

INTRODUZIONE

DREAM, acronimo di *Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition*, è un programma ad approccio globale per curare l'AIDS in Africa avviato nel febbraio 2002 dalla [Comunità di Sant'Egidio](#).

Oggi è presente in Mozambico, in Malawi, in Tanzania, in Kenya, nella Repubblica di Guinea, nella Guinea Bissau, in Nigeria, in Angola, nella Repubblica Democratica del Congo, in Camerun.

Il programma è figlio di un sogno. Di qui il nome. Il sogno di contrastare in modo nuovo e più efficace l'epidemia di AIDS nel continente africano. Il sogno di fare uguaglianza tra Nord e Sud del mondo.

DREAM è - innanzitutto - un atteggiamento differente di fronte all'Africa. E' uno sguardo pieno di fiducia e di speranza sul continente.

E' la scelta di essere liberi dalle catene dell'afropessimismo e da quel minimalismo che troppo spesso si applica all'Africa. E' la volontà di riaffermare il diritto alle cure per tutti, indipendentemente da dove si è nati. Perché anche milioni di bambini africani possano avere davanti a sé quella lunga vita cui vorremmo che ogni nostro figlio avesse diritto.

DREAM ha infatti inteso abbinare anche in Africa subsahariana, così come avviene in Occidente, prevenzione e terapia farmacologica dell'AIDS.

Per molti anni in Africa si sono applicati modelli di intervento contro l'infezione da HIV quasi esclusivamente preventivi. Ma la sola prevenzione, purtroppo, non ha funzionato. Lo dimostra la progressione dell'epidemia nel continente. Prevenire in realtà è importante, ma non è, né può essere, sufficiente. Non per nulla nel Nord del mondo prevenzione e terapia vanno di pari passo. **DREAM** nasce appunto con l'obiettivo di tornare a riunire anche a sud del Sahara questi due tipi di intervento, nella convinzione che sia necessario curare le vite degli africani oltre che preservarle.

Nella medesima prospettiva **DREAM** è concepito per l'**eccellenza**. Eccellenza delle cure, della diagnostica, dell'informatizzazione. **DREAM** propone anche in Africa gli *standard* occidentali, utilizzando di *routine* la valutazione della carica virale ed introducendo la [Highly Active Anti-Retroviral Therapy](#) (HAART) - l'attuale *golden standard* nel trattamento dell'infezione da HIV - per tutti i pazienti che ne abbiano bisogno. La Comunità di Sant'Egidio si muove secondo quel semplice e antico detto che raccomanda di fare agli altri ciò che vorremmo fosse fatto a noi stessi. E chi non vorrebbe per se stesso l'eccellenza?

DREAM è gratis. E' importante che tutte le prestazioni sanitarie offerte, dalla diagnostica all'integrazione alimentare, dall'educazione sanitaria alla terapia convenzionale delle infezioni opportunistiche, siano offerte in regime di totale **gratuità**.

Non è possibile, infatti, chiedere di pagare le medicine a chi non ha neanche i soldi per comprare da mangiare per sé e per la propria famiglia. Non è possibile chiedere di pagare ai tanti bambini malati, per lo più già orfani. La gratuità delle cure si impone, e non solo per motivi di equità. Il punto non è quello di allontanare i malati, bensì di attirarli. In Africa, il problema da superare è proprio quello dell'estrema difficoltà d'accesso delle popolazioni ai centri di salute. Ecco allora il terzo requisito irrinunciabile di **DREAM**, l'**accessibilità**. **DREAM** si adopera non solo per accogliere chi venga a chiedere cure, bensì pure per andare a cercare quei pazienti che si rivelino a rischio di dispersione.

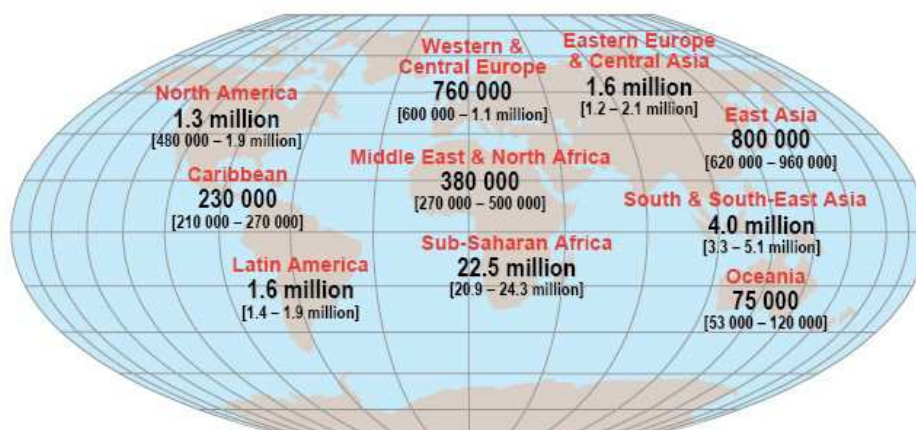
LE DIMENSIONI DEL DRAMMA

Quando si parla di AIDS bisogna tener presente che ci troviamo, forse per la prima volta nella storia dell'umanità, innanzi ad una pandemia di carattere davvero mondiale: mai infatti un evento epidemico aveva interessato contemporaneamente tutto il pianeta e per un tempo così lungo.

L'AIDS agisce ormai da diversi decenni dappertutto, come un frutto sgradito di quella globalizzazione che ha caratterizzato l'ultima parte del secolo scorso. L'UNAIDS, l'agenzia delle Nazioni Unite che coordina le diverse iniziative di contrasto alla malattia, stima che alla fine del 2007 gli infetti, in tutto il pianeta, fossero almeno 33 milioni. Tra essi quasi due milioni e mezzo di minori di 15 anni. Nel solo 2007 sarebbero morte di AIDS più di due milioni di persone (tre su quattro di loro in Africa subsahariana). E si calcola che dall'inizio dell'epidemia siano già deceduti 35-40 milioni di uomini fra adulti e bambini.

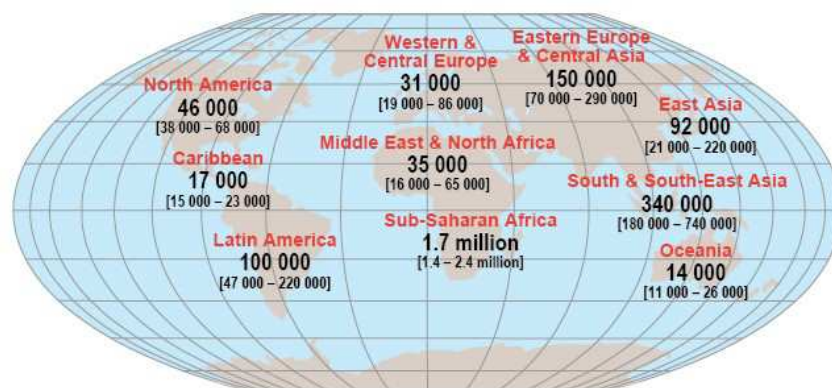
Si tratta di cifre impressionanti, che ricordano da vicino quelle di una guerra mondiale.

ADULTI E BAMBINI CHE SI STIMA SIANO PORTATORI DEL VIRUS HIV ALLA FINE DEL 2007



Total: 33.2 (30.6 – 36.1) million

NUMERO STIMATO DI ADULTI E BAMBINI CHE SONO STATI INFETTATI DAL VIRUS HIV DURANTE IL 2007



Total: 2.5 (1.8 – 4.1) million

AIDS E AFRICA

Le tavole precedenti - tratte dal sito di UNAIDS - mostrano in maniera evidente come l'AIDS rappresenti oggi un problema soprattutto africano, o, meglio, subsahariano, dal momento che i due terzi dei malati e degli infetti (22,5 milioni) risiedono in questa parte del continente, dal momento che è nell'Africa subsahariana che ogni anno si infettano un milione e 700.000 adulti e bambini (è il dato del 2007), dal momento che sono soprattutto gli africani a pagare un altissimo tributo di sangue al diffondersi dell'epidemia.

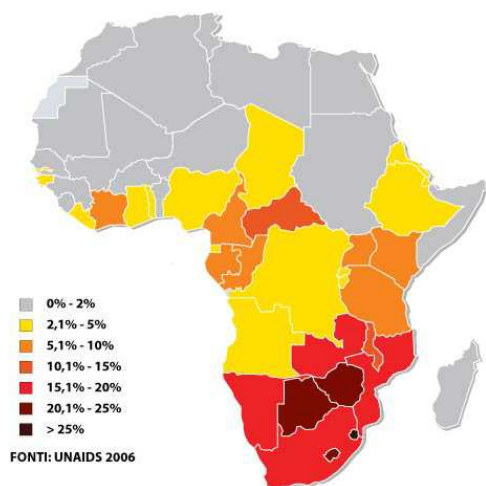
L'espansione della pandemia in Africa è stata accelerata e aggravata da molteplici fattori (il neocolonialismo e le sue conseguenze, gli imponenti fenomeni di inurbamento, le guerre civili che hanno sconvolto il continente), nonché dalla fragilità complessiva dei sistemi sociali e sanitari dei paesi subsahariani. L'AIDS stesso si è comportato come un moltiplicatore della povertà. Infatti l'AIDS, oltre a causare un enorme numero di vittime, determina devastanti effetti sociali ed economici che vanno ad incidere pesantemente sul già precario tessuto organizzativo e produttivo che regge la vita di intere nazioni. L'epidemia miete vittime principalmente tra la popolazione in età lavorativa e colpisce duramente i quadri professionali e tecnici. Ogni anno muoiono migliaia di maestri e di insegnanti, di infermieri, di tecnici e di altro personale sanitario, come anche di impiegati e di operai.

Tutto questo rende estremamente difficile e doloroso il presente, ma pregiudica anche il futuro. Si pensi al grandissimo numero di orfani dell'Africa subsahariana. Si calcola che sino ad oggi più di 10 milioni di bambini abbiano perso le loro madri o entrambi i genitori a causa dell'AIDS. Molti di questi giovanissimi infoltiscono le schiere dei bambini di strada nelle grandi città africane.

Combattere l'AIDS vuol dire dunque, in Africa, non solo salvare tante vite, di adulti, di donne, di giovani, di bambini, ma anche salvaguardare il futuro di un intero continente, contrastando l'impoverimento delle sue risorse umane, scongiurando l'abbassamento dell'attesa di vita. Si stima che il virus abbia già sottratto all'incirca dieci anni all'attesa di vita media delle popolazioni africane, invertendo la precedente tendenza alla diminuzione del tasso di mortalità. Nel 2010 - se non si interverrà in modo efficace - il virus avrà rubato in media un terzo alla vita di ogni africano. Ridurre quella terribile disparità tra poveri e ricchi che è una vita dimezzata negli anni o una vita che finisce presto, ci sembra un imperativo morale per tutta l'umanità.

La tavola che segue riassume quanto appena detto. E, pur volendo tener presenti le enormi difficoltà di monitoraggio della pandemia in Africa, fa intravedere i contorni di una tragedia che si sta annunciando e di cui in Occidente tanto spesso non vogliamo sentir parlare.

PERCENTUALE DI SIEROPOSITIVI FRA LA POPOLAZIONE ADULTA



LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE IN AFRICA

Di fronte all'ampiezza del problema AIDS in Africa si è privilegiato finora, da parte delle organizzazioni internazionali e del mondo scientifico, un approccio di tipo non globale.

Per lunghi anni le agenzie internazionali, le ONG, etc., hanno raccomandato e tentato di applicare nell'Africa subsahariana modelli di intervento quasi esclusivamente preventivi. Si è scelto, cioè, di non puntare tanto sulla terapia, giudicata impossibile da sostenere nei paesi in via di sviluppo, ma, piuttosto, sulla prevenzione. Un approccio di questo genere si rivelava non solo più semplice e meno costoso, bensì pure più consono all'atteggiamento minimalista di molti governi subsahariani.

E però la sola prevenzione non funziona. I dati con cui si è aperta questa presentazione dimostrano il fallimento di una tale politica d'intervento. Le percentuali di sieroprevalenza nei vari paesi africani sono stabili, se non addirittura in crescita. Prevenire è certamente importante, ma non è stato, e non può essere, sufficiente. Alla prevenzione va unita la terapia. Un'azione di prevenzione dell'infezione da HIV e una terapia dell'AIDS si rivelano oggi entrambe necessarie per contrastare la forza di progressione dell'epidemia in Africa (la terapia, peraltro, facendo diminuire la carica virale nel malato diminuisce anche la possibilità di trasmissione dell'infezione e ha dunque pure un effetto di prevenzione).

E' noto come per molto tempo non sia stato possibile curare efficacemente la sindrome da immunodeficienza acquisita. Ma oggi un trattamento esiste. Le conoscenze acquisite sul virus hanno portato da una decina di anni a questa parte a farmacoterapie finalmente efficaci, le cosiddette multiterapie antiretrovirali. In Occidente tali trattamenti hanno abbattuto in misura sensibile i tassi di mortalità da HIV: un sieropositivo europeo o statunitense non ha più necessariamente una sopravvivenza limitata.

In Africa, però, il medesimo trattamento è disponibile solo in qualche contesto e per alcune élites. Questo è uno dei tanti paradossi del nostro tempo e della nostra società: disporre di trattamenti efficaci, ma non adoperarsi per renderli accessibili a chi ne ha altrettanto bisogno di noi, anzi alla stragrande maggioranza dei malati. Certamente l'accesso alla terapia in Africa presenta ostacoli non piccoli, di natura ambientale, economica, professionale, culturale. Ma il diritto alla terapia è un diritto umano troppo spesso violato, disatteso, e spesso senza neanche che questa violazione venga avvertita a livello di coscienza. La Comunità di Sant'Egidio ha sentito di dover raccogliere il silenzioso appello che si leva oggi dai malati di tanti paesi africani, da uomini e donne adulti, da giovani, ma anche da moltissimi bambini. Per i 22,5 milioni di persone infettatesi in Africa la prevenzione non può essere l'unica risposta, perché se lo fosse questa sarebbe una sentenza di condanna: per ognuno di costoro il problema della prevenzione non esiste più, esiste ora il problema della cura.

La terapia oggi è possibile, ed anche il discorso sulla sostenibilità della cura, sui costi diretti e indiretti di un programma sanitario di lotta all'AIDS in Africa, può essere affrontato in maniera meno rassegnata: le recenti risoluzioni in ambito WTO sui farmaci utilizzabili nei paesi in via di sviluppo per combattere la pandemia aprono in modo positivo in questa direzione.

IL PROGRAMMA DREAM

Una risposta all'AIDS esiste. E' la terapia. Ma non è sufficiente portare i farmaci antiretrovirali nei paesi africani. E' richiesto anche un intervento su larga scala per consentire la riorganizzazione di sistemi sanitari in pessime condizioni, per far ripartire ed implementare le elementari attività di educazione sanitaria e promozione della salute necessarie a contenere l'espandersi dell'epidemia.

L'AIDS si presenta infatti in Africa associato ad altri problemi: la povertà, la malnutrizione, la tubercolosi, la malaria, lo scarso livello d'educazione sanitaria, solo per fare alcuni esempi. Enucleare l'infezione da HIV da questo contesto non è possibile. Si impone una più generale assunzione di responsabilità: non solo e non tanto verso la singola malattia, l'AIDS, quanto, piuttosto, verso un intero universo sanitario, quello africano. La lotta all'AIDS, in tale prospettiva, può diventare il banco di prova di una globalizzazione maggiormente responsabile, più umana, di un impegno in controtendenza rispetto al crescente disinteresse internazionale verso l'Africa.

Proprio negli anni in cui si fa largo l'idea di abbandonare l'Africa a se stessa, la Comunità di Sant'Egidio ha sentito con sempre maggiore forza la coscienza dell'interdipendenza tra il Nord e il Sud del mondo, la consapevolezza che il futuro o sarà comune o sarà triste per entrambi. Tale consapevolezza scaturiva dall'essere una comunità cristiana (che non voleva e non poteva restare indifferente alle domande della parte più povera del mondo) ed insieme poneva una sfida.

E' a questa sfida che la Comunità di Sant'Egidio ha inteso rispondere elaborando e promuovendo il programma DREAM, Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition.

DREAM rappresenta la realizzazione di un sogno. Il sogno di un approccio diverso all'AIDS (un approccio che unisse prevenzione e terapia), il sogno di un approccio diverso all'intero universo sanitario africano (un approccio che fosse libero dalle catene del pessimismo e della rassegnazione).

Ma realizzare DREAM non è stato facile.

L'ostacolo maggiore è stato di natura concettuale. Molte cose semplicemente non erano considerate possibili. O non erano considerate possibili in Africa. O non erano considerate possibili con gli africani. Si potrebbe chiamarlo 'afropessimismo', un immaginario antropologico che non trova, alla prova dei fatti, riscontri concreti, e che però sembra tanto reale ed inattaccabile e presuppone una diversità irriducibile tra l'europeo e l'africano, tra "noi" e "loro". Si diceva più o meno apertamente, più o meno in buona fede, che gli africani non avevano il senso del tempo e quindi erano incapaci di seguire bene una terapia. Si diceva che uomini e donne poveri come quelli che vivono nell'Africa subsahariana sarebbero stati tentati di rivendersi quanto ricevuto, alimenti, filtri per l'acqua, farmaci, etc., piuttosto che utilizzarlo per star meglio. Si diceva che invincibili retaggi e pregiudizi culturali avrebbero impedito alle madri di imporsi di non allattare i propri neonati.

In realtà, i pregiudizi culturali a volte sono i nostri. Le madri africane tengono ai loro bambini esattamente come le loro "colleghe" occidentali e non fanno loro certo mancare il latte in formula o non trascurano le norme igieniche per la sua preparazione cui sono state istruite. I pazienti che vedono ritornare le forze e la salute non si sognerebbero mai di rivendersi ciò che ha operato in loro quasi un miracolo. L'afropessimismo, l'idea catastrofista e rassegnata di tanti occidentali per cui in Africa non si può fare niente, non va mai bene niente, non ci sono mai le condizioni per realizzare niente, non ha davvero ragion d'essere.

Si può semmai comprendere il pessimismo degli africani. La loro vita è dura, difficile in ogni dettaglio. Prendiamo ad esempio l'esperienza dei medici e dei paramedici: la mancanza di strutture e di mezzi, sia per gli operatori sanitari che per gli utenti; i soldi che mancano anche per le necessità più elementari ... tutto spinge ad essere pessimisti.

Ma è proprio qui che si può intervenire. E' in un partenariato che non fa mancare i mezzi e le risorse, i farmaci, lo stipendio, i camici, in un quadro professionale serio, che diviene possibile convincere alla speranza, che diviene possibile far ritrovare a medici ed infermieri le ragioni del proprio lavoro. Perché non si vedono più i propri pazienti morire inesorabilmente, ma, al contrario, riprendersi e migliorare. In questa formula è anche la chiave per aiutare tanti africani a non fuggire dai propri paesi pensando che cambiamenti e progressi siano assolutamente impossibili.

COSA E' DREAM

DREAM è allora innanzitutto un atteggiamento differente di fronte all'Africa. E' un'iniezione di fiducia e di speranza, un contagio - potremmo dire - di fiducia e di speranza.

Fiducia e speranza che l'AIDS può essere combattuto, e proprio in Africa. Fiducia e speranza che la condizione di vita di tanti sieropositivi segnati dallo stigma, dalla paura di parlare, dal senso della condanna, può essere cambiata. Fiducia e speranza che uomini e donne provati ed indeboliti dalla malattia possano come "risorgere", riacquistando energie che saranno utili per sé e per gli altri. Fiducia e speranza che milioni di bambini e di bambine - il futuro dell'Africa, ma anche del nostro pianeta - possano avere davanti a sé quella lunga vita cui noi vorremmo che ogni nostro figlio o figlia avesse diritto.

DREAM riflette il modo di sentire di Sant'Egidio.

Per questo il programma nasce con l'obiettivo di tornare a riunire prevenzione e terapia, nella convinzione che sia necessario salvare oltre che preservare, guadagnando per quante più persone possibile un nuovo tempo alla vita. Per questo DREAM è concepito per l'**eccellenza**. Eccellenza della diagnostica e delle cure, dell'organizzazione e dell'informatizzazione. DREAM propone anche in Africa gli standard occidentali, utilizzando di routine la valutazione della carica virale, e introducendo la **Highly Active Anti-Retroviral Therapy** (HAART), l'attuale golden standard nel trattamento dell'infezione da HIV, per tutti i pazienti che ne hanno bisogno.

Per la Comunità di Sant'Egidio le persone non sono mai semplici "emergenze": sono sempre persone. Per questo ci si muove secondo quel semplice e antico detto che raccomanda di fare agli altri ciò che vorremmo fosse fatto a noi stessi. E chi non vorrebbe per se stesso l'eccellenza? Questo approccio ha una sua profonda validità. E' di grande motivazione per il personale coinvolto, raccoglie il massimo di collaborazione tra i pazienti, abbatte la dispersione e l'interruzione della terapia in atto. Il minimalismo tante volte proposto in tema d'aiuto internazionale e di cooperazione rischia, per quel che concerne la lotta all'AIDS, di condurre a conseguenze pericolose, se non addirittura fatali, in un ambiente già esposto a troppe carenze. Il problema delle risorse esiste, ma la priorità è costruire un modello d'assistenza che funzioni.

L'importante, ad ogni modo, è che tutte le prestazioni sanitarie offerte, dalla diagnostica al supporto nutrizionale, dall'educazione sanitaria alla terapia convenzionale di infezioni opportunistiche e di infezioni a trasmissione sessuale, siano offerte in totale regime di **gratuità**.

Non è possibile, infatti, chiedere di pagare le medicine a chi non ha neanche i soldi per comprare da mangiare per sé e per la propria famiglia. Non è possibile chiedere di pagare ai tanti bambini malati, per lo più già orfani. La gratuità delle cure si impone, e non solo per motivi di equità. La gratuità delle cure spiega anche l'elevatissimo grado di aderenza alla terapia dei pazienti DREAM (ai quali è peraltro riservato un secondo decisivo sostegno, la supplementazione nutrizionale sistematica). Il punto non è quello di allontanare i malati, bensì di attirarli. In Africa, il problema da superare è proprio quello dell'estrema difficoltà d'accesso delle popolazioni ai centri di salute. Il modello di

DREAM presuppone un largo impiego di personale per superare il problema cronico ed endemico della difficoltà d'accesso al servizio sanitario nazionale.

DREAM lavora infatti per l'accessibilità alle cure. Adoperandosi non solo per accogliere gratuitamente chi venga a chiedere cure, bensì pure per andare a cercare quei pazienti che si rivelino a rischio di dispersione. Per questo si è scelto di formare in maniera seria e professionale non solo il personale sanitario vero e proprio, ma anche numerosi operatori socio-sanitari. Questi ultimi, una volta inquadrati regolarmente, svolgono funzioni più "mobili", non solo nel centro sede del programma, ma in tutta la zona circostante: l'assistenza domiciliare, il controllo della somministrazione della terapia giornaliera, il counselling nutrizionale delle madri.

Accessibilità delle cure per tutti. DREAM è modulato per un rapido scaling-up. L'eccellenza delle prestazioni e le ridotte risorse economiche non hanno mai frapposto un limite al sogno di estendere la cura a un più vasto numero di persone e, in prospettiva, a tutti. DREAM ambisce ad ampliare il proprio raggio d'azione alla scala di un intero paese, anzi a divenire un modello per interi paesi a risorse limitate.

Il problema principale resta certamente quello della difficoltà di implementare, in sistemi sanitari a risorse limitate come quelli africani, la complessa assistenza richiesta per l'infezione da HIV/AIDS. Occorre pertanto costruire una strada innovativa in questo campo, tenendo conto delle peculiarità africane e della necessità di strutture agili e leggere. L'AIDS è senz'altro un problema, una crisi, ma, come tutte le crisi, porta con sé una opportunità, quella di rinnovare profondamente e radicalmente i sistemi sanitari africani. L'AIDS ci costringe, di fatto, a ripensare cosa può e deve essere l'assistenza in Africa. Questo continente ha assai spesso subito l'impianto di copie mal riuscite di schemi occidentali, pur non disponendo degli stessi livelli di risorse, di finanziamenti, di personale, di esperienza. DREAM pensa ad un modello di sanità leggera, che privilegi la medicina del territorio rispetto al residenziale, i piccoli centri, la diffusione su microscala dei servizi.