

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, un 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 11 (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 - PFAPA

1. La PFAPA, acronimo di "febbre periodica, faringite, stomatite aftosa e linfadenite", di solito nei suoi episodi di febbre ricorrente ha un'insorgenza più tipicamente a che età?

- a) Al di sotto dei 6 mesi di vita; b) Tra i 2 e i 4 anni o in ogni caso < 5 anni; c) Al di sopra dei 5 anni (età scolare); d) Non c'è un'età tipica.

2. La durata media degli episodi di febbre in corso di PFAPA è di:

- a) 2-3 giorni; b) 3-6 giorni; c) 7-10 giorni; d) 10-14 giorni.

3. In corso di episodi di PFAPA quale delle seguenti affermazioni è corretta ai fini anche della diagnosi?

- a) La faringotonsillite essudativa, la linfadenite e la stomatite aftosa sono sempre presenti; b) La linfadenite può anche non esserci ma la stomatite aftosa è sempre presente; c) Nel 90% dei casi è presente una faringotonsillite essudativa, nel 75% una linfadenite e in circa la metà dei casi la stomatite aftosa.

4. Cosa caratterizza la febbre familiare mediterranea?

- a) Durata della febbre che è sempre molto breve (2 giorni di media); b) La possibile presenza di dolore addominale e/o toracico; c) L'assenza di rash orticarioide; d) Tutti i precedenti; e) Tutti i precedenti tranne uno.

5. Nella PFAPA che ha un'indicazione per la tonsillectomia, in che percentuale dei casi si ha una completa risoluzione degli episodi?

- a) 40-50% dei casi; b) 50-60%; c) 60-70%; d) 80-90%.

6. Nella caratterizzazione della febbre ricorrente da difetto da mevalonato chinasi (MVK), quale delle seguenti affermazioni è errata?

- a) L'esordio è sempre al di sopra dei 2-3 anni di età; b) Può essere presente una stomatite aftosa; c) Può essere presente dolore addominale e/o diarrea; d) Può essere presente linfadenomegalia.

ABC - LESIONI PERIANALI

7. In merito alle lesioni perianali del bambino e adolescente, la presenza di una ragade anale deve fare pensare come causa predisponente/causale:

- a) A una malattia infiammatoria cronica intestinale; b) Alla copresenza di emorroidi; c) Alla presenza di stipsi; d) A una concomitante infezione perianale.

8. Il prolasso rettale in età pediatrica è più frequente a quale età?

- a) In età scolare (5-10 anni); b) Nell'adolescenza; c) Nei primi mesi di vita; d) Al di sotto dei 4 anni e più tipicamente nel primo anno di vita.

SE LA CONOSCI LA RICONOSCI LA SINDROME DI NOONAN

9. La prevalenza della sindrome di Noonan (SN) è stimata essere pari a:

- a) 1 caso su 500-1000; b) 1 caso su 1000-2500; c) 1 caso su 2500-5000; d) 1 caso su 5000-10.000.

10. La SN è frequentemente associata a una cardiopatia congenita. A tale riguardo quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a) Non è quasi mai presente una stenosi/dilatazione della valvola polmonare; b) Nella maggioranza dei casi la cardiopatia congenita riguarda il difetto interventricolare (DIV) con associata una cardiomiopatia ipertrofica; c) La cardiopatia caratterizzante è la stenosi della valvola aortica; d) I difetti che possono essere presenti sono la stenosi/dilatazione della valvola polmonare, la cardiomiopatia ipertrofica, il difetto interatriale (DIA).

11. I maschi con SN hanno quasi sempre un criptorchidismo

Vero/Falso

12. Nella SN possono essere presenti diverse anomalie ematologiche. Quale delle seguenti è quella più frequente?

- a) Piastrinopenia; b) Neutropenia; c) Deficit dei fattori di coagulazione con possibile diatesi emorragica; d) Anemia macrocitica da carenza di folati e/o vitamina B12.

13. Nella SN il rischio di sviluppare un tumore infantile rispetto alla popolazione senza SN risulta essere

- a) Uguale; b) Due volte maggiore; c) Cinque volte maggiore; d) Otto volte maggiore.

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=b; 3=c; 4=d; 5=d; 6=a; ABC 7=c; 8=d; SE LA CONOSCI LA RICONOSCI 9=b; 10=d; 11=Vero; 12=c; 13=d.

Risposte