

## 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. In un recente studio multicentrico in che percentuale di casi è stato possibile classificare nel bambino/adolescente una encefalite come autoimmune?**

- a) 5%; b) 16%; c) 21%; d) 35%.

**2. Da uno studio francese su 170 casi di artrite risulta che l'eziologia infettiva è la principale causa di artrite (artrite settica). L'agente più frequentemente in causa (in particolare nel bambino piccolo) è risultato essere:**

- a) *Lo Staphylococcus aureus*; b) *La Kingella kingae*; c) *La Salmonella*.

**3. Uno studio sugli incidenti, che sono più frequenti nei bambini con ADHD, dimostrerebbe che l'uso dei farmaci per il trattamento del disturbo:**

- a) Ne riduce il rischio di circa il 30-40%; b) Ne aumenta il rischio di circa il 30-40%; c) Risulta essere indifferente.

### FOCUS

LA LINFOISTIOCITOSI EMOFAGOCITICA

**4. La linfocitosi emofagocitica (HLH) è una rara malattia potenzialmente mortale, la cui patogenesi trova fondamento in una sindrome iperinflammatoria causata da una risposta immunitaria incontrollata e inefficace. Le HLH possono essere primitive (genetiche) o secondarie (a infezioni, all'artrite idiopatica giovanile). Le forme primitive sono ereditate in maniera:**

- a) Autosomica dominante; b) Autosomica recessiva c) Autosomica recessiva e legata al cromosoma X; d) Sia autosomica dominante che recessiva.

**5. Nella HLH quale dei seguenti criteri clinici e di laboratorio è importante per la diagnosi?**

- a) La febbre; b) La splenomegalia; c) L'aumento dei trigliceridi; d) L'aumento del fibrinogeno; e) Tutti i precedenti; f) Tutti i precedenti tranne uno.

**6. Nell'HLH l'aumento della ferritinemia è un dato di laboratorio molto utile sia per la diagnosi che per la valutazione della risposta alla terapia**

Vero/Falso

**7. La diagnosi di HLH richiede sempre il rispetto di emofagocitosi sull'aspirato midollare:**

- a) Vero, perché è presente nel 100% dei casi; b) Falso, perché la sua sensibilità è solo del 60%; c) Dipende da caso a caso.

### LINEE GUIDA - FARINGOTONSILLITE

**8. La probabilità che la faringite sia streptococcica è trascurabile nei bambini fino ai due anni. Pertanto in questa fascia di età l'uso del test rapido per la diagnosi (RAD) porta facilmente a sovra-diagnosi (falsi positivi) e non andrebbe quindi eseguito**

Vero/Falso

**9. L'amoxicillina è il farmaco di scelta nel trattamento della faringotonsillite streptococcica. Il suo dosaggio deve essere:**

- a) 80-100 mg/die in due dosi; b) 80-100 mg/die in tre dosi; c) 50 mg/die in due dosi.

**10. L'esecuzione dell'esame di controllo (RAD o esame colturale) a fine terapia in caso di faringite acuta da *Streptococcus pyogenes*:**

- a) È sempre raccomandata perché bisogna accertarsi dell'avvenuta eradicazione; b) È del tutto inutile e può indurre comportamenti prescrittivi inappropriati; c) Dipende da caso a caso.

### ABC - LO SCROTO ACUTO

**11. La torsione del testicolo ha due picchi di incidenza. Quali sono?**

- a) Al di sotto dell'anno di vita e dopo i 12 anni; b) Al di sotto dei 3 anni di età e dopo la pubertà; c) Tra i 3-5 anni e i 10-12 anni.

**12. Come frequenza la principale causa di scroto acuto nel bambino risulta essere:**

- a) La torsione delle appendici/idatidi di Morgagni; b) La torsione testicolare; c) L'orchiepididimite.

**13. Quale delle seguenti affermazioni è sbagliata?**

- a) Il dato anamnestico di trauma testicolare non esclude una torsione del testicolo; b) Il riscontro del riflesso cremasterico esclude sempre una torsione del testicolo; c) Nella torsione testicolare il dolore può essere riferito all'addome; d) Il dolore testicolare deve essere trattato con antidolorifici senza timore di mascherare la diagnosi.

## Risposte

LA PAGINA GIALLA 1=c; 2=b; 3=a; FOCUS 4=c; 5=f; 6=Vero; 7=b; LINEE GUIDA 8=Vero; 9=c; 10=b; ABC 11=a; 12=a; 13=b.