

RACHEL PIEH JONES

ANNALENA TONELLI

Più forte della morte

Prefazione
di Luca Vitali

 EDIZIONI
MESSAGGERO
PADOVA

Titolo originale:

Rachel Pieh Jones, *Stronger than Death: How Annalena Tonelli Defied
Terror and Tuberculosis in the Horn of Africa*

ISBN 978-0-87486-251-5

Copyright © 2019 by Plough Publishing House. Questa traduzione è pubblicata in accordo con Plough Publishing House

Traduzione di Roberto Gimelli

ISBN 978-88-250-5614-3

ISBN 978-88-250-5999-1 (PDF)

ISBN 978-88-250-6000-3 (EPUB)

Copyright © 2026 by P.I.S.A.P. F.M.C.

MESSAGGERO DI SANT'ANTONIO – EDITRICE

Basilica del Santo – Via Orto Botanico, 11 – 35123 Padova

www.edizionimessaggero.it

INDICE

<i>Prefazione</i> (Luca Vitali)	7
<i>Prologo</i>	9
1. IL SACRO GRAAL DELLA TUBERCOLOSI	15

ITALIA 1943-1969

2. GANDHI E UNA PROSTITUTA	25
----------------------------------	----

KENYA 1969-1985

3. PARADISO NEL DESERTO	39
4. SETE	51
5. INFEDELE	57
6. IL TAGLIO	71
7. LA BISMILLAH MANYATTA	81
8. RITIRO	97
9. WAGALLA	109

SOMALIA
1986-1994

10. BELEDWEYNE	127
11. OSTAGGIO	143
12. MOGADISCIO	153
13. MERKA	171
14. EMERGENZE COMPLESSE	187

SOMALILAND
1996-2003

15. BORAMA	209
16. IL PREMIO NANSEN	225
17. EREDITÀ	243

<i>Epilogo</i>	253
<i>Ringraziamenti</i>	261

PREFAZIONE

Ci sono persone che, quando le incontri, ti lasciano dentro un desiderio di autenticità, un anelito di coerenza; ti stimolano a rimetterti in cammino, a spenderti ancora di più, facendoti comprendere che non c'è un freno all'amore. Annalena Tonelli è una di queste.

Per accedere alla prospettiva della sua vita è necessario aver avuto la “fortuna” d'incontrare persone a lei vicine, leggere i testi a disposizione e i suoi scritti, opere sulle quali ho trascorso gli ultimi tre anni della mia vita per una tesi dottorale in Teologia. È in questo percorso di ricerca che ho potuto gustare il testo che ora è disponibile anche in italiano.

Avevo incontrato Rachel Pieh Jones nel 2018 al primo convegno nazionale sulla figura di Annalena, che ho avuto la gioia di organizzare insieme a Maria Teresa, l'amica del cuore di Annalena, Roberto Gimelli, presidente del Comitato per la lotta contro la fame nel mondo da lei fondato negli anni giovanili, e Andrea Saletti, nipote della Tonelli e divulgatore autorevole della sua esperienza.

Fu proprio Andrea a parlarmi di Rachel, di questa scrittrice americana che viveva in Somalia, impegnata nella stesura del libro che ora avete tra le mani. Ricordo il suo ascolto profondo, i suoi occhi curiosi, l'interesse ad intervistare tutti coloro che avevano intrecciato in qualche modo le loro vite con quella di Annalena. C'erano in lei la delicatezza di chi cerca la verità senza imporla, la pazienza di chi sa che ogni testimonianza è un tassello prezioso di un mosaico più grande.

Per la mia ricerca ho letto con attenzione *Stronger than Death* e l'ho trovata un'opera fondamentale, nata da un lavoro premu-

roso e rigoroso. Rachel, vivendo in Somalia, offre ai lettori particolari storici, sociologici, politici e geografici indispensabili per ricostruire una narrazione realista della figura di Annalena. Ma ha fatto di più: ha intervistato tantissime persone vicine a lei – i familiari, i colleghi d’Africa, gli amici – senza nascondere uno sguardo critico quando necessario.

Devo dire che la lettura di queste pagine mi ha aiutato molto a riconoscere un’Annalena meno “angelica”, più umana, e per questo più autenticamente discepola di Gesù, l’Uomo per gli altri, che con la sua vita ha saputo testimoniare l’amore di Dio. Perché è proprio questo il paradosso di una vita come quella di Annalena: fare della fedeltà e della cura a persone concretissime la via a Dio. Giovanni ricorda nella sua Prima Lettera: «Noi sappiamo che siamo passati dalla morte alla vita, perché amiamo i fratelli» (1Gv 3,14).

Rachel Pieh Jones ci consegna un ritratto di Annalena che non teme la complessità. Qui troviamo una donna di fede incrollabile ma anche di dubbi, una combattente instancabile ma anche fragile, una mistica che sapeva sporcarsi le mani nella realtà più cruda. È un’Annalena che possiamo incontrare davvero, non un’icona distante ma una compagna di strada che ci precede e ci chiama.

Per noi italiani, leggere questa biografia significa riscoprire una delle figure più luminose e scomode della nostra storia recente. Annalena ci interroga sul senso del nostro vivere, sulla possibilità di fare dell’esistenza un dono totale, sulla capacità di attraversare i confini – geografici, religiosi, culturali – per farsi prossimi agli ultimi.

Vi invito a lasciarvi guidare da Rachel in questo viaggio. Troverete una storia che vi sorprenderà, vi commuoverà e vi scuoterà nel profondo. Ma soprattutto scoprirete una testimonianza capace di trasformare il vostro sguardo sulla vita, sugli altri e sul mondo: Annalena ha saputo riconoscere la luce nel buio denso e scorgere fiori meravigliosi proprio là dove tutti vedevano soltanto poveri e malati da scartare.

LUCA VITALI

IL SACRO GRAAL DELLA TUBERCOLOSI

Nel 2003 non so molto di Annalena e ancora meno della tubercolosi, la malattia che Annalena combatte a Borama. Per la maggior parte della storia umana, la tubercolosi è stata una condanna a morte. All'inizio del 1900, aveva ucciso il quindici per cento della popolazione del pianeta. Molti credono che oggi la Tb sia stata vinta, ma questa malattia trasportata per via aerea è contagiosa, più letale e diffusa che mai.

La tubercolosi è una malattia che provoca un deperimento organico, chiamata «capitano morte» dagli antichi greci. Nel 1800 era conosciuta come consunzione perché le vittime sembravano essere consumate dall'interno, tradite dai loro stessi corpi. I malati diventavano esili fino al punto che i loro zigomi sembravano essere tutto ciò che era rimasto del loro volto. Gli occhi si gonfiavano o affondavano nelle orbite. Carne «distrutta nei loro volti e nelle loro gole»². I loro corpi tremavano dal dolore, sputavano sangue e avevano così tanto dolore al petto che non riuscivano ad alzarsi dal letto. Annegavano con strazio insopportabile nel loro stesso tessuto polmonare liquefatto.

Quando Annalena arriva nel Corno d'Africa molti somali, specialmente nelle zone rurali, credevano che nessun somalo buono avesse mai avuto la tubercolosi. I somali tossivano con la testa che scoppiava e i muscoli addominali che facevano male. Le febbri notturne li facevano sudare nelle loro coperte e il sangue gocciolava dalle loro labbra sui loro cuscini. Intere famiglie

² C. GAZIT, regista, *The Forgotten Plague*, documentario, PBS, American Experience, data di trasmissione 10 febbraio 2015.

erano morte per perdita di peso, debolezza, problemi respiratori. Ma nessuno era morto di tubercolosi. I loro corpi si piegavano e si contorcevano mentre tossivano in profondità, con il petto che tremava. Si asciugavano il sangue dalla bocca con le mani. Avevano un *qufac*, una tosse. Non avevano mai avuto *tibisho*, una parola “somalizzata” dall’italiano tubercolosi.

La Tb era una punizione inviata su figli illegittimi, coniugi infedeli e musulmani cattivi. Era una maledizione lanciata da nemici gelosi, parenti orgogliosi o vicini avidi. Era stata causata e diffusa dalla mano di Allah sia come una prova della fede o come punizione per il peccato; il più comune “peccato” associato con *tibisho* era essere nato fuori dal matrimonio. Credere a questo tipo di causa raddoppiava le sofferenze dei somali che tossivano e morivano di tubercolosi, aggiungendo all’agonia il senso di colpa e il peso del sospetto della loro comunità.

Con una semplice tosse, non diagnosticata, una persona poteva rimanere nella sua casa e nella comunità. Marchiati come tubercolosi, non potevano invece più condividere il piatto comune di riso o la tazza comune di latte di cammello. Gli altri non si avvicinavano, spaventati dall’aria peccaminosa e inquinata che circondava il malato. Alcuni credevano che la Tb fosse ereditaria e potesse essere trasmessa fino a sei generazioni. Essi rifiutavano quindi i matrimoni e rifiutavano i bambini nati in famiglie di cui si diceva avessero un membro malato. Per evitare che la maledizione si diffondesse, i somali abbandonavano i familiari malati. O li lasciavano accanto alle acacie nel deserto, o li abbandonavano alle porte di farmacie lontane, nei momenti di chiusura, oppure li cacciavano di casa.

La cacciata era ed è particolarmente pericolosa per le donne.

Nasra Odhwai, una paziente affetta da tubercolosi vicino a Garissa, una città etnicamente somala nel “Distretto di frontiera settentrionale (Nfd) del Kenya”³, fu cacciata di casa⁴. Dormì fuori di casa e, nel cuore della notte, quattro uomini l’aggredirono

³ Più recentemente chiamato “la provincia nord-orientale”.

⁴ A. KHALIF, *Lo stigma della tubercolosi alimenta la violenza di genere*, The African woman and child feature service (Awc).

e violentarono. Nessuno della sua famiglia o dei vicini andò in suo soccorso. Uno degli aggressori, Abdirahman Olow, in seguito contrasse la tubercolosi e confessò di aver violentato almeno venti donne che erano state cacciate di casa. Harun Hussein, il vicedirettore regionale della Tb, ha detto che «quasi tutte le donne portate al centro antitubercolare hanno affermato di essere state attaccate, picchiate e violentate».

«La situazione è alimentata dal rifiuto della comunità nei confronti dei pazienti di Tb», ha detto Hussein.

Lo stigma, l'isolamento e l'abbandono che accompagnavano la tubercolosi rendevano una diagnosi e terapia pubblica peggiore della morte per i somali. Alla fine degli anni '60, quando arriva Annalena, non esiste comunque una cura efficace per la Tbc tra i somali. Meglio tossire, diffondere la tosse e morire che soffrire le conseguenze di ammettere una malattia incurabile.

Il mondo occidentale aveva avuto terapie Tb efficaci per un quarto di secolo, dal momento dell'introduzione della streptomina nel 1944. Ma queste terapie avevano richiesto un ricovero in ospedale o una supervisione medica regolare per dodici-diciotto mesi. Per essere efficaci, le pillole dovevano essere prese in un regime rigoroso.

La maggior parte dei somali nel Nfd keniano erano nomadi. Essi amavano gli spazi aperti, la libertà di movimento e l'autonomia.

Si rifiutavano di rimanere all'interno di un edificio o seguire gli ordini del medico sui tempi di somministrazione dei farmaci. Essi seguivano il sole, i tempi di preghiera islamici e le stagioni, non gli orologi. Se avevano parenti che tossivano, condividevano le pillole che avevano; non potevano pensare di non condividere le loro risorse. Le pillole potevano anche avere effetti collaterali, dalla nausea alla perdita dell'udito; nessuno poteva capire il valore di pillole che facevano vomitare. Talvolta le pillole per la tubercolosi erano vendute nei mercatini locali. Così la terapia della tubercolosi era stata inefficace tra i somali e, con le pillole nei mercatini o le terapie iniziate e abbandonate, c'era un rischio crescente di resistenza ai farmaci.

Anche se le persone fossero state disponibili per le cure mediche, nel 1969 c'era un solo ospedale in tutto il Nfd – un'area

che costituisce un terzo del territorio del Kenya – e mancava un reparto di tubercolosi. I pazienti vi dormivano in due/tre in un letto. Lebbrosi e donne in gravidanza, persone con ossa rotte o morsi di serpente e persone con Tb condividevano letti, camere, lenzuola, cuscini e utensili.

Invece, i somali si erano rivolti alla fede, facendo affidamento sui guaritori tradizionali noti come *maalins*. I malati andavano dai *maalins* in massa, disposti a provare qualsiasi cosa per una cura, qualsiasi cosa che non fosse stare all'interno di un ospedale per un anno e mezzo. Una visita al *maalin* risparmiava alle persone anche la maledizione e lo stigma di una diagnosi di tubercolosi.

I *maalins* raccoglievano le foglie amare dell'albero di wanzilo, bollivano le foglie con acqua, e la persona malata inalava il vapore curativo. Uno *sheikh* poteva scrivere versetti coranici su un pezzo di carta, macinarlo con l'acqua prelevata dal pozzo di Zamzam alla Mecca e costringere il malato a bere l'acqua.

Specificamente per curare la tosse, i *maalins* davano il latte di cammello per indurre la minzione e la defecazione, per liberare lo stomaco. Le persone si affidavano a diete speciali come mangiare un intero animale ritualmente sacrificato, fegato, uova, *muuqmaad* (una carne secca di manzo simile a carne essiccata imbevuta di burro e sepolta sottoterra per settimane o mesi a fermentare), o grasso animale bollito. Lo *sheikh* o un genitore, più spesso la madre, poteva far ricorso alla tecnica della bruciatura. Girava contro un pezzo di legno un bastone con una punta arrotondata fino a quando la punta non fumava e poi bruciava la pelle del malato lungo lo stomaco, il petto, le guance o la schiena – ovunque la febbre sembrasse più forte.

Gli anni '50 e '60 sono stati il periodo di massimo sviluppo della ricerca globale sulla Tbc, e il Kenya è stato lo snodo centrale in Africa. Gli scienziati, appena usciti dalla scoperta emozionante degli antibiotici, avevano sperimentato terapie combinate che avrebbero curato la tubercolosi senza rendere i pazienti immuni agli antibiotici. Ma nonostante anni di sforzi concentrati, Kent Pierce, direttore del programma Tb in Kenya, riferì con tri-

stezza nel 1961 che dopo cinque anni di duro lavoro «non si può affermare con alcun grado di affidabilità che il problema mostri segni di diminuzione»⁵.

I somali, in particolare, erano difficili da trattare. Il dottor W.S. Haynes, che gestiva l'ospedale per la tubercolosi di Port Reitz a Mombasa, sulla costa keniana, ha descritto i somali come pazienti che si rifiutavano di collaborare, di rimanere, litigavano con i medici e contestavano la loro diagnosi. Spesso si presentavano in ospedale a uno stadio così avanzato della malattia che morivano subito dopo l'ammissione, rafforzando la convinzione che la medicina occidentale fosse una farsa.

Colleghi medici di Haynes si rifiutarono di ammettere i somali a Port Reitz senza la raccomandazione di un medico affidabile, e lui sostenne questa decisione. Non potevano sprecare medicine e personale limitati su persone che non avrebbero seguito o cooperato. Questo significava che i somali non avevano un posto dove andare. I somali non cercavano cure, ma nemmeno erano in quarantena. Sono rimasti nomadi e hanno attraversato impunemente le frontiere internazionali. Si sono trasferiti in centri urbani come Nairobi e Mogadiscio e Addis Abeba. Hanno portato la tubercolosi ovunque sono andati.

Se non si fosse trovato un efficace modo di curare i nomadi malati di Tb, gli scienziati prospettavano una probabile pandemia globale. Dopo decenni di trattamenti sporadici e cicli antibiotici incoerenti, la resistenza ai farmaci era in aumento. Presto la Tb sarebbe diventata impossibile da curare con qualsiasi quantità di farmaci, soldi o interventi.

Gli scienziati in Kenya dicevano: «Un sistema fattibile di assistenza domiciliare in cui i pazienti prendono in modo affidabile la loro medicina e restano fuori dall'ospedale è diventato il Sacro Graal della cura della tubercolosi. Ma qualcosa di simile non esiste ancora in Kenya e a causa di questo [...] c'è un problema potenzialmente enorme da superare»⁶.

⁵ C.W. McMILLEN, *Discovering Tuberculosis: A Global History, 1900 to the Present*, Yale University Press, New Haven 2015, p. 68.

⁶ *Ivi*, p. 126.

Il Nfd, in particolare, non aveva un protocollo standard di cura della tubercolosi. A Garissa, era così comune per le persone abbandonare nel bel mezzo il trattamento che la clinica aveva creato un modulo di “rifiuto di cura”. I pazienti dovevano solo riempire gli spazi vuoti e firmare con la loro impronta digitale di aver capito i rischi.

Io, Ado Jabane - Rer Afgab [della famiglia Afgab] sono stato ammesso al centro Tb di Garissa nel 1958. Ho accettato di intraprendere il corso completo del trattamento, ma ora voglio tornare al mio manyatta. Sono pienamente consapevole che lo faccio a mio rischio e mi è stato spiegato che il corso del trattamento non è completo. Desidero comunque tornare a casa. Sono pienamente consapevole che se la Tb ritorna allora sarà interamente mia colpa e responsabilità.

Riletto e spiegato attentamente ad Ado Jabane

Il Commissario del Distretto di Garissa: (firma)

In presenza del DC (Commissario di Distretto) e di Ado Jabane.

Il messaggio veniva ripetuto in swahili. Questo modulo è uno delle decine in archivio presso l'Archivio nazionale del Kenya, uno delle migliaia stampate e firmate al Garissa Tb Center.

I fattori che hanno contribuito all'inadempienza di così tanti somali sono stati il lungo tempo previsto in ospedale, il metodo di trattamento, gli effetti collaterali e la restrizione obbligatoria dei movimenti.

Il dottor J. Aluoch ha detto: «Thiazine per 12-18 mesi, integrato da un mese iniziale o due di streptomina, non è adatto ai somali. Sono abituati a cure rapide per tutti i loro disturbi. Diciotto mesi sembrano una presa in giro»⁷.

La terapia ospedaliera era sembrata necessaria perché lo stile di vita nomade dei somali rendeva impossibile aspettarsi che le persone ritornassero regolarmente in una clinica, o che il personale medico inseguisse i pazienti. Ma la terapia ospedaliera era anche ciò che teneva lontani i somali.

⁷ Cf. *Wajir Tuberculosis Project*, documento dattilografato da Bruno Tonelli.

La tubercolosi è un problema della comunità. Se non è trattata e curata, una persona come Ado Jabane può infettare dieci o quindici persone all'anno – o più, se vivevano in quartieri vicini o avevano il sistema immunitario già compromesso. In *Discovering Tuberculosis*, Christian W. McMillen scrive: «Tutti sono a rischio. La morte individuale è solo una parte del problema»⁸.

Quella morte è un'agonia. Per alcuni, la morte arriva rapidamente. Un ascesso irrompe nel polmone o intacca l'intestino, o fa esplodere un'arteria principale. La vittima affoga nel suo stesso sangue. La forma più comune distrugge i polmoni e lo spazio si riempie di liquido, pus o infezioni fungine, che porta a rantoli, crepitio, respirazione umida. Il petto si riempie di sangue e questo liquido causa quella tosse.

I polmoni [...] si agitano nel petto. Tosse che crea anche gocce microscopiche, impossibili da vedere; se vicino ad altre persone, anche queste hanno una buona possibilità di contrarre la Tb. Alla fine il liquido riempie completamente i polmoni e i pazienti sofferenti non possono ricevere abbastanza ossigeno, e si verifica un'insufficienza respiratoria. È doloroso, si protrae, è un modo terribile di morire⁹.

L'obiettivo finale, secondo il dottor Aluoch, avrebbe dovuto essere la chemioterapia a breve termine. Ma i programmi ufficiali sembra che non abbiano mai funzionato. Dopo quarant'anni di lavoro di terapia respiratoria, un medico professionista, Scott Karsten, ha detto: «Ho imparato che l'unica cosa che funziona è la relazione».

Qualcuno doveva scoprire che il Sacro Graal scientifico della terapia dei nomadi o una crisi sanitaria internazionale erano a portata di mano.

⁸ McMILLEN, *Discovering Tuberculosis*, p. 10.

⁹ *Ivi*.