

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicobambino.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@medicobambino.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 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

ABC MALTRATTAMENTO

1. Diversi studi epidemiologici hanno documentato che i bambini a maggiore rischio di maltrattamento hanno un'età:

a) Inferiore ai 3 anni di età, e in particolare sotto l'anno di vita; b) Tra i 3 e i 5 anni; c) Tra 6 e 10 anni.

2. Una categoria a maggiore rischio di maltrattamento è quella dei bambini con disabilità, ritardo cognitivo, ADHD

Vero/Falso

3. Nel bambino maltrattato le ecchimosi sono un segno fisico frequente. Le ecchimosi secondarie a maltrattamento possono essere presenti ovunque, ma si presentano più frequentemente in quali parti del corpo?

a) Eminenze ossee; b) Porzione anteriore del corpo (fronte, naso, labbro superiore, mento, gambe, nuca, rachide lombosacrale); c) Capo e collo (orecchie, alle guance, in sede periorbitale); agli arti superiori (avambracci); alle cosce; al tronco e al dorso; ai glutei.

4. Sulla base dei risultati di alcuni studi epidemiologici, i bambini che presentano ecchimosi da maltrattamento in che percentuale possono presentare altre lesioni (fratture, lesioni intracraniche)?

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

5. In merito alle fratture da maltrattamento, l'età più tipica di riscontro (sino all'80% dei casi) è:

a) Al di sotto dei 5 anni di età; b) Sopra i 5 anni di età; c) Al di sotto dei 18 mesi di vita.

6. Si stima che la probabilità di maltrattamento in un bambino piccolo con fratture costali sia intorno al:

a) 20%; b) 50%; c) 70%.

7. In merito alle lesioni intracraniche da maltrattamento, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

a) Tutti i casi sono sintomatici (convulsioni, apnea, letargia, segni focali); b) Sino al 35% dei casi sono asintomatici (non presenza di segni neurologici alla valutazione clinica); c) Il riscontro di emorragie retiniche spesso non si associa a emorragia intracranica o edema cerebrale e in assenza di sintomatologia neurologica non richiede una neuro-immagine.

8. L'emorragia intracranica che si riscontra più frequentemente nei bambini vittima di maltrattamento è subdurale

Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI DISFAGIA

9. L'acalasia esofagea è una patologia rara che riguarda più frequentemente:

a) Il bambino piccolo (primi anni di vita); b) L'età preadolescenziale e adolescenziale; c) Non ha un'età specifica.

10. Sia l'acalasia che l'esofagite eosinofila si possono associare a disfagia ingravescente. Nel carattere clinico distintivo tra le due, quale delle seguenti affermazioni è errata?

a) Gli episodi di impatto sono più suggestivi per acalasia esofagea; b) Il dolore toracico e la tosse all'esordio sono più tipici dell'acalasia; c) Gli episodi di impatto sono più suggestivi per esofagite eosinofila.

11. In caso di sospetto clinico di acalasia esofagea, l'esame strumentale di prima istanza è:

a) La pH-impedenzometria; b) Il transito esofageo; c) L'esofagoscopia; d) La manometria esofagea.

12. I principali farmaci utilizzati nel trattamento dell'esofagite eosinofila sono i corticosteroidi in sospensione orale (es. budesonide viscosa) oppure inalatori "con tecnica sbagliata" (ovvero nebulizzando il farmaco in bocca per poi deglutirlo) e i PPI. In merito all'efficacia degli steroidi topici, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

a) Una remissione clinica e istologica dopo 12 settimane di terapia si ha in circa il 60% dei casi, ma con tasso di ricaduta fino al 45% dei casi a 2 anni; b) La remissione clinica e istologica si ottiene dopo 12 settimane in oltre l'80% dei casi con rari casi di ricadute; c) Dopo la sospensione del trattamento con steroidi topici la quasi totalità dei casi ha una ricaduta.

Risposte

ABC 1=a; 2=Vero; 3=c; 4=d; 5=c; 6=c; 7=b; 8=Vero; PROBLEMI SPECIALI 9=b; 10=a; 11=b; 12=a.