



Associação
ESMABAMA

Titulo progetto:

**“2015: Attivisti di Salute camminano verso la
sostenibilità nella missione di Mangunde (provincia di
Sofala) - Mozambico”**

Soggetto proponente: Associazione Mozambicana EsMaBaMa

Forma giuridica: Associazione senza fini lucrativi

Anno costituzione: 20 settembre 2007

Responsabile legale: dr. Fabrizio Graglia (direttore)
Ing. Antonio Paturo (Presidente)
Arcivescovo Mons. Claudio Dalla Zuanna (Pres. Onorario)

Beira – Mozambico
Tel. +258 23 312367
E-mail: info@esmabama.org

Referente: dr^a. Matilde Da Conceição Mário Aramadina
Email: matildy89@hotmail.com

Indice

1	Il Mozambico.....	I
1.1	Storia.....	I
1.2	Stato e popolazione.....	III
1.3	Economia	IV
1.4	Salute Pubblica	IV
2	Premessa	VIII
3	Il Programma (oggi Associazione) EsMaBaMa	IX
4	Descrizione del progetto	XII
4.1	Introduzione.....	XII
4.1.1	Mangunde	XII
4.2	Descrizione delle attività previste nel progetto	XVII
4.3	Popolazione beneficiaria del progetto.....	XVII
4.4	Giustificazione del progetto.....	XVIII
4.5	Problemi e necessità toccati dal progetto	XIX
4.6	Obiettivi del progetto	XIX
4.6.1	Obiettivo generale.....	XIX
4.6.2	Obiettivi specifici.....	XIX
4.7	Risultati attesi	XX
4.8	Attività previste	XX
4.9	Cronologia	XX
5	Viabilità del progetto	XX
6	Risorse	XXI
6.1	Risorse umane	XXI
6.2	Risorse materiali	XXI
7	Descrizione, suddivisione dei costi e richiesta contributo	XXI
7.1	Descrizione dei costi.....	XXI
7.2	Suddivisione dei costi e richiesta contributo	XXII
8	Monitoraggio e verifica	XXII
8.1	Valutazione.....	XXII
8.2	Sostenibilità	Errore. Il segnalibro non è definito.
8.3	Fattori di rischio.....	XXIII
9	Conclusioni.....	XXIII

1 Il Mozambico

Mozambico (nome ufficiale *República de Moçambique*), è uno stato dell'Africa sud-orientale, delimitato a nord dalla Tanzania, a est dal canale di Mozambico (nell'oceano Indiano), a sud-ovest dal Sudafrica e dallo Swaziland, a ovest dallo Zimbabwe, a nord-ovest dallo Zambia e dal Malawi. Il paese ottenne l'indipendenza dal Portogallo nel 1975. La superficie, comprese le acque interne, è di 799.380 km²; Maputo è la capitale e la città principale del paese.



1.1 Storia

Poco ci è giunto sulla preistoria del Mozambico. È noto che nel Medioevo erano presenti nella regione alcuni stati bantu e sulla costa numerose stazioni commerciali arabe, che presto si trasformarono in città vere e proprie. Sofala (l'odierna Beira) era il maggior centro per l'esportazione dell'oro del regno shona dello Zimbabwe. Gli esploratori portoghesi Covilhão (1489) e Vasco da Gama sbarcarono sulle coste del Mozambico (1489 e 1498) aprendo la strada alle ambizioni territoriali e commerciali europee. I portoghesi sottomisero dapprima le città arabe poi, intrapresa una prima esplorazione delle zone interne, avviarono un redditizio commercio di oro, avorio e schiavi. Divenuta ufficialmente colonia nel XVII secolo, fu comunque scarsamente popolata dagli europei. Intorno al 1890 il Portogallo diede in affitto la parte settentrionale del paese a compagnie britanniche, che cominciarono a sfruttare le terre tramite estese piantagioni e ne assunsero un controllo totale.

Il dominio portoghese nel XX secolo fu di carattere essenzialmente autocratico, in special modo durante il lungo regime dittatoriale di Antonio Salazar in Portogallo. La politica coloniale si rivelò fallimentare e nel 1965 solo 65.000 coloni risiedevano nel paese. La rivolta contro il governo portoghese ebbe inizio nel 1964, quando il neo costituito movimento di liberazione, il FRELIMO, lanciò una campagna di guerriglia da alcune basi in Tanzania. La lotta di liberazione continuò fino al crollo della dittatura portoghese (1974) e in Mozambico un governo di transizione intraprese un rapido programma di decolonizzazione. Il Mozambico ottenne l'indipendenza il 25 giugno del 1975.

L'intento del governo del FRELIMO, guidato da Samora Machel, era quello di costruire una società di tipo socialista, nazionalizzando l'apparato industriale e collettivizzando quello agricolo; ma la grave situazione economica e l'esodo della maggior parte degli europei, che dirigevano i diversi settori dell'economia, fecero naufragare il tentativo. Subito dopo la liberazione, il movimento della RENAMO, sostenuto dai regimi razzisti bianchi dei paesi vicini della Rhodesia (poi Zimbabwe) e Sudafrica, scatenò una violenta guerriglia contro il governo. Caduto nel 1980 il regime bianco rhodesiano, il Sudafrica continuò a sostenere la guerriglia antigovernativa della Renamo, anche dopo la firma di un patto di non aggressione e di buon vicinato tra Pretoria e Maputo.

Gli anni Ottanta videro un'escalation del conflitto, che si tramutò in una vera e propria guerra civile facendo collassare la già disastrosa economia. Nella seconda metà del decennio, inoltre, si verificarono siccità e carestie che provocarono centinaia di migliaia di morti e spinsero milioni di persone a fuggire dalle loro case. Durante il conflitto civile furono posati milioni di mine terrestri. Secondo l'ONU, nelle zone rurali del paese rimangono tuttora sepolte 3 milioni di mine terrestri inesplose. Nel 1990, il FRELIMO e la RENAMO iniziarono i primi colloqui di pace e nel 1992, la guerra civile terminò. Le Nazioni Unite avviarono un programma di aiuti internazionali per consentire il rimpatrio dei profughi e promuovere la ricostruzione e la pacificazione del paese. Nel 1994 il FRELIMO uscì vincitore dalle prime elezioni multipartitiche.

Nel 1995 il Mozambico fu il primo paese non anglofono a entrare nel Commonwealth. Nel 1997 il Mozambico ha messo al bando la produzione, la vendita e il trasporto di mine terrestri antiuomo. Nelle elezioni legislative e presidenziali del dicembre 1999, il FRELIMO ha conquistato sia la maggioranza in parlamento, sia la presidenza della repubblica. Nel gennaio 2000 il paese è stato investito da un ciclone che ha causato vaste inondazioni, centinaia di vittime e più di un milione di senzatetto.

1.2 Stato e popolazione

Repubblica presidenziale con capitale Maputo. Nel paese sono presenti circa dieci grandi gruppi etnici, quasi tutti di lingua bantu (97%). In base alle stime del 2002, la popolazione del paese è di circa 19.607.519 abitanti, con una densità media pari a circa 25 unità per km². Il maggiori addensamenti di popolazione sono lungo la fascia costiera e il fiume Zambesi.

La guerra civile ha portato a notevoli sconvolgimenti per quanto riguarda i modelli di insediamento poiché molti abitanti del paese hanno trovato rifugio nelle cosiddette "aree protette" o nello Zimbabwe, nel Malawi e nel Sudafrica, da dove, con il ripristino della pace, stanno rientrando in patria. Circa il 40% della popolazione vive nei distretti urbani; le città più importanti sono Maputo, capitale e maggior centro portuale, Beira, scalo marittimo e nodo ferroviario, e Nampula, centro agricolo-commerciale. L'intero territorio è ripartito amministrativamente in undici province.

La lingua ufficiale è rimasta il portoghese anche dopo l'ottenimento dell'indipendenza, soprattutto perché non vi era nessuna lingua locale dominante; sono molto diffusi gli idiomi bantu, mentre in alcune aree costiere lo swahili viene usato come lingua franca.

La grande maggioranza della popolazione segue culti animisti (48%); sono presenti consistenti minoranze di cattolici (14%), di protestanti (5%) e di musulmani (16%).

Durante il dominio portoghese la popolazione autoctona venne totalmente esclusa dal settore educativo. Con l'indipendenza, la diffusione dell'istruzione di base è stata considerata una priorità anche se ostacolata dal numero esiguo di insegnanti a disposizione e dalla più che decennale guerra civile, durante la quale le scuole costituivano, insieme agli ospedali, uno dei bersagli più ambiti dalla RENAMO. Il Mozambico è il paese della regione australe con il più basso indicatore di sviluppo umano (0,246), con un tasso di analfabetismo pari a circa il 60% e con una scolarizzazione a livello superiore pari allo 0,4%.

L'attuale condizione di crescita economica in atto nel paese, non fa registrare un'adeguata attenzione e investimento a supporto delle azioni di tipo sociale e educativo nelle zone rurali. Così la realtà urbana viene ad assumere l'immagine di un luogo dove risulta possibile trovare risposte alle più varie necessità di benessere e luogo di maggiori occasioni per una vita migliore. La dimensione urbana non è sicuramente in grado né di accogliere né di farsi carico delle necessità di queste popolazioni rurali, di modo che l'unica prospettiva concreta per gli immigrati è quella di andare ad ingrossare il già cospicuo numero di diseredati e di marginali che sopravvivono di quel poco che la città può offrire.

Il Mozambico occupa l'ottavo posto tra i paesi più colpiti dall'infezione HIV. Si stima essere del 12,2% il tasso di sieropositività, con il 65% delle nuove infezioni che avviene in adulti con meno di 30 anni di età, colpendo principalmente le donne.

La speranza di vita in Mozambico si è abbassata da 46 a 36,5 anni.

1.3 Economia

I coloni portoghesi non si prodigarono affatto per sviluppare il potenziale economico e umano del paese. Al momento dell'indipendenza (1975) il paese ereditò un'economia fortemente dipendente dalle esportazioni di materie prime a basso costo e da una forza lavoro non specializzata. Il nuovo governo nazionalizzò le piantagioni e l'apparato industriale, in precedenza in mano straniera, creò diverse imprese statali e cercò di stabilire un tipo di economia pianificata.

Fino agli inizi degli anni Novanta, tuttavia, la guerra civile e le ricorrenti siccità ostacolarono gravemente lo sviluppo economico. Nel 2000 il prodotto interno lordo ammontava a 3.754 milioni di USD, equivalenti a un PIL pro capite di appena 210 USD. L'economia è basata con assoluta prevalenza sul settore agricolo. L'83% della forza lavoro è impiegato in questo settore anche se le aree coltivate coprono appena il 4,3% della superficie del paese.

Le principali colture commerciali sono cotone, canna da zucchero, tè e noci di acagiù; il settore destinato al consumo interno produce manioca, mais, frumento, sorgo, arachidi, patate e riso ed è affiancato da attività zootecniche di scarsa importanza. Lo sfruttamento delle risorse boschive a livello commerciale è poco sviluppato e gran parte del legno tagliato annualmente viene utilizzata quale combustibile.

Le risorse minerarie sono notevoli. Il carbone è il prodotto più importante, ma sono estratti anche sale, diamanti e bauxite. Presenti piccole quantità di oro, rame, manganese, titanio. Negli ultimi anni sono stati scoperti, al largo della costa, enormi giacimenti di gas naturale che sembrano offrire importanti possibilità di sviluppo.

L'industria manifatturiera, di modeste dimensioni, consiste in impianti per la lavorazione degli alimenti, stabilimenti tessili, fonderie, acciaierie e raffinerie. I principali prodotti esportati sono gamberi, noci di acagiù (anacardi), zucchero, olio di copra e derivati dal petrolio. Tra le importazioni si citano macchinari, apparecchiature elettriche, veicoli a motore e alimenti. I principali partner commerciali del Mozambico sono Stati Uniti, Sudafrica, Russia, Unione Europea e Giappone. L'unità monetaria è il *metical*, suddiviso in 100 *centavos*.

1.4 Salute Pubblica

In questo panorama anche l'AIDS si è imposto con prepotenza come problema trasversale a tutti i settori. Attualmente infatti circa 16% della popolazione adulta è sieropositiva (si infettano approssimativamente 357 persone al giorno). Nella provincia di Sofala la situazione è ancora più drammatica, con una percentuale del 26,5%. Nel 2010 l'aspettativa di vita è scesa a 35,9 anni. Questo dato, già di per sé allarmante, è ancora più preoccupante se si pensa agli orfani prodotti da questa triste realtà: secondo dati forniti dall'UNICEF (2006) in Mozambico esistono circa 400.000 bambini il cui padre morì per causa dell'AIDS.

La Missione di Mangunde non è un'eccezione a questa triste realtà. Tra gli alunni che frequentano la scuola, quasi un terzo sono orfani. La maggioranza di questi persero il padre, la madre o entrambi i genitori per colpa dell'AIDS. La maggior parte degli studenti più disagiati e con maggiori problemi economici e familiari sono interni della scuola. Le famiglie, infatti, spesso, optano per il convitto come migliore alternativa.

Il tasso di crescita demografico per il 2002 è stato stimato al 2,4%¹

Per il 2003 la stima è stata corretta allo 0,83% a causa dell'impatto dell'HIV/AIDS

Il valore dell'aspettativa di vita (circa 36 anni) , rapportato a quello dei paesi industrializzati che è superiore a 74 anni, è molto basso, denunciando una situazione economica e sanitaria particolarmente difficile.

Il numero medio di figli per donna in età fertile (Tasso di Fecondità) è di 5,5.

Il 28,9% delle donne tra i 15-19 anni ha almeno 1 figlio.

Il Tasso di Mortalità Infantile è di 123,6 per 1000 nati vivi².

Il Tasso di Mortalità sotto i 5 anni (U5MR) è di 197 per 10003 ed esprime chiaramente il livello di sviluppo del Paese e la qualità del suo Sistema Sanitario. Le principali cause di U5MR sono:

- 1) 18% malaria, che costituisce il 70% delle ospedalizzazioni pediatriche
- 2) 13% diarrea
- 3) 8% infezioni respiratorie acute
- 4) 3% morbillo e tetano neo-natale

Il Tasso di Malnutrizione Cronica nei minori di 3 anni è del 36%.

Il Tasso di Mortalità Materna è pari a 1000/100.000 nati vivi (2000):

Le principali cause dirette sono: cattiva asepsi, emorragie, rottura dell'utero.

Le principali cause indirette sono: malaria, anemia, AIDS.

Nel 74 % dei casi di morte materna, la causa è il ritardo nell'erogazione di cure ostetriche.

Secondo i dati disponibili (risalenti al '97) relativi alle attività di vaccinazione :

Solo il 47 % dei bambini tra 12 e 24 mesi è stato completamente vaccinato, di cui:

- 78 % per la BCG
- 55 % per la polio (3a dose)
- 57 % per il morbillo.

Le differenze nei tassi di vaccinazione all'interno del paese sono molto importanti:
85% nelle zone urbane

¹ Dati INE (Instituto Nacional de Estatistica) "Projeccoes de Populacao 1997 - 2010",
ultimi dati disponibili

² *Ibidem.*

³ Dati UNICEF 2001.

36% nelle zone rurali.

Le differenze nei tassi di vaccinazione tra le province del paese sono assai significative:

23% nella Provincia di Zambesia

72% nella Provincia di Inhambane.

A livello nazionale, la copertura contro il tetano nelle madri è stata del 34%:

- 58% nelle zone urbane

- 27% nelle zone rurali.

Le differenze provinciali variano dal:

- 17% nella Provincia di Zambesia

- al 78% nella Città di Maputo.

Per quanto riguarda la salute riproduttiva:

Il 71 % delle donne riceve cure pre-natali, di cui:

- 96% nelle zone urbane

- 65% nelle zone rurali

- inferiori al 50% i tassi di copertura nella Provincia di Sofala e della Zambesia.

Il 40% (2000) dei parti è assistito da personale sanitario:

- 81% nelle zone urbane

- 33% nelle zone rurali

Il 5% della popolazione sessualmente attiva, utilizza un metodo contraccettivo moderno:

- 17% nelle aree urbane

- 2% nelle aree rurali.

L'HIV/AIDS è un problema drammatico che sta avendo un grande impatto sulla sanità, l'economia e la demografia del Mozambico e la cui incidenza è destinata a crescere nei prossimi anni.

Il 40% dei letti ospedalieri è occupato da casi di HIV/AIDS;

700 sono i nuovi casi di persone infette dal virus HIV ogni giorno;

50% è la probabilità che un bambino nato in Mozambico muoia di AIDS;

solo lo 0,2% delle persone infette riceve una terapia con antiretrovirali.

Dati più recenti diffusi dal Ministero della Salute mozambicano rivelano una realtà ancora più sconcertante: il 16% della popolazione è sieropositiva. La percentuale di sieropositività varia da regione a regione: nelle zone centrali del paese arriva a quasi il 17%, mentre nella Provincia di Sofala raggiunge addirittura il 26,5%.

Studi effettuati da UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) mostrano che entro il 2010 l'aspettativa di vita alla nascita scenderà dagli attuali 43 a 36 anni invece che salire a 50. Entro il 2015 la mortalità infantile in Mozambico, già tra le più alte del mondo, sarà del 25% in più di quanto sarebbe in assenza della

malattia. Si stima che nel 2010 1.130.000 bambini avevano perso uno od entrambi i genitori a causa dell'AIDS.

Nella fascia d'età compresa tra i 15 e 19 anni le donne sieropositive sono il doppio degli uomini; tra i 20 e 24 anni sono il quadruplo. E' evidente che il problema dell'AIDS rappresenta una seria minaccia allo sviluppo economico del paese. Analisi e proiezioni indicano che il numero delle persone economicamente attive nel 2010 non sarà 12,4 milioni come ci si aspettava, bensì 10,8 milioni con alte proporzioni di lavoratori molto giovani o molto vecchi.

Il già fragile sistema sanitario nazionale è inoltre minacciato. I pazienti con l'AIDS infatti occupano più del 20% dei letti negli ospedali rurali ed i costi a carico del Paese per il mantenimento di questi malati sono enormi.

2 Premessa

Il progetto “2015: Attivisti di Salute camminano verso la sostenibilità nella missione di Mangunde (provincia di Sofala) - Mozambico” si inserisce nel complesso dei progetti rivolti a rendere, nel tempo, autosufficiente l’associazione EsMaBaMa nella conduzione e finanziamento delle sue attività di aiuto sociale e sanitario, promozione e diritto allo studio, alfabetizzazione e formazione culturale e professionale della gioventù.

Gli obiettivi del progetto sono quattro:

- I. Continuare il lavoro di sensibilizzazione delle comunità locali sul trattamento HIV e altre malattie contagiose e sostenere le giovani mamme nella regione di Mangunde.
- II. Visitare i malati che non possono dirigersi al Centro di Salute.
- III. Promuovere attività di Generazione di reddito tra gli Attivisti per una sempre maggiore autosufficienza del progetto.
- IV. Promuovere l’associativismo nelle comunità locali, creando un’associazione di attivisti in salute per poter accedere autonomamente a bandi nazionali e stranieri.

Prima di presentare nello specifico il progetto, vogliamo quindi proporre una breve ma necessaria descrizione dell’Associazione EsMaBaMa.

3 Associazione EsMaBaMa

La parola EsMaBaMa deriva dall'unione delle due prime lettere dei nomi delle Missioni Comboniane d'Estaquinha, Machanga, Barada e Mangunde, situate nel sud della provincia di Sofala.

Per "Associazione Esmabama" s'intende l'insieme delle attività atte a ricostruire le quattro Missioni, nazionalizzate nel 1976, e danneggiate durante la guerra, al fine di riorganizzare scuole, convitti e Centri di Salute, assicurando contemporaneamente una relativa autonomia economica, mediante attività di sviluppo agricolo e zootecnico.

L'idea del programma nacque subito dopo gli Accordi di Pace del 1992, nell'ambito di una riflessione dell'Arcidiocesi di Beira per dare una risposta di Chiesa, integrando gli aspetti sociali e pastorali e offrire un contributo concreto per la ricostruzione e la riconciliazione del Paese.

L'obiettivo generale dell'Associazione è rafforzare il sistema educativo e sanitario nei 3 Distretti del Sud della Provincia di Sofala dove si trovano le 4 Missioni (Mangunde, nel distretto di Chibabava, Barada e Estaquinha nel distretto di Búzi, e Machanga nell'omonimo distretto) e migliorare qualitativamente l'insegnamento, la formazione e l'accoglienza degli alunni delle scuole e l'assistenza sanitaria nei centri ospedalieri delle Missioni e, allo stesso tempo, gestire le scuole in collaborazione e in accordo con il Governo locale (quest'ultimo paga lo stipendio degli insegnanti) offrendo effettivamente agli studenti la possibilità di frequentare servizi scolastici il più moderni possibile (nel contesto locale) e formare una classe insegnante all'altezza dei programmi di sviluppo che il Mozambico sembra decisamente intenzionato a darsi.

Obiettivi specifici dell'Associazione sono:

- Favorire l'accesso all'educazione ed alla formazione dei giovani residenti nei 3 Distretti dove si trovano le scuole Esmabama.
- Stimolare in modo particolare l'accesso all'istruzione delle ragazze dei 3 Distretti.
- Fornire agli alunni una formazione professionale (tecniche agricole e zootecniche, cucito...)
- Implementare l'assistenza sanitaria a favore delle popolazioni delle zone vicine ai centri ospedalieri delle missioni.
- Garantire una buona formazione sanitaria agli alunni e alla popolazione per la prevenzione delle malattie più diffuse con una speciale attenzione al virus dell'AIDS.
- Sviluppare la produzione agricola e l'allevamento di animali per assicurare una buona alimentazione agli alunni convittori e porre le basi per il futuro mantenimento delle scuole e dei centri ospedalieri.
- Favorire lo sviluppo economico e sociale della gente dei 3 Distretti, creando le condizioni necessarie tramite il lavoro, l'educazione (corsi serali, alfabetizzazione per adulti...) e la condivisione delle nuove tecniche di produzione agricola e zootecnica usate dal Programma.

Per quanto concerne il settore sanitario, si pensi che nel 1995, quando la congregazione Comboniana decise di impegnarsi nella ricostruzione del Sud della Provincia di Sofala, erano in funzione solo i centri ospedalieri di Barada ed Estaquinha

sotto la responsabilità del Governo. Le strutture si trovavano in una situazione di grave degrado a causa della guerra e dell'abbandono. Per questo motivo il centro di Barada doveva essere chiuso e sostituito; invece, il centro di Estaquinha richiedeva una ricostruzione radicale. Quanto a Mangunde non c'era niente, poiché l'antico centro ospedaliero era stato completamente distrutto.

- ✓ Dal **1995**, grazie a Esmabama, i centri ospedalieri di Barada ed Estaquinha furono ricostruiti e dotati di nuovo equipaggiamento tecnico;
- ✓ Nel **1995**, a Mangunde, fu riaperto il centro ospedaliero in una struttura provvisoria. Contemporaneamente si iniziarono i lavori di costruzione del nuovo centro ospedaliero con "maternità", inaugurato nel **1998**;
- ✓ Nel **2001** sempre a Mangunde furono costruite due case per il personale in servizio e la "casa di attesa" per le donne prossime al parto;
- ✓ Nel **2002**, si è inaugurato il laboratorio clinico a Mangunde;
- ✓ Nel **2002** ad Estaquinha furono costruite due case per il personale in servizio e la "casa di attesa" per le donne prossime al parto;
- ✓ Nel **2002** a Barada furono costruite due infermerie (una per gli uomini ed una per le donne) con un totale di 8 posti letto e una casa per il personale in servizio;
- ✓ Nel **2002** si è aperto il centro ospedaliero di Machanga per gli studenti ed il personale in servizio presso la Missione;
- ✓ Nel **2004** a Mangunde sono state costruite altre due case per il personale in servizio;
- ✓ Nel **2005** (ottobre) a Mangunde si è inaugurato il Centro per la prevenzione e il trattamento dell'Hiv/Aids con annessa una sala per gli incontri formativi a favore degli alunni e della popolazione locale. Nello stesso anno inizia il progetto Attivisti in Salute.
- ✓ Nel **2010** il Centro di Mangunde è in grado di assicurare il trattamento con antiretrovirali per più di 700 malati di Aids. La priorità rimane la prevenzione della trasmissione verticale per fare in modo che da donne incinte con HIV possano nascere bambini sani. Il Centro ospedaliero di Mangunde dall'inizio del 2006 conta sull'assistenza permanente di una coppia di medici austriaci. Nonostante cambi di personale, la presenza di medici espatriati non è mai venuta a mancare.
- ✓ Nel **2013** il Centro apre la "Maternidade" e "Casa Mãe Espera", il personale infermieristico si attrezza per ospitare le giovani mamme.

Il numero dei tecnici, degli infermieri e degli aiutanti dei 4 centri ospedalieri delle Missioni di Esmabama è passato da 4 nel 1995 a 21 nel 2013, senza contare i 70 attivisti in varie aree, che fanno opera di sensibilizzazione sanitaria nel territorio.

L'obiettivo finale è organizzare le 4 Missioni gestite dall'Associazione Esmabama in modo che abbiano le condizioni necessarie per operare nei settori dell'educazione, della salute e dello sviluppo economico, con la priorità della formazione dei giovani a tutti i livelli.

In vista di ciò per l'Associazione è quindi necessario completare le costruzioni necessarie al buon funzionamento delle scuole, dei convitti, dei centri ospedalieri e degli alloggi dei professori, degli infermieri e dei responsabili Esmabama; realizzare una buona formazione dei quadri dirigenti (coordinatori, amministratori, direttori,

responsabili dei convitti, professori, infermieri...), e organizzare le attività agricole e zootecniche in modo che la produzione possa riuscire a coprire il mantenimento delle scuole e dei centri ospedalieri.

4 Descrizione del progetto

4.1 Introduzione

In Mozambico il 60% della popolazione è analfabeta e solo lo 0,4% ha una scolarizzazione di livello superiore. La mancanza di strutture scolastiche è la ragione principale di questa situazione che è una delle principali cause del bassissimo livello di sviluppo socio economico.

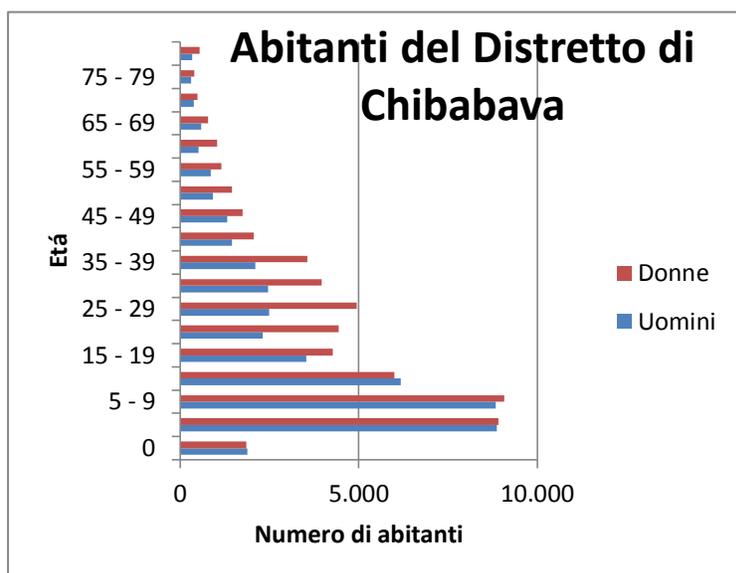
Nelle zone dell'entroterra la situazione è chiaramente la peggiore: i giovani più intraprendenti si trasferiscono in città per continuare gli studi mentre i più sfortunati (la maggioranza) è costretta ad abbandonarli.

L'associazione Esmabama", nella sua decennale attività, si sta impegnando per dare una risposta a questo grave problema lavorando in zone dove migliaia di bambini e ragazzi non avrebbero altre possibilità scolastiche fuori dalle proposte educative offerte da Esmabama stessa.

Per rendere fruttuoso il lavoro svolto nell'educazione, è indispensabile che le persone crescano sane e possano svilupparsi, e portare avanti attività intellettuali, culturali ed economiche al fine di creare un circolo virtuoso che migliori la qualità di vita nei Distretti dove Esmabama opera.

Da ciò, il tentativo di mettere in atto progetti che migliorino la salute delle persone, sensibilizzino riguardo alla prevenzione, e che riducano la possibilità di infezioni e contagi e mirino a ridurre, nel lungo periodo, i costi per le cure mediche e medicamentose.

4.1.1 Mangunde



Il distretto di Chibabava, dove sorge la Missione di Mangunde, è situato al sud della provincia di Sofala, e confina con la provincia di Machanga a sud, col Distretto di Búzi a nord, e con la Provincia di Manica a Nord e a Est.

La sede del distretto, Chibabava appunto, così come la Missione di Mangunde, sono allacciate alla rete elettrica nazionale, e, a parte i costanti black-out, questo ha migliorato notevolmente la qualità di vita di chi risiede

nella Missione.

In termini di popolazione, il distretto conta 102.006 abitanti (suddivisi per sesso e fascia d'età come rappresentato dal grafico), la maggior parte dei quali si dedica ad attività economiche come piccolo commercio, agricoltura e allevamento bovino. Molti capi famiglia, nonostante siano censiti nel Distretto, risiedono normalmente in Africa del Sud, dove lavorano come minatori. Nella maggior parte dei campi si coltiva sorgo che serve principalmente per il sostentamento familiare. Allo stesso modo si coltiva mais e manioca.

In questa zona la quasi totalità della popolazione appartiene al gruppo etnico "NDAU".

Nel 2007/2008 questo distretto fu uno dei più danneggiati dalle piogge eccessive e dalla siccità che ne seguì. In questo modo molte piantagioni furono distrutte e morirono una gran quantità di animali. L'anno successivo, invece, ci furono abbondanti precipitazioni anche durante i mesi normalmente secchi (da Marzo a Novembre), e questo, se da una parte permise di fare una terza semina, dall'altra fece perdere svariati ettari di leguminose che erano quasi pronte per la raccolta.

L'impatto di questi cambiamenti climatici e dell'imprevedibilità delle piogge sta rendendo imprescindibile l'aumento delle conoscenze tecniche sui sistemi di irrigazione e di conservazione dell'umidità del suolo e la necessità di un sistema di irrigazione per poter approfittare al massimo delle terre disponibili.

Al di là dei dati relativi direttamente alla comunità di Mangunde, è importante presentare alcune informazioni più specifiche sulla situazione, dato che rappresenta una parte degli obiettivi di questo progetto.

La missione San Francesco di Assisi di Mangunde fu iniziata nel 1945 e fu coordinata dai missionari francescani. Con la proclamazione dell'Indipendenza Nazionale, questa istituzione fu nazionalizzata e controllata dallo Stato. Nel 1993, con la firma dell'accordo di pace, la missione fu affidata alla Chiesa e all'Arcidiocesi di Beira.

A partire dal 1993 furono realizzate diverse opere di ricostruzione come le aule della scuola e le case per i professori con l'aiuto di diversi enti nazionali e internazionali.

Di seguito presentiamo alcuni dati significativi degli studenti della missione negli ultimi sei anni:

Anno	Totale degli alunni
2005	1.484
2006	1.585
2007	1.310 ⁴
2008	1.733
2009	1.921
2010	2.029

La formazione impartita nella scuola di Mangunde è la seguente:

⁴ La diminuzione del numero degli iscritti nella scuola e nel convitto è dovuta all'apertura di nuove scuole statali nel distretto. Il successivo aumento è dovuto alla differenza qualitativa tra la scuola della Missione di Mangunde e le scuole Statali. I beneficiari maggiori di tale aumento sono state le ragazze, il cui numero è passato da 560 nel 2007 a 702 nel 2008.

Educazione Primaria: 1° grado (EP1), dalla 1ª alla 5ª classe, e 2° grado (EP2), 6ª e 7ª classe.

Educazione Secondaria: 1° grado (ESG1), 8ª e 10ª classe, e 2° grado (ESG2), 11ª e 12ª classe.

Anno ⁵	Livello	Bambini	Bambine	Totale
2005	EP1	N.A.	N.A.	654
2006		N.A.	N.A.	852
2007		357	316	673
2008		363	385	748
2009		385	363	748
2010		400	319	719
2005	EP2	N.A.	N.A.	250
2006		N.A.	N.A.	214
2007		132	88	220
2008		154	138	292
2009		177	137	292
2010		205	159	364
2005	ESG1	N.A.	N.A.	589
2006		N.A.	N.A.	519
2007		261	156	417
2008		345	177	522
2009		346	228	574
2010		403	296	699
2005	ESG2	N.A.	N.A.	178
2006		N.A.	N.A.	217
2007		136	13	149
2008		147	24	171
2009		180	36	216
2010		197	50	247

Gli alunni interni della missione sono:

Anno	Internato femminile	Internato maschile	Totale
2005	236	288	824
2006	229	543	772
2007	222	406	628
2008	267	498	765
2009	289	495	784
2010	475	314	789

Oltre alla scuola di insegnamento generale, nella Missione di Mangunde nel 2007 è stato aperto un istituto agro-zootecnico, cui accedono i giovani una volta completata la 7ª classe. Durante i tre anni di insegnamento gli alunni apprendono come poter coltivare le proprie terre sia ottimizzando le risorse tradizionali che utilizzando sistemi di coltivazione più sofisticati. La metodologia applicata dalla Scuola Professionale

⁵ Per gli anni 2005 e 2006 non si hanno i dati disagregati riguardanti il numero di alunni e alunne presenti nelle scuole.

Familiare Rurale è detta dell'alternanza. Ovvero, ogni mese si alternano 15 giorni di lezioni a scuola e 15 giorni di pratica in casa. I professori seguono attentamente gli alunni nelle proprie abitazioni e la qualità delle coltivazioni domestiche viene valutata come disciplina accademica.

Attualmente i 56 alunni della Scuola Professionale Familiare Rurale di Mangunde sono così suddivisi:

	Ragazzi	Ragazze	Totale
1° anno	18	10	28
2° anno	15	4	19
3° anno	6	3	9

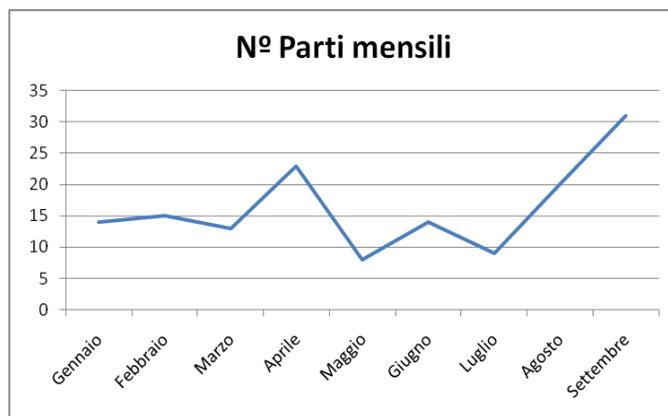
All'interno del settore educativo, la Missione di Mangunde si è impegnata anche nell'alfabetizzazione degli adulti che, nel 2010 ha compreso 20 centri e 35 "alfabetizzatori" per un totale di 792 partecipanti di cui 427 donne. I centri di Alfabetizzazione gestiti da ESMABAMA sono localizzati nelle zone più lontane e meno coperte dai programmi del governo.

Le attività agro zootecniche svolgono un ruolo indispensabile per l'autosostenibilità della Missione, perché da un lato servono per l'alimentazione degli alunni interni della scuola, e dall'altro per vendere i prodotti al mercato esterno e contribuire all'autosufficienza della Missione stessa. Per quanto riguarda l'allevamento, nella Missione di Mangunde ci sono maiali, mucche, capre, galline, anatre e tacchini.

Per quanto concerne l'agricoltura, la maggior parte dei terreni sono coltivati a granturco e sesamo (una coltura ad alta rendita); una parte delle terre sono riservate per la produzione di ortaggi stagionali.

Oltre a tutto questo la Missione di Mangunde vanta anche il primo centro di salute che fornisce diagnosi e trattamento all'HIV/Aids. Al 31 Ottobre 2010 erano 716 le persone in trattamento e 1.028 quelle risultate positive al test e quindi sotto costante osservazione. L'ospedale di Mangunde inoltre gestisce una maternità e un laboratorio di analisi e tutto il personale è sotto costante supervisione del Rettore della Facoltà di Medicina di Beira.

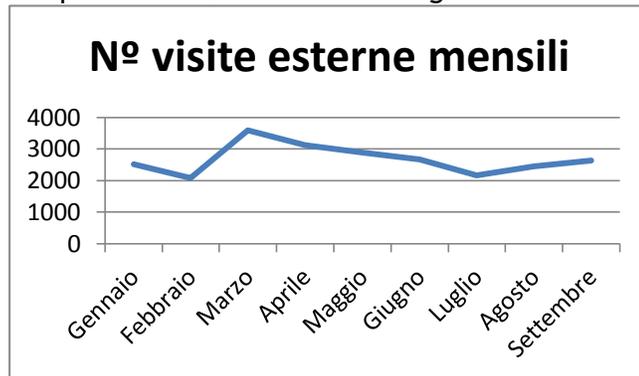
L'Associazione Esmabama, dal 2005, ha sempre garantito la presenza di un medico europeo presso il centro di salute di Mangunde, e da Novembre 2010 il ministero della Salute mozambicano ha autorizzato la presenza di un medico mozambicano. Per evitare che tutti i medici locali fuggano le zone rurali per prestare servizio presso le città, infatti, il ministero impone ai neo-laureati



di prestare servizio per due anni lì dove c'è maggior necessità. L'autorizzazione ricevuta ha quindi un'enorme importanza poiché dimostra il riconoscimento da parte delle autorità del lavoro svolto da Esmabama e delle necessità locali.

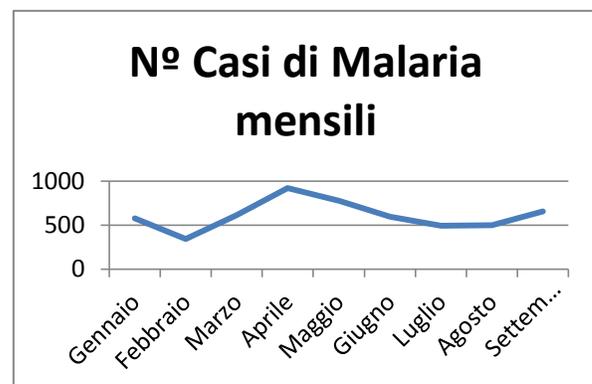
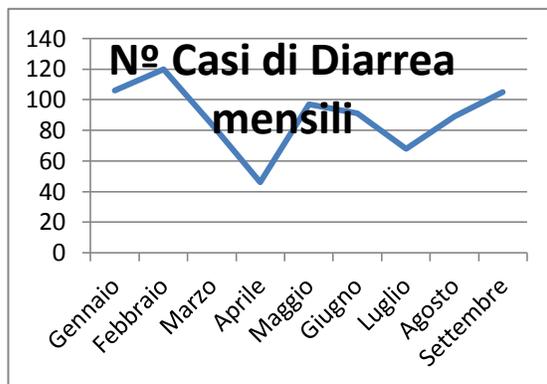
In questo periodo il centro di Salute di Mangunde sta costruendo una nuova maternità per migliorare la qualità del servizio offerto e rispondere adeguatamente al crescente numero di parti, che, come si può vedere dal grafico, sono passati da 14 nel mese di Gennaio 2010 a 31 in Settembre.

Durante lo stesso periodo, il numero di persone che mediamente ogni mese si sono rivolte al Centro di Salute di Mangunde per una visita medica, è stato di 2.682. Bisogna evidenziare che questo non significa che sono 32.184 persone che affluiscono a Mangunde all'anno, ma che il Centro di Salute effettua 32.184 visite all'anno: la stessa persona, infatti, vi può comparire più volte richiedendo più visite nel corso dell'anno.



Un altro dato che dimostra la quantità di lavoro fatto dal Centro di Salute di Mangunde sono le quasi 100 persone che ogni mese occupano i pochi letti disponibili. Nel solo mese di Ottobre 2010, 29 persone sono state internate nel reparto di medicina, 21 in quello di pediatria e 34 nella maternità.

Come si può vedere dai grafici, i soli malati di malaria sono in media 600 al mese, mentre le persone colpite da diarrea sono in media 90 al mese, con picchi tra Ottobre e Febbraio a causa delle piogge intense che contribuiscono a trasportare le acque sporche verso i corsi d'acqua dove la popolazione fa il bagno e raccoglie l'acqua per bere.



Inoltre, il Centro di Salute di Mangunde accoglie quotidianamente in media 17 adulti (di cui 10 donne prossime al parto) e 4 bambini: questo dato è destinato ad aumentare grazie all'aumento di fiducia della popolazione di Mangunde e del Distretto di Chibabava verso il Dispensario Medico, e in particolare per l'aumento costante di donne che scelgono di partorire nella struttura ospedaliera piuttosto che in casa.

4.2 Descrizione delle attività previste nel progetto

Grazie al presente progetto si vogliono svolgere le seguenti attività:

- Att. 1) Organizzare incontri quotidiani con le comunità;
- Att. 2) Incontri settimanali con anziani e malati;
- Att. 3) Organizzare incontri mensili con i leader della comunità riguardanti salute materno-infantile;
- Att. 4) Incoraggiare le donne a partorire nel Centro di Salute e non in casa;
- Att. 5) Distribuire un Kit alimentare alle giovani mamme;
- Att. 6) Intraprendere iniziative di allevamento e acquisto di una barca per gli attivisti volte al raggiungimento dell'autosufficienza.

4.3 Popolazione beneficiaria del progetto

Diretti⁶:

Attivisti	36
HIV- pazienti senza TARV	100
Mamme in attesa del parto	522
HIV- pazienti con TARV	800
TOTALE	1555

Indiretti:

Visto che al Centro di Salute di Mangunde affluiscono persone provenienti anche da altri distretti e province, è estremamente difficile calcolare il bacino di influenza del Centro. Considerando che il Distretto di Chibabava conta 13 abitanti per Km² e che le persone arrivano al Centro di Salute mediamente da un raggio di 30 Km, possiamo supporre che i beneficiari indiretti del progetto siano circa 36.756 persone.

⁶ Bisogna sottolineare che da questo computo sono escluse le migliaia di persone che affluiscono al Centro di Salute di Mangunde per consulti medici e che non hanno bisogno di essere ospedalizzate. Questi, nonostante non abbiano un codice personale, e quindi non siano contabilizzabili, trarranno vantaggio dai migliori servizi offerti del laboratorio di analisi.

4.4 Giustificazione del progetto

L'Associazione Esmabama focalizza le sue attività nell'offerta di servizi educativi, sanitari e di sviluppo della produzione agricola e zootecnica per la popolazione del Sud della Provincia di Sofala, mantenendo come riferimento i valori umani cristiani. In quest'ottica la sostenibilità dell'Associazione stessa è fondamentale per la continuazione delle sue stesse attività.

La grande struttura educativa e sanitaria dovrà mantenersi grazie alla produzione di generi alimentari di prima necessità. Con questo obiettivo, l'Associazione focalizza i suoi sforzi nel rinforzare il settore produttivo agro-zootecnico e le attività che possano divenire generatrici di reddito.

La produzione agricola si concentra nell'introduzione e il miglioramento del sistema di irrigazione che permette la produzione organizzata e fuori-stagione di ortaggi, i quali verranno impiegati per aumentare la sostenibilità della Missione stessa. Attualmente grazie proprio a Caritas Bolzano, la Missione di Mangunde può vantare un sistema di irrigazione perfettamente funzionante anche per l'orto della Scuola Professionale Familiare Rurale.

La sostenibilità della Missioni, quindi, si raggiungerà percorrendo tre vie parallele: producendo i generi alimentari necessari per l'alimentazione tanto della scuola quanto del dispensario medico; incentivando i rispettivi ministeri a porre sotto contratto il personale docente e sanitario; e investendo in costruzioni durature che abbiano bisogno della minor manutenzione possibile garantendo al contempo alta qualità del servizio offerto.

In questo contesto si inserisce il presente progetto, il cui obiettivo è migliorare l'attività degli attivisti di salute e raggiungere nei prossimi 3 anni la sostenibilità.



In questo modo, il presente progetto, ha come finalità la realizzazione degli obiettivi del millennio, e in particolare:

- Quarto: ridurre la mortalità infantile (migliorando le condizioni di parto, riducendo le possibilità di contagio intra-ospedaliero per i bambini ricoverati in pediatria e per le donne in maternità);
- Quinto: migliorare la salute materna (attraverso migliori condizioni igieniche e una migliore alimentazione nei giorni precedenti e successivi al parto);
- Sesto: combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie (incentivando le persone ad effettuare controlli periodici, migliorando la qualità del servizio ospedaliero offerto e riducendo la possibilità di trasmissione di malattie intra-ospedaliere);

4.5 Problemi e necessità toccati dal progetto

La salute della popolazione rurale del Sud della Provincia di Sofala è messa in pericolo dai seguenti fattori:

- Poca igiene nei dispensari medici a causa della bassa qualità delle infrastrutture.
- Mancanza di banche del sangue e di laboratori di analisi diffusi sul territorio e conseguente necessità di trasportare gli ammalati da un dispensario medico all'altro su strade di terra battuta che durante la stagione delle piogge diventano impraticabili.
- Scarsità di sangue disponibile per trasfusioni a causa della diffusione della popolazione nel territorio.
- Diagnosi imprecisa delle malattie a causa dei pochi laboratori di analisi e raccolta esistenti.
- Scelta dei metodi tradizionali di cura piuttosto che dei centri di salute convenzionali.



Sulla base di questo l'Associazione Esmabama ha identificato le seguenti necessità:

- 1) Formare e informare le comunità;
- 2) Portare le terapie e la formazione necessaria ai pazienti nei villaggi, piuttosto che aspettare che questi vengano al centro (**ruolo fondamentale degli attivisti**)
- 3) Diminuire i parti in casa;
- 4) Portare gli attivisti ad organizzarsi in associazione per proseguire in autonomia il loro compito.

4.6 Obiettivi del progetto

4.6.1 Obiettivo generale

Migliorare lo stato di salute degli abitanti del distretto di Chibabava

4.6.2 Obiettivi specifici

- 1) Migliorare le condizioni igieniche della popolazione;
- 2) Migliorare l'alimentazione dei pazienti e giovani mamme;
- 3) Diminuire la mortalità delle puerpere;

4) Migliorare la diagnosi delle malattie dei pazienti.

4.7 Risultati attesi

- Diminuzione del 15% il numero di parti in casa;
- Aumento del 20% del numero di pazienti visitati presso il Centro di Salute di Mangunde;
- Diminuita la mortalità delle puerpere a meno di 1%.
Si pensi che, nel 2006 (ultimo dato disponibile), nel Distretto di Chibabava la mortalità materna media è stata del 10%, così ripartita per età delle madri:

<i>Età della Madre</i>	<i>% di morte per maternità</i>
12-14	18%
15-19	10%
20-24	11%
25-29	15%
30-34	11%
35-39	5%
40-44	8%
45-49	9%

4.8 Attività previste

- Studio progetto
- Calcolo dei costi
- Realizzazione progetto

4.9 Cronologia

Anno 2014:

- Studio progetto con il gruppo degli attivisti
- Calcolo dei costi

Anno 2015:

- Inizio delle attività domiciliari
- Inizio delle attività di allevamento e acquisto di una barca

5 Sostenibilità del progetto

Il progetto dovrà essere in grado di sostenersi autonomamente in un arco temporale di alcuni anni.

Per poter fare questo sono state previste, oltre a quanto si fa già ora, due tipi di attività: la prima allevando greggi di capre per poterle vendere e realizzare così utili, da utilizzare all'interno del progetto stesso o per pagare le varie spese.

La seconda attraverso la gestione di una barca, ora affidata ad alcuni privati.

In termini di sostenibilità ci si aspetta che il presente progetto possa essere sostenibile a medio-lungo termine, attraverso l'impianto di attività di allevamento caprino. Questo nell'ottica, una volta che l'allevamento sarà in grado di far crescere il numero di capi di bestiame, di coprire con il ricavato il sussidio mensile degli attivisti.

Altra attività generatrice di reddito, deriverà dalla gestione di una barca che funge da traghetto; Gli utenti della barca, pagando un piccolo valore per attraversare il fiume, genereranno una fonte di reddito che contribuirà alla sostenibilità.

6 Risorse

6.1 Risorse umane

Professionisti, tecnici, agronomi della scuola; gruppo di attivisti dell'ospedale di Mangunde.

6.2 Risorse materiali

Terreno di proprietà dell'Arcidiocesi di Beira e gestito dall'Ordine Comboniano. Generi alimentari prodotti e commercializzati da imprese e ditte locali, salvo il caso del latte in polvere che è prodotto e commercializzato dal Sudafrica.

7 Descrizione, suddivisione dei costi e richiesta contributo

7.1 Descrizione dei costi

Il costo complessivo del progetto è di **37.968,50 €**.

Per la specifica descrizione dei costi:

1€=38 MZN

Descrizione	Quantità	Valore Unitario (meticais)	Valore Totale (meticais)	Euro	Cor Unum	Uniamo le Mani
Acquisto di capre	50	1.000,00	50.000,00	1.316 €	1.316 €	
Acquisto di pecore	50	1.800,00	90.000,00	2.368,5 €	1.368,5 €	1.000 €
Costruzione del recinto	1	50.000,00	50.000,00	1.316 €	1.316 €	
Latte in polvere per neonati (12 lattine)	50	2.750	137.500	3.618,5 €		3.618,5 €
Medicine	5kit	10.000,00	50.000,00	1.316 €		1.316 €

veterinarie						
Moto per monitoria	1	180.000,00	180.000,00	4.737 €	4.737 €	
Comustibile	100L	39,4	3.940,00	104 €		104 €
Materiale segreteria	5kit	2.500,00	12.500,00	329 €	329 €	
Attivisti (36)	12	900,00	388.800,00	10.231,5 €	10.231,5 €	
Coordinatore progetto	12	20.000,00	240.000,00	6.316,00 €	3.158 €	3.158 €
Agronomo	12	10.000,00	120.000,00	3.158 €		3.158 €
Contabile	12	10.000,00	120.000,00	3.158 €	1.000 €	2.158 €
				37.968,5 €	23.456 €	14.512,5 €
				61,77%		38,23%

7.2 Suddivisione dei costi e richiesta contributo

- Il contributo della ONLUS Uniamo Le Mani é di € 14.512,5 (38,23%);
- Il donatore Cor Unum, sosterrà il progetto con un contributo di € 23.456,00 (61,77%);

8 Monitoraggio e verifica

La verifica dello stato di avanzamento del progetto, sia dal punto di vista tecnico tempistico, sia dal punto di vista economico finanziario, confrontando quanto pianificato con quanto effettivamente realizzato, viene effettuato in prima persona dall'Associazione EsMaBaMa che provvederà ad informare il donatore con un report a fine progetto.

8.1 Valutazione

Una prima valutazione *in itinere* è fatta con le azioni di monitoraggio e verifica. Una valutazione di tipo *ex post* ci pare però particolarmente importante. Sarà interessante valutare, a distanza di almeno due anni, l'efficacia, la pertinenza e l'appropriatezza dell'intervento nell'ottica della più generale finalità di permettere a Missioni come quella di Mangunde e, più in generale, quelle facenti parte del programma Esmabama di raggiungere un buon livello di indipendenza economica che consenta loro di essere attivi nel territorio e fra la popolazione senza l'affannosa ricerca di aiuti esterni che condizionano e/o limitano la quotidianità di presenza e di missione.

8.2 Continuazione del progetto

Il progetto è inserito in una più ampia e collaudata progettualità già in atto e condotta da un Ordine missionario che ha fatto dell'emancipazione delle popolazioni africane lo scopo del proprio essere ed esistere. Questo è già garanzia di sostenibilità futura, ma non bisogna assolutamente dimenticare che la metodologia stessa della conduzione di questa Missione comboniana prevede e presuppone interventi nei settori dell'agricoltura e dell'allevamento che garantiscono entrate economiche e utilizzo di risorse proprie per la sostenibilità futura della Missione stessa e delle azioni ad essa collegate.

Richiamando la nota del punto 6 (Risorse), ulteriore prova di sostenibilità è data dall'assunzione da parte dell'associazione di tutte le spese che riguardano il regolare funzionamento di scuole, convitto e dispensari medici, comprese quindi le spese di gestione e il pagamento degli stipendi al personale non insegnante e paramedico.

Questo è possibile grazie ai proventi di coltivazioni e allevamento e alle offerte raccolte nel mondo dall'ordine. Il pagamento degli stipendi del personale è garantito dallo Stato del Mozambico che riconosce ufficialmente le scuole e i dispensari medici.

Di fatto, questo progetto è stato studiato e proposto, tra l'altro, proprio per raggiungere una sostenibilità o meglio, auto sostenibilità, per gli anni a venire.

8.3 Fattori di rischio

Al momento, escludendo fattori di rischio naturali (uragani, inondazioni, terremoti ecc.), consideriamo l'attuale instabilità politica del Mozambico. In questo senso si conferma l'urgenza di un progetto gestito e implementato da attivisti.

Altro aspetto da includere fra i possibili fattori di rischio consideriamo i cronici problemi legati ai trasporti e percorribilità delle strade.

9 Conclusioni

Escludendo le situazioni di emergenza evidente, pensiamo che si debba cercare di investire nella possibilità di fornire gli strumenti per rimuovere e risolvere, anche parzialmente, le cause che determinano le situazioni di bisogno e povertà estrema.

Le strutture scolastiche, le aule come i laboratori, le palestre, le biblioteche così come le necessarie infrastrutture destinate alla cura e all'igiene della persona, unitamente ad un insegnamento delle materie con strumentazioni e sistemi adeguati e aggiornati, sono gli strumenti, i mezzi necessari per formare in modo efficace, culturalmente e professionalmente, la gioventù che avrà il compito fare progredire il Paese sulla via di un miglioramento delle condizioni e della qualità della vita e di una effettiva consapevolezza dei vitali valori rappresentati dalla democrazia e dalla collaborazione tra i popoli e le nazioni.

Questo è già realtà a Mangunde così come nelle altre 3 Missioni facenti parte dell'Associazione Esmabama. A questo si aggiunge ora quella volontà che dovrebbe essere propria di qualsiasi associazione e/o organizzazione nata e operante nei territori del sud del mondo: rendersi autosufficiente e capace di proseguire nelle sue attività soprattutto (o quanto più possibile) con i propri mezzi e, al tempo stesso, essere esempio e modello per le popolazioni locali, formatrice anche delle classi produttive delle popolazioni stesse e promotrice della necessaria e doverosa tutela e salvaguardia del Creato che ci è stato donato.