

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

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

È possibile l'invio anche per e-mail:
redazione@medicoebambino.com

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni).

Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute, avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese la tabelle) per articolo. Si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate.

Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o per posta. Va indicato il nome dell'Autore, a chi inviare la corrispondenza, con n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al sesto, 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, nell'ordine.

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 del referee sarà comunicato all'Autore assieme con le conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e gli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale così come quello richiesto ai referee riguarda 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 di qualche consistenza, verranno sottoposti 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 dei referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (vedi sopra). Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali. 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 11 (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.

PAGINA GIALLA

1. Al primo posto tra i virus responsabili di ospedalizzazione per patologia respiratoria "bassa" è:

a) L'adenovirus; b) Il virus influenzale; c) Il metapneumovirus; d) Il VRS.

2. ...e al secondo posto, quasi a pari merito col primo?

a) L'adenovirus; b) Il virus influenzale; c) Il metapneumovirus; d) Il VRS.

3. Essere vittime abituali di bullismo è un evento che, grosso modo, interessa:

a) < 5% della popolazione scolare primaria; b) Tra 5 e 10%; c) Tra 10 e 15%; d) Tra 15 e 20%; e) > 20%.

SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE

4. Nel sanguinamento gastrointestinale acuto, sono farmaci di prima scelta:

a) I farmaci anti-H2 come la ranitidina; b) Gli inibitori della pompa protonica, come l'omeprazolo; c) La somatostatina; d) La vitamina K; e) Tutti questi farmaci; f) Tutti questi farmaci meno uno.

5. Il tipo di sanguinamento (colore, quantità) è fortemente indicativo della sede della lesione

Vero/Falso

6. Nella gran parte dei casi di sanguinamento gastrointestinale l'endoscopia e/o le tecniche di immagine sono sufficienti per porre una diagnosi e mettere in atto una terapia non invasiva. Lo spazio di intervento chirurgico (non per-endoscopico) rimane limitato alle seguenti indicazioni:

a) Le ulcere gastroduodenali non controllabili con la terapia medica; b) Le varici dell'iper-tensione portale con sanguinamento non controllato dalla terapia medica; c) Il diverticolo di Meckel; d) L'invaginazione; e) Il volvolo; f) Tutte queste indicazioni; g) Tutte queste indicazioni meno una; h) Tutte queste indicazioni più almeno una.

LO STRETTO TORACICO

7. La sindrome dello stretto toracico è un disturbo motorio e sensoriale di un arto superiore dovuto a compressione del fascio neurovascolare:

a) Da parte di una costa sovrannumeraria; b) Da parte di una mega-apofisi della VII vertebra cervicale; c) Da parte di legamenti e muscoli anormalmente inseriti, in particolare dello scaleno; d) Da una qualunque di queste cause di restringimento del tragitto del fascio neuro-vascolare.

8. Un unico tipo di intervento è adeguato per risolvere questa sindrome, non rara nell'adolescente

Vero/Falso

L'EMOCROMO

9. I parametri Hb e HcT sono i due parametri che sono tra loro più strettamente correlati nell'esame emocromocitometrico

Vero/Falso

10. La HDW, cioè la distribuzione del parametro "concentrazione di emoglobina" nei singoli globuli rossi (anisocromia), è caratteristicamente alterata nella sferocitosi ereditaria

Vero/Falso

11. La RDW, cioè la distribuzione del parametro "volume eritrocitario" tra le singole emazie (anisocitosi), consente la diagnosi differenziale tra anemia sideropenica e trait talassemico

Vero/Falso

TACROLIMUS

12. Il tacrolimus è:

a) Un macrolide; b) Un potente immunosoppressivo; c) Un cospolado farmacologico per il trapianto di fegato; d) Un farmaco topico utilizzato per la dermatite atopica; e) Nessuna di queste cose; f) Tutte queste cose.

13. Il tacrolimus in pomata allo 0,03% è:

a) Più efficace di una pomata cortisonica a potenza medio-elevata come il Locoidon; b) Meno efficace; c) Altrettanto efficace.

DIGEST

14. Il difetto dell'attenzione con iperattività, valutato con criteri rigidi, riguarda:

a) Il 3% della popolazione scolastica; b) Il 6% della popolazione scolastica; c) Il 15% della popolazione scolastica.

15. Nella sindrome da difetto di attenzione con iperattività si può individuare una franca componente genetica

Vero/Falso

16. La maturazione della corteccia prefrontale è completa a:

a) 10 anni; b) 17 anni; c) 20 anni.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=d; 2=c; 3=b; SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE 4=f; 5=Vero; 6=f; LO STRETTO TORACICO 7=d; 8=Vero; L'EMOCROMO 9=Vero; 10=Vero; 11=Vero; TACROLIMUS 12=f; 13=b; DIGEST 14=a; 15=Vero; 16=c.