

Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie

Angelo Stefanini

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Bologna

Abstract

War's impact on human health and health professional role

The paper's aim is to describe war's impact on health and define health personnel's role in prevention and reduction of such effects. Wars establish "humanitarian crisis with a total and considerable disgregation of authority". They kill and mutilate soldiers, but even more devastating are the number of civilians killed or crippled at the end of a conflict, and the economical and psychological damages of a whole population. In order to better define modalities for health personnel 's role, war could be depicted as a pathological process attacking the organism "mankind". Public health personnel and epidemiology specialists can do much in preventing war ant its consequences.

Quaderni acp 2005; 12(4): 160-163

Key words War. Sanitary emergencies. Humanitarian crisis. Doctors

Scopo di questo contributo è di descrivere i principali effetti che la guerra ha sulla salute e delineare il ruolo dei professionisti sanitari nella loro prevenzione e attenuazione. Le guerre costituiscono "crisi umanitarie caratterizzate da una totale o considerevole disgregazione della autorità" (1). Esse uccidono e mutilano i soldati che le combattono, ma molto più devastanti sono le cifre dei civili che muoiono o soffrono per malattie e disabilità nel periodo che segue la fine del conflitto e dei danni economici e psicologici delle popolazioni. Per delineare le modalità con cui i sanitari potrebbero svolgere un ruolo importante, si potrebbe pensare alla guerra come a un processo patologico che attacca l'organismo "genere umano". Gli operatori sanitari, soprattutto quelli di sanità pubblica e gli epidemiologi, possono fare molto al riguardo, in particolare per prevenire la guerra e limitare le sue conseguenze sulla salute.

Parole chiave Guerra. Emergenza sanitaria. Crisi umanitaria. Medici

La guerra rappresenta una delle minacce più severe alla salute umana. La World Health Assembly del 1981 affermava che il ruolo degli operatori sanitari nel promuovere e preservare la pace rappresenta un fattore significativo per raggiungere la salute per tutti (1). Scopo di questo contributo è di descrivere i principali effetti che la guerra ha sulla salute e delineare il ruolo dei professionisti sanitari nella loro prevenzione e attenuazione.

Il Rapporto Mondiale su Violenza e Salute della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) distingue tre principali forme di violenza collettiva (2):

1. Guerre, terrorismo e altri conflitti politici che hanno luogo all'interno o tra stati.
2. Violenza perpetrata da parte dello stato come genocidio, repressione, sparizioni, torture e altri abusi dei diritti umani.
3. Violenza e criminalità organizzata come il banditismo e guerre tra bande armate.

Le guerre danno in genere luogo a "emergenze complesse", ossia a "crisi umanitarie caratterizzate da una totale o considerevole disgregazione dell'autorità" (3). Esse uccidono e mutilano i soldati che le combattono, ma molto più devastanti, in termini numerici, sono le cifre dei civili che muoiono o soffrono per malattie e disabilità nel periodo che segue la fine del conflitto. Si stima che nel corso del ventesimo secolo siano morti per cause belliche dirette o indirette circa 191 milioni di persone: oltre la metà civili (4). Per ogni morto in guerra, altri 9 muoiono come sua conseguenza (5). Per ogni morto in guerra, dalle due alle 13 persone vengono ferite (6). A ogni morto che si ha dopo la fine di una guerra si aggiungono molti altri che devono affrontare dure sofferenze.

Una guerra produce enormi sconvolgimenti sociali ed economici: intere popolazioni devono abbandonare le case; infra-

strutture, reti sociali ed ecosistemi vengono distrutti, avvengono abusi dei diritti umani. I severi danni alla salute delle popolazioni sono dovuti a sovraffollamento, malnutrizione, esposizione a vari tipi di rischi, contagi, traumi, lesioni di varia natura, violenze sessuali e malattie epidemiche che esplodono. Particolarmente vulnerabili sono i rifugiati e gli sfollati: i tassi di mortalità di questi ultimi durante i recenti conflitti nel continente africano sono stati da quattro a settanta volte superiori a quelli registrati nei gruppi di popolazione non colpiti dal problema (7).

Le carestie sono conseguenze quasi inevitabili; chi coltiva la terra è costretto ad abbandonarla, i raccolti sono distrutti e gli animali uccisi; i lavoratori nelle città rimangono senza lavoro a causa della disintegrazione delle infrastrutture e del mercato del lavoro. La guerra civile e il largo utilizzo di mine sono stati responsabili dell'abbandono dell'80% delle terre coltivate in Angola; in molti Paesi, compresi la Cambogia e l'Afghanistan, vaste aree di terre da coltivazione rimangono, a causa delle mine, abbandonate per decenni dopo la fine del conflitto responsabile del loro impianto (8). Il danno alle infrastrutture locali accresce enormemente i rischi di malattie. I rifornimenti d'acqua vengono interrotti o contaminati a causa dei danni arrecati alle centrali di depurazione, alle stazioni di distribuzione, alle tubature e ai centri di rifornimento. I programmi di igiene pubblica collassano, i generi alimentari vengono contaminati a causa dell'assenza di refrigerazione; nelle regioni fredde non è più disponibile il riscaldamento domestico e le macerie che si accumulano facilitano la moltiplicazione di topi, zanzare e altri insetti. In tali condizioni le malattie hanno grande facilità di sviluppo e la mortalità aumenta rapidamente.

Un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descriveva l'impatto potenziale della guerra in Iraq poco dopo il suo inizio:

Per corrispondenza:
Angelo Stefanini
e-mail: angelo.stefanini@unibo.it

“I movimenti di popolazioni e l'affollamento in locali temporanei aumentano il rischio delle epidemie di malattie a diffusione attraverso l'acqua come il colera, le febbri tifoidee e le dissenterie... Nel più lungo termine, l'interruzione delle attività di sorveglianza sulle malattie diffusibili nell'intera popolazione, il tracollo dei programmi di salute pubblica, il danno alle strutture sanitarie e il malfunzionamento dei sistemi igienici e di distribuzione dell'acqua porteranno a un aumento delle malattie, ulteriori sofferenze e maggiori tassi di mortalità. Crescerà l'incidenza delle infezioni acute delle basse vie respiratorie, delle diarree e delle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Si avranno esplosioni di malattie infettive, compresi il morbillo, la meningite meningococcica, la pertosse e la difterite. Si potranno anche osservare nuovi tipi di malattie come quelle che in precedenza erano tenute sotto controllo” (9).

Meno visibile è l'eredità lasciata dal conflitto in termini di traumi, danni psicologici e livelli di violenza domestica. Anche la violenza e lo sfruttamento sessuale dilagano in modo caratteristico con la disintegrazione della sicurezza interna e del controllo sociale e con l'impotenza procurata dalla espropriazione dei beni primari. Vi si accompagna un aumento del rischio di infezione da HIV, la cui attuale pandemia è verosimile sia conseguenza della rapida diffusione di una infezione inizialmente altamente localizzata, ma poi estesa attraverso violenze sessuali di massa compiute durante guerre civili (10). Le popolazioni di militari in tutto il mondo presentano elevati livelli di infezione da malattie sessualmente trasmesse (da due a cinque volte quelli riscontrati tra i civili). Le situazioni di conflitto che implicano un vasto contatto tra militari e civili mettono questi ultimi a forte rischio (11). Le donne giovani sono soggette a gravidanze indesiderate e pratiche di aborto. In Liberia si stima che l'80% delle ragazze sfollate abbiano praticato almeno un aborto prima dei 15 anni di età e che si siano avute gravidanze in giovani di 11 anni. La stessa gravidanza comporta dei reali rischi all'età di 10-14 anni, età in cui è cinque volte più probabile morire per complicazioni che in donne di 20-24 anni (12).

Il sistema sanitario di un Paese può essere profondamente danneggiato dalla guerra

interrompendo così, nel breve termine, la fornitura di servizi sanitari essenziali e programmi di sanità pubblica, e nel lungo termine, accrescendo il costo e la complessità del ripristino della salute della popolazione ai livelli precedenti l'inizio del conflitto. In periodo bellico, ospedali e ambulatori, attrezzature e dotazioni mediche, documentazioni e cartelle cliniche e amministrative vengono distrutte o saccheggiate in modo casuale o sistematico, il personale sanitario rimane decimato a causa di morti e feriti, mentre il sistema di approvvigionamento e distribuzione di farmaci ed equipaggiamento sanitario viene profondamente sconvolto. Anche le attività di prevenzione e profilassi vengono gravemente compromesse: i programmi di vaccinazioni sono sospesi, i progetti speciali di controllo di particolari malattie vengono interrotti e i bisogni di interventi di sanità pubblica si accumulano nelle zone rese inaccessibili dalla situazione bellica (13). Nel 1994 in Bosnia-Erzegovina meno del 35% dei bambini poté essere vaccinato, a confronto con il 95% del periodo precedente l'inizio delle ostilità (14).

Le cause prime dei problemi descritti sopra sono essenzialmente endogene; le sanzioni imposte dalla comunità internazionale allo scopo di modificare la condotta di regimi oppressivi possono avere un impatto estremamente severo sulla salute e il benessere dei civili. Secondo la OMS, come risultato delle sanzioni imposte all'Iraq, nel periodo 1994-98 la mortalità infantile è aumentata dal 47 al 108 per mille nati vivi, mentre la mortalità nei bambini al di sotto dei 5 anni di età è passata nello stesso periodo dal 58 al 136 per mille (15). L'impatto del conflitto sul sistema sanitario dell'Iraq è stato descritto efficacemente dal Dr. David Nabarro dell'OMS. Confrontando la situazione in Iraq (immediatamente seguente al bombardamento della sede delle Nazioni Unite a Baghdad nell'estate 2003) con quella del 1980, quando la popolazione irachena godeva di un discreto stato di salute, un buon sistema sanitario e un ragionevole tenore di vita, ha affermato:

“...il risultato [della scarsità di risorse al sistema sanitario] e delle sanzioni, oltre ad altri fattori, è stato quello di condannare una comunità a soffrire profondamente sotto tutti gli aspetti (16)”.

La natura dei conflitti

Secondo la *Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflicts*, i fattori che mettono gli stati a rischio di violento conflitto sono così riassumibili

- Assenza di un processo democratico e ineguale accesso al potere
- Disuguaglianza sociale con distribuzione e accesso alle risorse profondamente ineguali
- Controllo di importanti risorse naturali da parte di un singolo gruppo
- Rapidi mutamenti demografici che superano la capacità dello Stato di fornire servizi essenziali e opportunità di lavoro (17).

I conflitti odierni avvengono sempre più all'interno degli Stati anziché tra di loro: fatta eccezione per 7, tutti i 110 conflitti che hanno avuto luogo tra il 1989 e il 2000 sono state guerre civili (18). Gli Stati coinvolti in guerre civili sono in genere i meno sviluppati in termini regionali e assoluti. Nel 2002, dei 20 Paesi con l'Indice di Sviluppo Umano più basso, 16 erano interessati da conflitti o ne erano appena emersi.

Esiste un legame inesorabile tra guerra e sottosviluppo. Un recente rapporto della Banca Mondiale afferma:

“La guerra ritarda lo sviluppo, ma, viceversa, lo sviluppo ritarda la guerra. Questo doppio rapporto causale dà luogo a circoli viziosi e circoli virtuosi. Laddove si ha sviluppo, i Paesi divengono progressivamente più protetti dal conflitto violento, rendendo così più facile il conseguente sviluppo. Laddove non si ha sviluppo, i Paesi si trovano ad alto rischio di venire presi nella trappola del conflitto che sconvolge l'economia e accresce la probabilità di ulteriori guerre” (19).

Il rapporto identifica due tipi di Paesi a maggiore rischio di guerra.

- Il primo è costituito da quelli a basso reddito che non sono riusciti a portare avanti nessun tipo di politiche, di *governance* e di istituzioni che diano luogo a una crescita ragionevole e a diversificazione economica. Questi Paesi sono caratterizzati da declino economico, dipendenza dai prodotti da esportazione, basso reddito pro capite e profonda disuguaglianza nella distribuzione delle ricchezze

– Il secondo gruppo di Paesi è rappresentato da quelli che sono caduti nella trappola della guerra. Il conflitto indebolisce l'economia e lascia un lascito di atrocità. Esso inoltre dà luogo a leader e a organizzazioni che hanno tutto l'interesse a perpetuare la violenza e ad avvantaggiarsi da questa. La sfida principale per lo sviluppo di questo gruppo di Paesi risiede nell'elaborare interventi internazionali che siano efficaci nello stabilizzare la società durante il primo decennio post-bellico.

La stabilizzazione e la ricostruzione post-bellica sono estremamente costose. Uno studio della Commissione Carnegie, citato nel rapporto del Segretario Generale alla 55ª sessione dell'Assemblea delle Nazioni Unite nel giugno 2001, stimava che la comunità internazionale aveva speso circa 200 miliardi di dollari USA nelle 7 maggiori operazioni di *peace-keeping* degli anni '90, confrontati con i 70 miliardi utilizzati nelle azioni preventive. Gli Stati Uniti spendono oltre 4 miliardi di dollari al mese in Iraq. Due mesi di queste spese equivalgono al totale annuale dei prestiti facilitati concessi dalla Banca Mondiale ai 78 Paesi più poveri del mondo. Con meno della cifra di un mese si potrebbero nutrire per un anno tutti gli affamati del pianeta. Nel 2003 la guerra in Iraq era costata più dei fondi richiesti globalmente per raggiungere i cosiddetti *Millennium Development Goals* per il 2015 (20). Gli Stati Uniti, che al momento sostengono oltre la metà delle spese mondiali per la difesa, avevano proposto nel 2003 un budget dell'ordine di 349 miliardi di dollari; un aumento di 48 miliardi di rispetto al 2002. A confronto, un rapporto dell'UNDP del 1998 stimava che 9 miliardi di dollari sarebbero sufficienti ad assicurare l'accesso universale ad acqua e servizi igienici; con 12 miliardi si potrebbero fornire servizi per la salute riproduttiva a tutte le donne del pianeta; con 13 miliardi si potrebbero assicurare a tutti gli esseri umani servizi sanitari e nutrizione di base; con 6 miliardi, istruzione primaria per tutti (21).

La salute come dimensione della sicurezza umana

Recentemente sta emergendo un nuovo paradigma che, mettendo in relazione i due concetti di "sicurezza" e "sviluppo", un

tempo separati tra loro, collega la sicurezza alla protezione della persona anziché alla protezione della integrità territoriale dello Stato-Nazione. In questo modo esso riconosce che in effetti spesso è lo Stato che costituisce la maggiore minaccia per i propri cittadini. Questo nuovo modo di pensare è espresso attraverso il concetto di "sicurezza umana" (*human security*).

Questo concetto venne introdotto nel Rapporto delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Umano del 1994, che dichiarava che "*il raggiungimento della sicurezza umana sta nello sviluppo e non nelle armi.*" Gli elementi essenziali di questo concetto sono contenuti nella formula "*libertà dal bisogno e libertà dalla paura*", a suo tempo usata dagli stessi fondatori delle Nazioni Unite. Il Rapporto descrive la sicurezza umana nel senso di sicurezza dalle minacce della fame, delle malattie, dei crimini e delle oppressioni e di protezione dall'improvviso e doloroso sconvolgimento della vita quotidiana. Sette aree vengono identificate in cui la sicurezza può venire compromessa: la sicurezza economica, alimentare, sanitaria, ambientale, personale, comunitaria e politica (22).

La salute è sia causa che effetto della insicurezza. I livelli di malattia in Paesi che rappresentano una maggioranza della popolazione mondiale pongono una diretta minaccia alla loro sostenibilità politica ed economica nazionale e quindi agli interessi economici e politici globali di tutti Paesi. Le dispute territoriali non costituiscono più la causa principale dei conflitti, che invece sono sempre più radicati nella lotta per le risorse, nelle cattive gestioni, nei prodromi delle crisi umanitarie, nelle carenze di cibo e acqua e nella diffusione della povertà e delle malattie. Investire nella salute globale significa quindi investire nella sicurezza nazionale.

L'epidemia di HIV/AIDS fornisce una potente descrizione degli effetti destabilizzanti della morbosità e mortalità prematura. Colpendo soprattutto la popolazione dei giovani adulti, nucleo produttivo di una società, essa devasta la famiglia e le strutture di supporto che tengono insieme le comunità e le società. Ma questo effetto non è limitato al caso dell'AIDS. Tutte le malattie debilitanti nelle comunità povere ritardano la capacità produttiva e possono agire da devastante drenaggio delle scarse

risorse esistenti quando le famiglie cercano disperatamente di far fronte ai costi del trattamento. La malattia è sia un prodotto che un acceleratore della povertà.

La Commissione sulla Sicurezza Umana sostiene che tre sono le sfide strettamente collegate alla sicurezza umana: le malattie infettive su scala globale, le minacce alla salute generate dalla povertà e la violenza in tutte le sue forme, collettiva, interpersonale e auto-inflitta (23). In particolare, il terrorismo che sembra avere ormai radicalmente trasformato gli scenari internazionali trova un terreno particolarmente fertile nei Paesi caratterizzati dal fallimento dello Stato. La medicina e la sanità pubblica hanno ruoli importanti anche se indiretti da svolgere nell'assicurare pace e stabilità ai Paesi in via di collasso. La salute potrebbe rappresentare la più efficace misura anti-terroristica da potere utilizzare (24).

Ruolo dei professionisti sanitari

Per delineare le principali modalità con cui i professionisti sanitari potrebbero svolgere un ruolo importante, si potrebbe pensare alla guerra (ma anche ai profondi mali sociali che affliggono il nostro mondo) come a un complesso processo patologico che attacca l'organismo globale rappresentato dal genere umano (25). Questa malattia ha fattori di rischio che vanno eliminati (prevenzione primordiale) o modificati (prevenzione primaria) e sui cui effetti si deve intervenire (prevenzione secondaria). Una volta che la malattia-guerra ha ormai determinato il danno, non rimane che curare e riabilitare (prevenzione terziaria). Gli epidemiologi, come gli altri operatori sanitari, svolgono un ruolo importante in ogni fase di questo processo, ruolo che è più vasto del limitarsi semplicemente a misurare i rapporti tra esposizioni ed effetti. Per affrontare efficacemente il processo patologico, "si deve giocare con l'intero mazzo di carte": non importa quanto esperti siamo nella nostra specifica disciplina, né quanto importanti siano le tecniche di studio che possediamo; per migliorare la salute dobbiamo fare uso di un insieme di strumenti socio-culturali di analisi (politici, economici e storici) e diventare veri e propri attivisti e avvocati della salute.

Un esempio attuale di questo approccio ci viene dai Territori Palestinesi Occupati dove l'ufficio locale dell'OMS sta tentando

di predisporre uno strumento per descrivere la terribile condizione vissuta dalla popolazione. Precedenti studi epidemiologici condotti da varie organizzazioni internazionali e locali hanno rilevato la difficoltà di evidenziare in tutta la sua drammaticità l'attuale immane crisi umanitaria, attraverso il semplice uso di indicatori di salute convenzionali come mortalità, morbosità e accessibilità ai servizi sanitari. È necessario elaborare metodologie e strumenti che permettano di rappresentare e misurare il dramma vissuto dalle famiglie, dalle comunità e da quella intera società: una sorta di "epidemiologia della sofferenza" (26). Le dinamiche e la distribuzione della sofferenza sono ancora troppo poco comprese. I medici possono forse alleviare le sofferenze del malato, ma spiegare la loro distribuzione all'interno della società richiede nuovi approcci che incorporino le biografie individuali in una più vasta matrice culturale, storica e di politica economica. Le forze sociali ed economiche che determinano le condizioni di vita della famiglia di Yussuf o di Amina sono responsabili anche della situazione in cui si trovano milioni di individui. È nel contesto di queste forze globali che la sofferenza di singole persone acquista la dimensione più appropriata. La lettura degli eventi che determinano la sofferenza di enormi quantità di persone sfugge alle semplici analisi quantitative. Come è possibile veramente interpretare le statistiche che parlano di milioni di morti a causa di guerre e carestie? Davvero i numeri rivelano l'agonia, il tormento, le domande che questi individui pongono al significato delle loro vite individuali e della vita in quanto tale? A Stalin viene attribuita l'affermazione: "Un morto è una tragedia, un milione di morti è una statistica".

"È possibile elaborare un modello analitico, con potere esplicativo e predittivo, per cogliere profondamente la sofferenza in un contesto globale?" si chiede Paul Farmer in un libro, che recensiamo a pagina 170 e che è da proporre come testo alle scuole di specializzazione in sanità pubblica (27).

L'analisi deve essere innanzitutto geograficamente vasta e storicamente profonda, propone l'autore, evitando pericolosi riduzionismi (economico, di genere, sociale, etnico/razziale) che, presi isolatamente, allontanerebbero dalla comprensione dei meccanismi perversi che stanno alla base

della violenza strutturale e della natura e distribuzione della sofferenza estrema di cui tale violenza è responsabile. La violenza strutturale si annida non soltanto nella rete di odio di cui è in parte la *driving force*, ma anche nelle varie forme di ingiustizia economica e sociale, di *apartheid* etnico, religioso e culturale, che, come diceva Vicente Navarro per l'America Latina, "fanno sì che l'equivalente di 20 bombe nucleari esplodano ogni anno senza fare il minimo rumore" (28).

Gli operatori sanitari, soprattutto quelli di Sanità pubblica e gli epidemiologi, possono fare molto al riguardo, in particolare per prevenire la guerra e limitare le sue conseguenze sulla salute. Per esempio, partecipando alla sorveglianza e alla documentazione degli effetti che le guerre hanno sulla salute e dei fattori che le provocano; impegnandosi nella educazione e nella coscienza sulla salute; promuovendo e sostenendo azioni che prevengano la guerra e le sue conseguenze; lavorando direttamente nella prevenzione della guerra. L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OSG) cerca di affrontare il discorso della salute in una dimensione in cui povertà, diritti umani, guerra e *global governance* vengono inseriti in quel quadro di giustizia globale senza il quale i concetti fondanti della nostra professione perdono senso (29). Oltre a pubblicare un Rapporto annuale (30), l'OSG sta cercando di promuovere l'introduzione delle problematiche di Salute Globale all'interno dei curricula delle facoltà mediche in varie università, nella convinzione che le strutture che alimentano l'ingiustizia sociale ed economica, e che in molti casi sono alla base dell'odio e delle guerre, rappresentano la maggiore minaccia alla salute pubblica (31). ♦

Bibliografia

- (1) WHA 34.38. In: Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973-1984. Geneva: World Health Organization, 1985:397-8.
- (2) World Health Organisation. World Report on Violence and Health. WHO, Geneva 2002.
- (3) Ibid. p. 215.
- (4) Ibid. p. 218.
- (5) Murray CJL, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. *BMJ* 2002;324:346-9.

(6) Ibid.

(7) Rehn E and Johnson Sirleaf E. Women, War and Peace. The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-building. New York, United Nations Development Fund for Women 2002.

(8) United Nations. Prevention of Armed Conflict: Report of the Secretary-General to the General Assembly. 55th Session, June 2001.

(9) World Health Organisation. Potential impact of conflict on health in Iraq. Briefing note: March 2003. www.who.int/features/2003/iraq_briefing_note/en/print.html. Sito visitato il 18.4.2003.

(10) Collier P, Elliot VL, Hegre H, Hoeffler A, Reynat-Querol M and Sambanis N. Breaking the conflict trap: civil war and development policy. Washington, World Bank and Oxford University Press 2003.

(11) Rehn and Sirleaf, op. cit., p. 40, 2002.

(12) Ibid., p. 39.

(13) World Health Organisation, Conflict and Health Working Paper. June 2000. www.who.int/disasters/hbp/conflictandhealth.

(14) Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet* 1994;343:1053.

(15) WHO Eastern Mediterranean Regional Office. Health and Human Security. Document for the 49th meeting of the Regional Committee. www.emro.who.int/RC49/Documents-4907.htm.

(16) UN Press Briefing, Geneva, 22 agosto 2003.

(17) World Health Organisation. Op. cit. p. 220, 2002.

(18) World Health Organisation. Op. cit., 2002.

(19) Collier P, Elliot VL, Hegre H et al. Op. cit., 2003.

(20) www.oxfam.org/eng/pdfs/doc030412_jere_speech_idrri.pdf.

(21) Worldwatch Media Release, 9 October 2001.

(22) United Nations Development Programme, Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security. New York, Oxford University Press 1994.

(23) Commission on Human Security. Human Security Now. Washington, Communications Development Inc. pp. 97-8, 2003.

(24) Horton R. Public health: a neglected counter-terrorist measure. *The Lancet* 2001;358:1112-3.

(25) Editorial. Can medicine prevent war? *BMJ* 1998;317:1669-70.

(26) Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science and Medicine* 2002;55:175-90.

(27) Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press, 2003.

(28) Navarro V. The economic and political determinants of human (including health) rights. In *Imperialism, Health and Medicine*, pp. 53-76. Baywood Pub. Co. Farmingdale, New York, 1974.

(29) www.saluteglobale.it.

(30) Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004 - Salute e Globalizzazione. Feltrinelli, Roma 2004.

(31) Stefanini A. Troppi atenei sordi e miopi sui mali della povertà. *Sole24ore Sanità*, 22-28 febbraio 2005, pp. 20-1.