

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicobambino.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, 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@medicobambino.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.

SPECIALE CONSENSUS COVID-19

GESTIONE DEI CASI SOSPETTI O POSITIVI PER SARS-COV-2

1. La gestione dei bambini positivi asintomatici prevede che possano rientrare in comunità:

a) Dopo un isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa di positività al termine del quale risulti negativo un test molecolare; **b)** Dopo un isolamento di almeno 14 giorni dalla comparsa di positività al termine del quale risulti negativo un test molecolare; **c)** Dopo un isolamento di almeno 14 giorni dalla comparsa di positività indipendentemente dall'esecuzione o meno del test molecolare.

2. Le persone che continuano a risultare positive al test molecolare per SARS-CoV-2, senza sintomi da almeno una settimana (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia), potranno interrompere l'isolamento dopo:

a) 14 giorni dalla comparsa dei sintomi; **b)** 21 giorni dalla comparsa dei sintomi; **c)** 28 giorni dalla comparsa dei sintomi.

TEST MOLECOLARI, ANTIGENICI E SIEROLOGICI

3. I test antigenici rapidi hanno una sensibilità e una specificità rispettivamente di:

a) 70-86% / 95-97%; **b)** 50-76% / 95-97%; **c)** 86-96% / 85-95%.

4. I test sierologici rilevano la presenza di anticorpi specifici contro le proteine più immunogeniche di SARS-CoV-2, ossia la proteina spike e/o la nucleoproteina, e indicano un'infezione pregressa o in atto. Quale delle seguenti affermazioni è corretta?

a) La specificità varia tra l'85,5% e il 95,5% per i test automatizzati, mentre la sensibilità complessiva tra il 63,2% e il 73,1%, con prestazioni ottimali dopo quattro settimane dall'insorgenza dei sintomi; **b)** La specificità varia tra l'96,5% e il 100% per i test automatizzati, mentre la sensibilità complessiva tra il 63,2% e il 73,1%, con prestazioni ottimali dopo quattro settimane dall'insorgenza dei sintomi; **c)** La specificità varia tra l'96,5% e il 100% per i test automatizzati, mentre la sensibilità complessiva tra il 73,2% e il 83,1%, con prestazioni ottimali dopo due settimane dall'insorgenza dei sintomi.

TERAPIA DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2

5. Sulla base di studi condotti in pazienti adulti, la percentuale complessiva di pazienti Covid-19 con infezione batterica è stata del:

a) 6,9%; **b)** 10,9%; **c)** 15,9%; **d)** 20,9%.

6. I FANS sono controindicati in corso di infezione da SARS-CoV-2

Vero/Falso

7. Sulla base di quelle che sono le esperienze nei pazienti adulti, l'uso dell'azitromicina nell'infezione da SARS-CoV-2, sia nelle fasi precoci dell'infezione che in quelle più gravi:

a) È sempre indicato; **b)** È indicato nelle fasi precoci dell'infezione; **c)** Non è indicato.

8. In merito alle terapie immunomodulanti che sono state proposte, nei pazienti adulti le evidenze disponibili sull'idrossiclorochina:

a) Non ne supportano l'uso né preventivo né terapeutico, da sola o in associazione con l'azitromicina; **b)** Ne supportano l'uso preventivo ma non terapeutico; **c)** Ne supportano l'uso sia preventivo che terapeutico ma solo in associazione con l'azitromicina.

9. Nei casi di infezione da SARS-CoV-2, sulla base di quella che è l'esperienza nei pazienti adulti, l'uso degli steroidi per via sistemica è ragionevole:

a) In tutti i casi, indipendentemente dal grado di severità; **b)** In casi di rapido peggioramento clinico in merito alla sintomatologia respiratoria (SpO₂ < 92%); **c)** Solo nei casi con una documentata comorbidità.

LA SINDROME INFIAMMATORIA MULTISISTEMICA TEMPORALMENTE CORRELATA A COVID-19 (MIS-C)

10. La MIS-C è una sindrome iperinfiammatoria che si verifica:

a) In contemporanea all'infezione da SARS-CoV-2; **b)** A distanza di 1-3 settimane; **c)** A distanza di 2-6 settimane; **d)** A distanza di 8-12 settimane.

11. La terapia con acido acetilsalicilico andrebbe adottata a quali dosaggi?

a) 3-5 mg/kg/die in singola dose; **b)** 30-50 mg/kg/die in dosi frazionate; **c)** 80-100 mg/kg/die in dosi frazionate.

12. Dai risultati di un recente studio clinico controllato sul trattamento della MIS-C, nei casi non critici sarebbe opportuno utilizzare:

a) In prima istanza le IVIG (2 g/kg) e valutare la risposta clinica; **b)** La combinazione di IVIG e steroide a basse dosi (2 mg/kg di metilprednisolone ev per 5 giorni con successivo *décalage*); **c)** La combinazione di IVIG e steroide in boli (20-30 mg/kg di metilprednisolone ev per 3 giorni); **d)** La combinazione di IVIG e acido acetilsalicilico al dosaggio di 80-100 mg/kg/die.

Risposte

SPECIALE CONSENSUS COVID-19 1=a; 2=b; 3=a; 4=b; 5=a; 6= falso; 7=c; 8=a; 9=b; 10=c; 11=a; 12=b.