerati attori in grado di influenzare gli altri coetanei e l'ambiente circostante.

Il metodo consiste nella realizzazione di giornate per la salute (health days) durante le quali tutti gli alunni delle scuole verranno sensibilizzati riguardo all'adozione delle giuste pratiche igienico-sanitarie. Inoltre, verranno creati gruppi di lavoro (clubs) sui più importanti settori (sanità, ambiente, etc.). Si prevede che la presenza di gruppi di lavoro (clubs) nelle scuole motiverà la presenza delle ragazze e ridurrà l'abbandono scolastico delle stesse. L'indagine di base svolta nel distretto di Mkuranga ha rivelato che il 60% delle ragazze non ha mai frequentato la scuola, mentre la percentuale di ragazzi è molto più bassa ed è solo del 48%.

Le attività di sensibilizzazione nelle scuole saranno concordate e definite in collaborazione con i rappresentanti distrettuali dei vari ministeri competenti, in particolare il Ministero dell'Educazione, il Ministero della Sanità ed il Ministero dell'Acqua. Il fine ultimo di questi programmi di prevenzione è investire sui bambini affinché diventino a loro volta agenti di cambiamento in grado di veicolare messaggi importanti all'interno della comunità e delle famiglie.

3. Ricerca Operazionale ed Advocacy- Individuazione di un modello replicabile basato sulle esperienze sul campo.

E' fondamentale per il lavoro di AMREF assicurarsi che le lezioni di sviluppo siano apprese dal lavoro sul campo e poi replicate. Per questo, AMREF parallelamente all'implementazione del progetto porterà avanti un lavoro di ricerca operazionale per facilitare l'identificazione e l'utilizzo di procedure innovative, e la successiva condivisione con tutti i principali stakeholder di esperienze e migliori pratiche che si rivelano di particolare rilevanza e dimostrano efficacia nell'ambito degli interventi idrico-sanitari. Inoltre, verranno anche realizzate attività di advocacy: questa componente prevede la capacità e le attività in grado di influenzare le politiche, le metodologie e le strategie di erogazione di servizi igienico-sanitari per le comunità locali in Tanzania sulla base dei risultati effettivi conseguiti dal progetto.

È importante sottolineare che le metodologie operative di AMREF si fondano su alcuni elementi principali tra cui:

* L'attenzione alle questioni di genere: AMREF è consapevole che i processi di sviluppo hanno un impatto differente sugli uomini e sulle donne e che entrambi i segmenti della popolazione devono essere coinvolti. In particolare, le donne sono particolarmente colpite dalla scarsità d'acqua in quanto sono proprio loro i soggetti tradizionalmente incaricati degli approvvigionamenti idrici. Di conseguenza la motivazione ed il coinvolgimento delle donne è fondamentale perché sono loro i soggetti incaricati all'interno dei nuclei familiari della gestione delle infrastrutture idriche e sanitarie. A questo proposito in tutte le attività pianificate si terrà conto delle questioni di genere. In particolare, le donne svolgeranno un ruolo fondamentale nella scelta dei siti dove costruire le infrastrutture idriche, nella preparazione dei piani di manutenzione e nella realizzazione delle latrine. Le donne delle comunità locali verranno formate come operatori sanitari comunitari, per diffondere le giuste pratiche igienico-sanitarie da adottare.

Inoltre, ogni Comitato di Gestione delle Infrastrutture Idriche e Sanitarie sarà formato dal 50% di donne. In questo modo il progetto si assicurerà che donne ed uomini abbiano uguali opportunità ma anche che i benefici dell'intervento siano equamente distribuiti.

Le questioni di genere verranno affrontate in modi culturalmente accettati; è importante sottolineare che il progetto verrà realizzato in un contesto molto tradizionalista in cui gli uomini vengono visti come gli unici soggetti autorizzati a prendere decisioni all'interno della comunità. Piuttosto che "imporre nuove idee", verrà fatto un grande sforzo per sensibilizzare le comunità locali sull'importante ruolo ricoperto dalle donne nella gestione delle risorse idriche all'interno delle famiglie e sull'impatto positivo per la comunità che il riconoscimento di questo ruolo avrebbe.

* La promozione della partecipazione e delle partnerships. Alla base della strategia di AMREF c'è il principio di lavorare con tutti i principali stakeholder: con il Governo della Tanzania e con i ministeri sia a livello locale che a livello nazionale, con i donatori e con le altre Organizzazioni Non Governative, ed in particolare con le comunità locali, che saranno incoraggiate a partecipare in tutte le fasi del progetto. La stretta collaborazione e interazione con tutti i

principali attori permette di evitare duplicazioni ed è inoltre fondamentale per assicurare la sostenibilità dei progetti.

6. Localizzazione

Distretto di Mkuranga, Regione di Pwani, Tanzania

7. Beneficiari

Il principale gruppo su cui si focalizza il progetto sono le donne ed i bambini al di sotto dei 5 anni che vivono nelle 11 circoscrizioni del Distretto di Mukuranga. Le donne e i bambini sono infatti i principali soggetti impegnati nell'approvvigionamento e nel trasporto dell'acqua. Le diverse conseguenze della mancanza d'acqua per uomini e donne sono riconosciute anche dalla Strategia Nazionale per l'Acqua del 2002, "nelle aree rurali le donne sopportano il peso di cercare l'acqua e di salvaguardare l'ambiente. Tuttavia, l'importantissimo ruolo ricoperto dalle donne è raramente riflesso negli accordi istituzionali per lo sviluppo e la gestione dei servizi idrico-sanitari".

I beneficiari diretti dell'intervento saranno 118,925 membri della comunità locale.

I beneficiari indiretti dell'intervento sono i 202,429 abitanti del distretto di Mkuranga ed in particolare le famiglie di tutti i membri comunitari direttamente coinvolti a vario livello nelle attività del progetto. Si stima che il 60% dei beneficiari del progetto saranno donne e bambini. Secondo il Censimento del 2002 il Distretto di Mkuranga è caratterizzato da unità familiari isolate e piccoli villaggi con meno di 5,000 abitanti. Un tipico villaggio rurale di Mkuranga è formato da circa 300 famiglie composte in media da 4,4 persone. L'economia del distretto si basa sull'agricoltura di sussistenza, e la principale coltura è l'anacardio. In una buona stagione una famiglia media può guadagnare dagli 80 ai 100 US\$ con la vendita degli anacardi.

Le altre parti interessate coinvolte nel progetto saranno i rappresentanti distrettuali dei Ministeri dell'Educazione, dell'Acqua e della Sanità.

I beneficiari del progetto sono stati identificati sulla base dell'analisi dei tre problemi considerati prioritari per lo sviluppo del distretto: 1. La scarsità di acqua potabile, 2. L'alta diffusione di malattie legate all'acqua ed all'igiene; 3 La perpetuazione del ciclo inter-generazionale della povertà; 4 L'inadeguata capacità gestionale delle risorse idriche.

1. A causa dell'assenza di acqua potabile un incalcolabile numero di ore lavorative o di studio vengono perse rispettivamente da donne e bambini perché impiegate nel trasporto dell'acqua. I bambini, ed in particolare le bambine, sono spesso costretti a camminare per diversi chilometri (solitamente da 2 a 4 Km) per approvvigionarsi d'acqua. Questa attività è responsabile degli elevati tassi di assenteismo scolastico. Per questi motivi i bambini beneficeranno dei programmi di educazione sanitaria condotti nelle scuole e della costruzione di nuove aule, mentre le donne saranno coinvolte nella costituzione di comitati di gestione dell'acqua e formate sul corretto uso e sulla manutenzione delle risorse idriche.

2. Acqua potabile, servizi igienici adeguati e corrette pratiche igienico-sanitarie rappresentano degli elementi fondamentali per la sopravvivenza degli individui e il sano sviluppo dei bambini e sono tra loro complementari.²² Per ridurre l'incidenza di malattie legate all'acqua e favorire la diffusione di pratiche igienico-sanitarie corrette e prevenire la diffusione di malattie legate all'acqua, AMREF si occuperà della realizzazioni di programmi sanitari nelle scuole di cui beneficeranno il personale scolastico, i membri dei consigli di classe e gli studenti delle scuole. È ampiamente riconosciuto che l'infanzia sia il periodo migliore per l'apprendimento delle corrette pratiche igienico-sanitarie. Inoltre, i bambini rappresentano il miglior veicolo di

²² Si calcola, ad esempio, che il miglioramento accesso all'acqua da solo possa ridurre i casi di diarrea del 20% mentre la combinazione di norme igieniche sanitarie e di accesso ad acqua potabile possa ridurre i casi di diarrea di circa il 40%.

diffusione delle norme igienico-sanitarie e sono attori fondamentali in grado di influenzare gli altri coetanei e l'ambiente circostante.

3. La povertà si trasmette dai genitori ai figli, è un circolo vizioso che si perpetua nel tempo e che, in molti casi, può essere interrotto solo attraverso un intervento esterno. A questo proposito il progetto prevede la realizzazione di attività generatrici di reddito, come la creazione di orti e vivai comunitari intorno alle fonti idriche realizzate.

Inoltre, il progetto ha scelto come target principale delle attività di educazione sanitaria proprio i bambini, infatti i bambini, essendo futuri genitori, possono mettere in pratica le cose imparate durante l'infanzia nel corso della loro vita ed insegnarle ai propri figli, assicurando in questo modo che i benefici del progetto vengano trasmessi alle future generazioni.

4. Per far fronte al problema dell'inadeguata capacità di gestione delle risorse idriche è stata adottata una strategia partecipativa in grado di garantire il pieno coinvolgimento locale e rafforzare il senso di *ownership* del progetto, per questo i beneficiari delle attività di *capacity building* saranno i membri delle comunità locali. Inoltre, anche le autorità distrettuali dei Ministeri dell'Acqua, Sanità ed Educazione saranno inoltre coinvolte come parti interessate al progetto.

8. Durata

Ottobre 2006 – Settembre 2011

9. Condizioni favorevoli

La principale condizione favorevole è il fatto che AMREF è presente nel distretto di Mkuranga fin dal 1999 con progetti riguardanti l'acqua e la salute in 4 circoscrizioni e 24 villaggi del distretto. Come precedentemente accennato, il primo progetto implementato nel Distretto di Mkuranga iniziato nel 2001 e finito nel 2006 è stato un successo, per questo motivo nell'Ottobre 2006 è stato avviato da AMREF in collaborazione con le comunità locali e le autorità distrettuali, un nuovo progetto finalizzato a migliorare le condizioni socio-sanitarie della popolazione che vive nelle restanti 11 circoscrizioni.

Il progetto della durata di 5 anni ha ricevuto un co-finanziamento dal programma dell'Unione Europea per gli interventi idrici (ACP-EU Water Facility – Action in ACP Countries). Il programma comunitario ACP EU Water Facility è stato istituito dalla Commissione Europea per promuovere la distribuzione sostenibile dell'acqua e la creazione di infrastrutture sanitarie nei paesi africani, caraibici e del Pacifico.

10. Sostenibilità

In generale, AMREF assicura la sostenibilità dei propri progetti attraverso l'adozione di un approccio partecipativo che prevede il coinvolgimento di tutti i principali stakeholder in tutte le fasi del progetto ed in particolare la partnership con le comunità locali. Le comunità locali, attori fondamentali per assicurare la sostenibilità di lungo periodo del progetto, vengono coinvolte nella fase di identificazione e rilevazione dei bisogni, di individuazione delle aree dove verranno costruiti i pozzi e di costruzione. L'esperienza di AMREF riguardo a progetti idrico-sanitari ha dimostrato che lavorare con le comunità locali e sviluppare le loro conoscenze e competenze è il fattore fondamentale per assicurare la sostenibilità di lungo periodo del progetto. Inoltre, l'uso di materiali e tecniche di costruzione compatibili con il contesto locale ed il trasferimento delle competenze tecniche alle comunità ed agli artigiani locali, farà in modo che essi siano in grado di gestire e mantenere in modo indipendente le infrastrutture idriche nel tempo.

In particolare, la sostenibilità economica, istituzionale, socio-culturale e ambientale viene assicurata attraverso le seguenti modalità:

1. Sostenibilità Economica: La sostenibilità del progetto da un punto di vista economico e finanziario sarà garantita dal meccanismo di cost-sharing precedentemente illustrato

nel dettaglio nella strategia e basato sulla selezione di un Responsabile Finanziario comunitario all'interno del comitato di gestione del pozzo e sulla costituzione di Organizzazioni Comunitarie. Come precedentemente illustrato il responsabile finanziario insieme ai membri dei comitati di gestione dei pozzi ed a tutta la comunità locale stabilirà la quota che ogni beneficiario è tenuto a versare. Con i soldi raccolti dalle quote per l'acqua i Gruppi di Gestione delle Risorse Idriche apriranno un conto bancario i cui soldi verranno usati per la gestione e la manutenzione delle infrastrutture idriche una volta che finirà il sostegno di AMREF. E' inoltre importante notare come ogni infrastruttura idrica verrà realizzata con la partecipazione ed il contributo lavorativo delle comunità, con il reperimento e l'utilizzo di materiale locale e con delle tecniche semplici ed efficaci che possono essere facilmente apprese dai membri delle comunità locali.

2. Sostenibilità Istituzionale: La nascita e lo sviluppo del progetto risponde alle necessità sanitarie e idriche del distretto di Mkuranga, chiaramente espresse dai soggetti interessati (comprese le autorità locali) e individuate da AMREF grazie alla sua pluriennale esperienza in loco e nel settore di intervento. Il progetto è sostenuto e supportato dalle autorità locali di riferimento e in particolare lavorerà a stretto contatto con i referenti del Ministero della Salute, dell'Acqua e dell'Educazione. Il progetto si inserisce coerentemente nel quadro delle attuali politiche delle istituzioni locali e nazionali e internazionali competenti nel settore sanitario nell'ambito della prevenzione delle malattie legate all'acqua e dei programmi idrici. Il progetto avrà un impatto positivo anche sulla collaborazione con le istituzioni locali, incoraggiandole a promuovere politiche adeguate in materia di prevenzione sanitaria e di gestione delle risorse idriche. Inoltre, le strutture comunitarie create durante il progetto continueranno in seguito alla fine del progetto a ricevere assistenza tecnica dalle autorità locali.
3. Sostenibilità Socio-Culturale: La metodologia partecipativa adottata sia in fase di identificazione dei problemi che di realizzazione dell'intervento servirà ad assicurare la sostenibilità sociale dell'intervento. In realtà, come precedentemente evidenziato il problema della scarsità di acqua che il progetto intende affrontare è perfettamente in linea con le aspirazioni e le priorità delle comunità, visto l'impatto negativo dell'assenza dell'acqua sulla condizione sanitaria della popolazione e sulle opportunità di sviluppo della società stessa. Inoltre, il presente progetto è stato elaborato in base ai dati raccolti dall'indagine preliminare (baseline survey) nella quale sono state analizzate anche le strutture sociali esistenti nelle divisioni del progetto. L'indagine ha identificato le risorse disponibili all'interno delle comunità e le istanze socialmente accettabili e sostenibili ed in linea con gli obiettivi e le preferenze dei gruppi sociali. Dal momento che il progetto intende coinvolgere le donne affidando anche a loro la gestione delle risorse idriche, tradizionalmente affidata agli uomini, l'indagine è inoltre servita ad identificare la strategia migliore per il *mainstreaming* delle questioni di genere nel progetto.
Inoltre, il coinvolgimento dei bambini nelle attività di promozione sanitaria assicura che i benefici del progetto vengano trasmessi nel tempo alle future generazioni. I bambini, in quanto futuri genitori, possono essere importanti agenti di cambiamento e possono assicurare che le buone pratiche igienico-sanitarie apprese diventino parte del patrimonio di conoscenza comunitario.
4. Sostenibilità ambientale: Come evidenziato nella descrizione dei problemi, il distretto di Mkuranga è un territorio arido caratterizzato da fiumi e torrenti stagionali e scarsità di acqua dovuta principalmente alla scarsa piovosità e alla siccità ricorrenti. Oltretutto negli ultimi anni si è anche registrato un progressivo degrado ambientale, legato alla crescente pressione esercitata sull'ambiente, alle modifiche nell'uso e nello sfruttamento del territorio, ai cambiamenti climatici, ecc. Per far fronte a questa situazione, AMREF non solo intende porsi il problema della sostenibilità in termini di gestione futura delle risorse, ma anche della sostenibilità stessa dell'approvvigionamento idrico (qualità e quantità), il mantenimento delle funzioni

dell'eco-sistema, la sostenibilità delle risorse naturali (alberi, suolo, ecc.) e dell'ambiente locale nel suo complesso. Per farlo AMREF procederà alla realizzazione di un'Analisi di Impatto Ambientale al fine di identificare ed eventualmente mitigare gli effetti della creazione di un nuovo punto di accesso all'acqua sull'eco-sistema.

11. Fattori di rischio

I fattori di rischio sono stati analizzati e presi in considerazione nell'elaborazione della strategia progettuale. In particolare, i fattori di rischio che potrebbe in qualche modo compromettere la riuscita dell'intervento sono eventuali cambiamenti politici che mettano a repentaglio la pace e la stabilità o imponenti sconvolgimenti climatici.

Gli altri potenziali fattori di rischio sono:

- * la mancanza di cooperazione e coordinamento con le autorità ed i partner locali,
- * la mancanza di partecipazione da parte delle comunità locali,
- * il trasferimento in altri distretti del personale governativo formato da AMREF.

Questi elementi di rischio sono tuttavia scongiurati dal lungo radicamento in loco di AMREF e dal duraturo rapporto ormai instaurato con le autorità e le comunità locali.

12. Monitoraggio

Il monitoraggio e la valutazione rappresentano due attività fondamentali del progetto, a questo proposito AMREF nel corso degli anni ha sviluppato efficaci e testati strumenti di monitoraggio e valutazione.

A partire dalla misurazione degli indicatori, il processo di monitoraggio verrà completato da AMREF Italia insieme ai beneficiari, agli attori sociali, e alle istituzioni coinvolte, con il supporto dell'equipe tecnica di progetto. Al fine di verificare lo stato di realizzazione di un intervento, attraverso la definizione di quali attività siano state svolte e come il loro avanzamento rispecchi i risultati attesi definiti prima della realizzazione si procederà attraverso:

1. Monitoraggio degli indicatori procedurali, eseguito mensilmente;
2. Monitoraggio dei risultati, eseguito trimestralmente;
3. Monitoraggio degli indicatori finanziari, eseguito trimestralmente.

Saranno inoltre attivi meccanismi quali: l'attività giornaliera di coordinamento e gestione del progetto da parte dello staff, le riunioni del Comitato di Circostrizione per lo Sviluppo (WDC), le riunioni e visite presso i beneficiari e la comunità, le riunioni con le altre istituzioni partecipanti.

Una missione di verifica sul campo, la ricezione mensile di informazioni relative alle attività del progetto e la ricezione trimestrale di informazioni finanziarie consentiranno ad AMREF Italia di raccogliere le informazioni necessarie per la realizzazione di: rapporti trimestrali sulle attività e sui costi del progetto; un rapporto di monitoraggio, comprensivo di schede di rilevazione, un rapporto finale di valutazione del progetto, inoltre consentirà ad AMREF Italia di finalizzare la documentazione necessaria per la diffusione delle migliori pratiche individuate dal progetto.

13. Indicatori oggettivamente verificabili

Gli indicatori oggettivamente verificabili (outputs) sono i seguenti:

1. Numero di pozzi costruiti e funzionanti
2. Numero di gruppi di gestione delle risorse idriche costituiti e funzionanti
3. Numero di corsi di formazione per i gruppi di gestione delle risorse idriche svolti
4. Numero di artigiani locali e di addetti alle pompe formati riguardo alla manutenzione delle infrastrutture idriche
5. Numero di TOTs formati
6. Numero di CORPs formati
7. Numero di latrine costruite e funzionanti
8. Numero di raccoglitori di acqua piovana costruiti e funzionanti

9. Numero di orti comunitari creati e gestiti dalla comunità
10. Numero di gruppi di lavoro (health clubs) nelle scuole formati
11. Numero di giornate della salute (health days) organizzate
12. Numero di bambini, insegnanti e membri dei consigli di classe sensibilizzati e formati sulla prevenzione sanitaria e igiene.

L'obiettivo specifico del progetto è l'aumento sostenibile dell'accesso ad acqua potabile ed a servizi igienico-sanitari. Dal momento che, come precedentemente sottolineato, la mancanza di accesso all'acqua pulita è direttamente collegata alla diffusione di malattie trasmissibili dall'acqua, un importante indicatore dell'impatto (outcome) del progetto sarà:

- La riduzione media del 40% della diffusione delle malattie legate all'acqua.

14. Valutazione

L'obiettivo della valutazione è di analizzare il grado di conseguimento delle mete del progetto al fine di rendere l'esperienza patrimonio utile al disegno di futuri progetti e programmi. Verrà realizzata una valutazione di metà periodo nella seconda metà del 2009 ed una valutazione finale nel 2011.

La valutazione di metà periodo servirà a capire se il progetto sta procedendo nel modo giusto e se così non fosse, verranno riviste le azioni e le strategie per il raggiungimento dei risultati attesi.

La valutazione finale sarà realizzata attraverso la consultazione dei beneficiari, degli attori sociali, e alle istituzioni coinvolte, con il supporto dell'equipe tecnica di progetto. Sarà realizzata una valutazione per processi, ossia si condurrà un'analisi del progetto e di com'esso funziona e interagisce nel contesto sociale della zona, al fine di comprendere i processi di sviluppo generati e gli effetti. Punto centrale sarà l'analisi del grado d'assimilazione del progetto da parte dei beneficiari e del contributo al miglioramento del loro livello di vita. Essa dovrà altresì indicare le prospettive di sostenibilità del progetto, così come evidenziare le raccomandazioni dirette sia a migliorare gli aspetti più rilevanti del suo funzionamento e gestione che a facilitare la replicabilità delle lezioni apprese e metodologie sperimentate durante la sua realizzazione. La valutazione prenderà in esame i seguenti criteri: pertinenza, preparazione e disegno del progetto, efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità.

15. Fonti di verifica

Verranno utilizzate le seguenti fonti di verifica:

- Rapporti qualitativi mensili, trimestrali ed annuali del progetto,
- Rapporti finanziati trimestrali ed annuali,
- Rapporti sullo stato di avanzamento del progetto,
- Rapporti sulle visite di monitoraggio al progetto,
- Rapporto di valutazione,
- Valutazione di impatto ambientale,
- Visite sul campo,
- Rapporti sull'analisi batteriologica dell'acqua,
- Rapporti distrettuali governativi sulla gestione delle risorse idriche,
- Valutazione finale.

16. Interlocutori istituzionali e non istituzionali

Il presente progetto prevede la collaborazione con tutti i principali stakeholder, istituzionali e non istituzionali, fondamentale per assicurare la sostenibilità di lungo periodo. In particolare, gli interlocutori istituzionali saranno:

- Il Ministero dell'Acqua e del Bestiame, in collaborazione con il quale AMREF Tanzania provvederà a rivedere o a stendere le linee guida per l'implementazione di progetti relativi all'acqua ed alla salute. Tutti i manuali di formazione e le linee guida utilizzate da AMREF Tanzania sono basate sulle linee guida nazionali e, quando queste non esistono, AMREF lavorerà insieme al Ministero per svilupparle. Le buone pratiche che

emergeranno dal progetto di Mkuranga verranno condivise con il Ministero dell'Acqua e del Bestiame, in modo da poter essere replicate in altre zone del paese.

- Il Ministero della Sanità: tutti i corsi di formazione sanitaria verranno realizzati in collaborazione e secondo le linee guida del Ministero della Sanità.
- Il Ministero dell'Educazione e della Cultura aiuterà AMREF ad identificare le strutture scolastiche più carenti nella zona di Mkuranga. Inoltre, tutti i corsi di formazione comunitaria e nelle scuole verranno concordate con i rappresentanti distrettuali del Ministero dell'Educazione.
- Il Governo locale di Mkuranga, attraverso il suo comitato decisionale per l'acqua e la salute (WSC²³), è responsabile di coordinare i principali attori che operano nel settore idrico-sanitario. La supervisione del governo locale assicurerà che il progetto si inserisce correttamente all'interno del quadro di sviluppo distrettuale governativo. Inoltre, l'appoggio del WSC sarà di fondamentale importanza alla fine del progetto, quando l'appoggio di AMREF verrà meno ed la gestione del progetto resterà in mano alle comunità locali.
- Il Comitato di Circostrizione per lo Sviluppo (WDC) aiuterà AMREF a mobilitare la comunità locale ed a formare strutture comunitarie in grado di gestire le infrastrutture idriche alla fine del progetto. Inoltre, il WDC supervisionerà la selezione dei CORPs, dei formatori di formatori (TOTs) e dei Comitati per la Gestione delle Risorse Idriche.
- Il Gruppo della Banca Mondiale per l'Acqua e la Salute²⁴ (WBWSG)
- L'unità operativa per l'acqua e la salute formata da AMREF, Water Aid, OXFAM e UNICEF

Mentre gli attori non istituzionali con cui AMREF collaborerà saranno:

- I membri della comunità locale direttamente coinvolti nelle attività del progetto (attività di reperimento di materiale locale, di costruzione, di formazione sanitaria), gli artigiani locali, i CORPs ed i TOTs.
- I Comitati di Gestione delle Risorse Idriche;
- Le Organizzazioni Comunitarie di Base (CBOs)

17. Referenti specifici

AMREF Italia:

Nome del referente: Marco Simonelli

Ruolo ricoperto dal referente: Responsabile Settore Progetti e Rapporti Istituzionali

Email: marco.simonelli@amref.it

Numero di telefono: 06.99.70.46.87

AMREF Tanzania:

Nome del referente: Christian Chonya

Ruolo ricoperto dal referente: Project Manager

Email: christianc@amreftz.org

²³ WATSAN Steering Committee

²⁴ World Bank Water and Sanitation Group