

## LA VIOLENZA COLLETTIVA: UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA ANCORA NON RICERCATO

Inaki Markez

### Violenza e Aggressioni

Anche se per abitudine si utilizzano come sinonimi, le definizioni di violenza e aggressione sono numerose e non sempre rispondono ad un'idea unica del fenomeno che si vuole descrivere. Nella maggior parte delle definizioni, si presentano due idee di base.

Da una parte esiste il fatto violento in sé, ovvero la condotta o azione che causa il danno o la ferita, e dall'altra gli aspetti soggettivi dell'azione, specialmente l'intenzione dell'aggressore e l'interpretazione che la vittima fa del danno subito.

Possiamo distinguere fra la violenza e aggressione, integrando a questo ultimo concetto l'intenzione. Già nella pratica è accettato discriminare il grado di volontà del danno dell'aggressore, o l'oggettività dell'interpretazione che la vittima fa del fatto violento.

Nei casi di violenza politica, la componente intenzionale della condotta aggressiva si manifesta come atto violento che si tende ad interpretare in funzione del gruppo al quale appartiene l'aggressore e/o la vittima. Si è soliti affermare che la violenza collettiva è sempre una forma di aggressione strumentale "per portare avanti un programma politico" (OMS 2002), ma è evidente che non sempre esiste una relazione di causalità in molti episodi di violenza collettiva.

Nel 1996, una dichiarazione dell'OMS considerò la violenza come uno dei principali problemi di salute pubblica che necessitano di studi e interventi. Nel 2002 pubblicò il rapporto sulla Salute e Violenza, dove sono presentate varie categorie di violenza, in ragione della relazione principale tra le parti coinvolte.

Si distinguono la violenza auto inflitta, la violenza interpersonale interna ad un numero ridotto di persone ben relazionate emozionalmente tra loro (violenza domestica) o non (violenza da comunità), e infine la violenza collettiva.

Questa, secondo la OMS, si definisce come "la violenza che si esercita contro una comunità con l'obiettivo di avanzare un progetto sociale definito". La definizione operativa di questo tipo di violenza è la seguente: "l'uso strumentale della violenza per persone che si identificano come membri di un gruppo, sia questo transitorio o di lunga durata, contro un altro gruppo o insieme di individui, col fine di conseguire una serie di obiettivi politici, economici o sociali" (OMS, 2002). Si potrebbe quindi, ambigualmente, affermare che qualunque forma di violenza che provenga da più di una persona per fazione politica potrebbe intendersi come "violenza collettiva": per esempio la lotta tra due famiglie contadine per un problema nei limiti delle sue proprietà, un litigio fra due tifoserie calcistiche, una guerra convenzionale, etc.

Una delle forme più rilevanti della violenza collettiva è il terrorismo. Conseguire un consenso concettuale sul termine risulta molto più complesso. La forma più comune per descrivere il terrorismo è confrontarlo con la pratica convenzionale della guerra.

Tuttavia si può affermare che per definire un'azione come terroristica questa debba presentare due condizioni necessarie: 1) l'uso premeditato della violenza dimostrata su certi oggetti e persone 2) che l'atto violento in sé non sia considerato l'obiettivo finale, al contrario, ciò che è atteso è un effetto che vada al di là dei danni sofferti dalle vittime dirette, moltiplicando la sua efficacia attraverso la sensazione di insicurezza, ansia, paura o panico, ovvero, attraverso il terrore che provoca. (Dalla Corte, Sabucedo e Moreno, 2004).

I fatti traumatici causati per azioni umane che colpiscono la collettività e che hanno la loro origine nella vita socio-politica, e anche delle perdite umane e materiali, provocano un trauma morale ed ideologico, attraverso disaccordi, conflitti e censure. Martin-Barò utilizza il termine di

trauma psicosociale per enfatizzare il carattere dialettico della ferita causata nelle persone per i loro vissuti traumatici.

Questi traumi hanno degli effetti collettivi, non riducibili all'impatto individuale di cui soffre ogni individuo.

Di che vittime parliamo? Si stima che nelle ultime 4 decadi, in Spagna, si sono prodotte fino a 1221 vittime mortali attribuite a gruppi come ETA, ETA (pm), GRAPO, Batallòn Basco Spagnolo, GAL, Triple A, e altri gruppi; anche se non tutti sono stati riconosciuti.

Si stima che 798 persone sono state uccise da ETA, GRAPO tra il 1968 e il 2004 e 77 vittime paramilitari si contano nella lotta fra questi gruppi o questi gruppi e la Polizia. A queste cifre possono aggiungersi i suicidi, i feriti, i torturati, gli assassinati.

L'11.03.04 a Madrid le vittime dirette sono state 192 e circa 2000 feriti.

Le informazioni sui feriti sono ancora più confuse. Il numero dei feriti connessi con la violenza collettiva negli ultimi quattro decenni è difficile da stimare. Il calcolo realizzato per Ormazabal (2003) supera le sei mila persone prendendo in considerazione coloro che hanno sofferto ferite in attentati e quelli che sono stati feriti in scontri con la polizia, in manifestazioni, etc, dalla fine degli anni 60 fino al 1981. Il 46% dei sei mila feriti è attribuito all'ETA, un 50% alle forze di sicurezza ed un 4% alle forze paramilitari. Si sottolinea che solo un 3,5% sul totale di feriti delle forze di sicurezza sono stati per arma da fuoco. I morti e feriti per le armi da fuoco tendono a sparire verso la fine degli anni 80. Quello che non scompare invece è il problema dei maltrattamenti e della tortura, come dimostra Amnesty Internacional (El Pais, 27 Maggio 2004).

Nella distinzione fra vittime dirette e vittime secondarie, le prime sono quelle morte o che sono state ferite gravemente dagli atti di violenza collettiva e le vittime indirette sono quelle che hanno sofferto un impatto nella propria salute fisica e mentale, associato agli atti contro le vittime primarie.

Si stima che 5.300 persone sono state vittime secondarie.

Le vittime fisiche dirette.

Si considerano vittime dirette quelle persone che hanno sofferto direttamente la violenza, morendo o risultando ferite come conseguenza di questa. Si contano anche i sopravvissuti a fatti violenti ed i familiari di primo grado (inclusi i congiunti) delle vittime di episodi di violenza collettiva.

Le vittime indirette sono quelle persone traumatizzate per le condizioni fisiche e socio-culturali dopo l'impatto, che sono stati testimoni diretti dell'aggressione e sono stati colpiti personalmente.

In questa categoria si includono i familiari e le persone vicine alle vittime primarie degli atti di violenza collettiva.

Fra le vittime indirette si distinguono:

- le vittime indirette o di "ingresso" successivo (volontari e operatori di aiuto, che soffrono dello stress psico-sociale e delle condizioni fisiche post catastrofi) riguardano i pompieri, il personale delle ambulanze, la polizia e i sanitari che hanno soccorso le vittime per esempio dell'11 marzo 2004 o le persone che per cause professionali erano vicino alle più di mille vittime decedute e ai tre mila feriti gravi per quell'atto di violenza collettiva.

- le vittime indirette o colpite contestuali, persone traumatizzate per le condizioni fisiche e socio-culturali dopo l'impatto, che sono stati testimoni diretti dell'aggressione, senza essere stati colpiti personalmente. Queste vittime contestuali, non sono residenti nell'area del fatto

traumatico di cui hanno sofferto in senso generale o hanno vissuto in modo indiretto la situazione di violenza collettiva (Oliver Smith, 1996; Martin Beristatin e Pàez 2000; Ormazabal, 2003). In questa categoria si possono inserire anche le persone che si sono sentite psicologicamente colpite per la gravità del fatto, senza che abbiano avuto perdite né minacce dirette come i mille cittadini che si sono visti colpiti per gli attentati dell' 11-Marzo (Moreno, 2004). Qui si inseriscono anche le persone minacciate indirettamente, stimate in 42 mila persone (Ormazabal, 2003).

Per quanto riguarda gli effetti sulla salute, la violenza collettiva aggiunge altri effetti psicosociali che non sono riducibili all'impatto individuale. La vittimizzazione secondaria in questo ambito è molto importante. La violenza collettiva può instaurare un clima di paura, ansia e insicurezza; può produrre più isolamento e minore fiducia sociale e istituzionale. Il trauma psicosociale cristallizza gli individui in relazioni sociali basate nella violenza, la polarizzazione sociale e credenze stereotipe. La disperazione, la disconnessione cognitiva (attenzione, linguaggio, percezione,...), la condotta evitativa, l'abuso di sostanze tossiche, etc, sono frequenti in questi casi.

Si conoscono poco le conseguenze sull'impatto della salute e ancora meno sulle ripercussioni a lungo termine nella salute mentale. Uno studio recente segnala che quasi un 40% delle vittime dirette di attentati in Spagna sviluppano il rischio di manifestare qualche malattia psichiatrica: insonnia, condotte evitative, depressione, ansia, disturbi emozionali, o disturbi di stress post-traumatico. E' sorprendente la scarsità di studi sull'impatto sulle vittime dirette, e, anche, sulla popolazione generale.

L'interpretazione della violenza come problema di salute pubblica è senza dubbio soggetta a discussioni. Non risulta ovvio comprendere quale sarà il valore aggiunto nelle azioni di salute pubblica nella ricerca di soluzioni. E' probabile che le risposte a questo interrogativo col tempo si manifestino nel dibattito, studio e lavoro dei professionisti e gruppi interessati per la soluzione di questo problema.

Lo studio delle attitudini, effetti psicopatologici e le modifiche culturali associate alla violenza collettiva sono tre forme di valutazioni d'impatto che genera questa forma di aggressione. Ognuno dei procedimenti può essere utilizzato a seconda del proposito concreto di ciascun studio. Quando gli avvenimenti di violenza collettiva sono casi più o meno isolati e di molto impatto in una situazione di relativa stabilità, come è successo negli attentati dell' 11-Settembre e dell' 11-Marzo, l'interesse si focalizza generalmente sugli effetti alla salute mentale delle vittime attraverso manifestazioni psicopatologiche che esigono la presa in carico da parte dei servizi di salute.

E' ancora da conoscere invece il problema degli effetti a lungo termine generati dal trauma. Uno dei rischi più importanti è che la vittimizzazione e il senso di ingiustizia che provano le vittime del trauma, le ferite non curate, possano risorgere con un senso di vendetta e distruzione. Anche il riconoscimento degli effetti a lungo termine del trauma può servire per compensare il livello di sofferenza di queste persone, gli effetti sociali di questi fenomeni non sono stati eccessivamente studiati. Rimangono in sospeso questioni fondamentali come la riparazione sociale ed il ruolo dei vincoli sociali nel controllo della sofferenza individuale, al fine di prevenire la sua espansione al tessuto sociale e la sua trasmissione alla generazione seguente.

La rete dei fattori che potrebbero spiegare il manifestarsi e la riproduzione della violenza è certamente complessa. La sua giusta comprensione richiede dei modelli teorici che superano l'ambito disciplinare tradizionale della salute pubblica. Alcune regole per la sua trasmissione, manifestazione ed effetti, sono state studiate da altri ambiti di conoscenza. In definitiva, si tratta

di un soggetto suscettibile di studio scientifico, al quale l'epidemiologia potrebbe apportare metodi e modelli esplicativi complementari che facilitino la sua comprensione. Di fatto, l'OMS riconosce il ruolo della salute pubblica nell'affrontare la violenza, e sta per intraprendere delle misure che affrontino questo problema nelle sue caratteristiche e nella valutazione del suo impatto sociale.

---

<sup>i</sup> Iñaki Markez, Médico Psiquiatra de Basauri, Bizkaia, Fiorentino Moreno Prof. Titular de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Isabel Izarzugaza Médica Epidemióloga. Dpto.de Sanidad de Gobierno Vasco Norte De Salud Mental n° 25 . 2006. pag 45-59 ORIGINALES Y REVISIONES