

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso: **Medico e Bambino, via S. Caterina 3 34122 Trieste. Tel 040 3728911 Fax 040 7606590**

È possibile l'invio anche per e-mail: redazione@medicoebambino.com

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15-20.000 battute (3-5 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Contributi troppo lunghi saranno inevitabilmente soggetti a tagli.

Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni).

Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute, avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese le tabelle) per articolo. Aggiungere le didascalie e il riferimento nel testo.

Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o per posta. Va indicato il nome dell'Autore, a chi inviare la corrispondenza, con n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al sesto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima e l'ultima pagina del testo, nell'ordine.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal Comitato Scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a tre **referee** esterni. Il giudizio del referee sarà comunicato all'Autore assieme con le conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e gli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale così come quello richiesto ai referee riguarda sia l'interesse e la validità dei contenuti sia la leggibilità dell'articolo e la sua fruibilità pratica da parte dei lettori.

La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni di **editing**, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore per approvazione.

Le **Pagine elettroniche** ospitano:

Contributi originali, suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte dei referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (vedi sopra). Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali. Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

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 voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PAGINA GIALLA

1. Quale delle seguenti affermazioni è scorretta?

a) La somministrazione precoce di glutine facilita l'insorgenza di celiachia; **b)** La mancata diagnosi di celiachia aumenta la mortalità per cancro; **c)** La mancata diagnosi di celiachia raddoppia il rischio di morte per classi di età.

2. I danni da celiachia indagnosticata sono:

a) Maggiori per i maschi; **b)** Maggiori per le femmine; **c)** Il genere non costituisce di per sé un fattore di rischio.

3. La porpora trombocitopenica acuta del bambino risponde, in genere, prontamente:

a) Al trattamento con gammaglobuline per via venosa; **b)** Al trattamento steroideo per os; **c)** Al trattamento con gammaglobuline anti-D; **d)** A tutti e tre questi trattamenti; **e)** A due di questi trattamenti.

4. Quale di queste affermazioni è corretta?

a) Il trattamento con corticosteroidi inalatori (CS) continuativo mantenuto per molti anni migliora la storia naturale dell'asma, inibendo il "rimodellamento" flogistico del bronco; **b)** Il trattamento con CS è efficace sulla storia naturale dell'asma solo se iniziato molto precocemente, a partire dal secondo anno di vita; **c)** Il trattamento sistematico con CS di ogni episodio di bronchite asmatica o di asma migliora la storia naturale dell'asma; **d)** La storia naturale dell'asma non è modificata dal trattamento sistematico con CS.

5. Le coliche gassose del neonato sono significativamente associate alla depressione materna

Vero/Falso

LETTERE

6. La percentuale di sopravvivenza senza handicap dei nati a 24 settimane è pari a:

a) 3%; **b)** 30%; **c)** 60%.

SHOCK SETTICO

7. Quale di queste affermazioni è scorretta?

a) La mortalità pediatrica per shock settico nel 1966 era vicina al 100%; **b)** La mortalità pediatrica per shock settico nel 1966 era vicina al 50%; **c)** La mortalità pediatrica per shock settico negli anni '90 era inferiore al 10%.

8. Quale di queste affermazioni è corretta? Un fattore patogeno tipico dello shock settico nel bambino immunocompetente è:

a) L'endotossina batterica dei germi Gram ne-

gativi; **b)** I superantigeni, in particolare le esotossine pirogene dello streptococco A; **c)** Entrambi i fattori; **d)** Nessuno dei due fattori, ma piuttosto le esotossine della capsula del pneumococco.

9. La proteina C è:

a) Una sostanza prodotta dal fegato in risposta alle infezioni; **b)** Una proteina della catena anticoagulativa che modula la risposta flogistica e protegge il microcircolo.

10. Lo shock settico nel bambino è prevalentemente caratterizzato all'esordio:

a) Da tachicardia; **b)** Da ipotensione; **c)** Da allungamento del tempo di ricircolo capillare.

11. La prima scelta terapeutica dopo l'antibiotico consiste:

a) Nel riempimento del circolo mediante fleboclisi rapida; **b)** Nella riduzione delle resistenze periferiche mediante nitroprussiato o nitroglicerina; **c)** Nel sostegno della funzione cardiaca mediante dopamina.

12. Il trattamento dello shock con proteina C ricombinante è:

a) Controindicato; **b)** Di dimostrata efficacia; **c)** Promettente ma ancora sperimentale.

DOMANDE E RISPOSTE

13. Quale delle seguenti affermazioni è scorretta? Sono da considerare fattori di rischio per il melanoma:

a) I nevi melanocitici congeniti giganti; **b)** I nevi melanocitici congeniti di medie dimensioni; **c)** Pregresse ustioni solari; **d)** Nevi melanocitici acquisiti in numero eccezionalmente elevato; **e)** Familiarità per melanoma; **f)** Melanoma in un parente di primo grado.

14. Il melanoma in età pediatrica (<16 anni) è:

a) Raro; **b)** Barissimo; **c)** Inesistente.

15. Quale delle seguenti affermazioni è scorretta?

a) La sindrome orale allergica è una condizione comune nell'età adolescenziale; **b)** È spesso legata a cross-reattività tra pollini e allergeni presenti in molti e diversi tipi di frutta e verdura; **c)** Non è IgE-mediata; **d)** Si esprime caratteristicamente con bruciore o altre sensazioni fastidiose a carico della mucosa orale; **e)** Si esprime spesso con edema delle labbra; **f)** Si verifica immediatamente dopo l'assunzione dell'alimento in causa; **g)** La cottura preserva dalla comparsa dei sintomi.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=a; 2=b; 3=d; 4=d; 5=Vero; LETTERE 6=a; SHOCK SETTICO 7=b; 8=c; 9=b; 10=a; 11=a; 12=c; DOMANDE E RISPOSTE 13=e; 14=b; 15=c