

## 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 11 (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 MALATTIA GRASSA DEL FEGATO

**1. La malattia grassa del fegato non legata a un eccesso di alcol (NAFLD) ha una prevalenza nella popolazione pediatrica generale pari al:**

- a) 1,5%; b) 5,0%; c) 7,6%; d) 12,5%.

**2. La NAFLD è presente in modo particolare in bambini-adolescenti obesi. In questa popolazione le stime di prevalenza sono pari al:**

- a) 15%; b) 25%; c) 34,2%; d) 40,5%.

**3. In merito alla NAFLD è stata dimostrata una correlazione con quale delle seguenti condizioni, oltre o in associazione all'obesità?**

- a) La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS); b) Una predisposizione genetica; c) Carezza di vitamina D; d) Eccessivo consumo di fruttosio; e) Tutte le precedenti.

**4. La NAFLD in età pediatrica:**

- a) Ha sempre un'evoluzione favorevole; b) Non tende a migliorare se non in modo molto marginale con la riduzione dell'eccesso ponderale; c) Può avere un'evoluzione verso quadri di fibrosi epatica.

### FARMACORIFLESSIONI FARMACI INTRANASALI NEL BAMBINO

**5. Nella somministrazione dei farmaci per via intranasale (IN) il volume che si consiglia di non superare per narice è pari a:**

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

**6. I lavori che hanno messo a confronto la somministrazione IN del midazolam con quella rettale del diazepam nelle crisi convulsive hanno dimostrato:**

- a) Una maggiore efficacia del diazepam; b) Una non inferiorità del midazolam rispetto al diazepam rettale, con una probabile maggiore efficacia; c) Non ci sono al momento dati conclusivi.

**7. Nel trattamento della crisi convulsiva la dose consigliata di midazolam per via IN è di:**

- a) 0,1 mg/kg; b) 0,2 mg/kg; c) 0,5 mg/kg; d) 1 mg/kg.

**8. Nell'utilizzo del midazolam per via IN per la sedazione, quale delle seguenti affermazioni è errata?**

- a) L'efficacia della somministrazione del midazolam IN, orale e buccale è la stessa ma quella IN si caratterizza per una maggiore rapidità di azione; b) In corso di somministrazione di midazolam IN la depressione respiratoria è molto rara; c) Oltre all'effetto ansiolitico e sedativo il midazolam ha anche un effetto analgesico.

**9. Per l'uso sedativo del midazolam per via IN la dose consigliata è di:**

- a) 0,2 mg/kg; b) 0,5 mg/kg; c) 1 mg/kg.

**10. Sia per il trattamento della crisi convulsiva che per la sedazione la dose massima di midazolam consigliata è di:**

- a) 5 mg; b) 10 mg; c) 15 mg; d) 20 mg.

**11. Il fentanyl intranasale può essere utilizzato per il trattamento del dolore acuto grave. In merito alle sue caratteristiche quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

- a) L'effetto inizia dopo 5 minuti dalla somministrazione e raggiunge il picco massimo dopo 20-30 minuti; b) L'effetto inizia dopo 15 minuti dalla somministrazione e raggiunge il picco massimo dopo 60 minuti; c) Può causare ipotensione; d) Sia la risposta a) che c) sono corrette.

**12. Il dosaggio consigliato del fentanyl IN per il trattamento del dolore acuto è di:**

- a) 0,5-1 µg/kg (dose massima 50 µg); b) 1-2 µg/kg (dose massima 100 µg); c) 2-3 µg/kg (dose massima 100 µg).

**13. Il glucagone endonasale per l'ipoglicemia grave del paziente diabetico è approvato dai 4 anni di età. Le evidenze disponibili dimostrano che:**

- a) È meno efficace del glucagone utilizzato per via intramuscolare (im); b) È parimenti efficace rispetto al glucagone utilizzato per via im; c) È parimenti efficace rispetto al glucagone utilizzato per via im, ma nella risalita della glicemia la sua durata è molto inferiore.

**14. Il dosaggio del glucagone IN è lo stesso per tutte le età ed è di 3 mg (pari a un puff) da somministrare in un'unica narice**

Vero/Falso

**15. La dexmedetomidina IN è un farmaco che può essere utilizzato nella sedazione procedurale (imaging radiologico, EEGramma, potenziali uditivi). Quale delle seguenti affermazioni in merito alle sue caratteristiche è corretta?**

- a) Agisce in 30-50 minuti e ha una durata di 1-2 ore; b) Agisce in 10-15 minuti e ha una durata di 4-6 ore; c) Può creare ipertensione; d) Sia la risposta a) che la c) sono corrette.

## Risposte

AGGIORNAMENTO 1=c; 2=c; 3=e; 4=c; FARMACORIFLESSIONI 5=c; 6=b; 7=b; 8=c; 9=b; 10=b; 11=a; 12=b; 13=b; 14=Vero; 15=a.