

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli inediti vanno inviati via e-mail a:
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

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 9 (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

LA TECNOLOGIA GENETICA

1. La metodica di ibridazione *in situ* (chiamata FISH se si utilizza una sonda fluorescente) permette di identificare:

a) Alcune malattie monogeniche; b) I difetti di base di numerosi sindromi; c) Un insieme di geni correlati ad alcune malattie.

2) L'array-CGH o cariotipo molecolare viene indicato come test genetico di prima linea in pazienti pediatrici con:

a) Dismorfismi; b) Disabilità intellettiva; c) Multiple anomalie congenite; d) Disturbo dello spettro autistico; e) Tutte le precedenti; f) Le condizioni a), b), d).

3. Il Whole Exome Sequencing (WES) esamina l'esoma per un totale di geni pari a:

a) 5000; b) 10.000; c) 16.000; d) 21.000.

PROBLEMI CORRENTI

GINOCCHIO VALGO

4. Nella normale evoluzione fisiologica degli arti inferiori quale delle seguenti affermazioni è sbagliata?

a) Nel neonato e sino ai 18 mesi è presente una condizione di varismo; b) Tra i 18 mesi-2 anni vi è un allineamento degli arti inferiori neutrale; c) Tra i 2-8 anni vi è una tendenza al valgismo; d) Sopra gli 8 anni vi è una tendenza al varismo come in età adulta.

5. Qual è la misura della distanza intermalleolare che viene ritenuta come patologica a qualsiasi età?

a) > 5 cm; b) > 6 cm; c) > 8 cm; d) > 10 cm.

6. La misurazione della distanza intermalleolare deve essere effettuata:

a) Con il bambino supino e ginocchia vicine con condili femorali mediali a contatto; b) Con il bambino in piedi e ginocchia vicine con condili femorali mediali a contatto; c) Dipende dall'età: in piedi nel bambino piccolo, supino del bambino più grande.

7. Quale delle seguenti affermazioni sul ginocchio valgo è giusta?

a) È parte del normale sviluppo di crescita degli arti inferiori tra i 2 e gli 8 anni e nella maggioranza dei casi con un quadro fisiologico l'angolo tibio-femorale non supera i 15°; b) È parte del normale sviluppo di crescita degli arti inferiori tra i 2 e i 5 anni e nella maggioranza dei casi con un quadro fisiologico

l'angolo tibio-femorale non supera i 15°; c) È parte del normale sviluppo di crescita degli arti inferiori tra i 2 e gli 8 anni e nella maggioranza dei casi con un quadro fisiologico l'angolo tibio-femorale non supera i 5°.

8. L'eziologia traumatica è responsabile della maggior parte dei casi di ginocchio valgo patologico unilaterale e asimmetrico Vero/Falso

9. Nei rari casi che richiedono un intervento chirurgico per un ginocchio valgo patologico l'età più ragionevolmente indicata è:

a) > 8 anni; b) > 10 anni; c) > 12 anni.

APPUNTI DI NEUROPSICHIATRIA

METILFENIDATO E ADHD

10. Nell'ADHD, nell'ambito di un auspicabile trattamento multimodale, la terapia farmacologica si è dimostrata altamente efficace nel ridurre i sintomi. Il metilfenidato può essere utilizzato a partire da quale età?

a) 4 anni; b) 6 anni; c) 8 anni; d) 10 anni.

11. Quale delle seguenti affermazioni sul metilfenidato è errata:

a) È uno psicostimolante; b) Di solito vengono somministrati per il suo uso dei piani di trattamento annuali (da settembre a giugno); c) Può creare dipendenza; d) Può essere utilizzato anche in età adolescenziale.

12. La formulazione a rilascio immediato di metilfenidato (*Ritalin*) è associata a una rapida insorgenza dell'effetto terapeutico. Il dosaggio test del farmaco consigliato è di:

a) 0,3 mg/kg; b) 3 mg/kg; c) 6 mg/kg.

13. Il metilfenidato a rilascio immediato viene somministrato:

a) In singola dose giornaliera al mattino; b) In almeno due dosi giornaliere e sino a tre volte al giorno (ore 8, ore 11 ore 14); c) In due dosi giornaliere (ore 8 e ore 20).

14. Per formulazioni di metilfenidato a rilascio modificato (*Equasym* e *Medikinet*) la dose di farmaco con cui è consigliabile iniziare il trattamento e quella massima a cui è possibile arrivare sono pari a:

a) 5 mg/die sino a un massimo di 50 mg/die; b) 10 mg/die sino a un massimo di 60 mg/die; c) 20 mg/die sino a un massimo di 200 mg/die; d) 50 mg/die sino a un massimo di 500 mg/die.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=e; 3=d; PROBLEMI CORRENTI 4=d; 5=c; 6=a; 7=a; 8=Vero; 9=b; APPUNTI DI NEUROPSICHIATRIA 10=b; 11=c; 12=a; 13=b; 14=b.