

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto: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 in 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](mailto: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 9 (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

#### MALATTIA DREPANOCITICA

##### 1. La drepanocitosi (SCD) si eredita con modalità:

- a) Autosomica dominante; b) Autosomica recessiva; c) X-linked.

##### 2. Lo screening neonatale è una misura efficace per diagnosticare precocemente i bambini affetti da SCD. Può essere condotto:

- a) Su sangue cordonale; b) Su sangue capillare del neonato raccolto su filtro (cartoncino Guthrie); c) Con entrambe le metodiche.

##### 3. La profilassi antibiotica (con penicillina, amoxicillina) è attualmente indicata nei bambini con SCD omozigote o eterozigote composta a partire dai:

- a) Primi mesi di vita; b) 3 anni; c) 5 anni.

##### 4. Come viene definita la sindrome toracica acuta nella SCD?

- a) Comparsa all'Rx torace di un nuovo infiltrato (infettivo, infartuale, da vaso-occlusione); b) Comparsa all'Rx torace di un nuovo infiltrato con associata rilevante desaturazione dell'ossigeno; c) Comparsa all'Rx torace di un nuovo infiltrato in associazione con uno dei seguenti sintomi: febbre, dispnea, dolore toracico, desaturazione; d) Comparsa di dolore al torace indipendentemente dalla presenza o meno di segni radiologici.

##### 5. L'ecodoppler transcranico consente di identificare i pazienti con SCD a più elevato rischio di ictus in base alla velocità di flusso nell'arteria cerebrale media e nella carotide interna. I pazienti a rischio sono quelli con velocità superiori a:

- a) 100 m/sec; b) 150 m/s; c) 200 m/s; d) 300 m/s.

##### 6. Quale delle seguenti affermazioni in merito all'uso della idrossiurea nel trattamento della SCD è falsa?

- a) L'efficacia clinica e la scarsa tossicità sono dimostrate in numerosi studi clinici; b) Il farmaco riduce la frequenza delle crisi vaso-occlusive, migliora la funzione d'organo e ha un ruolo nella prevenzione dell'ictus; c) Deve essere somministrato a partire dai 5 anni di età; d) Gli effetti collaterali sono rari.

### PROBLEMI SPECIALI - ERITEMA NODOSO

##### 7. La sede più classica di comparsa dell'eritema nodoso (EN) è quella:

- a) A livello della faccia anteriore delle cosce; b) A livello delle braccia; c) Pre-tibiale; d) Non ha una sede di localizzazione specifica.

##### 8. Quale delle seguenti affermazioni è giusta in merito a cause e caratteristiche dell'EN?

- a) È sempre dovuto a una causa post-infettiva; b) Nell'ambito delle forme infettive gli agenti in causa sono sempre i batteri; c) La diagnosi si deve avvalere sempre della biopsia; d) Diversi casi di eritema nodoso rimangono da causa non identificabile (idiopatici).

##### 9. Quale delle seguenti affermazioni è falsa in merito a storia naturale e terapia dell'EN?

- a) Il decorso classico prevede una persistenza delle lesioni per un periodo che va da 2 a 6 settimane; b) Può recidivare; c) Non è mai indicato il trattamento con corticosteroidi sistemici, neanche per tempi brevi, in quanto inefficaci.

### PROBLEMI SPECIALI - MASSE OVARICHE

##### 10. Le masse ovariche con carattere di malignità sono rare in età pediatrica-adolescenziale. La dimensione della massa (> 8-10 cm) è un criterio da tenere in considerazione per un rischio neoplastico

Vero/Falso

##### 11. La terapia ormonale (estrogenica) nel trattamento delle cisti ovariche:

- a) È una valida alternativa alla terapia chirurgica; b) Non ha alcun beneficio rispetto alla politica della vigile attesa; c) Va valutata caso per caso.

##### 12. In presenza di una patologia tumorale ovarica, i marker (ad esempio alfa-fetoproteina, beta-hCG) sono in tutti i casi utili nella distinzione rispetto alle formazioni benigne

Vero/Falso

### ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI OCCHIO ROSSO

##### 13. La congiuntivite a insorgenza bilaterale è più frequente se la causa è batterica rispetto a una eziologia virale

Vero/Falso

##### 14. La principale causa di congiuntiviti ricorrenti nel lattante è la presenza di una ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale. Questa si caratterizza per:

- a) Interessare circa il 30% dei neonati, anche se solo il 2-4% diventa sintomatico; b) Essere sempre unilaterale; c) Richiedere sempre l'intervento di apertura del condotto naso-lacrimale.

##### 15. La congiuntivite allergica viene riscontrata tipicamente nella tarda infanzia-adolescenza

Vero/Falso

## Risposte

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=c; 3=a; 4=c; 5=c; 6=c; PROBLEMI SPECIALI (ERITEMA NODOSO) 7=c; 8=d; 9=c; (MASSE OVARICHE) 10=Vero; 11=b; 12=Falso; ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI 13=Vero; 14=a; 15=Vero.