

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, 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

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.

AGGIORNAMENTO

LA SINDROME FETO-ALCOLICA

1. Il quadro clinico della sindrome fetto-alcolica (FAS) classica è caratterizzato da ritardo di crescita, anomalie cranio-facciali e segni di disfunzione del sistema nervoso centrale
Vero/Falso

2. L'alterazione strutturale principale della FAS è:
a) La macrocefalia; b) La microcefalia; c) La plagiocefalia.

3. Gli effetti neuropsicologici dell'esposizione prenatale all'alcol sono clinicamente significativi anche in assenza del quadro completo di FAS
Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI - ORTICARIA DA FREDDO

4. L'orticaria da freddo si distingue in due forme principali: una tipica e una atipica. La principale distinzione tra le due forme si caratterizza per:
a) Dopo l'esposizione al freddo nella forma tipica l'orticaria compare sempre, mentre nella forma atipica può essere occasionale;
b) Nella forma tipica vi è la positività al test al ghiaccio, mentre nella forma atipica la risposta al test al ghiaccio può essere assente;
c) La forma tipica si cura con gli antistaminici, mentre quella atipica esclusivamente con il cortisone.

5. Nella forma tipica di orticaria da freddo i ponfi compaiono solo nelle aree venute a contatto con lo stimolo freddo, mentre nella forma atipica i ponfi compaiono anche nelle aree non esposte
Vero/Falso

6. L'orticaria da freddo non dà mai sintomi sistemici (sino allo shock anafilattico)
Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI

SINDROME DI KLINEFELTER

7. Qual è la prevalenza della sindrome di Klinefelter (SK)?
a) 1:660; b) 1:1260; c) 1:2260.

8. Quale delle seguenti affermazioni è giusta? Nella SK può esserci:

a) Un difetto di mineralizzazione ossea; b) Un volume testicolare che può essere normale; c) La maggioranza dei casi non ha problemi di sterilità.

9. Nella SK l'area neurocognitiva maggiormente interessata è quella verbale
Vero/Falso

10. La terapia ormonale sostitutiva con testosterone nella SK va iniziata di solito:
a) Prima della pubertà, verso i 9-10 anni; b) Intorno ai 12-14 anni; c) Non prima del 16-18 anni.

11. La ginecomastia nella SK è presente:
a) Sempre; b) Nel 38-75% dei casi; c) Nel 20-40% dei casi.

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

TRISOMIA E TORCICOLLO

12. L'instabilità atlanto-assiale è una condizione che nella sindrome di Down riguarda:
a) Il 20% dei soggetti; b) Il 40%; c) La quasi totalità dei soggetti.

13. Dei soggetti con sindrome di Down e con instabilità atlanto-assiale la totalità è sintomatica
Vero/Falso

14. Quali sono i sintomi suggestivi di una possibile instabilità atlanto-assiale?
a) Instabilità nella marcia; b) Torcicollo; c) Dolore cervicale; d) Clonie; e) Tutti i precedenti; f) Tutti i precedenti tranne uno.

15. Nelle instabilità cervicali sintomatiche il trattamento di scelta è:
a) Sempre chirurgico, seguito (o preceduto) da un periodo di immobilizzazione; b) È sufficiente un periodo più o meno lungo di immobilizzazione; c) La chirurgia va valutata caso per caso.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=Vero; 2=b; 3=Vero; PROBLEMI SPECIALI (ORTICARIA) 4=b; 5=Vero; 6=Vero; PROBLEMI SPECIALI (KLINEFELTER) 7=a; 8=a; 9=Vero; 10=b; 11=b; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 12=a; 13=Vero; 14=e; 15=a.