

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicobambino.com](mailto: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, 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](mailto: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 10 (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.

### AGGIORNAMENTO

#### IMPIANTO COCLEARE

**1. Le linee guida, nella maggioranza dei casi, consigliano un periodo di esperienza con protesi tradizionale prima di avviare il bambino alla procedura di selezione per l'impianto cocleare (IC). Il periodo consigliato per l'uso delle protesi è di solito di:**  
a) 1-2 mesi; b) 3-6 mesi; c) 9-12 mesi.

**2. Recentemente c'è consenso sul fatto che un bambino con sordità profonda bilaterale debba ricevere:**

- a) Un IC monolaterale; b) Un IC bilaterale; c) Un IC e apparecchio acustico controlaterale; d) Sia la risposta b) che quella c) sono corrette.

**3. I casi che presentano, oltre a una sordità profonda, disabilità aggiuntive di carattere cognitivo, neurologico o sensoriale non sono candidati all'IC**

Vero/Falso

#### PROBLEMI SPECIALI - INFEZIONI DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI

**4. Le forme di micobatteriosi da micobatteri non tubercolari più frequenti nel soggetto immunocompetente sono quelle a localizzazione linfonodale a livello del distretto:**

- a) Testa-collo; b) Ascellare; c) Mediastinico; d) Non c'è una prevalenza di sede.

**5. Attualmente nei Paesi industrializzati la prevalenza delle linfadeniti da micobatteri non tubercolari supera di molto quella delle forme tubercolari**

Vero/Falso

**6. In una linfadenite localizzata da micobatteri non tubercolari la terapia di scelta è rappresentata:**

- a) Dall'escissione chirurgica; b) Dalla terapia antibiotica; c) Dalla terapia antibiotica e cortisonica.

#### ABC - PARALISI PERIFERICA DEL FACIALE

**7. La paralisi periferica del nervo faciale (paralisi di Bell) ha una incidenza pari a:**

- a) 20 casi per 100.000 bambini/anno; b) 20 casi per 10.000 bambini/anno; c) 20 casi per 1000 bambini/anno.

**8. La maggioranza dei casi di paralisi si verifica nel bambino con età:**

- a) < 2-3 anni; b) Tra i 4 e i 6 anni; c) >10 anni.

**9. Nella maggioranza dei casi l'eziologia della paralisi di Bell rimane sconosciuta (idiopatica)**

Vero/Falso

**10. Quali bambini con paralisi di Bell devono essere sottoposti a una valutazione con neuroimmagine?**

- a) Tutti; b) Se la sintomatologia continua a progredire per oltre 3 settimane; c) Se non c'è un miglioramento clinico nell'arco di 1 mese.

**11. Nella paralisi di Bell la terapia con cortisone è consigliata anche se estrapolata da studi dell'adulto. Quale schema terapeutico è previsto (da iniziare entro 72 ore dall'insorgenza dei sintomi)?**

- a) Prednisone o prednisolone alla dose di 2 mg/kg per 15 giorni, poi a scalare; b) Prednisone o prednisolone alla dose di 1 mg/kg per 7 giorni con successivo rapido scalo; c) Prednisone o prednisolone alla dose di 0,5 mg/kg per 7 giorni con successivo rapido scalo.

#### PEDIATRIA FLASH - MISURAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO

**12. La scala FLACC si basa sulla osservazione di 5 parametri comportamentali (volto, gambe, attività, pianto, consolabilità). Può essere utilizzata nella valutazione del dolore del bambino:**

- a) Anche al di sotto dei 3 anni di età; b) Solo nei bambini con età > 5 anni; c) Solo nei bambini di età > 7 anni.

**13. La scala NRS (Numeric Rating Scale) comprende numeri dallo 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo del dolore immaginabile). Può essere utilizzata nel bambino con età:**

- a) Dai 5 anni in su; b) Dagli 8 anni in su; c) Nell'adolescente (dai 12 anni).

**14. Quale delle seguenti scale è validata per la misurazione del dolore nel bambino con deficit cognitivo?**

- a) La scala NRS; b) La scala VAS (Visual Analogic Scale); c) La FLACC rivista (r-FLACC).

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=d; 3=Falso; PROBLEMI SPECIALI 4=a; 5=Vero; 6=a; ABC 7=a; 8=c; 9=Vero; 10=b; 11=b; PEDIATRIA FLASH 12=a; 13=b; 14=c.

Risposte