PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2017

A B ✓ D E

SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

Testo della prova SSM 2017 come distribuita ai candidati; il Ministero non l'ha pubblicata. Impaginazione, soluzioni e commenti di TestBuddy. Non è un documento ufficiale del MUR.

- I quesiti con le risposte in ordine casuale
- Sotto ogni quesito la risposta giusta e il perché di ogni risposta sbagliata

Domande	140 quesiti
Totale	**140 quesiti**

COME USARLA

1 · A TEMPO

Datti un minuto e mezzo a domanda, senza appunti, come all'esame.

2 · CORREGGI

Segna le risposte sbagliate e leggi il perché di ognuna, non solo la giusta.

3 · RIPASSA

Riprendi gli argomenti dove hai sbagliato di più e rifai le domande nell'app.

DOMANDE

1 **Una donna di 27 anni, asintomatica, in buone condizioni di salute, due gravidanze a termine, con un'anamnesi patologica completamente muta e con una sorella affetta da lupus eritematoso sistemico, esegue su consiglio del medico curante uno screening di laboratorio per autoanticorpi. Viene riscontrata positività per gli anticorpi anti-nucleo con titolo 1:160 e per le IgM anti-cardiolipina (con LLAC e anti-beta2 glicoproteina I negativi). Qual è la condotta più corretta in questo caso?**

A Avviare terapia con eparina a basso peso molecolare a dosaggio profilattico

B Avviare terapia con prednisone a basse dosi

C Avviare terapia con warfarin

D **Non vi è indicazione all'avvio immediato di alcuna terapia**

E Avviare terapia con clopidogrel

Risposta giusta: D

In assenza di trombosi, complicanze ostetriche o manifestazioni di malattia autoimmune, la sola positività degli autoanticorpi non giustifica una terapia. Le IgM anti-cardiolipina isolate, con LLAC e anti-beta2-glicoproteina I negativi, non bastano a diagnosticare una sindrome antifosfolipidica: mancano la conferma del profilo e i **criteri clinici**. È indicato osservare e contestualizzare il risultato, con eventuale **follow-up** specialistico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Avviare terapia con eparina a basso peso molecolare a dosaggio profilattico**: L'eparina a dosaggio profilattico si usa in situazioni definite, per esempio in gravidanza o in presenza di un rischio trombotico concreto e documentato. In questo caso non c'è un'indicazione immediata.
- **B) Avviare terapia con prednisone a basse dosi**: I corticosteroidi non si prescrivono per la sola positività sierologica, soprattutto senza sintomi o una malattia autoimmune clinicamente manifesta. Esporrebbero la paziente a effetti collaterali senza un beneficio dimostrato.
- **C) Avviare terapia con warfarin**: Il warfarin si usa in presenza di un'indicazione tromboembolica precisa oppure in pazienti con sindrome antifosfolipidica documentata e manifestata clinicamente. I soli reperti di laboratorio in una paziente asintomatica non lo giustificano.
- **E) Avviare terapia con clopidogrel**: Il clopidogrel è un antiaggregante piastrinico, ma la sola positività degli autoanticorpi, in assenza di eventi clinici, non ne costituisce un'indicazione. Sarebbe un trattamento empirico, senza una reale base in questo contesto.

2 **Con quale termine si definisce la presenza di cellule o tessuti microscopicamente normali ma situati in sede anomala?**

A Differenziazione anomala
B Cordoma
C Coristoma
D Tiloma
E Amartoma

Risposta giusta: C

Il coristoma è costituito da tessuto **normale e maturo**, riconoscibile istologicamente, ma situato in una **sede ectopica**. Il tipo di tessuto è appropriato, mentre è anomala la sua posizione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Differenziazione anomala**: «Differenziazione anomala» è un'espressione generica, non una definizione nosologica precisa. Non indica specificamente tessuto normale localizzato in una sede anomala.
- **B) Cordoma**: Il cordoma è un tumore raro che deriva da **residui della notocorda**. È una neoplasia, non una semplice alterazione della sede del tessuto.
- **D) Tiloma**: Il tiloma indica una lesione o un **ispessimento cutaneo**, non la presenza di tessuto normale in una sede anomala.
- **E) Amartoma**: L'amartoma è una **proliferazione disorganizzata** di tessuti normalmente presenti nell'organo o nella sede interessata. Il problema riguarda quindi l'architettura, non la localizzazione ectopica.

3 **Quale delle seguenti è una traslocazione tipicamente associata al sarcoma di Ewing?**

A t(9;22)
B t(8;14)
C t(11;18)
D t(14;18)
E **t(11;22)**

Risposta giusta: E

La traslocazione t(11;22) è la caratteristica genetica del sarcoma di Ewing. Essa determina la fusione dei geni EWSR1 e FLI1, generando un fattore di trascrizione ibrido essenziale per la diagnosi e la tumorigenesi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) t(9;22)**: La traslocazione t(9;22) origina il noto cromosoma Philadelphia e non compare nei tumori mesenchimali ossei. Fonde i geni BCR e ABL1 producendo una tirosinchinasi costitutivamente attiva, marcatore diagnostico fondamentale per la leucemia mieloide cronica e alcune leucemie linfoblastiche acute.
- **B) t(8;14)**: La traslocazione t(8;14) appartiene alle riarrangiamenti dei loci delle immunoglobuline. È specifica del linfoma di Burkitt poiché posizionano il protooncogene MYC sotto il promotore della catena pesante delle Ig, provocando una proliferazione linfocitaria incontrollata.
- **C) t(11;18)**: La traslocazione t(11;18) esclude la diagnosi di sarcoma di Ewing poiché è tipica dei linfomi del tessuto linfode associato alle mucose. Genera la fusione API2-MALT1 che attiva in modo persistente la via NF-kB, favorendo la sopravvivenza delle clone linfoidi maligni.
- **D) t(14;18)**: La traslocazione t(14;18) non è correlata al sarcoma di Ewing ma è la firma molecolare del linfoma follicolare. Coinvolge il gene BCL2 causandone la sovraespressione e inibendo i normali meccanismi apoptotici cellulari.

4 **Una donna di 35 anni, nullipara, si reca dal proprio ginecologo per eseguire un PAP-test di routine. All'atto del prelievo è asintomatica. Quale infezione è correlata alla patologia neoplastica della cervice uterina?**

A HSV-2
B **HPV**
C HIV
D Neisseria gonorrhoeae
E HSV-1

Risposta giusta: B

La causa principale dei carcinomi cervicali è il **papillomavirus umano**, specialmente i ceppi ad alta carica oncogena come **HPV 16 e 18**. Una **infezione persistente** nel tessuto epiteliale favorisce la **displasia** progressiva fino alla malignità. Lo screening di base combina l'esame citologico con il dosaggio virale per intercettare le lesioni prima della trasformazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) HSV-2**: In passato era considerato un eventuale cofattore infiammatorio, ma le studi moderni confermano che il suo ruolo nel carcinoma è irrilevante rispetto al forte nesso diretto riconosciuto con il papillomavirus.
- **C) HIV**: L'infezione da virus dell'immunodeficienza umana causa immunodepressione che aumenta la suscettibilità generale alle malattie oncologiche, ma non funge da agente eziologico diretto della neoplasia della cervice.
- **D) Neisseria gonorrhoeae**: Questo batterio produce infezioni sessualmente trasmesse caratterizzate da cerviciti acute e infiammazione locale, priva di meccanismi molecolari in grado di indurre mutazioni genomiche o neoplasia.
- **E) HSV-1**: Tale herpesvirus provoca esclusivamente lesioni vescicolari a livello orale o genitale e non presenta alcun legame causale documentato con la carcinogenesi cervicale.

5 **Una donna di 35 anni, nullipara, si reca dal proprio ginecologo per eseguire un PAP-test di routine. All'atto del prelievo è asintomatica. Come viene standardizzata attualmente la lettura del PAP-test?**

A Livelli di Berg
B **Sistema di Bethesda**
C Sistema di Papanicolau
D Criteri di Glasgow
E Linee guida di Tokio

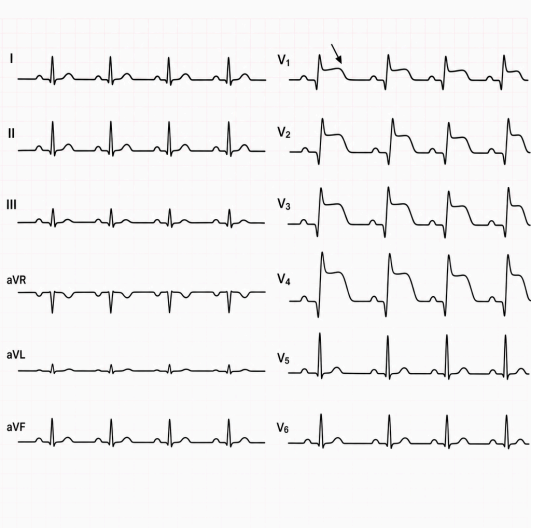
Risposta giusta: B

La lettura del **PAP-test** viene oggi uniformata tramite il **sistema di Bethesda**. Tale protocollo è lo standard vigente perché garantisce una **classificazione** delle modifiche cellulari più precisa e **riproducibile**. A differenza dei metodi precedenti, consente di classificare in modo operativo i risultati in normali, lesioni di basso grado, lesioni di alto grado e altre alterazioni, orientando correttamente le successive scelte cliniche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Livelli di Berg**: I livelli di Berg non costituiscono alcun riferimento normativo o tecnico per la stesura del referto citologico cervicale; l'opzione è completamente irrilevante per la pratica ginecologica.
- **C) Sistema di Papanicolau**: Il sistema di Papanicolau è storicamente rilevante come primo metodo di suddivisione citologica, ma è stato progressivamente abbandonato dalla prassi corrente in favore di criteri più aggiornati e clinicamente utili.
- **D) Criteri di Glasgow**: I criteri di Glasgow non riguardano la citologia cervicale: il nome richiama la **Glasgow Coma Scale**, che valuta lo stato di coscienza, e i criteri di Glasgow per la gravità della pancreatite acuta. Non hanno alcun ruolo nella refertazione del PAP-test.
- **E) Linee guida di Tokio**: Le linee guida di Tokio non definiscono alcuno schema di valutazione citologica per l'utero cervicale; l'opzione è estranea e non possiede alcuna valenza diagnostica in questo ambito.

6 L'immagine mostra un tracciato elettrocardiografico corrispondente a:



- A Blocco atrioventricolare di terzo grado
- **B Infarto miocardico della parete anteriore**
- C Infarto miocardico della parete inferiore
- D Infarto miocardico della parete posteriore
- E Fibrillazione atriale

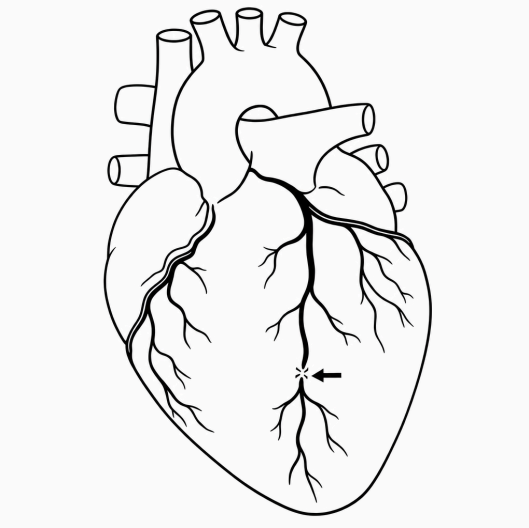
Risposta giusta: B

Il tracciato mostra alterazioni patologiche nelle **derivazioni precordiali**. L'impatto su **V1-V4** conferma l'ischemia della **parete anteriore** del ventricolo sinistro. Questa localizzazione anatomica spiega direttamente i dati osservati nello studio grafico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Blocco atrioventricolare di terzo grado**: Il blocco atrioventricolare di terzo grado causa una completa dissociazione tra onde P e complessi QRS. Questo difetto di conduzione non produce mai un tracciato compatto con necrosi tissutale localizzata.
- **C) Infarto miocardico della parete inferiore**: Le lesioni inferiori interessano principalmente le regioni mappate dalle derivazioni II, III e aVF. La topografia dei segni registrati non corrisponde a questa distribuzione geografica.
- **D) Infarto miocardico della parete posteriore**: L'infarto posteriore genera tipicamente segni speculari o depressioni dello ST nelle derivazioni anteriori alte. La morfologia elettrocardiografica descritta non rispetta questo schema retrostante.
- **E) Fibrillazione atriale**: La fibrillazione atriale produce un ritmo irregolarmente irregolare e cancella le onde P fisiologiche. Il reperto presentato invece conserva forme organizzate e presenta pattern focali di sofferenza miocardica.

7 **Il paziente presenterà probabilmente:**



A pneumotorace

B sintomi da attivazione vagale

C **occlusione della discendente anteriore**

D occlusione della circonflessa

E occlusione della discendente posteriore

Risposta giusta: C

Il sopraslivellamento del tratto ST nelle derivazioni precordiali **V1-V4** indica un infarto miocardico acuto con sovrainnalzamento del tratto ST (**STEMI**) anteriore o antero-settale. Questo territorio cardiaco è irrorato prevalentemente dall'arteria interventricolare anteriore. La sua occlusione determina ischemia transmurale della parete anteriore e del setto interventricolare, giustificando il quadro elettrocardiografico osservato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) pneumotorace**: Il pneumotorace provoca dolore toracico acuto e dispnea ma non spiega un sopraslivellamento del tratto ST distribuito in modo territoriale nelle derivazioni V1-V4, tipico invece dell'ischemia miocardica focale.
- **B) sintomi da attivazione vagale**: I sintomi da attivazione vagale comprendono nausea, vomito, sudorazione e bradicardia e si manifestano più frequentemente negli infarti inferiori senza rappresentare il referto elettrocardiografico specifico del quadro descritto.
- **D) occlusione della circonflessa**: L'occlusione dell'arteria circonferente è tipicamente associata a infarto laterale o posteriore, con modificazioni elettrocardiografiche principalmente nelle derivazioni laterali I, aVL, V5 e V6.
- **E) occlusione della discendente posteriore**: L'occlusione della branchia posterodiscendente interessa prevalentemente la parete inferiore o posteriore del cuore, provocando alterazioni nelle derivazioni inferiori II, III e aVF e talvolta segni speculari nelle precordiali anteriori.

8 **Un paziente di 75 anni deve essere sottoposto a un intervento elettivo di resezione intestinale. In anamnesi presenta una fibrillazione atriale cronica in terapia con warfarin. Secondo le attuali linee guida europee, in vista dell'intervento:**

A l'anticoagulante va sospeso 24 ore prima dell'intervento

B bisogna eseguire un ECG per verificare che sia ancora in fibrillazione atriale

C bisognerà aggiungere al warfarin un farmaco antiaggregante per il rischio cardiologico legato all'intervento

D non bisogna modificare la terapia a causa dell'elevato rischio cardiologico

E bisognerà sospendere l'anticoagulante 5 giorni prima dell'intervento

Risposta giusta: E

In un paziente sottoposto a **warfarin** per un **intervento elettivo** di resezione intestinale, il farmaco va sospeso preventivamente. L'emivita prolungata dei fattori della coagulazione vitaminico-dipendenti richiede circa 5 giorni per consentire la **normalizzazione dell'INR**. La gestione va comunque calibrata sul rischio tromboembolico individuale, ma la sospensione profilattica rimane la procedura standard raccomandata dalle linee guida.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'anticoagulante va sospeso 24 ore prima dell'intervento**: Un **intervallo di 24 ore** risulta temporalmente inadeguato per permettere il fisiologico declino dei livelli plasmatici del farmaco e il relativo abbassamento dei parametri di coagulazione.
- **B) bisogna eseguire un ECG per verificare che sia ancora in fibrillazione atriale**: La **verifica elettrocardiografica** non orienta le decisioni perioperatorie, poiché l'obiettivo primario riguarda la gestione bilanciata tra rischio tromboembolico della fibrillazione atriale e sicurezza chirurgica.
- **C) bisognerà aggiungere al warfarin un farmaco antiaggregante per il rischio cardiologico legato all'intervento**: Associare un **antiaggregante** a un paziente già in terapia anticoagulante aumenta il **rischio emorragico** senza fornire benefici clinici consolidati nella fase preoperatoria.
- **D) non bisogna modificare la terapia a causa dell'elevato rischio cardiologico**: Mantenere la terapia invariata per un atto chirurgico significativo espone a perdite ematiche intra e post operatorio eccessive, rendendo insicuro il mantenimento dell'anticoagulazione continua.

9 **Un paziente di 75 anni deve essere sottoposto a un intervento elettivo di resezione intestinale. In anamnesi presenta una fibrillazione atriale cronica in terapia con warfarin. L'ecocardiografia preoperatoria mostra una funzione contrattile moderatamente depressa. A quale di questi valori di FE (frazione di eiezione) può corrispondere?**

A FE 56%

B **FE 40%**

C FE 75%

D FE 62%

E FE 25%

Risposta giusta: B

La **frazione di eiezione** fisiologica oscilla tra il 50% e il 70%. Una funzione contrattile moderatamente depressa corrisponde a un intervallo clinico compreso tra il 30% e il 40%. Questo parametro indica una **compromissione** sistolica intermedia rispetto ai valori ottimali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) FE 56%**: Il 56% si colloca nel range di **normalità** e non indica alcun deficit funzionale ventricolare.
- **C) FE 75%**: Il valore al 75% riflette una riserva contrattile elevatissima, totalmente incompatibile con qualsiasi quadro patologico.
- **D) FE 62%**: Una misurazione del 62% conferma la funzionalità ventricolare integra ed esclude riduzioni emodinamiche significative.
- **E) FE 25%**: Una valutazione del 25% denota una marcata inefficienza pompante, tipica di una depressione severa e non moderata.

10 **Una ragazza di 15 anni si presenta in Pronto Soccorso perché da un'ora ha difficoltà respiratoria, frequenza respiratoria 35 atti/min e all'auscultazione apprezzate fischi e sibili. Raccogliendo l'anamnesi quale informazione clinica più probabilmente emergerà?**

A Fibrosi cistica
B Tubercolosi
C **Asma allergico**
D Nascita prematura
E Prolasso mitralico

Risposta giusta: C

Il quadro clinico descrive un episodio acuto di ostruzione delle vie aeree. La dispnea improvvisa, la frequenza respiratoria elevata e i fischii all'auscultazione confermano la presenza di **broncospasmo**. In età adolescenziale è molto frequente che l'anamnesi evidenzii una storia di **asma allergico** atopica con riacutizzazioni stagionali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fibrosi cistica**: La fibrosi cistica è una malattia multisistemica caratterizzata da secrezioni viscide e infiammazione cronica delle vie aeree. La sintomatologia respiratoria prevede tosse persistente, espettorato denso e infezioni batteriche ricorrenti. Non corrisponde a una presentazione clinica acuta e isolata.
- **B) Tubercolosi**: La tubercolosi evolve secondo un decorso subacuto o cronico. I pazienti presentano generalmente febbre notturna, sudorazione, perdita di peso e tosse produttiva prolungata. Non si manifesta con un quadro ostruttivo improvviso predominante.
- **D) Nascita prematura**: La nascita prematura è associata a uno sviluppo polmonare incompleto durante la vita fetale. Rappresenta un fattore di rischio per funzionalità respiratoria ridotta nei primi anni di vita. Non spiega un episodio acuto isolato in un'adolescente senza comorbidità pregresse.
- **E) Prolasso mitralico**: Il prolasso della valvola mitralie riguarda un'eccessiva deformazione delle cuspidi valvolari durante la sistole. I sintomi principali includono palpitazioni, dolori toracici lievi e talvolta capogiri. Non produce alcuna ostruzione delle vie respiratorie né sibili inspiratori o espiratori.

11 **Una ragazza di 15 anni si presenta in Pronto Soccorso perché da un'ora ha difficoltà respiratoria, frequenza respiratoria 35 atti/min e all'auscultazione apprezzate fischi e sibili. In considerazione del quadro clinico, si chiede che vengano eseguiti prioritariamente:**

- A **emogasanalisi arteriosa e RX torace**
- B ecocardiogramma e RX torace
- C emogasanalisi arteriosa e TC torace
- D TC torace e spirometria
- E prick test e spirometria

Risposta giusta: A

La paziente presenta dispnea acuta con tachipnea e segni di ostruzione bronchiale. È fondamentale quantificare subito il livello di compromissione respiratoria ed escludere patologie polmonari acute. L'**emogasanalisi arteriosa** valuta ossigenazione e ventilazione, mentre la **RX torace** identifica rapidamente pneumotorace o polmonite. Questi esami sono rapidi e prioritari in pronto soccorso.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) ecocardiogramma e RX torace**: La RX torace è utile, ma l'ecocardiogramma valuta possibili patologie cardiache. Non si esegue se il quadro è dominato da sibili e fischi, tipici di un'origine **respiratoria ostruttiva**.
- **C) emogasanalisi arteriosa e TC torace**: L'emogasanalisi è appropriata, ma la TC torace non è il primo step poiché richiede più tempo e risorse. La radiografia rimane l'esame di scelta per un inquadramento immediato e sufficientemente informativo.
- **D) TC torace e spirometria**: La spirometria richiede cooperazione e stabilità clinica, quindi è controindicata durante la crisi acuta. Anche la TC non costituisce un esame di prima istanza in emergenza respiratoria.
- **E) prick test e spirometria**: Il prick test e la spirometria appartengono allo studio allergologico o alla gestione cronica dell'asma. In fase acuta bisogna prima stabilizzare la paziente e inquadrare l'urgenza clinica.

12 **Una ragazza di 15 anni si presenta in Pronto Soccorso perché da un'ora ha difficoltà respiratoria, frequenza respiratoria 35 atti/min e all'auscultazione apprezzate fischi e sibili. Quale dei seguenti farmaci NON è da utilizzare per trattare questa paziente?**

A Magnesio solfato
B Corticosteroidi
C Ossigeno
D Protossido d'azoto
E Beta2 agonista

Risposta giusta: D

Il quadro clinico di dispnea acuta, frequenza respiratoria elevata e sibili all'auscultazione orienta verso un **broncospasmo** acuto. Il protossido d'azoto non possiede alcuna proprietà broncodilatatrice e non va impiegato in questa emergenza. La terapia standard prevede ossigeno inalatorio, beta2-agonisti, corticosteroidi sistemici e solfato di magnesio nei casi più severi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Magnesio solfato**: Il solfato di magnesio può essere utile nelle forme più gravi di broncospasmo perché ha un effetto rilassante sulla **muscolatura liscia** bronchiale.
- **B) Corticosteroidi**: I corticosteroidi sono indicati perché riducono l'infiammazione delle vie aeree e aiutano a controllare la crisi, pur non agendo immediatamente come i broncodilatatori.
- **C) Ossigeno**: L'ossigeno è corretto usare perché la paziente è dispnoica e probabilmente ipossiemica; rappresenta una misura fondamentale di supporto.
- **E) Beta2 agonista**: I beta2-agonisti sono il trattamento cardine della fase acuta perché provocano **broncodilatazione** rapida e alleviano il broncospasmo.

13 **Viene ricoverato in rianimazione un uomo di 54 anni con diagnosi di shock settico a partenza dalle vie urinarie. Dovendo sostenerlo dal punto di vista emodinamico, quale dei seguenti farmaci è opportuno somministrare?**

A Dobutamina
B **Noradrenalina**
C Desmopressina
D Dopamina
E Aminofillina

Risposta giusta: B

Nello shock settico il collasso circolatorio dipende dalla marcata vasodilatazione periferica e dall'ipotensione conseguente. La **noradrenalina** è il vasopressore di prima scelta perché attiva i **recettori α1**, producendo una decisa **vasocostrizione** arteriosa. Questo incremento delle **resistenze vascolari** ripristina la **pressione arteriosa** media essenziale per garantire la perfusione tissutale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dobutamina**: Agisce principalmente come inotropo positivo ed è indicato per la disfunzione ventricolare sinistra o la bassa portata cardiaca, non per contrastare la vasodilatazione ipotonica tipica della sepsi.
- **C) Desmopressina**: È un analogo sintetico dell'ADH utilizzato nel diabete insipido e in alcune anomalie della coagulazione, ma non offre il supporto pressorio adeguato per il trattamento emodinamico dello shock settico.
- **D) Dopamina**: Sebbene eserciti effetti simpaticomimetici, le linee guida attuali preferiscono altri agenti poiché la dopamina comporta un rischio aritmogeno superiore e garantisce un controllo pressorio meno stabile rispetto alla noradrenalina.
- **E) Aminofillina**: Derivato xantinico a predominante azione broncodilatatoria, viene impiegato unicamente in patologie respiratorie ostruttive e non interviene sui meccanismi emodinamici della sepssi.

14 **Viene ricoverato in rianimazione un uomo di 54 anni con diagnosi di shock settico a partenza dalle vie urinarie. Il supporto emodinamico con le amine serve a:**

A garantire una PVC >12 cm H_2O

B migliorare la perfusione d'organo

C garantire una diuresi di 2.500 ml/die

D prevenire il tromboembolismo

E ottimizzare la sedazione

Risposta giusta: B

Le amine vasoattive nello shock settico ripristinano una **pressione arteriosa** adeguata per correggere l'**ipoperfusione tissutale**. Questo meccanismo ristabilisce il flusso sanguigno verso gli organi vitali e riduce il rischio di danno cellulare o insufficienza multipla. L'intervento mira a risolvere l'ipoperfusione concreta, non ad alzare un parametro emodinamico astratto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) garantire una PVC >12 cm H_2O**: La **pressione venosa centrale** non è l'obiettivo del supporto con amine: un valore sopra 12 cm H_2O non garantisce una perfusione adeguata, e la PVC da sola non è un indicatore affidabile della volemia né predice la risposta ai liquidi.
- **C) garantire una diuresi di 2.500 ml/die**: La diuresi è un indice utile della perfusione renale, ma l'obiettivo abituale è di circa 0,5 ml/kg/h; un volume fisso di 2.500 ml al giorno non è il fine delle amine, che servono a ripristinare la **pressione di perfusione** degli organi.
- **D) prevenire il tromboembolismo**: La profilassi contro il tromboembolismo richiede misure specifiche come terapia farmacologica o meccanica, che appartengono a protocolli diversi e non rientrano tra gli effetti delle amine vasoattive.
- **E) ottimizzare la sedazione**: La sedazione si regola con sedativi e analgesici, non con le amine vasoattive: noradrenalina e dopamina agiscono sul tono vascolare e sulla contrattilità del cuore, non sul livello di coscienza.

15 **Una donna di 25 anni lamenta dispnea da sforzo. Agli esami ematochimici gli indici di flogosi sono negativi. All'ecocardiogramma si evidenzia un prolasso della mitrale da rottura di corda tendinea. Secondo le linee guida la paziente viene sottoposta a intervento di plastica della mitrale. Dopo l'intervento è in ritmo sinusale. Quale terapia è indicata alla dimissione?**

A Terapia anticoagulante orale per tutta la vita

B Terapia anticoagulante orale per i primi 9-12 mesi, seguita da terapia antiaggregante piastrinica

C Terapia anticoagulante orale per i primi 6 mesi ma non seguita da terapia antiaggregante piastrinica

D **Terapia anticoagulante orale per i primi 3-6 mesi, seguita da terapia antiaggregante piastrinica**

E Terapia antiaggregante per i primi 12 mesi

Risposta giusta: D

Dopo la **plastica della mitrale** è necessario un periodo di **anticoagulazione orale** limitato perché il materiale di sutura e la fase di guarigione generano un rischio tromboembolico significativo. Le linee guida raccomandano questa terapia per **3-6 mesi**, per poi passare a terapia **antiaggregante piastrinica** vista la condizione di ritmo sinusale. Non sono indicate né l'anticoagulazione cronica né l'antiaggregazione immediata come unica terapia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia anticoagulante orale per tutta la vita**: L'anticoagulazione cronica si riserva esclusivamente a condizioni come fibrillazione atriale persistente, tromboembolismo pregresso o altre indicazioni cliniche specifiche. Dopo una plastica mitralica in ritmo sinusale non esiste alcun motivo per mantenere l'anticoagulazione per tutta la vita.
- **B) Terapia anticoagulante orale per i primi 9-12 mesi, seguita da terapia antiaggregante piastrinica**: Il periodo di 9-12 mesi è eccessivo rispetto alle raccomandazioni attuali per la riparazione valvolare mitralica. I protocolli indicano una copertura iniziale più breve, generalmente fino al massimo dei 6 mesi, dopodiché si effettua il cambio terapeutico.
- **C) Terapia anticoagulante orale per i primi 6 mesi ma non seguita da terapia antiaggregante piastrinica**: Interrompere l'anticoagulazione dopo 6 mesi senza introdurre una terapia antiaggregante lascia scoperto il paziente nella fase successiva di stabilità vascolare. Lo schema corretto prevede sempre il passaggio all'antiaggregante per coprire anche il residuo rischio trombotico.
- **E) Terapia antiaggregante per i primi 12 mesi**: La monoterapia antiaggregante fin dall'inizio non garantisce una protezione adeguata contro il più elevato rischio trombogenico del post-operatorio immediato. È indispensabile iniziare con un anticoagulante per permettere la corretta guarigione del tessuto chirurgico.

16 **In caso di ischemia mesenterica acuta di origine embolica, qual è l'approccio terapeutico più opportuno tra i seguenti?**

A Intervento chirurgico in elezione

B Terapia cortisonica

C **Intervento chirurgico urgente**

D Digiuno e terapia di supporto

E Terapia antibiotica ad ampio spettro

Risposta giusta: C

L'ischemia mesenterica acuta da origine embolica deriva da un'**occlusione improvvisa** di un vaso arterioso. Il tempo è decisivo per il **recupero ematico** e per evitare la necrosi intestinale. Quando il quadro è conclamato o sussiste un forte sospetto clinico, l'**intervento chirurgico urgente** rappresenta la scelta terapeutica prioritaria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Intervento chirurgico in elezione**: L'intervento in elezione presuppone una condizione stabile e programmabile, mentre il caso attuale è un'emergenza medica tempo-dipendente che non tollera alcun ritardo.
- **B) Terapia cortisonica**: I corticosteroidi non rimuovono l'embolo né correggono il deficit di perfusione tissutale a livello intestinale.
- **D) Digiuno e terapia di supporto**: Il digiuno e le cure di supporto rientrano nella gestione iniziale, ma sono insostanziali e potenzialmente fatali se impediscono la rapida applicazione di un intervento definitivo richiesto dal quadro acuto.
- **E) Terapia antibiotica ad ampio spettro**: Gli antibiotici ad ampio spettro possono essere utili come terapia di sostegno in presenza di sospetta traslocazione batterica o necrosi, ma non costituiscono il trattamento primario dell'evento embolico.

17 **Un giovane di 23 anni, sportivo e modesto fumatore (5 sigarette/die da 5 anni), lamenta un dolore trafittivo all'emitorace sinistro, improvviso e violento. Quale altro sintomo associato deve essere ricercato?**

A Disfagia
B Emoftoe
C Disfonia
D Tosse produttiva
E **Dispnea**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico fa sospettare un **pneumotorace spontaneo**, tipico dei giovani. Il **collasso polmonare** induce una **dispnea** che deve essere sempre ricercata insieme al dolore toracico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Disfagia**: La disfagia indica problematiche esofagee o compressioni mediastiniche, estranee a un processo acuto di natura respiratoria.
- **B) Emoftoe**: L'emottisi è caratteristica di embolia polmonare, tubercolosi o neoplasie, ma non corrisponde alla presentazione clinica descritta.
- **C) Disfonia**: La disfonia è associata a quadri laringei o compressione del ricorrente, non è il sintomo da cercare in prima battuta.
- **D) Tosse produttiva**: La tosse produttiva orienta verso un processo infettivo bronchopolmonare, non coerente con un evento acuto di origine pleuro-polmonare.

---

18 **Un giovane di 23 anni, sportivo e modesto fumatore (5 sigarette/die da 5 anni), lamenta un dolore trafittivo all'emitorace sinistro, improvviso e violento. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Polmonite lobare
B **Pneumotorace**
C Infarto miocardico
D Infarto polmonare
E Reflusso gastroesofageo

Risposta giusta: B

Il quadro è più compatibile con uno **pneumotorace spontaneo**: il dolore è improvviso, violento, trafittivo e **monolaterale**. Anche il fumo, pur modesto (5 sigarette al giorno da 5 anni), aumenta il rischio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Polmonite lobare**: La polmonite lobare si accompagna più spesso a febbre, tosse ed espettorato. Può causare dolore pleuritico, ma in genere non esordisce in modo così fulminante.
- **C) Infarto miocardico**: In un ventitreenne sano, l'infarto miocardico è decisamente meno verosimile. Il dolore è più spesso oppressivo e retrosternale, con possibile irradiazione, non tipicamente trafittivo e laterale.
- **D) Infarto polmonare**: È possibile in teoria, ma l'infarto polmonare si associa di solito a embolia polmonare e a fattori di rischio specifici; possono inoltre comparire dispnea, tachicardia e talvolta emottisi. Qui il dato dominante orienta maggiormente verso uno pneumotorace.
- **E) Reflusso gastroesofageo**: Il reflusso gastroesofageo dà bruciore retrosternale e rigurgito, spesso con sintomi legati ai pasti o alla posizione. Non spiega un dolore trafittivo e improvviso all'emitorace.

19 **Un giovane di 23 anni, sportivo e modesto fumatore (5 sigarette/die da 5 anni), lamenta un dolore trafittivo all'emitorace sinistro, improvviso e violento. Quale esame deve essere eseguito in prima istanza?**

A Radiografia dell'emicostato sinistro
B TC torace
C **Radiografia del torace**
D Spirometria
E Ecocolordoppler cardiaco

Risposta giusta: C

In un giovane con dolore toracico improvviso e trafittivo è necessario escludere un **pneumotorace spontaneo**. La radiografia del torace rappresenta l'**esame di prima istanza** poiché immediata, prontamente disponibile e in grado di visualizzare direttamente eventuali spazi aerei anomali nel cavo pleurico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radiografia dell'emicostato sinistro**: L'indagine sull'emicostato manca di utilità clinica in questo contesto. Serve comunque una visione completa dei compartimenti toracici piuttosto che una localizzazione isolata su componenti ossee.
- **B) TC torace**: La tomografia computerizzata fornisce immagini più dettagliate ma non costituisce lo screening iniziale per soggetti clinicamente stabili. Viene attivata soltanto come approfondimento se la radiografia semplice risulta insufficiente.
- **D) Spirometria**: La misurazione della ventilazione polmonare appartiene alla valutazione funzionale programmata. Non viene eseguita nell'emergenza medica ed è inefficace come strumento di primo livello per un quadro doloroso improvviso.
- **E) Ecocolordoppler cardiaco**: L'ecocolordoppler esplora prevalentemente la geometria cardiaca e la cinetica valvolare. Non risulta appropriato per l'approccio diagnostico prioritario davanti a un sintomo d'origine pleurica o polmonare.

20 **Un paziente esegue una TC del torace che dimostra un nodulo subpleurico del lobo superiore sinistro a margini spiculati di diametro 1,8 cm. Nel sospetto di neoplasia polmonare, quale tra i seguenti è l'esame diagnostico più appropriato per la stadiazione della malattia, in funzione della pianificazione della strategia terapeutica?**

A Scintigrafia polmonare
B Broncoscopia
C TC addome con mezzo di contrasto
D **PET-TC total body**
E RM toracica

Risposta giusta: D

La **stadiazione** delle neoplasie polmonari richiede l'identificazione della lesione primitiva e delle eventuali metastasi linfonodali o viscerali. Il **PET-TC** unisce dati strutturali e funzionali, offrendo una valutazione complessiva del coinvolgimento tumorale. Questo esame guida direttamente la **scelta terapeutica**, distinguendo tra candidabilità chirurgica e necessità di trattamenti sistemici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Scintigrafia polmonare**: La scintigrafia polmonare esplora i parametri fisiologici di ventilazione e perfusione nei disturbi respiratori o nell'embolia polmonare. Non possiede valori predittivi neoplastici e risulta totalmente estranea ai protocolli di classificazione tumorale.
- **B) Broncoscopia**: La broncoscopia costituisce la metodica di riferimento per ottenere campioni bioptici e confermare la natura cellulare del nodulo. La sua funzione principale riguarda la diagnosi istologica anziché la valutazione estensiva dei compartimenti regionali o distanti.
- **C) TC addome con mezzo di contrasto**: La TC addome con mezzo di contrasto può evidenziare metastasi epatiche o surrenaliche, ma rimane incompleta per una classificazione oncologica globale. Manca del contributo funzionale necessario per caratterizzare le lesioni sospette e organizzare il percorso clinico.
- **E) RM toracica**: La risonanza magnetica toracica trova indicazione limitata allo studio dell'invasione locale di strutture pleuriche, vascolari o della gabbia costale. Viene impiegata come esame complementare dopo gli esami di primo livello e non sostituisce la ricerca di disseminazioni sistemiche.

21 **Un paziente esegue una TC del torace che dimostra un nodulo subpleurico del lobo superiore sinistro a margini spiculati di diametro 1,8 cm. In considerazione della sede della lesione, quale esame è indicato in prima istanza per la tipizzazione cito-istologica?**

A Toracentesi ed esame citologico

B **Agobiopsia TC guidata**

C Broncoscopia con biopsia

D Broncoscopia con brushing endobronchiale

E Esame citologico dell'escreato

Risposta giusta: B

La presenza di **margini spicolati** e la posizione **subpleurica** indicano una lesione periferica sospetta. L'**agobiopsia TC guidata** permette l'accesso diretto alla massa di 1,8 cm con elevato rendimento diagnostico. Questo approccio fornisce un campione tissutale adeguato per la classificazione istologica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Toracentesi ed esame citologico**: La toracentesi mira al prelievo di liquido dalla cavità pleurica. Va riservata esclusivamente ai pazienti con versamento pleurico confermato alle immagini.
- **C) Broncoscopia con biopsia**: La broncoscopia risulta poco efficace per noduli lontani dai bronchi principali. È indicata principalmente per formazioni centrali o endoluminali.
- **D) Broncoscopia con brushing endobronchiale**: Il brushing endobronchiale richiede il contatto con la mucosa delle vie respiratorie. Una formazione subpleurica non offre percorsi naturali tramite lo strumento broncoscopico.
- **E) Esame citologico dell'escreato**: L'esame dell'escreato presenta **bassa sensibilità** per la diagnosi neoplastica. Si utilizza solo come integrazione per tumori centrali e non garantisce una tipizzazione definitiva.

22 **Un paziente esegue una TC del torace che dimostra un nodulo subpleurico del lobo superiore sinistro a margini spiculati di diametro 1,8 cm. Quali dei seguenti farmaci devono essere sospesi o sostituti prima delle procedure diagnostiche invasive?**

- **A** **Anticoagulanti orali**
- **B** Anti-ipertensivi
- **C** Antidepressivi triciclici
- **D** FANS (Farmaci antinfiammatori non steroidei)
- **E** Antidiabetici orali

Risposta giusta: A

Gli **anticoagulanti orali** interferiscono con i fattori della **coagulazione**, aumentando in modo significativo il **rischio emorragico** durante e dopo procedure diagnostiche invasive. Vanno pertanto valutati attentamente e spesso gestiti con una strategia di **sospensione temporanea** o bridging terapeutico, in base al profilo trombotico del paziente e al tipo di procedura prevista.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Anti-ipertensivi**: In generale non vanno interrotti semplicemente per l'esecuzione di una procedura invasiva. Mantenere una corretta stabilità pressoria risulta anzi utile per contenere i rischi complessivi del paziente durante le manovre diagnostiche.
- **C) Antidepressivi triciclici**: Pur potendo presentare effetti collaterali e interazioni farmacologiche, non costituiscono la classe di farmaci che tipicamente richiede sospensione prima di una procedura invasiva per motivazioni emostatiche.
- **D) FANS (Farmaci antinfiammatori non steroidei)**: I FANS possono aumentare lievemente il rischio di sanguinamento attraverso l'effetto inibitorio sulle piastrine, ma non rappresentano il farmaco principale da sospendere in questo contesto clinico rispetto agli anticoagulanti.
- **E) Antidiabetici orali**: Questi farmaci non incidono sul rischio emorragico della procedura. In alcuni casi possono richiedere aggiustamenti posologici per gestire il digiuno o la terapia peri-procedurale, ma non devono essere sospesi specificamente per prevenire sanguinamenti.

23 **Un paziente di 54 anni lamenta da 3 mesi violento dolore anale, scatenato dalla defecazione, ma perdurante per diverse ore. A volte ha proctorragie di modesta entità. Sulla base della raccolta dei dati anamnestici, quale diagnosi è più probabile?**

A Emorroidi
B Ascesso perianale
C Trombosi emorroidaria
D **Ragade anale**
E Condilomatosi

Risposta giusta: D

Il quadro clinico è molto tipico e include **dolore anale intenso** persistente per ore dopo la defecazione. L'associazione a **proctorragia modesta** orienta verso una **fissurazione della mucosa anale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Emorroidi**: Le emorroidi interne causano soprattutto sanguinamento indolore. Quelle esterne possono dare fastidio o dolore solo in caso di complicanze, ma non riproducono il ciclo tipico di dolore intenso sostenuto proprio della ragade.
- **B) Ascesso perianale**: L'ascesso perianale provoca un dolore continuo e pulsante, spesso associato a tumefazione locale, arrossamento e talvolta febbre. Non presenta il legame caratteristico con la defecazione descritto nel caso.
- **C) Trombosi emorroidaria**: La trombosi emorroidaria esordisce in modo improvviso con dolore acuto e presenza di una massa perianale dolente. La cronicità di tre mesi e le recidive dolorose post-defecatorie non sono compatibili.
- **E) Condilomatosi**: La condilomatosi si manifesta prevalentemente con prurito, fastidio locale o sensazione di corpo estraneo. Non genera mai un dolore violento legato all'atto evacuativo.

24 **Un paziente di 54 anni lamenta da 3 mesi violento dolore anale, scatenato dalla defecazione, ma perdurante per diverse ore. A volte ha proctorragie di modesta entità. A quale esame deve essere sottoposto il paziente in prima istanza per confermare il sospetto diagnostico?**

A Defecografia
B Ecografia trans-anale
C RX clisma opaco
D Esplorazione digitale del retto e anoscopia
E Manometria ano-rettale

Risposta giusta: D

Il quadro clinico è suggestivo per una **ragade anale**. La conferma richiede un **esame clinico diretto** che consenta la **visualizzazione** immediata della lesione ed escluda altre cause locali, evitando inizialmente accertamenti strumentali più complessi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Defecografia**: non è indicata come primo livello perché studia i disturbi funzionali della defecazione e del pavimento pelvico, risultando inefficace per diagnosticare una patologia mucosa acuta.
- **B) Ecografia trans-anale**: viene impiegata nella caratterizzazione di fistole, ascessi o lesioni dello sfintere, ma non costituisce lo strumento iniziale per una sospetta ragade.
- **C) RX clisma opaco**: è destinato al controllo morfologico del colon e del retto in iter diagnostici diversi, senza fornire elementi utili per un dolore anale così specifico.
- **E) Manometria ano-rettale**: valuta la funzionalità e la dinamicità ano-rettale in ambito funzionale o in patologie scelte, non servendo alla conferma clinica primaria del quadro descritto.

25 **Un paziente di 54 anni lamenta da 3 mesi violento dolore anale, scatenato dalla defecazione, ma perdurante per diverse ore. A volte ha proctorragie di modesta entità. Per escludere la presenza di altre patologie che possano causare proctorragie, anche in considerazione dell'età del paziente, è inoltre opportuno sottoporlo in prima istanza a:**

A ecografia addominale
B TC addome
C rettoscopia
D RX addome
E rettocolonscopia

Risposta giusta: E

Un paziente di 54 anni con dolore anale persistente e **proctorragie** necessita di una diagnosi tempestiva. La **rettocolonscopia** offre la visualizzazione diretta di tutto il colon e del retto. Questa indagine scarta l'unica causa benigna e individua eventuali formazioni tumorali o infiammatorie. L'esame costituisce la **prima scelta** per ogni episodio di sanguinamento rettale in questa fascia d'età.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) ecografia addominale**: L'ecografia addominale penetra male attraverso le pareti intestinali gonfie d'aria. Non serve a diagnosticare patologie del colon o del retto e si utilizza soltanto per altre sindromi addominali.
- **B) TC addome**: La tomografia computerizzata rileva masse e infiammazioni profonde mediante raggi X. Non equivale all'esplorazione endoscopica diretta e resta riservata a protocolli diagnostici specifici non applicabili qui.
- **C) rettoscopia**: La rettoscopia osserva esclusivamente il retto inferiore e il canale anale. Potrebbe trovare lesioni locali ma trascura il resto dell'intestino, richiedendo comunque un controllo più ampio considerando l'età del paziente.
- **D) RX addome**: La radiografia addominale mostra solo ombre generiche dei visceri. Presenta utilità minima per il sanguinamento ano-rettale e non registra alterazioni della mucosa intestinale.

26 **A un paziente di 65 anni, in buone condizioni generali, con funzionalità respiratoria e cardiologica conservata, viene diagnosticata una neoplasia del lobo polmonare superiore sinistro. Al termine della stadiazione risulta essere un carcinoma a piccole cellule T2, N1, M0. Che terapia verrà proposta al paziente?**

A Radioterapia
B Resezione chirurgica con linfoadenectomia ilo-mediastinica
C **Chemioterapia**
D Chemioterapia eventualmente seguita da ormonoterapia
E Resezione chirurgica senza linfoadenectomia ilo-mediastinica

Risposta giusta: C

Il **carcinoma a piccole cellule** è una neoplasia aggressiva con evidente tendenza alla **diffusione sistemica precoce**. La chirurgia possiede un ruolo marginale e risulta inadatta in presenza di un **coinvolgimento linfonodale N1**. La terapia standard rimane la **chemioterapia**, in grado di agire sull'intera malattia e spesso integrata successivamente con radioterapia toracica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radioterapia**: Le radiazioni da sole non costituiscono il protocollo di riferimento. La radioterapia mantiene un ruolo accessorio combinato alla terapia medica o in ambito palliativo, senza mai sostituire il controllo sistemico necessario per questo istotipo.
- **B) Resezione chirurgica con linfoadenectomia ilo-mediastinica**: L'intervento chirurgico non è indicato poiché la patologia ha già manifestazioni sistemiche ed estensione ai linfonodi regionali. L'approccio operatorio è riservato esclusivamente a stadi inizialissimi privi di interessamento ghiandolare.
- **D) Chemioterapia eventualmente seguita da ormonoterapia**: La chemioterapia iniziale appare appropriata, ma l'eventuale ormonoterapia è totalmente estranea alla gestione di questo tumore. Gli schemi endocrini vengono impiegati esclusivamente per neoplasie sensibili ad ormoni come quelle mammarie o prostatiche.
- **E) Resezione chirurgica senza linfoadenectomia ilo-mediastinica**: La resezione polmonare isolata resta errata perché il trattamento standard non è chirurgico. Qualora si eseguisse comunque un'operazione, la rimozione delle stazioni linfonodali hilaro-mediali continuerebbe a essere indispensabile per la corretta valutazione diagnostica.

27 **Per un neonato di 3 giorni con ritardata emissione di meconio, distensione addominale e vomito biliare, il chirurgo pediatra pone il sospetto di Morbo di Hirschsprung. L'RX addome mostra delle anse intestinali dilatate. Quale successivo esame diagnostico strumentale è opportuno eseguire per corroborare il sospetto di megacolon congenito?**

- **A** **Clisma opaco con mezzo di contrasto idrosolubile**
- B TC addome senza mezzo di contrasto
- C TC addome con mezzo di contrasto
- D Ecografia addome completo
- E RM dell'addome inferiore con mezzo di contrasto

Risposta giusta: A

Il clisma opaco con mezzo di contrasto idrosolubile può mostrare il **segmento di transizione**, con restringimento distale e dilatazione del colon a monte. È un esame mirato, rapido e adatto a corroborare il sospetto di megacolon congenito nel neonato.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) TC addome senza mezzo di contrasto**: La TC senza mezzo di contrasto non è appropriata in questo contesto: espone il neonato a **radiazioni** e non è l'indagine standard per diagnosticare un megacolon congenito.
- **C) TC addome con mezzo di contrasto**: Anche la TC con mezzo di contrasto non è un esame di **prima linea** nei neonati con sospetto di Hirschsprung. Non si tratta di visualizzare meglio l'addome in generale, ma di studiare la morfologia del colon con un esame mirato.
- **D) Ecografia addome completo**: L'ecografia non è l'esame di scelta per confermare il sospetto di Hirschsprung. Può fornire informazioni generiche sulla distensione o aiutare a escludere altre cause, ma non mostra in modo affidabile il segmento di transizione.
- **E) RM dell'addome inferiore con mezzo di contrasto**: La RM dell'addome inferiore non è un esame di routine per questa diagnosi ed è complessa e poco pratica in un neonato. Il clisma opaco resta l'indagine più utile e immediata.

28 **Quali sono, in ordine cronologico, le fasi fisiopatologiche della malattia da ustione?**

- **A** **1) fase di shock; 2) fase tossinfettiva; 3) fase distrofico-cicatriziale**
- **B** 1) fase di shock; 2) fase distrofico-cicatriziale; 3) fase tossinfettiva
- **C** 1) fase tossinfettiva; 2) fase di shock; 3) fase distrofico-cicatriziale
- **D** 1) fase distrofico-cicatriziale; 2) fase di shock
- **E** 1) fase tossinfettiva; 2) fase distrofico-cicatriziale; 3) fase di shock

Risposta giusta: A

La malattia evolve secondo una sequenza fisiopatologica ben definita. Inizialmente prevalgono la **perdita idrosalina** e l'instabilità emodinamica. Successivamente subentrano le complicanze di natura **tossico-infettiva** legate alle lesioni cutanee aperte. Definiscono il decorso finale i processi di **riparazione** cellulare e la maturazione delle cicatrici.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) 1) fase di shock; 2) fase distrofico-cicatriziale; 3) fase tossinfettiva**: Colloca la fase distrofica prima del quadro infettivo. Le tossine derivate dal tessuto necrotico emergono quando la barriera cutanea è ancora persa.
- **C) 1) fase tossinfettiva; 2) fase di shock; 3) fase distrofico-cicatriziale**: Scambia l'ordine delle prime due fasi cliniche. Il recupero del volume ematico deve consolidarsi prima che si manifestino le conseguenze settiche.
- **D) 1) fase distrofico-cicatriziale; 2) fase di shock**: Posiziona la fase distrofica prima dello shock acuto. Lo squilibrio circolatorio è inevitabilmente precoce e non tardivo.
- **E) 1) fase tossinfettiva; 2) fase distrofico-cicatriziale; 3) fase di shock**: Invia lo shock nell'ultima posizione temporale. L'instabilità cardiovascolare costituisce la reazione immediata al trauma, mai un evento finale.

29 **Un paziente di 82 anni presenta versamento pleurico monolaterale recidivante. In anamnesi è segnalata esposizione lavorativa all'amianto per diversi anni. Non sono note altre patologie croniche e non assume terapia domiciliare. Nel sospetto di mesotelioma pleurico, qual è l'accertamento che permette di formulare una diagnosi definitiva?**

A Ecografia polmonare

B **Biopsia pleurica toracoscopica o a cielo aperto**

C RM torace

D TC con mezzo di contrasto

E RX torace

Risposta giusta: B

La conferma definitiva richiede un **campione tissutale** per l'**esame istologico** e immunoistochimico. L'imaging orienta solo il sospetto clinico, mentre la **biopsia pleurica** fornisce il tessuto necessario per accertare con certezza la natura neoplastica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ecografia polmonare**: L'ecografia localizza il versamento e guida eventuale drenaggio ma resta uno strumento di supporto privo di valore diagnostico specifico per il tumore.
- **C) RM torace**: La risonanza magnetica valuta i rapporti con le strutture vicine in casi selezionati ma manca della prova anatomopatologica essenziale per confermare la patologia.
- **D) TC con mezzo di contrasto**: La tomografia computerizzata con mezzo di contrasto definisce dettagliatamente lesioni ed estensione ma non sostituisce l'accertamento biologico risolutivo.
- **E) RX torace**: La radiografia torace è un esame di primo livello che mostra versamento o ispessimenti ma non basterebbe per una diagnosi certa senza campionatura.

30 **Una donna di 70 anni, affetta da arteriopatia cronica obliterante degli arti inferiori, giunge in ambulatorio per dolore a riposo da circa 3 settimane scarsamente responsivo agli antidolorifici. Non presenta lesioni trofiche. A quale stadio, secondo la classificazione di Leriche Fontaine, sono riconducibili i sintomi della paziente?**

- **A** **III**
- **B** I
- **C** II
- **D** II B
- **E** IV

Risposta giusta: A

La presenza di **dolore a riposo** e la scarsa risposta agli analgesici indicano un'**ischemia cronica severa**, compatibile con lo **stadio III**. L'assenza di danni tissutali evidenti esclude il quarto stadio.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) I**: Lo stadio I corrisponde a una condizione asintomatica o caratterizzata esclusivamente da reperti vascolari oggettivi privi di sintomatologia funzionale significativa.
- **C) II**: Lo stadio II è associato alla claudicatio intermittens, ovvero dolore muscolare provocato dallo sforzo motorio che si risolve completamente con la sospensione dell'attività fisica.
- **D) II B**: La sottoclassificazione II B rientra comunque nella claudicatio intermittens ma descrive un quadro più grave con una distanza di marcia inferiore; il sintomo rimane legato allo sforzo e non compare a riposo.
- **E) IV**: Lo stadio IV si manifesta con comparsa di lesioni trofiche necrotiche come ulcere ischemiche estese o gangrena, condizioni assenti nel quadro clinico descritto.

31 **Paziente uomo di 85 anni, pregresso ictus ischemico, diabetico, in terapia polifarmacologica. Da circa un mese comparsa di placche eritematose orticarioidi diffuse con successiva comparsa di bolle tese a contenuto limpido. Le lesioni sono intensamente pruriginose. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Impetigine bollosa
B Dermatite da contatto
C **Pemfigoide bolloso**
D Pemfigo volgare
E Herpes Zoster

Risposta giusta: C

Il quadro è classico nel **paziente anziano**: si osserva una fase prodromica con **placche eritemato-orticarioidi** e **prurito intenso**, che progredisce fino alla formazione di **bolle tese** a contenuto limpido. La contemporanea assunzione di più farmaci rappresenta un fattore scatenante noto, poiché il pemfigoide bolloso è una dermatosi autoimmune subepidermica che si differenzia nettamente dal pemfigo per la struttura resistente delle lesioni e la marcata componente itchogena.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Impetigine bollosa**: Si tratta di un'infezione batterica superficiale primaria dell'infanzia che evolve rapidamente verso la crosta, mancando completamente del decorso cronico, della sintomatologia pruriginosa e del contesto clinico dell'anziano.
- **B) Dermatite da contatto**: Sebbene possa causare eritema e prurito per reazione irritativa o allergica, la dermatite da contatto non giustifica la formazione di grandi tensioni vescolari e la progressione sistematica tipica di un processo immunologico mediatto anticorpi.
- **D) Pemfigo volgare**: Pur essendo una dermatosi autoimmune, nel pemfigo volgare le lesioni appaiono flaccide e si rompono precocemente; sono tipici l'ulcerazione delle mucose orali e la positività del segno di Nikolsky.
- **E) Herpes Zoster**: L'herpes zoster si manifesta con vescolette dolorose e raggruppate in sede deratomica, escludendo un quadro cutaneo diffuso, cronicizzante e intensamente pruriginoso come quello descritto.

32 **Paziente uomo di 85 anni, pregresso ictus ischemico, diabetico, in terapia polifarmacologica. Da circa un mese comparsa di placche eritematose orticarioidi diffuse con successiva comparsa di bolle tese a contenuto limpido. Le lesioni sono intensamente pruriginose. Qual è il procedimento diagnostico più appropriato?**

A Ricerca di anticorpi circolanti anti gliadina e antitranglutaminasi IgA ed IgG

B Biopsia cutanea per istologia e immunofluorescenza diretta, ricerca degli anticorpi anti-desmogleina 1 e anti-desmogleina 3

C Biopsia cutanea per istologia e immunofluorescenza diretta, ricerca degli anticorpi anti-membrana basale

D Esame citodiagnostico di Tzank da contenuto della bolla

E Dermatoscopia della bolla dopo rimozione del tetto

Risposta giusta: C

Il quadro clinico è molto suggestivo per **pemfigoide bolloso**: paziente anziano con placche orticarioidi pruriginose che evolvono in bolle tese a contenuto limpido. La **biopsia cutanea** per istologia e **immunofluorescenza diretta** è il passo diagnostico più appropriato, poiché conferma la bolla subepidermica e il **deposito lineare** di immunoglobuline e complemento lungo la **membrana basale**. La ricerca sierologica degli **anticorpi anti-membrana basale** completa l'inquadramento immunitario.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ricerca di anticorpi circolanti anti gliadina e antitranglutaminasi IgA ed IgG**: La ricerca di anticorpi circolanti anti-gliadina e antitransglutaminasi IgA ed IgG è indicata per la malattia celiaca e la dermatite erpetiforme. Le bolle tese nell'anziano orientano verso una patologia diversa da questa.
- **B) Biopsia cutanea per istologia e immunofluorescenza diretta, ricerca degli anticorpi anti-desmogleina 1 e anti-desmogleina 3**: La ricerca degli anticorpi anti-desmogleina 1 e anti-desmogleina 3 è dedicata al pemfigo volgare o foliaceo. In queste patologie il bersaglio è strutturale intracellulare, mentre il caso presenta un quadro subepidermico tipico del pemfigoide.
- **D) Esame citodiagnostico di Tzank da contenuto della bolla**: L'esame citodiagnostico di Tzank osserva il contenuto della bolla ma si riserva principalmente alle infezioni erpetiche o alle dermatosi bollose acantolitiche. Non costituisce il test di elezione per distinguere un pemfigoide bolloso.
- **E) Dermatoscopia della bolla dopo rimozione del tetto**: La dermatoscopia valuta la morfologia superficiale delle lesioni ma non può sostituire esami strutturali e molecolari. Non è uno strumento diagnostico valido per le malattie bollose autoimmuni.

33 **Un uomo di 69 anni giunge all'attenzione dell'ematologo per il riscontro all'elettroforesi sieroproteica di una banda omogenea in zona Beta2. L'immunofissazione sierica conferma la presenza di una componente monoclonale. Quale tra le seguenti patologie può essere sicuramente esclusa, alla luce di tali reperti?**

A Amiloidosi primitiva
B MGUS
C Macroglobulinemia di Waldenstrom
D **Immunodeficienza comune variabile**
E Plasmocitoma solitario dell'osso

Risposta giusta: D

L'elettroforesi mostra una banda omogenea in zona Beta2 confermata dall'immunofissazione come **componente monoclonale**. Questo reperto indica una **produzione clonale** di immunoglobuline tipica delle gammopatie monoclonali. La immunodeficienza comune variabile si manifesta invece con **ipogammaglobulinemia policlonale** e difetto della risposta anticorpale. Un picco monoclonale è quindi incompatibile con questo quadro.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Amiloidosi primitiva**: Nell'amiloidosi primitiva il clone plasmacellulare produce catene leggere libere. Tali molecole formano facilmente un paraproteina rilevabile nel siero o nelle urine.
- **B) MGUS**: La MGUS è definita proprio dalla presenza di una frazione monoclonale sierica stabile. Viene frequentemente rilevata in modo incidentale durante esami elettroforetici routinari.
- **C) Macroglobulinemia di Waldenstrom**: La macroglobulinemia di Waldenström è una neoplasia linfoplasmacitativa che secerna abitualmente un'immunoglobulina di classe IgM. Essa migra tipicamente nella zona beta dell'elettroforesi.
- **E) Plasmocitoma solitario dell'osso**: Il plasmocitoma solitario dell'osso può associarsi a una paraproteina sierica anche se talvolta i livelli sono assenti o molto ridotti. Non è compatibile l'esclusione basandosi su un singolo reperto elettroforetico.

34 **Un uomo di 69 anni giunge all'attenzione dell'ematologo per il riscontro all'elettroforesi sieroproteica di una banda omogenea in zona Beta2. L'immunofissazione sierica conferma la presenza di una componente monoclonale. Quale tra le seguenti situazioni rientra nella definizione di mieloma multiplo asintomatico?**

A 20% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e presenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)

B **12% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e assenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)**

C 5% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e iperparatiroidismo

D 65% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e assenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)

E 8% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e componente monoclonale inferiore al 30% all'elettroforesi sieroproteica

Risposta giusta: B

Il mieloma multiplo asintomatico richiede una componente monoclonale e un infiltrato midollare da **plasmacellule** compreso tra il **10%** e il **60%**. La diagnosi esclude sempre i criteri **CRAB** (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia, lesioni osteolitiche). Superare il limite superiore indica già una forma attiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 20% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e presenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)**: Il dato midollare del 20% sarebbe compatibile con la fase silente, ma la presenza effettiva dei criteri CRAB dimostra un danno d'organo conclamato. Questo quadro clinico esclude definitivamente la condizione asintomatica e impone il trattamento immediato.
- **C) 5% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e iperparatiroidismo**: Il 5% di plasmacellule rimane sotto la soglia minima diagnostica del 10%. L'iperparatiroidismo non appartiene ai criteri CRAB e può spiegare da solo le alterazioni del calcio senza attribuirle al mieloma.
- **D) 65% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e assenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)**: Il 65% di plasmacellule eccede il valore massimo consentito del 60%. Questa percentuale classifica automaticamente la patologia come mieloma multiplo attivo indipendentemente dall'assenza di sintomi.
- **E) 8% di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare e componente monoclonale inferiore al 30% all'elettroforesi sieroproteica**: L'8% di plasmacellule non soddisfa il requisito minimo di coinvolgimento midollare. Inoltre una componente monoclonale inferiore al 30% all'elettroforesi da sola non definisce la diagnosi se il midollo non raggiunge almeno il 10%.

35 **Un uomo di 69 anni giunge all'attenzione dell'ematologo per il riscontro all'elettroforesi sieroproteica di una banda omogenea in zona Beta2. L'immunofissazione sierica conferma la presenza di una componente monoclonale. Quale tra le seguenti combinazioni predice una minore sopravvivenza nei pazienti affetti da mieloma multiplo?**

A Elevata concentrazione di catene leggere urinarie e anemia

B Ridotta clearance della creatinina e proteinuria di Bence-Jones

C Elevata concentrazione plasmatica di gammaglobuline monoclonali e presenza di osteolisi

D **Elevata concentrazione di beta-2 microglobulina sierica e presenza della traslocazione cromosomica t(4;14)**

E Presenza di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare superiore al 50% e anemia

Risposta giusta: D

La combinazione indica una **prognosi peggiore** perché unisce un marker di carico di malattia con un'alterazione citogenetica ad alto rischio. La **beta-2 microglobulina** sierica aumenta proporzionalmente quando la neoplasia è estesa o compromette la funzionalità renale. La **traslocazione t(4;14)** attiva meccanismi molecolari che conferiscono maggiore aggressività biologica al clone. L'associazione di questi due elementi predice significativamente una riduzione della sopravvivenza.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Elevata concentrazione di catene leggere urinarie e anemia**: Un'elevata concentrazione di catene leggere urinarie insieme all'anemia riflette un'intensa attività secretiva delle cellule neoplastiche. Questi reperti descrivono una fase sintomatica attiva ma non identificano da soli il profilo con il valore prognostico più basso.
- **B) Ridotta clearance della creatinina e proteinuria di Bence-Jones**: La riduzione della clearance della creatinina e la proteinuria di Bence-Jones segnalano un danno renale correlato alla malattia. Questa condizione è clinicamente rilevante ma possiede un potere predittivo inferiore rispetto ai parametri citogenetici e biomolecolari consolidati.
- **C) Elevata concentrazione plasmatica di gammaglobuline monoclonali e presenza di osteolisi**: Un livello plasmatico elevato di gammaglobuline monoclonali e i fenomeni di osteolisi confermano la progressione sistemica e il danno scheletrico. Tale associazione mantiene un impatto prognostico minore rispetto alla coesistenza di beta-2 microglobulina alta e anomalie genetiche sfavorevoli.
- **E) Presenza di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare superiore al 50% e anemia**: Una percentuale di plasmacellule monoclonali superiore al cinquanta percento nel prelievo midollare unita all'anemia definisce un quadro avanzato. La quota cellulare midollare e l'emocromo presentano comunque un valore predittivo meno incisivo dei dati genetici e della frazione proteica sierica.

36 **Un ragazzo di 14 anni giunge in Pronto Soccorso accompagnato dalla madre per importante addominalgia, tachipnea e compromissione del sensorio. Non vi sono segni di rigor nucale. La glicemia capillare è 405 mg/dL, corpi chetonici nelle urine; emogasanalisi: acidosi metabolica. Gli indici di flogosi sono negativi. Quale approccio terapeutico è indicato in questa circostanza?**

A Somministrazione di insulina lenta per via sottocutanea
B Ipoglicemizzanti orali
C **Somministrazione di insulina rapida per via endovenosa**
D Solo idratazione e somministrazione di bicarbonati
E Dieta priva di zuccheri

Risposta giusta: C

Il quadro è compatibile con una **chetoacidosi diabetica**, data l'iperglicemia, la chetonuria, l'acidosi metabolica e la compromissione del sensorio. È indicata **insulina rapida per via endovenosa**, che consente di controllare la glicemia e arrestare la produzione di corpi chetonici, correggendo gradualmente l'acidosi. Si associano un'accurata **reidratazione** e il monitoraggio degli elettroliti, in particolare del **potassio**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Somministrazione di insulina lenta per via sottocutanea**: L'insulina lenta sottocutanea non è adatta a questa emergenza: ha un assorbimento troppo lento e imprevedibile per una correzione immediata e titolabile della chetoacidosi.
- **B) Ipoglicemizzanti orali**: Gli ipoglicemizzanti orali non sono indicati in un adolescente con chetoacidosi e compromissione del sensorio: serve trattamento ospedaliero urgente con insulina endovenosa. Questi farmaci hanno un ruolo nel diabete di tipo 2 stabile, non in questa emergenza.
- **D) Solo idratazione e somministrazione di bicarbonati**: L'idratazione è importante, ma da sola non corregge la carenza di insulina che causa il quadro. I bicarbonati non si somministrano di routine e sono riservati a casi selezionati di acidosi molto severa.
- **E) Dieta priva di zuccheri**: Una dieta priva di zuccheri è insufficiente e fuori contesto. Non si tratta di un semplice problema alimentare, ma di un'urgenza metabolica che richiede trattamento ospedaliero immediato.

37 **Un ragazzo di 14 anni giunge in Pronto Soccorso accompagnato dalla madre per importante addominalgia, tachipnea e compromissione del sensorio. Non vi sono segni di rigor nucale. La glicemia capillare è 405 mg/dL, corpi chetonici nelle urine; emogasanalisi: acidosi metabolica. Gli indici di flogosi sono negativi. Si conduce una raccolta anamnestica degli ultimi giorni prima del ricovero con l'ausilio della madre. Quale dei seguenti elementi NON è tipicamente associato al quadro che si sospetta alla luce dei dati clinici e biochimici a disposizione?**

- **A** **Diarrea**
- **B** Polidipsia
- **C** Calo ponderale
- **D** Poliuria
- **E** Vomito

Risposta giusta: A

Il quadro clinico e laboratoristico suggerisce una **chetoacidosi diabetica** da esordio di **diabete mellito tipo 1**. L'**iperglicemia** supera la soglia renale provocando glicosuria e **diuresi osmotica**, con conseguente rapida perdita di liquidi e alterazioni metaboliche. I sintomi che accompagnano tipicamente questa condizione includono poliuria, polidipsia, calo ponderale e vomito, mentre la diarrea non appartiene al profilo della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Polidipsia**:
- **C) Calo ponderale**:
- **D) Poliuria**:
- **E) Vomito**:

---

38 **Un paziente di 78 anni affetto da carcinoma prostatico si presenta in Pronto Soccorso per dolore al rachide. Si riscontrano livelli di calcemia di 12.0 mg/dL (vn 8.5-10). Quale dei seguenti parametri è necessario conoscere per interpretare correttamente questo valore di calcemia?**

- **A** **Albuminemia**
- **B** Proteine totali
- **C** PCR
- **D** Gamma globuline
- **E** Fosforemia

Risposta giusta: A

Il **calcio totale** circolante comprende una frazione libera biologicamente attiva e una quota legata principalmente alle proteine plasmatiche. L'**albumina** è il principale fattore determinante il valore analitico misurato, poiché alterazioni della sua concentrazione influenzano direttamente la calcemia. Conoscere l'**albuminemia** permette di distinguere una reale **ipercalcemia** da un valore falsamente modificato e di procedere eventualmente con una correzione matematica. Questo controllo preliminare è fondamentale nella gestione del paziente anziano.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Proteine totali**:
- **C) PCR**:
- **D) Gamma globuline**:
- **E) Fosforemia**:

---

39 **L'uso di quale dei seguenti farmaci comporta un maggior rischio di ulcera gastrica?**

A Sucralfato
B Paracetamolo
C Codeina
D Tramadolo
E **Ketoprofene**

Risposta giusta: E

Il **ketoprofene** è un **FANS** noto per innescare processi infiammatori ed erosivi a livello dell'apparato digerente. Agisce bloccando la produzione di **prostaglandine**, molecole essenziali per mantenere integro e idratato il tessuto che riveste lo stomaco. La mancanza di questa protezione fisiologica rende la parete vulnerabile agli acidi gastrici, favorendo la comparsa di lesioni ulcerose.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sucralfato**: Non corretto perché il sucralfato è un farmaco utilizzato proprio per proteggere la mucosa gastrica e favorire la guarigione delle ulcere.
- **B) Paracetamolo**: No perché il paracetamolo è in genere molto più sicuro per lo stomaco rispetto ai FANS e non è considerato un farmaco ulcerogeno.
- **C) Codeina**: Non è la scelta giusta poiché la codeina è un oppioide che provoca principalmente stipsi e sedazione, senza essere tipicamente associata a un aumento del rischio di ulcera gastrica.
- **D) Tramadolo**: Anche questo non è corretto dato che il tramadolo è un analgesico ad azione centrale con possibili effetti collaterali neurologici o gastrointestinali, ma non è un farmaco classico responsabile di ulcera gastrica.

---

40 **Il propranololo è considerato un beta-bloccante non selettivo. Su quali recettori adrenergici agisce?**

A Tutti i beta, tutti gli alfa e i gamma
B Beta 1, Beta 2 e recettori alfa
C Beta 2 e recettori gamma
D **Beta 1 e Beta 2**
E Solo Beta 2

Risposta giusta: D

Il propranololo è un antagonista **non selettivo**, quindi blocca contemporaneamente i sottotipi β_1 e β_2. La sua azione riguarda esclusivamente la famiglia beta. Non esercita un effetto rilevante sui recettori alfa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tutti i beta, tutti gli alfa e i gamma**: Descrive un'inibizione indiscriminata di tutte le classi. L'interazione reale si confina ai soli recettori beta principali.
- **B) Beta 1, Beta 2 e recettori alfa**: Include erroneamente i recettori alfa. Il farmaco non possiede tale attività, presente invece in molecole specifiche a azione combinata.
- **C) Beta 2 e recettori gamma**: Introduce i recettori gamma, privi di rilevanza nella classificazione fisiologica dei recettori adrenergici.
- **E) Solo Beta 2**: Limita l'effetto a una sola categoria, mentre il principio attivo inibisce sia il sottotipo β_1 che quello β_2.

41 **Il propranololo è indicato nella terapia dell'ipertensione arteriosa. A quale dei seguenti farmaci NON dovrebbe mai essere associato nella terapia dell'ipertensione arteriosa a causa dei possibili effetti collaterali sulla conduzione cardiaca?**

- **A** **Verapamil**
- **B** Doxazosina
- **C** Furosemide
- **D** Ramipril
- **E** Valsartan

Risposta giusta: A

Il **propranololo** è un betabloccante che rallenta la frequenza cardiaca e la conduzione atrioventricolare. Il **verapamil** è un antagonista del calcio non diidropiridinico con effetti cronotropi e dromotropi negativi. L'associazione provoca una somma degli effetti depressivi sulla funzione cardiaca, con rischio di bradicardia marcata, blocco atrioventricolare ed eccessiva depressione miocardica. Per tale motivo questa combinazione dev'essere evitata.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Doxazosina**: La doxazosina è un alfa-1 bloccante che può provocare ipotensione ortostatica; non presenta il problema specifico di sommare effetti bradicardizzanti con il propranololo.
- **C) Furosemide**: La furosemide è un diuretico dell'ansa utile nell'ipertensione in alcuni contesti; non ha un effetto diretto sulla conduzione cardiaca come invece possiede il verapamil.
- **D) Ramipril**: Il ramipril è un ACE-inibitore e, pur essendo un antipertensivo molto usato, non rallenta direttamente il nodo atrioventricolare e non comporta rischi rilevanti sulla conduzione.
- **E) Valsartan**: Il valsartan è un sartano che agisce sul sistema renina-angiotensina; non determina un blocco della conduzione atrioventricolare né interferisce con la trasmissione elettrica del cuore.

42 **Una ragazza di 15 anni viene portata dai genitori dalla ginecologa per amenorrea. Presenta anche un limitato sviluppo puberale associato a bassa statura, torace a scudo e bassa attaccatura dei capelli. L'esame ecografico transvaginale mostra la presenza di banderelle fibrose al posto delle ovaie. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Ermafroditismo vero
B Trisomia 18
C Sindrome di Klinefelter
D **Sindrome di Turner**
E Sindrome di Down

Risposta giusta: D

Il quadro clinico corrisponde alla sindrome di Turner, una **monosomia X** tipica del fenotipo femminile. L'amenorrea primaria e lo scarso sviluppo puberale sono causati dalla **disgenesia gonadica**, visibile come fasce fibrose al posto delle ovaie. Queste **strie ovariche** impediscono la produzione ormonale normale, generando un quadro di **ipogonadismo**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ermafroditismo vero**: Il disordine dello sviluppo sessuale ovotesticolare presenta la coesistenza di tessuto ovarico e testicolare, senza le strie fibrose tipiche della disgenesia gonadica descritta.
- **B) Trisomia 18**: La trisomia 18 causa malformazioni multiple e grave ritardo della crescita, ma non si associa ad amenorrea primaria con fenotipo femminile e assenza di sviluppo puberale secondario.
- **C) Sindrome di Klinefelter**: La sindrome di Klinefelter interessa i maschi con cariotipo $47, XXY$, manifestandosi con statura elevata, ipogonadismo e ginecomastia, incompatibile con una paziente di sesso femminile.
- **E) Sindrome di Down**: La sindrome di Down (trisomia 21) mostra facies caratteristica, ipotonia e disabilità intellettiva, esclusi i segni sessuali e le alterazioni gonadiche presenti nel caso.

43 **Quale dei seguenti esami di laboratorio è più importante e specifico nel monitoraggio di una terapia con metformina, in quanto una sua alterazione significativa è un'indicazione alla sospensione di tale terapia?**

A Elettroforesi siero-proteica

B Clearance della creatinina

C Enzimi di necrosi muscolare (CK)

D Calcemia

E Uricemia

Risposta giusta: B

La metformina dipende dall'**eliminazione renale**. Una **riduzione significativa** della clearance favorisce l'**accumulo** del farmaco e attiva il rischio di **acidosi lattica**. Il corretto **monitoraggio renale** è quindi fondamentale per decidere la continuità terapeutica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Elettroforesi siero-proteica**: L'elettroforesi siero-proteica valuta alterazioni delle proteine plasmatiche in corso di gammopatie o infiammazioni, senza alcun legame con la farmacocinetica del farmaco.
- **C) Enzimi di necrosi muscolare (CK)**: Gli enzimi CK indicano danni muscolari come miopatie o rabdomiolisi, ma non sono correlati al metabolismo o alla tossicità della metformina.
- **D) Calcemia**: La calcemia regola i processi del metabolismo osseo ed endocrino, ma non determina la tossicità renale né guida la sospensione della terapia.
- **E) Uricemia**: L'uricemia monitora il metabolismo purinico ed è rilevante nella gestione della gotta, ma non influisce sulla decisione clinica di mantenere o sospendere il trattamento.

44 **Un uomo di 80 anni, affetto da diabete mellito tipo II e insufficienza renale cronica, giunge in Pronto Soccorso per febbre, tosse produttiva e dispnea. Un radiogramma del torace evidenzia un addensamento con carattere flogistico in campo inferiore destro. Gli esami ematochimici sono coerenti con un processo infettivo in atto. Si decide di ricoverare il paziente. Il paziente non ha eseguito ricoveri nei precedenti 3 mesi. Nel sospetto di polmonite ad acquisizione comunitaria, quale agente patogeno - tra quelli elencati - abitualmente NON è coinvolto?**

A Streptococcus pneumoniae

B Haemophilus influenzae

C Chlamydia pneumoniae

D Mycoplasma pneumoniae

E **Pseudomonas aeruginosa**

Risposta giusta: E

Pseudomonas aeruginosa non è un germe abituale della **polmonite ad acquisizione comunitaria**. Va valutato principalmente in contesti di infezioni nosocomiali, bronchiectasie, fibrosi cistica, immunodepressione o precedenti ricoveri e cicli antibiotici. Nel caso descritto mancano ricoveri recenti e alterazioni strutturali polmonari note, quindi non costituisce la causa attesa di routine.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Streptococcus pneumoniae**: **Streptococcus pneumoniae** è il microrganismo più frequentemente isolato in questo quadro clinico. La sua prevalenza risulta particolarmente elevata nella popolazione geriatrica e nei pazienti con comorbidità metaboliche.
- **B) Haemophilus influenzae**: **Haemophilus influenzae** rappresenta un agente caratteristico delle infezioni respiratorie extraospedaliere. Il rischio di colonizzazione e invasione aumenta significativamente con l'avanzare dell'età o in presenza di broncopneumopatie croniche preesistenti.
- **C) Chlamydia pneumoniae**: **Chlamydia pneumoniae** appartiene al gruppo dei patogeni atipici riconosciuti standard per le pneumopatie acquisite sul territorio. Il suo ruolo eziologico è documentato e indipendente dalla presenza di fattori di rischio complessi.
- **D) Mycoplasma pneumoniae**: **Mycoplasma pneumoniae** figura tra i batteri atipici più diffusi nel panorama delle polmoniti extraospedaliere. Pur mostrando una distribuzione prevalente nelle fasce d'età giovanili e adulte, rimane un agente coinvolto in tutte le categorie anagrafiche senza esclusioni.

45 **Nell'ambito dei precursori del carcinoma invasivo dell'esocervice uterina, a cosa corrisponde "moderato grado di displasia"?**

A Carcinoma in situ
B CIN I
C Neoplasia invasiva
D CIN III
E **CIN II**

Risposta giusta: E

La classificazione istologica valuta le alterazioni cellulari della cervice attribuendo un numero romano alla gravità del danno epiteliale. La displasia moderata corrisponde esattamente alla fase intermedia, identificata come CIN II. Tale condizione resta confinata agli strati superiori dell'epitelio senza attraversare la membrana basale, configurandosi quindi come una lesione puramente preinvasiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Carcinoma in situ**: Il carcinoma in situ segnala un'alterazione completa dell'epitelio che precede subito l'invasione stromale, equiparandosi clinicamente alla displasia severa o CIN III e non al grado moderato.
- **B) CIN I**: La categorizzazione CIN I assegna il minor livello di alterazione cellulare, limitandosi tipicamente al terzo inferiore dell'epitelio e classificandosi come displasia lieve.
- **C) Neoplasia invasiva**: Definire la lesione come neoplasia invasiva è errato perché implicherebbe già la penetrazione nello stroma sottostante, superato il confine cellulare tipico della displasia e privo di invasione reale.
- **D) CIN III**: La sigla CIN III descrive un grado elevato di atipia con coinvolgimento totale dello spessore epiteliale, corrispondendo precisamente alla displasia severa e non a quella di grado intermedio.

46 **Una giovane coppia si presenta all'osservazione del ginecologo perché non riesce ad avere figli. Quando si può definire una situazione di infertilità?**

A Dopo almeno tre anni di rapporti frequenti, mirati e non protetti

B **Dopo almeno un anno di rapporti frequenti, mirati e non protetti**

C Dopo 6 mesi di rapporti non protetti

D Dopo sei mesi di rapporti frequenti, mirati e non protetti

E Sull'evidenza di esami strumentali che dimostrano impossibilità a procreare

Risposta giusta: B

L'infertilità di coppia si definisce dopo **12 mesi** di mancato concepimento. Il criterio diagnostico richiede rapporti frequenti, non protetti e preferibilmente mirati al **periodo fertile**. Questa soglia temporale guida l'inquadramento nella pratica clinica quotidiana. Un inizio anticipato è riservato solo a pazienti con **età maggiore di 35 anni** o patologie note che compromettono la fertilità.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dopo almeno tre anni di rapporti frequenti, mirati e non protetti**: Tre anni costituiscono un arco temporale eccessivo. Superare il limite accettato ritarderebbe ingiustificatamente le prime valutazioni mediche.
- **C) Dopo 6 mesi di rapporti non protetti**: La mancanza di contraccezione è un elemento parziale. Manca il requisito sulla regolarità e sulla tempistica dei contatti, mentre il limite temporale corretto resta quello annuo.
- **D) Dopo sei mesi di rapporti frequenti, mirati e non protetti**: Sei mesi non rappresentano la soglia definitiva. Tale intervallo può giustificare un approfondimento solo in scenari particolari, ma non stabilisce autonomamente lo stato di infertilità.
- **E) Sull'evidenza di esami strumentali che dimostrano impossibilità a procreare**: Le indagini strumentali isolate non bastano. L'infertilità è una **diagnosi clinica** fondata prevalentemente sull'assenza di gravidanza nonostante tentativi prolungati in condizioni ottimali.

47 **Una giovane coppia si presenta all'osservazione del ginecologo perché non riesce ad avere figli. Il primo livello diagnostico dovrebbe prevedere:**

A colloquio psicologico e studio endocrino metabolico e anatomico della donna

B **indagini diagnostiche per lo studio di una eziologia endocrino-metabolica e anatomica della donna e spermiogramma del partner**

C laparoscopia esplorativa e spermiogramma

D dosaggio di FSH, LH e spermiogramma

E dosaggio del TSH, FSH e LH

Risposta giusta: B

Il primo livello diagnostico nell'**infertilità** richiede un inquadramento iniziale completo che valuti sia la **donna** sia il **partner**, poiché le cause possono essere femminili, maschili o miste. Si eseguono quindi indagini per l'eziologia endocrino-metabolica e anatomica della donna insieme allo spermiogramma. Questi esami evitano procedure invasive immediate e coprono i fattori valutabili nelle prime fasi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) colloquio psicologico e studio endocrino metabolico e anatomico della donna**: Non è corretta perché considera solo la donna trascurando completamente il partner. Inoltre il colloquio psicologico può essere utile nel percorso ma non rappresenta il primo livello diagnostico standard.
- **C) laparoscopia esplorativa e spermiogramma**: È sbagliata perché la laparoscopia è un esame invasivo e non si fa come primo livello. Si riserva a casi selezionati quando gli accertamenti iniziali suggeriscono una possibile indicazione.
- **D) dosaggio di FSH, LH e spermiogramma**: È incompleta perché limitarsi a pochi dosaggi ormonali non basta per un primo inquadramento corretto. Lo spermiogramma resta fondamentale ma manca lo studio anatomico iniziale.
- **E) dosaggio del TSH, FSH e LH**: Anche questa è insufficiente. Gli esami ormonali possono avere un ruolo ma manca del tutto la valutazione del partner e manca anche l'indagine anatomica di base.

48 **A una donna di 32 anni, primipara, con anamnesi precedente alla gravidanza negativa, viene posta diagnosi di ipertensione gestazionale di grado moderato. La paziente viene messa al corrente dei possibili rischi legati a tale patologia, tra cui rientrano tutti i seguenti TRANNE uno. Quale?**

A Prematurità e sofferenza fetale cronica
B Aggravamento con comparsa di proteinuria
C Distacco intempestivo di placenta
D Rischio di patologie cardiovascolari nella quinta decade
E Polidramnios

Risposta giusta: E

Il **polidramnios** non è una complicanza tipica dell'ipertensione gestazionale. Tale quadro si associa piuttosto a diabete materno, malformazioni fetali o infezioni. La patologia favorisce invece una progressione verso forme più gravi, lo sviluppo di **proteinuria** e un aumento del rischio **cardiovascolare** futuro.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Prematurità e sofferenza fetale cronica**: L'alterazione della circolazione placentare riduce il carico ossigeno nutritivo, scatenando sofferenza fetale e parto pretermine.
- **B) Aggravamento con comparsa di proteinuria**: La comparsa di proteinuria indica un passaggio alla preeclampsia, confermandolo come aggravamento clinico realistico.
- **C) Distacco intempestivo di placenta**: L'ipertensione in gravidanza è uno dei principali fattori di rischio per il **distacco intempestivo di placenta** normalmente inserita, per il danno vascolare a livello della decidua: è un rischio reale da spiegare alla paziente.
- **D) Rischio di patologie cardiovascolari nella quinta decade**: Le pazienti hanno una probabilità maggiore di sviluppare ipertensione cronica e patologie cardiache negli anni successivi.

49 **A una donna di 32 anni, primipara, con anamnesi precedente alla gravidanza negativa, viene posta diagnosi di ipertensione gestazionale di grado moderato. La paziente contatta il proprio ginecologo riferendo di avere entrambe le gambe gonfie, senza tuttavia gonfiore in altre sedi. Sulla base di quanto ha raccontato al telefono si consiglia di:**

A tranquillizzarsi perché l'edema che accompagna la preeclampsia si manifesta solo con gonfiore delle mani e del volto

B tranquillizzarsi perché gli edemi dipendono solo da problemi di stasi venosa e nulla hanno a che fare con l'ipertensione gestazionale

C tranquillizzarsi perché l'edema che accompagna la preeclampsia si rende manifesto sempre anche con gonfiore delle mani e del volto

D recarsi in ospedale per un ricovero perché l'edema degli arti inferiori è sufficiente per porre diagnosi di preeclampsia

E **rivolgersi a un Pronto Soccorso ostetrico per escludere che si tratti di una manifestazione iniziale di preeclampsia**

Risposta giusta: E

In una paziente con ipertensione gestazionale documentata, la comparsa di edema agli arti inferiori impone una valutazione immediata. Pur potendo essere fisiologico, in questo contesto funge da campanello d'allarme per una possibile evoluzione verso la preeclampsia. Il percorso corretto prevede quindi l'esame in pronto soccorso ostetrico per escludere segni di progressione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) tranquillizzarsi perché l'edema che accompagna la preeclampsia si manifesta solo con gonfiore delle mani e del volto**: Non esiste una localizzazione anatomica fissa e obbligatoria per l'edema nella preeclampsia, che può manifestarsi in sedi differenti o mancare completamente. Affidarsi alla sola assenza di gonfiore facciale e manuale è errato e clinicamente rischioso.
- **B) tranquillizzarsi perché gli edemi dipendono solo da problemi di stasi venosa e nulla hanno a che fare con l'ipertensione gestazionale**: Gli edemi gravidici possono dipendere anche dalla stasi venosa o da fattori meccanici, ma in presenza di ipertensione documentata non si può escludere un'associazione patologica. Ignorare il potenziale nesso con un disturbo pressorio espone a rischi clinici significativi.
- **C) tranquillizzarsi perché l'edema che accompagna la preeclampsia si rende manifesto sempre anche con gonfiore delle mani e del volto**: La preeclampsia non presenta sempre gonfiore alle mani e al volto e l'edema isolato non è un criterio diagnostico affidabile. La presenza di edema variabile durante la gravidanza non garantisce né esclude automaticamente il quadro ipertensivo complesso.
- **D) recarsi in ospedale per un ricovero perché l'edema degli arti inferiori è sufficiente per porre diagnosi di preeclampsia**: L'edema agli arti inferiori è aspecifico e insufficiente da solo per stabilire la diagnosi di preeclampsia. Per confermare tale patologia sono necessari reperti oggettivi aggiuntivi, quali proteinuria significativa o evidenze di danno d'organo.

50 **A una donna di 32 anni, primipara, con anamnesi precedente alla gravidanza negativa, viene posta diagnosi di ipertensione gestazionale di grado moderato. La paziente contatta telefonicamente il proprio ginecologo lamentando dolore addominale dopo aver ingerito cibo avariato. Viene quindi invitata a rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso poiché, in considerazione della patologia di base, tale sintomo potrebbe porre in diagnosi differenziale le seguenti patologie:**

A preeclampsia, diabete gestazionale scompensato

B **HELLP (ipertensione, enzimi epatici elevati e ipopiastrinemia), preeclampsia ed eclampsia**

C preeclampsia, eclampsia imminente, non HELLP (ipertensione, enzimi epatici elevati e ipopiastrinemia)

D HELLP (ipertensione, enzimi epatici elevati e ipopiastrinemia) e distacco di placenta fundica

E eclampsia e infezione delle vie urinarie

Risposta giusta: B

Il dolore addominale in una gravida con ipertensione gestazionale non va banalizzato. Può segnalare un'aggravamento della patologia ipertensiva di base. Bisogna considerare la **preeclampsia**, l'**eclampsia** e la sindrome **HELLP**. Questa ultima si manifesta spesso con dolore epigastrico o nel quadrante addominale superiore, giustificando la valutazione urgente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) preeclampsia, diabete gestazionale scompensato**: La preeclampsia è pertinente, ma il diabete gestazionale scompensato non è la diagnosi differenziale primaria. Il dolore addominale in questo contesto punta verso complicanze ipertensive o placentari, non verso un'alterazione glicemica.
- **C) preeclampsia, eclampsia imminente, non HELLP (ipertensione, enzimi epatici elevati e ipopiastrinemia)**: Escludere la HELLP costituisce un errore diagnostico rilevante. La sindrome va sempre inclusa nel quadro differenziale. L'espressione "eclampsia imminente" risulta meno precisa della classificazione clinica standard basata sulla preeclampsia severa.
- **D) HELLP (ipertensione, enzimi epatici elevati e ipopiastrinemia) e distacco di placenta fundica**: La HELLP è un'ipotesi valida, ma il distacco di placenta fundica non è la condizione più direttamente associata al sintomo descritto. Sebbene possa causare dolore addominale, il quesito evidenzia principalmente le complicanze materne legate all'ipertensione.
- **E) eclampsia e infezione delle vie urinarie**: L'eclampsia è una possibilità rilevante, ma l'infezione delle vie urinarie non è centrale nella diagnosi differenziale. Rappresenta una causa generica di dolore addominale, ma non richiede la stessa priorità clinica in presenza di ipertensione gestazionale pregressa.

51 **Una paziente di 42 anni, terzigravida-para 0, è molto spaventata perché all'ecografia di screening a 32 settimane è stato riscontrato un eccesso di liquido amniotico. La paziente viene informata che tale condizione non è molto comune e che:**

A l'eccesso di liquido amniotico non è mai una diagnosi solo strumentale

B **è necessario eseguire un'ecografia di secondo livello presso un centro di diagnosi prenatale**

C l'eccesso di liquido amniotico si associa sempre e solamente al diabete gestazionale

D l'eccesso di liquido amniotico non può essere sospettato con una semplice ecografia di screening

E è necessario fare una risonanza magnetica per poter confermare l'eccesso di liquido amniotico

Risposta giusta: B

Quando all'ecografia di screening si riscontra un eccesso di liquido amniotico, il comportamento indicato è eseguire un'**ecografia di secondo livello** in un centro di diagnosi prenatale. Questo esame approfondisce la valutazione quantitativa e cerca le possibili **cause associate** fetali o materne. Lo screening serve al sospetto preliminare, mentre l'iter specialistico completa l'inquadramento clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'eccesso di liquido amniotico non è mai una diagnosi solo strumentale**: L'identificazione dell'idramnios avviene inizialmente tramite indici ecografici, quindi la diagnosi è innanzitutto strumentale. Successivamente i dati vanno interpretati nel contesto clinico complessivo della paziente.
- **C) l'eccesso di liquido amniotico si associa sempre e solamente al diabete gestazionale**: Il diabete gestazionale rappresenta una delle eziologie possibili, ma non l'unica. Sono frequenti anche **malformazioni fetali**, infezioni intrauterine, anemia del feto, gravidanze multiple e forme idiopatiche senza causa evidente.
- **D) l'eccesso di liquido amniotico non può essere sospettato con una semplice ecografia di screening**: Proprio la mappatura ostetrica di routine permette di calcolare l'indice di liquido amniotico e di formulare il primo sospetto di polidramnios senza necessità di strumenti aggiuntivi.
- **E) è necessario fare una risonanza magnetica per poter confermare l'eccesso di liquido amniotico**: La risonanza magnetica non costituisce l'esame di conferma per il polidramnios. Si riserva esclusivamente alla fase di terzo livello quando servono valutazioni anatomiche dettagliate non coperte dall'ecografia.

52 **Che caratteristiche possiede il vaccino anti morbillo?**

- **A** **È costituito da microrganismi vivi e attenuati**
- **B** È combinato con il vaccino anti pertosse e anti Rotavirus
- **C** È costituito da subunità virali
- **D** Per l'eliminazione è sufficiente ottenere una copertura vaccinale almeno pari all'80%
- **E** È ottenuto mediante la tecnica del DNA ricombinante

Risposta giusta: A

Il vaccino anti-morbillo è un preparato vivificato contenente il virus indebolito. Questa forma consente una replicazione fisiologica controllata che attiva una risposta immunitaria completa e duratura, garantendo un'immunizzazione superiore rispetto alle formule inattivate.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) È combinato con il vaccino anti pertosse e anti Rotavirus**: Il combinato di riferimento è il trivalente MPR (morbillo-parotite-rosolia) o il tetrivalente MPRV; non contiene mai antigeni contro pertosse e rotavirus, somministrati invece in schemi vaccinali distinti.
- **C) È costituito da subunità virali**: I vaccini a subunità impiegherebbero solo antigeni purificati o frammenti proteici; il preparato anti-morbillo necessita invece di virus interi attenuati per preservare la complessità strutturale richiesta dall'immunogenicità.
- **D) Per l'eliminazione è sufficiente ottenere una copertura vaccinale almeno pari all'80%**: Interrompere la circolazione endemica richiede una copertura di gregge pari al 95%, non l'80%, poiché il morbillo è estremamente contagioso con un numero riproduttivo di base elevato.
- **E) È ottenuto mediante la tecnica del DNA ricombinante**: La produzione industriale non ricorre a tecniche di ingegneria genetica o clonazione, ma si basa su successive passagiate su colture cellulari atto a ridurre progressivamente la virulenza del ceppo Wild-Type.

53 **In uno studio caso-controllo per comprendere l'eziologia del cancro dell'esofago, 870 casi e 902 controlli sono stati indagati per quanto concerne il consumo abituale di superalcolici. L'associazione tra la malattia e il fattore di rischio può essere quantificata calcolando:**

A RA: (656 / 1172) - (214 / 600)

B **OR: (656 · 386) / (516 · 214)**

C RA: (656 - 214) / 1772

D RR: (656 / 1172) / (214 / 600)

E OR: 656/386

Risposta giusta: B

Nel **studio caso-controllo** i partecipanti vengono reclutati in base alla presenza o assenza della patologia, pertanto non si possono determinare le **incidenze** effettive. Di conseguenza il rischio relativo non è calcolabile direttamente e si utilizza l'**odds ratio**. Questo indice valuta l'associazione tra fattore e malattia e si ottiene tramite il rapporto dei **prodotti incrociati** nella tabella 2×2. La formula corretta è \text{OR} = \frac{656 \cdot 386}{516 \cdot 214}.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RA: (656 / 1172) - (214 / 600)**: Punta a una differenza di rischi tra esposti e non esposti. Anche questa operazione presuppone la disponibilità di incidenze dirette. Nei casi e controlli la selezione non dipende dal tempo di osservazione a rischio, quindi la sottrazione è matematicamente errata.
- **C) RA: (656 - 214) / 1772**: Indica una riduzione assoluta del rischio. Tale metrica necessita di tassi di incidenza noti per i gruppi esposti e non esposti. Il disegno epidemiologico in esame non fornisce questi dati, rendendo il calcolo privo di fondamento.
- **D) RR: (656 / 1172) / (214 / 600)**: Costruisce un rischio relativo confrontando due proporzioni. Il denominatore tipico delle coorti rappresenta individui seguiti longitudinalmente, mentre qui i numeri derivano da un campionario fisso. Per tale motivo il numeratore e il denominatore non rappresentano frequenze relative utilizzabili per il RR.
- **E) OR: 656/386**: Presenta un unico quoziente al posto del rapporto completo. L'odds ratio nasce dal confronto strutturale tra le odds di esposizione nei due gruppi. Una frazione isolata tralascia il gruppo di riferimento necessario per la normalizzazione statistica.

54 **In uno studio caso-controllo per comprendere l'eziologia del cancro dell'esofago, 870 casi e 902 controlli sono stati indagati per quanto concerne il consumo abituale di superalcolici. È generalmente indicato tra i vantaggi degli studi caso-controllo:**

A la possibilità di calcolare l'incidenza periodale della malattia considerata

B **il relativo basso costo e la breve durata**

C la possibilità di calcolare la prevalenza periodale della malattia considerata

D la possibilità di calcolare l'incidenza della malattia considerata

E la possibilità di calcolare la prevalenza puntuale della malattia considerata

Risposta giusta: B

Gli studi caso-controllo selezionano i partecipanti in base allo stato di salute e ricostruiscono retrospettivamente l'esposizione. Questo disegno è **rapido** ed **economico**, risultando ottimale per **patologie rare** o con lunga latenza. Non permette di calcolare incidenza o prevalenza, poiché i numeri sono fissati dall'investigatore e non riflettono la popolazione generale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la possibilità di calcolare l'incidenza periodale della malattia considerata**: Errata come la A, poiché il calcolo periodale necessita del monitoraggio continuo di soggetti inizialmente liberi dalla malattia. Gli studi caso-controllo utilizzano dati retrospettivi incompatibili con la determinazione di tassi di occorrenza.
- **C) la possibilità di calcolare la prevalenza periodale della malattia considerata**: La prevalenza periodale richiede uno strumento trasversale che fotografi una popolazione definita. Selezionando artificialmente un numero fisso di casi e controlli, il disegno altera completamente i rapporti di frequenza reali.
- **D) la possibilità di calcolare l'incidenza della malattia considerata**: Non è possibile stimare l'incidenza perché manca il follow-up longitudinale di una coorte iniziale sana. Lo studio parte dai casi esistenti, rendendo indefinito il periodo di osservazione e il denominatore a rischio.
- **E) la possibilità di calcolare la prevalenza puntuale della malattia considerata**: La **prevalenza puntuale** misura la quota di malati in una popolazione in un preciso istante e si ricava da uno studio trasversale. Nel caso-controllo il numero di casi e di controlli è fissato dal ricercatore, quindi il rapporto fra malati e non malati non rispecchia la popolazione e la prevalenza non si può calcolare.

55 **In una fonderia viene diagnosticato un caso di Legionellosi in un operaio. Si segnala che: le vasche di raffreddamento dei metalli hanno una temperatura controllata pari a 60 °C; gli operai utilizzano la mensa comune per il pasto; utilizzano bagni e docce all'interno dell'azienda; nelle vicinanze della fabbrica non ci sono scavi o lavori edilizi. In base ai dati a disposizione, qual è considerata la sorgente più probabile di infezione?**

A Il consumo di alimenti contaminati in mensa

B **L'utilizzo dei bagni/docce**

C Trasmissione da contatto da parte di un altro operaio portatore sano di Legionella pneumophila

D Trasmissione aerea da parte di un altro operaio portatore sano di Legionella pneumophila

E L'inalazione delle acque di raffreddamento dei metalli

Risposta giusta: B

La legionellosi si contrae principalmente per **inalazione** di particelle d'acqua nebulizzate. Le docce e i bagni aziendali generano naturalmente questo tipo di aerosol sanitario. Le vasche indicate operano a una temperatura che inibisce la proliferazione batterica. Gli altri contesti lavorativi risultano privi delle condizioni necessarie per il rischio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il consumo di alimenti contaminati in mensa**: L'infezione ignora completamente la **via orale** di ingresso. L'ingestione di pasti consumati nel locale non avvia il quadro patologico. La mensa viene esclusa poiché manca la fase aerodispersa indispensabile.
- **C) Trasmissione da contatto da parte di un altro operaio portatore sano di Legionella pneumophila**: Il tocco superficiale e le interazioni dirette non veicolano il bacillo ai tessuti target. Manca ogni evidenza di **contatto personale** come fattore eziologico. La trasmissione richiede esclusivamente la nebulizzazione di liquidi tecnici stagnanti.
- **D) Trasmissione aerea da parte di un altro operaio portatore sano di Legionella pneumophila**: Il patogeno non prevede un serbatoio umano nella sua cascata infettiva. Non esiste alcuna trasmissione interumina abitualmente documentata. Gli operatori condividono solo l'infrastruttura idrica comune.
- **E) L'inalazione delle acque di raffreddamento dei metalli**: Le torri di ricircolo potrebbero teoricamente disperdere goccioline, ma il dato rileva $60\ ^{\circ}\mathrm{C}$. Questa temperatura elevata ostacola fortemente la moltiplicazione di $Legionella$. L'ipotesi viene confutata dalla condizione termica operativa segnalata.

56 **Un uomo di 63 anni, noto per cirrosi epatica alcolica, si presenta in Pronto Soccorso per distensione addominale e febbre. La temperatura corporea è 38.2 °C. L'addome è trattabile ma diffusamente dolorabile alla palpazione superficiale. Viene posto il sospetto di peritonite batterica spontanea. Quale dei seguenti batteri è più frequentemente responsabile di tale complicanza?**

A Pseudomonas aeruginosa
B Enterococcus faecalis
C Staphylococcus aureus
D Klebsiella pneumoniae
E Escherichia coli

Risposta giusta: E

La peritonite batterica spontanea è una complicanza tipica della cirrosi con ascite. I patogeni più frequenti sono Gram-negativi enterici che derivano dalla traslocazione batterica attraverso la barriera intestinale alterata e un sistema immunitario compromesso. Tra questi microrganismi l'E. coli risulta essere il più isolato in assoluto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pseudomonas aeruginosa**: Il pseudomone è rilevante clinicamente ma ha un'eziologia diversa. Si associa a infezioni ospedaliere o pazienti fragili esposti a specifici fattori di rischio ambientali.
- **B) Enterococcus faecalis**: Gli enterococchi possono comparire ma non costituiscono la causa principale. La loro comparsa si osserva principalmente nelle infezioni nosocomiali o nei quadri clinici complessi.
- **C) Staphylococcus aureus**: Lo stafilococco aureo è estraneo alla fisiopatologia classica. I suoi reperti microbiologici suggeriscono infezioni cutanee, cateteri infetti o batteriemie primitive.
- **D) Klebsiella pneumoniae**: La klebsiella può essere isolata regolarmente durante i sondaggi batteriologici. Necessita comunque di essere superata nel giudizio diagnostico dal prevalente riscontro dell'escherichia.

57 **Un uomo di 57 anni si presenta in Pronto Soccorso lamentando dolore epigastrico, irradiato a cintura alla schiena, insorto improvvisamente, intenso e continuo. All'esame obiettivo egli si presenta sofferente; non si rilevano segni di peritonite né di perforazione intestinale. Agli esami ematochimici si osserva incremento dell'amilasemia (1.400 UI/L, valori normali: 20-100 UI/L). Nel contesto di un approccio diagnostico, quale delle seguenti affermazioni è corretta in riferimento al quadro clinico?**

A Non è possibile formulare diagnosi di pancreatite acuta se non eseguendo anche una RM addome con gadolinio

B Non si può porre diagnosi di pancreatite acuta se non dopo aver eseguito anche una ecografia dell'addome

C Sulla base dei dati disponibili è possibile formulare diagnosi di pancreatite acuta

D Per poter porre diagnosi di pancreatite acuta è necessario eseguire una ecoendoscopia

E Non si può porre diagnosi di pancreatite acuta se non dopo aver eseguito anche una TC addome con mezzo di contrasto

Risposta giusta: C

La diagnosi di pancreatite acuta richiede almeno due dei tre criteri standard: dolore tipico, elevazione enzimatica significativa e reperti immagine caratteristici. Il paziente manifesta già **dolore epigastrico irradiato a cintura** e un **marcato aumento dell'amilasi**, soddisfando pienamente le condizioni necessarie senza attendere procedure di imaging. Gli studi radiologici diventano quindi indispensabili esclusivamente per indagare l'eziologia o monitorare eventuali complicanze successive.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Non è possibile formulare diagnosi di pancreatite acuta se non eseguendo anche una RM addome con gadolinio**: La risonanza magnetica con gadolinio trova collocazione quasi sempre in fase secondaria o quando l'imaging convenzionale risulta insufficiente. Non sostituisce i dati anamnestici e di laboratorio indispensabili per la diagnosi tempestiva.
- **B) Non si può porre diagnosi di pancreatite acuta se non dopo aver eseguito anche una ecografia dell'addome**: L'ecografia addominale viene indicata per riconoscere la causa più frequente, ovvero la colelitiasi. La sua assenza non invalida l'affermazione diagnostica quando i parametri clinici e biochimici sono coerenti.
- **D) Per poter porre diagnosi di pancreatite acuta è necessario eseguire una ecoendoscopia**: L'ecoendoscopia è uno strumento riservato a contesti specifici, soprattutto per ricercare microlitiasi biliare o alterazioni delle vie d'uscita pancreatiche. Non rappresenta un passaggio obbligatorio per confermare il sospetto iniziale.
- **E) Non si può porre diagnosi di pancreatite acuta se non dopo aver eseguito anche una TC addome con mezzo di contrasto**: La tomografia con mezzo di contrasto è indicata nei quadri severi o nelle forme dubbie per valutare necrosi o raccolte fluide. Non funge da requisito vincolante per la diagnosi di primo incontro.

58 **Un uomo di 63 anni affetto da cirrosi epatica alcolica con ascite, viene sottoposto a valutazione della prognosi della malattia con punteggio di Child-Pugh. Oltre alla presenza e al grado di ascite, tutti i seguenti sono parametri da considerare nel calcolo dello score di Child-Pugh, TRANNE uno; quale?**

A Valore di bilirubina

B Presenza e grado di varici esofagee

C Valore dell'INR

D Presenza e grado di encefalopatia

E Valore di albumina

Risposta giusta: B

Lo score di **Child-Pugh** stima la prognosi nella cirrosi integrando cinque indicatori specifici. Questi combinano parametri clinici e di laboratorio per assegnare un voto numerico predittivo. Le **varici esofagee** segnalano un rischio emorragico legato all'ipertensione portale ma non entrano nel calcolo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Valore di bilirubina**: Il valore di **bilirubina** determina la capacità epatica di escrezione biliare e costituisce un parametro fondamentale nello score.
- **C) Valore dell'INR**: L'**INR** valuta la produzione epatica dei fattori della coagulazione e rappresenta uno dei criteri principali del punteggio.
- **D) Presenza e grado di encefalopatia**: La presenza e il grado di severità dell'**encefalopatia** riflettono il deterioramento neurofunzionale, contribuendo attivamente al punteggio.
- **E) Valore di albumina**: L'**albumina** sierica funge da indice diretto della funzione sintetica epatica, motivo per cui viene inclusa nel calcolo.

59 **Un ragazzo di 26 anni giunge in Pronto Soccorso lamentando dispnea insorta a breve distanza da un improvviso dolore all'emitorace di sinistra. EO: PA 110/60 mmHg, FC 96/min ritmico, SpO 88% in aria ambiente; MV assente in campo superiore sinistro; temperatura corporea 36.7 °C. Quale dei seguenti è l'evento che più probabilmente si è verificato in questo paziente? 2**

A Emotorace

B **Pneumotorace spontaneo**

C Infarto polmonare

D Infarto miocardico

E Chilotorace

Risposta giusta: B

Il quadro clinico descrive un giovane adulto con comparsa improvvisa di dolore toracico monolaterale e dispnea. L'esame obiettivo mostra una ridotta ossigenazione e l'assenza del murmure vescicolare in un emitorace. L'ingresso di aria nello **spazio pleurico** causa il **collasso polmonare** condizione confermata dalla **stabilità emodinamica** e dall'**assenza di febbre**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Emotorace**: Un accumulo di sangue nella cavità pleurica può certamente comprimere il parenchima e attenuare il rumore inspiratorio. Richiederebbe però un episodio traumatico pregresso o marcata instabilità emodinamica, entrambi assenti nel caso descritto.
- **C) Infarto polmonare**: L'infarto polmonare può manifestarsi con dolore e dispnea ma insorge quasi sempre secondario a un'embolia vascolare. Questo meccanismo non giustifica il riscontro obiettivi di completo silenzio auscultativo in un singolo tratto polmonare.
- **D) Infarto miocardico**: La patologia ischemica cardiaca risulta statisticamente rara a ventisei anni e non determina alterazioni dell'aria nelle vie respiratorie basse. Manca quindi la correlazione clinica con la scomparsa del respiro vescicolare laterale.
- **E) Chilotorace**: La fuoriuscita di liquido linfatico nella pleura costituisce una forma di versamento a lenta progressione. Non provoca mai una sintomatologia improvvisa associata a forte dolore toracico.

60 **Un ragazzo di 26 anni giunge in Pronto Soccorso lamentando dispnea insorta a breve distanza da un improvviso dolore all'emitorace di sinistra. EO: PA 110/60 mmHg, FC 96/min ritmico, SpO 88% in aria ambiente; MV assente in campo superiore sinistro; temperatura corporea 36.7 °C. Quale esame diagnostico è opportuno scegliere come primo approccio?**

A Dosaggio troponina
B Ecocardiogramma transtoracico
C **RX torace**
D TC del torace con mezzo di contrasto
E Spirometria

Risposta giusta: C

Il quadro clinico suggerisce un sospetto di pneumotorace spontaneo. In un paziente giovane ed emodinamicamente stabile, la prima scelta è la **radiografia del torace**, esame rapido che permette di visualizzare la **linea pleurica** e confermare la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dosaggio troponina**: Il dosaggio della troponina valuta il danno miocardico o sospette sindromi coronariche acute. I segni clinici orientano verso una patologia pleurico-polmonare, rendendo questo esame non prioritario.
- **B) Ecocardiogramma transtoracico**: L'ecocardiogramma transtoracico valuta la funzione cardiaca e le strutture intracardiacche. Utile in caso di instabilità emodinamica o insufficienza cardiaca, non risponde al sospetto clinico principale dello pneumotorace.
- **D) TC del torace con mezzo di contrasto**: La TC del torace con mezzo di contrasto offre maggiore sensibilità ma richiede più tempo ed esposizione alle radiazioni. Si riserva ai casi dubbi dopo la radiografia iniziale o quando si sospettano altre cause come l'embolia polmonare.
- **E) Spirometria**: La spirometria è un esame funzionale respiratorio indicato nello studio di patologie croniche. Non ha alcuna indicazione in ambito di urgenza acuta.

61 **Un ragazzo di 26 anni giunge in Pronto Soccorso lamentando dispnea insorta a breve distanza da un improvviso dolore all'emitorace di sinistra. EO: PA 110/60 mmHg, FC 96/min ritmico, SpO 88% in aria ambiente; MV assente in campo superiore sinistro; temperatura corporea 36.7 °C. Quale dei seguenti è un noto fattore di rischio per lo sviluppo dell'evento che più probabilmente si è verificato in questo paziente?**

A Obesità
B Consumo di eroina endovena
C Sedentarietà
D Consumo di alcool
E **Fumo di sigaretta**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descrive uno **pneumotorace spontaneo primario**, caratteristico dei soggetti giovani e longilinei. La comparsa improvvisa di dolore emitoracico, dispnea, ipossiemia e assenza del murmure vescicolare conferma il sospetto diagnostico. Il **fumo di sigaretta** rappresenta il fattore di rischio principale, poiché danneggia gli epiteli alveolari e promuove la formazione di **blebs subpleuriche** predisposte alla rottura.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Obesità**: L'obesità non costituisce un profilo di rischio per questa patologia; anzi, la statistica evidenzia una netta prevalenza nei pazienti normopeso o sottopeso durante la seconda decade di vita.
- **B) Consumo di eroina endovena**: L'eroina endovenosa è associata a polmoniti atipiche, endocardite o trombosi polmonare, mentre non è riconosciuta come causa eziologica diretta o consolidata per lo sviluppo di pneumotorace spontaneo primario.
- **C) Sedentarietà**: La sedentarietà influenza il rischio cardiovascolare e tromboembolico, ma non contribuisce alla fragilità pleurica o alla genesi dello pneumotorace spontaneo.
- **D) Consumo di alcool**: Il consumo di alcool non altera la struttura parenchimale polmonare né modifica i gradienti pressori toracici in maniera da indurre eventi emorragici pleurici o fuoriuscite aeree.

62 **Qual è la più comune causa di tachicardia parossistica sopraventricolare (TPSV)?**

A Sindrome di Wolff-Parkinson-White
B Tachicardia da rientro atrio-ventricolare
C Flutter atriale atipico
D **Tachicardia da rientro nodale**
E Flutter atriale tipico

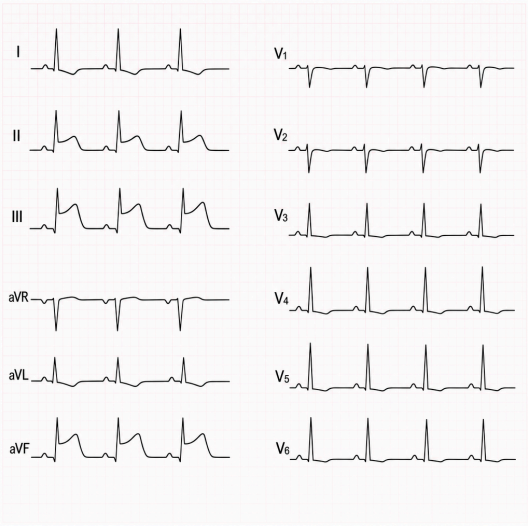
Risposta giusta: D

La causa più comune di tachicardia parossistica sopraventricolare è la tachicardia da rientro nodale. Questo disturbo nasce da un circuito di **rientro** nel **nodo** atrioventricolare o nelle immediate vicinanze. Rappresenta la forma più frequente nella pratica clinica e si manifesta con episodi improvvisi di palpitazioni a inizio e fine bruschi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di Wolff-Parkinson-White**: La sindrome di Wolff-Parkinson-White indica una condizione predisponente dovuta alla via accessoria, non l'aritmia di per sé. Può favorire soprattutto le tachicardie da rientro atrio-ventricolare, senza rappresentare la causa diretta più comune.
- **B) Tachicardia da rientro atrio-ventricolare**: La tachicardia da rientro atrio-ventricolare è un'importante TPSV ma risulta statisticamente meno frequente della forma nodale. Dipende spesso dalla presenza di una **via accessoria** e non costituisce la causa primaria più diffusa.
- **C) Flutter atriale atipico**: Il flutter atriale atipico è collegato a substrati atriali particolari come cicatrici o cardiopatie strutturali. Pur essendo una tachiaritmia sopraventricolare, non costituisce la causa tipica né la più diffusa di TPSV.
- **E) Flutter atriale tipico**: Il flutter atriale tipico è un'aritmia sopraventricolare valida ma non rientra tra le origini più comuni di TPSV parossistica. Presenta un meccanismo fisiopatologico diverso basato su un circuito **macro-rientrante** esclusivamente atriale.

63 **Uomo, 48 anni, fumatore, iperteso in terapia con ACE inibitore. Lamenta dolore epigastrico da circa 6h. Vengono rilevati i seguenti parametri PA 90/50 mmHg, FC 57/min, satO2 99% e viene eseguito un ECG come mostrato in figura. Le alterazioni presenti sono compatibili con:**



A Probabile infarto anteriore pregresso
B **STEMI inferiore**
C Pericardite
D STEMI anteriore
E STEMI antero-laterale

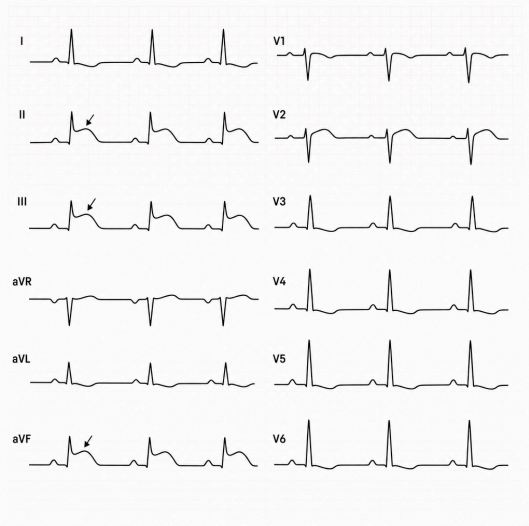
Risposta giusta: B

Il quadro clinico di **dolore epigastrico** da 6 ore con **ipotensione** e **bradicardia** orienta verso un'ischemia acuta della parete cardiaca inferiore. L'ECG evidenzia alterazioni nelle derivazioni inferiori compatibili con uno STEMI di questa sede. La compromissione del nodo atrioventricolare giustifica la ridotta frequenza cardiaca. È necessaria una **rivascolarizzazione urgente**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Probabile infarto anteriore pregresso**: Scarta la temporalità. Un evento pregresso mostrerebbe onde Q patologiche o modificazioni croniche, senza spiegare il contesto emodinamico acuto e il dolore recente.
- **C) Pericardite**: Differenzia il pattern ECG. La pericardite presenta sopraslivellamento diffuso del tratto ST e depressione della onda P-R, manifestandosi come processo infiammatorio e non come occlusione coronarica focalizzata.
- **D) STEMI anteriore**: Confonde la localizzazione. Lo STEMI anteriore modifica prevalentemente le derivazioni precordiali V1-V4, risultando incompatibile con la triade clinica di dolore epigastrico, ipotensione e bradicardia da infarto inferiore.
- **E) STEMI antero-laterale**: Non corrisponde alla sede anatomica. Uno STEMI antero-laterale richiederebbe alterazioni principali nelle derivazioni V1-V6, I e aVL, mentre il quadro mostra un interessamento esclusivamente inferiore.

64 **Uomo, 48 anni, fumatore, iperteso in terapia con ACE inibitore. Lamenta dolore epigastrico da circa 6h. Vengono rilevati i seguenti parametri PA 90/50 mmHg, FC 57/min, satO2 99% e viene eseguito un ECG come mostrato in figura. Mentre si allerta la sala di emodinamica è opportuno iniziare la somministrazione di:**



A nitroprussiato di sodio
B warfarin
C enalapril
D **ticagrelor**
E diltiazem

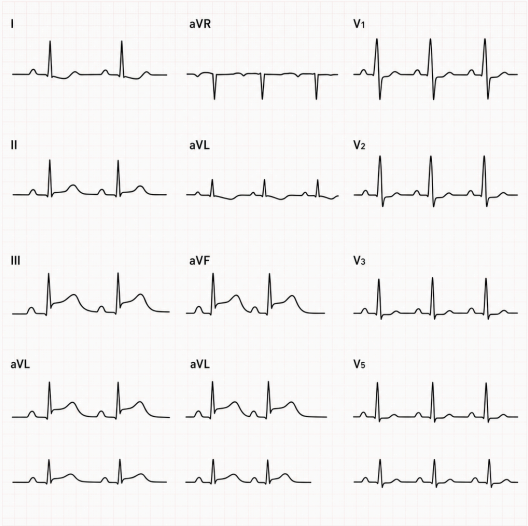
Risposta giusta: D

Il quadro clinico fa pensare a una sindrome coronarica acuta con possibile interessamento inferiore. La presenza di **dolore epigastrico**, **ipotensione** e **bradicardia** giustifica un approccio tempestivo alla rivascolarizzazione. In attesa della sala di emodinamica è prioritaria l'avvio di una terapia antitrombotica precoce. Il ticagrelor soddisfa perfettamente questi requisiti terapeutici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) nitroprussiato di sodio**: Il nitroprussiato di sodio provoca una marcata vasodilatazione che aggraverebbe drasticamente la ridotta perfusione sistemica senza contrastare il trombus coronarico.
- **B) warfarin**: Il warfarin non è indicato nell'immediato sospetto di infarto acuto poiché richiede giorni per efficacia terapeutica e necessita di monitoraggio INR specifico.
- **C) enalapril**: L'enalapril potrebbe precipitare lo stato di ipotensione vigente e va riservato esclusivamente alla fase di stabilizzazione o cronicizzazione, non al primo soccorso.
- **E) diltiazem**: Il diltiazem è un calcio-antagonista che rallenterebbe ulteriormente la frequenza cardiaca e deprimerebbe la funzione contrattile ventricolare, risultando controindicato.

65 **Uomo, 48 anni, fumatore, iperteso in terapia con ACE inibitore. Lamenta dolore epigastrico da circa 6h. Vengono rilevati i seguenti parametri PA 90/50 mmHg, FC 57/min, satO2 99% e viene eseguito un ECG come mostrato in figura. Verosimilmente il paziente avrà una lesione a carico di:**



A **coronaria destra**
B tronco comune
C ramo del margine ottuso
D coronaria sinistra
E discendente anteriore

Risposta giusta: A

Il quadro clinico di dolore epigastrico, ipotensione e bradicardia orienta verso un **infarto inferiore**. In questo contesto la compromissione del **nodo senoatriale** o atrioventricolare determina il rallentamento della frequenza cardiaca e il calo pressorio. La maggior parte dei casi è causata da una lesione della **coronaria destra**, che irriga direttamente tali strutture nodali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) tronco comune**: Un'occlusione del tronco comune provoca un'ischemia estesa e un quadro emodinamico molto grave. L'elettrocardiogrammo mostra solitamente alterazioni diffuse su multiple derivazioni, differenziandosi dallo schema inferiore localizzato osservato qui.
- **C) ramo del margine ottuso**: Deriva abitualmente dall'**arteria circonflessa** e irriga la parete laterale del ventricolo sinistro. La sua lesione genera un infarto laterale e non spiega né il dolore epigastrico né i segni di ipotensione e bradicardia tipici dell'interessamento inferiore.
- **D) coronaria sinistra**: Il termine è troppo generico perché indica l'intero sistema arterioso ventricolare sinistro. La sua patologia produce generalmente schemi di interessamento anteriore o laterale e non il classico quadro inferiore con coinvolgimento nodale.
- **E) discendente anteriore**: Irroria tipicamente la parete anteriore e il setto interventricolare. Una sua occlusione provoca un infarto di queste regioni e non il quadro inferiore con bradicardia e ipotensione descritto nel caso.

66 **All'auscultazione cardiaca, una paziente di 37 anni presenta un soffio meso-telesistolico 3/6 meglio udibile in mesocardio e in corrispondenza dell'apice cardiaco. Il resto dell'esame obiettivo, i parametri vitali e gli esami ematochimici sono nei limiti. Tale reperto è maggiormente indicativo di quale dei seguenti difetti anatomici?**

A Stenosi mitralica
B Dotto di Botallo pervio
C Insufficienza aortica
D Difetto interventricolare
E Insufficienza mitralica

Risposta giusta: E

Un soffio **meso-telesistolico** localizzato all'**apice cardiaco** è il reperto classico dell'**insufficienza mitralica**. Durante la sistole il sangue refluisce dal ventricolo sinistro nell'atrio sinistro, generando il rumore all'auscultazione. I parametri vitali e gli esami nei limiti confermano un difetto valvolare **non complicato**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Stenosi mitralica**: La stenosi mitralica provoca un soffio di tipo diastolico (rullio) e non sistolico, apprezzabile principalmente con il paziente in decubito laterale sinistro.
- **B) Dotto di Botallo pervio**: Il dotto di Botallo pervio genera un soffio continuo a macchina, massimamente evidente in sede infraclaveare sinistra e non in corrispondenza dell'apice.
- **C) Insufficienza aortica**: L'insufficienza aortica dà un soffio diastolico decrescente, quindi la temporizzazione sistolica descritta nella traccia non è compatibile.
- **D) Difetto interventricolare**: Il difetto interventricolare produce un soffio olosistolico intenso, udile soprattutto lungo il margine sternale sinistro e non prevalentemente apicale.

67 **All'auscultazione cardiaca, una paziente di 37 anni presenta un soffio meso-telesistolico 3/6 meglio udibile in mesocardio e in corrispondenza dell'apice cardiaco. Il resto dell'esame obiettivo, i parametri vitali e gli esami ematochimici sono nei limiti. La paziente riferisce anche palpitazioni aritmiche. Qual è, con maggiore probabilità, la patologia aritmica responsabile di tali palpitazioni?**

- **A** **Fibrillazione atriale**
- B Tachicardia da rientro atrio-ventricolare
- C Extrasistolia ventricolare complessa
- D Fibrillazione ventricolare
- E Tachicardia da rientro nodale

Risposta giusta: A

Il soffio meso-telesistolico meglio udibile all'apice suggerisce un **prolasso mitralico** con **insufficienza mitralica**. Questo quadro anatomofisiologico predispone alla **fibrillazione atriale**, che genera palpitazioni dal ritmo chiaramente irregolare. La stabilità emodinamica e i parametri normali confermano la compatibilità con questa condizione cronica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Tachicardia da rientro atrio-ventricolare**: La tachicardia da rientro atrio-ventricolare è un'aritmia sopraventricolare parossistica caratterizzata da un ritmo rigorosamente regolare. Si presenta con attacco e risoluzione bruschi, quindi non coincide con la descrizione di palpitazioni intermittenti e irregolari.
- **C) Extrasistolia ventricolare complessa**: L'extrasistolia ventricolare complessa può causare una sensazione soggettiva di battiti mancanti o lieve discontinuità del polso. Rimane un'ipotesi meno probabile dato che il contesto specifico richiede un'aritmia classica e tipica delle cardiopatie valvolari mitraliche.
- **D) Fibrillazione ventricolare**: La fibrillazione ventricolare determina un rapido cedimento della gittata cardiaca con shock immediato e incoscienza. Rappresenta una condizione incompatibile con lo stato di vigilanza e stabilità parametrica osservato nella paziente.
- **E) Tachicardia da rientro nodale**: La tachicardia da rientro nodale mantiene anch'essa un'elevata regolarità ritmica e meccanismi di insorgenza improvvisa. Risultano discordanti rispetto al quadro clinico che evidenzia un disturbo dell'irregolarità del battito.

68 **Una donna di 67 anni viene portata in Pronto Soccorso con un quadro di febbre (TC 38.8 °C), alterato stato di coscienza, ipotensione (PA 80/40 mmHg), tachicardia (FC 100 bpm), tachipnea (FR 25 atti/min), saturazione dell'ossigeno 82% in aria ambiente. Agli esami ematobiochimici si riscontrano leucocitosi neutrofila (GB 22000/mm ; neutrofili 84%); creatininemia e parametri di funzione epatica nei limiti, iperlattacidemia. Viene sospettato uno shock settico. Quali tra i seguenti parametri per lo screening rapido dello shock settico costituiscono il quick SOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) score? 3**

A Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, stato di coscienza, lattati ematici

B Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno

C **Frequenza respiratoria, stato di coscienza, pressione arteriosa**

D Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, globuli bianchi, temperatura corporea

E Pressione arteriosa, stato di coscienza, temperatura corporea

Risposta giusta: C

Il **quick SOFA** è un punteggio rapido pensato per selezionare i pazienti con sospetta infezione a maggior rischio di evoluzione sfavorevole. Si basa esclusivamente su **tre parametri clinici** facilmente valutabili senza strumentazione complessa. I criteri includono una **frequenza respiratoria** maggiore o uguale a $22\ \text{atto}/\text{min}$, un'alterazione della vigilanza e una **pressione arteriosa sistolica** minore o uguale a $100\ \text{mmHg}$. Esclude qualsiasi esame di laboratorio o segno vitale aggiuntivo come la frequenza cardiaca e la temperatura.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, stato di coscienza, lattati ematici**: Propone un elenco che aggiunge frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, stato di coscienza e lattati ematici alla pressione arteriosa. I lattati servono a quantificare la perfusione tissutale e la gravità metabolica, strumenti importanti nella gestione completa ma estranei al quesito di selezione iniziale. La frequenza cardiaca resta inoltre un parametro non previsto dal modello.
- **B) Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno**: Inserisce la frequenza cardiaca e la saturazione dell'ossigeno tra i fattori valutati. Il protocollo non richiede tali monitoraggi, poiché il calcolo si fonda rigorosamente sui tre indicatori clinici stabiliti dalla letteratura.
- **D) Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, globuli bianchi, temperatura corporea**: Valuta insieme pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, globuli bianchi e temperatura corporea. Globuli bianchi e temperatura riflettono la risposta infiammatoria generale, ma non vengono utilizzati per lo screening rapido perché il punteggio privilegia la disfunzione d'organo immediata anziché i marcatori biologici.
- **E) Pressione arteriosa, stato di coscienza, temperatura corporea**: Combina pressione arteriosa, stato di coscienza e temperatura corporea trascurando la frequenza respiratoria. Tale omissione rende il quadro incompleto, dato che l'iperventilazione rappresenta uno degli elementi cardini del criterio diagnostico rapido. La temperatura manca per la sua ridotta capacità predittiva nella fase acuta.

69 **Una donna di 67 anni viene portata in Pronto Soccorso con un quadro di febbre (TC 38.8 °C), alterato stato di coscienza, ipotensione (PA 80/40 mmHg), tachicardia (FC 100 bpm), tachipnea (FR 25 atti/min), saturazione dell'ossigeno 82% in aria ambiente. Agli esami ematobiochimici si riscontrano leucocitosi neutrofila (GB 22000/mm ; neutrofili 84%); creatininemia e parametri di funzione epatica nei limiti, iperlattacidemia. Viene sospettato uno shock settico. In caso di sepsi e shock settico, dal punto di vista della terapia antibiotica iniziale, qual è l'approccio più corretto da assumere?**

A La terapia antibiotica va iniziata immediatamente, le emocolture possono non essere eseguite in quanto non è fondamentale conoscere l'eziologia della sepsi; la terapia deve essere quindi ad ampio spettro con l'associazione di almeno due farmaci

B **La terapia antibiotica empirica parenterale va iniziata il prima possibile, preferibilmente entro la prima ora dalla diagnosi di shock settico, previo prelievo di campione per emocolture (almeno due set), con antibiotici ad ampio spettro**

C La terapia antibiotica va iniziata entro due ore dalla diagnosi, dopo aver prelevato il campione per le emocolture, deve essere mirata alla possibile causa dell'infezione, e non ad ampio spettro, al fine di evitare lo sviluppo di antibiotico-resistenze

D La terapia antibiotica va iniziata entro due ore dalla diagnosi, indifferentemente prima o dopo aver eseguito le emocolture, e deve essere ad ampio spettro

E La terapia antibiotica va iniziata entro due ore dalla diagnosi, dopo aver prelevato il campione per le emocolture, deve essere ad ampio spettro ed essere sempre associata a terapia antifungina empirica

Risposta giusta: B

Nello shock settico è prioritario iniziare una **terapia antibiotica empirica entro la prima ora** dalla diagnosi per migliorare la prognosi. Se il prelievo non causa ritardi significativi, vanno eseguite almeno due serie di **emocolture** per identificare successivamente il patogeno e pianificare una successiva de-escaolazione. La **copertura iniziale** deve essere ampia per garantire una protezione tempestiva contro i microrganismi più probabili durante questa fase critica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La terapia antibiotica va iniziata immediatamente, le emocolture possono non essere eseguite in quanto non è fondamentale conoscere l'eziologia della sepsi; la terapia deve essere quindi ad ampio spettro con l'associazione di almeno due farmaci**: Tralasciare le colture microbiologiche è errato perché l'identificazione dell'eziologia permette di modificare successivamente lo schema terapeutico sulla base della sensibilità del germe. Iniziare subito farmaci combinati è corretto, ma non giustifica l'omissione di un passo diagnostico indispensabile.
- **C) La terapia antibiotica va iniziata entro due ore dalla diagnosi, dopo aver prelevato il campione per le emocolture, deve essere mirata alla possibile causa dell'infezione, e non ad ampio spettro, al fine di evitare lo sviluppo di antibiotico-resistenze**: Orientare immediatamente la terapia sul patogeno esatto è impossibile nella fase acuta, dato che l'agente eziologico risulta sconosciuto. Partire con uno schema mirato aumenterebbe il rischio di copertura inadeguata; si preferisce pertanto un approccio empirico iniziale, da affinare solo dopo la disponibilità degli antibiogrammi.
- **D) La terapia antibiotica va iniziata entro due ore dalla diagnosi, indifferentemente prima o dopo aver eseguito le emocolture, e deve essere ad ampio spettro**: Due ore di attesa sono incompatibili con la gravità dello shock settico, che richiede interventi immediati. Somministrare gli antimicrobici indifferentemente prima o dopo il prelievo ignora il valore diagnostico delle colture, fondamentali per guidare la terapia quando il paziente è clinicamente stabile.
- **E) La terapia antibiotica va iniziata entro due ore dalla diagnosi, dopo aver prelevato il campione per le emocolture, deve essere ad ampio spettro ed essere sempre associata a terapia antifungina empirica**: Prelevare le colture prima della somministrazione farmacologica è conforme alle linee guida,

mentre l'aggiunta sistematica di antifungini è sconsigliata. L'impiego di agenti antieomiceti va riservato a contesti specifici con evidenti fattori di rischio o sospetti clinici precisi.

---

70 **Un uomo di 30 anni giunge in Pronto Soccorso con febbre (TC 39,5 °C), confusione mentale, mialgie. Agli esami di laboratorio si rilevano leucopenia e piastrinopenia oltre che anemia. Da un paio di settimane è tornato dal Ruanda. Non ha effettuato profilassi antimalarica. All'esame dello striscio di sangue e in goccia spessa si pone la diagnosi di malaria da Plasmodium falciparum. Qual è la specie di zanzara più verosimilmente implicata nella trasmissione della malaria?**

A Anopheles superpictus
B Anopheles maculipennis
C Anopheles labranchiae
D **Anopheles gambiae**
E Anopheles atroparvus

Risposta giusta: D

La diagnosi di *Plasmodium falciparum* si collega al viaggio recente in **Africa** subsahariana. In questa zona il **vettore** più attivo è *Anopheles gambiae*. L'insetto mostra forte predilezione umana e completa rapidamente il ciclo parassitario.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Anopheles superpictus**: *Anopheles superpictus* colonizza regioni mediterranee e medio orientali offrendo un profilo epidemiologico differente dal contesto ruandese.
- **B) Anopheles maculipennis**: *Anopheles maculipennis* rappresenta un gruppo legato alla malaria **storica** europea e italiana, incoerente con l'epidemiologia attuale africana.
- **C) Anopheles labranchiae**: *Anopheles labranchiae* resta rilevante per la storia sanitaria mediterranea senza essere il diffusore tipico nelle zone africane.
- **E) Anopheles atroparvus**: *Anopheles atroparvus* fu un trasmettitore chiave in Europa occidentale, rendendo improbabile qualsiasi collegamento con il continente africano.

---

71 **Un paziente noto per TVP recidivanti lamenta improvvisa difficoltà respiratoria. In considerazione dell'anamnesi remota e della sintomatologia suggestiva per embolia polmonare, quale delle seguenti condizioni aumenta maggiormente la probabilità di tale diagnosi?**

A Presenza di emottisi
B Fibrillazione atriale
C FC 100/min
D TVP in atto
E Allettamento per almeno 3 giorni

Risposta giusta: D

La dimostrazione di una **TVP in atto** identifica immediatamente la **fonte embolica** primaria. In un paziente con dispnea improvvisa e storia precedente, questo riscontro obiettivo sostituisce il solo sospetto clinico. Il dato incrementa in modo decisivo la probabilità diagnostica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Presenza di emottisi**: L'emottisi costituisce un **segno compatibile** per infarto polmonare o irritazione pleurica. La sua bassa specificità impedisce di rivalutare significativamente la diagnosi.
- **B) Fibrillazione atriale**: La **fibrillazione atriale** può generare dispnea o compromissione emodinamica. Non correla con la genesi tromboembolica polmonare e pertanto distoglie poco dalla ricerca dell'eziologia corretta.
- **C) FC 100/min**: La tachicardia a $100/\text{min}$ figura tra i reperti frequentemente associati. Si tratta di un indicatore aspecifico presente in moltissime condizioni, con scarso potere discriminante.
- **E) Allettamento per almeno 3 giorni**: L'allettamento prolungato agisce come chiaro **fattore di rischio** trombotico. Aumenta comunque la probabilità ma non offre la prova diretta della malattia in corso.

72 **Un paziente noto per TVP recidivanti lamenta improvvisa difficoltà respiratoria. Qual è il quadro ecocardiografico maggiormente indicativo di embolia polmonare severa?**

A Dilatazione del ventricolo sinistro

B Trombo nel ventricolo destro

C Ventricolo destro ipercinetico

D Insufficienza mitralica

E Ventricolo destro dilatato ipocinetico

Risposta giusta: E

Il quadro ecocardiografico più suggestivo di embolia polmonare severa è il **sovraccarico acuto** del cuore destro. Il ventricolo si dilata per contrastare l'improvviso aumento delle resistenze vascolari polmonari e diventa **ipocinetico** per il carico meccanico. Questo reperto è coerente con un'ostruzione emodinamicamente rilevante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dilatazione del ventricolo sinistro**: La dilatazione del ventricolo sinistro è errata perché la problematica interessa il comparto destro; il ventricolo sinistro può anzi apparire di volume ridotto per il minor riempimento ematico.
- **B) Trombo nel ventricolo destro**: Un trombo visualizzato all'interno del ventricolo destro è un reperto possibile ma non è il segno più frequente né il migliore indicatore di gravità; la valutazione clinica si fonda principalmente sulla dilatazione associata alla disfunzione sistolica.
- **C) Ventricolo destro ipercinetico**: L'ipercinesia descrive una contrazione aumentata, mentre nella malattia il muscolo sottostà a un forte stress meccanico che porta rapidamente all'ipocontrattilità e non al rafforzamento delle pulsazioni.
- **D) Insufficienza mitralica**: L'insufficienza mitralica non è un referto tipico dell'embolia polmonare e compare in altre patologie cardiache senza alcun legame diretto con l'ostruzione acuta della circolazione polmonare.

73 **Un paziente noto per TVP recidivanti lamenta improvvisa difficoltà respiratoria. Quale indagine è dirimente per la diagnosi di embolia polmonare?**

A RX torace
B Ecocardiografia
C RM toracica
D **Angio-TC toracica**
E Dosaggio D-dimero

Risposta giusta: D

L'**angio-TC toracica** è l'**esame di riferimento** perché consente la visualizzazione diretta dei **trombi** nelle **arterie polmonari**, confermando definitivamente la diagnosi quando il sospetto clinico è già alto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RX torace**: La radiografia del torace può apparire normale o presentare reperti generici; serve a scartare altre eziologie della dispnea ma non possiede sensibilità né specificità sufficienti per diagnosticare con certezza l'embolia polmonare.
- **B) Ecocardiografia**: L'ecocardiografia evidenzia solo **segno indirezzi** quali il sovraccarico del ventricolo destro; non mostra in modo attendibile il trombo vascolare e resta una procedura complementare, indicata prevalentemente nei pazienti emodinamicamente instabili.
- **C) RM toracica**: La risonanza magnetica toracica presenta limiti tecnici e diagnostici che ne sconsigliano l'impiego di routine, risultando meno efficace della TC nel rilevamento degli otturazioni arteriose polmonari.
- **E) Dosaggio D-dimero**: Il dosaggio del D-dimero ha utilità principale per **escludere** l'embolia in contesti a probabilità bassa o intermedia; trattandosi di un marker aspecifico, aumenta in numerose condizioni fisiopatologiche e non conferma mai la patologia.

74 **Un operaio edile utilizza quotidianamente e per diverse ore trapano e martello pneumatico. Il paziente potrebbe manifestare e ottenere automaticamente il riconoscimento di tutte le seguenti malattie professionali, TRANNE una; quale?**

A Neuropatie periferiche del nervo mediano

B Malattia di Dupuytren (ispessimento e retrazione sclerotica dell'aponeurosi palmare)

C Osteoartropatie del gomito e della spalla

D Neuropatie periferiche del nervo ulnare

E Osteoartropatie del polso

Risposta giusta: B

L'utilizzo quotidiano di trapano e martello pneumatico espone principalmente a **vibrazioni** e **microtraumi** ripetuti. Questa combinazione determina sofferenza periferica e alterazioni articolari degli arti superiori, quadri patologici regolarmente tabellati. La malattia di Dupuytren non trova riconoscimento automatico poiché presenta meccanismi eziologici diversi da quelli traumatici diretti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Neuropatie periferiche del nervo mediano**: I danni al nervo mediano rientrano tra le complicanze tipiche del settore. L'emissione continua degli impulsi vibratori induce ischemia locale e fibrosi compressiva lungo il suo normale decorso anatomico.
- **C) Osteoartropatie del gomito e della spalla**: Le osteoartropatie di gomito e spalla derivano dallo sforzo meccanico continuativo. Le posture statiche incongrue e i picchi di forza del martello accelerano il deterioramento delle strutture capsulo-legamentose.
- **D) Neuropatie periferiche del nervo ulnare**: Le neuropatie del nervo ulnare sono pienamente coerenti con l'esposizione descritta. La prensione protratta e la propagazione delle oscillazioni meccaniche comprimono i rami nervosi distali, generando deficit funzionali riconosciuti.
- **E) Osteoartropatie del polso**: Le modificazioni del polso costituiscono la sede anatomica primaria dell'evento lesivo. Il segmento assorbe verticalmente l'energia d'impatto, sviluppando infiammazioni croniche e artrosi precoce per il ciclo di flessione e carico costante.

75 **Un operaio edile utilizza quotidianamente e per diverse ore trapano e martello pneumatico. L'uomo inoltre manifesta una lesione radiologica caratteristica della patologia da vibrazioni e nota come "Malattia di Kienbock", ovvero:**

A la necrosi della testa omerale
B pseudoartrosi dello stiloide ulnare
C **la necrosi del semilunare**
D pseudoartrosi dello stiloide radiale
E deviazione cubitale delle articolazioni metacarpo-falangee

Risposta giusta: C

La malattia di Kienböck corrisponde all'**osteonecrosi del semilunare carpale**. Si sviluppa nei lavoratori esposti a **vibrazioni** e **microtraumi ripetuti**, come l'utilizzo prolungato di trapano o martello pneumatico. L'esame radiologico evidenzia il tipico aspetto di sofferenza necrotica di questo specifico osso.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la necrosi della testa omerale**: La necrosi della testa omerale può manifestarsi in altre sedi anatomiche ma non è associata alla malattia di Kienböck, che colpisce esclusivamente il carpo.
- **B) pseudoartrosi dello stiloide ulnare**: La pseudoartrosi dello stiloide ulnare non corrisponde alla localizzazione originale, poiché il quadro clinico e radiologico vede interessato il semilunare del polso e non gli stiloidi.
- **D) pseudoartrosi dello stiloide radiale**: La pseudoartrosi dello stiloide radiale non rappresenta il reperto classico delle patologie da vibrazione né rientra nella diagnosi differenziale della condizione carpale in esame.
- **E) deviazione cubitale delle articolazioni metacarpo-falangee**: La deviazione cubitale delle articolazioni metacarpo-falangee è un segno tipico delle artropatie infiammatorie croniche, in particolare dell'artrite reumatoide, e non deriva dalla compressione ischemica del semilunare.

76 **Un fruttivendolo di 45 anni ha avvertito un dolore acutissimo in regione lombare e alla superficie posteriore della coscia e del polpaccio sinistro mentre sollevava un cassetta pesante piena di frutta. Dopo aver raccolto l'anamnesi, il medico visita il paziente ed effettua il segno di Lasègue, che risulta positivo. In che cosa consiste questo test?**

- **A** **Nell'evocazione di dolore lungo il decorso del nervo sciatico alla flessione passiva dell'anca, mantenendo estesa l'articolazione del ginocchio**
- B Nel dolore evocato alla pressione sulla linea paravertebrale
- C Nella difficoltà a mantenersi "in punta di piedi"
- D Nell'ipovalidità alla flessione dorsale dell'alluce contro resistenza
- E Nel dolore che si evoca alla pressione esercitata sulla testa del perone

Risposta giusta: A

Il segno di Lasègue valuta l'irritazione del **nervo sciatico** o delle radici lombari. Si esegue sollevando passivamente l'arto con il ginocchio completamente disteso. Compare dolore irradiato lungo la faccia posteriore della coscia e del polpaccio se vi è tensione radicolare. Rappresenta un reperto fondamentale nella **lombosciatalgia** da ernia discale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Nel dolore evocato alla pressione sulla linea paravertebrale**: Il dolore evocato dalla palpazione paravertebrale non caratterizza il segno richiesto. Tende a manifestarsi in diverse lombalgie senza segnalare una compressione radicolare specifica.
- **C) Nella difficoltà a mantenersi "in punta di piedi"**: La difficoltà nel mantenersi in punta di piedi non configura il test clinico descritto. Segnala piuttosto una debolezza muscolare del polpaccio con probabile coinvolgimento della **radice S1**.
- **D) Nell'ipovalidità alla flessione dorsale dell'alluce contro resistenza**: L'ipoattività alla flessione dorsale dell'alluce contro resistenza non è un test di stiramento. Identifica invece un deficit motore della **radice L5**.
- **E) Nel dolore che si evoca alla pressione esercitata sulla testa del perone**: La pressione sulla testa del perone non corrisponde al test di trazione. Questa manovra può evocare dolore in alterazioni locali o neuropatiche ma non valuta lo stiramento nervoso.

77 **Si presenta alla visita un uomo di 30 anni con gonalgia diffusa, comparsa da alcuni giorni dopo trauma distorsivo del ginocchio mentre giocava a calcetto. Coesistono sensazione di instabilità e cedimento articolare. Sospettando una lesione legamentosa, quale reperto clinico ci si aspetta di riscontrare?**

A Perdita del riflesso rotuleo
B **Cassetto anteriore**
C Blocco completo dell'articolazione
D Dolore nel movimento di lateralizzazione della rotula
E Presenza costante di cisti poplitea di Baker

Risposta giusta: B

In un trauma distorsivo con instabilità e cedimento, il sospetto principale è una lesione del **legamento crociato anteriore**. Questo vincolo impedisce la **traslazione anteriore** della tibia rispetto al femore. La positività del **test del cassetto anteriore** conferma il danno strutturale ed è coerente con il quadro clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Perdita del riflesso rotuleo**: Si tratta di un segno neurologico legato al nervo femorale. Compare in neuropatie o radicolopatie, non in traumi legamentosi isolati.
- **C) Blocco completo dell'articolazione**: Il blocco meccanico indica una lesione meniscale o corpi liberi intra-articolari. Differisce chiaramente dal cedimento strutturale tipico delle lesioni legamentose.
- **D) Dolore nel movimento di lateralizzazione della rotula**: Il dolore alla lateralizzazione non indica danni legamentosi. Tende invece verso problematiche femoro-rotulee o instabilità patellare.
- **E) Presenza costante di cisti poplitea di Baker**: La cisti di Baker si forma per versamenti cronici o infiammazioni degenerative. Non compare in modo costante dopo uno strappo legamentoso acuto.

---

78 **Quale delle seguenti malattie si associa al deficit di alfa1 antitripsina?**

A Vasculopatia cerebrale
B Sordità neuro-sensoriale
C **Cirrosi epatica**
D Cardiomiopatia ipertrofica
E Cataratta

Risposta giusta: C

Il **deficit di alfa1-antitripsina** determina l'accumulo di proteina anomala negli **epatociti**. L'accumulo progressivo causa **danno epatico cronico** che evolve in **cirrosi**. La mutazione è inoltre strettamente associata a **enfisema polmonare**, ma tra le opzioni indicate la risposta corretta è la forma epatica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Vasculopatia cerebrale**: Non costituisce un'associazione classica. Il deficit agisce prevalentemente sui tessuti bersaglio normalmente protetti dalla proteina, ovvero polmone e fegato, senza coinvolgere i vasi cerebrali.
- **B) Sordità neuro-sensoriale**: Non fa parte del fenotipo noto. La sordità neurosensoriale non è compresa nelle manifestazioni sistemiche del disturbo enzimatico.
- **D) Cardiomiopatia ipertrofica**: Non è un'associazione tipica. La cardiomiopatia ipertrofica ha origini diverse, spesso genetiche non correlate, e non rientra nel quadro clinico classico della malattia.
- **E) Cataratta**: Non è una manifestazione caratteristica. La cataratta non presenta alcun legame patogenetico diretto con questa condizione genetica ereditaria.

79 **Quale delle seguenti condizioni NON si riscontra comunemente nella sclerosi sistemica?**

- **A** **Cataratta**
- **B** Fenomeno di Raynaud
- **C** Ipomotilità esofagea
- **D** Sclerodattilia
- **E** Teleangectasie

Risposta giusta: A

La sclerosi sistemica è una malattia autoimmune con vasculopatia e fibrosi diffuse. Il processo patologico attiva principalmente il **vasospasmo** periferico e la progressiva **deposizione collagenica** nei tessuti molli. La cataratta del cristallino non integra le manifestazioni sistemiche tipiche di questa connettivite.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Fenomeno di Raynaud**: La comparsa del sintomo avviene quasi sempre nella fase iniziale dell'inquadramento clinico. Il meccanismo consiste nello spasmo delle arteriole digitali causato da eventi scatenanti quali temperatura ridotta o stress emotivo.
- **C) Ipomotilità esofagea**: Il rallentamento del transito compromette il lume esofageo. Sorge dalla trasformazione fibrosa della muscolatura interna e provoca frequentemente disfagia e reflusso gastroesofageo.
- **D) Sclerodattilia**: La contrattura e l'indurimento digitale costituiscono il reperto anatomo-patologico più noto. È il risultato diretto della progressiva fibrosi del tessuto sottocutaneo che limita i movimenti articolari.
- **E) Teleangectasie**: Le dilatazioni dei piccoli vasi cutanei rappresentano un segno vascolare peculiare. Sono costantemente presenti come manifestazione di base della patologia e contribuiscono ai criteri diagnostici.

80 **Quale dei seguenti reperti NON è tipicamente presente in caso di insufficienza renale cronica?**

- **A** **Ipotrigliceridemia**
- **B** Ipocalcemia
- **C** Anemia
- **D** Edemi
- **E** Incremento del paratormone

Risposta giusta: A

Nell'insufficienza renale cronica le alterazioni metaboliche comprendono una tipica **dislipidemia**, rendendo atipica una riduzione dei trigliceridi. Le altre opzioni descrivono invece manifestazioni fisiopatologiche documentate dalla malattia renale cronica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ipocalcemia**: La carenza di calcitriolo attivo e l'accumulo di fosforo precipitano il calcio sierico, portando inevitabilmente a un quadro di ipocalcemia.
- **C) Anemia**: Il tessuto renale compromesso secerne meno eritropoietina, determinando una mancata stimolazione del midollo e lo sviluppo di un'anemia normocitica normocromica.
- **D) Edemi**: Il declino della capacità escretoria renale favorisce una marcata **ritenzione idrosalina**, che si manifesta clinicamente con formazione di edemi.
- **E) Incremento del paratormone**: La ridotta attivazione della vitamina D e l'alterato equilibrio calcio-fosforo stimolano la ghiandola paratiroide, causando un iperparatiroidismo secondario.

81 **Un uomo di 53 anni si sottopone a una TC del torace con mezzo di contrasto in seguito all'insorgenza di dispnea progressiva, accompagnata da tosse e raucedine. Si evidenzia la presenza di un aneurisma dell'aorta discendente del diametro di circa 7,5 cm. Quale delle seguenti malattie sistemiche NON è associata a un rischio incrementato di sviluppare aneurismi dell'aorta toracica?**

A Arterite gigantocellulare
B Sindrome di Ehlers-Danlos tipo IV
C **Fibrosi cistica**
D Sindrome di Marfan
E Sifilide

Risposta giusta: C

La fibrosi cistica non è associata al rischio di aneurismi dell'aorta toracica. Le patologie rilevanti includono **malattie del tessuto connettivo**, **vasculiti** e **infezioni croniche** che indeboliscono la parete vascolare. La fibrosi cistica colpisce principalmente polmoni e pancreas, senza alterare le arterie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Arterite gigantocellulare**: L'arterite gigantocellulare è una vasculite dei grossi vasi che infiamma cronicamente la parete aortica. Il processo infiammatorio favorisce la dilatazione progressiva dell'arteria.
- **B) Sindrome di Ehlers-Danlos tipo IV**: La sindrome di Ehlers-Danlos tipo IV provoca un difetto nella sintesi del collagene. Questa condizione rende fragili le pareti dei vasi sanguigni, aumentando il rischio di dissezione e aneurismi.
- **D) Sindrome di Marfan**: La sindrome di Marfan deriva da un difetto ereditario del tessuto connettivo. La conseguente debolezza strutturale favorisce facilmente la dilatazione progressiva e il rischio di dissezione.
- **E) Sifilide**: La sifilide terziaria attacca selettivamente l'elastina dell'aorta, innescando un'aortite infettiva. Questa degenerazione della parete rappresenta una causa classica di aneurisma aortico.

82 **Una donna di 28 anni in buone condizioni di salute vuole iniziare una terapia anticoncezionale con un estroprogestinico. Su consiglio del medico curante si sottopone a una dettagliata valutazione dei fattori di rischio pro-trombotici, in virtù del fatto che la madre, qualche anno prima, aveva avuto una tromboembolia polmonare. Gli esami risultano nei limiti di norma, fatta eccezione per la presenza di resistenza alla proteina C attivata. In quale delle seguenti proteine della coagulazione si verifica una mutazione tipicamente associata a tale dato di laboratorio?**

A Fibrinogeno
B Proteina S
C Fattore II
D Antitrombina
E Fattore V

Risposta giusta: E

La resistenza alla proteina C attivata è il reperto diagnostico classico della **mutazione del fattore V**. Il fattore mutato sfugge al normale meccanismo di **inattivazione** da parte della proteina C attivata, determinando uno stato di ipercoagulabilità. Questa **trombofilia** ereditaria richiede particolare attenzione nelle pazienti in terapia con estroprogestinici, poiché gli estrogeni potenziano ulteriormente il rischio trombotico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fibrinogeno**: Alterazioni del fibrinogeno possono causare disturbi emostatici generici, ma non sono associate al quadro specifico di resistenza alla proteina C attivata.
- **B) Proteina S**: La carenza di proteina S aumenta il rischio trombotico essendo un anticoagulante naturale, tuttavia non determina la tipica resistenza alla proteina C attivata valutata negli esami.
- **C) Fattore II**: La mutazione G20210A della **protrombina** (fattore II) rappresenta un'altra importante trombofilia ereditaria, ma non modifica la sensibilità del fattore V alla proteina C attivata.
- **D) Antitrombina**: L'antitrombina è anch'essa un anticoagulante fisiologico; la sua carenza predispone alle trombosi, ma non coincide con il marker di laboratorio indicato.

83 **Una donna di 32 anni si presenta con tosse e dispnea da due settimane. L'RX del torace rivela linfoadenopatie ilari e plurimi noduli bilaterali confluenti. Esegue approfondimenti di imaging, broncolavaggio e biopsia. All'esame citologico si dimostrano CD4/CD8>2 e all'esame istologico la presenza di granulomi epitelioidi senza necrosi caseosa. Si decide di dosare l'ACE nel siero, che risulta elevato. Qual è l'ipotesi diagnostica?**

A **Sarcoidosi**
B Adenocarcinoma polmonare
C Tubercolosi
D Pneumoconiosi
E Polmonite

Risposta giusta: A

Il quadro clinico e radiologico è tipico di una giovane donna con tosse, dispnea, linfoadenopatie ilari bilaterali e noduli polmonari. L'esame istologico mostra **granulomi epitelioidi** senza necrosi caseosa. Il lavaggio broncoalveolare evidenzia un **rapporto CD4/CD8** superiore a 2 e il dosaggio mostra un **ACE elevato**. Questi reperti confermano la diagnosi di **sarcoidosi**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Adenocarcinoma polmonare**: Non è compatibile con i dati forniti poiché un tumore polmonare può dare noduli e dispnea. Tuttavia non spiega i granulomi non caseosi, il rapporto CD4/CD8 aumentato e l'ACE elevato che sono molto più coerenti con la diagnosi giusta.
- **C) Tubercolosi**: È una diagnosi differenziale importante ma qui non torna perché si attendono granulomi con necrosi al centro. Il contesto clinico varia e il quadro di linfoadenopatie ilari bilaterali con ACE elevato orienta molto di più verso la malattia granulomatosa sistemica.
- **D) Pneumoconiosi**: Può dare interessamento polmonare e noduli ma di solito richiede una storia di esposizione professionale specifica. Non è tipico trovare il quadro immunologico e istologico descritto nei pazienti con patologie da accumulo minerale.
- **E) Polmonite**: La polmonite può dare tosse e dispnea ma non spiega bene il quadro di linfoadenopatie ilari bilaterali. Inoltre non giustifica la presenza della struttura granulomatosa descritta né l'aumento dell'enzima sierico.

84 **Quale tra i seguenti farmaci NON ha indicazione per il trattamento dell'osteoporosi?**

A **Corticosteroidi**
B Ibandronato
C Alendronato
D Teriparatide
E Denosumab

Risposta giusta: A

I corticosteroidi non hanno indicazione terapeutica per l'osteoporosi. Il loro utilizzo prolungato causa una significativa perdita di massa ossea e eleva il rischio di fratture. Gli altri principi attivi elencati sono invece impiegati clinicamente per frenare il riassorbimento scheletrico o stimolare la deposizione di tessuto nuovo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ibandronato**: L'ibandronato appartiene alla categoria dei bifosfonati. Riduce il riassorbimento osseo e trova impiego consolidato sia nella prevenzione sia nella terapia della malattia.
- **C) Alendronato**: L'alendronato costituisce un bifosfonato di prima scelta nel trattamento standard. Presenta indicazioni documentate per la forma post-menopausale e per la patologia indotta da glucocorticoidi.
- **D) Teriparatide**: La teriparatide è un analogo del paratormone con azione anabolizzante sull'osso. Viene riservata ai casi più severi o ad alto rischio di frattura perché favorisce direttamente la formazione di nuovo tessuto scheletrico.
- **E) Denosumab**: Il denosumab è un farmaco specifico indicato nell'osteoporosi. Molecola che lega RANKL, blocca l'attività degli osteoclasti e diminuisce efficacemente il catabolismo dello scheletro.

85 **A un paziente di 47 anni viene riscontrata una retinopatia ipertensiva durante esecuzione di un fundus oculi. La misurazione della pressione arteriosa risulta 160/105 mmHg. Tale valore viene confermato da altre due misurazioni durante la settimana. Nel sospetto di una ipertensione arteriosa secondaria di natura nefro-vascolare, quale sintomo/segno è opportuno ricercare?**

- **A** **Soffio addominale periombelicale**
- **B** Ematuria
- **C** Calo ponderale
- **D** Poliuria
- **E** Sudorazione

Risposta giusta: A

L'ipertensione secondaria di natura nefrovascolare è comunemente dovuta alla **stenosi dell'arteria renale**. Il restringimento del vaso crea un **flusso turbolento** percepibile all'ascolto come **soffio addominale periombelicale**. Tale reperto assume alto valore diagnostico in pazienti con ipertensione resistente o con evidenti segni di danno d'organo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ematuria**: L'ematuria si rileva nelle glomerulonefriti o nelle infezioni urinarie. Rappresenta un processo flogistico o parenchimale diverso dall'ostruzione meccanica dell'albero arterioso renale.
- **C) Calo ponderale**: Il calo ponderale non fa parte del quadro della vasculopatia renale. Si associa a quadri clinici sistemici, neoplastici o endocrini differenti.
- **D) Poliuria**: La poliuria non è un manifestations diretta dell'ischemia renale cronica o della displasia fibromuscolare. Comparisce frequentemente in squilibri elettrolitici o in patologie endocrine primarie.
- **E) Sudorazione**: La sudorazione marcata caratterizza le crisi adrenergiche da eccesso di catecolamine. Orienta verso un sospetto di feocromocitoma e non verso un'eziologia ischemica renale.

86 **A un paziente di 47 anni viene riscontrata una retinopatia ipertensiva durante esecuzione di un fundus oculi. La misurazione della pressione arteriosa risulta 160/105 mmHg. Tale valore viene confermato da altre due misurazioni durante la settimana. Nel caso l'ipertensione fosse secondaria a una stenosi dell'arteria renale, quale tra le seguenti opzioni terapeutiche risulterebbe la più appropriata?**

A Ace inibitori in monoterapia

B Sartani associati a beta-bloccanti

C Ace inibitori associati a diuretici

D Dieta iposodica

E Correzione endovascolare della stenosi

Risposta giusta: E

L'ipertensione secondaria è guidata dal **sistema renina-angiotensina-aldosterone** attivato dalla riduzione del flusso renale. La terapia farmacologica rimane temporanea o di supporto. In presenza di stenosi significativa e **danno d'organo**, l'approccio definitivo richiede l'intervento diretto sulla parete arteriosa. La **correzione endovascolare** agisce sul meccanismo patogenetico ripristinando la perfusione tessutale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ace inibitori in monoterapia**: Monoterapia inadeguata perché non modifica il difetto meccanico originario. Espone a maggior rischio di insufficienza renale acuta a causa della dipendenza glomerulare dalla pressione di filtrazione mantenuta dall'angiotensina II.
- **B) Sartani associati a beta-bloccanti**: Combinazione efficace per abbassare i valori pressori ma incapace di eliminare la causa anatomica sottostante. Deve essere impiegata con cautela poiché alterazioni emodinamiche renali possono provocare un rapido peggioramento della funzionalità renale.
- **C) Ace inibitori associati a diuretici**: Rappresenta una gestione sintomatica standard nell'ipertensione essenziale ma risulta incompleta nel contesto renovascolare. Gli inibitori dell'enzima di conversione non offrono una risoluzione definitiva quando persiste una stenosi che necessita di ripristino del flusso.
- **D) Dieta iposodica**: Modifica comportamentale valida come coadiuvante ma totalmente insufficiente da sola per un quadro di ipertensione secondaria severa. Non sostituisce mai il trattamento eziologico mirato alla risoluzione della lesione stenotica.

87 **Un paziente si presenta in Pronto Soccorso con febbre, tosse e difficoltà respiratorie. Vengono eseguiti un prelievo e RX torace che documenta una polmonite lobare sinistra. In un uomo adulto senza comorbilità quale trattamento antibiotico NON è appropriato in una terapia empirica?**

A Ampicillina
B **Metronidazolo**
C Levofloxacina
D Ceftriaxone
E Amoxicillina

Risposta giusta: B

La **polmonite lobare** in pazienti adulti privi di patologie pregresse richiede una **terapia empirica** orientata ai principali patogeni respiratori. Il metronidazolo possiede infatti uno spettro d'azione focalizzato sugli **anaerobi** e su alcuni protozoi, risultando completamente inefficace contro *Streptococcus pneumoniae* e i batteri atipici tipici del decorso infettivo. Rappresenta quindi l'unica opzione da escludere dal protocollo iniziale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ampicillina**: L'ampicillina può risultare adeguata qualora si richieda una copertura antibatterica sui germi più ricorrenti nelle infezioni polmonari, sebbene nella pratica clinica si tendano a privilegiare altre molecole per garantire maggiore comodità posologica e un profilo terapeutico ottimale.
- **C) Levofloxacina**: La levofloxacina è un fluorochinolone definito antibiotico respiratorio che garantisce buona attività verso i principali microrganismi coinvolti nel quadro settico. Rappresenta una selezione possibile e può essere impiegato in diversi scenari di polmonite acquisita in comunità.
- **D) Ceftriaxone**: La ceftriaxone è una cefalosporina di terza generazione ampiamente utilizzata nelle polmoniti batteriche per assicurare una copertura farmacologica mirata contro i patogeni più frequentemente responsabili del decorso infettivo.
- **E) Amoxicillina**: L'amoxicillina costituisce una scelta terapeutica corretta negli adulti sani poiché esercita un'azione efficace sul pneumococco, riconosciuta come il principale agente eziologico della malattia polmonare acquisita.

88 **Una signora di 67 anni viene trovata morta dal figlio nel proprio appartamento a Roma. Quando arrivano i Carabinieri la trovano sdraiata supina sul letto con le braccia flesse sotto al capo. Le finestre della casa sono chiuse e la temperatura ambientale è di 20 °C. Il medico legale, durante il sopralluogo, esegue la misurazione della temperatura corporea del cadavere per via rettale che risulta pari a 36 °C all'inizio del sopralluogo e di 35,5 °C alla rilevazione finale (circa un'ora dopo). Non è presente rigidità cadaverica, ma sono presenti sfumate macchie ipostatiche ai glutei e alle spalle. Esternamente sono presenti delle lesioni "sospette" sul collo e sul torace della paziente che rendono necessaria l'esecuzione dell'esame autoptico. I dati identificati dal medico legale hanno permesso di determinare l'epoca della morte della signora, stimando che il decesso sia avvenuto verosimilmente:**

- **A** **entro le tre ore antecedenti il sopralluogo**
- **B** tra le 12 e le 24 ore antecedenti il sopralluogo
- **C** una settimana prima del sopralluogo
- **D** tra le 24 e le 48 ore antecedenti il sopralluogo
- **E** circa tre giorni prima del sopralluogo

Risposta giusta: A

La temperatura rettale mantiene valori prossimi alla norma ($36\ ^\circ\mathrm{C}$ discesi a $35{,}5\ ^\circ\mathrm{C}$ dopo un'ora), segno di un raffreddamento appena avviato. Manca la rigidità cadaverica e le macchie ipostatiche risultano solo abbozzate. Tali reperti indicano che i fenomeni post-mortali sono nelle loro primissime fasi, collocando il decesso entro poche ore.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) tra le 12 e le 24 ore antecedenti il sopralluogo**: Oltre mezza giornata si configura uno scenario differente. In genere dopo dodici ore la rigidità è già presente o in pieno sviluppo, e il calore disperso dal corpo sarebbe sceso molto più di quanto osservato.
- **C) una settimana prima del sopralluogo**: Il lasso di tempo indicato è nettamente incompatibile con i dati emersi. Dopo sette giorni il corpo mostrerebbe alterazioni cadaveriche molto più avanzate, ben oltre la semplice assenza di contrattura e le sfumate macule osservate.
- **D) tra le 24 e le 48 ore antecedenti il sopralluogo**: L'intervallo tra ventiquattro e quarantotto ore non spiega il preservarsi di elevati gradi termici né la totale assenza di contratture. Ci si aspetterebbe un decremento termico pronunciato e uno sviluppo completo delle alterazioni fisiche.
- **E) circa tre giorni prima del sopralluogo**: Tre giorni rappresentano un arco temporale troppo lontano. Sarebbe atteso il ritorno completo della rigidità e macchie ipostatiche già stabilizzate e ben visibili, contrariamente a quanto rilevato.

89 **Una signora di 67 anni viene trovata morta dal figlio nel proprio appartamento a Roma. Quando arrivano i Carabinieri la trovano sdraiata supina sul letto con le braccia flesse sotto al capo. Le finestre della casa sono chiuse e la temperatura ambientale è di 20 °C. Il medico legale, durante il sopralluogo, esegue la misurazione della temperatura corporea del cadavere per via rettale che risulta pari a 36 °C all'inizio del sopralluogo e di 35,5 °C alla rilevazione finale (circa un'ora dopo). Non è presente rigidità cadaverica, ma sono presenti sfumate macchie ipostatiche ai glutei e alle spalle. Esternamente sono presenti delle lesioni "sospette" sul collo e sul torace della paziente che rendono necessaria l'esecuzione dell'esame autoptico. Il cadavere viene pertanto trasferito presso l'Istituto di Medicina Legale per essere sottoposto ad autopsia giudiziaria. L'obiettività esterna rilevata mostra: la presenza di lesioni ecchimotiche di tipo figurato, localizzate alle superfici antero-laterali del collo; alcune lesioni a forma di semiluna, attribuibili a unghiature. L'esame interno rivela: infiltrazioni emorragiche dei fasci muscolari e vascolo-nervosi del collo; lesioni dell'osso ioide e rottura delle cartilagini tiroidea e cricoidea della laringe. Alla luce di tali reperti, a quale diagnosi è attribuibile il decesso della donna?**

A Annegamento
B Asfissia da soffocamento
C **Asfissia da strozzamento-strangolamento manuale**
D Asfissia da confinamento
E Impiccamento

Risposta giusta: C

I reperti clinico-anatomici orientano verso una compressione manuale del collo. Le macchie ecchimotiche figurate e le lesioni a semiluna denotano la pressione delle **unghie**. Le infiltrazioni emorragiche muscolari e le fratture dell'**osso ioide** e delle **cartilagini laringee** confermano il trauma diretto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Annegamento**: L'annegamento richiede immersione e mostra alterazioni polmonari specifiche. Non produce emorragie nei piani muscolari del collo né lesioni ossee.
- **B) Asfissia da soffocamento**: Il soffocamento chiude le vie aeree senza comprimere esternamente il collo. Non genera le fratture dell'ioide e delle cartilagini presenti nel referto.
- **D) Asfissia da confinamento**: Il confinamento provoca ridotta ossigenazione in ambiente chiuso senza traumi esterni. Non giustificano le lesioni focali al collo né le fratture delle strutture cervicali.
- **E) Impiccamento**: L'impiccamento lascia un solco da laccio ascendente e obliquo. Mancano i segni di aggressione manuale e le rotture delle cartilagini della laringe.

90 **Quale colorazione viene utilizzata in microbiologia per visualizzare i micobatteri nell'espettorato?**

A Ziehl-Neelsen modificata
B Colorazione di Gram
C Ematossilina-eosina
D **Ziehl-Neelsen**
E Colorazione tricromica

Risposta giusta: D

I micobatteri presentano una parete cellulare ricca di **acidi micolici** che li rende **acido-alcol resistenti**, impedendo le colorazioni standard. La **colorazione Ziehl-Neelsen** è il metodo di riferimento in microbiologia per questo scopo. Dopo utilizzo di **carbol-fuchsina** e decolorazione acida, si osservano direttamente i **bacilli rossi** sull'espettorato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ziehl-Neelsen modificata**: Tecnica analoga utilizzabile in alcuni laboratori per altri acido-resistenti, ma nel contesto clinico microbiologico standard la richiesta punta esplicitamente al protocollo classico consolidato per l'espettorato.
- **B) Colorazione di Gram**: La tecnica risulta inaffidabile perché la barriera lipidica della parete cellulare blocca il fissaggio del colorante primario, impedendo una colorazione stabile e diagnosticamente valida per i micobatteri.
- **C) Ematossilina-eosina**: Preparazione istologica elementare destinata alla valutazione morfologica generale dei tessuti; presenta una carenza totale di specificità e non consente la visualizzazione diretta dei micobatteri.
- **E) Colorazione tricromica**: Non è corretta. La colorazione tricromica si riserva esclusivamente all'analisi istologica per distinguere vari componenti tissutali e non possiede alcuna attitudine nella ricerca microbica.

91 **A un caso di sospetta meningite, viene effettuata puntura lombare; all'esame microscopico del liquido cefalorachidiano, dopo colorazione di Gram, si osservano diplococchi Gram negativi a chicco di caffè. Qual è l'agente microbico identificato in base all'esame Gram?**

A Staphylococcus Aureus
B Escherichia coli
C Streptococcus pneumoniae
D Listeria monocytogenes
E Neisseria meningitidis

Risposta giusta: E

L'esame del liquido cefalorachidiano mostra **diplococchi Gram negativi** disposti a coppie con contorno schiacciato, simile al **chicco di caffè**. Questa morfologia è specifica per il **meningococco**, un patogeno frequentemente rilevato come **intracellulare** nei pazienti con sospetta meningite batterica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Staphylococcus Aureus**: il genere presenta cocchi Gram positivi organizzati in grappoli irregolari, pertanto colore e disposizione cellulare non corrispondono al reperto microscopico osservato.
- **B) Escherichia coli**: il batterio ha forma bastoncellare e colorazione Gram negativa, mentre l'esame richiede una morfologia sferica disposta a coppie.
- **C) Streptococcus pneumoniae**: il diplococco descritto è Gram positivo e assume tipicamente una forma a lancetta, quindi la colorazione e la morfologia risultano incompatibili con il campione esaminato.
- **D) Listeria monocytogenes**: il microrganismo è un bacillo Gram positivo, frequentemente responsabile di meningiti in popolazioni vulnerabili come neonati e anziani, ma privo delle caratteristiche morfologiche citate nel referto.

92 **Una donna di 63 anni a un controllo di esami di routine presenta: creatinina sierica 1.4 mg/dL, calcemia 11.2 mg/dL, fosforemia 2.4 mg/dL, PTH intatto 220 pg/mL, fosfatasi alcalina 280 UI/L; esame urine: PS 1.016, pH 7.0, proteinuria ass, GR 4-5/campo, leucociti 25/campo. Tredici anni fa è stata sottoposta a quadrantectomia per carcinoma mammario, con successivo follow-up negativo; da circa 8 anni riferisce valori moderatamente elevati di pressione arteriosa, per cui assume in modo irregolare un diuretico tiazidico; da circa 5 anni soffre di nefrolitiasi, inizialmente espulsiva, ultimamente complicatasi con nefrolitiasi a stampo infetta. L'esame obiettivo generale è sostanzialmente nei limiti di norma, con un modico grado di ipertensione sistolica (148/82). Qual è la diagnosi più probabile in questa paziente?**

A Sarcoidosi

B Ipercalcemia secondaria a metastasi ossee da ripresa del carcinoma mammario

C Iperparatiroidismo secondario a insufficienza renale cronica

D Ipercalcemia da diuretico tiazidico

E **Iperparatiroidismo primitivo**

Risposta giusta: E

L'ipercalcemia associata a **PTH elevato**, fosforemia bassa e fosfatasi alcalina aumentata indica un eccesso autonomo di paratormone. La nefrolitiasi ricorrente è una manifestazione classica dell'iperparatiroidismo primitivo; la lieve compromissione renale può essere conseguenza della litiasi cronica. Il tiazidico può contribuire alla calcemia, ma non spiega da solo il quadro.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sarcoidosi**: La sarcoidosi può causare ipercalcemia perché i macrofagi aumentano la produzione di vitamina D attiva, ma in genere il PTH è basso o soppresso. Inoltre, non sono presenti elementi clinici che suggeriscano questa diagnosi.
- **B) Ipercalcemia secondaria a metastasi ossee da ripresa del carcinoma mammario**: L'anamnesi oncologica rende opportuno considerare le metastasi ossee, ma in questo caso il PTH è elevato: nell'ipercalcemia da metastasi ossee è di solito soppresso, perché l'aumento della calcemia deriva dal riassorbimento osseo tumorale e non dal paratormone.
- **C) Iperparatiroidismo secondario a insufficienza renale cronica**: Nell'insufficienza renale cronica ci si aspetta soprattutto calcemia normale o bassa, fosforo alto e PTH elevato come risposta compensatoria. Qui la calcemia è alta e il fosforo basso, un profilo opposto a quello tipico dell'iperparatiroidismo secondario da insufficienza renale.
- **D) Ipercalcemia da diuretico tiazidico**: Il tiazidico può aumentare la calcemia, di solito in modo lieve, ma non spiega un PTH così elevato né la fosforemia bassa e la nefrolitiasi recidivante. Può essere un fattore aggravante, non la diagnosi principale.

93 **Una donna di 63 anni a un controllo di esami di routine presenta: creatinina sierica 1.4 mg/dL, calcemia 11.2 mg/dL, fosforemia 2.4 mg/dL, PTH intatto 220 pg/mL, fosfatasi alcalina 280 UI/L; esame urine: PS 1.016, pH 7.0, proteinuria ass, GR 4-5/campo, leucociti 25/campo. Tredici anni fa è stata sottoposta a quadrantectomia per carcinoma mammario, con successivo follow-up negativo; da circa 8 anni riferisce valori moderatamente elevati di pressione arteriosa, per cui assume in modo irregolare un diuretico tiazidico; da circa 5 anni soffre di nefrolitiasi, inizialmente espulsiva, ultimamente complicatasi con nefrolitiasi a stampo infetta. L'esame obiettivo generale è sostanzialmente nei limiti di norma, con un modico grado di ipertensione sistolica (148/82). Formulata la diagnosi, quale delle seguenti indicazioni terapeutiche è la più appropriata?**

A Supplementazione con fosfato, per correggere l'ipofosforemia

B **Esecuzione di paratiroidectomia/adenomectomia**

C Somministrazione di pamidronato 90 mg

D Supplementazione con vitamina D, per tentare di sopprimere il PTH

E Avvio di terapia steroidea sistemica

Risposta giusta: B

La calcemia di $11,2\ \mathrm{mg/dL}$, la fosforemia di $2,4\ \mathrm{mg/dL}$, il PTH di $220\ \mathrm{pg/mL}$ e la fosfatasi alcalina di $280\ \mathrm{UI/L}$ indicano un **iperparatiroidismo primario**. La nefrolitiasi recidivante e la compromissione renale iniziale sono **complicanze d'organo** che rendono indicata la **paratiroidectomia/adenomectomia**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Supplementazione con fosfato, per correggere l'ipofosforemia**: L'ipofosforemia è conseguenza dell'eccesso di PTH, che aumenta la perdita renale di fosfato. La supplementazione non corregge la causa né previene le complicanze.
- **C) Somministrazione di pamidronato 90 mg**: I bisfosfonati, come il pamidronato a $90\ \mathrm{mg}$, possono essere utili in alcune ipercalcemie, soprattutto in quelle neoplastiche. Non trattano però la causa, cioè l'iperfunzione paratiroidea, e avrebbero al massimo un ruolo temporaneo, non risolutivo.
- **D) Supplementazione con vitamina D, per tentare di sopprimere il PTH**: La vitamina D può avere un ruolo nell'iperparatiroidismo secondario o in caso di carenza vitaminica. In questo caso, però, si tratta di iperparatiroidismo primario con ipercalcemia: la vitamina D potrebbe peggiorare la calcemia e non sarebbe una terapia risolutiva.
- **E) Avvio di terapia steroidea sistemica**: I corticosteroidi possono essere usati in alcune ipercalcemie di altra origine, per esempio quelle associate a malattie granulomatose o alla vitamina D. Non sono indicati nell'iperparatiroidismo primario.

94 **Un ragazzo di 23 anni è vittima di un incidente automobilistico (moto contro auto). All'arrivo dei soccorsi viene riferito il seguente esame obiettivo neurologico: il paziente giace a occhi chiusi, non li apre né allo stimolo verbale né allo stimolo doloroso, eloquio assente, alla stimolazione algica il paziente tende ad allontanare gli arti dalla fonte dello stimolo. Presenta anisocoria per destra > sinistra. Qual è il valore della Glasgow Coma Scale di questo paziente?**

A **6**
B 9
C 12
D 15
E 3

Risposta giusta: A

Per calcolare il punteggio GCS si valutano tre parametri indipendenti. L'**apertura oculare** vale 1 perché il paziente non risponde agli stimoli. La **risposta verbale** assegna 1 punto per l'assenza di eloquio. La **risposta motoria** merita 4 punti poiché il soggetto allontana gli arti dalla fonte dolorosa. Il risultato è 1 + 1 + 4 = 6.

Perché le altre sono sbagliate

- **B)** 9 punti indicherebbero un deficit neurologico meno marcato, con almeno un dominio di risposta recuperato rispetto alla gravità attuale.
- **C) 12**: Un valore di 12 è troppo elevato per questa casistica, poiché corrisponde a un paziente che conserva ancora una discreta interazione cognitiva e comportamentale.
- **D)** 15 è il livello massimo attribuibile a una persona completamente vigile, orientata negli ambiti spazio-temporali e prontamente reattiva, stato nettamente diverso da quello mostrato.
- **E) 3**: Un punteggio di 3 richiede la totale mancanza di apertura oculare, di produzione vocale e di reazione motoria anche allo stimolo nocicettivo.

95 **Un ragazzo di 23 anni è vittima di un incidente automobilistico (moto contro auto). All'arrivo dei soccorsi viene riferito il seguente esame obiettivo neurologico: il paziente giace a occhi chiusi, non li apre né allo stimolo verbale né allo stimolo doloroso, eloquio assente, alla stimolazione algica il paziente tende ad allontanare gli arti dalla fonte dello stimolo. Presenta anisocoria per destra > sinistra. Il paziente viene trasferito presso il Pronto Soccorso dove viene sottoposto a una TC cerebrale (riportata in figura). Quale reperto è verosimilmente apprezzabile alla TC?**

A Ematoma sottodurale cronico
B Ematoma sottodurale acuto
C Ematoma subgaleale
D Ematoma intraparenchimale
E Ematoma epidurale

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descrive un giovane traumatizzato con risposta motoria localizzante e **anisocoria** destra. Alla TAC la lesione appare **biconvessa**, iperdensa ed extra-assiale. Questa morfologia confina con le suture craniche ed è tipica dell'**ematoma epidurale**, frequentemente causato dalla lesione dell'**arteria meningea media** associata a frattura temporale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ematoma sottodurale cronico**: L'ematoma sottodurale cronico è tipico dell'anziano o del paziente fragile. Si instaura dopo traumi anche banali con un decorso subdolo e graduale, non corrisponde al quadro traumatico maggiore e acuto osservato in questo caso.
- **B) Ematoma sottodurale acuto**: L'ematoma sottodurale acuto è frequente nei traumi importanti con meccanismo da accelerazione-decelerazione. Spesso presenta un quadro neurologico più grave e alla TAC assume una forma a falce con concavità interna che si estende lungo la convessità cerebrale. La configurazione lentiforme e confinata alle suture esclude questa diagnosi.
- **C) Ematoma subgaleale**: L'ematoma subgaleale consiste in una raccolta di sangue nei tessuti molli del cuoio capelluto, quindi esterna alla teca cranica. Può accompagnare il trauma subito ma non spiega il deterioramento neurologico, la pupilla dilatata a destra né i segni TC intracranici.
- **D) Ematoma intraparenchimale**: Un ematoma intraparenchimale può comparire dopo trauma ma rappresenta un sanguinamento all'interno della sostanza cerebrale. Non genera una raccolta extra-assiale a forma di lente e non giustifica il reperto TC descritto né l'anisocoria.

96 **Un paziente destrimane presenta un'afasia espressiva caratterizzata da linguaggio spontaneo non fluente, difficoltà articolatorie e aprassia bucco-facciale. La lesione causa della sintomatologia si trova più probabilmente in sede:**

A occipitale sinistra
B **frontale sinistra**
C temporale destra
D frontale destra
E temporale sinistra

Risposta giusta: B

Nei destrimani il **dominio linguistico** risiede abitualmente nell'emisfero sinistro. L'eloquio non fluido associato a disarticolazione e aprassia bucco-facciale indica un danno alle aree frontali inferiori. La regione di Broca coordina la **programmazione motoria** del parlato volontario. Una lesione in questo tratto spiega perfettamente il quadro clinico descritto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) occipitale sinistra**: Il lobo occipitale è specializzato nell'elaborazione degli stimoli visivi. Un interessamento patologico di tale tessuto produce disturbi della vista. Non coinvolge le reti corticali deputate alla produzione verbale.
- **C) temporale destra**: L'emisfero destro garantisce contributi marginali alla generazione del discorso nei destrimani. Le lesioni temporali destre inducono errori visuospaziali o alterazioni della **prosodia**. Tali manifestazioni appartengono a categorie cliniche distinte dalla forma espressiva non fluida.
- **D) frontale destra**: La lateralizzazione funzionale della lingua favorisce quasi sempre l'emisfero sinistro nei destrimani. La frontale destra media processi attentivi o prassici motori complessi. Non ospita i circuiti classici responsabili dell'afasia di Broca.
- **E) temporale sinistra**: Il settore temporale posteriore sinistro presiede alla **comprensione** semantica. Una lesione in quest'area provoca afasia fluente o deficit ricettivi. Non genera il disturbo espressivo non fluido osservato nel paziente.

97 **Un paziente di 67 anni giunge all'attenzione del neurologo per decadimento cognitivo rapidamente progressivo associato a insonnia e irritabilità. Viene posto il sospetto di malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD). Oltre alla rachicentesi, quale pattern di accertamento diagnostico è indicato?**

- **A** **RM encefalo ed EEG**
- **B** PET encefalo ed EEG
- **C** RM encefalo e valutazione neuropsicologica
- **D** Potenziali evocati ed EEG
- **E** TC encefalo ed EEG

Risposta giusta: A

Nella sospetta malattia di Creutzfeldt-Jakob, oltre alla rachicentesi, gli accertamenti diagnostici più utili integrano la **risonanza magnetica** e l'**EEG**. La RM rileva alterazioni tipiche a livello dei gangli della base e della corteccia, mentre l'esame elettrico può mostrare onde periodiche caratteristiche, anche se talvolta assenti nelle fasi iniziali. Questa combinazione fornisce indicazioni decisive per inquadrare l'encefalopatia prionica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) PET encefalo ed EEG**: La **PET** cerebrale registra solo alterazioni funzionali tardive e non viene utilizzata come procedura di primo livello nella stesura diagnostica.
- **C) RM encefalo e valutazione neuropsicologica**: La **valutazione neuropsicologica** conferma il deficit cognitivo ma manca del supporto immagine necessario per discriminare rapidamente la causa organica.
- **D) Potenziali evocati ed EEG**: I potenziali evocati non rappresentano l'accertamento di riferimento per questa patologia e il loro contributo diagnostico risulta eccessivamente marginale.
- **E) TC encefalo ed EEG**: La **TC** encefalo ha bassa sensibilità in questo contesto clinico e spesso produce referti aspecifici, richiedendo una metodica di contrasto maggiore.

98 **Un paziente di 67 anni giunge all'attenzione del neurologo per decadimento cognitivo rapidamente progressivo associato a insonnia e irritabilità. Viene posto il sospetto di malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD). La diagnosi è confermata quando nell'esame liquorale si osserva:**

A l'assenza della proteina 14-3-3 liquorale

B **la presenza della proteina 14-3-3 liquorale**

C l'incremento della proteina tau liquorale

D la diminuzione della proteina tau liquorale

E l'assenza della proteina 14-3-3 liquorale e la diminuzione della proteina tau liquorale

Risposta giusta: B

Nella malattia di Creutzfeldt-Jakob con quadro clinico compatibile, il riscontro liquorale più caratteristico è la **proteina 14-3-3**. Questo biomarcatore riflette un **danno neuronale rapido** e, sebbene non sia completamente specifico, conferma fortemente la diagnosi nel contesto adeguato. Anche la **proteina tau** tende ad elevarsi, ma tra le voci proposte la 14-3-3 è il reperto standard riconosciuto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'assenza della proteina 14-3-3 liquorale**: L'assenza di 14-3-3 è fisiologicamente incongrua poiché il rilascio di tale proteina segue l'accelerata morte cellulare; nei pazienti sintomatici essa risulta quasi sempre rilevabile nel liquido cefalorachidiano.
- **C) l'incremento della proteina tau liquorale**: L'aumento della proteina tau liquorale è possibile nella CJD per il coinvolgimento neuronale, ma rappresenta solo un indicatore aspecifico di supporto e non il marcatore principale richiesto dal quesito.
- **D) la diminuzione della proteina tau liquorale**: Una riduzione della tau è incompatibile con la patologia, in quanto i processi di citolisi e degenerazione accelerata provocano sistematicamente un incremento dei suoi livelli liquorali.
- **E) l'assenza della proteina 14-3-3 liquorale e la diminuzione della proteina tau liquorale**: Combinare l'assenza di 14-3-3 con un calo della tau contraddice completamente la fisiopatologia delle encefalopatie prioniche, entrambe le sostanze mostrano anzi valori sopra la norma durante il decorso acuto.

99 **"Un ragazzo di 15 anni giunge in Pronto Soccorso accompagnato da un compagno di classe. Quest'ultimo è fortemente preoccupato perché l'amico ha espresso il desiderio di morire buttandosi nel Tevere. Da alcuni mesi è divenuto cupo e solitario, ha smesso di frequentare gli amici e sembra pensare sempre alle stesse cose: colpe passate, morte e vissuti di indegnità. Nelle ultime settimane ha dapprima sviluppato idee di morte e quindi un preciso piano suicidario. Il neuropsichiatra, dopo una accurata valutazione, ritiene necessario il ricovero per un verosimile disturbo depressivo maggiore con elevato rischio suicidario. Il paziente tuttavia rifiuta il ricovero affermando che non ha bisogno di cure e che si recherà in riva al Tevere per riflettere un po'." Sulla base dei dati clinici in possesso, il neuropsichiatra infantile dovrebbe:**

- **A** **contattare i genitori, e, se questi sono contrari al ricovero, contattare il giudice tutelare per essere autorizzato al ricovero**
- **B** chiedere al Responsabile del Servizio di Neuropsichiatria Infantile il permesso di effettuare un TSO
- **C** contattare il tribunale dei minori per essere autorizzato a effettuare un TSO senza coinvolgere i genitori
- **D** assecondare il volere del paziente e lasciarlo andare, affidandolo al compagno di classe
- **E** affidare il ragazzo ai genitori se contattabili telefonicamente, altrimenti all'amico

Risposta giusta: A

Il rischio suicidario elevato e il piano concreto rendono necessario il ricovero per tutelare il ragazzo. Poiché ha 15 anni, vanno coinvolti i genitori, titolari della **responsabilità genitoriale**. Se non acconsentono, oppure non sono reperibili o non collaborano, occorre rivolgersi al **giudice tutelare** per ottenere l'autorizzazione al ricovero.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) chiedere al Responsabile del Servizio di Neuropsichiatria Infantile il permesso di effettuare un TSO**: Il TSO non si attiva con un'autorizzazione interna del responsabile del servizio: segue una **procedura formale**, con specifici passaggi medico-legali e amministrativi. In questo caso, il nodo principale è gestire il consenso al trattamento e tutelare il minore, non chiedere il permesso al responsabile.
- **C) contattare il tribunale dei minori per essere autorizzato a effettuare un TSO senza coinvolgere i genitori**: Il tribunale per i minorenni non è l'organo che autorizza direttamente un TSO in questo contesto. Inoltre, non si possono escludere automaticamente i genitori: la figura di riferimento per autorizzare il ricovero è il giudice tutelare.
- **D) assecondare il volere del paziente e lasciarlo andare, affidandolo al compagno di classe**: Lasciare andare il ragazzo affidandolo al compagno di classe sarebbe gravemente inappropriato: presenta un rischio suicidario elevato e ha espresso un piano concreto. La priorità è la protezione della vita e l'attivazione immediata delle misure di tutela, non assecondare la sua volontà contingente.
- **E) affidare il ragazzo ai genitori se contattabili telefonicamente, altrimenti all'amico**: L'amico ha fatto bene ad allertare i soccorsi, ma non può assumersi la responsabilità di custodire il ragazzo in una situazione di rischio suicidario. I genitori vanno contattati, ma non basta affidare loro il ragazzo: servono una valutazione clinica e, se necessario, un ricovero protetto.

100 **Un uomo di 46 anni, in buona salute generale, da 2 giorni riferisce insistenti miodesopsie nell'occhio destro e alcuni fosfeni. Nelle ultime ore racconta di avere la sensazione che il campo visivo di quell'occhio si sia ristretto, come se ci fosse un'ombra nera periferica. Quale tra le seguenti diagnosi è la più probabile in base ai sintomi che riferisce?**

A Degenerazione a bava di lumaca
B Neuropatia ottica retrobulbare
C Glaucoma acuto
D **Distacco di retina**
E Neuropatia ottica ischemia anteriore

Risposta giusta: D

La sequenza di **miodesopsie**, **fosfeni** e poi di un'**ombra periferica** è tipica del distacco di retina. La retina si sta sollevando dalla sua sede e, senza un intervento rapido, può verificarsi una perdita visiva permanente. È un'**urgenza oftalmologica**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Degenerazione a bava di lumaca**: La degenerazione a bava di lumaca è una degenerazione periferica della retina che può predisporre a rotture e distacco, ma non è la diagnosi clinica del quadro descritto. In base ai sintomi, la condizione più probabile è il distacco di retina.
- **B) Neuropatia ottica retrobulbare**: La neuropatia ottica retrobulbare causa in genere un calo visivo e spesso dolore ai movimenti oculari, ma non il classico corteo di miodesopsie e fosfeni.
- **C) Glaucoma acuto**: Il glaucoma acuto dà di solito dolore oculare intenso, occhio rosso, visione offuscata, aloni intorno alle luci, nausea e vomito. Non presenta il quadro tipico di miodesopsie e fosfeni con ombra periferica.
- **E) Neuropatia ottica ischemia anteriore**: La neuropatia ottica ischemica anteriore si presenta soprattutto con perdita visiva improvvisa, spesso indolore, ma non con i sintomi prodromici tipici del distacco di retina.

101 **Una paziente di 72 anni, operata di cataratta 2 giorni prima. È molto preoccupata perché riferisce di avere notevole dolore, l'occhio molto rosso e di non vedere quasi più nulla nell'occhio operato. Quale tra queste diagnosi va prontamente identificata, anche in considerazione della sua gravità?**

A Neurite ottica

B **Endoftalmite acuta**

C Congiuntivite acuta

D Lussazione del cristallino

E Distacco di retina

Risposta giusta: B

Dolore intenso, arrossamento e grave calo visivo a due giorni dall'intervento sono indicativi di **endoftalmite postoperatoria acuta**. È un'**emergenza oftalmologica** che può compromettere irreversibilmente la vista. Richiede valutazione immediata e, se confermata, **antibiotici intravitreali** tempestivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Neurite ottica**: La neurite ottica può causare dolore, soprattutto ai movimenti oculari, ma non spiega il marcato arrossamento dopo l'intervento.
- **C) Congiuntivite acuta**: La congiuntivite può arrossare l'occhio, ma di norma non provoca dolore intenso né una perdita visiva così grave.
- **D) Lussazione del cristallino**: La dislocazione della lente intraoculare può ridurre la vista, ma non giustifica tipicamente la combinazione di dolore intenso e marcato arrossamento.
- **E) Distacco di retina**: Il distacco di retina causa in genere un calo visivo improvviso ma indolore, senza marcato arrossamento.

102 **Un giovane paziente di 36 anni, affetto dall'età di 6 anni da diabete mellito di tipo 1, porta in visione la fluorangiografia che ha appena eseguito. Il referto parla di aree ischemiche periferiche e di neovasi epipapillari. Quale tra i seguenti quadri clinici rispecchia la situazione descritta?**

- **A** **Retinopatia diabetica proliferante**
- **B** Retinopatia diabetica non proliferante severa
- **C** Emovitreo
- **D** Trombosi venosa retinica
- **E** Edema maculare

Risposta giusta: A

La presenza di aree ischemiche periferiche e neovasi epipapillari indica la **retinopatia diabetica proliferante**. L'ischemia stimola il rilascio di fattori angiogenici che generano una **neovascolarizzazione patologica** sul disco ottico. Questo quadro segna il passaggio allo stadio avanzato della malattia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Retinopatia diabetica non proliferante severa**: Nella forma non proliferante severa persistono microaneurismi e ischemia, ma manca qualsiasi nuova formazione vascolare. La comparsa di neovasi supera automaticamente la soglia classificatoria e conferma la fase proliferativa.
- **C) Emovitreo**: L'emovitreo non è la diagnosi primaria, ma una possibile complicanza. I vasi neonati risultano fragili e possono sanguinare nel corpo vitreo, rappresentando una conseguenza secondaria del quadro angiogenico.
- **D) Trombosi venosa retinica**: La trombosi venosa retinica può occasionalmente indurre ischemia e neoformazione vascolare in altri contesti. La storia di diabete di tipo 1 di lunga data e la specifica distribuzione anatomica dei neovasi risultano invece coerenti con la progressione della retinopatia diabetica.
- **E) Edema maculare**: L'edema maculare implica un accumulo di liquido nella regione foveale con tipico calo della vista centrale. Non giustifica i reperti di neovascolarizzazione papillare né l'ischemia diffusa documentata dalla fluorangiografia.

103 **Qual è l'organo più frequentemente interessato dalle metastasi di carcinoma gastrico per via ematogena?**

A Ovaio
B **Fegato**
C Ossa
D Encefalo
E Polmone

Risposta giusta: B

Le cellule tumorali gastriche raggiungono il **fegato** poiché il drenaggio venoso sfocia direttamente nel **sistema portale**. Questo meccanismo fisiologico rende la sede epatica preferenziale per i tumori dell'apparato digerente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ovaio**: L'ovaio può presentare alterazioni specifiche come i tumori di tipo Krukenberg. La loro incidenza reale resta comunque nettamente inferiore rispetto alla captazione epatica.
- **C) Ossa**: Le ossa costituiscono un comparto potenziale per la progressione neoplastica. Presentano però una frequenza statistica sensibilmente ridotta rispetto alla sede primaria.
- **D) Encefalo**: L'encefalo subisce infiltrazioni maligne solo nelle fasi avanzate della malattia. Mostra un tasso di compromissione neurologica decisamente più basso rispetto alla colonizzazione del fegato.
- **E) Polmone**: Il polmone viene coinvolto nella diffusione ematogena solo in una fase successiva. Non rappresenta quindi il primo bersaglio anatomico.

104 **A una donna viene diagnosticato un carcinoma renale a cellule chiare con metastasi polmonari. La paziente inizia il trattamento biologico di prima linea con un inibitore delle chinasi (multi-targeted receptor tyrosine kinase, RTK). Tra i farmaci biologici elencati, qual è l'agente terapeutico che la paziente sta assumendo per la patologia in anamnesi?**

A Ipilimumab
B Bevacizumab
C Cetuximab
D **Sunitinib**
E Trastuzumab

Risposta giusta: D

Il trattamento di prima linea per il **carcinoma renale a cellule chiare** metastatico prevede l'uso di un **inibitore tirosinicasico** attivo sui recettori multisito. La sua azione blocca simultaneamente le vie dell'angiogenesi e della proliferazione, confermando la scelta terapeutica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipilimumab**: Si tratta di un inibitore di CTLA-4 classificato come immunoterapico anziché come molecola antichinasica appartenendo quindi a una classe farmacologica diversa.
- **B) Bevacizumab**: Agisce come agente anti-VEGF inibendo direttamente il fattore di crescita endoteliale vascolare anziché funzionare come inibitore tirosinicasico multibersaglio.
- **C) Cetuximab**: Rappresenta un anticorpo monoclonale anti-EGFR utilizzato nel trattamento di neoplasie del colon-retto e del distretto testa-collo risultando inefficace per il carcinoma renale.
- **E) Trastuzumab**: È un anticorpo monoclonale diretto contro HER2, indicato principalmente nel carcinoma della mammella e in alcuni tumori gastrici senza ruolo nel cancro renale.

105 **Un uomo di 69 anni, portatore di microcitoma polmonare con secondarismi epatici, lamenta da circa 7 giorni cefalea, episodi di vertigini e diplopia. Considerati l'anamnesi e i sintomi presentati, quale potrebbe essere l'esame diagnostico di scelta in questa condizione?**

- **A** **TC con mezzo di contrasto**
- **B** RX delle ossa del cranio
- **C** Scan osseo con 99mTc-MDP
- **D** PET con FDG (fluorodesossiglucosio)
- **E** PET con colina

Risposta giusta: A

In un paziente oncologico con sintomi neurologici nuovi comparsi in pochi giorni sorge un forte sospetto di **metastasi encefalica** o di una lesione intracranica con effetto massa. La **TC con mezzo di contrasto** conferma questa ipotesi perché offre una panoramica rapida e dettagliata delle strutture cerebralne, evidenziando chiaramente noduli secondari, aree di edema e segni di compressione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) RX delle ossa del cranio**: La radiografia semplice del cranio appartiene a una procedura diagnostica superata per la neuropatologia moderna. La scarsa capacità di differenziazione dei tessuti molli impedisce di riconoscere qualsiasi patologia intracranica responsabile dei deficit neurologici descritti.
- **C) Scan osseo con 99mTc-MDP**: La scintigrafia ossea con $^{99m}\mathrm{Tc}$-MDP è progettata per localizzare alterazioni dello scheletro. I disturbi presentati dal paziente derivano da un interessamento del sistema nervoso centrale, pertanto questo esame non indirizza correttamente il quadro clinico immediato.
- **D) PET con FDG (fluorodesossiglucosio)**: L'esame con FDG fornisce eccellenti dati per la stadiazione sistemica complessiva. Tuttavia l'encefalo sano mostra un fisiologico elevato consumo di glucosio che crea un rumore di fondo, compromettendo la nettezza interpretativa e la rilevazione precoce delle lesioni cerebrali.
- **E) PET con colina**: La PET con colina vanta indicazioni precise in ambito oncologico, in particolare per alcune neoplasie prostatiche. Si rivela uno strumento di seconda linea inadeguato per lo screening iniziale di possibili depositi metastatici a carico dell'encefalo.

106 **Una signora di 66 anni viene sottoposta a colonscopia per la positività del sangue occulto fecale in tre campioni, eseguiti nell'ambito dello screening per la prevenzione del carcinoma del colon-retto. A livello del colon discendente viene individuato un polipo di due centimetri. Quale tra i seguenti tipi istologici di polipo si associa più frequentemente alla trasformazione neoplastica?**

A Amartoma (polipo giovanile)
B Polipo infiammatorio
C Polipo iperplastico (mucosa iperplastica proliferante)
D **Polipo adenomatoso villoso**
E Polipo adenomatoso tubulare

Risposta giusta: D

Il polipo adenomatoso villoso presenta il rischio maggiore di evoluzione neoplastica rispetto agli altri adenomi colonscopic. La probabilità di degenerazione maligna aumenta progressivamente con la **percentuale di tessuto villosa**, le **dimensioni superiori a 2 cm** e l'**elevato grado di displasia**. Per questo motivo, una lesione di tali caratteristiche merita particolare attenzione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Amartoma (polipo giovanile)**: Anche gli amartomi o polipi giovanili presentano comunemente un andamento benigno. La loro natura hamartomatosa non li associa tipicamente alle mutazioni successive che guidano la carcinogenesi del colon-retto.
- **B) Polipo infiammatorio**: Si tratta di una proliferazione reattiva secondaria a processi infiammatori cronici della mucosa intestinale. Non contiene le alterazioni epiteliali necessarie per essere classificata come lesione precancerosa.
- **C) Polipo iperplastico (mucosa iperplastica proliferante)**: Nella classificazione classica è considerato un difetto benigno privo di reale potenziale neoplastico. Sebbene le moderne guideline riconoscano un ruolo diverso ad alcune lesioni serrate, il polipo iperplastico tipico non segue il pathway premaligno descritto.
- **E) Polipo adenomatoso tubulare**: Rappresenta una lesione neoplastica ma possiede un potenziale oncologico inferiore rispetto alla variante villosa. È la forma istologica adenomatosa più frequente, pur risultando statisticamente meno pericolosa in termini di trasformazione maligna.

107 **In cosa consiste l'intervento di stabilizzazione di spalla secondo Latarjet?**

A Intervento di artrodesi dell'articolazione acromion-claveare

B Sutura della cuffia dei rotatori in artroscopia

C **Intervento di trasposizione dell'apofisi coracoide sul bordo anteriore della cavità glenoidea**

D Sutura del cercine glenoideo in artroscopia

E Intervento di artrodesi dell'articolazione gleno-omerale

Risposta giusta: C

L'intervento di Latarjet trasferisce l'**apofisi coracoide** sul margine anteriore della **glena**. Questa procedura è indicata per le **instabilità anteriori recidivanti** della spalla. Il frammento osseo amplia la superficie della cavità mentre i tendini fissati al coracoide generano un effetto dinamico aggiuntivo. Si modifica così l'anatomia locale per impedire future lussazioni.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Intervento di artrodesi dell'articolazione acromion-claveare**: L'artrodesi indica una fusione articolare e la sede descritta è quella acromion-claveare, completamente estranea alla biomeccanica della tecnica di Latarjet.
- **B) Sutura della cuffia dei rotatori in artroscopia**: Riguarda esclusivamente la risuturazione dei tendini della cuffia dei rotatori e non prevede alcun impianto osseo per la stabilizzazione anterosuperiore.
- **D) Sutura del cercine glenoideo in artroscopia**: Non corrisponde al Latarjet perché descrive la sutura artroscopica del cercine glenoideo, tecnica tipica della riparazione di Bankart.
- **E) Intervento di artrodesi dell'articolazione gleno-omerale**: Fondere l'articolazione gleno-omerale blocca definitivamente l'arto superiore, rendendo impossibile qualsiasi movimento e risultando opposta agli scopi di un intervento stabilizzante funzionale.

108 **Un calciatore professionista di 26 anni durante una partita subisce un trauma indiretto al ginocchio sinistro. Durante un gesto tecnico il piede rimane bloccato al suolo con conseguente atteggiamento in valgo ed extrarotazione del ginocchio. All'esame obiettivo viene evidenziata notevole tumefazione del ginocchio e limitazione funzionale. Quale tra questi legamenti è con più probabilità coinvolto in questa dinamica traumatica?**

A Legamento arcuato
B Legamento crociato posteriore
C Legamento collaterale laterale
D **Legamento crociato anteriore**
E Legamento posteriore obliquo

Risposta giusta: D

Il meccanismo traumatico descritto pone forte tensione sul **legamento crociato anteriore**. Il **piede bloccato** al suolo combinato a un **valgo** ed **extrarotazione** corrisponde al quadro classico di una **lesione** da pivot. La tumefazione rilevante e la limitazione funzionale sono compatibili con il danno acuto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Legamento arcuato**: Appartiene al complesso postero-laterale e si associa a eventi rari e multiligamentosi. Non costituisce la prima ipotesi clinica davanti a una dinamica così specifica e frequente.
- **B) Legamento crociato posteriore**: Si rompe più spesso in traumi diretti sulla tibia, come il dashboard injury, o in iperflessione. La dinamica sportiva indiretta descritta punta chiaramente verso un'altra struttura.
- **C) Legamento collaterale laterale**: Non è la scelta più probabile perché il collaterale laterale risponde a stress in varo con apertura del compartimento laterale, non al meccanismo valgo indicato.
- **E) Legamento posteriore obliquo**: Partecipa ad alcune instabilità ma non è il sospetto primario. È legato a quadri di instabilità postero-mediale e a lesioni complesse, estranei al meccanismo tipico da pivot.

109 **Un calciatore professionista di 26 anni durante una partita subisce un trauma indiretto al ginocchio sinistro. Durante un gesto tecnico il piede rimane bloccato al suolo con conseguente atteggiamento in valgo ed extrarotazione del ginocchio. All'esame obiettivo viene evidenziata notevole tumefazione del ginocchio e limitazione funzionale. Quale tra i seguenti test clinici è il più idoneo nella valutazione della lesione del legamento coinvolto?**

A **Lachman test**
B Test di Godfrey
C Test di Muller
D Test del cassetto posteriore
E Test di Apley

Risposta giusta: A

Il meccanismo descritto indica una probabile rottura del **crociato anteriore**. Il test di Lachman è il più sensibile per verificarne l'integrità, specialmente in **fase acuta** con gonfiore e dolore. Consente di apprezzare la traslazione anteriore della tibia rispetto al femore con il ginocchio leggermente flesso.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Test di Godfrey**:
- **C) Test di Muller**:
- **D) Test del cassetto posteriore**:
- **E) Test di Apley**:

110 **Un calciatore professionista di 26 anni durante una partita subisce un trauma indiretto al ginocchio sinistro. Durante un gesto tecnico il piede rimane bloccato al suolo con conseguente atteggiamento in valgo ed extrarotazione del ginocchio. All'esame obiettivo viene evidenziata notevole tumefazione del ginocchio e limitazione funzionale. In seguito a un trauma distorsivo del ginocchio di alto grado spesso si ha il coinvolgimento di più strutture articolari. Questa tipologia di lesione prende il nome di triade di O'Donoghue. Quali strutture risultano coinvolte?**

A Legamento crociato anteriore, legamento collaterale laterale e menisco laterale

B Legamento collaterale mediale, legamento crociato posteriore e menisco laterale

C Legamento crociato anteriore, legamento collaterale mediale e menisco mediale

D Legamento collaterale mediale, legamento collaterale laterale e menisco mediale

E Legamento crociato anteriore, legamento crociato posteriore e legamento collaterale laterale

Risposta giusta: C

Il trauma in valgo combinato con estrarotazione su piede fisso determina la triade di O'Donoghue. Questo meccanismo lesiona il legamento crociato anteriore, il legamento collaterale mediale e il menisco mediale. La contemporanea compromissione di tali strutture giustifica il quadro clinico di tumefazione, instabilità e deficit funzionale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Legamento crociato anteriore, legamento collaterale laterale e menisco laterale**: La deformità in valgo sollecita fisiologicamente il compartimento mediale dell'articolazione, rendendo incompatibili la partecipazione del legamento collaterale laterale e del menisco laterale al danno primario.
- **B) Legamento collaterale mediale, legamento crociato posteriore e menisco laterale**: L'accoppiamento devio dallo schema classco ed include il menisco laterale insieme al crociato posteriore, entrambe strutture generalmente risparmiate in una distorsione valgica con rotazione esterna.
- **D) Legamento collaterale mediale, legamento collaterale laterale e menisco mediale**: Omette il legamento crociato anteriore, elemento fondante della sintomatologia e del danno strutturale, sostituendolo in modo errato con il legamento collaterale laterale.
- **E) Legamento crociato anteriore, legamento crociato posteriore e legamento collaterale laterale**: Il coinvolgimento del legamento crociato posteriore e del legamento collaterale laterale non appartiene al profilo patogenetico descritto ed è biologicamente atipico per questo specifico assetto cinetico.

111 **Un uomo di 37 anni si presenta al Pronto Soccorso per intensa sintomatologia algica al livello della spalla destra. Il paziente riferisce caduta accidentale sul palmo della mano con la spalla atteggiata in modica abduzione ed estensione. Dopo la valutazione dell'esame radiografico, quale diagnosi si sospetta?**

A Lussazione dell'articolazione acromion-claveare
B Frattura del trochite
C Lussazione posteriore dell'articolazione gleno-omerale
D Frattura della cavità glenoide
E Lussazione anteriore dell'articolazione gleno-omerale

Risposta giusta: E

La caduta sul palmo della mano trasmette la **forza assiale** lungo l'arto superiore. Se la spalla è in abduzione ed estensione, la **testa omerale** viene spinta anteriormente uscendo dalla cavità glenoide. Questo meccanismo traumatico è classico e rende la **lussazione anteriore gleno-omerale** la diagnosi primaria da sospettare alla radiografia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lussazione dell'articolazione acromion-claveare**: La lussazione acromion-claveare insorge tipicamente dopo un trauma diretto sul punto di massima prominenza della spalla. La trasmissione assiale dall'avambraccio non è il meccanismo caratteristico per questa lesione.
- **B) Frattura del trochite**: Una frattura del trochite maggiore può accompagnare traumi alla spalla ma non è favorita dal meccanismo descritto. In questo caso predomina lo spostamento articolare rispetto al danno osseo isolato.
- **C) Lussazione posteriore dell'articolazione gleno-omerale**: La lussazione posteriore gleno-omerale è rara e si associa comunemente a crisi convulsive, elettrocuzione o urti frontali diretti sul braccio esteso. La postura in abduzione ed estensione con caduta sulla mano indica chiaramente la direzione anteriore dello sfuggimento.
- **D) Frattura della cavità glenoide**: Le lesioni della cavità glenoide richiedono solitamente traumi più violenti o diretti contro la struttura articolare. Il quadro clinico e la dinamica da caduta puntano invece verso uno sfuggimento della testa omerale.

112 **Ragazzo di 17 anni, giunge per ostruzione respiratoria nasale bilaterale insorta nella stagione primaverile, rinorrea sierosa, iperemia congiuntivale e iposmia. Riferisce analoga sintomatologia un anno prima, risoltasi poi spontaneamente durante il periodo estivo. Quale diagnosi è più probabile?**

A Poliposi naso-sinusale
B Rinite vasomotoria
C Coriza
D Rinosinusite acuta purulenta
E Rinite allergica

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descrive una classica **rinite allergica stagionale**. L'associazione di sintomi nasali e congiuntivali, insorta in primavera e risolta spontaneamente in estate, indica un'ipersensibilità ai **pollini**. La ricorrenza annuale nello stesso periodo conferma l'eziologia allergica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Poliposi naso-sinusale**: La poliposi spiega ostruzione e iposmia ma non la rinorrea sierosa stagionale né il coinvolgimento oculare; si tratta inoltre di una condizione cronica e persistente, non episodica.
- **B) Rinite vasomotoria**: La rinite vasomotoria non presenta una chiara stagionalità né si associa frequentemente alla congiuntivite allergica.
- **C) Coriza**: Il coriza è un termine generico per il raffreddore comune virale; non giustifica la marcata stagionalità primaverile né il quadro allergico-congiuntivale.
- **D) Rinosinusite acuta purulenta**: Nella rinosinusite acuta purulenta mancano i segni tipici d'infezione come secrezione purulenta, dolore facciale, febbre o malessere generale.

113 **Ragazzo di 17 anni, giunge per ostruzione respiratoria nasale bilaterale insorta nella stagione primaverile, rinorrea sierosa, iperemia congiuntivale e iposmia. Riferisce analoga sintomatologia un anno prima, risoltasi poi spontaneamente durante il periodo estivo. Quale/i esame/i va/vanno consigliato/i in prima istanza?**

A Valutazione allergologica e TC massiccio facciale
B TC massiccio facciale senza mezzo di contrasto
C **Valutazione allergologica ed endoscopia nasale**
D Valutazione pneumologica, valutazione allergologica e TC massiccio facciale
E RM massiccio facciale con mezzo di contrasto

Risposta giusta: C

Il quadro è tipico di una **rinite allergica stagionale**, probabilmente da pollini: compare in primavera e associa rinorrea sierosa, congiuntivite e iposmia, poi si risolve in estate. In prima istanza sono indicate la **valutazione allergologica** e l'**endoscopia nasale**, che permette di rilevare infiammazione, ipertrofia dei turbinati o altre cause locali di ostruzione. Non si ricorre subito a **esami radiologici**, perché il quadro è prima di tutto clinico e allergologico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Valutazione allergologica e TC massiccio facciale**: La valutazione allergologica è appropriata, ma la TC non è necessaria subito. In un ragazzo con sintomi stagionali tipici si procede prima con l'inquadramento clinico ed endoscopico; la TC si considera se emergono elementi che suggeriscano una patologia sinusale o anatomica diversa.
- **B) TC massiccio facciale senza mezzo di contrasto**: La TC non è la scelta iniziale. Si utilizza se si sospettano una patologia strutturale, sinusite cronica, poliposi o complicanze, mentre in questo caso il quadro orienta prima verso una causa allergica.
- **D) Valutazione pneumologica, valutazione allergologica e TC massiccio facciale**: La valutazione allergologica è sensata, ma quella pneumologica non è prioritaria in assenza di sintomi bronchiali o asma associato. La TC non è un esame di primo livello per una sintomatologia così tipica di rinite stagionale.
- **E) RM massiccio facciale con mezzo di contrasto**: La RM non è l'esame di partenza per una rinite stagionale tipica. Si riserva a situazioni selezionate, per esempio in caso di sospette lesioni dei tessuti molli o patologie più complesse.

114 **Ragazzo di 17 anni, giunge per ostruzione respiratoria nasale bilaterale insorta nella stagione primaverile, rinorrea sierosa, iperemia congiuntivale e iposmia. Riferisce analoga sintomatologia un anno prima, risoltasi poi spontaneamente durante il periodo estivo. Quale trattamento è opportuno consigliare?**

A Terapia antibiotica e steroidea per os

B **Lavaggi nasali con soluzione fisiologica, terapia antistaminica per os, spray cortisonico nasale**

C Lavaggi nasali con soluzione fisiologica, FANS per os al bisogno

D Aerosolterapia con beclometasone dipropionato e soluzione ipertonica al 3%

E Lavaggi nasali con soluzione fisiologica e terapia antibiotica per os

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica una **rinite allergica stagionale** da pollini, confermata dall'insorgenza primaverile e dalla risoluzione spontanea estiva. La gestione ottimale prevede lavaggi nasali per il risciacquo, un **antistaminico orale** per i sintomi e uno **spray cortisonico nasale** come terapia più efficace sull'infiammazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia antibiotica e steroidea per os**: Manca qualsiasi evidenza di infezione batterica poiché la rinorrea è sierosa e la recidività stagionale conferma natura allergica, esclusa la sinusite batterica.
- **C) Lavaggi nasali con soluzione fisiologica, FANS per os al bisogno**: I FANS per os non modulano la risposta immunitaria allergica né trattano la causa del disturbo, lasciando i lavaggi come unico elemento valido ma insufficiente.
- **D) Aerosolterapia con beclometasone dipropionato e soluzione ipertonica al 3%**: L'aerosolterapia non è il trattamento standard per questa condizione e la soluzione ipertonica al 3% non costituisce la base terapeutica, risultando meno efficace dello spray mirato.
- **E) Lavaggi nasali con soluzione fisiologica e terapia antibiotica per os**: L'antibiotico per os è privo di indicazione clinica in assenza di segni infettivi, richiedendo invece un approccio immunomodulante specifico per la rinite allergica.

115 **Una ragazza di 25 anni viene condotta in Pronto Soccorso per cefalea intermittente, crampi addominali, diarrea, arrossamento cutaneo al volto e cardiopalmo. La sintomatologia è insorta improvvisamente, poco dopo un pasto abbondante a base di pesce a un banchetto di strada vicino al porto. Viene posta diagnosi di sindrome sgombroide. Qual è l'eziologia di tale patologia?**

A Un'intossicazione da mercurio, accumulato dal pesce cresciuto in acque contaminate

B Un'intossicazione acuta da idrocarburi alifatici, avvenuta per contaminazione del cibo con le acque inquinate del porto

C **Una reazione all'istamina, prodotta in grande quantità nella decomposizione del pesce mal conservato**

D Un avvelenamento acuto con il veleno cutaneo del polpo Hapalochlaena lunulata, pescato assieme al pesce commestibile

E Un'infezione intestinale da Morganella morganii, contratta dal pesce infetto

Risposta giusta: C

La sindrome sgombroide è un'intossicazione da **istamina** già presente nel pesce mal conservato, specialmente nelle specie ricche di istidina come tonno e sgombro. In assenza di refrigerazione i batteri trasformano l'istidina in istamina tramite decarbossilazione, provocando rapidamente flushing, cefalea, crampi, diarrea e palpitazioni. L'esordio immediato dei sintomi dopo il pasto conferma questa diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Un'intossicazione da mercurio, accumulato dal pesce cresciuto in acque contaminate**: Il mercurio provoca tossicità prevalentemente cronica o neurologica, non un'esordio rapido con disturbi gastrointestinali e vasomotori immediati.
- **B) Un'intossicazione acuta da idrocarburi alifatici, avvenuta per contaminazione del cibo con le acque inquinate del porto**: Gli idrocarburi alifatici sono contaminanti ambientali che non inducono il quadro sintomatologico rapido e specifico osservato in questo caso.
- **D) Un avvelenamento acuto con il veleno cutaneo del polpo Hapalochlaena lunulata, pescato assieme al pesce commestibile**: Le neurotossine presenti in quel mollusco causano paralisi e deficit neurologici progressivi, incompatibili con la manifestazione clinica tipica dello sgombroide.
- **E) Un'infezione intestinale da Morganella morganii, contratta dal pesce infetto**: Morganella morganii può partecipare alla decomposizione batterica ma il quadro clinico non deriva da un'infezione intestinale dell'ospite, bensì dall'assunzione di tossine già formate.

116 **Una ragazza di 25 anni viene condotta in Pronto Soccorso per cefalea intermittente, crampi addominali, diarrea, arrossamento cutaneo al volto e cardiopalmo. La sintomatologia è insorta improvvisamente, poco dopo un pasto abbondante a base di pesce a un banchetto di strada vicino al porto. Viene posta diagnosi di sindrome sgombroide. Su quale classe di farmaci si basa la terapia?**

A Antibiotici
B FANS
C Antivirali
D **Antistaminici**
E Oppioidi

Risposta giusta: D

La sindrome sgombroide è una reazione tossica dovuta all'ingestione di pesce mal conservato ricco di **istamina** e ammine biogene. I sintomi mimano una risposta allergica sistemica con flush, cefalea, diarrea e tachicardia. La cura si avvale di **antistaminici** che antagonizzano i recettori dell'istamina circolante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Antibiotici**: Esclude l'infezione batterica in quanto il disturbo deriva da una **tossina** preformata nell'alimento. Non serve un antibiotico per neutralizzare sostanze chimiche già assunte.
- **B) FANS**: I FANS possono ridurre dolore o febbre in altre patologie ma non intervengono sul meccanismo fisiopatologico specifico. Non modificano la vasodilatazione e la stimolazione gastrointestinale indotta dagli alimenti.
- **C) Antivirali**: La condizione non presenta componenti infettive di origine virale da eradicare. Deriva esclusivamente da un'esposizione tossica ad organi di mare deteriorati.
- **E) Oppioidi**: Gli oppioidi non possiedono alcuna azione diretta contro l'intossicazione e non arrestano la progressione clinica. Risulterebbero inappropriati considerando che la sintomatologia origina da **mediatori vasoattivi**.

117 **Quale delle seguenti affermazioni, per quanto riguarda la bassa statura familiare, è ERRATA?**

A L'età ossea è sovrapponibile a quella cronologica

B **La velocità di crescità è ridotta**

C Lo sviluppo puberale è regolare

D La statura definitiva è in linea con il percentile del bersaglio genetico

E I valori antropometrici alla nascita sono adeguati all'età gestazionale

Risposta giusta: B

Nella **bassa statura familiare** la velocità di crescita è **normale**, poiché il bambino segue semplicemente un canale percentilare più basso ma costante. Un rallentamento reale richiederebbe la ricerca di **cause patologiche**. Di conseguenza, tutte le altre caratteristiche cliniche restano fisiologiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) L'età ossea è sovrapponibile a quella cronologica**: L'età ossea risulta sovrapponibile a quella cronologica. A differenza di altre condizioni endocrinologiche, la maturazione scheletrica non subisce ritardi significativi.
- **C)** Lo sviluppo puberale procede in modo regolare. Il quadro non è alterato da fattori endocrini o morboici, ma riflette una variabilità costituzionale legata al patrimonio genetico.
- **D)** La statura definitiva si posiziona in linea con il bersaglio genetico familiare. L'altezza adulta rientra coerentemente nel range statistico previsto dalla media dei genitori.
- **E)** I valori antropometrici alla nascita sono adeguati per l'età gestazionale. Il feto non mostra difetti di crescita intrauterina, mantenendo parametri normopeso o normolunghezza.

118 **Viene in visita una bambina di 5 anni, che ha iniziato a manifestare faringodinia, febbre, cefalea, vomito, dolore addominale con micropetecchie al palato molle, con tonsille iperemiche coperte da essudato biancastro e linfoadenite laterocervicale. La lingua ha aspetto a "fragola bianca". In riferimento al caso clinico descritto, qual è la diagnosi più probabile?**

A Mononucleosi
B Malattia di Kawasaki
C **Scarlattina**
D Megaloeritema infettivo
E Eritema polimorfo

Risposta giusta: C

Febbre, faringodinia, tonsille con essudato, petecchie palatine e **lingua a fragola bianca** sono tipici della scarlattina, causata dallo **streptococco di gruppo A**. Vomito e dolore addominale sono sintomi frequenti nei bambini con questa infezione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Mononucleosi**: La mononucleosi può causare faringotonsillite con essudato, ma si associa più spesso a splenomegalia, astenia marcata e linfoadenopatia posteriore. La lingua a fragola non è il suo segno tipico.
- **B) Malattia di Kawasaki**: La malattia di Kawasaki può causare febbre e alterazioni del cavo orale e colpisce in genere bambini più piccoli. Si accompagna però a congiuntivite, rash, edema di mani e piedi e linfoadenopatia cervicale, non alla tipica faringotonsillite essudativa descritta.
- **D) Megaloeritema infettivo**: Il megaloeritema infettivo, o quinta malattia, è causato dal parvovirus B19 e si caratterizza per l'eritema alle guance «schiaffeggiate» e un esantema reticolare. Non provoca tipicamente faringite essudativa e lingua a fragola.
- **E) Eritema polimorfo**: L'eritema polimorfo causa soprattutto lesioni cutanee a bersaglio, talvolta con interessamento delle mucose. Non spiega bene la faringite essudativa con lingua a fragola.

119 **Viene in visita una bambina di 5 anni, che ha iniziato a manifestare faringodinia, febbre, cefalea, vomito, dolore addominale con micropetecchie al palato molle, con tonsille iperemiche coperte da essudato biancastro e linfoadenite laterocervicale. La lingua ha aspetto a "fragola bianca". Qual è la terapia di prima scelta?**

- **A** **Amoxicillina**
- **B** Amikacina
- **C** Ciprofloxacina
- **D** Metronidazolo
- **E** Clindamicina

Risposta giusta: A

Il quadro clinico suggerisce una faringotonsillite da **streptococco beta-emolitico di gruppo A**. La presenza di essudato tonsillare, petecchie al palato molle, linfoadenite laterocervicale e lingua a fragola conferma il sospetto diagnostico. La **terapia di prima scelta** nel bambino è un antibiotico **beta-lattamico** come l'amoxicillina, efficace e ben tollerato.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Amikacina**: L'amikacina appartiene alla classe degli aminoglicosidi e si riserva per infezioni gravi da batteri Gram-negativi, non avendo alcuna indicazione nel trattamento dello streptococco faringeo.
- **C) Ciprofloxacina**: I fluorochinoloni richiedono estrema cautela in età pediatrica per effetti avversi noti e non rientrano nei protocolli terapeutici standard per questa infezione delle vie aeree superiori.
- **D) Metronidazolo**: Il metronidazolo possiede spettro d'azione prevalentemente contro anaerobi e alcuni protozoi, risultando completamente inefficace nell'eradicazione dello streptococco della gola.
- **E) Clindamicina**: La clindamicina costituisce solo un'alternativa in caso di allergia alle penicilline e non va preferita quando l'amoxicillina è clinicamente fattibile.

120 **Bambino di 6 anni, caucasico, nato a termine dopo gravidanza decorsa regolarmente. Peso e lunghezza alla nascita adeguati per l'età gestazionale. Periodo neonatale normodecorso. Allattamento materno per 7 mesi, divezzamento regolare. Buona salute generale. Al controllo periodico peso e altezza risultano al 3° percentile. Prepubere. Target genetico 3° percentile. Sviluppo somatico armonico. Sviluppo neurologico adeguato per l'età. Quali sono gli accertamenti di primo livello da fare in un bambino di 6 anni di bassa statura?**

- **A** **Esami ematici (emocromo, sierologia per celiachia, TSH, fT4, creatininemia e IGF 1) e radiografia del polso**
- B RM encefalo e radiografia del polso
- C Ecografia addome e radiografia del polso
- D Test di stimolo per secrezione di GH e radiografia del polso
- E Radiografia comparata degli arti superiori e del polso

Risposta giusta: A

In un bambino con bassa statura armonica e target genetico concordante, l'approccio iniziale privilegia lo screening di cause comuni. Un pannello ematologico e ormonale identifica rapidamente anomalie nutrizionali, renali o tiroidee. La radiografia del polso fornisce l'età ossea, dato indispensabile per confermare la fisiologia della crescita.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) RM encefalo e radiografia del polso**: La RM encefalo non fa parte dello screening iniziale. Si utilizza solo in presenza di deficit ormonali confermati o reperti neurologici focali.
- **C) Ecografia addome e radiografia del polso**: L'ecografia addominale non è indicata senza sintomi specifici. Rimane un approfondimento mirato, non un esame prioritario per la valutazione staturo-ponderale.
- **D) Test di stimolo per secrezione di GH e radiografia del polso**: Il test di stimolo per la secrezione di GH non si esegue al primo contatto. Costituisce un accertamento di secondo livello, da prenotare esclusivamente dopo un sospetto clinico confermato dai marcatori di primo livello.
- **E) Radiografia comparata degli arti superiori e del polso**: La comparazione degli arti superiori non è prevista nei protocolli standard. La proposta risulta incompleta perché trascura altri laboratori essenziali e aggiunge indagini non routinarie.

121 **Bambina di 18 mesi, giunge in Pronto Soccorso per caduta accidentale dal divano di casa, in seguito alla quale ha riportato trauma temporale sinistro, senza perdita di coscienza. All'arrivo in PS la bambina si presenta in buone condizioni generali, vispa, reattiva e neurologicamente indenne. All'esame clinico si evidenzia solo un ematoma sottogaleale in sede di trauma. Quale dei seguenti segni/sintomi NON è compatibile con un trauma cranico minore?**

A Normale stato di coscienza
B Dolenzia in sede di trauma
C Assenza di deficit della motilità oculare estrinseca
D Assenza di segni neurologici focali
E Alterazione dello stato di coscienza

Risposta giusta: E

Un trauma cranico minore richiede necessariamente un paziente vigile e neurologicamente integra. L'**alterazione della consapevolezza** segnala un possibile coinvolgimento strutturale cerebrale ed esclude la classificazione lieve. Questo reperto clinico non è quindi compatibile con la condizione descritta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Normale stato di coscienza**: Il mantenimento di un livello cognitivo intatto costituisce il fondamento diagnostico per classificare il danno come superficiale. La vigilanza preservata e la reattività adeguata escludono meccanismi compressivi o ischemici acuti.
- **B) Dolenzia in sede di trauma**: La sensibilità aumentata nel punto d'impatto deriva semplicemente dalla flogosi delle strutture epidermiche e muscolari. La presenza documentata di un ematoma sottogaleale giustifica perfettamente il sintomo senza imporre valutazioni neuroradiologiche immediate.
- **C) Assenza di deficit della motilità oculare estrinseca**: La valutazione evidenzia l'assenza di deficit della motilità oculare estrinseca, un parametro tipico delle lesioni lievi. L'integrità dei nervi cranici conferma la stabilità anatomica e rappresenta un **segno rassicurante** per il medico curante.
- **D) Assenza di segni neurologici focali**: La negazione di disturbi motori o sensitivi localizzati dimostra che le traiettorie nervose centrali non hanno riportato lesioni dirette. Questa negatività clinica indirizza verso un **decorso benigno** e rende superflui interventi specialistici urgenti.

122 **Bambina di 18 mesi, giunge in Pronto Soccorso per caduta accidentale dal divano di casa, in seguito alla quale ha riportato trauma temporale sinistro, senza perdita di coscienza. All'arrivo in PS la bambina si presenta in buone condizioni generali, vispa, reattiva e neurologicamente indenne. All'esame clinico si evidenzia solo un ematoma sottogaleale in sede di trauma. In caso di comparsa di sintomi neurologici, quale dei seguenti esami è il più indicato?**

A Esami ematici
B RM encefalo
C RX cranio
D **TC encefalo**
E Elettroencefalogramma

Risposta giusta: D

In una piccola paziente con **trauma cranico**, la comparsa di sintomi neurologici impone un'**indagine immediata**. La **TC encefalo** consente di visualizzare rapidamente emorragie, fratture e lesioni strutturali acute. Questo esame guida le decisioni terapeutiche urgenti ed è preferibile agli altri metodi per escludere danni cerebrali seri.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esami ematici**: Gli esami ematici non diagnosticano direttamente il danno intracranico post traumatico. Servono in altri contesti clinici ma non sostituiscono l'imaging strutturale necessario in questo scenario.
- **B) RM encefalo**: La risonanza magnetica offre grande sensibilità ma richiede tempi di esecuzione più lunghi e risulta meno disponibile in pronto soccorso. Non rappresenta la scelta iniziale quando occorre escludere rapidamente emorragie o danni acuti.
- **C) RX cranio**: La radiografia del cranio visualizza solo eventuali fratture ossee ma non fornisce valutazioni sul parenchima cerebrale. Il suo ruolo rimane molto limitato nella gestione delle complicanze intracraniche.
- **E) Elettroencefalogramma**: L'elettroencefalogramma studia l'attività elettrica cerebrale senza rilevare alterazioni anatomiche. Non è indicato come primo esame quando si deve ricercare una lesione fisica successiva al trauma.

123 **Bambino di cinque mesi, unicogenito nato a termine, dopo gravidanza normodecorsa. Crescita regolare. Allattamento materno. Non problemi perinatali. Da qualche giorno presenta febbre (39 °C), inappetenza e qualche episodio di vomito. Il pediatra prescrive un'urinocoltura. Quale delle seguenti affermazioni NON è corretta?**

A Un'infezione delle vie urinarie può essere segno di una malformazione del tratto genito-urinario

B **L'urinocoltura da sacchetto è la metodica più affidabile per l'esame colturale delle urine**

C Nel lattante febbrile con sospetta infezione delle vie urinarie è necessario fare l'emocoltura su puntata febbrile

D La metodica più affidabile per eseguire l'urinocoltura è il cateterismo vescicale

E Gli esami ematici per la valutazione degli indici di flogosi sono indicati in caso di sospetto stato settico

Risposta giusta: B

Nei lattanti con sospetta infezione delle vie urinarie il campione di urine richiede una raccolta rigorosamente sterile. Il **cateterismo vescicale** riduce drasticamente il contatto con flora cutanea o perineale. Il sacchetto adesivo si contamina facilmente, generando falsi positivi e risultando inattendibile per confermare un'infezione. Resta utile esclusivamente come test di screening preliminare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Un'infezione delle vie urinarie può essere segno di una malformazione del tratto genito-urinario**: La comparsa di un'infezione urinaria precoce può segnalare un'alterazione morfologica o dinamica congenita. Malformazioni come il reflusso vescico-ureterale predispongono a colonizzazioni recidivanti e richiedono indagine radiologica dedicata.
- **C)** Nel lattante febbrile piccolo è sempre necessario indagare una possibile disseminazione batterica sistemica. L'emocoltura eseguita sul picco di temperatura individua tempestivamente una eventuale batteriemia associata al focolaio infettivo.
- **D) La metodica più affidabile per eseguire l'urinocoltura è il cateterismo vescicale**: La metodica risulta la più affidabile nella pratica pediatrica poiché minimizza il rischio di alterazioni microbiologiche. Garantisce campioni puliti paragonabili per qualità alla puntura sovrapubica.
- **E) Gli esami ematici per la valutazione degli indici di flogosi sono indicati in caso di sospetto stato settico**: Gli indici flogositici forniscono parametri quantitativi essenziali per stratificare il rischio clinico. Il monitoraggio di PCR, procalcitonina ed emocromo orienta correttamente le decisioni terapeutiche in presenza di un quadro compatibile con sepsi.

124 **Bambino di cinque mesi, unicogenito nato a termine, dopo gravidanza normodecorsa. Crescita regolare. Allattamento materno. Non problemi perinatali. Da qualche giorno presenta febbre (39 °C), inappetenza e qualche episodio di vomito. Il pediatra prescrive un'urinocoltura. In caso di urinocoltura positiva, la terapia antibiotica deve essere somministrata per via parenterale:**

- **A** **solo nelle forme complicate, con stato settico del paziente**
- **B** non appena ottenuto l'esito dell'antibiogramma
- **C** sempre
- **D** solo nei maschi di età inferiore ai due anni
- **E** solo nelle infezioni da Escherichia coli

Risposta giusta: A

La scelta della via di somministrazione dell'antibiotico dipende dalle **condizioni cliniche** del lattante e non dalla sola positività dell'urinocoltura. Se il paziente è stabile e tollera l'assunzione per bocca, si preferisce la **terapia orale**. La **via endovenosa** si riserva esclusivamente ai casi con manifestazioni complicate o al sospetto di **settico**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) non appena ottenuto l'esito dell'antibiogramma**: L'**antibiogramma** serve a guidare la scelta molecolare del farmaco, ma non costituisce il criterio che impone necessariamente la somministrazione parenterale. La decisione terapeutica deriva interamente dalla valutazione clinica del bambino e non dalla tempistica di arrivo del referto di laboratorio.
- **C) sempre**: Non tutte le infezioni urinarie diagnosticate in questa fascia d'età richiedono obbligatoriamente la correzione endovenosa. Nei quadri lievi e in presenza di un soggetto in buone condizioni generali si ricorre efficacemente alla somministrazione per bocca. Ignorare questa possibilità genera un intervento medicamentoso sproporzionato.
- **D) solo nei maschi di età inferiore ai due anni**: Sesso ed epoca possono influenzare statisticamente il rischio di sviluppare un'infezione, ma non determinano autonomamente la necessità di ricorso alla terapia parenterale. Basare il protocollo su questi dati equivarrebbe ad applicare un criterio eccessivamente arbitrario e privo di fondamento fisiopatologico diretto.
- **E) solo nelle infezioni da Escherichia coli**: L'identificazione specifica dell'agente eziologico non decide automaticamente il canale di ingresso del presidio farmacologico. L'**Escherichia coli** risulta il germe più frequente nelle indagini pediatriche, ma la selezione tra approccio orale o parenterale dipende esclusivamente dalla gravità del quadro clinico. Prioritizzare la specie batterica sopra il sintomo comprometterebbe la gestione tempestiva.

125 **Uomo di 35 anni, seguito dai servizi territoriali da 10 anni, giunge in Pronto Soccorso accompagnato dai genitori per riacutizzazione da circa una settimana del quadro clinico con comparsa di ritiro sociale, anoressia, delirio di tipo persecutorio incentrato sui colleghi, dispercezioni uditive di tipo imperativo. La mimica appare fatua, dissintona, eloquio da stimolare, tono dell'umore appiattito. Il sonno viene descritto come regolare. Qual è la diagnosi più plausibile?**

A Episodio maniacale
B Episodio depressivo maggiore
C **Schizofrenia**
D Disturbo di personalità schizoide
E Anoressia nervosa

Risposta giusta: C

Il quadro clinico presenta **deliri persecutori** e **allucinazioni uditive imperative**, associati a **sintomi negativi** come ritiro sociale e povertà dell'eloquio. La durata dei sintomi e il controllo territoriale da dieci anni indicano un **decorso cronico** tipicamente compatibile con la **schizofrenia**. Un sonno regolare esclude disturbi dell'umore acuti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Episodio maniacale**: Un episodio maniacale prevede umore espanso o irritabile, iperattività, riduzione del fabbisogno di sonno, logorrea e fuga delle idee. Qui il paziente mostra affettività piatta, isolamento comportamentale e un ciclo sonno regolare.
- **B) Episodio depressivo maggiore**: Il disturbo depressivo maggiore può manifestarsi con astenia e calo dell'appetito, ma in questo caso prevalgono i fenomeni psicotici. Mancano descrizioni di tristezza persistente, anedonia severa o alterazioni del sonno, mentre allucinazioni imperative e sospettosità orientano verso un quadro psicotico cronico.
- **D) Disturbo di personalità schizoide**: Il disturbo di personalità schizoide determina diffidenza sociale e assenza di desiderio relazionale, ma non include mai una sintomatologia psicotica franca. Non giustifica pertanto la comparsa di deliri o voci commandatorie.
- **E) Anoressia nervosa**: L'anoressia compare solo come sintomo transitorio, ma mancano i tratti fondamentali dei disturbi alimentari quali la paura patologica di ingrassare, la distorsione dell'immagine corporea e la fissazione sul controllo ponderale.

126 **Uomo di 35 anni, seguito dai servizi territoriali da 10 anni, giunge in Pronto Soccorso accompagnato dai genitori per riacutizzazione da circa una settimana del quadro clinico con comparsa di ritiro sociale, anoressia, delirio di tipo persecutorio incentrato sui colleghi, dispercezioni uditive di tipo imperativo. La mimica appare fatua, dissintona, eloquio da stimolare, tono dell'umore appiattito. Il sonno viene descritto come regolare. Quale trattamento risulta indicato?**

- **A** **Antipsicotico**
- **B** Antidepressivi Triciclici
- **C** Stabilizzante del tono dell'umore
- **D** Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina
- **E** Benzodiazepine

Risposta giusta: A

Deliri persecutori, allucinazioni uditive imperative, ritiro sociale e appiattimento affettivo indicano una **riacutizzazione psicotica**. L'**antipsicotico** è il trattamento di riferimento nella fase acuta, perché agisce sui sintomi positivi e aiuta a contenere il quadro. Il sonno regolare e l'assenza di elementi tipici di un episodio affettivo maggiore rendono meno probabile che il problema principale sia un disturbo dell'umore.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Antidepressivi Triciclici**: I triciclici sono antidepressivi più datati, con più effetti collaterali e un uso oggi più limitato. Non sono il trattamento indicato per una riacutizzazione psicotica.
- **C) Stabilizzante del tono dell'umore**: Gli stabilizzanti del tono dell'umore si usano soprattutto nei disturbi bipolari, quando il nucleo del problema è l'oscillazione dell'umore, con episodi maniacali o depressivi ricorrenti. Qui prevalgono i sintomi psicotici.
- **D) Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina**: Gli SSRI sono antidepressivi, utili nei disturbi depressivi e in alcuni disturbi d'ansia, ma non risolvono una sintomatologia psicotica e, se usati senza una corretta indicazione, possono complicare il quadro.
- **E) Benzodiazepine**: Le benzodiazepine possono essere usate come **supporto sintomatico**, per esempio in caso di agitazione o insonnia, ma non trattano il nucleo psicotico del disturbo e da sole non sono sufficienti.

127 **Uomo di 35 anni, seguito dai servizi territoriali da 10 anni, giunge in Pronto Soccorso accompagnato dai genitori per riacutizzazione da circa una settimana del quadro clinico con comparsa di ritiro sociale, anoressia, delirio di tipo persecutorio incentrato sui colleghi, dispercezioni uditive di tipo imperativo. La mimica appare fatua, dissintona, eloquio da stimolare, tono dell'umore appiattito. Il sonno viene descritto come regolare. Nel caso di scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici orali, quale strategia terapeutica è più opportuna per la prevenzione delle ricadute?**

A Counseling psicologico
B Riabilitazione cognitiva
C Terapia occupazionale
D Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
E **Terapia con farmaci antipsicotici long-acting**

Risposta giusta: E

In un paziente con psicosi cronica e scarsa aderenza ai farmaci orali, la strategia più efficace per prevenire le ricadute consiste nell'utilizzare **formulazioni a lunga durata d'azione**. Questo approccio garantisce **livelli plasmatici costanti**, elimina le dimenticanze e riduce il rischio di **sospensioni involontarie** che causano peggioramento clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Counseling psicologico**: Il counseling psicologico offre sostegno emotivo e rafforza l'alleanza con il paziente, ma non può sostituire la copertura farmacologica necessaria per stabilizzare il quadro psicotico.
- **B) Riabilitazione cognitiva**: La riabilitazione cognitiva lavora sui deficit attentivi e mnemoni per favorire l'autonomia personale, ma non risponde all'esigenza immediata di garantire continuità terapeutica contro le recidive.
- **C) Terapia occupazionale**: La terapia occupazionale promuove il recupero funzionale nella vita quotidiana attraverso percorsi di riabilitazione psicosociale, ma non agisce sulla compliance terapeutica né previene gli episodi acuti.
- **D) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**: L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing è un protocollo specifico per i disturbi da trauma e lo stress post-traumatico, risultando incongruo in questo scenario clinico.

128 **Qual è l'aspetto radiologico caratteristico dell'ileo meccanico?**

A Aria in ampolla rettale

B Liquido in ampolla rettale

C Distensione della cornice colica

D Assenza di livelli idroaerei

E Presenza di livelli idro-aerei disposti a diversa altezza

Risposta giusta: E

Nell'**ileo meccanico** un ostacolo impedisce il transito intestinale, causando accumulo di liquido e gas a monte dell'occlusione. La radiografia addominale mostra così **anse dilatate** con **livelli idro-aerei** multipli disposti a **diversa altezza**. Questo gradiente riflette la **separazione** delle fasi gassosa e liquida nelle porzioni intestinali colpite dal blocco.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aria in ampolla rettale**: Nell'occlusione meccanica, soprattutto se completa, l'aria presente distalmente al punto di blocco tende a ridursi o scomparire perché il contenuto non riesce più a progredire fino al retto.
- **B) Liquido in ampolla rettale**: Il segmento intestinale distale all'ostruzione si presenta tipicamente svuotato o povero di contenuto gassoso e fecale; pertanto la presenza di liquido in ampolla rettale è atipica e incoerente con il meccanismo obstructivo.
- **C) Distensione della cornice colica**: Pur potendosi manifestare in alcune occlusioni del colon, la distensione della cornice colica non costituisce il reperto diagnostico principale e non definisce in modo specifico l'ileo meccanico dell'intestino tenue.
- **D) Assenza di livelli idroaerei**: L'assenza di questi reperti esclude il quadro occlusivo classico e suggerisce condizioni non occlusive o una valutazione diversa, poiché le alterazioni del transito producono sempre una riorganizzazione dei contenuti intestinali visibili.

129 **Un uomo di 60 anni accede in Pronto Soccorso in seguito all'insorgenza di dispnea e tachipnea. Tra gli esami ematochimici il dato saliente è un valore di D-dimero plasmatico intorno agli 800 ng/mL. Quale tra i seguenti reperti TC è il più suggestivo di una tromboembolia polmonare?**

A La presenza di plurimi noduli calcifici polmonari

B **Difetto di opacizzazione di una parte o di tutto un vaso arterioso polmonare**

C La presenza di una soluzione di continuo nella parete dell'arco aortico

D Una incrementata opacizzazione dei vasi arteriosi polmonari da parte del mezzo di contrasto

E La mancata opacizzazione di porzioni di aorta ascendente e discendente

Risposta giusta: B

L'angio-Tc polmonare mostra un **difetto di riempimento** quando il mezzo di contrasto non arriva a occupare tutto il lume vasale per la presenza di un **trombo**. Questo reperto è il segno radiologico più tipico della trombosi embolica polmonare. Il valore alterato del D-dimero conferma un processo trombotico attivo, ma da solo non garantisce la diagnosi definitiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** La presenza di plurimi noduli calcifici polmonari orienta verso esiti di vecchie infezioni o granulomi cronici, condizioni benigne lontane dalla fisiopatologia dell'embolia acuta.
- **C)** La presenza di una soluzione di continuo nella parete dell'arco aortico richiama una patologia aortica, in particolare dissezione, che interessa la circolazione sistemica e non le arterie polmonari.
- **D)** Una incrementata opacizzazione dei vasi arteriosi polmonari non è un segno patologico specifico di embolia; nella TEP ci si aspetta invece un'area non opacizzata dove il mezzo di contrasto viene impedito dal coagulo.
- **E)** La mancata opacizzazione di porzioni di aorta ascendente e discendente è un reperto atipico per questa patologia e orienta verso problematiche dell'aorta come dissezione o alterazioni del flusso sistematico.

130 **Paziente di 45 anni esegue indagine Risonanza Magnetica della colonna lombare per lombalgia da 2 mesi non responsiva ai farmaci antifiammatori. L'immagine mostra una RM del rachide lombare su quale dei tre piani anatomici?**

A Piano assiale puro

B Piano coronale puro

C Piano sagittale obliquo per lo studio dei peduncoli

D Piano sagittale obliquo per lo studio dei forami di coniugazione

E Piano sagittale puro

Risposta giusta: E

Il piano sagittale puro attraversa verticalmente la **colonna** mostrandola in profilo lungo il suo asse longitudinale. Permette di valutare correttamente i dischi intervertebrali, il canale vertebrale e l'allineamento dei corpi vertebrali. La visualizzazione delle vertebre sovrapposte senza inclinazione laterale conferma l'acquisizione su questo piano standard.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Piano assiale puro**: Il **piano assiale** effettua un taglio trasversale generando una visione in sezione. È funzionale per analizzare radici nervose e recessi laterali ma non corrisponde alla disposizione verticale descritta.
- **B) Piano coronale puro**: Il **piano coronale** separa il corpo in parte anteriore e posteriore fornendo una vista frontale. Rappresenta un orientamento meno indicato per lo studio routinario della lombalgia.
- **C) Piano sagittale obliquo per lo studio dei peduncoli**: Il piano sagittale obliquo dedicato ai peduncoli costituisce un'acquisizione particolare. Serve per valutazioni mirate e non rimpiazza la scansione di base standard.
- **D) Piano sagittale obliquo per lo studio dei forami di coniugazione**: Il piano sagittale obliquo viene impiegato quando è necessario seguire l'orientamento preciso dei forami intervertebrali. Si utilizza in casi specifici poiché questi forami non coincidono perfettamente con l'asse del sagittale classico.

131 **Paziente di 45 anni esegue indagine Risonanza Magnetica della colonna lombare per lombalgia da 2 mesi non responsiva ai farmaci antifiammatori. Nella RM si rileva una probabile metastasi ossea. Quale indagine è la più appropriata per identificare la presenza di metastasi ossee?**

- **A** **Scintigrafia ossea**
- **B** TC del rachide in toto
- **C** Esame ecografico selettivo delle regioni scheletriche sospette
- **D** TC dello scheletro in toto con mezzo di contrasto
- **E** TC con protocollo a bassa dose di tutto lo scheletro

Risposta giusta: A

La scintigrafia ossea è l'esame di riferimento per lo screening delle metastasi scheletriche grazie alla sua elevata **sensibilità** nel rilevare aree di aumentato **metabolismo osseo**. Questa caratteristica permette di identificare lesioni ancora minime o non chiaramente visibili con altre metodiche, rendendola ideale per valutare un eventuale **coinvolgimento diffuso**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) TC del rachide in toto**: Limitare l'esame al rachide totale risulta insufficiente perché la ricerca di metastasi richiede una visione completa dello scheletro per escludere coinvolgimenti in sedi diverse.
- **C) Esame ecografico selettivo delle regioni scheletriche sospette**: L'ecografia non è adatta a visualizzare l'osso in profondità e non offre le caratteristiche necessarie per uno screening sistematico del tessuto scheletrico.
- **D) TC dello scheletro in toto con mezzo di contrasto**: La TC dello scheletro intero con mezzo di contrasto può contribuire allo staging oncologico generale ma resta meno indicata come esame specifico per identificare metastasi ossee.
- **E) TC con protocollo a bassa dose di tutto lo scheletro**: La TC del corpo entero con protocollo a bassa dose valuta bene i danni strutturali ma presenta una minore sensibilità per le lesioni iniziali o diffuse rispetto alla scintigrafia.

132 **Paziente di 45 anni sottoposta a quadrantectomia per carcinoma duttale della mammella sinistra, pT1cpN0 con recettori ormonali positivi. Le viene prescritta terapia ormonale e viene avviata a radioterapia. Quale, tra i seguenti, è lo scopo del trattamento radioterapico in questa paziente?**

A Neo-adiuvante
B Citoriduttivo
C Radicale
D Palliativo
E Adiuvante

Risposta giusta: E

La paziente è già stata operata con quadrantectomia e la chirurgia ha rimosso il tumore visibile. La radioterapia somministrata dopo l'intervento mira a **eliminare cellule residue** nel letto chirurgico. Questo approccio riduce il rischio di **recidiva locale** e completa il trattamento principale, configurandosi come **terapia adiuvante**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Neo-adiuvante**: La terapia neo-adiuvante viene somministrata prima dell'intervento chirurgico con l'obiettivo di diminuire le dimensioni del tumore. In questo scenario la radioterapia è invece indicata nella fase successiva all'asportazione.
- **B) Citoriduttivo**: Un trattamento citoriduttivo mira a ridurre significativamente la massa tumorale presente al momento della diagnosi. Non si applica in questo caso perché il tessuto neoplastico è già stato asportato durante l'operazione.
- **C) Radicale**: La radioterapia radicale funge da trattamento primario con finalità curativa. Viene utilizzata quando l'intervento chirurgico non è possibile o si preferisce un approccio conservativo definitivo, mentre qui svolge solo un ruolo complementare.
- **D) Palliativo**: La radioterapia palliativa ha lo scopo di controllare sintomi o complicanze derivanti da una malattia avanzata. Si impiegherebbe per gestire dolore o compressione da metastasi, non in un contesto di cura attiva post-operatoria.

133 **Quale delle seguenti alterazioni endocrinologiche è più frequentemente associata all'artropatia da deposizione di cristalli di pirofosfato di calcio?**

A Ipotiroidismo

B **Iperparatiroidismo primario**

C Sindrome di Cushing

D Iperprolattinemia

E Diabete mellito tipo I

Risposta giusta: B

L'**ipertiroidismo primario** è un profilo endocrinologico classico e frequente nella **condrocalcinosi**, nota anche come **pseudogotta**. L'aumento dei livelli di paratormone promuove attivamente la **deposizione** di **cristalli di pirofosfato di calcio** nei tessuti connettivi articolari. Questo nesso patogenetico rappresenta una correlazione clinica fondamentale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipotiroidismo**: L'ipotiroidismo appartiene al gruppo delle endocrinopatie talvolta citate in ambito ortopedico, ma non spicca come causa predominante. Le sue manifestazioni si distanziano significativamente dalla frequenza e specificità osservate nell'ipertiroidismo primario.
- **C) Sindrome di Cushing**: La sindrome di Cushing non produce un legame caratteristico o statisticamente rilevante. Seppur capace di indurre multiple problematiche scheletriche, non determina specificamente l'accumulo dei cristalli in questione.
- **D) Iperprolattinemia**: L'iperprolattinemia risulta completamente scollegata dai meccanismi di calcificazione cartilaginea. Mancano evidenze cliniche che la inseriscano tra le alterazioni ormonali rilevanti per questa condizione.
- **E) Diabete mellito tipo I**: Il diabete mellito tipo I non configura un'associazione strutturale con la deposizione di pirofosfato di calcio. Pur essendo presente in vari contesti metabolici o reumatologici, non figura tra le eziologie endocrine primarie della patologia.

134 **Un uomo di 56 anni giunge all'attenzione medica riferendo comparsa nella notte di intenso dolore a livello del ginocchio destro. Ha assunto paracetamolo 1 grammo, con scarso beneficio. Si sospetta artropatia da cristalli. Quale dei seguenti approcci consente una diagnosi di certezza di artropatia da cristalli?**

A Terapia ex iuvantibus con indometacina

B **Artrocentesi**

C Ecografia articolare

D Radiogramma standard

E Dosaggio uricemia

Risposta giusta: B

La diagnosi di certezza richiede l'analisi del **liquido sinoviale** ottenuta tramite **artrocentesi**. L'esame al microscopio a **luce polarizzata** visualizza direttamente i cristalli, permettendo di distinguere l'urato monosodico dal pirofosfato di calcio. Gli altri esami hanno solo valore orientativo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia ex iuvantibus con indometacina**: La terapia ex iuvantibus con indometacina è compatibile con il quadro ma non costituisce prova diagnostica. La risposta clinica ai FANS non sostituisce mai la dimostrazione morfologica dei cristalli.
- **C) Ecografia articolare**: L'ecografia articolare evidenzia depositi e infiammazione ma non conclude la diagnosi. Orienta il sospetto clinico senza fornire evidenza assoluta.
- **D) Radiogramma standard**: Il radiogramma standard mostra solo reperti indiretti o tardivi come erosioni e calcificazioni. Non dimostra la presenza dei cristalli né valida la diagnosi nelle fasi iniziali.
- **E) Dosaggio uricemia**: Il dosaggio dell'uricemia è insufficiente perché i livelli possono essere normali durante la crisi acuta o elevati senza sintomatologia articolare. Non referta la concentrazione locale dei cristalli.

135 **Un uomo di 56 anni giunge all'attenzione medica riferendo comparsa nella notte di intenso dolore a livello del ginocchio destro. Ha assunto paracetamolo 1 grammo, con scarso beneficio. Si sospetta artropatia da cristalli. Si pone diagnosi di artrite gottosa e viene avviata un'appropriata terapia. Dopo 3 giorni di terapia il paziente riferisce comparsa di importante diarrea. Quale dei seguenti farmaci comunemente utilizzati nella terapia dell'artrite gottosa si associa più comunemente a tale effetto collaterale?**

A Allopurinolo

B **Colchicina**

C Inibitore dell'interleuchina 1

D Naprossene

E Prednisone

Risposta giusta: B

La colchicina è il farmaco di riferimento per l'attacco acuto di gotta. Uno dei suoi effetti indesiderati più frequenti è la **diarrea**, che insorge precocemente ed è strettamente **dose-dipendente**. Tale tossicità deriva dall'interferenza con la polimerizzazione dei **microtubuli**, che danneggia soprattutto le cellule a rapido turnover della **mucosa intestinale**. L'insorgenza rapida di diarrea dopo pochi giorni di terapia orienta quindi verso questo agente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Allopurinolo**: L'allopurinolo ha ruolo preventivo e non è indicato per la fase acuta. Le complicanze più rilevanti includono eruzioni cutanee e reazioni di ipersensibilità, mentre il farmaco non provoca tipicamente diarrea.
- **C) Inibitore dell'interleuchina 1**: Gli inibitori dell'interleuchina-1 sono destinati alla gotta refrattaria o a pazienti selezionati. Gli eventi avversi principali consistono in infezioni o reazioni locali, senza un'associazione epidemiologica consolidata con il disturbo digestivo descritto.
- **D) Naprossene**: I FANS possono provocare disturbi gastrointestinali, ma il quadro clinico più frequente comprende gastralgia, dispepsia o sanguinamento mucosale. La diarrea non rappresenta l'effetto collaterale caratteristico di questa classe nel trattamento della gotta acuta.
- **E) Prednisone**: I corticosteroidi si riservano quando gli altri farmaci sono controindicati. Il loro profilo avverso vede predominare iperglicemia, ritenzione idrica e alterazioni metaboliche, escludendo la diarrea come sintomo primario.

136 **Una donna di 19 anni presenta addominalgia e diarrea postprandiali ed esegue una esofagogastroduodenoscopia nel sospetto di un malassorbimento. Che cosa si può dedurre dall'immagine?**

A È presente una neoformazione
B È presente un'ulcera della mucosa
C **È presente una atrofia della mucosa**
D È presente sanguinamento della mucosa
E Sono presenti fistole e ascessi

Risposta giusta: C

Nell'indagine per malassorbimento l'endoscopia mostra una mucosa tenue appiattita con scomparsa dei tipici rilievi e delle pliche. Tale aspetto riflette una **perdita dei villi intestinali**, quadro tipico dell'**atrofia mucosa** frequentemente associato alla celiachia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È presente una neoformazione**: Una **neoformazione** si vedrebbe come una lesione rilevata o vegetante, ben distinta dalla mucosa circostante; nel sospetto di malassorbimento il reperto atteso è invece l'appiattimento diffuso della mucosa duodenale, senza masse.
- **B) È presente un'ulcera della mucosa**: Definisce un'**ulcera** come una soluzione di continuo ben delimitata con fondo depresso e margini netti, reperto non coerente con l'impoverimento esteso osservato nei disturbi da malassorbimento.
- **D) È presente sanguinamento della mucosa**: Riferisce al **sanguinamento**, visibile tramite tracce ematiche o flusso attivo, mentre l'esame mostra esclusivamente una superficie liscia e atrofica senza versamenti.
- **E) Sono presenti fistole e ascessi**: Evoca **fistole** e **ascessi**, segni caratteristici delle malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn, estranei al contesto di un semplice episodio di malassorbimento valutato con gastroscopia.

137 **Il ministero della Sanità sta cercando di organizzare un test di screening per la diagnosi precoce di una patologia neoplastica. Uno dei test di screening ha una sensibilità del 90%. Quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

A È atteso un 10% di falsi positivi
B È atteso un 10% di veri negativi
C È atteso un 90% di falsi positivi
D **È atteso un 10% di falsi negativi**
E È atteso un 90% di veri negativi

Risposta giusta: D

Una **sensibilità** del 90% indica che il test riconosce correttamente nove pazienti su dieci effettivamente colpiti dalla patologia. Di conseguenza, il decimo soggetto malato non viene individuato e produce un risultato **falsi negativi**. Tale indicatore valuta esclusivamente la popolazione con la malattia, mentre la valutazione dei soggetti sani si basa sulla **specificità**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È atteso un 10% di falsi positivi**: I falsi positivi riguardano casi in cui il risultato è positivo nonostante il soggetto sia sano. Il loro tasso si calcola a partire dalla specificità e non è legato alla sensibilità del test.
- **B) È atteso un 10% di veri negativi**: Anche questa opzione fa riferimento alla corretta classificazione dei soggetti sani. I veri negativi si ottengono studiando la specificità e non il rendimento diagnostico sui malati.
- **C) È atteso un 90% di falsi positivi**: L'opzione riporta un valore numericamente errato e associa i falsi positivi alla sensibilità. La generazione di questi errori dipende unicamente dall'indice di specificità.
- **E) È atteso un 90% di veri negativi**: I veri negativi misurano la capacità del test di confermare l'assenza di malattia nei sani. Questo dato deriva dalla specificità e non dalla sensibilità.

138 **Una donna di 36 anni si reca in Pronto Soccorso lamentando un forte dolore al fianco sinistro, irradiato all'inguine. In sala di attesa comincia ad avere brividi e febbre. Qual è l'iter diagnostico più appropriato?**

A Ecografia trans-vaginale, esami ematochimici e TC addome
B Antibioticoterapia e ricovero in osservazione
C Valutazione anestesiologica urgente
D **Esami ematochimici ed ecografia addome**
E Esami ematochimici e TC addome

Risposta giusta: D

Il quadro clinico descrive un dolore lombare irradiato all'inguine associato a **febbre** e brividi, tipico di un'infezione delle vie urinarie superiori o di una colica nefro ureterale complicata. Gli esami ematochimici valutano i parametri infiammatori e la funzionalità renale. L'**ecografia** addominale rappresenta l'indagine di primo livello per evidenziare idronefrosi o ostruzioni senza esporre la paziente a radiazioni ionizzanti. La **TC** rimane riservata ai casi dubbi o quando l'esame precedente non è diagnostico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ecografia trans-vaginale, esami ematochimici e TC addome**: L'integrazione dell'ecografia transvaginale concentra erroneamente l'attenzione su patologie ginecologiche. I sintomi riferiti sono compatibili con un'origine urinaria e quindi tale approfondimento sarebbe fuorviante al primo stadio. Si mantiene inoltre la TC aumentando inutilmente l'esposizione alle radiazioni.
- **B) Antibioticoterapia e ricovero in osservazione**: Prescrivere antibioticoterapia e ricovero senza accertamenti preliminari è prematuro. Sebbene la febbre suggerisca un'infezione batterica, è fondamentale escludere preventivamente un'ostruzione urinaria perché la contemporanea presenza di idronefrosi e infezione modifica radicalmente la strategia terapeutica richiedendo spesso un drenaggio urgente.
- **C) Valutazione anestesiologica urgente**: La valutazione anestesiologica urgente non è indicata nell'inquadramento diagnostico iniziale del dolore acuto. Tale consulto viene richiesto soltanto dopo la definizione di un protocollo operatorio o endoscopico immediato.
- **E) Esami ematochimici e TC addome**: La TC addome espone a radiazioni ionizzanti e non costituisce il passo iniziale. In una paziente giovane si privilegia un approccio non irradiante iniziando dall'ecografia che già fornisce dati utili sull'eventuale ostruzione.

139 **Una donna di 36 anni si reca in Pronto Soccorso lamentando un forte dolore al fianco sinistro, irradiato all'inguine. In sala di attesa comincia ad avere brividi e febbre. Quale tipo di calcoli NON è visibile a un RX addome?**

A Idrossiapatite
B Xantina
C **Acido urico**
D Cistina
E Ossalato di calcio

Risposta giusta: C

I calcoli di acido urico sono **radiotrasparenti** e non si evidenziano con una radiografia diretta dell'addome. Questa caratteristica dipende dalla mancanza di **calcio**, elemento che assorbe i raggi X e rende visibili gli altri tipi di nefrolitiasi. La distinzione radiologica resta fondamentale nell'approccio rapido alla colica renale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Idrossiapatite**: L'idrossiapatite contiene anch'essa cristalli di calcio, garantendo al calcolo una densità adeguata per essere rilevato dalla RX addominale.
- **B) Xantina**: Le xantine rappresentano una categoria rara e mostrano effettivamente tendenza alla radiotrasparenza; tuttavia, nella formulazione classica di questo quesito la risposta attenda e consolidata in ambito formativo continua a essere l'acido urico.
- **D) Cistina**: I calcoli di cistina risultano solo debolmente radiopaci e possono mostrare un contrasto limitato, ma non condividono la completa radiotrasparenza tipica dell'acido urico.
- **E) Ossalato di calcio**: L'ossalato di calcio è **radiopaco** per la sua elevata densità minerale e si visualizza con chiarezza negli esami radiografici semplici.

140 **Una donna di 36 anni si reca in Pronto Soccorso lamentando un forte dolore al fianco sinistro, irradiato all'inguine. In sala di attesa comincia ad avere brividi e febbre. Quale farmaco può essere utile nell'espulsione di litiasi prevescicale?**

A Inibitore delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5)

B Inibitore delle 5-alfariduttasi (5-ARI)

C **Alpha-litico**

D Cortisone

E Anti-muscarinico

Risposta giusta: C

Gli **alfa-bloccanti** rilassano la muscolatura liscia dell'uretere, privilegiando la sua porzione distale. Questa azione riduce la resistenza al transito del **calcolo** e ne agevola l'**espulsione** spontanea. La terapia medica espulsiva è indicata per litiasi in sede ureterale inferiore.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Inibitore delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5)**: Gli inibitori della PDE-5 servono principalmente per trattare la disfunzione erettile e talvolta i sintomi urinari legati all'ipertrofia prostatica. Mancano di efficacia dimostrata nel processo di espulsione dei calcoli.
- **B) Inibitore delle 5-alfariduttasi (5-ARI)**: Gli inibitori della 5-alfa-reduttasi gestiscono l'ipertrofia prostatica benigna riducendo gradualmente il volume ghiandolare. Mantengono scarsa attinenza con la patologia litiasica urinaria.
- **D) Cortisone**: I corticosteroidi non rappresentano la scelta indicata per favorire il passaggio dei calcoli. Possono esplicare un'attività antinfiammatoria ma non costituiscono il farmaco di riferimento per la gestione espulsiva.
- **E) Anti-muscarinico**: Gli antimuscarinici non sono impiegati per questa finalità. Riducono prevalentemente spasmi e disagi vescicali, privi di un ruolo validato nell'accelerare l'eliminazione dei calcoli ureterali.

TEST SSM 2017

RIFALLA NELL'APP

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT