



# BAMBINI FRA GUERRA E PACE IL CASO DI ERITREA ED ETIOPIA

Uno studio sui bambini  
che hanno bisogno di particolari misure di protezione



COOPERAZIONE  
ITALIANA

Roberto Beneduce



United Nations Children's Fund  
International Child Development Centre  
Florence - Italy

# BAMBINI FRA GUERRA E PACE IL CASO DI ERITREA ED ETIOPIA

Uno studio sui bambini  
che hanno bisogno di particolari misure di protezione

Roberto Beneduce

---

Le idee espresse sono quelle dell'autore e non riflettono necessariamente la politica o le opinioni dell'UNICEF o della Cooperazione allo Sviluppo

Dr. Roberto Beneduce è direttore del Centro Frantz Fanon Servizio di Counseling, supporto psico-sociale e psicoterapia per gli immigrati, i rifugiati e le loro famiglie, Torino.

Fotografia in copertina: UNICEF/Mark Thomas

Fotocomposizione: Bernard & Co - Siena  
Stampa: Tipografia Giuntina - Firenze

---

---

<b>Ringraziamenti</b>	<b>v</b>
<b>Acronimi</b>	<b>vi</b>
<b>Carte di Etiopia e Eritrea</b>	<b>vii</b>
<b>Prefazione del Ministro Vincenzo Petrone</b>	<b>ix</b>
<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<u>Gli effetti della guerra</u>	1
<u>Le categorie più vulnerabili: donne e bambini</u>	2
<b>1. Eritrea</b>	<b>5</b>
1.1 Cenni storici, culturali e geografici	5
1.2 Profilo demografico e socio-economico	6
1.3 Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione	7
1.3.1 Bambini di strada	7
1.3.2 Bambini con handicap	8
1.3.3 Orfani, bambini soli e abbandonati	9
1.3.4 I rifugiati e le loro famiglie	11
1.4 Salute e alimentazione	12
1.5 Le donne	13
1.6 Disturbi psico-sociali e sostegno psico-sociale	14
1.7 Scelte e strategie	15
<b>2. Etiopia</b>	<b>17</b>
2.1 Cenni storici, culturali e geografici	17
2.2 Profilo demografico e socio-economico	18
2.3 Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione	19
2.3.1 Bambini di strada	19
2.3.2 Bambini con handicap	23
2.3.3 Orfani, bambini soli e abbandonati	23
2.3.4 Profughi e rifugiati	24
2.3.5 La povertà nelle aree urbane	24
2.4 Salute e alimentazione	25
2.5 Le donne	27
2.6 Disturbi psico-sociali e sostegno psico-sociale	27
2.7 Scelte e strategie	28

---

---

<b>Interventi riabilitativi</b>	<b>29</b>
3.1 Interventi riabilitativi nel post conflitto	29
3.2 Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione	30
3.2.1 Bambini di strada	30
3.2.2 Bambini con handicap	31
3.2.3 Orfani, bambini soli e abbandonati	32
3.2.4 I rifugiati e le loro famiglie	32
3.2.5 Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione: l'approccio olistico	33
3.3 Post Traumatic Stress Disorder	34
3.4 Context-related approach	36
3.4.1 Presupposti teorici-empirici del context-related approach	36
3.4.2 I contesti 'tradizionali'	37
3.4.3 Traditional healers	38
3.5 Principi guida negli interventi psico-sociali rivolti ai bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione	38
<b>Bibliografia</b>	<b>41</b>

---

---

# RINGRAZIAMENTI

*Vorrei innanzitutto ringraziare in particolare l'UNICEF ICDC (International Child Development Centre) di Firenze per la continua assistenza offertami da parte dello staff nella preparazione del rapporto e nel reperimento di alcune delle fonti bibliografiche utilizzate. Esprimo la mia gratitudine anche per i proficui commenti relativi ad una prima versione del rapporto, per la fiducia e il supporto dimostratomi. Inoltre la collaborazione di Andrea Semplici e di Caterina Ferrari è stata importante per la realizzazione di questo rapporto.*

*I miei apprezzamenti anche allo staff dell'UNICEF di Asmara e di Addis Abeba per l'aiuto e la cooperazione ricevuta durante la mia missione sul territorio; in particolare vorrei ringraziare Turham Saleh (Senior Programme Officer Asmara), Kiflemariam Sebhatu (CEDC Programme Officer, Asmara), Wollu Eshenauer (Project Officer, App. Tech., Addis Abeba) e Mariam Wiesinger (Assistant Programme Officer, Addis Abeba).*

*Vorrei anche esprimere il mio apprezzamento per il contributo offerto da parte dei membri della Cooperazione Italiana ad Asmara e Addis Abeba nella raccolta di dati e informazioni (dr. Sergio Palladini, Capo dell' UTL, e dr. Maria Rita Carpinici ad Asmara; dr. Giorgio Sparaci, capo dell'UTL, e dr. Dolly Massotovich ad Addis Abeba).*

*Sono grato a Maria Grazia Giannichedda per la sua disponibilità nell'avermi fornito informazioni e documenti ricavati dalla sua esperienza di ricerca relativa a quell'area geografica.*

*Infine, vorrei esprimere la mia più profonda gratitudine ai membri del MLHW (Eritrea, Ato Habte Kidane) e CYFAD (Ethiopia, Ato Mengiste Ayele e Ato Tedla Diressie) che hanno avuto la gentilezza di incontrarmi per uno scambio di opinioni sulla condizione dei bambini e sui loro bisogni.*

*Ringrazio anche gli operatori del sociale e i membri delle ONG coinvolti localmente nei programmi riguardanti i bambini in condizioni particolarmente difficili: il loro contributo è stato fondamentale nella preparazione di questo rapporto.*

Roberto Beneduce  
Direttore del Centro  
Frantz Fanon, Torino

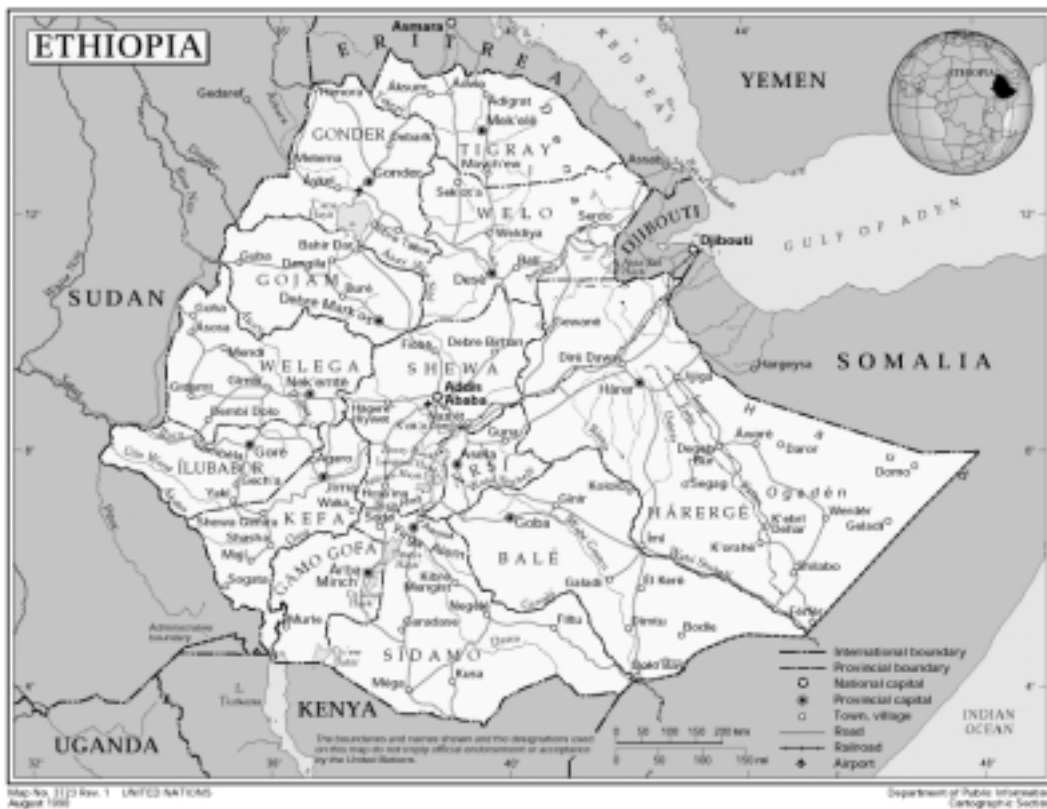
---

# ACRONIMI

BNHCT	Blue Nile Children's Home & Training Center (Ethiopia)
CRC	Convention on the Rights of the Child
CSA	Central Statistical Authority
CYAO	Children and Youth Affairs Organization (Ethiopia)
CYFD	Children, Youth and Family Department
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
ECHO	European Community Humanitarian Office
ECTF	European Community Task Force - Psycho-Social Unit
EPLF	Ethiopian Popular Liberation Front
EPRDF	Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front
FAO	Food and Agriculture Organization
FSCE	Forum on Street Children (Ethiopia)
ILO	International Labour Organization
GDP	Gross Domestic Product
JACH	Jerusalem Association of Children's Homes (Ethiopia)
MLHW	Ministry of Labour and Human Welfare (Eritrea)
MOE	Ministry of Education (Ethiopia)
MOH	Ministry of Health (Ethiopia)
MOLSA	Ministry of Labour and Social Affairs (Ethiopia)
NUEW	National Union of Eritrean Women
PFDJ	Popular Front for Democracy and Justice
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
SCF	Save the Children Fund
SSA	Sub-Saharan Africa
STDs	Sexually Transmitted Diseases
TGE	Transitional Government of Ethiopia
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization



# ETIOPIA E ERITREA



---

## PREFAZIONE

*Abbiamo sempre guardato con speranza e passione ai paesi del Corno d’Africa. Abbiamo creduto nei processi di lotta alla povertà, di reale crescita sociale e di sviluppo dell’Etiopia e dell’Eritrea. Nel 1991 questi due stati africani uscirono da un conflitto durato oltre trent’anni e cercarono una via originale di ricostruzione delle loro società. L’Italia scommise, fino in fondo, sulla pace. I bambini dell’Etiopia e dell’Eritrea erano state fra le vittime più disperate delle guerre e delle carestie degli anni ‘80: noi lo sapevamo bene e fin dal 1987 avevamo organizzato operazioni di emergenza nelle regioni più colpite dai conflitti. Negli anni ‘90, terminata la guerra, cercammo di intervenire, in accordo con i due governi, con una cooperazione seria e innovativa sulle condizioni dell’infanzia, cercammo di favorire le politiche a sostegno dei diritti dei bambini. Ad Addis Abeba varammo un complesso programma a favore dei bambini di strada della capitale etiopica, in Eritrea ci concentrammo, in collaborazione con l’Unicef, sugli orfani di guerra cercando di innescare un processo di riunificazione di questi bambini alle loro famiglie allargate. Non solo: investimmo le nostre risorse in programmi e progetti di rinascita delle comunità rurali del paese ben sapendo che i bambini e le madri ne sarebbero stati i beneficiari più diretti. Sono stati interventi coraggiosi, un banco di prova autentico della nuova cooperazione italiana. I due programmi hanno alleviato gravi situazioni di disagio, hanno innescato meccanismi di reinserimento sociale, avviato la nascita e la crescita di preziose professionalità locali, favorito innovativi impianti legislativi a favore dei bambini. Abbiamo guardato con soddisfazione a questi interventi, ai loro risultati, alle loro possibilità di futuro. Siamo convinti che sia stata giusto scegliere, come ribadiamo ancor oggi, la difesa e il rafforzamento delle politiche dei diritti dell’infanzia. E siamo ancor più convinti, in questi mesi di una nuova terribile crisi fra Etiopia ed Eritrea, che la cooperazione debba fare il possibile per contribuire a tenere aperto qualsiasi spiraglio di pace. Per questo vogliamo continuare il nostro lavoro a favori dei bambini nei due paesi: con la speranza che il loro avvenire sia segnato da un benessere e da una serenità che meritano con forza e ragioni sacrosante.*

Ministro Vincenzo Petrone  
Direttore Generale della Cooperazione allo Sviluppo

# INTRODUZIONE

---

*“Civilians are entitled to general protection against the dangers from military operations. They shall not be the object of indiscriminate attack, acts or threats of violence.”*

(Geneva Convention, Additional Protocol, 1977, art. 51)

---

*“It is prohibited to attack, destroy, remove or render useless food-stuffs, crops, livestock, drinking water installations and supplies and irrigation works.”*

(Geneva Convention, Additional Protocol, 1977, art. 14)

---

*“Children shall be the object of special respect and shall be protected against any form of indecent assault.”*

(Geneva Convention, Additional Protocol, 1977, art. 77)

---

Molti studi condotti negli anni scorsi hanno documentato il drammatico modificarsi del profilo sociale ed economico delle guerre nel corso di questo secolo. L'UNICEF ricorda in uno dei suoi documenti come, nel periodo di tempo che va dalla prima guerra mondiale ai recenti conflitti, la percentuale di vittime tra la popolazione civile sia drammaticamente aumentata (UNICEF, 1986). Dal 5% registrato nel corso della prima guerra mondiale si è passati al 50% nella seconda guerra mondiale, all'80% nella guerra condotta dagli Stati Uniti in Vietnam e nei conflitti attuali viene calcolata intorno all'90%. Si stima ad esempio che fra il 1980 e il 1988 in Angola e in Mozambico siano morti per cause connesse alla guerra, rispettivamente, circa 330.000 e 490.000 bambini (UNICEF, 1996a). Il coinvolgimento diretto dei bambini quali soldati nelle attività belliche aggiunge a questi numeri un carattere particolarmente inquietante: è stato stimato che solo nel 1988 non meno di 200.000 bambini e adolescenti al di sotto dei 16 anni abbiano partecipato direttamente alla guerra come soldati (Ressler, Tortorici, Marcelino, 1993). L'impatto quantitativo dei conflitti armati sull'infanzia negli ultimi anni è stato così sintetizzato (UNICEF, 1997):

- 2 milioni di bambini uccisi;
- 4-5 milioni di bambini disabili;
- 12 milioni di bambini diventati homeless (senza casa);
- oltre 1 milione di bambini orfani o separati dai loro genitori.

I conflitti armati, protratti per anni, si traducono nel sistematico attacco al benessere fisico, sociale e psicologico dei bambini e nel fatto che molti di essi non sperimenteranno momenti di pace e di stabilità in quelli che sono gli anni più importanti del loro sviluppo e della loro crescita.

## Gli effetti della guerra: le mine antiuomo

Un drammatico problema, che ha ricevuto di recente grande

attenzione da parte della comunità internazionale, è quello rappresentato dall'uso delle mine anti-uomo, i cui costi di produzione - per una tragica ironia - sono bassissimi rispetto a quelli necessari alla loro individuazione, rimozione e distruzione. Recenti ricerche condotte in Afghanistan, Bosnia, Cambogia e Mozambico hanno calcolato che il 5% di tutte le famiglie aveva avuto fra i suoi membri almeno una vittima provocata dallo scoppio delle mine e che il 10% di queste vittime era costituito da bambini.

Attualmente i bambini di circa 68 paesi vivono sotto la minaccia di oltre 110 milioni di mine, alle quali vanno ad aggiungersi i milioni di granate, bombe e proiettili inesplosi. La ridotta produzione agricola e la perdita di numerosi capi di bestiame provocate dalle mine hanno inoltre ulteriormente aggravato le già precarie condizioni di vita della popolazione civile, interferendo in molti casi con quelle attività (pastorizia, pesca, ecc.) dalle quali dipende la sopravvivenza stessa delle comunità (Andersson, Palha de Sousa, Paredes, 1995; Machel, 1996). Le perplessità e le resistenze di alcuni paesi ad accettare e sottoscrivere la recente convenzione per la messa al bando delle mine anti-uomo rappresentano un indizio inquietante degli interessi e delle contraddizioni fra i quali deve districarsi la ragione dell'intervento umanitario.

## Gli effetti della guerra: le carestie

La guerra, con i suoi molteplici e devastanti effetti, rende inoltre spesso difficile l'approvvigionamento di cibo e di acqua, e questo rappresenta una realtà ancora più drammatica in aree geografiche dove la minaccia di carestie o raccolti al di sotto del fabbisogno costituiscono dati costanti. Sovente poi l'intenzionale interruzione degli approvvigionamenti e la distruzione delle fonti alimentari sono diventati - come nelle guerre d'assedio dell'Europa dei secoli scorsi - armi di guerra i cui effetti sulla popolazione civile sono stati devastanti<sup>1</sup>.

## Gli effetti della guerra: la distruzione delle infrastrutture sanitarie

La questione sanitaria si presenta certo come uno dei problemi prioritari nella vita dei campi profughi, ma essa costituisce un problema direttamente connesso all'evoluzione delle guerre anche per altre ragioni. A dispetto di ogni principio, spesso le infrastrutture medico-sanitarie e gli operatori sanitari costituiscono l'oggetto esplicito di minacce, attacchi, distruzioni.

<sup>1</sup> Agli inizi degli anni '80 il governo etiopico aveva distrutto centinaia di migliaia di acri di terreno fertile. Nella regione di Kongor (Sudan) i capi di bestiame furono decimati nel corso delle attività militari governative e il loro numero, da 1,5 milioni che erano, fu ridotto a poco meno di centomila capi.

### **Gli effetti della guerra: violenze su profughi e rifugiati**

I rifugiati e i profughi, particolarmente le donne, sono esposti al rischio di abusi, violenze e intimidazioni di ogni sorta, sia durante la fuga sia, spesso, nei paesi dove cercano asilo e all'interno degli stessi campi profughi. Essi arrivano solitamente senza alcuna risorsa, senza i documenti necessari e in molti casi non hanno accesso a nessun tipo di assistenza amministrativa o legale. Guardie di confine, militari e ufficiali impegnati nel presidio dei campi profughi spesso hanno approfittato della loro posizione di potere, in particolare ricattando le donne e le ragazze (UNHCR, 1996).

### **Gli effetti della guerra: le sanzioni economiche**

Gli elevati costi pagati direttamente o indirettamente dalle popolazioni civili nel corso dei recenti conflitti a causa delle sanzioni economiche imposte dal Consiglio di Sicurezza per esercitare pressioni su regimi ingiusti o totalitari sono stati fra i motivi di una riconsiderazione critica della legittimità e della utilità di un simile strumento. Da molte parti è stato infatti osservato che le sanzioni finiscono per penalizzare persone innocenti e ridurre così paradossalmente l'efficacia delle strategie di supporto e di aiuto messe in opera da parte degli organismi internazionali o delle stesse Nazioni Unite per alleggerire nelle comunità i catastrofici effetti dell'emergenza e del conflitto.

Nel riconoscere i paradossi generati dall'uso di sanzioni economiche, il Segretario Generale delle Nazioni Unite affermava recentemente che "They raise the ethical question of whether suffering inflicted on vulnerable groups in the target country is a legitimate means of exerting pressure on political leaders whose behaviour is unlikely to be affected by the plight of their subjects" (UNICEF, 1996a).

### **Gli effetti della guerra: la distruzione della cultura**

Un aspetto non meno rilevante, ma che solitamente viene considerato in tutto il suo peso solo dagli esperti, è che nel corso dei conflitti viene consapevolmente perseguita una drammatica distruzione simbolica e materiale della cultura, della religione, della lingua, dell'identità e della memoria dei popoli. Gli esempi che si potrebbero trarre dalla storia, anche recente, sono infiniti. In Turchia, ad esempio, ai bambini curdi è fatto divieto di parlare nella loro lingua a scuola. In Bosnia durante il recente conflitto le truppe serbe hanno intenzionalmente distrutto centinaia di moschee. In Iraq circa 5.000 studenti e religiosi sciiti furono arrestati agli inizi degli anni '90 nella regione di Najaf, molti di loro furono giustiziati e le scuole religiose rase al suolo. Negli anni '80 oltre 400 villaggi indios furono cancellati dalle mappe del Guatemala. Questi drammatici sconvolgimenti, a uno stesso tempo simbolici, economici e sociali, sono molte volte ancora più sottili e i loro effetti più imprevedibili. Alcuni esempi possono esprimerne per intero la misura.

Nelle regioni meridionali del Sudan, teatro di una sanguinosa quanto dimenticata guerra civile, la popolazione nomade dedita alla pastorizia ha visto aumentare progressivamente le minacce e le persecuzioni: di fronte alla crescente insicurezza molti hanno preferito abbandonare regioni e villaggi abitati da generazioni. La perdita del bestiame, il cui ruolo è fondamentale nella vita sociale di questi

gruppi non solo in relazione ai commerci ma anche in rapporto agli scambi matrimoniali e alla negoziazione dei conflitti fra clan, ha finito col cancellare un altro fondamentale elemento di stabilità della vita sociale. Pratiche ancestrali sono state indebolite o perdute, molte donne sono state spinte alla prostituzione. Fra i giovani costretti all'esodo verso la città di Juba pochi sembrano oggi ancora capaci di raccontare la storia del loro clan o ricordare i nomi dei loro avi (ciò che un tempo poteva essere fatto risalendo lungo il filo della memoria per decine di generazioni), pochi conoscono il significato delle cerimonie tradizionali. L'esperienza di un progressivo estraniamento collettivo e l'erosione del senso di identità sociale dominano il sentire comune di bambini e adulti (Panos Institute, 1988).

In Uganda la guerra e le violente trasformazioni che essa ha indotto o accelerato nella società hanno incrinato il potere e l'autorità degli anziani. È andato così diminuendo il grado di pertinenza di antichi simboli e pratiche religiose, ed è diventato via via più opaco nella coscienza comune il valore attribuito un tempo al mondo degli antenati: il dialogo con i loro spiriti e le cerimonie rivolte a onorare periodicamente i loro altari si sono interrotti; ma a questi mutamenti ha fatto eco un singolare quanto impreveduto aumento delle pratiche e delle credenze connesse alla stregoneria. Molte donne presentano oggi sintomi di disagio psicologico o vere e proprie malattie mentali. Questi disturbi si esprimono spesso nella forma di una possessione da parte degli spiriti di quei defunti che, durante il conflitto, non si è potuto seppellire secondo il rituale (Allen, citato in Summerfield, 1996); ciò non sorprende quando si ricordi che in buona parte dell'Africa sono attive particolari rappresentazioni del defunto e che specifiche ideologie della morte regolano il lutto e i funerali (Beneduce, Collignon, 1995; Schreiber, 1995). Fenomeni analoghi si ritrovano anche in Mozambico tra i sopravvissuti alle atroci brutalità inflitte dalle forze militari della Renamo negli anni '80.

### **Le categorie più vulnerabili: donne e bambini**

Se nelle guerre attuali sono i civili a pagare i costi più alti, tra i civili la categoria più vulnerabile è quella costituita dalle donne e dai bambini. È pertanto alla difesa dei loro diritti e alla definizione di obiettivi specificatamente mirati alla loro salvaguardia, che molti programmi degli organismi internazionali sono stati diretti negli ultimi quarant'anni. In questa ottica la Geneva Convention (1949), la firma degli Additional Protocols (1977) e la Convention on the Rights of the Child (1989) segnano date decisive nella costruzione di precisi strumenti di intervento e nella definizione di una nuova prospettiva che ha fatto da sfondo a molte delle iniziative condotte nelle diverse situazioni di guerra. Questa prospettiva è ormai largamente accettata e condivisa, nonostante l'incertezza e la faticosa negoziazione che hanno caratterizzato la stesura dei testi e la scelta dei termini. La Convention on the Rights of the Child, soprattutto, costituisce l'attuale quadro di riferimento per gli interventi in difesa dell'infanzia. Essa rappresenta un esempio significativo di come, intorno alla questione dell'infanzia, dei suoi diritti inalienabili e dell'affermazione del "miglior interesse dei bambini", sia stato possibile far confluire un largo fronte di alleanze: la Convenzione è stata infatti rapidamente ratificata da 186 paesi, e attualmente è stata riconosciuta da tutti i paesi del mondo con l'eccezione degli Stati Uniti e della Somalia.

Ma nonostante che i principi della Geneva Convention, sanciti

anche dai successivi emendamenti, esprimano con chiarezza l'idea che le popolazioni civili devono essere salvaguardate dai conflitti militari e che i bambini devono essere oggetto di particolare protezione e rispetto, le eccezioni e le violazioni registrate nel corso degli ultimi decenni sono state tante e tali da farci interrogare sulla loro utilità pratica, sull'adeguatezza della loro formulazione e sui modi necessari perché essi comunque diventino operanti. La Convention on the Rights of the Child prendeva atto fra l'altro proprio del fatto che le leggi umanitarie fino ad allora esistenti non proteggevano abbastanza l'infanzia e che sarebbe stato necessario uno sforzo ulteriore.

Il problema, in tutta la sua gravità, è ineludibile anche quando si vogliono affrontare le emergenze psicosociali delle popolazioni coinvolte nei conflitti: "The disjuncture between law and practice is the dilemma that agencies face who undertake psychosocial work in situations of conflict" (UNICEF, 1997).

I limiti nelle definizioni di quelli che sono gli interessi superiori del bambino (relativa indeterminatezza, scarsa importanza accordata al bambino come soggetto legale, introduzione di ulteriori elementi di conflitto, ecc.) e nelle strategie che dovrebbero consentire la loro concreta difesa e promozione diventano ancora più evidenti laddove questi principi siano considerati all'interno dei diversi contesti culturali: non sempre è facile conciliare le culture con i diritti umani (Alston, 1994). Gli approcci relativisti non hanno mancato di sottolineare l'inadeguatezza di alcuni principi concernenti la definizione di diritto individuale all'interno di realtà dove la famiglia e il gruppo hanno un ruolo e un valore decisamente preponderanti nella costruzione del benessere e della stabilità sociale; ma le svianti contapposi-

zioni individuo-gruppo, diritto individuale-leggi del clan non possono essere sciolte, crediamo, se non nella misura in cui:

- a) la cultura non venga più concepita solo come un insieme stabile, coerente e omogeneo di credenze, opinioni e comportamenti; tutte le culture (dunque anche i loro principi, valori, gerarchie o credenze concernenti i diritti del bambino o quelli della donna, le relazioni familiari e i reciproci vincoli, le regole del matrimonio e i ruoli, le modalità educative, le regole dell'autorità ecc.) si trasformano più o meno lentamente nel corso del tempo a opera di dinamiche interne ed esterne;
- b) si sia consapevoli che le diverse culture non possono essere considerate solo 'aggregati condivisi' di idee, simboli, lingue o religioni: le culture vengono attraversate e caratterizzate anche dai conflitti generati da interessi economici contrapposti, realtà storiche e politiche, inequità nell'accesso alle risorse, ecc.

È bene sottolineare anche un altro aspetto: parlare di difesa dei diritti significa implicitamente considerare, oltre agli enti, organismi o leggi il cui impegno è rivolto a proteggere i diritti (dell'infanzia, ad esempio) anche coloro che, dei diritti, sono i soggetti, e non solo in quanto portatori di diritti, non solo cioè in quanto soggetti passivi, ma anche in quanto soggetti attivi, che possono consapevolmente affermare, organizzare (in forme più o meno istituzionalizzate) ed esercitare i propri diritti. Ora la stessa Convention on the Rights of the Child lascia un non piccolo margine di ambiguità a questo riguardo (AA.VV., 1995; Cussianovich, 1997).

# 1. ERITREA

## 1.1 Cenni storici, culturali e geografici

Il primo gennaio del 1890, l'Italia decretò la riunificazione dei "possedimenti del Mar Rosso" sotto un'unica amministrazione: nasceva così la prima colonia italiana e venivano fissate le frontiere dell'Eritrea. Il dominio italiano durò fino al 1941 quando la Gran Bretagna nel corso del secondo conflitto mondiale sconfisse, in Africa orientale, l'Italia.

L'ex-colonia italiana fu amministrata da Londra per undici anni. Il destino dell'Eritrea fu deciso dalle Nazioni Unite: con la risoluzione 390 del dicembre del 1950 si stabilì che l'Eritrea sarebbe diventata "un'unità federata con l'Etiopia, sotto la sovranità dell'Etiopia". Nell'ottobre del 1952, l'imperatore Hailè Selassie varcò il vecchio

confine coloniale del fiume Mareb ed entrò ad Asmara. Dieci anni dopo, il 14 novembre del 1962, l'Etiopia abrogò la federazione stabilita dall'Onu e dichiarò l'annessione dell'Eritrea che divenne la quattordicesima provincia dell'impero del 're dei re'. Nel silenzio della comunità internazionale, l'Eritrea cominciò una lenta e tenace lotta indipendentista contro l'annessione etiopica. Le prime scintille di una lunghissima guerra di liberazione nazionale divamparono nelle regioni settentrionali del Barka e del Gash-Setit. Per trent'anni, il Corno d'Africa fu percorso da un conflitto scandito da siccità, carestie, repentini cambi di alleanze internazionali, drammatiche fughe di profughi ed esodi di rifugiati, e per trent'anni l'Eritrea è stata un terribile campo di battaglia. La resistenza eritrea, negli anni '70, si è

## La Cooperazione italiana

L'Italia, con i suoi forti legami storici con l'Eritrea, subito dopo la fine della guerra, ha allacciato profondi rapporti con il nuovo stato africano: l'Italia è stata il primo paese a riaprire una sede diplomatica ad Asmara nel 1991 e a riconoscere ufficialmente l'Eritrea dopo la dichiarazione di indipendenza del 1993.

La Cooperazione italiana ha avviato rapporti con l'Eritrea nel gennaio del 1992, otto mesi dopo la fine della guerra. Il primo stanziamento (19,4 miliardi di lire) fu deciso nel marzo di quello stesso anno. L'Italia ha contribuito allo svolgimento del Referendum del 1993 ed è stata il maggior donatore (46,37 miliardi di lire, un quarto del finanziamento globale) del primo programma di emergenza e ricostruzione del paese, il Recovery and Rehabilitation Program for Eritrea (RRPE).

All'interno del RRPE, l'Italia ha creato un Fondo di Riabilitazione a sostegno delle Comunità Eritree (ECRF) che ha messo in cantiere 65 progetti a favore di aree rurali (costruzione di scuole, cliniche, mercati, piccoli acquedotti, strade e ponti). Parallelamente al RRPE la Cooperazione italiana ha finanziato interventi di emergenza a sostegno della sanità pubblica (tra l'altro la riabilitazione del dipartimento pediatrico dell'ospedale di Asmara, il Mekane Hiwot e la creazione di una rete di Primary Health Care nelle regioni dell'altopiano) e, attraverso l'UNICEF, il programma di riunificazione degli orfani e di appoggio finanziario alle famiglie di accoglienza.

Nel marzo del 1996 è stato approvato, da Italia ed Eritrea, il Programma Ponte di cooperazione pluriennale che prevede l'utilizzo di fondi per 122 miliardi di lire e il passaggio definitivo da una fase di emergenza e riabilitazione a un più complesso appoggio a progetti di sviluppo. Il governo eritreo chiedeva di concentrare l'aiuto italiano nella ricostruzione delle infrastrutture economiche. L'Italia ha insistito perché le politiche di cooperazione non tralasciassero interventi nel settore dei servizi sociali legati ai programmi ECRF e Public Health and Rehabilitation Programme for Eritrea (PHARPE). Sono stati avviati progetti nel campo della sanità pubblica e dell'approvvigionamento idrico. È stato stanziato un fondo di 1,5 miliardi di lire a favore dei programmi di riunificazione degli orfani. 420 milioni di lire sono stati destinati alla conclusione dell'intervento di riabilitazione del dipartimento pediatrico dell'ospedale Mekane Hiwot.

L'Ufficio della Cooperazione italiana di Asmara ritiene che nuovi programmi di sviluppo "non dovrebbero prescindere da un ulteriore consolidamento di quelle iniziative avviate nel settore dei servizi sociali" (Cooperazione italiana, 1997). Il Governo dell'Eritrea, nel 1997, ha chiarito l'intenzione di accettare donazioni solo per i settori dell'educazione e della sanità pubblica. Più in generale il Governo dell'Eritrea ha drasticamente limitato i programmi e la presenza delle Organizzazioni Non Governative nel paese. Quasi tutte le ONG hanno chiuso i propri uffici alla fine del 1997.

L'Eritrea è divisa in quattro regioni geografiche: l'altopiano (20% della superficie, ma 50% delle terre coltivabili) abitato da contadini sedentari; il bassopiano arido e abitato da popolazioni seminomadi; le regioni costiere del Mar Rosso e la zona desertica della Dancalia. Amministrativamente invece lo stato di Eritrea è suddiviso in sei regioni.

L'Eritrea è un paese fortemente dipendente dall'andamento delle piogge. Il 70% della popolazione vive di agricoltura di sopravvivenza; solo recentemente sono state avviate embrionali strutture di agricoltura e pesca commerciale. Un terzo del reddito delle famiglie, anche in zone rurali, proviene da attività non strettamente legate all'agricoltura (settore informale, piccoli commerci, vendita di acqua). È importante non dimenticare questa rilevante struttura microeconomica nella fase di messa punto di progetti di sviluppo nelle regioni rurali. La rete industriale del paese rimane ancora arretrata e obsoleta, ma gli sforzi compiuti fra il 1991 e il 1998 sono stati ripagati: la parziale riabilitazione di alcune grandi fabbriche e la crescita di un settore privato effervescente hanno contribuito fattivamente allo sviluppo economico del paese. Superata la fase di emergenza, il 1996 e il 1997 sono stati anni positivi per l'economia eritrea. La guerra del 1998, il blocco dei porti di Massawa e Assab, le difficoltà di collegamenti internazionali, l'instabilità della regione, stanno provocando serie conseguenze negative sullo sviluppo dell'Eritrea e aprono la possibilità di crisi allarmanti in un contesto economico ancora fragile.

organizzata attorno a un movimento armato, il Fronte Popolare di Liberazione dell'Eritrea (EPLF).

Lo sganciamento sovietico dalle aree di crisi africane ha favorito la vittoria militare degli indipendentisti eritrei contro le forze di occupazione etiopiche. Nel 1988 la battaglia di Afabet cambiò le sorti della guerra: i partigiani eritrei, dopo aver resistito a otto offensive etiopico-sovietiche, lanciarono a loro volta un'offensiva decisiva contro l'esercito etiopico. Nel 1990 l'EPLF conquistò il porto di Massawa, seconda città dell'Eritrea; nel 1991 gli eritrei entrarono ad Asmara e nel maggio dello stesso anno la guerra finì. L'EPLF creò un governo provvisorio e per due anni, l'Eritrea visse in una sorta di limbo internazionale. Nel 1993, attraverso un referendum sotto l'egida delle Nazioni Unite, il popolo eritreo scelse l'indipendenza del paese. Il nuovo governo etiopico, costituito da movimenti e partiti alleati dell'EPLF durante la guerra contro il regime di Hailè Maryam Menghistu, accettò la decisione e riconobbe l'indipendenza eritrea.

Per sette anni, nonostante le distruzioni del paese, la limitatezza delle risorse, le tensioni con stati vicini come il Sudan, lo Yemen e Gibuti, l'Eritrea ha goduto di una sufficiente stabilità. In questi stessi anni, attraverso un complesso processo di consultazioni, è stato messo a punto il testo della Costituzione, mentre un nuovo partito, il Fronte Popolare per la Democrazia e la Giustizia (PFDJ), ha sostituito l'EPLF. Difesa dell'indipendenza nazionale, ricostruzione delle infrastrutture, sviluppo economico, uguali opportunità per i cittadini al di là di differenze etniche, religiose o sessuali, rientro dei rifugiati, smobilitazione dell'esercito guerrigliero, sono state le priorità eritree fra il 1991 e il 1998. La collaborazione e l'intesa fra Eritrea ed Etiopia apparivano solide e costruttive, capaci di sviluppare una comune politica regionale. L'improvvisa guerra del 1998 fra i due paesi ha colto di sorpresa gli osservatori internazionali riaprendo una stagione di tensioni e di devastazioni che si credevano dimenticate, rimettendo in discussione le priorità politiche e sociali dei due paesi in conflitto e cambiando improvvisamente gli scenari regionali del Corno d'Africa. I confini terrestri dell'Eritrea sono chiusi dal Sudan e dall'Etiopia e solo una solida soluzione del conflitto e un allentamento della tensione potrà consentire una ripresa di politiche di sviluppo sia in Eritrea che in Etiopia, anche se in un contesto completamente mutato rispetto al periodo 1991-1998.

## **1.2 Profilo demografico e socio-economico**

Non vi sono ancora dati esatti sulla popolazione eritrea: stime di organismi internazionali (FAO, WFP) valutano in tre milioni il numero degli abitanti. Il governo eritreo calcola che gli abitanti siano tre milioni e 700.000. La densità è di 40 abitanti per Km<sup>2</sup>. L'82% della popolazione abita in zone rurali, oltre la metà degli abitanti sono concentrati nelle regioni dell'altopiano. La popolazione eritrea comprende nove gruppi etnici: Tigrini, Tigre, Saho, Hedareb, Bileni, Kunama, Nara, Rashaida e Afar. Le popolazioni dell'altopiano sono in larga maggioranza cristiano-copte, mentre gli abitanti del bassopiano sono musulmani. Le due religioni si equivalgono negli equilibri confessionali del paese; sono presenti inoltre attive minoranze cattoliche e protestanti.

Durante la guerra di liberazione più di un terzo della popolazione fu costretta alla fuga e all'esilio. Negli anni successivi alla fine della guerra circa 70.000 persone sono rientrate spontaneamente in Eritrea

soprattutto dal Sudan, dove si trovano ancora quasi 400.000 rifugiati. Le autorità eritree, con l'appoggio della comunità internazionale, hanno organizzato il rientro di altri 25.000 rifugiati.

La guerra del 1998 ha provocato altri 100.000 profughi, fuggiti dalle zone dei combattimenti. 20.000 eritrei sono stati espulsi dall'Etiopia e abbandonati alle frontiere con l'Eritrea.

La guerra di liberazione, accompagnata da carestie e siccità, ha colpito duramente la popolazione civile dell'Eritrea. 150.000 eritrei hanno perso la vita durante gli anni del conflitto, 70.000 sono stati feriti e soffrono tuttora di seri handicap fisici, 100.000 bambini sono rimasti orfani. Malattie e traumi psico-sociali hanno segnato la vita di quasi tutte le famiglie.

L'economia eritrea, devastata da decenni di cattiva gestione durante l'occupazione etiopica (politiche di centralizzazione da parte di Addis Abeba, penalizzazione dei settori privati), è uscita distrutta dalla lunghissima guerra di liberazione e dalle numerose siccità e carestie che si sono succedute soprattutto negli anni '80.

Nei primi anni dell'indipendenza il reddito annuo pro-capite fu calcolato fra 130 e 150 dollari, meno della metà della media di 350 dollari pro-capite dei paesi dell'Africa sub sahariana. L'Eritrea fu inserita fra i più poveri dei paesi in via di sviluppo. Nonostante alcune brutte stagioni delle piogge (1993) e i danni provocati ai raccolti da insetti e malattie, fra il 1994 e il 1995 l'economia è, sia pure lentamente, cresciuta. Nel 1996 il reddito pro-capite, secondo i calcoli della World Bank, sfiorava i 200 dollari; nel 1997 si stimava fosse attorno a 250 dollari. Il giudizio degli esperti della World Bank era positivo e, anche se l'Eritrea rimaneva uno dei paesi più poveri del mondo, "a process of social transformation has started, and people of diverse backgrounds mobilized for rebuilding the economy, including women who fought in the war and Eritreans living abroad" (World Bank, 1996). Fra il 1996 e il 1997 il tasso di crescita dell'Eritrea è stato più che incoraggiante raggiungendo l'8%. Fra il 1992 e il 1993 il tasso di inflazione si era stabilizzato attorno al 9% e le previsioni per il 1998 erano di un tasso medio dell'8%. La guerra del 1998 rischia di compromettere seriamente gli sforzi per contenere l'inflazione.

Oltre la metà della popolazione eritrea è povera (EDHS, Eritrean Demographic Health Survey, 1997). Fra il 1993 e il 1994 più di due terzi delle famiglie eritree, colpite dalla siccità, ricevettero aiuti in cibo. Senza questa integrazione, il 69% della popolazione, specialmente negli altopiani, non sarebbe stata capace di consumare "the minimum basket of food and other essential commodities" (World Bank, 1996). Grazie a questi aiuti alimentari la percentuale delle famiglie povere è scesa al 53%.

Il 60% di chi vive sotto la soglia di povertà abita nella regione degli altopiani. Il 25% si trova nei bassopiani. I 'non poveri', nelle regioni rurali, ricavano dai raccolti e dall'allevamento redditi tre o quattro volte superiori ai 'poveri'.

Nelle aree urbane i poveri occupano soprattutto i settori informali dell'economia. Nelle città la divisione fra 'poveri' e 'non-poveri' è più netta: le differenze di reddito sono più alte. La situazione di precarietà e di difficoltà economica nelle aree urbane si è aggravata nel 1995 in seguito alla ristrutturazione che ha investito gli uffici pubblici: diverse migliaia di persone, soprattutto nei centri urbani dove più alto era il numero degli impiegati, hanno perso il posto di lavoro e le loro condizioni di vita sono diventate precarie e incerte. Nelle

## Population and Geographical Distribution of Poverty (World Bank, 1996)

Province	Distribution of Population	Distribution of poor	Incidence of poverty
Urban areas (Asmara, Keren, Massawa)	16%	14%	62%
Rural & Semi-Urban Areas: Highlands	51%	61%	83%
Rural & Semi-Urban Areas: Lowlands	33%	25%	52%

città la disoccupazione è un'emergenza sociale preoccupante. Secondo le statistiche del National Statistics Office nel 1997 solo il 53% dei maschi fra i 10 e i 64 anni avevano un lavoro. Questa percentuale scendeva al 17% per le donne. L'indagine riguardava anche il lavoro minorile: l'11% dei bambini fra i 10 e i 14 anni lavorava, mentre fra le bambine la percentuale era del 4%. Nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni aveva un lavoro il 27% dei maschi e solo il 14% delle femmine. La grande maggioranza delle famiglie dei rifugiati rientrati in Eritrea dopo il 1991 è al di sotto della linea di povertà.

Per valutare la differenza fra 'poveri' e 'non-poveri' nelle zone rurali la World Bank applica un criterio basato sulla proprietà degli animali domestici. I 'poveri' possiedono soltanto due animali a famiglia, mentre i 'non poveri' dispongono di una media di 7,4 animali. Questo criterio è stato tenuto presente durante gli studi di definizione per un aiuto a lungo termine alle famiglie che accoglievano i bambini del 'War Orphans Reunification Project'.

Dal 1994 le autorità eritree hanno introdotto una riforma sulla proprietà della terra e sulla sua gestione. La terra, secondo le nuove leggi, appartiene allo Stato ed è concessa in usufrutto a vita. La terra non può essere venduta, ma può essere ipotecata e l'usufrutto può essere ereditato. La nuova legislazione consente anche affitti e accordi di divisione sui raccolti. L'Eritrea non ha ancora raggiunto l'autosufficienza alimentare.

Il 45% delle famiglie eritree sono guidate da donne. È una percentuale elevata rispetto agli altri paesi africani: è una conseguenza della guerra che ha provocato la morte o la scomparsa di un alto numero di capifamiglia.

Il tasso di mortalità infantile, che secondo l'Eritrean Demographic Health Service era del 136 per mille nel 1995, a leggere le statistiche della World Bank è sceso al 64 per mille nel 1996. Va comunque tenuto presente che i tassi di mortalità infantile sono profondamente differenti da regione a regione. Nelle regioni desertiche della Dancalia salgono fino al 300/1000.

Il tasso di analfabetismo in Eritrea è altissimo: l'80% della popolazione è considerata analfabeta. Secondo dati del 1994, nelle donne queste percentuale arriva al 90%. La distanza dalle scuole e la disponibilità o meno di servizi legati all'educazione sono fattori importanti nel determinare profonde differenze fra le varie regioni

### Indicatori sociali di base (1998)

Reddito pro-capite	250 dollari	(1997)
Mortalità infantile	64/1000	(1996)
Calorie giornaliere	1750	(1995)
Attesa di vita	55 anni	(1996)
Iscrizioni scuola primaria	57%	(1996)

nel campo dell'educazione. Un'indagine condotta recentemente in aree del bassopiano dal Ministero dell'Educazione e da *Rädda Barnen* ha rivelato che il 63% degli studenti di una scuola a Keru Barka impiegava fra le due e le quattro ore, ogni giorno, nel percorso tra scuola e casa. Il 10% degli studenti per frequentare la scuola lascia la propria famiglia e va ad abitare presso parenti.

Negli anni dell'indipendenza molti degli indicatori sociali di base dell'Eritrea sono migliorati anche se va tenuto conto della scarsa affidabilità dei dati relativi al periodo precedente, disaggregati dal quadro statistico dell'Etiopia. Rispetto al 1993, il reddito pro-capite è cresciuto notevolmente, l'attesa di vita è aumentata di quasi dieci anni, le iscrizioni scolastiche sono salite del 15%.

### 1.3 Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione (Children requiring special protection measures)

Un esponente del governo eritreo, durante un incontro, spiegò con semplicità la 'filosofia' delle scelte politiche e sociali compiute dalla nuova Eritrea: "Eritrea's future rests in the hands of present and future generations of its people, their initiatives, enthusiasm, will and wisdom". Il governo dell'Eritrea ha sempre chiarito, pur riconoscendo il ruolo della cooperazione internazionale, che voleva basare la ricostruzione del paese e il suo sviluppo sull'autosufficienza nazionale, sulla "self-reliance". In questo quadro socio-politico, i bambini sono sempre stati una priorità nelle attenzioni delle autorità eritree. L'UNICEF ha apprezzato questo impegno e riconosciuto le capacità di intervento degli organismi locali eritrei rispetto ai bambini in condizioni particolarmente difficili: "Eritrea has achieved much in terms of policy formulation and programme project implementation aimed at improving child survival, protection and development" (UNICEF-Eritrea, 1996).

#### 1.3.1 Bambini di strada (Streetism)

In Eritrea il fenomeno dei bambini di strada non ha le proporzioni conosciute in altri paesi africani (in Etiopia, in Madagascar o in Nigeria, il loro numero in rapporto alla popolazione è doppio). Nonostante la guerra di liberazione e i gravi problemi economici e sociali, la solidità e la coesione della società eritrea ha attutito la crescita del fenomeno, che rimane circoscritto soprattutto ad alcune aree e città. A Keren, a Mendefera, a Massawa e, specialmente ad Assab, come conseguenza di una maggiore frammentazione sociale e familiare, lo *streetism* è un problema reale e consistente. Ad Asmara, in rapporto alla crescita della popolazione (richiamata dalle maggiori opportunità economiche e dalle migliori condizioni climatiche), il



fenomeno dei bambini di strada, pur presente, è stato contenuto dalla politica governativa che ha cercato di razionalizzare le migrazioni interne successive alla fine del conflitto.

Le stime del fenomeno sono ancora provvisorie. Nel 1992, immediatamente dopo la fine della guerra, l'Authority of Social Affairs (ASA) calcolò che, in Eritrea, vi fossero 1.800 bambini di strada. Nel 1995 una nuova ricerca dell'UNICEF valutò che il numero di questi bambini fosse salito fino a 5.000.

Nel 1992, l'ASA aveva rilevato come il 71% dei bambini di strada fosse fra i 7 e i 17 anni; il 62% aveva abbandonato la scuola. Coloro che ancora la frequentavano erano ai livelli più bassi di istruzione. Molti erano analfabeti. Si erano ritrovati nella strada a causa della povertà della famiglia e per l'assenza di attenzione e controllo da parte di genitori o parenti. Abituamente questi bambini di strada facevano i custodi di macchine, i lavauto o i lustrascarpe (34,7%). Molti (79%) erano coinvolti in piccoli furti o, secondo i termini usati dai ricercatori eritrei, avevano un 'delinquency behavior'. Una ricerca UNICEF del 1993 concludeva che i bambini di strada in Eritrea erano "potential criminals but are also potentially productive citizens. It is high time now to intervene and determine the direction. They are in difficult circumstances, basic needs have to be met and appropriate training for self-support is necessary".

Una percentuale ridotta di bambini di strada (3,6%) erano costretti a prostituirsi o a mendicare. Il rischio di sfruttamento, per ognuno di questi bambini, era elevato. Altissimi i rischi di malnutrizione e trasmissione di malattie contagiose. L'inchiesta dell'ASA rivelava un'alta percentuale di handicap fisici (14,7%) e una più bassa presenza di disturbi psichici (2,4%). Secondo le risposte ai questionari dell'ASA la maggior parte di questi bambini non voleva vivere nella strada: il 47% intendeva frequentare una scuola, il 35% cercava un lavoro, il 17% avrebbe desiderato vivere con la propria famiglia. Il 48% dei bambini di strada aveva fra i 7 e i 14 anni, il 22,7% fra i 15 e i 17 anni (Ghebrehiwot, 1995).

Nel 1994 un programma guidato congiuntamente dal Governo dell'Eritrea e da *Rädda Barnen* ha cercato di reinserire in famiglia e nella scuola circa mille bambini di strada.

Il lavoro minorile, pur vietato dalle leggi eritree, è un fenomeno vasto, e non riguarda soltanto i bambini di strada, ma coinvolge anche un significativo numero di altri bambini, sia nelle zone urbane che nelle regioni rurali. Le ragioni del lavoro minorile sono ovvie: povertà, poche opportunità di accesso all'istruzione, necessità di farsi carico del mantenimento della famiglia, perdita di uno o di entrambi i genitori. Nessuno studio è stato ancora compiuto sulle conseguenze di lungo termine sullo sviluppo fisico e psico-sociale della vita di strada in Eritrea. Come non è stata analizzata, sull'intero territorio eritreo, la situazione della prostituzione giovanile. Nel 1992, anno immediatamente successivo alla fine della guerra, l'ASA valutò che il 20% delle prostitute di Assab e Asmara aveva fra i 13 e i 17 anni, il 39% era analfabeta e il 37% aveva, invece, frequentato la scuola fino al settimo livello. In generale la prostituzione nelle città eritree è legata alla povertà, la disoccupazione e a bassi livelli di istruzione.

La prostituzione giovanile accresce, ovviamente, il rischio di contrarre malattie trasmissibili sessualmente e, in particolare, aumenta il pericolo di un contagio da Aids. Il 5% dei casi di Aids segnalati dal ministero della Sanità eritreo nel 1997 è costituito da minorenni: l'1% ha meno di 4 anni, il 4% fra i 4 e i 19 anni.

Naturalmente questo secondo dato comprende i casi di bambini di strada che hanno contratto l'Aids in seguito a contatti sessuali con persone infette. Secondo le autorità sanitarie eritree e l'UNICEF, il 70% dei casi di Aids, in Eritrea, è costituito da giovani e adulti al di sotto dei 35 anni di età.

### 1.3.2. *Bambini con handicap (Disabled children)*

La lunga guerra di liberazione ha accresciuto enormemente il numero dei disabili: le vittime sono state sia i soldati feriti durante i combattimenti che la popolazione civile colpita da bombardamenti e dalla esplosione delle mine. L'*Eritrean War Disabled Fighters Association* calcolò, nel 1995, che gli ex-combattenti disabili per cause di guerra fossero circa 18.000 (84,7% uomini; 15,3% donne).

L'ASA ha condotto, fra il 1992 e il 1993, una ricerca sui disabili civili sia per cause "normali" (handicap congeniti, malattia della madre durante la gravidanza, difficoltà durante il parto) che in seguito alla guerra. Il censimento valutò in 44.000 i disabili civili. Era un dato sottostimato: la rilevazione non ebbe luogo fra i rifugiati, e molte persone ferite leggermente o con disturbi psicologici sfuggirono alla ricerca dell'ASA. Nel 1995 furono rese pubbliche nuove stime: i disabili erano 59.000, di cui circa 6.900 bambini e adolescenti al di sotto dei 15 anni. Questa ricerca censì 2.476 bambini minori di sei anni afflitti da gravi handicap, 4.420 disabili avevano fra 7 e 14 anni, 14.303 persone con handicap avevano fra 15 e 45 anni (22.327 avevano più di 45 anni).

I problemi di inserimento di questi bambini nei processi educativi sono spesso insormontabili. Il 92% dei disabili civili vive in regioni rurali o in aree suburbane dove non vi è la possibilità di ricorrere a servizi di riabilitazione. Ma nemmeno nelle città i servizi pubblici sono adeguati alle necessità dei disabili. Gli handicap più frequenti sono la cecità, la sordità, le amputazioni, la paralisi, le infermità mentali. Come ribadisce anche l'*Eritrean War Disabled Fighters Association*, l'obiettivo prioritario dei disabili, sia civili che ex-combattenti, è quello di trovare un lavoro, così da favorire la loro integrazione socio-economica (ERRA, 1995b).

In Eritrea vi sono alcune strutture che si occupano, fra mille problemi, dei disabili. La Abraha Bahta School for the Blind di Asmara è l'unica scuola residenziale per ciechi. Vi si svolgono attività di "daily living skills training, handicraft training, music, orientation and mobility training, Braille training, academic national curriculum". Nel 1995 vi erano ospitati 70 studenti: dopo aver completato il livello delle scuole primarie (vi sono accolti bambini fra i 7 e i 14 anni), i ragazzi vengono abitualmente inviati presso junior e secondary school. I problemi principali incontrati in questa fase riguardano la ricerca della casa e l'insufficienza di pocket money concesso. Un grave problema è rappresentato dalla mancanza di insegnanti specificamente addestrati. La maggior parte degli studenti della Abraha Bahta School non riesce a superare gli esami di ammissione all'Università.

Per gli udiolesi ci sono due scuole, una a Keren (fondata nel 1955, nel 1995 aveva circa 80 studenti), l'altra ad Asmara (aperta nel 1988, nel 1995 aveva circa 70 studenti).

L'Istituto per hanseniani (Hansenian's Eritrean Welfare Association, HEWA), creato nel 1974, offre servizi sanitari, educativi, riabilitativi e di addestramento professionale (ceramica, cucito, corsi per sarto e carpentiere). L'HEWA offre anche opportunità di

asilo nido, scuola primaria e secondaria, alloggio per i familiari dei ricoverati.

La Cheshire Clinic si occupa di bambini handicappati. Funziona, soprattutto, come day-clinic. In collaborazione con il Governo, la clinica promuove i programmi di vaccinazione antipolio. Un day-care training centre assiste in media 250 bambini.

Il Governo dell'Eritrea ha confermato nel 1995 la priorità dell'inserimento dei disabili nella scuola e nella società, ribadendo una particolare attenzione ai bambini colpiti da handicap: "The education of handicapped citizens is part of the National Educational System in the country and since the Liberation Struggle the EPLF embarked on assuring the provision of educational opportunity to all combatants of the Liberation Army who were injured in the war of liberation. Programmes for the blind were introduced with limited resources during the Liberation Struggle. Since independence (...) several measures have been taken to assure the continuity of such programmes. This took two dimensions. On the one hand, the consolidation of the special schools which existed, namely the School for the Blind and the School for the Deaf, continued. At the present time blind children and teenagers and the hard-of-hearing children receive a complete education which extends to secondary level" (MOE, 1995).

È altrettanto vero che il Governo dell'Eritrea è consapevole della necessità di un impegno per cambiare gli atteggiamenti sociali e culturali che provocano la marginalizzazione dei disabili. Ne è cosciente Goytom: "Traditionally any disablement has been viewed with fear and a belief of it being either a punishment by God or the work of the devil. We cannot evade a thorough collective soul-searching on what our attitudes toward the disabled are because these attitudes create the environment in which the disabled must live (...) We are burdened by a fatalism and hopelessness (...) Very often we have felt shame and have preferred to hide our disabled" (Goytom, 1995).

Goytom, che ha analizzato particolarmente le conseguenze della disabilità nelle donne e nei bambini, non nasconde le sue preoccupazioni sulla situazione che, in Eritrea come in altre parti del mondo, la donna disabile si trova a vivere: "Their role is circumscribed, predetermined. They are economically dependent (...) Women with disabilities share all these disadvantages. In addition they carry all the burdens of disability (...) They are usually more likely to suffer from malnutrition, making them more susceptible to disease and various forms of disabilities. While it may be controversial to say that female genital mutilation is a disabling practice (though it negatively and irrevocably alters a woman's body), it is clear that infibulation is the cause of many complications during pregnancy and delivery, with serious health consequences for the woman (...). Women with disabilities are likely to be seen as being incapable of adequately fulfilling their (traditional) roles".

Il Governo dell'Eritrea ha accettato e incoraggiato l'applicazione delle linee guida (ILO, UNESCO, WHO, 1994) sulla 'Community Based Rehabilitation' (v. cap. 1). Devono essere ancora superate notevoli difficoltà che impediscono, nei fatti, la concretizzazione di questi impegni: scarsità di risorse economiche, mancanza di operatori socio-sanitari e di insegnanti specializzati.

È invece ancora in corso, in Eritrea, la discussione e il confronto sull'utilità e sull'ampiezza di sistemi educativi differenziati per i casi più gravi, in particolare per coloro che sono affetti da disturbi psicosomatici. Secondo il Ministero dell'Educazione eritreo "the effort here

should be to guarantee the provision of the basic compulsory education which can lead to vocational training. This should imply, however, that these establishments should not be seen as normal schools and it must be noted that some should only be accommodated here temporarily if they could greatly improve the process of proper upbringing and education. Special provision for children with disturbances of motor function and those who have multiple handicaps as in the case of cerebral paralysis, after-effects of polio and other muscular disabilities, should be guaranteed".

Positivo, nel campo degli interventi in favore dei disabili, il ruolo che potrebbero svolgere gli organismi non governativi. Le ONG potrebbero promuovere programmi di autosufficienza per disabili. Da parte eritrea (ERRA, 1995a) è stato comunque fatto notare come gli interventi delle ONG in questo ambito sono stati caratterizzati da ridotte disponibilità economiche e dalla debolezza dei progetti. Il ruolo delle ONG in Eritrea è, comunque, ancora da ridefinire dopo la chiusura, alla fine del 1997, di quasi tutti gli uffici degli organismi non governativi internazionali.

Il problema posto dai bambini affetti da disabilità psicologiche è particolarmente grave. Il 14% dei bambini disabili al di sotto dei 14 anni è colpito da seri disturbi psichici. Quasi assoluta è la mancanza di personale specializzato e di specifici programmi di cura. Al St. Mary Hospital, che è il solo ospedale psichiatrico in Eritrea, si applicano ancora strategie terapeutiche prevalentemente di tipo farmacologico. Il St. Mary ospita più di 200 pazienti: una piccola percentuale sono adolescenti, un numero consistente ha fra i 18 e i 25 anni. Di fatto il St. Mary più che come un luogo di cura è considerato come una prigione o un luogo in cui trattenere le persone lontano dalla società; vi è bisogno non soltanto di un profondo intervento sulle strutture fisiche, ma anche di una attività di formazione sullo staff.

### ***1.3.3 Orfani, bambini soli e abbandonati (Orphaned, unaccompanied, and abandoned children)***

L'indagine condotta con l'appoggio dell'UNICEF dall'ASA, fra il 1992 e il 1993 nei primi anni di vita della nuova Eritrea, censì 89.527 orfani. L'afflusso dei profughi che rientrarono in quegli anni dai campi del Sudan fece salire questa stima a 100.000 orfani. È un valore assoluto e percentuale elevatissimo: gli orfani rappresentavano circa il 3% della popolazione. Il 47,7% di questi orfani erano bambine. Il 7% aveva perduto entrambi i genitori, il 32% non aveva la madre, il 61% era orfano di padre. Il 41% era al di sotto dei 6 anni, mentre il 58,5% aveva fra i 7 e i 14 anni. Il 37% viveva con la madre rimasta vedova: questo era il gruppo considerato più vulnerabile in quanto la famiglia aveva scarse possibilità di soddisfare i bisogni minimi del bambino. Nel 1996 16 orfanotrofi, la maggior parte dei quali si trova nella regione degli altipiani, ospitavano ancora 1.500 bambini. Un terzo di questi bambini (31,7%) aveva perso entrambi i genitori. Questo era il gruppo che manifestava il maggior grado di sofferenza psicologica e mostrava evidenti disturbi comportamentali. 400 orfani erano afflitti da forme di disabilità (Ghebrehiwot, 1995). La quasi totalità dei bambini ospitati negli orfanotrofi mantiene, comunque, contatti con qualcuno dei membri della famiglia di origine (madre, padre, nonni o zie) e solo una piccolissima percentuale rientra nella categoria degli 'unaccompanied children'.

I dati sugli orfani sono l'indicatore della vastità del problema di un'infanzia e di un'adolescenza ad alto rischio che l'Eritrea ha dovuto affrontare dopo l'indipendenza. Da sempre, anche negli anni della guerra di liberazione, il Governo eritreo ha avuto una particolare attenzione nei confronti degli orfani, e subito dopo la fine della guerra, con l'appoggio di alcuni paesi donatori (l'Italia, in particolare, ha stanziato 3,5 milioni di dollari) ha varato un vasto programma di riunificazione degli orfani a nuclei familiari che avevano con il bambino legami di parentela. Il *War Orphan Reunification Project*, realizzato con il finanziamento italiano e il supporto tecnico e il monitoraggio dell'UNICEF, è stato portato avanti in tre regioni dell'Eritrea: le province nord-occidentali del Gash-Barka e di Anseba e la zona meridionale del Debubawi Keyih Bahri. I risultati sono da considerare incoraggianti e il progetto rappresenta un modello che potrebbe essere utilmente sperimentato anche in altri paesi. Grazie a questo programma sono stati ricongiunti a un nucleo familiare 12.677 orfani e sono state assistite 6.483 famiglie. La qualità dell'assistenza sanitaria di Primary Health Care, nelle regioni dell'altopiano, è, grazie agli interventi condotti dalla Cooperazione italiana, sensibilmente migliorata: la copertura vaccinale nella zona dell'Akeleguzai, che era al 20% nel 1993 è cresciuta fino al 50% solo due anni dopo. La politica sociale del Governo eritreo ha teso alla deistituzionalizzazione degli orfani. Il numero degli orfani ospitati in istituto è progressivamente diminuito e alcuni orfanotrofi sono stati chiusi.

Importante è la definizione che il Governo dell'Eritrea ha stabilito per indicare il processo di riunificazione: "Reunification refers to the process of uniting all orphaned - children under 18 years of age who have lost one or both parents - with immediate family members or foster parents accompanied by the provision of economic support to such families or parents to expand their capacity for meeting increased care-taking needs".

Il *War Orphan Reunification Project* ha messo in evidenza pro-

blematiche e fenomeni complessi che possono essere riassunti in alcuni punti-cardine:

- l'ingresso di uno o più orfani nella nuova famiglia, a volte in un'area geografica diversa da quella originaria del bambino, è un processo che, indipendentemente dalla sua spontaneità, presenta aspetti sempre complessi. È necessario, ai fini dell'inserimento del bambino, un supporto psicologico, sociale ed economico e il costante monitoraggio dei processi di integrazione;
- l'aiuto affettivo e assistenziale della nuova famiglia agli orfani sicuramente favorisce un più equilibrato sviluppo psichico e fisico, ma la situazione economica della famiglia di accoglienza, spesso precaria, rischia di peggiorare ulteriormente per la presenza di un nuovo bambino da accudire. Il pericolo è che le famiglie che hanno accolto gli orfani non possano, per le loro condizioni economiche, rispondere adeguatamente a tutti i bisogni dei bambini, soprattutto in presenza di disabilità o malattie croniche. In questi casi un supporto socio-economico è assolutamente necessario. Per sostenere i fragili bilanci familiari, il Governo dell'Eritrea si è impegnato ad offrire, fin dai primi passi del progetto, un aiuto economico immediato (oggetti per la scuola, piccoli budget finalizzati, beni di prima necessità) alle famiglie che rientravano nella categoria di 'eligible care-giver for long-term economic support';
- le comunità locali devono essere (e nel corso di questo progetto, lo sono state) costantemente sollecitate a riflettere sugli specifici bisogni dei bambini orfani, a indicare le eventuali condizioni economiche particolarmente precarie, a monitorare il processo della riunificazione e a valutare la qualità dell'integrazione psicologica e sociale degli orfani. L'esperienza del *War Orphan Reunification Project* è stata positiva: la partecipazione della comunità è stata, in tutte le fasi e ai differenti livelli, altissima, e le comunità stesse, durante le fasi di monitoraggio e controllo, hanno espresso soddisfazione per le modalità in cui il progetto è stato realizzato;

### Reunified Orphans and Assisted Families (UNICEF report, Asmara, 1997)

Region	Number of orphans reunited	Number of Families assisted	Level of Funding in Birr
Gash-Barka and Anseba (former Gash-Setit and Senhit)	2,321	1,214	5,234,312
Gash-Barka, Anseba and Southern Red Sea	3,850	1,710	5,696,425
Debub (former Seraye)	2,912	1,140	4,095,869
Debub	1,500	680	2,841,476
Debub, Northern Red Sea (former Akeleguzai & Sahel)	1,435	1,132	3,847,426
Maakel (former Hamasien)	659	607	2,208,888
Northern Red Sea	-	400	1,300,000
<b>TOTAL</b>	<b>12,677</b>	<b>6,483</b>	<b>25,224,396</b>

- d) l'analisi dei bisogni economici delle famiglie di accoglienza degli orfani è stata condotta rispettando rigorosamente le caratteristiche socio-economiche del contesto e tenendo conto, grazie alla diretta partecipazione di esperti nazionali e locali e delle stesse comunità, di ogni possibile variabile economica. I casi di insuccesso dell'integrazione economica sono stati limitati, provocati dall'insufficienza delle risorse offerte a famiglie in situazioni particolarmente difficili (casi di donne anziane sulle cui spalle gravava il peso della gestione dell'economia familiare) o da variazioni delle condizioni di mercato che hanno ridotto l'impatto economico previsto;
- e) rarissimi sono stati i casi di distorsione delle finalità del progetto, di abuso o di "commercializzazione". Pochi anche i casi di fallimento dei processi di integrazione del bambino nelle famiglie di accoglienza.

I casi di elevato disagio psicologico registrati fra i bambini durante i processi di inserimento sono coerenti con le percentuali attese. Coloro che hanno bisogno di un aiuto psicologico specifico rappresentano una minoranza. È necessario, a questo riguardo, un monitoraggio ravvicinato, condotto da operatori sociali in possesso di specifici strumenti per il riconoscimento di tali problemi ed è altresì necessaria una più stretta collaborazione fra insegnanti, operatori sociali e sanitari.

Il *War Orphan Reunification Project* in Eritrea ha rappresentato

un ottimo esempio di Community-Based Rehabilitation. Gli obiettivi che erano stati formulati (proteggere il benessere psico-sociale e psico-fisico degli orfani inclusi nel programma, sostenere fra le famiglie che avevano accolto gli orfani quelle più povere ed economicamente vulnerabili, orientare gradualmente l'intervento verso i gruppi vulnerabili più che verso gli orfani in sé, aumentare la capacità di intervento e offrire specifici strumenti agli enti coinvolti e agli operatori sociali impegnati in prima linea nella realizzazione del progetto) sono stati nella quasi totalità raggiunti.

#### **1.3.4. I rifugiati e le loro famiglie (Returnees, refugees and displaced people and families)**

Un quarto della popolazione eritrea, 700.000 persone, nei lunghi anni della guerra di liberazione, è stata costretta alla fuga e all'esilio. Il Fronte Popolare di Liberazione Eritreo ha valutato che, nel periodo 1980-1989, circa 16.000 bambini e 10.000 donne erano da considerarsi 'rifugiati interni' nelle regioni controllate dagli indipendentisti eritrei. Secondo le stime della Commission for Eritrea Refugee Affairs (CERA) il 52% dei rifugiati rientrati in Eritrea, dopo la fine della guerra soprattutto dai campi profughi sudanesi, erano bambini e adolescenti sotto i sedici anni, il 22,4% aveva meno di cinque anni, il 7% erano orfani. I nuclei familiari rientrati nel paese erano composti in media da 3,5 persone, una percentuale più bassa della normale famiglia

## **Orfani e adozioni a distanza: il caso di Verona**

Nel 1986, uno degli anni più terribili della guerra di liberazione in Eritrea, il Comitato di Solidarietà con il Popolo Eritreo di Verona varò una campagna di adozioni a distanza con controparte la Zero School, l'istituzione scolastica dell'EPLF nelle zone liberate dell'Eritrea, le regioni montuose del Sahel, ai confini con il Sudan.

Il Comitato di Solidarietà garantì fondi necessari (una piccola somma mensile per un periodo minimo di tre anni) a soddisfare i bisogni essenziali e i servizi educativi di 70 bambini che frequentavano la Zero School. I bambini erano, in grande maggioranza, figli di famiglie nomadi o seminomadi, spesso affidati per lunghi periodi agli insegnanti dell'EPLF, ed erano stati gli insegnanti a scegliere i bambini che avrebbero goduto del sostegno del comitato italiano. Da tener presente la precarietà delle condizioni di vita e istruzione nelle zone liberate: anche se si tentava di garantire una vita e un'amministrazione sorretta da civili, la regione del Sahel era zona di guerra.

L'esperienza è stata ritenuta incoraggiante sia dalle autorità eritree che dal comitato italiano. È stato, quindi, deciso di proseguire, dopo l'indipendenza dell'Eritrea, il progetto di adozione a distanza con controparte l'Authority of Social Affairs (ASA).

Il progetto delle adozioni a distanza (progetto *Mille famiglie per mille bambini*) fu inserito, fin dal 1992, dalle autorità eritree nelle campagne e nei programmi di riunificazione degli orfani a nuclei familiari. I responsabili del comitato veronese confermano che i programmi del governo eritreo prevedevano lo smantellamento degli orfanotrofi del paese e l'inserimento dei bambini orfani in famiglie con cui essi avevano vincoli di parentela. Questo era considerato un obiettivo prioritario dalle autorità eritree, per le quali la categoria privilegiata di questo programma era chiaramente quella rappresentata dai figli dei combattenti caduti nella guerra di liberazione. Fra il 1992 e il 1996 furono sostenute le famiglie di accoglienza di circa 800 bambini. Alle famiglie, scelte sempre dall'ASA e concentrate, per la maggior parte, nelle regioni dell'altopiano, erano consegnate mensilmente piccole somme di denaro. Due volte all'anno avveniva un monitoraggio congiunto da parte di rappresentanti del comitato italiano e dell'ASA. Le visite confermarono una grande attenzione da parte degli operatori sul territorio al percorso di reinserimento, una buona capacità di controllo e lo sforzo di coinvolgere nei programmi l'intera comunità locale. In un secondo tempo alle famiglie furono consegnati beni o animali a seconda delle loro esigenze o preferenze: materiali da costruzione, macchine da cucire, crediti per aprire piccoli negozi, vacche e buoi, asini, piccoli greggi, attrezzi per coltivare. Nel 1996, su richiesta delle autorità eritree, il programma fu modificato. L'ASA chiese di dirottare i fondi non più sulle singole famiglie, ma su interi villaggi, mantenendo una certa quota di finanziamenti per bambini di Asmara che avrebbero continuato a ricevere il piccolo sostegno. È il programma *Mitias*, 'autosufficienza'. Non veniva più adottato un singolo bambino, ma il villaggio. Il consiglio degli anziani del villaggio avrebbe deciso l'impiego dei fondi ricevuti. Il sistema di monitoraggio italiano rimaneva inalterato. Le autorità eritree, nel 1996, consideravano esaurita la fase di emergenza immediata (molte delle famiglie di accoglienza dei primi orfani avevano raggiunto l'autosufficienza e quindi non erano più oggetto del programma di adozioni) e, nelle aree rurali, puntavano su progetti più complessivi di sviluppo del contesto socio-economico in cui vivevano le famiglie e i bambini reinseriti.

Il passo successivo, trattato dal comitato italiano con l'Unione delle Donne Eritree, era un intervento a favore della formazione professionale delle donne con particolare riferimento a coloro che facevano parte delle famiglie di accoglienza degli orfani. La nuova guerra con l'Etiopia (maggio-giugno 1998) ha interrotto la messa a punto di questo progetto.

eritrea. Un terzo di questi nuclei aveva come capofamiglia una donna.

La maggior parte (68%) dei rifugiati rientrati in Eritrea si è installata, anche su pressione del Governo, nelle regioni del bassopiano, le più vicine al confine sudanese. Il 26% ha raggiunto la capitale Asmara. Il 7% è ritornato nelle zone dell'altopiano. Le condizioni di vita nei campi sono spesso molto dure; i servizi sanitari ed educativi sono insufficienti, vi sono seri problemi di approvvigionamento di acqua e cibo e fortissima è la dipendenza dagli aiuti governativi.

L'improvviso riaccendersi del conflitto fra Eritrea ed Etiopia nel 1998 ha provocato una nuova ondata di profughi: il Governo dell'Eritrea calcola che siano 166.000 le persone costrette ad abbandonare le proprie case e i propri villaggi in conseguenza dei combattimenti. A questi vanno aggiunti circa 20.000 eritrei che sono stati espulsi dall'Etiopia (agosto 1998). Una missione dell'UNICEF nel luglio del 1998 ha condotto una prima ricognizione nei campi di accoglienza di Mendefera, Adi Qwala ed Assab che ospitavano, a quella data, parte degli eritrei espulsi dall'Etiopia. Gli esperti dell'UNICEF hanno censito 2.498 persone nei due campi dell'altopiano. 511 erano bambini e adolescenti sotto i 18 anni. Sono state intervistate 165 persone che hanno denunciato di essere state costrette ad abbandonare in Etiopia, in seguito alla loro espulsione dal paese, 291 bambini (il 32% in età fra gli 11 e i 15 anni; il 27% fra i 6 e i 10 anni). La maggior parte di questi bambini è rimasta affidata alle cure della madre (il 65,6% dei casi), ma non è stato possibile affidare a nessuno il 14,8% dei bambini lasciati in Etiopia.

Un numero così elevato di rifugiati pone seri problemi di integrazione sociale e un lungo processo di passaggio da una fase di assistenza e di emergenza a un nuovo periodo di autonomia e autosufficienza. Il peso dello sradicamento culturale può avere conseguenze serie in chi, rientrato dopo molti anni nel paese di origine, non trova possibilità di sopravvivenza. Non può essere dimenticato che la maggioranza di queste persone sono donne e bambini e che, spesso, il capofamiglia è proprio una donna.

La nuova guerra, con il conseguente esodo di altre migliaia di persone, rischia di aggravare ulteriormente le condizioni di vita dei rifugiati. Le autorità eritree hanno fornito un aiuto finanziario immediato ai nuovi profughi e agli eritrei espulsi dall'Etiopia: a ogni famiglia è stata consegnata una somma di 1.500 nakfa (\$ 1 = 7.35 nakfa). Ogni membro della famiglia riceverà, per un periodo di sei mesi, la somma di 65 nakfa mensili. È chiaro che per fronteggiare la nuova emergenza profughi come per continuare a favorire il reinserimento dei 'vecchi' rifugiati sono necessari programmi capaci di assicurare autonomia economica alle famiglie e la loro integrazione sociale.

#### **1.4 Salute e alimentazione (Health and nutritional status)**

L'Eritrea, prima degli anni dell'annessione all'Etiopia, era dotata di adeguati servizi sanitari se comparati con i livelli di altri paesi africani. Benché le strutture di igiene pubblica fossero precarie, cliniche pediatriche e ospedali erano diffusi in tutto il paese. Durante gli anni dell'occupazione etiopica i bilanci della spesa sanitaria furono ridotti e ridimensionati: nel 1965 erano circa un terzo rispetto a dieci anni prima. Nei lunghi anni della guerra di liberazione, l'EPLF ricreò, nelle regioni sotto il suo controllo, una elementare rete di piccole cliniche rurali e formò una serie di operatori sanitari impegnati nell'assistenza alle popolazioni nomadi o seminomadi. Secondo dati del

1995 l'accesso alle vaccinazioni è del 27% e vi è un medico ogni 28.000 abitanti.

Il tasso di crescita della popolazione è stimato attorno al 2,6% annuo (World Bank, 1996). L'età media del primo matrimonio (matrimonio formale o unione informale) è tra i 16 e i 18 anni. È una età che si sta leggermente alzando: oggi le donne che hanno fra i 40 e i 49 anni si sono sposate da adolescenti, le giovani fra i 20 e i 24 anni si sono sposate qualche anno più tardi. In confronto con altri paesi dell'Africa sub sahariana, la prima maternità avviene in età relativamente più avanzata: poco meno della metà delle donne eritree diventa madre attorno ai 21 anni.

Il tasso di fertilità è più basso fra le donne che vivono nella capitale Asmara (in media 3,7 bambini per donna) che fra le donne degli altri centri urbani (4,2 bambini) e fra quelle che vivono nelle zone rurali (7,0 bambini). Il tasso di mortalità materna è 710/100.000, ma sale a 799/100.000 nelle aree rurali. Il tasso di mortalità infantile è 64 per mille. L'allattamento al seno è universalmente praticato in Eritrea: la sua durata media è di 22 mesi. Più del 40% dei bambini sotto i cinque anni è sotto peso. Le principali cause di mortalità e malattie infantile sono le conseguenze di carenze nutrizionali e di morbilità specifiche come malattie legate alla diarrea che provocano la morte di un significativo numero di bambini ogni anno. Oltre alla malnutrizione e alla povertà i fattori di vulnerabilità dei bambini sono un'ineadeguata assistenza medica, la difficoltà di accesso all'acqua potabile, mancanza di igiene e ambienti degradati.

L'accesso all'acqua potabile è un problema rilevante in Eritrea: solo il 16,4% dei nuclei familiari delle aree urbane (il 10% delle zone rurali) può raggiungere in 15 minuti riserve di acqua sicura (pompe, acquedotto, pozzi o acqua imbottigliata). Gli impianti fognari sono fatiscenti e la percentuale di nuclei familiari con latrine o servizi sanitari in casa è ferma al 12,8%. Nelle città il 46% della popolazione ha accesso alla assistenza medica, ma nelle zone rurali questa percentuale non va oltre il 3%. Naturalmente ad Asmara, la capitale, c'è la media più alta di controlli medici, il più elevato numero di donne in gravidanza che si rivolgono ad un'assistenza ospedaliera e la più alta percentuale di bambini sotto sorveglianza sanitaria durante gli anni della crescita.

In generale nelle regioni degli altopiani, benché la povertà incida profondamente sulle strutture sociali, l'accesso ai servizi pubblici e alla sanità è notevolmente migliore rispetto al bassopiano. Tutti gli indicatori delle regioni dei bassopiano (dati sociali, livelli di istruzione, mortalità infantile, accesso all'acqua, distanza fra abitazioni e scuole o cliniche, mancanza di servizi) sono allarmanti e dimostrano come queste aree, in particolar modo le zone costiere e il Gash-Barka, debbano essere considerate prioritarie per ogni programma di sviluppo.

Non sono stati compiuti studi accurati sui sistemi di medicina tradizionale e sulla diffusione di questi metodi di cura in Eritrea. È probabile che le pressioni degli anziani delle comunità sui giovani perché rispettino metodi tradizionali e le difficoltà di accesso ai servizi sanitari rendano frequente il ricorso a metodi tradizionali di cura.

Accanto a questo elemento vi sono comunque altre cause ben precise:

- alto costo delle cure moderne;
- il legame simbolico che unisce chi usa metodi tradizionali;
- il coinvolgimento della famiglia e della comunità nella decisione

riguardo al metodo di cura e nella scelta del medico tradizionale e la possibilità di curarsi nel proprio villaggio senza abbandonare il nucleo familiare;

- la sensazione di controllare meglio i trattamenti tradizionali che le cure moderne: le comunità locali, sicuramente, comprendono il linguaggio e la logica della medicina tradizionale;
- l'efficacia delle cure tradizionali in particolari infermità come i disturbi psicologici o le fratture.

La medicina tradizionale è stata combattuta dai governi coloniali e scoraggiata dalle campagne di modernizzazione dell'EPLF durante gli anni della guerra, ma continua a essere, soprattutto nelle zone rurali, la più diffusa opportunità di cure sanitarie. Se alcune pratiche tradizionali possono avere serie conseguenze per le madri e il loro bambino (tabù alimentari durante le gravidanze, pratiche che comportano complicazioni al momento del parto), altre sono da considerarsi positive e dovrebbero essere incoraggiate.

La diffusione dell'Aids è un problema crescente in Eritrea: le stime valutano che 50-60.000 eritrei possano essere Hiv positivi. Il maggior numero di casi è registrato ad Asmara, Assab e Massawa. Non è stato ancora realizzato un sistema di controllo epidemiologico, ma sono state condotte solo alcune indagini. Il primo caso di Aids fu registrato, nel 1988, ad Assab. Il National Aids Control Program (NACP) censì, nel settembre del 1995, 1.784 casi di Aids conclamato. Ogni mese sono riportati 55 nuovi casi di Aids. Il numero dei malati di Aids, in Eritrea, sta raddoppiando ogni 13 mesi, e ogni mese muoiono fra 11 e 15 persone. Il pericolo è che, come accaduto in altri paesi, la ripresa dell'attività economica e la nuova mobilità della popolazione favoriscano la diffusione della malattia. La maggior parte di infezioni da Hiv sono contratte attraverso rapporti eterosessuali. I dati di un rapporto del 1997 (EDHS, 1997) indicano che l'uso del preservativo è molto ridotto in Eritrea: solo il 2% degli uomini impiega il preservativo durante i rapporti sessuali. Le prostitute di Asmara sono affette soprattutto da gonorrea e sifilide.

### 1.5 Le donne (Gender-related issues)

Le donne sono state protagoniste del movimento di liberazione dell'Eritrea. Il 40% delle forze dell'EPLF era costituito da donne: erano un quarto dei combattenti in prima linea. Nelle zone liberate dell'Eritrea non esistevano né discriminazioni di sesso, né di religione. Le donne, oltre che combattenti, guidavano camion, lavoravano come meccanici, erano medici al fronte.

Nelle regioni che controllava, l'EPLF promosse la partecipazione delle donne alla vita delle comunità locali, le invitò a prendere parte attiva nelle scelte politiche, pose la questione di nuove relazioni uomo-donna con particolare riguardo al matrimonio. Fu una politica sociale basata sulla persuasione, non furono scelte imposte con la forza o astrattamente calate nella vita delle comunità locali. Nel 1979 all'interno dell'EPLF fu creata la National Union of Eritrean Women. Tra i suoi obiettivi vi era "to foster breaking with the restrictive and oppressive character of traditional society (...) by enabling them to participate equally with men in the struggle for the liberation of their country".

In Eritrea vi sono, attorno alla questione femminile, significative e sorprendenti differenze rispetto ad altri paesi dell'Africa sub saha-

riana:

- le donne partecipano alle attività comunitarie dei villaggi, stringono accordi sulla divisione del lavoro e dei raccolti per fronteggiare l'assenza di manodopera sia all'interno del nucleo familiare, sia nel villaggio. Il 40% del reddito di una famiglia guidata da una donna proviene da questi accordi di lavoro collettivo. È una percentuale che precipita al 7% se alla guida del nucleo familiare vi è un uomo. Ogni strategia di sostegno socioeconomico deve quindi tenere conto di questa elevata capacità delle donne alla partecipazione ad attività economiche comunitarie.
- le vedove conservano, in molte comunità, il diritto di coltivare la terra e ricevono aiuti dalle famiglie dei parenti e dalla comunità.

Le possibilità di disporre della terra cambia a seconda dei gruppi etnici eritrei. Fra i tigrini, che rappresentano quasi la metà della popolazione eritrea, la donna rimasta vedova non perde i suoi diritti a coltivare e a disporre della terra e dei beni del marito. Un consolidato sistema tradizionale, il *deisa*, protegge la donna in caso di divorzio anche se rimane a vivere nel villaggio dell'ex-marito, diverso dal suo villaggio di origine. Fra i tigre, che costituiscono un terzo della popolazione, lo status di donna vedova o divorziata crea, invece, problemi sociali rilevanti: in caso di divorzio, ad esempio, la donna è costretta a rientrare nel villaggio natale.

Nonostante il ruolo importante delle donne nella guerra di liberazione e la volontà politica del Governo dell'Eritrea di cambiare il ruolo sociale della donna in una società dalle tradizioni patriarcali, gli sforzi per trasformare nel profondo gli assetti sociali dell'Eritrea sono stati, negli anni della pace, una continua, altalenante sfida. Un confronto anche aspro ha spesso separato le donne e le loro rappresentanze politiche dalle scelte del Governo. Amare le accuse dell'associazione dell'*Eritrean Demobilized Female Fighters - Bana*: "Many women ex-fighters are unfairly denied employment opportunities due to a variety of prejudicial reasons based on their military past and gender. They expect their bosses to treat them as equals; they are said to be too critical when faced with injustice (...) These heroines of yesterday cannot fit into traditional social roles because they have spent their entire youth in the field fighting for the freedom of their country. It is Bana's task to ensure that women ex-fighters have the opportunities to fulfil their potential in Eritrean society. (...) Many women ex-fighters have unpublished stories about their extraordinary experiences during the struggle. Their stories should be heard by a society which may not be fully aware of what these women achieved in the field. Too often these women are treated as a burden; their daily problems are ignored and their attitude misunderstood." (Bana, 1997). Le donne comunque costituiscono il 21% dell'Assemblea Nazionale, il 13% dei ministri e quasi la metà dei membri dell'Assemblea Costituzionale.

L'associazione *Bana* ha promosso una serie di progetti di ricostruzione della professionalità delle ex-combattenti del Fronte Popolare. Sono stati tentativi coronati da successi. Le donne sono state coinvolte in corsi professionali riguardanti la pesca e aiutate ad aprire un mercato ittico ad Asmara. È stata creata una grande falegnameria dove sono state assunte un centinaio di donne. La *Christian Aid*, di Londra ha finanziato l'addestramento di 40 donne come camioniste. Altre donne hanno seguito corsi di informatica. Sono state progettate una serie di lavanderie professionali. *Bana* ha appog-

giato la creazione di un asilo capace di ospitare ogni giorno 150 bambini. *Bana* vuole creare o migliorare la professionalità femminile e favorire le opportunità di lavoro per le donne.

Vastissima la diffusione della pratica tradizionale della circoncisione femminile. Ricerche condotte fra il 1995 e il 1997 la ritengono universale: il 95% delle donne eritree sono circoncise (EDHS, 1997).

La pratica della clitoridectomia (asportazione del prepuzio con o senza escissione di tutte le parti della clitoride) è prevalente nelle regioni meridionali e centrali. L'escissione (rimozione del prepuzio, della clitoride e delle piccole labbra) è una pratica comune nelle regioni settentrionali e lungo la costa del mar Rosso. L'età della circoncisione può variare dal primo mese di vita fino a cinque anni. Nelle aree urbane raramente la circoncisione è praticata dopo il primo anno di vita.

La tradizione della circoncisione è fortemente radicata nella società eritrea: l'83% delle donne delle zone rurali del bassopiano (il Gash-Barka) ritiene che questa pratica debba continuare, questa alta percentuale scende al 50% nelle aree urbane e arriva al 30% ad Asmara. Il 52% delle donne favorevoli alla circoncisione sostiene di preferire la clitoridectomia, il 4% la escissione e il 43% la infibulazione (la rimozione di tutti gli apparati genitali esterni e la cucitura delle grandi labbra). Queste percentuali cambiano fra gli uomini: il 57% è favorevole alla clitoridectomia, l'11% all'escissione, il 28% alla infibulazione.

Una campagna che intenda modificare gli atteggiamenti e le abitudini delle donne e della popolazione in generale nei confronti dell'infibulazione e della circoncisione femminile deve partire da quelli che sono gli effettivi contesti sociali e culturali nei quali essa dovrà operare. Le leggi e i divieti sono insufficienti da soli a provocare le trasformazioni che riguardano i livelli più profondi di una cultura come la sessualità, le tradizioni o, più generalmente, i rapporti di potere fra i generi; interventi coercitivi hanno spesso indotto un aumento di questa pratica tradizionale.

### **1.6 Disturbi psico-sociali e sostegno psico-sociale (Psychosocial problems and psychosocial support)**

Conoscere le caratteristiche culturali attraverso le quali individui e gruppi percepiscono, definiscono, comunicano e gestiscono l'esperienza della sofferenza è fondamentale anche per impostare correttamente politiche di intervento sociale.

In Eritrea, al di fuori dei momenti rituali prescritti dalle norme sociali, l'esplicitazione del dolore, del lutto, del disagio derivante dalla propria condizione (vedova, orfano, disabile, vittima di traumi) non viene incoraggiata. Questo tratto, caratteristico di numerose culture dell'Africa sub sahariana, non significa che bisogna ad ogni costo far uscire e riconoscere segni 'nascosti' di stress, né che quest'ultimo debba essere negato o sottostimato. Piuttosto è importante dare una formazione agli operatori sociali e sanitari e agli insegnanti per sostenere coloro che mostrano segni evidenti di sofferenza una volta che questi emergano (sono spesso i vicini e i familiari che, per primi, operano questo rilievo). Le indagini compiute presso bambini orfani inseriti nei programmi di riunificazione o in istituzioni hanno mostrato che il grado di disagio o di sofferenza di rado supera la soglia oltre la quale è necessario un intervento psicoterapeutico specifico, individuale o di gruppo. Solo un piccolo numero di bambini,

in relazione a circostanze diverse (età della separazione, contesto del trauma, differenze individuali, precocità dell'intervento di supporto o della riunificazione con familiari), sviluppa disturbi psicologici tali da meritare un aiuto specifico e professionale.

Come è già stato ricordato, gli orfani in Eritrea sono una priorità; il dato quantitativo è allarmante: rappresentano quasi il 3% della popolazione del paese. Le loro condizioni nei vari orfanotrofi destano non poche preoccupazioni: i bambini, in queste istituzioni, "make a desperate effort to cling to any stranger indiscriminately, and any attempt to talk to or give physical contact to a single child immediately provokes jealousy from other children (...); the children are very aggressive, their play is stereotypic; usually they sit in groups of 2 or 3 bashing seeds with a stone..." (Jareg, 1995). Il Governo dell'Eritrea ha compiuto sforzi notevoli per ridurre in modo significativo il ricorso alla istituzionalizzazione dei bambini orfani promuovendo le iniziative e i programmi di riunificazione degli orfani. Le valutazioni di questi interventi sono positive: "In general, the percentage of children affected by clear signs of distress or psychological suffering is low (percentage calculated for the total number of children interviewed, 24.1%) (...). The protective effect of specific actions addressed to children by EPLF during the war and the spontaneous coping capacities of extended families were effective. They reduced the psychological consequences of the traumatizing experiences of war, displacement and loss of parents." (ASA-UNICEF, 1995).

Il disagio degli orfani e dei bambini in difficoltà rivela l'urgenza di vasti programmi di riabilitazione psico-sociale capaci di coinvolgere non solo i bambini, ma le famiglie e le comunità. Il Governo eritreo ne è stato consapevole e le sue scelte sono state coerenti con le linee di indirizzo approvate dalla comunità scientifica internazionale: le autorità eritree hanno scoraggiato l'istituzionalizzazione dei bambini orfani o disabili e hanno sostenuto la necessità che la riabilitazione e il sostegno psicologico arrivino in primo luogo attraverso le famiglie e le comunità, cercando di interrompere le spirali che spesso moltiplicano e amplificano i fattori di rischio attorno ai bambini. Nella valutazione di questi interventi e dell'efficacia dei programmi realizzati dal Governo dell'Eritrea non mancano certo limiti e incertezze: i campioni di riferimento, durante i monitoraggi, sono troppo ridotti, mentre il metodo di rilevamento (interviste aperte) è troppo vago e indeterminato. In più è necessario che i nuovi programmi di sostegno a bambini in circostanze difficili non si riferiscano esclusivamente alle vittime di eventi connessi alla guerra, ma considerino casi e fattori traumatici diversi e più ampi. In Eritrea è complesso applicare, senza adattamenti, la categoria del 'Post Traumatic Stress Disorder' (PTSD) coniata dalla psichiatria occidentale: il singolo 'evento traumatico' in Eritrea è composto da una serie di variabili interconnesse che minano seriamente e congiuntamente l'identità dei bambini e degli adulti, accrescendo la loro vulnerabilità psicologica e sociale in una molteplicità di modi difficilmente riconducibili a unità.

Nei primi anni dopo la fine della guerra di liberazione l'entusiasmo collettivo e l'orgoglio consapevole di aver pagato un prezzo elevato per ottenere l'indipendenza hanno rappresentato importanti fenomeni di 'prevenzione' e di 'supporto psico-sociale' per orfani, vedove e invalidi: queste risorse spontanee possono veder ridotta la loro efficacia con il passare del tempo. Ne sono consapevoli gli esperti che hanno condotto le prime valutazioni sui programmi di riu-

nificazione degli orfani: “there is little research on the psychological impact of war-stress and related situations on children in the Eritrean context. Further studies are necessary with regard to this aspect for various reasons, namely:

- some problems and symptoms may come out many years after the traumatizing experience (‘sleeper effect’),
- the need to consider the effect of convergence of additional risk factors (poverty, conflicts in receiving family and poor adjustment, and so on), and
- the additional risk factors are particularly evident in refugee children (...). But no information is available about the psychological condition of Eritrean ‘returned refugee’ children” (ASA-UNICEF, 1995).

Il rischio che si corre in Eritrea, come in altri paesi africani, è quello del ricorso a una acritica medicalizzazione delle sofferenze sociali, magari riconducendo alla categoria psichiatrica del Post Traumatic Stress Disorder casi di normale rielaborazione psicologica di vicende traumatiche. È un pericolo che deve essere evitato tenendo ben presente che:

- 1) i segni di cattivo funzionamento sociale sono un indicatore migliore dei sintomi riferibili alla categoria diagnostica del Post Traumatic Stress Disorder;
- 2) questi segni - ancor prima che da specialisti - vengono generalmente e adeguatamente colti dai familiari, dai vicini o dagli insegnanti;
- 3) la disponibilità di nuove opportunità economiche che stabilizzano e normalizzano le condizioni delle famiglie e della comunità nel suo insieme garantiscono risultati migliori negli interventi di *long-term support* e di riabilitazione psico-sociale, e sono, altresì, quelli con maggior impatto anche per i bambini con livelli di disagio o di sofferenza considerevoli;
- 4) è comunque da scoraggiare la medicalizzazione di normali risposte ad eventi traumatici o stressanti.

### 1.7 Scelte e strategie (Options and strategies)

L'Eritrea, subito dopo la fine della guerra di liberazione, e quantomeno fino al nuovo conflitto con l'Etiopia del 1998, ha dedicato ogni sforzo alla sfida dello sviluppo. La lotta per la riduzione della povertà ha rappresentato una priorità per il Governo del paese: crescita economica, accesso alle risorse e giustizia sociale sono stati obiettivi perseguiti con caparbia.

I bambini in difficoltà e le donne sono stati fra i protagonisti di questi sforzi sociali. È necessario, nonostante la nuova crisi e l'improvviso cambiamento di clima sociale del paese in conseguenza della nuova mobilitazione militare, mantenere inalterate le strategie finora perseguite e confermare le scelte compiute fra il 1992 e il 1998. In particolare -

- è necessario incoraggiare e sostenere le strategie di riunificazione degli orfani e di supporto alle famiglie di accoglienza già sperimentate, fra il 1993 e il 1994, in alcune aree del paese grazie all'impegno di vari organismi internazionali (UNICEF, *Rädda Barnen* e *Redd Barna*) e dei governi che ne hanno sostenuto l'impegno economico (la Cooperazione italiana in particolare). È importante estendere questi programmi ai bambini vittime di altre situazioni di

rischio e vulnerabilità non limitandosi a coloro che sono stati vittime di traumi conseguenti alla guerra. Altrettanto importante è la prosecuzione delle attività di monitoraggio per poter valutare nel tempo la qualità dell'integrazione familiare e sociale dei bambini. È ugualmente importante estendere il programma di riunificazione degli orfani in altre regioni del paese oltre le aree nelle quali il programma è stato condotto;

- chi vive elevati livelli di sofferenza in relazione alle passate vicende (traumi, ferite da guerra, testimonianza di atrocità) e alle difficoltà che ne sono seguite (separazione dalle famiglie, scarsa disponibilità di risorse alimentari) deve poter ricevere un aiuto psicologico adeguato (si tratta probabilmente, come si è già detto, e secondo i pochi dati al momento disponibili, di una minoranza);
- fra le strategie di riabilitazione sociale, meritano una speciale priorità i programmi di addestramento professionale e di sostegno alle attività economiche, sia per le donne in posizione di capo famiglia (vedove, separate) che per quanti (come ad esempio le adolescenti oggetto di sfruttamento e a rischio di prostituzione) continuano a pagare un prezzo elevato per le conseguenze sociali ed economiche del periodo della guerra;
- per i bambini on/of street, se è necessario assicurare che essi possano riprendere le attività scolastiche, è altrettanto importante operare perché abbiano concrete possibilità di sottrarsi alla spirale dello sfruttamento, della marginalizzazione, della conseguente vulnerabilità psicologica: le strategie saranno ancora una volta in primo luogo sociali e comunitarie (sensibilizzazione, supporto alle attività economiche, responsabilizzazione delle famiglie), ed è urgente disporre di informazioni precise sull'entità del fenomeno (mendicanti, prostituzione giovanile, ecc.) prima di poter realizzare qualsivoglia programma; sarebbe utile definire una mappa delle aree geografiche e sociali a rischio: zone urbane o di recente urbanizzazione, sobborghi della capitale, zone di confine; è comunque indispensabile intervenire dove ci sono situazioni di indubbia difficoltà come nella città di Assab;
- la condanna del lavoro infantile è velleitaria se rimane un grido isolato: è fondamentale conoscere il punto di vista di tutti gli attori sociali, primi fra tutti i bambini e i loro familiari, per correggere le cause che favoriscono o perpetuano questo fenomeno. Gli interventi dovranno essere complessi e operare sia sui livelli micro- (assenza di genitori, sfruttamento intenzionale da parte di adulti, povertà), che macro-sociali (comunitario, educativo, legale, economico);
- la Community-Based Rehabilitation rappresenta l'orientamento unanimemente accolto per ogni intervento sui bambini disabili. È una strategia all'interno della quale devono essere successivamente pensati interventi speciali per i gruppi che presentano particolari disabilità e la cui gestione non può, per l'elevata complessità dei problemi connessi, essere delegata completamente alla famiglia o alla comunità. Anche nei casi più gravi (con particolare attenzione a quelli con ritardo mentale), l'intervento speciale di sostegno deve essere però realizzato possibilmente senza spezzare i vincoli con la famiglia e la comunità: quando queste ultime sono opportunamente sostenute, la gestione dei problemi anche per i disabili gravi può essere mantenuta nell'ambito del loro contesto normale;
- in generale, per ciascuno dei problemi considerati, bisogna favorire strategie integrate che non operino artificiose separazioni relativa-



mente ai destinatari degli interventi (orfani, bambini di strada) e considerino piuttosto i gruppi a rischio e i fattori di vulnerabilità come reciprocamente interconnessi;

- sarebbe inoltre auspicabile una stretta collaborazione fra gli enti e le varie organizzazioni impegnate nella realizzazione di programmi a favore dei bambini in difficoltà: anche le strategie di valutazione e di monitoraggio guadagnerebbero molto da questa integrazione e faciliterebbero la definizione di interventi locali ritagliati sulla specificità del contesto e del problema ma al tempo stesso coerenti con i progetti nazionali definiti dalle scelte governative;

- una collaborazione sistematica fra i diversi ministeri (Sanità, Educazione, Lavoro e Affari Sociali) si rivelerebbe particolarmente utile per aumentare il grado di sinergia nell'individuazione precoce dei problemi (sanitari, psicologici, economici, di apprendimento o di integrazione scolastica) nei bambini e negli adolescenti a rischio (orfani e disabili). Particolare attenzione merita la questione Aids: dal momento che è unanimemente accettato che anche in Eritrea si accresce anno dopo anno il rischio di contrarre l'infezione, è necessario programmare una sistematica attività di prevenzione mirata secondo i differenti gruppi-target (soprattutto prostitute e bambine di strada).

## 2. ETIOPIA

### 2.1 Cenni storici, culturali e geografici

L'Etiopia è uno dei più antichi e grandi stati africani. Affonda le sue radici nel mitologico regno di Axum e non ha mai perduto, tranne che nel periodo dell'occupazione italiana (1936-1941), la sua indipendenza e sovranità.

L'Etiopia è un paese immenso (1.130.000 Km<sup>2</sup>) con caratteristiche climatiche e ambienti geografici diversissimi (altopiano, bassopiano, deserto, foreste, savane) che hanno determinato strutture sociali profondamente differenti da regione a regione. Le aree del bassopiano sono considerate, dal punto di vista sanitario, a rischio di malaria e a presenza endemica di malattie tropicali (schistosoma, leishmania, kala-azar). Nel 1996, a causa di una persistente stagione delle piogge, la malaria ha colpito duramente le popolazioni del bassopiano; la *Malaria Control Unit* del ministero della Sanità ha valutato che in alcune zone della regione Oromo, la più vasta dell'Etiopia, soggette agli straripamenti del fiume Awash, il numero dei casi di questa malattia sia cresciuto di sei volte rispetto al 1995.

Grandissime sono anche le differenze etniche all'interno dell'Etiopia, che comprende più di 80 popoli o 'nazionalità'. Gli Oromo (29,07%) sono l'etnia maggioritaria, gli Amhara rappresentano il 28,09%, mentre i Tigrini sono il 9,74%. Meno consistenti, ma concentrati in aree ben determinate del paese gli altri popoli: i Guraghe (4,36%); i Somali (3,79%); i Sidamo (2,96%); i Wolaita (2,57%); gli Afar (1,51%); gli Agaw (1,15%); i Guji (1,13%); i Gamo (1,09%); i Gedeo (1,07%); i Keffa (1,04%) e i Kembatta (1,02%). Questi gruppi rappresentano il 90% delle popolazioni etiopiche: altre piccole etnie abitano soprattutto nelle regioni meridionali attorno al bacino del fiume Omo. Oromo, Amhara e Tigrini, da soli, sono il 66,90% della popolazione etiopica (Molsa, 1996).

L'Etiopia è stata travagliata da guerre, conflitti etnici, siccità, carestie, brutali governi militari che, nel passato, hanno aggravato la povertà del paese e acuito i problemi sociali. Il nuovo recente conflitto con l'Eritrea (1998) è la prova dell'instabilità della regione del Corno d'Africa. Tra il 1961 e il 1991 la lunga guerra d'indipendenza in Eritrea, accompagnata da siccità e carestie, aveva portato a un drammatico aggravamento della situazione economica e dei conflitti all'interno del paese. Nel 1974 l'ultimo imperatore, il negus Hailé Selassie, fu destituito da un colpo di stato militare che condusse al potere una dittatura, guidata dal colonnello Menghistu Hailè Maryam. Fra il 1974 e il 1991 l'Etiopia è precipitata nel caos: guerra in Eritrea, guerra con la Somalia, carestie devastanti, un'inarrestabile afflusso di profughi in fuga dai combattimenti e dalla fame, deportazioni di popolazioni, ribellioni di regioni e di etnie al potere di Addis Abeba. Il governo di Menghistu crollò nel 1991 in seguito alla sconfitta sul fronte eritreo e all'avanzata militare del Fronte Popolare di Liberazione del Tigray (TPLF), che fino ad allora aveva operato nella regione settentrionale dell'Etiopia. Nel 1991, dopo la fuga di Menghistu, venne creato un governo di transizione che pose

fine alla guerra con l'Eritrea, riconoscendone l'indipendenza, e varò una politica di riconciliazione nazionale. Il governo, controllato in maggioranza da dirigenti del Tplf di etnia tigrina, ha approvato nel 1995 una nuova carta costituzionale che prevede, per la prima volta nella storia dell'Etiopia, il riconoscimento dei diritti di autodeterminazione (fino alla possibilità di secessione) dei diversi popoli e che ha ridisegnato i confini delle regioni all'interno del paese secondo ripartizioni etniche (sono state create 14 regioni, poi ridotte a nove per l'accorpamento delle aree meridionali). L'Etiopia, paese dove il potere è sempre stato fortemente centralizzato, è diventato, nell'agosto del 1995, uno stato federale: a ogni popolo sono state ufficialmente riconosciute autonomie formali e sostanziali e il diritto di usare la propria lingua e seguire la propria cultura. Non solo: sono stati trasferiti ai governi regionali significativi poteri anche in campo economico e finanziario e la possibilità di avere rapporti diretti con organismi internazionali e organizzazioni non governative. Il nuovo sistema etiopico, che è stato ribattezzato 'federalismo etnico', è un sistema profondamente decentralizzato, dove devono ancora essere trovati gli equilibri fra potere centrale e poteri regionali per evitare spinte centrifughe e rischi di disgregazione del paese. Tre regioni (Amhara, Oromya e le Southern Regions) rappresentano l'80% della popolazione.

L'Ethiopian Peoples Revolutionary Democratic Front (EPRDF), il partito creato dal TPLF alla vigilia della conquista di Addis Abeba, ha vinto le prime elezioni della storia del paese, organizzate nel 1995, ma boicottate dalle opposizioni: 483 seggi del Parlamento Federale (90%) sono andati all'EPRDF, 46 (9%) a partiti alleati e solo 8 (1%) a rappresentanti dell'opposizione. In Parlamento sono state elette solo 13 donne (2,4%).

Negli anni successivi al 1991 il governo etiopico si è sforzato di creare e formare quadri amministrativi e funzionari destinati a ricostruire e organizzare le istituzioni centrali del paese e gli uffici regionali, le cui strutture rimangono ancora fragilissime. In Etiopia non esiste un'anagrafe e, in conseguenza della riorganizzazione federale, il collegamento fra uffici regionali e ministeri è precario e spesso inesistente: questo rende incerte le statistiche e l'affidabilità di molti dati.

Nonostante un impegno tenace in politiche di sviluppo, i più gravi problemi dell'Etiopia (povertà, disoccupazione, gran numero di rifugiati, mancanza e debolezza di servizi sociali) rimangono tuttora irrisolti.

La nuova guerra con l'Eritrea (maggio-giugno 1998), rischiando di interrompere un processo di sviluppo che appariva promettente, ha rimesso in discussione molte delle priorità del paese. Il blocco del porto di Assab, in territorio eritreo, ha creato seri problemi di approvvigionamento di beni essenziali. Una nuova ondata di profughi (200-300.000 persone) ha aggravato, soprattutto nelle regioni settentrionali, una situazione sociale già precaria, creando nuove e impreviste emergenze.

## 2.2 Profilo demografico e socio-economico

I dati più recenti valutano in 55.765.000 la popolazione dell'Etiopia. Ufficialmente ad Addis Abeba vivono 2.341.964 persone, anche se stime ufficiose parlano di quasi quattro milioni di abitanti. Il tasso di crescita della popolazione oscilla fra il 3 e il 3,2%: se rimarrà costante, il numero degli abitanti dell'Etiopia triplicherà in un quarto di secolo (145 milioni nel 2025). Quasi metà della popolazione ha meno di 15 anni di età; solo il 4,7% ha più di 65 anni.

Non esistono dati concordanti sul numero dei bambini e degli adolescenti in Etiopia. Le proiezioni del censimento del 1994 calcolano che il 18% della popolazione sia sotto i 4 anni. Le stime della Central Statistical Authority (CSA) valutano che i bambini sotto i 5 anni siano invece poco più di 7 milioni (il 14,9%). Sempre secondo il censimento del 1994 (condotto solo in una parte del paese) i bambini e i ragazzi fra gli 0 e i 14 anni sono il 46,5% della popolazione, percentuale molto vicina ai calcoli compiuti dalla CSA che, nel 1995, valutò che i bambini e i ragazzi fra gli 0 e 14 anni rappresentavano il 45,1% degli abitanti dell'Etiopia: oltre 22 milioni di persone. Il 20% della popolazione è composta da giovani fra i 15 e i 24 anni. Il tasso di fertilità, che nel 1970 era di 5,2 figli per donna, è salito a 7,7 nel 1990 (OPHCC, 1991). Ricerche più recenti hanno confermato che questo dato si è stabilizzato: 7,5 figli per donna (ISIAO, Prep. Study Country Programme 1999-2001; 1998) ma rimane alto se confrontato con la media dei paesi dell'Africa sub sahariana (5,9 figli per donna). Significative le differenze fra le zone rurali (8,2 figli per donna) e le città (5,7 figli per donna)

Secondo la WHO, in Etiopia l'attesa di vita è ferma a 47 anni per gli uomini, 50 anni per le donne. La densità di abitanti è relativamente bassa: 45 persone per Km<sup>2</sup>; l'87% della popolazione vive in zone rurali.

La distribuzione della popolazione risponde comunque a precise ragioni geografiche e sociali (migrazioni, spostamenti di popo-

lazioni a causa della guerra e delle siccità, bisogni economici, fertilità o aridità della terra, clima). Le regioni del bassopiano sono considerate insalubri per la presenza endemica di malaria, febbre gialla e malattia del sonno, che minaccia soprattutto le mandrie e gli allevamenti di bestiame. Le popolazioni dei bassopiani si dedicano essenzialmente all'allevamento e all'agricoltura; in queste regioni la densità degli abitanti scende notevolmente e la dispersione in aree vastissime è elevata. L'allevamento, nelle zone dei bassopiani, è la risorsa principale ed è strettamente legato all'andamento delle piogge, alle variazioni climatiche e alla disponibilità di acqua. Le zone degli altipiani sono invece densamente popolate (200 abitanti per Km<sup>2</sup>) e sono favorevoli alle attività agricole anche se soggette a imponenti fenomeni erosivi.

In Etiopia il reddito pro-capite è fermo a 110 dollari annui (World Bank, 1996): è uno dei più bassi del mondo tenuto conto che il reddito medio nei paesi dell'Africa sub sahariana è di 350 dollari, e di 230 nei paesi meno sviluppati.

La metà del Pil etiopico proviene dall'agricoltura. Buone stagioni delle piogge, andamenti climatici regolari e l'uso di fertilizzanti hanno favorito, dopo la fine della guerra, la riabilitazione e la crescita del settore agricolo. La bilancia dell'export poggia, per intero, su questo comparto. L'Etiopia ha il più basso tasso di esportazioni pro capite del mondo. Un quinto della popolazione rurale è costretta ad affrontare gravi problemi di sopravvivenza: i suoi consumi equivalgono solo a un decimo di quanto consumano i restanti quattro quinti. La disoccupazione è endemica. Più della metà dei nuclei familiari dell'Etiopia sono 'very poor' e la rapida crescita della popolazione pone gravissimi problemi di carattere sociale. Tutte le infrastrutture sociali ed economiche sono fragili e deboli. Le condizioni di vita nelle zone rurali sono rese ancor più difficili dall'isolamento e dall'insufficienza assoluta dei mezzi di trasporto: l'Etiopia ha la più bassa densità di strade fra i paesi dell'Africa sub sahariana e il 75% delle case rurali sono lontane più di mezza giornata a piedi dalla più vicina strada praticabile. Raggiungere servizi sociali, posti di salute, scuole, l'acqua, è complesso e faticoso. Fino al 2002 il governo dell'Etiopia considera prioritari gli investimenti di carattere sociale attraverso i Sectorial Investment Programmes (SIP, Rep. Ist. Italiano per l'Africa e il Medio Oriente, Prep. Study for the 1999-2001 Country Program, Ag. 1998). Il rischio è che il nuovo conflitto con l'Eritrea rimetta in discussione queste priorità.

Le previsioni economiche, prima dell'ultima guerra con l'Eritrea, erano incoraggianti. Gli indicatori macroeconomici negli ultimi anni erano migliorati e i risultati economici complessivi, grazie a una buona gestione finanziaria, ai successi nella politica di riforme, ai sostegni internazionali e ai buoni andamenti dei raccolti, erano stati positivi. Le stime, prima della guerra del 1998, valutavano una possibilità di crescita del 10% annuo del Pil: nel 1996 il tasso era stato del 12,4%, nel 1997 la crescita aveva rallentato fermandosi al 5,6%, leggermente inferiore al 6% previsto. Fra il 1994 e il 1997 il tasso di inflazione era rimasto sotto controllo (2,3%).

I paesi donatori hanno considerato importante appoggiare, fra il 1991 e il 1998, i processi democratici in Etiopia per consentire al paese di superare i problemi legati a una difficile transizione, ma il fenomeno della povertà generalizzata non si è attenuato nonostante le incoraggianti performances macroeconomiche. L'economia etiopica soffre di carenze tecnologiche, assenza di know-how, mancanza di

## Population and Mortality Data

	Total	Percentage
Total population	49,218,178	-
Urban population	6,806,304	13.8
Rural population	42,218,178	86.2
Total female population	24,653,249	50.1
Total male population	24,564,929	49.9
Population under 15	22,181,568	45.1
Children under 5	7,353,074	14.9
Under 1 year mortality rate*	Overall: 120.7	Male: 126.7 Female: 113.3
Under 5 mortality rate*	Overall: 176	Male: 184.7 Female: 166
* per 1.000		
Life expectancy	Overall: 50.1	Male: 49 Female: 51

Fonte: CSA (Central Statistical Authority, Statistical Report, November 1995; The Population and Housing Census, October 1994), with regard to 9 of the total of 11 regions.

infrastrutture, rapida crescita della popolazione, erosione del suolo, ricorrenti rischi di siccità e carestie. La nuova guerra con l'Eritrea è un gravissimo segnale di instabilità per tutta la regione del Corno d'Africa.

“Despite the positive statistics of growth in the key economic factors, their impact continued to be controversial in view of skewing cost of living, growing number of poor and unemployed people, deteriorating quality of basic social services, virtual absence of increased income, crumbling physical infrastructure, failing power, water and telecommunications systems. More and more concerns are growing from all segments of the society about the steep increase of prices of drugs in a country where the majority of the population is poor, suffers from communicable diseases and malnutrition, social security system does not exist, artificial security is common and few or no local manufacturers exist to stabilize the medical drug market by appropriate intervention measures.” (UNICEF, 1996b).

Le analisi dell'UNICEF sono confermate da dati sociali allarmanti:

- 19 milioni di contadini poveri non riescono a ottenere risorse o produrre cibo a sufficienza per il proprio nucleo familiare a causa della scarsità della terra a disposizione, delle infelici condizioni climatiche o dell'aridità dei suoli;
- 750.000 agricoltori sono stati spostati in luoghi inadatti;
- 400.000 fra i poveri urbani sono cronicamente sottonutriti, la maggior parte sono donne rimaste capofamiglia. Questo esercito di poveri spende l'85% dei suoi bassi redditi per ottenere cibo;
- 230.000 disoccupati nelle aree urbane sono privi di ogni supporto familiare. Non trovano lavoro a causa dell'età, di disabilità o disturbi mentali;
- nel 1996 3,2 milioni di persone non hanno avuto cibo a sufficienza per sfamarsi;
- la nuova guerra del 1998 ha già provocato almeno altri 200.000 profughi. Le autorità etiopiche prevedono che, complessivamente, 300.000 persone saranno costrette ad abbandonare le proprie case e i propri villaggi.

I dati sui livelli di scolarizzazione e di educazione sono certamente indicativi di un quadro sociale ed economico preoccupante. I tassi di iscrizione e frequenza dei bambini alle scuole primarie sono particolarmente bassi nelle regioni rurali: una media percentuale del 29% che scende al 19% per le bambine. Nel 1995 globalmente le bambine e le adolescenti rappresentavano solo il 24% degli iscritti alle scuole etiopiche (1995). Elevato il numero degli abbandoni scolastici anche nelle città.

La World Bank ha rivelato che, nonostante dati macro-economici positivi, gli scenari sociali rimangono più che preoccupanti e ha sottolineato, con allarme, il peggioramento delle condizioni di vita nelle aree urbane, la disoccupazione dilagante, il brusco passaggio di migliaia di persone da lavori permanenti a lavori informali e discontinui, l'aumento della criminalità e della prostituzione.

Le difficoltà dell'economia etiopica e l'incapacità di affrontare realmente problemi complessi come la povertà pongono interrogativi, ancora irrisolti, sul tipo di sostegno internazionale più efficace per l'Etiopia e su quali obiettivi prefissarsi con questi interventi.

## 2.3 Bambini che hanno bisogno di particolari

### **misure di protezione**

#### **(Children requiring special protection measures)**

In Etiopia, paese povero e impegnato in una difficile opera di ricostruzione, le priorità sociali sono molteplici e sempre urgenti. Negli anni successivi alla fine della guerra e alla caduta del regime di Menghistu il quadro delle politiche e delle scelte legislative sull'infanzia ha mostrato aspetti diversi: da un lato era impossibile pretendere che gli interventi verso i bambini in condizioni particolarmente difficili (Children in Especially Difficult Circumstances, CEDC) diventassero una priorità assoluta in un contesto sociale così precario come quello etiopico; dall'altro le autorità etiopiche hanno compiuto reali e tenaci sforzi per creare punti di riferimento indispensabili per una politica dell'infanzia. In questi ultimi anni è stata ratificata la Convention on the Right of the Child e sono stati messi a punto il *National Plan for Action for Children and Women*, la *Developmental Social Welfare Policy*, la *Educational and Training Policy* e la *Health Policy*. Soprattutto i piani settoriali di sviluppo nel campo dell'educazione e della sanità di base testimoniano l'attenzione delle autorità etiopiche verso i bisogni essenziali e la crescita di risorse umane.

#### **2.3.1 Bambini di strada (streetism)**

Come già è stato ricordato nel primo capitolo, con l'espressione 'bambini di strada' si indicano fenomeni sociali complessi e multideterminati, strettamente concatenati uno all'altro. I bambini di strada non sono una categoria predefinita: “use of the label 'street child' is not to imply that street children form a category with psychological or physical characteristics or needs which differentiate them from other disadvantaged urban children.” (Veale, Adefrisew, Lalor, 1993).

In Etiopia si stima che, complessivamente, circa 4 milioni di bambini siano in condizioni estremamente difficili e che 500.000 corrano un alto rischio di essere coinvolti nella vita di strada (Molsa, 1995a). Un milione e centomila bambini residenti nelle aree urbane vivono al di sotto della soglia di povertà assoluta e in condizioni di grave rischio sociale, fisico e psicologico. La metà dei bambini poveri di Addis Abeba non frequenta la scuola (Taçon, 1991).

Una stima dell'immediato dopoguerra calcolò che i bambini di strada in Etiopia fossero 100.000 (Taçon, 1991). L'UNICEF ritiene che il numero dei bambini di strada aumenti, ogni anno, di 5.000 unità. Proprio l'UNICEF sta varando un vasto progetto di *Protection, Rehabilitation and Prevention for Street Children and Mothers in Ethiopia*. Il numero stimato di beneficiari è elevato: 150.000 bambini di strada, 15.000 madri e i loro bambini, 800.000 bambini ad alto rischio e le loro famiglie.

I bambini di strada rappresentano uno dei settori più vulnerabili dell'infanzia in Etiopia. La loro vita e il loro sviluppo psico-sociale è minacciato da rischi e pericoli continui: nutrizione inadeguata, condizioni climatiche e ambientali avverse, lavoro prolungato e sfruttamento, abusi fisici e sessuali.

Tra i primi ricercatori che nel dopoguerra analizzarono il fenomeno degli street children, Taçon individuava tre 'target groups':

“The primary target group of children for whom such a national programme would be mounted would be those who

are working /and/or playing on the street - those youngsters for whom the street is the daily centre of life and livelihood but who still have family and some sort of home to which they return (...) The point here is that the definition of this primary group should be inclusive rather than exclusive (...). The secondary target group is the much smaller number of children of the street, or child street residents, for whom the street is home and almost always some form of substitutive family (...). The tertiary target group of children for attention by the programme consists of those boys and girls who are still 'classified' as home children but who are at very high risk of falling out of the family's safety net, most likely because of the disintegrating nature of the family itself. While the primary and secondary child target groups will require attention through the provision of a mixture of urban basic services, street services and special child services, this very high risk home children group can be attended with urban basic services only, but with special attention to their fragile family situation. The overall age target for all street children programmes/projects should be 5 to 17 years. It might be argued that the age of five is too young for street children, but the writer's experience has been otherwise. Very young boys and girls of this age are increasingly reaching the street". (Taçon 1991)

Taçon e altri sottolineavano come in Etiopia si fosse prodotto un singolare sinergismo di intenti e di azioni, poco comune in altri contesti, nell'affrontare il problema e sottolineavano il grande entusiasmo che caratterizzava l'impegno dei diversi partners nello sviluppo dei programmi di intervento. Ma, nonostante questo ottimismo, la realizzazione dei programmi e dei progetti in favore dei bambini di strada non è stata certo facile in Etiopia. Operatori delle Cooperazione italiana fanno ancor oggi notare che queste difficoltà sono derivate da ragioni diverse:

- a) le condizioni generali di vita della popolazione sono così difficili che il fenomeno dei bambini di strada non è considerato prioritario, anche per evitare di generare aspettative che non potrebbero essere soddisfatte;
- b) i costi degli interventi di riabilitazione sono molto alti: i programmi per i bambini di strada non possono prescindere da fornire possibilità di alloggio, cure sanitarie, vestiti e cibo. Inoltre i bambini di strada, essendo privi di residenza, non hanno accesso ai servizi sanitari di base e non hanno diritto alla 'carta di povertà'. Le autorità pubbliche etiopiche assistono, ad Addis Abeba, non più di mille bambini in condizioni particolarmente difficili. Il 70% dei programmi sociali in corso nella capitale etiopica sono, in realtà, gestiti da ONG.
- c) in Etiopia si stanno sviluppando dibattiti e modalità di intervento diverse attorno ai bambini di strada. *Rädda Barnen* ritiene che i bambini di strada vivano condizioni migliori di altri bambini in quanto controllano direttamente i loro guadagni: questa ONG sta promuovendo azioni dirette alla creazione di una autocoscienza da parte degli street children e realizza progetti a favore di gruppi ad alto rischio come le giovani prostitute. Il ministero del Lavoro e degli Affari Sociali e la Cooperazione italiana privilegiano politiche di prevenzione e azioni di sostegno alle famiglie in difficoltà

per cercare di ridurre il disagio sociale, la povertà e i conseguenti fattori di rischio per i bambini.

È comunque necessario avere chiaro che i fattori all'origine dello streetism non sono omogenei e che la definizione delle strategie più opportune che si intendono promuovere per far fronte a questo drammatico problema non può prescindere dalla loro conoscenza approfondita. Le cause del fenomeno appaiono infatti profondamente differenti da città a città. Ad Addis Abeba lo streetism è connesso all'estrema povertà della popolazione urbana (a seconda delle diverse stime il numero delle famiglie al di sotto del reddito minimo oscilla fra il 30% e il 50%; da tener presente anche che il 30% dei nuclei familiari di Addis Abeba è guidato dalla madre) e alla migrazione di molte famiglie dalle zone rurali. A Makallè lo streetism è invece provocato dalla vecchia guerra (molti dei bambini di strada sono orfani), dalle passate carestie, dagli esodi e - in molti casi - dal conseguente abbandono dei bambini da parte delle loro famiglie. La nuova guerra con l'Eritrea è probabilmente destinata a provocare un nuovo afflusso di profughi proprio in questa regione che, durante i combattimenti del giugno 1998, è stata bombardata dall'aviazione eritrea. La strada, a Makallè, è spesso l'unico contesto nel quale i bambini abbandonati possano trovare mezzi e strumenti per sopravvivere.

A Nazareth, nell'Etiopia centrale, lo streetism è anche la conseguenza della particolare tradizione dell'etnia Guraghe, il gruppo etnico prevalente in questa regione. I bambini successivi al primogenito, nella tradizione guraghe, vengono inviati nelle città più vicine per trovare lavoro: sono, quindi, incoraggiati a diventare autonomi dalla famiglia e a contribuire economicamente al suo sostentamento. Sulle spalle di questi bambini grava il 'dovere' di inviare ai genitori e ai parenti rimasti in campagna, assieme ai vestiti, il denaro sufficiente per pagare l'affitto della terra. Devono inoltre mandare i fondi necessari per l'acquisto di una mucca per la festa tradizionale del *Maskal*.

A Bahir Dar, capoluogo della regione Amhara, lo streetism è provocato spesso dalla vastità del fenomeno migratorio dalle zone rurali verso la città. In molti casi le famiglie erano venute a Bahir Dar in cerca di lavoro. Sono generalmente famiglie che versano in condizioni di estrema povertà e scosse da conflitti violenti fra coniugi; in molti casi i bambini vengono abbandonati oppure fuggono da casa. Molti degli street children di Bahir Dar sono orfani di almeno un genitore.

Un'analisi accurata dello streetism mostra non solo una notevole eterogeneità delle cause, ma anche un rapido mutare del profilo degli stessi bambini di strada: ad Addis Abeba, negli ultimi dieci anni, sono diminuiti i 'children of the street' mentre sono aumentati i 'children on the street' (v. capitolo 1).

Nel corso di questi ultimi anni, come indica la tabella seguente, sono mutati i fattori, i profili e le cifre dello streetism.

Oltre che distinguere con attenzione le cause che hanno determinato lo streetism (povertà estrema, morte di uno o di entrambi i genitori, conflitti familiari, divorzio), è necessario tenere ben presente il momento in cui si trova il bambino. Le strategie devono cambiare notevolmente a seconda che il bambino sia nei primi passi della vita di strada oppure che la sua esperienza 'on/of the street' sia consolidata nel tempo.

## Ricerche condotte sugli 'street children' negli anni scorsi

1974 Survey by Rehabilitation Agency	Number of street children in Addis Ababa: 5004	72% were born outside Addis Ababa	24% were children of the street	27% of children on the street live with parents and 48% with relatives
1988 Survey by MOLSA & Rädä Barnen		only 34% were born outside Addis Ababa	37% were children of the street	54.7% of children on the street live with parents and 7.7% with relatives

Cause diverse spingono pertanto a definire strategie e soluzioni diverse. Se le cause della separazione dalla famiglia e dello streetism sono da ricercare fundamentalmente negli effetti della guerra e degli esodi (è il caso di Makallé, ad esempio), un programma di riunificazione con le famiglie, soprattutto per ciò che riguarda gli orfani, si presenta come la strategia più adeguata. La strategia di una possibile riunificazione va di pari passo con l'obiettivo prioritario di evitare soluzioni istituzionali e ricoveri in orfanotrofi, privilegiando, invece, soluzioni come le adozioni o gli affidamenti.

Se, al contrario, i conflitti fra coniugi (violenza, separazione) e la povertà rappresentano i dati dominanti, la riunificazione familiare può non essere la soluzione migliore e gli stessi bambini possono non desiderarla. Non è certo possibile trascurare questa volontà soggettiva: l'obiettivo è individuare "the best interests of the child" e considerare i bambini come i protagonisti del progetto che li concerne, e non come soggetti passivi di assistenza. La riunificazione, in questi casi non avrebbe possibilità di successo anche perché famiglie lacerate da drammatici problemi economici e sociali, non potrebbero prendersi carico di tutti i bisogni del bambino. In questi casi i supporti psico-sociali devono essere considerati parte integrante dei programmi in modo da individuare, di volta in volta, le strategie più appropriate e prevenire eventuali fallimenti.

Alcuni dati relativi alla percezione che i bambini hanno del giudizio dei familiari in merito alla loro vita sono importanti per comprendere come anche a questo livello si debba operare per mutare comportamenti, abitudini e decisioni. In molti casi le famiglie non disapprovano la scelta di diventare 'bambini di strada'; a volte anzi ne sono soddisfatte. Non bisogna stupirsi: la strada è fonte di un reddito che contribuisce in maniera significativa a sostenere la famiglia e spesso le madri e i loro bambini non hanno alternative al 'lavoro di strada'. Gli operatori della Cooperazione italiana hanno riscontrato in alcuni focus group che i guadagni dei bambini di strada rappresentavano il 40% del reddito familiare complessivo. E spesso sono proprio i bambini più piccoli gli abituali venditori di kolo (chicchi di orzo tostati) o di sigarette, che girano fino a tarda notte nelle bettole di Addis Abeba. Le famiglie preferiscono utilizzare i bambini per evitare rischi di abusi sulle sorelle maggiori.

La maggioranza dei bambini di strada chiede l'elemosina, e, spesso, lo fa con notevole senso di vergogna. È frequente che essi siano insultati o aggrediti. Durissima è la competitività fra un bambino e l'altro, altissimo il tasso di violenza. Le adolescenti o le donne incinte chiedono l'elemosina esibendo la gravidanza, coloro che hanno già un figlio mostrano il bambino: è un sistema per poter guadagnare di più. Per questa ragione le ragazze cercano deliberatamente

di rimanere incinte oppure sottraggono un bambino o lo 'prendono in affitto' per la giornata (Lalor, 1993).

Alcuni bambini di strada possono essere definiti come delinquenti (*deriyeas*), e molti di loro spendono una parte dei loro guadagni quotidiani nel consumo di *talla*, la birra locale, o del *tej*, una bevanda alcolica ottenuta dalla distillazione del miele. Molti masticano *khat*, le foglie di una pianta che producono effetti narcotico-euforizzanti.

La prostituzione minorile è uno dei fenomeni più drammatici connessi con lo streetism. Secondo la ricerca condotta da Lalor nel 1993 l'età media alla quale le bambine vengono avviate alla vita di strada si aggira intorno ai 13 anni: "in an abusive home situation, her new-found capacity for independent decision-making may manifest itself in her choice to leave home and make her own way on the street (...) This suggests that moving onto the street is widely perceived to be a more attractive option than continuing to live in a negative home situation".

A 13 anni le bambine che dormono in strada subiscono minacce, attacchi, attenzioni sessuali. La prima violenza sessuale avviene, in media, a poco più di 14 anni (14 anni e due mesi). Vengono spinte a prostituirsi da proprietari di bar che le utilizzano come 'bar-ladies', da futuri protettori, da altri ragazzi di strada più grandi e perfino da "members of the large international community, including aid workers" (Lalor, 1993). Molte di loro vengono aggredite e picchiate quando rifiutano rapporti sessuali. Molte ragazze si prostituiscono solo perché cercano un riparo per la notte o hanno un bisogno disperato di denaro. Ad Addis Abeba esiste un solo ostello capace di offrire un rifugio notturno a un numero limitato di street girls. Nel 1998 ospitava, nelle sue strutture, 18 ragazze. Complessivamente il progetto ha interessato circa cento fra bambine e adolescenti.

Attraverso la prostituzione minorile, le ragazze di strada ottengono guadagni economici immediati, ma, come contraltare, i rischi sanitari (infezioni da Aids soprattutto) sono elevatissimi: il 50% delle 'bar-ladies' e un quarto delle prostitute di Addis Abeba sono infette da Hiv. Ugualmente elevato il rischio di rimanere incinte: le giovani prostitute difficilmente possono accedere a servizi sanitari e i pericoli di mortalità materno-infantile sono alti. Dilagante l'ignoranza dei metodi contraccettivi. Secondo la ricerca di Lalor, "the 'contraceptive' method most widely used by street girls is to have sex with many different boys or men in the belief that each man's sperm will neutralise, or kill, the previous man's (!). Khat chewing or eating chili peppers is also widely believed to prevent pregnancy". Solo una delle prostitute intervistate da Lalor chiede abitualmente al cliente di usare il preservativo.

## Il programma in favore dei bambini e ragazzi che hanno bisogno di particolari misure di protezione. Storia e metodologie di un intervento della Cooperazione italiana

Nel 1987, nel pieno della guerra di liberazione contro il regime di Menghistu Haile Maryam, la Cooperazione italiana mise in opera, a Makallé, capoluogo del Tigray, un intervento di emergenza a favore dei bambini, orfani a causa della guerra e della devastante siccità che aveva colpito la regione nel 1984. Migliaia di bambini, rinchiusi in un orfanotrofio, vivevano in condizioni disperate. Questo rappresentò il primo impatto della Cooperazione italiana con questo dramma. Fu un intervento di eccezionale emergenza: si trattava, in una zona in cui infuriava la guerra, di cercare di migliorare le condizioni di vita negli orfanotrofi e di tentare una riunificazione dei bambini che esodi, migrazioni, combattimenti, carestie e siccità avevano separato dalle famiglie.

In breve, la guerra si avvicinò sempre di più a Makallé e il progetto dovette essere sospeso. Ma una nuova emergenza fu fronteggiata con lo sforzo della Cooperazione italiana: i 3.500 bambini dell'orfanotrofio di Makallé fuggirono a piedi dal capoluogo del Tigray marciando per centinaia di chilometri, verso le città di Bati e di Asmara. La Cooperazione italiana dovette organizzare l'accoglienza di questi fuggitivi privi di ogni speranza.

I bambini furono le prime vittime di quegli anni così difficili. L'UNICEF e un gruppo di altri organismi non governativi e associazioni locali e internazionali (*Rädda Barnen - Sweden, Save the Children Federation - Usa, Redd Barna - Norway, Hope Enterprise*) hanno cominciato a occuparsi del fenomeno dei bambini di strada di Addis Abeba nel 1987. Nel 1988 *Rädda Barnen* realizzò la prima ricerca sugli street children della capitale etiopica e, immediatamente dopo, venne varato un primo progetto per cercare di contattare i bambini e i ragazzi sulla strada utilizzando un caravan mobile (la 'Mobile Unit') e tre educatori. Tra il 1988 e il 1991 *Rädda Barnen* riuscì a offrire sostegno a 180 bambini di strada. *Hope Enterprise* cominciò, nel 1989, un'attività di formazione professionale per adolescenti e giovani ex-prostitute. Nel progetto furono coinvolte 174 ragazze di strada di Addis Abeba.

Alla fine del maggio del 1991 la guerra finì. Il regime di Menghistu crollò e in Etiopia si aprì un complesso processo democratico. Il paese era devastato; i bambini e le bambine ne subivano, gravemente, tutte le conseguenze. Nel luglio del 1991 prese le mosse un nuovo progetto di emergenza a favore dei bambini in condizioni particolarmente difficili di Addis Abeba. Era un intervento straordinario della Cooperazione italiana che puntava al miglioramento delle condizioni di vita di 2.700 bambini istituzionalizzati (riabilitazione di strutture degradate, sostegno ad attività di formazione professionale) e al supporto di azioni in favore dei bambini di strada della capitale etiopica (costruzione di un locale per attività formative, fornitura di aiuti alimentari e sanitari). I bambini di strada coinvolti erano 180.

Superata la fase di emergenza il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali e la Cooperazione italiana riformularono il progetto, prefiggendosi obiettivi di più ampia portata. Nello stesso tempo è stata avviata, partendo dalle prime esperienze concrete sul campo, un'attività di ricerca sul fenomeno dei bambini di strada. Particolare impulso fu subito dato ad attività di formazione professionale. Questa attività rappresenta anche una fase di riflessione fra gli operatori della Cooperazione: si analizzano con attenzione i bisogni sociali e si compiono scelte che puntano a trasformare i progetti sui bambini di strada in veri e propri programmi capaci di superare il semplice aspetto assistenziale. Nell'aprile del 1992 viene approvato dalla Cooperazione italiana e dalle autorità etiopiche il *Rehabilitation and Prevention Project for Street Children*. L'intervento è basato soprattutto sulla prevenzione a livello comunitario sostenendo le strutture locali di quartiere (le scuole, le cliniche e i piccoli centri comunitari). Il primo obiettivo è quello di rompere l'isolamento del bambino di strada, di attivare un collegamento con la realtà che lo circonda e di restituirgli un senso di appartenenza; si tratta di rispondere alle esigenze del bambino e del ragazzo di strada nell'area e nei luoghi in cui vive e lavora, cercando di non allontanarlo dall'ambito della propria comunità. Il progetto ha l'ambizione di migliorare le condizioni di vita dei bambini, di salvaguardarli dai pericoli dello sfruttamento e di proteggerli dai rischi della strada. Si vuole estendere il sostegno a un numero sempre più grande di bambini di strada e avviare interventi anche per i bambini ad alto rischio prima che finiscano sulla strada. I bambini sono coinvolti nel progetto: uno degli obiettivi principali è lo sviluppo della loro personalità. Il progetto investe anche le famiglie: si lavora per migliorare il reddito di genitori poveri in modo che possano raggiungere una autosufficienza economica. La grande maggioranza dei bambini (il 90%) coinvolti nel progetto sono bambini lavoratori o bambini che vivono condizioni di alto rischio sociale. Su un altro fronte il progetto punta a rafforzare le capacità e le competenze delle istituzioni locali nel fornire servizi ai bambini di strada.

Il programma diventa complessivo e riguarda i settori dell'educazione non formale, il sostegno educativo e scolastico, la costruzione di attività ricreative, la fornitura di servizi sanitari e di appoggi psico-sociali. La formazione professionale è, ancora una volta, un punto centrale: si creano laboratori del cuoio e della pelle cercando di creare occasioni e opportunità di autoimpiego. Il programma è ambizioso e implica "cambiamenti e riorientamenti di attitudini, di capacità e di priorità da parte dell'insieme delle istituzioni e dei gruppi coinvolti". Diventa determinante "la pianificazione delle attività seguendo il punto di vista dei bambini coinvolgendoli pienamente nei processi di verifica e di valutazione" dei vari progetti (Curalli, 1995). È altrettanto chiaro che un programma di intervento sui bambini non può essere parziale, ma deve tener conto dei vasti processi di trasformazione nell'Etiopia del dopoguerra, con il passaggio da un'economia che non lasciava spazio a nessun'iniziativa privata a un sistema che, al contrario, tenta di favorirla.

Il piano operativo per il 1998-1999 del *Rehabilitation and Prevention Project for Street Children* conferma e rafforza le metodologie e gli obiettivi dell'intervento della Cooperazione italiana a favore dei bambini in condizioni particolarmente difficili e dei bambini che vivono nelle istituzioni. Il progetto coinvolge 919 bambini di strada (on/of the street) e comprende servizi educativi (educazione informale e supporto scolastico: solo 35 bambini, il 3,9%, fra coloro che hanno partecipato al RPPSC, hanno abbandonato la scuola; le ragioni di questi abbandoni sono varie: morte di un genitore, trasferimento in altre regioni, problemi di salute), assistenza sanitaria, attività ricreative, formazione professionale, piccoli crediti concessi alle famiglie.

Gli obiettivi del progetto sono essenzialmente:

- a) migliorare le condizioni di vita di circa mille bambini di strada attraverso l'accesso a servizi di base;
- b) promuovere alternative alla vita di strada attraverso l'inserimento economico e sociale del bambino nella realtà che lo circonda;
- c) rafforzare la consapevolezza e la partecipazione delle comunità locali. Questo è considerato un fattore chiave per la sostenibilità del programma ed è, tra gli obiettivi, il meno semplice da realizzare.

Per quanto riguarda i bambini e i ragazzi (110 dei 751 ospiti hanno più di 18 anni) che vivono all'interno di due orfanotrofi di Addis Abeba, il Ketchene e il Mickey Leland, gli obiettivi del programma prevedono la promozione della de-istituzionalizzazione dei bambini e la creazione di alternative all'orfanotrofio (riunificazioni familiari, adozioni, affidamenti, reinserimento in ambienti comunitari, creazione di domicili transitori). Momento importante di queste politiche di reintegrazione dei bambini e dei ragazzi nella vita sociale rimane comunque la formazione professionale e la possibilità di creare forme di autoimpiego.

Violenza fisica e abusi di ogni genere sono connessi con la speciale gerarchia che regna nel mondo della vita di strada: “as in all hierarchies, abuse and exploitation usually travel from the top to down. In the world of the street children, age and sex is important in the transmission of abuse (...). Your relative position in these hierarchies determines the levels of abuse and victimization you will experience (...)”. Ma anche appartenere ai livelli più elevati della gerarchia (maschi attorno ai 18 anni) non offre sempre garanzie: non si contano gli episodi di ragazzi di 17-18 anni aggrediti e, del resto, proprio loro sono frequentemente coinvolti in scontri fra bande.

I bambini di strada imparano in fretta i comportamenti che possono ridurre i pericoli e i rischi della vita di strada: dormire presso posti di polizia, non stare sulla strada di notte, diventare amici di commercianti, vivere all'interno di un gruppo che protegge i suoi membri, non frequentare i *deriyas* o cercare un 'protettore' sono mezzi che consentono di sopravvivere, ma che a volte hanno, come conseguenza, minacce di sfruttamento (dal poliziotto, dal commerciante, dal protettore, dal capobanda) e prezzi personali, elevati e insopportabili, da pagare.

### 2.3.2. *Bambini con handicap (Disabled children)*

Vi è una grande carenza di dati affidabili sui bambini colpiti da disabilità. Nel 1993 l'UNICEF ha reso noto un rapporto relativo a una inchiesta compiuta nei mesi successivi alla fine della guerra (UNICEF, 1993). L'indagine ha rivelato che i programmi di assistenza del Governo o di altri organismi riguardavano solo 1.858 bambini. I bambini disabili non erano una priorità fra le politiche sociali dell'Etiopia: il problema era demandato solo alle famiglie. Questo fenomeno non è da considerarsi sorprendente in un paese devastato dalla guerra e dalle carestie, dove la povertà è generalizzata e l'assistenza medica inadeguata. Lo studio dell'UNICEF rivelava che 846 di questi bambini erano ciechi, 839 sordi e 173 avevano handicap mentali. Per loro non vi era altra soluzione che l'istituzionalizzazione.

Una nuova indagine, compiuta dall'Institute of Educational Research (IER) nel 1995, stimava che il numero dei disabili in Etiopia fosse di 1.435.000 persone (poco meno del 3% della popolazione). I bambini e gli adolescenti disabili sotto i 14 anni erano il 15,9%. I giovani fra i 15 e i 25 anni rappresentavano il 23,3%. Il dato è contrastante, per difetto, con le analisi compiute dal Ministero dell'Educazione, che valutava, applicando proiezioni e metodologie della WHO, il numero dei bambini sotto i 15 anni afflitti da disabilità molto più numeroso: 2,2 milioni (MOE, 1995). D'altra parte lo studio dello IER ammetteva che i dati potessero essere sottostimati: “[they] seem to be suspiciously low in a country where there was a long standing civil war, periodic episodes of drought and famine are frequent and poverty is rampant”. Il quadro quantitativo e qualitativo sulla disabilità fra i bambini e gli adolescenti in Etiopia è, quindi, quantomai frammentario. Già nel 1993 l'UNICEF rivelava “[an] absence of comprehensive, reliable up-to-date information on the social situation. Information received from various sources lacks consistency”. La conoscenza di informazioni sul fenomeno della disabilità infantile è ancora precaria e incerta. Non esiste un ufficio, al Ministero della Sanità, che si occupi del problema dei disabili. Non sono stati ancora elaborati i dati disaggregati raccolti durante il cen-

simento del 1994. L'assenza di dati attendibili sui disabili (una ricerca suggerita dalla Cheshire Foundation non è mai stata finanziata) dimostra con forza la necessità di un centro di informazione sui bambini che vivono in circostanze particolarmente difficili.

L'indagine dello IER confermava quanto fosse ancora difficile, nella società etiopica, accettare i disabili. Da una serie di interviste - l'inchiesta era compiuta su un campione di 5085 nuclei familiari il 14,7% dei quali aveva disabili al suo interno - risultavano queste risposte:

- per 83,9% gli handicappati sono un peso per la famiglia e la società;
- il 79,9% degli intervistati non sposerebbe mai una persona handicappata;
- il 60% ritiene che un handicappato sia ostile e aggressivo;
- il 63,6% pensa che un handicappato non potrebbe essere capace di una vita autonoma;
- il 51,8% crede che l'handicap sia una maledizione o una punizione divina.

Ma lo stesso sondaggio aveva dato anche risultati più incoraggianti:

- il 68% è convinto che un handicappato possa partecipare alla gestione degli affari familiari;
- il 71% pensa che un handicappato debba avere le stesse possibilità di partecipazione per quanto riguarda l'istruzione e il lavoro;
- il 74,6% è certo che l'handicap non sia una malattia contagiosa.

### 2.3.3 *Orfani, bambini soli e abbandonati (Orphaned, unaccompanied and abandoned children)*

Ancora negli anni di guerra, la Relief and Rehabilitation Commission valutò che vi fossero in Etiopia 250.000 “displaced and unaccompanied minors (...), of which 10%, 25.000 were drought victims.” (RRC, 1990). Di fatto ogni stima sul numero degli orfani o dei minori abbandonati è considerata incerta e di scarsa affidabilità: le nuove strutture federali dell'Etiopia non sono ancora in grado di trasmettere informazioni in quanto i collegamenti fra organismi locali, regionali e nazionali sono spesso precari. Vecchie e superate rilevazioni hanno censito oltre 20.000 bambini e ragazzi ospitati negli orfanotrofi etiopici (1990). Le strutture del Children and Youth Affairs

## Type and Prevalence of Disability

(fonte: Institute of Educational Research, 1995)

Type of disability	Percentage
Visual impairment	30.4
Hearing impairment	14.9
Mobility/Motor/Disorder	30.9
Intellectual disability (mental retardation)	6.5
Behavioral Problems	2.2
Speech and Language Problems	2.4
Multiple Disability (deaf and blind, etc.)	2.4
Chronic Health Conditions (epilepsy, leprosy, diabetics, etc.)	10.3



(CYAO) e la Rehabilitation Agency del Ministero degli Affari Sociali sono state sciolte e ridotte al rango di dipartimento. L'attuale Children, Youth and Family Department ha un personale ridotto e budget insufficienti rispetto al carico dei suoi impegni. Non è certo nemmeno il numero degli orfanotrofi ancora in funzione in Etiopia: secondo le stime più recenti sono 94. E, naturalmente, è impossibile conoscere il numero degli ospiti. Certo invece è l'impegno di ridurre il numero dei ragazzi di più di 18 anni che ancora vi vivono (negli anni passati rappresentavano fino al 50% dei ragazzi accolti in queste strutture. Come abbiamo ricordato nel 1998, nei due orfanotrofi di Addis Abeba su 751 ospiti, ben 110 sono maggiorenni). È anche aumentato il budget per ragazzo: 60 birr mensili a testa (poco meno di 10 dollari), rispetto ai precedenti 23 birr, ma la somma rimane insufficiente a soddisfare anche i bisogni più elementari.

Se ancora è impossibile valutare il numero dei bambini, degli adolescenti e dei giovani ospitati negli orfanotrofi, è invece possibile cercare di capire chi sono. Alcune ricerche hanno rivelato che questi bambini, in maggioranza, erano orfani della guerra o erano stati abbandonati durante gli esodi degli anni '80, oppure erano stati separati dalle famiglie durante le ricorrenti carestie e siccità. Numerosi erano i figli illegittimi della passata nomenclatura governativa etiopica. Si deve inoltre tenere presente che la maggioranza degli ospiti degli orfanotrofi ha comunque un genitore sopravvissuto. Ancora nel 1998, sette anni dopo la fine della guerra, il programma del Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, con il supporto della Cooperazione italiana, ha contribuito a riunificare orfani che erano stati separati dalla famiglia durante le carestie della fine degli anni '80.

Un altro fattore da non dimenticare: i neonati e i bambini più piccoli (al di sotto dei cinque anni) non rimangono che pochi giorni negli orfanotrofi e vengono presi in carico dalle varie agenzie che operano nel campo delle adozioni. In questa fascia di età restano negli orfanotrofi i bambini più sfortunati, in gran parte bambini abbandonati dalle madri perché affetti da Hiv: ad Addis Abeba questi bambini trovano un ultimo rifugio solo presso l'istituto religioso delle Sisters of Charity.

## Displaced People by Cause

Fonte: MOLSA, 1996

Group/Cause	Number	Percentage
Displaced Civilians from Eritrea (and Asseb particularly)	200,000	11.97%
Returnees from Sudan	160,000	9.58%
Returnees from Somalia	710,904	42.56%
Displaced due to Ethnic Conflicts	328,000	19.64%
Abandoning Resettlement Areas	253,022	15.15%
Others (Returnees from Kenya, from neighbouring regions, etc.)	18,400	1.10%
Total	1,670,326	100%

### 2.3.4. I rifugiati e le loro famiglie

#### (Returnees, refugees and displaced people and families)

Secondo una indagine compiuta nel 1996 dal Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, in Etiopia vi erano 1.670.326 profughi. La maggior parte (710.904 persone) erano persone rientrate dalla Somalia. Oltre 250.000 persone avevano abbandonato le aree di resettlement nelle quali erano stati spostate negli anni della guerra. L'85% dei profughi provenienti dall'Eritrea dopo il 1991 erano donne e bambini (mogli e figli di funzionari dell'amministrazione etiopica in Eritrea). La nuova guerra fra Eritrea ed Etiopia ha provocato un'altra ondata di profughi: una missione delle Nazioni Unite (giugno 1998) nelle regioni percorse dal conflitto (Tigray e Afar) ha censito 168.000 sfollati. Il 25% erano bambini e madri con figli neonati. Le autorità etiopiche hanno valutato la necessità di aiuti di emergenza per 300.000 persone. Si deve inoltre ricordare che in Etiopia vi sono ancora 380.000 rifugiati somali e sudanesi.

Non esistono dati certi né studi in merito ai bambini coinvolti direttamente nelle guerre come soldati; ma una ricerca effettuata da Rädä Barnen negli anni successivi alla fine della guerra ha stimato che il 40% dei 17.000 militanti dell'Oromo Liberation Front (l'OLF, movimento ostile al nuovo governo di Addis Abeba e attivo nelle regioni centro-orientali del paese) che si erano arresi all'esercito, erano soldati-bambini.

### 2.3.5 La povertà nelle aree urbane

Oltre sei milioni di persone (6,2 milioni), residenti nelle città dell'Etiopia, vivono al di sotto della linea della povertà assoluta. Oltre un milione di bambini (1,1 milioni) sono colpiti da livelli di povertà devastanti. La crescita economica degli anni successivi alla fine della guerra ha avuto effetti positivi sulla riduzione della povertà nelle aree rurali, ma questi processi macroeconomici non hanno scalfito la povertà urbana: al contrario, nelle città sono cresciute le disuguaglianze economiche e la percentuale di coloro che vivono al di sotto della linea di povertà è sensibilmente più alta nelle aree urbane che non nelle zone rurali. Questo fenomeno, inverso rispetto a quanto avviene in altri paesi dell'Africa sub sahariana, è provocato da un elevato afflusso di profughi e rifugiati nelle città, dove i prezzi sono più alti e dove sono enormi le difficoltà per garantirsi l'autosufficienza. La riduzione dei posti di lavoro nelle strutture pubbliche e i conseguenti licenziamenti hanno acuito la diffusione della povertà nelle principali città etiopiche. In Etiopia due terzi delle famiglie hanno redditi inferiori a quanto è necessario per soddisfare i bisogni essenziali minimi.

Non esistono dati affidabili sulla vastità della diffusione del lavoro minorile: l'ILO, nel 1995, ha valutato che in Etiopia il 42,30% dei bambini fra i 10 e i 14 anni lavori abitualmente (ILO, 1995). Secondo ricercatori etiopici (Gezahegne, 1996) quasi la metà dei bambini sono costretti a lavorare.

Povertà e lavoro minorile sono fenomeni strettamente collegati anche se, in Etiopia, subentrano altri fattori che non possono essere ignorati. Gezahegne avverte che la povertà può non essere l'unica causa del lavoro minorile, ma anche la conseguenza di scelte legate a fattori culturali. Come abbiamo già ricordato i bambini di etnia Guraghe (area centro-occidentale del paese) vengono spinti a cercare

lavoro nelle città. Nei contesti urbani ragioni economiche, sociali e culturali si intrecciano in maniera inestricabile: opportunità, mercato del lavoro, sfruttamento, assenza di tutela da parte delle famiglie provocano e moltiplicano il fenomeno del lavoro minorile.

Nelle aree rurali del paese tutti i bambini sono coinvolti, dopo il loro rientro dalle ore di scuola, nelle attività di lavoro delle famiglie. Durante i giorni feriali questi bambini lavorano fra le 2 e le 4 ore. Nei giorni festivi e durante i fine settimana la giornata lavorativa si può estendere fino a 16 ore. Anche prima dell'età scolastica i bambini, nelle aree rurali, aiutano nelle attività domestiche. I lavori agricoli spesso sono così pesanti da andare al di là delle loro possibilità fisiche. I bambini contribuiscono al reddito delle famiglie con attività informali: lavorano in piccoli laboratori artigianali, nei negozi dei villaggi o svolgono altri mestieri; il più diffuso è quello del lustrascarpe.

La ricerca di Gezahegne mette in evidenza come la maggioranza dei bambini coinvolti in attività lavorative del settore produttivo formale vive con la propria famiglia: la povertà e la fragilità dei programmi assistenziali non concedono alternative al lavoro minorile. Le ricerche condotte dal Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali e dalla Cooperazione italiana, nell'ambito del programma RPPSC, hanno rivelato che, in molti casi, i guadagni dei bambini di strada rappresentano il 40% del reddito familiare complessivo.

L'abbandono scolastico precede l'ingresso del bambino nel mondo del lavoro. Nel settore formale i bambini vengono pagati a giorno o a settimana, abitualmente lavorano per un numero di ore decisamente superiore a quello fissato dalla legge: ciò li espone a rischi e pericoli e i frequenti incidenti sul lavoro in genere non vengono registrati.

Nel settore informale, nelle aree urbane, le attività svolte più frequentemente sono: procacciare taxi (taxi boy o *woyalla*) o lavorare come parcheggiatori, lustrascarpe, camerieri, apprendisti sarti, falegnami, meccanici o fattorini. L'età media, secondo uno studio condotto su un piccolo campione di 60 bambini per lo più maschi, è di circa 13 anni e mezzo. L'età varia notevolmente a seconda del lavoro svolto: i lustrascarpe hanno fra i 9 e i 14 anni; i mendicanti sono generalmente più piccoli e hanno fra i 5 e i 10 anni.

La ricerca compiuta da Gezahegne ammette che gli strumenti legislativi non riescono nemmeno a ridurre il fenomeno del lavoro minorile, anche per la sua vastità e diffusione: "In light of the knowledge and the experience gained elsewhere, the eventual abolition of child labour in Ethiopia seems not realistic by virtue of its being a deep-rooted social phenomena". Non servono misure abolizioniste, ma è necessario che sia definita una strategia a livello nazionale rivolta a ridurre il livello di povertà e a sensibilizzare le famiglie in merito alle gravi conseguenze dell'eccessivo lavoro sulla salute e sullo sviluppo dei bambini. Sono necessari strumenti effettivi di partecipazione comunitaria che possano rappresentare anche utili presupposti per azioni di presa di coscienza e difesa da parte dei bambini stessi.

Sono indubbiamente necessari interventi generali da parte di organismi internazionali (anche se non può essere dimenticato che l'Etiopia ha rifiutato i programmi e i finanziamenti dell'ILO perché il governo non ritiene prioritario un intervento nel settore del lavoro minorile), ma è altrettanto indubbio che occorre fornire ai bambini e alle loro famiglie supporti educativi, esercitando anche pressioni perché la scuola non venga abbandonata, e professionali per cercare, in

ogni caso, di orientare bambini e adolescenti verso una attività lavorativa più tutelata. La difesa dei diritti dei bambini va di pari passo con l'aumento delle loro capacità di contrattazione e di potere ('empowerment'). I bambini non sono solo soggetti di diritti, ma anche soggetti economici e politici.

#### **2.4 Salute e alimentazione (Health and nutritional status)**

Una ricerca del 1996 del CSAE (CSAE, 1996) individuò una serie di problemi-chiave nel campo della salute: "One of the key problems in the health sector is insufficient recourse to health facilities".

Solo una piccola parte della popolazione ha servizi igienici. L'Etiopia è, nella gran parte dei suoi territori, una terra di vaste risorse idriche, ma solo il 20% della popolazione (e meno del 12% nelle aree rurali) ha accesso all'acqua potabile e meno del 7% usa latrine. Nel 1993 l'UNICEF valutò che occorreva costruire urgentemente almeno 9 milioni di latrine. Solo il 2% della popolazione può dirottare i propri rifiuti verso sistemi di smaltimento.

Solo il 55% della popolazione ha accesso ai servizi sanitari (vive, cioè, a meno di 10 Km dal più vicino presidio sanitario). Nel 1995 solo il 10,2% della popolazione si è rivolto, durante una malattia, a un servizio sanitario (World Bank, 1996).

Strettamente correlato al problema della difficoltà di accesso alla salute è l'alto tasso di mortalità infantile: nel 1995 era stimata fra 105 e 128 bambini per ogni mille. Tre anni dopo il Ministero della Sanità etiopico ha fissato questa drammatica percentuale a 110 bambini morti entro il primo anno di vita, ogni mille nati vivi, e 190 bambini ogni mille entro i cinque anni (MOH, 1998).

I problemi rilevati dalla ricerca del CSAE nel 1996 si riflettono chiaramente sui comportamenti sessuali degli adolescenti. In molti paesi dell'Africa sub sahariana almeno un'adolescente su cinque ha uno o più figli, o è in stato di gravidanza. Non ci sono dati affidabili sulla situazione etiopica, ma è chiaro che l'alto tasso di aborti illegali, le gravidanze frequenti e la precocità dei matrimoni e delle gravidanze contribuiscono in modo significativo alla mortalità materna (molto alta: circa 500 casi per 100.000 bambini nati vivi). Il matrimonio di bambini al di sotto dei dieci-dodici anni di età è ancora diffuso nell'Etiopia settentrionale. A undici anni, una bambina, soprattutto nelle aree rurali, è considerata in età da marito. In molti gruppi etnici il matrimonio viene concordato dai genitori prima ancora che il bambino nasca e le famiglie, dopo l'accordo, non possono ritirare la parola data. Una ricerca condotta nel 1995 ad Addis Abeba ha rivelato che il 23% delle donne intervistate si era sposata prima dei 13 anni, e che sposarsi oltre i quindici anni di età viene considerato da molti come un matrimonio decisamente tardivo (Duncan, 1995). A Jimma un'altra indagine ha mostrato che il 5% delle donne si era sposata fra i 7 e i 14 anni di età, mentre il 90% si era sposata prima dei 18 anni. Fra le varie ragioni addotte per spiegare il matrimonio in età così precoce vi è il desiderio di costruire una famiglia con figli propri al più presto, la volontà di allargare la rete delle relazioni familiari e il bisogno di rispettare le norme culturali tradizionali della comunità, nonché l'alto valore (sociale e religioso) attribuito generalmente alla verginità (WHO, 1993). È altrettanto vero che la precocità del matrimonio provoca successive frequenti dissoluzioni della famiglia, migrazioni e fughe verso la città e conseguente caduta nella rete della prostituzione della donna rimasta sola.

Altre ricerche condotte ad Addis Abeba nel 1996 confermano solo in parte questi dati: il 35% delle donne intervistate ha confermato di aver avuto rapporti sessuali fra i 15 e i 19 anni. I colloqui hanno rivelato come la conoscenza dei cicli riproduttivi e della possibilità di gravidanze sia scarsa.

L'uso dei metodi contraccettivi e l'innalzamento ufficiale dell'età del matrimonio (portata anche in Etiopia a 18 anni) sembrano avere ancora scarsa incidenza nei comportamenti dei giovani delle aree rurali. Le gravidanze indesiderate in adolescenza provocano l'abbandono della scuola, riducono le opportunità di migliorare il proprio status sociale, culturale ed economico e spesso costringono l'adolescente a ricorrere all'aborto clandestino e illegale (Tadesse, Gudunfa, Mengitsu, 1996).

Allarmante e gravissima la crescita dei casi di Hiv/Aids: nel 1995 le stime del Ministero della Sanità calcolavano che le persone affette da Hiv fossero 1,7 milioni. Nel 1998 nuovi dati valutavano che 2,5 milioni di persone fossero contagiate da Hiv (Aids in Ethiopia; MOH, 1998). Alla fine del 1997 lo stesso ministero stimò che 400.000 persone avessero manifestato forme di Aids conclamato da quando l'epidemia aveva cominciato a essere monitorata, anche se i dati ufficiali (aprile 1998) registravano 'solo' 57.000 casi (nel 1995 i dati ufficiali avevano censito 18.000 casi). L'Aids, in questi anni, si è diffuso in tutto il paese. Nel 1992 venne condotto in quattro città (Addis Abeba, Bahir Dar, Dire Dawa e Metu) un controllo su donne incinte: la percentuale che risultava contagiata da Hiv variava tra l'11 e il 13%. Nel 1998 il controllo è stato ripetuto ad Addis Abeba: la percentuale era salita di oltre sei punti raggiungendo il 18%. La crescita esponenziale dei casi di Aids rischia di cancellare gli sforzi compiuti nei programmi di lotta alla mortalità infantile. Il 30-40% dei bambini nati da madri infette da Hiv ha contratto la malattia: pochissimi sopravviveranno oltre i cinque anni. Il Ministero della Sanità si augurava di vedere diminuire la mortalità infantile entro l'anno di vita a 79 casi su mille bambini nati vivi. L'Aids ridurrà questo obiettivo a 87 casi ogni mille. La mortalità infantile per bambini entro i cinque anni è 190 per mille (1998): l'Aids vanificherà l'obiettivo di scendere a 127 casi ogni mille entro il 2014. Secondo le nuove proiezioni questo dato si fermerà a 153 casi.

L'Aids è un'emergenza non solo sanitaria, ma anche sociale ed economica in quanto colpisce la parte più giovane e produttiva della società. Impressionanti i dati sugli orfani dell'Aids: saranno 620.000 nel 2000, diverranno 1,8 milioni entro il 2009 (MOH, Ministry of Health, 1998).

In Etiopia gli adolescenti non hanno accesso alle informazioni riguardanti la sessualità e i metodi di trasmissione e contagio di malattie collegate al sesso: i rischi di contrarre queste malattie sono altissimi. Uno studio ha dimostrato che il 37,9% degli adolescenti e dei giovani sessualmente attivi fra i 13 e i 19 anni hanno avuto esperienze sessuali con numerosi partner (da 2 a 5) e la maggior parte non usa né sistemi anticoncezionali, né cautele contro il pericolo di contagio di malattie sessuali o dell'Aids. Inoltre l'ondata di guerre, le ripetute carestie, gli esodi di massa, la disgregazione sociale e la povertà endemica hanno favorito e accentuato il fenomeno della prostituzione in Etiopia. Stime dell'UNICEF (1993) hanno censito 200.000 prostitute. Sono donne ad altissimo rischio di infezione Hiv/Aids.

La malaria è endemica nel 75% del territorio etiopico dove

vivono circa 34 milioni di persone. La media annuale dell'incidenza della malaria sulla popolazione si aggira intorno al 350/1000: le oscillazioni sono comunque considerevoli e dovute a diversi fattori. Nel 1992, ad esempio, in seguito alla siccità, molte persone non immuni provenienti dalle zone colpite dalla carestia si spostarono nelle aree dove la malattia è endemica, contraendo l'infezione. Nel 1996 è stata una lunga e abbondante stagione delle piogge a provocare un aumento considerevole dei casi di malaria. La malaria, assieme alla tubercolosi, è responsabile di un terzo di tutti i decessi prematuri in Etiopia.

La tubercolosi aumenta la sua incidenza in rapporto alla diffusione dell'infezione Hiv/Aids. La malattia sta crescendo soprattutto nelle aree rurali. Secondo il Ministero della Sanità nel 1996 sono stati registrati 19.358 casi.

Le Acute Respiratory Infections (ARI) rappresentano una delle cause più frequenti di morte nei bambini. I limiti degli attuali programmi di formazione per il management e la diagnosi precoce, nonché la limitata disponibilità di farmaci essenziali, contribuiscono alla gravità e alla diffusione di queste affezioni, la più grave delle quali è la polmonite.

La copertura vaccinale (Expanded Programme of Immunization, EPI) era, nel 1996, del 69% (nel 1995 la copertura era del 47,5%): la soddisfazione per questo incremento deve essere però moderata alla luce di calcoli più precisi che mostravano come i dati del 1995 fossero probabilmente sovrastimati (UNICEF 1996b). I dati raccolti per la preparazione del country-program della Cooperazione italiana 1999-2001 sono notevolmente inferiori, ritenendo, infatti, che la copertura vaccinale sia ferma fra il 28 e il 44%.

L'Etiopia rappresenta, assieme alla Tanzania, il paese con la più alta percentuale di bambini sottopeso dell'Africa Orientale e Meridionale: il 69% dei bambini etiopici sono afflitti da malnutrizione, una percentuale molto più elevata della media dei paesi dell'Africa sub sahariana (41%). Lo stato nutrizionale dell'infanzia è peggiorato nell'ultimo decennio, soprattutto per i bambini compresi fra i 12 e i 23 mesi (periodo nel quale l'allattamento al seno esige un'integrazione alimentare). "Lack of knowledge by the mother of appropriate feeding practices leads to the late introduction of weaning food to children of 7 months old (...) Therefore action should be taken to increase frequency of infant feeding and improve the quality of complementary foods." (UNICEF, 1993).

Il 38% dei bambini etiopici fra gli 0 e i 4 anni sono afflitti da malnutrizione e sono sottopeso. Il 43% dei bambini fra i 2 e i 5 anni hanno problemi di crescita e di sviluppo. La percentuale di malnutrizione è più alta nelle ragazze che nei ragazzi, e la stessa differenza per sesso si ripete - per tutti i gradi di malnutrizione - anche nell'età adulta (UNICEF, 1993).

Fra gli altri problemi nutrizionali quello della deficienza di Vitamina A è tra i più preoccupanti, soprattutto in quelle regioni come il Tigray dove le monoculture non offrono l'opportunità di un'alimentazione diversificata. Malassorbimento, infezioni e infestazioni parassitiche concorrono ad accrescere il rischio di VAD (Vitamine-A Deficiency). Anche i disordini da deficit di iodio sono frequenti, determinando effetti negativi sulla gravidanza, sullo sviluppo del feto, nonché un'alta incidenza di cretinismo. La scarsità di iodio nel suolo è particolarmente grave nelle aree montuose.

Alcune consuetudini e pratiche tradizionali relative al tratta-

mento delle malattie e alla dieta accrescono le conseguenze di un'alimentazione poco diversificata, soprattutto nei periodi di accresciuto fabbisogno (prima infanzia, gravidanza e allattamento). Ad esempio "kwashiorkor is believed to be caused by the evil eye and is treated by traditional healers and not by food. Diarrhoea is often treated by withdrawal of food and fluids until it stops". In molti gruppi etnici "milk products, fatty meat, potatoes, gruel, linseed, sweet potatoes, amicho (white part of enset), bananas are prohibited to pregnant women during pregnancy. In some cultures fish consumption is also prohibited." (UNICEF, 1993).

## 2.5 Le donne (Gender-related issues)

"Women in Ethiopia represent 50% of the workforce. Yet their problems abound. They are faced with high burdens of family responsibility while at the same time heavy farm work in the rural areas and overwork in cities have become their lot. Their role as water and firewood fetchers has also added to their burden. Yet, their contribution remains unacknowledged". Sulle spalle delle donne grava gran parte del peso della povertà etiopica. Le donne lavorano nei campi, poi devono raccogliere legna e trasportare l'acqua a casa: la giornata lavorativa di una donna etiopica può arrivare fino alle 15-18 ore. Stridente la differenza della fatica, se raffrontata con l'impegno degli uomini: durante la 'off farm-season' le donne lavorano, senza interruzione, per 14 ore al giorno. Gli uomini sono occupati solo per tre.

Come in altri paesi dell'Africa sub sahariana, le donne hanno minori opportunità di impiego, e generalmente ricevono un salario più basso di quello degli uomini. A causa delle frequenti gravidanze, esse sono anche più esposte a problemi di salute, sono impossibilitate ad accedere a crediti facilitati e il loro livello di scolarità è più basso: "access to primary education is lower for girls than for boys. Enrolment for girls is not only low, but has also stagnated for several years. At every level there are more dropouts and repeaters among girls than among boys." (UNICEF, 1993).

Solo il 24% delle bambine e delle ragazze etiopiche frequenta servizi scolastici di base. Il 75% delle donne etiopiche sono analfabete. Fra le donne Afar questa percentuale sale fino al 94%.

La nuova Costituzione etiopica prevede sulla carta il diritto a possedere la terra indipendentemente dal sesso, dalla religione o dall'appartenenza etnica, ma il livello di consapevolezza relativo a questo diritto è estremamente basso e le difficoltà di trovare forme per esercitarlo sono ancora quasi del tutto insormontabili. Nei governi

regionali (i 'Regional Executive Committee') delle zone Afar, Amhara, Oromo, nonché nelle regioni occidentali di Gambela e nelle Southern Regions non figura nessuna rappresentante femminile.

La pratica estremamente diffusa delle mutilazioni sessuali e altre pratiche tradizionali, soprattutto per quanto riguarda l'alimentazione, provocano conseguenze preoccupanti sulla salute della donna, e dei suoi figli; la situazione è poi aggravata dal basso, se non irrilevante, livello di partecipazione della donna alla vita comunitaria e alle scelte del villaggio. Gli interventi in questo campo non possono comunque prescindere da una profonda attenzione verso i contesti socio-culturali in cui dovranno agire.

## 2.6 Disturbi psico-sociali e sostegno psico-sociale (Psychosocial distress and psychosocial support)

Non è facile definire lo stato psicologico dei gruppi di bambini e di adolescenti che rientrano nelle categorie a rischio (street children, disabili, profughi, ecc.). Solitamente i dati raccolti e i comportamenti descritti lasciano comunque presumere l'esistenza di un disagio psichico considerevole e di una sofferenza diffusa, nascosti sotto le spoglie di comportamenti 'adattivi' (quali la violenza, l'aggressività o la devianza sociale dei bambini di strada, e l'abuso di droghe anche in bambini piccoli); tali comportamenti rivelano per intero i problemi della vita quotidiana in un ambiente ostile, minaccioso e avvertito come costantemente insicuro. Si registrano anche apatia, indifferenza o difficoltà dell'apprendimento scolastico, spesso presenti nei periodi che precedono l'abbandono della scuola e in stretta correlazione con conflitti familiari (violenze, disgregazione e alcolismo). Analogamente traspaiono con chiarezza dalle interviste e dalle ricerche compiute su campioni di bambini come i mendicanti, gli street children o i bambini lavoratori, sintomi di ansia, di angoscia e di insicurezza per le prospettive future.

I dati relativi allo stato di salute di questi bambini (incidenza di malattie infettive, malnutrizione, sviluppo fisico precario) confermano in modo diretto la gravità dei rischi profondi che corrono. Qualsiasi possibilità di crescita è negata a bambini senza casa, protetti solo da debolissimi meccanismi di solidarietà, costretti a lavori stressanti, aggressioni, sfruttamento e minacce. Non è necessario attendere la raccolta di dati più precisi, ma si devono invece mettere in opera strategie che consentano la protezione e la promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti svantaggiati, a partire dal sostegno offerto a iniziative che li coinvolgono come protagonisti e non solo come assistiti. 'Empowerment' significa pertanto concepire questi bambini come soggetti in grado di organizzarsi come gruppo, per la difesa di specifici diritti e per la realizzazione di particolari obiettivi. Questo processo consente di per sé l'attenuazione di quel sentimento angosciante d'impotenza, di insicurezza e di precarietà che spesso prelude a comportamenti a rischio, allo sviluppo di reazioni depressive e alla marginalizzazione.

Il crollo di alcune capacità essenziali proprie della famiglia (sostentamento, protezione, orientamento) è uno dei presupposti degli eventi che provocano lo streetism o il lavoro minorile: è necessario pertanto immaginare strategie di supporto sociale ed economico dirette alle famiglie e riflettere con attenzione su quale sia il tipo di intervento più efficace. Se aumenterà il senso di sicurezza e di stabilità all'interno del gruppo familiare e la percezione di essere in grado

---

## Reasons for not Sending Girls to School

Early marriage	39%
Fear of misconduct	25%
Domestic labour	19%
Alleged physical and mental weakness	15%
Other	2%

---

di far fronte ai problemi economici, si ridurranno parallelamente i rischi legati all'indebolimento dei legami familiari, alla crisi irreversibile delle gerarchie e i rischi di espulsione dei figli dalla famiglia.

## **2.7 Scelte e strategie (Options and strategies)**

L'impegno degli organismi internazionali, dei paesi donatori e delle ONG ha dato, negli anni successivi alla guerra, risultati confortanti e incoraggianti. È stata costruita una rete di supporto soprattutto riguardo ai bambini di strada di Addis Abeba. Sono state collaudate metodologie e sistemi di valutazione efficaci. È senza dubbio necessario estendere l'intervento ad altre città etiopiche dove il fenomeno è già allarmante. I recenti episodi di guerra con l'Eritrea rischiano di frenare le iniziative sui problemi dei bambini in condizioni particolarmente disagiate: ogni sforzo deve essere compiuto perché le nuove tensioni non influiscano sui programmi e sui progetti a favore dei bambini, tenendo presente anche la nuova emergenza costituita dall'ultima ondata di profughi soprattutto nella regione del Tigray.

Le ONG possono svolgere un ruolo importante, diretto anche a consolidare la democrazia nel paese e a sviluppare la partecipazione. Nel 1994 veniva disegnato un quadro pessimistico della rete delle ONG etiopiche. Apparivano fragili e precarie: "lack of an indigenous resource base, management capability, coordination, reflective capacity, as well as mutual trust and understanding with Northern NGO, donors and government (...). The virtual absence of civic education training as a key component of many development programmes and projects is an indicator of how we have misunderstood the idea of empowerment and participation." (World Summit on Social Development, 1994).

A quattro anni di distanza, pur tra molte difficoltà, le ONG etiopiche sono cresciute e hanno consolidato le loro esperienze diventando un punto di riferimento sicuro e un tassello importante di una società civile. In questi anni le ONG hanno realizzato, con successo, soprattutto ad Addis Abeba, una serie di microazioni e di interventi per la difesa dei bambini lavoratori, degli street children e contro la prostituzione minorile, riuscendo a coinvolgere le comunità locali e consentendo la piena reintegrazione degli adolescenti inseriti nei programmi di riabilitazione.

Questi interventi hanno avuto la capacità di raggiungere direttamente la popolazione riuscendo a modificarne in concreto le condizioni di vita (offrendo opportunità di lavoro, favorendo iniziative

capaci di aumentare il reddito, realizzando un maggiore coinvolgimento delle donne). Questi progetti, ovviamente, non sono ancora in grado di misurarsi con l'ampiezza di problemi macro-sociali e macro-economici, né di raggiungere la totalità dei potenziali beneficiari, ma costituiscono un esempio a partire dal quale possono essere definite strategie e azioni future.

Possono essere indicati alcuni orientamenti comuni agli organismi internazionali, alle ONG, agli uffici governativi su possibili strategie, globali e settoriali, per affrontare i gravi problemi dei bambini e degli adolescenti in circostanze difficili:

- a) deve crescere l'attenzione verso le ragazze di strada, soprattutto le giovani prostitute, che ricevono scarsa assistenza e possono contare su pochissimi servizi nella città di Addis Abeba; le street girls sono meno 'visibili' degli street-boys e hanno, rispetto ai loro coetanei maschili, minori difese;
- b) occorre aumentare il numero di ostelli che possano accogliere durante la notte gli street-children;
- c) i bambini di strada (e le bambine in particolare) devono rappresentare un obiettivo specifico per ogni azione diretta alla prevenzione della diffusione di malattie sessuali e dell'infezione Hiv/Aids;
- d) "given the present economic and social conditions of street-children and their families in Addis Ababa, it is not realistic to seek to eliminate or remove street children from working on the street" (Veale, Adefrisew & Lalor K., 1993). Occorrono, invece, azioni di "educational and vocational training, family planning e community development". Le ONG possono svolgere un ruolo attivo nel settore dei servizi educativi, nell'apertura di scuole a tutti i livelli (soprattutto nelle aree rurali), nell'assistere il Ministero dell'Educazione nella formazione dei maestri, veri protagonisti di ogni intervento rivolto ai bambini di strada;
- e) i mass-media (e soprattutto le radio) possono giocare un ruolo fondamentale nell'educazione formale e nell'educazione non-formale, come nella diffusione delle strategie di educazione sanitaria. Ogni sforzo è altresì necessario per ottenere servizi scolastici per i bambini disabili (le istituzioni che si occupano di handicappati hanno bisogno di attrezzature, di formazione professionale per il personale, di centri direzionali e di orientamento). Deve aumentare l'impegno per accrescere e difendere i livelli di scolarità dei bambini e delle bambine, soprattutto nelle aree rurali dove i tassi di scolarità e di frequenze sono drammaticamente bassi e precari.

# INTERVENTI RIABILITATIVI

## 3.1 Interventi riabilitativi nel post conflitto

Nelle situazioni post-belliche gli sforzi delle organizzazioni umanitarie dovranno essere diretti a normalizzare il contesto sociale anche attraverso interventi che prendano in considerazione tanto i problemi psicologici di gruppi e individui, quanto gli aspetti più quotidiani con i quali si confronta la comunità considerata: del resto non esiste riabilitazione che all'interno di un preciso contesto. La dimensione sociale ed economica riprende così gradualmente il suo ruolo cruciale accanto a quella sanitaria, nutrizionale o psicologica dell'emergenza.<sup>2</sup>

In questo nuovo orizzonte di riferimenti gli interventi riabilitativi dovranno considerare come fondamentali entrambi i seguenti obiettivi:

1. Individuare le persone che presentano segni rilevanti di disagio e di sofferenza connessi alle passate vicende traumatiche, riconoscendo e prevenendo i sintomi tardivi ('sleep effect'), intervenendo tempestivamente su quelli che esigono trattamenti specifici e aiutando le persone in difficoltà a esprimere disturbi e malesseri spesso a lungo celati (Dodge, Randaulen, 1987 e 1992). Ciò deve essere fatto avendo però ben presenti le difficoltà e le sofferenze che possono derivare dallo sperimentare nuovamente ricordi ed esperienze dolorose. Solo in un contesto adeguato, sia tecnico che sociale, la rimmemorazione del trauma potrà aver luogo senza eccessivi ulteriori costi emozionali. Infatti, se è vero che la comunità può ricavare spesso benefici non piccoli dal riconoscimento dei suoi diritti e dall'individuazione dei colpevoli delle violazioni (ciò che si traduce nella riduzione della penosa sensazione di impotenza che spesso caratterizza l'esperienza delle vittime di violenze, e nella riconquista di un sentimento di controllo della realtà), non pochi problemi insorgono quando i singoli devono essere persuasi a descrivere pubblicamente, in un tribunale ad esempio, le violenze che hanno subito. Diventare oggetto di attenzione e assumere pubblicamente il ruolo di vittima può comportare costi psicologici non molto diversi da quelli generati dagli stessi traumi. Bisogna dunque sapere di volta in volta costruire strategie rispettose delle caratteristiche e dei particolari bisogni di colui che chiede aiuto e bisogna essere consapevoli che non esiste una risposta predefinita e comunque valida.
2. Sostenere nel suo complesso la struttura sociale e familiare (ricongiungendo gli orfani, individuando famiglie particolarmente vulnerabili e bisognose di aiuto, assicurando la ripresa delle attività scolastiche, promuovendo la nascita di gruppi e associazioni per lo sviluppo di attività micro-economiche affidate a cooperative, ecc.); questo può rendere concreta la possibilità per i singoli di considerare con fiducia il futuro e veder ridotto l'effetto dello stress addizionale derivante dalla precarietà economica.

Paradossalmente in molti casi le linee di indirizzo dettate dalla World Bank e gli effetti di quello che eufemisticamente si è denominato negli anni '80 come 'structural adjustment' vanno però proprio

nella direzione opposta. La precarietà o la perdita del lavoro, i licenziamenti di massa, i sacrifici imposti alla popolazione per dare stabilità all'economia, la drastica svalutazione del valore della moneta (si pensi ai paesi dell'Africa occidentale) costituiscono sorgenti di disagio, di incertezza e di sofferenza, e queste condizioni quasi sembrano perpetuare la vulnerabilità e aumentare i fattori di rischio per quanti hanno già affrontato drammatiche sfide alla loro sopravvivenza (Chossudovsky ha parlato di "globalization of poverty").

In società uscite dalla guerra infatti i gruppi a rischio sono quelli nei quali alle esperienze traumatiche, alle problematiche dell'esilio e del difficile ritorno, si sommano anche le ombre della povertà. E la povertà - come la precarietà sociale e giuridica che caratterizza spesso i gruppi di rifugiati (Silove, Sinnerbrink, Fiel et al., 1997) - rappresenta un fattore di stress non meno rilevante dei passati eventi traumatici.

Le ragioni economiche teoriche e politiche dello structural adjustment e del suo relativo insuccesso nell'Africa sub sahariana sono state analizzate.<sup>3</sup> Qui ricordo soltanto che gli interventi messi in opera sotto l'ombrello dello structural adjustment avevano come scopi espliciti:

- 1) ricreare una soddisfacente stabilità macroeconomica,
- 2) far corrispondere i prezzi alla relativa scarsità dei prodotti,
- 3) ridurre il ruolo dello Stato nell'indirizzo e nel controllo delle attività economiche.

Ma, come in molti altri casi, nell'Africa sub sahariana l'effetto dello structural adjustment è stato quello di accrescere la povertà (Cornia, Jolly, Stewart, 1987), e altrettanto negativo è stato il suo impatto ambientale.

Questi effetti perversi, messi in luce anche da numerosi studi condotti dall'UNICEF, hanno contribuito a ridimensionare definitivamente l'enfasi e le aspettative connesse a questo tipo di strategie: "Imposed structural-adjustment packages reflecting western neo-liberal economic orthodoxy can mean slashed budgets for health, education, and social-welfare programmes on which the poorest depend. This can undermine the social fabric no less effectively than the wars they have done" (Summerfield, 1997). Rimane il problema di come operare strategie riabilitative che non si limitino ad aiutare gli individui ad adattarsi al contesto, ma che, di questo contesto, promuovano e facilitino il cambiamento.

<sup>2</sup> La definizione di 'psychosocial' proposta in occasione del summit di Nairobi del 1997 può essere a questo proposito utilmente riportata: "The diverse and often violent experiences of armed conflict have profound effects on child development and well-being. The word 'psychosocial' simply underlines the dynamic relationship between psychological and social effects, each continually influencing the other. 'Psychological effects' are those which affect emotions, behaviour, thoughts, memory, learning ability, perceptions and understanding. 'Social effects' refer to altered relationship due to death, separation, estrangement and other losses, family and community breakdown, damage to social values and customary practices and the destruction of social facilities and services. 'Social effects' also extend to the economic dimension as many individuals and families become destitute through the material and economic devastation thus losing their social status and place in their familiar social network." (UNICEF, 1997).

<sup>3</sup> Demery (1994).

### 3.2 Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione (Children requiring special protection measures)

#### 3.2.1 I bambini di strada

Il fenomeno degli *street children* è sicuramente uno dei fenomeni più allarmanti per entità e conseguenze. Le variabili che solitamente vengono invocate per spiegare il massiccio aumento degli *street children* in molte città dei paesi in via di sviluppo sono:

- l'urbanizzazione accelerata e caotica quale si osserva tipicamente in rapporto a eventi come siccità, carestie, guerre, conflitti etnici e conseguenti esodi di massa;
- la povertà;
- la debolezza o l'instabilità dei rapporti familiari (alla cui disgregazione possono concorrere cause molteplici) e una non meno elevata conflittualità intrafamiliare;
- la mancanza di uno o di entrambi i genitori (spesso si tratta infatti di orfani, di figli di separati, di bambini abbandonati perché nati da unioni casuali e indesiderati, ecc.).

Di queste variabili la guerra spesso rappresenta, direttamente o indirettamente, una delle cause.

Riportiamo qui le definizioni comunemente adottate in ricerche ed esperienze condotte nel Corno d'Africa, prima di discutere quali potrebbero essere le strategie di intervento più efficaci da seguire. Per ciò che concerne la fascia di età, si ritiene solitamente che tutti i bambini e gli adolescenti al di sotto dei 18 anni che mostrino le caratteristiche di seguito elencate possano essere inclusi nel gruppo di Children/Adolescents on/of the street:

- a) *Children at high risk* sono bambini che, vivendo in condizioni di estrema povertà, di cure inadeguate, di scarso controllo da parte dei genitori (assenti per vari motivi), sono esposti alla concreta possibilità di essere coinvolti nella vita della strada.
- b) *Children on the street* sono coloro che trascorrono buona parte del loro tempo sulla strada, nei mercati, mendicando o svolgendo precarie attività lavorative senza il riconoscimento di alcun diritto; in qualche caso essi conservano un rapporto con la scuola. In genere quanto guadagnano va ad incrementare il misero reddito familiare, infatti abitualmente mantengono con la famiglia un solido legame e ritornano la sera nelle loro case, caratterizzate per lo più da un ambiente estremamente povero e deprivato.
- c) *Children of the street* sono quelli che, a differenza dei precedenti, hanno nella strada il loro ambiente di vita, il luogo dove trascorrono la totalità o quasi del loro tempo, dove dormono. In non pochi casi essi mantengono contatti con la famiglia, e di tanto in tanto vi fanno ritorno; la strada rappresenta però il luogo principale di rapporti sociali e di apprendimento. In questo gruppo è naturalmente più elevato il rischio di sviluppare comportamenti antisociali o devianti. L'indicatore solitamente utilizzato per definire un bambino come *child of the street* è il luogo dove egli materialmente trascorre la notte e dorme.
- d) *Abandoned children* vengono definiti invece quei bambini che, per varie ragioni, non possono più fare riferimento alle loro famiglie (morte dei genitori, rifiuto o indisponibilità da parte loro a occuparsene, e ciò quasi sempre a causa di uno stato di estrema indigenza, ecc.).

Contigua alle categorie ora elencate è quella delle -

- e) *Street mothers*: madri che per sopravvivere mendicano sulle strade, generalmente in compagnia di uno o più figli; si tratta di donne spesso senza casa e in genere è assente, per ragioni diverse, la figura del padre.

La categorizzazione ora vista considera soprattutto due aspetti: il grado di mantenimento delle relazioni con l'ambiente familiare e il grado di mantenimento delle relazioni con l'ambiente scolastico; da essi dipende il tipo di strategia più opportuno. Talvolta però le diverse classificazioni in tipi e sottotipi portano a considerare gli *street children* come bambini affetti da un qualche particolare disturbo comportamentale, con le sue caratteristiche manifestazioni sintomatiche (comportamento antisociale, assunzione di sostanze stupefacenti, ecc.), e la nozione di *streetism* finisce per diventare quasi l'equivalente di una categoria medica, una diagnosi che rende necessario un approccio 'terapeutico' altrettanto preciso. Vorremmo invece ribadire sin da ora che il fenomeno dello *streetism* è soltanto un particolare effetto del concorrere di cause particolari (povertà, fragilità del legame sociale e familiare, e così via): esso non riguarda i bambini ma il complesso della società, delle sue dinamiche (economiche, etniche, culturali) e dei suoi conflitti. L'impatto sullo *streetism* di interventi che hanno come obiettivo unicamente i bambini e che non agiscono su questo genere di correlazioni micro- e macro-sociali hanno generalmente scarso effetto, perdendo nel tempo la loro efficacia.

In altre parole: lo *streetism* non è una malattia, è un fenomeno che attraversa gruppi deboli e viene generato dal concorrere di problemi diversi il cui fondo comune è l'estrema fragilità dello status sociale.

Di fatto gli *street children* sono semplicemente bambini nella cui vita sono tragicamente messi in discussione o cancellati il diritto elementare alla sopravvivenza, alla protezione, alla cura, all'educazione, all'assistenza sanitaria, il diritto a un ambiente di vita che consenta uno sviluppo psichico, fisico e morale armonioso. Su di essi convergono minacce e fattori aggressivi, che moltiplicando gli effetti negativi dei singoli fattori di rischio li rendono soggetti particolarmente vulnerabili e esposti ad abusi.

Le strategie di intervento dovrebbero pertanto essere dirette a:

- ridurre i fattori di rischio sociale che generano, favoriscono o mantengono il fenomeno dello *streetism*,
- realizzare una costante protezione (advocacy) dei children on/of street,
- interrompere il circolo vizioso che sostiene lo *streetism* e le sue conseguenze individuali (psicologiche), familiari e sociali.

Ragionare intorno allo *streetism*, interrogarsi sulle ragioni del fenomeno e costruire risposte adeguate presuppone in molti casi un mutamento di prospettiva che non sarà possibile se non nella misura in cui le rappresentazioni del bambino di strada e della società saranno reciprocamente messe a confronto e ridefinite.

Glauser ricorda che i bambini di strada:

- vivono la relatività della proprietà privata e cancellano la tradizionale distinzione tra spazio privato e spazio pubblico;
- vivono in una dimensione temporale in cui esiste solo il presente e la sopravvivenza quotidiana inghiotte ogni altra dimensione, passata e futura, ogni altra preoccupazione;

- soprattutto essi non si sentono né protetti né valorizzati, e reciprocamente non valorizzano se stessi: l'adattabilità al contesto è la loro unica fragile difesa,
- infine, essi costruiscono da sé i propri valori, si 'autoeducano', sperimentando il limite estremo di un'esistenza scandita dal peso della realtà e priva di ogni sorta di mediazione (Glauser, 1997).

### 3. 2. 2 *Bambini con handicap*

Nei contesti in cui le risorse riabilitative e assistenziali sono deficitarie, quali quelli tipici dei conflitti armati o di post-conflitto, non è infrequente che bambini affetti da malattie curabili, come l'epilessia o il diabete, restino senza alcun trattamento farmacologico e che bambini affetti da disabilità fisiche (sordità, cecità) o psichiche rimangano privi di ogni assistenza ed esclusi dalla scuola. E questo avviene in modo ancora più pesante nel caso di quei bambini che si trovano in una condizione socialmente debole, come gli orfani.

Le cure e l'assistenza di cui essi hanno bisogno (centri riabilitativi, protesi, particolari percorsi pedagogici, ecc.) di rado sono reperibili in contesti di emergenza, dove mancano operatori socio-sanitari in possesso di un adeguato training e le famiglie sono condotte dalla logica della sopravvivenza a non preoccuparsi di coloro che sono più sfavoriti. Questo in genere spinge a una istituzionalizzazione dei bambini disabili, istituzionalizzazione in molti casi non necessaria sotto il profilo clinico e che finisce col compromettere la possibilità di un processo riabilitativo diretto all'acquisizione di autonomia e abilità.

Nelle situazioni di post-conflict i bambini disabili costituiscono dunque un problema prioritario che richiede massima attenzione e la concertazione di strategie integrate; né si può genericamente delegare alle famiglie o alle comunità l'individuazione dei loro bisogni, quando mancano operatori sanitari, tecnici della riabilitazione o altre figure professionali. Occorre invece prevedere specifici piani di addestramento professionale per la formazione di tali operatori. Inoltre senza un'attività di valutazione, monitoraggio e supporto da parte degli assistenti sociali, le condizioni psicologiche e le capacità di relazione dei bambini e degli adolescenti disabili che stanno in famiglia rischiano di deteriorarsi e parallelamente aumenta il rischio di una loro mancata integrazione nella scuola e nella comunità. Esperienze condotte in diversi paesi mostrano infine che non è sufficiente modificare una sola fra le molte variabili, concedendo ad esempio migliori opportunità educative a bambini svantaggiati; in assenza di un miglioramento generale delle loro condizioni di vita simili interventi possono avere persino effetti perversi (Sinha, cit. in Moghaddam, 1990).

La possibilità di produrre interventi coerenti ed efficaci ha pertanto le sue condizioni di successo nella capacità di sostenere sotto tutti gli aspetti la famiglia del bambino disabile e di coinvolgere la comunità e i vicini. Ma per rendere efficaci tali strategie di riabilitazione è necessaria anche la realizzazione, attraverso precise scelte politiche e legislative, di una costante difesa dei soggetti interessati. Quest'ultimo aspetto merita di essere sottolineato, dal momento che è stato seguendo questa via che si è potuto evitare che fattori di discriminazione connessi alla condizione di disabilità e fattori di marginalizzazione derivanti ad esempio da condizioni economiche o dal sesso, confluissero finendo col neutralizzare iniziative spontanee o progetti pilota.

Il problema più preoccupante è d'altronde il basso numero di operatori o centri specializzati in grado di intervenire sugli specifici bisogni dei bambini disabili. In Italia le definizioni accolte di handicap e disabilità hanno voluto mettere da sempre l'accento su una non piccola differenza: l'handicap non è una condizione oggettiva, una malattia, ma la risultante del rapporto fra una disabilità e un particolare contesto. Se quest'ultimo è inadeguato, se non si dispone di servizi integrati in grado di migliorare le competenze del bambino, se non si rendono accessibili spazi, luoghi e mezzi a chi presenta un limite nelle proprie capacità di deambulazione, comunicazione, percezione, allora il disabile potrà diventare "handicappato". L'handicap è, in definitiva, anche una misura delle capacità del contesto sociale e istituzionale di ridurre le conseguenze della disabilità.

Il problema delle risorse disponibili e degli investimenti diventa inequivocabilmente un problema di priorità. In contesti in cui le risorse economiche dello stato sono ancora inadeguate per far fronte a questo tipo di bisogni e per realizzare le appropriate strategie (training di personale, costruzione di edifici senza barriere, strumenti di ausilio didattico, integrazione nella scuola grazie all'aiuto di figure professionali di supporto, ecc.), un impegno particolare dovrà riguardare la famiglia e la comunità. Soprattutto questo tipo di sostegno, a un tempo economico, psicologico-sociale, informativo, ecc., può consentire una notevole riduzione del ricorso alla soluzione della istituzionalizzazione; soluzione che se da un lato offre parziali risposte ad alcuni dei problemi posti dalla disabilità, dall'altro comporta l'alto rischio di una mancata integrazione del bambino nella famiglia e nella comunità. E non sono pochi i paesi che, come l'Etiopia e l'Eritrea, hanno scelto di contrastare la tendenza all'istituzionalizzazione dei bambini con disabilità; i ridotti costi economici di questa opzione costituiscono un ulteriore motivo di scelta.

Le strategie rivolte alla cura e alla riabilitazione, secondo quanto non poche esperienze realizzate anche nei paesi dell'Africa sub sahariana confermano, dovranno quindi essere rivolti a definire il giusto rapporto fra:

- a) interventi portati avanti da istituti specializzati (per sordi, ciechi, ecc.);
- b) interventi di riabilitazione *community-based*, che cioè considerino e coinvolgano anche la comunità in cui il bambino vive, e diretti a consentire che il bambino disabile possa, sin da piccolo, partecipare alle attività proprie della sua età e a sostenere adeguatamente la famiglia e la scuola nei confronti del carico addizionale che solitamente la cura di un disabile comporta. In questo genere di strategie integrate il ruolo degli insegnanti si rivela sempre fondamentale; si dovranno pertanto promuovere specifici corsi di formazione e incoraggiare la costruzione di équipes miste, al cui interno compaiano figure quali educatori e assistenti sociali.

È necessario però sottolineare che se questo modello ben si applica a popolazioni largamente scolarizzate, al cui interno si possono facilmente individuare i gruppi svantaggiati, esso è però probabilmente inadeguato laddove - come in molte aree rurali dell'Africa - il tasso di scolarizzazione è ancora basso e l'individuazione di gruppi svantaggiati sui quali concentrare le iniziative rivolte alla loro integrazione potrebbe passare in seconda linea rispetto ad altri problemi (Moghaddam, 1990).



### 3. 2. 3. Orfani, bambini soli e abbandonati (Orphaned, unaccompanied and abandoned children)

Le condizioni che rendono un bambino “*unaccompanied*” possono essere ricondotte a due insiemi fondamentali, volontari e involontari, secondo la classificazione proposta in un documento UNICEF (UNICEF, 1992); questa ripartizione (si veda la tabella seguente) è utile per comprendere la tipologia essenziale degli *unaccompanied children*.

Tutte le ricerche che abbiamo considerato si rivelano concordi nel sottolineare la particolare vulnerabilità degli *unaccompanied children* soprattutto nel caso dei profughi: essi mancano di cure adeguate e del controllo da parte di adulti per periodi prolungati, devono vivere in condizioni igieniche disastrose, sono malnutriti o disidratati, ecc. Questo spiega anche i drammatici tassi di mortalità osservati nei bambini, soprattutto quelli più piccoli, quando non ci sono adulti che se ne prendano cura.

I meccanismi spontanei che generalmente intervengono a sostegno dei bambini soli rischiano di essere erosi o cancellati dai sovvertimenti sociali tipici dei periodi di guerre, carestie o altri disastri. Ma al di là di condizioni drammatiche particolari, alcuni autori hanno notato come i mutamenti culturali in corso ovunque, anche nel contesto africano tradizionale, stiano avendo effetti su numerosi aspetti della vita sociale, fra i quali appunto la capacità vicaria della famiglia estesa di intervenire nel prendersi cura di bambini orfani o soli:

“If a child lost a parent, he was automatically taken to the most immediate relatives since in most tribal customs children were regarded as a responsibility for the clan as a whole. The changing life style engendered by contact with western civilization resulted in the advent of the homeless child.” (Tolfree, 1995).

Diventa quindi indispensabile sostenere le famiglie che decidono di accogliere bambini orfani con un supporto economico e sociale, anche quando vi siano rapporti di parentela. Interventi del genere hanno avuto successo quando è stato assicurato un costante monitoraggio del processo di riunificazione, quando la comunità è stata coinvolta nella realizzazione del programma di supporto, nella decisione riguardo alle famiglie da aiutare e nelle attività di monitoraggio; ma anche, e soprattutto, quando i bambini hanno potuto riconoscere nei vicini, nella nuova famiglia e negli stessi operatori degli alleati potenziali nel fronteggiare le proprie difficoltà. Tuttavia è importante sottolineare ancora una volta come la categoria di orfano o *abandoned children* non debba diventare oggetto di eccessiva enfasi. Un orfano è, indipendentemente dalla sua condizione di

orfano, un bambino o una bambina che deve affrontare difficoltà specifiche, che ha problemi diversi in relazione all’età e al sesso, alla possibilità o meno di frequentare una scuola ed essere fornito di quanto è necessario, che può sperimentare difficoltà che non sono tutte riportabili alla sua condizione di orfano. In breve, è necessario che gli interventi su gruppi di bambini oggettivamente più deboli sotto il profilo psicologico e sociale siano rivolti a interrompere il circolo vizioso generato dalla loro condizione, una condizione - lo ripetiamo - che non deve costituire una marca di identità o, peggio ancora, una stigmatizzazione in virtù dell’intervento di una o più istituzioni.

Il riconoscimento che un entusiasmo eccessivo sulla ‘family and community care’ per bambini in circostanze difficili non è sempre giustificato, e che molte istituzioni per l’infanzia offrono ai bambini servizi, riparo, cibo e vestiti appropriati, non confuta d’altronde il nostro presupposto. Se è vero che non sempre e comunque le famiglie riescono a offrire soluzioni migliori di quelle istituzionali, è altrettanto vero che una valutazione può essere espressa solo dopo che sia stato offerto alle famiglie un adeguato sostegno per consentire loro di prendersi cura di tutti i bisogni dei bambini. Forse è proprio questa la maggiore sfida dei programmi di riabilitazione *community-based* rivolti a orfani e *unaccompanied children*, una volta che si ammetta che la vita istituzionale possa avere conseguenze psicologiche negative (anche tardive). D’altra parte, nessun progetto che sostenga il ruolo insostituibile della famiglia o della comunità nella cura e nella riabilitazione dei bambini ha, a quanto ci risulta, fra i suoi presupposti la valorizzazione acritica delle capacità delle famiglie di prendersi cura dei loro bisogni.

### 3. 2. 4. I rifugiati e le loro famiglie (Returnees, refugees and displaced people and families)

Le condizioni di vita dei rifugiati accolti in molti campi profughi, in cui si verificano episodi di violenza, di intimidazione, di abuso, o semplicemente l’esperienza di un’insostenibile precarietà, possono rappresentare sorgenti di trauma e di stress rilevanti. In questi contesti la nozione di trauma non va intesa in modo ‘puntuale’, non è riconducibile cioè a singoli eventi, ma a situazioni protratte nel tempo, e che proprio per la loro durata possono avere effetti psicologici drammatici.

Considerazioni simili si possono fare per coloro che si trovano a vivere in condizioni di diffusa e protratta violenza. Zwi e Ugalde

---

## Unaccompanied Children Classification (UNICEF, 1992)

### A) Involuntary Separations

- 1) Abducted
- 2) Lost
- 3) Orphaned
- 4) Runaway
- 5) Removed
- 6) Conscripted without parents’ consent

### B) Voluntary Separations

- 1) Abandoned (deserted by parents)
  - 2) Entrusted (in the care of another family)
  - 3) Surrendered (parental rights given up)
  - 4) Independent (living apart from parents)
  - 5) Conscripted (with parents’ consent)
  -
-

(Zwi, Ugalde, 1991) così classificano i principali tipi di ‘violenza politica’:

- *structural*, risultante di un’inequale distribuzione di risorse e potere politico;
- *repressive*, usualmente organizzata dallo Stato, in qualche caso da altri gruppi, ed associata a detenzione, tortura, assassinio, relativa sia a bambini che adulti;
- *reactive*, contro la repressione sperimentata, o esercitata ad esempio da gruppi privilegiati contro un governo riformista;
- *combative*, relativa all’uso della forza per preservare o conquistare il potere (la “guerra di bassa intensità” condotta in Mozambico dalla Renamo e in Nicaragua dalla Contra ne costituiscono eloquenti esempi).

Non pochi autori hanno notato come spesso, in particolare quando ci si occupa dell’infanzia, in questi contesti la lotta per la sopravvivenza spinga tanto gli esperti che la gente comune a considerare irrilevanti i problemi di salute mentale, e l’integrità psichica passi in secondo piano rispetto a quella biologica.

In una situazione di violenza diffusa i bambini sono portati a nascondere o minimizzare ansie, paure, senso di insicurezza. Isolamento e angosce spesso ‘ricompaiono’ però sotto nuova forma: comportamenti violenti, ideali nazionalistici particolarmente enfatizzati, ecc. D’altra parte si fa notare che può essere illegittimo proporre generalizzazioni sull’uso e sul significato della violenza da parte dei giovani (anche di quelli coinvolti in attività militari), dal momento che le attitudini verso la violenza dipendono in primo luogo dal particolare contesto sociale. Se da un lato è abbastanza frequente constatare che una crisi o un rovesciamento dei ruoli familiari tradizionali accompagna queste esperienze (ciò che è accaduto nei Territori Occupati o in Zimbabwe), dall’altro non necessariamente la partecipazione ad attività violente danneggia il futuro sviluppo della personalità. Straker riporta la seguente esperienza: i giovani che in Sud Africa avevano ricevuto durante la loro infanzia adeguate cure e attenzioni da parte degli adulti e partecipato ad attività violente nei sobborghi delle città - ma all’interno di una chiara ideologizzazione del contesto e del conflitto (che non assumeva mai dunque una dimensione personale) - non avevano sviluppato successivamente attitudini distorte e tanto meno erano implicati in consumo di droghe o attività criminali (cit. in Richman, 1993).

Nell’insieme, le esperienze accumulate nel corso degli anni consentono di ribadire come le variabili di cui tener conto nell’analisi della salute mentale dei rifugiati e di chi è esposto alla violenza politica (siano essi adulti, adolescenti o bambini) sono numerose, e come i fattori di rischio e quelli di protezione devono essere entrambi considerati all’interno delle particolari storie individuali e familiari: “In dealing with refugees and victims there is a risk of evaluating the migratory or refugee experience as the sole feature influencing their mental health. Migrants are as variable in their personal characteristics and past experience as other people” (Brody, 1995).

### 3. 2. 5. *Bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione: l’approccio olistico (CEDC: the holistic approach to issues)*

Se è stata presentata una sorta di ‘categorizzazione’ dei bambini in situazioni particolarmente difficili (categorizzazione peraltro non

completa essendoci limitati qui alle categorie più direttamente legate alle situazioni di guerra o di post conflitto; è comunque evidente che interventi rivolti ai CEDC devono spesso considerare anche questioni come, ad esempio, il lavoro minorile o la prostituzione infantile) è bene comunque sottolineare come non si possano considerare queste come categorie comunque distinte e separate; è necessario anzi sottolinearne la continuità, sia in termini sincronici che diacronici.

La continuità sincronica rinvia alla sovrapposizione o a una sequenza temporale ravvicinata di problemi che solitamente vengono collocati sotto l’una o l’altra delle categorie adottate. I bambini orfani sono sicuramente non in quanto tali ‘a rischio’ ma solo nella misura in cui mancano degli adulti in grado di prendersene cura. È altrettanto evidente che quei bambini che siano stati testimoni dell’assassinio di un proprio genitore o vittime di eventi stressanti come l’emigrazione forzata, non saranno soltanto ‘orfani’ ma anche ‘vittime di episodi traumatici’, con ulteriori problemi di ordine psicologico. Questi ultimi, che potranno manifestarsi anche a distanza di molti anni, non devono essere concepiti però come l’espressione tardiva di una ‘malattia’. Sulla loro eventuale comparsa, evoluzione e gravità avranno esercitato infatti un peso determinante fattori diversi; messe da parte le differenze individuali e la natura delle vicende traumatiche o stressanti di cui i bambini sono stati vittime, saranno la possibilità o meno di poter contare su un assetto familiare, economico e sociale stabile, la presenza di un clima di supporto e di fiducia, il sostegno di vicini e di figure professionali nel caso si debba far fronte a specifiche difficoltà (di relazione, di apprendimento, di integrazione, ecc.) ad avere il ruolo più significativo.

Non è infrequente d’altronde che la risposta ai bisogni di un bambino o di un adolescente orfano venga data in un contesto geografico (e socio-culturale) diverso da quello originario perché in quest’ultimo non ci sono risorse istituzionale né parenti che possano prendersene carico: il bambino orfano e vittima di eventi traumatici, diventerà in questo caso anche un *internal displaced*. Queste circostanze non sono rare, soprattutto in relazione alle vicende conosciute in anni recenti da paesi come l’Eritrea, il Rwanda, la Somalia. A fattori come quelli ricordati si possono aggiungere quelli derivanti da difficoltà preesistenti (disabilità, malattie croniche come l’epilessia, ecc.) che - ancora una volta - possono anche non essere in sé particolarmente invalidanti, ma lo diventano se mancano un supporto sociale adeguato e risorse affettive, terapeutiche o assistenziali. L’istituzionalizzazione, se da un lato risponde all’esigenza di offrire risposte immediate ai bisogni essenziali, aggiunge solitamente a questa serie di eventi un ulteriore fattore di fragilità incidendo sullo sviluppo emozionale e cognitivo del bambino: la vulnerabilità deve essere considerata però, come è ovvio dedurre dalle precedenti premesse, in termini relativi, e l’attenzione deve essere spostata piuttosto sul convergere dei diversi fattori di fragilità.

A questa continuità sincronica di eventi si deve aggiungere quella diacronica, spesso difficile da riconoscere perché fra eventi passati e disturbi o difficoltà attuali è intercorso un lungo periodo. La sofferenza psicologica di bambini separati dai propri familiari, testimoni di violenze, privati delle cure adeguate e necessarie alle diverse fasi del loro sviluppo, può esprimersi - quando altre circostanze concorrono a rendere fragile l’individuo e quando il contesto ne consente l’espressione - anche molti anni dopo (Dodge, Randaulen, 1991). Non sono pochi gli autori che sottolineano ancora un altro singolare

effetto tardivo delle violenze, della repressione e dei traumi subiti: un effetto che questa volta concerne però non tanto e non solo i singoli individui ma le collettività nel loro insieme.

Ciò che preme qui mettere in evidenza è però soprattutto un altro aspetto: adottando una prospettiva attenta più che ai singoli gruppi o alle singole categorie di CEDC al continuum esistente fra fattori di vulnerabilità, condizioni individuali preesistenti, dinamiche proprie del contesto micro- e macro-sociale o culturale, forse è più facile produrre interventi che non siano fra loro separati. Anche quando i più elementari meccanismi di riproduzione del legame sociale sono stati brutalmente spezzati o indeboliti è possibile operare a livello di gruppi e sottogruppi; cioè valorizzando interessi, specificità, alleanze, o promuovendo - proprio a partire da esperienze comuni - nuove solidarietà. Se all'approccio olistico ai problemi dei CEDC può forse essere rimproverato un ottimismo eccessivo, esso ha dalla sua il sostegno di precisi modelli sociologici e psicologici che mostrano come la cooperazione fra attori sociali diversi sia possibile anche in circostanze difficili, circostanze per le quali non è sufficiente un solo modello ma occorre una serie di modelli teorici differenti.

Riassumendo, senza la pretesa di essere esaustivi, possiamo cercare di individuare quelle che dovrebbero essere le linee generali di intervento nei confronti delle varie categorie sopraindividuate.

- Children on/of street (working children, child prostitutes): strategie strettamente interconnesse e complementari sono tutti gli interventi che direttamente o indirettamente:
  - a) consentano loro di frequentare la scuola;
  - b) li tutelino rispetto alle attività lavorative svolte e ai rischi di sfruttamento;
  - c) permettano alle loro famiglie di fruire del sistema dei prestiti agevolati.

Queste azioni sono condizionate nel loro successo da una parallela attività di responsabilizzazione della comunità nel suo insieme.

- Disabled children: si raccomanda di evitare in tutte le circostanze possibili la 'soluzione istituzionale' e di sostenere psicologicamente, socialmente ed economicamente le famiglie per il carico addizionale al quale esse devono far fronte; si raccomanda inoltre di promuovere la formazione di operatori, di responsabilizzare e coinvolgere in tutte le fasi del programma la comunità, di verificare l'inserimento scolastico e l'integrazione dei bambini disabili e di costruire opportunità lavorative per i giovani e gli adolescenti.
- Unaccompanied and orphan children: si deve puntare sui progetti di riunificazione, progetti che devono coinvolgere le comunità e prevedere un sostegno anche economico per le famiglie.
- Individui e gruppi vittime o testimoni di traumi, violenze o torture, ex child-soldiers, comunità vittime della destrutturazione sociale e culturale quale si osserva tipicamente nel caso di genocidi, conflitti etnici o guerre civili: gli operatori sociali devono essere considerati anche come 'mediatori della conflittualità' e lavorare per la sensibilizzazione della comunità e il coinvolgimento dei diversi attori sociali (donne e organizzazioni femminili, insegnanti, ecc.); il riferimento alle comuni matrici culturali e simboliche è da considerarsi un importante strumento di intervento psicologico e sociale per ristabilire legami nella comunità.

### 3.3. Post Traumatic Stress Disorder

La nozione di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), il cui ingresso ufficiale nella nosografia psichiatrica risale al 1980, domina la letteratura psicologico-psichiatrica contemporanea, soprattutto quella nordamericana, e ha orientato numerosi interventi terapeutico-riabilitativi di tipo psico-sociale in paesi e contesti in cui la popolazione aveva dovuto affrontare eventi altamente stressanti e traumatici (guerre, disastri naturali, ecc.). Se genealogicamente può essere ricondotta alle vecchie diagnosi di 'railway spine', 'shell shock', 'gross stress reaction', essa introduce per più aspetti significative variazioni nel discorso psichiatrico relativo alla memoria traumatica e al significato stesso di evento traumatico (Young, 1995 a e 1995b; per la definizione di PTSD, cfr. il DSM-Fourth Edition).

Nel corso degli anni è stato però notata la tendenza, tanto nei manuali quanto nella pratica clinica, ad abusare di questo concetto rendendo smisurate le dimensioni della famiglia di eventi potenzialmente 'traumatici'. Questo uso estensivo ha sollevato non poche perplessità, che possiamo così riassumere:

1. Non si fa un'adeguata differenziazione fra gli eventi traumatici; le conseguenze sulla psiche individuale, così come le reazioni collettive, legate a traumi e disastri sono diverse a seconda che l'origine di questi eventi sia umana o naturale, e variano a seconda della durata dello stress; inoltre non è abbastanza sottolineato il peso delle caratteristiche del soggetto traumatizzato (sesso, età, status, eventuali esperienze traumatiche precedenti, ecc.) a cui dovrebbero corrispondere strategie riabilitative diverse.
2. Se una diagnosi di PTSD permette, come molte volte è stato sottolineato, il riconoscimento precoce dei sintomi, il suo abuso comporta non pochi rischi. Fra questi viene ricordato da molti autori quello di scoraggiare, attraverso una eccessiva medicalizzazione, l'attivarsi di risorse spontanee (locali) di supporto e di riabilitazione per le vittime di eventi traumatici (Rousseau, 1995). Un ulteriore rischio è quello connesso alle modalità di investigazione spesso proposte nei manuali: le tecniche di indagine psicologica rivolte a riconoscere segni di PTSD richiedono infatti cautele, contesti e tecniche particolari (Dodge, Randaulen, 1987 e 1992). La cautela è necessaria ancor più quando si tratta di bambini, dal momento che un nuovo confronto con la memoria dell'esperienza traumatica può creare livelli di sofferenza insostenibili.
3. L'uso di un'accezione universalistica della nozione di PTSD, che ha avuto successo soprattutto nella cura dei reduci del Vietnam, trascura importanti differenze socio-culturali e comporta il rischio di produrre una illegittima egemonia delle categorie psicologico-psichiatriche occidentali di persona, lutto, stress, ecc. La sua acritica utilizzazione non è sempre giustificata in contesti in cui i ruoli dei protagonisti (testimoni, vittime, responsabili dei crimini ecc.), la risposta del gruppo, la natura stessa dei conflitti sono profondamente diversi. È necessario invece centrare l'attenzione verso le particolari forme attraverso le quali si produce la costruzione sociale e culturale del racconto del trauma (Summerfield, 1996), mettendo da parte ogni gratuita generalizzazione. "To identify those who suffer most, it is essential to research the local idiom of

distress i.e. organized expressions of distress common in a local population” (Sharma, Van Ommeren, 1998). L’esperienza di pensieri intrusivi, la soglia al di sopra della quale determinati ricordi, emozioni o sentimenti diventano in qualche caso disturbi o sintomi, non concernono d’altronde mai soltanto il singolo individuo ma appartengono a quella che è stata definita la ‘politica della memoria’ propria di un determinato contesto sociale (Antze, Lambek, 1996; Summerfield, 1995a).

4. L’adozione della categoria di PTSD e l’architettura temporale che essa costruisce tanto degli eventi traumatici quanto dei sintomi eventualmente presenti, finisce col far trascurare che le ferite della memoria comune e del tessuto sociale possono essere, nelle loro conseguenze psicologiche e simboliche, altrettanto drammatiche dei traumi individuali.

Eisenbruch (Eisenbruch, 1991), considerando i profughi del sud est asiatico, definisce come lutto culturale proprio l’esperienza di una persona o di un gruppo sradicati dal loro contesto di vita abituale, con la conseguente perdita di valori, identità, legami di appartenenza. In questi casi la persona o il gruppo possono continuare a ‘vivere nel passato’, essere ‘visitati’ da istanze soprannaturali. In queste circostanze non è raro soffrire di sensi di colpa per aver abbandonato la propria terra, e quando i ricordi cominciano ad attenuarsi la sofferenza si accresce ulteriormente; sopraggiunge in questo caso infatti la paura di non ricordare più il tempo di una volta e perdere definitivamente il proprio ancoraggio culturale. Spesso le persone affette da questo tipo di esperienza desidererebbero ottemperare ai propri obblighi verso i parenti defunti. Non potendo compiere i rituali tradizionali, essi si sentono schiacciati da ansie, pensieri macabri o da un sentimento di rabbia che progressivamente incrina la loro capacità di vivere e di tollerare anche piccole sfide quotidiane. In sé tutto questo non è una malattia del singolo individuo, ma la comprensibile risposta alla catastrofica perdita della struttura simbolico-sociale. Queste esperienze possono essere particolarmente rilevanti in quei contesti, come ad esempio l’Africa sub sahariana, in cui la dimensione del gruppo, il ruolo della memoria comune e i legami fra le persone o con il mondo degli antenati sono più valorizzati di quanto non lo sia il singolo individuo o la sua autonomia.

Si tratta quindi di tornare a riflettere seriamente sulla validità antropologica, clinica e metodologica delle pratiche adottate in base alla nozione di PTSD (uso generalizzato di manuali, questionari, dépliant relativi ai traumi e al loro trattamento, adozione di presupposti psicologici costruiti su concetti chiave della psicologia occidentale, ecc.) (Atlani, 1997; Summerfield, 1996).

Queste considerazioni critiche, per quanto in buona parte condivisibili, trascurano però un aspetto importante. Ormai anche negli organismi internazionali si è fatta strada la consapevolezza della necessità di usare in modo più attento della categoria di PTSD e di privilegiare strategie di gruppo nella riabilitazione psicologica di soggetti sottoposti a traumi o situazioni altamente stressanti, come ad esempio i profughi e i rifugiati. La crescente consapevolezza del ruolo che esercitano le dimensioni simbolico-culturali nell’esperienza del lutto, del trauma, della violenza, nonché in quella della cura, ha spinto anche gli organismi internazionali a riconoscere nelle strategie terapeutiche tradizionali e nei suoi attori (leader religiosi,

traditional healers, ecc.) importanti alleati nella promozione degli interventi di supporto e di riabilitazione; soprattutto, le dichiarazioni più recenti sono attente nel definire il ruolo che la dimensione psicologica e quella sociale devono avere in tali interventi. Valga a titolo d’esempio il documento elaborato dall’UNICEF in occasione del Workshop Regionale di Nairobi (UNICEF, 1997). Ciò sicuramente segna un cambiamento considerevole rispetto alle attitudini adottate in passato e marca una considerevole distanza nei confronti della retorica che ancora accompagna l’uso della diagnosi del PTSD da parte della psichiatria statunitense, anche se alcuni autori sottolineano i non pochi limiti epistemologici e metodologici che permangono nelle linee guida e nei manuali proposti.

In conclusione vogliamo citare per esteso il punto di vista di Summerfield, oggi condiviso da una considerevole quantità di studi ed esperienze portati avanti in diversi paesi (fra le altre ricerche ricordiamo quelle di Gonzales Alvarez, Jaranson, Schreiber, Young, Ehrensaft, Eisenbruch), perché ci sembra ben riposizionare la questione del trauma e degli interventi di riabilitazione che vengono sviluppati in situazioni di conflitto o di post-conflitto:

“UNICEF claims that 10 million children worldwide have been psychologically traumatised by war and that addressing this must be a cornerstone of their rehabilitation because ‘time does not heal trauma’ (...). There is no empirical basis for reductionist medicalisation that assigns a sick role to such a large-scale and indiscriminate basis. The reframing of the understandable distress and suffering of war as a pathological disorder is a serious distortion and does not serve the interests of the vast majority of survivors, for whom post-traumatic stress is more metaphor than meaningful entity. Most wars are in non-western settings, and the globalisation of western psychological concepts and practices risks perpetuating the colonial status of the non-western mind. Every culture has its own frameworks for mental health, and norms for help-seeking at times of crisis.<sup>4</sup> There is no such thing as a universal trauma response. Programmes focused on the ‘objectification’ of the misery of war as a static entity apart - a technical problem to which a technical solution (‘counselling’) is applied - seem questionable.”

Summerfield si è schierato apertamente contro gli eccessi di quella che ha ironicamente chiamato “the trauma industry”, contro una prospettiva cioè che rischia di sovrastimare le conseguenze psicologiche del trauma e il numero di persone che - in conseguenza di esso - necessiterebbero di aiuto psicologico finendo così prigionieri nel territorio degli psichiatri e degli psicoanalisti. La trasformazione della sofferenza in una precisa categoria, quella del trauma, è stata già oggetto di numerose critiche da parte di clinici e antropologi: anche se la risposta individuale o sociale a eventi drammatici può assumere la forma di un sintomo, non per questo essa costituisce comunque una patologia. Summerfield propone poi un ulteriore e non meno importante problema. L’autore si chiede cioè da quale posizione etica e ideologica prendano avvio gli interventi di supporto per le popula-

<sup>4</sup> Questo, aggiungiamo noi, non significa che i mezzi e le tecniche terapeutiche a disposizione di ogni cultura siano sempre efficaci per risolvere i problemi di salute mentale che essa deve affrontare al suo interno; piuttosto significa la necessità di conoscere e valorizzare le risorse esistenti per evitare la generalizzata esportazione di modelli, interpretazioni, pratiche, poco sostenibili e poco pertinenti.

zioni che affrontano i drammi delle guerre e le loro conseguenze sociali, a partire da quali alleanze i governi e i donatori intendono perseguire la propria attività per la difesa dei diritti umani dei gruppi più deboli:

“History has shown that social reform is the best medicine; it seems imperative that social justice and human rights perspectives should be at the heart of any work with war-affected population. The more testing question for relief agencies is how far they feel able to take a justice-driven role, particularly when they depend on charitable status (...) Much political violence in the developing world is rooted in gross social inequities. Most victims are the poor and those who speak for them, or members of persecuted minorities with few advocates in the West.” (Summerfield, 1996).

Possiamo accettare il rilievo critico di Summerfield, le cui premesse sono per altro incontrovertibili, a condizione di non trascurare però che le persone che sperimentano le esperienze della guerra, della fuga, della violenza, della tortura, gli effetti anche tardivi di traumi e lutti, necessitano *anche* di aiuto psicologico, e ne manifestano il bisogno (ciò che una letteratura non sospetta ampiamente conferma). Le esperienze e le ricerche internazionali lo dimostrano in modo convincente, e una prova è data anche dal numero elevato di rifugiati, torturati o donne vittime di abusi sessuali che a distanza di anni, anche in altri contesti (quello del paese d'esilio, ad esempio), chiedono di essere aiutati a sciogliere i nodi della loro sofferenza. Anche quando le condizioni economiche e sociali sono cambiate favorevolmente, in molti di loro persistono tracce dolorose delle passate vicende. E l'aiuto psicologico, il counseling - in quanto tale - non deve necessariamente essere considerato sinonimo di 'neutrale' (James, 1997), non deve essere cioè indifferente al contesto dentro cui viene proposto, né comunque soltanto individuale.

Nella definizione delle strategie di trattamento e di supporto psico-sociale gli interventi diretti alla cura e alla riabilitazione delle vittime di traumi (testimoni di atrocità e di assassini, torturati, rifugiati, bambini coinvolti in attività militari, ecc.) o dei bambini rimasti orfani, hanno avuto in questi anni non pochi “laboratori di sperimentazione” (Boehnlein, Kinzie, 1995). Nel corso di queste esperienze è stata sottolineata l'utilità di adottare una “terza cultura” intermedia fra quella del terapeuta e quella del paziente. Altri autori hanno parlato di “espace d'intermédiation” riferendosi all'utilità di lavorare in un *setting* che favorisca lo scambio di esperienze così dolorose fra vittime e psicoterapeuti; parlare in una lingua diversa da quella madre permetterebbe inoltre secondo alcuni ricercatori e psicoterapeuti un miglior dominio emozionale della relazione terapeutica da parte del paziente. Un tale dominio emotivo risulta di grande importanza sia nella rievocazione di passate violenze che nel riprendere coscienza e controllo dei confini del proprio sé: quei confini che solitamente le esperienze traumatiche (la tortura, in particolare) hanno violentemente e spesso deliberatamente infranto.

Quando si hanno di fronte bambini e adolescenti, una particolare attenzione deve essere posta al contesto in cui essi vivono, ai discorsi e alle attitudini degli adulti, che influenzano profondamente le loro reazioni. Inoltre il lavoro terapeutico deve prendere in considerazione anche gli effetti della profonda distorsione di valori che esperienze traumatiche o violenze generano; più in particolare le strategie di cura

dovranno considerare il peso derivante dall'incertezza del futuro che domina la loro esperienza emozionale. La distorsione dei valori, il senso di insicurezza e di confusione accompagnano e precedono l'insorgere di una sofferenza che si manifesterà spesso solo più tardi, sotto forma di disturbi del comportamento o di un comportamento deviante. Il tempo in sé non è dunque una cura sufficiente dell'esperienza traumatica o dei disturbi che possono farvi seguito, e interventi specifici si sono rivelati quasi sempre necessari (Raundalen, 1994). Ma a differenza di Raundalen, che fa riferimento al caso rwandese, pensiamo che l'esplicitazione della sofferenza e il confronto pubblico sull'evento traumatico, o addirittura il resoconto scritto di quest'ultimo, non necessariamente sempre e dovunque costituiscano i soli strumenti appropriati o si traducano in un beneficio psicologico per il bambino. Il racconto collettivo delle vicende private si mostra sì coerente con la tradizione della vita quotidiana in molte delle realtà che sono state teatro di guerre, ma variabili altrettanto rilevanti sono i livelli di politicizzazione preesistenti, il contesto ideologico attuale, il grado di consapevolezza dei familiari e così via. Le dinamiche sociali del silenzio, della riservatezza, dell'allusione, dell'evitamento, l'eroizzazione delle vittime della guerra, la “politica della memoria”, per riprendere l'espressione di Antze e Lambek (Antze, Lambek, 1996) si sono rivelati in non pochi casi non meno importanti strumenti di sostegno psicologico, di valorizzazione delle passate vicende e di “cura”.

È fondamentale quindi che il lavoro di riabilitazione sia collettivo, community-based. Saranno necessariamente il gruppo di appartenenza, la famiglia e la società, gli attori da coinvolgere nel processo di ricostruzione dei valori, nel ristabilirsi di alleanze e nel promuovere nuove forme di solidarietà. Questo processo deve essere incoraggiato ed esplicitamente perseguito dai programmi di riabilitazione psico-sociale. Su questo torneremo nel paragrafo seguente.

In generale comunque, al di là delle diverse posizioni sulle strategie riabilitative da adottare, si ritiene che:

- il supporto alla famiglia e alla comunità nel suo insieme,
- il supporto alle donne quali interlocutrici privilegiate delle azioni rivolte a proteggere bambini e adolescenti (Orphans Reunification Project, Long Term Socio-Economic Support, ecc.),
- il sostegno alle organizzazioni locali e agli enti (ministeri, ecc.) direttamente coinvolti nei programmi riabilitativi,
- la disponibilità di un numero sufficiente di operatori addestrati e dotati dei necessari strumenti,

costituiscano i presupposti necessari per qualsiasi tipo di programma di riabilitazione psico-sociale basato sulla comunità.

### **3. 4. Context related approach**

#### ***3. 4. 1. Presupposti teorici-empirici del context related approach***

Negli ultimi anni è emersa una nuova sensibilità nei confronti delle particolarità del contesto in cui si opera. Ciò che si è reso evidente, in altre parole, è il ruolo delle differenze sociali e culturali di cui tener conto nella costruzione di strategie che siano pertinenti per i destinatari. Queste prospettive si rivelano importanti sia negli interventi rivolti agli immigrati, ai profughi e ai rifugiati, sia negli interventi rivolti a coloro che sono rimasti nei luoghi del conflitto o

del disastro. Oggi sono numerosi gli studi che mettono in rilievo come debbano essere considerate le differenze negli stili educativi di altre società onde evitare troppo facili conclusioni sull'universalità dello sviluppo psichico o sulla generalizzabilità di assunti concernenti le dinamiche di gruppo, lo sviluppo di attitudini morali o cognitive, ecc. (Amir, Sharon, 1987; Bond, 1988; Brill, Lehalle, 1988). Più in generale si è fatto notare come profondamente mutino le rappresentazioni dell'infanzia e i modelli di socializzazione nelle diverse culture, cioè come profondamente mutino i modelli rivolti a integrare il bambino e l'adolescente nel gruppo di appartenenza, ad ancorarlo alla sua logica e alle sue leggi (Zempleni, Rabain-Zempleni, 1972).

Queste differenze non costituiscono aspetti puramente teorici o pertinenti solo dal punto di vista etnografico ed etnopsicologico: esse rappresentano i riferimenti per poter costruire strategie appropriate quando si opera in contesti culturalmente diversi dal proprio. In altri termini sarebbe fuorviante immaginare di poter 'esportare' modelli psicoterapeutici e riabilitativi fondati sull'autonomia dell'individuo, o su altri presupposti propri delle discipline psicologiche occidentali, in società, come molte di quelle africane, in cui l'individuo è al contrario profondamente radicato fra dimensioni orizzontali (interpersonali) e verticali (il lignaggio, il rapporto con i propri antenati, ecc.) fra cui solo è concepibile la sua esistenza e il significato della libertà personale. (Riesman, 1970; Moghaddam, 1990).

Se negli interventi condotti in situazioni di emergenza devono essere considerate le differenze cognitive, comportamentali, etiche, che caratterizzano i singoli contesti culturali, il loro ruolo diventa ancora più rilevante nella definizione di strategie riabilitative psicosociali che si protraggono nel tempo e sono rivolte a favorire la ricostruzione del tessuto comunitario e sociale. Tali strategie, per poter efficacemente intervenire sulle conseguenze individuali e collettive delle vicende traumatiche e sugli effetti a lungo termine che queste hanno esercitato nella memoria del singolo e del gruppo, devono preliminarmente essere tradotte nell'universo semantico e simbolico della collettività in cui andranno a operare. Quando si pensi ad interventi rivolti a bambini molto piccoli, si dovrà inoltre tener conto delle caratteristiche dei processi di attaccamento e di separazione che scandiscono la vita dell'infanzia in quel particolare contesto eco-sociale (Erny, 1990).

In questa ottica crediamo che sia necessario non sottostimare l'importanza di conoscere preliminarmente le rappresentazioni locali della persona, del lutto, della morte, o più semplicemente il valore morale e psicologico di norme comportamentali e narrative (in altri termini, come le diverse società esprimono e dominano il dolore, la sofferenza, il cordoglio, ecc.) prima di poter dire che gli approcci tradizionali fondati sulla discrezione, sul silenzio, sul culto degli antenati, sulla realizzazione di rituali di riconciliazione, anziché sulla comunicazione e sulla esplicitazione delle passate esperienze traumatiche siano meno efficaci (forse lo stesso termine di *sensorship*, utilizzato per definire questa diversa attitudine, è - nel contesto sub sahariano - poco appropriato, e il suo uso può generare confusione).

In realtà il vero limite di queste strategie spesso è forse piuttosto quello della loro ridotta pertinenza sociale e simbolica in contesti di accelerata transizione, quali quelli provocati da conflitti, emigrazioni forzate, esodi, violenze. Infine bisogna nuovamente ricordare che le memorie traumatiche non sono un 'fatto' individuale o privato: esse

rinviano alla costruzione sociale del trauma, ai suoi particolari idiomi, alla particolare politica della memoria.

### 3. 4. 2. I contesti 'tradizionali'

Quando si concepiscono interventi in contesti cosiddetti tradizionali, quali quelli rurali dell'Africa sub sahariana, bisogna tener ben presente il ruolo che la famiglia estesa e la comunità hanno nel lenire le sofferenze individuali, nel sostenere membri in difficoltà e nel promuovere in modo spontaneo interventi di supporto, così come assiduamente sottolineato da tutta la letteratura sull'argomento. Noi stessi nel corso dei nostri rapporti di missione (Beneduce, 1994 e 1995) lo abbiamo messo in rilievo: è grazie a queste reti sociali, sovente invisibili, che i costi emozionali, la sofferenza e i conflitti psicologici legati a esperienze traumatiche di molte persone sono stati resi tollerabili, è grazie a questo silenzioso lavoro che è stata garantita la sopravvivenza di chi si trovava in difficoltà, soprattutto nel caso di donne e orfani. Tuttavia è doveroso introdurre anche a questo riguardo alcuni fattori di correzione per evitare facili semplificazioni:

- quando si parla di 'famiglia estesa africana' non devono essere trascurati i conflitti e le tensioni che contraddistinguono, anche in Africa, gruppi, coppie, famiglie e clan, in relazione a questioni di potere, a conflitti di sesso, e così via; inoltre sono stati rilevati taluni rari, ma non per questo meno significativi, casi di sfruttamento commerciale degli orfani ricevuti 'in cambio' di assistenza economica, sfruttamento che prosegue spesso sotto forma di un trattamento differente di questi bambini, il cui ruolo nella famiglia ospite rimane più debole rispetto ai loro pari di età;
- il grado di tenuta della struttura familiare è ben diverso nei contesti urbani e nei contesti rurali. Inoltre la stabilità della famiglia estesa può essere ulteriormente messa in discussione quando ci si confronta con situazioni di emergenza. Alcune ricerche hanno documentato abusi e violenze, connessi talvolta alla logica della sopravvivenza, che hanno definitivamente infranto l'idea romantica della famiglia estesa come luogo della solidarietà del gruppo; in qualche caso anche le donne - in Rwanda, ad esempio - sono passate dal tradizionale ruolo di vittime a quello di autori di violenze (Summerfield, 1996); analoghe considerazioni devono essere fatte in merito a quanto più sopra affermato sulla nozione di individuo nelle società africane: anche in questo caso infatti mutamenti considerevoli nelle rappresentazioni della persona, dei suoi obblighi e dei suoi vincoli sociali sono in corso, soprattutto nelle aree urbane, e impongono cautela nella proposta di modelli di intervento che pure si sono rivelati efficaci in altre situazioni;
- si deve quindi pensare ai contesti 'tradizionali' come a strutture sociali dinamiche, e questo può forse anche aiutare a individuare altre risorse presenti nella comunità (come, ad esempio, confraternite, gruppi religiosi o associazioni). Tali risorse possono costituire utili alleati nella pianificazione degli interventi di riabilitazione e allargare il nostro orizzonte di riferimento ancora troppo spesso limitato dall'idea di una naturale capacità 'cicatizzante' della famiglia estesa. Questo aspetto merita di una particolare attenzione quando si considerano contesti urbani e questioni particolari (come quelle della prostituzione infantile o degli street children).

### 3.4.3. *Traditional healers*

È comunque difficile trovare una soluzione adeguata, che eviti da un lato il rischio di sottovalutare le strategie di riabilitazione e di supporto culturali (cioè locali, spontanee, radicate all'interno delle particolari tradizioni di un popolo), e dall'altro quello di una indiscriminata enfattizzazione della 'cultura' pensata come una risorsa capace di risolvere ogni problema. I progetti che evitano entrambi gli eccessi non costituiscono ancora la regola. Ed è comunque necessario ricordare che:

- 1) gli individui costruiscono spazi e progetti propri (autonomi e spesso in conflitto con le tradizioni del gruppo di appartenenza);
- 2) genocidi, migrazioni, esodi e guerre cancellano o indeboliscono le tradizioni terapeutiche preesistenti; il fatto che queste ultime possano o meno rappresentare una risorsa dipende anche dalla volontà delle agenzie locali e internazionali di sostenerle, di promuoverne il significato e l'azione, ricostruendo reti sociali e legami che sono stati violentemente recisi.

È comunque bene sottolineare - e lo fanno molti ricercatori impegnati in paesi come l'Uganda, il Mozambico, la Cambogia - l'importanza di trovare alleati fra i traditional healers. Custodi della memoria del gruppo e dei suoi miti, del sapere di molte generazioni, essi sarebbero particolarmente efficaci nel trattamento delle vittime di eventi traumatici perché il lavoro terapeutico sarebbe sin da subito iscritto in un duplice registro, individuale (psicologico) e comunitario (simbolico, religioso, ecc.). Questa caratteristica dà ragione del successo delle pratiche rituali proposte in molti di quei casi per i quali i trattamenti psicoterapeutici o farmacologici 'convenzionali' si erano rivelati inefficaci (Schreiber, 1995). Eisenbruch sottolinea il significato di questa risorsa per i rifugiati provenienti dall'est asiatico, e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha in più occasioni raccomandato di cooperare e costruire alleanze con i traditional healers.

Queste raccomandazioni sembrano d'altronde nascondere un certo paternalismo che ci lascia perplessi perché non considera la dimensione propriamente tecnica e simbolica di saperi e pratiche tradizionali di cura. La possibilità di una cooperazione sincera ed efficace crediamo discenda non solo da una generica attitudine di 'rispetto' ma, soprattutto, dalla conoscenza approfondita e sistematica di queste strategie, delle loro capacità di intervento, come dei loro limiti e dei diversi obiettivi che queste cure in genere perseguono.

È necessario infatti conoscere meglio il significato, l'efficacia e il valore dei sistemi di cura e di supporto tradizionali nella loro capacità di intervenire sulle situazioni di disagio psicologico (individuale e collettivo) nelle comunità vittime di conflitti; questi studi dovrebbero precedere qualsivoglia generica affermazione sulla loro 'utilità' o sulla loro 'pericolosità'. In un documento UNICEF (UNICEF, 1994) veniva asserito ad esempio che i "traditional approaches seem to have had little success in alleviating the traumatic effects of war on children. The usual practice in the context of the family (when children are fortunate enough to have a family) is to avoid mentioning the terrible experiences the child has been through. It is hoped that by repressing traumatic memories through this kind of censorship, their harmful effects will be canceled".

Senza che una generalizzazione sia possibile (anche da questo punto di vista il Corno d'Africa non è il Rwanda, la situazione del Guatemala o del Cile non può essere considerata identica a quella della Cambogia), bisogna tuttavia osservare che non esistono, almeno a quanto ci risulta, studi caso-controllo o studi di follow-up che confrontino i risultati di strategie terapeutico-riabilitative alternative. Pertanto non siamo nella condizione di asserire che altre forme di intervento sarebbero state più efficaci nelle stesse situazioni e per gli stessi problemi, e troppe sono le variabili che dovrebbero essere controllate. Infine, molte testimonianze e ricerche pubblicate relativamente al sud-est asiatico (Cambogia, Vietnam, Nepal, ecc.) e all'Africa (Mozambico, Angola, Uganda, Etiopia, ecc.) sostengono proprio il contrario: che le strategie terapeutico-riabilitative tradizionali si sono rivelate efficaci per i singoli come per le collettività.

### 3.5 Principi guida negli interventi psico-sociali rivolti ai bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione

Volendo riassumere quanto sin qui detto, ed elencare quelli che a nostro avviso dovrebbero essere i principi guida negli interventi di supporto psico-sociale rivolti ai bambini e agli adolescenti in condizioni particolarmente difficili, è forse bene partire da una puntualizzazione dei fattori da cui l'elaborazione di tali principi non può prescindere:

- casa e famiglia sono stati considerati generalmente come sinonimi per un bambino piccolo, questo però non sempre vale nella stessa misura per un bambino più grande;
- tanto la casa che la terra natale (la seconda avendo un valore decisivo anche per i gruppi nomadi) sono importanti risorse nella formazione dell'identità; la loro assenza, tanto più se accompagnata da violenze e traumi, può condurre a sviluppare disturbi psicologici di diverso genere (depressione, senso di sradicamento e alienazione, instabilità emotiva, apatia, ecc.);
- il significato dell'assenza di una casa varia se questa costituisce un'esperienza individuale o se rappresenta un problema largamente condiviso (durante gli esodi di massa ad esempio): nel secondo caso è infatti probabile che il significato sociale ne attenui le conseguenze psicologiche;
- il peso delle difficoltà economiche, la mancanza della casa, il persistere di incertezze, l'impossibilità di frequentare la scuola, la separazione dai familiari (ad esempio laddove si operi la scelta dell'istituzionalizzazione) possono produrre conseguenze psicologiche nefaste anche in coloro che non avevano subito effetti rilevanti dall'esposizione a singoli eventi traumatici: bisogna dunque considerare il peso di queste situazioni di stress cronico protratte nel tempo e individuare strategie di riabilitazione a questo livello;
- l'insuccesso scolastico o altri disturbi del comportamento (aggressività, tendenza a isolarsi, incapacità di realizzare i propri compiti, irritabilità, diffidenza verso gli altri, ecc.) spesso rappresentano segni di un comportamento adattivo, comportamento che in una precedente situazione aveva 'protetto' il bambino da minacce esterne ma che a distanza di tempo diventa disfunzionale, e le cui ragioni più o meno lontane e il cui significato di sofferenza psicologica sono difficilmente riconoscibili; vicini, insegnanti, altre per-

sone chiave, possono essere facilmente addestrati a riconoscere queste difficoltà e ad attribuire loro il giusto significato (identificazione con l'aggressore, senso di impotenza, ecc.);

- l'ideologia e i valori religiosi costituiscono un potente fattore di 'assorbimento' e 'ammortizzazione' dello stress connesso a violenze, traumi, torture, ecc. Questi fattori si sono rivelati capaci di proteggere soprattutto i più giovani dagli effetti a distanza di un clima di violenza protratta. Alcuni autori hanno sottolineato come sia importante - accanto alle abituali modalità d'intervento (attività ludiche, esplicitazione delle proprie ansie e della propria preoccupazione, racconto collettivo delle passate vicende, ecc.) - stimolare lo sviluppo del cosiddetto 'ragionamento morale', che nell'adolescente vittima di precedenti traumi può facilitare la presa di distanza dalle esperienze passate e favorire parallelamente il superamento degli effetti psicopatologici che eventualmente sono emersi. Le strategie di riabilitazione psicologica e sociale rivolte ai bambini, agli adolescenti e alle donne in situazioni di post-conflitto devono incoraggiare queste strategie di supporto che per semplicità definiamo qui di tipo 'morale' e 'ideologico';
- bambini e adolescenti confrontati con situazioni di stress cronico sono tanto più capaci di farvi fronte quanto più gli adulti e i genitori sono capaci essi per primi di sostenerle; una volta che questa soglia viene superata, anche le condizioni degli adolescenti e dei più giovani subiscono un rapido deterioramento. Per mettere in atto efficaci strategie di riabilitazione, occorre prima di tutto aiutare le famiglie e le donne: questo sostegno rappresenta la premessa necessaria per rendere efficaci gli interventi di lungo-termine rivolti più specificamente a bambini e adolescenti vulnerabili (nei quali si sommano cioè differenti fattori di rischio).

Gli interventi riabilitativi psicologici e sociali devono dunque essere rivolti soprattutto alle famiglie e alle comunità: la riabilitazione sociale ed economica della famiglia, la conferma dei ruoli genitoriali, la possibilità di godere di un clima esterno rassicurante e di prospettive economiche non oscurate dall'incertezza costituiscono un potente fattore di aiuto psicologico e di stabilizzazione emozionale dei bambini e degli adolescenti vittime di eventi stressanti, testimoni di violenze o sottoposti ad un'emigrazione forzata. Come osservano in modo pertinente Garbarino, Kostelny e Dubrow (Garbarino, Kostelny, Dubrow, 1991), non si tratta di azzerare tutti i fattori di rischio ai quali possono trovarsi esposti dei bambini rifugiati (o, aggiungiamo, bambini orfani, che vivono sulla strada, ecc.), quanto piuttosto di evitare che l'accumulo dei fattori di rischio possa oltrepassare la capacità del bambino e di coloro che se ne prendono eventualmente cura di farvi fronte.

Gli interventi propriamente terapeutici devono essere formulati e attivati soltanto per coloro che dopo opportuno screening mostrino sintomi rilevanti di sofferenza non trattabili attraverso altre strategie.

La azioni di prevenzione e di *preparedness* dovranno considerare prioritariamente gli individui e i gruppi più vulnerabili e nei quali si sommano diversi fattori di rischio; in questo ambito le donne e le bambine devono ricevere particolare attenzione; non solo perché le donne e le bambine rappresentano un gruppo maggior-

mente esposto (rischi maggiori di abusi sessuali e violenze, minore scolarizzazione, minore disponibilità di cibo, maggiori carichi di lavoro all'interno delle famiglie, minore partecipazione alle decisioni politiche) ma anche perché è auspicabile che esse diventino gli attori principali dei programmi di riabilitazione sociale che le concernono.

La disponibilità di opportunità educative (scolarizzazione), formative (Employment-Oriented Education and Training) e lavorative sono di fondamentale importanza soprattutto per coloro che hanno direttamente partecipato al conflitto (bambini-soldati, ex-combattenti).

Possiamo quindi sintetizzare quanto emerge dalla letteratura relativa ai principi guida negli interventi psico-sociali rivolti all'infanzia in situazioni di conflitto armato o di post-conflitto nel modo seguente:

- il lavoro degli esperti dovrebbe sin dall'inizio procedere attraverso il coinvolgimento degli organismi e delle istituzioni locali, così come della comunità nel suo insieme;
- è fondamentale incoraggiare i processi di riunificazione, ricorrendo parallelamente che gli effetti dei traumi sui bambini - indipendentemente dalla violenza e dalla durata di esposizione - sono minimi quando essi mantengono un rapporto stretto con i propri genitori o comunque con i loro tradizionali care-givers;
- i bambini ricevono maggior beneficio quando le strategie sono indirizzate ai bisogni della famiglia consentendo a quest'ultima (ai genitori, quando presenti) di ritrovare livelli di funzionamento soddisfacenti nelle attività quotidiane; in quest'ottica è particolarmente importante promuovere processi di ri-umanizzazione delle relazioni interpersonali, di mediazione della micro-conflittualità (nei campi profughi, ad esempio), di riconciliazione e promuovere strategie che contribuiscano ad accrescere un senso di sicurezza economica;
- i bambini e le donne devono non essere solo considerati soggetti passivi di diritti, ma devono diventare soggetti attivi. Le strategie rivolte a proteggere i diritti dell'infanzia "must enfranchise, empower and build the capacities of women, families and communities to address the root of conflict and strengthen local development" (Machel, 1996);
- i fattori di rischio sono spesso contigui o sovrapposti l'uno all'altro: non si può intervenire sulla dimensione affettiva di un bambino orfano o testimone di violenze, ad esempio, se non gli viene poi offerta la possibilità di frequentare la scuola o se alla famiglia che l'ha accolto non viene dato l'aiuto necessario per sostenere il carico economico aggiuntivo conseguente alla sua presenza;
- il riconoscimento della sofferenza conseguente alle vicende traumatiche è importante, ma nel trattare sintomi o disturbi particolari è altrettanto importante puntare sulle risorse e sulle capacità dei singoli e dei gruppi nell'identificare, nominare e gestire i problemi piuttosto che sulla preoccupazione per i sintomi o per disturbi particolari; una parallela attenzione deve essere diretta ad esplorare le risorse terapeutiche locali (rituali) e valorizzare i modi in cui le persone abitualmente si prendono cura di sé;
- ristabilire un grado sufficiente di autostima e fiducia, di identità e di appartenenza sono obiettivi che possono essere realizzati solo dopo aver compreso il significato che ciascuno di questi termini ha all'interno della cultura e del gruppo considerati;



- l'attitudine non deve essere di tipo 'diagnostico' ma piuttosto rivolta ad ascoltare, comprendere e apprendere: solo in questo modo è possibile identificare il migliore interesse del bambino e la migliore strategia per realizzarlo; un dialogo costante fra le agenzie umanitarie e coloro che sono oggetto di assistenza deve essere il tratto peculiare degli interventi;
- è necessario comunque costruire un contesto adeguato perché preoccupazioni, immagini, esperienze, possano essere espresse,

condivise e accolte; è necessario sviluppare interventi di supporto psicologico che consentano la simbolizzazione di esperienze drammatiche e siano capaci di un impatto nel lungo periodo per contribuire a non perpetuare attraverso le generazioni la spirale della violenza; questo lavoro nel tempo è possibile a condizione che ci sia un effettivo riconoscimento delle responsabilità, a condizione cioè che i crimini contro l'umanità non restino impuniti (James, 1997; Summerfield, 1996).

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., 1995. *Violazione dei diritti del bambino. Un metodo di approccio*, Torino, Ed. Gruppo Abele.
- Abdi Y. O. (ed.), 1996. *A Study of the Efficiency of Consulting Intervention at Two Centres in Addis Abeba*, in Wondimu H., *Research Papers on the Situations of Children and Adolescents in Ethiopia*, Addis Ababa, Addis Ababa University.
- Abramson B., 1992. *Children and War. A Background Paper with Recommendation for the Committee on the Rights of the Child and its Working Group on Children in Armed Conflict*, Geneva, Rädda Barnen.
- Alemayehu Y., draft. *Protection of Children From Abuse and Neglect Under Ethiopian Law*.
- Alston P. (ed.), 1994. *The Best Interests of the Child. Reconciling Culture and Human Rights*, UNICEF-International Child Development Centre, Oxford University Press, UK.
- Amir Y., Sharon I., 1987. "Are Social Psychological Laws Cross-culturally Valid?", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 383-470.
- Andersson N., Palha de Sousa C., Paredes S., 1995. "Social Costs of Land Mines in Four Countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia and Mozambique", *British Medical Journal*, 311, 718-721.
- ANPPCAN - Ethiopia Center and Rädda Barnen, 1994. *Proceedings of the Workshop on "Child Rights and Child Abuse and Neglect"*, Addis Ababa, November 1994.
- Antze P., Lambek M. (eds.), 1996. *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*, New York - London, Routledge.
- Arcel L., Folgenovic-Smale V., Kozaric-Kovacic D., Marusic A., 1995. *Psychosocial Help to War Victims: Women Refugees and their Families*, Copenhagen, IRCT.
- ASA-UNICEF, 1995. *Evaluation Report on War Reunification Project in the Provinces of Gash-Setit, Barka and Senhit*, Asmara.
- Atlani L. 1997. "Assistance aux victimes de violences sexuelles dans les camps de réfugiés. Lecture ethnologique des recommandations des agences internationales de soutien psycho-social", *Psychopathologie Africaine*, XXVIII, 1, 25-54.
- Baker J.E., Sedney M.A., Gross E., 1992. "Psychological Tasks for Bereaved Children", *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1, 105-116.
- Bana, 1997. Bana Newsletter, Asmara, March, 1997.
- Beneduce R., 1994. *Report on a Consultancy Mission in Eritrea*, 19.4.94/19.6.94, Asmara, UNICEF.
- Beneduce R., 1995. *Consultancy Mission for the Evaluation of Reunification Project*, Asmara, UNICEF (see ASA-UNICEF, 1995).
- Beneduce R. (ed.), 1997. *Efficacité et technique: les traitements traditionnels des troubles mentaux dans l'Ouest Africain*, in, Beneduce R. (Ed.), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi tradizionali di cura*, Torino, L'Harmattan Italia.
- Beneduce R., 1998. *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Angeli.
- Beneduce R., Collignon R. (eds.), 1995. *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Napoli, Liguori.
- Beneduce R., et al., 1997. *Consultancy Mission for the Evaluation of Reunification Project*, Asmara, UNICEF (see ASA-UNICEF, 1997).
- Bibeau G., 1997. "Cultural Psychiatry in a Creolizing World. Questions for a New Research Agenda", *Transcultural Psychiatry*, 34, 1, 9-42.
- Bishaw M., 1991. "Promoting Traditional Medicine in Ethiopia", *Social Science & Medicine*, 2.
- Boddy J., 1982. "Womb as Oasis: the Symbolic Context of Pharaonic Circumcision in Rural Northern Sudan", *American Ethnologist*, 9, 4, 682-698.
- Bohenlein J.K., Kinzie J.D., 1995. "Refugee Trauma", *Transcultural Psychological Research Review*, XXXII, 3, 223-252.
- Bond M-H, (ed.), 1988. *The cross-cultural challenge to social psychology*, Newbury Park, CA, Sage.
- Bracken P., Giller J., Summerfield D., 1995. "Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts", *Social Science & Medicine*, 40, 1073-1082.
- Brauman R., 1996. *Humanitaire. Le dilemme*, Paris, Textuel.
- Brill B., Lehalle H., 1988. *Le développement psychologique est-il universel?*, Paris, PUF.
- Brody E., 1995. *The Mental Health and Well-Being of Refugees: Issues and Directions*, Harvard Center for Population and Development Studies, (Cambridge, MA), UNICEF Office of Emergency Programmes, and Human Security Program of the Common Security Forum.
- Bryer J.B., Nelson B.A., Miller J.B., Krol. P.A., 1987. "Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness", *American Journal of Psychiatry*, 144, 11, 1426-1430.
- CSA (Central Statistical Authority), 1995. *Statistical Report, The Population and Housing Census, October 1994*, Addis Ababa.
- Chossudovsky M., 1994. *The Globalization of Poverty. Keynote Address*, Ottawa, Canadian Council of Area Studies Learned Societies.
- Chossudovsky M., 1994. *The Globalization of Poverty: Impacts of IMF and World Bank Reforms*, Third World Reforms (ed. it.: *La globalizzazione della povertà. L'impatto delle riforme del Fondo monetario internazionale e della Banca Mondiale*, 1998, Torino, Ed. Gruppo Abele.
- Cooperazione italiana – Asmara Technical Unit, 1998. *Cooperazione allo sviluppo con l'Eritrea*, Asmara (non pubblicato).

- Cornia G.A., Jolly R., Stewart F. (eds.), 1987. *Adjustment with a Human Face*, Vol. 1: *Protecting the Vulnerable and Promoting the Growth*, Oxford, Clarendon Press.
- Cornia G. A., Helleiner G. K. (eds.), 1994. *From Adjustment to Development in Africa. Conflict, Controversy, Convergence, Consensus?* UNICEF-ICDC, Macmillan, UK.
- CSAE (Center for the Study of African Economies), 1996. *Ethiopia Social Sector Review (PER II). A Report Prepared for the Ministry of Finance, Government of Ethiopia* (draft).
- Cussianovich A., 1997. "Bambini e adolescenti lavoratori: una questione fondamentale alla chiusura del XX secolo", *NATs*, 1, 3-98.
- CYAO (Children and Youth Affairs Organization), 1995. *Ethiopian Youth. Basic Challenges and Prospects*, June 1995, Addis Ababa.
- CYAO (Children and Youth Affairs Organization), FSCE (Forum on Street Children, Ethiopia), 1996. *Proceedings of The National Conference on the Problem of Child Prostitution in Ethiopia*, July 15-17, 1977, Addis Ababa.
- CYFWO (Children, Youth, Family Welfare Organization), 1989. *The Situation of Unaccompanied and Homeless Children*, Addis Ababa.
- Demery L., 1994. *Structural Adjustment: Its Origins, Rationale and Achievements*, in Cornia G. A., Helleiner G. K. (eds.), *From Adjustment to Development in Africa. Conflict, Controversy, Convergence, Consensus?* UNICEF-International Child Development Centre, Florence, Macmillan, UK.
- Deng F.M., 1993. *Protecting the Dispossessed: A Challenge for the International Community*, Washington, The Brookings Institution.
- Di Girolamo G., Marchiori E., 1995. "Traumi e vittime: epidemiologia del disturbo post-traumatico da stress", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 2, 110-142.
- Dodge C.P., Randaulen M. (eds.), 1987. *War, Violence and Children in Uganda*, Oslo - Bergen - Stavanger - Tromsø, Norwegian University Press.
- Dodge C.P., Randaulen M., 1992. *Reaching Children in War. Sudan, Uganda and Mozambique*, Bergen, Sigma Forlag, Uppsala, Scandinavian Institute of African Studies.
- DSM - Fourth Edition, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, American Psychological Association.
- Duncan M.E., 1995. "Early Marriage in Ethiopia", *Ethiopian Journal of Health Development*, 9, 1, 19-30.
- Ehrensaft E., 1995. "Culture in the Diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder", *Transcultural Psychological Research Review*, XXXII, 4, 395-406.
- Eisenbruch M., 1991. "From Post-Traumatic Stress Disorder to Cultural Bereavement: Diagnosis of Southeast Asian Refugees", *Social Science & Medicine*, 33, 6, 673-680.
- Erlich M., 1986. *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines*, Paris, L'Harmattan.
- Erny P., 1990. *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Paris, L'Harmattan.
- ERRA (Eritrean Relief and Rehabilitation Association), 1995a. *The Role of ONG in the Rehabilitation of the Disabled in Eritrea*, Paper Submitted at the National Conference of the Disabled in Eritrea, Asmara, March 1995.
- ERRA (Eritrean Relief and Rehabilitation Association), 1995b. *Annual Report*, Asmara.
- ERRC (Ethiopian Relief and Rehabilitation Commission), 1990. Child-Family Reunification Task Force and Save the Children - USA, 1990. *Assisting Unaccompanied Children in Ethiopia: Achievements, Guidelines and Future Directions*, Addis Ababa
- Esthete A. et al., 1990. *The Impact of Famine on Displacement of Children in Ethiopia*, Report to UNICEF, Addis Ababa.
- Fierman E.J., Hunt M.F., Pratt L.A. et al., 1993. "Trauma and Post-traumatic Stress Disorder in Subjects with Anxiety Disorders", *American Journal of Psychiatry*, 150, 12, 1872-1874.
- Fischman Y., 1991. "Interacting with Trauma: Clinicians' Responses to Treating Psychological After-effects of Political Repression", *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 2, 179-185.
- Fisseha G., 1996. *Plight of HIV/AIDS and Childhood Prostitution in Ethiopia*, in CYAO & FSCE, 1996, 33-37.
- Fontana A., Rosenheck R., 1994. "Post-traumatic Stress Disorder Among Vietnam Theater Veterans. A Causal Model of Etiology in a Community Sample", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 12, 677-684.
- Friedman M., Jaranson J., 1995. *The Applicability of the Post-traumatic Stress Disorder Concept to Refugees*, in *Addressing the Psychosocial Needs of Children in Armed Conflict. Programming Implications and Responses*, Harvard Center for Population and Development Studies, (Cambridge, MA), UNICEF Office of Emergency Programmes, and Human Security Program of the Common Security Forum.
- Garbarino J. 1988. *The Future as if it Really Mattered*, Longmont, CO, Bookmakers Guild.
- Garbarino J., Kostelny K, Dubrow N. 1991. *No Place to be a Child: Growing up in a War Zone*, Lexington, MA, Lexington Books.
- Ghebrehiwot B., 1995. *Eritrean Children Pre- and Post-Independence*, draft.
- Gerson B.P.R., Carlier I.V.E., 1992. "Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept", *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Gezahegne Zerihun, 1996. *Child Labour in Ethiopia*, Paper presented to the National Workshop on Protect Children from Abuse and Neglect, 2-4 December 1996, Addis Ababa, MOLSA (Ministry of Labour and Social Affairs).
- Glauser B., 1997. "Bambini e giovani di strada: riflessioni a partire dalle rappresentazioni della società", *NATs*, 1, 77-82
- Gonzales Alvarez C., 1995. *Conciencia y praxis en niños, niñas y adolescentes trabajadores*, Instituto de Promoción Humana, Estel-Nicaragua, INPRHU.
- Government of Ethiopia, 1995. *National Programme of Action for Children and Women, 1996-2000*, Addis Ababa.
- Goytom A., 1995. *Women and Children: Special Implications*, Paper Submitted at the National Conference of the Disabled in Eritrea, Asmara, March 1995.
- GTZ, 1994. *Baseline Report on Food, Security, Social, Demographic, Economic and Political Relationships and Conditions in Gash Setit, Part I* (by A. Hansen), IFSP, Asmara, Eritrea.
- GTZ, draft. *Reintegration Programme (Results of the Census Survey*

- on the Displaced People from Eritrea Living in Regions 3 and 14).
- Hailemichael A., 1996. *The Argots of Definable Street Children in Addis Ababa: Sociolinguistic Implication for the 'Survival of the Fittest'*, in Wondimu H. (ed.), *Research Papers on the Situations of Children and Adolescents in Ethiopia*, Addis Ababa, Addis Ababa University.
- Harvard Human Security Program, 1995. *Report on the Harvard Human Security Program Workshop on Treatment of Psycho-Social Trauma in Children: The Case of Rwanda*, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Helleiner G.K., 1994. From Adjustment to Development in Sub-Saharan Africa: Consensus and Continuing Conflict, in Cornia G. A., Helleiner G. K. (eds.), *From Adjustment to Development in Africa. Conflict, Controversy, Convergence, Consensus?* Florence, UNICEF-International Child Development Centre, Macmillan, UK.
- Himes J.R., 1993. "The Right to Development Vs. Development and Human Rights", in *The International Journal of Children Rights*, 1, 81-97.
- ILO (International Labour Organization), 1995. *Report of the National Workshop on Child Labour in Ethiopia*, Nazareth, 6-7 November 1995.
- ILO (International Labour Organization), 1996. *Report of the National Workshop on Child Labour Policy and Action Programme for Ethiopia*, Debre Zeit, 25-26 November 1996.
- ILO, UNESCO, WHO, 1994. *Community-Based Rehabilitation For and With People with Disabilities*, Geneva-Paris, Joint Position Paper.
- Institute of Educational Research, 1995. *Baseline Survey on Disabilities in Ethiopia*, Addis Ababa.
- IRD-UNICEF, 1993. *A Situational Analysis of Children and Women in Eritrea*, Draft paper, Asmara.
- James F., 1997. "Groupe de patients rwandais traumatisés après le génocide. Réflexions suite une expérience thérapeutique", *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 34, 105-118.
- Jaranson J.M., 1995. "Government-Sanctioned Torture: Status of the Rehabilitation Movement", *Transcultural Psychological Research Review*, XXXII, 3, 253-286.
- Jareg E., 1995. *Main Guiding Principles for the Development of Psychosocial Interventions for Children Affected by War*, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Jolly R., 1994. *Foreword*, in Cornia G. A., Helleiner G. K. (eds.), *From Adjustment to Development in Africa. Conflict, Controversy, Convergence, Consensus?* Florence, UNICEF-International Child Development Centre, Macmillan, UK.
- Kesela T., Kebede D., 1996. "Pattern of feeding of infants in Addis Ababa, Ethiopia", *The Ethiopian Journal of Health Development*, 10, 1, 57-65.
- Kirmayer J.L., 1996. *Landscapes of Memory: Trauma, Narrative, and Dissociation*, in Antze P. & Lambek M. (eds.), *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*, New York - London, Routledge.
- Kwaak (van de) A., 1992. "Female Circumcision and Gender Identity: A Questionable Alliance", *Social Science & Medicine*, 35, 6, 777-787.
- Lalor K., 1993. *Victimization of Street Girls*, Paper Presented at Rädä Barnen Workshop on Juvenile Prostitution, 11 and 12 October 1993, Addis Ababa.
- Last M., 1991. *The Social Wounds of War. Questions and Suggestions: an introduction to the seminar*, Seminar on Healing the Social Wounds of War, Windhock, Hotel Safari.
- Machel G., 1996. *Impact of Armed Conflict on Children*, New York, UN - UNICEF.
- Marsella A.J. et al. 1994. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, Washington, American Psychological Association.
- Mercier J, 1988. *Asrs, le magicien éthiopien. Souvenirs 1895-1985*, Paris, Jean-Claude Lattes.
- Meselu D., 1996. *Unlearned Lessons: Adolescents' Perception of Vocational/Technical Education and their Aspirations for the Future*, in Wondimu H. (ed.), *Research Papers on the Situation of Children and Adolescents in Ethiopia*, Addis Ababa University, Addis Ababa.
- MOE (Ministry of Education, Eritrea), 1995. *Policy Issues on Education for the Disabled in Eritrea*, Paper Submitted at the National Conference of the Disabled in Eritrea, Asmara, March 1995.
- Moghaddam F. M., 1990. "Modulative and Generative Orientations in Psychology: Implications for Psychology in the Three Worlds", *Journal of Social Issues*, 46, 3, 21-41.
- MOLSA, (Ministry of Labour and Social Affairs) 1995a. *Social Welfare Policy*, Draft Document, Addis Ababa.
- MOLSA, 1995b. *Survey/Sample Study to Rehabilitate the Displaced Families in Ethiopia*, Addis Ababa, July 1995.
- MOLSA, 1995c. *The National Study on Street Children: Nature and Magnitude of the Problem and Methods of Intervention*, Addis Ababa, December 1995.
- MOLSA, 1996. *The National Study on Displaced Families. Executive Summary*, Addis Ababa, February 1996.
- MOLSA, Italian Cooperation, 1992. *Study on Begging in Addis Ababa*, Addis Ababa.
- Ndombi I., 1994. *Draft paper Protecting Children in Especially Difficult Circumstances. A Proposed Project within the GSE/UNICEF Programme of Cooperation*, Asmara, UNICEF.
- OMS & HCNUR, (Organisation Mondiale de la Santé & Haut Commissariat pour les Réfugiés) 1997. *La santé mentale des réfugiés*, Genève, OMS.
- OPHCC (Office of Population and Housing Census Commission), 1991. *The 1984 Population and Housing Census of Ethiopia: Analytical Report at National Level*.
- Panos Institute, 1988. *War Wounds. Development Costs of Conflict in Southern Sudan*, London, Panos.
- Parker M., 1995. "Rethinking Female Circumcision", *Africa*, 65, 4, 506-523.
- Pass Y., Friedman S. A., 1991. *Effective Participation in Local and Global Child Development*, *ONG Forum*, Kadoma (Zimbabwe), UNICEF.
- Planning and Economic Development Bureau (Region 14) & Labour and Social Affairs Bureau, 1995-1996. *Study of Children and Women in Especially Difficult Circumstances*, Addis Ababa, Draft.
- Putumaki R.-L., 1992. *Natural healing processes & experiences of*

- political violence, Paper prepared for the meeting on *The Mental Health of Refugee Children Exposed to Violent Environment*, Refugees Studies Programme, University of Oxford.
- Randaulen M., 1994. *War Traumatized Children. Child Recovery Center - Guidelines for Trauma Advisors*, Bergen, Center for Crisis Psychology.
- Randaulen M., Stuviani R., 1992. *The Child and the Family in War*, Radda Barnen.
- Reynolds P. 1990. "Children of Tribulation: The Need to Heal and the Means to Heal War Trauma", *Africa*, 60, 1-38.
- Ressler Everett M, Tortorici J.M., Marcelino A., 1993. *Children in War: A Guide to the Provision of Services*, New York, UNICEF.
- Richman N., 1993. "Annotation: Children in Situations of Political Violence", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 8, 1286-1302.
- Riesman P., 1970. "La réalisation de la liberté individuelle chez les Peuls", *Psychopathologie Africaine*, VI, 3, 263-300.
- Roundtable-Talk on Psycho-Social Problems of Male and Female Ex-fighters at the University of Asmara, April 7, 1995, Asmara, unpublished paper.
- Rousseau C. 1995. "The Mental Health of Refugee Children", *Transcultural Psychological Research Review*, XXXII, 3, 299-332.
- RRC - Radda Barnen Ethiopia, 1990. *Wollo Child-Family Reunification Project*, Addis Ababa, Ethiopia.
- Rwezaura B., 1994. *The Concept of the Child's Best Interests in the Changing Economic and Social Context of Sub-Saharan Africa*, in Alston P. (ed.), *The Best Interest of the Child. Reconciling Culture and Human Rights*, Florence, UNICEF-International Child Development Centre, Oxford University Press, UK.
- Savolainen H. 1995. *Disability and Persons with Disabilities in Ethiopia*, in Mengesha M. (ed.), *Special Needs Education*, Addis Ababa, Draft.
- Sharma B., Van Ommeren M., 1998. "Preventing Torture and Rehabilitating Survivors in Nepal", *Transcultural Psychiatry*, 35, 1, 85-98.
- Schreiber S., 1995. "Migration, Traumatic Bereavement and Transcultural Aspects of Psychological Healing: Loss and Grief of a Refugee Woman from Begameder County in Ethiopia", *British Journal of Medical Psychology*, 68, 135-142.
- Sen A., 1995. *Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure*, Florence, UNICEF-International Child Development Centre.
- Silove D., Sinnerbrink I., Field A. et al., 1997. "Anxiety, Depression and PTSD in Asylum-Seekers: Associations with Pre-migration Trauma and Post-migration Stressors", *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Stallard P., Law F., 1993. "Screening and Psychological Debriefing of Adolescent Survivors of Life-Threatening Events", *British Journal of Psychiatry*, 163, 660-665.
- Stavenhagen R., 1994. *Double Jeopardy: The Children of Ethnic Minorities*, Innocenti Occasional Paper, CRS 10, UNICEF-ICDC, Florence.
- Stone A. M., 1992. "The Role of Shame in Post-Traumatic Stress Disorder", *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1, 131-136.
- Summerfield D., 1995a. "Raising the Dead: War Reparation and the Politics of Memory", *British Medical Journal*, 311, 495-497.
- Summerfield D., 1995b. "Assisting Survivors of War and Atrocity: Notes on Psychosocial Issues for ONG Workers", *Development in Practice*, 5, 352-356.
- Summerfield D., 1996. *The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations: Basic Principles for ONG Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects*, London, RRN-ODI.
- Summerfield D., 1997. "Legacy of War: Beyond Trauma to the Social Fabric", *Lancet*, 349, May 31, 1568.
- Summerfield D., Toser L., 1991. "Low Intensity War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in Rural Community", *Medicine and War*, 7, 84-99.
- Taçon P., 1991. *Protection, Respect, and Opportunity for the Street Children of Ethiopia*, Consultancy Report, UNICEF, Addis Ababa.
- Tadesse E., Gudunfa A., Mengitsu G., 1996. "A Survey of Adolescent Reproductive Health in the City of Addis Ababa", *Ethiopian Journal of Health Development*, 10, 1, 35-40.
- Tensay G. Mekdes, 1993. *The Situation of Prostitution in Ethiopia*, MOLSA, Addis Ababa, unpublished paper.
- Terefe H., 1996. *Impacts of Displacement on Women and Children in Ethiopia*, in Wondimu H. (ed.), 1996. *Research Papers on the Situations of Children and Adolescents in Ethiopia*, Addis Ababa, Addis Ababa University.
- Tolfree D. 1995. *Roofs and Roots. The Care of Separated Children in the Developing World*, London, Save the Children UK.
- United Nations, 1989. *Convention on the Rights of the Child*, New York, UN.
- United Nations Development Programme, 1991. *Human Development Report 1991*, New York.
- UNHCR, (United Nations High Commissioner for Refugees)1996. *Analysis of the Current UNHCR Policies and Practices with Regard to Refugees and their Implications for Women*, Addis Ababa, Regional Liason Office for Africa, Ethiopia.
- UNICEF, 1986. *Children in Situations of Armed Conflict*, New York.
- UNICEF, 1992. *Survivors. Rehabilitation of Children in Armed Conflict*, New York.
- UNICEF, 1993. *Ethiopia - A Situation Report*, Addis Ababa.
- UNICEF, 1994. *Children as Victims of War. Policy Studies and Programme Evaluation on the Psychosocial Dimensions in the Horn of Africa*, Draft.
- UNICEF, 1995. *Country Programme Recommendation - Eritrea*, UN - Economic and Social Council, draft.
- UNICEF, 1996a. *The State of the World's Children 1996*, New York, UNICEF.
- UNICEF, 1996b. *Ethiopia: 1996 Annual Report*, Addis Ababa.
- UNICEF - Eritrea, 1996. *A Report on the Review of the Projects Funded by the Government of Italy*, Asmara.
- UNICEF, 1997. *Psychosocial and Care Protection. Children in Armed Conflict, An Interregional Training Workshop*, Nairobi, 28th April - 3rd May.
- Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S., 1994. *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Veale A., Adefrisew A. and Lalor K., 1993. *Study on Street Children in Four Selected Towns of Ethiopia*, Addis Ababa, MOLSA, UNICEF-Ethiopia & University College Cork, Ireland.

- Vesti P., Somnier F., Kastrup M., 1992. *Psychotherapy with Torture Survivors. A Report of Practice from the Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT)*, Copenhagen, IRCT.
- Yohanes W. G., 1986. *Experience of Revolutionary Ethiopia Children's Amba: Appraisal of the Model*, Paper Presented to the International Seminar on the Child in Need with Special Focus on Revolutionary Ethiopia Children's Amba Experience, Addis Ababa
- Young A. 1995a. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.
- Young A. 1995b. "Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder", *Transcultural Psychological Research Review*, XXXII, 3, 287-298.
- Warshaw M.G., Fierman E., Pratt L. et al., 1993. "Quality of Life and Dissociation in Anxiety Disorder Patients with Histories of Trauma or PTSD", *American Journal of Psychiatry*, 150, 10, 1512-1516.
- WHO, 1993. *Young People's Health. A Challenge for Society*. Report of WHO Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000, Technical Report Series 731, Geneva.
- Wondimu Habtamu (ed.), 1996. *Research Papers on the Situations of Children and Adolescents in Ethiopia*, Addis Ababa, Addis Ababa University.
- World Bank (Population and Human Resource Division, Eastern Africa Department, Africa Region), 1996. *Eritrea Poverty Assessment*, Report Number 15595.
- World Summit on Social Development, 1995. *The Addis Ababa Declaration on an Ethiopian Common Position on Social Development from a Perspective of Civil Society Organization*, Addis Ababa (unpublished paper).
- Zempleni A., Zempleni-Rabain J., 1972. "Milieu africain et développement", *Psychopathologie Africaine*, VIII, 2, 233-295.