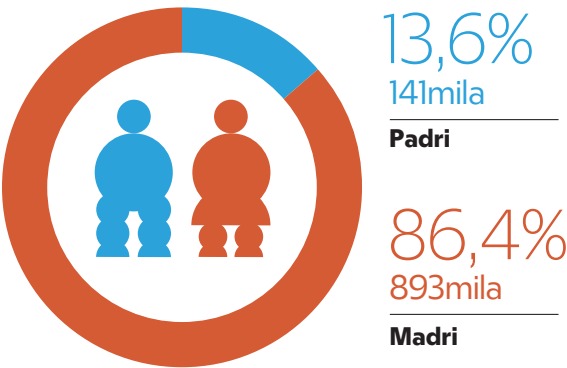


On the road Il ragazzino ha mal d'auto? Vademecum per viaggi sicuri	Quasi un bimbo su tre soffre di mal d'auto. Un malessere causato dall'ipersensibilità del centro dell'equilibrio situato all'interno dell'orecchio. Provoca pallore, sbadigli, sudorazione fredda e nausea fino al vomito. I medici del Bambino Gesù di Roma hanno	realizzato una guida sulla sicurezza in auto insieme alla Fondazione Ania. Questo fastidio può essere tenuto a bada seguendo 7 regole base: affrontare il viaggio quando il bimbo ha ancora sonno, mantenere una guida tranquilla e regolare, evitare gli odori forti, far fare	frequenti spuntini salati sia prima sia durante il viaggio, distrarre con la musica o con giochi invitando il piccolo a guardare avanti, mantenere l'ambiente fresco e fare soste ogni 2-3 ore. La sicurezza in auto è garantita dall'uso corretto di seggiolini, adattatori e cinture.
--	--	---	---

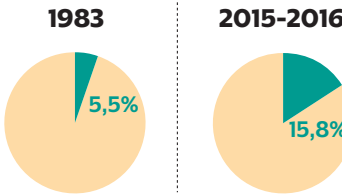
I numeri

1,034 mln

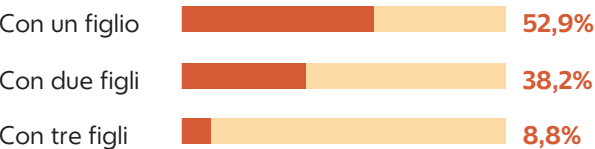
la stima dei nuclei familiari monogenitore in cui è presente almeno un figlio minore



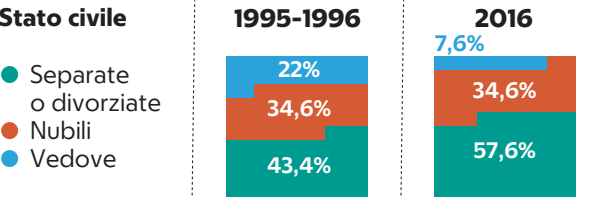
Nuclei monogenitoriali con figli minori



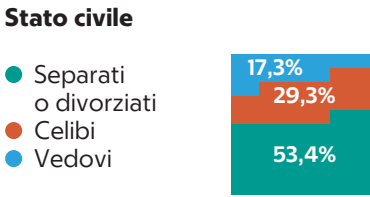
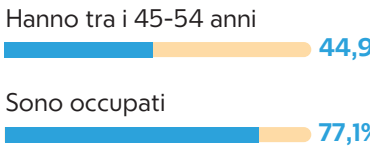
Le madri



Età	1995-1996	2016
< 35 anni	31,5%	20,3%
tra i 45-54 anni	20,9%	31,8%



I padri



INFOGRAFICA MATTEO RIVA
FONTE: ISTAT, DATI: BIENNIO 2015-2016 IN ITAL



Periscopio

di Daniela Minerva

Test genetici Magnifica illusione di poca utilità

Il New England Journal of Medicine (la Bibbia della medicina americana) pubblica un editoriale di cui davvero si sentiva il bisogno. E lo fa ricordandone uno analogo scritto undici anni fa quando di fronte ai molti medici che si chiedevano se suggerire/prescrivere o no un test genetico potenzialmente predittivo per una specifica patologia ai loro pazienti rispondeva apoditticamente: “Non adesso. Chiedetecelo fra qualche anno”. Beh, dice oggi il *NEJM* di fronte alla stessa domanda daremmo la stessa risposta. «Abbiamo assistito a un’esplosione di informazioni sulle variazioni genetiche che hanno riconfigurato la nostra comprensione della genetica delle malattie comuni», scrivono David Hunter e Jeffrey Drazen della Oxford University. E poi spiegano che tutta questa conoscenza ci permette di comprendere che, senza una storia familiare che indichi il ruolo di un’unica componente genetica, la maggior parte delle malattie ha profili molto complessi con migliaia di geni che influenzano assai poco ciò che accadrà. Ci permettere di comprendere che l’ambiente ha un ruolo decisivo nell’espressione di molti geni. E poi abbiamo le storie genetiche di migliaia di pazienti che ci danno al più «informazioni sul rischio. Di quale utilità clinica?», si chiedono gli scienziati. Perché il senso di questa lunga disamina è proprio quello di definire a cosa serva sapere percentuali di rischio, profili genetici, e così via. L’utilità clinica, spiegano gli autori, dipende dalla possibilità di interventi che riducano il rischio delle persone che si sa sono ad alto rischio. È probabile - dicono - che in futuro i medici di medicina generale baseranno i consigli di prevenzione e diagnosi precoce sui profili di rischio, ma, concludono: «La domanda è: quel futuro è già arrivato? Noi pensiamo di no». E questo dovrebbe dirci molto sulla voglia di farsi fare il profilo genico che sta prendendo molte persone affascinate, com’è giusto, dalle magnifiche prospettive scientifiche e mediche che la genomica ci ha regalato. La medicina, e le terapie, stanno vivendo una straordinaria rivoluzione grazie alle informazioni seguite alla mappatura del genoma umano, ma è bene che ci ricordiamo tutti che queste informazioni hanno senso in mano ai medici e in specifici contesti. A noi avere un bel foglio del tutto incomprensibile che definisce (all’incirca) i nostri eventuali rischi con un mare di se e di ma non serve a niente. Se non a farci buttare soldi e a farci prendere un bel po’ di inutili paure.

I disturbi alimentari

“Troppe molle, troppo verde” Così i bimbi snobbano il cibo

di Giulia Villoresi

Anna, 5 anni, mangia solo pasta al pomodoro. Giulio, che ne ha 7, rifiuta qualunque cibo di colore verde. E visto che l’alimentazione è il terreno in cui si piantano i primi semi dell’educazione e della convivialità, ma anche il canale attraverso cui si esprimono disagi profondi, i genitori di Anna e Giulio sono preoccupati. I disturbi dell’alimentazione non solo coinvolgono sempre più persone a un’età sempre più precoce, ma stanno imponendo alla medicina di formulare nuove e complesse categorie diagnostiche. Come l’Arfid, (Avoidant restrictive food intake disorder), “disturbo evitante dell’assunzione di cibo” che è stato oggetto di discussione all’ultimo Congresso nazionale di pediatria. In Italia ne soffrono circa 320mila pazienti, prevalentemente bambini, nei quali di solito esordisce tra i sei mesi e i tre anni, cioè durante il passaggio all’alimentazione autonoma.

«Il disturbo si manifesta con una persistente incapacità ad alimentarsi» spiega Giuseppe Banderali, direttore del reparto di Pediatria e neonatologia dell’ospedale San Paolo di Milano, «il che significa che ci devono essere problemi fisici o psicologici importanti, non episodici, e non riconducibili ad altre patologie. I bambini con l’Arfid accettano un numero limitato di pietanze, sono gravemente sottopeso e spesso hanno un comportamento psicossociale alterato».

La diagnosi non è semplice, prima bisogna escludere disturbi organici e fare attenzione alla genetica che potrebbe avere il suo peso, per esempio attraverso specifiche

Il libro



L'alimentazione Emotiva

di Debra Safer, Sarah Adler e Philip Masson (Raffaello Cortina) affronta il binge eating (l’abbuffata) e altri tipi di “alimentazione da stress”, spiegando come la Dialectical Behavior Therapy, ideata per pazienti con un ridotto controllo degli impulsi, possa offrire un cambiamento

ipersensibilità sensoriali. «Essendo stato classificato di recente» spiega Banderali, «siamo ancora agli albori della conoscenza sull’Arfid. Nel 2013 è stato inserito nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Ma la comunità pediatrica non dispone ancora di strumenti clinici validati. Per questo nei prossimi mesi lavoreremo a un test per facilitare la diagnosi».

E anche in assenza di questa o altre patologie, la famiglia ha un ruolo importante nel cogliere i primi segnali di disturbo alimentare: smiuzzare il cibo in pezzi piccolissimi, la lentezza nel pasto, l’esclusione di alcuni alimenti, l’assunzione di molta acqua, un’attività fisica eccessiva e un uso frequente del bagno, specie dopo i pasti, sono campanelli d’allarme, specie se associati a comportamenti psicosociali alterati, come un cambiamento nella personalità, la tendenza a isolarsi, a nascondere le proprie attività quotidiane. Pressioni o minacce, possono avere un effetto controproducente, abbassando il livello di piacere associato al pasto. Anche promettere dei premi non dà buoni risultati. Inoltre un bambino che mangia poco o che mostra un atteggiamento selettivo verso il cibo, non deve mettere subito in allarme. Il momento dei pasti, infatti, rappresenta una fase cruciale del percorso evolutivo: non è raro, quindi, che all’interno di questo percorso si manifestino delle difficoltà di relazione con il cibo. Nella maggior parte dei casi, però, queste difficoltà tendono a risolversi spontaneamente.



un nuovo genitore».

In questi casi i ragazzi vanno preparati all’incontro e il nuovo compagno non deve essere troppo invadente. «Ci vuole del tempo per vincere le reciproche diffidenze. Il terzo genitore non deve dimenticare che i figli sono anche spesso uniti da un legame di lealtà al genitore non presente», dice Oliviero Ferraris. E il genitore rimasto a casa può dare una mano in questi casi. «Può tranquillizzare il figlio spiegandogli che non ci sono problemi e che deve godersi la vacanza».