

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 9 (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.

EDITORIALI - MIOPIA

1. Negli ultimi anni la percentuale di miopi nel mondo è:

a) Cresciuta; b) Diminuita; c) Rimasta invariata.

2. Nei Paesi asiatici (Singapore, Taiwan, Giappone) si stima che nella fascia di età tra 6-7 anni il numero dei miopi sia pari al:

a) 2-5%; b) 10-15%; c) 20-30%.

3. Le persone con miopia elevata sono più soggette a patologie oculari legate a questo difetto refrattivo

Vero/Falso

4. Nei casi di miopia l'applicazione di lenti a contatto morbide o gas-permeabili è in grado di ritardare la progressione della miopia

Vero/Falso

AGGIORNAMENTO

CORTO COME IL PAPA'

5. La definizione di bassa statura familiare è corretta in presenza di quali delle seguenti 3 condizioni?

a) Statura inferiore al 3° centile / -2 DS; altri familiari con bassa statura; crescita parallela ai centili (velocità di crescita nella norma > 25° centile); b) Statura al 3° centile; altri familiari con bassa statura; crescita parallela ai centili (velocità di crescita nella norma > 25° centile); c) Statura inferiore al 3° centile / -2 DS; altri familiari con bassa statura; velocità di crescita rallentata < 25° centile.

6. In caso di bassa statura e scarsa crescita con età ossea avanzata, in particolare se con una anamnesi familiare per ernie del disco e osteoartriti precoci, a quale delle seguenti mutazioni genetiche bisogna pensare?

a) ACAN; b) NPR2; c) IHH; d) PTPN11.

7. Quali dei seguenti fattori aumentano la possibilità di trovarsi di fronte a una causa monogenica di bassa statura?

a) Presenza di anomalie congenite e dismorfismi; b) Neonato nato piccolo per l'età gestazionale senza *catch-up growth*; c) Microcefalia; d) Insensibilità all'ormone della crescita; e) Tutti i precedenti.

PROBLEMI SPECIALI - DEFICIT GENE SHOX

8. Per altezza da seduto si intende la distanza tra il vertice del corpo e il coccige (si calcola facendo sedere il bambino su un piano rigido). In un soggetto normale il rapporto altezza da seduto/altezza in piedi è pari a:

a) 0,7; b) 0,5; c) 0,4.

9. Il deficit di gene SHOX-D rappresenta la più comune causa monogenica di bassa statura. Che percentuale sottende basse stature idiopatiche?

a) 5%; b) 10%; c) 20%.

10. Un'anamnesi familiare positiva per bassa statura si riscontra nell'80% dei soggetti affetti da SHOX-D

Vero/Falso

11. Il trattamento con l'ormone della crescita (GH) nei casi di alterazione del gene SHOX ha un'efficacia dimostrata. Quale delle seguenti stime corrette sono riportate in letteratura?

a) Il GH normalizza l'altezza definitiva in oltre il 50% dei casi e porta al raggiungimento di un'altezza normale nel 40% dei soggetti trattati; b) Il GH normalizza l'altezza definitiva in oltre il 50% dei casi e porta al raggiungimento di un'altezza normale nel 10% dei soggetti; c) Il GH normalizza l'altezza definitiva nel 30% dei casi e porta al raggiungimento di un'altezza normale nel 20% dei soggetti.

FARMACORIFLESSIONI - CALCOLOSI

RENALE E USO DEGLI ALFA-ANTAGONISTI

12. Nel paziente adulto l'uso degli alfa-antagonisti (AA) per favorire l'espulsione di un calcolo delle vie urinarie ha un buon grado di efficacia. Una metanalisi della Cochrane dimostrerebbe che:

a) La maggiore efficacia rispetto al placebo riguarderebbe i calcoli ureterali, non quelli renali; b) Tre lavori di metanalisi dimostrerebbero che gli AA aumenterebbero il tasso di espulsione del calcolo con un OR variabile da 1,8 a 4; c) La terapia non è priva di effetti collaterali; d) Le risposte: a), b), c) sono tutte e tre giuste; e) La risposta b) è errata.

13. Gli studi pediatrici disponibili in letteratura hanno utilizzato come AA nella colcolosi ureterale la tamsulosina e la doxazosina. Il dosaggio previsto per la tamsulosina è di:

a) 0,03 mg/kg/die in singola dose; b) 0,2 mg/die sotto i 4 anni e 0,4 mg/die sopra i 4 anni in singola dose; c) 2 mg/die sotto i 4 anni e 4 mg/die sopra i 4 anni in singola dose.

14. L'uso degli AA per favorire l'espulsione di un calcolo ureterale può essere più efficace se il calcolo è di dimensioni > 5 mm

Vero/Falso

Risposte

Editoriali 1=a; 2=c; 3=Vero; 4=Falso; AGGIORNAMENTO 5=a; 6=a; 7=e; PROBLEMI SPECIALI 8=b; 9=b; 10=Vero; 11=a; FARMACORIFLESSIONI 12=d; 13=b; 14=Vero.