

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicoebambino.com

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia, abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa).

Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

1. **Titolo** in italiano e in inglese.
2. **Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
3. **Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
4. **Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
5. **Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
6. **Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
7. **Bibliografia**: va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, la prima e l'ultima pagina del testo. Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590
redazione@medicoebambino.com

Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 10 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

LA PAGINA GIALLA

1. In una recente casistica su 286 bambini con leucemia linfoblastica acuta (LLA) in che percentuale di casi vi è stato un esordio con sintomatologia articolare (metà dei casi con segni obiettivi di artrite)?

a) 8,5%; b) 18,5%; c) 28,5%.

2. I bambini con LLA con sintomatologia articolare con che frequenza avevano all'esordio un'assenza di citopenia all'emocromo?

a) 4%; b) 14%; c) 24%; d) 34%.

3. Al momento non vi sono evidenze in merito al fatto che la somministrazione di vitamina D sia utile nel prevenire infezioni batteriche (e in modo particolare le polmoniti) al di fuori del documentato stato carenziale

Vero/Falso

4. Alcune recenti evidenze sembrano dimostrare che nelle artriti settiche l'uso del cortisone per via sistemica (desametasone):

a) Peggiora i tempi di guarigione e prolunga la durata della terapia antibiotica; b) Migliora i tempi di guarigione e riduce i tempi della terapia antibiotica; c) È indifferente rispetto ai parametri indicati.

AGGIORNAMENTO - CALCOLOSI BILIARE

5. Nel bambino la natura dei calcoli biliari è più frequentemente:

a) Di natura pigmentaria; b) Di natura colesterolica; c) Di natura proteica; d) Di carbonato di calcio.

6. In merito alla colelitiasi del bambino/adolescente quale delle seguenti affermazioni è giusta?

a) È quasi sempre sintomatica, sicuramente di più rispetto all'adulto; b) La sua prevalenza è maggiore nel bambino piccolo rispetto all'adolescente; c) Si verifica in modo particolare in categorie a rischio come quelli con anemia emolitica; d) La sua prevalenza non è nota ma è intorno a 1 caso su 100.

7. La colelitiasi nel primo anno di vita è dovuta prevalentemente alla nutrizione parenterale e alle resezioni estese del tenue

Vero/Falso

8. Tra le principali cause di colelitiasi nel bambino e nell'adolescente va sempre considerata una emolisi cronica (ad esempio da sferocitosi) a volte non conosciuta

Vero/Falso

9. Il trattamento medico con acido ursodesossicolico è usualmente indicato:

a) Nel bambino-adolescente con calcoli di colesterolo (radiotrasparenti) di diametro inferiore o uguale a 5 mm; b) In qualsiasi tipo di colelitiasi; c) In presenza di calcoli radiopachi.

ARTICOLO SPECIALE

LETTURA CONDIVISA IN FAMIGLIA

10. L'emergent literacy è definibile come il complesso di conoscenze, attitudini e abilità necessarie per sviluppare le abilità di lettura.

Si sviluppa nei primi anni di vita e si basa:

a) Esclusivamente su competenze genetiche; b) Sul contesto ambientale; c) Su competenze genetiche in relazione a quanto offre l'ambiente, in particolare dal punto di vista della stimolazione verbale.

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

ANEMIA SIDEROPENICA

11. La prevalenza dell'anemia sideropenica nei bambini europei di età compresa tra 1 e 3 anni è stata valutata essere pari a:

a) 1-2%; b) 3-9%; c) 10-15%.

12. In età pediatrica qual è la principale causa di anemia sideropenica?

a) La celiachia; b) Le perdite gastrointestinali; c) L'infezioni da *Helicobacter pylori*; d) Il carente introito di ferro.

13. Quale delle seguenti affermazioni è errata?

a) In condizioni basali l'assorbimento di ferro a livello intestinale risulta essere del 10-35%; b) L'assorbimento di ferro a livello intestinale aumenta significativamente (sino anche al 90%) in presenza di sideropenia; c) Il sale ferroso (Fe²⁺) presenta un assorbimento nettamente inferiore rispetto al sale ferrico (Fe³⁺).

14. La conta reticolocitaria assoluta (ARC) e il contenuto reticolocitario di emoglobina (CHr) sono marker attendibili e precoci sia nella diagnosi di anemia sideropenica che nel follow-up in corso di trattamento. Quale dei parametri reticolocitari ha un incremento a distanza di poche ore (48 ore) dall'inizio della terapia marziale?

a) L'ARC; b) Il CHr; c) Entrambi.

Risposte

LA PAGINA GIALLA 1=b; 2=c; 3=Vero; 4=b; AGGIORNAMENTO 5=a; 6=c; 7=Vero; 8=Vero; 9=a; ARTICOLO SPECIALE 10=c; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 11=b; 12=d; 13=c; 14=a.