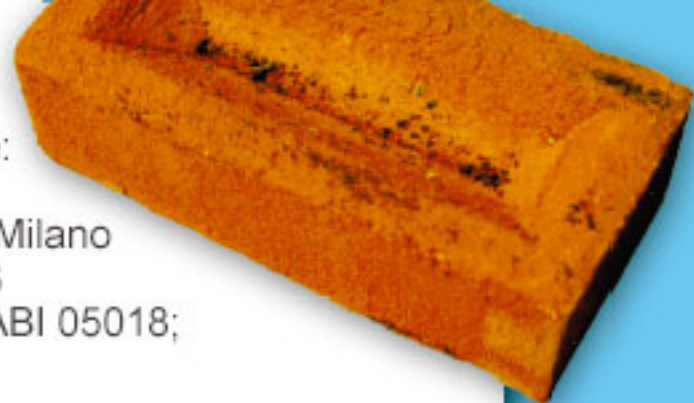


Puoi aiutarci inviando
il tuo contributo tramite:

- Bonifico Bancario
c/o Banca Etica Fil. di Milano
conto nr. 00000112946
(codice Cin P; codice ABI 05018;
codice CAB 01600)
oppure
- conto corrente postale nr. 11405222
entrambi intestati a OVCI la Nostra Famiglia

*I versamenti fatti a beneficio di
OVCI la Nostra Famiglia sono fiscalmente deducibili.*



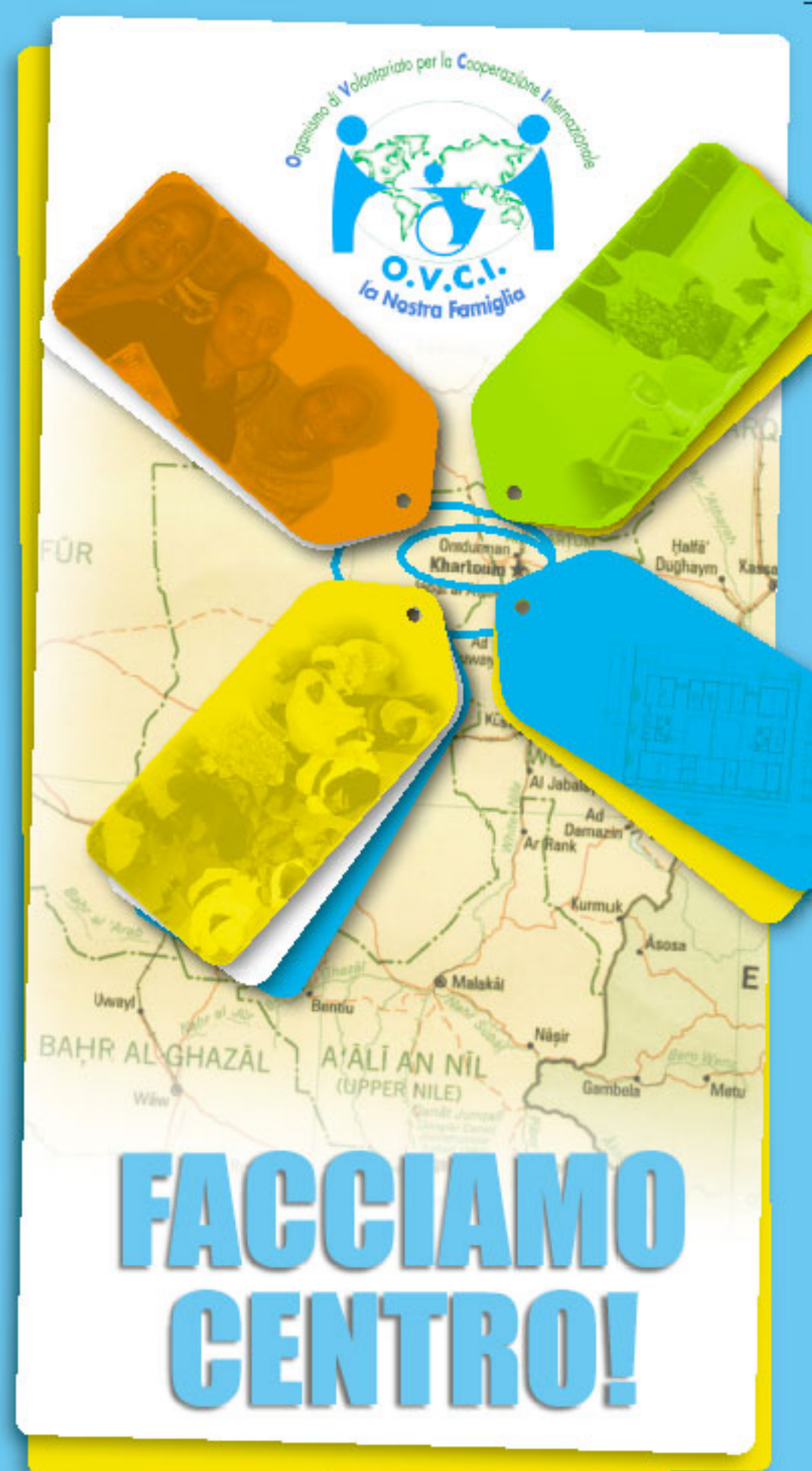
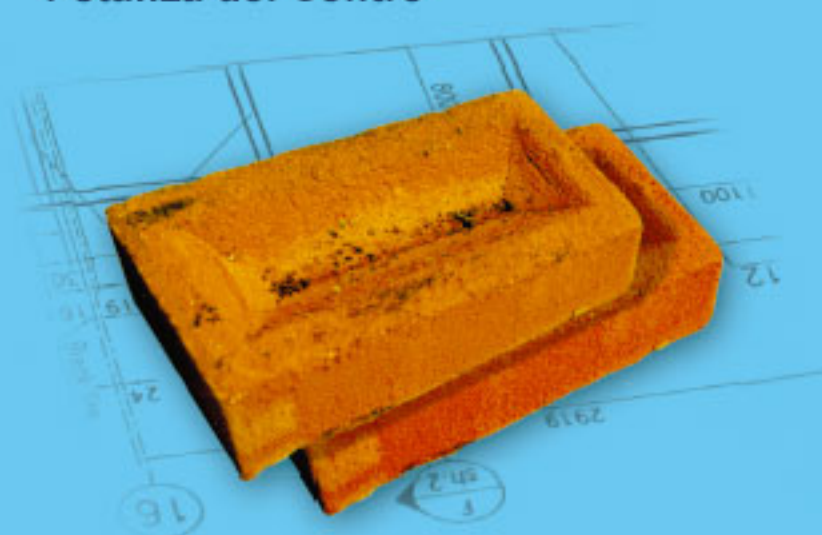
Aiutaci a fare Centro!

Sostieni la costruzione
della struttura,
aggiungi il tuo
mattoncino di solidarietà!

- Con **10 euro** potremo acquistare
1 sacco di cemento
- Con **25 euro** sostieni la realizzazione di
1 metro del muro di cinta del Centro
- Con **50 euro** potremo pagare
1 operaio per due settimane
- Con **75 euro** potremo acquistare
1 pallet di mattoni
- Con **200 euro** sostieni la costruzione di
1 metro quadrato del Centro
- Con **500 euro** sostieni il costo degli
impianti e dell'arredo per completare
1 stanza del Centro



OVCI
la Nostra Famiglia
Via don Luigi Monza, 1
22037 Ponte Lambro (CO)
tel. 031625311
fax 031625243
E-mail: segreteria@ovci.org
www.ovci.org



FACCIAMO CENTRO!

**Perchè in Sudan
la riabilitazione sia di casa**

OVCI la Nostra Famiglia in Sud Sudan dal 1983, dal 1999 è presente anche al Nord; qui nasce la collaborazione con l'**USADC** – Ustratuna Sudanese Association for Disabled Children, una realtà di volontariato che ha scelto come missione il sostegno ai bambini disabili e alle loro famiglie.

Ad Omdurman, la parte storica della capitale Khartoum nella quale vivono 5 milioni di persone, OVCI è impegnata, insieme a molti sudanesi, nella realizzazione di un programma composto da 4 tasselli, per dare risposte complete e professionali alle tantissime famiglie che quotidianamente convivono con la disabilità.

4 - ... E ORA FACCIAMO CENTRO!

E' questo il tassello finale di tutto il programma: nel 2007 OVCI comincerà la costruzione di un Centro di riabilitazione.

1 - STIAMO FACENDO COMUNITA':

Dal 1999 OVCI sostiene i 40 volontari sudanesi di USADC che facilitano l'inserimento sociale di 100 bambini disabili in tre quartieri di Omdurman: Bugga, Dar El Salam e Abbasia.



2 - STIAMO FACILITANDO IL LAVORO DEI RAGAZZI DISABILI:

OVCI nel 2004 ha agevolato la nascita e ne sostiene oggi l'attività, del Vocational Training Centre, scuola professionale in cui 20 professionisti locali accompagnano 75 ragazzi disabili nell'avvio al lavoro.



3 - STIAMO PREPARANDO FISIOTERAPISTI:

Per la prima volta in Sudan, grazie alla collaborazione iniziata da OVCI con l'Università per sole donne "Ahfad", dal 2007 esisterà nel Paese un Corso di laurea in medicina riabilitativa.



SUDAN

Scheda Paese 2006

1. Notizie Generali sul Paese



Superficie: 2.503.883 Km²

Abitanti: 36.080.000 (stime 2001). 0-14 anni 43,7%; 15-64 anni 54,1%; 65 anni e oltre 2,3%

Aspettativa di vita alla nascita: uomini 56,9; donne 59,3

Densità: 14 ab/Km²

Forma di governo: Repubblica presidenziale

Capitale: Khartoum (480.000 ab., 2.249.000 aggl. urbano)

Altre città: Omdurman 530.000 ab., Nord Khartoum 345.000 ab., Port Sudan 210.000 ab., Juba, Malakal, El-Obeid, Kassala, Waw, Nyala, Al Fashir, Bor.

Gruppi etnici: Arabi 40%, Nilotici e Camitici 30%, Beja 6%, altri 24%

Paesi confinanti: Egitto a NORD, Ciad e Repubblica Centrafricana a OVEST, Repubblica Democratica del Congo ed Uganda a SUD, Kenya a SUD-EST, Etiopia ed Eritrea ad EST

Monti principali: Kinyeti 3187 m

Fiumi principali: Nilo 3850 Km (tratto sudanese, totale 6671 Km)

Laghi principali: Khazzan ar Rusayris 450 Km²

Isole principali: Mukawwar

Clima: Tropicale arido

Lingua: Arabo (ufficiale), Dinka, Nuet, Beja e altre

Religione: Musulmana 70%, Animista 18%, Cristiana 5%

Moneta: Dinaro sudanese

Prodotto interno lordo: 70,95 miliardi di dollari USA

Tasso di inflazione: 8,8%

Tasso di disoccupazione: 18,7% (stima riferita al 2002)

Risorse:

- **Petrolio:** produzione di 209.100 barili/giorno, con delle riserve stimate di circa 631.5 milioni di barili;
- **Agricoltura:** il settore è incentrato su cotone, arachidi, sorgo, miglio, gomma arabica, canna da zucchero, tapioca, mango, papaya, banane, patate dolci e sesamo;
- **Industria:** settori industriali più sviluppati sono il tessile, la produzione di oli alimentari, cemento, zucchero, sapone, la raffinazione del petrolio e la produzione di armi.

Esportazioni: il totale ammonta a circa 2.45 miliardi di dollari USA e si riferisce a petrolio e prodotti petroliferi, cotone, sesamo, arachidi, gomma arabica, zucchero e bestiame. I paesi verso i quali esporta sono la Cina 40,9%, Arabia Saudita 17,2% e gli Emirati Arabi Uniti 5,4%.



Importazioni: Il valore delle importazioni è pari a 2.383 milioni di dollari USA e si riferisce ai seguenti prodotti: prodotti alimentari, manufatti, attrezzature meccaniche per la raffinazione e il trasporto, medicinali e sostanze chimiche, tessili e grano. I paesi importatori sono Arabia Saudita 16.3%, Cina 14.2%, Regno Unito 5%, Germania 4.9%, India 4,8%, Francia 4,1%.

Geografia umana: I Sudanesi con la pelle di colore scuro sono assai vari e appartengono a diverse tribù del gruppo nilotico. A partire dal Medioevo con il sopravvento arabo, sopra a queste popolazioni autoctone si è imposta una specie di classe signorile, formata da popolazioni camitiche e semitiche con pelle di tinta più chiara e tipo somatico più simile all'europeo. Esistono anche delle tribù di pelle scura e di origine non nilotica che sono gli Asandè, soprannominati Niam-Niam.

Le principali tribù di origine nilotica sono gli Sciluck, i Dinca, i Nuer, i Lokuto, i Nuba, i Fungi, i Bongo, i Nittu, i Madi, i Bari e le popolazioni del Darfur, i Belanda e i Luo, detti per errore anche Jur. Alcune tribù di origine nilotica come gli Acholi, i Lango, i Gialuo si sono stanziati in Uganda e in Kenya.

2. Storia recente

Per la storia più antica v. "Nubia". Nel VI sec. i Nubiani fondarono i due regni cristiani di Dongola e di Aloa. La penetrazione islamica fu più lenta e si compì con la sottomissione degli Stati pagani di Darfur e di Kordofan da parte dei Fung arabi (1596). Il *chedivè* egiziano Mehmet Ali unì il S. all'Egitto nel 1823. La cattiva amministrazione dei governatori locali fu l'esca della sanguinosa rivolta mahdista dal 1881 al 1898. In questo periodo si affermarono i preponderanti interessi inglesi, per cui il S. passò sotto l'amministrazione britannica nel gennaio del 1899. Nel 1948 il Sudan si costituì una propria Assemblea legislativa e nel 1954, dopo la costituzione della repubblica egiziana, preparò l'indipendenza.

Parecchi conflitti etnici e religiosi travagliarono il Paese negli anni seguenti. Nel 1971 fu sventato un colpo di Stato filocomunista e venne eletto presidente Numayri che costituì un partito unico, l'Unione socialista sudanese (USS), al potere fino al 1985. Destituito Numayri da un colpo di Stato militare, il nuovo governo aprì al multipartitismo ma la ricerca di una stabilizzazione naufragò nella ripresa della guerra civile nel meridione. Nel 1989, un nuovo colpo di Stato portò il Fronte islamico al potere, radicalizzando il conflitto tra nord e sud (di maggioranza cristiana e animista). Nel 1990 Omar Hassan Ahmed el-Bachir decise che nel Nord sarebbe stata mantenuta la legge islamica, mentre il Sud sarebbe stato governato con altre leggi.

Questo non mise comunque fine agli scontri interni. Tra il 1990 e il 1996 il generale Omar Hassan Ahmed el-Bachir mantenne saldamente il potere, nonostante la difficile situazione interna al Paese, tormentato da continue lotte tra le fazioni cristiane-animiste e islamiche, da una parte, e tra partito di governo e opposizione, dall'altra. Fallito nel 1990 il piano di differenziazione legislativa tra i territori arabi del Nord e quelli cristiani del Sud, a partire dal 1991 el-Bachir introdusse la legge penale islamica della *sharia* e lanciò una dura campagna di arabizzazione del paese, sopprimendo contemporaneamente tutti i partiti di opposizione. Nel 1996 si svolsero le elezioni parlamentari e presidenziali che confermarono la posizione politica di el-Bachir.

Nel gennaio del 1997 però le forze di opposizione si coalizzarono, formando l'Alleanza nazionale democratica, che acuì ulteriormente la violenta guerra civile in corso.



Nel maggio del 2002, con l'inizio del processo di pace, la situazione in Sudan è iniziata a cambiare.

Sempre di più è stato possibile accogliere all'interno della città di Juba le popolazioni sfollate provenienti dalle aree dove il conflitto armato rimaneva acceso.

Tuttavia, soltanto dopo l'accordo di Nairobi (Settembre 2003), tra il Governo di Khartoum e i rappresentanti del SPLA/M (Sudan People's Liberation Army/Movement), è stata possibile una apertura reale (a tutti i livelli, e specialmente a livello di vie di comunicazione all'interno del Paese).

Dopo la significativa attivazione dell'IGAD (Inter Government Agency for Development), agenzia dello sviluppo coordinata dalle due parti contendenti, sono cominciati notevoli movimenti di sfollati che hanno portato nelle città, una volta isolate, migliaia di persone con bisogni sanitari, sociali e alimentari.

Finalmente, il 9 gennaio 2005 è stato firmato a Nairobi il trattato di pace tra il Governo Centrale di Khartoum e il SPLA/M, poi ratificato dall'Assemblea Nazionale sudanese il 1° febbraio, trattato che ha concluso formalmente un periodo ventennale di guerra civile, **rilanciando l'opportunità di implementare progetti di vero e proprio sviluppo, in un Paese devastato da un conflitto che ha provocato 2 milioni di morti, 4 milioni di sfollati e centinaia di migliaia di rifugiati.**

3. Dati dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)

Il Sudan è afflitto da acuti, complessi e multidimensionali problemi sanitari al pari degli altri Paesi in via di sviluppo, come malattie infettive, infestazioni parassitarie e malnutrizione, causate principalmente da condizioni socio – sanitarie precarie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene il Sudan nello sviluppo delle capacità di prevenire e controllare l'emergere ed il riemergere di malattie come la malaria, la Tuberculosis, l'HIV/AIDS, tumori e malattie cardio – circolatorie.

Vi sono allarmanti dati sulla mortalità in particolare tra i bambini e le madri, e sull'accessibilità ai servizi sanitari. Il tasso di mortalità infantile è stimato, nel 2003, attorno ai 150 per 1000 nati vivi. La mortalità delle madri è stimata a circa 1.700 su 100.000. La speranza di vita nel 2003 era di 59 anni (*maschi: 57 anni, femmine: 62 anni*).

Dati UNICEF "La condizione dell'infanzia nel mondo" 2004

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Etiopia	174	62	100	44	12	47	24	46	35
Sudan	108	31	320	54	17	17	75	65	50
Egitto	43	67	1.490	67	10	12	97	99	95
Uganda	127	23	310	44	13	26	52	83	55
Italia	6	57	20.010	78	6	0	100	81	96

- 1) Mortalità infantile (n/1,000 sotto i cinque anni)
- 2) Popolazione totale (n * 1,000,000)
- 3) Prodotto interno lordo pro capite (US \$)
- 4) Durata media della vita
- 5) Neonati sotto - peso (n/100)
- 6) Malnutrizione sotto i cinque anni (n/100)
- 7) Accesso ad acqua potabile (n/100)
- 8) TB Immunizzazione (n/100)
- 9) Polio Immunizzazione (n/100)

Classificazione degli Stati membri dell'OMS secondo la performance e gli obiettivi raggiunti dai sistemi sanitari (unica stima, per il 2000).

Stato membro	1	2	3	4	5	6	7
Etiopia	182	179	138	186	189	169	180
Sudan	154	164	160	148	169	149	134
Egitto	115	102	125	110	115	43	63
Uganda	186	187	128	162	168	179	149
Italia	6	22	45	11	11	3	2

- 1) Classifica degli stati membri secondo il DALE (Disability Adjusted Life Expectancy)
- 2) Classifica degli stati membri secondo le aspettative dei pazienti in carico
- 3) Classifica degli stati membri secondo l'equità del contributo finanziario
- 4) Classifica degli stati membri secondo il complessivo raggiungimento degli obiettivi
- 5) Classifica degli stati membri secondo la spesa sanitaria pro capite
- 6) Classifica degli stati membri secondo il livello di stato di salute
- 7) Classifica degli stati membri secondo il livello della performance globale del sistema sanitario



4. La disabilità a Khartoum

La situazione di bambini e adolescenti disabili e con bisogni speciali nella Città di Omdurman, antica e popolosa località sulla riva occidentale del Nilo Bianco, e nella contigua Khartoum, capitale della Repubblica Federale del Sudan è particolarmente drammatica.

In generale, tra le cause principali di un così alto numero di casi di disabilità, si possono annoverare le precarie condizioni socio sanitarie, i disastri naturali, il conflitto armato imperversato per più di vent'anni, e le numerose zone del Paese tuttora minate.

A fronte di ciò, si assiste ad una forte carenza di servizi riabilitativi e di educazione speciale, causa e/o conseguenza dell'insufficiente presenza di personale specializzato in queste discipline. Dalle informazioni raccolte, tuttavia, si può dire che alcune isolate risorse professionali e strutturali sono parzialmente disponibili. Alleghiamo, a questo proposito, la prima parte dell'elenco delle istituzioni presenti nello Stato di Khartoum, impegnate nel settore della disabilità, risultato di un censimento del Ministero degli Affari Sociali e Culturali svolto nel 2001.

C'è un'assoluta inadeguatezza dei servizi riabilitativi per l'età evolutiva, con questo nome indichiamo quei servizi socio-sanitari, in grado di identificare un deficit a carico dei sistemi funzionali di un soggetto in età evolutiva, e pianificare un intervento riabilitativo.

Nello stato di Khartoum (popolazione stimata nel 2001 in 4.936.000 unità circa ma manca un censimento ufficiale) i servizi presenti riescono a rispondere solo parzialmente a questa esigenza.

Evidente in una situazione di questo genere è l'irrilevante e inadeguato investimento di risorse umane impiegate nella riabilitazione medica delle patologie invalidanti in età pediatrica, e una ancor più scarsa produzione di materiale didattico atto alla formazione degli operatori.

In tutta la repubblica del Sudan non esiste una scuola specialistica nel campo della riabilitazione medica, per non parlare delle specialità mediche correlate all'intervento riabilitativo. Esiste solo a Khartoum una scuola di Assistenti in Fisioterapia, scuola biennale professionale legata al dipartimento di Fisioterapia dell'Ospedale di Khartoum.

Si presenta lo stesso problema per le scuole per educatori speciali e per operatori di comunità.

Tutte queste problematiche non fanno che perpetuare la mancanza di una conoscenza adeguata del fenomeno delle patologie invalidanti dell'età evolutiva.

Informazioni dettagliate circa le cause e le caratteristiche delle patologie invalidanti dell'età evolutiva, sono un contributo essenziale per la formazione e la crescita di una coscienza politica e tecnica del fenomeno. Tra l'altro, conseguenza ultima di questa considerazione è la insufficiente politica sanitaria per la prevenzione delle malattie disabilitanti e, a livello sociale ed educativo, l'assoluta mancanza di programmi di riabilitazione su base comunitaria e di educazione inclusiva