

## 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 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

#### DOLORE ADDOMINALE RICORRENTE

##### 1. Nel dolore addominale ricorrente (DAR), quello tipico dell'età scolare, una causa dovuta a intolleranze alimentari:

- a) È chiaramente dimostrata e per diversi alimenti; b) È dimostrata per latte e derivati; c) Non va cercata né messa in relazione con i DAR.

##### 2. La diagnosi di DAR secondo i criteri di Roma IV, in assenza di segni di allarme:

- a) Deve prevedere sempre l'esecuzione di esami di laboratorio e di un'ecografia addominale; b) Può essere una diagnosi in positivo senza esecuzione necessaria di esami (se non in casi selezionati la ricerca della celiachia e la calproctina fecale); c) Prevede una diagnosi in positivo solo se risponde a un periodo di prova di una dieta di esclusione.

##### 3. I segni di allarme per un dolore addominale che può fare pensare a una causa organica sono:

- a) Febbre (documentata) inspiegata; b) Perdita di peso; c) Dolore localizzato (epigastrio, fossa iliaca destra); d) Diarrea notturna; e) Tutti i precedenti; f) Tutti i precedenti tranne uno.

##### 4. Per il trattamento dei DAR la terapia cognitivo-comportamentale ha una chiara dimostrazione di efficacia Vero/Falso

##### 5. Nella presa in carico del bambino con DAR, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a) La sintomatologia va sempre sminuita nella reale rilevanza clinica; b) L'obiettivo della presa in carico è attenuare il dolore con l'uso di una terapia farmacologica al bisogno; c) L'obiettivo primario deve essere rivolto non alla scomparsa del sintomo-dolore ma alla ottimizzazione della qualità di vita.

### PROBLEMI SPECIALI

#### ANORESSIA NERVOSA

##### 6. Studi di follow-up a lungo termine sulla anoressia nervosa avrebbero dimostrato che:

- a) La risoluzione del problema tende a verificarsi in circa l'80% dei casi nel giro di 5

anni; b) Circa 1/3 va incontro a cronicizzazione con una durata media di malattia di 10 anni; c) Il problema si risolve nella quasi totalità dei casi nel giro di 2-3 anni dopo la presa in carico.

##### 7. Nella rialimentazione dell'anoressia nervosa quale delle seguenti affermazioni è errata?

- a) È sempre da preferire l'alimentazione parenterale perché è meno a rischio di complicanze (*refeeding syndrome*); b) Nell'alimentazione enterale è preferibile utilizzare formule polimeriche a base di latte vaccino, senza glutine, prive di lattosio, con una conta calorica pari a 1 kcal/ml o 1,5 kcal/ml; c) L'alimentazione enterale non sostituisce il pasto orale e può essere fatta anche esclusivamente nelle ore notturne.

##### 8. Nella *refeeding syndrome*, che può verificarsi raramente in corso di rialimentazione in pazienti gravemente denutriti, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a) Non ci sono dati di laboratorio che possono farla prevedere; b) L'iperpotassemia è il primo segnale, seguito dall'iperfosforemia; c) L'ipofosforemia è il primo marker a cui possono associarsi ipokaliemia e ipomagnesemia; d) L'ipofosforemia è il primo marker a cui possono associarsi iperpotassemia e ipernatremia.

### NEONATOLOGIA

#### SPETTRO DEI DISORDINI FETO-ALCOLICI

##### 9. I tassi di prevalenza globale di sindrome feto-alcolica (FAS) e dello spettro di condizioni correlate all'esposizione prenatale all'alcol (PAE) sono pari a:

- a) 0,15% e 0,77%, rispettivamente; b) 0,35% e 1%; c) 0,015% e 0,077%.

##### 10. L'esposizione prenatale all'alcol può comportare:

- a) Prevalentemente se non esclusivamente dismorfismi facciali; b) Malformazioni cerebrali (ipoplasia corpo calloso, anomalie vascolari ecc.); c) Ritardo di crescita; d) Disturbi del neurosviluppo; e) Sia la risposta b) che c) sono corrette; f) Le risposte b), c) e d) sono corrette.

##### 11. Nei bambini con FAS l'incidenza dell'epilessia è maggiore rispetto alla popolazione generale

Vero/Falso

AGGIORNAMENTO 1=c; 2=b; 3=e; 4=Vero; 5=c; PROBLEMI SPECIALI 6=b; 7=a; 8=c; NEONATOLOGIA 9=a; 10=f; 11=Vero.

## Risposte