

Il grido e il silenzio. Storie di abuso su minori a Mwanza (Tanzania)

Nicoletta SCIARRINO

Università di Perugia

Cry and silence. Stories of child abuse in Mwanza (Tanzania)

ABSTRACT: This article examines practices and ideologies which underlie the care and the protection of children in Tanzania. In doing so, it questions the way in which certain categories – such as ‘childhood’ and ‘abuse’ – are defined from a Western point of view and then exported by NGOs. The humanitarian discourse claim to cast models, values and “universal” rights on an international scale. This entails that the circumstances related to them can be misunderstood and it promotes an unsophisticated way to approach problematic issues – such as child abuse and neglect – as well. The article focuses on the activities of an organization that deals with abused and neglected children in Mwanza and on the life stories of two little girls, whom I name Allison and Amina. The paper follows practices and conversations which characterized the take responsibility the child in order to bring out situations in which the social actors are experiencing changes in their environment as well as new types of relationships, on which local ways of life collide with ideologies, values and practice introduced by aid workers and Western organizations.

KEYWORDS: CHILDHOOD, CHILD ABUSE, NGO, HUMAN RIGHTS, TANZANIA.

This work is licensed under the Creative Commons © Nicoletta Sciarrino

Il grido e il silenzio. Storie di abuso su minori a Mwanza (Tanzania)

2015 | ANUAC. VOL. 4, N° 2, DICEMBRE 2015: 189-212.

ISSN: 2239-625X - DOI: 10.7340/anuac2239-625X-1983



Prologo

È il tardo pomeriggio del mio secondo giorno alla Hakuna Matata Organization¹, un istituto residenziale per bambini ‘abusati’ e ‘trascurati’². Sono seduta nella veranda con alcuni bambini. I più grandi sono già tornati in aula per preparare il coro con cui accogliere i visitatori che arriveranno fra poco. Ho del tempo per scrivere e riflettere su Allison (otto anni), una bambina che ha le gambe fratturate e che per questo non può muoversi da sola. Nelle note di campo scrivo quanto sia difficile sopportare la sua presenza, la sua voce stridula, il suo modo di parlare rozzo. Anche gli altri bambini e le lavoratrici la allontanano, quando possono. Intanto Melissa, l’infermiera dell’istituto, porta Allison in braccio e la adagia accanto a me. Fra poco arriveranno gli ospiti, mi spiega Melissa, e non può lasciare la bambina da sola in infermeria. Poi torna dentro per cambiare le due neonate. Mussa, uno dei più piccoli, si dondola sulle mie gambe, vuole riprendere il gioco che abbiamo interrotto prima del riposo. Metto via il taccuino, ma il movimento fa sbilanciare il bambino, che finisce con la mano appoggiata sulla gamba di Allison. La bambina grida. Le lacrime le rigano copiose il volto. Sembra non riuscire a riprendere fiato fra un urlo e l’altro. La maestra viene a prendere gli altri bambini, lancia uno sguardo di disapprovazione verso Allison e ritorna in classe. Il pianto di Allison è paralizzante, non so cosa fare. Cerco di consolarla. Mi torna in mente un’immagine, una sensazione, il ricordo di un periodo in cui sono stata malata, di mia madre che si distendeva alle mie spalle e mi accarezzava fino a quando la crisi non era passata. Mi stendo accanto ad Allison, il mio corpo che sfiora appena il suo, abbastanza perché ne possa sentire il calore, ma non farle male. Le accarezzo la nuca e i capelli rasati. Lentamente il suo corpo si rilassa, come se tirasse un lungo sospiro. Non trema più e anche i singhiozzi sono diminuiti. Le chiedo se le piacciono le carezze. Annuisce, e continuo ad accarezzarla, disegnanole con le dita dei piccoli cerchi sulla pelle, come faceva mia madre con me, quando, adolescente, ho vissuto un lungo periodo di malattia.

Era la prima volta che Allison e io interagivamo. Fino a quel momento lei era stata la bambina che urlava, quella con il volto trasfigurato dal dolore, che sia io sia

1. Ai membri dell’istituto Ukarimu e a quelli dell’istituto HMF vanno i miei ringraziamenti per avermi permesso l’ingresso a un campo particolarmente delicato e ai bambini, preziosissimi informatori e amici. Ringrazio il prof. Massimiliano Minelli per il suo supporto umano e professionale. Ringrazio, inoltre, i tre lettori anonimi di *Anuac* per i commenti e i suggerimenti che mi hanno permesso di elaborare la stesura definitiva di questo testo. Tutti i nomi delle persone e delle associazioni coinvolte nella ricerca sul campo, così come alcuni riferimenti geografici, sono stati cambiati ai fini di tutelarne la privacy.

2. Con questi due termini il personale dell’istituto si riferisce ai bambini ospiti della struttura.

gli altri bambini tenevamo a distanza. Sul terreno, le relazioni più importanti erano, per me, quelle con i bambini. Consapevole dell'irriducibilità del mondo dell'infanzia, ho voluto costruire il campo a una 'diversa altezza', cercando di ridurre le distanze che, specialmente in mondi fortemente gerarchizzati come la società tanzaniana e gli istituti, esistono fra adulti e bambini: usando le parole di uno dei miei 'informato-ri', Niko, dieci anni, sono diventata una *mtoto mrefu*, una "bambina alta"³. Accettata dai bambini, ho lavorato prediligendo l'osservazione partecipante alle interviste, riservate principalmente agli adulti, sostituendole con confronti spesso spontanei, nati, per esempio, manipolando una bambola a cui era stata tagliata una gamba per 'somi-gliare' alla sua proprietaria, recentemente amputata, guardando la forma che prende- vano le nuvole in cielo o, persino, maneggiando il mio taccuino, che nel tempo è di- ventato una sorta di 'quaderno condiviso'.

Allison sfuggiva alle modalità di approccio che si erano dimostrate efficaci fino a quel momento. Il giorno prima, durante il pranzo, avevo chiesto a Melissa qual'era il problema di Allison. La bambina era seduta sull'unica poltrona della sala comune, le gambe poggiate su una sedia di plastica e coperte da un *kanga*⁴. Le trasparenze della stoffa lasciavano intravedere le grosse fasciature in gommapiuma che le bloccavano le gambe e i piedi. Melissa mi ha detto che aveva diverse fratture e una malattia alle ossa che le rendeva molto fragili ma che lei non conosceva⁵. Poi aveva aggiunto che la sua storia non era ancora molto chiara: "Ci sono tante bugie, che non riusciamo più a capire qual è la verità"⁶ (diario di campo, 11 luglio 2014). Già in questi primi momenti con Allison si sono combinati silenzi, parole e suoni che avrebbero caratte- rizzato il nostro rapporto all'interno dell'istituto. Il grido e il silenzio, in particolare, erano immagini che sembravano dominare sulla vita quotidiana della bambina e condizionare i suoi rapporti con i coetanei e gli operatori dell'istituto. Io stessa, nelle mie note, ho scritto che la bambina era piuttosto irascibile, sempre pronta a lamen- tarsi. Non mi faceva simpatia, trovavo difficile starle accanto e comunicare con lei. La sua voce, così simile a uno strillo a stento soffocato, rompeva e turbava la quiete

3. Entrare nel mondo dei bambini è difficile: noi adulti siamo più grandi (come ha sottolineato lo stesso Niko), più maturi da un punto di vista sociale e cognitivo, e più autorevoli. Tuttavia, durante i due campi svolti in Tanzania (nel 2012 e nel 2014), ho osservato la capacità dei bambini di andare oltre queste differenze (molto più, a mio avviso, di quanto sostiene Corsaro (2001) e di accettarmi come amica e confidente).

4. Nella lingua swahili si indica con *kanga* una stoffa che viene spesso utilizzata come indumento.

5. Si trattava dell'osteomielite, come avrei appreso diverse settimane dopo.

6. Ho deciso di tradurre in italiano sia i dialoghi in swahili sia quelli in inglese, pur conscia dell'appiattimento che ne deriva. Questo per evitare che una lingua largamente conosciuta come l'inglese possa prendere il sopravvento su una meno nota in Occidente. Ho deciso, però, di conserva- re alcuni termini sia nell'una sia nell'altra lingua perché pregni di un significato particolare o perché utilizzati per indicare qualcosa (per esempio la parola inglese "counselling") anche quando si parlava in un'altra lingua.

dell'istituto. Le lavoratrici preferivano lasciarla in infermeria, un po' per proteggerla dai movimenti bruschi degli altri bambini, un po' per evitare che il suo nervosismo li influenzasse. Le sue grida e i suoi pianti sembravano creare uno spazio (sonoro e fisico) di distanza dagli altri. Eppure, proprio durante una delle manifestazioni più violente di quel grido, ho trovato il modo per interagire con Allison e rompere quella barriera, forse perché, come scrive Combi (1998: 194),

Il grido richiede sempre una risposta immediata e urgente: non c'è tempo da perdere, non prevede il rinvio ed esige una vicinanza spaziale. Sospende momentaneamente, in particolare quando è raccolto, il percorso dell'individuo e del sistema: sollecita un attimo di riflessione per la decodifica che crea.

Imbrigliata nel grido di Allison, non potevo più ignorare quella presenza. Dovevo stendermi accanto a lei, avvicinare il mio corpo al suo, e *ascoltare*, attraverso la porosità della pelle, quel dolore che, inaspettatamente, aveva riportato alla memoria il mio passato. Se l'esperienza del dolore generalmente sfugge alla socializzazione, per me che avevo provato una simile, indicibile sofferenza quel grido diventava un modo di avvicinarmi ad Allison (Rosaldo 1993). Accarezzandola capivo che attraverso il corpo e le sue emozioni è possibile rendere più complesso ed efficace l'osservazione dell'altro: scoprivo che non esiste un canale privilegiato, come ad esempio la parola, per rapportarsi agli attori sul campo, ma che bisogna provare a fare un'immersione nel mondo delle pratiche e delle emozioni in cui ci si trova direttamente coinvolti con loro, fronteggiando una vicinanza problematica e mai scontata, che può sorprenderci, sconvolgerci, portarci in direzioni che non avevamo pensato. Il contatto con il corpo di Allison aveva creato, fra me e la bambina, un rapporto di amicizia e fiducia, e avrebbe, in un certo senso, ridefinito i nostri ruoli all'interno dell'istituto.

Tornata a riflettere su questo momento, mi è sembrato che il *grido* di Allison e i gesti che ci avevano coinvolte, meritassero uno spazio di riflessione più ampio rispetto a quello offerto da alcune pagine del diario di campo. Questo testo nasce da un incontro emotivo, da un "temporaneo oscuramento della coscienza" (Devereux 1984: 210), in seguito codificato nell'immagine del *grido* e del *silenzio*. Il *grido* e il *silenzio* sono immagini capaci di ricreare quello spazio sonoro, fisico ed emotivo in cui leggere prassi e ideologie al di fuori del *continuum* del lavoro sul campo, in cui le relazioni di potere sembravano stemperarsi nell'etnograficamente visibile. L'amicizia con Allison e il desiderio di conoscerla meglio mi hanno portata a percorrere un itinerario fra le pratiche e le ideologie che sottostanno alla cura e alla protezione dell'infanzia all'interno dell'istituto per bambini abusati di cui era ospite. Nelle pagine seguenti, ripercorrendo alcuni momenti etnografici in cui sono stata coinvolta in prima persona, analizzerò il modo in cui l'abuso sui minori è definito, sottolineandone la sua essenza di costruito politico e sociale, e cercando di denaturalizzare concetti ambigui e sdruciolevoli quali 'infanzia', 'genitorialità' e 'cura'. Le categorie in

cui trovano spazio i bambini che hanno subito violenze domestiche sono evanescenti, radicate in pregiudizi e ideologie che si manifestano nella vita di tutti i giorni. Come scrive Hacking,

I modi di classificare gli esseri umani interagiscono con gli esseri umani [...] le classificazioni non esistono solo nello spazio vuoto del linguaggio, ma nelle istituzioni, nelle pratiche, nelle relazioni materiali con le cose e le altre persone” (2000: 28).

Tuttavia, cercherò di dimostrare come anche quando presi nelle maglie del potere, gli attori possono conservare sfumate capacità agentive.

Proteggere l'infanzia: pratiche e ideologie

Alison era entrata in istituto da qualche mese, sottratta alla madre, accusata di averla picchiata fino a romperle le gambe e di averla, poi, sottoposta a cure mediche tradizionali, causando un aggravamento della sua situazione di salute. Rileggendo e analizzando i dati che riguardano la storia di Allison, mi è tornata in mente, un'altra storia, quella di Amina, nove anni, descritta, ma mai analizzata, nelle ultime pagine del diario di campo scritto nel 2012, durante il mio primo *field-work* in Tanzania. Amina era stata affidata all'istituto Ukarimu, l'istituto di accoglienza per orfani e bambini di strada in cui ho fatto ricerca per sei mesi. La sua vicenda, che si dispiega nella dicotomia fra strada e famiglia, mi permetterà di riflettere sulla costruzione delle categorie in cui vengono ripartiti, nel caso in analisi, i bambini che hanno subito abusi, chiarendo che si tratta di costrutti storicamente, culturalmente e socialmente determinati. Il silenzio in cui si è chiusa quando è stata riaccompagnata a casa, era, ai miei occhi, un'indicibile dissenso alla vita di sofferenza cui era condannata. Al contrario, il grido di Allison aveva perso la sua forza nell'indifferenza degli operatori e delle lavoratrici dell'istituto, così come i suoi racconti, le sue contraddizioni, le sue bugie. Lette come *transfert* e medicalizzate, le sue parole sembravano produrre suoni privi di contenuti. Come quelle di sua madre, che ho potuto intervistare dopo diverse richieste alla direttrice dell'istituto, raccontavano di una violenza che forse non era mai avvenuta, ma che nei dossier dell'istituto era stata ricostruita senza tenere conto di cure, pratiche e modi di vita differenti da quelli degli operatori della HMO – acronimo della Hakuna Matata Organization⁷.

Seguendo il suo caso, ho potuto vedere come le pratiche istituzionali che contraddistinguono la presa in carico del minore fanno emergere situazioni in cui gli attori sperimentano cambiamenti del proprio contesto di vita, nonché nuovi tipi di relazioni, in cui i modi di vita locali si scontrano con ideologie, valori e prassi intro-

7. Ho scelto di usare l'acronimo invece del nome completo perché era con questo che gli attori sul campo, me compresa, si riferivano usualmente all'organizzazione.

dotti da cooperanti e organizzazioni occidentali. In un articolo del 2002, riferendosi al problema delle donne afghane ‘salvate’ dai militari statunitensi, Lila Abu-Lughod rifletteva sulla costruzione della persona come soggetto che deve essere salvato, soffermandosi sulla violenza e sul paternalismo, ritenuto da Kant il peggiore dei dispotismi, radicati nell’idea stessa che qualcuno abbia bisogno di essere salvato: “When you save someone, you imply that you are saving her from something. You are also saving her to something” (Abu-Lughod 2002: 788). Salvare una persona implica l’idea che la si liberi perché possa abbracciare modi di essere e di pensare ritenuti migliori. Ma quali violenze comporta questa trasformazione? Con quale presunzione si ritiene che vi siano forme di vita migliori di altre? Le missioni portate avanti per salvare le donne afghane, continua Abu-Lughod, sono connessi a un senso di superiorità propria degli Occidentali. Operando una rottura violenta o, con le parole di Gayatri Chakravorty Spivak (1995), una “violenza epistemica”⁸ sui sistemi di segni e di valori, sulle rappresentazioni del mondo, sull’organizzazione della vita e della società, l’Occidente ha trasformato lo spazio dell’*Altro* in modo da poter essere portato all’interno di un mondo costruito dall’eurocentrismo. “Worlding of a world” è il modo in cui Spivak (*ivi*) definisce il processo attraverso il quale l’Occidente si è consolidato e costituito come soggetto sovrano su scala globale, imponendo, attraverso varie strategie, uno specifico modo di rappresentare la realtà e di affermare un sistema di valori uniforme. Uno di questi è certamente riconoscibile nel rifiuto della Commissione ONU di accogliere i principi del relativismo culturale proposti da Melville J. Herskovitz in nome dell’American Anthropological Association nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani nel 1948. Nello *Statement on Human Rights*, Herskovitz riteneva che se costumi e valori sono connessi alla cultura in cui si sviluppano, il rispetto dei diritti individuali avrebbe dovuto implicare quello per le differenze culturali. Una dichiarazione dei diritti universale (ma non etnocentrica) avrebbe dovuto tenere conto della legittimità, per gli esseri umani, di pensare e agire in conformità alle credenze, ai costumi, ai codici morali della propria cultura (Herskovitz 1947: 541). Come conseguenza di queste asserzioni, assistiamo a fenomeni di esportazione di valori e diritti ‘universali’ sostenute dalle diverse organizzazioni non governative. Questi sono, oggi, i principali portatori dell’umanitarismo, un sentimento morale che nasce da un nuovo modo di vedere il mondo, in cui il “senso di responsabilità” (Calhoun 2008) per il benessere altrui trascende le distanze geografiche, dando l’illusione che comprensione e solidarietà possano affrancare dalla povertà e dalla sofferenza, e rendere più sopportabili le ingiustizie. Tuttavia, indipenden-

8. La nozione da Spivak, che per certi aspetti si ricollega al concetto di “violenza simbolica” elaborato da Pierre Bourdieu, trova similitudini nel pensiero filosofico politico contemporaneo sui diritti ad esempio nel concetto di “preferenze adattive” discusso, tra gli altri, da Martha Nussbaum, o nell’idea di Serge Latouche di “colonizzazione dell’immaginario”.

temente dalle intenzioni genuine degli operatori, l'umanitarismo crea un rapporto impari fra chi dà e chi riceve aiuto. L'esistenza delle vittime viene messa a nudo, lo stigma della povertà accentua quello della disgrazia, provocando un ambiguo sentimento di pietà nei soccorritori, che non sfugge a chi riceve aiuto (Fassin 2012). La "ragione umanitaria" (*ivi*) si costituisce, dunque, su una rete di paradossi, in cui il senso morale è preso dalla tenaglia della compassione e della repressione. Non è un caso se Ong (2003), nel suo studio sui migranti cambogiani negli Stati Uniti, parla di "compassionate domination" e afferma che, talvolta, gli interventi a favore dei migranti ricalcano strutture simili al filantropismo coloniale⁹: gli operatori umanitari, scrive, introducono specifiche tecnologie di governo che orientano e formano il comportamento quotidiano dei rifugiati (che generalmente vengono da situazioni di disagio), trasformandoli in "moderni esseri umani" adatti a vivere nelle democrazie liberali occidentali. Detto in altre parole, l'umanitarismo promuove nuovi modi di essere e di pensare, negandone altri e creando nuove soglie di valutazione della persona.

È il caso della HMO, l'organizzazione che ha creato l'istituto per minori abusati di cui si fa riferimento in queste pagine e che si batte, in collaborazione con alcune istituzioni cittadine, per sradicare la violenza domestica e promuovere un modello educativo e familiare simile a quello canadese, paese d'origine dell'ONG. Alla base del discorso umanitario, vi è, in questo caso, la pretesa, spesso mascherata nei discorsi istituzionali, di proiettare su scala internazionale un modello d'infanzia consolidatosi solo di recente in alcuni paesi occidentali (Dei 2008). Ciò rischia di distorcere la comprensione di quei fenomeni che vi sono connessi, promuovendo un approccio fondato sulla semplificazione e sulla riconduzione a categorie precostituite di temi complessi come la violenza e l'abbandono dei minori. Nel suo studio sulla disabilità in Yemen, Benedicte Ingstad (2011), per esempio, ha evidenziato come le pratiche e gli atteggiamenti che i cooperanti (e talvolta persino gli studiosi) chiamano 'attitudine' o 'cultura', non siano altro che il risultato delle circostanze sociali, di cui spesso la povertà in cui le persone con disabilità e le loro famiglie vivono è un fattore importante. Quello che a uno sguardo esterno può apparire incuria o perfino violenza trova spesso una spiegazione più complessa nella vita familiare di chi è responsabile della cura di bambini o persone con disabilità.

9. Sfolgiando i dépliant pubblicitari delle varie organizzazioni non governative, è difficile non associare le immagini dei medici con il loro camice bianco che visitano un esile bambino africano alla foto della *Exposition d'Angers* del 1906 (Minelli 2003: 409), che Beneduce descrive come "il ritratto della filantropia", in cui i medici sono ritratti mentre vaccinano, "eroi di quella scienza medica che rappresentava una delle ragioni del dominio coloniale" (2007: 39), di quell'impegno filantropico che sarebbe diventato l'umanitarismo contemporaneo (*ivi*).

A questo proposito ritengo che sia importante riflettere sulle modalità di ricostruzione della storia del bambino svolta dagli operatori della HMO. Nella prima fase della loro presa in carico, i bambini – così come i loro familiari – sono chiamati a esporre il proprio corpo perché sia fotografato, visitato, trattato, e a raccontare il proprio vissuto, le (presunte) violenze subite – o perpetuate. Silenzi e incongruenze non trovano posto nella scrittura dei dossier, ma rappresentano il tentativo dei bambini – e dei loro genitori – di conservare uno spazio di riservatezza in cui esperire il dolore, l’abbandono, l’incomprensione, segno di sottili azioni oppositive che nascono poiché “là dove c’è potere c’è resistenza” e questa “non è mai in posizione di esteriorità rispetto al potere” (Foucault 2013: 75).

“Sradicare la violenza domestica”

La HMO è un’organizzazione non governativa nata da una proposta avanzata da Torey al governo tanzaniano di attivare un progetto per lo sradicamento della violenza domestica nell’area di Mwanza. Torey (41 anni), una donna canadese che per un breve periodo aveva lavorato come volontaria nella zona e oggi direttrice dell’organizzazione HMO, aveva deciso di ritornare a Mwanza per aiutare chi ne aveva bisogno: “Penso di aver sentito quella che chiamiamo una ‘chiamata’”, mi ha detto, sorridendo, durante un’intervista. Anche nel nome dell’organizzazione si può leggere l’urgenza con cui Torey ha sentito il bisogno di agire e il legame con questa sua prima esperienza di volontariato all’estero: ha scelto, infatti uno dei pochi termini swahili che ricordava, sebbene non fosse particolarmente attinente allo scopo dell’organizzazione, e che, come quello da me scelto per sostituirlo, *hakuna matata*, è uno dei primi che turisti e volontari imparano al loro arrivo in Tanzania.

Dal 2008, affiancata da un gruppo sempre più nutrito di assistenti sociali e psicologi locali, ha costruito un istituto residenziale che accoglie bambini che hanno subito maltrattamenti e violenze. Il personale dell’istituto da una parte si propone d’intervenire nel momento dell’emergenza, aiutando il bambino ad affrontare il trauma subito e fornendogli un posto sicuro dove stare; dall’altra s’impegna a coinvolgere la famiglia (i genitori e/o i membri della famiglia allargata) in un lungo percorso di costruzione di un ambiente domestico protetto e tranquillo dove il minore possa essere reinserito e vivere un’“appropriata infanzia” (Panter-Brick 2000).

Inizialmente, mi ha raccontato Torey, accoglieva i bambini nella sua stessa casa. Poi, grazie a un’associazione europea, è riuscita a trovare i fondi per aprire la sede attuale, una villetta riadattata alle esigenze della HMO. La parte anteriore della casa è stata trasformata in un grande studio, dove lavorano i diversi operatori e dove sono ricevuti gli ospiti e le famiglie dei bambini. Alle pareti sono appese diverse locandine che, per lo più in inglese, parlano della necessità di sradicare la violenza domesti-

ca e/o riportano massime di personaggi del Novecento come Madre Teresa di Calcutta; su tutte troneggia un ampio patchwork di foto che ritraggono ferite, ustioni, e monconi dei bambini accolti in istituto. Sul retro, divise dal resto della struttura da una cucina, alcune stanze sono state riadattate per accogliere e curare i bambini ospitati: un'infermeria; due dormitori arredati con letti a castello, lenzuola fucsia e bluette, contenitori per vestiti, spazzolini e asciugamani; e una stanza comune, con i due grandi tappeti di rafia su cui i bambini giocano e mangiano e il basso tavolone su cui fare i compiti. Pur se nettamente divisi nelle loro funzioni, le parole, gli arredi, le pratiche che descrivono la quotidianità di entrambi gli ambienti esprimono una comune idea d'infanzia condizionata da discorsi egemonici occidentali¹⁰. Ponendo l'attenzione su una prassi genitoriale ritenuta negativa, il programma della HMO cerca – non diversamente da altre organizzazioni non governative – strategie sempre più efficienti, pervasive e universali di “fare la carità” (Calhoun, 2008), producendo possibili modi di essere e di pensare, e squalificandone altri (Malighetti, 2005), per creare, parafrasando le parole di Torey, un movimento di persone che dicano basta alla “cultura della violenza domestica” in Tanzania.

Proprio perché la *mission* dell'ONG non è solo la cura del minore che ha subito abusi, ma anche lo sradicamento della violenza domestica, le modalità di presa in carico del bambino sono complicate e non riguardano solo il minore e la sua famiglia, ma coinvolge anche alcune istituzioni cittadine: la polizia, il dipartimento del *social welfare*, e, in casi particolari, altri istituti e organizzazioni locali.

La ricostruzione della storia del bambino è una tappa fondamentale all'interno del programma della HMO: “Il nostro scopo è di avere la *vera storia* così da poter veramente aiutare il bambino, capire da dove viene...”, mi ha spiegato Torey. La storia del bambino è importante, quindi, per strutturare un piano operativo e avviare le pratiche di cura e di assistenza del minore (e, in maniera diversa, della sua famiglia). Gli assistenti sociali, allora, si avvalgono dei verbali della polizia e delle informazioni raccolte fra i vicini e i familiari per mettere insieme “ritagli di sapere” (de Certeau 2007) e creare, nella scrittura dei dossier, la storia dei bambini. Sin dalle prime fasi, dunque, è attivata una rete di ‘negoiazione sociale’ che coinvolge istituzioni esterne all'istituto e, come nel caso di Allison, soggetti di supporto.

La categoria dell'‘abuso minorile’ usata è, quindi, intesa in senso strettamente sociale e, come scrive Goffman (2010) analizzando la carriera morale del malato mentale, la valutazione della violenza sui minori assume significato quando questa ne alteri il “destino sociale” (*ivi*) o, più precisamente, quando il bambino è inserito nel

10. L'importanza del significato sociale che acquisiscono gli oggetti quotidiani all'interno di contesti particolari è approfondito da Hunt (1999), che analizza la funzione che oggetti come forcipe, biciclette e posate hanno avuto nell'incontro dei locali con il colonialismo e la ‘modernità’ nel Congo belga.

processo d'istituzionalizzazione. Si tratta, dunque, di una categoria interattiva in cui convergono istituzioni, pratiche e interazioni con cose e persone (Hacking 2000). Dagli interstizi dell'osservazione della prassi quotidiana dell'istituto, degli indicibili e di ciò che è (apparentemente) nascosto, l'abuso minorile emerge come costruito sociale e politico, da cui sono esclusi bambini appartenenti a categorie affini, ma che non arrivano mai al punto di essere considerati 'abusati' (da sé o dagli altri), sebbene portatori di considerevoli problematicità, come i 'bambini di strada'.

Ciò che emerge dagli interstizi: la storia di Amina

I bambini di strada, per esempio, non rientrano, per la HMO, fra i minori che subiscono abusi. Come emerge dalle parole di Torey, i bambini che lavorano e vivono in strada sono comunemente visti come 'delinquenti' o come vittime di un ambiente violento (Lucchini 1998: 358), rappresentanti di un'infanzia altra che, per definizione, si consuma al di fuori di quella "domesticità" (Ennew 1995 in Panter-Brick 2000: 5) che, secondo la prospettiva occidentale, sarebbe per loro più consona. La dicotomia strada/casa in cui sono presi ben si distanzia dai modi di vita dei bambini di strada. Non è infatti insolito che mantengano contatti con le famiglie¹¹, che ritornino a casa la sera, o che le loro vicende si dispieghino all'interno di un quadro familiare complesso, ma proprio per questo non trascurabile. È il caso di Amina, ospite per alcune settimane dell'istituto Ukarimu, dove ho lavorato per sei mesi durante il mio primo *field-work* in Tanzania. Al suo arrivo non ero in istituto, così il mio primo 'incontro' con la bambina è avvenuto attraverso le parole di Biagio, il medico dell'Ukarimu, che come ogni sera mi aveva raggiunta per raccontarmi dei fatti della giornata: «Una *bottana* è arrivata [...] Tu, per favore, non darle confidenza» (diario di campo, 27 novembre 2012). Ho chiesto a Biagio di fare un passo indietro e di raccontarmi cos'era successo. Mi ha raccontato, allora, dell'arrivo di Amina e del fratello minore; la bambina aveva accusato il padre di averla violentata, ma la vicenda non era ancora chiara, perché Amina, interrogata diverse volte, si era già contraddetta. «Intanto quel *poveraccio* è in galera e sai che festa che gli stanno facendo...» (*ivi*). Non capivo perché l'arrivo di questa ragazzina presentasse un problema, considerato che l'istituto aveva già ospitato ragazzine con un passato di prostituzione. Amina non viveva in casa, ma, da mesi (o anni?) il padre la faceva prostituire per integrare il bilancio della famiglia. Uscita di casa, Amina aveva trovato una condizione di vita gratificante, o almeno così sembrava ascoltandola descrivere i

11. Nel 1989, Childhope identificava tre categorie di "bambini di strada": "children on the street", che mantengono contatti regolari con i genitori, "children of the street", che non vivono in casa con i genitori, ma mantengono contatti irregolari; e "abandoned and neglected children", che sono lasciati a se stessi.

profumi e gli oggetti che poteva comprare. Con le sue parole, l'abito salmone con il grande colletto in merletto, le unghie tinte con l'henné affascinava le bambine dell'istituto (le sue coetanee, generalmente, non avevano vissuto la strada o erano state istituzionalizzate quando erano molto piccole). Dopo un paio di giorni, era riuscita a convincere una di loro a scappare con lei, promettendole una vita accattivante ed esotica. All'ultimo, però, la ragazzina aveva cambiato idea ed era andata da George a raccontargli il piano di fuga di Amina. George era furioso. "Quella", come usava chiamarla, era un problema. Le lavoratrici dell'istituto erano state istruite perché la bambina fosse tenuta lontana dalle altre, impegnata in lavori solitari. Spesso, comunque, George doveva accompagnarla in tribunale o alla polizia perché fosse interrogata, così trascorrevano intere giornate fuori dall'istituto.

Questo episodio mi riportava in mente le parole di un'anziana olandese, direttrice di un istituto per bambini di strada, con cui avevo avuto modo di conversare qualche mese prima. Fervida cattolica, quindici anni prima aveva aperto un istituto maschile per bambini di strada. Quando le avevo detto che l'Ukarimu accoglieva maschi e femmine, aveva scosso la testa con disapprovazione. Per lei era impossibile lavorare con le bambine, perché sono tutte prostitute, mi aveva detto, insistendo che lavorare con loro è più difficile che lavorare con i maschi, perché sono abituate ai soldi e, sicuramente, continuerebbero a prostituirsi anche in istituto, rovinando gli altri. Quando avevo obiettato che forse non tutte loro erano contente della vita che facevano, aveva alzato le spalle rispondendomi, come avrebbe fatto in seguito Biagio rispondendo alla stessa domanda, che se volevano lasciare la strada potevano rivolgersi alla polizia. Fra gli operatori con cui avevo parlato a Mwanza, era opinione comune che prostituirsi, per queste bambine, era un fatto talmente comune da non rappresentare un "evento traumatico" (Laura Brown 1995 in Beneduce 2010: 31), anche quando questa era imposta e non scelta. Pur vivendo una vita fatta di violenze e coercizioni Amina non era considerata – dagli operatori e dalle istituzioni – una bambina abusata¹², ma criminalizzata in quanto bambina di strada. La sua stessa denuncia al padre era stata presa in considerazione solo perché avvalorata dalla testimonianza della seconda moglie dell'uomo.

Mi è difficile ricostruire la storia di Amina, perché erano poche le occasioni che avevo per stare con lei e, a causa del processo in corso, mi era stato proibito di par-

12. In Tanzania non esistono leggi che vietano la prostituzione minorile, se non il *Sexual Offence Act – 1998* che sancisce che ogni rapporto sessuale consumato con un/una minore di diciotto anni è considerato stupro. Ciò vuol dire che il cliente di una prostituta minorenni, anche quando questa fosse consenziente, dovrebbe andare incontro a responsabilità penale. Tuttavia il *Sexual Offence Act – 1998* è in conflitto con la Costituzione, secondo cui il matrimonio è consentito sin dai quindici anni d'età. Come riporta l'IPEC (2001), questa discrepanza crea una situazione in cui le autorità di polizia sono riluttanti ad agire, in particolare quando il bambino è considerato in grado di dare il consenso, pur se minore di diciotto anni.

larle da sola. Amina aveva confessato che era stata la seconda moglie del padre a convincerla a denunciarlo, promettendole che avrebbero preso tutti i suoi soldi e sarebbero scappate, lasciandosi alle spalle la vita di strada. Se i primi giorni Amina era sorridente e gioviale, con l'andare avanti del processo si chiudeva sempre più in se stessa. Sembrava evidente, ormai, che il padre sarebbe stato scarcerato e che lei e il fratello sarebbero tornati a casa prima di Natale. Dopo poco più di due settimane dal loro arrivo in istituto, Amina e suo fratello ritornavano a casa. Seduta sul cassone del pick-up del direttore dell'istituto, aspettando di essere riaccompagnata a casa, Amina teneva il volto basso, le mani chiuse fra le gambe. Suo fratello, invece, non vedeva l'ora di ritornare a casa e saltava per salutarci. Di Amina non ricordo il vero nome. Devo cercarlo nel mio diario e lo trovo individuando prima quello del fratello. Il medico dell'istituto la chiamava "la bugiarda" e per il direttore era "quella bambina". All'epoca non conoscevo ancora la HMO, ma in seguito mi sono chiesta perché non fosse stata mandata lì. Perché lei sfuggiva ai programmi di protezione dell'infanzia portati avanti da tante organizzazioni umanitarie? La letteratura antropologica sui bambini di strada critica spesso l'approccio degli operatori umanitari che tendono a vittimizzare il bambino che subisce la strada, mai considerato come attore del proprio destino (Lucchini 1993, 1999; Panter-Brick 2000). Al contrario, in questo caso, erano gli operatori i primi a giudicare e criminalizzare Amina. In un "quotidiano stato d'eccezione" (Minelli 2011; Agamben 2003) qual è quello vissuto dagli operatori e dai bambini di strada di Mwanza, Amina rappresentava ciò che è sacrificabile: la necessità porta a occuparsi (e tutelare) solo i bambini che, parafrasando le parole dell'anziana olandese, è più facile "recuperare", celando gli altri dietro la maschera della criminalità¹³. La storia di Amina si consumava, così, fra la strada e la casa, fra il lavoro di prostituta e le coercizioni parentali. E si perdeva in quel silenzio delle mani giunte sul vestito salmone e di una documentazione che nell'istituto che l'aveva ospitata non era mai stata compilata, perché non si riteneva necessario scrivere di una bambina che probabilmente, presto, sarebbe tornata a casa o fuggita, come Biagio e George continuavano a ripetere.

Il silenzio può essere un'espressione di passività e impotenza. Il *silenzio*, come quello della documentazione di Amina in istituto, è un modo di obliare e un simbolo di oppressione. Ma il silenzio può essere anche simbolo di opposizione e resistenza. Scrive Gail (1989) che, come ogni altra espressione linguistica, il silenzio può essere un'azione strategica che acquisisce diversi significati ed effetti nei diversi contesti istituzionali e culturali in cui si esplica, incarnando forme diverse, talvolta paradossali, di potere. La storia di Amina, così come quella di Allison, non parlano solo di

13. Lavorando negli istituti, ho potuto osservare che quella di Amina non è una singolarità, ma una pratica abbastanza comune, adottata in tutte quelle circostanze in cui gli operatori non considerano possibile una normalizzazione del bambino.

silenzi, ma anche di incongruenze, bugie, persino ammissioni di colpa che svelavano “difese irriducibili” (de Certeau 2007) alla continuità della prassi e delle ideologie istituzionali, che, facendo riferimento ad alcuni momenti in cui sono entrata in gioco in prima persona, mi appresto ad analizzare.

Racconti, dossier e sorrisi beffardi

Ho conosciuto Allison lo stesso giorno in cui ho iniziato a lavorare come volontaria alla HMO. Mi era stata presentata come uno dei casi più gravi presenti in istituto. Il suo viso raccontava della sua sofferenza, i grandi occhi umidi, la guancia sinistra sempre contratta. Originaria del Mara, una regione confinante con quella di Mwanza, aveva vissuto fino l'anno prima con la famiglia paterna. I genitori si erano separati quando Allison aveva due anni e mezzo. La madre aveva lasciato il villaggio, spostandosi in diverse città, fino al suo arrivo a Mwanza, qualche anno prima, dove si era risposata e aveva avuto due figli. Quando Allison aveva all'incirca sette anni, *mama Allison*¹⁴ (26 anni) aveva saputo che il padre della sua primogenita era partito, lasciando la bambina con la nonna. Dopo aver ottenuto il permesso di prendere con sé la figlia dal nuovo marito, la donna era partita per il Mara per portare Allison in città. Nonostante le discussioni con la famiglia paterna, in particolare con la nonna, che voleva tenere Allison con sé, le cose erano andate abbastanza bene per i primi mesi. Poi, alla fine di maggio, è stata presa in carico dall'istituto. I dossier della HMO¹⁵ riportano che la bambina aveva cominciato a stare male fra gennaio e febbraio, quando, in seguito a un incidente le cui modalità e responsabilità non sono, a oggi, chiare, si era fratturata entrambe le gambe. Se i documenti parlano di percosse e bastonate inferte dalla madre e dal patrigno, *mama Allison* mi ha raccontato di un incidente: una mattina, mentre lei era al mercato, la bambina era caduta dalle scale ed era stata soccorsa da un vicino; quando la donna era rientrata, aveva portato subito la bambina in ospedale. Durante l'intervista, la donna mi ha detto che in ospedale le avevano dato un gel per calmare il dolore alla gamba e un antimalarico – ma Allison, mi ha detto sua madre, non aveva la malaria. Solo il giorno dopo Allison ha iniziato a lamentare dolore all'altra gamba, ma in meno di una settimana era già in grado di camminare ed era tornata a scuola. Qualche giorno dopo, però, Alli-

14. In alcune regioni linguistiche della Tanzania è uso che, alla nascita del primogenito, i genitori prendano il nome del bambino accompagnato dall'apposizione *mama* (mamma di) o *baba* (papà di).

15. La possibilità di accedere alla documentazione dei bambini, così come, in seguito, quella di intervistare la madre di Allison, erano le poche concessioni che, in quanto ricercatrice, mi erano state fatte in istituto. Non potevo neanche parlare con i bambini della loro situazione se non di fronte a un assistente sociale, così ho dovuto escogitare diverse strategie per comunicare con loro e comprendere come il dolore, le cicatrici, le amputazione andavano formando un “nuovo corpo” da inserire nello spazio fisico e sociale.

son stava di nuovo male e le gambe presentavano evidenti gonfiori. Sua madre, allora, si era rivolta a un'amica perché le accompagnasse in ospedale, ma la donna, dopo aver visto Allison, le aveva detto che era inutile andare in ospedale: non si trattava di una normale malattia, secondo lei la bambina era vittima di una fattura. Si erano rivolte, allora, a un *mganga*¹⁶. Dopo aver fatto sputare su un arbusto la bambina, il *mganga* aveva interrogato a lungo la madre. Il giorno dopo, aveva convocato la donna, accompagnata anche questa volta dall'amica: la bambina era stata stregata dalla nonna paterna, a cui la madre l'aveva sottratta pochi mesi prima. Per poter agire, il *mganga* aveva chiesto che si comprasse una capra, con cui avrebbe preparato un composto da somministrare ad Allison. L'amica della donna, allora, era andata a comprarne una. Il *mganga* aveva tagliato le orecchie dell'animale, poi aveva preparato una mistura con sangue, pane e altri farmaci. Per un po' la madre aveva somministrato la medicina alla bambina, ma, vedendo che non migliorava, era tornata dal *mganga*, lamentando l'inefficacia della cura. L'uomo le aveva detto di aspettare, perché il dolore era dovuto al veleno che stava andando via. Così ha continuato a curarla tenendola al chiuso in casa secondo le prescrizioni del *mganga*. La commistione di biomedicina e medicina tradizionale evocata dal racconto di *mama* Allison richiama la costruzione di un itinerario terapeutico in cui la scelta dei soggetti cui rivolgersi (l'ospedale o il *mganga*?) è fatta di tentativi, fallimenti, interpretazioni prima accettate e poi rifiutate: l'incertezza, lì dove il sistema sanitario è carente, riveste un ruolo primario nell'esperienza della malattia, come scrive Reynolds-Whyte (1997) analizzando il modo in cui i Nyole, una popolazione dell'Uganda, vivono e cercano una spiegazione al proprio male. La ricerca di senso della malattia, presso i Nyola, come presso i tanzaniani con cui ho fatto ricerca, può contare su "una pluralità di scelte che esprime il carattere composito e complesso dell'esperienza del male" (Pizza 2005: 187), il cui quadro di riferimento è da rintracciarsi nel "senso del male" (Augé e Herzlich 1986). La malattia emerge come "forma elementare dell'evento" (Augé 1986: 34): se le sue manifestazioni biologiche sono iscritte nel corpo di una persona, rappresentano, in larga parte, l'oggetto di un'interpretazione sociale: è "il più individuale e il più sociale degli avvenimenti" (*ivi*).

Il riso con cui Perpetua, l'assistente sociale che si era occupata del caso e che Torey aveva voluto che mi assistesse durante l'intervista, accompagnava il racconto di *mama* Allison della sua visita al *mganga* con la figlia e l'amica, era esemplificativo dei contrasti ideologici che la ricerca del "senso del male" (Augé, Herzlich 1986) può mobilitare. Durante l'intervista, eravamo sedute sulla veranda dell'istituto, intorno a un tavolino di plastica sbilenco, bagnato dalla pioggia della mattina. Alcuni ge-

16. In lingua swahili, il termine *mganga* si riferisce al medico tradizionale.

nitori, che quel giorno avevano partecipato al *counselling*¹⁷ settimanale, erano ancora intenti a raccogliere le loro cose o a chiacchierare fra di loro. I figli più piccoli di *mama Allison* ci giravano intorno, incuriositi dal mio registratore. “Non andrò in televisione?” mi aveva chiesto con un sorriso incerto *mama Allison*. Avevo chiesto allora a Perpetua di aiutarmi a spiegarle che l’avrei registrata solo per poter ascoltarla più attentamente e solo se lei era d’accordo. “Non è importante, tu registra”, mi aveva risposto. Perpetua aveva accettato di partecipare all’intervista con riluttanza, ritenendo di potermi dare lei tutti i dati che mi occorrevo sulla bambina, ed era stata lei a scegliere il giorno del *counselling* per l’incontro, quando, generalmente, non mi era permesso andare in istituto e anche i bambini erano allontanati dalla struttura.

Avevo ottenuto quell’incontro solo dopo aver insistito molto. Torey non voleva che parlassi con i genitori dei bambini e, anche lei, non capiva come poteva essermi utile incontrare l’*abuser* di Allison, come era solita chiamarla. È solo una bugiarda, mi aveva detto:

Abbiamo provato a parlare alla madre, lei ha detto che Allison è caduta, e che lei ha sempre trattato bene la bambina, ora abbiamo scoperto che la madre e il patrigno la picchiavano, quindi sono stati entrambi in carcere, e poi abbiamo provato a farli venire al counselling, ma non sta funzionando, non ammettono nulla. Non puoi assistere nessuno, se non ammettono che hanno sbagliato. [...] Non possiamo lavorare con sua madre, perché non è d’accordo con niente (intervista con Torey, 26 agosto 2014; enfasi mia).

Durante l’intervista con *mama Allison*, Perpetua, che avrebbe dovuto aiutarmi con la traduzione in swahili, prendeva spesso la parola e, talvolta, non traduceva parti delle risposte della donna, in particolar modo quando riguardavano i suoi sentimenti e le sue paure per la figlia malata, il marito che la picchiava, la necessità di mantenere i propri figli, e le difficoltà di avere la famiglia lontana. Sapeva di aver sbagliato, tutti continuavano a dirglielo, ma lei non aveva fatto altro che seguire le istruzioni del medico locale. Quando era stata arrestata si trovava a casa della sua amica, ubriaca e afflitta perché era sicura che la figlia sarebbe morta presto, ma non aveva il coraggio di opporsi alle istruzioni del *mganga*. Come Torey che, straniera, trovava frustrante mediare fra genitori e pratiche e credenze locali che non conosceva e non capiva, anche gli operatori sociali locali, come Perpetua, sembravano inca-

17. Il *counselling* era, come mi aveva spiegato Torey sin dal nostro primo incontro, un momento fondamentale nel percorso di riabilitazione che i genitori dovevano affrontare per poter riavere la custodia dei propri figli. Si trattava di sedute collettive e obbligatorie (i genitori che non partecipavano al counselling passavano sotto la tutela della polizia cittadina e venivano incarcerati) durante le quali rivivevano le violenze che avevano perpetrato sui loro figli per capire cosa li aveva portati ad agire in quella maniera; erano, inoltre, momenti in cui ricevevano consigli su come comportarsi con i bambini, come interagire con loro, come punirli senza usare la violenza.

pacì di comprendere quella donna presa fra la paura di infrangere le disposizioni del *mganga*, il dolore di veder morire la figlia, la confusione per un'accusa che non comprendeva. Come nella lettura dei documenti, anche durante l'intervista ciò che mi colpiva era la fragilità del racconto personale della donna, che, con la presa di parola degli altri operatori, assistenti sociali, vicini, sembrava aver perso consistenza, essersi fatto afasico. Poiché le parole della donna non erano prese in considerazione, la *verità* era quella che si ricavava nei report redatti dagli assistenti sociali che, nella necessità di ricostruire la storia della bambina, sembravano non tenere conto che il racconto di sé si forma in un *continuum* di parole e silenzi, esperienze e sollecitazioni, in cui anche le menzogne e le contraddizioni non sono che un altro modo di parlare di sé (Beneduce 2007: 299).

Perpetua era il braccio destro di Torey. Era stata l'assistente sociale affiancata dal *social welfare* quando, poco dopo il suo ritorno in Tanzania, aveva iniziato l'analisi del territorio e individuato l'abuso minorile come problema su cui agire. Il loro era un rapporto d'interdipendenza molto simile a quello che Nancy Rose Hunt (1999) descrive fra i coloni e le figure 'intermedie' – infermieri, educatori, domestici locali – che avevano mediato l'incontro fra Europei e Africani nel Congo belga¹⁸. Grazie all'appoggio di Torey, lei e il suo collega Steven avevano frequentato un corso di specializzazione e avevano fatto un tirocinio nella vicina scuola Montessori. In istituto parlavano sempre in inglese e lo stesso facevano gli altri operatori, prendendo le distanze dalle donne che si occupavano della cura quotidiana dei bambini. Anche gli spazi in cui si muovevano si distinguevano nettamente. Lavorando con i bambini, il mio spazio era quello loro e delle lavoratrici, per cui avevo poche occasioni per stare con gli operatori. Quando, alcuni mesi dopo, tornata in Tanzania, ho incontrato Perpetua ho avuto modo di passare del tempo con lei fuori dall'istituto. Parlando con lei, mi sono chiesta se il mio essermi calata nel 'mondo dei bambini' non mi avesse fatto perdere importanti dettagli etnografici. Se qualche mese prima Torey aveva detto che difficilmente Allison sarebbero tornate nella sua famiglia, ora Perpetua mi accompagnava a trovare lei e la sua mamma nella loro nuova casa. Con il rientro di Allison, infatti, la famiglia si era trasferita in un villaggio appena fuori la città. Camminando, Perpetua mi mostrava le abitazioni di altri tre bambini che erano stati all'HMO. Con noi c'era il capo villaggio, un uomo sulla quarantina, che, sentendo nominare i tre bambini, si era subito messo a parlare di loro e di Allison. I Comaroff (1991) scrivono che le pratiche di ribellione possono esprimersi in differenti modi, che ci sono gesti che contestano silenziosamente l'ordine egemonico. Oltre i discorsi occidentali, oltre lo scherno e l'incomprensione che nell'istituto trasfor-

18. In questo senso è molto interessante la visione di Hunt (1999) secondo cui psicologi, operatori sanitari, assistenti sociali africani, che mediano oggi il rapporto fra espatriati e locali, sono figure che sfidano la divisione fra periodo coloniale e postcoloniale.

mava i genitori in “abusers”, era possibile che Perpetua e i suoi colleghi fossero riusciti a riproporre i rapporti che animano la vita di villaggio in una chiave inedita? Al centro di un rapporto egemonico, che satura le pratiche quotidiane e le naturalizza, gli operatori da una parte riproducevano i discorsi ideologici occidentali, dall'altra mediavano fra istituto e famiglia, compiendo azioni sovversive (*ivi*), di difficile lettura, come utilizzare le gerarchie e le reti sociali del villaggio – rappresentati, in questo caso, dal capo villaggio – per gestire le famiglie dei bambini appena reinseriti. In quest'ottica, il trasferimento della famiglia di Allison può essere letto come un modo per continuare a seguire una difficile situazione familiare, pur permettendo alla bambina una (semi)deistituzionalizzazione.

Qualcosa di cui (non) parlare

Come le parole della madre, anche quelle di Allison non trovavano posto nel dossier. Quando Allison era stata interrogata, poco tempo dopo il suo arrivo in istituto, Torey e gli altri operatori coinvolti avevano trovato il suo racconto incoerente e mendace e avevano preferito non inserirlo nella documentazione ufficiale. Alle domande che le erano poste, Allison rispondeva intrecciando fatti avvenuti a casa con altri vissuti in istituto.

Con Allison, qui, l'abbiamo portata [in braccio] in bagno, l'abbiamo portata... l'abbiamo portata [in braccio] ovunque, le abbiamo dato del cibo ogni volta, e l'acqua, non doveva più urinare in una pentola dietro il divano. Così, quando abbiamo iniziato a parlare con lei e le dicevamo “Dove dormivi... dove dormivi a casa?”, diceva “in un letto”, *perché si ricordava che adesso dormiva in un letto. Ma noi sapevamo che dormiva dietro il divano.* Ecco perché il suo collo è in questa maniera, perché era sempre [confinata] in uno spazio veramente angusto. [...] Così, le abbiamo chiesto “*come facevi ad andare in bagno se le tue gambe erano rotte*” e lei rispondeva “*mi ci portava ogni volta mia madre*”: *questo è quello che noi abbiamo fatto con lei, sappiamo che si tratta di un transfert.* [...] Ma la sola verità che abbiamo è ciò che abbiamo [raccolto] quando abbiamo valutato la casa, quello che ci hanno raccontato i vicini, e tutto questo genere di cose... (intervista con Torey, 26 agosto 2014; enfasi mia).

Avevano preferito non spingere oltre la conversazione, ritenendo che la bambina non fosse pronta ad affrontare quanto le era successo. Quello che era importante, in quel momento, ha aggiunto Torey, era curarla dal punto di vista fisico e mentale. Dopo qualche settimana dal suo arrivo in istituto, infatti, il medico (europeo) che l'aveva in cura le aveva prescritto il risperidone per controllare il suo nervosismo, le sue urla e le sue bugie. Riteneva che il trauma che aveva subito fosse tale da aver scatenato una psicosi e che solo i farmaci l'avrebbero, forse, potuta aiutare a inserir-

si nella routine dell'istituto e a raccontare le violenze subite¹⁹. Ancora una volta, non era Allison a parlare di sé, ma uno medico (occidentale) che prendeva la parola per lei, spersonalizzandola e rendendola avulsa dalla sua stessa storia (Beneduce 2010: 11; Fassin, Rechtman 2011: 412). Ingabbiata in una diagnosi di psicosi, Allison perdeva agli occhi degli operatori e delle lavoratrici, la capacità di mantenere la propria identità e quella di opporsi a una vita quotidiana fatta di stigma, dolore, incomprensione: era l'assunzione o la non assunzione del farmaco (che spesso le lavoratrici si dimenticavano di somministrarle) che spiegava i suoi comportamenti.

Torey aveva intenzione di parlare di nuovo con Allison, ma, quando a novembre ho lasciato la Tanzania, non lo aveva ancora fatto. Aspettava un momento in cui la bambina fosse stata più serena e in grado di rivivere la storia. Eppure, non sembrava esserci, in istituto, la preoccupazione di proteggere l'intimità di Allison e della sua famiglia. Al contrario la sua storia, così come era stata ridisegnata dagli operatori, era argomento di conversazione sia con i visitatori e con i possibili donatori, sia con i genitori degli altri bambini, com'era successo, per esempio, quando tre di loro erano venuti a prendere i figli per riportarli a casa e si erano fermati a pranzare con noi. Eravamo nella stanza in cui usavamo mangiare: i genitori erano seduti sulle sedie davanti a noi, io ero seduta sul tappeto di rafia fra i bambini, dando da mangiare a Marjani, una delle più piccole, e discutendo con gli altri se la neonata fosse sazia o meno. Allison era seduta sulla sua poltrona, vicina ai genitori, che la scrutavano incuriositi. Quando Steven, l'altro assistente sociale si è unito a noi, le donne gli hanno chiesto della bambina e lui ne ha raccontato la storia, insistendo sui dettagli più cruenti. Due delle donne si sono portate le mani alla bocca, sospirando stupefatte. Una ha dato il neonato che teneva in braccio per chinarsi verso gli altri e commentare, accompagnando le sue parole muovendo il pugno chiuso e l'indice rivolto in alto. Trovavo grottesco sentire i commenti di quelle donne, i cui figli avevano passato dei mesi nello stesso istituto in cui si trovava Allison, e vederle portarsi le mani al petto e agitare la testa in segno di disapprovazione. Ma, soprattutto, ero esterrefatta dal comportamento dell'assistente sociale, che sembrava non accorgersi che Allison era lì, con gli occhi umidi, che sentiva tutto. D'altronde, la stessa Torey, così preoccupata della vulnerabilità della bambina, non esitava a chiamare davanti a lei *mama Allison* "the abuser of Allison", forse credendo che parlando in inglese i bambini non avrebbero capito i suoi discorsi. Paradossalmente, i discorsi intorno alla vicenda della bambina erano aumentati da quando il discorso era stato (teoricamente) interdetto.

19. Durante l'intervista, Torey mi ha detto di non essere sicura a che cosa fossero dovute le crisi psicotiche della bambina. In quell'occasione, inoltre, ha aggiunto di non essere sicura che Allison avesse effettivamente bisogno dei medicinali o solo di una terapia psicologica.

I bambini, invece, non sentendo mai nominare la madre di Allison (ma solo la sua *abuser*), avevano iniziato a chiedersi se non fossi io. Per i bambini io ero *rafiki* Koletta o *dada* Koletta²⁰, ma non riuscivano a comprendere quale fosse il mio rapporto con Allison. Da quando eravamo diventate amiche, infatti, gli operatori e le lavoratrici mi avevano assegnato tutte le incombenze che riguardavano la cura della bambina, per cui Allison e io trascorrevamo molto tempo insieme. L'insinuazione che potessi essere io sua madre, aveva fatto arrabbiare tantissimo Allison, che, invece, non rispondeva quando la chiamavano *mlemavu*²¹ o la insultavano. Aveva iniziato a urlare e piangere, ed erano intervenute le lavoratrici, che, quando avevano visto che si trattava di lei, mi avevano lasciata da sola a occuparmi della cosa. Così avevo spiegato ai bambini che Allison aveva una mamma come tutti loro e, prima con il permesso della bambina, poi con la sua stessa collaborazione, ho raccontato agli altri alcune cose di cui avevamo parlato con Allison quando eravamo da sole, della sua mamma, dei suoi fratelli più piccoli, dei giochi che le piaceva fare.

Conclusione

In queste pagine ho analizzato alcuni momenti del mio lavoro etnografico ripercorrendo le prassi, discorsi e ideologie che si dipanano nel rapporto fra quelle istituzioni, come l'HMO, che si propongono di promuovere un modello di buona genitorialità legato a quello di alcuni paesi occidentali, e i minori e i loro familiari coinvolti in casi di 'violenza domestica'.

Ritengo che le storie di Amina e di Allison siano particolarmente interessanti perché lasciano trasparire le contraddizioni proprie delle definizioni di 'abuso', 'difesa dell'infanzia', 'genitorialità'. Ad Amina, in quanto bambina di strada, è negato il tanto decantato diritto a un'infanzia tranquilla e protetta. Come si evince dalla stessa intervista a Torey, i bambini di strada sono generalmente visti come 'delinquenti'. Durante il periodo vissuto in orfanotrofio, la bambina era tenuta dagli operatori lontana dagli altri ospiti dell'istituto per paura che potesse comprometterne l'educazione. Il suo lavoro come prostituta non era considerato uno sfruttamento da parte del padre, che beneficiava dei guadagni, ma espressione della sua dissolutezza. Contraddizioni emergevano anche nella vita quotidiana all'interno della HMO e nelle sue relazioni con il mondo 'domestico' da cui venivano i bambini, in particolare durante il processo di ricostruzione della storia del bambino. È il momento con cui gli operatori accompagnano i cambiamenti delle *forme di vita* e del *destino sociale* dei bambini (e, in senso lato, dei loro genitori), ma è anche il momento in cui il *racconto* può diventare motivo di un duro scontro fra genitori e operatori, che si trovano a di-

20. In swahili, *rafiki* vuol dire amica e *dada* vuol dire sorella.

21. In swahili, disabile.

fendere prassi e ideali differenti. È il caso di *mama* Allison, che Torey rimprovera di “non ammettere nulla” e di “essere una bugiarda”, di aver picchiato e trascurato la figlia. Come si legge nelle pagine precedenti, l'accusa di mentire è una parte importante nella configurazione delle relazioni fra gli attori sociali coinvolti nei casi analizzati, che acquista significati più complessi quando lo sguardo si allarga dal rapporto personale alla rete di relazioni che costituiscono la vita istituzionale, gli scambi domestici e i luoghi di prossimità alla famiglia. Le incongruenze delle parole e delle azioni permettono di denaturalizzare concetti come quelli di ‘infanzia’, ‘genitorialità’ e ‘cura’, mostrandone tutta la loro complessità e ambiguità. Ripercorrere alcuni momenti etnografici mi ha permesso di interrogarmi sulla valenza politica di prassi, discorsi e interazioni quotidiane all'interno dell'istituto e di analizzare come il concetto di ‘abuso sui minori’ viene definito all'interno del campo, mostrandone la sua essenza di costruito politico e sociale.

Ancora, la menzogna, come il silenzio o la stessa ammissione di colpa, possono essere strategie narrative volte a conservare o a modificare il proprio ruolo. Come è avvenuto durante l'intervista a *mama* Allison, quando la donna, dopo aver raccontato come si era presa cura della figlia malata e seguito i consigli del *mganga*, ha aggiunto di aver sbagliato e di meritare di pagare per i suoi errori, se tutti sono concordi con ciò. E lo ha fatto davanti a Perpetua, l'assistente sociale. Non si tratta di un'ammissione di colpa. Con le sue parole *mama* Allison mostra come, anche quando presi nelle maglie del potere, gli attori conservano la capacità di agire e di riconfigurare il proprio ruolo nei diversi contesti sociali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abu-Lughod, Lila, 2002, Do Muslim Women Really Need Saving? Anthropological Reflections on Cultural Relativism and Its Others, *American Anthropologist*, 104, 3: 783-790.
- Agamben, Giorgio, 2003, *Lo stato di eccezione*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Augé, Marc, Herzlich, Claudine, cura di, 1986 [1983], *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, il Saggiatore.
- Beneduce, Roberto, 2007, *Emopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Roma, Carocci.
- Beneduce, Roberto, 2010, *Archeologia del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Bari, Laterza.
- Briggs, Charles L., 2007, Mediating Infanticide: Theorizing Relations between Narrative and Violence, *Cultural Anthropology*, 22, 3: 315-356.
- Calhoun, Craig, 2008, The imperative to reduce suffering: charity, progress, and emergencies in the field of humanitarian action, in Barnett, Michael, Weiss, Thomas G., eds, *Humanitarianism in question: politics, power, ethics*, Ithaca, New York, Cornell University Press: 73-97.
- Combi, Mariella, 1998, *Il grido e la carezza. Percorsi nell'immaginario del corpo e della parola*, Roma, Meltemi.
- Comaroff, Jean, Comaroff, John L., 1991, *On Revelation and Revolution*, London-New York, Routledge.
- De Certeau, Michel, 2007 [1994], *La presa della parola e altri scritti politici*, Roma, Meltemi.
- Dei, Fabio, 2008, La violenza fra discorso antropologico e umanitario, *Studi culturali*, 5, 3: 133-146.
- Devereux, Georges, 1984 [1967], *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani.
- Fassin, Didier, Rechtman, Richard, 2011 [2007], *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris, Champ essais.
- Foucault, Michel, 1978 [1976], *La volontà di sapere. Storia della sessualità, I*, Milano, Einaudi.
- Foucault, Michel, 1990 [1961], *Storia della follia nell'età classica*, Torino, Rizzoli.
- Frankenberg, Ronald, Robinson, Ian, Delahooke, Amber, 2000, Countering essentialism in behavioral social science: the example of 'the vulnerable child' ethnographically examined, *The Sociological Review*, 48, 4: 586-611.
- Fusaschi, Michela, 2011, *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanesimo spettacolo*, Torino, Bollati Boringhieri.

- Gal, Susan, 1989, Between Speech and Silence: The Problematics of Research on Language and Gender, *IPrA Papers in Pragmatics*, 3, 1: 1-38.
- Goffman, Erving, 2010 [1961], *Asylums, Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi.
- Hacking, Ian, 2000 [1999], *La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo*, Milano, McGraw-Hill.
- Herskowitz, Melville, 1947, Statement on Human Rights, *American Anthropologist*, 49, 4: 539-43.
- Hunt, Nancy Rose, 1999, *A colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in Congo*, Durham&London, Duke University Press.
- Ingstad, Benedicte, Baider, Arwa, Grut, Lisbet, 2011, Where culture really matters: disability and well-being in Yemen, in Eide, Arne H., Ingstad, Benedicte, eds, *Disability and Poverty: A Global Challenge*, Bristol, Policy Press: 137-152.
- IPEC, 2001, *Investigating the Worst Forms of Child Labour, No. 12. Tanzania, Children in Prostitution: A Rapid Assessment*, Ginevra, www.ilo.org/ipeinfo/product/download.do?type=document&id=2445 (consultato il marzo 2015).
- Lucchini, Riccardo, 1993, *Enfant de la rue. Identité, sociabilité, drogue*, Genève-Paris, Librairie Droz.
- Lucchini, Riccardo, 1999, L'Enfant de la rue: Carrière, identité et sortie de la rue, Département de sociologie et des médias, Université de Fribourg, www.unifr.ch (consultato il 20 ottobre 2015).
- Malighetti, Roberto, 2005, Introduzione. Fine dello sviluppo: emergenza o decrescita, in Malighetti, Roberto, a cura di, *Oltre lo sviluppo. Le prospettive per l'antropologia*, Roma, Meltemi: 7-50.
- Minelli, Massimiliano, 2003, Colonialismo, orientalismo e irriducibili "differenze" corporee. A proposito di Zoos humanis, industria dello spettacolo e scienze umane tra Otto e Novecento, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 15-16: 387-435.
- Minelli, Massimiliano, 2011, *Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale*, Roma, Argo.
- Ong, Aihwa, 2003, *Buddha Is Hiding: Refugees, Citizenship, the New America*, Berkeley, London, University of California Press.
- Panther-Brick, Catherine, 2000, Nobody's children? A reconsideration of children abandonment, in Panther-Brick, Catherine, Smith, Malcom T., ed, *Abandoned children*, Cambridge University Press: 1-26.
- Pizza, Giovanni, 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.
- Reynolds-Whyte, Susan, 1997, *Questioning misfortune. The pragmatics of uncertainty in Uganda*, Cambridge University Press.
- Rosaldo, Renato, 1993 [1989], *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*, Boston, Bacon Press.
- Scheper-Hughes, Nancy, 1990, Difference and danger: the cultural dynamics of childhood stigma, rejection, and rescue, *Cleft Palate Journal*, 27: 301-310.

-
- Scheper-Hughes, Nancy, 1992, *Death Without Weeping, The Violence of Every Day Life in Brazil*, Berkeley, University of California.
- Spivak, Gayatri Chakravorty, 1995 [1988], Can the Subaltern Speak?, in Ashcroft, Bill, Griffiths, Gareth Tiffin, Helen, eds, *The postcolonial studies reader*, Londra, New York, Routledge: 24-28.

Nicoletta SCIARRINO is a PhD student in Social Anthropology (School of Human Sciences) at the University of Perugia, Italy. She is carrying out an ethnographic research project that deals with social, cultural, political, and institutional constructions of the relationship between childhood care and childhood disability in Tanzania, where she works since 2012. Among her research interests are medical anthropology, anthropology of childhood and anthropology of NGOs.

Nicoletta SCIARRINO
Università di Perugia
nicoletta.sciarrino@studenti.unipg.it

