

## NORME REDAZIONALI

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica", "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice: **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 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). 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). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. 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 quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

### PAGINE ELETTRONICHE

Le pagine elettroniche di M&B ospitano

**Contributi originali** (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in 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 (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 Autori, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in estenso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in estenso.

## 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 8 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### PAGINA GIALLA

#### 1. Quale delle seguenti affermazioni NON è corretta?

a) L'encopresi è quasi sempre dovuta a stipsi; b) L'encopresi richiede un trattamento iniziale semi-invasivo di disimpatto; c) L'encopresi richiede una rieducazione dell'alvo anche con supporto farmacologico; d) L'encopresi è frequentemente associata ad anuresi; e) L'encopresi si può curare con bio-feed-back.

#### 2. L'uso di un purgante osmotico per os è altrettanto efficace del clistere per il disimpatto

Vero/Falso

#### 3. Il cortisone è indicato nella malattia di Kawasaki che non risponde al trattamento con gammaglobuline

Vero/Falso

#### 4. Quale delle seguenti affermazioni sulla dermatite atopica NON è corretta?

a) Rappresenta un *locus minoris resistentiae* per infezioni cutanee virali; b) Si accompagna facilmente a colonizzazione cutanea batterica; c) Può essere aggravata e sostenuta dalla colonizzazione fungina; d) Può essere aggravata e sostenuta dalla colonizzazione stafilococcica.

### LETTERE

#### 5. Quale di queste affermazioni è corretta?

a) L'obiettivo dell'OMS nei riguardi del morbillo è quello di eradicare il morbillo per il 2007; b) L'obiettivo dell'OMS è quello di eradicare il morbillo entro il 2010, ma solo nei Paesi ad avanzato sviluppo industriale; c) L'OMS non si pone nessun obiettivo nei riguardi del morbillo.

### AGGIORNAMENTO MONOGRAFICO

#### 6. Lo streptococco B si chiama anche *Streptococcus agalactiae*:

a) Perché provoca agalattia nelle donne infette; b) Perché dà una mastite nelle vacche; c) Perché non cresce sui terreni al galattosio; d) Semplicemente, non si chiama *Streptococcus agalactiae*.

#### 7. Lo streptococco B dà:

a) Patologia esclusiva nel neonato; b) Patologia nel neonato ma anche più tardi, entro il primo semestre; c) Lo streptococco B è il secondo responsabile di tonsillite batterica, dopo lo streptococco A.

#### 8. Uno screening batteriologico delle gravide:

a) Potrebbe evitare una infezione severa in 5 bambini su 1000; b) Una mortalità di 1/10.000. c) Entrambi gli effetti; d) Nessuno dei due effetti.

### DOLORE NEL NEONATO

#### 9. Il prelievo dal tallone è:

a) Più doloroso del prelievo venoso nel neonato; b) Meno doloroso; c) Non è possibile riconoscere una diversa dolorosità dei due tipi di prelievo.

#### 10. Quale di queste affermazioni è corretta?

a) Il trattamento con EMLA riduce la dolorosità del prelievo venoso nel neonato; b) La somministrazione di zucchero riduce la dolorosità del prelievo venoso nel neonato; c) La consolazione da parte della madre riduce la dolorosità apparente del prelievo venoso nel neonato; d) Tutti questi sistemi riducono in misura molto vicina il dolore da prelievo; e) L'effetto analgesico è dimostrato per tutte queste pratiche, ma l'effetto dell'EMLA è incomparabilmente superiore.

### PREVENZIONE DELLA SIDS

#### 11. La incidenza della SIDS in Italia, sulla base dei dati a nostra disposizione, è:

a) <1 per mille; b) Vicino a 1 per mille; c) > 1 per mille.

#### 12. La affermazione secondo la quale il neonato "può essere allattato al seno, purché la mamma non fumi" è evidence-based

Vero/Falso

#### 13. La affermazione secondo la quale il neonato dovrebbe "dormire su un letto rigido e senza cuscino" è evidence based

Vero/Falso

#### 14. L'affermazione secondo la quale il neonato non deve dormire nel letto dei genitori è evidence based

Vero/Falso

### DOMANDE E RISPOSTE

#### 15. La sospensione del latte materno e dell'uovo, a tutte le età, migliora l'eczema nel 50% dei casi, e la loro reintroduzione lo peggiora

Vero/Falso

## Risposte

PAGINA GIALLA 1=d; 2=Vero; 3=Vero; 4=c; LETTERE 5=a; AGGIORNAMENTO MONOGRAFICO 6=b; 7=b; 8=d; DOLORE NEL NEONATO 9=a; 10=d; PREVENZIONE DELLA SIDS 11=a; 12=Vero; 13=Vero; 14=Vero; 15=Vero