

FIGLI NEL TEMPO. L'ADOLESCENZA

ANNA OLIVERIO FERRARIS Psicologa



Il caso di Massimo che si è suicidato lanciandosi dalla torre di San Siro ha provocato numerose telefonate alla Rai di giovani col «male di vivere». È tanto diffuso il disagio giovanile in Italia?

La paura di non avere futuro

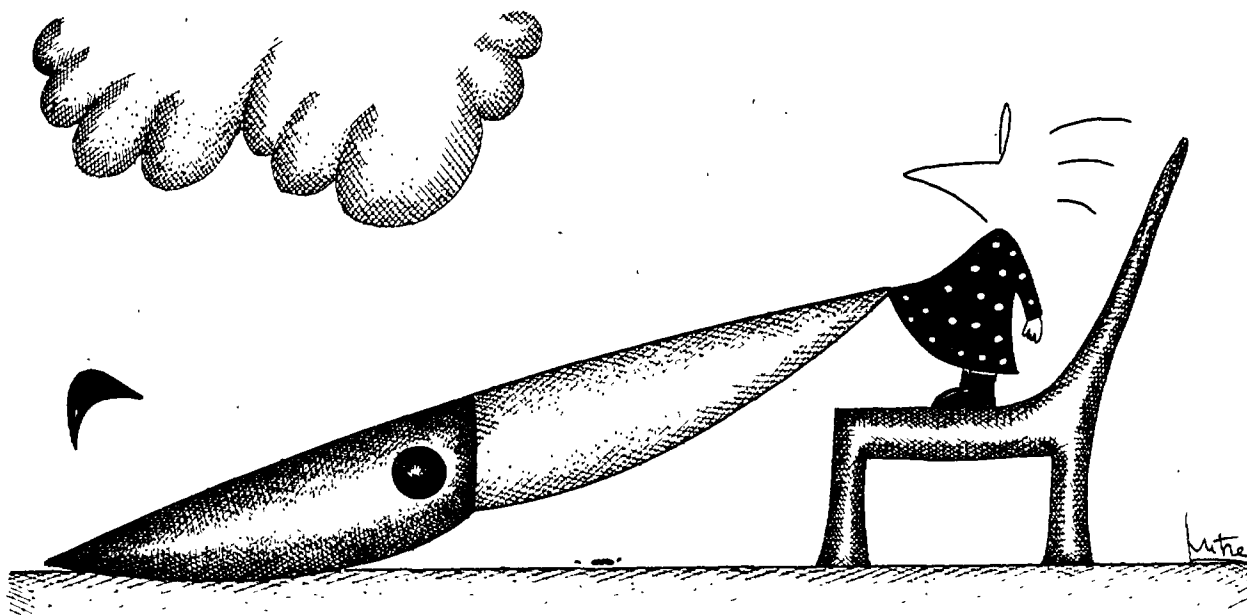
L'ADOLESCENZA è di per se stessa un'età difficile in quanto i ragazzi si trovano a dover affrontare una serie di cambiamenti che investono il loro corpo e la loro psiche. A volte di fronte a un piccolo trauma, che amplifica un disagio precedente, si sentono perduti e pensano che tutta la loro vita possa essere un fallimento. In questa età le passioni vengono spesso vissute romanticamente al massimo, sia in positivo che in negativo, cosicché la scelta estrema di un giovane può sti-

molare altri suoi coetanei: un singolo caso può diventare una specie di cartina di tornasole di un comune disagio. Si spiega così perché tanti giovani abbiano telefonato a Radio anch'io per parlare della loro condizione. Di fronte a un gesto estremo, come quello di Massimo, non ci si sente più isolati e si ha il coraggio di manifestare scoramenti e disillusioni. Ma perché questo atteggiamento negativo e pessimistico di molti ragazzi italiani di oggi? La spiegazione non è soltanto nelle tensioni

psicologiche dei singoli ma ha anche una dimensione sociale. L'Italia, infatti, si presenta oggi come un paese a sviluppo bloccato dove la disoccupazione sul lungo termine raggiunge il livello più alto dell'Unione europea e dove quella giovanile tocca l'incredibile livello del 58% nel caso di disoccupazione cronica. Se si pensa che in altri paesi i valori oscillano tra l'11 e il 33% si ha l'idea della gravità della situazione italiana. Può così avvenire che in un periodo di crisi economica l'adolescenza si trasformi da una fase di formazione e di attesa di un inserimento sociale, in una età vuota e senza molte speranze, che nel migliore dei casi può riempirsi sol-

tanto di passatempi e consumi. Se un paese manca di progettualità i giovani possono smettere di crescere, restare in una posizione di forte dipendenza dagli adulti e di ripiegamento su se stessi e sulle proprie sensazioni. Ma questo «blocco» può anche portare ad azioni estreme, a quello che gli psicologi chiamano acting-out, che costituisce uno sfogo delle tensioni interne in un qualche tipo di azione violenta. Questa aggressione può rivolgersi contro se stessi, come nel caso di Massimo, oppure contro gli altri come nel caso delle bande di picchiatori. In una società malata, due comportamenti tanto diversi tra loro possono avere, paradossalmente, delle radici comuni.

SESSUALITÀ. L'Oms: sono 30.000 le donne infibulate nel nostro Paese



Le immigrate mutilate

Arrivano in Italia piccolissime, oppure nascono nel nostro Paese, ma rischiano comunque la mutilazione genitale, crudele, pericolosa, violenta. L'allarme è stato lanciato dall'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità): sarebbero migliaia in Italia le donne immigrate a rischio di mutilazione. A correre pericolo davvero, però, sono le bambine, poiché la mutilazione è in realtà un rito di pubertà. Ad effettuarlo in Italia, dietro compenso, sarebbero medici «compiacenti».

Cruento, oppressivo, doloroso, il controllo sulla sessualità delle donne di origine africana viene effettuato attraverso le diverse forme di mutilazione sessuale. Di queste, la più conosciuta in Europa è l'infibulazione che comporta l'asportazione totale della clitoride e delle piccole labbra e la chiusura delle grandi labbra; ne esistono, però, altre due varianti.

Oltre i confini Pratica di iniziazione dettata da valori culturali, oggi, la mutilazione, insieme alle ondate migratorie, ha superato i confini tradizionali (viene esercitata in una ventina di paesi africani e presso alcune comunità dell'Oman, Yemen, Emirati Arabi Uniti, Indonesia, Malaysia e India) ed è giunta in Italia e in altri Paesi. Corrispettivo fisico, concreto, della «verginità», servita, nel nostro Paese, a controllare la sessualità femminile, è per i paesi occidentali «accettabile». A rilanciare l'allarme è stata, come abbiamo detto, l'OMS: in Italia sarebbero trentamila le donne a rischio di mutilazione. Un dato, va detto, frutto di una stima, essendo impossibile redigere l'anagrafe delle mutilazioni.

Alcune delle donne somale in Italia, però, non sono d'accordo né con le stime dell'OMS, né con la conseguente impostazione del problema. L'OMS, infatti, per trovare un'alternativa alle mutilazioni, ha proposto che le autorità, presenti nei paesi di provenienza delle donne mutilate, si facciano promotrici di una crociata per l'adozione di riti sostitutivi del passaggio alla pubertà.

Le comunità somale «Non si possono fornire dati attendibili, sarebbe possibile solo sottoponendo tutte le immigrate ad un esame interno - dice Giovanna Zaldini, nata in Somalia, rappresentante dell'associazione italo-somala «Shabel», che opera a Torino, e del centro interculturale donne «Almamater» - E poi, nelle comunità somale, molte cose stanno cambiando. Le donne somale in Italia soffrono, a livello fisico e psichico, delle mutilazioni subite. Molte non vogliono sottoporre le figlie alle diverse forme di mutilazione, perché esse stesse,

lontane dal contesto sociale e culturale che le spingeva a riconoscersi in questi riti, stanno riflettendo, e scelgono di farsi deinfibulare. Adottare nuovi riti, dall'alto, sarebbe assurdo. Sono le donne che decideranno quella che in Italia è vissuta da loro come una liberazione. È possibile che grazie all'immigrazione il problema venga risolto.

Di recente, per saggiare la diffusione delle mutilazioni genitali femminili, sono stati diffusi i risultati di un questionario elaborato da ricercatori del Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova e dell'ISEF di Bologna. Secondo la stima indiretta fatta dai ricercatori sarebbero circa 27.000 le donne a rischio in Italia. Una stima ricavata tenendo conto dei dati forniti nel gennaio di quest'anno dal Ministero degli Interni sulle donne e le bambine extracomunitarie che si trovano in Italia con regolare permesso di soggiorno e delle percentuali di donne mutilate presenti in ciascun paese africano. Questo il criterio: se in Italia ci sono 100 donne somale e se in Somalia il cento per cento delle donne subisce

mutilazioni, in Italia ci sono 100 donne somale mutilate. Una valutazione numerica che non considera le trasformazioni in atto nella comunità somala. Dal questionario compilato da 318 ostetrici italiani, si apprende che 147 di loro hanno effettuato visite a donne mutilate. Dunque, stime a parte, si tratta, senz'altro, di un fenomeno diffuso che influisce pesantemente sulla salute delle donne con conseguenze fisiche e psichiche. Le mutilazioni possono essere di tre tipi. La «sunna», modalità meno cruenta, che consiste in una piccola incisione fatta sulla clitoride in modo da provocare la fuoriuscita di alcune gocce di sangue che hanno, in questi riti, un significato purificatore; la «clitoridectomia», cioè, l'asportazione del cappuccio della clitoride affiancata, in certi casi, dalla cucitura delle piccole labbra; infine, l'infibulazione vera e propria. «Le donne infibulate hanno enormi problemi di carattere sanitario», dichiara il dottor Mascherpa, ginecologo torinese.

Emorragie e infezioni L'infibulazione ha come com-

pietanze immediate emorragie, infezioni, ritenzione urinaria, danni uretrali che spesso provocano la morte delle bambine. Il momento del matrimonio è vissuto in modo traumatico: il marito apre la moglie con uno strumento tagliente che spesso provoca lacerazioni vaginali e del perineo. Le conseguenze negative per la capacità di godimento sessuale devono essere notevolissime, anche se risultano sufficientemente inesplorato.

La «chiusura» impedisce il normale flusso delle secrezioni e produce, in alcuni casi, cisti da infibulazione, su cui bisogna intervenire chirurgicamente. È questo uno dei motivi più frequenti che spingono la donna a rivolgersi al medico. Non mancano, però, le richieste di deinfibulazione: «Vengono quasi sempre per problemi di carattere infettivo - aggiunge Mascherpa - A volte, però, la motivazione più profonda è un'altra: il desiderio di farsi «scucire». In Somalia le donne infibulate (o comunque mutilate) si sentono bellissime e considerano delle «poco di buono» quelle che non lo sono. In Italia, e negli altri Paesi dove si trasferiscono, tutto cambia. Si verifica, quindi, una tendenza a chiedere la

deinfibulazione, tanto è forte la nostra influenza culturale».

Ad ostetrici e ginecologi non vengono fatte soltanto richieste di deinfibulazione, ma anche (e qui ritornano i motivi di allarme) di infibulazione. Ancora una testimonianza viene fornita dai dati del questionario di Padova. Degli intervistati, due ostetrici hanno avuto richieste di infibulazione. In più, uno dei professionisti di origine africana ne ha avute molte. I dati sembrano di poco rilievo. È certo, però, che chi dovesse praticare la deinfibulazione per motivi di lucro avrebbe certo tutti i motivi per nascondere. «Forse siamo in presenza di un mercato sommerso - dice Giovanna Zaldini - a cui potrebbero ricorrere le donne immigrate più legate alla tradizione, desiderose di sottoporre a mutilazione le proprie figlie. Accanto a loro, però, c'è un folto gruppo di donne che non solo vogliono essere deinfibulate, ma che non farebbero mai mutilare le figlie. Anche l'atteggiamento delle bambine muta una volta giunte in Italia. In Somalia si sentirebbero diverse dalle loro coetanee, se non venissero sottoposte al rito di pubertà. Qui, invece, dove non c'è un'affollata seconda generazione di bambine somale, il loro termine di confronto sono le bambine italiane». C'è, inoltre, un altro dato allarmante: una discreta percentuale di ginecologi e ostetrici non conosce le mutilazioni. «I medici sono poco prepara-

ti - denuncia Giovanna Zaldini -. In certi casi alle donne ricoverate in ospedale viene chiesto: «Cosa ti è successo? Ti sei bruciata?». Ancora, la quasi totalità delle donne somale, aggiunge la Zaldini, ha subito il parto cesareo proprio perché «molti medici non sono in grado di affrontare la situazione».

Campagna informativa

Il problema è, perciò, ulteriormente aggravato dalla mancanza di informazione e di formazione. Per affrontare e ridurre le conseguenze l'Aidos (Associazione italiana Donne per lo Sviluppo) sta avviando in questi giorni una campagna contro le mutilazioni genitali finanziata dalla CEE e rivolta agli insegnanti e al personale sociale e medico delle associazioni che lavorano con gli immigrati, dei consultori familiari che operano nelle zone in cui le comunità di immigrati sono maggiormente presenti, dei centri di accoglienza e delle associazioni delle donne immigrate. Obiettivo: «dissuadere le popolazioni africane dal continuare a mutilare le loro bambine». Il progetto comprende la pubblicazione di quaderni informativi, la produzione di un video sulle pratiche, l'organizzazione di corsi formativi diretti ad un'ottantina di operatori socio-sanitari che operano a Torino, Bologna e Roma.

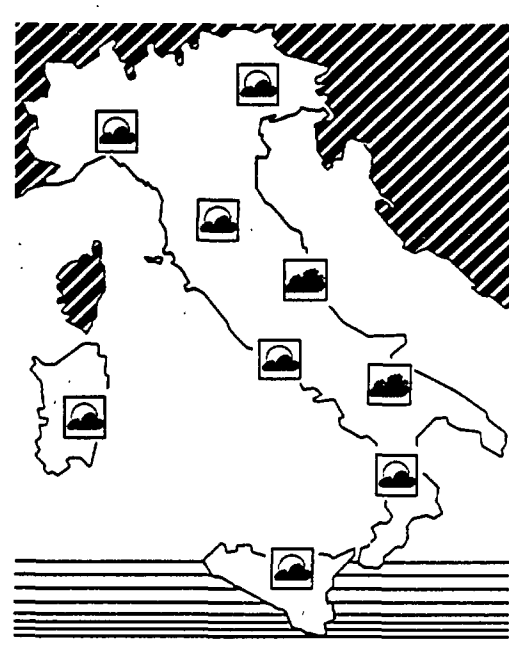
«Sentiremo» l'impatto tra Giove e la cometa?

Il pianeta Giove, che dal 18 giugno sotto il bombardamento di una cometa diventerà il posto più rumoroso del nostro sistema dopo il Sole stesso, è tenuto d'occhio con molta curiosità dagli astronomi che in qualche modo sperano di «vedere il rumore». Della possibilità di «vedere il rumore» si è parlato anche alla riunione di questa settimana della Società americana di acustica a Cambridge in Massachusetts. L'impatto dei 20 frammenti della cometa Shoemaker-Levy 9 solleva rumori di proporzioni titaniche, ma non c'è nessuna speranza di sentirli in qualche modo sulla Terra in quanto le onde sonore si muovono solo attraverso un gas, un liquido o un solido, ma non nel vuoto assoluto dello spazio interplanetario. Resta però la speranza che l'impatto della cometa sul pianeta più grande del sistema solare sia visibile attraverso gli effetti che avrà sull'atmosfera gassosa di Giove. Il rumore si trasmetterà infatti su tutto il pianeta 11 volte più grande del nostro, e l'effetto acustico dovrebbe essere visibile per i telescopi terrestri.

Aids: scoperto anticorpo anti-Hiv

Ricercatori giapponesi hanno messo a punto un anticorpo contro il virus dell'Aids che rispetta agli altri già esistenti sembra avere la capacità di resistere anche alle frequenti mutazioni del virus. L'anticorpo individuato, hanno spiegato a Tokyo Takashi Kunita e Seiji Kagayama dell'università di Osaka e Tetsuo Matsumoto dell'università di Tottori, riconosce la proteina P17 presente sulla superficie del virus Hiv, quella che cambia di meno nel corso delle replicazioni del virus. La principale difficoltà nella lotta all'Aids sta nell'alto tasso di mutazione nella configurazione della membrana del virus che, cambiando aspetto, si presenta al sistema immunitario di un organismo in modo sempre diverso. In questo modo il virus non viene riconosciuto e riesce a eludere gli attacchi degli anticorpi che l'organismo ha prodotto mirando a certe strutture particolari della sua superficie cellulare. Le prove condotte finora in laboratorio mostrano che, secondo i ricercatori, grandi quantità del nuovo anticorpo sono capaci di ridurre da 10 a mille volte il numero del virus.

CHE TEMPO FA



Weather icons and labels: SERENO, VARIABILE, COPERTO, PIOGGIA, TEMPORALE, NEBBIA, NEVE, MAREMOSSO.

Il Centro nazionale di meteorologia e climatologia aeronautica comunica le previsioni del tempo sull'Italia. SITUAZIONE: la circolazione depressionaria presente sull'Italia va temporaneamente attenuandosi. Nuovo polo freddo presente sull'Europa centro-settentrionale si sposta velocemente verso il Mediterraneo centrale. TEMPO PREVISTO: fino alle 6 di domani: sulle regioni nord-orientali, su quelle centrali adriatiche e su quelle meridionali peninsulari cielo da nuvoloso a molto nuvoloso con piogge sparse e locali temporali; tendenza a temporaneo miglioramento. Su tutte le altre regioni condizioni di spiccata variabilità con schiarite più ampie sulle zone tirreniche. Dalla serata progressiva intensificazione della nuvolosità ad iniziare dalle coste settentrionali, con rovesci e temporali, localmente anche di forte intensità. TEMPERATURA: in graduale diminuzione ad iniziare dal nord. VENTI: in prevalenza moderati occidentali, con rinforzi sulle zone di ponente. MARI: tutti da mossi a localmente molto mossi.

TEMPERATURE IN ITALIA

Table with 2 columns: City and Temperature. Includes Bolzano, Verona, Trieste, Venezia, Milano, Torino, Cuneo, Genova, Bologna, Firenze, Pisa, Ancona, Perugia, Pescara, L'Aquila, Roma Urbe, Roma Fiumic, Campobasso, Bari, Napoli, Potenza, S. M. Leuca, Reggio C, Messina, Palermo, Catania, Alghero, Cagliari.

TEMPERATURE ALL'ESTERO

Table with 2 columns: City and Temperature. Includes Amsterdam, Atene, Berlino, Bruxelles, Copenaghen, Ginevra, Helsinki, Lisbona, Londra, Madrid, Mosca, Nizza, Parigi, Stoccolma, Varsavia, Vienna.

Subscription information for l'Unità magazine, including rates for Italy and abroad, and contact details for the publisher.

Supplement information for l'Unità magazine, including contact details for the publisher.