

## 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, 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 entrambi 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

## 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 8 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### PAGINA GIALLA

**1. La sclerosi tuberosa è una malattia genetica causata dal difetto di due proteine (amartina e tuberina) che agiscono da inibitori del recettore mTOR. In uno studio su 130 lattanti con diagnosi genetica di sclerosi tuberosa la/le manifestazione/i più precoce/i a comparire è/sono:**

**a)** I tuber e displasie corticali; **b)** Le macchie ipomelanocitiche cutanee; **c)** Le crisi epilettiche; **d)** Il rhabdomioma cardiaco.

**2. La valutazione del tempo di riempimento capillare rispetto a misure di outcome rilevanti (mortalità) ha:**

**a)** Una specificità (intorno al 92%) e una sensibilità (intorno al 90%) molto buone; **b)** Una specificità molto buona (92%) e una sensibilità scarsa (35%); **c)** Sia una sensibilità che una specificità basse (entrambe intorno al 30%).

### SPECIALE - DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI

**3. Nella 20ª edizione del Nelson Textbook of Pediatrics, la prevalenza da sintomi fisici descritti come "funzionali" e non spiegabili da una patologia medica risulta essere pari a:**

**a)** 1-5% della popolazione pediatrica mondiale; **b)** 5-15%; **c)** 10-30%.

**4. Quale dei seguenti criteri nella classificazione DSM-V è caratterizzante il disturbo da conversione rispetto al disturbo fittizio o da sintomi somatici (DSS)?**

**a)** Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale (ad esempio debolezza o paralisi); **b)** Livello costantemente elevato di ansia per la salute e per i sintomi; **c)** Comportamento ingannevole e palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.

**5. Tra i criteri diagnostici (DSM-V) del DSS quale dei seguenti non è presente?**

**a)** Pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi; **b)** Livello costantemente elevato di ansia per la salute e per i sintomi; **c)** Tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute; **d)** Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici.

**6. In che percentuale di casi descritti in letteratura in un bambino-adolescente con DSS può essere presente una condizione di comorbidity psichiatrica (depressione o disturbo di ansia)?**

**a)** 10%; **b)** 20%; **c)** 30%; **d)** 50%.

**7. Un significativo assenteismo scolastico è uno degli elementi che deve essere fortemente valorizzato per il sospetto di diagnosi di DSS/patologia da conversione**

Vero/Falso

**8. Nei casi con DSS nel corso del tempo di solito si verifica che:**

**a)** Il sintomo di esordio (ad esempio la cefalea) rimane sempre quello e non si modifica nel tempo; **b)** In oltre la metà dei casi i sintomi somatici descritti possono essere diversi e cambiare caratteristiche nel corso del tempo; **c)** Sin dall'esordio i sintomi per una corretta diagnosi devono essere almeno tre.

### URGENZE NEUROLOGICHE: LA PERDITA DEL VISUS

**9. In presenza di un deficit visivo acuto episodico quali delle seguenti condizioni (a seconda dei sintomi di accompagnamento) devono essere prese in considerazione nella diagnosi differenziale?**

**a)** L'emigrania; **b)** L'ipertensione endocranica; **c)** L'epilessia occipitale; **d)** Tutte le precedenti; **e)** Tutte le precedenti tranne una.

**10. In un deficit visivo persistente una delle possibili diagnosi è la neurite ottica retrobulbare. In questa condizione quale delle seguenti affermazioni è falsa?**

**a)** L'edema papillare si osserva in circa il 70% dei casi; **b)** L'interessamento è sempre monolaterale; **c)** I potenziali visivi evocati sono sempre alterati; **d)** Il trattamento di scelta è con i corticosteroidi ad alte dosi.

**11. Il deficit visivo funzionale definisce una perdita della vista in assenza di patologia organica. Nel manuale DSM-V è classificato tra:**

**a)** I disturbi da sintomi somatici; **b)** I disturbi da conversione; **c)** Lo stato di ansia generalizzato; **d)** Il disturbo fittizio.

### L'ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI

#### LA GESTIONE DELLE USTIONI

**12. Il primo approccio nella gestione di una ustione prevede:**

**a)** L'uso di disinfettanti come il perossido di idrogeno o a base di iodopovidone; **b)** L'uso di un cortisonico topico; **c)** L'uso di preparati a base di ipoclorito di sodio o ripetuti lavaggi con soluzione fisiologica.

**13. Le ustioni di secondo grado profondo sono caratterizzate da flittene, ma alla palpazione il paziente percepisce solo sensazione di pressione e nega il dolore**

Vero/Falso

## Risposte

PAGINA GIALLA 1=d; 2=b; SPECIALE 3=c; 4=a; 5=d; 6=c; 7=Vero; 8=b; 9=d; 10=b; 11=b; ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI 12=c; 13=Vero.