Marina - foto dicembre 2018

PREMESSA

Ho conosciuto Marina Zanotti nel dicembre del 2011, in occasione del mio primo viaggio in Malawi. Sembrava uno scricciolo ferito, piccola e magrissima com'era, e com'è tuttora. Era tutta pesta e con gli occhi neri, coperta di lividi e graffi. Aveva un'aria spaurita, e sussultava e tremava ad ogni rumore improvviso: e per una buona ragione, visto che aveva da poco subito l'aggressione di tre malviventi, che le erano piombati in casa sfondando la porta, per rapinarla dei soldi appena arrivati dall'Italia per una donazione. L'avevano ben bene presa a bastonate, trascinata fuori di casa e lasciata per morta. Viveva in una capanna isolata, e nessuno si era accorto di nulla, o forse nessuno aveva voluto veder nulla, come spesso succede in Africa, e non solo lì. Al mattino era stata soccorsa e portata dalle suore Sacramentine di Namwera, dove si trovava in quel momento. Nel frattempo aveva preso la malaria, perchè durante quella notte era stata abbondantemente punta dalle zanzare, certamente attirate dal sangue. Purtroppo però (e non è bello dire “purtroppo”, ma ne siamo costretti a causa delle successive conseguenze), purtroppo dicevamo aveva riconosciuto uno degli aggressori, che era un suo collaboratore, che sapeva dei soldi della donazione e aveva fatto da “basista” agli altri due. Lei lo aveva denunciato. Apriti cielo! Il fetente era il fratello di un uomo politico molto influente in zona, non era nemmeno stato incarcerato, ed ora lui e i suoi amici la

stavano cercando per farle la pelle sul serio, in modo da far sparire un incomodo testimone. "*It's the Afrique... stupid!*". Inoltre, come si seppe in seguito, il fratello del fetentone era intervenuto presso l'ufficio passaporti, e a Marina non sarebbe più stato rinnovato il visto per il Malawi. Sarebbe quindi stata costretta ad andarsene, e a rimanere lontana per alcuni anni. Con buona pace per il processo e la sua testimonianza. E con buona pace anche per le sue attività umanitarie, almeno per qualche anno.
Marina Zanotti è un'infermiera, originaria di Brescia, ma residente a Lecco, e ha consacrato la sua vita all'aiuto dei malati e dei derelitti. E per derelitti intendiamo i malati di AIDS, che in Africa sono i più disgraziati dei disgraziati, disprezzati ed allontanati da tutti, certamente anche per paura, oltre che per ignoranza e motivi culturali. Ma non dobbiamo dimenticare che anche nel nostro civilissimo occidente fino a pochi anni fa, prima dell'introduzione degli anti-retrovirali, l'AIDS faceva paura e si pensava che anche il semplice contatto con un sieropositivo potesse attaccarti la malattia. Perfino la storia del medico Fernando Aiuti e del suo bacio ad una sieropositiva aveva fatto scandalo! Marina invece aveva avuto il gran coraggio di scendere sul campo, e di fare quello che anche noi tutti dovremmo fare, visto che a volte ci professiamo cristiani e seguaci degli insegnamenti del Vangelo: spendersi in prima persona per aiutare i bisognosi, senza lasciare che siano sempre "gli altri" ad andare avanti, accontentandoci di qualche sporadica offerta od opera di carità, tanto per scaricarci la coscienza, adducendo sempre nuove e pur validissime scuse per giustificare la nostra inerzia e la salvaguardia del nostro piccolo benessere personale.

In un tipico villaggio rurale del Malawi.

Marina ha iniziato ad operare da sola. Girava per i villaggi alla ricerca dei malati terminali di AIDS, e li seguiva e curava per quanto le era possibile, assistendoli fino all'inevitabile orrenda morte. Ma almeno dava loro conforto, e anche un po' di aiuto materiale, coperte, vestiti, cibo e cure palliative, nei limiti delle sue scarse risorse personali e di qualche sporadica donazione da parte di amici e conoscenti. Si è scelta anche un terreno difficile in cui operare: la zona di Namwera è abitata in

prevalenza da una popolazione di etnia Aiao, discendenti dai mercanti di schiavi che fino al secolo scorso facevano continue scorribande per la regione, razziando i villaggi e facendo prigionieri da vendere ai mercanti arabi, che fornivano in cambio denaro, mercanzie e soprattutto fucili, che la popolazione locale non aveva e che servivano al loro sporco lavoro. Detto per inciso, non è che in Africa il problema della schiavitù sia stato completamente superato, ancor oggi! Per esempio in Mauritania la schiavitù è stata ufficialmente abolita solo nel 1980 (!) ma è ancora in voga, dato che non esiste alcuna legge che la punisca!

Carrozzelle per paraplegico adulto o bambino

LE DIFFICOLTA'

Gli Aiao sono tutti musulmani, convertitosi per poter fare affari con gli arabi, ed essere da questi rispettati. Quando entravano in un villaggio, dopo aver ovviamente eliminato ogni resistenza a suon di fucilate, davano l'opportunità a tutti di convertirsi all'islam: chi si convertiva veniva risparmiato, santamente circonciso e fatto schiavo, gli altri - cani infedeli! - venivano uccisi. Ma risparmiavano sempre i vecchi e alcune donne e i bambini, che servivano a far razza. Buoni per la prossima volta... Essi si giustificano dicendo che per loro era questione di sopravvivenza, che erano costretti a far così per non finir schiavi loro stessi. Ovviamente certe situazioni bisogna viverle prima di poterle giudicare, per cui io non dico niente (*ma penso tante cose!*). Fatto sta che gli Aiao sono gente particolare, molto dura e molto testarda, attaccata alle loro tradizioni e alla loro ignoranza (gli adulti sono praticamente tutti analfabeti) e molto diffidenti nei confronti dei bianchi (e qui non è che abbiano proprio tutti i torti, visto il comportamento dei bianchi in Africa, francesi ed inglesi in prima linea, ma anche i belgi, col loro sanguinario re Leopoldo e quello che ha fatto in Congo!).
Gli Aiao pensano che siano i bianchi a diffondere volontariamente le malattie, e quando si ammalano si rivolgono ai "*singanga*", cioè ai guaritori tradizionali, diffidando grandemente degli ospedali e delle medicine. Da buon naturopata ovviamente non ho nulla contro la medicina tradizionale, che dispone di potenti erbe e metodi spesso sconosciuti e quasi sempre scioccamente trascurati dalla medicina ufficiale: basti pensare all'integrazione della medicina psicosomatica operata dagli sciamani, che con le loro danze, canti e tamburi spesso ottengono risultati clamorosi (effetto placebo? Armoniche di guarigione? Boh!) a dispetto di chi non ci crede. O alla "*pietra nera"*, un particolare osso carbonizzato, che immediatamente posto su un morso di serpente assorbe il veleno e salva effettivamente la vita. Tutte pratiche sconosciute in occidente. Ma davanti a patologie come l'AIDS i *singanga* possono fare ben poco, se non dare false speranze facendo perdere tempo prezioso, e lasciando così aggravare la situazione.

Marina si è subito scontrata con questa mentalità, riuscendo però nel corso degli anni a farsi

apprezzare e rispettare per il suo impegno e spirito di abnegazione, segno di autentica carità cristiana. Le cose sono poi a poco a poco cambiate, specialmente da quando, con l'arrivo degli anti-retrovirali, della vincristina, della bleomicina e di altre efficaci cure è riuscita dove i *singanga* falliscono, cioè ad ottenere la regressione delle infezioni e delle malattie opportuniste, ed il recupero ad una vita normale ed apparentemente sana (anche se la sieropositività purtroppo ancora rimane). I suoi primi successi risalgono alla fine degli anni 90, e nel 2004 un gruppo di ex ammalati gravi, ormai "risanati", si è coagulato intorno a lei dando origine ad un'associazione di mutua assistenza, la **TIYENDE-PAMODZI-NGO**, che significa *"camminiamo insieme"*. I soci, tutti volontari, hanno diffuso la buona novella che dall'AIDS si può guarire, proponendo il proprio esempio davanti ai testardi conterranei, e un po' per volta la diffidenza si è affievolita ed oggi addirittura qualcuno si rivolge spontaneamente all'associazione, per chiedere aiuto per sé o per i propri cari. Per molti anni la TIYENDE-PAMODZI-NGO si è appoggiata alle strutture della suore Sacramentine di Namwera, che hanno gratuitamente messo a disposizione dei locali per le riunioni e le attività di gruppo, trascurando caritatevolmente il fatto che si trattasse di esponenti di fede musulmana. In effetti per la nostra religione siamo tutti figli di un unico Dio! Inutile domandarsi come i musulmani trattino noi cristiani, specialmente in Sud Sudan, dove appena possono, nel completo disinteresse del mondo cosiddetto civile, bruciano i fedeli con tutti i loro sacerdoti all'interno delle chiese, perchè se ci mettessimo sullo stesso piano finiremmo anche tutti noi nel loro stesso inferno. Voglio solo sperare che il nostro buon esempio finisca per smussare le ostilità, e possa dar inizio ad un rapporto di reciproca stima e rispetto, cosa che Marina, al di là di tutte le aspettative, sembra aver ottenuto, almeno in quella piccola zona dell'Africa.

Certo il lavoro da fare e le difficoltà sono ancora tante: basta ricordare quanto successo a Marina nel 2011, anche se la TIYENDE-PAMODZI-NGO era già attiva. Fratello Roberto dice che Marina un po' se l'era cercata, perchè in Africa è pericoloso vivere da soli in una capanna isolata e per di più uscire di notte per andare a portare assistenza a qualche ammalato grave, ma che cosa si può fare se qualcuno sta proprio morendo e non c'è nessun altro che interviene? Marina è un'infermiera e non si è mai tirata indietro, ed ancora oggi fa così, con la protezione di Dio... che speriamo tutti non le venga mai a mancare. E un po' anche con la protezione dei combattivi soci della TIYENDE-PAMODZI-NGO, che hanno ora ben capito che è anche nel loro interesse che Marina continui la sua opera di assistenza e beneficenza nella regione.

Ma la sicurezza non è il solo problema. La difficoltà maggiore è il problema della lingua: gli *aiao* parlano solo il loro dialetto, il *chao*, e contrariamente a quanto avviene in tutto il Malawi non spiccicano una parola di inglese, perchè non sono mai andati a scuola e sono diffidenti nei confronti del "progresso" e delle nuove idee. Marina parla fluentemente il *chichewa* (si legge "*ciceua*"), la lingua del Malawi e dello Zambia, ma ha solo due o tre volontari che possono tradurre dal *chichew*a al *chao (*si legge *"ciao).*

E ancora, il problema più grande sono le differenze culturali. Qui i bambini disabili sono considerati una disgrazia e soprattutto una vergogna, da tener segreta e nascosta agli occhi della gente, quasi fosse una colpa dei genitori se nascono così. E in effetti molti bambini, purtroppo in numero assai rilevante, sono idrocefali o con la spina bifida, dovuta ad una forte carenza di acido folico durante la gestazione. Infatti la dieta prevalente della popolazione è a base di "*nsima*", la "polenta" di mais bianco che spesso è l'unico alimento per settimane. Ho messo le virgolette alla parola "*polenta*" perchè la "*nsima*" ha poco a che vedere con la nostra polenta: tanto per cominciare è cucinata senza sale, forse perchè una volta non era disponibile, o costava troppo (*"a te vedaret quant la' custa la sàa..."* diceva la mia povera nonna!) e si sono tutti abituati a mangiarla insipida così ed ora non ce la fanno a cambiare. Poi è di mais bianco, che non ha nemmeno le poche tracce di carotenoidi del nostro mais giallo. Ma qui il mais cresce bianco, e anche se qualche padre missionario ha tentato di piantare quello giallo, dopo poco tempo diventava bianco, forse a causa dell'impollinazione proveniente dai campi vicini. Poi ancora la farina viene scioccamente abburattata e raffinata, un po' come succede a noi col nostro pane bianco e la farina 00 (*zero-zero*), che non conserva più nemmeno una traccia del prezioso germe e dello strato aleuronico del chicco, entrambi ricchi di vitamine e preziosi oligoelementi, che vanno così in pasto a polli e porci. La farina così già

impoverita, viene poi messa a bagno nell'acqua per un certo tempo, e viene raccolta solo quella che sale in superficie, praticamente solo l'amido. Poi, per essere ben sicuri che ogni traccia residua di vitamine sparisca proprio del tutto, viene fatta asciugare ben bene al potente sole africano, visto che si sa che le radiazioni solari dirette in poche ore distruggono qualunque vitamina, e poi viene macinata e raffinata una seconda volta: il risultato è una farina sottilissima e impalpabile, simile alla nostra fecola di patate, in pratica solo la parte amidacea di tutto il chicco. Calorie nude, una vera bomba glicemica! Se si pensa poi che fino al secolo scorso le popolazioni delle nostre valli alpine (anche a Castiglione Olona, come mi spiegava mia nonna) soffrivano di pellagra (carenza di vitamina B 6), gozzo endemico (carenza di iodio) e cretinismo (che è una patologia, non un insulto), anche se la nostra polenta, cibo allora prevalente delle classi povere, è integrale, macinata grossa e salata con sale marino... immaginiamoci che danni fa la *nsima*! Marina ha spesso cercato di far cambiare questa pericolosa abitudine, consigliando di usare *almeno* la farina di mais integrale, ma senza risultato, perchè in Malawi dicono che mangiando la *nsima* integrale gli sembra di masticare la sabbia... anche qui non possiamo dire nulla, perchè non viviamo laggiù in quella situazione, ma siamo pur sempre liberi di *"pensare molte cose!"*

Un bel pancino ben bene gonfio di nsima e di vermi.

Il risultato finale del discorso è che in Malawi, che è il terzo Paese al mondo in ordine di povertà (e uno dei primi per la corruzione), in media il 56 % dei bambini è denutrito e soffre di carenze dello sviluppo: carenze fisiche, che danno adito a malformazioni, propensione alle malattie, crescita ritardata e scarso peso, ma anche carenze intellettive oltre che fisiche (cretinismo), perchè il cervello fatica a svilupparsi per mancanza di fosforo e altri elementi essenziali, quali lo iodio. Dato che gli Aiao sono particolarmente poveri in un paese già di poverissimi, purtroppo fra di loro i bambini disabili e ritardati mentali abbondano (a scanso di equivoci, ripeto che il cretinismo è una patologia dello sviluppo, e non un insulto o una colpa, e fino al secolo scorso era diffuso anche da noi). Quando poi questi poveri bimbi diventano adulti, spesso risulta che non siano proprio dei fulmini di guerra in campo intellettuale, e fatichino un po' a comprendere le cose, affidandosi senza troppo spirito critico a tradizioni e superstizioni di vecchia data, che non contribuiscono certo a

migliorare la loro già difficile esistenza (*"i danée fan danée, e i pìo:cch fan pìo:cch"*, diceva la mia povera nonna...).

Bambina idrocefala con relativa madre sordomuta.

Così hanno i villaggi pieni di capre, ma non le mungono perchè ritengono che il latte di capra non sia commestibile, anche se noi tutti sappiamo che, specialmente per i neonati, è migliore di quello di vacca; buttano più del 30% in peso del mais, al solo scopo di poterlo raffinare ed impoverire di ogni valore nutrizionale, e poi muoiono di fame e di carenza di vitamine; non piantano le patate, anche se contengono la vitamina C e (quelle dolci) i carotenoidi, e anche se rendono in quintali per ettaro assai di più del mais, perchè non hanno l'abitudine di mangiarle; scodellano bambini a decine, perchè è segno di virilità per gli uomini e di fecondità per le donne, e poi li vedono morire di fame non avendo di che nutrirli; e via discorrendo di questo passo!
Marina quindi girando per i villaggi si è resa conto che l'AIDS non è il solo problema, ad ha così iniziato ad occuparsi anche dei bambini disabili, che qui sono particolarmente meschini, costituendo come si è detto una grande "vergogna" per i genitori, e sono spesso trascurati e tenuti nascosti. Molti muoiono prematuramente, cosa forse comprensibile anche se inaccettabile, ma soprattutto e purtroppo fra grandi sofferenze, cosa raccapricciante ed ingiusta. E ciò non sempre per una semplice mancanza d'amore (purtroppo a volte avviene anche questo), ma spesso anche perchè la madre non sa come comportarsi con loro. E' infatti assai difficile dare le giuste cure ad un bambino paralitico, idrocefalo, che non parla, non si muove e spesso fatica perfino a mangiare! Occorre un'opera di educazione e di assistenza, in primo luogo nei confronti dei genitori.
La soluzione trovata da Marina è stata quella di iniziare un programma di fisioterapia infantile, insegnando alle mamme, o spesso alle nonne, che sono quelle che meglio si prendono cura dei bimbi, delle semplici ginnastiche e pratiche di riabilitazione, che sempre migliorano grandemente il livello di vita dei piccoli sfortunati, e a volte riescono perfino a far loro recuperare un accettabile grado di auto-sufficienza.

Ginnastica fisioterapeutica al centro della Tiyende Pamodzi Ngo

UN GIOVEDI' – TIPO

L'aiuto si svolge in questo modo: Marina gira per i villaggi, individuando i casi bisognosi. Coadiuvata dai soci della Tiyende-Pamodzi-Ngo svolge opera di educazione e coinvolgimento dei parenti dei piccoli handycappati, convincendoli (e spesso non è facile) a seguire un programma di riabilitazione. Ogni giovedì organizza nella sede dell'associazione delle cure fisioterapeutiche, valendosi dell'aiuto di 3 fisioterapisti qualificati, che vengono appositamente dal vicino ospedale di Mangoci, che insegnano alle madri a trattare correttamente i propri figli, praticando la ginnastica correttiva (o palliativa, secondo i casi) tutti i giorni. Sarebbe infatti impossibile seguire tutti i (troppo) numerosi casi con le scarse forze della struttura. Ogni bimbo ha diritto di venire in sede una sola volta al mese, e anche così ogni giovedì ci sono in media 35/50 presenze (più i parenti), che è già il numero massimo per poter dedicare il giusto tempo a ciascuno. I problemi sono molti, in primo luogo quello del trasporto: non esistono mezzi pubblici che raggiungano i villaggi, che in massima parte sono lontani dalle strade di grande comunicazione. E ancora, anche se esistessero dei collegamenti, nessuna famiglia possiederebbe le risorse sufficienti a pagare le spese di trasporto.

La sala d'aspetto della Tiyende Pamodzi Ngo

Così chi abita vicino viene a piedi, trasportando il bimbo in braccio, e per chi abita lontano bisogna incaricare l'autista di andarlo a prendere, nel corso della giornata, con il fuoristrada dell'associazione (di cui parleremo in seguito).Tutti i convenuti aspettano nella grande sala comune, mentre in una sezione separata della stessa, su un piano rialzato, i 3 fisioterapisti e Marina praticano le loro cure e insegnano le manovre terapeutiche ai parenti.A mezzogiorno vengono serviti i pasti, preparati da un gruppo di volontari nella cucina, che si trova in un edificio separato. In genere viene cucinata la "PALA", che è una mistura assai nutriente, appositamente studiata per apportare il giusto livello di calorie, proteine, vitamine e sali minerali, e concepita anche per costare poco ed essere accessibile con le risorse locali. La composizione in genere è: farina di mais, arachidi, zucchero, olio, soia, sale (finalmente!) e non so che altro. La PALA è molto gradita, rispetto alla sola n'sima di mais del magro pasto abituale, e distribuita in abbondanza costituisce un valido incentivo alla presenza sul luogo. (*E' pur vero che impiego tutto il giorno per solo un'ora di cura del mio bambino, ma almeno mi riempio ben bene la pancia di roba buona gratis!* Una volta al mese ci sta...). Al pomeriggio iniziano i rientri, sempre col mezzo dell'associazione, dopo che è stato distribuito, soltanto a chi ne ha effettivamente bisogno, un pacco di viveri e di medicinali di prima necessità. In media, su 50 presenze viene distribuita una ventina di pacchi viveri.

La "PALA" pronta per essere mangiata.

Anche questo serve, oltre che a migliorare la vita dei piccoli e della famiglia, da valido incentivo a non far marinare la presenza. Non bisogna dimenticare che per essere qui, a beneficio di un bambino che nella loro mentalità spesso costituisce solo un peso e una vergogna, le madri devono abbandonare tutta la numerosa famiglia, quasi sempre con altri bimbi piccoli. La maggior parte delle mamme poi è motivata anche da un vero amore per i loro sfortunati bimbi, e verrebbero comunque, ma al di là di questo sarebbe bello poter dare un aiuto alimentare a tutti, perchè anche le famiglie che sono in grado di cavarsela da sole non nuotano certo nell'oro, e un po' di cibo in più non guasterebbe, se non altro per integrare una dieta assai scarsa di proteine e vitamine. Nel pacco viveri ci sono 2 o 3 kg di riso, arachidi, zucchero, olio, sale, soia o a volte fagioli e non ricordo che altro, oltre che delle medicine, caso per caso.

I Pacchi viveri pronti per la distribuzione.

A titolo di esempio, giovedì 6 dicembre, giorno in cui ero presente, il “bollettino di guerra” è stato questo:

- 36 persone trattate, di cui 3 adulti (paralitici) e 33 bimbi/e
- 14 non venuti (la notte era piovuto molto, e alcune strade erano impraticabili)
- 3 casi nuovi
- 11 hanno ricevuto il pacco viveri
- 4 hanno ricevuto medicine
- 2 hanno ricevuto soldi per il trasporto in ospedale *
- 2 applicazioni di divaricatori/correttori per piedini**
- 1 ha ricevuto calze di protezione per i divaricatori per piedini **
- 4 rifacimento di gessi per gambine ***
- 2 applicazioni di stecche per gambe ****
- 1 rifacimento medicazione su piaghe
- 2 ricoverati in ospedale a Namuera, per malaria in corso *****
- 1 ricoverato in ospedale a Mangoci
- 3 ricoverati in ospedale a Blantyre ******
- 1 in programma per applicazione di un tutore, ordinato al falegname
- 1 dimesso dal programma per guarigione (evviva! ragazzino di 9 anni)

* **Trasporto in ospedale**: alcune cure non sono praticabili dall'associazione, ma richiedono un ricovero ospedaliero. Se è possibile usare i mezzi pubblici, occorre pagarli, e ovviamente dare i soldi a chi proprio non li ha, se no non possono andarci. Nei casi più gravi ed urgenti invece, il trasporto viene effettuato col mezzo dell'associazione, ma se si può si cerca di evitarlo, sia per il costo assai più elevato del gasolio, sia perchè il mezzo è uno solo e serve per altre necessità, come vedremo.

Applicazione di correttore per piedini. A destra: gambine da correggere.

****Divaricatori/correttori per piedini**: qui è diffusa una patologia che fa nascere con i piedi girati all'infuori e le gambine deformate. Se non curata, la patologia è debilitante e da adulti gli sfortunati non saranno in grado di camminare e condannati alla sedia a rotelle (se ce l'hanno. In genere rimangono a strisciare a terra come scarafaggi). Applicando i divaricatori subito dopo la nascita invece, quando le ossa sono ancora cartilaginose e parzialmente malleabili, è possibile recuperare la normalità. Le calze servono a proteggere la pelle ed evitare la formazione di piaghe: i divaricatori infatti esercitano una forte pressione, se devono essere efficaci, e quindi richiedono una protezione.

*****Gessi per gambine**: nei casi più gravi occorre ingessare le gambe, sia nella patologia precedente che in quella che fa nascere con i piedi a papera (ma molto di più, si tratta di vere e proprie deformità). I gessi vanno periodicamente rifatti, in posizioni via via più correttive e purtroppo anche costrittive. Certo per i poveri piccini non è un piacere, ed infatti strillano e piangono a fontana, almeno per i primi minuti, poi si abituano. E' comunque sempre meglio che non poter più camminare.

****** Stecche per gambe**: anche qui sistemi correttivi, in casi meno gravi dei precedenti. A volte sono applicate ad adulti, che hanno avuto problemi ossei per fratture o, più comunemente, tubercolosi ossea, qui ancora diffusa.

Rifacendo il gesso per gambine storpie da raddrizzare

***** **Malaria** in corso: le cure per la malaria sono praticate gratuitamente in ospedale. La malaria è una parassitosi che non va sottovalutata, specialmente in queste zone. Ne esistono varie forme (il *plasmodium*, l'agente patogeno, non è uno solo!), fra cui la *malaria cerebrale*, che fa parecchie vittime (nel senso che ci muoiono proprio). Per esempio il responsabile delle adozioni dai padri Monfortani a Balaka è morto di malaria cerebrale, l'operatore delle trivelle dei pozzi che scavavamo a Chipata in Zambia è morto di malaria cerebrale, un bambino su una foto che avevo non c'era più perchè era morto...indovinate già di cosa? Ma di malaria cerebrale! Mentre eravamo proprio lì da Marina, fratello Roberto ha ricevuto una telefonata che lo informava che una sua collaboratrice a Balaka era appena morta di malaria cerebrale. E si potrebbe continuare. Comunque qui la popolazione è piuttosto resistente alla malaria (selezione naturale...), ma sta di fatto che se non la curi subito e la lasci andare avanti, la malaria è una malattia ad esito non benigno. Ma non è che se ti punge una zanzara prendi sicuramente la malaria, in primo luogo perchè non tutte le zanzare sono in grado di diffonderla, ma soltanto quelle del genere anopheles. Inoltre sono solo le femmine che pungono, e soltanto quando devono deporre le uova ed hanno bisogno di fare il pieno di proteine per portarle a maturazione, e allora ti succhiano il sangue. Se vedi un'anophele posata sul muro che tiene l'addome alto, allora vuol dire che è piena di uova ed è lì proprio per pungere te: ti sentono anche a mezzo chilometro di distanza, si innamorano di te e ti vengono a cercare. Ma non sempre sono pericolose: se non sono infettate loro stesse, non trasmettono la malattia. Le zanzare più pericolose sono quelle che ci sono nei luoghi affollati o negli ospedali, dove qualcuno con la malaria c'è di sicuro. Le zanzare si infettano col plasmodio pungendo i malati o i portatori sani, e poi lo diffondono. Un sistema immunitario forte fornisce comunque un certo grado di protezione, nel senso che riesce a volte a neutralizzare una limitata quantità di punture anche se infette. Ma la denutrizione, l'AIDS (anche solo la sieropositività in stadio avanzato) e ogni stress del sistema immunitario aumentano le probabilità di infezione. Contrariamente a quanto comunemente si crede in Italia, la difesa non può essere affidata alla profilassi antimalarica. Qui nessuno la fa, perchè vorrebbe dire suicidarsi: gli effetti collaterali sono troppo pesanti, e nessun organismo resisterebbe più di qualche settimana. Inoltre la profilassi difende soltanto al 40%, e questo lo dicono le case farmaceutiche stesse che la vendono. Inoltre questo avviene solo nel migliore dei casi, perchè il

plasmodio è diventato resistente ed in alcune zone molti tipi di profilassi non funzionano più del tutto. Se proprio si vuole correre il rischio di far la profilassi, occorre informarsi prima di partire, e scegliere il farmaco più adatto al luogo di destinazione. Farmaci che comunque perdono di efficacia ogni anno che passa. Restano invece pienamente efficaci gli effetti collaterali, che ti espongono maggiormente a tutte le altre possibili infezioni, perchè rovinano il fegato, lo stomaco e l'intestino, abbassano il sistema immunitario e in alcuni casi creano psicosi a livello mentale (il Lariam per esempio causa paranoia, sindrome di persecuzione, crisi di panico, confusione mentale... etc.). Durante la profilassi antimalarica è poi assai facile prendersi infezioni intestinali, tipo diarrea, dissenteria o gastroenteriti, cosa di cui non si sente la necessità quando si è in viaggio. Il sistema migliore di difendersi è quello di non farsi pungere. Per questo stiamo tentando di diffondere l'uso delle zanzariere, che qui sono poco usate perchè costano ben 5.000 Mkw l'una (= 6 € al cambio attuale di 1€ = 835 Mkw). Se poi glie le regali, a volte capita che le usino come reti per andare a pescare o per prendere le termiti quando sciamano (i "*gumbies"*, che si mangiano comunemente, e sono anche buone. Si fanno seccare al sole, si sfregano fra le mani per staccare le ali, e si mangiano così come sono. Qualcuno le fa anche arrostire). Personalmente non assumo nessuna profilassi da anni, e nonostante i miei numerosi viaggi in zone anche fortemente a rischio, non ho mai avuto inconvenienti (facendo le corna…). La profilassi l'ho praticata soltanto una volta, nel 1987 in India, e "guarda caso" ho preso una fortissima e debilitante dissenteria (quella vera, non la comune diarrea del viaggiatore, che impropriamente viene chiamata "dissenteria") ed ho perso 9 kg di peso. Ho impiegato mesi per rimettermi… in seguito sono stato in India altre due volte nello stesso posto (Calcutta) e in varie e disparate altre zone del mondo, e non ho preso nessuna diarrea, niente di niente! Miei compagni di viaggio si sono beccati chi diarree, chi pervicaci e persistenti infezioni intestinali, e chi perfino il paratifo. Siamo stati negli stessi posti, abbiamo mangiato le stesse cose… l'unica differenza era che loro assumevano la profilassi ed io no. Forse sono stato semplicemente fortunato, ma mi resta il sospetto che la profilassi indebolisca l'organismo e, pur fornendo una qualche protezione dalla malaria, ci renda meno resistenti alle altre malattie. Comunque se qualcuno volesse proprio correre il rischio di assumere la profilassi antimalarica, consiglierei di usare il **Bassado**, che è un vecchio antibiotico, molto collaudato perché in uso da decenni, che ha scarsissimi effetti collaterali, e che fornisce una protezione del 60 % dalla malaria (contro il 40% del Lariam e del Malarone) e protegge anche dalla diarrea del viaggiatore. Non viene mai pubblicizzato perché purtroppo costa pochissimo (circa 20 volte meno del Malarone) e quindi nessuno ha convenienza a proporlo al suo posto (neanche il farmacista, che viene pagato in proporzione al prezzo di vendita). Essendo poco usato, nei confronti del Bassado il plasmodio ha sviluppato scarsa resistenza, contrariamente a quanto sta avvenendo per le altre terapie, ma a scanso di equivoci consiglio comunque di informarvi bene prima di partire, per conoscere a quale tipo di plasmodio si sarà esposti e se il Bassado è efficace per quella specie specifica. In Malawi in caso di infezione la popolazione locale usa prevalentemente il **Coartem,** un prodotto cinese poco costoso e mediamente efficace. La scelta più sicura, efficace e quasi priva di effetti collaterali, sia come prevenzione che come cura, sarebbe l'***Artemisia Annua***, usata in Cina da millenni con sicuri risultati, ma non è facile da trovare.

****** **Ospedale di Blantyre**: è l'ospedale più importante ed attrezzato in zona. Blantyre è una delle maggiori città del Malawi, dotata anche di aeroporto. L'ospedale ha un reparto di ortopedia, specializzato nella cura delle fratture e delle malformazioni ossee. E' piuttosto lontano da Namwera, ma a volte è indispensabile dover andare fin là. Le cure per i bambini sono gratuite, quelle per gli adulti si pagano. È frequentato anche da medici europei, che vi operano come volontari. Alcuni componenti della comunità di Sant'Egidio vi stanno svolgendo un programma denominato DREAM, che comprende iniziative nel campo nutrizionale e anche un esperimento di tele-medicina, che consiste in consulenze gratuite, da remoto, via internet. I volontari in Italia o in altri Paesi possono dedicare qualche ora del proprio tempo per lo studio o la diagnosi di casi complicati, che non trovano soluzioni sul luogo. Le visite vengono effettuate in tele-conferenza. Vengo a conoscere alcuni dei componenti del progetto DREAM presso la missione di P. Gamba a Balaka. Uno dei componenti, Massimo Leone, è uno specialista in malattie neurologiche, epilessia etc. Lavora a Milano, quando non è in Africa come volontario.

L'autore all'ospedale per poveri di Balaka - sezione maternità

Ogni settimana Marina stende un report sull'attività svolta al giovedì, con la fotografia di ogni bimbo o paziente adulto trattato, le cure e i trattamenti somministrati, l'aggiornamento della cartella clinica (che tiene in archivio) e i commenti del caso. Nel caso di minori, ogni sabato manda una relazione all'associazione ALEIMAR onlus, e ogni tre mesi un resoconto ufficiale, con costi sostenuti ed opere svolte. La Aleimar è l'unica fonte di finanziamento regolare di Marina, che riceve 6.000 € all'anno. Oltre a questo, ha sporadiche donazioni da amici e sostenitori, ma nulla di regolare su cui possa veramente contare, anche se finora è sempre riuscita a cavarsela. Certo è obbligata a regolare le uscite in base alle entrate, stendendo la coperta fin dove arriva, come si suol dire, e tirandola un po' di qua e un po' di là, in base ai casi più urgenti o più gravi.

Sempre a titolo esemplificativo, nella giornata in questione (giovedì 11 dicembre) le spese sono state le seguenti:

- 8.900 Mkw per il cibo dei volontari (14 persone, fra addetti alla cucina e alle pulizie, volontari di sostegno, traduttori, terapeuti, segretario contabile, direttore, guardiani etc);
- 8.000 Mkw per la "*pala*" (pappa energetica) dei 36 pazienti più relativi accompagnatori;
- 30.000 Mkw per il gasolio del fuoristrada, che è andato a prendere e a riportare alcuni dei pazienti;
- 15.000 Mkw ai 3 fisioterapisti (5.000 a testa) per il viaggio di andata e ritorno da Mangochi coi mezzi pubblici;
- 4.000 Mkw per il trasporto in ospedale (a Mangochi – all'ospedale di Namwera ci vanno a piedi, a quello di Blantyre li portano con il mezzo dell'associazione, perchè sono pazienti con gravi patologie ossee che non possono certo prendere i bus africani).
- 44.000 Mkw per gli undici pacchi-cibo distribuiti.

In totale sono stati spesi 109.900 Mkw, che al cambio odierno di 1€ = 835 Mkw fanno 131,61 €.

Se si pensa che una visita specialistica che dura a malapena mezzora da noi costa 100 € dal primo cretino che trovi (qui ovviamente inteso come *cretino sociale*, e non affetto da *cretinismo endemico*, cioè la patologia da *povertà e denutrizione* come prima!), se no un primario ti spara anche 250 o 300 €...

L'ingresso alla sala trattamenti della Tiyende Pamodzi Ngo

NOTE SULLA TIYENDE-PAMODZI-NGO

L'associazione è nata formalmente nel 2.004, e conta 120 partecipanti, tutti ex ammalati di AIDS (e attualmente sieropositivi ed in cura, non bisogna dimenticarlo). Sono di popolazione Aiao, tutti musulmani. Tutti lavorano gratis. 73 sono molto attivi, gli altri agiscono più sporadicamente. Sono tutti analfabeti, tranne due. In 30 operano in sede e nei dintorni, altri 43 tengono le comunicazioni coi villaggi, dove nessuno sa leggere, non hanno orologi né il senso del tempo, e vivono alla giornata. Per ogni attività (fisioterapia, medicazioni, distribuzione di medicinali, cambio o adattamento di protesi, educazione parentale, o semplici controlli sullo stato o sul progredire-regredire delle patologie) i pazienti vanno avvisati entro 3 giorni al massimo, se no si dimenticano o si confondono, e poi ti fai un viaggione di ore e non li trovi lì. Per avvisare la gente occorre andar là e dirglielo di persona, e a volte sono viaggi di 40 o più km di sola andata, ovviamente a piedi, così si fa un passa-parola di villaggio in villaggio, tramite i volontari che ci abitano, e il viaggio si divide in due o in tre. Marina ha dato delle biciclette ai soci più vecchi ed affidabili (costano circa 55 € l'una, che qui è una cifra irraggiungibile per quasi tutti), ma anche qui occorre fare attenzione, perchè qualche figlio d'androcchia si è venduto la bicicletta e col ricavato si è pagato il viaggio per andarsene a lavorare in Sudafrica, che è un po' il sogno di tutti, perchè là le paghe sono molto buone e c'è richiesta di lavoro. Un po' una Svizzera locale (intendo dire la Svizzera dei vecchi tempi).

I disabili sono stati presi in considerazione solo dal 2014, precedentemente l'attività era svolta esclusivamente nei confronti di ammalati gravi (vedi terminali) di AIDS. È infatti dal 2014 che è iniziata la collaborazione con la ALEIMAR onlus, che si occupa soltanto di minori disabili. I fisioterapisti lavorano all'ospedale di Mangochi, ed ora sono 3 (fino all'anno scorso era uno solo). Per ora operano gratis, ricevendo soltanto un rimborso spese per il viaggio Mangochi-Namwera e ritorno coi mezzi pubblici, che costa 5.000 Mkw (= 6 € al cambio attuale di 835 Mkw per 1 €), cifra insostenibile per una spesa settimanale. Bisogna infatti pensare che il salario minimo imposto dallo stato (e sarebbe meglio dire "suggerito" dallo stato, perchè non tutti se lo pigliano) è di 30.000 Mkw al mese, cioè poco meno di 36 € al cambio attuale. Lo Mkw è il "*malawian kwacha*" (si legge "kuacia"), e specifico sempre "al cambio attuale", intendendo il tasso di cambio del dicembre 2019, perchè il Mkw è una valuta piuttosto ballerina, e come spesso succede anche in altre parti

dell'Africa predilige la strada facile della discesa: nel 2011 il cambio era di 210 Mkw per 1 €, nel 2014 era di

530, oggi è di 835, ma a fine agosto era già stato a 870. Più kwacha ti danno per un euro, e più il cambio risulta deprezzato, cioè svalutato e in discesa. Per noi "*alendo*" (stranieri) è una specie di pacchia, per loro una tragedia, perchè tutte le merci di importazione salgono di prezzo, e siccome il Malawi non produce quasi nulla, tranne derrate di sussistenza, quasi tutto (tranne la n'sima prodotta sul posto, fortunatamente) raggiunge costi localmente proibitivi, dal cemento ai vasetti di vetro, dalle biciclette alle auto, dal gasolio alle medicine... "*It's the inflation, stupid*!", è l'inflazione, la bestia nera dei Paesi arretrati. E i nostri politicanti da strapazzo, che fanno ogni sforzo per far salire l'inflazione e si rallegrano tutti se (meschini!) ci riescono, dimenticando che l'inflazione è stata definita come *"la tassa sulla povertà"!* Dovrebbero andare a ristudiarsi un po' la storia economica, prima di fare altri disastri. Ma torniamo ai nostri terapeuti, che con un salario minimo di 30.000 Mkw al mese (in realtà un professionista qualificato come un insegnante di scuola secondaria o un infermiere si "becca" anche 90.000 Mkw, cioè ben 108 € al mese) non può certo metterci di tasca sua 20.000 Mkw di trasporto al mese. Dal 2019 inoltre i fisioterapisti hanno chiesto anche un compenso aggiuntivo, che andrà concordato e che Marina è ormai convinta di dover dare, perchè la loro opera è indispensabile e inoltre essi non sono malati di AIDS, sono qualificati e fanno parte di un'altra categoria sociale rispetto ai volontari storici.

Gli uffici amministrativi della Tiyende Pamodzi Ngo

A febbraio Marina ha anche in programma di assumere un'infermiera a tempo pieno, che la aiuti nell'assistenza presso famiglia nei villaggi, perchè i malati sono tanti ed ora che hanno capito che le cure sono efficaci si aggiungono sempre più numerosi arrivi, e da sola non ce la fa più a seguirli tutti. Inoltre un'infermiera può meglio indirizzare e coordinare l'opera dei volontari, istruendoli anche sul da farsi parlando la loro lingua. Non bisogna dimenticare infatti che, pur pieni di buona volontà e presenti sul luogo, i volontari sono pur sempre analfabeti e senza alcuna istruzione in campo medico, salvo quello che Marina è un po' per volta riuscita ad insegnar loro, superando mille incomprensioni e diffidenze. Qualcuno della loro gente, che parli la stessa lingua e che sia della stessa religione (cosa da non dimenticare, specialmente con qualche iman cazzuto che soffia sul fuoco alle tue spalle, come in effetti fa) può fare la differenza.

LA SEDE DELLA TIYENDE-PAMODZI-NGO.

La sede dell'associazione è a Namwera, a meno di 1 km di distanza dall'istituto e dalle scuole delle suore Sacramentine. È una bellissima sede, costruita in stile africano. Anche qui c'è una storia da raccontare! Marina è sempre stata "*allergica ai mattoni*", per sua stessa ammissione. Ha sempre pensato che i pochi soldi che ha debbano andare in opere di bene dirette, e spesi tutti per l'assistenza ai bisognosi, e non cristallizzati in mura inerti o in "*burocrazia*". "*N'sima e medicine*", potrebbe essere definito il suo motto! E come potrei darle torto, dopo che ho visto quanti soldi sono stati spesi anche solo a Balaka per edifici ed opere poi andate alla malora per mancanza di assistenza e per mala-gestione da parte dei locali... storia comune in Africa, dove il sentimento prevalente sembra esser quello di "*prendi il malloppo e fuggi*", tanto ci sarà sempre qualche bianco che tornerà a rimetterci i soldi per un altro progetto... dopotutto sono proprio gli "*azungo*" (i bianchi) ad aver creato il mito di Babbo Natale. E anche se Gesù Cristo nelle chiese africane è rappresentato di carnagione nera (forse anche con miglior attinenza storica rispetto a noi che lo disegniamo chiaro di pelle e biondo), Babbo Natale è sempre rappresentato di pelle bianca, il che la dice lunga sulle aspettative locali.

Bimbo disabile in trattamento su uno "standing", con madre e volontaria.

Così Marina non ha mai voluto costruire nulla, e si è sempre appoggiata alle strutture delle generose suore Sacramentine, senza mai spendere un soldo, che sarebbe stato forzatamente sottratto alle sue attività di assistenza. I suoi volontari però ci stavano stretti, e mugugnavano continuamente. Inoltre bisogna riconoscere che lo sforzo culturale che hanno fatto per coagularsi in un'associazione che va contro le loro stesse tradizioni è già stato enorme (mettersi contro la "medicina" dei *singanga*... curare gli "*intoccabili*" malati di Aids – soprattutto loro che ora si considerano "guariti!"- curare quella vergogna dei bimbi disabili... lavorare gratis per i bianchi!!! e via discorrendo) ed ora, musulmani come sono, dovevano pure stare in casa dei cristiani, per di più suore, che quindi avevano *certamente* in mente di convertirli... chissà quante glie ne dicevano i loro iman cazzuti! Ma

Dio vede e Dio provvede, a volte per vie imperscrutabili (*"Alle spalle e di fronte mi circondi, e poni su di me la Tua mano. Stupenda per me la Tua saggezza, troppo alta, ed io non la comprendo"* salmo 138, 5-6). Come precedentemente accennato, nel dicembre del 2011 Marina viene aggredita e rapinata nella sua capanna, percossa a bastonate, trascinata fuori e lasciata per morta. Sopravvive, pur avendo quella notte preso la malaria, si rifugia dalle suore, denuncia uno dei suoi aggressori ma deve lasciare il Malawi per alcuni anni, perchè il malvivente è il fratello di un importante politico che le fa ritirare il visto, e inoltre la cercano per eliminarla, da testimone scomoda qual è. Sembrerebbe un'inspiegabile disgrazia, ma le vie del Signore sono infinite… Durante la sua assenza, va in Kosovo, sempre come volontaria, e conosce un tal don Danilo, della Caritas di Darfo (che è vicino a Boario terme). Don Danilo, conosciuta la sua opera in Malawi, ne resta colpito e le mette a disposizione una discreta eredità che una più o meno benestante signora gli aveva lasciato, con la raccomandazione che andasse spesa per "un'opera di bene permanente", un ospedale o qualcosa di simile. I soldi non sono certamente sufficienti per costruire un ospedale, ma per un'infermeria in Malawi, dove i costi dei terreni e delle costruzioni sono molto bassi, bastano e avanzano! Marina dapprima è contraria, data la sua "*allergia per i mattoni*", ma visto che don Danilo insiste, e che a caval donato non si guarda in bocca, quando finalmente riesce a tornare in Malawi raduna i suoi volontari e annuncia che per costruire una sede i soldi finalmente ci sono, ma che devono occuparsene loro, dall'A alla Zeta, progetto e costruzione e ricerca del terreno e tutto quanto, perchè lei ha ben altro a cui pensare, visto che deve ritornare dai suoi malati, e anche in fretta, visto che manca da tanto tempo. E che devono stare nel budget, perchè i soldi ci sono sì, ma sono solo quelli, e non ce ne saranno degli altri perchè la signora è morta e questo è tutto quello che le restava. E che non potesse morire una seconda volta e lasciare altri soldi lo hanno ben capito tutti, teste dure o teste molli che fossero, così i soldi li hanno fatti bastare e hanno costruito anche un bel posto, grande e luminoso, in una bella posizione, e quel che più conta secondo il loro stile africano, bagni senza acqua e belli lontani nel cortile, cucine all'aperto sotto tettoia, pozzo con pompa a mano in fondo al campo (che lusso! Acqua tutta per noi!), tetto in lamiera, senza alcun isolamento, amianto o lana di roccia che fosse, ma bello in alto, metri e metri sopra la testa, e via discorrendo.

Le cucine, gestite da volontarie.

Stile africano puro, che ha il grande vantaggio di farli sentire a casa loro, e non a casa degli "*azungo*", e di essere sempre e comunque alla loro portata, sia per quanto riguarda i costi di gestione che per le riparazioni. Per esempio le cucine non si guastano mai (sono due o tre fuochi accesi per terra, con pentolone appoggiato su quattro mattoni...), gli scarichi del lavello non possono intasarsi (è un buco scavato nel terreno, e si lava seduti per terra, come nelle loro capanne), i tubi non perdono mai e non si arrugginiscono (perchè non ci sono, si va a prendere l'acqua al pozzo col secchio, questo sì in modo diverso rispetto che a casa, perchè nei villaggi si va alla palude che è lontana – se no poi nella capanna le zanzare ti mangiano vivo e crepi di malaria – mentre qui il pozzo è vicinissimo e l'acqua è pure pulita!) e via discorrendo.

Fornello a due fuochi.

"*Ciò che non c'è non può rompersi*", come ben diceva il buon Henry Ford, che è diventato miliardario con la sua Ford Modello T, l'auto più semplice e priva di accessori che sia mai stata costruita, venduta in milioni di esemplari e disponibile "*in ogni colore purchè nero*", un best-seller proprio perchè costava poco, era un mulo e non si guastava mai. E inoltre la legna non costa nulla, rispetto ad una bombola di gas che qui costa più di 100 $ (tre mesi di salario minimo!!!), la bolletta dell'acqua non la paghi perchè i pozzi non hanno il contatore, sulla lampada a kerosene non paghi la potenza impegnata, la quota minima, il dispacciamento, il canone della tv, la chiusura e lo smantellamento del nucleare, i danni del terremoto di Messina del 1.908... e la cauzione e i costi di spedizione delle bolletta cartacea, se non hai la e-mail, che qui poco poco non sanno nemmeno cos'è.

Fornello a un fuoco.

Ma in compenso hanno black-out della corrente che durano anche più giorni di fila: io sono stato là 5 giorni e la corrente al centro non c'è mai stata! Ho dovuto fotocopiare i bilanci col telefonino, dato che la stampante non poteva funzionare, perchè Marina, a differenza delle suore Sacramentine dove alloggiavo, non ha un generatore d'emergenza (che costa, si guasta spesso perchè qui è sempre di fabbricazione cinese e consuma taniche di costoso gasolio). Certo il buon padre Danilo, in perfetta buona fede, aveva dato ad un architetto di sua conoscenza l'incarico di redigere un progetto dell'erigenda infermeria, e quello aveva fatto fuoco e fiamme perchè si costruisse qualcosa di "più intelligente e funzionale" , secondo i sacri canoni dell'edilizia europea. Ma Marina si era impuntata come un mulo (certo la forza di volontà e anche l'energia non le mancano, nonostante i suoi 40 kg scarsi di peso!) e aveva ottenuto che la costruzione venisse fatta così com'è ora: "sono loro che la devono usare, ed è giusto che i volontari se la facciano come vogliono loro", e secondo me ha avuto largamente ragione. Ora i locali si sentono a casa loro, hanno guadagnato parecchi gradini nella propria auto-stima (fattore non secondario per ex-ammalati di AIDS, svergognati e allontanati da tutti quando erano ammalati!) e soprattutto Marina si è consolidata nella fiducia dei suoi volontari, che ormai la considerano uno di loro e la proteggono e sostengono in tutto. Quasi un miracolo, per degli ex mercanti di schiavi... Un'altra anziana signora italiana ha avuto, pur senza sentirsi in dovere di morire, l'eccellente idea di regalarle un'auto, un pick-up cabinato che Marina ha fatto intestare direttamente alla Tiyende Pamodzi Ngo, ed ora sono pienamente operativi.

Il pick-up dell'associazione

Le spese fisse sono “tante”, ma pienamente accettabili e sostenibili: ci sono tre guardie fisse salariate, una per il giorno e due per la notte (non dimentichiamo dove siamo, territorio di ex.... fate voi, nella zona i nonni erano tutti assassini prezzolati e mercanti di schiavi!), che assicurano che nel centro non venga a mancare mai nulla, c'è un contabile, che (udite! udite!) sa leggere, fare di conto e parla pure inglese, che tiene la contabilità, fa un po' da interprete e redige relazioni e bilanci impeccabili (vedi quanto riportato in altra sezione della presente relazione), c'è un direttore amministrativo, che si occupa degli acquisti, della gestione dei soldi (col controllo incrociato del contabile e ovviamente sotto la supervisione di Marina, cosa indispensabile in Africa, dove sono tutti corretti e onesti, ma solo se non possono proprio farne a meno), e finalmente c'è un autista, che sa guidare in modo abbastanza accettabile (specialmente per chi si sente protetto da Dio). Altre persone salariate non ci sono, almeno per ora. Prossimamente ci sarà l'infermiera professionale e, solo per i giovedì, il (si spera) modesto compenso che verrà riconosciuto ai fisioterapisti. La struttura è quindi molto snella ed economica, visto anche che i salari sono quelli malawiani, nulla a che vedere quindi con i lauti compensi dovuti a personale europeo. Il lavoro che fanno è enorme, e la spesa minima.

Attingendo ad un pozzo tradizionale (tipo "well")

Una parola ancora sui volontari. Siamo tutti d'accordo che lavorando nel centro hanno la loro parte di benefici: mangiano “molto bene” (almeno secondo i canoni africani, e comunque soltanto al giovedì), beneficiano di qualche elargizione (qualche vestito usato, che qui è oro, del cibo avanzato, qualche piccolo commercio per i materiali usati nell'opera di assistenza, un sacco di fertilizzante all’anno, alcuni – molto pochi, perchè sono analfabeti- hanno un telefonino e qualche schedina di ricarica del credito, e a volte hanno perfino diritto ad una bicicletta, una specie di rolls-royce localmente intesa...), ma anche il cane muove la coda perchè tu gli dia un biscotto, e qui i biscottini sono veramente pochi ed economici. E non dimentichiamoci che siamo pur sempre in Africa, dove nessuno fa niente per niente, perchè se così facessero morirebbero proprio di fame. La beneficenza pura è un lusso riservato a noi ricchi, che sopravviviamo ugualmente, e spesso perfino meglio, anche se rinunciamo a qualcosa.

IL BILANCIO DELLA TIYENDE PAMODZI NGO (T.P.N.)

Il bilancio viene tenuto da un contabile, uno dei due soli partecipanti dell'associazione che parlano anche inglese e sanno perfino leggere e scrivere. L'altro è il direttore. Il contabile è salariato e percepisce 70.000 Mkw al mese lordi, vale a dire 83,9 €, che è una paga discreta (il salario minimo è di 30.000 Mkw) ma non elevatissima, se si considera che un maestro di scuola secondaria prende 90.000 Mkw al mese, e che i contabili sono in genere ben pagati. Il salario è lordo, nel senso che al dipendente si applica una trattenuta del 5% e inoltre il datore di lavoro versa un altro 10% aggiuntivo, per i contribuiti alla previdenza sociale. Quindi su 70.000 Mkw di salario lordo, il dipendente percepisce 66.500 Mkw netti e il datore di lavoro ne paga 77.000.

Le trattenute sono proprio basse, specialmente se paragonate a quelle che abbiamo in Italia (su 1.400 € di salario se ne sborsano più di 3000 in totale), ma mi domando che fine faranno, visto che qui siamo in Africa e fino al 40% delle tasse sparisce puntualmente ogni anno, senza lasciare alcuna traccia (vedi "*cash-gate*", cioè lo scandalo della cassa di stato che raduna tutte le tasse riscosse, e che puntualmente scompare al 40 %, che l'anno scorso si chiamava così, l'anno prima in un altro modo, e per l'anno prossimo troveranno un altro nome). Inoltre la svalutazione galoppante del Kwacha (moneta del Malawi) erode il potere d'acquisto reale dei contributi versati, dato che nel 2012 ci volevano 210 Mkw per acquistare 1 €, nel 2014 erano già 530 e oggi ce ne vogliono ben 835. Penso che qui valga già il principio che stanno tentando di far passare anche in Italia, e cioè che si pagano le pensioni ai vecchi rubando i contributi dei giovani, dato che quelli che i poveri vecchi avevano versato nessuno si ricorda neanche più chi li abbia a suo tempo rubati. Con la differenza che qui in Malawi per ogni vecchio rimasto in vita ci sono stormi di giovani a lavorare, ansiosi di farsi rubare i contributi, mentre da noi per ogni giovane futuro nato presto ci saranno stormi di vecchi da mantenere. Comunque per ora in Italia, in questo periodo di transizione, sono ancora i vecchi a mantenere i giovani disoccupati con la loro pensione e il cerchio si sta chiudendo, perchè non essendoci più abbastanza contributi da rubare ai giovani, ora iniziano a rubare anche ai vecchi, bloccando l'adeguamento all'inflazione e aumentando le tasse e le trattenute sulle pensioni. Certo che in questo campo abbiamo ancora molto da insegnare agli africani!

Sala trattamenti della Pamodzi Tiyende Ngo

Comunque la T.P.N. paga anche 36.000 Mkw lordi alla guardia diurna, e 34.000 Mkw, sempre lordi, a ciascuna delle due guardie notturne. Anche l'autista è salariato, mentre il direttore è un volontario, nonostante sia un intellettuale, perchè sa leggere e scrivere. Fa molto lavoro e assicura assidua presenza, e gli danno 30.000 Mkw al mese come rimborso spese (e non come paga, cioè non ci sono le trattenute).
Ogni volontario riceve ogni anno un paio di sacchi di concime, che qui è oro perchè raddoppia la resa dei campi (ma non sempre si avanzano i soldi per comperarli), e in cambio dà due sacchi di mais all'associazione, che li usa per i pasti del giovedì e per la distribuzione alle famiglie più povere.

Preparazione del mais donato nei locali della Pamodzi Tiyende Ngo - foto Marina Zanotti

Queste sono le uniche spese veramente fisse dell'associazione. Altre voci importanti di spesa sono il costo del gasolio e della manutenzione dell'auto, i rimborsi spesa per i trasporti dei terapeuti e dei pazienti all'ospedale, le medicine da distribuire (alcune si procurano gratis, altre no), i pacchi viveri per i poveri, il cibo per i pasti del giovedì, i tutori, gli arti artificiali e le carrozzine, la legna per cucinare i pasti, qualcosa di cancelleria e di corrente elettrica (per quando c'è, serve più che altro per far funzionare il pc e caricare i telefonini, più qualche lampadina). Queste sono tutte spese *"a fisarmonica",* nel senso che si allargano o restringono a seconda della disponibilità di risorse. Se ci sono parecchi soldi, si distribuiscono parecchi tutori e carrozzine e pacchi viveri, e si fanno parecchi viaggi di assistenza usando l'auto. Se no si tirano i remi in barca e si riduce l'attività. Ogni anno viene fatto un budget mese per mese, con le spese previste, e ogni mese si fa il bilancio mensile effettivo, per tener sotto controllo ogni scostamento. La contabilità è molto precisa, e non sto a dilungarmi oltre perchè troverete la copia dell'ultimo bilancio in calce a questa relazione. Riporto alla fine della relazione anche il listino dei presidi medici, tutori, carrozzine etc, con l'indicazione dei più usati (che come si può ben intuire sono quelli che non costano troppo). Marina tiene una specie di bilancio parallelo, nel senso che non fa confluire direttamente nel bilancio della T.P.N. le donazioni ricevute a suo titolo personale nel bilancio di previsione, ma tiene una riserva da spendere man mano che se ne presenta la necessità. Da scafata conoscitrice della mentalità africana, non vuol far vedere che ci sono troppi soldi altrimenti va a finire che li spendono con troppa larghezza, per spese magari utili ma non essenzialissime, e poi non si riescono a comperare le carrozzine, che magari non sono di "prima necessità" per l'associazione, ma sono indispensabili per chi le riceve. Le spese vengono infatti decise dal comitato della Pamodzi Tiyende Ngo e non da lei, così si riserva di decidere personalmente cosa comperare con le donazioni finalizzate (per esempio quando le ho mandato i soldi "*per una carrozzella"*, ha comperato veramente la carrozzella e l'ha data a nome della P.T.N., ma pagandola coi soldi "*fuori bilancio di previsione*".

L'handicappato con la bella carrozzella donata lo scorso anno.

Inoltre cerca di tenere un fondo per le spese straordinarie, per esempio qualche caso particolarmente bisognoso non previsto nel budget, o le spese di fine anno, quando i soldi stanno per finire ma bisogna andare avanti lo stesso. Di certo la P.T.N. non rischia di andare in rosso o di fallire, perchè in Africa si paga tutto alla consegna: se non hai i soldi, nessuno ti fa il pieno di gasolio o ti dà un sacco di mais, e poi non esistono le carte di credito, almeno non nei villaggi e nei paesi, e comunque l'associazione non è in grado (fortunatamente) di fare debiti: l'attività viene regolata per l'appunto "*a fisarmonica*", si cammina con le scarpe che si hanno. Nessuno ti fa credito, e se non hai i soldi non mangi. Detto così potrebbe sembrare una brutta cosa, ma se non ci sono crediti non ci sono neanche debiti, e la cosa ha anche i suoi lati positivi, che superano di gran lunga quelli negativi: non paghi interessi passivi alle banche, non hai l'angoscia della rata del mutuo che scade, non comperi cose che non puoi permetterti di pagare, non vai in rosso con la carta di credito... e non ti succede di dover comperare a credito sementi, concimi e pesticidi dalle multinazionali, come succede in India e nel Bangladesh, dove quando non arriva il monsone e i campi non danno raccolto migliaia di contadini, oberati dai debiti, si suicidano bevendo gli ultimi rimasugli dei pesticidi *che non sono più riusciti a pagare* e che li hanno portati alla rovina, in una sorta di macabro contrappasso, facendosi almeno, per la prima e ultima volta nella loro misera vita, una bella bevuta gratis!

DURANTE LA SETTIMANA.

Al di fuori del giovedì, i giorni della settimana sono dedicati alle visite in casa, o meglio in capanna, nei villaggi. Occorre andare sul luogo, sia per monitorare i casi più gravi (che non possono essere abbandonati a se stessi per 29 giorni perchè, come ricordiamo, ogni bambino per motivo di eccessivo affollamento ha diritto ad un solo trattamento al centro ogni mese), sia per visitare chi non si fa vedere da mesi (purtroppo non in pochi), sia per conoscere nuove realtà e cercare di convincere i nuovi casi, segnalati dai volontari dell'associazione, ad inserirsi nel programma di aiuto. Cosa non sempre facile a causa della (per noi) strana mentalità locale, come ben spiegato precedentemente.

Distribuzione gratuita sacchi di concime. ***Foto Di Marina Zanotti***

Solitamente Marina usa il pick-up a 4 ruote motrici dell'associazione, unico mezzo idoneo a raggiungere i villaggi più lontani, specialmente durante la stagione delle piogge, quando le "strade" diventano un mare di fango e i guadi risultano problematici, se non impossibili. La spesa per il gasolio è una voce molto importante nel budget dell'associazione. Il costo di un litro di diesel è anche qui superiore ad 1 € al litro, ed un pieno supera l'ammontare di due mesi di salario di una persona comune. Altra voce di spesa importante sono i "*service*" dell'auto, cioè i tagliandi di manutenzione, e le gomme. L'usura delle auto è particolarmente rapida, a causa delle strade molto dissestate.

Il giorno 7 dicembre, venerdì, iniziamo con la visita di un adulto di 50 anni circa. Vive in un piccolo villaggio a mezzora di strada dal centro. È affetto da tubercolosi ossea, che lo ha colpito alla spina dorsale. Lungamente trascurata e curata dai *singanga* (stregoni-sciamani locali), la malattia è progredita fino a paralizzargli gli arti inferiori. Ghettizzato dai familiari, quando Marina l'ha conosciuto trascorreva la sua vita per terra, in un angolo della capanna, in preda alla depressione ed allo scoraggiamento, perchè continuava (ovviamente) a peggiorare.

Assistito paraplegico affetto da tubercolosi spinale - su attrezzo di sua costruzione.

Disperato, ha accettato l'aiuto che Marina gli proponeva, dapprima con molte esitazioni e contro il parere dei familiari. Ha iniziato a frequentare il centro, dove con una cura di potenti antibiotici si è ottenuto l'arresto della malattia, ed ha iniziato un programma di riabilitazione e fisioterapia che ha portato a qualche miglioramento. Però si vergognava molto, perchè a causa della paralisi aveva perso il controllo degli sfinteri e si orinava e defecava addosso, capitandogli di sporcare anche al centro, davanti a tutti. Ha quindi preferito rimanere a casa propria, continuando con molta diligenza gli esercizi imparati al centro. Si è costruito una sorta di attrezzo ginnico col paraurti tubolare recuperato da un camion incidentato e con alcuni pali di bambù. Marina gli ha fornito delle stecche per le gambe e una rudimentale sedia a rotelle, che gli hanno permesso di recuperare un minimo di autonomia. Davanti ai miglioramenti ottenuti per merito della sua assiduità nel praticare gli esercizi, ha recuperato il rispetto di se stesso e dei suoi familiari. Il suo umore è molto migliorato, e ci comunica raggiante che "f*ra qualche settimana mi troverete a lavorare nel mio campo"*. Noi ne dubitiamo alquanto, visto lo stato delle sue vertebre lombari, macinate e corrose dalla tubercolosi, ma non disperiamo: la forza di volontà spesso fa miracoli. Gli lasciamo le sue medicine (che deve prendere ancora per un bel po', perchè quel tipo di tubercolosi non guarisce dall'oggi al domani) ed un pacco viveri, perchè non si senta troppo di peso per la sua famiglia, almeno fino a quando, Inshallah!, non potrà ricominciare a lavorare.

Un villaggio tipico, non particolarmente opulento né particolarmente sgarrupato.

Nota importante sulle foto dei piccoli assistiti: non sempre le foto corrispondono al caso descritto nel testo, dato che ho fatto un po' di confusione con le numerazioni. Del resto purtroppo la mia cinepresa (che intendevo usare anche come ottima macchina fotografica) si è rotta già alla prima settimana, e sono riuscito a farla riparare soltanto dopo la visita a Marina a Namwera. Ho maledetto

il momento in cui ho deciso di lasciare a casa la mia Nikon coi suoi ottimi obbiettivi, ma d'altro canto non me la sono sentita di zavorrare ulteriormente il bagaglio (come sempre già in sovrappeso) o di farmi venire come al solito il torcicollo, visto che la sua borsa passa i 5 kg di peso.

La mia povera cinepresa smontata e sbudellata con mezzi di fortuna.

Tutte le foto sono state quindi scattate in emergenza col telefonino, mezzo certamente non troppo idoneo allo scopo, anche a causa della mia scarsa dimestichezza con l'attrezzo in questione e la grande difficoltà nel riuscire a vedere i soggetti sullo schermo, sotto la potente luce del sole africano. Terribilmente penalizzante è stata anche la mancanza di uno zoom adeguato e la seccante presenza di un notevole ritardo di scatto, nonché la necessità di tenere il malefico apparecchio con una sola mano per poter riservare l'altra alle operazioni di regolazione. Ho quindi talvolta preferito scegliere gli scatti più esemplificativi, senza rispettare strettamente la corrispondenza dei soggetti al testo descrittivo, anche perché non sempre mi ricordo ora bene chi fossero i vari bambini e le relative madri. Può quindi essere che nel testo si critichi l'agire di una madre, ma che l'illustrazione più prossima non riprenda proprio lei, bensì un'altra donna senza colpa. Devo però dire che la qualità del pur microscopico obbiettivo dello smart-phone, sia per quanto riguarda le foto che i filmati, mi ha positivamente impressionato.

Il secondo caso è una bambina di 12 anni, che però ne dimostra 6 al massimo. È molto grave, soffre di disturbi neurologici ed epilessia. Sembra che abbia subito dei gravi danni cerebrali durante il parto, ma chi può veramente saperlo? È tutta rigida e rattartinata su se stessa, sembra fatta di sasso. Prende dei farmaci molto potenti, che la rimbecilliscono totalmente, quasi che ce ne fosse ancora bisogno. Purtroppo però sono indispensabili, perchè non appena viene diminuito il dosaggio, si graffia e si morde da sola, autoferendosi in modo raccapricciante. Oppure cade in preda a crisi epilettiche, rischiando di andare in pezzi per le convulsioni.

Marina e una volontaria esperta che tentano di sbloccare le articolazioni ankilosate.

La madre la accudisce amorevolmente, e le pratica la ginnastica tutti i giorni, ma nonostante questo è rigida come un pezzo di legno. Le lasciamo le sue medicine e degli unguenti, ma in cuor mio spero che il buon Dio, che sia il nostro o il suo Allah, prenda una decisione in fretta e la faccia migliorare, oppure che abbia pietà e la chiami presto a sé.

Marina con piccola paziente.

Il terzo caso è una bambina di 6 anni, nata male e paraplegica, e con danni cerebrali. Non parla e quasi non si muove, ma non è messa così male come nel caso precedente. La madre la trascura molto, e si vergogna di lei. Non ci consente neanche di fare fotografie, e si capisce che l'ha proprio abbandonata, sia dal suo atteggiamento che da quello della bambina, che non la riconosce nemmeno. È la nonna a prendersi cura di lei, e quando la prende in braccio il visino della piccola si illumina tutto di un disarmante sorriso. Difficilmente la poverina riuscirà a recuperare almeno una relativa autonomia, nonostante le amorevoli cure della nonna che le pratica diligentemente gli esercizi di ginnastica passiva. Mi domando che cosa ne sarà di lei quando la vecchia morirà, lasciandola in balìa di quella megèra di sua madre, capace soltanto di incamerarsi le medicine e soprattutto il pacco viveri.

Marina con paziente affetto da sarcoma di Kaposi ad una gamba.

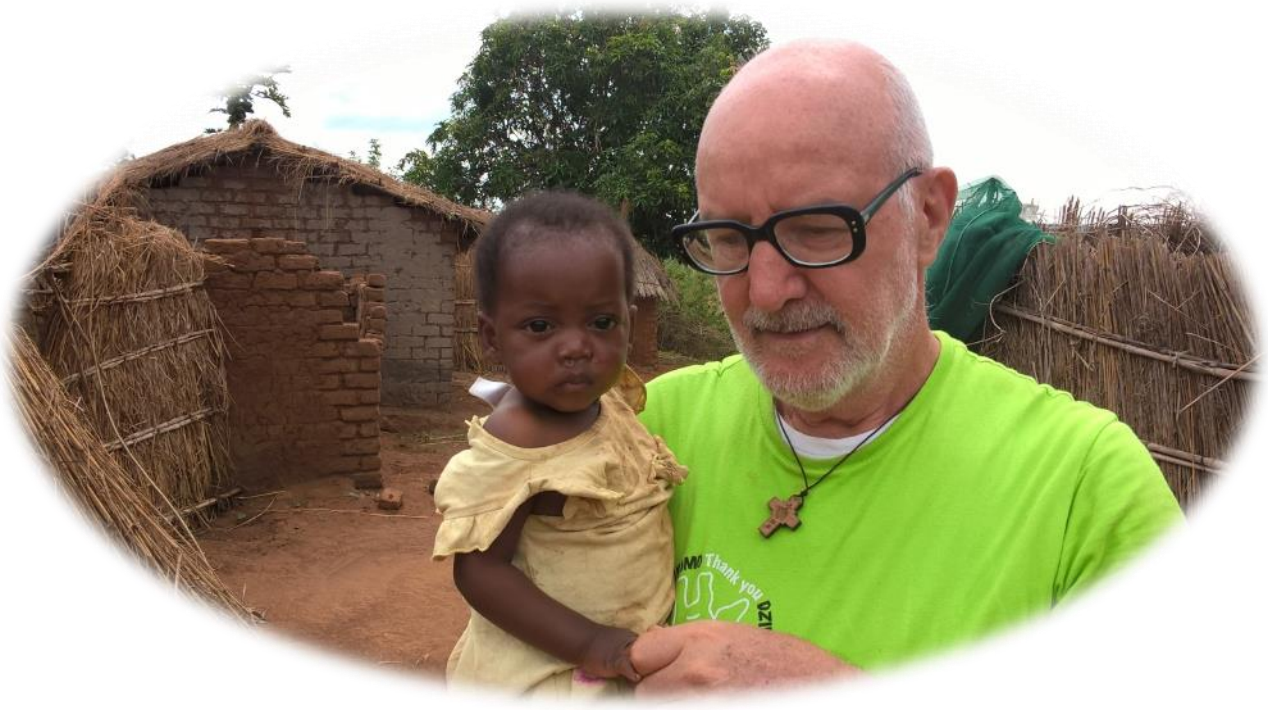
Il quarto caso, raggiunto dopo un lungo viaggio per tratturi improbabili e lontani, attraversando guadi e sfidando la sorte su instabili cavalconi (perché anche chiamarle passerelle sarebbe un pietoso eufemismo), è un terribile caso di sarcoma di Kaposis, un tumore cutaneo che colpisce i malati gravi di AIDS. Si tratta di una cosiddetta malattia opportunista, causata da un virus, l'*Herpesvirus umano 8* (HHV-8) che in teoria abbiamo tutti quanti, essendone portatori sani, e non è contagioso perché già ne siamo stati tutti contagiati, ma quando le difese immunitarie si abbassano fin quasi ad azzerarsi, ecco che ti salta addosso e ti pugnala alle spalle. Solitamente colpisce nella vecchiaia, dove è ad evoluzione molto lenta ed è poco pericoloso. Ma la musica cambia in caso di AIDS... Nelle etnie di pelle chiara dà adito ad una facile diagnosi iniziale, perchè si manifesta dapprima con macchie scure o violacee sulla pelle, molto evidenti. Nei neri purtroppo però queste macchie passano inosservate, confondendosi col colore scuro della pelle, fino a quando la malattia non progredisce causando bolle e piaghe orrende.

La gamba ora "grandemente migliorata" (per fortuna!!!) del paziente con Kaposi.

Il paziente visitato è un giovane di circa 30 anni, che si è fatto “curare” per più di un anno dal *singanga* locale, con nefasti risultati. La malattia è progredita alla grande, devastandogli una gamba in modo raccapricciante. Abbandonato dalla moglie e da tutti, è tornato a vivere con sua madre, ed ha avuto il buon senso di accettare le cure di Marina, che lo ha dapprima fatto ricoverare all'ospedale di Blantyre, dove le cure per i malati di AIDS sono gratuite (ma perchè allora non ci vanno subito tutti? È qui che subentrano i problemi culturali di cui si è parlato...). Curato con Bleomicina e Vincristina, oltre che coi soliti anti-retrovirali, prima che fosse veramente troppo tardi, è grandemente migliorato ed ora per fortuna è fuori pericolo. Succede infatti che l'infezione, che colpisce prevalentemente gli arti inferiori (ma non solo), risalga fino ai genitali (ti fa due palle così...), entri nel midollo osseo (ti fa marcire dal di dentro), si espanda nei polmoni (ti soffoca dall'interno come una spugna maligna...) e dopo un'orrenda agonia (finalmente!) ti porta via (ed ecco che crepi solo e abbandonato e disprezzato da tutti, annaspando e annegando nel tuo pus. Amen!).

Marina lava ben bene le sue piaghe ripugnanti (in India ho medicato anche dei lebbrosi, alla “clinica” del dr. Jack Praeger, all’aperto su un marciapiede di Calcutta, e ho imparato a non far troppo lo schizzinoso, ma devo dire che qui ho molto ammirato la sua professionalità e il suo “stomaco”!), poi macina delle pillole di uno speciale antibiotico e le spolvera sui bubboni, per tener lontano le mosche e le formiche, soprattutto quando dorme (non dimentichiamo dove siamo! In una capanna in Africa...con nidi di formiche e termiti sempre a portata di mano!) e per impedire pericolose sovra-infezioni batteriche, vista anche la debolezza immunitaria del soggetto, e rifà la fasciatura con bende pulite. Ma la cosa più importante è che restiamo a parlare un po' con lui, ridandogli speranza ed una prospettiva di guarigione e di una nuova vita. Ammalato di AIDS, svergognato dalla comunità, abbandonato dalla moglie e da tutti, sono mesi che vive segregato e senza conforto, vedendo il suo corpo marcire giorno per giorno, senza rimedio! Ora con gli anti-retrovirali la musica è finalmente cambiata, è ha beneficiato di consistenti miglioramenti (meno male! Mi domando come fosse prima, la sua gamba! A me è sembrata spaventosa anche così... e dal vivo è perfino peggio che in fotografia!) anche se non è ancora del tutto fuori pericolo. La Vincristina non è acqua fresca (alla fin fine è una chemioterapia) e come tutti sappiamo non si può

continuare a somministrarla se i livelli di emoglobina scendono troppo, così Marina gli lascia i suoi medicinali ma gli raccomanda di andare all'ospedale di Blantyre per un controllo. Gli lasciamo anche i soldi per il viaggio, perchè l'ospedale è lontano e lui, che non può certo lavorare, non ha una lira. Il ragazzo ci sembra molto positivo (non solo dal punto di vista sierico) e motivato, ed abbiamo ragionevoli speranze che spenda veramente i soldi per il viaggio fino all'ospedale, e non se li spari tutti quanti in *cachasso* (il tremendo distillato locale, più ricco di alcool metilico che di alcool etilico stesso, e che ogni anno fa centinaia di morti per intossicazione).



Fratello Roberto, della missione Montfortana di Balaka, compagno di viaggio a Namwera.

Il quinto caso è quello di una donna "benestante", che soffre di sarcoma osseo ad una gamba, in stadio avanzato e quasi certamente già metastatizzato, visto i sintomi. Vive in una casa in muratura, con finestre con vetri (che qui non ha nessuno) tetto in lamiera e tutto quanto. Ha la televisione, la radio, e perfino una credenza con qualche piatto in ceramica e qualche bicchiere di vetro (che lusso!!). È stesa per terra su dei tappeti. Gode di un relativo benessere perchè ha un paio di figli che lavorano in Sudafrica, e mandano un po' di soldi a casa. Il fatto non è positivo, perchè ha perso l'umiltà (che qui già è poco di moda, fra questa gente orgogliosa e dura, ex mercanti di schiavi...) ed ha la presunzione di potersi curare da sola, o meglio di scegliere le cure che ritiene più adatte. Ha un po' di soldi, qui è considerata "una signora", ed ha attorno molti amici e soprattutto amiche, che la riempiono di "buoni consigli", cantando ognuno la propria canzone. Il risultato è che non segue le cure del caso, si affida pendolarmente a questo o a quell'altro *singanga* che propone rimedi sempre più miracolosi (e ovviamente costosi, almeno secondo i canoni del luogo), e il suo male continua a progredire. Marina caccia fuori tutta la sua corte di buone donne, che fanno solo confusione e che si impicciano su tutto, e passa quasi due ore a cercare di convincerla ad affidarsi ad una cura seria. Per me è tempo perso, primo perchè la sua patologia ormai mi sembra irreversibile, e secondo perchè si vede bene che con lei è tutto fiato sprecato, presuntuosa e tignosa com'è. Ma che vada a quel paese, lei e i suoi figli in Sudafrica! invece me ne vado io a fare un giro nei dintorni, anche perchè qui non ci faccio nulla, è proibito anche filmare o fotografare, visto che sono musulmani e che se la tirano

tanto. E poi non so una parola di *chichewa*, e men che meno di *chao*. Invece fuori faccio comunella con gli

immancabili e simpaticissimi bambini, che fanno a gara per vedersi in foto, e me la godo un mondo. Finisce che Marina le lascia le medicine (dei viveri non ha certamente bisogno) e se ne viene via esausta e scoraggiata. Ma tanto quella ci creperà del suo sarcoma, mi dico io, che non ho certamente il grande cuore e la *"pietas"* di Marina. Marina è una santa e finirà in Paradiso, io sono soltanto un economista, e con qualche raccomandazione per le buone azioni che ogni tanto cerco di fare mi guadagnerò tutt'al più un buon posto all'Inferno, a tenere la contabilità del carbone e delle emissioni di CO2 delle fornaci infernali.

In Africa coi bambini ci si diverte sempre!

Il sesto caso è una donna di circa 50 anni, col diabete. Come dicevamo, anche se qui circola poco zucchero (perchè costa troppo, per le loro magre finanze) i casi di diabete sono piuttosto frequenti, a causa della *n'sima*, la polenta locale, fatta di mais super-abburattato e super-raffinato, che ha un altissimo indice glicemico e nessun minerale o vitamina residuata da quella assurda lavorazione. La capanna della donna è molto lontana, in aperta campagna, e la raggiungiamo con un piccolo trekking, dopo aver lasciato l'auto dove finisce la strada. Il paesaggio è magnifico, ci sono colline in lontananza, e pittoresche nuvole bianche nel cielo. È la stagione delle piogge, ed ora i cieli sono magnifici, specialmente al tramonto. La donna sta bene, la vediamo arrivare con un gran secchio d'acqua sulla testa, di ritorno da un lontano pozzo. Certo non soffre di cervicale... ci sediamo sotto un grande albero di mango, davanti alla sua capanna, lei ci offre dei manghi (molto buoni ma fibrosi) e Marina le dà le medicine e le raccomandazioni del caso.

Marina con la donna diabetica (e i suoi buoni manghi!)

Lei ha ben capito che deve mangiare la polenta integrale (che da noi sarebbe considerata già poco adatta per i diabetici, ma qui è l'unica cosa che c'è) e che la *n'sima* è diventata un veleno per lei, ma è sempre meglio ripetere e ribadire le cose, perchè qui la gente ha la testa dura. Inoltre non ci sono gli stick per controllare la glicemia, con l'insulina occorre andare ad occhio, quando invece andrebbe dosata periodicamente, almeno un paio di volte all'anno, perchè la malattia è evolutiva, e gli incidenti di ipo-iper glicemia sono frequenti. Questo succede a volte anche da noi, con tutti i controlli che abbiamo, figuriamoci qui, dove è giocoforza tirare un po' ad indovinare e dove non c'è la cultura adatta ad affrontare una malattia cronica. Marina sta sudando sangue per far capire ai suoi pazienti diabetici che non è che prendendo l'insulina *guarisci*, ma tiri solo a campare e devi starci dietro sempre! Qui dopo 15 giorni di insulina si sentono meglio, si reputano guariti e smettono. Con tutto quel che ne consegue. Questo per dire che il diabete in Malawi è un problema ben più serio che da noi. Qui ci rimettono facilmente le penne.

La settima visita è quella di una donna vecchissima, non sa nemmeno lei quanti anni ha. Qui l'anagrafe non c'è. Però dimostra 100 anni, almeno giudicando dalle rughe. Si chiama Marta, ed è un bel tipo! Da giovane era musulmana, ma il marito la picchiava (ovviamente, perchè lei doveva essere un po' vivacetta, e fra i musulmani la cosa non è bene accetta) e così... l'ha lasciato! Qui in Africa nera, in piena zona musulmana, una ragazza ti va a lasciare il marito! Un coraggio stupefacente, direi. E non solo, si è pure fatta cristiana! Se fosse stata in Arabia, sarebbe finita lapidata. Invece si è sposata uno dei rari cristiani, stando insieme a lui fino alla sua morte, avvenuta nel 1980. Lei è donna di fede. Ha sempre frequentato la chiesa, andando a messa tutte le domeniche, facendosi 20 km a piedi, 20 andata e 20 al ritorno. Si vede che la cosa l'ha tenuta in forma, perchè ha continuato fino a un paio d'anni fa. Adesso non ce la fa più, e così Marina la domenica la manda a prendere con l'auto, per portarla a messa. Vive da sola, e bada a se stessa.

Marta, l'anziana donna cattolica.

Ha due bastoni, uno vecchio e consunto, per tutti i giorni, e uno liscio e "nuovo", per la domenica: *mica fare brutta figura*... Ha il volto saggio e sereno di chi ha vissuto in modo giusto e nel bene. Si è messa in mente che morirà quest'anno (dicono che a volte le persone molto anziane, che hanno vissuto serenamente camminando nell'ombra di Dio, sentono con sicurezza quando è arrivato il loro momento) e non avendo figli ha venduto il suo campo, la sua unica ricchezza, ed ha dato tutti i pochi (ma che qui sono tanti!) soldi ricavati a Marina "*per le persone anziane e povere*"*!* Marina ha tentato di dirle che servono di più a lei che non ha nulla, ma non c'è stato verso: "*io sto per morire e non mi servono*", le ha detto serenamente. Ha tenuto solo la sua capanna, che lascerà alla donna che le porta da mangiare. Ci offre un piatto di fagioli, il suo pranzo: "*io non ho più fame come una volta"*, ci dice in chichewa. Però io il chichewa non lo capisco, così i fagioli finisce che se li mangia tutti fratello Roberto, che è in Africa da anni e il chichewa lo capisce benissimo.

L'anziana donna cattolica nella sua stanza. Dorme per terra…

L'ottavo caso è una ragazzina di 12 anni, con una gamba amputata sopra il ginocchio (meno male! Se si conserva l'articolazione dell'anca non è poi tanto male. Ho visto una volta un film di pirati, e ce n'era uno con una gamba di legno che se la cavava benissimo, anzi era il più cattivo di tutti!). Due anni fa si era fatta male alla gamba, e la ferita, trascurata e dapprima curata dal solito *singanga*, si era infettata. L'infezione era penetrata nell'osso, e si era trasformata in osteomielite. Trascura tu che trascuro anch'io, *singanga e risinganga*, l'osso si era corroso "fino all'osso" e si era rotto. Finalmente portata in ospedale a Blantyre, l'avevano ingessata ed imbottita di antibiotici. È andata avanti un anno così, antibiotici ed un'ingessatura dopo l'altra. Ma l'infezione non si era fermata (non è che all'ospedale hanno fatto tanto meglio dei singanga...) e l'osso si è sbriciolato. Si è infettato il midollo.

Ragazza con gamba amputata a causa di una banale infezione trascurata.

Quando Marina è venuta a saperlo, ha fatto di tutto per convincere la famiglia a dare il consenso all'amputazione, ma per settimane si sono rifiutati, perchè qui gli zoppi non sono molto ben visti. Finalmente è riuscita a fargli capire che sarebbe morta certamente, perchè con le infezioni del midollo non si scherza, e le avevano finalmente amputato la gamba, che per fortuna è risultata ancora buona appena sopra il ginocchio. La ragazzina è finita in depressione, certamente pensando che l'attendeva una vita da sciancata, di pena e di stenti. Così Marina, durante la nostra visita finalizzata al controllo della medicazione e alla consegna delle solite medicine, ha avuto la buona idea di proporle un incontro con un'altra ragazza della sua stessa età che (vedi la fortuna!) ha anch'essa subito l'amputazione di una gamba e che ora, con un arto artificiale fornito dalla Tiyende-Pamodzi-Ngo, che mica per niente significa "*camminiamo insieme*", è in grado di condurre una vita normale e perfino di frequentare autonomamente la sua scuola. L'incontro è avvenuto una settimana dopo la nostra visita, e Marina mi ha riferito che le due ragazze, lasciate sole perchè potessero confidarsi senza imbarazzo, si sono subito intese e hanno confabulato a lungo. Non so se abbiano parlato anche del pirata "*Gamba di Legno*", ma Marina al telefono mi ha detto che alla fine del colloquio la ragazzina finalmente sorrideva felice!

Il giorno dopo, sabato 8 dicembre, partiamo presto perchè ci aspetta un lungo viaggio. Faremo solo due visite, ma in villaggi assai lontani. La prima è una bambina cerebrolesa ed epilettica. Non

meravigli la grande diffusione dell'epilessia, perchè quando il cervello rimane offeso, per traumi durante il parto o per malformazioni dovute alla carenza di elementi essenziali alla crescita, come l'acido folico, il fosforo o lo iodio, spesso va in “corto circuito” causando per l'appunto delle crisi epilettiche.

Piccola cerebrolesa in stordente terapia anti-epilettica.

Il villaggio è lontanissimo, e si consuma un botto di gasolio per arrivarci, ma Marina è molto preoccupata perchè la bimba, pur inserita in un programma di assistenza continuativa presso il centro, non si vede da quasi un anno. Conoscendo l'atteggiamento della madre nei suoi confronti, e temendo il peggio, si è finalmente decisa ad andare a trovarla, nonostante le difficoltà. Infatti la bimba appare molto trascurata. Vive in una povera capanna in mezzo al nulla, che anche qui dobbiamo raggiungere a piedi. La madre vive da sola coi suoi figli, senza nemmeno uno dei suoi numerosi precedenti “mariti” a darle assistenza. Vero è che qualche pio benefattore va e viene in settimana, a confortarla durante le lunghe notti africane e lasciandole qualche piccolo aiuto economico, ma fondamentalmente la povera donna deve cavarsela da sola. Non ha nemmeno una nonna ad aiutarla. La bimba è lasciata per terra come uno scarafaggio, su un cencio sudicio. Ha le giunture tutte calcificate ed indurite, segno che non le fanno fare movimento e tanto meno ginnastica terapeutica, come pur è stato insegnato alla madre. Appare molto sottopeso, al limite della denutrizione (limite inferiore, naturalmente, cioè partendo dall'alto e arrivando fino in basso. Poco oltre si muore). Quando ci si trova in queste condizioni, basta andare all'ospedale di Blantyre, che è attrezzato apposta per questi casi, e si viene inseriti in un programma di recupero che prevede il ricovero ed un'alimentazione apposita, ricca di vitamine e proteine, che fa recuperare il peso in alcune settimane. È un programma governativo, finanziato credo dalla comunità europea (ma non ne sono sicuro). All'ospedale ce l'avevano già portata in precedenza, ed aveva recuperato un po'. Dietro le insistenti domande di Marina la madre giura e spergiura di aver portato la bimba in ospedale regolarmente ogni tre mesi, per i controlli del caso, l'ultima volta a settembre, come le era ben stato raccomandato. Ma dal libretto sanitario (tutti i pazienti sono dotati di un quadernetto sul quale vengono segnate le condizioni di salute e le cure ricevute. A volte sono quasi illeggibili, frusti

e bisunti come sono, e anche solo dalle condizioni del quadernetto si può intuire il livello di diligenza col quale vengono seguiti i piccoli) si riesce ancora a capire che l'ultimo accesso risale a marzo 2018! Del resto le condizioni della bimba non lasciano dubbi. La mamma racconta delle belle balle! Dice di far la fisioterapia tutti i giorni, ma la bimba è completamente ankilosata. Dice di nutrirla con regolarità, sforzandosi di farla mangiare, ma è magra da far spavento (è vero però che quando sono cerebrolesi, è spesso difficile far mangiare i bambini. Non masticano, non ingoiano...qui da noi li nutrono col sondino). Dice che la porta in ospedale per i controlli, ma non è vero (certo che l'ospedale è molto lontano, e non ci sono mezzi di comunicazione, tranne i taxi-moto, che si fanno ben pagare...). Non viene alle sessioni di fisoterapia… (ma è anche lontanissima dal centro, e poi è da sola, come farebbe?). Marina insiste ed insiste, le parla per quasi due ore. Io dopo un po' me ne vado a gironzolare nei dintorni, tanto non capisco il chichewa, e men che meno la traduzione in chao della volontaria anziana che ci ha accompagnato, che parla sia il chao che il chichewa, ma non parla inglese. E, ovviamente, è pure analfabeta. Visito tutti i termitai della zona, col cellulare faccio foto ai bambini, cerco riparo dal sole a picco in qualche strisciolina d'ombra... niente da fare, Marina non molla. Vuole a tutti i costi salvare la piccola. Ma dopo averle praticato la fisioterapia (a fatica, ingrippata com'è la piccina!) e dopo due ore di estenuante parlare col muro anche lei deve desistere. Le lascia medicine e pacco viveri e se ne viene via in lacrime: "*Io a queste madri qui* (evidentemente non è il primo caso così che incontra) *il bambino glie lo toglierei!!*" mi confida piangendo e tremando tutta dal nervoso. Ma qui non ci sono i servizi sociali, e la T.A. (traditional autority, che è il sistema di giustizia parallelo che opera in Malawi) darebbe certamente ragione alla madre. Qui non c'è niente di strano o di ingiusto che questo tipo di bambini finisca per morire. "*It's the Afrique, stupid!*"

Marina che insegna fisioterapia ad una madre molto accudente e amorevole.

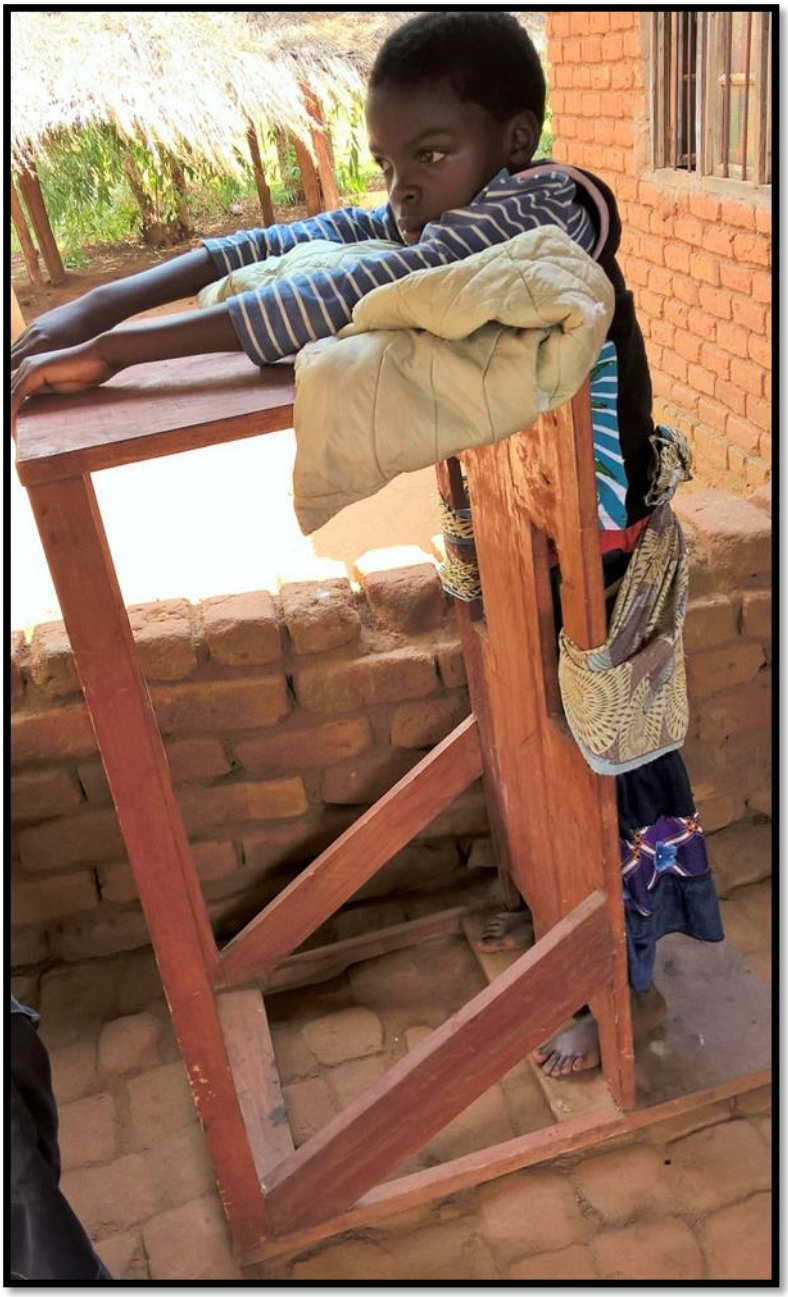
Anche a me la cosa non garba affatto, ma a difesa della madre bisogna pur dire che versa in una situazione di indigenza, e che non è una cima neanche lei, perchè probabilmente è cresciuta denutrita anch'essa, e che l'ospedale e il centro sono molto lontani, e non ha né i mezzi né i soldi né il tempo per andarci, e che deve pur sempre fare i suoi due lavori per poter sopravvivere (uno è coltivare il suo magro campo di mais, come tutti). Chi resterebbe ad accogliere il prossimo buon benefattore, se dovesse starsene lontano ad accudire la piccola? (perchè non si può certo contare troppo sul personale dell'ospedale!) Non verrebbe più nessuno, non guadagnerebbe più nulla e

morirebbero comunque tutti di fame. E poi ha anche altri figli a cui badare, senza nonni o parenti sui quali contare. Chi si prenderebbe cura di loro, che non hanno nemmeno un padre? Rischierebbe di trascurarli e di perderli, e tutto per cercare di salvare un caso disperato che, non possiamo dimenticarlo, qui è pure considerato

una maledizione e una vergogna. "*Che sarebbe pensier non troppo accorto perder duo vivi per salvare un morto*" (Torquato Tasso, *L'Orlando Furioso*). Magari in cuor suo spera perfino che la bimba se ne muoia presto, e tolga così il disturbo. E forse forse anche a me vien amaramente da pensare la stessa cosa... anche se per motivi molto diversi. Almeno finirebbe di soffrire...

Poche capanne sperse nel nulla...

Il secondo caso, raggiunto anche qui dopo un lungo viaggio per strade improbabili, è un'altra bimba cerebrolesa (ma quante ce ne sono? E quelli che accettano di farsi seguire da Marina sono solo la punta dell'iceberg!) Ha 6 anni, ma ne dimostra a malapena 2. I genitori la trascurano, ma ci sono i nonni che si prendono cura di lei. Specialmente il nonno le dà molto affetto, e si vede che le vuole un gran bene! La bimba non parla ancora, e forse non lo farà mai, visto come è messa. Non cammina, non gattona nemmeno. Marina le aveva dato uno "standing" per aiutarla ad imparare a stare in piedi da sola (vedi oltre per le spiegazioni sugli "standing"), ma risulta che non è fatto bene e le fa male alle gambine, che sono molto gracili e non la sostengono. Prendiamo nota che va cambiato, e Marina glie ne farà avere presto un altro più adatto. La volontaria anziana aiuta Marina a praticarle la fisioterapia, ripassando coi nonni (in lingua *chao*) la manovre che hanno già imparato al centro. La bimba è un caso molto grave, ma almeno si vede che è morbida ed elastica, e che i nonni le fanno fare ginnastica tutti i giorni. Riescono in qualche modo anche a nutrirla adeguatamente, non è magrissima come nel caso precedente, ma non cresce comunque. Almeno però la sua piccola vita vale la pena di essere vissuta! Lasciamo medicine (per evitare le solite convulsioni epilettiche) e un buon pacco viveri, che contiene specialmente la "*chiponde pala*", cibo locale particolarmente energetico e facile da ingoiare, appositamente studiato per bambini denutriti. Dubito che potrà crescere molto, ma almeno la piccina starà un po' meglio!



Ragazzina paraplegica su uno "standing".

LA POMPA A PEDALI

Oggi solo due visite: sembrano poche, ma la strada è stata lunga, pittoresca, ed anche molto dissestata. Mi sento le ossa tutte frullate, come la panna in un frappè. Qui le buche non scherzano! Per non parlare del consumo di costoso diesel. Ma abbiamo ancora il tempo per un piccolo fuori-programma: Marina mi ha parlato di una "**pompa a pedali**" che ha procurato per uno dei suoi volontari anziani, e che gli consente di coltivare un orto anche durante la stagione secca.

Un importante viadotto locale.

Il caso vuole che non sia troppo lontano da qui, e così passiamo a vedere come funziona, perchè ci tengo molto. Può essere una buona idea da proporre anche in altri luoghi. Lasciamo l'auto e ci inoltriamo per un sentiero in mezzo ai campi. Passiamo vicino ad uno strano posto, una forra tutta scavazzata: è una cava di "*dambo sand*", una speciale terra grigio-nera che si trova in prossimità delle paludi, e che viene usata al posto del cemento per costruire le capanne. Qui le case sono fatte prevalentemente di mattoni, anche se ce ne sono ancora di quelle rotonde, in graticcio di canne e ramaglie, rivestite di fango. Ma sono sempre più rare, perchè i mattoni sono più resistenti e poi qui non costano niente, perchè se li fanno da sé. Scavano l'argilla dal terreno (ce n'è a bizzeffe!) e usando una forma di legno fanno giù dei mattoni, che fanno poi asciugare al sole. Quando sono ben secchi e bei duri, li accatastano in piramidi squadrate, lasciando alla base delle aperture, e li ricoprono di fango. Poi accendono il fuoco nelle aperture sottostanti e fanno arrostire i mattoni per alcuni giorni. Quando il fumo diventa azzurrino e trasparente, dicono che sono cotti e pronti per l'uso. Niente a che vedere con la qualità e la durezza dei nostri mattoni, cotti in fornaci chiuse e ad una temperatura ben più elevata, ma qui non c'è il gelo e il ghiaccio a far danni e per qualche decennio resistono lo stesso all'azione delle forti piogge. I problemi arrivano piuttosto dalla mancanza di cemento, che qui viene dal Sudafrica e costa il doppio che da noi, e quindi è un lusso improponibile per chi guadagna (se ha un lavoro!) 35 € al mese. Quindi usano il fango al posto del cemento, e il fango migliore è per l'appunto questa "*dambo sand"*, la sabbia nera di palude. Qualche anno resiste, ma richiede poi continua manutenzione, se no le piogge alla fine la sciolgono e la casa ti crolla in testa. Il tetto dei poveri è fatto di "*elefant grass*", un'alta erba che cresce qui, e che può raggiungere i 3 m di altezza. Va cambiata ad ogni stagione.

Una "fornace" per cuocere i mattoni.

I più ricchi usano la lamiera ondulata, la "*malata*", che costituisce la maggior spesa nella costruzione di una casa. 100 mq di "*malata*" di scarsa qualità arrivano a costare anche 500 €!! Una cifra pazzesca, ed è il marito che quando si sposa deve procurarsela, se può. Ma se muore durante il matrimonio, i suoi parenti (quelli per parte di madre, perchè qui la parentela che conta è quella della madre, tant'è vero che il capo famiglia, responsabile dell'educazione dei ragazzi, non è il padre come da noi, ma il fratello maggiore della madre, lo"zio": "*mater semper certa, pater numquam"*... e infatti è raro che i mariti durino a lungo, di solito spariscono con gran facilità), dicevamo se il marito se ne muore durante il matrimonio, approfittando del fatto che qui la vita media è fra le più basse del mondo, i suoi parenti dopo il funerale si precipitano a riprendersi la lamiera del tetto, che era pur sempre sua di diritto. E' quindi meglio rimaner vedove durante la stagione secca, piuttosto che in quella delle piogge (*vedova bagnata...vedova sfortunata!*). Ma proseguendo per campi e boscaglie, alla fine arriviamo ad una zona paludosa dove vicino ad una pozza d'acqua è piazzata la pompa "a pedali" che volevo vedere: si tratta di una specie di "step", tipo quelli che ci sono nelle nostre palestre, che però invece che premere su delle molle aziona due pistoni che pompano l'acqua della pozza attraverso un tubo, e la spingono in un altro tubo che va ad irrigare un campo di pomodori. Tutti i terreni intorno sono ancora secchi, perchè la stagione delle piogge sta iniziando solo ora, ma qui i pomodori sono già alti e anzi hanno già fatto un raccolto, consentendo di ricavarne un discreto reddito: il costo dei pomodori fuori stagione è più elevato che a stagione delle piogge inoltrata, quando crescono a bizzeffe e tutti li vendono. La pompa viene azionata a turno da una mezza dozzina di ragazzini, tutti in età elementare. Infatti sono appena tornati da scuola, e vengono qui tutti i giorni a spompazzare per un paio d'ore, per tener fede ad un accordo che hanno preso col padrone del campo: lui ha comperato le divise scolastiche nuove, e loro gli assicurano l'irrigazione dei pomodori.

I pistoni della "pompa a pedali"

Da noi griderebbero allo scandalo e al *"becero sfruttamento di lavoro minorile*", qui invece è considerata un'ottima idea: i ragazzini sono orgogliosi di potersi pagare da soli le loro divise nuove, e i pomodori crescono rigogliosi, assicurando un buon reddito ai padroni dei campi. La pompa viene infatti condivisa, e i vari coltivatori la usano un po' per ciascuno. Si chiama "**Money Maker Max irrigation pump**", prodotta dalla **Kickstart**, una onlus di San Francisco-USA (***www.kickstart.org***), che ha già venduto/distribuito più di 300.000 pompe di questo tipo nel mondo. Mi sembra che costi sui 200$, e Marina l'ha procurata per uno dei suoi volontari anziani. A me sembra un'idea grandiosa, tanto più che i bambini possono tenersi in gran forma tonificando polpacci e glutei, ed infatti sono tutti bei magrettini e snelli. Nelle vicinanze cresce anche qualche cespuglio di canna da zucchero, e ne approfitto per riempirmi ben bene i denti di fibre e filacce, masticandone un grosso pezzo: è molto succosa e dolce, e qui è usata come una specie di caramellona, per la gioia di bambini e adulti. In India e anche in Sud-America la spremono ricavandone dei bei bicchieroni di succo, ricco di vitamine e sali minerali, che viene venduto a prezzi popolari. È una bomba di sana energia, e contrariamente a quanto si possa pensare, non causa il diabete o gravi danni alla salute come fanno le bevande gasate, come Coca Cola e company (vedi https://www.giuseppelimido.com/bibite-gassate-veleno-mentite-spoglie_nexus-n-69/).

Potrebbe essere una buona idea lanciare una piccola iniziativa di micro-credito per acquistare una semplice macchina spremitrice, che permetta di vendere il succo di canna nelle città. In questo modo tutto il ricavato dell'attività rimarrebbe interamente nel territorio, perchè la canna da zucchero viene prodotta direttamente dai piccoli contadini. In Malawi esistono già delle cooperative nate spontaneamente fra gruppi di donne nei villaggi: ognuna mette una piccola somma di denaro, e quando raggiungono una cifretta congrua una di loro la prende in prestito per iniziare una piccola attività, solitamente di commercio, pagando anche un giusto interesse e restituendo a poco a poco il prestito, che così rimane disponibile per un'altra iniziativa.

La "pompa a pedali" in azione.

I casi di insolvenza sono praticamente nulli, perchè le donne si conoscono tutte e si aiutano fra di loro. Nessuna si mette a fare la furba, perchè si troverebbe contro tutte le altre. È interessante notare come l'iniziativa sia completamente in mano femminile: quando si tratta di soldi, gli uomini in Africa non sono MAI affidabili. Le donne invece hanno la responsabilità di tirare avanti la famiglia, ed hanno un migliore senso del denaro e del risparmio. Come nelle vecchie famiglie contadine del Nord Italia (e forse anche del Sud, che però non conosco a sufficienza), dove le finanze erano sempre in mano alle donne: l'uomo lavorava e "portava a casa" il salario, e la donna lo amministrava, lasciando qualche piccolo boccone al marito, per i suoi vizietti, e riservando il resto alle spese di casa. Come cambiano i tempi...

GLI AUSILII TERAPEUTICI

Uno dei compiti che Marina si è assunta è quello di fornire un aiuto "meccanico" ai disabili locali, nei limiti del possibile e compatibilmente con le sue limitate risorse. Si tratta di carrozzine per paraplegici, arti artificiali (come gambe e braccia di plastica o di legno, bustini per la schiena, o economici uncini da pirata al posto delle mani, come le ho proposto io, etc.), attrezzi per la ginnastica terapeutica, standings etc. Niente a che vedere con i sofisticati e costosi dispositivi usati qui da noi, si tratta invece di semplici attrezzi per lo più auto costruiti, che menti ingegnose hanno studiato e concepito per raggiungere il miglior risultato col minimo costo. Alla fine di questa relazione riporto qualche esempio, tratto dal libro: **" *How to make simple disability aids*", edizioni Ahrtag,** 2,50 sterline.

Uno dei problemi per esempio è quello di aiutare i bimbi disabili a stare in piedi, per non lasciarli tutto il giorno spiaccicati per terra come dei ragni. Per questo si usa lo "*standing*", dall'inglese "*stando in piedi"*, che è una specie di incrocio fra un banco ed uno sgabello, al quale il bimbo viene legato usando un *"chitenge*" (la coloratissima pezza di stoffa che le donne usano come vestito, come sacco per portare i prodotti del campo o dal mercato, come zainetto per tenersi i bambini più piccoli in spalla, etc.). Le braccia sono posate sulla sommità del banchetto, e le gambine atrofizzate si abituano un po' per volta a sopportare il peso del magro corpicino.

Standings e semplici attrezzi di ausilio terapeutico

Un altro ausilio è un grosso pallone, sul quale viene posto di pancia il bimbo, che impara a gattonare. Però non ci sono soldi per comperare un pallone per tutti (in Malawi i palloni hanno un costo esagerato, perchè sono di importazione e poi non costituiscono un genere di prima necessità, così i bambini – quelli sani – per giocare si costruiscono dei palloni artigianali con fibre di palma strettamente avvolte su se stesse o, più modernamente, con sacchetti o fogli di plastica ugualmente arrotolati strettamente. Se vuoi far la gioia di un intero villaggio, basta che gli regali un vero pallone! Oppure un paio di scarpe da calcio. Le usano un po' ciascuno, ovviamente una per volta, per massimizzare la resa: uno la scarpa destra, e un altro la sinistra!). Nelle capanne, in mancanza dei grossi palloni terapeutici, usano un secchio avvolto da una coperta, sul quale fanno appoggiare di pancia il bimbo, che può rotolare avanti e indietro, e rafforzarsi un po' le braccine e le gambine, prima di essere in grado di progredire quel tanto che basta per poter farsi legare al suo primo standing. Oppure ancora si usano delle parallele di bambù, alle quali ci si attacca per mantenere l'equilibrio e poter muovere i primi passi, dopo aver fatto molto standing e quando si è in grado di farlo.

Un discorso a parte meritano le carrozzelle, che sono molto utili ma particolarmente costose. Quelle per adulti servono per chi ha le gambe paralizzate, ma ha conservato l'uso delle braccia. Devono avere le ruote adatte ad un terreno accidentato, perchè nei villaggi non ci sono pavimenti o strade asfaltate. Senza una carrozzina, i paraplegici sono condannati ad una vita di inutilità ed impotenza, mentre riacquistando una loro autonomia sono in grado di dedicarsi a qualche attività ed a piccoli commerci (qui chiedere l'elemosina non è considerato onorevole, e quindi nessuno ti dà nulla), che consente loro di rendersi economicamente autosufficienti e soprattutto li aiuta psicologicamente, facendoli sentire ancora vivi ed utili. Nel passato mi è capitato di sostenere Marina in questo campo, e devo dire che è particolarmente gratificante ricevere le foto delle persone (che Marina è molto diligente nel mandare sempre), che sorridono felici con la loro nuova gamba di legno o con la carrozzina pulita e lucida, raggianti come se avessero un'auto nuova! A Namwera ho incontrato un anziano paraplegico che mi ha mostrato tutto orgoglioso la sua carrozzella, che si sposta azionando una manovella e gli consente di andare dappertutto, anche in fuoristrada. “Me l'ha regalata un

donatore dall'Italia, che Allah lo benedica e lo protegga!", ha esclamato in un inglese stentato. Io non gli ho detto che il

donatore ero io, ma sono stato così contento che gli ho regalato anche una bella camicia che avevo: di questi tempi, con tutti gli estremisti islamici che ci sono in circolazione e il pericolo di attentati e di rapimenti, una buona benedizione da parte di Allah può far sempre comodo!

Per i bambini è un po' più complicato trovare una carrozzina giusta, perchè ognuno ha una patologia diversa e soprattutto non solo sono piccoli e non riescono ad azionare una carrozzina standard, ma sono anche in fase di sviluppo e anche facendo costruire un dispositivo su misura in poco tempo risulta troppo piccolo e non più adatto. Grazie al cielo, Dio vede e Dio provvede! Sapevo di questo non facile problema, e neanche a farlo apposta quando sono andato in Zambia per controllare gli ultimi pozzi scavati per conto della **Madzi Ali Moyo** (significa *"L'acqua è vita"* in chichewa, ed è un'organizzazione di Crema con la quale collaboro da tempo. Un pozzo tipo "*borehole*", cioè trivellato - vedi alla fine della relazione la differenza fra pozzo "*well"* e pozzo "*borehole*" - completo di piazzola di cemento, canaletto di scolo e pompa a mano, costa 3.500 € circa), ho fatto base presso la Casa del Volontario di Chipata, diretta da una coppia di sposi italiani che vivono in Africa da molti anni, Enrico e Simonetta. E di che cosa si occupa Simonetta? Ma di bimbi handicappati, per conto di una onlus italiana! Ha molta esperienza in materia, e contrariamente a Marina è inserita in una struttura "professionale" (se così possiamo chiamarla) che ha molti contatti ad ogni livello. Vengo quindi a sapere che esiste un'associazione di pensionati in Australia, la "***Wheel chairs for Kids inc. - Australia*** – sito: ***www.wheelchairsforkids.org*** - e-mail ***wchairs@bigpond.net.au*** " - che fabbrica carrozzine per bambini disabili che hanno la caratteristica di essere modulabili, vale a dire che si possono regolare secondo le esigenze delle diverse patologie, e anche secondo le diverse stature dei bambini.

Carrozzina regolabile della Wheelchairs for Kids australiana

La stessa carrozzina quindi può essere usata per molti anni, e anche da adulti. Inoltre sono state espressamente studiate per muoversi in fuoristrada (ovviamente non ci puoi fare il motocross, ma su terreno mediamente accidentato ci stanno dentro). Dall'Australia le forniscono GRATIS, ma occorre pagare il viaggio e fornire una dettagliata relazione sul loro utilizzo: in parole povere, te le danno solo se dimostri di avere gli utilizzatori finali che effettivamente la stanno aspettando, e non te le incameri per lasciarle inutilizzate a marcire in un qualche magazzino, come purtroppo spesso avviene per molti aiuti governativi, accidenti a loro!! Inoltre devi dimostrare di essere in grado di adattare l'attrezzo al bambino, e per far questo occorre valersi di un fisiatra che ha frequentato un corso specifico, avere la sua prescrizione medica e anche una sua relazione. Simonetta ha preso accordi con l'ospedale di Lusaka, che può fornire le necessarie garanzie, ed ha fatto arrivare un container da 20 piedi carico di carrozzine smontate. Non tutte sono già assegnate, e quindi alcune potrebbero essere destinate ai piccoli di Marina. Riesco quindi a mettere in contatto Simonetta con Marina, e la cosa avrà un seguito, anche se ci sono voluti tre giorni prima di riuscire a parlare tramite whatsup (a Namwera è mancata la corrente per altri 5 giorni di fila, e Marina non riusciva a ricaricare il telefonino: e anche questa è Africa!). Presto Marina farà un viaggio in Zambia per incontrare Simonetta, e se tutto va per il verso giusto fra non molto le prime carrozzine modulabili arriveranno anche a Namwera.

Bambina paraplegica e cerebrolesa.

CONCLUSIONI

Sono rimasto molto impressionato dall'opera di Marina. Non ho mai visto tanta efficienza, coinvolgimento e spirito di abnegazione, nemmeno fra le suore di Madre Teresa a Calcutta in India. E anche tanta professionalità e tanti buoni risultati, nonostante la grande scarsità di mezzi. Ma penso che il risultato più grande sia stato per Marina quello di essere riuscita a coinvolgere la gente locale nel suo operato, tanto che la maggior parte del lavoro sono proprio i volontari locali a farlo. Risultato ancor più stupefacente se si considera che sono tutti analfabeti, appartenenti ad una etnia molto problematica e testarda, musulmani e per giunta quasi tutti sieropositivi ed ex ammalati gravi di AIDS. Per non parlare del problema della lingua, della sicurezza personale e delle comunicazioni

sul territorio. Marina ha compiuto un vero e proprio miracolo, e penso che ci sia riuscita soltanto fornendo un esempio di amore incondizionato e coinvolgimento totale della sua persona: "*ci ha messo la pelle*", come si suol dire, e questo è in grado di far breccia anche nei cuori più duri. Ho visto molte situazioni,

sia a Namwera che in altre parti del Malawi e dell'Africa, progetti più grandi e più piccoli, organizzazioni governative ed internazionali, movimenti cristiani, congregazioni, e anche singoli privati che portano coraggiosamente avanti pur validissimi ed indispensabili progetti a favore della popolazione: ma sempre ho avuto l'impressione che la gente locale "lavorasse per i bianchi", cioè fosse lì soltanto per interesse personale e per ricevere lo stipendio, senza un vero e proprio coinvolgimento personale finalizzato al progresso e al benessere della propria gente. E la triste conseguenza di tutto ciò è che non appena gli "*azungo*" (noi bianchi) se ne vanno e vengono a mancare i continui finanziamenti e soprattutto la direzione da parte degli *"alendo"* (gli stranieri) tutto va alla malora e si spegne come un fuoco di paglia. Nella Tiyende Pamodzi Ngo invece la gente locale si è fatta coinvolgere in un'opera che considerano come la loro, e agiscono in prima persona invece che all'ombra dei bianchi. Tramite la Tiyende Pamodzi Ngo stanno veramente imparando a *"camminare insieme"*, e questo è un valore che va perfino al di là di ogni altro risultato.

Autore: Giuseppe Limido – dicembre 2018

Resto a disposizione per ogni eventuale approfondimento e chiarimento:

giuseppe.limido@gmail.com ; tel. 329 66 21 534

altre notizie e spunti di riflessione sul mio sito: www.giuseppelimido.com : consultare specialmente la sezione "RISORSE", dove sono riportati alcuni articoli interessanti di interesse generale, la sezione "SOLIDARIETA' ", sugli interventi di aiuto solidale, **dove potrete trovare anche la versione digitale di codesta relazione,** e la sezione "EVENTI e NEWS", con la registrazione di alcune mie conferenze, in formato MP3. Nella sezione "TESI" si può scaricare gratuitamente il mio libro "**Prevenzione e cura del cancro in Medicina Naturale e Alternativa**", sia in formato Word (versione interattiva, coi links e gli "oggetti package" attivi e funzionanti), sia in formato PDF (dove sia i links che gli "oggetti package" appaiono solo come immagine, e quindi non sono attivi), disponibile anche in forma cartacea (ovviamente a pagamento) su Amazon:

https://www.amazon.it/Prevenzione-cancro-medicina-naturale-alternativa/dp/8868546302/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1550488329&sr=8-1&keywords=giuseppe+limido

(o più semplicemente inserire "giuseppe limido" nel motore di ricerca di Amazon).

VEDI OLTRE PER GLI ALLEGATI

ALLEGATO 1

Considerazioni sulla diversità fra un pozzo tipo “ borehole” ed uno tipo “Well”.

Liberamente tratto dalla relazione ***“Nuovi pozzi in Zona di Kafumbwe - gennaio 2014”*** - autore Giuseppe Limido.

Un pozzo aperto del tipo "well". Da notare le corde in fibra vegetale.

Il pozzo tipo *“**borehole**”* viene trivellato con apposito macchinario, e risulta di diametro limitato, in genere una dozzina di cm circa. Il foro di scavo viene incamiciato da una tubazione di plastica, che serve a tenerlo aperto e pulito, in cui viene infilata una tubazione in acciaio zincato *(“pipes”)* che serve a portare l’acqua in superficie, ovviamente collegata ad una pompa posta in fondo al pozzo ed immersa nell’acqua, ed una lunga asta sempre in acciaio zincato, che serve a trasmettere il moto al

pistone della pompa. Il pozzo viene sigillato e in superficie viene posta una torretta dotata di una leva a funzionamento manuale, che trasmette il moto all'asta in acciaio zincato di cui sopra. Tutto intorno viene realizzata una piazzola in cemento, con piccolo canaletto di scolo dell'acqua in eccesso. L'indiscutibile vantaggio di un pozzo *"borehole"* è che essendo chiuso e sigillato, l'acqua che si attinge rimane sempre pulita e non inquinata da detriti e insetti provenienti dall'esterno. Inoltre l'uso di una trivella permette di raggiungere profondità molto maggiori rispetto ad uno scavo a mano, consentendo di prelevare acqua da una falda profonda, esente da inquinamenti dovuti a percolazione di acqua di superficie sporca o inquinata, e di norma abbondante anche durante la stagione secca. Zihas (*il trivellatore di Chipata, Zambia. Come al solito è di etnia indiana, anche se ora stanno diffondendosi anche molti cinesi. Gli africani non ci pensano neanche a cimentarsi in imprese "complicate" come condurre un'attività "industriale" o commerciale di un certo livello*) per principio trivella sempre fino alla profondità di 45 m, a prescindere dal livello in cui intercetta l'acqua. Last but not least, le trivelle perforano anche la roccia viva, cosa quasi impossibile da effettuare a mano, visto che gli unici mezzi di scavo a disposizione sono la zappa ed eventualmente grossi martelli.
Un pozzo tipo ***"well"*** invece viene scavato a mano, ed ha un diametro di circa 1,5 m o anche più. Non richiede l'uso di macchinari particolari, ed è alla portata di una realizzazione autogestita dalla popolazione locale, ma per ovvie ragioni non viene mai scavato nella roccia viva, anche se in teoria ciò sarebbe anche possibile. Isolati blocchi di roccia o piccoli massi possono infatti essere fatti "saltare" arroventandoli con un grosso fuoco (di norma si usano copertoni d'auto, alla faccia dell'inquinamento) e inondandoli poi con secchiate d'acqua (gli antichi romani invece, più sofisticati, usavano secchiate di aceto e fascine di legna, dato che bruciare le ruote delle bighe e dei loro carri non dava un buon risultato). Il salto termico e la conseguente termo retrazione porta alla fessurazione del blocco di roccia, che viene poi più agevolmente rimosso a suon di sante mazzate ("*metodo Cayenna*", o "*procedimento colonia penale*" che dir si voglia). Risulta evidente però il rischio a cui si va incontro, perché se il pozzo è già molto profondo e quindi con circolazione d'aria già difficoltosa, sussiste la possibilità di un ristagno di gas nocivi, o quanto meno di anidride carbonica, sul fondo, con conseguenze nefaste per il primo operatore che scende subito dopo l'incendio.
Comunque anche in condizioni normali oltre i 20 m di profondità cominciano ad esserci rischi di asfissia dell'operatore, dovuti alla scarsità di ossigeno sul fondo a causa del limitato ricambio d'aria. Per ovviare parzialmente a ciò occorrerebbe effettuare uno scavo di diametro più elevato.
Con terreno compatto, come quasi sempre accade, a scavo effettuato le pareti del pozzo possono essere rivestite da una camicia in mattoni. Ma questo non avviene sempre. Se invece il terreno si presenta franoso, occorre costruire la camicia di mattoni man mano che si procede nello scavo.

Il vero problema con questo tipo di pozzo aperto è l'igiene e la qualità dell'acqua. Essendo aperto, nel pozzo cadono insetti e detriti, che marciscono sul fondo. Inoltre spesso si attinge l'acqua tramite secchi, per legare i quali si usano corda in fibra vegetale, auto costruita con materiale locale (in genere una varietà di agave) che si sporca, sia per le centinaia di mani non certo immacolate che la maneggiano, sia perché mentre si attinge la corda cade per terra, e poi ogni volta si risciacqua puntualmente nell'acqua pseudo-potabile sul fondo del pozzo. In aggiunta periodicamente le corde si usurano e si spezzano, e restano a marcire nell'acqua sul fondo, insieme ad un ricco campionario di multicolori secchi di plastica. Questo tipo di pozzi era in uso anche in Italia, fino a meno di 100 anni fa. Mio padre mi racconta che una volta all'anno si scendeva nel pozzo per pulirlo e sanificarlo dai detriti. Da giovane, quando praticavo la speleologia in forma attiva, è capitato anche a me di essere chiamato per questa operazione, che compivo con grande divertimento. In Africa invece nessuno se ne fa carico, non so se per mancanza di iniziativa, come purtroppo spesso qui accade, o se per mancanza di corde abbastanza resistenti per calarsi giù. Fatto sta che questi "wells" sono sempre ingombri di ogni cosa. Infine questi pozzi aperti non sono quasi mai molto profondi (in genere 8/10 m), e raccolgono acqua dalla falda più superficiale, che spesso non risulta sufficientemente depurata dal limitato tragitto di percolazione nel terreno. La presenza di insediamenti umani nelle vicinanze, con tutto il connesso carico di animali varii (maiali, vacche, capre, pollame…) e di latrine scavate direttamente nel terreno, ovviamente senza alcuna vasca biologica, non fanno che aggravare il problema della qualità dell'acqua. In alcuni casi viene

istallata una pompa manuale ed il pozzo viene sigillato, evitando i problemi più grossolani di inquinamento, ma resta il fatto che l'acqua appartiene pur sempre ad una falda superficiale, con i citati dubbi in fatto di purezza, e che spesso viene a mancare durante la stagione secca, proprio nel momento di maggior bisogno perché pure molti pantani (prestatori di ultima istanza in caso disperato) vengono a disseccarsi.
Quindi la presenza di un pozzo del tipo *"well"* non inficia, in genere, la necessità dello scavo di un più efficiente ed adatto pozzo di tipo *"borehole"*.

Un pozzo tipo "borehole" (realizzato dalla Madzi Ali Moyo) con pompa a mano e piazzola in cemento (Katiombola Community School – Zambia).

Un altro pozzo tipo "borehole" (sempre realizzato dalla Madzi Ali Moyo) con pompa a mano e piazzola in cemento completa di canaletto di drenaggio. (Zilewo Community School – Zambia).

ALLEGATO 2

IL COSTO DELLE PROTESI E DELLE CARROZZINE

QUEEN ELIZABETH CENTRAL HOSPITAL: ORTHOPAEDIC CENTRE

PRICE LIST FOR ORTHOPAEDIC APPLIANCES

CATEGORY I (PROSTHESES)

No.	APPLIANCE	CHILD AMOUNT in MWK
	UPPER LIMBS	
1.	Shoulder Disarticulation Prosthesis	110, 000.00
2.	Above Elbow (Trans-Humeral) Prosthesis	90, 000.00
3.	Trans-Radial Prosthesis	60, 000.00
4.	Partial Hand Prosthesis	30, 000.00
5.	Hand Replacement	30, 000.00
	LOWER LIMBS	
1.	Hip Disarticulation Prosthesis	120, 000.00
2.	Above Knee Prosthesis (TF)	90, 000.00
3.	Through Knee Prosthesis (TK)	90, 000.00
4.	Below Knee Prosthesis (TT)	60, 000.00
5.	Symes (TA) Prosthesis	50, 000.00
6.	Partial Foot Prosthesis	30, 000.00
7.	Jointed Extension Prosthesis	80, 000.00
8.	Non-Jointed Extension Prosthesis	50, 000.00
	REPAIRS	
1.	Above Knee Socket Replacement	25, 000.00
2.	Knee Joint Replacement	40, 000.00
3.	Below Knee Socket Replacement	20, 500.00
4.	Foot Replacement	30, 000.00
5.	General Repairs	5, 000.00

CATEGORY II (ORTHOSES)

		CHILD
1.	TLSO	50, 000.00
2.	Lumbar Corset Pre-fabricated)	35, 000.00
	UPPER LIMBS	
3.	Humeral Brace	15, 000.00
	LOWER LIMBS	
4.	H KAFO	
5.	Joint KAFO	25, 000.00
6.	Straight KAFO	25, 000.00
7.	AFO	20, 000.00
8.	AFO with Tamarak Joint	25, 000.00
9.	Dynamic AFO	15,000.00
10.	General Repair	5, 000.00

CATEGORY III (LEATHER WORK)

		CHILD
No.	**APPLIANCE**	**AMOUNT in MWK**
1.	Shoe Raise	500.00 /cm
2.	Surgical Boots	15, 000.00
3.	In- Sole (Full)	1, 000.00
4.	In- Sole	500.00
5.	Axilla Crutches (wooden)	4, 000.00
6.	Axilla Crutches (Metal)	15,000.00
7.	Elbow Crutches	15,000.00
8.	Walking Frame	20, 000.00
9.	Standing Frame	50, 000.00

QUOTATION

Sakaramenta
P.O. Box 3309
Blantyre
Malawi

SAKARAMENTA
quality for everyone

Tel: +265 994 492 043
Email: info@sakaramenta.com
Website: www.sakaramenta.com

We thank you for your enquiry and below is our quotation;

Date: 12 November 2018
Contact Name: Marwa Zanotti
Organisation: TIYENDE PAMODZI GROUP
Telephone: 0998 696 241

TPIN: 30772926
Quote #: 201181211/hf001

Description	Unit Price	Quantity	Amount
Twinkle Tricycle	543,750	1	543,750
Wheelchair	390,000	1	390,000
Bicycle Ambulance	375,000	1	375,000
	Sub Total		1,308,750
	VAT	0.0%	-
	Grand Total		1,308,750

Terms of Trade:

1. A 60% deposit is required upon confirmation of order, final payment must be made upon delivery
2. This quotation is valid for 14 days

Yours faithfully,
Ceaseria Sokela
info@sakaramenta.com
0994 492 043 / 0999 027 045

For Deposits: Standard Bank, Acc Name: Sakaramenta, Acc #: 9100000298961, Branch: Blantyre Main.

effect from 1 Ju

FEED THE CHILDREN MALAWI

CARPENTRY WORKSHOP

PRICE LIST

ITEM	PRICE(MK)
WALKING FRAME	7,800.00
BABY WALKER	8,450.00
CP CHAIR	10,335.00
CORNER SEAT	9,880.00
SPECIAL ST.FRAME	13,065.00
SPECIAL .CP. CHAIR	11,245.00

Feed The Children (Malawi)
Blantyre Branch
07 NOV 2013
P.O. Box
Blantyre, Malawi
Tel: +265 (0) 1 659 999

PRICE LIST

APPLIANCE		PRICE
12-02-2018		
Above knee Calliper Adult with clog		12 000,00
Above knee Calliper Child "		8 500,00
Below knee Calliper Adult "		10 000,00
Below knee Calliper Child "		6 500,00
Clog Adult replacement		4 500,00
Soft Clog		7 500,00
Flipper small		5 000,00
Sfab	pair	13 000,00
Sandal	pair	12 500,00
Boot	pair	15 000,00
Shoe	pair	10 000,00
Knee piece	pair	3 000,00
T - Strap	pair	2 500,00
Knee Pad	pair	6 500,00
Hand Pad	pair	6 500,00
Walking Stick metal		3 000,00
Walking Stick Wood		2 500,00
Elbow crutch metal	pair	14 000,00
Axilla Crutch metal Adult	pair	13 000,00
Axilla Crutch metal Child	pair	10 500,00
Wooden Axillary Crutch Adult	pair	12 500,00
Wooden Axillary Crutch Child	pair	9 000,00
Wooden Axillary Crutch Adult adjustable	pair	15 500,00
Rollator metal Adult		13 000,00
Toilet Seat (Commodo)		17 500,00
Rollator Wood		7 500,00
Walking frame metal Adult		12 500,00
Walking frame metal Child		10 000,00
Walking frame Wood		8 500,00
Wooden baby walker		10 000,00
CP Chair with table		15 000,00
Corner Seat with table		10 500,00
Headresst		4 500,00
Standing table		15 500,00
Tricycle Adult		160 000,00
Tricycle Child		160 000,00
Wheelchair Adult		160 000,00
Wheelchair Child		160 000,00

ALLEGATO 3 - BUDGET DI PREVISIONE E BILANCIO DELLA TIYENDE PAMODZI NGO

BUDGET & FINANCIAL REPORT- JANUARY TO JUNE 2018

- Monthly budgets
- Monthly cash collected
- Monthly Cash Expenditures

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR JANUARY 2018

BUDGET		K 1,243,143	FINANCIAL Cash Collected K1,300,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Diesel	400, 000	Diesel	326,500
2	Internet	3,500	Internet	3,500
3	Salaries	242,627	Salaries	242,627
4	Pension contribution	29,616	Pension contribution	29,616
5	AGM	95,000	AGM	128,000
6	Volunteer Training	418, 400	Volunteer Training	132,400
7	Dr. Aallowance	30,000	Dr. Aallowance	30,000
8	Volunteers food	24, 000	Volunteers food	6,000
9			Escom	10, 000
10			Communication	25,000
11			Youth program	15, 000
12			Others	20,450
13			Equipments	11,000
14			Ink	20,000
15			Bonus	40, 000
16			Stationery	3,600
17			Coordinators food	4,000
	TOTAL	K1,243,143		K1,317,693

The remaining amount in Bank account after January withdraw is K 1,321,868

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR FEBRUARY 2018

BUDGET		K1,237,602	FINANCIAL Cash Collected K1,300,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Diesel	400,000	Diesel	264,500
2	Salaries	321,702	Salaries	321,702
3	Pension contribution	32,900	Pension contribution	32,900
4	Escom	10,000	Escom	10,000
5	Communication	30,000	Communication	30,000
6	C.O.F & Insurance	200,000	C.O.F & Insurance	193,575
7	Stationery	5,000	Stationery	5,000
8	Coordinators food	8,000	Coordinators food	8,000
9	Farming	210,000	Farming	210,000
10	Ink	20,000	Ink	20,000

11			Construction	31,920
12			Equipments	43,500
12			Others	5,500
14			Volunteer food	8,500
	TOTAL	K1,237,602		K1,185,096

The remaining amount in Bank account after February withdraw is K 8,847,873

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR MARCH 2018

BUDGET		K1,012,192	FINANCIAL Cash Collected K1,100,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Diesel	400,000	Diesel	293,100
2	Car service	200,000	Car service	214,854
3	Salaries	292,304	Salaries	292,304
4	Pension contribution	31,388	Pension contribution	31,888
5	Escom	10,000	Escom	10,000
6	Communication	30,000	Communication	30,000
7	Youth program	15,000	Youth program	15,000
8	Coordinators food	8,000	Coordinators food	8,000
9	Volunteers food	5,000	Volunteers food	5,000
10	Equipments	20,000	Equipments	20,000
11			Construction	47,880
12			Others	28,500
	TOTAL	K1,012,192		K996,526

The remaining amount in Bank account after March withdraw is K 7,747,973

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR APRIL 2018

BUDGET		K570,465	FINANCIAL Cash Collected K600,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Salaries	305,465	Salaries	335,465
2	Ink	20,000	Ink	20,000
3	Escom	10,000	Escom	10, 000
4	Communication	30,000	Communication	30, 000
5	Youth program	15,000	Youth program	15, 000
6	Stationery	10,000	Stationery	7,000
7	Coordinators food	8,000	Coordinators food	8, 000
8	Dr. Aallowance	40,000	Dr. Aallowance	40, 000
9	Volunteers food	32,000	Volunteers food	27,770
10	Loan	100,000	Loan	100, 000
11			construction	15, 960
12			Food	15, 000

13			Pension	32,900
14			Diesel	277,567
	TOTAL	K570,465		K904,662

The remaining amount in Bank account after April withdraw is K7,147,973

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR MAY 2018

BUDGET		K1,044, 665	FINANCIAL Cash Collected K1,100,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Diesel	200, 000	Diesel	292, 700
2	Food / Rice	300, 000	Food / Rice	250, 000
3	Salaries	336, 100	Salaries	336, 100
4	Pension contribution	32, 565	Pension contribution	32, 565
5	Escom	10,000	Escom	8, 000
6	Communication	30,000	Communication	30, 000
7	Youth program	15, 000	Youth program	15, 000
8	Stationery	10, 000	Stationery	11, 600
9	Coordinators food	8, 000	Coordinators food	8, 000
10	Dr. Aallowance	40,000	Dr. Aallowance	40, 000
11	Volunteers food	28, 000	Volunteers food	28, 000
12	Farming transp. & sacks	35, 000	Farming transp. & sacks	75, 000
13			Safer construction	13, 980
14			Food on quarterly report	20, 000
	TOTAL	K1,044, 665		K1,160, 945

The remaining amount in Bank account after May withdraw is K 6, 047,973

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR JUNE 2018

BUDGET		K1,311, 234	FINANCIAL Cash Collected K1,350,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Diesel	100, 000	Diesel	191, 550
2	Maize procurement	715, 000	Maize procurement	715, 000
3	Salaries	305, 465	Salaries	333, 992
4	Pension contribution	32, 900	Pension contribution	32, 565
5	Escom	10,000	Escom	10,000
6	Communication	30,000	Communication	30, 000
7	Coordinators food	8, 000	Coordinators food	8, 000
8	Dr. Allowance	40,000	Dr. Aallowance	40, 000
9	Volunteers food	25, 000	Volunteers food	25, 000
10	Computer key board	7, 000	Computer key board	7,000
11	Internet	3,500	Internet	3,500

12	Advance	30, 000	Advance	30, 000
13			Ink	20, 000
14			Salt	3,500
15			Farming / Sacks	6, 000
16			Equipments	4, 000
17			Stationery	4, 800
	TOTAL BUDGET	**1, 311, 234**	**EXPENDITURE**	**K1, 441, 084**

The remaining amount in Bank account after June withdraw is K 4,697,973

As of July 2018 the remaining amount in Bank account after July withdraw is K 3, 297, 973

TIYENDE PAMODZI GROUP BANK ACCOUNT TRANSACTION 2017-2018

MONTH	DATE	DESCRIPTION	INCOME	EXPENDITURE	BALANCE MK
JANUARY	22/12/17	RECEIVED CASH		MK 1, 300, 000	
	30/12/17	Brought forward			MK 1, 321, 868
	25/01/18	**Received cash from Marina friends**	**10,000£ 8,826,104**		**8,826,104**
		TOTAL			10, 147,973
FEBRUARY	30/01/18	RECEIVED CASH		1,300,000	8,847,873
MARCH	27/02/18	RECEIVED CASH		1,100,000	7,747973
APRIL	27/03/18	RECEIVED CASH		600,000	7, 147, 973
MAY	24/04/18	RECEIVED CASH		1,100,000	6, 047, 973
JUNE	29/05/18	RECEIVED CASH		1, 350, 000	4, 697, 973
JULY	26/06/18	RECEIVED CASH		1, 400, 000	3, 297, 973

The remaining amount in the Bank account after July 2018 withdraw is K3, 297, 973

TIYENDE PAMODZI GROUP

GROUP CONTRIBUTION PENSION SCHEME FOR JANUARY 2018

CODE	NAME	BASIC	EMPLOYEE 5%	EMPLOYER 10%	ADMIN	LIFE INSURANCE	TOTAL
001	Manuel Black	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
002	Eric j. Mposera	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
003	Wilson Namame	K 36,000	K 1,800	K 3,600			
004	Bereck Isumaila	K 34,000	K 1,700	K 3,400			
005	Patuma Assani	K 34,000	K 1,700	K 3,400	K 3,500	K 5,000	
	TOTAL		K 12,200	K 24,400	K 3,500	K 5,000	K 45, 100

GROUP CONTRIBUTION PENSION SCHEME FOR FEBRUARY 2018

CODE	NAME	BASIC	EMPLOYEE 5%	EMPLOYER 10%	ADMIN	LIFE INSURANCE	TOTAL
001	Manuel Black	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
002	Eric j. Mposera	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
003	Wilson Namame	K 32,508	K 1,625.40	K 3,250.80			
004	Bereck Isumaila	K 30, 688	K 1,534.40	K 3,068			
005	Patuma Assani	K 30,688	K 1,534.40	K 3,068	K 3,500	K 5,000	
	TOTAL		K 11,694	K 23,388	K 3,500	K 5,000	43, 583. 60

GROUP CONTRIBUTION PENSION SCHEME FOR MARCH 2018

CODE	NAME	BASIC	EMPLOYEE 5%	EMPLOYER 10%	ADMIN	LIFE INSURANCE	TOTAL
001	Manuel Black	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
002	Eric j. Mposera	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
003	Wilson Namame	K 36,000	K 1,800	K 3,600			
004	Bereck Isumaila	K 34,000	K 1,700	K 3,400			
005	Patuma Assani	K 34,000	K 1,700	K 3,400	K 3,500	K 5,000	
	TOTAL		K 12,200	K 24,400	K 3,500	K 5,000	K 45, 100

GROUP CONTRIBUTION PENSION SCHEME FOR APRIL 2018

CODE	NAME	BASIC	EMPLOYEE 5%	EMPLOYER 10%	ADMIN	LIFE INSURANCE	TOTAL
001	Manuel Black	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
002	Eric j. Mposera	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
003	Wilson Namame	K 34,830	K 1,741.50	K 3,483			
004	Bereck Isumaila	K 32,910	K 1,645.50	K 3,291			
005	Patuma Assani	K 32,910	K 1,645.50	K 3,291	K 3,500	K 5,000	
	TOTAL		K 12,032.50	K 24,065	K 3,500	K 5,000	K 44,597.50

GROUP CONTRIBUTION PENSION SCHEME FOR MAY 2018

CODE	NAME	BASIC	EMPLOYEE 5%	EMPLOYER 10%	ADMIN	LIFE INSURANCE	TOTAL
001	Manuel Black	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
002	Eric j. Mposera	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
003	Wilson Namame	K 36,000	K 1,800	K 3,600			
004	Bereck Isumaila	K 34,000	K 1,700	K 3,400			
005	Patuma Assani	K 34,000	K 1,700	K 3,400	K 3,500	K 5,000	
	TOTAL		K 12,200	K 24,400	K 3,500	K 5,000	K 45, 100

GROUP CONTRIBUTION PENSION SCHEME FOR JUNE 2018

CODE	NAME	BASIC	EMPLOYEE 5%	EMPLOYER 10%	ADMIN	LIFE INSURANCE	TOTAL
001	Manuel Black	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
002	Eric j. Mposera	K 70,000	K 3,500	K 7,000			
003	Wilson Namame	K 34,830	K 1,741.50	K 3,483			
004	Bereck Isumaila	K 32,910	K 1,645.50	K 3,291			
005	Patuma Assani	K 32,910	K 1,645.50	K 3,291	K 3,500	K 5,000	
	TOTAL		K 12,032.50	K 24,065	K 3,500	K 5,000	K 44,597.50

PENSION SCHEME GROUP CONTRIBUTION JAN TO MAR 2018

SUMMARY

Group contribution pension scheme transactions from January to June 2018

MONTH	EMPLOYEE	EMPLOYER	TOTAL MK
JANUARY	12, 200	32, 900	45, 100
FEBRUARY	11, 694	31, 888	43, 583
MARCH	12,200	32,900	45, 100
APRIL	12,033	32,565	44,598
MAY	12,200	32,900	45, 100
JUNE	12,033	32,565	44,598
TOTAL	K72,360	K195, 718	MK 268,079

TIYENDE PAMODZI GROUP PAY AS YOU EARN (P.A.Y.E) JAN TO JUNE 2018

MONTH	TPIN	AMOUNT PAID
JANUARY	20218708	24, 750
FEBRUARY	20218708	23, 100
MARCH	20218708	24, 750
APRIL	20218708	24,100
MAY	20218708	24,750
JUNE	20218708	24,100
TOTAL		K145,550

BUDGET & FINANCIAL REPORT- JANUARY TO JUNE 2018

- Monthly budgets
- Monthly cash collected
- Monthly Cash Expenditures

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR JANUARY 2018

BUDGET		K 1,243,143	FINANCIAL Cash Collected K1,300,000	
NO	ACTIVITY	AMOUNT	ACTIVITY	AMOUNT
1	Diesel	400, 000	Diesel	326,500
2	Internet	3,500	Internet	3,500
3	Salaries	242,627	Salaries	242,627
4	Pension contribution	29,616	Pension contribution	29,616
5	AGM	95,000	AGM	128,000
6	Volunteer Training	418, 400	Volunteer Training	132,400
7	Dr. Aallowance	30,000	Dr. Aallowance	30,000
8	Volunteers food	24, 000	Volunteers food	6,000
9			Escom	10, 000
10			Communication	25,000
11			Youth program	15, 000
12			Others	20,450
13			Equipments	11,000
14			Ink	20,000
15			Bonus	40, 000
16			Stationery	3,600
17			Coordinators food	4,000
	TOTAL	K1,243,143		K1,317,693

13			Pension	32,900
14			Diesel	277,567
	TOTAL	**K570,465**		**K904,662**

The remaining amount in Bank account after April withdraw is K7,147,973

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR MAY 2018

BUDGET		**K1,044, 665**	**FINANCIAL Cash Collected K1,100,000**	
NO	**ACTIVITY**	**AMOUNT**	**ACTIVITY**	**AMOUNT**
1	Diesel	200, 000	Diesel	292, 700
2	Food / Rice	300, 000	Food / Rice	250, 000
3	Salaries	336, 100	Salaries	336, 100
4	Pension contribution	32, 565	Pension contribution	32, 565
5	Escom	10,000	Escom	8, 000
6	Communication	30,000	Communication	30, 000
7	Youth program	15, 000	Youth program	15, 000
8	Stationery	10, 000	Stationery	11, 600
9	Coordinators food	8, 000	Coordinators food	8, 000
10	Dr. Aallowance	40,000	Dr. Aallowance	40, 000
11	Volunteers food	28, 000	Volunteers food	28, 000
12	Farming transp. & sacks	35, 000	Farming transp. & sacks	75, 000
13			Safer construction	13, 980
14			Food on quarterly report	20, 000
	TOTAL	**K1,044, 665**		**K1,160, 945**

The remaining amount in Bank account after May withdraw is K 6, 047,973

BUDGET & FINANCIAL REPORT FOR JUNE 2018

BUDGET		**K1,311, 234**	**FINANCIAL Cash Collected K1,350,000**	
NO	**ACTIVITY**	**AMOUNT**	**ACTIVITY**	**AMOUNT**
1	Diesel	100, 000	Diesel	191, 550
2	Maize procurement	715, 000	Maize procurement	715, 000
3	Salaries	305, 465	Salaries	333, 992
4	Pension contribution	32, 900	Pension contribution	32, 565
5	Escom	10,000	Escom	10,000
6	Communication	30,000	Communication	30, 000
7	Coordinators food	8, 000	Coordinators food	8, 000
8	Dr. Allowance	40,000	Dr. Aallowance	40, 000
9	Volunteers food	25, 000	Volunteers food	25, 000
10	Computer key board	7, 000	Computer key board	7,000
11	Internet	3,500	Internet	3,500

12	Advance	30, 000	Advance	30, 000
13			Ink	20, 000
14			Salt	3,500
15			Farming / Sacks	6, 000
16			Equipments	4, 000
17			Stationery	4, 800
	TOTAL BUDGET	**1, 311, 234**	**EXPENDITURE**	**K1, 441, 084**

The remaining amount in Bank account after June withdraw is K 4,697,973

As of July 2018 the remaining amount in Bank account after July withdraw is K 3, 297, 973

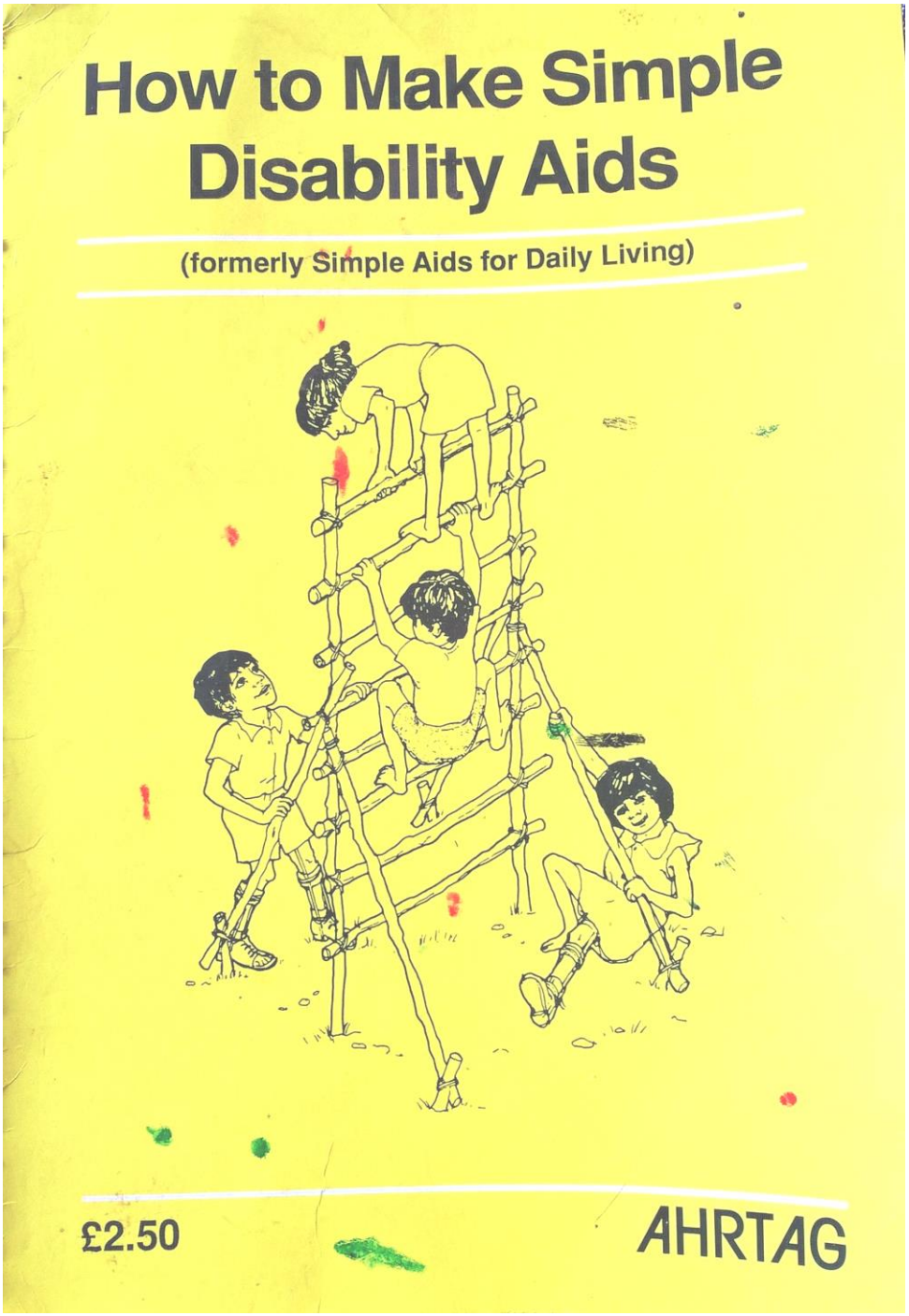
TIYENDE PAMODZI GROUP BANK ACCOUNT TRANSACTION 2017-2018

MONTH	DATE	DESCRIPTION	INCOME	EXPENDITURE	BALANCE MK
JANUARY	22/12/17	RECEIVED CASH		MK 1, 300, 000	
	30/12/17	Brought forward			MK 1, 321, 868
	25/01/18	**Received cash from Marina friends**	**10,000£ 8,826,104**		**8,826,104**
		TOTAL			10, 147,973
FEBRUARY	30/01/18	RECEIVED CASH		1,300,000	8,847,873
MARCH	27/02/18	RECEIVED CASH		1,100,000	7,747973
APRIL	27/03/18	RECEIVED CASH		600,000	7, 147, 973
MAY	24/04/18	RECEIVED CASH		1,100,000	6, 047, 973
JUNE	29/05/18	RECEIVED CASH		1, 350, 000	4, 697, 973
JULY	26/06/18	RECEIVED CASH		1, 400, 000	3, 297, 973

The remaining amount in the Bank account after July 2018 withdraw is K3, 297, 973

ALLEGATO 4 -

COME COSTRUIRE SEMPLICI ATTREZZI TERAPEUTICI FATTI IN CASA

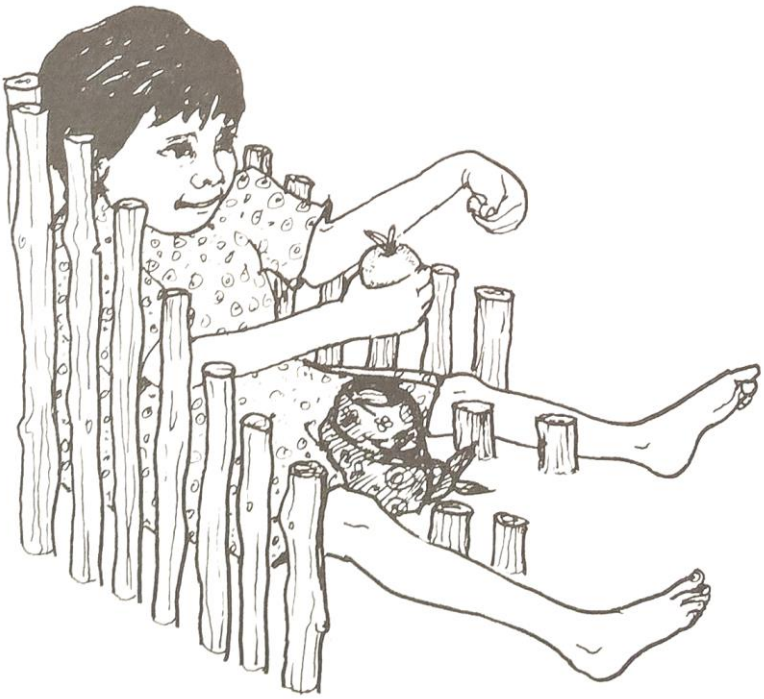


Non sempre occorrono attrezzature complicate per aiutare i disabili nella loro riabilitazione: basta un po' di ingegno e di buona volontà per poter raggiungere eccellenti risultati. Quello che è veramente necessario è un po' di organizzazione e molta determinazione. Anche nei Paesi poveri, in presenza di grande scarsità di mezzi, è possibile fare molto nel campo dell'assistenza. Certo però non si può pretendere che la gente locale, spesso impegnata nella mera lotta per la sopravvivenza, possa organizzarsi da sé, ma occorre una costante opera di insegnamento e motivazione, anche perché i migliori risultati si vedono solo a lunga scadenza, cosa poco gradita e popolare per la cultura africana, più propensa ad attribuire importanza ad un risultato immediato, anche a costo di un danno futuro.

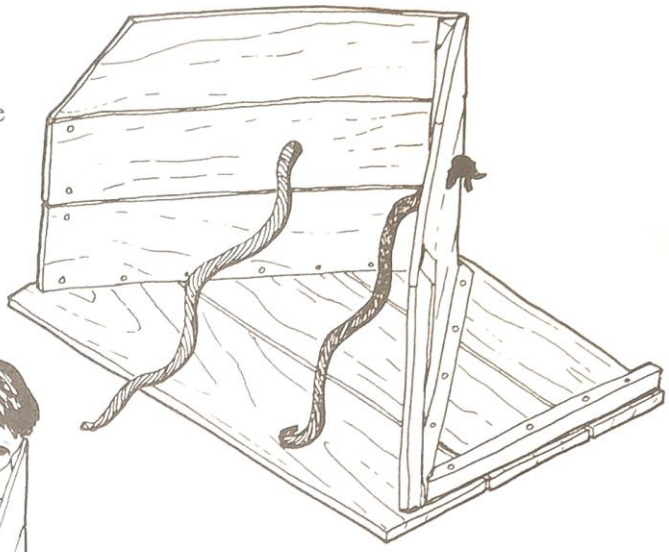
Corner seats

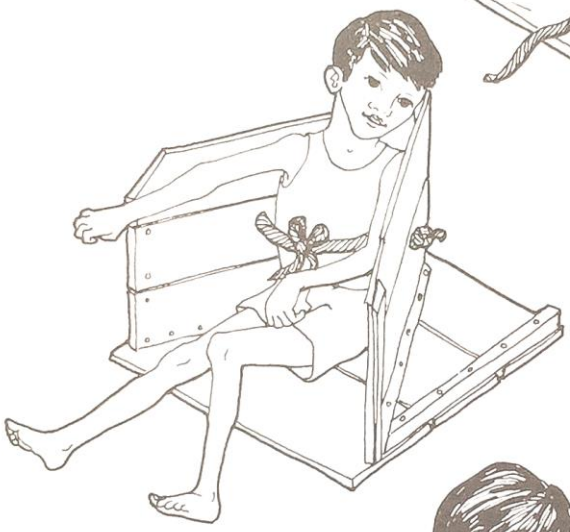
These seats can provide stability and security for a child with poor sitting balance.

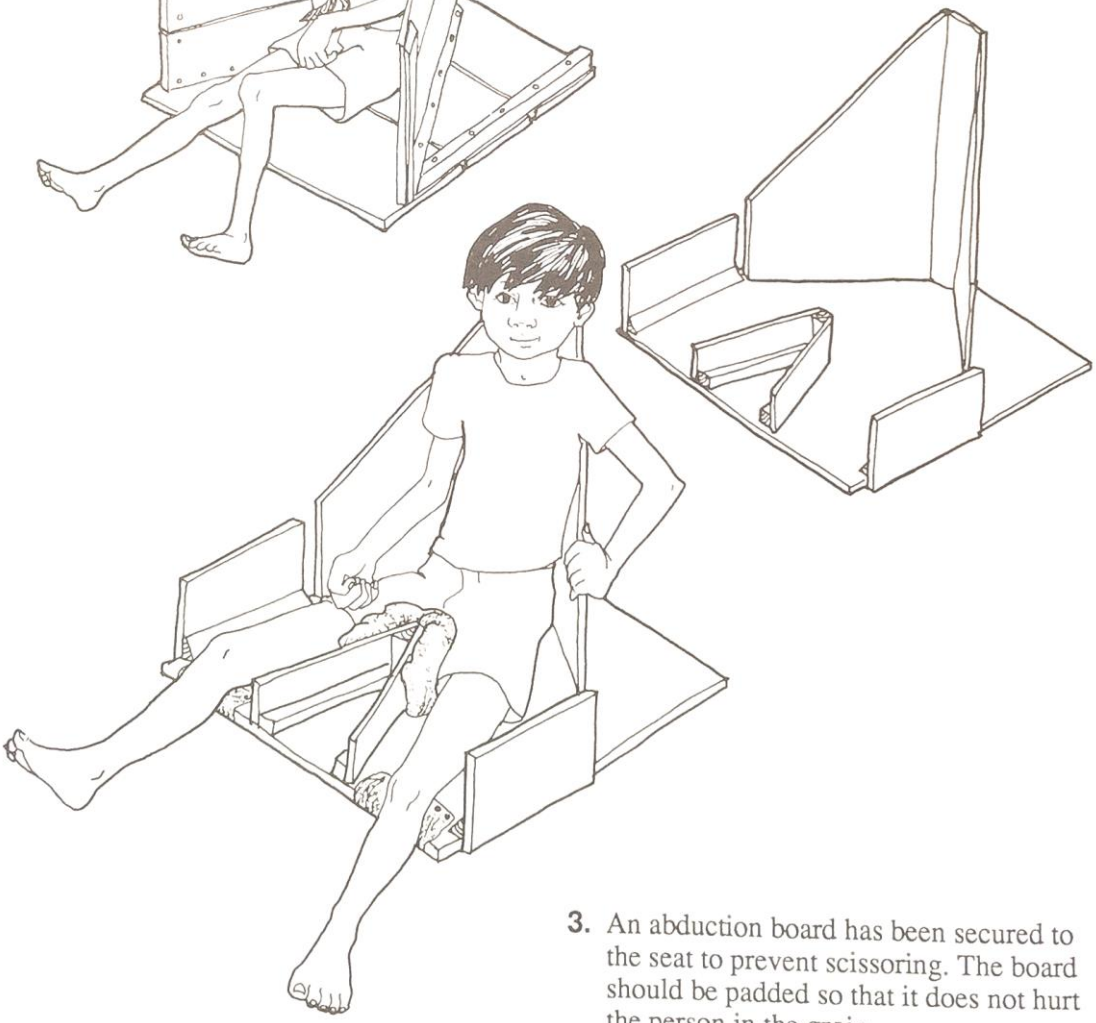
1. Here wooden posts of an appropriate length are driven firmly into the ground. Posts placed in a V-shape between the legs prevent scissoring. This seat allows a full flow of air and is especially useful in hot climates.



2. This corner seat is portable. It has a broad base to help prevent tipping. Check with a medical adviser before fitting a restraining strap.



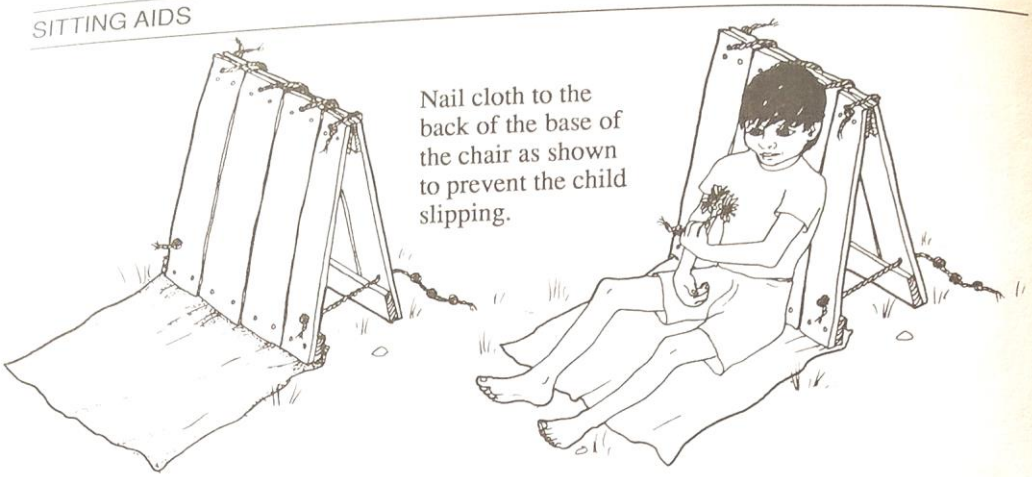




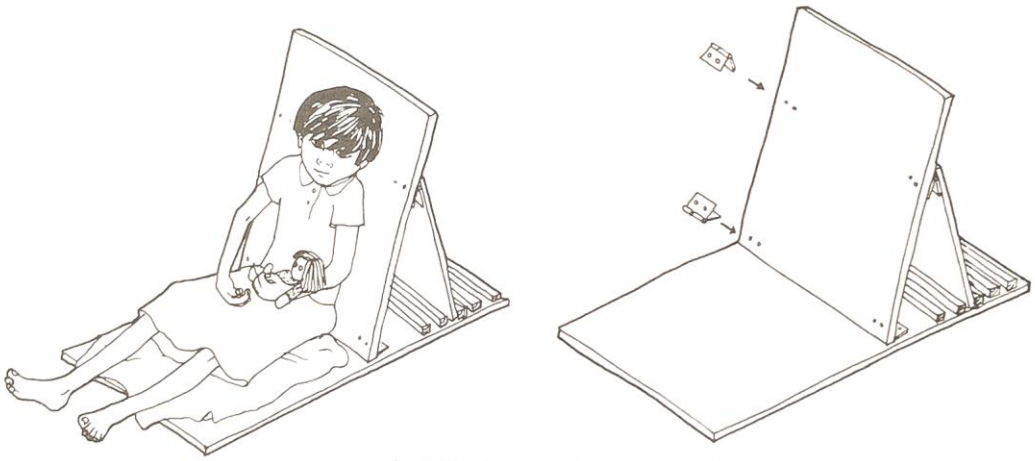
3. An abduction board has been secured to the seat to prevent scissoring. The board should be padded so that it does not hurt the person in the groin.

Floor seats

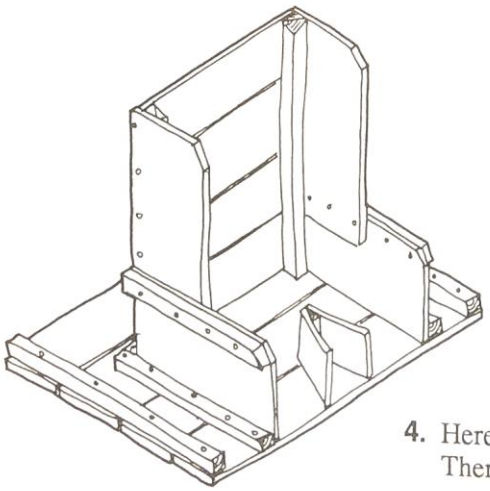
1. Covering the seat with material or weaving grasses through the posts provides extra comfort.



2. Strong rope or twine threaded through the base of the floor seat allows it to be placed in a reclining position. This seat is also portable.

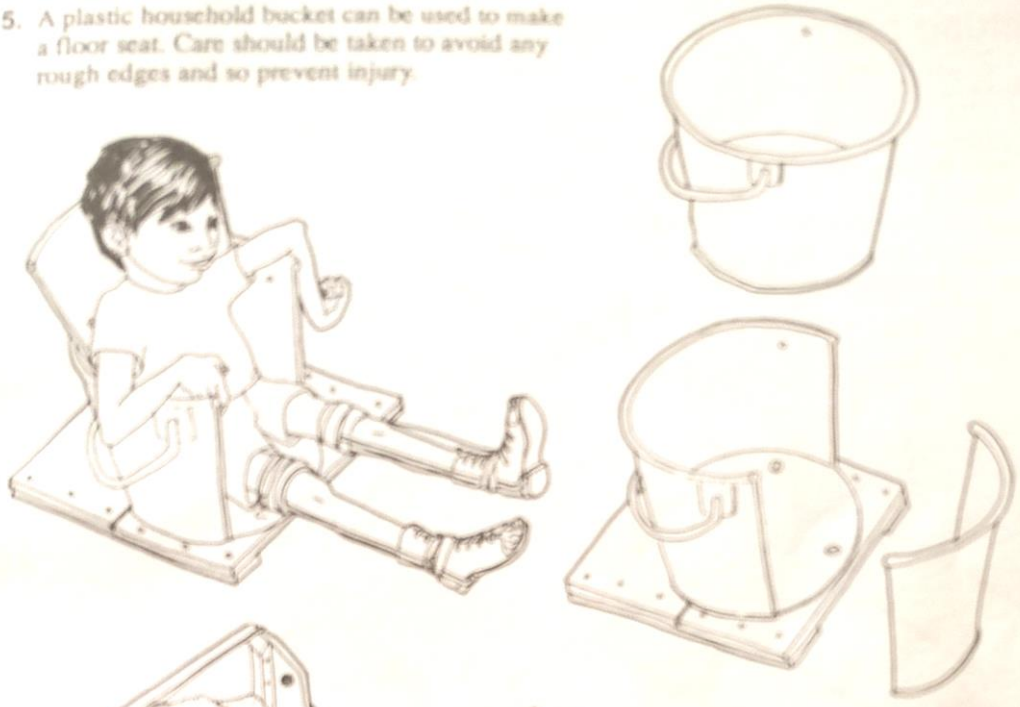


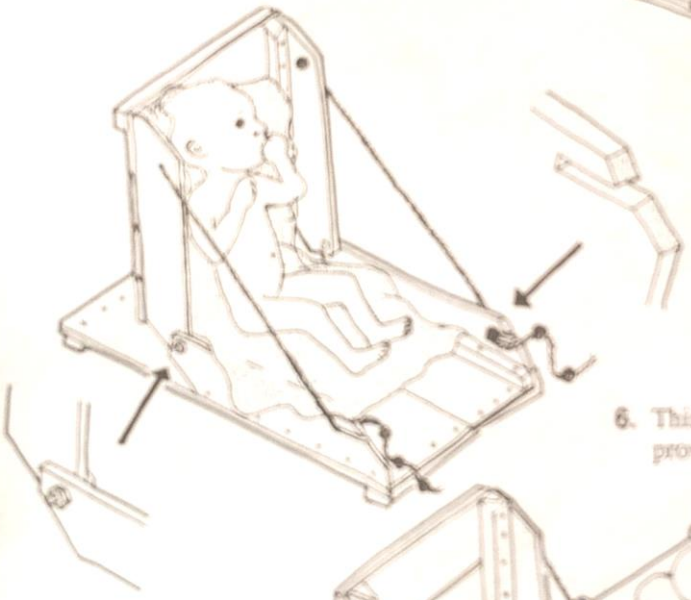
3. This floor seat can also recline.
Here hinges are used.



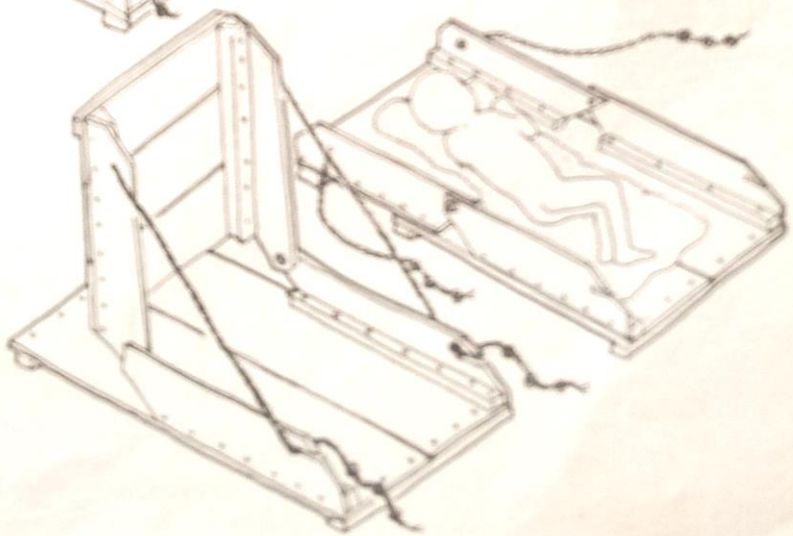
4. Here the floor seat has a broad base to make it stable.
There are also arm rests and an abduction block.

5. A plastic household bucket can be used to make a floor seat. Care should be taken to avoid any rough edges and so prevent injury.



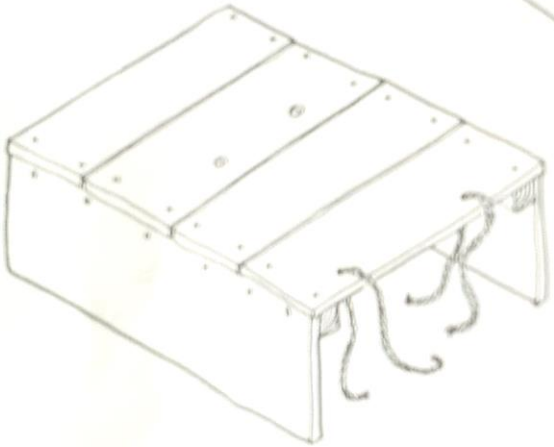


6. This seat can be fully reclined and so provides a seat and a bed.

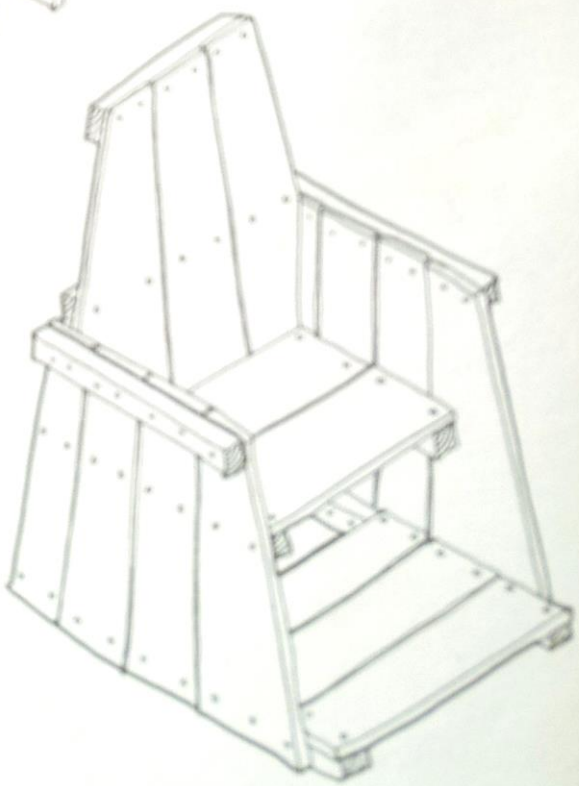


Sitting high

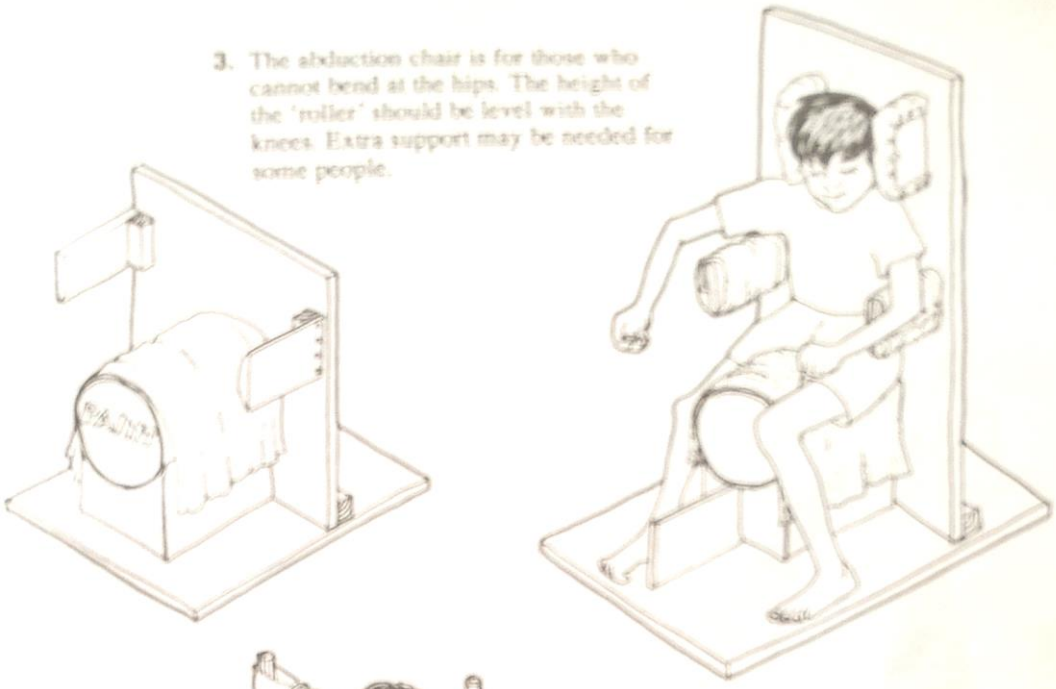
1. A corner seat has been raised above floor level by placing it on a wooden block. It must be fixed securely. The person's feet should be supported either on the ground or other means such as a wooden block.



2. This chair provides support for the arms, head and feet.

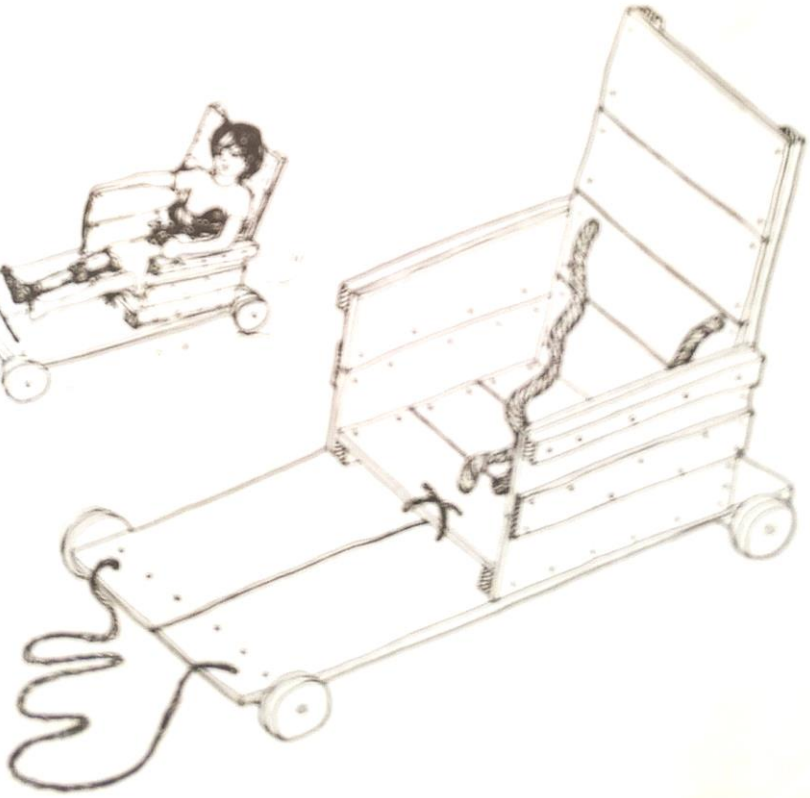


3. The abduction chair is for those who cannot bend at the hips. The height of the 'roller' should be level with the knees. Extra support may be needed for some people.



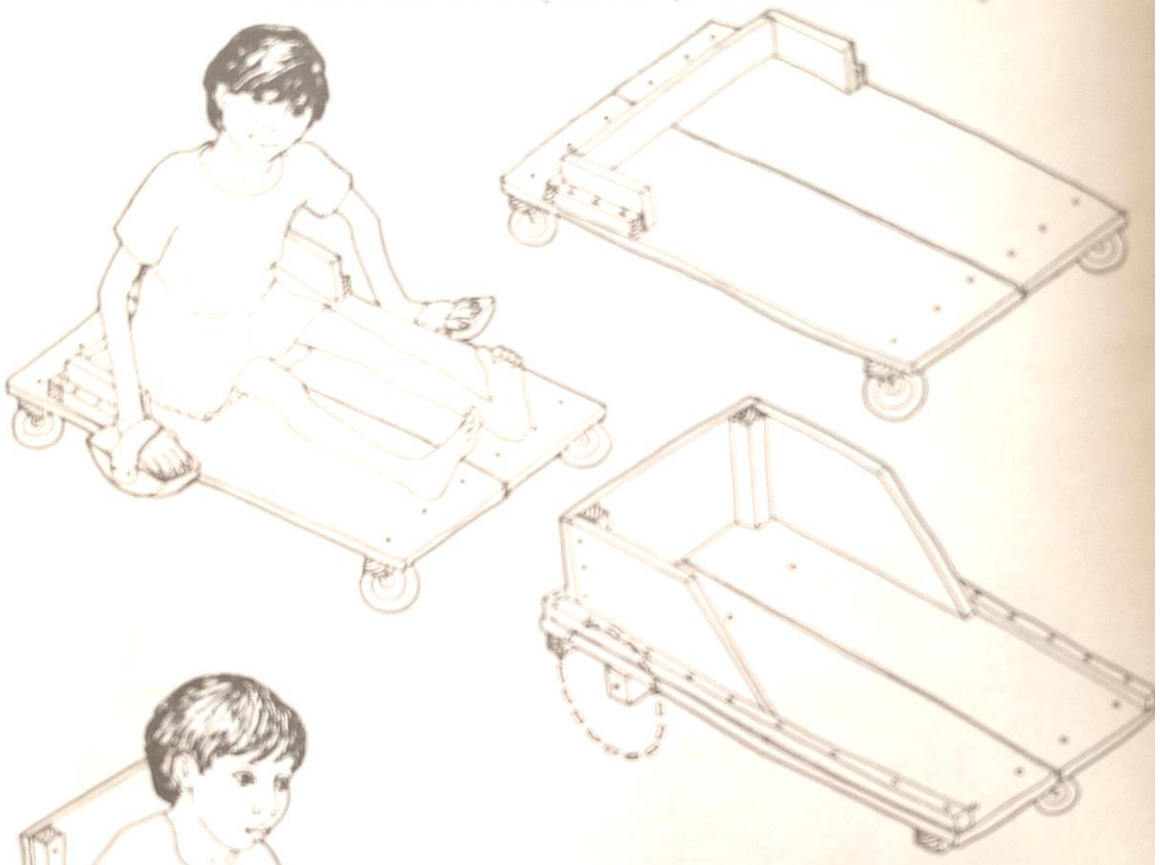
4. A removable back support means that a chair can be converted into a bed.

Care must be taken so that the person does not injure their feet on rough ground.



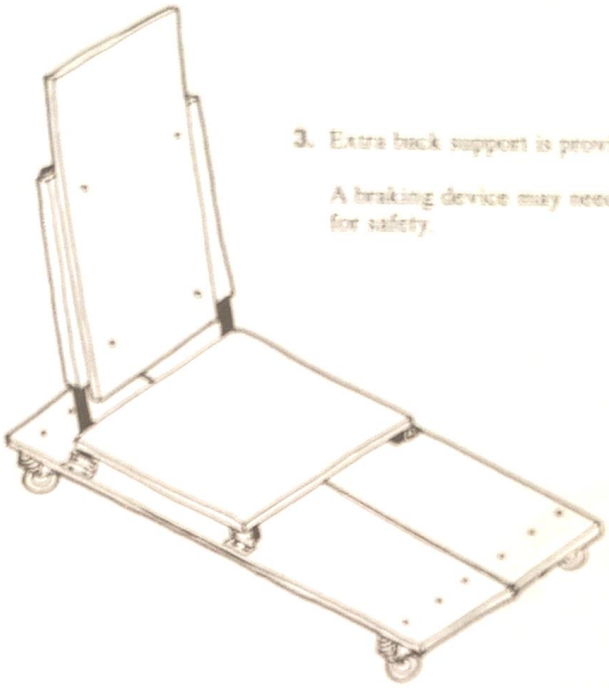
Self-propelled trolleys

1. This little wooden trolley enables the users to transport themselves over short distances using their hands. Protection for the hands may be needed if the ground is rough. As there is no back support the user must have good trunk control. A braking device may need to be fitted for safety.



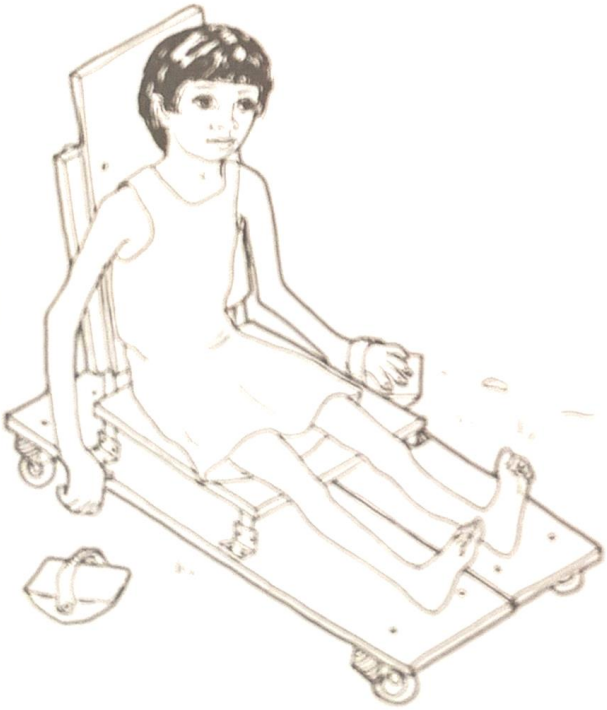
2. Here the user propels the large wheels on the side of the trolley to move around.

A small castor at the centre front and back allows direction to be changed easily.

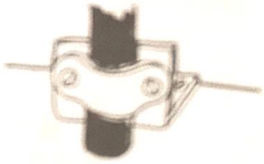


3. Extra back support is provided here.

A braking device may need to be fitted for safety.



The seat is attached to the platform by using metal brackets and hinges.

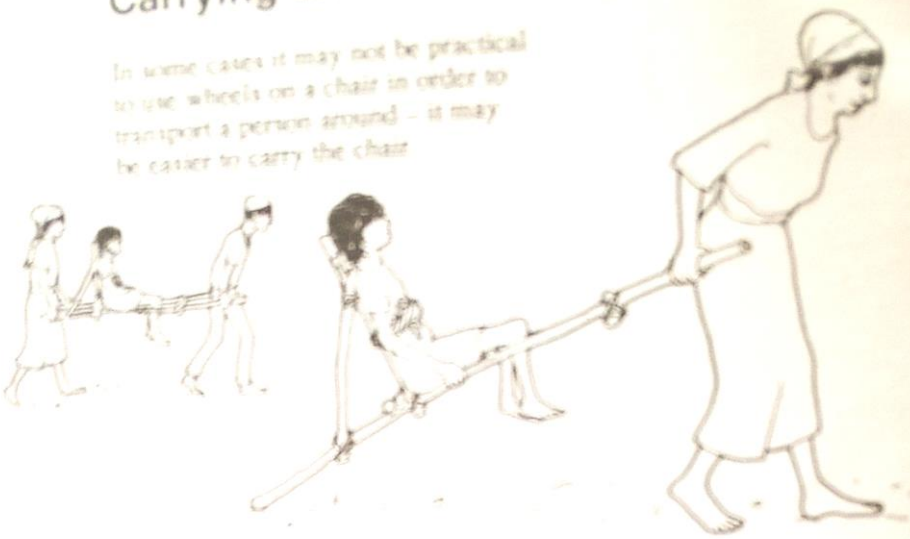


Protection for the hands may be needed if the ground is rough.

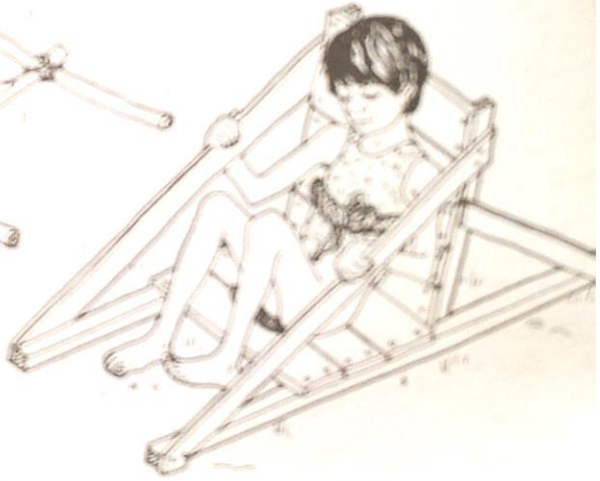
Wooden blocks or rockers used on the hands may help in propelling the trolley.

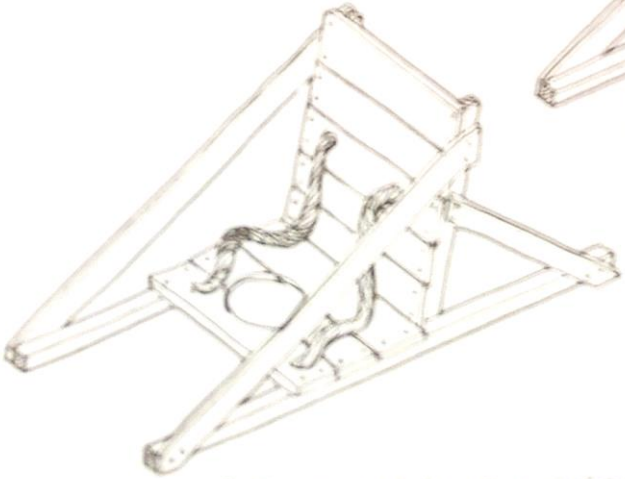
Carrying chairs

In some cases it may not be practical to use wheels on a chair in order to transport a person around – it may be easier to carry the chair



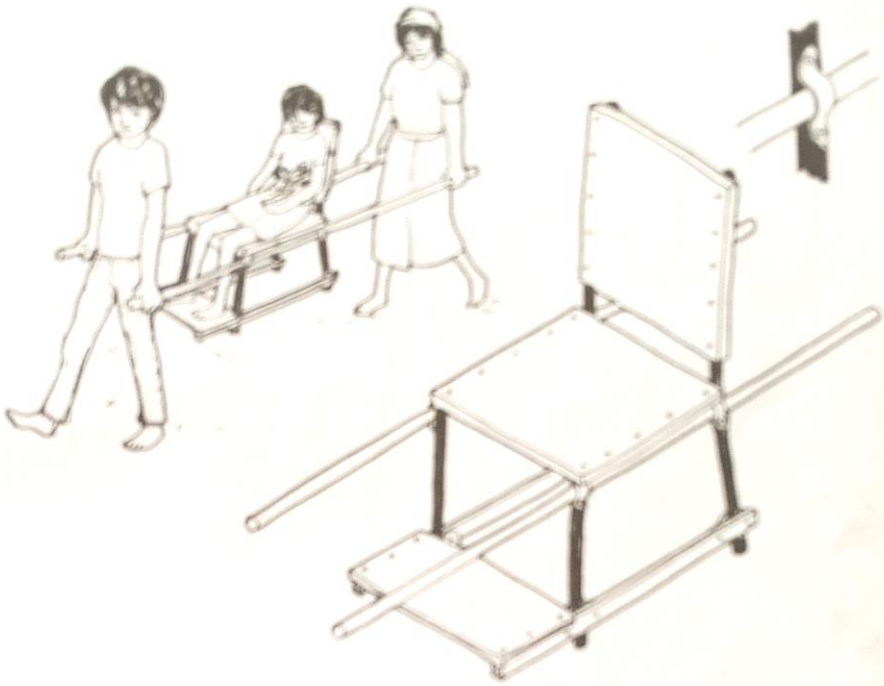
1. This chair has been designed to be carried by one or two persons. It may be necessary to add side supports for safety

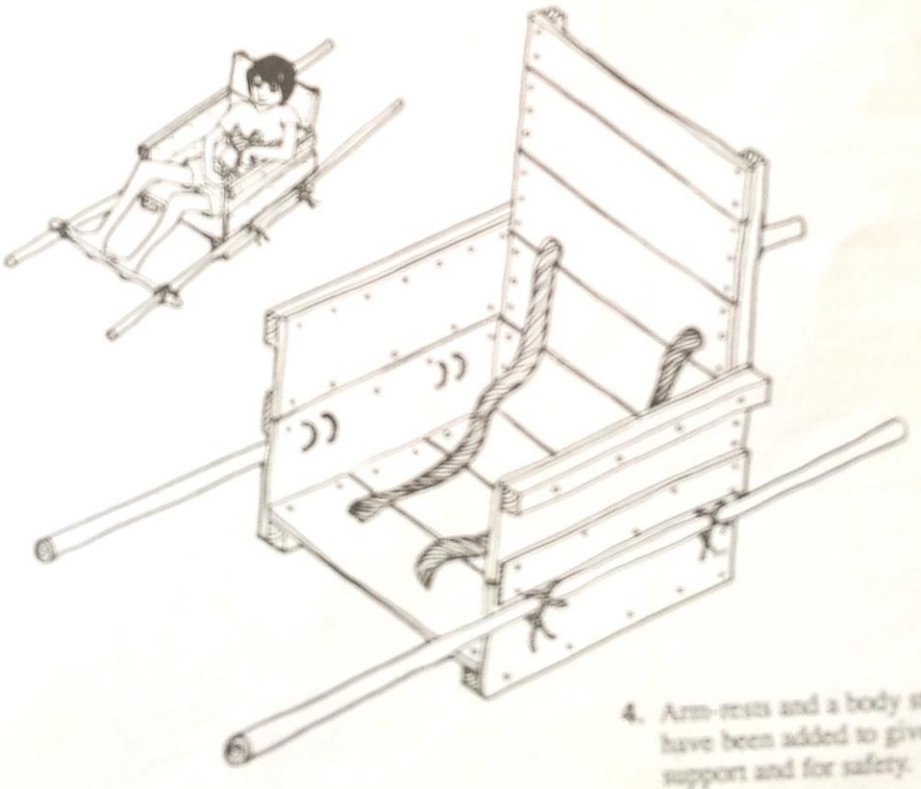




2. By cutting a hole in the seat of this chair, it can be used for toileting purposes

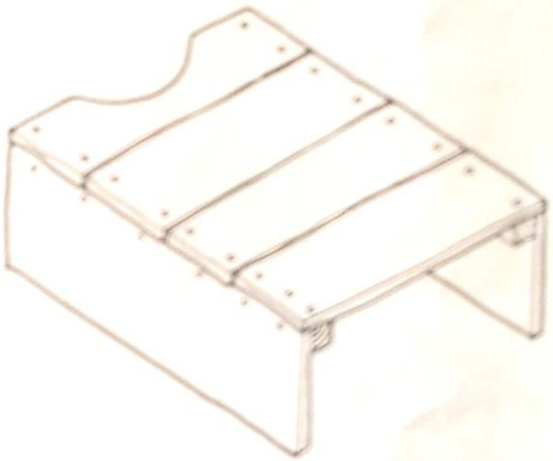
3. An ordinary chair has been converted into a carrying chair by attaching rods secured by metal brackets to each side. Extra body or head support may be need to be added if the user is weak.





4. Arm-rests and a body strap have been added to give extra support and for safety.

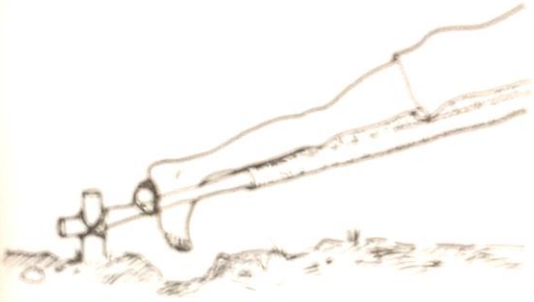
2. A table top or tray allows the person to play or work with the arms outstretched.



3. A table provides a work or play area with an abduction chair.

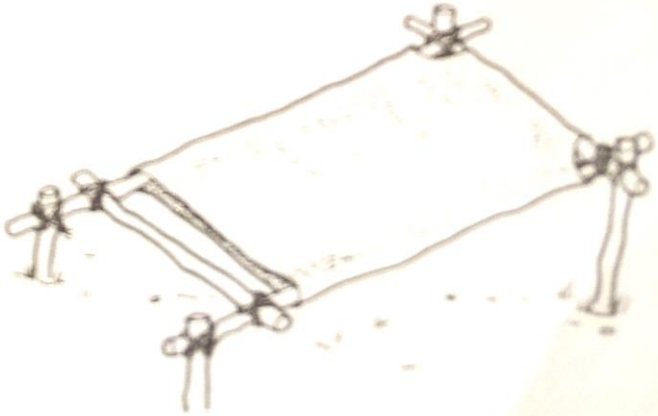
Prone boards

Prone boards allow children with head control to lie on their stomach, reach forward and use their hands. The hips and knees are kept straight.



Note scoop in ground to allow room for feet.

1. Thin prone board is made from lengths of wood driven into the ground. The covering material which gives support to the body should be tight and not allow sagging.



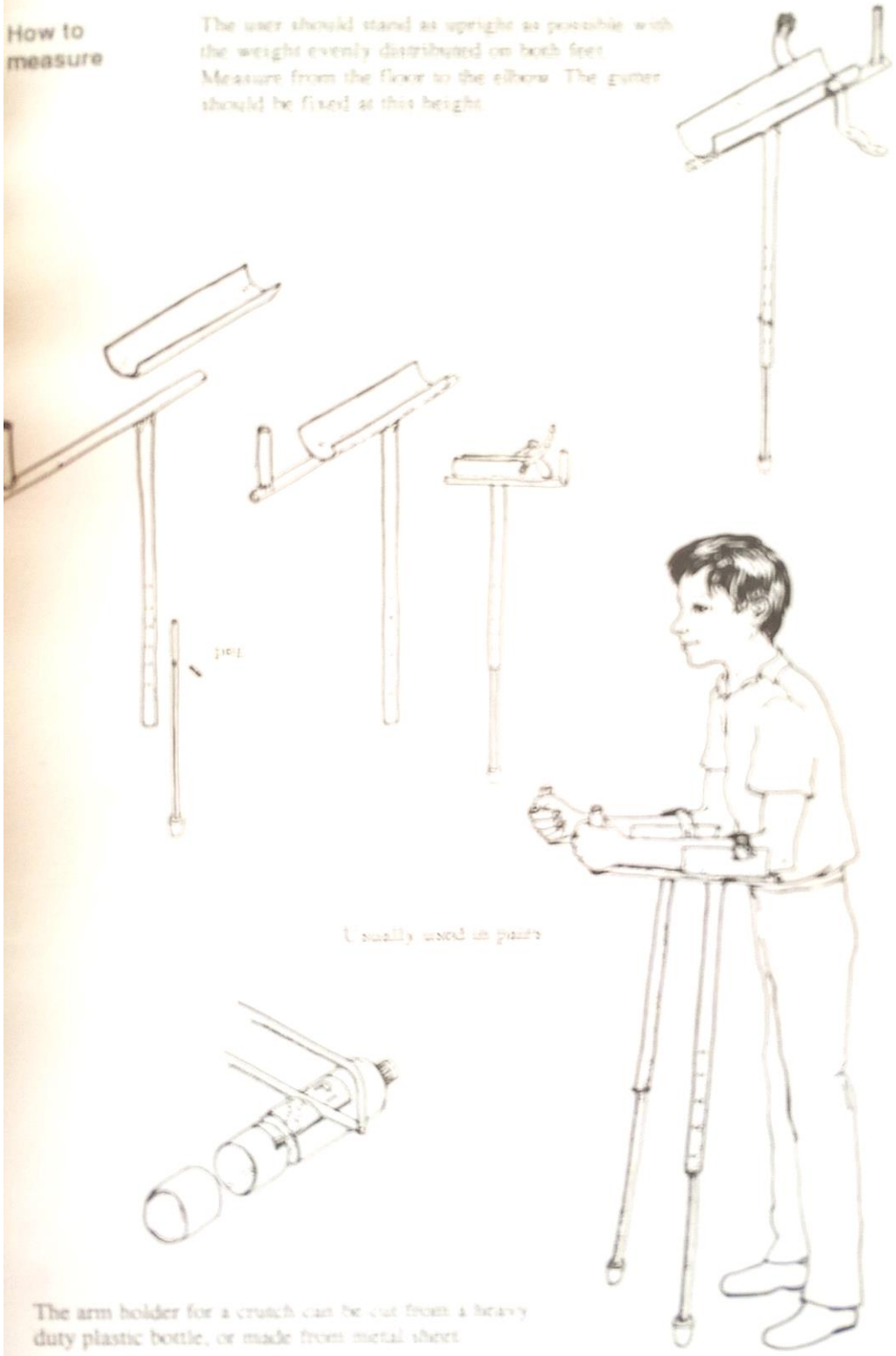
2. Here the prone board is made entirely from wood and secured to the table. Padding may be needed to prevent the child from hurting him or herself on the wood. Be careful not to let the padding restrict the movement of the arms.

3. This picture shows the table more clearly. Note the cut-out at the front which allows the child to get closer to the table and gives some support.

Metal gutter crutches

How to measure

The user should stand as upright as possible with the weight evenly distributed on both feet. Measure from the floor to the elbow. The gutter should be fixed at this height.

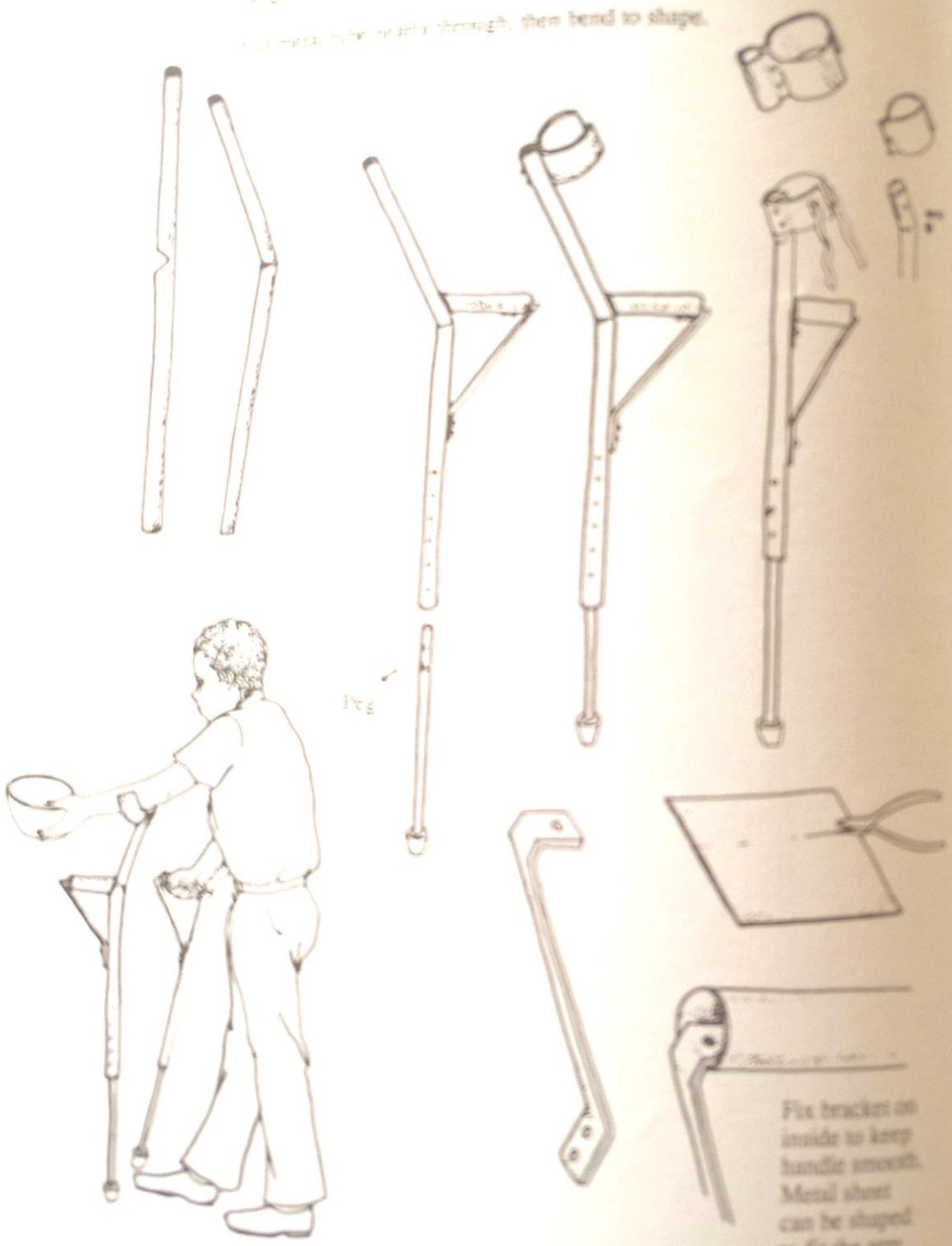


The arm holder for a crutch can be cut from a heavy duty plastic bottle, or made from metal sheet.

Metal elbow crutches

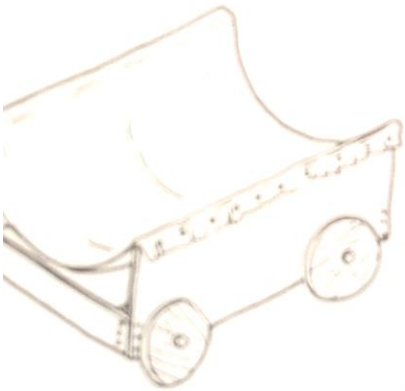
Users of these crutches must have strong arms as they support most of the body weight when walking on these aids. These crutches are adjustable in height.

Cut metal tube nearly through, then bend to shape.

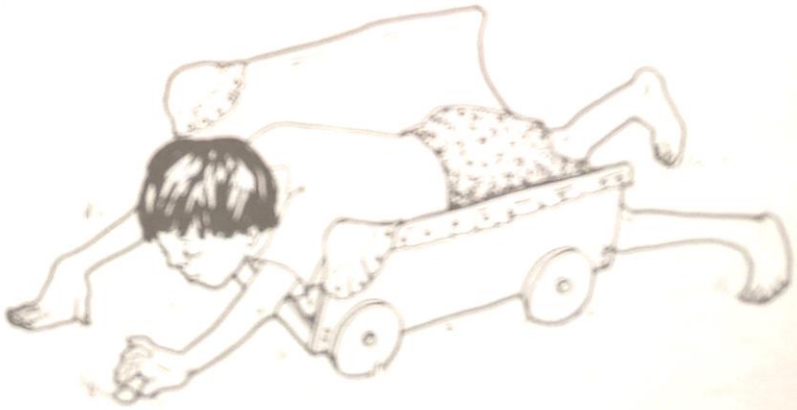


Support and crawling aids

1. A sling may be used to encourage some children to crawl. The medical adviser will be able to give you guidance about the amounts of support the child will need, but you will need to use a wide spread for the sling.



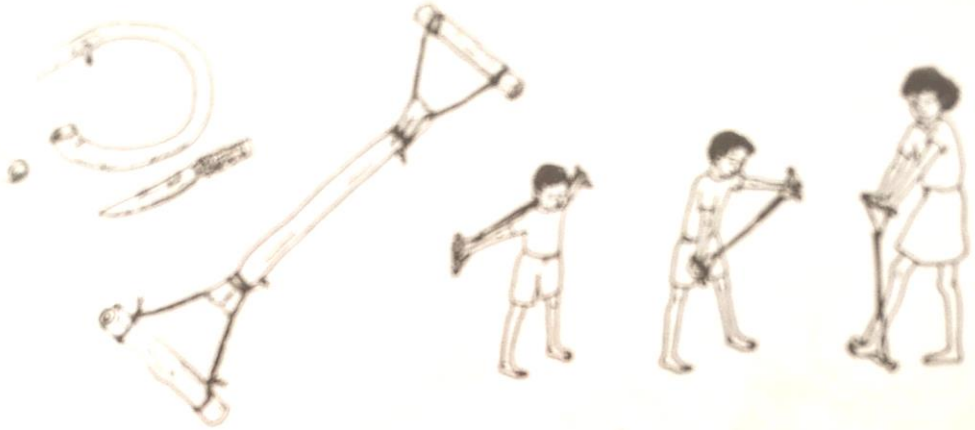
Pad corners

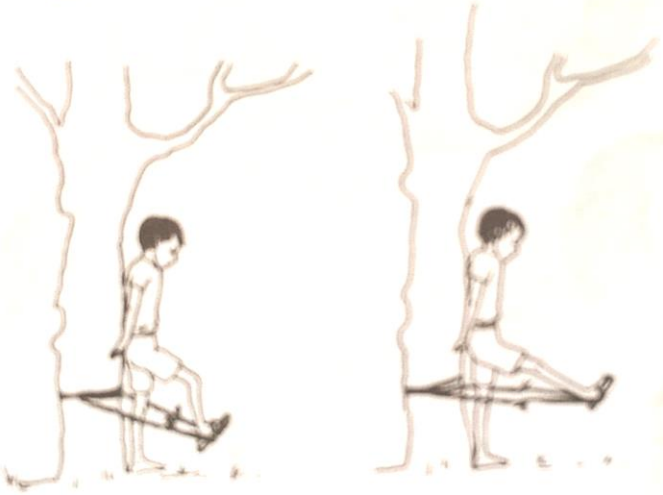


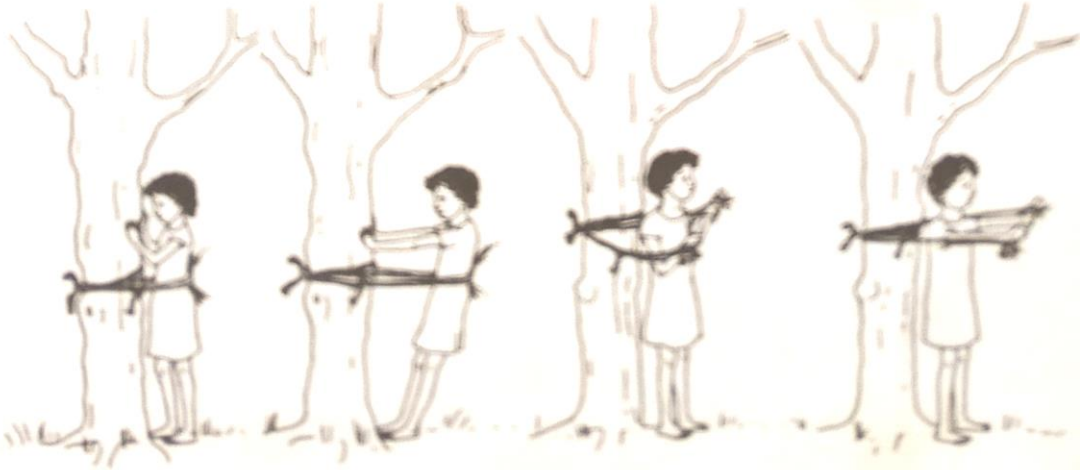
2. A crawler with wheels will help a child who normally creeps around the ground to move using straight arms to push along.

Arm and leg exercisers

These help to improve range and strength of arms and legs.





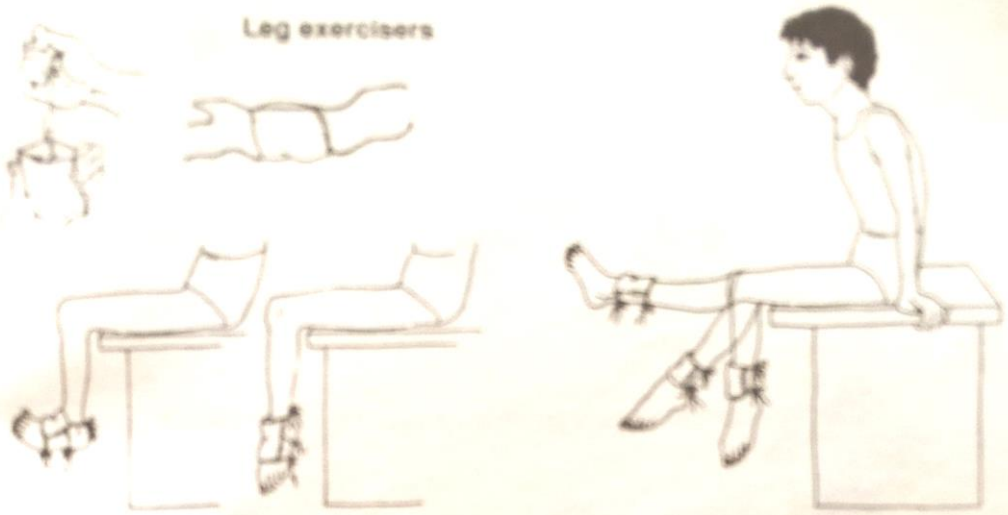


Arm and leg exerciser

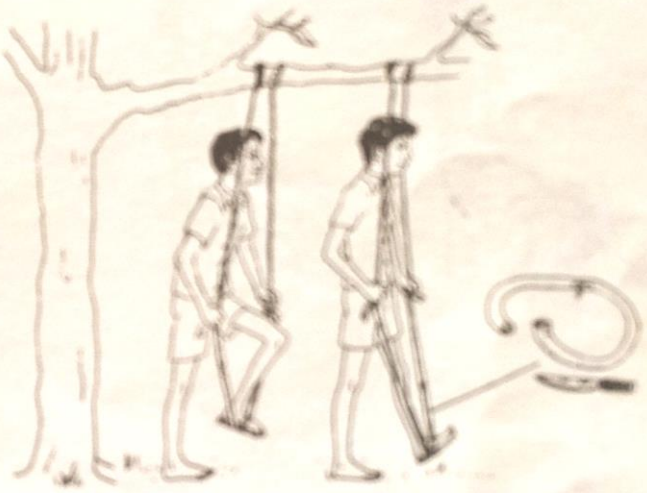
Bicycle pedals can be used if preferred.

Arm exerciser

Leg exercisers

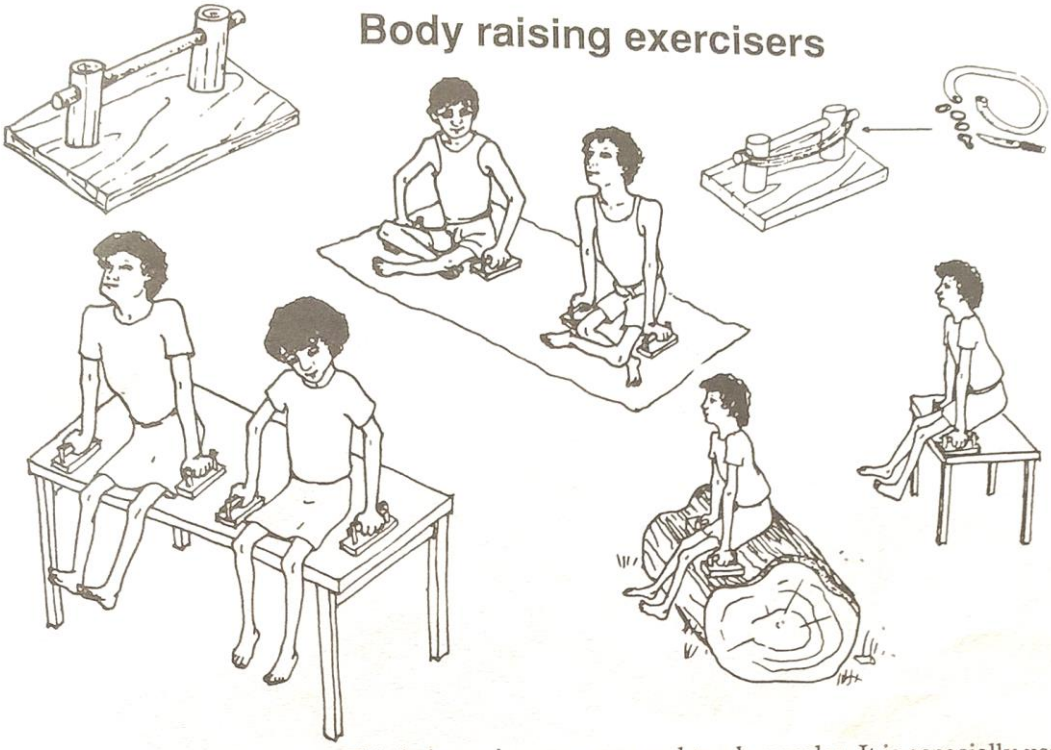


This helps strengthen the knee.
Increase weight gradually.

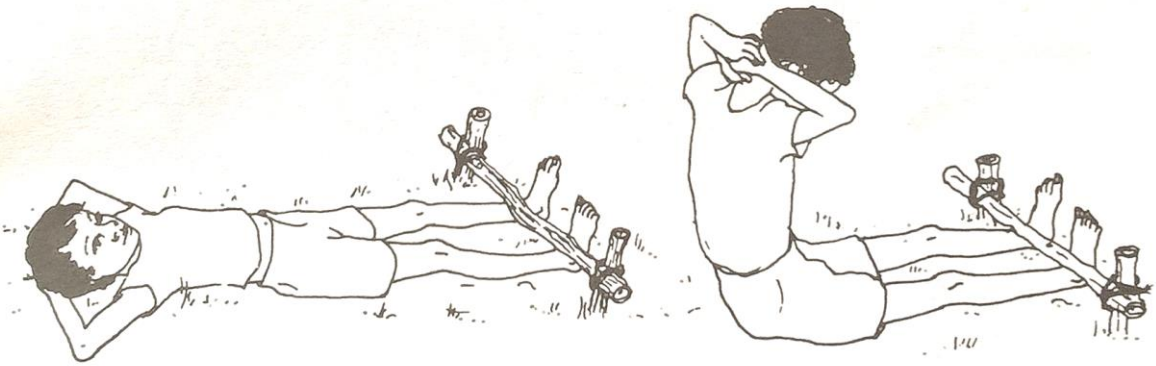
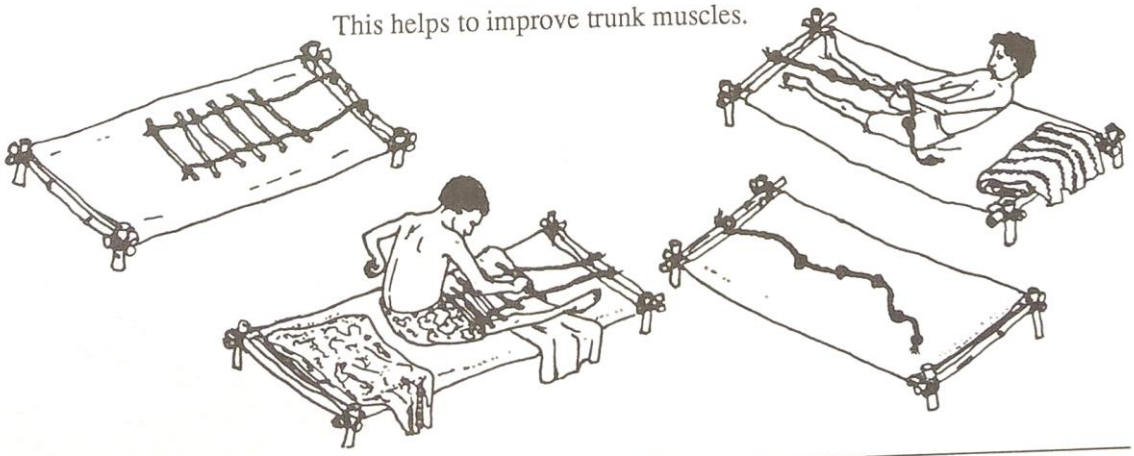


This helps increase muscle power in hip, knee and ankle.

Body raising exercisers



This helps to improve arm and trunk muscles. It is especially useful for those who are going to use crutches or a wheelchair.



This helps to improve trunk muscles.