

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso:
Medico e Bambino
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590

È preferibile l'invio via e-mail:
redazione@medicoebambino.com

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15-20.000 battute (2500-3000 parole). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Contributi troppo lunghi saranno inevitabilmente soggetti a tagli.

Per la **rubrica iconografica**, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (6000 battute di testo, pari a 900 parole, più illustrazioni).

Si prega di includere un **riassunto** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute (90-120 parole), e le **parole chiave**.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese la tabelle) per articolo. Aggiungere le didascalie e il riferimento nel testo.

Indicare i nomi propri degli Autori dell'articolo per esteso. Va specificato il nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza, riportando n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** vengono accettate in ogni caso, e pubblicate quanto prima. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (450 parole); in caso contrario può risultare necessario qualche taglio.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo. Gli Autori vanno interamente riportati quando non superano il numero di sei. In caso contrario citare i primi tre, 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, l'indicazione del volume, la prima e l'ultima pagina del testo.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal Comitato Scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a tre **referee** esterni. Il giudizio dei referee sarà comunicato all'Autore assieme alle conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e agli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale, così come quello richiesto ai referee, riguardano sia l'interesse e la validità dei contenuti, sia la leggibilità dell'articolo e la sua fruibilità pratica da parte dei lettori.

La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni di **editing**, che, se consistenti, verranno sottoposte all'Autore per approvazione.

Le **pagine elettroniche** ospitano contributi originali, suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di **referee** e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in formato ridotto sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in formato digitale, preferibilmente via e-mail, non deve superare le 9000 battute (1300 parole circa), può contenere illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (vedi sopra). Si prega di includere un **riassunto** in italiano (e possibilmente anche in inglese) e le **parole chiave**.

Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

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 12 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 8 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

LETTERE: ALIMENTI SOLIDI

1. Le evidenze sull'effetto protettivo dell'alimentazione esclusiva al seno per i primi quattro mesi, nei riguardi della dermatite atopica, sono:

a) Insufficienti; b) Appena sufficienti; c) Negative.

2. Le evidenze sugli effetti protettivi della ritardata assunzione di cibi solidi nei riguardi di asma, rinite allergica, sensibilizzazione specifica, sono:

a) Certe; b) Incerte; c) Assenti.

3. Un allattamento al seno prolungato:

a) Aumenta il rischio di wheezing precoce, probabilmente per un ritardo dell'acquisizione di tolleranza immunologica; b) Riduce il rischio di wheezing precoce, probabilmente per una protezione generica nei riguardi dell'infezione.

4. Le evidenze della letteratura sugli effetti protettivi ovvero nocivi delle scelte dietetiche nelle età successive ai 4 mesi di vita sono da considerare:

a) Molto solide; b) Del tutto insufficienti per qualsiasi indicazione pratica.

SINDROME DI TURNER

5. In una ragazza con ritardo staturale significativo la sindrome di Turner va esclusa sistematicamente, anche in assenza di altri segni sospetti

Vero/Falso

6. La translucenza nucale fetale è:

a) Un segno aspecifico di patologia cromosomica, che potrebbe suggerire sia la sindrome di Turner che la trisomia 21; b) Un segno di edema espressivo di possibile cardiopatia congenita; c) Un fenomeno fisiologico, molto comune nel feto, da sottovalutare.

7. Sono segni sospetti di sindrome di Turner, che rappresentano altrettante indicazioni al cariotipo:

a) Pubertà ritardata; b) Bassa statura; c) Cubito valgo; d) Metacarpo corto; e) Pterigio del collo con bassa attaccatura dei capelli; f) Edema delle mani e dei piedi alla nascita, persistente per i primi due anni; g) Tutte queste anomalie, specie se associate; h) Tutte queste anomalie meno una di queste, che invece non è mai presente.

8. L'edema sopra descritto non si presenta più nel corso della vita

Vero/Falso

9. La sindrome di Turner si associa con particolare frequenza sia ad autoimmunità che a celiachia

Vero/Falso

10. La patologia a carico dell'orecchio medio è una patologia molto comune e specifica nella sindrome di Turner

Vero/Falso

11. Il trattamento medico corretto della sindrome di Turner prevede:

a) La somministrazione sistematica di GH; b) La terapia sostitutiva con estrogeni a 15 anni per indurre la pubertà e mantenere poi i caratteri femminili; c) Entrambi i trattamenti, in sequenza; d) Un trattamento esclude l'altro, ma sono entrambi efficaci.

DISTURBO DI COORDINAZIONE (DCD)

12. Scegli una di queste affermazioni:

a) Il DCD ha una frequenza simile a quella della dislessia (da 1% severa a 6% moderata) nei ragazzi della scuola dell'obbligo; b) È più frequente nei maschi; c) Ha un impatto relativo sulla qualità di vita; d) Può essere molto migliorato con la riabilitazione; e) Tutte queste affermazioni sono vere; f) Solo alcune di queste affermazioni sono vere.

RUBRICA ICONOGRAFICA

13. L'orticaria prodotta da infezioni virali sistemiche è normalmente caratterizzata da:

a) Pomi anulari; b) Assenza di desquamazione; c) Fugacità; d) Tutte queste caratteristiche; e) Due soltanto di queste caratteristiche.

14. Scegli una delle seguenti affermazioni relative alla terapia della tinea corporis:

a) Per via topica con un asintomatico per quattro settimane; b) Per via topica ma solo quando non è interessato anche il cuoio capelluto; c) Per via parenterale con griseofulvina è comunque il trattamento più corretto.

15. La tinea corporis è usualmente pruriginosa

Vero/Falso

16. L'impetigine spesso si associa a dermatite atopica

Vero/Falso

17. Il granuloma anulare ha una superficie eritematosa

Vero/Falso

Risposte

LETTERE: ALIMENTI SOLIDI 1=b; 2=c; 3=b; 4=b; SINDROME DI TURNER 5=Vero; 6=a; 7=g; 8=Falso; 9=Vero; 10=Vero; 11=c; DCD 12=f; RUBRICA ICONOGRAFICA 13=d; 14=b; 15=Falso; 16=Vero; 17=Falso.