

## 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, 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@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 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### LA PAGINA GIALLA

**1. È dimostrato che un fattore di rischio per la SIDS è la condivisione del letto con il genitore (soprattutto se fumatore)**

Vero/Falso

**2. Nell'ambito dell'uso delle soluzioni per la reidratazione del bambino per via endovenosa, quali delle seguenti affermazioni è corretta:**

**a)** La soluzione migliore è sempre la soluzione fisiologica (140 mEq/l di NaCl); **b)** L'uso della soluzione fisiologica abbassa del 4% il rischio di iposodiemia; **c)** Il rischio di iponatremia rimane non piccolo anche usando una soluzione salina con 77 mEq/l di NaCl (intorno all'11%); **d)** Le soluzioni ipotoniche (con NaCl 25 mEq/l) non andrebbero più utilizzate; **e)** Tutte le precedenti; **f)** Tutte le precedenti tranne una.

**3. Secondo i risultati di uno studio pubblicato su *Journal of Pediatrics* dopo tre mesi di trattamento con inibitori di pompa protonica (PPI) compare una colonizzazione batterica alta intestinale in circa un quarto dei casi**

Vero/Falso

### AGGIORNAMENTO - CORRETTA GESTIONE DEL BAMBINO CON ALTE

**4. Quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

**a)** Una buona percentuale di episodi di ALTE sono da riferire a un reflusso gastroesofageo; **b)** Molti episodi di ALTE sono dovuti a comportamenti parafisiologici nel sonno (apnea deglutitoria, rapida transizione da veglia a sonno ecc.); **c)** La maggioranza degli episodi di ALTE richiede la sorveglianza domiciliare con un monitor.

**5. L'acronimo ALTE non è sinonimo di arresto cardiorespiratorio e non rappresenta l'anticamera della SIDS**

Vero/Falso

### PROBLEMI CORRENTI - LA CARENZA DI FERRO NEL NEONATO PRETERMINE

**6. In un lattante di 2 mesi di vita quale è il valore soglia di Hb per definire un quadro di anemia?**

**a)** 11 g/dl; **b)** 10 g/dl; **c)** 9 g/dl.

**7. Tra i 6 mesi e i 5 anni si definisce carenza marziale un valore di Hb inferiore a:**

**a)** 12 g/dl; **b)** 11 g/dl; **c)** 10 g/dl.

**8. Quali delle seguenti sostanze/alimenti favorisce l'assorbimento del ferro non emnico?**

**a)** Fitati e fosfati; **b)** Calcio e latte vaccino; **c)** Latte materno.

**9. La supplementazione marziale attualmente raccomandata per i neonati pretermine va iniziata a partire da:**

**a)** Prima settimana; **b)** Terza settimana; **c)** Secondo mese; **d)** Non prima del sesto mese.

**10. La dose profilattica marziale precoce consigliata è pari a:**

**a)** 1 mg/kg/die; **b)** 2 mg/kg/die; **c)** 4 mg/kg/die.

**11. Sembra dimostrato che la supplementazione marziale precoce nei VLBW porterebbe benefici non solo ematologici ma anche sullo sviluppo neuromotorio**

Vero/Falso

### PROBLEMI SPECIALI

#### SINDROME DEL CRI DU CHAT

**12. L'incidenza della sindrome del Cri du chat è bassa e varia:**

**a)** Da 1:15.000 a 1:50.000 nati vivi; **b)** Da 1:50.000 a 1:70.000; **c)** Da 1:70.000 a 1:100.000.

**13. Nella sindrome del Cri du chat quale delle seguenti affermazioni non è corretta:**

**a)** È dovuta alla delezione del braccio corto di un cromosoma 5; **b)** In più dell'80% dei casi la delezione risulta *de novo*; **c)** È presente una variabilità nella frequenza dei segni e sintomi e nella loro espressività clinica in relazione alla dimensione e al tipo di delezione; **d)** Alla nascita i bambini con Cri du chat presentano di solito una macrocefalia.

### PAGINA VERDE

#### CHI HA PAURA DELLA FEBBRE?

**14. Nella valutazione del rischio di malattia severa nel bambino febbrile con età < 5 anni viene considerata, osservando la respirazione, ad "alto rischio" (semaforo rosso):**

**a)** Una saturazione pari al 94-95%; **b)** La presenza di crepiti all'ascoltazione; **c)** Una frequenza respiratoria > 60 atti/min a qualsiasi età; **d)** Tutti i precedenti; **e)** Nessuno dei precedenti.

**15. I lattanti di età compresa tra 3 e 6 mesi con temperatura corporea > 39 °C sono da considerare in un ambito di rischio per avere una malattia grave:**

**a)** Basso; **b)** Intermedio; **c)** Alto.

## Risposte

PAGINA GIALLA 1=Vero; 2=e; 3=Vero; AGGIORNAMENTO 4=b; 5=Vero; PROBLEMI CORRENTI 6=c; 7=b; 8=c; 9=b; 10=b; 11=Vero; PROBLEMI SPECIALI 12=a; 13=d; PAGINA VERDE 14=c; 15=b.