

## 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 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

#### INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI

**1. Si dice che un bambino con età > 3 anni è affetto da infezioni respiratorie ricorrenti se presenta un numero di infezioni/anno uguale/superiore a:**

a) 4; b) 6; c) 8.

**2. La mediana dei bambini che soffre di infezioni respiratorie ricorrenti è pari a che percentuale della popolazione infantile?**

a) 5%; b) 10%; c) 20%.

**3. I segni clinici di possibile allarme per la diagnosi di immunodeficienza riguardano:**

a) Più di 2 polmoniti all'anno; b) Ritardo di crescita; c) Accessi ricorrenti di cute e organi interni; d) Più di due infezioni gravi all'anno; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

**4. Il fumo passivo si associa a un maggiore rischio, soprattutto nei bambini < 2 anni, di respiro sibilante, bronchite asmatiforme, infezioni respiratorie acute**

Vero/Falso

### PROBLEMI SPECIALI

#### INFEZIONE DA CORONAVIRUS

**5. L'infezione da SARS-CoV-2 ha una incubazione prevista di 5,2 giorni, con un IC 95% di 12,5 giorni**

Vero/Falso

**6. Il numero medio di persone che verranno contagiate da un singolo infetto è di circa:**

a) 2,2 (IC 95%, da 1,4 a 3,9); b) 3,2 (IC 95%, da 2,2 a 4,9); c) 4,2 (IC 95%, da 3,2 a 5,9).

**7. L'infezione nei bambini può essere asintomatica ed è molto meno grave rispetto al paziente adulto**

Vero/Falso

### PROBLEMI SPECIALI

#### SINDROMI EMORRAGICHE

#### E LUPUS ANTICOAGULANTE POSITIVO

**8. Nei casi di riscontro con aPTT allungato e fenomeno LAC positivo, la clinica (manifestazioni petecchiali/emorragiche) è di solito asente (riscontro occasionale)**

Vero/Falso

**9. In caso di riscontro sia di un aPTT che di un PT allungati le possibili cause sono:**

a) La malattia di von Willebrand; b) L'insufficienza epatica; c) Il deficit di vitamina K (anche da malassorbimento); d) La sindrome da ipoprotrombinemia acquisita indotta da LAC (SIAL); e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne a).

### L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

#### TORSIONE OVARICA E TUBARICA IN ETÀ PEDIATRICA

**10. La torsione di ovaie sane è una evenienza che si verifica in modo particolare in quale fascia di età?**

a) Nelle bambine tra 2-4 anni; b) Tra 4-7 anni; c) < 1 anno di età; d) In epoca preadolescenziale e adolescenziale; e) Sia < 1 anno che in epoca preadolescenziale e adolescenziale.

**11. L'esordio più tipico della torsione ovarica si caratterizza per:**

a) La comparsa di un dolore all'addome non localizzabile, sempre associato a vomito; b) Dolore addominale o pelvico acuto solitamente riferito a un solo emilato; c) Il quadro è quello classico della peritonite in ogni circostanza.

**12. In caso di torsione la tempistica di intervento è determinante per cercare di salvare l'ovaio. Qual è il tempo intercorso che si pensa sia associato a un maggiore riscontro di tessuto necrotico?**

a) 4 ore; b) 10 ore; c) 24 ore.

### NEONATOLOGIA

#### APLASIA CUTIS CONGENITA

**13. L'aplasia cutis congenita si manifesta più frequentemente:**

a) Alle estremità degli arti; b) Sul viso; c) Al cuoio capelluto.

**14. Può essere isolata o appartenere a un quadro sindromico. In che percentuale dei casi si manifesta come lesione isolata?**

a) 25%; b) 55%; c) 65%; d) 85%.

## Risposte

AGGIORNAMENTO 1=c; 2=b; 3=e; 4=Vero; PROBLEMI SPECIALI CORONAVIRUS 5=Vero; 6=a; 7=Vero; PROBLEMI SPECIALI LUPUS 8=Vero; 9=f; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 10=e; 11=b; 12=b; NEONATOLOGIA 13=c; 14=d.