

7. Calamità naturali, guerre e violenza strutturale

Giulia Civitelli (*), Alessandro Rinaldi (*), Maurizio Marceca (**)

Anche oggi le vittime sono tante... Come è possibile questo? È possibile perché anche oggi dietro le quinte ci sono interessi, piani geopolitici, avidità di denaro e di potere, c'è l'industria delle armi, che sembra essere tanto importante! E questi pianificatori del terrore, questi organizzatori dello scontro, come pure gli imprenditori delle armi, hanno scritto nel cuore: "A me che importa?"

Papa Francesco

1. Introduzione

I disastri naturali e i conflitti armati hanno costantemente segnato l'esistenza umana nel corso della storia, provocando picchi di mortalità e morbilità.

Dal 1990 ad oggi i disastri naturali hanno coinvolto circa 217 milioni di persone ogni anno, e attualmente circa 300 milioni di persone vivono in una situazione di violenza e di insicurezza in tutto il mondo. Gli operatori della salute devono essere dunque necessariamente coinvolti in prima persona da situazioni di tale gravità, e chiamati ad intervenire a favore delle popolazioni colpite, e in particolare delle loro fasce di popolazione più svantaggiate (è infatti ampiamente dimostrato – come si riporterà più avanti – che gli effetti di calamità naturali e guerre si distribuiscono in maniera diseguale nei diversi gruppi socio-economici).

Gli operatori sanitari hanno certamente un ruolo centrale nell'assistenza in occasione di grandi emergenze.

I loro ambiti di intervento sono ampi ed includono, ad esempio, il controllo delle patologie, la salute materno-infantile, il supporto psicosociale, le emergenze mediche e chirurgiche,

misure di igiene e altri tipi di assistenza, fino alla distribuzione di acqua e cibo. Un ruolo critico è svolto anche dagli epidemiologi, che sempre di più nei disastri verificatisi dagli anni '70 in poi hanno contribuito a descrivere come la mortalità e la morbilità si differenziassero nei diversi gruppi coinvolti, fornendo informazioni essenziali per migliorare nel tempo la preparazione e gli interventi in situazioni simili. Nonostante i numerosi limiti metodologici, questo tipo di studi ha permesso lo sviluppo di un metodo di campionamento rapido a *cluster*¹ (Valutazione e monitoraggio standardizzato degli aiuti e dei cambiamenti, *Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions* – SMART), che permette di stimare i livelli di mortalità e di malnutrizione in situazioni di crisi, e che è attualmente usato dalle agenzie umanitarie per identificare le emergenze, monitorare l'efficacia degli aiuti e rafforzare gli interventi basati sull'evidenza.

In questo capitolo non verranno però trattate nel dettaglio né le conseguenze dirette di calamità e guerre sulla salute, né quale tipo di intervento sanitario, medico o chirurgico esse richiedano, né come debbano essere organizzati i soccorsi in condizioni di emergenza; ma

(*) Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive – Sapienza Università di Roma.

(**) Professore associato di Igiene, Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive – Sapienza Università di Roma.

1. Quando l'area dello studio è ampia e la popolazione dispersa è possibile utilizzare il metodo di campionamento a *cluster*, individuando unità base di campionamento all'interno di *cluster* (ad esempio villaggi, aree amministrative, ecc). L'obiettivo è di selezionare un numero ristretto di aree geografiche più piccole all'interno delle quali procedere poi con un campionamento casuale.

verrà fornito piuttosto un contributo alla lettura critica di queste situazioni, insieme a spunti di riflessione su quale dovrebbe essere il ruolo degli operatori della salute in esse, secondo una visione di *salute globale* (v. Box 1).

2. Guerre

Secondo l'Indice globale della pace (*Global Peace Index 2014*), composto da 22 indicatori qualitativi e quantitativi, da oltre sette anni il livello di pace è in diminuzione; coerentemente con questo dato, anche secondo quanto riportato dal SIPRI – *Stockholm International Peace Research Institute*, la tendenza dei conflitti armati sembra in aumento.

Per avere un'idea di cosa questo possa significare a livello di economia, basti ricordare che il SIPRI ha calcolato che la *spesa militare totale mondiale* nel 2013 ha raggiunto i 1.747 miliardi di dollari (poco più di 1.600 miliardi di euro), rappresentando il 2,4% del prodotto interno lordo mondiale, con una spesa *pro capite* di 248 dollari. In altre parole, su ogni abitante del pianeta “gravano” annualmente circa 230 euro di spese militari! In tale somma si è registrato un calo dello 0,4% rispetto al 2011, ma essa rimane comunque superiore rispetto a quanto speso ogni anno dalla fine della Seconda guerra mondiale al 2010; ed è impressionante ad esempio confrontare questa cifra di 1.747 miliardi di dollari con il *budget* dell'OMS per il 2012-2013, pari a 3.959 milioni di dollari.

Per quanto riguarda il *mercato delle armi*, il SIPRI ha stimato che il valore totale del mercato globale delle armi nel 2012 è stato almeno di 58 miliardi di dollari. Il 61% delle maggiori aziende produttrici di armi si trovano negli USA, il 31% in Europa Occidentale, e la restante parte è rappresentata da aziende russe, cinesi, giapponesi, israeliane e indiane. Tra le 10 più grandi aziende produttrici di armi nel 2012, sette sono statunitensi, una italiana, una inglese ed una trans-europea.

I conflitti armati degli ultimi decenni hanno notevolmente cambiato la loro fisionomia proprio per l'evoluzione delle tecnologie belliche, e

per i diversi campi di battaglia nei quali si sono svolti. Pur essendo difficilmente calcolabile l'esatta mortalità legata a situazioni di conflitto (v. Tab. 1), è possibile affermare che la maggioranza delle vittime si conta tra la popolazione civile (nelle guerre degli anni '90 si stima che tale quota superasse il 90%): le grandi potenze coinvolte hanno infatti progressivamente adottato una strategia che mira alla distruzione dell'ambiente e delle infrastrutture di comunicazione e di trasporto, con la finalità di rendere impossibile la vita del Paese teatro delle azioni di guerra.

Per questo, oltre alle conseguenze dirette che le guerre hanno sulla vita e sulla salute delle popolazioni, enormi sono i loro effetti indiretti e a lungo termine: l'ambiente viene danneggiato in maniera importante, le risorse sono drenate dai settori sanitario e sociale, e si verifica un incremento della violenza domestica e comunitaria. Ad esempio, un recente rapporto economico dell'ONU sulla situazione in Siria, dove dal 2011 è in corso un devastante conflitto, testimonia che 11 milioni di persone hanno perso ogni fonte di sostentamento a causa di una riduzione impressionante dei posti di lavoro; che alla fine del 2013 tre siriani su quattro vivevano in povertà, con oltre il 53% della popolazione in estrema povertà, ed il 51,8% dei bambini in età scolare che non potevano frequentare la scuola; che 61 dei 91 ospedali sono stati gravemente danneggiati e la metà sono fuori servizio. Dall'inizio del conflitto l'*Indice di sviluppo umano-I-SU²* della Siria è regredito di quattro decenni.

Considerare però solamente le conseguenze dei conflitti sarebbe limitante oltre che omissivo: per un seppur minimo tentativo preventivo, è necessario infatti anche interrogarsi su ciò che li determina.

È possibile affermare che alla base delle guerre moderne ci sono prevalentemente fattori economici e politici: le cause sottostanti lo sviluppo di un conflitto sono spesso legate alla povertà, alle disuguaglianze sociali (in au-

2. L'Indice di sviluppo umano è un indicatore di sviluppo macroeconomico utilizzato dall'ONU che si fonda sulla sintesi di tre diversi fattori: il PIL *pro capite*, l'alfabetizzazione e la speranza di vita.

mento), alla mancanza di democrazia, e ad un diseguale accesso al potere e alle risorse. Non infrequentemente, tali cause sono camuffate da – o si intrecciano con – contrasti etnici e religiosi, attraverso i quali i conflitti vengono alimentati.

In tutto questo, svolge un ruolo importante l'attuale processo di globalizzazione (e spesso il cosiddetto "neocolonialismo") sostenuto dalle grandi multinazionali e dalle più grandi potenze economiche mondiali. Nasce e si espande il fenomeno della *ricchezza senza Nazioni*, e delle *Nazioni senza ricchezza*: da un lato, i programmi e le scelte delle singole Nazioni dipendono sempre più dagli orientamenti e dalle decisioni, prevalentemente economiche, che si prendono altrove – su scala continentale o mondiale; e dall'altro gli investimenti produttivi e finanziari di una Nazione si spostano facilmente altrove, al di là dei propri confini.

In tale contesto, una politica militaristica aumenta sia all'interno delle Nazioni che tra le diverse Nazioni la forbice di disegualianza tra la porzione più povera e la porzione più ricca della popolazione, per almeno due diverse ragioni: da un lato gli sforzi bellici drenano risorse necessarie per le politiche di riequilibrio sociale, e dall'altro i maggiori danni di salute legati alle attività militari pesano prevalentemente sui Paesi o sulle fasce sociali più deboli.

Gli eserciti delle diverse Nazioni sono oggi composti prevalentemente da professionisti "volontari", che provengono soprattutto dagli strati sociali meno abbienti; ed è inoltre in aumento il ricorso ai cosiddetti *private contractors*, militari al soldo di aziende private specializzate nella conduzione delle guerre, il cui coinvolgimento è cresciuto talmente che sembra lecito parlare di una parziale privatizzazione della guerra. Oltre alle prevedibili conseguenze in termini di interessi che questo comporta, numerose sembrano essere le violazioni dei diritti umani perpetrate da questi nuovi "mercenari" che operano attualmente in un vuoto legislativo internazionale.

Un cenno a parte merita poi la dolorosa realtà dei *bambini soldato*: l'UNICEF stima che 250.000 di essi siano coinvolti in conflitti in

tutto il mondo, usati come combattenti, messaggeri, spie, facchini, cuochi, e – le ragazze in particolare – costrette a prestare servizi sessuali. L'impatto dei conflitti armati sui bambini è difficile da stimare a causa della mancanza di informazioni affidabili e aggiornate; ma va tenuto presente che più di un miliardo di bambini vivono nei 42 Paesi colpiti, dal 2002, da violenti conflitti.

Di fronte ad un quadro di tale gravità, la comunità medica sta progressivamente prendendo coscienza del ruolo importante che essa può giocare nella tutela della salute attraverso la prevenzione dei conflitti e la promozione della pace; come confermato dai sempre più numerosi articoli, editoriali e ricerche su questo argomento, che compaiono anche su riviste mediche prestigiose. A titolo di esempio si può citare la "Lettera aperta al popolo di Gaza", in cui ventiquattro medici italiani e britannici hanno denunciato nel 2014 su "*Lancet*" in modo esplicito la violenza e le violazioni dei diritti umani perpetrate a carico della popolazione civile di Gaza.

Appare ai medici cioè sempre più evidente, per utilizzare una terminologia igienistica, la necessità di agire non solo a livello di "prevenzione terziaria", cioè nell'ambito del trattamento delle conseguenze della guerra, o di "prevenzione secondaria", andando a prevenire e ridurre al minimo le conseguenze su salute e ambiente di una guerra in atto; ma anche e soprattutto a livello di "prevenzione primaria", andando ad agire sulle cause dei conflitti.

Coloro che hanno il compito professionale di difendere la salute non possono dunque rimanere indifferenti, o addirittura opporsi alla promozione della pace.

3. Calamità naturali

Il Centro di ricerca per l'epidemiologia dei disastri (CRED) definisce come *disastro* "una situazione o un evento che superi le capacità di intervento locali e renda necessaria una richiesta di assistenza o a livello nazionale o a livello

internazionale; un evento imprevisto e spesso improvviso che causa un grave danno, distruzione e sofferenza umana”³.

Il CRED ne propone una classificazione in:

- *disastri naturali*, divisi in cinque sottogruppi:
 - *biologici* (come epidemie infettive o infestazioni di insetti);
 - *geofisici* (come terremoti, eruzioni vulcaniche, movimenti di grandi masse);
 - legati al *clima* (come temperature estreme, siccità, incendi);
 - *idrologici* (come alluvioni);
 - *meteorologici* (come tempeste, cicloni);
- *disastri tecnologici*, che comprendono:
 - incidenti *industriali*;
 - incidenti di *trasporto*;
 - altro tipo di *incidenti*.

Tra il 2000 ed il 2009 si sono verificati *il triplo* dei disastri naturali rispetto a quelli verificatisi negli anni '80: l'aumento è dovuto soprattutto agli eventi legati al clima, mentre l'andamento dei disastri di tipo geofisico è rimasto stabile. Negli ultimi decenni inoltre anche *le dimensioni* dei disastri sono notevolmente aumentate, a causa dell'incremento dell'urbanizzazione, della deforestazione, del degrado ambientale, e dell'intensificazione di fenomeni climatici come le alte temperature, le precipitazioni estreme, le sempre più violenti tempeste.

Nonostante circa il 56% dei disastri verificatisi tra il 2003 ed il 2012 sia avvenuto nei Paesi ad ISU alto o molto alto, le persone che nello stesso periodo hanno perso la vita in uno di questi eventi vivevano per oltre il 64% in Paesi ad ISU medio-basso.

Come già affermato per quanto riguarda i conflitti, anche per le catastrofi il ruolo dei professionisti sanitari deve essere quello di coltivare un'informazione indipendente e approfondita, e di contribuire ad agire sui molteplici fattori che determinano tali eventi, sia facendo crescere la consapevolezza della popolazione sui diversi fattori determinanti, sia con uno specifico ed irrinunciabile ruolo di *advocacy*; e non soltanto quello di intervenire nel momento dell'emergenza e del bisogno.

Se è vero infatti che alcune delle catastrofi che si verificano sono improvvise e inaspettate, è altrettanto possibile affermare che altre (insieme alle loro conseguenze) sono prevedibili, previste o talvolta anche attese. Ad esempio, la carestia che ha colpito il Corno d'Africa nel 2011 era stata annunciata da tempo; in quel caso il cambiamento climatico era solo una delle cause dell'insicurezza alimentare, provocata soprattutto da fattori finanziari, economici e politici.

In un mondo sempre più globalizzato in cui il profitto e l'efficienza economica sono i criteri dominanti in base ai quali sono prese le decisioni, lo stesso cambiamento climatico (con il conseguente aumento precedentemente accennato delle catastrofi) è a sua volta fortemente legato all'attuale e diseguale modello di sviluppo, e ad esempio alla connessa e non controllata emissione di gas serra che questo comporta.

Fattori politici ed economici sono poi anche quelli che guidano la risposta alle catastrofi, che per poter venire all'attenzione della pubblica opinione, fino magari a divenire addirittura emergenze mediatiche, esigono una convergenza di interessi e percezioni tra politici, giornalisti, organismi internazionali, personalità dello spettacolo, operatori economici, professionisti umanitari, ecc.

A margine di queste considerazioni occorre peraltro riflettere anche – come invita a fare Naomi Klein nel suo *Shock economy* – sul fatto che situazioni di emergenza e confusione come quelle legate all'insorgenza di una catastrofe naturale hanno rappresentato in molti casi il necessario e deliberato preambolo per rendere “inevitabile” il “politicamente impossibile”, ovvero la rapida attuazione di politiche neo-liberiste all'interno del Paese colpito. È quello che ad esempio si è verificato in Polonia e Russia a seguito della caduta del muro di Berlino, in Iraq a seguito della guerra del 2003, nel Sud Africa post-*apartheid*, o in Sri Lanka dopo lo *tsunami* del 2004.

3. EM-DAT (*Emergency Events Database*) Glossary.

4. Conseguenze sulla salute e sulla sofferenza umana. Un paradigma di attualità: i migranti forzati

Un esempio paradigmatico della sofferenza legata a conflitti o disastri naturali è rappresentata dal vissuto delle persone che ne vengono spinte o costrette ad emigrare dalla loro terra.

Terminologicamente, tra di esse si distinguono gli *Internally Displaced Persons* (IDPs), cioè i migranti interni che abbandonano la propria dimora senza oltrepassare i confini nazionali, e i *richiedenti asilo e rifugiati*, ossia coloro hanno lasciato il proprio Paese e sono o nella fase di richiesta e di disamina della procedura amministrativa da parte delle autorità competenti del Paese di arrivo, o hanno già ottenuto il riconoscimento del loro *status*.

L'UNHCR (Alto Commissariato dell'ONU per i Rifugiati) ha dichiarato che alla fine del 2013, a causa di violenze, guerre e violazioni dei diritti umani le IDPs nel mondo assommavano a 33,3 milioni, e i rifugiati a 16,7 milioni. Nel 2012, secondo una stima dell'*Internal Displacement Monitoring Centre* (facente parte del *Norwegian Refugee Council*, una ONG indipendente e riconosciuta dall'ONU), 32,4 milioni di persone sono state costrette a lasciare le loro case a causa di disastri naturali.

Le problematiche sanitarie legate sia ai campi profughi in situazioni di emergenza sia ai richiedenti asilo e rifugiati sono molteplici, e la sofferenza umana che le accompagna è difficilmente calcolabile e sistematicamente sottovalutata.

Per chi è costretto ad abbandonare il proprio Paese, è ben noto come già lo stesso viaggio migratorio sia pieno di rischi, e conduca spesso ad un destino di violenza, schiavitù o morte, in balia dei cosiddetti trafficanti di esseri umani. Inoltre, una volta arrivati nel Paese ospite, tutto il processo di asilo risulta intrinsecamente stressante, in quanto lento e complesso, ed accompagnato dal continuo timore di essere rimandati nel proprio Paese di origine.

A livello di problemi di salute, i richiedenti asilo e rifugiati non rappresentano un gruppo omogeneo, essendo portatori di diverse esperienze e aspettative di salute e di assistenza. In

generale, i loro bisogni di salute sono ovviamente fortemente condizionati sia dalle condizioni pre-migratorie che da quelle migratorie e post-migratorie: la dimensione psichica (spesso legata alle terribili esperienze vissute) sembra essere comunque la principale protagonista dei riscontri clinici, ed è necessario personale esperto per diagnosticare la presenza, non infrequente, del disturbo da stress post traumatico (PTSD). Per garantire un'adeguata assistenza a queste persone è inoltre necessario un approccio intersettoriale, che integri i servizi sanitari con quelli sociali.

5. Violenza diretta e violenza strutturale. Il ruolo degli operatori sanitari

Se è vero che la violenza diretta e le sue conseguenze sono oggi strettamente legate a grandi situazioni di emergenza quali i moderni conflitti e le calamità naturali, è altrettanto vero che non si può non fare almeno un cenno anche a quella forma di violenza più subdola e pervasiva che prende il nome di *violenza strutturale*.

Con tale termine (definito da Galtung e Farmer) si indica infatti un tipo di violenza indiretta, causata dalle istituzioni sociali, economiche, politiche e culturali, che impedisce lo sviluppo delle potenzialità umane di un individuo, e che proprio perché inserita all'interno di strutture diffuse e largamente accettate spesso è virtualmente invisibile; ma che determina un diseguale accesso alle risorse, al potere politico, all'istruzione, ai servizi sanitari da parte di diversi soggetti o di diverse fasce di cittadini.

Il concetto di violenza strutturale è molto legato a quello di ingiustizia sociale e ai meccanismi sociali dell'oppressione; e la sofferenza che ne consegue viene indicata da Kleinman con il termine di *sofferenza sociale*. Anche nel caso della violenza strutturale, qualsiasi approccio attuato dagli operatori della salute sarebbe parziale, insufficiente e colpevolmente omissivo se la necessaria competenza professionale non fosse accompagnata da una chiara visione, da una significativa presa di posizione e da un deciso

impegno nei confronti delle reali dinamiche che ne rappresentano la causa.

In generale, non si costruisce la pace – dunque non si lavora per la salute – se non si propugnano con forza i valori dell'equità e della solidarietà; e

non si contrastano molti dei fattori di rischio per la salute più incidenti, non solo nelle catastrofi e nelle guerre ma anche nella contemporaneità tutta, se non si contrasta una visione del mondo fondata sul primato dell'efficienza e del profitto.

Tabella 1 - Stima delle vittime dei dieci più violenti conflitti degli anni '90

Conflitti	Anno	Numero di morti stimati	Conflitti	Anno	Numero di morti stimati
Ruanda	1994	500.000/1.000.000	Burundi	1993	30.000/200.000
Angola	1992/94	100.000/500.000	Cecenia	1994/96	30.000/90.000
Somalia	1991/99	48.000/300.000	Tagikistan	1992/99	20.000/120.000
Bosnia	1992/95	35.000/250.000	Algeria	1992/99	30.000/100.000
Liberia	1991/96	25.000/200.000	Guerra del Golfo	1990/91	4.300/10.000

Fonte: Murray CJL *et al.*, BMJ 2002.

Box 1 - Salute Globale

“La Salute Globale è un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria. Tale paradigma, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche, può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità. La Salute Globale pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali. Adottando un'ottica transnazionale, la Salute Globale mette in evidenza le disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i Paesi, analizzandole anche attraverso la lente della giustizia sociale. Data la complessità del campo di interesse, la Salute Globale richiede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che si avvale del contributo sia delle scienze sociali ed umane che di quelle naturali e biomediche. La Salute Globale non è un ambito meramente accademico: infatti, promuovendo un'etica di responsabilità sociale sia per le istituzioni che per i professionisti coinvolti, essa abbraccia i campi della ricerca, della formazione e della pratica, e mira a generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative”.

Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale -RIISG