

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, un 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.

AGGIORNAMENTO SINDROME DA IPERSENSIBILITÀ DEI RECETTORI DELLA TOSSE (SIRT)

1. L'età di inizio della tosse da SIRT è intorno a:
a) Uno-due anni; b) Tre anni; c) Cinque-sei anni; d) Età adolescenziale.

2. Le tosse da SIRT è tipicamente:
a) Ricorrente, con intervalli tra gli episodi completamente liberi; b) Ricorrente, ma con la persistenza della tosse, anche se meno accentuata, tra i singoli episodi; c) Cronica.

3. Quale delle seguenti caratteristiche è tipica della SIRT?
a) È innescata da un comune raffreddore e dura di solito 2-4 giorni; b) La comparsa è imprevedibile e non è in relazione con le infezioni virali delle alte vie respiratorie; c) La sua durata è tipicamente di 7-10 giorni, con una risoluzione nell'intensità molto graduale.

4. La tosse della SIRT è:
a) Catarrale, ricorrente e di breve durata; b) Molto secca, anche notturna, sempre uguale a se stessa; c) Di solito è inizialmente secca e poi catarrale.

5. In merito alla terapia della SIRT quale delle seguenti affermazioni è corretta?
a) La tosse risponde discretamente bene agli aerosol con soluzione fisiologica e/o cortisonico inalatorio; b) La terapia di elezione è il cortisonico per via orale dato molto precocemente; c) I sedativi della tosse sono molto efficaci; d) Nessuna terapia è risultata realmente efficace, né in fase acuta né in prevenzione.

PROBLEMI SPECIALI - LE INFEZIONI DA ENTEROVIRUS NEL NEONATO E NEL LATTANTE

6. Le infezioni da enterovirus hanno un andamento a seconda delle zone climatiche. Nei climi temperati l'incidenza è:
a) Maggiore nei mesi invernali; b) Maggiore nei mesi estivi e all'inizio dell'autunno; c) Pressoché presente tutto l'anno.

7. I paraechovirus appartengono alla famiglia degli enterovirus
Vero/Falso

8. In merito alla via di trasmissione degli enterovirus, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

a) È esclusivamente oro-fecale; b) È esclusivamente respiratoria; c) Può avvenire sia per via oro-fecale che respiratoria; d) L'infezione neonatale non può essere mai prenatale o intrapartum.

9. Le infezioni da enterovirus, da un punto di vista clinico:

a) Sono sempre sintomatiche; b) Possono essere severe ma riguardano esclusivamente il tratto gastrointestinale (febbre con vomito e diarrea); c) Nei casi severi sintomatici può esserci un coinvolgimento epatico; d) Non è stato mai descritto il coinvolgimento miocardico.

10. Nei primi mesi di vita le infezioni da enterovirus coinvolgono frequentemente il sistema nervoso centrale e sono responsabili di circa il 90% dei casi di meningite virale e del 20% delle encefaliti limbiche
Vero/Falso

SE LA CONOSCI LA RICONOSCI LO SPETTRO DELLA SINDROME DI BECKWITH-WIEDEMANN (BWSp)

11. Quale delle seguenti caratteristiche è presente in circa il 90% dei casi di BWSp?
a) Macroglossia; b) Onfaloccele; c) Ipoglicemia neonatale; d) Fossette e pieghe preauricolari.

12. Il possibile iperaccrescimento che può essere presente nella BWSp è sempre:
a) Generalizzato; b) Lateralizzato; c) Può essere sia generalizzato che lateralizzato.

13. La complicità più grave della BWSp è rappresentata da un aumentato rischio di sviluppare tumori di origine embrionaria (Wilms, epatoblastoma, neuroblastoma). A riguardo, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

a) Il tumore più frequente è quello di Wilms e il rischio è maggiore nella prima decade di vita; b) Il tumore più frequente è il neuroblastoma e di solito si verifica nel primo anno di vita; c) In generale i tre tipi di tumore di origine embrionaria hanno uguale incidenza e si verificano più frequentemente nella seconda decade di vita.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=a; 3=a; 4=b; 5=d; PROBLEMI SPECIALI 6=b; 7=Falso; 8=c; 9=c; 10=Vero; SE LA CONOSCI LA RICONOSCI 11=a; 12=c; 13=a.