

Effetti aspecifici della guerra sulla salute umana

SILVANA SALERNO¹

ENEA-Casaccia, Roma

1 Premessa

La guerra viene definita dal Dizionario della lingua italiana Zingarelli come: *lotta di popoli attuata mediante le forze armate*. L'uso di armi, oggetti usati dall'uomo per offesa o difesa, determina che nella definizione di guerra vi sia l'annientamento di una popolazione, cioè la sua morte. L'obiettivo organizzativo della guerra è proprio la distruzione della salute della popolazione.

Consideriamo la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e studiamo gli effetti della guerra sulla salute fisica, mentale e sociale dei soggetti esposti. Il tipo di popolazione esposta alla guerra, per sesso e per età, modifica la rilevanza dei rischi per la salute. Questi sono profondamente diversi nel caso si tratti di bambini, anziani, adolescenti o adulti. Naturalmente bambini e bambine, come anche anziani ed anziane, rappresentano le categorie più a rischio: la loro struttura ha una inferiore capacità di adattamento agli agenti stressanti ed è maggiormente vulnerabile. Maggiore suscettibilità si ha anche per le donne in gravidanza.

La popolazione "esposta" alla guerra è molto estesa: essa comprende i militari (di leva, di carriera, volontari, mercenari), i paramilitari, la popolazione civile, ed infine coloro che intervengono in sostegno alle popolazioni colpite. Questa distinzione non è tuttavia sempre legata a diversi livelli di esposizione, almeno in termini qualitativi. Difatti, spesso gli effetti sanitari delle armi utilizzate nella guerra sono fortemente estesi anche ai militari lasciati nell'ignoranza. Per esempio, vi sono diversi casi in cui gli stessi militari americani hanno richiesto il riconoscimento ufficiale dell'effetto sanitario di una determinata arma offensiva, ignorato dal governo. Due esempi per tutti: il mancato riconoscimento della cosiddetta "Sindrome del Golfo" nei reduci americani militari dall'Iraq, militari e non (disfunzioni respiratorie, affezioni di fegato e milza, perdita di memoria, emicranie, febbri, ipotensione arteriosa, ecc.), e il difficile riconoscimento degli effetti dell'agente Orange sui reduci americani dal Vietnam (si tratta di un defoliante usato in Vietnam contenente 2,3,7,8-tetrachloro-p-dioxin-TCDD). Si continuano a rilevare nei veterani e sulla popolazione

¹silvana.salerno@casaccia.enea.it

del sud del Vietnam gli effetti dell'agente Orange, a distanza di circa trent'anni dalla guerra [1].

Gli effetti a lungo termine delle armi usate nelle guerre rappresentano talora dei veri e propri laboratori sperimentali dove scienziati senza etica espongono anche propri connazionali a studi specifici per l'affinamento delle tecniche distruttive. Spesso i dati, se pubblicati, si trovano in riviste di medicina militare, e i militari rappresentano l'unica popolazione studiata.

2 Rischi diretti specifici sulla salute fisica

Gli effetti diretti della guerra sulla salute fisica sono legati alla morte della popolazione, alle malattie che possono determinare invalidità temporanea o permanente, ed ancora alle anche morti precoci rispetto alla speranza di vita media della popolazione considerata. Nel caso della Jugoslavia, prima della guerra intrapresa dalla NATO la speranza di vita media alla nascita era di 69 anni per i maschi e 75 anni per le femmine (dati del 1996). Questo indicatore statistico di salute andrà valutato nei prossimi anni per evidenziare quanto la guerra abbia ridotto gli anni di vita di tutta la popolazione.

La salute fisica delle popolazioni esposte è messa a repentaglio dall'uso di armi, dai bombardamenti, dagli effetti fisici (come le radiazioni), dagli effetti chimici diretti (uso di armi chimiche e uso di bombe con uranio impoverito), ed anche dai rischi ambientali legati alla liberazione di sostanze tossiche e nocive, liberate da insediamenti produttivi bombardati (cloruro di vinile monomero, derivati del petrolio, solventi, diossine, ecc).

3 Rischi indiretti aspecifici sulla salute fisica

I rischi indiretti per la salute fisica sono molteplici e sicuramente sottostimati in tutte le guerre. Le cause degli effetti indiretti aspecifici possono essere :

- la *carenza di acqua* e l'inquinamento delle fonti idriche a causa dei disastri ambientali, con il possibile incremento dell'incidenza di malattie infettive (tifo, paratifo, colera, ecc.) o di intossicazioni chimiche;
- la *carenza di cibo*, per qualità e quantità, che si manifesta con casi di malnutrizione (specie se la popolazione era già in una condizione di deficienza alimentare). Approvvigionamenti limitati e non integrati rispetto al fabbisogno proteico e vitaminico hanno come conseguenza l'ipersuscettibilità verso le malattie generali e una minor resistenza agli agenti stressanti ambientali;
- la *promiscuità ambientale* (come, ad esempio, il sovraffollamento nel caso dei profughi, oppure l'affollamento nei rifugi) causa ulteriori rischi per le malattie infettive trasmissibili per via aerea (brucellosi, tubercolosi). L'uso di latrine non adeguate igienicamente comporta un incremento dei rischi per la diffusione delle malattie infettive;
- la *carenza economico-retributiva*, per perdita del lavoro o per mancato o ridotto pagamento dei salari, determina il non accesso a tutta quella rete di approvvigiona-

menti ad alto costo (v. mercato nero) che a volte possono permettere rifornimenti in condizioni critiche;

- la *carenza di fonti di energia* ha anche essa gravi conseguenze. L'assenza di riscaldamento comporta l'incremento delle malattie da perfrigerazione. L'assenza di trasporti adeguati riduce la capacità di primo soccorso, senza considerare l'eventuale alterazione della rete stradale. L'assenza di rifornimenti elettrici, oltre a ridurre le fonti di illuminazione, impedisce l'utilizzo di apparecchiature ospedaliere, ecc.
- *cure sanitarie assenti o inadeguate*: si possono avere morti e malati, o anche gravi invalidità, per carenza di farmaci e vaccini (ad esempio per l'infanzia), di strutture di diagnosi (non funzionamento delle apparecchiature radiogene), di cure e terapie adeguate (sale operatorie sterili, incubatrici, ascensori, trasporti), e di medici e infermieri.
- *l'incremento delle patologie generali*, non direttamente causate dalla guerra, ma che in guerra non possono essere adeguatamente curate: non potersi sottoporre a dialisi, non avere l'antibiotico, non avere ambienti sterili, non avere medici in grado di fare diagnosi, ecc.
- non bisogna sottovalutare, infine, gli *effetti sulla salute della donna*. Tra i rischi per la salute fisica vi sono quelli legati alla salute riproduttiva, quali l'amenorrea causata dagli eventi stressanti, fisici e psicologici (come la paura), ed alla malnutrizione, che può causare effetti endocrini [2]. Altri effetti sono: gli aborti "spontanei", i parti prematuri, gli effetti sul concepito per esposizioni ambientali (come gli effetti, ancora non definiti, sui figli di militari americani impegnati nel Golfo), la mortalità per parto delle donne e la morte alla nascita dei bambini per sofferenza ambientale. In questo capitolo si possono anche collocare gli aborti volontari, legati alle violenze sessuali, con tutto il loro impatto anche mentale, e la eventuale differenza di genere nella gestione dello stress. In un recente studio è stata evidenziata una maggiore suscettibilità allo stress del personale di cura femminile operante nella guerra del Golfo [3]. In particolare uno studio evidenzia una maggiore paura di essere ferite e di curare traumi [4]. Analogamente, una maggiore suscettibilità allo stress è stata evidenziata nelle donne veterane di guerra [5].

Uno studio sulle donne afgane sottolinea come, in caso di guerra, vi siano abusi dei diritti umani nei confronti delle donne che determinano, oltre ai traumi correlati, effetti fisici e mentali sulla salute. Tra questi la perdita del lavoro, il diminuito accesso alle cure, gli abusi sessuali, e le attività sociali fortemente ristrette [6].

4 La salute mentale come effetto aspecifico

Nella letteratura scientifica su guerra e salute sono numerosi gli articoli sulla "Post traumatic stress syndrome". Con tale espressione si denota un insieme aspecifico di sintomi legati alle reazioni stressanti post-traumatiche.

Tra questi: i *disturbi del sonno*, particolarmente legati alla vicinanza con i combattimenti [7], la depressione, l'ansia, il panico, la presenza di sintomi fisici non spiegabili, le

alterazioni dell'appetito e della memoria, e l'abuso di sostanze alcoliche e droghe [8]. Bisogna anche considerare gli effetti aspecifici sulla salute sessuale e sociale, quali la perdita dei familiari e degli amici, le ripercussioni sul contesto lavorativo, e così via. Tra questi sintomi si inseriscono anche gli eventuali sensi di colpa per essere sopravvissuti, descritti nella letteratura riguardante i campi di concentramento della seconda guerra mondiale, e rilevati anche recentemente tra i terremotati dell'Umbria [9].

La salute mentale è a forte rischio per gli effetti di stress, ansie, paure e depressioni. La guerra, oltre a generare nuove paure, può far esplodere disagi mentali latenti della comunità, e può lasciare senza cure i malati psichiatrici. In uno studio sullo stato di salute mentale successivo ad una bomba scoppiata nel Nord Irlanda nel 1987, si è evidenziato come la memoria del fatto fosse correlata con una ridotta salute mentale, misurata attraverso il General Health Questionnaire [10].

L'ansia determina infine un incremento della patologia cardio-vascolare (infarti, ictus, ecc.). Nello studio sul disastro ambientale di *Seveso* si è evidenziato un incremento statisticamente significativo di morti per malattie cardio-vascolari tra i maschi residenti nelle aree A e B che furono costretti ad abbandonare la casa [11]. Questa è stata la prima causa di morte per quella popolazione: non dunque la diossina. Lo stress legato all'improvviso cambio di contesto ha generato più morti, per lo meno nel breve termine. A questi aspetti viene ormai attribuita una notevole rilevanza, tanto che nei disastri ambientali viene ormai considerato fondamentale l'intervento di personale in grado di sostenere moralmente le popolazioni danneggiate, attraverso una ridefinizione della propria immagine e del nuovo contesto sociale [9]. Per la guerra della NATO in Jugoslavia questa attività è stata privilegiata da "Medecins Sans Frontieres", che ha organizzato per i rifugiati del Kosovo i centri di ascolto finalizzati ad aiutare le popolazioni più a rischio per la salute mentale [12]. L'ascolto dei rifugiati, la ricostruzione della loro auto-stima e dei legami comunitari, la selezione dei gruppi più a rischio per la salute mentale, con strumenti epidemiologici trans-culturali idonei, rappresenta per alcuni il principale intervento nei campi profughi, una volta soddisfatte le necessità fisiche primarie [13].

5 La salute sociale: effetto specifico o aspecifico ?

Nel caso delle guerre create sulla divisione tra gruppi sociali specifici, come nel caso della guerra dei Balcani, l'obiettivo della guerra è proprio quello di distruggere la salute sociale della popolazione, costruita in anni di convivenza, alterando le relazioni sociali e determinando effetti sulla salute che non possono comportare vincitori né vinti.

La salute sociale si rompe per le perdite relazionali (amici, parenti, familiari diretti, compagni e compagne di lavoro e di scuola), ma soprattutto per le fratture della comunità considerata nel suo insieme, che viene spezzata nelle sue relazioni storiche.

La guerra produce profughi, rifugiati e dislocati: condizioni che creano crisi di identità sociale, incrementi dell'aggressività relazionale, tensioni e litigi. La perdita relazionale può portare alla passività comportamentale, da cui derivano talvolta richieste paradossali ai sostenitori sociali (come il delegare tutto ai volontari, disimpegnandosi da qualunque azione) e a manifestazioni di aggressività proprio verso coloro che intervengono in aiuto. La carente salute sociale può determinare malattie correlate con lo stress: ansia, depressio-

ne, suicidio, e anche in questo caso è possibile l'incremento delle malattie cardio-vascolari cronico-degenerative.

Il sociale, il mentale ed il fisico, così arbitrariamente separati in questa discussione, si ricongiungono in un unico dramma che, se non è annientamento fisico diventa annientamento morale e sociale.

6 La prevenzione della guerra

Non si può che finire questo breve saggio con un invito allo studio della *prevenzione*. Forse, nei luoghi deputati al sapere scientifico (e non solo) sarebbe necessario un capitolo sulla prevenzione della guerra e dei disastri sanitari ad essa collegati. Insieme alla fame nel mondo, essi rappresentano probabilmente la prima causa di morte prevenibile sul Pianeta. Solo la cultura della *prevenzione primaria* può essere l'artefice di tolleranza e pace tra i popoli, attraverso le leggi che governano i paesi ed il loro rispetto democratico. La prevenzione secondaria (riduzione del numero di morti ed invalidi e degli effetti sulla salute) e terziaria (riabilitazione, protesi, chirurgia plastica) rappresentano a tutt'oggi gli unici interventi riparativi applicati che possono far rifiorire vite spezzate: è tuttavia troppo poco. È necessario un sano tirocinio socio-culturale preventivo. Proprio quest'ultimo, secondo lo scienziato Henri Laborit, è determinante nella prevenzione delle malattie attraverso la prevenzione della guerra stessa. Il tirocinio culturale rappresenta oggi quell'elenco di giudizi di valore, pregiudizi e luoghi comuni che formano la personalità dei soggetti costruita attraverso regole sociali inconscie. Su queste regole inconscie (inconscio socio-culturale) l'uomo si trova ad essere continuamente manipolato. Poi, quando uno dei mattoni di questo inconscio cade, l'individuo scopre l'angoscia che non lo farà indietreggiare né di fronte al delitto, né di fronte al genocidio, né di fronte alla guerra. Quando le scale gerarchiche di potere, costruite per dominare, verranno riconosciute grazie alla conoscenza di come agisce il sistema nervoso dell'uomo e l'inconscio socio-collettivo, l'uomo sarà più vicino alla salute e alla libertà dalla guerra, o quantomeno saprà riconoscere i veri manipolatori [14].

Bibliografia

- [1] Phuong NT, Hung BS, Schechter A, Vu DQ “*Dioxin levels in adipose tissues of hospitalized women living in the south of Vietnam in 1984–89 with a brief review of their clinical histories*”. *Women Health* 1990; 16 (1): 79–83.
- [2] Whitacre FE., Barrera B. *War Amenorrhea*. *The Journal of the American Medical Association*. 1944 february, vol. 124 (7).
- [3] Bell EA, Roth MA, Weed G. “*Wartime stressors and health outcomes: women in the Persian Gulf War*”. *Journal of psychosocial nurses in mental health services*, 1998 august 36 (8): 19–25.
- [4] Slusarcick AL, Ursano RJ, Fullerton CS, Dinneen MP. “*Stress and coping in male and female health care providers during the Persian Gulf War: the USNS comfort hospital ship*”. *Military Medicine* 1999 march vol. 164 (3).

- [5] Fontana A, Roosenheck R. “*Duty-related and sexual stress in the etiology of PTSD (post traumatic stress disorder) among women veterans who seek treatment*”. *Psychiatric Services* 1998 May; 49 (5):658–662.
- [6] Rasekh Z, Bauer HM, Manos MM, Iacopino V. “*Women’s health and human rights in Afghanistan*”. *Journal of American Medical Association* 1998 august 280 (5): 449–55.
- [7] Neylan TC, Marmar CR, Metzler TJ, Weiss DS, Zatzick DF, Delucchi KL, Wu RM, Schoenfeld FB. “*Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans*”. *American Journal of Psychiatry* 155 (7): 929–33 july 1998.
- [8] Engel CC jr, Ursano R, Magruder C, Tartaglione R, Jing Z, Labbate LA, Debakey “*Psychological conditions diagnosed among veterans seeking Departmente of Defense Care for Gulf war-related health concerns*”. *Journal of Occup. Environ. Med.* 1999 May; 41 (5):384–92.
- [9] Valerio Gualerzi “*La ricostruzione parte dal morale — Il lavoro dei Centri d’ascolto. L’esperienza di un volontario impegnato nel progetto della protezione civile per la riduzione dei danni psicologici ‘molti si sentivano in colpa perché sopravvissuti’.*” L’inchiesta. Il Manifesto giovedì 2 aprile 1998.
- [10] Cairns E, Lewis CA “*Collective memories, political violence and mental health in Northern Ireland*”. *British Journal of Psychology* 1999 february; 90 (1): 25–33.
- [11] Pesatori AC, Zocchetti C, Consonni D, Tironi A, Turrini D, Bernucci I, Bertazzi PA. “*Long term health effects of exposure to dioxin, the Seveso study*”. 12th International Symposium ISEOH 1997. *Epidemiology in occupational health: Risk reduction in the workplace.* 16–19 september 1997 Harare, Zimbabwe.
- [12] Kaz de Jong, Nathan Ford, Rolf Kleber. “*Mental health care for refugees from Kosovo: the experience of Medecins Sans Frontières*”. *Lancet* 1999 may 8; 353 (9164):1616–7.
- [13] Richard Neugebauer. Editorial: *The uses of psychosocial epidemiology in promoting refugee health.* *American Journal of Public Health* 1997 may 87 (5): 726–727.
- [14] Alain Resnais. “*Mon Oncle d’Amerique*”. Film francese del 1969 che, attraverso interviste allo scienziato Henri Laborit, ne spiega la teoria del comportamento umano.