

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 (con al massimo 40 referenze), 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, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI.
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 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PROBLEMI CORRENTI

TUTTA LA TOSSE IN UNA FIGURA

1. Quale delle seguenti cause di tosse ha la caratteristica di essere secca come tipologia?

- a) Discinesia ciliare; b) Corpo estraneo bronchiale; c) Psicosomatica (somatoforme); d) Bronchite cronica protratta.

2. La bronchite eosinofila è stimata essere la causa del 10-30% delle tosse croniche del bambino e dell'adulto. In merito alla terapia si caratterizza per:

- a) Rispondere sempre alla terapia con beta-2 agonisti; b) Rispondere alla terapia con cortisonici (soprattutto per via orale ma anche inalatoria); c) Rispondere alla terapia con i macrolidi; d) Rispondere alla terapia con antileucotrieni.

3. Tra le cause di tosse ricorrente/cronica va sempre escluso di norma un reflusso gastroesofageo

Vero/Falso

4. La tosse da SIRT (sindrome da ipersensibilità dei recettori della tosse) si caratterizza per:

- a) Essere secca e ricorrente; b) Essere catarrale; c) Riguardare quasi esclusivamente il bambino in età scolare; d) Rispondere alla terapia cortisonica inalatoria.

5. La tosse psicogena chiamata più correttamente come somatica, presenta alcune caratteristiche distintive che possono permettere una diagnosi "in positivo". Tra queste quale è corretta?

- a) Di essere secca, a "clacson", molto stereotipata presente sia di giorno che di notte; b) Di essere secca, a "clacson", molto stereotipata presente solo di giorno; c) Di avere tipicamente una caratterista accessuale, ripetitiva che ricorda la pertosse; d) Nessuna delle precedenti.

AGGIORNAMENTO

PIU ONCO CHE EMATOLOGIA

6. Quale delle seguenti rappresenta una "bandierina rossa" per una possibile condizione di malignità in presenza di una linfadenopatia?

- a) L'età scolare; b) L'età adolescenziale; c) La sede sovraclaveare; d) Sia la risposta b) che c) sono corrette.

7. La leucemia mieloide cronica si caratterizza per quali delle seguenti caratteristiche dell'emocromo?

- a) Una leucopenia sempre associata a piastrinopenia; b) Una costante leucocitosi significativa; c) Una conta leucocitaria che può essere normale, ma con costanti valori bassi delle piastrine e dell'emoglobina; d) L'emocromo nella maggioranza dei casi non si caratterizza per aspetti distintivi e la diagnosi si basa su sintomi sistemici

NEONATOLOGIA

STROKE NEONATALE

8. L'ischemia cerebrale del neonato a termine è un evento relativamente raro con un'incidenza variabile tra gli studi che risulta essere pari a:

- a) 1:300-1000 nati vivi; b) 1:500-2000; c) 1:600-5000; d) 1:3000-6000.

9. I fattori di rischio materni per lo stroke neonatale sono diversi. Tra i seguenti quale sembra essere correlato maggiormente all'evento?

- a) La preclampsia; b) La primarietà; c) Fumo o uso di sostanze stupefacenti in gravidanza; d) Disordini autoimmuni; e) Tutti i precedenti.

10. Di fronte a un evento ischemico neonatale una condizione di rischio responsabile di una buona percentuale dei casi è la presenza di uno stato trombofilico che va sempre ricercato

Vero/Falso

11. I neonati con stroke neonatale hanno come manifestazione clinica di sospetto più frequente

- a) Un obbligato stato di profondo torpore; b) Un'ipotonìa marcata; c) Manifestazioni convulsive; d) Un quadro emplegico obbligato.

12. Gli esiti dello stroke neonatale possono essere diversi: che percentuale dei casi riguarda i possibili disturbi del linguaggio?

- a) Il 5%; b) Il 10%; c) Il 20%; d) Il 50%.

PROBLEMI CORRENTI 1=c; 2=b; 3=Falso; 4=a; 5=b; AGGIORNAMENTO 6=d; 7=b; NEONATOLOGIA 8=c; 9=e; 10=Falso; 11=c; 12=c.

Risposte