

***“Progetto di Emergenza Alimentare per il
Kanawat Health Center situato in Karamoja
(Nord Uganda)”***



Insieme Si Può (ISP)

P.O.Box 71890 Clock Tower

Kampala Uganda

Telephone 041 269 932

Email ispafrika@yahoo.com

In collaborazione con la :

Lombardia Soccorso Onlus

Via Enrico Toti 7

21050 Gorla Maggiore (Va)

Tel. : 0331644400

Email info@lombardiasoccorso.org

SCHEDA PROGETTO

Nome del progetto	“Kanawat Health Center”
Area geografica	Distretto di Moroto, Kotido e Nakapiripirit – Karamoja, Uganda
Ente promotore	ISP in Africa
Ente di supporto	Ospedale di Matany Charity Sisters center Kotido health center
Obiettivo generale	Soccorrere i bambini colpiti da malnutrizione
Obiettivo specifico	1. Acquisto di generi alimentari (latte in polvere, zucchero, olio, mais e fagioli) 2. Distribuzione agli enti di supporto 3. Monitoraggio
Beneficiari	300 bambini per 12 mesi
Responsabile	Davide Franzì, ISP Uganda
Inizio del progetto	Marzo 2010
Durata	12 mesi
Costo totale	25.775.000(Ush) 9.900,00 (Euro)

INDICE

1. INFORMAZIONI GENERALI

2. 1.1 Promotore del Progetto

3. 1.2 Controparte locale

1. Kotido Health Center

1.3 Contesto dell'azione

1. L'Uganda
2. Il Karamoja

2. DETTAGLI DELL'INTERVENTO

2.1 Problema specifico

2.2 Obiettivo dell'intervento

2.3 Beneficiari

3. BUDGET

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.1. Promotore del progetto

Lombardia Soccorso Onlus e Associazione Gruppi “Insieme si può...” ONLUS

L'ONG “Insieme Si Può...” (ISP) è un'organizzazione di volontariato legalmente riconosciuta come ONLUS (organizzazione non lucrativa di utilità sociale) con iscrizione al registro regionale veneto in data 08.09.2000, protocollo n. 10921/206.42.

Nata nel 1982 come associazione di gruppi, conta attualmente più di 2000 soci suddivisi in 90 gruppi operativi su tutto il territorio nazionale, in particolare nel nord Italia. Insieme Si Può è attiva in Uganda dal 1982. Il 2 febbraio 2004 è stata riconosciuta dal Governo Ugandese come Ong Internazionale (protocollo 235/20).

Nel novembre 2006 con decreto n. 2006/337/005008/4 del 29.11.2006 il Ministero degli Affari Esteri ha riconosciuto a ISP l'idoneità a lavorare nel campo della cooperazione allo sviluppo come ONG (organizzazione non governativa) ai sensi della legge n. 48/87.

ISP è presente in Karamoja dal 2003 con progetti di sicurezza alimentare, protezione ambientale, perforazione e meccanizzazione solare di pozzi, sostegno all'educazione e assistenza ai disabili. Da due anni ISP collabora anche con alcune CBO locali (Community Base Organization) per il miglioramento della produzione agricola attraverso l'insegnamento di tecniche agricole appropriate e il supporto finanziario di micro progetti di sostenibilità alimentare.

Nel 2007 ISP ha iniziato un progetto di sicurezza alimentare della durata di 3 anni attraverso la costruzione di un silos nella Municipalità di Moroto per lo stoccaggio e la conservazione del raccolto.

In collaborazione con questa ONG abbiamo deciso di prenderci cura di questo piccolo progetto per potere aiutare veramente chi ne ha bisogno. E' un progetto che non richiede grandissimi investimenti e quindi ci permette di potere mantenere lo stesso attivo per diversi anni.

Da un racconto di Vittorio (persona che ha toccato con mano questa realtà) abbiamo scelto di aiutare questo piccolo ospedale dimenticato dal mondo. Il nostro obiettivo è quello di raccogliere fondi il più veloce possibile e di potere, entro fine Aprile 2010, acquistare almeno alimentari per garantire una sopravvivenza di 3/6 mesi (quindi metà della cifra all'incirca). Il tutto avverrà in prima persona consegnando merce e non denaro.... L'aiuto nostro deve essere concreto.

1.2. Controparte locale

1.2.c. Kanawat Health Center

Il Kanawat Health Center è gestito dalle Suore Comboniane. Il centro è anche l'unico ad aver allestito un programma nutrizionale per bambini nel distretto di Kotido. Il programma ha la particolarità di assistere non solo i bambini colpiti da malnutrizione causata da carenze alimentari ma anche quella causata dalle malattie in particolare modo dalla TB.

L'assistenza ai bambini è costantemente monitorata e include anche i nuclei familiari di appartenenza.

1.3. Contesto dell'azione

a. L'Uganda

L'Uganda, paese situato nell'Africa dell'Est, confina con la Repubblica Democratica del Congo, il Kenya, il Ruanda, il Sudan e la Tanzania. Ha una popolazione totale di 29 milioni di abitanti¹. Il tasso di crescita della popolazione è del 3.2 % annuo. Secondo i dati più recenti la percentuale di popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà è del 38%. Il reddito medio pro capite è di 320\$ all'anno. Il 51% della popolazione è composto da bambini con meno di 14 anni; solo il 3.8% della popolazione ha più di 60 anni. L'aspettativa di vita alla nascita è salita negli ultimi anni da 42 a 47 anni. Questo miglioramento è dovuto principalmente alla riduzione dei malati di HIV, che dal 18,5% nel 1991 sono passati al 6,2% nel 2004², e dall'aumento dell'uso dei contraccettivi, dal 15% nel 1995 al 23% nel 2003. Il tasso di fertilità totale è di 7.10 bambini nati per donna; su mille bambini nati vivi 86 muoiono nei primissimi mesi di vita.

Nonostante i risultati raggiunti grazie alle riforme economiche e politiche compiute negli anni Ottanta e Novanta tese alla riduzione della povertà e alla riabilitazione delle infrastrutture del paese (economiche, sociali e istituzionali), l'Uganda è ancora uno tra i paesi più poveri del mondo³.

b. Il Karamoja

Il Karamoja è una regione situata nel nord-est dell'Uganda e ricopre un'area di circa 27.000 Km quadrati (più del 10% del paese). Confina ad est con il distretto del Turkana in Kenya e a nord con

il Sudan. E' la regione più povera del paese e una tra le più povere di tutta l'Africa. Nel 2001 il Karamoja e' stato diviso in quattro distretti amministrativi: Kotido, Moroto Nakapiripit e Abim.

Nella regione le precipitazioni sono molto irregolari e vi e' una sola stagione delle piogge; di conseguenza la popolazione dipende da una sola stagione di raccolto -posticipato rispetto alle altre regioni dell'Uganda (settembre-ottobre)- visto che le coltivazioni piu' diffuse sono tutte a lungo ciclo di crescita (sorgo, miglio, mais, arachidi e fagioli). Se nel periodo iniziale le precipitazioni sono scarse, il raccolto e' compromesso e il rischio di carestia aumenta.

Secondo l'indice di sviluppo umano (HDI) elaborato dall'UNDP⁴ per misurare lo sviluppo umano di uno stato⁵, l'Uganda presenta un HDI di 0,444 mentre quello per il Karamoja e' risultato essere di 0.240. Dallo Human Development Report del 2002 del UNDP, si puo' constatare infatti che la prospettiva di vita alla nascita e' inferiore ai 40 anni. Le maggiori cause di decesso sono dovute a colpi di fucile (26.3%), malaria, febbre e malattie diarroiche (22.8%), cause sconosciute (15.8%) ed incidenti (10.5%).

Un fattore della diffusione delle malattie infettive come la Tubercolosi o la Meningite, molto frequenti in questa regione, e' la malnutrizione presente spesso nei bambini a seguito di periodi di carestia dovuti alla siccita'. Una ricerca del ministero della salute in collaborazione con l'UNICEF ed il WFP ha reso noto che nel 2003 la percentuale di casi di grave malnutrizione nei distretti di Kotido, Nakapiripirit e Moroto era rispettivamente del 26.9%, 22.5% e 16.7%.

Nella tabella 1 sono riportati alcuni parametri sanitari del Karamoja confrontati a quelli dell'Uganda:

Tabella 1. Dati riguardanti la regione del Karamoja confrontate con quelle dell'intero paese:

	KARAMOJA	UGANDA
Mortalita' materna	550/110.000	505/100.000
Tasso di mortalita' infantile	137/1.000	88/1.000
Tasso di mortalita' entro i 5 anni	248/1.000	203/1.000
Tasso di mortalita' materna	704/100.000	505/100.000
Prevalenza di malnutrizione nei bambini sotto i 5 anni	15%	7%
Tasso di copertura vaccinale entro 1 anno di eta'	66%	68%
Parti in unita' sanitarie	8%	51%
Accessibilita' ai servizi sanitari entro 5 Km.	25%	49%
Presenza di latrine	13%	47%
Accessibilita' all'acqua potabile	38%	54%

Uno dei problemi più rilevanti della regione è rappresentato dall'insicurezza. Le razzie di bestiame fanno parte delle tradizioni tribali karimojong, sono pianificate dagli anziani e messe in atto dai giovani guerrieri ai danni di altri gruppi tribali. Altri problemi emersi durante il lavoro con le comunità di base, e che ISP si propone di affrontare con progetti di sviluppo a lungo termine, sono scarsa la conoscenza delle tecniche agricole, lo sfruttamento delle risorse naturali, le scarse possibilità di conservare adeguatamente il cibo, la disorganizzazione del mercato locale e l'inaccessibilità all'acqua potabile.

2. DETTAGLI DELL'INTERVENTO

2.1. Problema specifico; le alluvioni del 2007 – Ritardo delle piogge 08 e 09

Nel luglio 2007 l'Africa centrale è stata colpita da alluvioni, le più gravi negli ultimi 30 anni, che hanno provocato in soli tre mesi 300 vittime e oltre 1,5 milioni di sfollati. Tra i diciotto paesi coinvolti, l'Uganda e' stata tra quelli che hanno subito le conseguenze piu' gravi, con 50.000 capanne danneggiate, per un totale di 300.000 persone⁶ sfollate, numerosi campi e villaggi allagati, gravi danni alle infrastrutture. L'alluvione ha colpito inizialmente le regioni orientali del paese per poi spostarsi verso quelle occidentali. Secondo il Red Cross Report stilato il 20 ottobre 2007, 19 persone hanno perso la vita nelle regioni Teso, 129 in Karamoja.

Dal rapporto OCHA, Situation Report Uganda Flood n.2, il 65% della popolazione colpita dall'alluvione ha perso il 90% del raccolto. Le piogge hanno provocato inoltre una grave emergenza sanitaria con una crescita dei casi di malaria e colera del 30%.

Dal rapporto OCHA, Situation Report Uganda Flood N.2, il 65% della popolazione colpita dall'alluvione ha perso il 90% del raccolto

La situazione si e' ulteriormente aggravata nel 2008 e nel 2009 per per il ritardo delle stagioni delle piogge di circa 4 mesi.

Dal rapporto OCHA, Situation Report Karamoja N.3, n una agricoltura tradizionale come quella karimojong, il ritardo ha causato:

1. Perdita delle 70% delle sementi seminate a causa del mancato arrivo della piogge
2. Perdita di un 80% del raccolto a causa dell'irregolarita' delle piogge

Di conseguenza in questo periodo si sta registrando un aumento esponenziale delle derrate alimentari.

Qui sotto riportiamo le percentuali nel distretto di Kotido

Tabella 2. Aumento dei prezzi a Kotido⁷

PRODOTTO	VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL PREZZO DI BASE
Mais	+125%
Sorgo	+155%
Patate dolci	+166%
Fagioli	+133%
Arachidi	+150%

La tabella 3 indica la stima in percentuale di nuclei familiari in Karamoja che sono rimasti senza una riserva alimentare alla fine del 2009.

Tabella 3. Percentuale di nuclei familiari senza riserve alimentari⁸.

CITTA'	%
Moroto	85
Nakapiripirit	70
Kotido	88
Abim	50
Kaboong	50

Da un'indagine svolta dai team di ISP a novembre circa il 74% del raccolto è andato perduto. Qui sotto riportiamo tabella riassuntiva in base ai prodotti .

Tabella 4. Indagine ISP sulle perdite del raccolto in Karamoja. .

Colture	Perdita in %
Girasoli	61%
Sorgo	68%
Mais	92%
Arachidi	62%
Fagioli	84%

2.2. Obiettivi dell'intervento

L'**obiettivo generale** del progetto è migliorare le condizioni alimentari dei bambini colpiti da malnutrizione.

L'**obiettivo specifico** del progetto è assistere Kanawat Helth Centre che lavora nel campo specifico nella malnutrizione attraverso la fornitura di cibo.

Modalita' di intervento

Il programma nutrizionale per TB prevede che i bambini restino per per 2 mesi nel dispensario per la fase intensiva della cura, poi l'aiuto diventa settimanale.

Per i bambini colpiti da malnutrizione grave e' previsto la degenza presso il dispensario per un mese, poi l'aiuto diventa settimanale attraverso visite programmate

2.4. Beneficiari

- In totale il progetto provvedera' ad assistere almeno 350 bambini al mese per un totale di 4.200 nell'arco di un anno

Nelle tabelle sottostanti riportiamo il numero dei ricoveri dei bambini sotto i 10 anni negli ultimi quattro mesi.

Kanawat Health Center

Mese	F	M	Totale
Dicembre	105	91	196
Gennaio	156	105	261
Febbraio	186	121	307
Marzo	225	140	365

Per i prossimi 6 mesi causa la situazione alimentare, si prevede un aumento del 60% dei bambini ricoverati per malnutrizione

Qui sotto riportiamo tabella riassuntiva dei ricoverati negli ultimi tre anni che dimostra l'aumento progressivo dei bambini ricoverati per malnutrizione.

Anno	Ammessi	Morti	Ricoverati	Ancora ammessi
2006/2007	607	33	227	0
2007/2008	1268	60	529	0
2008/2009	1315	76	692	28

3. BUDGET

Il totale costo del progetto e' di 25.775.000 Ush, pari a € 9.9913,46

Qui sotto riportiamo tabella con le specifiche dell'intervento.

Cibo	Kg /L	Costo Unitario	Totale ush	Totale Euro
Mais	6.000	900	5.400.000	2076,92
Fagioli	4.000	2.000	8.000.000	3076,92
Zucchero	2.000	2.050	4.100.000	1576,92
Riso	2.000	2.300	4.600.000	1769,23
Olio	500	3.350	1.675.000	644,23
Trasporti	1	2.000.000	2.000.000	769,23
		TOTALE	25.775.000	9.913,46

Come puoi aiutarci : (indicare sempre nella causale KANAWAT HEALTH CENTER UGANDA)

Beneficiario : P.A. Lombardia Soccorso Onlus

1. Bonifico Bancario su BANCA PROSSIMA Filiale 05000 – Via Manzoni Ang. Via Verdi – 20121 MILANO – IBAN IT66 B033 5901 6001 0000 0004 191
2. Con Bollettino Postale c/c 58269903

¹ Dati tratti dalle statistiche United Nations Population Fund – UNFPA, <http://www.unfpa.org/profile/uganda.cfm>

² State of Uganda report 2004

³ UNDP Report, 2002

⁴ Agenzia dell'ONU per lo sviluppo.

⁵ Lo Human Development Index, HDI, prende in considerazione il Prodotto Interno Lordo, l'attesa di vita alla nascita e il livello di scolarizzazione di un paese; varia da 0 a 1. Nel 2002 lo stato con HDI piu' alto e' risultato la Norvegia (0.942), quello con HDI piu' basso la Sierra Leone (0.389).

⁶ OCHA, Situation Report Uganda Flood N.1

⁷ Dati tratti da una ricerca di Oxfam GB, settembre 2008.

⁸ Dati tratti da uno studio fatto da FAO e pubblicato a gennaio 2009.