

NORME REDAZIONALI

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

È richiesto l'invio anche per e-mail: redazione@medicoebambino.com

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". 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** (abstract) in italiano, 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 e per esse non c'è limitazione rigida, anche perché la loro utilità dipende dal contenuto dell'articolo. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese le tabelle) per articolo. Si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate. 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 posta.

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

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 terzo, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima e ultima pagina del testo, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal comitato scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a due **referee** esterni. Il giudizio del referee sarà poi sinteticamente 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** di M&B ospitano: Contributi originali (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca").

I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in versione ridotta sulle Pagine Elettroniche della rivista cartacea entro 60 giorni dall'invio. La versione ridotta sarà elaborata in redazione. La traduzione in lingua inglese del sommario accompagnerà la sua pubblicazione sulla rivista.

Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per posta elettronica, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (i nomi degli Autori fino al terzo, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima e ultima pagina del testo, nell'ordine).

Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno).

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 14 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 10 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PAGINA GIALLA

1. Gli anni critici per la formazione della massa ossea sono:

a) I primi tre anni di vita; b) L'età della scuola; c) Il periodo preadolescenziale e adolescenziale.

2. Nella malattia di Crohn e nell'artrite reumatoide il fattore patogenetico umorale principale, contro il quale è possibile agire in maniera specifica, è:

a) L'interleuchina 1; b) L'interleuchina 6; c) Il Tumor Necrosis Factor; d) L'interferon gamma.

3. Nella diagnosi di tosse psicogena il criterio discriminante maggiore è:

a) L'assenza di secrezione catarrale; b) L'assenza di tosse notturna; c) Il carattere francamente accessuale degli episodi.

4. Quale di queste affermazioni corrisponde a verità?

a) La resistenza totale dello pneumococco ai beta-lattamici (con MIC maggiore di 2) interessa, in Italia, il 5% dei ceppi isolati; b) La resistenza dello pneumococco ai beta-lattamici è un fattore personale: chi riceve più cicli di cura alberga in faringe più facilmente ceppi resistenti; c) La resistenza ai beta-lattamici si accompagna quasi di regola a un aumento della patogenicità.

DEFICIT DI $\alpha 1$ -ANTITRIPSINA

5. Il difetto di $\alpha 1$ -antitripsina produce un danno epatico di entità variabile, con ipertransaminasemia che si esprime:

a) Nei primi anni di vita; b) Nell'adolescente; c) Nell'età adulta.

6. Il difetto di $\alpha 1$ -antitripsina produce un danno respiratorio che si esprime:

a) Nei primi anni di vita; b) Nell'adolescente; c) Nell'età adulta.

7. Il difetto di $\alpha 1$ -antitripsina può essere associato a patologia emorragica neonatale

Vero/Falso

8. Il difetto di $\alpha 1$ -antitripsina NON è tra le indicazioni di trapianto epatico

Vero/Falso

FUMO PASSIVO

9. Il fumo passivo può essere causa di malignità già nell'età pediatrica

Vero/Falso

10. Quale di queste affermazioni è scorretta?

Il fumo passivo può produrre:

a) un aumento delle IgE; b) Un aumento della iperreattività bronchiale; c) Disturbi del com-

portamento e iperattività; d) Cancerogenesi; e) Manifestazioni Raynaud-simili.

ADEM (Digest)

11. L'ADEM corrisponde alla encefalomielite acuta post-infettiva

Vero/Falso

12. Il criterio diagnostico essenziale di ADEM è fornito dalla RMN

Vero/Falso

13. I nervi periferici non sono interessati dalla malattia

Vero/Falso

14. La sintomatologia dell'ADEM può comprendere:

a) Convulsioni; b) Atrofia ottica; c) Atassia; d) Disartria; e) Tremori; f) Coma; g) Cefalea; h) Irritabilità; i) Tutti questi; l) Tutti questi meno uno.

15. La terapia cortisonica è:

a) Formalmente indicata; b) Di efficacia incerta; c) Controindicata.

RUBRICA ICONOGRAFICA

16. Quale delle seguenti affermazioni è scorretta?

La sindrome di Sotos è caratterizzata da:

a) Macrosomia neonatale; b) Frequente ritardo mentale; c) Macrocefalia; d) Criptorchidismo; e) Maggiore rischio di tumore.

DOMANDE E RISPOSTE

17. Quale di queste risposte è scorretta?

a) La contumacia per la pertosse è di 5 giorni dopo l'inizio della terapia con macrolide; b) Per la rosolia 7 giorni dopo l'esordio dell'esantema; c) Per la scarlattina 48 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica; d) Per la pediculosi 24 ore dall'inizio del trattamento disinfettante; e) Per la mononucleosi 15 giorni dalla comparsa della febbre.

18. L'immunoterapia specifica (ITS) è più efficace:

a) Per l'allergia ai pollini; b) Per l'allergia all'acaro.

19. Quale di queste affermazioni è corretta?

a) I soggetti che rispondono meglio alla ITS per l'acaro sono quelli con valori di FEV1 inferiori al 70% dell'atteso; b) I soggetti con maggiore facilità a reazioni sistemiche gravi alla ITS sono quelli con asma grave; c) I bambini rispondono alla ITS meno bene degli adulti.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=c; 2=c; 3=b; 4=b; DEFICIT DI $\alpha 1$ -ANTITRIPSINA 5=a; 6=c; 7=Vero; 8=Falso; FUMO PASSIVO 9=Vero; 10=e; ADEM 11=Vero; 12=Vero; 13=Falso; 14=i; 15=a; RUBRICA ICONOGRAFICA 16=d; DOMANDE E RISPOSTE 17=e; 18=a; 19=b