**Arcidiocèsi di Garoua**

**codas caritas**

**Coordinazione diocesana della sanita’**

**Centro d’accoglienza « oasis solidale »**

[Tapez l'adresse de la société]



**Progetto per migliorare le condizioni socio-sanitarie di donne e bambini seguiti in 4 villaggi**

**dell’Arcidiocesi di Garoua**

**PROMOZIONE FEMMINILE**

**PER LA LOTTA ALLA MALNUTRIZIONE**

**(Regione del Nord Camerun)**

**AGOSTO 2014**

***REDATTO DA***

***SIMON HEGA HEGA***

***(COORDINATORE DIOCESANO DELLA SANITA)***

INDICE

1. Contesto……………………………………………………………………………...… 4
2. Il Camerun………………………………………………………………..……..… 4
3. La Regione del Nord (Garoua)……………………………………………….......... 4
4. I Servizi Sanitari dell’Arcidiocesi di Garoua........................................................... 5
5. Problematiche e giustificazioni........................................................................................ 6
6. Utenza beneficiaria........................................................................................................... 7
7. Obiettivi del progetto........................................................................................................ 7
8. Logistica d’intervento........................................................................................................8
9. Risorse ...............................................................................................................................9
10. Note esplicative del budget........................................................................................10
11. Sostenibilità................................................................................................................10

**Titolo: Progetto per migliorare le condizioni socio-sanitarie di donne e bambini seguiti in 4 villaggi dell’Arcidiocesi di Garoua (Regione del Nord Camerun) PROMOZIONE FEMMINILE PER LA LOTTA ALLA MALNUTRIZIONE**

RIASSUNTO

Questo progetto indirizzato a CAM TO ME e **EDODÉ onlus** ha come obiettivo di migliorare le condizioni socio sanitarie delle donne e dei bambini in 4 villaggi dell’Arcidiocesi di Garoua (Regione Nord Camerun)

I problemi legati alla malnutrizione nei bambini dai 0 ai 5 anni, come quelli legati alle malattie di origine oro-fecale, sono considerati come quelli più preoccupanti nei villaggi seguiti, la povertà economica delle donne e la totale dipendenza dal marito costituiscono un freno nel partecipare attivamente alle attività preventive e di autopromozione a loro proposte. Da qui la necessità di centrare il nostro intervento attraverso questo progetto su questi aspetti precisi nel corso dell’anno 2015.

**Nome dell’organizzazione e indirizzo:** Arcidiocesi di Garoua

CODAS – CARITAS

Coordinazione Diocesana della Sanità

B.P. 272 GAROUA/CAMERUN

Mail: [coordination\_sante\_garoua@yahoo.fr](mailto:coordination_sante_garoua@yahoo.fr)

Tel: (0023) 99 45 46 28 /70 01 59 08

**Responsabile Giuridico:** Monsignore Antoine NTALOU, Arcivescovo di Garoua

BP 272 Garoua/Camerun

Tel: (00237) 22 27 13 53 / 99 58 23 60

**Responsabile esecutivo**: (“gestore” del progetto)

Simon HEGA HEGA

Coordinatore diocesano della sanità

Tel: (00237) 99 45 46 28 /70 01 59 08

Email: [hega2simon@yahoo.fr](mailto:hega2simon@yahoo.fr)

**Luogo di esecuzione del progetto**: Arcidiocesi di Garoua Regione Nord Camerun

Budget totale: **6 589€** = **4 322 101Francs** CFA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Partners | FINANZIAMENTO SOLLECITATO | | Percentuale |
| Euro (€) | Franchi CFA |
| CAM TO ME**/Edodé onlus** | **5 445** | 3 571 686 | 82% |
| Apporto locale | 1.144 | 750 415 | 18% |
| Totale | **6 589** | **4 322 101** | 100% |

1. **CONTESTO**
2. **Camerun**

Il Camerun é un paese dell’Africa Centrale situato nel Golfo di Guinea, tra il 2° e il 13° grado di latitudine nord e il 9° e il 16° grado di longitudine est. Il paese si estende su una superficie di 475.650 Km2 divisi in 466.050 km2  di terra ferma e 9.600 km2 di acqua contenuta in laghi, bacini ect. Presenta una forma triangolare che si estende dal sud fino al lago Ciad per 1.200km mentre la base si estende dall’ovest all’est su 800km. Possiede a sud ovest una frontiera marittima di 420km lungo l’oceano Atlantico. Confina ad ovest con la Nigeria, a sud con il Congo il Gabon e la Guinea Equatoriale, all’est con la Repubblica Centro Africana e a nord est con il Ciad.

La popolazione é stimata a 21,7 milioni di abitanti nel 2013 secondo l’Istituto Nazionale della statistica (44 abitanti/km²) di cui 51% donne. Questo giovane e forte tasso di crescita del 2,6% per anno ( Istituto delle Statistiche del Camerun: rapporto del censimento generale della popolazione 2010) diviso in più di 230 etnie divise in 6 grandi gruppi. I Sudanesi, gli Hamiti e i Semiti, vivono nelle regioni dell’ Adamaoua, del Nord e dell’Estremo Nord: sono generalmente animisti o islamizzati. I Bantou, SemiBantou, e i Pigmei nel resto del paese: sono generalmente animisti o cristianizzati.

Secondo il rapporto mondiale dello sviluppo umano 2011, il paese é classificato al 150simo posto su 187 classificati con un indice di sviluppo umano (IHD) del 0,482,un PIB di 2299 USD per abitante nel 2005.

La speranza di vita nel 2011 é stimata a circa 52 anni.

Per quanto riguarda l’organizzazione politico amministrativa, la recente organizzazione ha diviso il paese in 10 regioni, queste a sua volta divise in 58 province, 360 grandi dipartimenti e 339 comuni. Le lingue ufficiali presenti sono due: il francese e l’inglese.

1. **LA REGIONE DEL NORD CAMERUN**

La Regione del Nord é situata geograficamente tre il 7°  e il 10° meridiano, il 12° e il 16°  parallelo. La sua superficie di 66.333km2 rappresenta il 14,2% della superficie del paese. Ha delle frontiere comuni con le province dell’Estremo Nord e dell’Adamaoua e i paesi limitrofi quali: La Repubblica Centroafricana, la Nigeria e il Ciad. E’ costituita da 4 dipartimenti: Mayo-Luti, Bénoué, Faro, e Myo-Rey. Ha 14 grandi quartieri, 4 distretti, e 23 comuni divisi nei 4 dipartimenti.

La Regione del Nord é composta da pianure, montagne, e il suo sistema idrico é composto da tre grandi tipi di corsi d’acqua: i “MAYO”che sono corsi d’acqua stagionali e irregolari, le “RIVIERE” corsi d’acqua a scorrimento permanente, e le dighe di Lagdo e Chidiffi.

Le pianure sono delle zone di coltivazione per eccellenza. La vegetazione é specifica per ogni tipo di suolo e per ogni tipo di micro-clima. Al sud di Garoua, la savana é disseminata da foreste e al nord di Garoua domina una steppa spinosa. Il clima é in generale tropicale sudanese con una tendenza guineana al sud. La pluviometria varia tra i 750mm e 1250mm e si diluiti in 3 mesi.

La popolazione della regione del Nord ha conosciuto una crescita impressionante negli ultimi 20 anni. E’ passata da 448.000 abitanti nel 1976 a 2.222.456 circa nel 2013. Il tasso annuale di crescita é del 2,6%.

Il 58,8% della popolazione in età lavorativa si trova nella zona rurale. Le attività principali sono l’agricoltura e l’allevamento. Le attività secondarie si limitano alla pesca, la caccia l’artigianato e i piccoli commerci. Il tasso di disoccupazione o di sotto occupazione resta elevato: 73% .

I risultati del sondaggio DCAT –MICS del 2011 (mortalità infantile al 62 ‰, mortalità per i bambini e la gioventù al 122 ‰, 779 morti materne ogni 100 000 nati vivi) indicano un deterioramento degli indicatori di mortalità particolarmente quella materna. Per risolvere tale situazione il governo ha creato un programma per ridurre la mortalità materna.

Con una prevalenza del 30%, la malaria rimane la principale causa di morbilità nei bambini sotto i cinque anni, aggravato dal fatto che il 60% dei bambini sono anemici. Al contrario, anche se rimane una preoccupazione,la morbilità ha subito un calo nelle donne in gravidanza dal 49% del 2008 al 38% nel 2010.

La prevalenza dell’ HIV è stimato al 4,3% (DHS, MICS, 2011), con molte disparità tra le regioni e l'età e il sesso. Nel 2012, il numero stimato di persone che vivono con l' HIV era di 550.000, di cui più di 43.000 bambini. Più di 32.000 decessi sono stati registrati dall'inizio dell'epidemia, con 320.000 orfani di AIDS. Il numero di persone in trattamento ARV alla fine del 2012 è di 122 783 L'evoluzione della tubercolosi é in decadimento parziale con il numero di casi segnalati, i casi sono passati da 6.288 nel 2001 a 24.589 nel 2007, e 25.100 nel 2012.

Le malattie potenzialmente epidemiche (colera, meningite cerebrospinale a meningococco, febbre gialla, morbillo) aumentano la morbilità e la mortalità nelle popolazioni. Trascurato malattie tropicali, ma in piedi nella popolazione (l'ulcera di Buruli, Chagas, oncocercosi, filariasi linfatica, schistosomiasi, ecc) sono sempre più attenzione da parte della salute pubblica.

Le malattie non trasmissibili e le lesioni sono in aumento nel paese a causa di cambiamenti nello stile di vita e abitudini alimentari delle persone, in particolare nella zona urbana. Si tratta principalmente di pressione alta, diabete, cecità, cancro, malattie dentali e orali, malattie mentali e gli incidenti stradali.

Le principali fonti di finanziamento per il settore sanitario sono: il bilancio dello Stato, le famiglie attraverso il recupero dei costi e di altri pagamenti diretti e finanziamenti esterni. Le autorità locali, le ONG e le assicurazioni - sanitarie private forniscono un contributo marginale. Esistono enormi sproporzioni tra queste diverse fonti di finanziamento.

1. **I SERVIZI SANITARI DELL’ARCIDIOCESI DI GAROUA**

Già da molti anni l’Arcidiocesi di Garoua é impegnata a migliorare l’offerta delle cure della popolazione: dispensari, animazione sanitaria, aiuto a persone handicappate, aiuto agli indigenti dell’ospedale provinciale e della prigione centrale di Garoua, programma di Educazione alla vita e all’amore. Dal 2003, queste attività sono raggruppate nel progetto sanitario comune all’Arcidiocesi.

Tutte le attività sanitarie sono coordinate a livello locale dalla Coordinazione Diocesana della Sanità e a livello nazionale dall’Organizzazione cattolica della Sanità in Camerun (OCASC), organo esecutivo della Conferenza Episcopale Nazionale del Camerun (CENC) nell’ambito della sanità. La Coordinazione Diocesana della sanità (CDS) pianifica, organizza e supervisiona le attività sanitarie nell’Arcidiocesi. Essa assicura anche il legame tra i collaboratori sanitari dell’Arcidiocesi e gli altri progetti del CODAS CARITAS (Comitato diocesano di sviluppo delle attività sociali e caritative), de l’OCASC, le autorità sanitarie pubbliche (Delegazione Regionale della Sanità Pubblica del Nord, distretti sanitari) e i diversi partners dello sviluppo.

* ***LE FORMAZIONI SANITARIE, LE “ANTENNE” SANITARIE E IL CENTRO D’ACCOGLIENZA***

L’Arcidiocesi conta 9 formazioni sanitarie cattoliche (FSC) tra queste 1 ospedale e 8 dispensari integrati. 134 persone lavorano in queste strutture. Tutte le FS svolgono le loro attività nel rispetto della politica sanitaria nazionale. Sono responsabili di un’area sanitaria e cercano di assicurare le attività del “pacchetto minimo” (PMA). Le attività preventive sono realizzate con delle strategie fisse (al centro) ma anche con delle strategie “avanzate” (nei villaggi). 5 delle FSC possiedono una maternità funzionante.

Inoltre l’Arcidiocesi conta 7 “Antenne” sanitarie. Esse realizzano delle attività d’animazione sanitaria o di accompagnamento dei malati. Alcune di queste hanno delle para-farmacie nelle zone più isolate dove l’accesso ai farmaci é ancora difficile.

**Nel 2010** il centro d’Accoglienza “OASI SOLIDALE” ha cominciato a portare un notevole contributo alle donne a livello comunitario nell’ambito della salute preventiva (educazione sanitaria).

***Questo progetto si inserisce in un progetto globale della Coordinazione Diocesana della sanità di Garoua.***

1. **Problematiche e giustificazioni**

Da circa 10 anni le formazioni sanitarie dell’Arcidiocesi di Garoua offrono alle popolazioni cure di salute primaria nel rispetto delle politiche sanitarie nazionali. Le attività di prevenzione, in modo specifico, hanno visto uno sviluppo considerevole, e malgrado questo, ancora molto resta da fare in quanto i risultati ottenuti restano al di sotto delle aspettative.

I risultati dell’inchiesta EDSC-MICS 2011(mortalità infantile al 62%, mortalità infantile-giovanile a 122%, mortalità materna 779 per 100 000 nascite viventi) indicano già un degrado degli indicatori della mortalità in particolare quelli della mortalità materna. Per rispondere a questo, é stato creato un programma per ridurre la mortalità materna.

Inoltre, con una prevalenza del 30%, la malaria resta la principale causa di mortalità nei bambini dagli 0 ai 5 anni aggravata dal fatto che il 60% dei bambini sono anemici.

La salute di riproduzione, é caratterizzata dalla scarsa utilizzazione dei servizi di maternità. Una donna su 5 partorisce in un reparto maternità. La maggioranza dei parti sono fatti dalle “ostetriche tradizionali” o da familiari a domicilio. La copertura per la vaccinazione antitetanica della regione é del 58% contro il 72% a livello nazionale. La copertura vaccinale PEV é molto debole (38,6%).

Anche la salute dei bambini resta debole. Il livello di copertura dei bambini completamente vaccinati nella Regione é tra i più bassi: 38% contro l’83% a livello nazionale. Questo spiega il fatto che la mortalità infantile-giovanile é la più elevata del paese cioè 191‰, questa é essenzialmente causata dalle infezioni evitabili dalle vaccinazioni e ad altre patologie quali: la malaria, le diarree, la malnutrizione e le infezioni respiratorie acute, per le quali esistono trattamenti efficaci. A queste si aggiunge un ritardo e/o un mancato accompagnamento medico, l’automedicazione, e la povertà.

La sicurezza alimentare resta una grande preoccupazione del governo (ref. OMD). L’obiettivo é di ridurre della metà la proporzione della popolazione che soffre di fame (periodo dal 1990-2015). L’indicatore di accompagnamento e la percentuale evidenziano che i bambini al di sotto dei 5 anni soffrono di una insufficienza ponderale dovuta alla sottoalimentazione. Nel 2011 le 3 Regioni del Nord del Camerun (Adamaoua, Estremo Nord e Nord) dichiarano un tasso del 20% al 31,6% di bambini al di sotto dei 5 anni, con una insufficienza ponderale. Anche se questa situazione sembra essere migliorata rispetto agli anni passati, resta comunque precaria rispetto al resto del paese, con un tasso rispettivo del 14,6%.

Per quanto riguarda la situazione della donna, i fattori culturali, tradizionali e religiosi, limitano fortemente le azioni di sviluppo comunitario. Questa situazione non favorisce la partecipazione delle donne alle iniziative di sviluppo presenti nella Regione del Nord. Nonostante gli innumerevoli sforzi operati dal potere pubblico e gli organismi privati, con lo scopo di rinforzare le capacità delle donne verso l’intraprendenza economica, a trasformare il principio costituzionale dell’uguaglianza e della non discriminazione, le norme sociali danno più importanza al sesso maschile rispetto al sesso femminile, soprattutto nel grande Nord Camerun (Adamaoua, Nord, Estremo Nord). Questo riduce le responsabilità delle donne, soprattutto nella zona rurale, al ruolo della riproduzione e della produzione per la famiglia.

In maniera specifica nei 4 villaggi accompagnati dal centro “OASI SOLIDALE” le problematiche legate alla malnutrizione nei bambini dagli 0 ai 5 anni e le malattie oro-fecali, sono le più preoccupanti per la popolazione. Il debole potere delle donne e la loro totale dipendenza dal marito costituiscono un freno nella loro volontà di partecipare attivamente alle attività preventive e di autopromozione che vengono loro proposte. Ecco dunque la necessità di centrare il nostro intervento attraverso questo progetto, su questi aspetti precisi, alfine di contribuire a migliorare le difficili condizioni socio-sanitarie delle donne e dei bambini seguiti.

1. **UTENZA/BENEFICIARIA**

L’utenza di questo progetto é costituita da **4 villaggi** (GUIBJOL, TCHARACHE, MAYO SAHEL, BANGLI) e permetterà di seguire circa **80** donne e **180** bambini.

1. **Obiettivi del progetto**

***Obiettivo generale del progetto:*** *Contribuire a migliorare le condizioni socio-sanitarie delle donne e dei bambini nei 4 villaggi dell’Arcidiocesi di Garoua*

* Obiettivo specifico 1: migliorare la salute delle donne e dei bambini
* Obiettivo specifico 2: migliorare la situazione socio economica delle donne

1. **LOGISTICA D’INTERVENTO**

***Obiettivo generale d’intervento*** *: Contribuire a migliorare le condizioni socio-sanitarie delle donne e dei bambini nei 4 villaggi dell’Arcidiocesi di Garoua*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Logica d’intervento*** | ***Indicatori oggettivamente verificabili*** | ***Fonti di verifica*** | ***ipotesi*** |
| ***Obiettivo specifico 1:migliorare***  ***la salute delle donne e dei bambini*** | * *80 donne saranno seguite*   *sino alla fine dell’anno 2015*   * *180 bambini saranno seguiti*   *sino alla fine dell’anno 2015* | *Rapporto delle supervisioni*  *Rapporto d’attività* | *Risorse disponibili*  *Adesione delle donne al progetto* |
| *Attività 1.1 sensibilizzare le mamme seguite sull’importanza dell’igiene in vista di prevenire le malattie di origine oro-fecali*  *Attività 1.2 formare le donne seguite sul riconoscimento e il trattamento della malnutrizione moderata*  *Attività1.3 mettere a disposizione delle donne seguite degli alimenti (farine arricchite) per la prevenzione della malnutrizione*  *Attività1.4organizzare delle sedute di “disinfestazione” delle mamme e dei loro bambini* | | | |
|  | | | |
| ***Obiettivo specifico 2:migliorare la situazione socio-economica***  ***delle donne*** | * *Almeno una attività generatrice di ricavi sarà messa in atto in ogni gruppo di donne entro la fine del 2015* | *Rapporto di supervisione*  *Rapporto di attività* | *Risorse disponibili*  *Adesione delle donne al progetto* |
| *Attività 2.1:Aiutare le donne a creare e costituire una cassa di solidarietà comune;*  *Attività 2.2:Aiutare le donne a gestire la cassa di solidarietà*  *Attività 2.3 Aiutare le donne attraverso la cassa di solidarietà a mettere in atto delle attività generatrici di ricavi (piccoli commerci, agricoltura, mulino...)*  *Attività 2.4Accompagnare le donne nella realizzazione delle attività generatrici di ricavi*  *Attività 2.5Accompagnare le donne nell’utilizzo razionale delle risorse ottenute dalle attività generatrici di ricavi* | | | |

1. **RISORSE**
2. ***Risorse umane implicate nella messa in atto del progetto***

Le risorse umane seguenti contribuiranno direttamente all’esecuzione di questo progetto:

* 06 persone stipendiate, (02 donne 4 uomini);
* 04 persone della Coordinazione diocesana della salute non stipendiate (Gestore del Progetto, il suo Vice, Magazziniere Contabile);
* 80 donne e relativi bambini

La collaborazione con altri attori esterni sarà indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi fissati. Trattasi di:

* Consiglio d’Orientamento del Codas Caritas di Garoua: orientamento diocesano e sorveglianza dell’esecuzione budgetaria del progetto;
* I servizi pubblici (DRSPN, Distretti Sanitari, Servizi sociali ecc.): orientamento della politica sanitaria e sociale nazionale ecc.
* Altri servizi del settore sanitario e sociale della Regione: scambio di esperienze.

1. ***Risorse materiali:***

* Un centro d’accoglienza attrezzato;
* Un’auto (tipo 4x4);
* 1 moto;
* Diverse documentazioni;
* Materiali d’animazione.

1. ***Risorse finanziarie (budget)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DESCRIZIONE | SOMMA RICHIESTA PER IL 2015 | |
| Euro (€) | Franchi CFA |
| Attività generatrice di ricavi | 744 | 488 032 |
| Formazione | 200 | 131 191 |
| Farmaci | 300 | 196 787 |
| Alimenti per i bambini | 600 | 393 574 |
| Animatore locale | 2 745 | 1 800 602 |
| Mezzo di trasporto (macchina) | 2 000 | 1 311 914 |
| Totale | **6 589** | **4 322 101** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PARTENERS | SOMMA RICHIESTA PER IL 2015 | | PERCENTUALE |
|  | Euro (€) | Franchi CFA | PERCENTUALE |
| CAM TO ME**/EDODÉ onlus**  APPORTO LOCALE | 5 445  1 144 | 3 571 686  750 415 | 82%  18% |
| Totale | **6 589** | **4 322 101** | 100% |

1. **Note esplicative del budget:**
2. **Attività generatrice di ricavi (AGR)** : queste spese permetteranno alle donne facenti parte del gruppo seguito di iniziare delle piccole attività generatrici di ricavi. Si tratterà più specificatamente di dare dei campi comunitari,di piccoli commerci e del sostegno nel funzionamento di mulini comunitari
3. **Formazione :** queste risorse serviranno per l’acquisto del materiale didattico (“boite à image” materiale per le dimostrazioni pratiche, ect.) che permetteranno di realizzare in maniera efficace le attività di sensibilizzazione nei villaggi seguiti.
4. **Farmaci:** si tratterà di acquistare e di costituire un piccolo stock di farmaci essenziali che serviranno unicamente per piccoli interventi sanitari nei villaggi seguiti: disinfestazione, anemie moderate, ect.
5. **Alimenti per neonati e bambini:** questa rubrica permetterà di dare un sostegno alimentare equilibrato ai bambini malnutriti gravi seguiti nei 4 villaggi
6. **Animatore locale:** queste spese rappresentano il montante dei salari del personale che lavora in questo settore + il 12,95% di contributi previdenziali a carico del datore di lavoro e il 2% all’anno di scatti d’anzianità. Coprirà pure i compensi forfetari delle persone che aderiranno all’attualizzazione delle attività nei villaggi.
7. **Mezzo di trasporto** (macchina): queste spese copriranno l’acquisto del carburante, del lubrificante, delle spese di riparazione, la manutenzione, il bollo, e la revisione del veicolo che permetterà di assicurare le attività del progetto sul territorio.

**VIII SOSTENIBILITA’ DEL PROGETTO**

Sul piano legale, l’integrazione effettiva del Centro d’accoglienza “OASI SOLIDALE”alla Coordinazione Diocesana della sanità e del CODAS CARITAS (riconosciuto ufficialmente come organizzazione della Società Civile) sono gli autori maggiori in termini di sostenibilità di questo progetto.

Sul piano socio culturale, il centro d’Accoglienza é ben integrato nel contesto. Infatti, la maggior parte del personale é camerunese, originaria di diverse etnie, immagine della popolazione beneficiaria.

Sul piano tecnico il personale del centro d’accoglienza come quelle nelle formazioni sanitarie cattoliche dell’Arcidiocesi di Garoua, continuerà ad avere una supervisione trimestrale del Coordinatore Diocesano della sanità. (Gestore del progetto).

Sul piano economico, un controllo rigoroso a livello contabile e della gestione di tutte le risorse, permetterà al centro d’accoglienza di aumentare ogni anno la sua capacità di autofinanziamento.