

Le guerre, i bambini e le donne



Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

I was 12 years old when we were displaced to Lebanon.

... I was sexually harassed by an older man.

When my parents found out about this, they forced me to get married.

Now, I have a child, and I am pregnant.

I am so unhappy.

(BMJ GLOB HEALTH 2018;3:E000509)

Raramente la storia dei conflitti armati è scritta dai bambini e dalle donne. Eppure, oggi forse più che in passato, le caratteristiche civili, etnico-religiose e politiche delle guerre di cui abbiamo notizia colpiscono le popolazioni piuttosto che i combattenti, le case e gli ospedali piuttosto che le installazioni militari, gli inermi ancor più degli armati. Comunità di milioni di persone vengono decimate, disperse, costrette a dislocarsi all'interno del proprio Paese o ad abbandonarlo definitivamente con migrazioni che si protraggono per mesi o anni per destinazioni talora ignote o temporanee. Si tratta spesso di popolazioni povere che abitano Paesi poveri, in condizioni economiche, igienico-sanitarie e nutrizionali già precarie e che subiscono un prevedibile tracollo al verificarsi e al protrarsi di un conflitto. Donne e bambini sono i più esposti alle conseguenze negative della guerra. Anche le strutture sanitarie che in condizioni normali riescono ad assicurare un sufficiente livello dei servizi sono rese inefficienti e talora fisicamente distrutte o private degli stessi operatori che si vedono costretti ad abbandonarle [1].

Nel corso del 2017 e nelle prime settimane del 2018, le riviste *BMJ* e *Lancet* che si occupano di *Global Health* hanno ripetutamente dedicato attenzione ai temi della salute materno-infantile nei contesti di guerra. Sono lavori di ricerca clinico-epidemiologica, revisioni sistematiche e commenti che hanno molteplici obiettivi, primo tra tutti quello di delineare un quadro più analitico delle condizioni sanitarie e quindi delle esigenze di donne e bambini sottoposti a eventi bellici; poi, la necessità di individuare le modalità di intervento più efficaci e di fornire indicazioni operative alle organizzazioni sanitarie nelle situazioni di emergenza o di criticità prolungata.

Nel 2016 l'Heidelberg Institute for International Conflict Research (HIIC) ha

censo in tutto il mondo 226 situazioni di conflitto violento con 18 scenari di guerra aperta e 20 di guerra a estensione più limitata [2]. C'è notizia di conflitti su larga scala in Nigeria, Sudan, Afghanistan, Siria, Iraq, Libia, Turchia, Yemen, Pakistan, Messico e Ucraina. Crisi armate di minore intensità si registrano nella Repubblica Centrafricana, Congo, Nigeria, Egitto, India, Myanmar, Filippine, Brasile, Colombia ed El Salvador. A giugno 2017, l'ONU era impegnato in 16 missioni di *peace keeping* in tutto il mondo [3]. Svitati sono gli aspetti critici della salute materno-infantile sui quali si sofferma la letteratura. Vediamone alcuni.

La violenza sulle donne

Le organizzazioni internazionali e le notizie che ci provengono dalle zone di guerra e dai punti di raccolta dei migranti confermano quotidianamente il rischio di tortura, abuso sessuale o induzione alla prostituzione al quale sono esposte le donne provenienti dall'Africa sub-sahariana [4]. La violenza avrà considerevoli e duraturi effetti negativi sulla loro salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva che dovranno essere affrontati in termini di salute pubblica nei Paesi di accoglienza. Le gravidanze conseguenti all'abuso e la richiesta di interruzione anche dopo il primo trimestre sono l'occasione per toccare con mano il fenomeno della violenza e, nello stesso tempo, rappresentano la punta emergente di un sommerso che il pudore e la vergogna spesso tengono celato. Il tema dell'aborto nei casi di violenza è stringente, impatta spesso con le strutture sanitarie di accoglienza, ovunque esse siano, ha implicazioni non soltanto etiche e legali, ma coinvolge concretamente la salute psicofisica delle donne e la loro esistenza futura [5].

Guerra e gravidanza

Il fisiologico progredire di una gravidanza, il suo esito, la salute della donna e la stessa sopravvivenza del neonato sono fortemente dipendenti dal livello di adeguatezza dei sistemi sanitari. Nei teatri di guerra l'assistenza alla gravidanza e il suo decorso possono venire seriamente compromessi. Il collasso delle strutture rende precario, quando non impossibile, il monitoraggio anche minimo e lo stress al quale sono sot-

toposte le gestanti – spesso in pericolo di vita per l'incalzare degli eventi bellici – ne mette a rischio la prosecuzione; la disponibilità di personale addestrato al parto è ridotta e l'emergenza diventa difficile da gestire [6]. Una recente revisione della letteratura che ha incluso oltre un milione di donne coinvolte in conflitti in Libia, Bosnia, Erzegovina, Israele, Palestina, Kosovo, Jugoslavia, Nepal, Somalia, Iraq, Kuwait e Afghanistan, segnala un evidente incremento del rischio di basso peso alla nascita e un apprezzabile aumento della frequenza di aborto, prematurità, morte alla nascita, rottura prematura delle membrane e malformazioni congenite [3].

In Siria, pur se non uniformemente su tutto il territorio, prima del conflitto il 96% delle donne poteva contare su un'adeguata assistenza al parto nell'ambito di un servizio sanitario prevalentemente pubblico in grado di erogare prestazioni di buon livello [7]. La devastazione delle strutture sanitarie e l'esodo degli operatori hanno finito con il compromettere l'accesso a qualsiasi forma di tutela della gravidanza, e gli stessi programmi vaccinali per l'infanzia sono stati intaccati. Un terzo delle strutture sanitarie di base e circa il 60% degli ospedali pubblici sono stati distrutti o resi inefficienti dalla carenza di personale. Si aggiunge a questo lo stato di povertà nel quale versano 8 milioni di Siriani (oltre la metà della popolazione), con 6,5 milioni costretti a dislocarsi all'interno del Paese, 2 milioni fuggiti in Egitto, Iraq, Libano e Giordania, 3 milioni in Turchia e 30.000 in Nord Africa (UNHCR, 2 gennaio 2018). Il 60% dei migranti all'interno della Siria e il 76% dei rifugiati nei Paesi confinanti sono donne e minori di 18 anni.

In una situazione demografica di questo tipo ottenere dati sanitari attendibili è estremamente difficile e anche distinguere quanto dell'incremento della mortalità di donne e bambini sia dovuta a eventi bellici diretti (*conflict-related casualties*) o al deterioramento della situazione sanitaria risulta quasi impossibile. Certo è che dall'inizio del conflitto siriano l'aspettativa di vita della popolazione è scesa da 75 a 55 anni e che nel 2016 circa il 25% dei civili morti in conflitto erano bambini (Figura 1) [8].

I matrimoni tra bambini

Sempre in Siria, i matrimoni in età inferiore a 18 anni interessavano il 13% delle donne nel 2006; dall'inizio della guerra a oggi questa percentuale si è quasi triplicata (35%) sotto la spinta della crescente e diffusa povertà e delle migrazioni forzate [9]. Il fenomeno dei matrimoni precoci è particolarmente radicato nell'Africa sub-sahariana e nel sud dell'Asia. Nelle intenzioni dei genitori, l'obiettivo è assicurare un futuro migliore alle figlie mettendole al riparo dall'indigenza più estrema e dal rischio di subire violenza, cosa che renderebbe poi difficile trovare un marito e costituirebbe mo-

tivo di disonore per l'intera famiglia. Nei fatti, i matrimoni in giovane età espongono le donne al rischio di abbandono, di maltrattamenti intrafamiliari, di gravidanze e parti complicati con più elevata mortalità neonatale, ne riducono l'accesso all'educazione limitandone le capacità di lavoro e di guadagno. Alcune ragazze sono state ripetutamente date in matrimonio per brevi periodi di tempo in cambio di denaro. Tra i profughi Siriani in Libano l'estrema povertà sembra essere la causa prevalente dei matrimoni tra minori e lo sradicamento dai luoghi di origine rende ancora più urgente la necessità di "affidare" l'adolescente a un

uomo che, nella migliore delle ipotesi, la sostenti e la protegga.

La malnutrizione

I conflitti hanno un impatto importante sulle capacità di produzione, distribuzione e acquisto del cibo da parte della popolazione. Economie già precarie, fortemente dipendenti dall'agricoltura, dalla pastorizia e dalle condizioni climatiche oltre che dalle risorse naturali, possono venire devastate dalle distruzioni, dalle dislocazioni di intere popolazioni o dall'occupazione militare dei territori. Il recente conflitto in Somalia ha incrementato del 70-80% il rischio di malnutrizione nei bambini di età inferiore a 5 anni così come un peggioramento dello stato nutrizionale è stato osservato nelle popolazioni coinvolte nei conflitti del Rwanda nel 1994 e in Etiopia alla fine degli anni '90 [10]. È difficile discriminare, tra i molti fattori coincidenti, quelli che di volta in volta sono maggiormente responsabili. Osservazioni condotte in Kenya nel 2014 e in Etiopia nel 2016 suggeriscono che le stagioni secche sono a maggior rischio per le popolazioni infantili e che i maschi sono in certa misura più esposti delle femmine. Secondo Médecins Sans Frontières, nei campi profughi in Iraq i lattanti di età inferiore a 6 mesi sarebbero particolarmente soggetti a malnutrizione per le difficoltà di molte donne nell'allattamento al seno [11]. In Nigeria, nelle aree appena liberate dal controllo di Boko Haram alla fine del 2016, alla malnutrizione e all'incremento della mortalità infantile si sono sovrapposte epidemie locali di poliomielite e di morbillo [12].

Nessuna ricerca o indagine epidemiologica potrà dare un quadro esatto di quali e quanti siano i danni, acuti e a lungo termine, inferti dagli eventi bellici all'infanzia. A rendere ancora più difficile l'assistenza in quei contesti contribuiscono le continue infrazioni alle convenzioni internazionali che tutelano le strutture sanitarie come luoghi neutrali e di soccorso senza discriminare. Gli attacchi, le distruzioni e le perdite umane tra gli operatori sanitari e i pazienti ricoverati sono continui e si ripetono senza distinzione in ogni teatro di guerra (Figura 2) [13,14]. Le organizzazioni umanitarie che operano all'interno dei conflitti segnalano reiteratamente la necessità di proteggere i luoghi di cura garantendone neutralità e integrità. Evidentemente senza successo.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

La bibliografia è consultabile online.

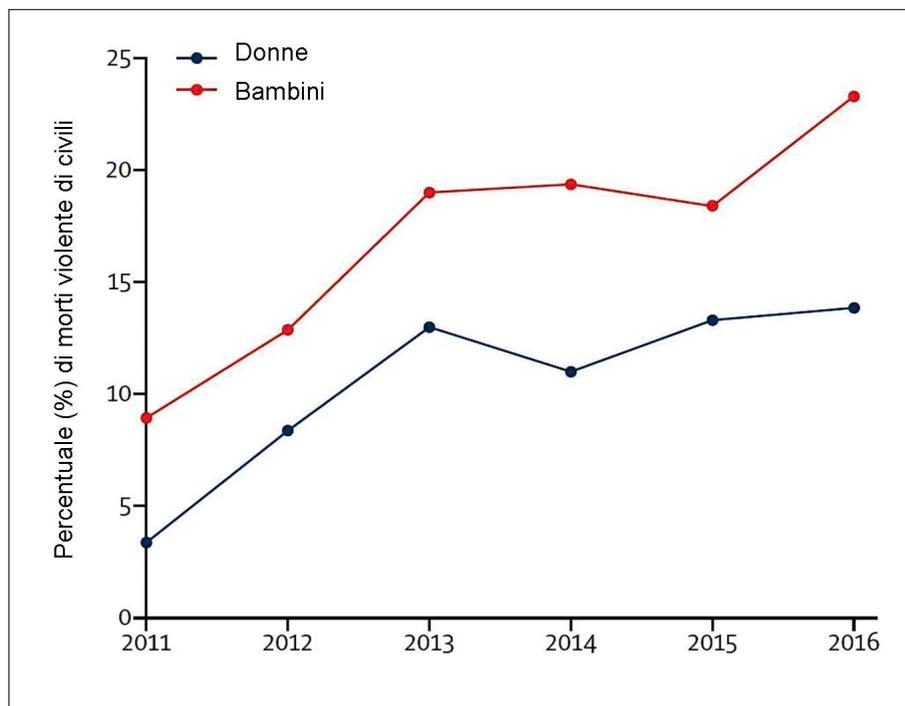


Figura 1. Percentuale di donne e bambini tra i civili morti per cause violente nella guerra in Siria negli anni 2011-2016 [8].

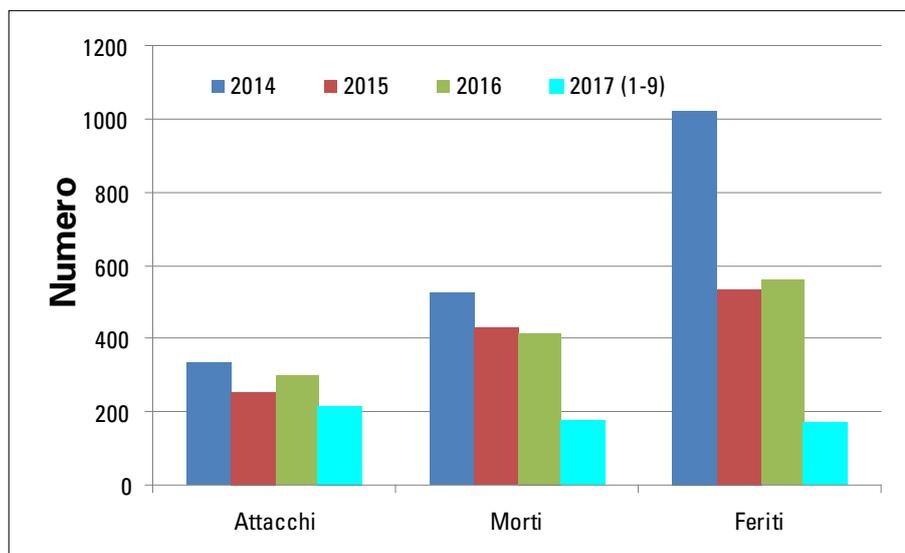


Figura 2. Numero di attacchi a strutture sanitarie con morti e feriti negli anni 2014-2017 (2017, primi 9 mesi) [14].

1. Qirbil N, Ismail SA. Health system functionality in a low-income country in the midst of conflict: the case of Yemen. *Health Policy Plan* 2017;32:911-22.
2. HIIK. Conflict Barometer, 2016. www.hiik.de/en
3. Keasley J, Blickwedel J, Quenby S. Adverse effects of exposure to armed conflict on pregnancy: a systematic review. *BMJ Glob Health* 2017;2:e000377.
4. Barbara G, Collini F, Cattaneo C, et al. Sexual violence and unwanted pregnancies in migrant women. *Lancet* 2017;5:e396-7.
5. McGinn T, Casey SE. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Confl Health* 2016;10:8.
6. Mugo NS, Agho KE, Zwi AB, et al. Determinants of neonatal, infant and under-five mortality in a war-affected country: analysis of the 2010 Household Health Survey in South Sudan. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000510.
7. DeJong J, Ghattas H, Bashour H, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in conflict: a case study on Syria using Countdown indicators. *BMJ Glob Health* 2017;2:e000302.
8. Guha-Sapir D, Schlüter B, Rodriguez-Llanes JM, et al. Patterns of civilian and child deaths due to war-related violence in Syria: a comparative analysis from the Violation Documentation Center dataset, 2011–16. *Lancet Glob Health* 2018;6:103-10.
9. Bartels SA, Michael S, Roupetz S, et al. Making sense of child, early and forced marriage among Syrian refugee girls: a mixed methods study in Lebanon. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000509.
10. Kinyoki DK, Moloney GM, Uthman OA, et al. Conflict in Somalia: impact on child undernutrition. *BMJ Glob Health* 2017;2:e000262.
11. Haidar MK, J Ben Farhat, Saim M, et al. Severe malnutrition in infants displaced from Mosul, Iraq. *Lancet Glob Health* 2017;5:e1188.
12. Leidman E, Tromble E, Yermina A, et al. Acute malnutrition among children, mortality, and humanitarian interventions in conflict-affected regions - Nigeria, October 2016 - March 2017. *MMWR* 2017;66:1332-5.
13. Bhuyan SS, Ebuenyi I, Bhatt J. Persisting trend in the breach of medical neutrality: a wakeup call to the international community. *BMJ Global Health* 2016;1:e000109.
14. WHO. Attack on health care dashboard. www.who.int/emergencies/attacks-on-health-care/attacks-on-health-care-q3-2017.pdf?ua=1