

## 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, un 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 7 (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 CELIACHIA - LINEE GUIDA ESPGHAN 2020 -

**1. La prevalenza stimata della celiachia sembra essere pari a:**

- a) 0,1%; b) 0,5%; c) 1,4%; d) 2,0%.

**2. Quale delle seguenti sono delle condizioni/patologie a rischio per la malattia celiaca?**

- a) Familiarità per parenti di primo grado; b) Sindrome di Down; c) Sindrome di Turner; d) Diabete tipo 1; e) Deficit di IgA; f) Tutte le precedenti; g) Tutte le precedenti tranne una.

**3. Secondo uno studio statunitense, qual è la percentuale di bambini celiaci che alla diagnosi presentava manifestazioni cliniche definite come atipiche (dolore addominale ricorrente, stipsi, anemia sideropenica, osteopenia, rialzo enzimi epatici ecc.)?**

- a) 23%; b) 34%; c) 43%.

**4. Dai risultati di una sorveglianza multicentrica europea che ha coinvolto 653 bambini e adolescenti con celiachia è emerso che un quinto dei partecipanti è asintomatico alla diagnosi. Tra i sintomatici qual è quello più comune è:**

- a) Diarrea; b) Ritardo di crescita; c) Dolore addominale; d) Stipsi.

**5. In un bambino di 13 mesi che presenta una sintomatologia compatibile con la malattia celiaca (addome disteso, diminuzione di peso) quali esami di laboratorio vanno prescritti per uno screening iniziale?**

- a) Anticorpi anti-transglutaminasi (tTG) IgA, IgA totali e HLA; b) tTG IgA e IgA totali; c) Anticorpi anti-gliadina (AGA), anticorpi anti-gliadina deaminata (DGP), tTG, IgA totali; d) Anticorpi anti-endomisio (EMA), DGP, tTG, IgA totali.

**6. AGA e DGP vanno sempre eseguiti per la conferma della diagnosi di celiachia nel bambino con età < 2 anni**

Vero/Falso

**7. In un bambino con sintomatologia compatibile con celiachia, in presenza di un valore di tTG pari a 120 U/ml (vn 10 U/ml), come si procede?**

- a) Si avvia la dieta senza glutine; b) Si esegue un secondo prelievo per EMA, che se positivi permettono di formalizzare la diagnosi e avviare la dieta senza il ricorso alla biopsia; c) Va eseguita sempre la biopsia duodenale per una conferma diagnostica; d)

Va eseguita la genetica (HLA predisponente), che se positiva può formalizzare la diagnosi e far iniziare la dieta.

**8. In considerazione della familiarità, un bambino di 9 anni che non presenta sintomatologia di rilievo esegue il dosaggio delle tTG, che risultano essere pari a 110 U/ml (vn 10 U/ml). Come si procede?**

- a) Si avvia la dieta senza glutine; b) Si esegue un secondo prelievo per EMA, che se positivi permettono di formalizzare la diagnosi e avviare la dieta senza il ricorso alla biopsia; c) Va eseguita sempre la biopsia duodenale per una conferma diagnostica; d) Va eseguito un secondo prelievo per tTG, EMA, la genetica (HLA predisponente), che se positivi possono far iniziare la dieta.

**9. Bambina di 2 anni con scarsa crescita e alvo a volte diarroico esegue il dosaggio delle tTG, che risultano essere pari a 40 U/ml (vn 10 U/ml). Come si procede?**

- a) Si avvia la dieta senza glutine; b) Si esegue un secondo prelievo per tTG e EMA, che se positivi permettono di formalizzare la diagnosi e avviare la dieta senza il ricorso alla biopsia; c) Va eseguita sempre la biopsia duodenale per una conferma diagnostica; d) Va eseguito un secondo prelievo per tTG, EMA, la genetica (HLA predisponente), che se positivi possono far iniziare la dieta.

**10. La celiachia potenziale viene definita come una condizione caratterizzata da:**

- a) Presenza di una sierologia positiva con una biopsia architettone normale, con o senza aumento dei linfociti intraepiteliali (stadio 0 o 1 secondo la classificazione istologica di Marsh); b) Presenza di una sierologia positiva con una biopsia architettone normale, con o senza aumento dei linfociti intraepiteliali (stadio 0 o 1 secondo la classificazione istologica di Marsh) in un bambino che per definizione deve essere completamente asintomatico; c) Presenza di una sierologia dubbia con una biopsia architettone normale, con classificazione istologica di Marsh stadio 2 o 3.

**11. La celiachia potenziale riguarderebbe quale percentuale di soggetti indagati per celiachia?**

- a) 1-5%; b) 5-10%; c) 10-20%; d) 20-30%.

**12. Circa un terzo dei casi con celiachia potenziale evolve verso l'atrofia intestinale**

Vero/Falso

## Risposte

SPECIALE CELIACHIA 1=c; 2=f; 3=c; 4=c; 5=b; 6=Falso; 7=b; 8=b; 9=c; 10=a; 11=c; 12=Vero.