

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, 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@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 9 (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 dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

LETTERE - ITTERO NEONATALE E ATRESIA DELLE VIE BILIARI

1. Il metodo migliore per intercettare i casi di atresia delle vie biliare è quello di:

a) Usare delle carte colorimetriche delle feci, che vengono consegnate alla nascita ai genitori; b) Consigliare la visione colorimetrica utilizzando speciali applicazioni disponibili e utilizzabili con *smartphone*; c) In caso di persistenza dell'ittero, dosare la bilirubina diretta a 3 settimane di vita nel neonato allattato al seno.

2. A 3 settimane di vita, qual è il valore di bilirubina diretta già indicativo di colestasi?

a) > 0,5 mg/dl; b) > 1 mg/dl; c) > 1,5 mg/dl; d) > 2,0 mg/dl.

3. In caso di diagnosi di atresia delle vie biliari, l'intervento di elezione è di porto-entero-anastomosi secondo Kasai, che andrebbe eseguito per garantire una buona prognosi preferibilmente entro:

a) I primi 2 mesi di vita (meglio nel primo mese); b) I primi 3 mesi di vita; c) I primi 5 mesi.

FOCUS - RACHITISMI 2020: FACILI E DIFFICILI

4. Convenzionalmente si definisce deficit di vitamina D la condizione in cui il valore della 25(OH)D risulta inferiore a:

a) 10 ng/ml; b) 20 ng/ml; c) 30 ng/ml.

5. Quali delle seguenti condizioni sono a documentato possibile rischio di deficit di vitamina D?

a) Asma bronchiale; b) Eczema atopico; c) Obesità; d) Trattamento con farmaci antiepilettici; e) Celiachia; f) Tutte e tre le condizioni c), d), e).

6. La grave carenza di vitamina D può essere causa di scompenso cardiaco

Vero/Falso

7. I bambini con paralisi cerebrale infantile sono a maggiore rischio di carenza di vitamina D

Vero/Falso

8. In un bambino di 2 anni con rachitismo carentiale in fase di attacco, quale dei seguenti schemi di somministrazione giornaliera della vitamina D3 è corretto?

a) 1000 UI/die (400-1000 UI/die) per 4-6 settimane; b) 6000/UI/die (2000-6000 UI/die) per 4-6 settimane; c) 6000/UI/die (2000-6000 UI/die) per 2 settimane.

9. Quale delle seguenti affermazioni sul rachitismo ipofosforemico X-linked è errata?

a) L'incidenza presunta è di circa 2-5 casi ogni 100.000 nati vivi; b) Clinicamente interessa solo i maschi; c) È causata da una mutazione a carico del gene PHEX; d) La diagnosi di solito avviene dopo l'anno di età.

10. Da un punto di vista biochimico, alla diagnosi il rachitismo ipofosforemico X-linked si caratterizza di solito per:

a) Ipocalcemia, fosforo normale, normali livelli di 25(OH)D, paratormone aumentato; b) Ipocalcemia, ipofosforemia, bassi livelli di 25(OH)D, paratormone normale; c) Ipofosforemia, normali livelli di 25(OH)D, paratormone normale.

11. Il trattamento convenzionale del rachitismo ipofosforemico consiste nella somministrazione di:

a) Calcio e vitamina D; b) Sali di fosfato e vitamina D attivata; c) Calcio e sali di fosfato.

12. Il burosumab, anticorpo monoclonale diretto contro FGF23, è stato recentemente proposto per il trattamento del rachitismo ipofosforemico X-linked. Il suo utilizzo al momento:

a) Non è previsto, in quanto sono ancora in corso studi di fase 1; b) È stato autorizzato dagli Enti regolatori, ma solo al di sopra dei 5 anni di età (sino a fusione delle cartilagini di accrescimento); c) È stato autorizzato dagli Enti regolatori in bambini tra 1-12 anni (sino a fusione delle cartilagini di accrescimento).

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

PROLASSO RETTALE

13. Quale delle seguenti affermazioni sul prolasso rettale è errata?

a) Si verifica nei primi 4 anni di età del bambino e tende tipicamente a recidivare; b) È sempre possibile identificare una causa unica determinante il prolasso rettale; c) In circa un caso su 10 è presente una condizione anatomica neurologica sottostante predisponente (in particolare neurologica: spina bifida occulta, mielomeningocele); d) In caso di prolasso rettale bisogna pensare anche alla fibrosi cistica.

14. Il trattamento del prolasso rettale di solito non è conservativo e richiede quasi sempre un intervento chirurgico

Vero/Falso

Risposte

LETTERE 1=c; 2=b; 3=a; FOCUS 4=b; 5=f; 6=Vero; 7=Vero; 8=b; 9=b; 10=c; 11=b; 12=c; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 13=b; 14=Vero.