

Mad, sad and hormonal⁽¹⁾.

Riflessioni sul corpo dei preadolescenti e sulla costruzione dei discorsi medici

Donatella Cozzi

docente a contratto di antropologia medica, Università degli studi di Milano Bicocca
e Università degli studi di Udine
[bulunut@tin.it]

Siate ingegneri di anime

Josip Stalin, 1947

Una ricerca sulla preadolescenza in Francia e in Italia

L'adolescenza e il suo prolungamento sono stati materia di analisi di numerose ricerche, mentre la transizione dall'infanzia all'adolescenza e le tecniche del corpo ad essa proprie non sono state oggetto di studio in Italia e in Francia come è avvenuto in Gran Bretagna, negli Stati Uniti e in Germania. Il progetto di ricerca CorÂge, *Expériences du corps et passage d'âge: le cas des enfants de 9 à 13 ans (France et Italie)*, finanziato dalla ANR francese⁽²⁾ e iniziato nel 2010, si pone come obiettivo lo studio delle modalità attraverso le quali ragazzi e ragazze tra i 9 e i 13 anni governano le proprie trasformazioni corporee nelle pratiche quotidiane e come una corporeità di genere viene co-costruita insieme ai genitori e al gruppo dei pari. Attraverso il corpo, si intende interrogare la molteplicità dei discorsi e delle logiche che sono sottesi alla costruzione di questa transizione dai contorni incerti: biologici (la pubertà), scolastici (passaggio dalla scuola primaria alla secondaria di primo grado), marketing, media e comunicazione (i *tweens*⁽³⁾ come nicchia di mercato in espansione), categorizzazioni sociali⁽⁴⁾.

L'approccio seguito dall'équipe di ricerca⁽⁵⁾ fa esplicitamente riferimento alla sociologia e antropologia dell'infanzia che negli ultimi vent'anni si è svincolata progressivamente dai modelli della psicologia (LEVINE R.A. 2007) per indagare la agentività di questi attori sociali, dotati quindi di risorse per affrontare i cambiamenti corporei e le loro conseguenze

sul piano dell'autonomia, delle relazioni sociali, del proprio *self*. Antropologia e sociologia dell'infanzia hanno dimostrato come il corpo di bambini e bambine sia stato costruito storicamente e socialmente nella confluenza tra pratiche discorsive e istituzionali, mediche ed educative (JENKS C. 1982; KELLE H. 2004), e hanno dato conto del modo in cui i passaggi da un'età all'altra sono una pratica intersoggettiva fluida, che implica una rinegoziazione continua e complessa di statuti e identità (SOLBERG A. 1990). Infatti ragazze e ragazzi considerano inadeguati i concetti impiegati dagli adulti, quali sviluppo, maturità, pubertà, che, tanto negli studi etnografici esaminati quanto nelle interviste sinora effettuate⁽⁶⁾, appaiono come effetto di un continuo riposizionamento con chi li circonda, con il corpo, il sembiante, il corredo vestimentario e il comportamento degli altri: si tratta, a pieno titolo, di un *mindful body* (SCHEPER-HUGUES N. - LOCK M. 1987).

In questo testo presento alcune note riguardanti la terza sezione della ricerca CorÂge, riguardante la definizione, le rappresentazioni e le caratteristiche della pubertà tra gli 8-13 anni nel discorso medico e dei professionisti della salute⁽⁷⁾. Interviste e pratiche di questi ultimi sono qui solo accennati, preferendo concentrarmi sulle modalità di costruzione di una ontologia della preadolescenza quale viene definita attraverso la letteratura e la divulgazione sanitaria. Il primo elemento dal quale siamo partite, molto presente nella letteratura medica, è l'abbassamento dell'età di esordio della pubertà, che genera, tanto nei professionisti della salute che nei genitori, un preoccupato interrogarsi sui limiti biologici dell'infanzia che appaiono modificati e instabili. Un passaggio di età insidiato da abitudini alimentari considerate errate, dai componenti chimici presenti nei prodotti di consumo (come fenoli e ftalati), dall'industria culturale legata ai media e alla pubblicità con una serie di messaggi che talvolta ammiccano ad una ipersessualizzazione dell'infanzia. Gli anni che vedono i primi segni dello sviluppo puberale vengono quindi presentati come rivelatori di possibili rischi per la salute che sono contemporaneamente rischi sociali (obesità infantile, disturbi della crescita, comportamenti a rischio come precoce consumo di alcol e di droghe), tutte questioni che sono particolarmente amplificate dal problema delle pubertà dette precoci. In breve, naturalizzazione e medicalizzazione della preadolescenza, soprattutto femminile, ancoramento al dato biologico, sessualizzazione e universalità (per la diffusione planetaria del fenomeno), pericolosità ed esposizione al rischio contribuiscono a costruire una ontologia del preadolescente che lo ascrive all'universo 'critico' dell'adolescenza.

Pubertà precoce o pubertà anticipata? Costruire l'attenzione medica sulla preadolescenza

Il gruppo di età dagli 8-9 anni ai 13-14 anni è poco frequentato nei periodici italiani di divulgazione pediatrica⁽⁸⁾, la cui attenzione è dedicata al neonato e al bambino sino ai tre anni, con sporadiche incursioni nei problemi dell'inserimento scolastico nella scuola primaria. Invece, quando si digitano i termini di ricerca 'puberty' e 'precocious puberty' nelle principali banche dati medico-scientifiche internazionali il numero dei documenti rilevato è impressionante⁽⁹⁾. La pubertà precoce, *pubertas praecox* nel termine latino impiegato in ambito medico dagli inizi del XIX secolo, descrive in generale l'esordio della pubertà ad una età anticipata rispetto alla media⁽¹⁰⁾. In molti ragazzini e ragazzine⁽¹¹⁾ il processo rientra nei canoni della normalità fisiologica sotto tutti gli aspetti (comparsa dei peli ascellari e pubici, del bottone mammario nelle ragazze e discesa dei testicoli nei ragazzi) tranne l'età. Ma in una minoranza di questi bambini, tale precocità è scatenata da una grave patologia, come un tumore o gravi disfunzioni ormonali. Anche in assenza di questi, un esordio anticipato della pubertà può comportare alcune conseguenze negative che si manifesteranno durante la crescita. Tra di esse la più documentata è una statura ridotta rispetto alle potenzialità fisiologiche; seguono la possibilità di anticipare l'inizio della menopausa, oppure effetti relativi allo sviluppo psicologico e al comportamento sociale, che da un punto di vista fenomenologico possiamo leggere alla luce di una asincronia tra avere un corpo che si sta sviluppando velocemente ed essere ancora 'piccoli' per età e posizionamento sociale.

Occorre sottolineare che i termini 'pubertà precoce' sono utilizzati in letteratura (quella anglofona internazionale, oltre che francese e italiana), con significati differenti, che emergono dalla lettura di ciascun articolo. Infatti, in senso più ampio e generale, con 'pubertà precoce' si può fare riferimento al fenomeno della 'pubertà anticipata', molto più diffusa, ovvero all'anticipazione della comparsa dei segni secondari dello sviluppo sessuale rispetto alla media statistica dei decenni precedenti. Fonti mediche e demografiche precisano che ogni dieci anni l'età del menarca scende in media di circa tre mesi, almeno per quanto riguarda la reperibilità di dati nei paesi occidentali (TANNER J.M. 1973; FRISCH R.E. 1978). Si tratta un fenomeno del tutto normale che ha cause molteplici, prime tra tutte il miglioramento dell'alimentazione, più ricca di proteine, delle condizioni igieniche, sanitarie e di vita, che comporta però anche una dieta più ricca di grassi e il contatto quotidiano con una serie di sostanze

chimiche presenti nei prodotti di consumo e nell'ambiente. Qualsiasi definizione di precocità può essere riferita solamente alla pubertà cosiddetta centrale che inizi con una deviazione standard di 2.5 anni circa rispetto alla media della popolazione. Convenzionalmente, l'età di inizio della pubertà è segnato dalla comparsa del sesamoide, considerato il marcatore della maturazione ossea⁽¹²⁾. È interessante notare come la lettura degli stadi di sviluppo maschile e femminile sia caratterizzata da uno iato: più connotata dall'evidenza dei segni per le femmine, più tardiva e indeterminata per i maschi, ovvero il genere femminile è sovradeterminato, mentre quello maschile è sottodeterminato. Dalla metà del XIX secolo alla metà del XX secolo, l'età del menarca in Europa si è abbassata progressivamente dai 17 ai 13 anni. Benché non appaia un accordo unanime in letteratura, la pubertà femminile negli Stati Uniti viene collocata a 12,7 anni di età, ma con una varianza di 8 mesi tra ragazze 'bianche' e 'nere', le quali vengono mostrate come 'più precoci'; in Francia, tra i 12,5 e i 13,5 anni (DE LA ROCHEBROCHARD É. 1999); i dati italiani a $11,5 \pm 1,6$ ("senza grandi differenze rispetto all'età materna", GASPARI N. - DI MAIO S. - GRECO L. 2005), in Veneto, le ricerche degli endocrinologi la collocavano 10 anni fa a 12,5 anni, ma i dati attuali registrano un abbassamento di circa un anno⁽¹³⁾. Ma è alto il dibattito intorno all'attendibilità di questi valori medi e quale sia l'età in cui i segni di esordio della pubertà siano da considerarsi 'normali', per il numero di variabili da considerare, come la familiarità – l'età materna al menarca –, una storia clinica familiare particolare, problemi alla nascita o durante la crescita, i fattori ambientali che contribuiscono nell'anticipazione dello sviluppo. Come spesso accade nelle scienze biomediche, la ragione della media statistica e l'ancoraggio cognitivo e pragmatico che essa offre, deve comunque confrontarsi in ultima istanza con le storie dei singoli soggetti. E benché la multifattorialità sia un modello ormai accettato per la genesi di molte patologie, tuttavia si avverte un disagio relativo a lavorare su più dimensioni, alcune delle quali, come quella clinica, rivolte ad indagare il funzionamento interno del corpo tramite i valori stabiliti dagli standard, altre più inafferrabili, aleatorie e in definitiva spurie rispetto al modello medico. Occorre quindi definire un limite inferiore di età che permetta, ove necessario, un intervento medico per identificare il prima possibile se alla base della pubertà precoce vi sia una patologia grave, limite che convenzionalmente viene fissato nell'esordio dei segni puberali prima degli 8 anni di età nelle bambine e dei 9 anni nei bambini. Ancora in ambito medico si distingue, a seconda della causa rintracciabile dell'esordio precoce tra:

- a) Pubertà precoce centrale, quando le cause includono danni al sistema inibitorio del cervello, legati ad infezioni, traumi, irradiazione, tumori intracranici, idrocefalo; presenza di amartoma ipotalamico che produce il rilascio dell'ormone gonadotropina (GnRH) responsabile dello sviluppo sessuale; sindrome di McCune-Albright e sindrome di Angelman. Se nessuna causa specifica viene riscontrata, la pubertà precoce viene considerata idiopatica o costituzionale.
- b) Pubertà periferica precoce. Quando lo sviluppo sessuale secondario viene indotto da steroidi sessuali provenienti da fonti anomale, di solito presenti nell'ambiente, essa viene definita come 'pubertà periferica precoce' o 'pseudo pubertà precoce'. Questa forma di pubertà precoce quando è legata a cause endogene, si manifesta attraverso una costellazione di sintomi (insufficienza surrenalica, ipotensione, valori elettrolitici anomali, genitali ambigui negli individui di sesso femminile o segni di virilizzazione, legati alla presenza nel sangue di alti livelli di androgeni e bassi livelli di cortisolo) ed è associata a gravi forme di patologia, quali: tumori gonadici, ipersurrenalismo (sindrome di Cushing), cellule germinali tumorali, iperplasia surrenalica congenita, sindrome di McCune-Albright.

Viene quindi ribadita la necessità di una valutazione medica per comprendere quali bambini che mostrano i segni di uno sviluppo precoce siano affetti da un grave problema, oppure, in caso di pubertà anticipata, quando sia il caso di bloccarne lo sviluppo per ottenere che il bambino /a raggiunga l'età statisticamente auspicabile, ovvero considerata 'normale'⁽¹⁴⁾. Allo scopo, vengono utilizzati alcuni esami clinici: valutazione dell'età ossea, ecografia pelvica (solo nelle bambine) e test di stimolazione LHRH con dosaggio delle gonadotropine. A questi, possono essere associati altri esami in grado di diagnosticare la presenza di un tumore. I trattamenti per 'frenare' lo sviluppo puberale utilizzano antagonisti della GnRH, sotto controllo endocrinologico. La questione interessante è che entrambe le forme, la pubertà precoce in senso clinico che necessita di intervento medico, e la pubertà anticipata, che è un fenomeno fisiologico, sono presentate entro una medesima cornice di anormalità patologica, che può comportare fraintendimenti o ambiguità per i profani.

La pubblicistica francese si inserisce ovviamente nel *mainstream* della ricerca internazionale, anche se la rivista più autorevole, gli "Archives de Pédiatrie", tra il 1998 e il 2010, non presenta un numero particolarmente significativo di articoli a tale proposito⁽¹⁵⁾.

I dati che emergono dalla ricerca medica relativa alla pubertà anticipata (quindi relativa all'abbassamento statistico della comparsa dei segni secondari di sviluppo sessuale) non ne indicano cause univoche (KAPLOWITZ P.B. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - PEDLOW S.E. - HERMANGIDENS M.E. 2001; MCKENNA P. 2007) e resta ancora in parte inesplorato come si attiva l'ipotalamo per iniziare lo sviluppo puberale. Sono numerose le ricerche che dimostrano come una dieta troppo ricca di grassi abbinata all'inattività fisica esponga le ragazzine, quando obese, ad una maturazione precoce, con la probabilità dell'80% di sviluppare i seni prima dei 9 anni e il menarca prima dei 12 anni (MCKENNA P. 2007). Al contrario, secondo una ricerca del University of Michigan Health System, la percentuale crescente di ragazzini sovrappeso o obesi negli Stati Uniti sembra mostrare un ritardato esordio della pubertà (UMHS 2010). Tuttavia questa differenza tra i generi relativa al rapporto tra dieta ricca di grassi, obesità e esordio della pubertà non viene illuminata da spiegazioni. Piuttosto, è esplicito il nesso tra controllo del peso e controllo dell'esordio della pubertà⁽¹⁶⁾: ci si spinge a scrivere che le giovanissime che praticano sport a livello agonistico raggiungono il menarca a 16 anni, il che, secondo il criterio che lo vede verificarsi in media tra 11 e 14 anni d'età, dovrebbe essere considerato più una anomalia che un esito auspicabile. L'accento posto sull'obesità si coniuga con l'allarme medico-sociale relativo a ciò che un articolo di Tauber, Ricour e Bocquet non esita a chiamare "épidémie d'obésité en France" (2007, p. 1279) che colpisce un bambino su 6, e 1 bambino ogni 5-4 tra i preadolescenti delle famiglie socialmente svantaggiate. La scelta della parola 'epidemia' è molto suggestiva, e viene impiegata anche in riferimento al diffondersi della pubertà anticipata: fa riferimento ad una condizione patologica che va monitorata con attenzione per frenarne la diffusione e la pericolosità.

Un'altra serie di fattori indagati per il ruolo che rivestono potenzialmente nell'anticipazione della pubertà, oggetto di attenzione in Italia sin dagli anni Ottanta, riguarda le sostanze conosciute come fenoli e ftalati: si tratta di estrogeni di origine chimica, altrimenti denominati xenoestrogeni, che imitano l'azione degli estrogeni presenti nel nostro corpo. Ad esempio il bisfenolo A (BPA) è stato e in molti casi è ancora presente nelle bottiglie e negli oggetti di plastica dura, biberon compresi e come rivestimento interno delle lattine per alimenti. I risultati delle ricerche mediche portano a conclusioni contraddittorie: da un lato non esistono studi di natura tale da costituire evidenza clinica della nocività di queste sostanze⁽¹⁷⁾; dall'altro lato si afferma che il BPA interferisce con lo sviluppo sessuale (HOULIHAN J. - LUNDER S. - JACOB A. 2010)⁽¹⁸⁾ come dimostrano ricerche di

laboratorio in vivo (LIBERTUM C. - LUX-LANTOS V. - BIANCHI M. - FERNANDEZ M. 2009) che si estendono all'azione di un altro ormone, la melatonina (ESOUFINO A.I. - VILLAÑA M.A. - AGRASAL C. 1987). Uno studio italiano del Centro endocrinologico pediatrico dell'università di Pisa (MASSART F. *et al.* 2008), nato dall'osservazione di un numero decisamente più elevato del normale di diagnosi di pubertà precoce centrale tra la popolazione pediatrica di Viareggio rispetto alle località confinanti, ha cercato di verificare se il fenomeno fosse da mettere in relazione con l'esposizione a micotossine con azione estrogenica. Sono state sottoposte ad analisi 32 bambine, tra le quali 6 hanno mostrato la presenza di micotossine, il che, secondo gli Autori, non giustifica completamente il maggior numero di casi di pubertà precoce centrale. Secondo alcuni studi, ad interferire nello sviluppo precoce sono anche sostanze aromatiche sintetiche e naturali contenute nell'alimentazione, come il glutammato, e nei prodotti per l'igiene personale, ftalati come la lavanda, soprattutto. Il mondo di aromi naturali e artificiali di cui ci circondiamo e che consumiamo diventa una minaccia insospettata per lo sviluppo dei nostri figli, seguendo in parte il destino dei coloranti artificiali che avevano reso pericolosamente attraenti dolci ed altri prodotti per l'infanzia.

Ormoni e alterità: ipotesi di etnicizzazione della precocità puberale e bambine straniere adottate

Quanto colpisce nella letteratura esaminata è una certa enfasi collocata sul fatto che ad anticipare la pubertà, oltre ad essere esclusivamente le bambine, sono tra esse quelle che incorporano una qualche forma di alterità rispetto alla società maggioritaria, come nel caso delle bambine afroamericane negli Stati Uniti, o delle bambine di origine straniera adottate in Francia e in Italia, o figlie di stranieri soggiornanti in questi paesi. La letteratura non è cospicua, e segnala singoli casi o piccoli gruppi di casi presenti in modo puntiforme nei territori nazionali: ma la produzione scientifica così parcellizzata, moltiplicata in virtù del numero di pubblicazioni, produce l'effetto di essere di fronte ad una moltitudine⁽¹⁹⁾. I resoconti clinici su bambine afroamericane trattano di pubertà precoci idiopatiche (ad esempio: TAUBER M. 2002; NIELD L.S. - CAKAN N. - KAMAT D. 2007), quindi di casi in cui bambine altrimenti normali, nate da una gravidanza normale, con crescita ossea adeguata all'altezza, presentano a 7 anni e mezzo di età già il bottone mammario e un accenno di peluria puberale. Questo viene confermato dalla più

grande ricerca compiuta negli Stati Uniti⁽²⁰⁾, secondo la quale ‘racial disparity in the onset of pubertal onset exist’ e più alti tassi di pubertà anticipata sono stati osservati nelle ragazzine afroamericane negli Stati Uniti, rispetto alle *white girls* (KAPLOWITZ P.B. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - PEDLOW S.E. - HERMAN-GIDENS M.E 2001). L’etnicizzazione della pubertà in questo caso contribuisce a naturalizzare sia il processo di sviluppo che a sessualizzare le bambine afroamericane, e quindi a costruire una giustificazione del maggior numero di gravidanze precoci riscontrabili nei settori più svantaggiati di questa popolazione. Precocità e sessualizzazione possono anche essere proposte in termini apparentemente *politically correct* secondo le chiavi più attuali utilizzate per decostruire il concetto di razza: “Sul piano genetico la popolazione da scegliere è quella in cui gli individui componenti hanno un’alta probabilità di scegliere fra di loro i propri sposi” (CAVALLI SFORZA L.L. 2008, pp. 46-47). Ne consegue che la differenza “razziale”, rispetto alla normatività della ‘razza caucasica’, è implicitamente portatrice di anomalie. È un argomento non nuovo: è sufficiente pensare alla discussione delle curve di crescita proposte a partire dall’allattamento artificiale, più diffuso nei paesi occidentali, comparato con quello al seno (BALSAMO E. 2002) e alla critica al paradigma di sviluppo infantile proposto da André Turmel (TURMEL A. 2008). Diversi sono i casi rendicontati di bambine adottate in Europa, provenienti dal continente asiatico o africano, che mostrano segni precoci di sviluppo. Negli *Archives de Pédiatrie* troviamo l’analisi di 13 casi (10 bambine e 3 bambini) di pubertà precoce osservati nella Clinica medica pediatrica dell’Ospedale di Nantes (BARON S. - BATTIN J. - DAVID A. - LIMAL J.M. 2000), studio completato attraverso la somministrazione di un questionario a 99 famiglie adottive. In realtà, la lettura dell’articolo ci presenta una anticipazione della pubertà nel 10% dei casi (con la comparsa del menarca a 10 anni), e su 35 ragazzi del campione complessivo, 3 sono quelli che hanno mostrato uno sviluppo precoce (8,6%). Gli Autori sottolineano l’importanza di una migliore nutrizione per la crescita ossea, e per lo sviluppo in generale dei ragazzi e ragazze adottate, che intervengono soprattutto quando essi vengono adottati tra i 4 e i 6 anni di età, ma ancora non appare ben chiaro il ruolo del fattore di crescita (*insulin-like growth factor I*, IGF1) intrecciato alla qualità dell’alimentazione, ormone che è contemporaneamente un marcatore dello stato nutrizionale, ed un rilevatore ormonale nelle situazioni di denutrizione o ri-nutrizione. E, benché non misurabili, non andrebbero trascurati i fattori psico-affettivi: bambini desiderati, amati e adeguatamente nutriti crescono prima e di più. Quanto risponde al

paradigma dello ‘sviluppo’ appare in questi testi come ambiguo: ciò che può essere letto come una trasformazione accrescitiva positiva, può nascondere o innescare trappole patologiche, che insegnano a diffidare dell’entusiasmo che accomuna medici e genitori quando, nei mesi che seguono l’arrivo in Francia o in Italia, bambine e bambini adottati crescono di statura e di peso⁽²¹⁾. Mi sono dilungata su questo articolo perché, meglio di altri, pone in luce alcuni elementi cruciali: di fronte alla prudentiale sospensione di giudizio derivata da una indigenza conoscitiva relativa al ruolo degli ormoni sull’ipotalamo, viene avanzato un allarme clinico relativo alla necessità di porre sotto osservazione lo sviluppo dei bambini e soprattutto bambine adottate e straniere, doppiamente “straniere sociologiche” dal punto di vista della filiazione e legale. Un altro elemento che va sottolineato è relativo a come vengono presentati i dati statistici: in questo articolo, su 35 ragazzi, 3 hanno mostrato segni di anticipazione puberale, che sappiamo rarissima tra i bambini di sesso maschile, ma che coincide con l’8,6% dei casi. Ovviamente questa percentuale, quando non si chiarisce a quale universo vada riferita, appare rilevante, come nella citazione che segue per le bambine di sesso femminile:

“En Belgique, il a été observé que 25% des patients vus pour puberté précoce sont des fillettes étrangères arrivées en Belgique, le plus souvent dans le cadre d’une adoption ou, par fois, avec leur famille d’origine. Cette observation particulière pose la question du rôle éventuel d’une exposition préalable de ces enfants dans leur pays d’origine aux xenoestrogènes dans le déclenchement précoce de la puberté sans que le mécanisme exact soit encore élucidé » (LEBRETHON M.C. - BOURGUIGNON J.P. 2002: 227).

Esposizione a sostanze nocive ed esportazione delle patologie relative nel paese di migrazione rendono necessarie forme di biolegittimità, che a partire da un adeguato riconoscimento anagrafico, procedano attraverso il controllo medico dei corpi⁽²²⁾.

Le interviste ai medici italiani e francesi offrono elementi a supporto e a sconfirma della etnicizzazione della pubertà: se si chiede loro notizie sulla pubertà precoce centrale, questo li coglie in generale sorpresi, perché gli unici casi che giungono alla loro attenzione sono eventualmente quelli di ragazzine straniere adottate; la pubertà anticipata, molto più diffusa, non viene menzionata: «I pediatri non vedono casi di pubertà precoce, se si eccettuano le bambine indiane [dove Indiane indica bambine di famiglie provenienti dal Pakistan o dall’India o adottate in uno di questi Paesi]»⁽²³⁾.

Bulli e Lolite: la preadolescenza come categoria a rischio

Le protagoniste di tutta questa letteratura sono prevalentemente le bambine, considerato che la letteratura sui loro coetanei maschi è estremamente limitata, nonostante anche essi cambino: mutano la voce, gli organi genitali, l'aspetto corporeo, talvolta ci si copre di brufoli e si puzza disperatamente, come se l'odore emanante dal corpo condensasse l'essenza del cambiamento in corso. Avere a che fare con un corpo che cambia è il nostro esercizio umano – e di specie – del cambiamento, della provvisorietà che si dischiude ad altri stati fisiologici, ad altre forme sociali dell'essere persona. Fasi di transizione difficili da fronteggiare cognitivamente ed emotivamente, oggi non più contenute entro forme culturali evidenti, quali i riti di passaggio. A leggere numerosi resoconti scientifici, psicologici o medici, l'impressione è che questa straordinaria acquisizione e consapevolezza di esperienza non trovi lettura che sotto la cifra della crisi, del disagio, dell'anomalia o della patologia. In un recente convegno, Virginie Vinel⁽²⁴⁾, nel compiere un primo bilancio delle interviste effettuate per la ricerca *Coràge*, ha sottolineato come tanto la letteratura medica sulla pubertà quanto il discorso dei professionisti dell'area sanitaria mettono spesso in primo piano una definizione di genere, che sottolinea la precocità femminile rispetto a quella maschile. Invece dei punti in cui gli stadi di sviluppo, quali sono stati configurati da Marshall e Tanner in un testo considerato classico sulla pubertà di entrambi i sessi (TANNER J.M. 1962), si sovrappongono per tipologia ed età, sono quindi le differenze ad essere sottolineate, rappresentando lo 'sviluppo' come acquisizione di caratteri sessuati e riconoscibili in quanto tali. Ed è il genere femminile ad essere segnato dai processi di medicalizzazione, che la seguono dall'essere bambina al diventare donna e poi anziana, permettendo di leggere in filigrana alcune interpretazioni sociali, che concentrano sulla bambina in transizione inquietudini, fantasmi, pericoli, riferiti a costruzioni discorsive e culturali più ampie. Il quadro composto ritrae ragazzine che appaiono più grandi della loro età anagrafica, per statura e per sviluppo corporeo, che spesso si atteggiavano o si abbigliavano *come se* fossero più grandi, tanto da apparire agli occhi adulti come maliziose lolite, ormai protagoniste di azioni di consumo, soggetti dotati di agentività in grado di scegliere e dare corpo a frammenti di tendenze, gusti e disgusti, tra la panopia dei beni di consumo, il flusso delle merci, il repertorio di immagini mediatiche⁽²⁵⁾. L'indeterminatezza del corpo e dello statuto sociale di queste ragazzine, turba alcuni medici di base e pediatri. In Alsazia e Lorena tale turbamento viene talvolta esplicitato, come in queste due citazioni selezionate tra le altre⁽²⁶⁾:

«Il y a quand même une sacrée différence entre les garçons et les filles quoi, les filles ont quand même une forme de maturité différente que les garçons, physiquement déjà, et puis [...] il y a des choses qui se jouent qui sont de l'ordre de la séduction, et avec un mécanisme d'aller et de retour qu'il y a moins avec les petits mecs. Ça se jouent évidemment inconsciemment la plupart du temps, quoique, avec les petites nanas de 13 ans qui sont comme des bombes sexuelles que tu vois dans les clips des rappeurs, bon voilà, c'est assez étonnant, c'est vrai que c'est des grand garçons, quoi!»

«F.: Les lolitas en CM2 [corrispondente alla nostra seconda media] ça me frappait dans les classes de Grégoire [figlio del medico intervistato], je trouve qu'il y a un gros décalage entre les filles et les garçons, les filles qui étaient déjà très féminines, très machins, et les garçons qui étaient encore bien en short avec leur baskets, quoi, voilà.

H.: Ah, oui, ben y a aussi, c'est ce que tu dis, un décalage entre garçons et filles.

F.: Une espèce de féminisation des filles très importante, je trouve, précocement.

V.: Que vous constatez là, dans vos ...?

F.: Plutôt en primaire et puis après je trouve qu'au collège elles sont unisexes, beaucoup plus. Et en seconde, tu vois vraiment les filles qui se redeviennent féminines, quoi, c'est marrant [...].

H.: Mais tu parlais des lolitas dans la classe de Grégoire, c'est maintenant.

F.: Ah, ben oui les filles. Ouais, dès le CM2. Les filles elles commencent à changer en le CM2. Les garçons pas.

V.: Des lolitas, c'est-à-dire?

F.: Des gamine apprêtées.

H.: Apprêtées. Déjà maquillées.

F.: Maquillées, avec des trucs.

H.: Des petits talons».

Inoltre, c'è una curiosa contraddizione che la letteratura medica rende evidente: da un punto di vista strettamente evolutivo, se i mammiferi sono sani e ben nutriti, una volta sconfitte le principali cause di morte prematura e aumentate la statura e le dimensioni fisiche (FOGEL R. 2004) essi sono atti prima alla riproduzione, quindi l'anticipazione della pubertà non dovrebbe suscitare scalpore. Ma come conciliare le ragazzine che anticipano la loro pubertà con i ragazzini che invece la ritardano? Lo sviluppo femminile è più evidente e più seguito in sede scientifica, i dati della comparsa del menarca possono essere comparati nel tempo e se è stata ipotizzata una tendenza simile per la maturità sessuale maschile, quanto è in grado di documentarla è più elusivo, perché non esiste una analoga evidenza medica. L'ipotesi che avanzo è che lo sviluppo femminile sia

concepito come segnato da 'eventi' (comparsa del bottone mammario, del menarca, eccetera) mentre quello maschile segue una progressione processuale. I paradigmi biomedici si sono sempre trovati più a loro agio con eventi, piuttosto che con processi. Quando Marshall e Tanner pubblicarono la loro teoria degli stadi dello sviluppo puberale maschile e femminile, la progressione in cinque stadi proposta era caratterizzata da una lettura processuale dei cambiamenti fisiologici con grande attenzione a sottolineare che le tappe di tale sviluppo andavano calibrate considerando che l'età media variava a seconda della popolazione considerata e delle sue caratteristiche. Sembra che di questa processualità i decenni successivi abbiano ritenuto solo una focalizzazione sullo sviluppo femminile e sulle anomalie puberali, senza guardare ad una maturazione complessiva, senza affinare una lettura più attenta della pubertà maschile e delle sue peculiarità, senza riuscire a pensare ad una prospettiva di crescita capace di abbracciare entrambi i sessi. Un approccio diverso al problema di come verificare una anticipazione della pubertà maschile, benché interno ad una prospettiva biologista, viene proposto dal demografo Joshua R. GOLDSTEIN del Max Plank Institute for Demographic Research (2011), che parte da una visione indiretta della questione, ovvero considera il 'picco incidentale' (*accident hump*). Secondo il demografo, quasi tutte le popolazioni umane mostrano un aumento significativo della mortalità maschile alla fine dell'adolescenza (per incidente, violenza, malattia), che è invece assente nelle femmine della stessa età. Questo picco di mortalità maschile giovanile viene a collocarsi nel periodo di maggiore produzione ormonale, e Goldstein, dopo aver analizzato dati demografici storici di alta affidabilità a partire dalla metà del XIX secolo (relativi alla Danimarca, Svezia, Norvegia, Regno Unito e Italia) ipotizza una correlazione tra l'abbassamento di età della mortalità maschile e l'anticipazione della maturità sessuale, stimabile in 0,2 anni ogni decade, di poco inferiore quindi ai 3 mesi ogni decade attestata per l'anticipazione del menarca. Inoltre, un incremento maggiore per quanto riguarda la statura maschile diventa osservabile solo dalla fine del XIX secolo: fenomeni come urbanizzazione e industrializzazione hanno comportato un peso negativo sulle condizioni di vita, di igiene e di alimentazione. Un ulteriore elemento è correlato ad uno degli elementi tipici dell'esordio della maturità sessuale maschile, ovvero il cambiamento di voce: DAW (1970), dai registri del coro di Johann Sebastian Bach a Leipzig tra il 1727 e il 1749, riporta che tale cambiamento avveniva intorno ai 18 anni, mentre questo limite si innalza in corrispondenza del peggioramento delle condizioni nutrizionali durante le Guerre di Successione. Nella Londra del XX secolo, questa

modificazione è attestata verso i 13 anni. L'esordio puberale maschile e femminile sarebbe, quindi, caratterizzato da una analoga plasticità.

Ovviamente, i punti di vista che si applicano all'anticipazione della pubertà si schierano su fronti opposti: quelli che ne individuano l'implicita collocazione nell'area del rischio, spesso appartenenti ad una prospettiva sociobiologica o psicobiologica; e quelli che ne presentano la potenzialità creatrice di forme di soggettività e agentività, di approccio costruttivista. Diverse analisi leggono l'anticipazione puberale femminile come un disastro sociale irreversibile, in quanto abbrevia la durata dell'infanzia e aumenta la possibilità che le giovanissime inizino la propria attività sessuale, con la probabilità di gravidanze precoci e/o di abuso sessuale, troppo immature psicologicamente rispetto ad un corpo che deflagra il suo sviluppo. Questa accentuazione delle differenze ha radici antiche, ed è una attualizzazione delle teorie scientifiche dominanti nel XIX secolo, nelle quali la pubertà, oltre ad essere il motore della differenza sessuale, costruiva un marcatore della razza e della gerarchia tra classi sociali. Medici ed evolucionisti consideravano che lo sviluppo maschile e femminile fosse simile durante l'infanzia, fino all'irreversibilità differenziante della pubertà, che dalla sfera biologica si ampliava ad abbracciare corpi, menti, comportamenti, ruoli sociali e responsabilità. Mantenere queste differenze tra donne ed uomini era essenziale per assicurare l'ordine sociale ed il progresso dell'Occidente. Se si eccettua le preoccupazioni per gli effetti nefasti, fisici e morali, della masturbazione maschile, la pubertà dei ragazzi non era oggetto di studio scientifico specifico. Le ragazze, invece, vengono descritte dal discorso medico evolucionista come rese completamente passive e vulnerabili dai cambiamenti corporei sperimentati in successione nel processo di maturazione sessuale: la pubertà non è il debutto del desiderio sessuale, quanto la cifra della futura capacità di procreare, che qualsiasi sforzo, fisico, intellettuale, mentale o emozionale, può compromettere e indebolire. Benché non tutti i medici abbiano condiviso questa visione puberale femminile come intrinsecamente dannosa, molti luminari ne hanno fatto pretesto per invocare che qualsiasi attività venisse limitata, compreso l'accesso all'educazione superiore. Invece la precocità sessuale delle classi lavoratrici era data per scontata benché non tollerata, e la fine del XIX secolo vide la nascita di molte istituzioni e organizzazioni aventi lo scopo di riformare/punire il comportamento sessuale trasgressivo delle giovani.

Nel 1904 George Stanley Hall pubblicò *Adolescence*, testo che riaffermò la pubertà come origine della differenziazione sessuale, durante la quale i cambiamenti corporei provocavano universalmente *storm and stress* negli

adolescenti, rendendo ragazzi e ragazze somaticamente vulnerabili, emotivamente labili, e socialmente instabili. Uguali, ma con un destino di sviluppo divergente: le ragazze scolpite dalla loro emotività, che le avrebbe passivamente legate ai ruoli socialmente ascritti; i ragazzi, capaci invece di autonomia e razionalità, in grado di superare le vulnerabilità adolescenziali per affermare la corretta posizione dominante. Dagli anni Venti del Novecento, la nascita dell'endocrinologia rese possibile una nuova cornice biologica per concettualizzare la pubertà. Tuttavia, allo scopo di dimostrare il ruolo giocato dagli ormoni nel modellare lo sviluppo puberale, i ricercatori hanno in modo crescente collocato i fattori biologici all'origine di comportamenti sociali. Testimonianza di questo approccio sociobiologico e psicobiologico sono varie ricerche, volte a iscrivere preadolescenti femmine e maschi nell'area del rischio storicamente tipico dell'adolescenza. Mi limito qui al commento di tre articoli, tra psicologia e medicina, che mi sembrano particolarmente interessanti per come viene costruito il profilo che giustifica l'attenzione sanitaria, oltre che psicologico-giuridica. Il primo, dal quale ho preso in prestito una parte del titolo di queste note, è un profilo bibliografico relativo ai disturbi del sonno delle (pre) adolescenti (VALLIDO T. - JACKSON D. - O'BRIEN L. 2009). Benché il 40% degli adolescenti di entrambi i sessi faccia esperienza di qualche forma di disturbo del sonno, e siano diversi gli studi che in proposito non riscontrano differenze statistiche tra i generi, le Autrici poggiano sulle ricerche che focalizzano i disturbi del sonno femminili, le loro cause (il cambiamento ormonale) e le conseguenze (un maggiore senso di stanchezza e umore depresso, capaci di installare la depressione femminile nelle giovanissime; difficoltà scolastiche e bassa autostima; orari irregolari e più tempo trascorso fuori casa in ore notturne, con l'esposizione a comportamenti a rischio, consumo di alcol o droghe; alimentazione irregolare). Le Autrici, per marcare la loro ipotesi che i disturbi del sonno sono *gendered* e particolarmente diffusi nella preadolescenza, selezionano quegli studi, peraltro eseguiti a partire da campioni quantitativamente limitati, che suppongono una correlazione tra cambiamenti nel ciclo del sonno e periodo successivo al menarca. Essi sarebbero legati all'azione contrastante di melatonina e ormone luteizzante durante lo sviluppo puberale⁽²⁷⁾. Più si avanza nella pubertà, maggiori sono i problemi del sonno: «however, only in females was advanced pubertal status correlated with an increase risk of insomnia and daytime fatigue, despite sufficient sleep» (VALLIDO T. - JACKSON D. - O'BRIEN L. 2009: 10). In questo testo si naviga con una certa disinvoltura tra i gruppi di età, considerato che vengono citate ricerche che hanno coinvolto ragazze tra i 12 e i 14 anni, altre condotte tra i 18 e i 24 anni di

età, senza porsi il problema se questi dati siano efficacemente comparabili, o se sia corretto confrontare una survey giapponese, ovvero il sistema scolastico più competitivo del mondo, con una americana o olandese. Viene tracciata una correlazione tra disturbi del sonno e co-morbilità psichiatrica (sonnambulismo, idee suicide, disturbi alimentari e uso di alcol e tabacco, esposizione all'abuso sessuale): *mad, sad and hormonal* appunto. Sembra non avere alcuna rilevanza il fatto che la pubertà sia anche un acceleratore sociale che pone le preadolescenti femmine a sperimentare le aspettative culturali che convergono sul genere, aspettative molteplici, che vanno reinventate, modulate individualmente e talvolta faticosamente. Altri due studi sono più espliciti nella correlazione tra esordio della pubertà ed un alto rischio di coinvolgimento in crimini durante l'adolescenza: Sonia COTA-ROBLES, Michelle NEISS, David C. ROWE (2002) e Kevin BEAVER con John Paul WRIGHT (2005) collegano la maturazione anticipata maschile ad un più alto tasso di comportamenti delinquenti violenti (ovvero quelli che passano all'atto) e non violenti (come mentire ai genitori, essere chiassosi e attaccabrighe). Nel primo saggio considerato, lo scopo era di collegare la maturazione anticipata all'etnicità («due to cultural variety in value systems or racial variation in biology», p. 367) e al comportamento delinquenziale, sulla base del dato statistico che vede una percentuale più alta di ragazzi afro e latino-americani coinvolti nelle attività di bande o in comportamenti antisociali e postulando che i processi ormonali associati all'adolescenza contribuiscano direttamente ad essi a seguito dell'aumento del testosterone. Tuttavia, a parte i campioni molto disomogenei (3.529 adolescenti tra 11 e 17 anni anglo-americani, 1.416 afro-americani e 605 di origine messicana) gli Autori stessi segnalano che non vi sono differenze nei livelli di testosterone tra gli adolescenti maschi anglo ed afro-americani – piuttosto gli afro-americani mostrano livelli più alti di estradiolo, «ormone collegato negativamente alla delinquenza» (2002, p. 369), e sottolineano inoltre come non vi sia una correlazione statistica né tra effetti dell'esordio puberale sulla delinquenza ed età, né tra età puberale e gruppo etnico. In conclusione, le differenze di comportamento delinquenziale violento e non violento tra i tre gruppi appaiono maggiormente legati al fatto che diventare 'più grandi' un po' prima porti ad accostarsi a gruppi di pari leggermente più anziani e a emularne l'esempio. Il saggio di BEAVER e WRIGHT (2005), ancora a proposito degli effetti della pubertà sul comportamento criminale, si basa sulle teorie dell'ereditabilità di: alcune abilità cognitive, la suscettibilità verso certe tossine, alcune malattie mentali e un comportamento aggressivo e criminale. In breve, si iscrive entro i molteplici tentativi di provare l'ereditabilità di una delle condizioni

citare. La lista dei comportamenti delinquenti presenta, idealmente collocati sullo stesso piano: «graffiti writing, damaging property, lying to parents, shoplifting, fighting in a group, being loud and rowdy, shooting or stabbing someone, carrying a weapon to school, and spending the night away from home without permission» (2005: 175). Quindi, le ragazze più sviluppate fisicamente con maggiore frequenza si associano a ragazzi che manifestano un comportamento anti-sociale: «Physical maturation was [...] their ticket of entry into the delinquent world of boys» (2005: 171). Le propensioni criminogene di ragazzi e ragazze si sviluppano presto, rimangono stabili nel tempo e sono segni anticipatori del successivo disadattamento, ma l'evidenza della connessione tra esordio puberale e coinvolgimento in attività criminali viene più postulata che provata.

Preadolescenza, politica pediatrica e siti suggestivi

Un esordio della adolescenza che mostra caratteri di fragilità, propensione al rischio e caratteri patologici, porta i pediatri francesi ad organizzare una nuova specializzazione, quella della 'medicina dell'adolescenza', già attiva in alcuni grandi ospedali francesi (ALVIN P. 2006, 2008; *Dossier* 2008; LANDRIEU P. 2007; MONTERO M. 2009; STHENEUR C. - ALVIN P. - BOUDAILLEZ *et al.* 2009) allo scopo di prendere in carico con una équipe multidisciplinare 'l'adolescence en souffrance'. Una proposta che meriterebbe uno spazio di analisi ampio: da un lato fornisce una risposta adeguata alle esigenze di coloro che, tra i 14 e i 18 anni, si troverebbero altrimenti ospedalizzati insieme con gli adulti o all'opposto con i bambini, ovvero in un contesto che non riserva loro una attenzione specifica; dall'altro consente ai pediatri francesi di costruire una 'arena politica', ovvero di rivendicare uno spazio di legittimità attualmente assente in confronto alle altre specializzazioni mediche. Infatti, dalle testimonianze raccolte, in una gerarchia che vede all'apice i chirurghi, i pediatri francesi vengano collocati molto in basso, non esistendo come in Italia l'iscrizione dei nuovi nati presso un pediatra di base. D'altro canto, è interessante notare come i limiti di età inferiori per delimitare la medicina dell'adolescenza siano fluidi: così, tra i casi presentati da Patrick ALVIN (2008), troviamo dei preadolescenti di 12 e 13 anni. Non più bambini, non ancora adolescenti, i preadolescenti funzionano da rilevatore precoce dei disagi dell'adolescenza.

Una breve digressione va aperta sui siti web che diffondono notizie sugli aspetti normali e patologici legati alla pubertà, in modo particolare la pubertà anticipata e precoce, perché i genitori li consultano spesso per

acquisire informazioni, chiedere chiarimenti, avviare successive consultazioni mediche. L'offerta di informazione riguarda numerosi siti, ma spesso è assai succinta, ripetitiva (troviamo di frequente le medesime informazioni) talvolta approssimativa (per incompletezza delle informazioni o perché non sono messe a disposizione le fonti di ricerca citate), talaltra allarmista o fuorviante. Tra i siti web vanno menzionati in primo luogo quelli di servizio pediatrico online⁽²⁸⁾ che presentano le informazioni principali relative a come riconoscere i segni della pubertà anticipata e precoce ("prima dei sette anni per le bambine bianche o 6 anni per quelle di colore"⁽²⁹⁾ e 9 anni nei maschi; in casi eccezionali la causa relativa ai tumori), talvolta riferiscono in modo parziale gli accertamenti da eseguire, ricordando che essi vengono eseguiti e suggeriti da un centro specializzato di endocrinologia pediatrica. Il sito di MediExplorer presenta una interessante costruzione del discorso: alla voce 'pubertà precoce' troviamo 24 righe di testo nelle quali viene riportato l'abstract di un articolo pubblicato nel 2003 sull'autorevole rivista *Pediatrics*, in cui 223 bambine sono state esaminate per 'sospetto sviluppo puberale precoce'. Il testo si conclude con questa frase: «Gli autori hanno concluso affermando che la pubertà che si presenta nelle bambine di età compresa tra i 6 e gli 8 anni non deve essere considerata normale o benigna», senza chiarire quale era l'età del campione esaminato. Altri siti di informazione sono quelli di psicologia: in uno di essi⁽³⁰⁾, anche in questo caso in 23 righe, viene menzionata una ricerca, senza produrne la fonte, secondo la quale

«su 58.136 ragazze milanesi tra i 7 e i 18 anni ben 4.769 hanno mostrato segni di pubertà anticipata. Se agli inizi del '900 lo sviluppo avveniva a 17 anni e negli anni '80 intorno ai 10, oggi per molte già a 7/9 anni compare una timida peluria tra ascelle e pube e un accenno di seno; le prime mestruazioni poi, compaiono a 12. I medici sono allarmati da questa pubertà precoce in primis per le ragazzine che vivono troppo poco l'infanzia, e poi per le donne che saranno un giorno, poiché in questo modo il rischio di alcune malattie aumenta. [Tra i possibili colpevoli] sicuramente un ruolo importante lo giocano i vari cibi spazzatura (hamburger e patatine) ricchi di ormoni aggiunti, le abitudini alimentari sballate e l'obesità infantile, ma anche il continuo bombardamento di messaggi sessuali che pubblicità e mass media danno fin dalla prima infanzia. Basta pensare a certi tipi di bambole o al contenuto di alcuni videogiochi, con la conseguenza che parecchie ragazzine non accettano di avere un corpo così diverso da quello che gli viene prospettato. Le conseguenze di questa pubertà precoce sono problemi di sterilità e fertilità tanto nell'uomo quanto nella donna, problemi mestruali e ginecologici e tumore al seno».

Come leggiamo, il pericolo di un cortocircuito che pone sullo stesso piano pubertà anticipata (i dati citati rispecchiano una età del menarca che at-

tualmente si configura nel range della normalità) e pubertà precoce patologica è alto; ed i rischi per la salute prospettati superano quelli dichiarati in letteratura per la precocità fisiologica. Oltre ad essere una informazione *gendered biased*: sono sempre le bambine ad essere più coinvolte.

La citazione presentata mette in primo piano, tra le possibili cause, la stimolazione visiva tramite elementi suggestivi erotici che sembra avere lo stesso peso degli xenoestrogeni assimilati attraverso l'alimentazione e l'ambiente, agisce, in qualche modo direttamente sulla secrezione ormonale. Un titolo ad effetto, *Pubertà precoce per colpa della TV*⁽³¹⁾, presenta l'ipotesi di un endocrinologo dell'Ospedale Meyer di Firenze:

“Non riusciamo a spiegarci perché stia aumentando il numero di bambini che cominciano a manifestare i primi segni di pubertà già a 6 o 7 anni, se sono femmine, a 8 o 9 se sono maschi. L'idea è che nei piccoli psicologicamente più predisposti, lo stress emotivo provocato da certi programmi televisivi, e parlo soprattutto di quelli con scene di violenza o di sesso, possa agire sul cervello e influenzare quelle aree, come l'ipotalamo e l'ipofisi, che controllano il sistema ormonale. Una stimolazione eccessiva di quest'ultimo potrebbe giustificare la comparsa di una pubertà precoce”.

Qualcosa richiama la vecchia teoria somatopsichica dell'irritabilità che gli alienisti del 1800 collocavano alla base della malattia mentale. Esisterebbe, quindi, una predisposizione alla vulnerabilità psicologica che attiva lo sviluppo, che risuona alla stimolazione di immagini di sesso e violenza. Senza dubbio bambine e bambini sono spesso spettatori di sequenze di immagini non appropriati alla loro età, che spesso non comprendono e li turbano. Ma ciò che maggiormente colpisce è la passività che viene loro imputata, tale da agire nel senso traumatico di imprimere una accelerazione fisica, oppure una ammiccante sensualità, quella della 'ombelico generation'⁽³²⁾, sospesa tra consapevolezza e inconsapevolezza.

Il tema dell'alimentazione contaminata compare nei siti web frequentemente, anche nell'articolo appena citato: «Tempo fa alcune ricerche chiamavano in causa shampoo e creme solari contenenti estrogeni e c'è sempre il dubbio che negli allevamenti di polli e bovini vengano utilizzati ormoni proibiti che finiscono poi a tavola». Dell'argomento si interessa anche il sito dei Vegani⁽³³⁾, citando brevemente un articolo de “La Repubblica”, del 19 maggio 2003, *Pubertà precoce per carne agli estrogeni*, che cita una inchiesta di alcuni anni fa che denunciava la presenza di ormoni negli omogeneizzati di carne:

«Sono balzati da 94 a 132, in poco meno di dieci giorni, i casi di telarca (la precoce manifestazione di caratteri tipici della pubertà nelle bambine

di pochi anni o addirittura di pochi mesi) registrati in Torino e provincia. I procuratore aggiunto Raffaele Guariniello, in collaborazione con le autorità sanitarie, sta raccogliendo le varie segnalazioni alla luce della letteratura medico-scientifica che mette in relazione il fenomeno anche con l'assunzione di carni trattate con ormoni».

Tutte queste notizie e le ricerche dalle quali procedono riportano dati reali, pericoli reali, scandali recenti reali: ma la sinteticità comunicativa della rete li distorce come un effetto Larsen, che ingrandisce, attualizza inchieste passate, crea effetti.

Nelle mie ricerche in rete mi sono imbattuta in un forum particolare⁽³⁴⁾, attirata dal titolo 'pubertà accelerata grazie ai cibi spazzatura'. Il sito mi ha colpito non solo per i contenuti associati a questo titolo, ma soprattutto perché il blogger, e i corrispondenti, oltre a un nickname suggestivo, adottano per presentarsi la foto di un militare in divisa tedesca della Seconda guerra mondiale. Ne estraggo alcune citazioni:

«Lo psicologo ebreo Aric Sigman ha spiegato alla Bbc che questo fenomeno [la pubertà precoce] è accentuato nelle ragazzine di genitori divorziati e risposati. Gli ormoni 'odorosi' emanati dal padrino (dal nuovo marito di mamma) 'ecciterebbero' la risposta ormonale della bambina, è la sua teoria. "Se una bambina sente che il suo ambiente familiare è instabile è possibile che un meccanismo evolutivo entri in gioco, per assicurare che i geni (della bambina) siano trasmessi prima, piuttosto che poi". L'evoluzionismo, naturalmente. Darwin ha sempre ragione. Le bambine vogliono trasferire il loro corredo genetico. Gli individui non sono altro che strumenti con cui i geni si trasmettono alle generazioni seguenti. [...] Forse sono gli alimenti, forse i panini McDonald, forse la carne che in Usa e in Gran Bretagna viene da vitelli gonfiati di ormoni vietati nell'Europa continentale. Ormoni della crescita, estrogeni vari che vengono somministrati agli animali per aumentare rapidamente il peso e quindi i profitti per gli allevatori».

Il vitalismo di destra si appropria facilmente della serie di inquietudini catalizzate dalla pubertà anticipata femminile, facilmente manipolabili attraverso citazioni astute, titoli ad effetto, fonti citate parzialmente: la preoccupazione per il cibo di scarsa qualità o trattato con estrogeni, la perdita di uno sviluppo in sintonia con una certa idea di natura e dell'infanzia, la difesa di modelli di vita salutari e salutistici, il timore dei danni fisici e psicologici provocati dall'influenza dei mass media, convergono nel ritrarre una società decadente, disordinata, senza riferimenti morali e senza figure guida. È una poliedrica metafora della perdita del controllo, soprattutto verso quella parte della società che va pedagogicamente costruita e guidata, sorvegliata e curata, perché 'tramanda i nostri geni'.

Precocità dello sviluppo e sessualizzazione

Da tutte questi lacerti informativi sembra emergere inoltre una equazione, tra precocità dello sviluppo e sessualizzazione. Ad allarmare non è l'anticipo fisiologico dei segni puberali, ma il fatto che questo venga letto come la fine dell'infanzia, una anticipata disponibilità sessuale e una entrata precoce nello scambio sessuale. Lo sguardo che socialmente si posa sulle ragazzine è fortemente connotato da questa sessualizzazione, che le trasforma in oggetto, ancora in buona parte inconsapevole, del desiderio adulto per la passività malleabile loro ascritta, quale promessa di docile femminilità, riverberata nell'abbigliamento dal mondo della fashion, con modelle sempre più giovani.

Quello che conosciamo dagli articoli, dalle interviste da siti dedicati alla salute riproduttiva è che non esiste nessuna correlazione tra esordio anticipato della pubertà e precocità del comportamento sessuale attivo. La sessualità precoce esiste, senza dubbio, ma non con la frequenza che saremmo portati a pensare da certi titoli ad effetto della stampa. Per la Francia a partire dai 15 anni di età poco più di 1 adolescente su 10 dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo, e più della metà di coloro che si trovano tra i 15 ed i 19 anni si definiscono come ancora vergini (ALVIN P. 2006). Un elemento che negli ultimi 30 anni rimane costante, mentre ciò che secondo Paul Alvin è cambiato è la visibilità sia degli 'amori adolescenziali', sia la sovraesposizione dei giovanissimi ai supporti relativi sessualità e pornografia. Un esame che ho compiuto per un mese del sito InfoAdo, servizio di consulenza online per adolescenti realizzato dall'équipe di ginecologi e psicologi di un ospedale di Strasburgo, documenta come i preadolescenti siano maggiormente preoccupati dalla forma e dalle dimensioni dei loro genitali di quanto non siano attivamente impegnati in attività sessuali. E, relativamente ad esse, di come resista inossidabile un mito della verginità collegato alla penetrazione vaginale e non ad altri tipi di penetrazione, frequentemente praticati. Si tratta tuttavia di una minoranza, tra le migliaia di richieste di consulenza. È anche diminuito il numero delle gravidanze e delle nascite tra le minorenni: ancora ALVIN (2006) riporta tra il 1980 e il 1997 una diminuzione del 36% delle gravidanze e del 60% delle nascite, nella Francia metropolitana. Tuttavia, proprio in Francia, dove la copertura contraccettiva è tra le più elevate del mondo, il dibattito verte sullo scacco rappresentato da circa 11.000 interruzioni di gravidanza l'anno tra le ragazze minori di 18 anni, anche se il dato va vagliato alla luce del fatto che queste interruzioni sono distribuite soprattutto tra i 16 e i 17 anni, ovvero quando, secondo Alvin, i compor-

tamenti non sono più adolescenziali quanto *adultomorfi*. Nel panorama francese, preadolescenti o adolescenti incinte sono considerate prima di tutto colpevoli di non aver saputo gestire i propri ‘doveri contraccettivi’, si rimpiange l’assenza di un solido principio morale che imponga divieti quali ‘Dico no’ come nelle campagne antidroga, oppure ‘True Love waits’ delle campagne americane dei sostenitori dell’astinenza. A costituire una trasgressione non è tanto la sessualità, quanto la gravidanza e più ancora la maternità, perché la prevenzione è alla portata di tutti.

Conclusioni

Il dibattito sociale relativo all’allarme sull’anticipazione della pubertà, la preoccupazione verso le condotte a rischio giovanili, la consapevolezza di una sessualizzazione continua del corpo infantile, i timori suscitati dall’assenza di riti di passaggio codificati (LE BRETON D. 2003; CASSAGNAUD J. cur. 2009) costruiscono una immagine dell’uscita dall’infanzia esposta alla sconnessione simbolica, facile preda del consumo di massa; la visione medica rende una rappresentazione patologica dei passaggi corporei, inserendo nella stessa cornice sia la pubertà precoce che la pubertà anticipata. Il tutto contribuisce alla creazione di un *moral panic* (COHEN S. 1987) che, ormai da decenni polarizza verso l’adolescenza ogni minaccia verso l’ordine sociale. Una adolescenza le cui età di ingresso e di uscita appaiono dilatate, in quanto ormai anche i *tweens* vi appaiono assimilati, rendendo fluida e sfumata, verrebbe da dire priva di un referente sociale concreto e molteplice, una vasta categoria. Manca un referente concreto perché gli adulti, alcuni in osservazione dei segni fisici, altri in preoccupata (pre)visione dei comportamenti, sembrano ascoltare poco il soggetto senziente di questo passaggio, con una gran fretta di catalogarlo in qualche categoria.

Inoltre, il fatto che ad essere sottolineata sia continuamente la pubertà femminile, e l’adozione di stili di consumo, abbigliamento, comportamento che sembrano mimare quelli delle ragazze più grandi, richiama il carattere normativo e stereotipato dei modelli di femminilità. Ma nello stesso momento in cui questi modelli vengono implicitamente sottoposti a critica (la scelta dell’aggettivazione ‘Lolita’ scelta da alcuni professionisti è carica di implicazioni sessuali e di una acquiescenza, se non volizione, da parte delle ragazze), l’evocarli con tanta forza agisce da performativo dell’identità sessuata: se Judith BUTLER (2006 [1990]) postulava tale carattere performativo come assenza di modelli di genere stabili, l’esordio

anticipato della pubertà, lo smarrimento dei professionisti, la preoccupazione dei genitori, funziona come catalizzatore e ancoraggio di una definizione identitaria sessuata essenzialista, seguendo percorsi storici consolidati (RANISIO G. 2012) quali le cure ormonali per frenare lo sviluppo femminile, per attendere l'età 'giusta' in cui esso *démarre*, 'parte', decolla secondo gli standard.

Largamente invisibile nella pubblicistica scientifica pediatrica, questa fascia di età viene 'presa in carico' ed assume rilevanza medica attraverso la precocità puberale, oscillando tra medicalizzazione e sanitarizzazione, quando la precocità solleva possibili problemi relativi allo stile di vita o al comportamento. Véronique MOULINIÉ (1997) ci ha mostrato il carattere culturale di alcune pratiche mediche, come quelle alle quali numerose generazioni sono state sottoposte dagli inizi del XX secolo, l'ablazione delle tonsille e delle adenoidi. Moulinié ha sottolineato la funzione di produrre ritualmente il passaggio di età, manipolando il corpo, mimando una antropo-poiesi che costruisce forme di umanità secondo modelli che *fanno* il corpo di coloro che saranno uomini e donne, attraverso il sapere esperto della biomedicina. Ora, come questo si è spostato nell'identificare l'eziologia delle malattie sempre più entro i confini del corpo, a livello cellulare e intracellulare, così 'fare uomini e donne' avviene attraverso sottili regolazioni ormonali. I fattori ambientali della cui portata ci rendiamo sempre più conto (contaminazione da xenoestrogeni, dieta ricca di grassi, eccetera) più che contribuire ad una lettura più attenta della multifattorialità relativa all'anticipazione dei segni puberali, confluiscono in una cornice allarmistica che richiama l'attenzione dei genitori, e li colpevolizza, portandoli verso la richiesta sociale di intervento sanitario. L'esistenza di numerose iniziative rivolte ad una genitorialità che appare lesa nella dimensione della sua autorevolezza⁽³⁵⁾ è pedagogicamente rivolta a dare strumenti per contenere l'esplosione preadolescenziale, vedendo in essa l'anticipazione di tutti i caratteri considerati negativi che la nostra società già associa alla adolescenza. Per alcuni settori del discorso professionale, la precocità estende il carattere anomico e critico dell'adolescenza a coloro che si trovano tra gli 8-9 e i 13-14 anni di età. Non c'è bisogno quindi di pensare che questa fascia di età possa avere un profilo specifico, che passa in primo luogo attraverso l'esperienza dei cambiamenti corporei: è sufficiente allargare il pensiero convergente sui problemi dell'adolescenza ad essi.

In modo volutamente provocatorio, ho aperto questo saggio con una citazione di Stalin, ad una assemblea di artisti cecoslovacchi radunata per iniziativa di Maxim Gorkji nel 1947, la quale consacrava l'apertura della

stagione del realismo socialista. L'ho scelta perché, alla fine di questa rapida analisi di come, dal punto di vista medico, la preadolescenza venga assunta nella categoria dell'anomia e anormalità adolescenziale, essa sintetizza l'ingegneria scientifica dello stringere entro una categoria patologica un esordio altrimenti normale, per aggirare la difficoltà di riuscire a 'pensarlo'. Chi ha fatto e fa ricerca etnografica *con* questo gruppo di età, fa una esperienza frastornante del mutamento: ritornare dopo qualche mese dalle stesse ragazzine e ragazzini, vuol dire trovarli già cambiati, diversi, e non solo fisicamente, intenti in un riposizionamento continuo, più 'piccoli di' ma 'più grandi di' qualcun altro. Un riposizionamento che l'evento (il menarca, il cambiamento di voce) dà l'illusione di fissare in un certo punto. L'incapacità di abbracciare cognitivamente il cambiamento, la necessità conseguente di fissarlo in categorie pre-ordinate e semplificate, appare come la peggior forma di accoglienza di una età per definizione in transizione. Una ingegneria dell'anima, che costruisce 'anima', secondo Michel Foucault, nel senso di costruire, attraverso la disciplina del corpo, con una fine regolazione ormonale, la costruzione di una identità sessuata, l'imputazione etnica e razziale di una differenza nello sviluppo, il controllo di una alimentazione non adeguata e dell'obesità, del comportamento in generale (sessualità, adesione alle norme, uso di sostanze, abbigliamento) ridotta alla *res extensa* della propria biologia, che necessita di quelle correzioni precise, che solo un sapere esperto, oltre che legittimato socialmente, può procurare.

Note

⁽¹⁾ Rubo la prima parte del titolo dall'articolo *Mad, sad and hormonal: the gendered nature of adolescent sleep disturbance*, di VALLIDO T. - JACKSON D. - O'BRIEN L. (2009), perché mi sembra particolarmente suggestivo per le ipotesi che sostengo in questo saggio.

⁽²⁾ Il progetto di ricerca n. ANR-09-ENFT-017, ha come capofila l'Université de Strasbourg, in collaborazione con l'Université de Lorraine. Al progetto partecipa, attraverso la scrivente, l'Università Ca' Foscari di Venezia.

⁽³⁾ Comparso per la prima volta alla fine degli anni Quaranta negli Stati Uniti in un catalogo di abiti per ragazzi, il termine per indicare il gruppo di età tra i 9 e i 14 anni è stato utilizzato in modo crescente dalla fine degli anni Ottanta, sostituendo *sub-tween* e *pre-tweens*. Gli specialisti del marketing concordano nel considerarli in-between tra infanzia e adolescenza, con gusti modalità di acquisto e di consumo, bisogni peculiari.

⁽⁴⁾ Tre sono le domande di ricerca che strutturano il percorso: 1) Il periodo che comprende le età tra 8-9 anni e 13-14 viene a costituirsi come una transizione poco formalizzata o piuttosto come l'affermazione di una categoria e di un gruppo di età capace di creare un senso di appartenenza? 2) Come viene investito il corpo dai ragazzi e ragazze, dal loro entourage e dai professionisti che ne hanno in carico il benessere? 3) I preadolescenti come incorporano, resistono e/o modificano il discorso prodotto su di loro dai media, dai professionisti sanitari e socio-educativi?

(5) L'équipe è composta da: Nicoletta Diasio, Ingrid Voléry avec la collaboration de Benoît Dejaiffe, Caroline Hérasse et Maria Vazeux, Simona Tersigni, Marie-Pierre Julien (Université de Strasbourg, MISHA), Virginie Vinel (Université de Lorraine), Benoît Dejaiffe (LISEC, MSH Lorraine), Simona De Iulio avec la collaboration d'Émilie Mondoloni (Université de Lille); per il Veneto, oltre alla scrivente, la ricerca etnografica ha coinvolto due specializzande, Marta Duthika Scarpa e Alessandra Borin, rispettivamente della Laurea magistrale in Scienze etnologiche e antropologiche dell'Università di Milano Bicocca e della Laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia e etnolinguistica, Università Ca' Foscari di Venezia.

(6) Al 31 dicembre 2011 sono state effettuate 55 interviste a ragazze/i e ai loro familiari, in diverse zone dell'Alsazia, della Lorena e del Veneto.

(7) Al dicembre 2011 sono state effettuate tra Alsazia, Lorena e Veneto 41 interviste a figure diverse dell'ambito sanitario e socio-sanitario per l'infanzia: pediatri, endocrinologi, medici generalisti, infermiere, psicologi, assistenti sociali. Ringrazio qui sentitamente per la collaborazione la dott.ssa Cristina De Rossi (Servizio per la famiglia e l'età evolutiva, Asl. 'Veneziana'), il dr. Domenico Scibetta (direttore sanitario della ULSS n. 2 Feltre), il dott. Alessandro Pigatto (direttore dei Servizi sociali, ULSS n. 2 Feltre), il dott. Angelo Tanzarella (direttore dei Servizi sociali, ULSS n. 1 Belluno).

(8) Nei 5 anni esaminati (2006-2010) delle riviste "Un Pediatra per Amico", e "Medico e Bambino", un solo articolo è dedicato alla preadolescenza, esaminandola dal punto di vista del funzionamento ormonale. Sono stati anche consultati: "Archivio Italiano di Pediatria e Puericultura"; "Minerva Pediatrica"; "Il Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche". Tra gli articoli italiani, mi limito a segnalare: BERTOSSI E. *et al.* 2005; DI MAIO S. 2002.

(9) La prima ricerca nella banca dati SCOPUS, il 7 febbraio 2010, forniva per 'precocious puberty' 5.335 records.

(10) Per quanto riguarda i termini di 'pubertà precoce' le fonti relative alla classificazione sono le seguenti: ICD-10: E30.1 [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#E30.1>]; E22.8 [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#E22.8>]; ICD-9: 259.1 [<http://www.icd9data.com/getICD9Code.ashx?icd9=259.1>]; OMIM: 176400 [<http://omim.org/entry/176400>]; DiseaseDB: 10519 [<http://www.diseasedatabase.com/ddb10519.htm>]; MedlinePlus: 001168 [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001168.htm>]; eMedicine: ped/1882 [<http://www.emedicine.com/ped/topic1882.htm>]; MeSH: D011629 [http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2011/MB_cgi?field=uid&term=D011629]

(11) Un problema della ricerca è stato: come denominare chi ha tra i 9 e i 13 anni di età? Non sono 'bambine' o 'bambini' (né si identificano con essi), e neppure 'ragazze' e 'ragazzi', termini preferibilmente scelti per indicare gli adolescenti. Colloquialmente, viene spesso impiegato il diminutivo 'ragazzina/ragazzino', che impiego anche in questo testo.

(12) Nelle bambine, il sesamoide del pollice compare intorno agli 11 anni, e lo sviluppo puberale continua per circa due anni, fino alla comparsa del menarca. Nei ragazzi, il sesamoide è visibile a partire dai 13 anni e prelude ad uno sviluppo che proseguirà per tre anni, senza che vi siano segni clinici chiari della conclusione della pubertà.

(13) Vedi intervista a Amedeo Vergerio, endocrinologo e primario di pediatria dell'Ospedale civile di Feltre, in data 2 novembre 2011.

(14) È interessante a questo proposito analizzare i termini impiegati nelle interviste agli endocrinologi, francesi e italiani: la pubertà 'parte', 'démarre', occorre 'fermarla' per poi farla 'ripartire'. Inoltre, come ha notato una ginecologa dell'infanzia e dell'adolescenza «medicalizzando la precocità la demonizziamo nelle ragazze, tranne poi, quando si tratta di far ripartire il tutto all'età adeguata, presentare la pubertà come positiva», in una performatività contraddittoria di cui i medici sono consapevoli.

(15) Gli "Archives de Pédiatrie" sono stati consultati ed acquisiti integralmente presso la biblioteca dell'ospedale Hautpierre di Strasburgo nel febbraio 2010. È stato effettuato lo spoglio degli ultimi 5 anni della rivista (2005-10) procedendo a ritroso fino alla metà degli anni Novanta alla ricerca dei temi di interesse per la ricerca (pubertà, fascia di età tra 8 e 14 anni, problemi clinici,

sanitari, etici e di organizzazione sanitaria relativi alla preadolescenza) Tuttavia, pur essendo una rivista con periodicità mensile, completata da un numero annuale variabile di supplementi, da 2 a 5, gli articoli trattenuti per l'analisi sono stati 28. Una parte di essi riguarda l'endocrinologia, soprattutto i meccanismi neuroendocrini legati al rilascio di gonadoliberina, GnRH, che presidia la stimolazione ipofiso-gonadica alla base dello sviluppo mammario e dell'aumento del volume testicolare (BECKER-PECCOZ P. *et al.* 1998; LEBRETHON M.C. - BOURGUIGNON J.P. 2002); il trattamento della pubertà precoce centrale (CAREL J.C., *et al.* 2002; BRAUNER R. *et al.* 2005) ma anche articoli su preadolescenti, adolescenti e contraccezione (ALVIN 2006) e sulla creazione di una 'medicina dell'adolescenza' sulla quale vedi *infra*.

⁽¹⁶⁾ "Helping children control their weight is suggested to help delay puberty", Wikipedia, the free encyclopedia, *sub voce* Precocious puberty (<http://en.wikipedia.org/web>, 2 febbraio 2012, consultato il 2 marzo 2012).

⁽¹⁷⁾ Per i vari livelli di evidenza, cfr. la sintesi offerta da GIARELLI G. 2007; per la mancanza di evidenza medica, comunicazione personale della dott.ssa Cisternino, 26 ottobre 2012.

⁽¹⁸⁾ La vicenda del bisfenolo A è per alcuni versi esemplare della traiettoria sociale di queste sostanze. Inventato in laboratorio nel 1891, nel 1930 emerge la prima evidenza della sua tossicità: si scopre che è un estrogeno artificiale ma il suo impiego come ormone farmaceutico viene impedito dall'invenzione di un altro prodotto di sintesi, il DES, dalle proprietà estrogeniche ancora più potenti. Quest'ultimo fu ritirato successivamente dal commercio quando venne collegato allo sviluppo di tumori della sfera riproduttiva in ragazze le cui madri lo avevano assunto durante la gravidanza, un segnale che avrebbe dovuto mettere all'erta rispetto alla tossicità del BPA. Tra il 1940 e il 1950 l'industria chimica inizia ad impiegare il BPA nella manifattura di una plastica dura chiamata policarbonato, e a predisporre i film epossidici utilizzati come rivestimento interno delle latine per i prodotti alimentari, un impiego in grandissima espansione, dai biberon ai caschi per bicicletta, senza che venga richiesta prova della sicurezza della sostanza ai produttori. È solo negli anni Ottanta che iniziano gli studi sulla tossicità del BPA: nel 1996 un memorandum del Food and Drugs Administration stima che, attraverso la contaminazione legata al cibo in scatola, ogni adulto sia esposto quotidianamente a 11 microgrammi di BPA, e ogni bambino a 7 microgrammi. Seguono oltre un centinaio di studi che dimostrano i danni provocati dal BPA per la prostata, il cancro al seno, la pubertà precoce, ma solo tra il 2003 e il 2006 hanno inizio i primi provvedimenti per l'eliminazione del BPA dai contenitori per gli alimenti destinati ai bambini, formalizzati nel 2008 dal Canada. Per gli Stati Uniti, gli allarmi rimangono inascoltati per l'esistenza di un conflitto di interessi: il governo sostiene finanziariamente i produttori di prodotti plastici in policarbonato, continua a sostenere che l'esposizione infantile al BPA è entro i limiti di sicurezza. Solo nel 2009 oltre 20 stati americani adottano provvedimenti per ridurre l'esposizione infantile al BPA. Il 28 gennaio 2011 l'Unione Europea bandisce l'uso di policarbonato nella produzione di biberon e contenitori di bevande per bambini e proibisce la loro importazione. Provvedimenti simili sono in corso di adozione nella Repubblica Popolare Cinese.

⁽¹⁹⁾ Dall'intervista a Amedeo Vergerio, endocrinologo (2 novembre 2011): "Un aumento delle pubertà precoci, in generale, anche nelle nostre bambine qualche pubertà precoce in più. Io credo che fino a 10 anni fa era molto rara, rarissima. Tenendo conto che la pubertà precoce idiopatica, cioè senza causa..., io ho pubertà precoci secondarie. Io ho due bambini, uno con idrocefalo alla nascita, che provoca pubertà precoce, l'altro con un danno cerebrale perinatale, entrambi mostrano pubertà precoce secondaria. Se io ne ho una decina, due sono secondarie, due extracomunitari, gli altri sei sono idiopatiche e quindi senza causa apparente. Quindi una messa in moto del sistema precoce. E qui scatta il grosso interrogativo".

⁽²⁰⁾ Ricerca che ha coinvolto, nel 1997, 17.000 bambine tra i 3 e i 12 anni di età a cura del Pediatric Researchers in Office Setting (PROS).

⁽²¹⁾ Interessante, in questo saggio, l'ipotesi avanzata dagli Autori: "chez les enfants adoptés plus jeunes, il semble exister une "mémoire biologique" du phénomène de renutrition qui entraîne un déclenchement pubertaire précoce plusieurs années après l'adoption" (BARON S. - BATTIN J. - DAVID A. - LIMAL J.M. 2000, p. 815).

(22) E delle identità anagrafiche: una nota inviata agli "Archives de Pédiatrie" da J.V. de MONLÉON - B. GENESTE - F. HUET (1999, p. 589-590) relativamente alla pubertà precoce a i bambini adottati, invita a vigilare perché, nei paesi dove non esiste una anagrafe, sono possibili truffe volte a falsare l'età degli adottandi, anticipandola. Questo, secondo gli Autori, aiuterebbe a spiegare il numero di pubertà precoci anomale riscontrate presso questa popolazione, che quindi verrebbero a corrispondere ad un esordio puberale normale.

(23) Comunicazione personale della ginecologa Antonella Debora Turchetto, della Società italiana ginecologia infanzia adolescenza, gennaio 2012.

(24) *Enracinement genré des regards médicaux sur la transition entre enfance et adolescence: les 9-13 ans au prisme de la santé*, relazione al convegno "Enfance et genre", Metz, 22 novembre 2011, inedito, per cortesia dell'Autrice.

(25) Così il titolo ad effetto *Rossetto, dieta e seduzione così le fatine diventano lolite*, di Laura MONTANARI, "La Repubblica", 22 gennaio 2009.

(26) Rispettivamente, da una intervista di Nicoletta Diasio ad un medico generalista e di Virginie Vinel ad un medico generalista ed a un medico scolastico, 2011.

(27) Viene anche citato uno studio olandese, più consistente per numerosità del campione (N = 3454 ragazze/i delle scuole secondarie superiori, quindi di età maggiore rispetto alla pre-adolescenza), nel quale, benché in assenza di cambiamenti nel sistema immunitario o di alterati valori di secrezione di cortisolo, le ragazze dichiarano di sentirsi più spesso e più facilmente stanche rispetto ai ragazzi. In questo caso gli autori ipotizzano che questa stanchezza sia da collegare a più alti tassi di problemi psicologici e somatici rispetto ai ragazzi, che, del resto, raggiungono la pubertà più tardi rispetto alle loro coetanee.

(28) Ad esempio il Portale sanitario pediatrico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, unità operativa di endocrinologia [www.ospedalebambinogesu.it] che riporta estratti da convegni, e pagine tematiche; MediExplorer [www.mediexplorer.it]; MammaePapà.it il tuo amico pediatra in internet [www.mammaepapa.it]; www.benesseredonna.it; www.medicitalia.it] (che pubblica risposte a quesiti degli utenti: nel corso di questi ultimi anni ne ha ricevuti diversi da genitori che chiedevano consiglio per la pubertà precoce, sospetta o diagnosticata delle figlie, tanto che i richiedenti sono stati invitati a visionare le risposte date in precedenza sull'argomento). Tutti i siti sono stati consultati a più riprese in date diverse, dal febbraio 2009 al gennaio 2012.

(29) Riportato da Portale Sanitario pediatrico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, Unità operativa di endocrinologia, e da MediExplorer, sub voce 'pubertà precoce'.

(30) Si tratta di *Blog psicologia. Conoscere la psicologia per stare bene con se stessi*, [<http://psicologia.guidaconsumatore.com/sessuologia/puberta-le-bambine-con-la-fretta-di-crescere>] (consultato l'8 febbraio 2009).

(31) Adriana BAZZI, *Pubertà precoce per colpa della TV*, "Corriere della Sera", 17 settembre 2002.

(32) Vedi l'articolo citato di Laura MONTANARI.

(33) All'indirizzo www.veganitalia.com (consultato l'8 febbraio 2009).

(34) Il forum ha come intestazione *Etnonazionalismo Völkisch* all'indirizzo <http://politicaonthe.net/forum> (consultato l'11 febbraio 2009).

(35) Lo psichiatra Paolo Crepet in Italia è un attivo protagonista di iniziative formative rivolte ai genitori che hanno grande successo. Segno, oltre che di un successo mediatico sostenuto da un presenzialismo televisivo assiduo, di una incertezza legata ad un difetto di trasmissione culturale a cui non è corrisposta una creatività culturale nel costruire un ruolo genitoriale affine ai tempi e alle nuove esigenze educative.

Bibliografia

- ALVIN Patrick (2006), *Contraception chez l'adolescente: le grand paradoxe*, "Archives de Pédiatrie", vol. 13, 2006, pp. 329-332.
- ALVIN Patrick (2008), *Adolescents souffrants et suicidants: les dangers de l'esquive*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 1383-1387.
- ARMSTRONG David (1986), *The invention of infant mortality*, "Sociology of Health and Illness", vol. 8, 1986, pp. 211-232.
- BALSAMO Elena (2002), *Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria*, pp. 99-160, in LA CASA DI TUTTI I COLORI (curatore), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Franco Angeli, Milano.
- BAILLY Daniel (2010), *Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent*, "Archives de Pédiatrie", vol. 17, 2010, pp. S7-S15.
- BARON S. - BATTIN J. - DAVID A. - LIMAL J.M. (2000), *Puberté précoce chez les enfants adoptés de pays étrangers*, "Archives de Pédiatrie", vol. 7, 2000, pp. 809-816.
- BEAVER Kevin M. - WRIGHT John Paul (2005), *Biosocial development and delinquent involvement*, "Youth Violence and Juvenile Justice", vol. 3, n. 2, 2005, pp. 168-192.
- BECK-PECCOZ Pascal - PERSANI L. - ROMOLI R. - ASTERIA C. - BORGATO S. (1998), *Mutations activantes des récepteurs des gonadotrophines*, "Archives de Pédiatrie", vol. 5, suppl. 4, 1998, pp. 380-384.
- BERTOSSI E. - DI BENEDETTO A. - GATTA M. - BULFONI C. - DRIUL D. - LIUT S. - CREMASCHI S. (2005), *Valutazione dell'impatto psicologico dello sviluppo puberale precoce in una casistica ambulatoriale*, "Imago", vol. 12, n. 3, 2005, pp. 227-248.
- BILLARD Catherine - DUCOT B. - PINTON F. - COSTE-ZEITOUN D. - PICARD S. - WARSZAWSKI J. (2006), *BREV, une batterie d'évaluation des fonctions cognitives: validation dans les troubles des apprentissages*, "Archives de Pédiatrie", vol. 13, 2006, pp. 23-31.
- BINEL Geneviève (2007), *Les marques du corps*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 235, 2007, pp. 5-6.
- BRAUNER R. - COUTO-SILVA A.-C. - CHEMAITILLY W. - ADAN L. - TRIVIN C. (2005), *Pubertés précoces centrales des filles: prédiction de l'étiologie*, "Archives de Pédiatrie", vol. 12, 2005, pp. 1661-1664.
- BUTLER Judit (2006 [1990]), *Trouble dans le genre*, Paris, La Découverte.
- CAREL Jean C. - LINGLART A. - ROGER M. - LALHOU N. - CHAUSSAIN J.L. (2002), *Quand et comment traiter une puberté précoce centrale?*, "Archives de Pédiatrie", vol. 9, 2002, pp. 237-239.
- CASSAGNAUD Jean (curatore) (2009), *Le passage à l'âge d'homme*, Téraèdre, Paris, 2009 (Culture et Sociétés, 2009).
- CAVALLI SFORZA Luigi Luca (2008), *L'evoluzione della cultura*, Codice, Torino.
- COHEN Simon (curatore) (1987), *Folk devils and moral panics. The creation of the Mods and Rockers*, Blackwell, Oxford.
- CONSTANT Jeanne (2008), *Les enfants sont toujours différents*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 243, 2008, pp. 18-20.
- COTA-ROBLES Sonia - NEISS Michelle - ROWE David C. (2002), *The role of puberty in violent and non violent delinquency among Anglo-American, Mexican American and Afro-American boys*, "Journal of Adolescent Research", vol. 17, n. 4, 2002, pp. 364-376.
- DANEL Paul (2008), *Lettre ouverte à tous les responsables, décideurs et acteurs dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 1155-1158.
- DAW S.F. (1970), *Age of boys puberty in Leipzig, 1727-49, as indicated by voice breaking in J.S. Bach's choir members*, "Human Biology", vol. 42, 1970, pp. 87-89.
- DE LA ROCHEBROCHARD ÉLISE (1999), *Les âges à la puberté des filles et des garçons en France*, "Population", vol. 54, n. 6, 1999, pp. 933-962.

- DI MAIO Salvatore (2002), *La pubertà femminile: come e quando esordisce, con che ritmo procede, quando intervenire*, "Medico e Bambino", vol. 21, n. 1, 2002, pp. 20-26.
- DOSSIER (2005), *L'enfant en psychiatrie. Ensemble contre l'isolement*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 225, agosto 2005, p. 13-36.
- DOSSIER (2007), *La parentalité en question. Un lien unique*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 237, agosto 2007, pp. 15-36.
- DOSSIER (2007), *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Mettre en place une prise en charge globale et pluridisciplinaire*, Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant, n. 239, dicembre 2007, pp. 15-38.
- DOSSIER (2008), *La médecine de l'adolescent. Une clinique biopsychosociale*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 242, giugno 2008, pp. 17-33.
- ESOUFINO A.I. - VILLAÑA M.A. - AGRASAL C. (1987), *Effect of neonatal melatonin administration on sexual development in the rat*, "Journal of Steroid Biochemistry", vol. 27, n. 4-6, 1987, pp. 1089-1093 [Doi:10.1016/0022-4731(87)90194-4].
- FASSIN Didier (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard - Seuil, Paris.
- FOGEL Roland (2004), *The escape from hunger and premature death, 1700-2100. Europe, America, and the Third World*, Cambridge University Press, New York.
- FRISCH Raymond E. (1978), *Population, food intake, and fertility*, "Science", n. 199, 1978, pp. 22-30.
- GASPARINI Nicoletta - DI MAIO Salvatore - GREGO Luigi (2005), *I tempi della pubertà spontanea nelle femmine: uno studio campano*, "Quaderni ACP", vol. 12, n. 2, 2005, pp. 85-86.
- GHOZALI Françoise (2008), *La santé des adolescents en question*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 245, 2008, pp. 8-9.
- GIARELLI Guido (2007), *The ambivalence of integrative medicine*, in LITTLEWOOD Roland (curatore), *On knowing and not knowing in the anthropology of medicine*, Left Coast Press, Walnut Creek (California).
- GOGUEL D'ALLONDANS Thierry (2005), *Réinventons les rites de passage!*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 224, giugno 2005, pp. 39-42.
- GOLDSTEIN Joshua R. (2011), *A secular trend toward earlier male sexual maturity: evidence from shifting ages of male young adult mortality*, "Plos One", vol. 6, n. 8, 2011, e14826 [Doi: 10.1371/journal.pone.0014826].
- HENGST Heinz - ZEIHNER Helga (curatori) (2003), *Kinder, Körper, Identitäten*, Juventa Verlag, Weinheim - München.
- HERMAN-GIDDENS M.E. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - BOURDONO C.J. - BHAPKAR M.V. - KOCH G.G. (1997), *Secondary sexual characteristic and menses in youth girls seen in office practice: a study from the pediatric research in office setting network*, "Pediatrics", vol. 99, n. 4, 1997, pp. 936-941.
- HOULIHAN Jane - LUNDER Sonys - JACOB Anila (2010), *Timeline: BPA from invention to phase-out*, "Environmental Working Group" [<http://www.ewg.org/reports/bpatimeline>].
- JEAMMET Paul (2007), *Actualité du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007 pp. 565-568.
- JENKS Charles (1982), *Constituting the child*, in JENKS Charles (curatore), *The sociology of childhood*, Batsford Academic. London.
- JOUSSELME Charles (2010), *Parentalité en 2008: entre démission et autoritarisme*, "Archives de Pédiatrie", vol. 17, 2010, pp. S26-S31.
- KAPLOWITZ P.B. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - PEDLOW S.E. - HERMAN-GIDENS M.E. (2001), *Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race*, "Pediatrics" 108, n. 2, 2001, pp. 347-353.

- KELLE Helga (2004), *I bambini costruiscono l'infanzia. Approcci etnografico-costruttivisti alle culture dei pari*, pp. 76-98, in HENGST Heinz (curatore), *Per una sociologia dell'infanzia*, Franco Angeli, Milano.
- LANDRIEU Philippe (2007), *Médecine d'adolescents ou psychiatrie d'adolescents: dissiper l'équivoque?*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 853-855.
- LE BRETON David (2003), *L'adolescence à risque*, Hachette, Paris.
- LEBRETHON Marie Christine - BOURGUIGNON Jean Paul (2002), *Aspects récents des mécanismes neuro-endocriniens de la puberté*, "Archives de Pédiatrie", vol. 9, 2002, pp. 226-228.
- LEVINE Robert A. (2007), *Ethnographic studies of childhood: an historical overview*, "American Anthropology", vol. 109, n. 2, 2007, pp. 247-260.
- LIBERTUM C. - LUX-LANTOS V. - BIANCHI M. - FERNANDEZ M. (2009), *Neonatal exposure to Bisphenol A alters reproductive parameters and gonadotropin releasing hormone signaling in females rats*, "Environmental Health Perspectives", [doi:10.1289/ehp.0800267] [<http://dx.doi.org/10.1289%2Fehp.0800267>] (consultato il 27 gennaio 2012).
- MAROTEUX Pascale (2008), *Du danger d'être petit. Une taille inférieure à la moyenne devient-elle pathologique dans notre société?*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 1381-1382.
- MARSHALL W.A. - TANNER J. M. (1969), *Variation in pattern of pubertal changes in girls*, "Archives of Diseases of Children", vol. 44, 1969, pp. 291-303.
- MASSART Francesco *et al.* (2008), *High growth rate of girls with precocious puberty exposed to estrogenic mycotoxins*, "Journal of Pediatrics", vol. 152, 2008, pp. 690-695.
- McKENNA Phil (2007), *Childhood obesity brings early puberty for girls*, [<http://web.archive.org/web/20080419072722/http/www.newscientist.com/article/dn11307-childhood-obesity-birng-early-puberty-for-girls.html>] (consultato il 1 marzo 2012).
- MONLÉON J. V. - GENESTE B. - HUET F. (1999), *Puberté précoce chez les enfants adoptés, un risque à ne pas oublier*, "Archives de Pédiatrie", vol. 6, 1999, pp. 589-90.
- MONTERO Marc (2009), *L'adolescence dans tous ses états*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 246, 2009, p. 9.
- MONTERO Marc (2009), *La place du risque dans nos interventions auprès des enfants et adolescents*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 246, 2009, p. 10.
- MOULINIÉ Véronique (1997), *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- NIELD Linda S. - CAKAN Nedim - KAMAT Deepack (2007), *A practical approach to precocious puberty*, "Clinical Pediatrics", vol. 46, n. 4, 2007, pp. 299-306.
- NOIRHOMME-RENARD F. - DECCACHE A. (2007), *Mise au point. La santé physique, mentale et les comportements de santé des adolescents immigrants de première génération*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 1020-1027.
- PIENKOWSKI C. - CARTAULT A. - MENENDEZ M. - PONSAR C. - LORENZINI F. (2008), *L'adolescente et sa première contraception*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 586-588.
- PIENKOWSKI C. - LAMICHE-LORENZINI F. - CARTAULT A. - FAZAL J. - FEIGERLOVÁ E. - LESOURD F. - TAUBER M. (2007), *Table ronde: L'enfant à risque de stérilité (SFEDP, GGP, SFCE). Les troubles de la fertilité dans les affections endocriniennes*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 715-717.
- PILLET Fabienne (2008), *La santé de l'enfant et de l'adolescent, une priorité nationale*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 242, 2008, p. 9.
- PONTE Carène, *Ordre infirmier, protection de l'enfance, prévention de la délinquance, les nouvelles dispositions* (2007), "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", vol. 28, n. 236, giugno 2007, pp. 5-6.
- RANISIO Gianfranca (2012), *Corpo femminile e medicalizzazione*, pp. 67-83, in Cozzi Donatella (curatore) *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario in onore di Tullio Seppilli*, Morlacchi Editore, Perugia.

- RUBEL Frédéric (2006), *La Classification commune des actes médicaux cliniques en Pédiatrie*, "Archives de Pédiatrie", vol. 13, 2006, pp. 588-595.
- SAMSON Bernard (2007), *Les enfants de l'aide sociale à l'enfance, 20 ans après*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 735-737.
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 1, n. 1, marzo 1987, pp. 6-41.
- SIRVENT N. - BÉRARD E. (2010), *Cadre juridique de la prise de décision chez le mineur*, "Archives de Pédiatrie", vol. 17, 2010, pp. S3-S6.
- SMARRITO Stéphane - CHAOUAT Marc - MIMOUN Maurice (2005), *Les demandes des enfants en chirurgie esthétique et réparatrice*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 227, dicembre 2005, pp. 26-28.
- SOLBERG Ann (1990), *Negotiating childhood. Changing construction of age for Norwegian children*, pp. 126-144, in JAMES Allison - PROUT Alan (curatori), *Constructing and reconstructing childhood. Contemporary issues in the sociological study of childhood*, RoutledgeFalmer, London.
- SOMMELET Daniel (2007), *L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 1011-1019.
- STHENEUR C. - ALVIN P. - BOUDAİLLEZ B. - GRONNIER P. - JACQUIN P. - PICHEROT G. - STRUMEYER C. (2009), *Mieux prendre en charge l'adolescent en souffrance*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 246, 2009, pp. 7-8.
- TANNER J. M. (1962), *Growth at adolescence*, II ediz., Blackwell, Oxford.
- TANNER J. M. (1973), *Trend toward earlier menarche in London, Oslo, Copenhagen, the Netherlands and Hungary*, "Nature", n. 243, 1973, pp. 95-96.
- TAUBER M. (2002), *Âge normal de la puberté et explorations endocriniennes*, "Archives de Pédiatrie", vol. 9, 2002, pp. 229-230.
- TAUBER M. - RICOUR C. - BOCQUET A. (2007), *L'obésité infantile: nécessité d'un consensus autour de la prévention*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 1279-1281.
- THIBAUD E. - SAMARA-BOUSTANI D. - DUFLOS-COHADE C. (2008), *Méno-métrorragies de l'adolescente*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 584-585.
- THIBAUT H. - CARRIÈRE C. - BAINE M. - RUELLO M. - DELMAS C. - ATCHOARENA S. - DEVAUD J.-Y. - BARATCHART B.-A. - MAURICE-TISON S. (2009), *Prévention de l'obésité de l'enfant: l'expérience de l'Aquitaine*, "Archives de Pédiatrie", vol. 16, 2009, pp. 570-572.
- THIBAUT Pascale (2006), *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. État des lieux*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 233, 2006, p. 8.
- TRABACCHI Ghislaine (2005), *Le trouble des conduites... une nouvelle expertise de l'INSERM qui déchaîne les passions*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 226, octobre 2005, pp. 4-5.
- TURMEL André (2008), *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization and graphic visualization*, Cambridge University Press, Cambridge.
- VALLIDO Tamara - JACKSON Debra - O'BRIEN Louise (2009), *Mad, sad and hormonal: the gendered nature of adolescent sleep disturbance*, "Journal of Child Health Care", vol. 13, n. 1, 2009, pp. 7-18.
- VANTALON V. - BRIARD-LUGINBUHL V. - MOUREN M.C. (2005), *Syndrome de l'X fragile et schizophrénie à début très précoce : à propos d'un cas féminin*, "Archives de Pédiatrie", vol. 12, 2005, pp. 176-179.
- VINCELET C. - TABONE M.D. - BERTHIER M. - BONNEFOI M.C. - CHEVALLIER B. - LEMAIRE J.P. - DOMMERMUES J.P. sous l'égide du Groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie (2005), *Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins*, "Archives de Pédiatrie", vol. 10, 2005, pp. 403-409.
- UMHS [UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM] (2010), *Childhood obesity may contribute to later onset of puberty for boys*, "Science Daily", febbraio 2010 [http://sciencedaily.com/releases/2010/02/100201171651.htm] (consultato il 10 dicembre 2010).

Scheda sull'Autrice

Donatella Cozzi è attualmente docente a contratto di antropologia medica presso la Laurea magistrale in Antropologia nella Università degli studi di Milano Bicocca e di Laurea triennale in Infermieristica nella Università degli studi di Udine. Da oltre venti anni insegna nei corsi per infermiere (oltre ad alcune esperienze di docenza nei corsi universitari per ostetriche e fisioterapisti), per i quali nel 1995 ha pubblicato, con Daniele Nigris, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing* (Colibrì, Paterno Dugnano [provincia di Milano]). Si è anche occupata di tradizioni popolari (con Domenico Isabella e Elisabetta Navarra ha curato i due volumi di *Sauris /Zahre. Una comunità delle Alpi carniche*, Forum, Udine, 1998-1999, con il quale ha vinto il Premio Pitré - Salomone Marino, Palermo nel 1999) e da alcuni anni insegna Storia delle tradizioni popolari presso l'Università degli studi di Venezia Ca' Foscari.

Membro associato al Laboratoire 'Cultures et Sociétés en Europe' UMR 7236, Université de Strasbourg, nel quadro del programma ANR *Expériences du corps et passages d'âge: le cas des 9-13 ans (France et Italie)*, coordinato da Nicoletta Diasio, segue la ricerca etnografica sulle rappresentazioni del corpo dei preadolescenti, delle loro famiglie e degli operatori sanitari che li accompagnano nella transizione dall'infanzia all'adolescenza in Veneto.

Tra le pubblicazioni recenti: *Le imperfezioni del silenzio. Riflessioni antropologiche sulla depressione femminile in un'area alpina*, Bonanno, Roma - Acireale, 2007 / *Il dolore, la tortura, la voce. Note su La sofferenza del corpo di Elaine Scarry*, "DEP. Deportate, esuli, profughe. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile", n. 16, 2011, pp. 11-23 / (con Alvisa PALESE e Linda SALVADOR) *One-dimensional scales for pain evaluation adopted in Italian nursing practice. Giving preference to deaf patients*, "Journal of Nursing Measurement", vol. 19, n. 2, 2011, pp. 91-104 / *Expériences croisées. Comment les récits de la maladie d'autrui changent l'expérience du chercheur*, "Corps. Revue interdisciplinaire" (CNRS, Marseille), vol. 10, n. 1, 2012 (numero monografico su *Corps des affects. Corps en migration*), pp. 45-53 / *Sei semi di melograno. Antropologia medica, disastri e sindrome post-traumatica da stress*, "Erreffe. La Ricerca Folklorica" (numero monografico su *Giappone 2011*, a cura di Gianluca LIGI) (in corso di stampa).

Riassunto

Mad, sad and hormonal. Riflessioni sul corpo dei preadolescenti e la costruzione dei discorsi medici.

Il progetto di ricerca dell'ANR francese CorÂge tra i ragazzi e le ragazze tra i 9 e i 13 anni ha lo scopo di comprendere come viene socialmente costruita e vissuta la fase

di transizione tra l'infanzia e l'adolescenza. Scopo della ricerca è cogliere l'esperienza dei cambiamenti corporei, come essi vengono presentati, concettualizzati e co-costruiti dai protagonisti e dagli altri attori sociali che li accompagnano in questa delicata fase di passaggio: gruppo dei pari, genitori, insegnanti, operatori sanitari. Attraverso il corpo vengono interrogate la pluralità delle logiche e dei riferimenti sottesi alla costruzione di questa età dai confini incerti: biologici (la pubertà), scolastici (fine delle elementari, ingresso nelle medie), categorizzazioni sociali di età. Corpo ed età si situano al centro dei dibattiti contemporanei sulla transizione dall'infanzia all'adolescenza. Gli aspetti biologici e medici sono onnipresenti: l'epidemiologia ci mostra la progressiva diminuzione dell'età del menarca delle ragazze in Occidente. In un secolo, l'età media del menarca è scesa da circa 17 anni a circa 12 anni. Questa inquietudine relativa alla riorganizzazione delle età biologiche alimenta una rappresentazione che riduce il tempo dell'infanzia, ma a suscitare preoccupazione nei genitori sono soprattutto le pubertà dette precoci (come fanno atto numerosi siti web) e le ricerche mediche. In tal modo la pubertà precoce (essenzialmente femminile) da luogo attualmente ad una produzione di letteratura medica anglo-sassone vastissima ed a una proliferazione di dibattiti nei media e in internet. Il dibattito viene affrontato soprattutto nei termini dei fattori di rischio. La comparsa precoce dei caratteri sessuali secondari nei ragazzi e nelle ragazze mette in discussione i limiti dell'infanzia e solleva interrogativi sullo statuto del bambino nella società contemporanea e sui criteri adottati per definirla. Alle rappresentazioni di una classe di età in pericolo che pratica con maggiore anticipazione una serie di comportamenti a rischio (consumi di alcol e di droghe, giochi pericolosi, tentativi di suicidio) si sovrappone quella di una classe di età pericolosa. Questa doppia rappresentazione in parte è organizzata da una opposizione di genere – alle ragazze spettano i pericoli legati alla pubertà precoce e all'erotizzazione del corpo, ai ragazzi quelli delle condotte aggressive – ma in parte è mista e riguarda entrambi. La medicalizzazione di questa classe di età ha come effetto di classificare la preadolescenza nell'adolescenza, producendo una costruzione di genere.

Parole chiave: preadolescenza, corpo, costruzione del discorso medico, ipersessualizzazione del corpo femminile.

Résumé

Mad, sad and hormonal. À propos du corps des préadolescents et de la construction des discours médicaux

Le projet de recherche ANR CorÂge se propose d'étudier les modes qu'ont les enfants, garçons et filles, de 9 à 13 ans de penser et gouverner leurs transformations corporelles dans les pratiques ordinaires. On étudie concomitamment la manière dont

les parents et les pairs, et plus largement l'entourage co-construisent en interaction le corps genré de ces enfants. Par le corps, il s'agit en même temps d'interroger la pluralité des logiques et de des références qui sous-tendent la construction de cet âge aux contours incertaines: biologiques (la puberté), scolaires (fin du primaire, début du collège), catégorisations sociales d'âge. Corps et âge sont au cœur des débats contemporains sur la transition de l'enfance à l'adolescence. Les aspects biologiques et médicaux sont omniprésents: les études épidémiologiques montrent une forte diminution de l'âge à la ménarche des filles Occidentales. En un siècle l'âge moyenne à la première règle a diminué de 17 à environ 12 ans. L'inquiétude sur la réorganisation des âges biologiques alimente aussi la représentation d'une réduction de l'enfance, mais ce sont surtout les pubertés dites précoces qui sont créatrices d'anxiété pour les parents (des nombreux blogs en font état) et de questionnement médicaux. Ainsi, la puberté précoce (vue essentiellement comme féminine) donne lieu actuellement à une production médicale anglo-saxonne abondante et à une prolifération de débats dans les médias et sur l'internet. Les discussions sont essentiellement abordées en termes de facteurs de risque. La précocité de l'apparition des caractères sexuels secondaires chez les garçons et les filles remet donc en cause aujourd'hui les bornes de l'enfance et soulève des interrogations sur le statut de l'enfant dans la société contemporaine et sur les critères adoptés pour le définir. Aux représentations d'une classe d'âge en danger pratiquant de plus en plus tôt des comportements à risque (consommation d'alcool et de drogues, jeux dangereux, tentatives de suicide) se superpose celle d'une classe d'âge dangereuse. Cette double représentation s'organise en partie dans une opposition genrée – aux filles les dangers de la puberté précoce et de l'érotisations du corps, aux garçons les actes d'agression – mais aussi mixte. La médicalisation de cette classe d'âge a pour effet de classer la préadolescence dans l'adolescence, en produisant une construction genrée.

Mots clé: préadolescence, corps, construction du discours médical, hypersexualisation du corps féminin.

Resumen

Mad, sad and hormonal. Algunas reflexiones sobre el cuerpo de los preadolescentes y la construcción del discurso médico

El proyecto de investigación ANR CorÂge se propone de estudiar como los muchachos y las muchachas entre 9 y 13 años de edad piensan y gobiernan las transformaciones corpóreas en las prácticas cotidianas. Al mismo tiempo son estudiadas las co-construcciones del cuerpo de género que padres, amigos y pares, llevan a cabo en interacción con los muchachos. El cuerpo es un medio que permite de compulsar las lógicas

plurales y las referencias que alimentan la construcción de esta edad alindada por la incertidumbre: biológica (la pubertad), escolar (el pasaje entre escuela primaria y de segunda enseñanza), categorías sociales de edad. Cuerpo y edad se sitúan al centro del debate contemporáneo acerca de la transición de la infancia a la adolescencia. Los aspectos biológicos y médicos son omnipresentes: los estudios epidemiológicos muestran una disminución de la edad media de la primera menstruación en las muchachas de todo el Occidente. En el espacio de un siglo esa edad bajó de los 17 años a los 12. La aprensión que rodea la reorganización de las edades biológicas alimenta también una representación de una infancia abreviada, pero las preocupaciones más grandes de los padres se crean a propósito de las pubertades llamadas precoces (como demuestran tantos sitios en internet y la abundante literatura médica). Así la pubertad precoz, exclusivamente femenina, es motivo de numerosos artículos médicos, y de debates y preguntas en la arena mediática. Sobre todo el debate se refiere a los factores de riesgo. La precocidad de los caracteres sexuales secundarios femeninos y masculinos obliga a discutir los límites de la infancia y la posición y definición de la niñez en nuestra sociedad. A las representaciones de una clase de edad en peligro, que precozmente empieza a seguir comportamientos riesgosos (consumo de alcohol y de drogas, juegos peligrosos, tentativas de suicidio) se sobrepone la representación de una clase de edad peligrosa. Esta doble imagen se organiza alrededor de una oposición de género – las muchachas siendo expuestas a los peligros de la pubertad precoz y de un cuerpo erotizado, los muchachos a los de una conducta agresiva – que todavía en parte puede mezclar géneros y riesgos. La medicalización de esta clase de edad tiene como efecto de clasificar la pre-adolescencia en la adolescencia, y de construir una visión social de género.

Palabras llave: preadolescencia, cuerpo, construcción del discurso médico, hipersexualización del cuerpo femenino.

Abstract

Mad, sad and hormonal. About preadolescents body and construction of medical discourse

The research project CorÂge is concerned conceptually with what it means to 'do' childhood in the blurred transition from child to teenage status, from 9 to 123 age old. The aims of this research is to reflect on the lived, bodily experience of this transition. The analysis presented here focuses on medical discourses and internet information concerning the onset of puberty, the physiological sign of passage between childhood and adolescence. It explores the relationship between puberty presented by pediatric literature mostly as precocious puberty, as a pathological condition and a gendered

construction of female onset of puberty. By convention, normal puberty begins between age 8 and 12 years in girls and between 9 and 14 years in boys. The lower ages of normal pubertal onset recently has been challenged, but a consensus to accept puberty among young children without diagnostic evaluation has not been reached. A century-long secular trend reduced the age of menarche by about 17 to about 12 years. Reorganizing biological ages produces a briefer image of childhood, and anxiety in parents and society: in general, anxiety about girls sexuality has become rampant in wider cultural discourse, as debate about precocious onset of puberty in girls demonstrates. In web sites and psychological essays, often female physical maturation is cast as girls' ticket of entry into the delinquent world of boys. The onset of puberty and preadolescence are assimilated to adolescence as risk state. Precocious puberty (especially in females) create an abundant medical literature. The mean age of adrenarche in females is also considered race-dependent, medical literature reports. Precocious puberty in African-American and in adopted children are both forms of building ethnic differences in growth, physiology, and are considered to put children health at risk in the future. A representation of an age at peril of dangerous behaviour (alcohol and drugs, dangerous activities, suicide attempts) is superposed by an image of dangerous age. I would argue that much like other aspects of identity, childhood is an inter subjective process of 'becoming' and that this process involves becoming gendered. In focusing on the intersection between these three dimensions of what it means to be a girl in contemporary society, to be a medicalised object and to be feminine, the female tween body is constructed and perceived as gendered, ambivalent, by medicine and parents and by larger society.

Keywords: preadolescence, body, construction of medical discourse, hypersexualisation of female body.