

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto: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](mailto: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 8 (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.

### PERCORSI CLINICI - SPLENOMEGALIA

**1. L'istiocitosi a cellule di Langerhans è un disordine proliferativo delle cellule dendritiche (cellule di Langerhans). La presentazione può essere estremamente variabile in funzione del numero e della sede di localizzazione. La forma localizzata interessa più frequentemente:**

- a) L'osso; b) Il fegato e la milza; c) La cute.

**2. Nella forma generalizzata di istiocitosi a cellule di Langerhans può esserci un esordio nei primi mesi di vita con un interessamento della cute che riguarda che percentuale di casi?**

- a) 20%; b) 40%; c) 60%; d) La totalità dei casi.

**3. La leishmaniosi viscerale può mimare clinicamente e laboratoristicamente un quadro di linfoistiocitosi emofagocitica con pancitopenia**

Vero/Falso

**4. In caso di splenomegalia, l'inserimento tra gli esami di primo livello di fosfatasi acida e lipidogramma è indirizzato al riconoscimento di:**

- a) Patologie metaboliche (quali la malattia di Gaucher o di Tangier); b) Patologie linfoproliferative; c) Malattie autoimmuni.

### PROBLEMI SPECIALI - INTERFERONOPATIE

**5. Le interferonopatie sono una nuova classe di malattie genetiche che possono avere un esordio:**

- a) In tutte le età, anche in epoca fetale; b) Quasi esclusivamente nei primi anni di vita; c) Esclusivamente in epoca pre-adolescenziale o adolescenziale.

**6. La sindrome di Aicardi-Goutières è una delle prime interferonopatie descritte. Si caratterizza principalmente per la presenza di:**

- a) Lipodistrofia cutanea; b) Poliartrite; c) Un quadro di leucodistrofia cerebrale con calcificazioni.

**7. Quali delle seguenti manifestazioni cliniche (nel contesto di altre situazioni cliniche) possono essere suggestive di interferonopatia tipo I?**

- a) Lesioni acro-ischemiche con tendenza necrotica, tipo lupus pernicio (geloni); b) Panni-

culite/lipodistrofia; c) Sindrome TORCH-like; d) Pneumopatia infiammatoria; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne la c); g) Le manifestazioni: a), b) e d).

**8. Quali dei seguenti esami di laboratorio possono essere suggestivi di una interferonopatia?**

- a) Un incremento della PCR con leucocitosi neutrofila; b) Un aumento della VES con PCR normale o solo lievemente aumentata; c) Una piastrinosi con aumento della PCR più della VES.

**9. Recenti studi hanno evidenziato un ruolo dell'infiammazione interferonica in alcune malattie reumatologiche (in particolare il lupus eritematoso sistemico) o almeno in sottogruppi di queste**

Vero/Falso

**10. Le interferonopatie di tipo I rispondono di solito a quale/i dei seguenti trattamenti?**

- a) Cortisone alle dosi convenzionali; b) Idrossiclorochina; c) Inibitori del TNF; d) JAK-inibitori; e) Tutti i precedenti.

### FARMACORIFLESSIONI

POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITÀ

**11. Il recente studio clinico controllato che ha l'acronimo SAFER (Short-course Antimicrobial Therapy for Pediatric Respiratory Infections) ha dimostrato che, nella polmonite del bambino tra i 6 mesi e i 10 anni, in una valutazione dell'efficacia clinica a 96 ore dall'inizio della terapia antibiotica:**

- a) 5 giorni di terapia con amoxicillina sono equivalenti rispetto a 10 giorni; b) 5 giorni di terapia sono meno efficaci rispetto ai 10 giorni; c) L'efficacia sul breve periodo sembra essere la stessa, ma vi sono maggiori percentuali di ricadute nei bambini trattati per un periodo più breve.

**12. Nella polmonite di comunità tutte le linee guida sono concordi nell'indicare come antibiotico di prima scelta in età pediatrica:**

- a) Un macrolide; b) Amoxicillina + acido clavulanico; c) Amoxicillina; d) Amoxicillina sempre associata a un macrolide.

**13. La diagnosi di polmonite deve essere fatta con l'utilizzo della radiografia del torace**

Vero/Falso

## Risposte

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