

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso: **Medico e Bambino, via S. Caterina 3 34122 Trieste. Tel 040 3728911 Fax 040 7606590**

È possibile l'invio anche per e-mail: [redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15-20.000 battute (3-5 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Contributi troppo lunghi saranno inevitabilmente soggetti a tagli.

Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni).

Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute, avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese la tabelle) per articolo. Aggiungere le didascalie e il riferimento nel testo.

Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o per posta. Va indicato il nome dell'Autore, a chi inviare la corrispondenza, con n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al sesto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima e l'ultima pagina del testo, nell'ordine.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal Comitato Scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a tre **referee** esterni. Il giudizio del referee sarà comunicato all'Autore assieme con le conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e gli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale così come quello richiesto ai referee riguarda sia l'interesse e la validità dei contenuti sia la leggibilità dell'articolo e la sua fruibilità pratica da parte dei lettori.

La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni di **editing**, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore per approvazione.

Le **Pagine elettroniche** ospitano:

Contributi originali, suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte dei referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (vedi sopra). Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali. Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

## 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 8 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### PAGINA GIALLA

**1. Il rituximab, anticorpo monoclonale attivo contro i linfociti CD20, è da tempo utilizzato con dimostrazione di efficacia in tutte le seguenti condizioni tranne una. Quale?**

a) Alcuni linfomi di Hodgkin; b) Anemia emolitica autoimmune; c) Trombocitopenia refrattaria; d) Myasthenia gravis; e) Colite ulcerosa.

**2. L'uso della caffeina nei neonati pretermine previene le apnee, ma espone a un rischio maggiore di displasia broncopulmonare.**

a) Sì, è vero: il rischio è circa raddoppiato; b) No, non è vero: i neonati che ricevono la caffeina si svezzano prima dall'ossigeno e hanno una minore incidenza di displasia broncopulmonare.

### GENETICA

**3. Nei bambini con ritardo mentale grave, in quale percentuale si ritrova un'alterazione dei telomeri, la cui precoce identificazione consente di chiudere la fase diagnostica e di seguire con maggiore finalizzazione il percorso riabilitativo e di follow-up?**

a) Nel 7%; b) Nel 10-15%; c) Nel 20%.

**4. La sindrome di Prader-Willi è dovuta a una alterazione del tratto cromosomico 15q13 di origine paterna nel 70% dei casi.**

Vero/Falso

**5. Nella sindrome di Wiedemann-Beckwith vi è un aumentato rischio di neoplasie. Quali delle seguenti è specifica?**

a) Leucemia/linfoma; b) Neuroblastoma; c) Tumore di Wilms e altre neoplasie addominali.

**6. Nella sindrome di Williams vi è un maggiore rischio di stenosi aortica sopravvalvolare.**

Vero/Falso

**7. La consanguineità dei genitori aumenta il rischio nella prole di:**

a) Malattie autosomiche recessive; b) Malattie autosomiche dominanti; c) Malattie da aberrazione cromosomica; d) Tutte queste condizioni.

### CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO

**8. In frigorifero, a 0-4 °C, per il neonato a termine sano, la durata della conservazione del latte umano non dovrebbe prudenzialmente superare:**

a) 24 ore; b) 3 giorni; c) 10-15 giorni.

**9. In un congelatore (a temperatura -18-20 °C) il tempo di conservazione indicativo del latte umano per un neonato prematuro e nato a rischio è di:**

a) 1 mese; b) 3 mesi; c) 12 mesi.

### INFEZIONI DA HERPESVIRUS

**10. Nei bambini e giovani adulti non immunodepressi l'infezione da citomegalovirus può determinare:**

a) Infezioni asintomatiche o una sindrome simil-mononucleosica; b) Una grave infezione con interessamento multisistemico (polmonite, epatite, retinite ecc.); c) Tipicamente una encefalite.

**11. Quale dei seguenti Herpesvirus è responsabile della cheratite erpetica?**

a) Citomegalovirus; b) Virus di Epstein-Barr; c) HSV1; d) HHV6.

**12. Nel paziente immunodepresso con infezione da citomegalovirus il trattamento antivirale di elezione prevede l'uso di:**

a) Ganciclovir; b) Ganciclovir e foscarnet nelle forme resistenti al ganciclovir; c) Aciclovir; d) Penciclovir.

### DIGEST

**13. La displasia renale associata a RVU di alto grado, tipica dei maschi, sembra avere una progressione naturale che è indipendente dalle ricadute di infezione.**

Vero/Falso

**14. La profilassi antibiotica dopo pielonefrite nei bambini con RVU:**

a) È un intervento di dimostrata efficacia e da attuare in tutti i casi; b) È un intervento di non dimostrata efficacia e recentemente rimesso in discussione.

### PAGINA VERDE

**15. La sindrome dello shock tossico è una sindrome a patogenesi complessa, mediata prevalentemente da una tossina di origine stafilococcica che agisce da superantigene.**

Vero/Falso

**16. Nella sindrome dello shock tossico si verifica classicamente una piastrinosi precoce.**

Vero/Falso

## Risposte

PAGINA GIALLA 1=e; 2=b; GENETICA 3=a; 4=Vero; 5=c; 6=Vero; 7=a; CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO 8=b; 9=b; 10=a; INFEZIONI DA HERPESVIRUS 11=c; 12=b; DIGEST 13=Vero; 14=b; PAGINA VERDE 15=Vero; 16=Falso.