

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto: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](mailto: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 8 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### PAGINA GIALLA

**1. Un recente studio clinico randomizzato sulla marsupio-terapia (kangaroo mother care) ha dimostrato che l'adozione di questa pratica entro le prime 31 ore dalla nascita in neonati di peso inferiore a 2250 g (rispetto a nessun intervento):**

**a)** È in grado di ridurre la mortalità entro 28 giorni di vita; **b)** Non è in grado di ridurre la mortalità; **c)** È in grado di ridurre la mortalità ma solo nei neonati con peso alla nascita < 1500 g.

**2. Uno studio prospettico che ha osservato per almeno 20 anni i casi di ipercolesterolemia familiare trattati sin da piccoli (tra 8 e 18 anni) con statine (parvastatina) ha dimostrato che:**

**a)** L'incidenza di eventi cardiovascolari precoci e della mortalità prima di 39 anni è ridotta rispetto ai genitori affetti; **b)** Il trattamento precoce non è in grado di ridurre né gli eventi cardiovascolari precoci né la mortalità; **c)** Vi è un aumentato rischio di effetti collaterali nei trattati che non giustifica l'utilizzo di questa classe di farmaci.

### FOCUS SULLO SVEZZAMENTO GENETICA DEL GUSTO

**3. È stato dimostrato che variazioni del gene TAS2R38 (responsabile della percezione del gusto amaro) sono associate al comportamento alimentare selettivo di bambini in età prescolare. Nella popolazione di bambini quale sarebbe la percentuale di quelli insensibili al gusto amaro (non taster)?**

**a)** 10%; **b)** 30%; **c)** 50%; **d)** 70%.

**4. I lattanti e i bambini non taster (insensibili al gusto amaro) avrebbero:**

**a)** Maggiore preferenza per le verdure; **b)** Una minore selettività alimentare; **c)** Una maggiore disinibizione alimentare; **d)** Una preferenza per i dolci; **e)** Tutte le precedenti tranne b); **f)** Tutte le precedenti tranne d).

### SVEZZAMENTO E MALATTIE

**5. Quali dei seguenti dati laboratoristici possono accompagnare la fruttosmia?**

**a)** Ipglicemia, ipertransaminasemia, acidosi lattica, iperuricemia, ipofosforemia; **b)** Ipglicemia, ipertransaminasemia, alcalosi metabolica, iperuricemia, ipofosforemia; **c)** Iperglicemia, ipertransaminasemia, acidosi lattica, iperuricemia, ipofosforemia.

**6. Quale delle seguenti è la definizione corretta di FPIES (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome)?**

**a)** È una forma di allergia alimentare IgE-me-

diata la cui diagnosi può essere posta solo in caso di positività delle prove allergiche per l'alimento sospetto (prick test o rast); **b)** È una forma di allergia alimentare non IgE-mediata la cui diagnosi è posta esclusivamente su base clinica; **c)** È una forma di allergia che può essere sia IgE-mediata che non IgE-mediata.

**7. Nello svezzamento del lattante che ha familiarità allergica è sempre consigliato ritardare l'introduzione di alimenti potenzialmente allergizzanti (come uovo, arachidi ecc.)**

Vero/Falso

**8. In merito all'introduzione del glutine nel divezzo e al rischio di sviluppare la celiachia, quali delle seguenti affermazioni riassumono le correnti evidenze scientifiche?**

**a)** Più tardi si introduce il glutine e maggiore è la probabilità di prevenire l'insorgenza della celiachia; **b)** La tempistica di introduzione del glutine non influenza il rischio di sviluppare la celiachia; **c)** Una diagnosi tempestiva di celiachia con un'introduzione non ritardata del glutine può potenzialmente far fare una diagnosi di celiachia precoce evitando la persistenza di una autoimmunità subclinica; **d)** Sia la risposta b) che c) sono corrette.

**9. La familiarità per il diabete mellito di tipo 1 non impone nessuna precauzione in caso di svezzamento (ad esempio ritardare l'introduzione del glutine)**

Vero/Falso

### PROBLEMI SPECIALI - NARCOLESSIA

**10. La narcolessia ha due picchi di età di insorgenza in età pediatrica-adolescenziale:**

**a)** 5-10 anni e 10-14 anni; **b)** 6-10 anni e 14-18 anni; **c)** 10-14 anni e 15-19 anni.

**11. Le Red Flags della narcolessia in età pediatrica riguardano alcuni sintomi e segni di allarme principali che sono:**

**a)** Eccessiva sonnolenza diurna; **b)** Cataplessia; **c)** Segni endocrinologici e metabolici; **d)** Tutti e tre i precedenti; **e)** I precedenti tranne la b); **f)** I precedenti tranne la c).

**12. Quali sono i segni endocrinologici che possono associarsi alla narcolessia?**

**a)** Pubertà precoce; **b)** Pubertà ritardata; **c)** Insufficienza surrenalica; **d)** Ipotiroidismo.

**13. Un incremento di peso improvviso e rapido (sino all'obesità) può accompagnarsi in alcuni casi ai segni neurologici indicativi di una possibile narcolessia**

Vero/Falso

PAGINA GIALLA 1=a; 2=a; FOCUS SULLO SVEZZAMENTO 3=b; 4=f; 5=a; 6=b; 7=Falso; 8=d; 9=Vero; PROBLEMI SPECIALI 10=c; 11=d; 12=a; 13=Vero.

## Risposte