

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 15-20.000 battute (3-5 cartelle in videoscrittura). 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 (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. Aggiungere le didascalie e il riferimento nel testo.

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 estenso 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. Il rituximab, anticorpo monoclonale attivo contro i linfociti CD20, è da tempo utilizzato con dimostrazione di efficacia in tutte le seguenti condizioni tranne una. Quale?

a) Alcuni linfomi di Hodgkin; b) Anemia emolitica autoimmune; c) Trombocitopenia refrattaria; d) Myasthenia gravis; e) Colite ulcerosa.

2. L'uso della caffeina nei neonati pretermine previene le apnee, ma espone a un rischio maggiore di displasia broncopulmonare.

a) Sì, è vero: il rischio è circa raddoppiato; b) No, non è vero: i neonati che ricevono la caffeina si svezzano prima dall'ossigeno e hanno una minore incidenza di displasia broncopulmonare.

GENETICA

3. Nei bambini con ritardo mentale grave, in quale percentuale si ritrova un'alterazione dei telomeri, la cui precoce identificazione consente di chiudere la fase diagnostica e di seguire con maggiore finalizzazione il percorso riabilitativo e di follow-up?

a) Nel 7%; b) Nel 10-15%; c) Nel 20%.

4. La sindrome di Prader-Willi è dovuta a una alterazione del tratto cromosomico 15q13 di origine paterna nel 70% dei casi.

Vero/Falso

5. Nella sindrome di Wiedemann-Beckwith vi è un aumentato rischio di neoplasie. Quali delle seguenti è specifica?

a) Leucemia/linfoma; b) Neuroblastoma; c) Tumore di Wilms e altre neoplasie addominali.

6. Nella sindrome di Williams vi è un maggiore rischio di stenosi aortica sopravvalvolare.

Vero/Falso

7. La consanguineità dei genitori aumenta il rischio nella prole di:

a) Malattie autosomiche recessive; b) Malattie autosomiche dominanti; c) Malattie da aberrazione cromosomica; d) Tutte queste condizioni.

CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO

8. In frigorifero, a 0-4 °C, per il neonato a termine sano, la durata della conservazione del latte umano non dovrebbe prudenzialmente superare:

a) 24 ore; b) 3 giorni; c) 10-15 giorni.

9. In un congelatore (a temperatura -18-20 °C) il tempo di conservazione indicativo del latte umano per un neonato prematuro e nato a rischio è di:

a) 1 mese; b) 3 mesi; c) 12 mesi.

INFEZIONI DA HERPESVIRUS

10. Nei bambini e giovani adulti non immunodepressi l'infezione da citomegalovirus può determinare:

a) Infezioni asintomatiche o una sindrome simil-mononucleosica; b) Una grave infezione con interessamento multisistemico (polmonite, epatite, retinite ecc.); c) Tipicamente una encefalite.

11. Quale dei seguenti Herpesvirus è responsabile della cheratite erpetica?

a) Citomegalovirus; b) Virus di Epstein-Barr; c) HSV1; d) HHV6.

12. Nel paziente immunodepresso con infezione da citomegalovirus il trattamento antivirale di elezione prevede l'uso di:

a) Ganciclovir; b) Ganciclovir e foscarnet nelle forme resistenti al ganciclovir; c) Aciclovir; d) Penciclovir.

DIGEST

13. La displasia renale associata a RVU di alto grado, tipica dei maschi, sembra avere una progressione naturale che è indipendente dalle ricadute di infezione.

Vero/Falso

14. La profilassi antibiotica dopo pielonefrite nei bambini con RVU:

a) È un intervento di dimostrata efficacia e da attuare in tutti i casi; b) È un intervento di non dimostrata efficacia e recentemente rimesso in discussione.

PAGINA VERDE

15. La sindrome dello shock tossico è una sindrome a patogenesi complessa, mediata prevalentemente da una tossina di origine stafilococcica che agisce da superantigene.

Vero/Falso

16. Nella sindrome dello shock tossico si verifica classicamente una piastrinosi precoce.

Vero/Falso

Risposte

PAGINA GIALLA 1=e; 2=b; GENETICA 3=a; 4=Vero; 5=c; 6=Vero; 7=a; CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO 8=b; 9=b; 10=a; INFEZIONI DA HERPESVIRUS 11=c; 12=b; DIGEST 13=Vero; 14=b; PAGINA VERDE 15=Vero; 16=Vero.