

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 (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@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 6 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 5 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PROBLEMI SPECIALI PIODERMA GANGRENOSO

1. Il pioderma gangrenoso ha un'incidenza complessivamente rara (1,5 casi /100.000 persone anno). L'esordio in età pediatrica è pari a circa il:

- a) 3% dei casi; b) 6% dei casi; c) 10% dei casi; d) 15% dei casi.

2. Il pioderma gangrenoso si manifesta con ulcere cutanee ricorrenti, meno frequentemente in forma bollosa, pustolosa o vegetativa. La sede più caratteristica di localizzazione è a livello:

- a) Degli arti superiori (tipicamente avambracci); b) Del tronco; c) Del viso (tipicamente guance); d) Degli arti inferiori (tipicamente sede pretibiale).

3. In merito al pioderma gangrenoso quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a) Ha una causa sempre infettiva; b) L'esordio è molto lento; c) Ha un infiltrato neutrofilo sterile.

4. Il pioderma gangrenoso ha come caratteristica quella di essere, in oltre la metà dei casi, secondario a un'altra patologia sistemica Vero/Falso

5. La diagnosi di pioderma gangrenoso si basa:

- a) Sulla ricerca di anticorpi specifici; b) Sull'isolamento culturale nella lesioni di batteri (in particolare *Staphylococcus aureus*); c) Sulle caratteristiche cliniche con il supporto della biopsia.

FARMACORIFLESSIONI LA PROFILASSI DELL'INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE

6) Nelle diverse linee di indirizzo sulla profilassi dell'infezione da virus respiratorio siniziale (VRS) con palivizumab non c'è ancora un accordo unanime. Sicuramente è raccomandato in quale delle seguenti categorie di bambini?

- a) Neonati nati \leq 29 settimane di età gestazionale che hanno meno di 12 mesi all'inizio della stagione VRS; b) Bambini con broncodisplasia che hanno richiesto un tratta-

mento medico e che hanno età \leq 2 anni all'inizio della stagione VRS; c) Bambini con cardiopatia emodinamicamente significativa con età \leq 2 anni all'inizio della stagione VRS; d) Bambini con gravi malformazioni congenite (neuromuscolari, tracheo-bronchiali) con età \leq 1 anno all'inizio della stagione VRS; e) Bambini con immunodeficienza primitive o secondarie con età \leq 2 anni all'inizio della stagione; f) Tutti i precedenti; g) Tutti i precedenti tranne uno.

7. Lo schema previsto per l'uso profilattico di palivizumab nella prevenzione dell'infezione da VRS prevede l'uso intramuscolare con uno schema:

- a) 5 mg/kg, ogni 30 gg per un totale di 5; b) 5 mg/kg, ogni 15 gg per un totale di 3; c) 15 mg/kg, ogni 30 gg per un totale di 5; d) 30 mg/kg, ogni 30 gg per un totale di 5.

8. Il nirsevimab è un anticorpo monoclonale che è stato approvato recentemente dall'EMA per la profilassi dell'infezione da VRS. Le dosi previste sono:

- a) Cinque; b) Quattro; c) Tre; d) Una.

9. Gli studi clinici controllati che sono stati condotti sinora su nirsevimab avrebbero dimostrato che il farmaco rispetto al placebo (e al palivizumab rispetto al profilo di sicurezza):

- a) Non riduce significativamente l'incidenza percentuale delle ospedalizzazioni da VRS nei neonati pretermine; b) Riduce l'incidenza percentuale delle ospedalizzazioni e delle infezioni gravi da VRS nei neonati pretermine; c) Il profilo di sicurezza si è dimostrato paragonabile a quello del placebo e del palivizumab; d) Presenta maggiori effetti collaterali rispetto al palivizumab; e) Sia la risposta b) che c) sono corrette.

10. Negli studi clinici la dose utilizzata di nirsevimab è stata di:

- a) 15 mg in bambini con peso inferiore a 5 kg, 30 mg in quelli con peso superiore a 5 kg; b) 30 mg in bambini con peso inferiore a 5 kg, 60 mg in quelli con peso superiore a 5 kg; c) 50 mg in bambini con peso inferiore a 5 kg, 100 mg in quelli con peso superiore a 5 kg; d) 100 mg indipendentemente dal peso.

Risposte

PROBLEMI SPECIALI 1=a; 2=d; 3=c; 4=Vero; 5=c; FARMACORIFLESSIONI 6=f; 7=c; 8=d; 9=e; 10=c.