PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2019

A B ✓ D E

SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

Testo della prova SSM 2019 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	139 quesiti
Totale	**139 quesiti**

In questa versione ci sono **139 domande su 140** della prova, quelle con la nostra soluzione commentata; le altre (quasi tutte con un'immagine) le aggiungiamo appena pronte.

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 **Un uomo di 23 anni, dopo una cena a base di crostacei, presenta pomfi localizzati su tutto il corpo e prurito diffuso. Riferisce inoltre comparsa di dispnea e una sensazione di "nodo alla gola". Tutti i farmaci riportati potrebbero avere un ruolo nella gestione di questa reazione, TRANNE uno: quale?**

A Adrenalina
B Salbutamolo
C Anti-istaminici H_1
D Corticosteroidi sistemici
E Beta-bloccante

Risposta giusta: E

Il quadro clinico indica una **anafilassi**. La terapia immediata ed essenziale è l'**adrenalina**, che blocca vasodilatazione ed edema delle vie aeree. I **beta-bloccanti** devono essere esclusi perché antagonizzano l'effetto epinefrinico del farmaco salvavita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Adrenalina**: È il trattamento di elezione nello shock anafilattico. Agisce direttamente sui recettori simpatici per stabilizzare la pressione arteriosa e migliorare la ventilazione.
- **B) Salbutamolo**: Viene impiegato come presidio complementare per il broncospasmo persistente. Dilata i bronchi ma non influisce sulla stabilità cardiovascolare né sull'eruzione cutanea.
- **C) Anti-istaminici H_1**: Gli antistaminici H_1 sono una terapia di **supporto** per prurito e orticaria: modulano la risposta istaminica cutanea ma non correggono l'ipotensione né l'edema delle vie aeree, per cui si danno dopo l'adrenalina.
- **D) Corticosteroidi sistemici**: I **corticosteroidi sistemici** si usano come terapia aggiuntiva nell'anafilassi: agiscono in ore, quindi non sostituiscono l'adrenalina, ma possono ridurre il rischio di reazioni protratte o bifasiche.

2 **Il carcinoma gastrico iniziale ("early gastric cancer") è una lesione:**

A pre-cancerosa
B epiteliale maligna che insorge precocemente nella vita del soggetto
C **epiteliale maligna limitata alla mucosa e sottomucosa**
D epiteliale maligna che non presenta mai metastasi linfonodali
E epiteliale maligna limitata alla zona antrale

Risposta giusta: C

Il **carcinoma gastrico iniziale** definisce una neoplasia confinata alla **mucosa** o alla **sottomucosa**. La classificazione dipende esclusivamente dalla profondità di infiltrazione della parete gastrica. Non varia in base alle metastasi regionali o all'età del paziente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) pre-cancerosa**: Si tratta di una neoplasia maligna conclamata. Le forme precancrose rappresentano condizioni precedenti al danno invasivo.
- **B) epiteliale maligna che insorge precocemente nella vita del soggetto**: Il termine descrive lo stadio evolutivo e non l'età cronologica. Una lesione precoce può emergere anche in età avanzata.
- **D) epiteliale maligna che non presenta mai metastasi linfonodali**: Il tumore può comunque diffondere ai linfonodi vicini. La denominazione "iniziale" fa riferimento solo allo spessore della parete interessata.
- **E) epiteliale maligna limitata alla zona antrale**: La sede anatomica non influisce sulla classificazione. Conta esclusivamente il livello di penetrazione negli strati tissutali.

3 **Una donna si presenta all'attenzione del medico per la presenza di frequenti perdite vaginali a carattere ematico. Il ginecologo decide di eseguire un'ecografia transvaginale, cui segue un'isteroscopia che evidenzia la presenza di una neoformazione compatibile con un carcinoma dell'endometrio. A livello morfologico, qual è l'istotipo di carcinoma dell'endometrio di tipo II più frequente?**

A Endometrioide
B Tumore misto mülleriano
C Mucinoso
D **Sieroso**
E Indifferenziato

Risposta giusta: D

I carcinomi endometriali di **tipo II** sono neoplasie aggressive indipendenti dagli estrogeni e si originano tipicamente su un fondo di **endometrio atrofico**. Tra queste varianti la forma **sierosa** risulta la più diffusa, presentando caratteristiche istologiche di alto grado e una prognosi sfavorevole dovuta alla precoce disseminazione peritoneale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Endometrioide**: L'istotipo endometrioide domina statisticamente tra tutti i tumori uterini ma appartiene alla classe di **tipo I**, poiché richiede un contesto di esposizione estrogenica prolungata per evolvere.
- **B) Tumore misto mülleriano**: Le entità a componenti miste rappresentano figure biologiche complesse e potenzialmente letali, ma la loro distribuzione epidemiologica le colloca ben al di sotto della diffusione consolidata della variante sierosa nelle graduatorie dei tumori non estrogeno-dipendenti.
- **C) Mucinoso**: La differenziazione mucinosa costituisce una possibilità istologica reale ma rimane clinicamente rilevante solo per la sua bassa incidenza, senza soddisfare il criterio di massima frequenza tipico dei carcinomi avanzati.
- **E) Indifferenziato**: Sebbene il profilo cellulare indifferenziato rifletta una malignità marcata e un decorso clinico rapido, la sua prevalenza resta inferiore a quella della variante sierosa nella stratificazione patologica moderna.

4 **Un ragazzo di 16 anni presenta febbre, leucocitosi e dolore alla coscia sinistra. Una RX mostra una lesione osteolitica a tarlatura, permeazione della corticale e reazione periostale a "brattee di cipolla" a livello della diafisi del femore sinistro. L'esame istologico condotto su materiale bioptico mostra un tessuto costituito da piccole cellule rotonde monomorfe che risultano positive alla colorazione immunoistochimica per CD99. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Sarcoma di Ewing/PNET**
- **B** Metastasi da carcinoma neuroendocrino del polmone
- **C** Linfoma linfoblastico
- **D** Mieloma
- **E** Osteomielite

Risposta giusta: A

Il quadro clinico combina sintomi infiammatori come febbre e leucocitosi con una localizzazione tipica nella diafisi delle ossa lunghe. La radiografia rivela una reazione periostale a brattee di cipolla, segno classico della malattia. L'esame istologico conferma la diagnosi mostrando piccole cellule rotonde monomorfe positive per CD99.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Metastasi da carcinoma neuroendocrino del polmone**: Un carcinoma polmonare neuroendocrino rappresenta una diagnosi esclusiva della popolazione adulta e non dell'adolescente. La sede ossea e i reperti istologici risultano nettamente più coerenti con un sarcoma primitivo delle ossa.
- **C) Linfoma linfoblastico**: Il linfoma linfoblastico può causare masse ossee o coinvolgimento midollare ma non è la diagnostica più probabile. La combinazione di localizzazione diafisaria, aspetto radiologico a strati e positività per CD99 orienta decisamente verso il sarcoma di Ewing.
- **D) Mieloma**: Il mieloma multiplo è una patologia tipica dell'adulto o anziano e non compare in un paziente di 16 anni. Colpisce prevalentemente con lesioni litiche multiple e non rispetta il pattern istologico e immunoistochimico descritto.
- **E) Osteomielite**: Il quadro clinico con febbre e leucocitosi può ingannare facendo pensare a un'infezione attiva. Tuttavia la radiografia e soprattutto il reperto istologico non sono compatibili con un processo flogistico poiché evidenziano un tumore a piccole cellule rotonde.

5 **Un giovane di 22 anni muore improvvisamente durante una partita di calcetto. All'esame autoptico il cuore risulta di dimensioni e forma conservate all'esame esterno, mentre al taglio e all'esame istologico mostra sostituzione adiposa e fibro-adiposa del miocardio sia del ventricolo destro (a volte con interessamento transmurale) sia del ventricolo sinistro (limitata al terzo esterno della parete). Qual è la diagnosi più probabile?**

A Cardiomiopatia ipertrofica

B Cardiomiopatia aritmogena

C Cardiomiopatia dilatativa

D Cardiopatia ischemica cronica

E Cardiomiopatia restrittiva

Risposta giusta: B

La morte improvvisa durante sforzo in un giovane con cuore esternamente normale e istologia che mostra sostituzione **fibro-adiposa** del miocardio indica la cardiomiopatia aritmogena. La lesione colpisce prevalentemente il **ventricolo destro** e può estendersi al ventricolo sinistro nel terzo esterno della parete. Le alterazioni strutturali predispongono ad **aritmie maligne** che rappresentano spesso la prima manifestazione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cardiomiopatia ipertrofica**: Sebbene sia una frequente causa di morte improvvisa in questa fascia d'età, il reperto anatomopatologico corrispondente evidenzia ipertrofia del miocardio spesso asimmetrica e disarray delle fibre muscolari, esclusa la sostituzione fibro-adiposa.
- **C) Cardiomiopatia dilatativa**: L'anatomia morbosa prevede un cuore in genere dilatato e spesso ipocinetico, mentre nella descrizione fornita le dimensioni esterne risultano conservate e il dato diagnostico decisivo resta la sostituzione fibro-adiposa del miocardio.
- **D) Cardiopatia ischemica cronica**: La patologia produce esiti di infarto e cicatrici miocardiche inseriti in un contesto di aterosclerosi coronarica, senza il pattern classico di infiltrazione adiposa e fibrosa localizzata al ventricolo destro osservato nei soggetti giovani.
- **E) Cardiomiopatia restrittiva**: Il quadro clinico caratteristico prevede un problema primario di riempimento ventricolare associato a pareti rigide e alterazioni emodinamiche specifiche, senza la sostituzione fibro-adiposa tipica del miocardio descritta nel referto autoptico.

6 **Nella terapia del dolore nocicettivo senza sensibilizzazione spinale, NON è indicato somministrare:**

A oppioidi

B **gabapentinoidi**

C FANS

D paracetamolo

E corticosteroidi

Risposta giusta: B

Nel dolore nocicettivo privo di sensibilizzazione spinale si agisce principalmente sulla trasmissione classica e sull'**infiammazione** periferica. I gabapentinoidi modulano canali ionici e sono riservati al dolore neuropatico o alle condizioni con attiva **sensibilizzazione centrale**, risultando pertanto inefficaci in questo specifico quadro clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) oppioidi**: non vanno esclusi a priori e restano fondamentali per controllare il dolore intenso o refrattario, da utilizzare quando i farmaci di primo livello non garantiscono una copertura adeguata.
- **C) FANS**: rappresentano una scelta farmacologica consolidata per inibire la cicloossigenasi e agire efficacemente sul dolore nocicettivo, specie quando è presente una spiccata componente infiammatoria.
- **D) paracetamolo**: sono indicati nei quadri lievi o moderati, spesso impiegati singolarmente o in **associazione terapeutica** per potenziarne l'effetto analgesico e minimizzare gli effetti avversi.
- **E) corticosteroidi**: mantengono un ruolo utile in contesti selezionati con marcata componente infiammatoria, pur non essendo considerati analgesici di prima linea per il dolore nocicettivo semplice.

7 **Lo shock spinale si presenta con:**

A ipotensione ortostatica e tachicardia
B ipertensione e bradicardia
C ipotensione e tachicardia
D ipertensione e tachicardia
E ipotensione e bradicardia

Risposta giusta: E

Nello shock spinale la lesione midollare provoca la **perdita del controllo simpatico**. Questo determina una marcata **vasodilatazione** periferica che causa l'**ipotensione** e la contemporanea rimozione del tono cardiaco simpatico, portando alla **bradicardia**. Il quadro si differenzia dagli altri stati shock perché il danno neurale impedisce la classica risposta compensatoria tachicardica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) ipotensione ortostatica e tachicardia**: L'ipotensione ortostatica dipende da meccanismi autonomici diversi legati al cambio posturale. Qui la pressione cede per la paralisi vasomotoria centrale ed è accompagnata da rallentamento cardiaco, non da aumento del battito.
- **B) ipertensione e bradicardia**: La bradicardia è presente ma non può associarsi a valori pressori alti. La perdita del tono vasomotorio simpatico rende incompatibile qualsiasi stato ipertensivo nella fase acuta.
- **C) ipotensione e tachicardia**: Questa associazione caratterizza altri tipi di shock dove la frequenza aumenta come compenso alla gittata ridotta. Nello shock spinale il danno midollare blocca proprio i riflessi che inducono la tachicardia.
- **D) ipertensione e tachicardia**: L'ipertensione non compare perché la mancata attivazione dei vasi provoca invece caduta pressoria. La tachicardia è assente poiché i circuiti simpatici cardiaci risultano interrotti.

8 **Quando si utilizza un anestetico locale NON è necessario valutare:**

A onset di azione
B potenza
C permeabilità capillare
D durata d'azione
E concentrazione della formulazione farmaceutica

Risposta giusta: C

La scelta di un anestetico locale si fonda sui parametri che ne guidano l'impiego clinico, ovvero **onset**, **durata**, **concentrazione** e **potenza**. La permeabilità capillare non rientra tra i criteri diagnostici o prescrittivi standard per questa classe di farmaci.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) onset di azione**: L'onset indica la velocità di insorgenza del blocco nervoso ed è un dato cruciale per organizzare la tempistica delle procedure.
- **B) potenza**: La potenza permette il confronto tra i diversi anestetici disponibili e supporta la selezione del composto più idoneo alla patologia.
- **D) durata d'azione**: La durata stabilisce per quanto tempo permane l'efficacia analgesica ed è necessaria per gestire il decorso post-operatorio e le eventuali integrazioni posologiche.
- **E) concentrazione della formulazione farmaceutica**: La concentrazione della formulazione farmaceutica influenza direttamente il rapporto tra efficacia terapeutica e tossicità sistemica.

9 **In caso di arresto cardiaco, qual è la prima azione da attuare?**

- **A** **Massaggio cardiaco esterno**
- B Circolazione extracorporea precoce
- C Incannulamento di un vaso arterioso
- D Intubazione orotracheale
- E Accesso venoso centrale

Risposta giusta: A

La priorità assoluta è iniziare subito il **massaggio cardiaco esterno**. Questo intervento garantisce una **circolazione minima** verso cervello e organi vitali. Ogni minuto di ritardo peggiora drasticamente la **prognosi**. Le altre manovre seguono solo dopo la compressione toracica iniziale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Circolazione extracorporea precoce**: La circolazione extracorporea precoce è una tecnologia complessa riservata a contesti altamente specializzati. Non rappresenta mai il primo intervento durante l'arresto.
- **C) Incannulamento di un vaso arterioso**: L'incannulamento arterioso è una procedura di monitoraggio che non rientra tra i passi iniziali dell'emergenza.
- **D) Intubazione orotracheale**: L'intubazione orotracheale è utile nella gestione avanzata delle vie aeree ma non deve precedere la compressione. Ha un ruolo secondario rispetto alla circolazione artificiale immediata.
- **E) Accesso venoso centrale**: L'accesso venoso centrale facilita la somministrazione di farmaci ma viene effettuato dopo l'avvio della rianimazione basilare.

---

10 **Un medico del 118 interviene per un pedone investito da un camion e sbalzato a 5 metri di distanza. I parametri riscontrati sono FC 140 bpm, PA 60/30 mmHg, SpO non rilevabile. Quale potrebbe essere la causa più probabile di questa alterazione dei parametri? 2**

- **A** **Shock emorragico**
- B Edema polmonare acuto
- C Arresto cardiaco
- D Crisi comiziale
- E Shock spinale

Risposta giusta: A

In un trauma ad alta energia è prioritaria la valutazione di una **perdita ematica**. La **tachicardia compensatoria** risponde al calo di volume circolante, mentre l'**ipotensione severa** segnala uno stato di **shock** già scompensato. L'assenza di saturazione conferma il deterioramento dell'ossigenazione tissutale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Edema polmonare acuto**: Si manifesta con grave difficoltà respiratoria e ipossiemia, senza spiegare il crollo pressorio in questo contesto traumatico.
- **C) Arresto cardiaco**: La frequenza cardiaca a 140 battiti al minuto esclude l'arresto, poiché il cuore mantiene ancora una contrazione efficace.
- **D) Crisi comiziale**: Determina alterazioni autonomiche transitorie che non giustificano un quadro emodinamico stabile così compromesso da shock primario.
- **E) Shock spinale**: Provoca solitamente bradicardia e vasodilatazione per rottura dei riflessi simpatici, non una tachicardia marcata.

11 **Un paziente di 50 anni è stato sottoposto a un intervento di chirurgia addominale maggiore. Per la gestione del dolore post-operatorio, che cosa NON è raccomandato?**

A Analgesia endovenosa controllata dal paziente

B Analgesia con blocco nervoso periferico

C **Analgesia per via intramuscolare**

D Infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale

E Analgesia con blocco nervoso centrale

Risposta giusta: C

L'analgesia intramuscolare è sconsigliata nel postoperatorio a causa dell'**assorbimento imprevedibile** dei farmaci e di un **effetto instabile**. La puntura causa dolore aggiuntivo proprio quando si cerca di alleviare il dolore, impedendo una terapia precisa e continua.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Analgesia endovenosa controllata dal paziente**: La terapia endovenosa controllata dal paziente è assolutamente appropriata, dato che consente al malato di autoregolare il trattamento in base alla soglia dolorosa percepita.
- **B) Analgesia con blocco nervoso periferico**: Il blocco nervoso periferico è una tecnica valida perché permette un controllo efficace del dolore con un impatto sistemico minore rispetto alle vie tradizionali.
- **D) Infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale**: L'infiltrazione della ferita con anestetico locale è una tecnica utile e consigliata, in quanto riduce il dolore nella sede operatoria limitando gli effetti collaterali sistemici.
- **E) Analgesia con blocco nervoso centrale**: Il blocco nervoso centrale è una strategia raccomandata nella chirurgia maggiore, poiché offre un'analgesia potente e facilmente modulabile secondo le esigenze cliniche.

12 **Un paziente di 49 anni in corso di induzione di anestesia generale per colecistectomia presenta bradicardia grave. Che cosa è indicato somministrare?**

A Propofol
B Betametasone
C Atenololo
D Atropina
E Fentanil

Risposta giusta: D

L'atropina è il farmaco di prima scelta per la **bradicardia grave** durante l'induzione anestesiologica. Agisce come **anticolinergico** bloccando il tono vagale e aumentando rapidamente la frequenza cardiaca a livello del **nodo senoatriale**. La sua somministrazione è indicata quando si sospetta un'eccessiva stimolazione parasimpatica o gli effetti depressivi dei farmaci induttivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Propofol**: Il propofol è un ipnotico endovenoso impiegato per l'induzione della anestesia generale ma causa vasodilatazione periferica e depressione miocardica diretta. L'amministrazione in corso di bradicardia grave peggiorerebbe lo stato emodinamico invece di correggere la tachicardia.
- **B) Betametasone**: Il betametasone è un corticosteroide utilizzato per patologie infiammatorie o reazioni allergiche. Non possiede attività cronotropa positiva e non interviene sui meccanismi fisiopatologici della bradicardia intraoperatoria.
- **C) Atenololo**: L'atenololo è un antagonista β-adrenergico selettivo che riduce la gittata cardiaca e rallenta la conduzione nodale. Sarebbe chiaramente controindicato poiché aggraverebbe ulteriormente la bradicardia già installata al paziente.
- **E) Fentanil**: Il fentanil è un oppioide ad azione analgesica che attiva i percorsi vagali midollari. La sua somministrazione può provocare o accentuare la bradicardia, risultando quindi controproducente rispetto all'obiettivo terapeutico.

13 **Un uomo di 57 anni con fibrillazione ventricolare in corso risulta refrattario alla terapia elettrica. Quale farmaco, tra i seguenti, deve essere considerato di prima scelta in caso di fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare senza polso, refrattari alla terapia elettrica?**

A Beta-bloccante
B Verapamil
C **Amiodarone**
D Dopamina
E Atropina

Risposta giusta: C

L'amiodarone è il farmaco antiaritmico di prima scelta nei protocolli di rianimazione avanzata quando la fibrillazione ventricolare o la tachicardia ventricolare senza polso risultano refrattarie alla defibrillazione. Somministrato dopo i tentativi elettrici, favorisce la stabilizzazione del ritmo e aumenta l'efficacia dello shock successivo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Beta-bloccante**: I beta-bloccanti non costituiscono il trattamento d'emergenza per una fibrillazione ventricolare refrattaria. Pur avendo ruoli in altri contesti aritmici o cardiologici, non rientrano tra i farmaci standard da somministrare immediatamente durante un arresto cardiaco.
- **B) Verapamil**: Il verapamil è un **calcio-antagonista** indicato per alcune tachiaritmie sopraventricolari. Non trova indicazione nella fibrillazione ventricolare o nella tachicardia ventricolare senza polso e il suo uso può aggravare l'emodinamica compromessa.
- **D) Dopamina**: La dopamina è un agente **vasoattivo** impiegato per il supporto emodinamico in stati di shock o in specifiche bradicardie. Non possiede proprietà antiaritmiche e non è prevista dai protocolli per il recupero del ritmo nel contesto della rianimazione cardiovascolare.
- **E) Atropina**: L'atropina ha come indicazione principale il trattamento delle **bradicardie sintomatiche**. Non agisce sulle aritmie ventricolari maligne descritte nello scenario clinico.

14 **Quale tra le seguenti NON è in genere una complicanza dovuta alla dissezione aortica acuta?**

- **A** **Pneumotorace**
- **B** Ischemia arti inferiori
- **C** Ictus
- **D** Emotorace
- **E** Sincope

Risposta giusta: A

Il pneumotorace corrisponde ad **aria nella cavità pleurica** e non dipende dalla dissezione aortica acuta, che riguarda esclusivamente le grandi arterie. La sua insorgenza è tipica di traumi diretti, rottura di bolle enfisematose o procedure invasive.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ischemia arti inferiori**: Rappresenta un effetto ematico diretto poiché la propagazione dell'ematoma può compromettere il flusso nelle arterie iliache o femorali, causando dolore, pallore, assenza di polsi e ischemia distale.
- **C) Ictus**: È una complicanza reale perché l'estensione del taglio intimo ai vasi che irrorano l'encefalo provoca ischemia cerebrale e un quadro neurologico acuto.
- **D) Emotorace**: Costituisce una complicanza grave dovuta alla rottura esterna del vaso verso la cavità pleurica, con conseguente versamento ematico che si accumula nel torace.
- **E) Sincope**: Si osserva frequentemente quando la dissezione genera un importante calo pressorio, tamponamento cardiaco o coinvolgimento neurologico; pur non essendo il segno più specifico, rimane pienamente compatibile con il quadro clinico.

---

15 **Un uomo di 43 anni, dopo una lunga passeggiata in montagna, accusa violento dolore all'ano ove è comparsa una tumefazione tondeggiante delle dimensioni di una ciliegia. Qual è la diagnosi più probabile?**

- **A** Fistola perianale
- **B** **Trombosi emorroidaria**
- **C** Ragade anale
- **D** Carcinoma del retto
- **E** Condilomatosi perianale

Risposta giusta: B

Il quadro clinico descritto è tipico della **trombosi emorroidaria**. Include dolore anale improvviso e intenso associato a una tumefazione tondeggiante tesa e bluastro-violacea in sede perianale. La passeggiata prolungata determina un aumento della congestione venosa che provoca la trombosi di un gavocciolo emorroidario esterno. La diagnosi è facilmente confermabile clinicamente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fistola perianale**: La fistola perianale si manifesta generalmente con secrezioni dolore cronico o intermittente e talvolta un orifizio cutaneo esterno invece che con una massa improvvisa.
- **C) Ragade anale**: La ragade anale provoca forte dolore durante e dopo la defecazione ma non genera tipicamente una tumefazione tondeggiante o gonfia.
- **D) Carcinoma del retto**: Il carcinoma del retto può causare sanguinamento o sintomi locali ma non esordisce con dolore acuto e tumefazione perianale improvvisa come nel caso descritto.
- **E) Condilomatosi perianale**: I condilomi perianali sono lesioni verrucose da HPV di solito multiple e non particolarmente dolorose che non compaiono mai come una massa acutamente tumefa e tesa.

---

16 **Un uomo di 43 anni, dopo una lunga passeggiata in montagna, accusa violento dolore all'ano ove è comparsa una tumefazione tondeggiante delle dimensioni di una ciliegia. A cosa deve essere sottoposto il paziente in prima istanza?**

A Colonscopia
B Rettoscopia
C **Visita proctologica**
D Manometria ano-rettale
E Defecografia

Risposta giusta: C

Di fronte a un dolore anale acuto con **tumefazione** palpabile, si richiede un **esame clinico** diretto. La visita proctologica consente di individuare patologie locali come **trombosi emorroidaria**, orientando subito terapia e ulteriori accertamenti. Gli strumenti diagnostici avanzati restano di secondo piano.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colonscopia**: La colonscopia indaga patologie del tratto intestinale superiore o sanguinamenti non localizzati. Non è appropriata in fase iniziale quando il sintomo è circoscritto all'ano.
- **B) Rettoscopia**: La rettoscopia esplora il retto ma non prevale sulla visita esterna. Si procede ai metodi endoscopici solo dopo aver completato l'ispezione e l'esplorazione proctologica iniziale.
- **D) Manometria ano-rettale**: La manometria valuta la dinamica degli sfinteri e la pressione anorettale. È indicata in altri contesti funzionali, non come primo passo per una lesione acuta e dolorosa.
- **E) Defecografia**: La defecografia studia disturbi funzionali della defecazione e problemi del pavimento pelvico. Non ha utilità nel quadro di un dolore acuto con evidente massa locale.

17 **Un paziente viene sottoposto in urgenza a splenectomia in seguito a un trauma stradale. Quale delle seguenti è una complicanza tipica dei pazienti splenectomizzati?**

- **A** **Sepsi sostenuta da batteri capsulati**
- **B** Trombocitopenia
- **C** Sanguinamento
- **D** Infarto miocardico
- **E** Laparocele

Risposta giusta: A

La milza svolge un ruolo fondamentale nella clearance ematica dei **batteri capsulati**, grazie ai macrofagi splenici specializzati nella fagocitosi. In assenza di organo, il paziente perde questa barriera immunitaria e sviluppa un rischio elevato di **sepsi fulminante** scatenata da pneumococco, meningococco ed *Haemophilus influenzae*. La gestione clinica prevede obbligatoria la **prevenzione vaccinale** programmatica e un'attenta sorveglianza per infezioni anche lievi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Trombocitopenia**: Descrive un evento inverso rispetto al decorso reale. La milza rimuove fisiologicamente una quota di piastrine dal circolo; la sua asportazione elimina tale sequestro, favorendo comunemente trombocitosi transitoria o persistente.
- **C) Sanguinamento**: Rappresenta un rischio perioperatorio comune a numerose procedure chirurgiche addominali. Non è la caratteristica clinica propria del paziente privo di milza richiesta dal quesito.
- **D) Infarto miocardico**: Manca un collegamento patogenetico diretto con la rimozione splenica. Potrebbe verificarsi in casi di comorbilità cardiovascolari pregresse, ma non rientra nelle complicanze specifiche dell'asplenia.
- **E) Laparocele**: Non costituisce una complicanza tipica della splenectomia. Pur potendo insorgere dopo laparotomie, resta un evento aspecifico legato alla chiusura parietale e non allo stato asplenico.

18 **Un paziente di 66 anni ha recentemente eseguito un'esofagogastroduodenoscopia in seguito alla comparsa di dolore epigastrico persistente associato a melena. L'esame ha messo in evidenza una neoformazione ulcerata sulla piccola curvatura a 3 cm dalla giunzione esofago-gastrica. Una biopsia dimostra trattarsi di un adenocarcinoma gastrico. Al completamento delle indagini lo staging del tumore è il seguente: cT2, N1, M0. Quale intervento chirurgico è più adeguato in questo caso?**

A Resezione wedge con linfoadenectomia D1

B Gastrectomia totale

C Linfoadenectomia D2 esclusiva

D Enucleazione con linfoadenectomia D2

E Gastrectomia totale con linfoadenectomia D2

Risposta giusta: E

La localizzazione prossimale del tumore e lo stadio **cT2 N1 M0** richiedono un approccio radicale. È indicata una **gastrectomia totale** per garantire margini liberi e una **dissezione D2** per trattare i linfonodi positivamente coinvolti. Questa combinazione assicura la massima contenibilità oncologica della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Resezione wedge con linfoadenectomia D1**: La resezione wedge è un intervento molto limitato destinato a lesioni iniziali e di piccole dimensioni. Non è applicabile a un tumore infiltrante di grado cT2 ed è accompagnata da una linfoadenectomia D1 risultato troppo conservativa per gestire l'interessamento linfonodale N1.
- **B) Gastrectomia totale**: La sede prossimale giustifica la necessità di una resezione completa, rendendo poco indicata una resezione parziale. Tuttavia la sola asportazione gastrica non basta: con una stadiazione N1 è indispensabile associare la dissezione linfonodale D2 per ottenere un trattamento oncologicamente adeguato.
- **C) Linfoadenectomia D2 esclusiva**: Limitarsi alla sola dissezione dei linfonodi senza rimuovere il tumore primitivo non ha alcun fondamento terapeutico. In un carcinoma gastrico clinicamente operabile lasciare in sede la massa di origine rende l'intervento inutilizzabile dal punto di vista oncologico.
- **D) Enucleazione con linfoadenectomia D2**: L'enucleazione non è un provvedimento chirurgico oncologico per adenocarcinomi infiltranti, essendo concepita per contesti patologici completamente diversi. Non permette di ottenere margini di sicurezza adeguati e compromette la radicalità dell'intervento.

19 **Un paziente di 50 anni, già sottoposto a resezione colica per adenocarcinoma, presenta localizzazioni secondarie epatiche di malattia ed è candidabile a un'epatectomia destra. Quale di questi segmenti epatici NON è compreso in un'epatectomia destra?**

A S5
B S7
C **S4**
D S6
E S8

Risposta giusta: C

L'**epatectomia destra** asporta il parenchima del lobo epatico funzionale destro, che corrisponde ai **segmenti V, VI, VII e VIII**. Il **segmento IV** appartiene al lobo sinistro funzionale e viene preservato durante la chirurgia oncologica. Per questa ragione è l'unica struttura non inclusa nella resezione indicata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) S5**: Il segmento V si trova nel quadrante antero-inferiore destro e rientra nei tessuti epatici sottoposti a troncatura vascolare e rimozione.
- **B) S7**: Il segmento VII ricade nel quadrante posterosuperiore del lobo destro e viene completamente asportato insieme alla porzione destra di fegato.
- **D) S6**: Il segmento VI costituisce la porzione inferoposteriore dell'emipate destro e fa parte integrante del campo operatorio da rimuovere.
- **E) S8**: Il segmento VIII occupa la posizione superoanteriore del lobo destro e viene asportato in via sistematica durante l'intervento di emiepatto destro.

20 **In una donna di 60 anni, multipara con anamnesi familiare negativa per neoplasia, viene eseguita una mammografia per screening che mette in evidenza delle microcalcificazioni lineari ramificate nel quadrante infero-interno della mammella destra. Alla palpazione non si apprezzano noduli patologici. A cosa deve essere sottoposta la paziente in prima istanza?**

A Radioterapia
B Intervento chirurgico di mastectomia
C Intervento chirurgico di quadrantectomia
D Solo mammografia di controllo dopo un anno
E Biopsia stereotassica

Risposta giusta: E

Le microcalcificazioni lineari ramificate rappresentano un segno **radiologico sospetto** per **carcinoma duttuale in situ**, indipendente dalla presenza di noduli palpabili. Il corretto iter diagnostico impone sempre una **conferma istologica** prima di programmare qualsiasi trattamento. La **biopsia stereotassica** consente di campionare direttamente il tessuto nelle aree visibili solo agli strumenti di imaging.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radioterapia**: La radioterapia non ha funzione esplorativa in questa fase. Rappresenta una terapia consolidata da attivare esclusivamente dopo aver definito il quadro istologico completo.
- **B) Intervento chirurgico di mastectomia**: L'asportazione completa del tessuto mammario risulta troppo invasiva come approccio iniziale. Si considera solo in contesti molto specifici e previa validazione diagnostica.
- **C) Intervento chirurgico di quadrantectomia**: La quadrantectomia è un intervento conservativo che si valuta solo a posteriori, quando l'anatomopatologia ha già confermato la natura della lesione.
- **D) Solo mammografia di controllo dopo un anno**: Programmare un controllo annuale è incompatibile con il profilo di rischio. Le alterazioni strutturali rilevate richiedono una valutazione immediata per evitare ritardi prognostici.

21 **Un ragazzo a seguito di uno scontro di gioco durante una partita di rugby accusa un violento dolore all'emitorace destro. In Pronto Soccorso viene eseguita una RX torace che dimostra una falda di pneumotorace destro quantificabile in circa il 10% del totale del volume dell'emitorace. Com'è più opportuno procedere?**

- **A** **Osservare l'evoluzione con una radiografia del torace dopo 12 ore**
- **B** Eseguire ecografia della parete toracica
- **C** Posizionare un drenaggio toracico in VII spazio a livello della linea ascellare media
- **D** Posizionare un drenaggio toracico nel II spazio intercostale a livello della linea ascellare anteriore
- **E** Intubare il paziente

Risposta giusta: A

In un paziente emodinamicamente stabile con un **pneumotorace traumatico** ridotto (circa il 10%), la gestione iniziale preferibile è **conservativa**. L'approccio prevede osservazione clinica e controllo radiografico di follow-up per escludere un peggioramento. Si evita così un drenaggio non necessario, intervenendo in modo invasivo solo in caso di **progressione sintomatica**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Eseguire ecografia della parete toracica**: L'esame ecografico è altamente sensibile nella fase diagnostica iniziale, tuttavia la radiografia ha già accertato la patologia. Un nuovo imaging mirato alla parete toracica sarebbe ridondante e ritarderebbe il piano di sorveglianza consolidato.
- **C) Posizionare un drenaggio toracico in VII spazio a livello della linea ascellare media**: Non rappresenta il trattamento d'elezione per un pneumotorace così piccolo e stabile. La collocazione nel VII spazio intercostale medio-ascellare è anatomica per i versamenti pleurici liquidi, mentre l'aria intratoracica tende a raccogliersi nelle sedi superiori.
- **D) Posizionare un drenaggio toracico nel II spazio intercostale a livello della linea ascellare anteriore**: Rappresenta una via tradizionalmente utilizzata per lo svuotamento aereo, ma manca completamente l'indicazione terapeutica. Con solo il dieci percento di spazio coinvolto e assenza di instabilità clinica, non si esegue un drenaggio preventivo.
- **E) Intubare il paziente**: Non sussistono criteri respiratori o circolatori per richiedere un supporto ventilatorio meccanico. Procedere all'intubazione espurrebbe il paziente a rischi inutili, dato che mantiene un'adeguata autonomia ventilatoria e stabilità emodinamica.

22 **Un uomo di 35 anni si reca a una visita chirurgica lamentando una tumefazione riducibile in regione inguinale destra. Il chirurgo pone diagnosi di ernia inguinale non complicata. La correzione chirurgica di un'ernia inguinale può essere eseguita con diverse tecniche. Quale delle seguenti prevede l'utilizzo di materiale protesico?**

A Ernioplastica secondo Postempski

B **Ernioplastica secondo Lichtenstein**

C Ernioplastica secondo McVay

D Ernioplastica secondo Shouldice

E Ernioplastica secondo Bassini

Risposta giusta: B

La tecnica di Lichtenstein prevede l'inserimento di una **rete protesica** per rinforzare la parete addominale. Questa procedura tension-free riduce le recidive grazie al supporto di un **materiale sintetico** che integra la debolezza strutturale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ernioplastica secondo Postempski**: L'ernioplastica secondo Postempski appartiene alle tecniche classiche storiche. Non utilizza protezioni sintetiche e viene ormai sostituita dagli interventi con rete.
- **C) Ernioplastica secondo McVay**: La riparazione secondo McVay è una chirurgia basata sulla **chiusura tissutale**. Richiede la sutura dei muscoli e dei legamenti circostanti senza applicare griglie artificiali.
- **D) Ernioplastica secondo Shouldice**: La procedura di Shouldice realizza una ricostruzione anatomica molto precisa. Non incorpora mesh o altri supporti esterni, affidandosi interamente ai margini cutanei e muscolari.
- **E) Ernioplastica secondo Bassini**: Il metodo di Bassini è considerato un intervento tensivo tradizionale. Rafforza l'anello inguinale sovrapponendo i tessuti del paziente, escludendo quindi qualsiasi tipo di impianto protesico.

23 **Un uomo di 45 anni, in apparente buono stato di salute, improvvisamente presenta un episodio di melena. Escludendo l'ipertensione portale, quale tra le seguenti è più frequentemente causa di emorragia del tratto gastrointestinale superiore?**

A Neoplasie
B Sindrome di Mallory-Weiss
C Esofagite
D Duodenite
E Ulcera peptica

Risposta giusta: E

L'**ulcera peptica** rappresenta la causa più frequente di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore quando si esclude l'ipertensione portale. Il transito intestinale del sangue ematico ne provoca la digestione enzimatica, manifestandosi clinicamente come **melena**. Nel paziente apparentemente sano questa etiologia è quindi prioritaria nella diagnosi differenziale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Neoplasie**: Le neoplasie possono certamente sanguinare ma non rappresentano la eziologia più diffusa. Vengono dopo le lesioni peptiche e le cause meccaniche o vascolari nelle graduatorie di frequenza.
- **B) Sindrome di Mallory-Weiss**: La sindrome provoca tipicamente **ematemesi** ma è statisticamente meno frequente dell'ulcera peptica come fonte di emorragia. Si presenta solitamente nel contesto di **vomito ripetuto** o conati, richiedendo un'anamnesi specifica.
- **C) Esofagite**: Anche l'infiammazione esofagea può complicarsi con perdite ematiche ma raramente causano emorragie significative quanto quelle peptiche. La sintomatologia associata prevede principalmente **pirosi** e dolore retrosternale.
- **D) Duodenite**: La duodenite può sanguinare ma risulta una causa molto meno comune di emorragia digestiva alta rispetto alla lesione peptica. Non costituisce la risposta più probabile basandosi esclusivamente sulla prevalenza epidemiologica.

24 **Un uomo di 50 anni si reca dal medico per la comparsa di dolore in sede epigastrica. Il paziente lamenta anche dimagrimento e inappetenza. Si presenta subitterico. Quale delle seguenti indagini deve essere eseguita in prima istanza nel sospetto di una neoplasia pancreatica?**

A Ecografia dell'addome inferiore
B RM addome
C Ecoendoscopia pancreatica
D TC addome con mezzo di contrasto con protocollo specifico per il pancreas
E PET/TC

Risposta giusta: D

La TC addome con mezzo di contrasto a protocollo pancreatico è l'esame di **prima istanza** perché visualizza la lesione, i **rapporti vascolari** e le possibili metastasi. Fornisce una panoramica completa necessaria per orientare gli approfondimenti successivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ecografia dell'addome inferiore**: L'ecografia dell'addome inferiore esamina un **distretto non pertinente** per il pancreas. Un'ecografia generica non risulta sufficiente per il sospetto clinico.
- **B) RM addome**: La RM offre ottimi dettagli morfologici sul fegato e le vie biliari. Non costituisce invece l'indagine iniziale raccomandata.
- **C) Ecoendoscopia pancreatica**: L'ecoendoscopia permette una caratterizzazione fine delle lesioni minori e l'esecuzione di **biopsie**. Viene impiegata di secondo livello o se la TC non è conclusiva.
- **E) PET/TC**: La PET/TC supporta la **stadiazione** nei casi selezionati per chiarire dubbi diagnostici. Non sostituisce mai la TC a protocollo come approccio iniziale.

25 **Un ragazzo di 15 anni presenta asimmetria della borsa scrotale con tumefazione non dolente dell'emiscroto sinistro da ectasia del plesso pampiniforme. L'esame diagnostico più indicato è:**

A RX diretto dell'addome
B scintigrafia renale
C **eco-colordoppler funicolo-testicolare**
D cistoscopia
E TC addome

Risposta giusta: C

In un ragazzo adolescente con tumefazione scrotale non dolente da ectasia del plesso pampiniforme si sospetta un **varicocele**. L'esame di prima scelta è l'**ecocolordoppler**, poiché valuta la dilatazione venosa e documenta il **reflusso**, elemento diagnostico fondamentale. Si tratta inoltre di una metodica non invasiva e rapida, ideale in età pediatrica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RX diretto dell'addome**: La radiografia semplice dell'addome non consente di visualizzare il plesso pampiniforme. Non evidenzia il flusso ematico e risulta inefficace per diagnosticare una patologia venosa scrotale.
- **B) scintigrafia renale**: La scintigrafia renale valuta la funzionalità del parenchima renale e il drenaggio delle vie urinarie. Non fornisce dati morfologici o emodinamici utili per identificare una ectasia del plesso pampiniforme.
- **D) cistoscopia**: La cistoscopia esplora esclusivamente la mucosa della vescica e dell'uretra. Non fornisce indicazioni cliniche nella valutazione di una tumefazione scrotale di origine vascolare.
- **E) TC addome**: La TC addome espone il giovane a radiazioni ionizzanti. Richiede una preparazione più complessa e non viene adottata come esame di prima linea. L'ecografia Doppler rimane lo standard diagnostico.

26 **A seguito dell'asportazione di un'ampia neoplasia cutanea al braccio sinistro a un paziente di 67 anni, il chirurgo plastico stabilisce di coprire la perdita cutanea mediante un lembo. Come si definisce la tecnica chirurgica che prevede la trasposizione di due lembi triangolari di uguali dimensioni?**

A Lembo di avanzamento

B **Plastica a Z**

C Plastica a W

D Lembo di Limberg

E Lembo di rotazione

Risposta giusta: B

La **plastica a Z** prevede la **trasposizione di due lembi triangolari di uguali dimensioni** disposti a formare una Z. Questa geometria permette di **allungare una cicatrice** lineare o modificare l'orientamento di una retrazione cutanea. Si riconosce facilmente per lo scambio reciproco dei due triangoli durante la chiusura della ferita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lembo di avanzamento**: Nel lembo di avanzamento il tessuto viene fatto scorrere in avanti per coprire il difetto adiacente. Manca completamente la geometria a due triangoli e la logica di trasposizione crociata tipica della plastica a Z.
- **C) Plastica a W**: La plastica a W è una tecnica di revisione cicatriziale alternativa che crea una sequenza di incisioni a zig-zag multiple. Non corrisponde alla trasposizione di due triangoli uguali descritta nel quesito.
- **D) Lembo di Limberg**: Il lembo di Limberg è un lembo romboidale utilizzato per coprire difetti di forma romboidale. Non si basa sulla trasposizione di due triangoli uguali ma su un quarto diametrale che ruota per adattarsi al difetto.
- **E) Lembo di rotazione**: Il lembo di rotazione chiude un difetto ruotando attorno a un punto di pivot fisso. Non implica lo scambio di due lembi triangolari uguali ma un movimento circolare di copertura tissutale.

27 **Un paziente di 50 anni presenta un carcinoma squamocellulare del polmone sinistro cT1, N1, M0. Viene pianificato un intervento chirurgico per asportare la neoplasia. La terapia di alcuni tipi di tumore del polmone in stadio iniziale prevede la resezione chirurgica. La pneumonectomia:**

A è indicata solo in alcune particolari forme istologiche di tumore polmonare

B **viene eseguita solo nel caso in cui una resezione lobare o sublobare non garantisca radicalità oncologica**

C è la tecnica di prima scelta

D viene eseguita nei pazienti giovani e in ottime condizioni cardio-respiratorie in quanto garantisce migliore radicalità oncologica

E non viene più eseguita in quanto gravata da mortalità e morbilità eccessive

Risposta giusta: B

La pneumonectomia implica l'asportazione completa di un emitorace e rappresenta un intervento drasticamente **demolitivo**. In chirurgia oncologica toracica si predilige sempre la strategia che garantisca la massima **radicalità** con il minor danno funzionale possibile. Di conseguenza, questa procedura viene mantenuta come opzione di salvataggio unicamente quando resezioni minori non assicurano l'integrale rimozione della neoplasia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) è indicata solo in alcune particolari forme istologiche di tumore polmonare**: L'affermazione è inaccurata poiché la decisione operativa non si fonda su classificazioni istologiche specifiche, bensì sulla valutazione geometrica del tumore e sulla reale possibilità di raggiungere **margini** chirurgici negativi.
- **C) è la tecnica di prima scelta**: Non corrisponde alla pratica standard. L'approccio prioritario consiste in tecniche parenchimima-saver come la lobectomia; la pneumonectomia viene progressivamente rimandata e utilizzata solo quando l'anatomia dei vasi o delle vie aeree lo rende inevitabile.
- **D) viene eseguita nei pazienti giovani e in ottime condizioni cardio-respiratorie in quanto garantisce migliore radicalità oncologica**: Contiene un'inferenza clinica errata. Un'elevata **riserva cardio-respiratoria** è indubbiamente un prerequisito per sostenere il carico emodinamico post-operatorio, ma non giustifica di per sé la scelta radicale in pazienti giovani; la procedura rimane subordinata alla necessità insostituibile di assicurare l'eradicazione completa della malattia.
- **E) non viene più eseguita in quanto gravata da mortalità e morbilità eccessive**: Confuta dati epidemiologici attuali. Nonostante il noto aumento del rischio perioperatorio e delle complicanze a lungo termine, il gesto non è stato abbandonato e permane nelle linee guida per scenari complessi gestiti da team specializzati.

28 **L'Ankle-Brachial-Index (ABI) è un metodo non invasivo utile nella diagnosi e nella sorveglianza dei pazienti affetti da arteriopatia obliterante degli arti inferiori. Quale dei seguenti valori è indicativo di arteriopatia obliterante periferica?**

- **A** **< 0,9**
- **B** 1 - 1,1
- **C** 1,2 - 1,3
- **D** 1,1 - 1,2
- **E** > 1,3

Risposta giusta: A

L'indice confronta la **pressione sistolica alla caviglia** con quella **brachiale**. Una soglia sotto lo **0,9** segnala una chiara **riduzione del flusso ematico** verso gli arti inferiori e indica la presenza di arteriopatia. Numeri eccessivamente alti hanno invece un significato diverso legato alla rigidità vascolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) 1 - 1,1**: Il range da 1 a 1,1 rientra sostanzialmente nella normalità fisiologica ed è privo di significato patologico.
- **C) 1,2 - 1,3**: Il tratto 1,2–1,3 si mantiene nella soglia di normalità e non fa pensare a malattia ostruttiva degli arti inferiori.
- **D) 1,1 - 1,2**: La fascia 1,1–1,2 conferma un comportamento vascolare regolare senza alcun accenno a ostruzione periferica.
- **E) > 1,3**: Valori superiori a 1,3 non indicano arteriopatia obliterante ma piuttosto arterie non comprimibili tipiche delle calcificazioni vascolari, rendendo necessario un attento approfondimento clinico.

29 **Un uomo di 75 anni, dopo un lungo viaggio in auto, presenta dolore, tensione ed edema a carico della gamba destra. Il segno di Homans risulta positivo. In quale delle seguenti patologie vascolari è utile ricercare il segno di Homans?**

A Aneurisma dell'arteria poplitea
B Occlusione acuta dell'arteria poplitea
C Arteriopatia periferica cronica degli arti inferiori
D **Trombosi venosa profonda**
E Trombosi venosa superficiale

Risposta giusta: D

Il segno di Homans si ricerca quando si sospetta una **trombosi venosa profonda**. Si ottiene estendendo forzatamente il piede verso l'alto: la trazione dei tessuti infiammati causa dolore al polpaccio. Il quadro clinico descritto è molto tipico di una condizione insorta dopo lungo periodo di **immobilità**. Il test ha oggi valore diagnostico limitato e richiede sempre conferma con ecocolordoppler.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aneurisma dell'arteria poplitea**: È una patologia arteriosa, non venosa. La dilatazione vascolare presenta un pulsatile locale e possibili sintomi compressivi, ma non genera il dolore da trazione venosa.
- **B) Occlusione acuta dell'arteria poplitea**: Rappresenta un quadro di **ischemia acuta** degli arti. Si manifesterebbe con dolore intenso, pallore marcato, raffreddamento dell'arto e assenza di polsi distali, invece che con edema e ipertensione venosa.
- **C) Arteriopatia periferica cronica degli arti inferiori**: È una malattia **arteriosa cronica** da aterosclerosi. Si caratterizza per claudicazione intermittente e ridotto flusso arterioso durante lo sforzo, senza alcuna correlazione con i meccanismi di stasi che generano il segno di Homans.
- **E) Trombosi venosa superficiale**: Riguarda le vene superficiali cutanee. Pur essendo di origine venosa, il reperto è classicamente associato alle sedi profonde, mentre la forma superficiale mostra tipicamente eritema e cordone indurito palpabile.

30 **Le cellule di Merkel sono meccanocettori:**

A localizzate nello strato granuloso dell'epidermide

B localizzate nell'epidermide tranne che al palmo della mano e alla pianta del piede

C presenti solo nell'epidermide del palmo della mano e della pianta del piede

D localizzate nello strato spinoso dell'epidermide

E localizzate nello strato basale dell'epidermide

Risposta giusta: E

Le cellule di Merkel sono **meccanocettori** cutanei dedicati alla percezione di stimoli meccanici lievi. Si collocano nello **strato basale** dell'epidermide, formando contatti diretti con le **terminazioni nervose** delle fibre sensoriali. Questa disposizione anatomica garantisce una sensibilità tattile fine e costante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) localizzate nello strato granuloso dell'epidermide**: Il piano granuloso è troppo avanzato verso la superficie esterna ed è ricco di granuli cheratinizzanti. Traslocare i recettori qui li allontanerebbe dalla matrice sottostante fondamentale per il loro funzionamento.
- **B) localizzate nell'epidermide tranne che al palmo della mano e alla pianta del piede**: Escludere queste regioni contraddice la fisiologia cutanea nota. Palmo e pianta sono area glabre caratterizzate da un'elevata densità di recettori tattili proprio per ottimizzare il feedback meccanico durante la manipolazione.
- **C) presenti solo nell'epidermide del palmo della mano e della pianta del piede**: La distribuzione non è confinata a palmo e pianta. Sono diffuse in tutta la cute, con una maggiore concentrazione soltanto nelle aree dove la sensibilità tattile deve essere massima.
- **D) localizzate nello strato spinoso dell'epidermide**: Lo strato spinoso si trova a metà tra la base epidermica e la superficie cutanea. Assegnargli queste cellule altererebbe l'architettura recettoriale e interromperebbe il necessario ancoraggio alla membrana basale.

31 **Un paziente di 49 anni presenta da diversi mesi in regione perineale papule roseo-brunastre talvolta confluenti in placche, asintomatiche. Quale terapia per queste lesioni NON è indicata?**

A Terapia topica con Imiquimod

B **Terapia topica con acido salicilico e corticosteroidi**

C Terapia topica con sinecatechine

D Terapia topica con podofillotossina

E Terapia chirurgica

Risposta giusta: B

Il quadro clinico descrive papule anogenitale compatibili con infezione da **condilomi** da HPV. Tra i trattamenti disponibili, l'associazione di acido salicilico e corticosteroidi risulta priva di efficacia documentata per queste lesioni e può interferire negativamente con il decorso patologico. Occorre quindi individuare l'opzione estranea alle principali linee guida terapeutiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia topica con Imiquimod**: L'**immunomodulante** topico viene impiegato nello stesso distretto per stimolare la risposta immunitaria locale contro il virus, specialmente nelle lesioni estese o in sedi delicate dove si preferisce evitare metodi invasivi.
- **C) Terapia topica con sinecatechine**: L'estratto vegetale costituisce un'altra alternativa topica riconosciuta per i condilomi anogenitali, utilizzata in protocolli specifici per pazienti con quadri lievi o moderati selezionati.
- **D) Terapia topica con podofillotossina**: Questo prodotto citotossico classico agisce bloccando la divisione cellulare delle verrucose genitali, risultando particolarmente adatto per papule di piccole dimensioni e ben circoscritte.
- **E) Terapia chirurgica**: Le metodiche distruttive o chirurgiche come escissione, elettrocoagulazione o laser rappresentano procedure standard per l'asportazione meccanica delle lesioni in base al loro estensione e alla sede anatomica coinvolta.

32 **Una donna di 60 anni si presenta dal medico curante per la comparsa negli ultimi 6 mesi di linfoadenomegalia in sede latero cervicale e ascellare bilaterale. La paziente non riferisce febbre, brividi, sudorazioni notturne, perdita di peso e astenia. Emocromo ed esami ematochimici sono nella norma, con eccezione di LDH aumentato. Allo striscio di sangue venoso periferico, formula conservata e assenza di cellule atipiche circolanti. Quale dei seguenti esami è il miglior passo successivo per definire la diagnosi?**

- **A** **Biopsia linfonodale escissionale**
- B Ecografia dell'addome
- C Aspirato e biopsia midollari
- D PET-TC total body
- E Osservazione

Risposta giusta: A

La persistenza delle adenopatie rende indispensabile un prelievo chirurgico completo. La **biopsia escisionale** preserva l'**architettura tessutale** fondamentale per distinguere cause reattive da forme **neoplastiche**. Il valore di **LDH** elevato suggerisce un aumento del turnover cellulare ma non determina la diagnosi definitiva senza valutazione istologica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ecografia dell'addome**: Gli ultrasuoni addominali mappano organi profondi ma non ottengono campioni tissutali. Servono esclusivamente alla valutazione estensiva della malattia una volta stabilita l'eziologia.
- **C) Aspirato e biopsia midollari**: Lo studio del parenchima mieloide valuta infiltrazioni diffuse ma non caratterizza l'adenopatia superficiale. Viene riservato alla fase di classificazione dello stadio patologico dopo la conferma gangliare.
- **D) PET-TC total body**: La tomografia combinata alla tomografia ad emissione di positroni quantifica il metabolismo dei tessuti e definisce l'estensione topografica. Rimanda risultati affidabili al momento in cui manca ancora la prova anatomopatologica primaria.
- **E) Osservazione**: Il monitoraggio attendista ignora il rischio oncologico in età avanzata. Un quadro linfonodale bilaterale protratto necessita sempre di accertamenti diretti.

33 **Una donna di 65 anni è riferita all'ematologo per astenia progressivamente ingravescente, febbre occasionale e perdita di peso di circa 10 kg negli ultimi sei mesi. All'emocromo: GB 21.200/mm , Hb 9.5 g/dL e PLT 100.000/mm . All'esame obiettivo si rileva splenomegalia palpabile a circa 6 cm dall'arcata costale. All'approfondimento diagnostico: - striscio di sangue venoso periferico: presenza di dacriociti e quadro leucoeritroblastico; - biopsia osteomidollare: midollo ipercellulare con iperplasia megacariocitaria e predominanza di precursori della linea mieloide associata a fibrosi reticolinica di grado 2. Blasti 1%; - analisi molecolare su granulociti del sangue periferico documenta la presenza della mutazione JAK2 V617F. Qual è la diagnosi più probabile? 3 3**

A Leucemia mielomonocitica cronica
B Trombocitemia essenziale
C Leucemia mieloide cronica
D Policitemia vera
E **Mielofibrosi primaria**

Risposta giusta: E

La combinazione di anemia, splenomegalia e quadro leucoeritroblastico con dacriociti orienta verso una neoplasia mieloproliferativa. L'istologia conferma iperplasia megacariocitaria e fibrosi midollare di grado 2. La positività per la mutazione JAK2 V617F rafforza il sospetto diagnostico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Leucemia mielomonocitica cronica**: La leucemia mielomonocitica cronica richiederebbe una persistente monocitosi assoluta, non riportata nell'emocromo. I profili midollare e periferico sono invece coerenti con il quadro fibrotico mieloide.
- **B) Trombocitemia essenziale**: La trombocitemia essenziale si manifesta solitamente con marcata trombocitosi, a differenza della piastrinopenia riscontrata. La presenza di dacriociti e fibrosi reticolinica rende il quadro incompatibile.
- **C) Leucemia mieloide cronica**: Nonostante la leucocitosi, manca il marcatore patognomonico BCR-ABL1 che definisce questa leucemia. I reperti di dacriociti e midollo fibrotico orientano verso un'altra patologia.
- **D) Policitemia vera**: La policitemia vera si caratterizza tipicamente per aumento dell'emoglobina e dell'ematocrito, mentre il paziente presenta anemia. L'eventuale fibrosi midollare compare solo come evoluzione tardiva.

34 **Una donna di 25 anni si reca dal medico per la comparsa improvvisa di ematomi e petecchie diffuse agli arti inferiori. Anamnesi patologica prossima e remota negativa. All'esame obiettivo non si rilevano epato-splenomegalia né linfoadenomegalie superficiali. L'emocromo mostra: GB 5.000/mm , Hb 12.5 g/dL, piastrine 15.000/mm . All'approfondimento diagnostico: - screening coagulativo, profilo biochimico, dosaggio immunoglobuline risultano tutti nella norma, test di Coombs diretto negativo, sierologie HIV e HCV negative; - striscio di sangue venoso periferico: conferma di ridotta conta piastrinica; - ecografia addome: milza di normali dimensioni, assenza di linfadenomegalie; - aspirato di midollo osseo: aumentato numero di megacariociti. Qual è la diagnosi più probabile? 3 3**

A Malattia di von Willebrand

B Emofilia B

C Porpora trombotica trombocitopenica

D Mielodisplasia

E **Piastrinopenia immune**

Risposta giusta: E

La paziente presenta una **trombocitopenia isolata** con piastrine a $15.000\ \mathrm{mm}^{-3}$ e megacariociti aumentati nel midollo osseo, indicativi di una **distruzione periferica** attiva. L'emocromo nelle altre linee cellulari è normale, la milza non è ingrossata e lo screening coagulativo è nella norma, escludendo un danno midollare primario o una coagulopatia sistemica. Il quadro clinico e di laboratorio orienta direttamente verso una piastrinopenia immune primitiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia di von Willebrand**: La malattia di von Willebrand provoca sanguinamenti mucocutanei per un difetto funzionale dell'adesione piastrinica, ma il numero di piastrine circolanti rimane costante e rientra nella norma fisiologica.
- **B) Emofilia B**: L'emofilia B è un deficit ereditario del fattore IX che causa emorragie profonde, ematomi tissutali ed emartro nei maschi, senza mai determinare trombocitopenia o alterazioni della conta piastrinica.
- **C) Porpora trombotica trombocitopenica**: La porpora trombotica trombocitopenica si associa ad anemia emolitica microangiopatica, presenza di schistociti allo striscio periferico e coinvolgimento del sistema nervoso centrale o renale, tutti elementi completamente assenti nel referto.
- **D) Mielodisplasia**: Le sindromi mielodisplastiche colpiscono prevalentemente pazienti anziani e provocano citopenie che coinvolgono più linee cellulari, accompagnate da displasia morfologica midollare piuttosto che da un semplice reperto compensatorio.

35 **Secondo l'European Thyroid Association, qual è la causa più frequente di ipotiroidismo primario in Europa e negli Stati Uniti?**

A Assunzione di amiodarone
B Inquinanti ambientali
C **Tiroidite di Hashimoto**
D Tiroidite subacuta
E Carenza iodica

Risposta giusta: C

La **tiroidite di Hashimoto** è una **malattia autoimmune** che infiamma progressivamente la ghiandola, riducendone gradualmente la capacità di sintetizzare ormoni. Rappresenta la causa principale di ipotiroidismo spontaneo nell'adulto nei Paesi sviluppati, dove la **carenza di iodio** è stata efficacemente eliminata grazie ai programmi di iodoprofilassi alimentare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Assunzione di amiodarone**: L'amiodarone può indurre alterazioni tiroidee sia ipo sia ipertiroidiche, ma si tratta di un effetto iatrogeno dipendente dalla terapia farmacologica, pertanto non costituisce l'eziologia più diffusa nella popolazione generale.
- **B) Inquinanti ambientali**: Gli inquinanti ambientali possono agire come potenziali interferenti endocrini o fattori di rischio associati, ma le evidenze scientifiche e le linee guida non li riconoscono come causa diretta prevalente di ipotiroidismo primario.
- **D) Tiroidite subacuta**: La tiroidite subacuta può provocare una fase temporanea di ipotiroidismo durante il suo decorso clinico, ma rimane epidemiologicamente e clinicamente molto meno frequente rispetto alla forma autoimmune cronica.
- **E) Carenza iodica**: La carenza di iodio rappresenta storicamente il fattore eziologico dominante nelle regioni a basso apporto dietetico, ma nel contesto specifico europeo e statunitense la sua prevenzione ha spostato il primato statistico sull'origine autoimmune.

36 **Una donna di 25 anni si presenta dal medico curante per comparsa di dolore al giugulo accompagnato da febbricola e tachicardia. Alla palpazione la tiroide si presenta ingrossata e molto dolente. In base alla presentazione clinica, qual è il sospetto diagnostico più verosimile tra i seguenti?**

A Gozzo multinodulare
B Tiroidite cronica
C Ipotiroidismo sub-clinico
D **Tiroidite sub-acuta**
E Morbo di Basedow

Risposta giusta: D

Il quadro clinico combina **dolore tiroideo** marcato, febbricola, tachicardia e ingrandimento ghiandolare. Questi elementi puntano verso una **tiroidite sub-acuta**, spesso di origine post-virale. La **dolorabilità** è il segno distintivo che la differenzia dalle altre patologie tiroidee prevalentemente indolori.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gozzo multinodulare**: Il gozzo multinodulare rappresenta un processo cronico generalmente asintomatico e privo di dolore, salvo rari eventi complicativi.
- **B) Tiroidite cronica**: La tiroidite cronica è tipicamente indolore e può causare alterazioni funzionali, ma non genera un quadro infiammatorio acuto.
- **C) Ipotiroidismo sub-clinico**: L'ipotiroidismo subclinico si manifesta con sintomi assenti o sfumati, escludendo febbre, dolore acuto o tachicardia.
- **E) Morbo di Basedow**: Il morbo di Basedow provoca ipertiroidismo con gozzo diffuso e tachicardia, ma la ghiandola risulta comunemente indolore.

37 **Un uomo di 72 anni sviluppa un diabete mellito di tipo 2. Dopo un iniziale approccio basato su modifica della dieta e dello stile di vita, si decide di avviare una terapia farmacologica. Il paziente non ha altre comorbidità significative. Quale dei seguenti farmaci è considerato di prima scelta?**

A Gliclazide
B **Metformina**
C Insulina
D Acarbosio
E Liraglutide

Risposta giusta: B

Nel diabete di tipo 2 privo di controindicazioni, la terapia farmacologica iniziale è rappresentata dalla **metformina**. Garantisce un efficace **controllo glicemico** e presenta un profilo di sicurezza favorevole, con un basso rischio di **ipoglicemia**, risultando quindi la scelta standard più appropriata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gliclazide**: La gliclazide è una sulfanilurea capace di abbassare la glicemia ma non rappresenta la **prima linea** a causa del significativo rischio di eventi avversi metabolici, fattore critico specialmente nella popolazione anziana.
- **C) Insulina**: L'insulina non si utilizza nella fase iniziale per un paziente stabile con diabete tipo 2 recente, venendo riservata esclusivamente a iperglicemie marcate, sintomi importanti o mancato controllo con terapie orali.
- **D) Acarbosio**: L'acarbosio non è il trattamento iniziale poiché offre una ridotta efficacia glicemica e provoca frequentemente effetti collaterali intestinali che ne limitano l'uso routinario.
- **E) Liraglutide**: La liraglutide è un farmaco valido ma non costituisce lo standard iniziale assoluto, riservandosi a casi di obesità associata, alto rischio cardiovascolare o intolleranza verso la metformina.

38 **Quale delle seguenti affermazioni sulle benzodiazepine è ERRATA?**

A Vengono escrete con le urine coniugate con l'acido glucuronico

B Si legano allo stesso recettore dei barbiturici

C Vengono in genere metabolizzate dal fegato

D Attraversano la barriera placentare

E Si legano ai recettori per la glicina

Risposta giusta: E

Le benzodiazepine non interagiscono con i recettori della glicina, il cui bersaglio fisiologico è il complesso $\mathrm{GABA_A}$. Agendo come **modulatori allosterici positivi** potenziano l'apertura dei canali proteici e aumentano il **flusso di cloro** intracellulare. Questo meccanismo amplifica l'inibizione neuronale, determinando effetti sedativi, ansiolitici e anticonvulsivanti. La glicina conserva separatamente la sua funzione inibitoria nel midollo spinale e nel tronco encefalico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Vengono escrete con le urine coniugate con l'acido glucuronico**: Il metabolismo epatico genera metaboliti che vengono eliminati renalmente dopo coniugazione con l'acido glucuronico.
- **B) Si legano allo stesso recettore dei barbiturici**: Benzodiazepine e barbiturici condividono lo stesso complesso recettoriale, differendosi solo per il sito di legame specifico sul canale ionico.
- **C) Vengono in genere metabolizzate dal fegato**: La biotrasformazione avviene prevalentemente nel fegato tramite il sistema enzimatico del citocromo P450.
- **D) Attraversano la barriera placentare**: La caratteristica lipofilica consente il passaggio attraverso la barriera placentare, imponendo precauzioni cliniche in gravidanza.

39 **Una ragazza di 25 anni viene ricoverata in neurologia per diplopia e debolezza muscolare. Una RX torace rileva una massa nel mediastino. Nel sospetto di una miastenia gravis, quale dei seguenti farmaci è più indicato per eseguire un test in grado di confermare la diagnosi?**

A Atropina
B Bromuro di ipratropio
C **Edrofonio**
D Imipramina
E Scopolamina

Risposta giusta: C

L'edrofonio è un **inibitore reversibile** dell'acetilcolinesterasi caratterizzato da un inizio rapido e una durata brevissima. Agendo sulla **giunzione neuromuscolare** impedisce la degradazione del neurotrasmettitore, favorendo un **miglioramento transitorio** della contrattilità scheletrica. La risposta positiva alla somministrazione costituisce una conferma diagnostica diretta del sospetto clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Atropina**: L'atropina è un antagonista muscarinico classico che trova impiego clinico esclusivo nel contrasto degli effetti collaterali indotti dagli inibitori dell'acetilcolinesterasi, pertanto non viene mai utilizzata per stabilire la diagnosi.
- **B) Bromuro di ipratropio**: Il bromuro di ipratropio è un composto anticolinergico specificamente formulato per agire sulle vie aeree inferiori, risultando completamente inefficace nel test di conferma della debolezza muscolare.
- **D) Imipramina**: L'imipramina è un antidepressivo triciclico privo di qualsiasi attività enzimatica o effetto sulla conduzione neuromuscolare necessaria per questo tipo di valutazione.
- **E) Scopolamina**: La scopolamina esercita la sua azione prevalentemente a livello del sistema nervoso centrale e sul controllo del tono parasimpatico, mostrando assenza di indicazioni come prova diagnostica specifica.

40 **Un soggetto, in terapia anti-ipertensiva con ACE-inibitori e calcio antagonisti, mostra un controllo insufficiente dei valori pressori. Si richiede trattamento con farmaco con diverso meccanismo d'azione. Quale tra i seguenti è un inibitore dei recettori alfa-1 adrenergici utilizzato nel trattamento dell'ipertensione arteriosa?**

A Fenilefrina

B **Doxazosina**

C Clonidina

D Dobutamina

E Fenoldopam

Risposta giusta: B

La doxazosina agisce come **antagonista** selettivo dei recettori **alfa-1** adrenergici. Il blocco di questi siti sulla muscolatura liscia vascolare causa **vasodilatazione** periferica, riducendo la resistenza circolatoria e abbassando la pressione. Introduce un meccanismo farmacologico diverso rispetto agli ACE-inibitori e ai calcio-antagonisti già prescritti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fenilefrina**: La fenilefrina è un **agonista** diretto degli stessi recettori alfa-1. Attiva la contrazione endoteliale provocando vasocostrizione sistematica, aumentando invece della pressione arteriosa.
- **C) Clonidina**: La clonidina è un agonista dei recettori alfa-2 **centrali**. Inibisce il drive simpatico a livello pontino e produce effetto ipotonizzante, ma non blocca mai i recettori alfa-1 periferici.
- **D) Dobutamina**: La dobutamina è un agonista dei recettori beta-1 cardiachi. Potenzia la contrattilità miocardica per supporti emodinamici acuti, risultando totalmente inappropriata per il controllo pressorio cronico.
- **E) Fenoldopam**: La fenoldopam è un agonista dei recettori dopaminergici D1 renali e sistemici. Provoca rapida vasodilatazione con natriuresi correlata, appartenendo a una via fisiologica completamente estranea al gruppo alfa-1.

41 **Un ragazzo di 19 anni presenta una sospetta aspergillosi broncopolmonare allergica. Si pone il sospetto di fibrosi cistica per la presenza di bronchiectasie alla TC del torace. Quale delle seguenti considerazioni sulla possibile diagnosi di fibrosi cistica è corretta?**

A. È un'ipotesi da considerare solo se il cariotipo è patologico

B. **È giustamente un'ipotesi da considerare perché la diagnosi può essere posta anche in età non pediatrica**

C. È un'ipotesi da considerare solo se uno dei due genitori è affetto dalla malattia

D. È un'ipotesi da escludere se alla nascita si era verificato un ileo da meconio

E. È un'ipotesi da scartare perché la diagnosi viene posta sempre in età pediatrica per la gravità della sintomatologia

Risposta giusta: B

La fibrosi cistica può essere diagnosticata anche in adolescenza o in età adulta, soprattutto nelle **forme atipiche**. In un ragazzo con bronchiectasie e un quadro respiratorio suggestivo, il sospetto è legittimo. Anche l'aspergillosi broncopolmonare allergica può essere una manifestazione di fibrosi cistica non ancora diagnosticata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È un'ipotesi da considerare solo se il cariotipo è patologico**: Il **cariotipo** non è utile per diagnosticare la fibrosi cistica, perché la malattia non dipende da un'alterazione cromosomica visibile con questo esame. La diagnosi si basa sul test del sudore e sull'analisi genetica del gene CFTR.
- **C) È un'ipotesi da considerare solo se uno dei due genitori è affetto dalla malattia**: La fibrosi cistica è una malattia **autosomica recessiva**. I genitori possono essere semplicemente **portatori sani**, quindi non è necessario che uno dei due sia affetto.
- **D) È un'ipotesi da escludere se alla nascita si era verificato un ileo da meconio**: L'**ileo da meconio** non è un motivo per escludere la fibrosi cistica: è una manifestazione neonatale classica che può farla sospettare.
- **E) È un'ipotesi da scartare perché la diagnosi viene posta sempre in età pediatrica per la gravità della sintomatologia**: La diagnosi non viene sempre posta in età pediatrica. Può arrivare più tardi, anche in adolescenza o in età adulta, soprattutto nelle forme meno tipiche.

42 **L'indice di Barthel serve a valutare:**

A la resistenza allo sforzo fisico

B l'equilibrio durante la marcia

C **il grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana**

D la memoria a breve termine

E il grado di disfagia

Risposta giusta: C

L'indice di Barthel valuta il **grado di autonomia** nelle **attività quotidiane** di base. Esamina indicatori pratici come alimentazione, igiene personale, vestizione, uso del water, spostamenti e **controllo sfinterico**. Assegna un punteggio numerico che sintetizza l'indipendenza funzionale complessiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la resistenza allo sforzo fisico**: La resistenza allo sforzo fisico valuta la capacità cardiorespiratoria e muscolare, non l'indipendenza nelle cure personali.
- **B) l'equilibrio durante la marcia**: L'equilibrio durante la marcia viene misurato con scale motorie o di valutazione funzionale dedicate.
- **D) la memoria a breve termine**: La memoria a breve termine si esamina esclusivamente con test neuropsicologici strutturati.
- **E) il grado di disfagia**: La disfagia necessita di strumenti clinici specifici progettati per analizzare il meccanismo deglutitorio.

43 **Un uomo di 75 anni riferisce che da circa una settimana è comparso intenso dolore ai muscoli masticatori. Tale dolore compare dopo l'inizio della masticazione e si risolve una volta che termina di masticare. Il medico curante ritiene che tale disturbo sia espressione di una patologia sistemica. La presenza di quale dei seguenti sintomi è opportuno indagare?**

A Ipoacusia monolaterale

B Dispnea

C Pirosi retrosternale

D Odinofagia

E Cefalea temporale

Risposta giusta: E

Il disturbo descritto è una **claudicatio mandibolare**, fortemente suggestiva di **arterite a cellule giganti**. Questa vasculite sistemica colpisce preferenzialmente i vasi cranici. La valutazione prioritaria della **cefalea temporale** è essenziale perché il coinvolgimento delle **arterie temporali** può evolvere rapidamente in **ischemia oculare**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipoacusia monolaterale**: L'ipoacusia monolaterale presenta cause prevalenti otologiche o neurologiche. Non costituisce un sintomo classico o specifico da ricercare nello screening di un'arterite a cellule giganti.
- **B) Dispnea**: La dispnea può comparire in molte condizioni cardiopolmonari ma non è specifica per il quadro descritto. Manca di priorità diagnostica rispetto alla claudicatio mandibolare e non si collega alla fisiopatologia della vasculite in esame.
- **C) Pirosi retrosternale**: La pirosi retrosternale non è pertinente al contesto clinico. Questo sintomo fa pensare invece al reflusso gastroesofageo, indicando quindi un disturbo digestivo completamente diverso dalla patologia vasculitica sospettata.
- **D) Odinofagia**: L'odinofagia indica dolore alla deglutizione. Tale sintomo orienta il ragionamento diagnostico verso affezioni locali a carico della faringe o dell'esofago, risultando estraneo al processo infiammatorio vascolare.

44 **Un uomo di 86 anni segue una politerapia per lo scompenso cardiaco. Dopo alcuni mesi lamenta dolore e tumefazione in regione mammaria bilaterale. Quale dei seguenti farmaci è la causa più probabile dei disturbi lamentati dal paziente?**

A Bisoprololo
B Furosemide
C **Spironolattone**
D Cardioaspirina
E Valsartan

Risposta giusta: C

Lo spironolattone è un diuretico steroideo che antagonizza i recettori dell'aldosterone ma possiede una forte **attività antiandrogena** e lieve attività progestinica. Questa azione induce uno **squilibrio ormonale** favorendo lo sviluppo di **ginecomastia**, caratterizzata da dolore e aumento di volume bilaterale della ghiandola mammaria. È un effetto collaterale classico soprattutto negli uomini **anziani** e durante trattamenti prolungati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Bisoprololo**: Rappresenta un beta-bloccante selettivo impiegato nello scompenso cardiaco per ridurre la mortalità ma non risulta correlato alla comparsa di tumefazioni mammarie.
- **B) Furosemide**: Costituisce un diuretico dell'ansa molto utilizzato nella gestione dello scompenso ma non mantiene associazioni cliniche tipiche con la ginecomastia.
- **D) Cardioaspirina**: Contiene acido acetilsalicilico con meccanismo antiaggregante piastrinico privo di alcuna rilevanza sui disturbi endocrino-mammari maschili.
- **E) Valsartan**: È un antagonista dei recettori dell'**angiotensina II** che inibisce il sistema renina-angiotensina senza interferire con gli ormoni sessuali.

---

45 **In genere, durante la gravidanza fisiologica la capacità funzionale residua polmonare:**

A aumenta ma solo in alcune etnie
B aumenta
C **si riduce**
D si riduce ma solo dopo i 50 anni
E non si modifica

Risposta giusta: C

Durante la gravidanza l'**utero** in crescita occupa maggiore spazio addominale. Questo fenomeno determina il **sollevamento del diaframma** e riduce lo spazio disponibile per i polmoni. Di conseguenza il volume di aria presente nella **capacità funzionale residua** diminuisce dopo un'espirazione normale. L'organismo attiva meccanismi compensatori per mantenere adeguati gli scambi gassosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) aumenta ma solo in alcune etnie**: Le variazioni dell'apparato respiratorio seguono un pattern anatomico universale. L'etnia non modula la direzione del cambiamento volumetrico.
- **B) aumenta**: L'aumento delle dimensioni dell'utero solleva il diaframma verso l'alto. Questa compressione anatomica riduce lo spazio toracico e abbassa il valore invece di farlo salire.
- **D) si riduce ma solo dopo i 50 anni**: Il cambiamento volumetrico è sincronizzato con il decorso della gravidanza. Il range anagrafico materno oltre i cinquanta anni non incide sul meccanismo gestazionale.
- **E) non si modifica**: La gestazione provoca modifiche respiratorie strutturalmente prevedibili. La capacità funzionale residua cambia necessariamente sotto l'influenza della pressione interna.

---

46 **Il riscontro di alti livelli sierici di CA 125:**

- **A** **è frequente nelle pazienti con carcinoma ovarico**
- **B** nelle donne non è mai elevato
- **C** può confermare la diagnosi di infarto miocardico acuto
- **D** non è associato a patologie neoplastiche
- **E** è patognomonico del carcinoma della prostata

Risposta giusta: A

Il CA 125 è un **marcatore tumorale** frequentemente elevato nel **carcinoma ovarico** epiteliale. Non costituisce una prova diagnostica univoca poiché i valori possono crescere anche in assenza di neoplasia. Viene impiegato prevalentemente per il monitoraggio terapeutico e non per stabilire diagnosi certe. L'opzione A riflette esattamente questa applicazione clinica consolidata.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) nelle donne non è mai elevato**: Le pazienti possono presentare valori alterati per molteplici cause ginecologiche e sistemiche. L'aumento è documentato in corso di **endometriosi**, gravidanza, cicli mestruali e stati infiammatori.
- **C) può confermare la diagnosi di infarto miocardico acuto**: La conferma di un infarto miocardico acuto richiede altri biomarcatori di danno cardiaco. In questo ambito si misurano **troponina** e CK-MB anziché il CA 125.
- **D) non è associato a patologie neoplastiche**: Il CA 125 rientra nei pannelli oncologici e supporta la gestione delle malattie neoplastiche. Possono però determinarne l'elevazione anche disturbi non tumorali.
- **E) è patognomonico del carcinoma della prostata**: Il dosaggio del CA 125 non fornisce indicazioni sulla patologia prostatica. Per lo screening e la valutazione del carcinoma della prostata si utilizza il PSA.

47 **Una donna di 25 anni con ovaio policistico sta tentando di avere una gravidanza da almeno 2 anni. Le viene consigliato di eseguire un dosaggio ormonale in fase luteinica. L'aumento di quale dei seguenti ormoni è indicatore di avvenuta ovulazione?**

- **A** **Progesterone**
- **B** Ormone follicolo stimolante (FSH)
- **C** Deidroepiandrosterone (DHEA)
- **D** Estradiolo
- **E** Ormone tireostimolante (TSH)

Risposta giusta: A

Dopo l'ovulazione il follicolo si trasforma in **corpo luteo**. Quest'ultimo produce elevate quantità di **progesterone** durante la fase successiva del ciclo. Un aumento misurato in **fase luteinica** conferma definitivamente che il processo ovulatorio si è verificato. Questo dosaggio rappresenta il riferimento clinico per accertare la funzionalità ovarica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ormone follicolo stimolante (FSH)**: L'FSH controlla lo sviluppo delle strutture follicolari nelle prime fasi del ciclo. La sua secrezione cala progressivamente dopo il picco centrale e non subisce incrementi significativi nel periodo post-ovulatorio da utilizzare come marcatore diagnostico.
- **C) Deidroepiandrosterone (DHEA)**: Il DHEA è un androgeno di origine prevalentemente surrenalica. I suoi livelli plasmatici seguono ritmi adrenali indipendenti dalla dinamicità ovarica e non registrano variazioni legate al rilascio dell'ovocita.
- **D) Estradiolo**: L'estradiolo manifesta il proprio massimo concentrazionale prima dello stacco dell'ovocita. Le oscillazioni successive risultano complesse e sovrapponibili ad altri eventi endocrini, rendendolo uno strumento inadeguato per la verifica diretta dell'avvenuta espulsione.
- **E) Ormone tireostimolante (TSH)**: Il TSH misura lo stato funzionale della ghiandola tiroidea. Pur esercitando un'influenza metabolica sulla sfera riproduttiva, i suoi valori rimangono estranei alla valutazione del periodo ovulatorio.

48 **Una paziente di 45 anni, alla 23-esima settimana di gravidanza, già ipertesa, si reca in Pronto Soccorso per astenia. Riferisce l'insorgenza, qualche ora prima, di cefalea e presenta PA di 180/110 mmHg. Qual è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

A Macroglobulinemia di Waldenstrom

B **Pre-eclampsia gravidica**

C Crisi isterica

D Scompenso cardiaco destro

E Infarto miocardico acuto

Risposta giusta: B

Dopo la 20ª settimana, una **ipertensione severa** associata a **cefalea** fa sospettare una pre-eclampsia. Poiché la paziente era già ipertesa, va considerata una **pre-eclampsia sovrapposta** a ipertensione cronica. Sono necessari accertamenti, tra cui proteinuria, conta piastrinica e funzionalità renale ed epatica, senza ritardare la gestione urgente della pressione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Macroglobulinemia di Waldenstrom**: La macroglobulinemia di Waldenström è una neoplasia ematologica che non giustifica tipicamente questo quadro ipertensivo acuto in gravidanza.
- **C) Crisi isterica**: Attribuire i sintomi a una crisi psicogena trascurerebbe una pressione arteriosa severamente elevata e il rischio di una complicanza ostetrica.
- **D) Scompenso cardiaco destro**: Lo scompenso cardiaco destro si manifesta soprattutto con congestione venosa periferica, non con cefalea e ipertensione severa come quadro predominante.
- **E) Infarto miocardico acuto**: L'infarto miocardico acuto non spiega in modo altrettanto probabile la cefalea associata a ipertensione severa dopo la 20ª settimana di gravidanza.

49 **Una paziente di 27 anni, con leiomioma uterino clinicamente silente, richiede al ginecologo la prescrizione di un contraccettivo orale estro-progestinico a basso dosaggio. Com'è opportuno procedere?**

A Prescrivere il contraccettivo, ma previa escissione chirurgica del leiomioma

B Prescrivere il contraccettivo, ma con una posologia dimezzata

C Prescrivere il contraccettivo, ma previo dosaggio sierico dell'acido vanilmandelico

D Consigliare altri tipi di contraccettivi non estro-progestinici

E Prescrivere il contraccettivo, non vi sono controindicazioni

Risposta giusta: E

Un leiomioma uterino asintomatico non rappresenta una controindicazione all'impiego di contraccettivi orali estro-progestinici a basso dosaggio. Nella pratica clinica gli estrogeni non accelerano sistematicamente la crescita delle masse uterine isolate. La prescrizione richiede solo la conferma dell'idoneità generale della paziente ai principi attivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Prescrivere il contraccettivo, ma previa escissione chirurgica del leiomioma**: L'intervento chirurgico preventivo è un approccio non fondato. La gestione operativa dei leiomiomi è riservata esclusivamente a pazienti sintomatiche o con complicanze correlate.
- **B) Prescrivere il contraccettivo, ma con una posologia dimezzata**: Manca qualsiasi base evidence-based per la riduzione arbitraria della posologia. La titolazione deve seguire rigorosamente i protocolli farmacologici consolidati.
- **C) Prescrivere il contraccettivo, ma previo dosaggio sierico dell'acido vanilmandelico**: Il dosaggio dell'acido vanilmandelico è irrilevante per la valutazione della contraccezione orale. Tale parametro ematico appartiene al work-up diagnostico di sospetti tumori midollari surrenali.
- **D) Consigliare altri tipi di contraccettivi non estro-progestinici**: I metodi non estro-progestinici non costituiscono un obbligo terapeutico. Costituiscono un'alternativa valida soltanto in presenza di limitazioni specifiche all'uso della pillola combinata.

50 **Il ginecologo prescrive a una donna al 3° mese di gravidanza il controllo degli anticorpi anti-Cytomegalovirus, che risultano positivi. Nell'infezione materna da Cytomegalovirus, il rischio di patologia fetale è:**

A presente solo se l'infezione è immediatamente preconcezionale

B minore all'aumentare dell'epoca gestazionale

C presente solo nel terzo trimestre

D maggiore all'aumentare dell'epoca gestazionale

E indipendente dall'epoca gestazionale

Risposta giusta: B

Il rischio di patologia fetale **diminuisce** all'aumentare dell'epoca gestazionale. Nelle prime fasi avviene la **organogenesi** e l'embrione risente maggiormente del virus. La maturazione tissutale cresce nel tempo riducendo la severità dei danni.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) presente solo se l'infezione è immediatamente preconcezionale**: Il contagio fetale riguarda l'infezione contratta durante la gestazione. Non sussiste un limite temporale stretto come quello descritto nell'opzione.
- **C) presente solo nel terzo trimestre**: La malattia non compare esclusivamente nel terzo trimestre. L'impatto negativo è massimo proprio nelle fasi precoci di sviluppo.
- **D) maggiore all'aumentare dell'epoca gestazionale**: Contrariamente a quanto affermato, il pericolo non incrementa con la gravidanza. Tende anzi a ridursi progressivamente nelle fasi successive.
- **E) indipendente dall'epoca gestazionale**: L'epoca d'infezione influisce sia sulla **trasmissione** virale che sul **danno** cellulare. Esiste quindi una netta correlazione temporale con l'esito clinico.

51 **Il fenotipo eritrocitario di una donna primipara al terzo mese di gravidanza risulta essere 0 Rh-negativo; il marito è risultato 0 Rh-positivo. Quando è raccomandata la profilassi dell'isoimmunizzazione materno-fetale di tipo Rh?**

A Al concepimento ed entro una settimana dal parto
B Al termine della gravidanza e a distanza di almeno 3 giorni dal parto
C **Alla 28-esima settimana di gravidanza ed entro 72 ore dal parto**
D Solo nei parti vaginali
E Solo nei parti cesarei

Risposta giusta: C

La **profilassi anti-D** serve a bloccare la **sensibilizzazione materna** contro i globuli rossi fetali. Si pratica una prima dose intorno alla **28ª settimana** e una seconda **entro 72 ore dal parto** se il neonato è Rh-positivo. Questo schema garantisce la protezione nel periodo critico di passaggio ematico e durante l'evento ostetrico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Al concepimento ed entro una settimana dal parto**: La somministrazione non avviene al concepimento. Si attende la fine del secondo trimestre e il parto richiede un'iniezione rapida, non differita a sette giorni.
- **B) Al termine della gravidanza e a distanza di almeno 3 giorni dal parto**: È errata perché posticipa troppo la dose dopo il travaglio. Il limite effettivo è di settantadue ore dall'evento e manca completamente la copertura preventiva durante la gravidanza.
- **D) Solo nei parti vaginali**: La profilassi non si limita alla via vaginale. L'intervento chirurgico non elimina il pericolo di contatto tra sangue fetale e circolazione materna.
- **E) Solo nei parti cesarei**: Il rischio di trasfusione feto-materna non è esclusivo del taglio cesareo. Il sanguinamento può verificarsi in qualsiasi modalità assistita o spontanea.

52 **A una donna di 35 anni al 6° mese di gravidanza, vengono riscontrati valori pressori arteriosi superiori a 160/100 mmHg in diverse misurazioni effettuate. Quale tra le seguenti è una complicanza grave dell'ipertensione arteriosa in gravidanza?**

A Anomalie di impianto della placenta

B **Coagulazione intravascolare disseminata (CID)**

C Malformazioni cardiache fetali

D Macrosomia fetale

E Emorragia cerebrale del feto

Risposta giusta: B

L'ipertensione severa in gravidanza può innescare un'attivazione sistemica dell'**coagulazione**. Questo processo consuma rapidamente piastrine e fattori circolanti, generando un rischio combinato di trombosi ed emorragie. La condizione rappresenta un'emergenza materna tipica dei quadri di preeclampsia grave.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Anomalie di impianto della placenta**: Le anomalie di impianto costituiscono entità patologiche distinte. Nell'ipertensione si osserva invece una disfunzione dei vili coriali con possibile insufficienza o distacco placentare. Quest'ultimo meccanismo produce ischemia acuta e complicanze emorragiche materne, senza riguardare la fase iniziale di nidificazione.
- **C) Malformazioni cardiache fetali**: Le malformazioni cardiache non derivano da picchi pressori tardivi. Questi difetti nascono da alterazioni primarie dello **sviluppo embrionale** nelle prime fasi di organogenesi. Un danno vascolare al sesto mese non può più modificare la morfologia strutturale degli apparati.
- **D) Macrosomia fetale**: La macrosomia fetale non è correlata all'ipertensione gestazionale. Tale quadro è classico nei pazienti con **diabete**. I disturbi pressori provocano invece un ristretto apporto nutritivo, favorendo il ritardo di crescita intrauterino.
- **E) Emorragia cerebrale del feto**: L'emorragia cerebrale fetale non è la conseguenza diretta attesa. L'ipertensione materna colpisce prioritariamente i circoli uteroplacentare e materno. Il feto subisce principalmente stress ossigenativo, prematurità o restrizione ponderale, mentre le emorragie cerebrali richiedono eziologie proprie.

53 **Come viene trasmesso il virus West Nile?**

A Puntura di vespa
B Contatto con escrementi di bestiame
C Contatto con escrementi di uccelli migratori
D **Puntura di zanzara**
E Puntura di zecca

Risposta giusta: D

Il virus West Nile si diffonde principalmente tramite la puntura di **zanzare**. Gli insetti acquisiscono il patogeno nutrendosi di sangue **uccelli** e lo inoculano poi all'uomo. Si configura dunque un meccanismo di **trasmissione vettoriale**, escludendo contatti diretti o vie fecali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Puntura di vespa**: Le **vespe** possono causare solo reazioni locali o allergiche durante il morso. Non svolgono alcun ruolo ecologico nel mantenere o trasmettere il virus.
- **B) Contatto con escrementi di bestiame**: Il patogeno non sopravvive nelle deiezioni di animali domestici o da allevamento. Il contatto con tali escrementi non espone a rischio di infezione.
- **C) Contatto con escrementi di uccelli migratori**: Gli uccelli migratori risultano fondamentali nel ciclo epidemiologico. Il contagio non passa però dalle loro feci, ma necessita esclusivamente della puntura di zanzare infette.
- **E) Puntura di zecca**: Le **zecche** veicolano efficacemente altri patogeni, ma non costituiscono la via di diffusione del virus West Nile.

54 **Su cosa è basato lo screening neonatale della fibrosi cistica?**

A Riscontro di ipertransaminasemia

B **Riscontro di ipertripsinemia**

C Riscontro di iperamilasemia

D Test del sudore positivo

E Riscontro di ipernatremia

Risposta giusta: B

Lo screening neonatale della fibrosi cistica si basa sul dosaggio della **tripsina immunoreattiva**. Questo valore risulta aumentato (**ipertripsinemia**) nel sangue del neonato affetto. L'ostruzione dei dotti pancreatici caratteristici della malattia induce uno stress ghiandolare che causa un rilascio precoce dell'enzima. La misurazione di questo marcatore costituisce quindi la prova di primo livello. Il test del sudore rimane invece riservato alla conferma diagnostica successiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Riscontro di ipertransaminasemia**: Le transaminasi sono enzimi epatici rilevati in caso di danno hepatocellulare. Il loro incremento non riflette il meccanismo fisiopatologico pancreatico della fibrosi cistica. Non costituiscono pertanto un criterio utile per la diagnosi neonatale.
- **C) Riscontro di iperamilasemia**: L'amilasi è un enzima digestivo prodotto dal pancreas. Pur potendo variare in alcune patologie pancreatiche, la sua quantificazione non rientra nei protocolli di screening neonatale per questa patologia.
- **D) Test del sudore positivo**: Il test del sudore misura il cloro nell'escrezione cutanea. Viene impiegato esclusivamente per confermare la diagnosi dopo un sospetto o uno screening positivo. Non ha valore come strumento di screening iniziale.
- **E) Riscontro di ipernatremia**: I livelli di sodio possono subire alterazioni in diversi contesti clinici acuti. Variazioni di natremia non rappresentano un parametro biologico specifico per l'identificazione precoce della fibrosi cistica.

55 **Quale composizione dei seguenti vaccini oggi disponibili è correttamente indicata?**

A Il vaccino anti-pneumococco è un vaccino polivalente costituito da proteine della membrana esterna

B Il vaccino anti-tubercolare è costituito da antigeni estratti e purificati

C Il vaccino anti-meningococco di sierogruppo B è costituito da antigeni polisaccaridici capsulari

D **Il vaccino anti-morbillo è costituito da virus attenuati**

E Il vaccino anti-Haemophilus influenzae tipo B è costituito da virus inattivati

Risposta giusta: D

Il vaccino anti-morbillo contiene il **virus vivo attenuato**, modificato per perdere la patogenicità ma mantenere l'immunogenicità. Questa tecnologia replica l'infezione naturale stimolando una risposta immunitaria solida senza provocare la malattia clinicamente rilevante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il vaccino anti-pneumococco è un vaccino polivalente costituito da proteine della membrana esterna**: I vaccini pneumococcici attuali si basano sui **polisaccaridi della capsula batterica**, non sulle proteine della membrana esterna. Le formulazioni oggi impiegate sono polisaccaridiche pure o coniugate.
- **B)** Il vaccino antitubercolare di riferimento è il BCG, ottenuto da **Mycobacterium bovis** indebolito in coltura. La descrizione agli antigeni estratti e purificati non corrisponde alla formulazione standard attualmente autorizzata.
- **C) Il vaccino anti-meningococco di sierogruppo B è costituito da antigeni polisaccaridici capsulari**: La capsula del meningococco di sierogruppo B presenta una scarsa immunogenicità che ne rende inefficace l'uso diretto. I vaccini commerciali utilizzano **antigeni proteici ricombinanti** ottenuti con tecnologie moderne.
- **E) Il vaccino anti-Haemophilus influenzae tipo B è costituito da virus inattivati**: Haemophilus influenzae tipo B è un **batterio** e non un virus, quindi non può essere oggetto di vaccinazione con particelle virali inattivate. Il preparato attuale è di tipo **vaccino coniugato**, con il polisaccaride capsulare legato a una proteina vettore per potenziare la risposta nei lattanti.

56 **Quale delle seguenti affermazioni descrive più correttamente i livelli essenziali di assistenza (LEA)?**

A I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con età superiore a 65 anni, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")

B I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con età inferiore a 18 anni, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")

C I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con un reddito complessivo lordo inferiore a una certa soglia, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")

D **I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")**

E I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con più di 18 anni privi di lavoro da più di un anno, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")

Risposta giusta: D

I LEA rappresentano il nucleo minimo di assistenza sanitaria garantita dal Servizio Sanitario Nazionale a **tutti i cittadini** sul territorio nazionale. Queste prestazioni possono essere erogate gratuitamente o richiedere il pagamento di una **quota di partecipazione** nota come ticket. Il principio fondante è la copertura universale, indipendente dalle condizioni personali o economiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con età superiore a 65 anni, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")**: La terza età non costituisce il criterio di eleggibilità principale. Gli over 65 hanno certamente accesso a specifiche salvaguardie, ma l'universalità dei LEA li comprende già senza bisogno di limitazioni aggiuntive.
- **B) I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con età inferiore a 18 anni, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")**: La tutela non si limita alla fascia pediatrica. Vige un'estensione a tutta la popolazione, pertanto restringere il campo ai minori falsifica la portata generale del servizio.
- **C) I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con un reddito complessivo lordo inferiore a una certa soglia, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")**: L'accesso ai LEA non è subordinato al reddito lordo dei pazienti. Si tratta di un diritto fondamentale che opera a prescindere dalla soglia economica, escludendo erroneamente chi supera determinati livelli di guadagno.
- **E) I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini con più di 18 anni privi di lavoro da più di un anno, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione ("ticket")**: Lo stato occupazionale non determina la copertura assistenziale base. Una eventuale disoccupazione può influenzare solo le esenzioni dal ticket, senza alterare il carattere globale del pacchetto essenziale.

57 **Un uomo di 62 anni con una storia di ulcera peptica riferisce un miglioramento della sintomatologia dopo la terapia eradicante dell'Helicobacter pylori. Tuttavia, dopo 4 mesi, i sintomi si ripresentano nonostante adeguata terapia con esomeprazolo. Viene posto sospetto di sindrome di Zollinger-Ellison. Tra i seguenti, quale è il primo step dell'iter diagnostico?**

- **A** **Test della secretina**
- **B** Ecoendoscopia del pancreas
- **C** Test alla clonidina
- **D** Non è necessario alcun test, bisogna solo aumentare la terapia con gastroprotettore
- **E** Analisi genetica delle mutazioni a carico del gene MEN1

Risposta giusta: A

Nel sospetto di sindrome di Zollinger-Ellison il primo passo è **confermare la diagnosi biochimica** prima di ricorrere a esami di imaging o indagine genetiche. Il test della secretina è specifico perché induce un **aumento anomalo** dei livelli di gastrina nei pazienti con gastrinoma, al contrario della normale soppressione fisiologica. Questo step verifica l'ipersecrezione patologica ed è indispensabile prima di orientare la ricerca della sede tumorale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ecoendoscopia del pancreas**: L'ecoendoscopia serve esclusivamente alla localizzazione anatomica del gastrinoma; eseguirla come primo step significa sottoporsi a imaging senza conferma biochimica, creando una ricerca inaccurata e poco mirata.
- **C) Test alla clonidina**: La clonidina non ha ruolo diagnostico nello Zollinger-Ellison; è impiegata in ambiti clinici differenti e non provoca variazioni dei valori di gastrina utili a caratterizzare questa patologia.
- **D) Non è necessario alcun test, bisogna solo aumentare la terapia con gastroprotettore**: Aumentare la terapia anti-secretoria empiricamente ignora la recidiva sintomatologica nonostante inibitore di pompa adeguato; il quadro richiede una valutazione specifica per escludere cause patologiche di ipersecrezione.
- **E) Analisi genetica delle mutazioni a carico del gene MEN1**: L'analisi genetica del gene MEN1 è indicata solo dopo aver stabilito la diagnosi o in presenza di familiarità nota; non rappresenta un esame di primo livello e non sostituisce la dimostrazione dello stato ormonale alterato.

58 **Una donna di 58 anni viene inviata in ospedale dal medico di medicina generale per anemia ipocromica microcitica resistente alla supplementazione con somministrazione orale di ferro. La paziente riferisce inoltre disfagia. All'esame obiettivo vi è riscontro di glossite e splenomegalia. Viene eseguita un'esofagogastroduodenoscopia con il riscontro di esofagite, con membrane esofagee nel terzo prossimale. Quale delle seguenti diagnosi è compatibile con il quadro clinico descritto?**

- **A** **Sindrome di Plummer-Vinson**
- **B** Sindrome di Boerhaave
- **C** Leiomioma esofageo
- **D** Malattia da reflusso gastroesofageo
- **E** Spasmo esofageo diffuso

Risposta giusta: A

La diagnosi è la sindrome di Plummer-Vinson, definita dalla triade di **anemia sideropenica**, **disfagia** e **membrane esofagee** nel tratto prossimale. Il reperto endoscopico si associa a glossite e splenomegalia, segni classici di carenza marziale cronica. La mancata risposta al ferro orale conferma il deficit persistente e orienta verso questa patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sindrome di Boerhaave**: La sindrome di Boerhaave corrisponde a una perforazione acuta dell'esofago con dolore toracico intenso e collasso clinico, incompatibile con un decorso subcronico stabile.
- **C) Leiomioma esofageo**: Il leiomioma esofageo è una massa benigna della muscolatura liscia capace di ostruire il lume e causare disfagia, ma risulta sempre isolata rispetto ai quadri sistemici da carenza di ferro e alle anomalie della mucosa.
- **D) Malattia da reflusso gastroesofageo**: La malattia da reflusso gastroesofageo produce esofagite e disfagia, ma non giustifica l'anemia microcitica né la formazione di webs esofagei prossimali.
- **E) Spasmo esofageo diffuso**: Lo spasmo esofageo diffuso è un disturbo funzionale della motilità che scatena disfagia e dolori retrosternali senza alcuna correlazione con i reperti ematologici o le lesioni membranose.

59 **Una donna di 52 anni presenta diarrea persistente da una settimana. Tutte le seguenti situazioni possono portare frequentemente a diarrea, AD ECCEZIONE di una: quale?**

A Terapia con metoclopramide
B Malattia infiammatoria intestinale
C **Ipercalcemia**
D Ipertiroidismo
E Sindrome dell'intestino irritabile

Risposta giusta: C

L'**ipercalcemia** riduce la contrattilità della muscolatura intestinale e rallenta il **transito**, manifestandosi prevalentemente come **stipsi** invece che diarrea. Le condizioni rimanenti modificano la fisiologia del tratto digerente, accelerando l'eliminazione delle feci.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia con metoclopramide**: La metoclopramide possiede azione procinetica che potenzia le contrazioni del tubo digerente, anticipando i tempi di permanenza delle feci nel lume e facilitando episodi di diarrea o feci molli.
- **B) Malattia infiammatoria intestinale**: Morbo di Crohn e colite ulcerosa inducono un'infiammazione diretta della mucosa che compromette l'assorbimento idrico, generando scariche frequenti accompagnate da muco o sangue.
- **D) Ipertiroidismo**: I livelli elevati di ormoni tiroidei stimolano la contrattilità enterica, velocizzando il passaggio del materiale intestinale e producendo feci consistenti e numerose.
- **E) Sindrome dell'intestino irritabile**: Nella variante a predominanza diarroica questa sindrome funzionale altera la regolazione neurogena della motilità intestinale, traducendosi in un aumento della frequenza e nella liquidità delle scariche.

61 **Per test alla metacolina si intende:**

A un esame diagnostico per immagini volto a rappresentare la capacità di transito del bolo alimentare

B un test scintigrafico utile nella diagnosi dell'embolia polmonare nei casi in cui l'angio-TC sia controindicata

C un test che si esegue durante il cateterismo cardiaco destro, volto a identificare i pazienti con ipertensione polmonare che potrebbero trarre giovamento da determinate terapie

D un test da sforzo anaerobico volto a evidenziare la soglia di riserva coronarica

E un test volto a misurare il grado di reattività bronchiale

Risposta giusta: E

Il test alla metacolina valuta l'**iperreattività bronchiale** misurando quanto rapidamente le vie aeree si restringono sotto stimolo. La sostanza induce **broncocostruzione** e un calo significativo dei parametri espiratori conferma la positività. Si prescrive quando l'asma è clinicamente sospettata ma la diagnostica di base rimane incerta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) un esame diagnostico per immagini volto a rappresentare la capacità di transito del bolo alimentare**: Fa riferimento a esami di imaging come la swallow study o lo **studio del transito esofageo**. Utilizza raggi X o fluoroscopia per monitorare il passaggio del bolo alimentare e non fornisce dati sulla funzione polmonare.
- **B) un test scintigrafico utile nella diagnosi dell'embolia polmonare nei casi in cui l'angio-TC sia controindicata**: Corrisponde alla **scintigrafia V/P** polmonare, un procedimento di medicina nucleare. Viene richiesto quando la TAC deve essere evitata per confermare la presenza di trombi nelle arterie polmonari e non valuta la risposta bronchiale agli stimoli.
- **C) un test che si esegue durante il cateterismo cardiaco destro, volto a identificare i pazienti con ipertensione polmonare che potrebbero trarre giovamento da determinate terapie**: Descrive il test di vasoreattività polmonare eseguito durante il **cateterismo cardiaco destro**. Serve a selezionare i pazienti affetti da ipertensione arteriosa polmonare che potrebbero rispondere positivamente a specifici farmaci vasodilatatori, senza alcun legame con la metacolina.
- **D) un test da sforzo anaerobico volto a evidenziare la soglia di riserva coronarica**: Indica i protocolli di esercizio fisico in ambito di **test da sforzo cardiologici**. Monitorano la frequenza cardiaca, la pressione e la saturazione per diagnosticare ischemia o valutare la tolleranza allo sport, rimanendo estranei alla pneumologia.

62 **Un paziente adulto con tosse persistente si presenta all'osservazione clinica. Viene richiesta una TC del torace che mostra la presenza di bronchiectasie. Viene esclusa la presenza di fibrosi cistica. Quale delle seguenti considerazioni circa le strategie terapeutiche per le bronchiectasie è ERRATA?**

A La fisioterapia può avere un ruolo nella prevenzione delle complicanze delle bronchiectasie

B Il trattamento con desossiribonucleasi I umana ricombinante (dornase alfa) è controindicato nella riacutizzazione

C La terapia antibiotica è indicata nelle riacutizzazioni

D La chirurgia può avere un ruolo nel trattamento di alcune forme di bronchiectasie

E **Qualora venga isolato un batterio al broncolavaggio o all'esame dell'espettorato, esso deve essere sempre trattato ed eliminato**

Risposta giusta: E

Non ogni batterio isolato nell'espettorato o al broncolavaggio deve essere trattato ed eliminato. Occorre distinguere la **colonizzazione** da un'infezione associata a riacutizzazione o peggioramento clinico e valutare il dato microbiologico nel contesto dei sintomi e della gravità della malattia. Non esiste quindi un obbligo assoluto di trattare ogni isolamento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La fisioterapia può avere un ruolo nella prevenzione delle complicanze delle bronchiectasie**: È vera: le tecniche di disostruzione bronchiale aiutano a mobilizzare le secrezioni e a ridurne il ristagno, limitando così infezioni e riacutizzazioni.
- **B) Il trattamento con desossiribonucleasi I umana ricombinante (dornase alfa) è controindicato nella riacutizzazione**: È vera: la dornase alfa è utile nella fibrosi cistica, ma non è raccomandata nelle bronchiectasie non associate a fibrosi cistica e può peggiorare l'andamento clinico. Non va quindi usata come strategia standard, soprattutto durante le riacutizzazioni.
- **C) La terapia antibiotica è indicata nelle riacutizzazioni**: È vera: gli antibiotici sono indicati nelle riacutizzazioni infettive, idealmente scegliendoli in base all'antibiogramma.
- **D) La chirurgia può avere un ruolo nel trattamento di alcune forme di bronchiectasie**: È vera: in casi selezionati, per esempio in presenza di bronchiectasie localizzate e refrattarie alla terapia medica, la chirurgia può essere considerata.

63 **Quali alterazioni elettrolitiche possono innescare una riduzione dell'intervallo QT?**

- **A** **Ipercalcemia, iperkaliemia**
- B Ipocalcemia, ipokaliemia
- C Iperfosforemia, ipomagnesemia
- D L'intervallo QT non è influenzato dalle concentrazioni elettrolitiche
- E Ipernatriemia, ipercloremia

Risposta giusta: A

L'**ipercalcemia** e l'**iperkaliemia** accorciano l'intervallo QT. Il primo altera i canali del calcio, riducendo la fase di plateau del potenziale d'azione. La seconda accelera gli efflussi di potassio, accelerando la ripolarizzazione ventricolare. Questi squilibri modificano la conduzione elettrica cardiaca indipendentemente da fattori farmacologici.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ipocalcemia, ipokaliemia**: Si verifica l'effetto opposto: l'ipocalcemia prolunga l'intervallo QT bloccando parzialmente i canali del calcio, mentre l'ipokaliemia rallenta la ripolarizzazione e aumenta il rischio aritmogeno.
- **C) Iperfosforemia, ipomagnesemia**: L'ipomagnesemia predispone ad aritmie e disturbi della ripolarizzazione, ma non è la causa tipica di un QT breve; l'iperfosforemia non rientra tra i fattori elettrolitici riconosciuti per questa modifica.
- **D) L'intervallo QT non è influenzato dalle concentrazioni elettrolitiche**: La concentrazione degli elettroliti influenza direttamente il QT, poiché calcio, potassio e magnesio regolano i meccanismi di depolarizzazione e ripolarizzazione delle cellule miocardiche.
- **E) Ipernatriemia, ipercloremia**: L'ipernatriemia e l'ipercloremia non alterano significativamente la ripolarizzazione ventricolare e non sono classicamente associate a un QT ridotto.

64 **La sindrome di Wolff-Parkinson-White è caratterizzata da:**

A alterazione dell'ossificazione

B collagenosi associata ad alterazioni vascolari arteriose (soprattutto aortiche)

C aumento reversibile delle resistenze espiratorie al flusso

D irsutismo, tremori non intenzionali, albinismo

E pre-eccitazione ventricolare

Risposta giusta: E

La sindrome è un disturbo **elettrofisiologico** del cuore causato da una via accessoria che collega direttamente gli atri ai ventricoli. Questa struttura anomala bypassa il **nodo atrioventricolare**, anticipando la depolarizzazione miocardica e predisponendo allo sviluppo di **tachiaritmie**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) alterazione dell'ossificazione**: L'anomalia nei processi di ossificazione scheletrica appartiene a fenotipi genetici o ortopedici distinti e non influenza la propagazione degli impulsi cardiaci.
- **B) collagenosi associata ad alterazioni vascolari arteriose (soprattutto aortiche)**: Indica una collagenosi con interessamento delle grandi arterie come l'aorta, riconducibile a malattie strutturali del tessuto connettivo e non a vizi di conduzione elettrica.
- **C) aumento reversibile delle resistenze espiratorie al flusso**: Definisce un restringimento dinamico delle vie aeree che caratterizza le crisi ostruttive, localizzandosi chiaramente nel **sistema respiratorio** e non nel cuore.
- **D) irsutismo, tremori non intenzionali, albinismo**: Riunisce manifestazioni cutanee, neurologiche e pigmentarie proprie di complessi sindromi ereditarie, restando totalmente dissociato dalla fisiopatologia ventricolare.

65 **Un paziente di 75 anni iperteso, in trattamento farmacologico, riferisce episodi di palpitazioni. Quale tra i seguenti è il primo esame strumentale da richiedere?**

A TC coronarica

B Ecocardiogramma da sforzo

C **ECG dinamico secondo Holter**

D Monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa per 24 ore

E PET cardiaca

Risposta giusta: C

Nel paziente con palpitazioni intermittenti, il primo obiettivo è registrare l'**attività elettrica cardiaca** nel contesto quotidiano. L'**ECG dinamico secondo Holter** assicura questa registrazione continua, risultando l'esame strumentale iniziale più mirato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) TC coronarica**: La TC coronarica è impiegata per studiare l'anatomia dei vasi in caso di sospetto di malattia coronarica. Non sostituisce la necessità di confermare elettricamente la presenza di un'aritmia prima di procedere con indagini anatomiche.
- **B) Ecocardiogramma da sforzo**: L'ecocardiogramma da sforzo valuta l'**ischemia indotta** o la funzione ventricolare sotto carico. Non documenta direttamente le alterazioni del ritmo e non costituisce la prima scelta diagnostica per le palpitazioni.
- **D) Monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa per 24 ore**: Il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa studia il **profilo pressorio** e l'efficacia delle terapie ipotensive. Il sintomo predominante rimane il disturbo percettivo del battito, rendendo l'esame secondario rispetto alla valutazione aritmica.
- **E) PET cardiaca**: La PET cardiaca rappresenta un'**indagine specialistica** di livello avanzato, riservata alla valutazione di perfusione e metabolismo miocardico in contesti selezionati. Non trova indicazione nella fase esplorativa iniziale per quadri clinici limitati alle palpitazioni.

66 **Una paziente di 35 anni presenta all'auscultazione un soffio sistolico alla punta e in sede parasternale sinistra, associato a un click meso-sistolico, in assenza di altri reperti patologici all'esame obiettivo e di sintomi. Qual è la possibile diagnosi?**

A Stenosi aortica
B Difetto interventricolare
C Stenosi mitralica
D Insufficienza aortica
E Prolasso della mitrale

Risposta giusta: E

Il quadro clinico mostra un soffio sistolico alla punta insieme a un **click mesosistolico**. Questa combinazione è tipica del **prolasso mitralico** durante la fase sistolica. L'assenza di sintomi e reperti aggiuntivi in una paziente giovane conferma la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Stenosi aortica**: La stenosi aortica produce un soffio sistolico eiettivo al focolaio aortico con irradiazione carotidea. Non genera mai il reperto acustico descritto.
- **B) Difetto interventricolare**: Il difetto interventricolare origina un soffio olosistolico intenso al margine sternale sinistro. Non presenta il click caratteristico della patologia.
- **C) Stenosi mitralica**: La stenosi mitralica causa prevalentemente un soffio diastolico accompagnato da schianto di apertura e rullio apicale. Manca il segnale sistolico tipico del quadro.
- **D) Insufficienza aortica**: L'insufficienza aortica determina un soffio diastolico decrescente alla base cardiaca. Si discosta completamente dal reperto puntale e dall'evento intermedio.

67 **Un paziente di 78 anni viene valutato per possibile impianto di pacemaker. Quale tra le seguenti costituisce un'indicazione certa all'impianto di pacemaker in caso di blocco Atrio-Ventricolare (A-V)?**

- **A** **Blocco A-V di III grado o di II grado avanzato associato a una pausa sistolica di almeno 5 secondi**
- B Malattie neuromuscolari con blocco A-V di I grado
- C Blocco A-V di II grado tipo 1 asintomatico
- D Blocco A-V di I grado
- E Blocco A-V da malattia di Lyme

Risposta giusta: A

Nel **blocco di III grado** o nel **secondo grado avanzato** la conduzione atrioventricolare è gravemente compromessa. Una **pausa sistolica ≥5 secondi** indica l'assenza di un **ritmo di fuga** stabile. Questa condizione configura un rischio elevato di sincope o asistolia e rappresenta un indicazione definitiva all'impianto del pacemaker.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Malattie neuromuscolari con blocco A-V di I grado**: La sola presenza del blocco di primo grado non costituisce un criterio automatico. Alcune malattie neuromuscolari presentano un rischio maggiore di progressione elettrica, ma non impongono attivare il dispositivo precocemente.
- **C) Blocco A-V di II grado tipo 1 asintomatico**: Il mobitz tipo 1 asintomatico ha frequentemente origine a livello nodale e una prognosi favorevole. La gestione terapeutica dipende dal contesto clinico e non prevede raccomandazioni automatizzate all'impianto.
- **D) Blocco A-V di I grado**: Il blocco di primo grado è generalmente benigno e asintomatico. L'impianto si valuta esclusivamente se la conduzione è molto marcata, se sono presenti sintomi correlati o se coesistono condizioni particolari.
- **E) Blocco A-V da malattia di Lyme**: Il blocco cardiaco secondario alla malattia di Lyme è spesso transitorio e reversibile. Si privilegia inizialmente la terapia antibiotica e l'osservazione dell'evoluzione della conduzione prima di considerare il pacemaker.

68 **Un paziente con cardiopatia ischemica recentemente sottoposto ad angioplastica con stent coronarici multipli, presenta persistenti ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia nonostante terapia con ezetimibe e omega-polienoici. Lo schema viene modificato con una combinazione ezetimibe/simvastatina. Qual è il meccanismo d'azione principale delle statine?**

- **A** **Inibiscono l'idrossimetilglutaril-CoA reduttasi (HMG-CoA reduttasi)**
- **B** Antagonizzano le LDL ossidate
- **C** Si legano al recettore delle LDL
- **D** Riducono lo stress ossidativo
- **E** Inibiscono le caspasi

Risposta giusta: A

Le statine bloccano l'**enzima HMG-CoA reduttasi**, passaggio critico nella sintesi epatica del colesterolo. Il calo intracellulare stimola la **sovraespressione dei recettori per le LDL** sulla membrana degli epatociti. La clearance aumentata dal circolo spiega l'efficacia terapeutica nella prevenzione cardiaca.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Antagonizzano le LDL ossidate**: Non neutralizzano direttamente le LDL ossidate. Queste varianti contribuiscono alla placca aterosclerotica, ma non sono il bersaglio farmacologico primario.
- **C) Si legano al recettore delle LDL**: Non interagiscono fisicamente con i recettori delle LDL. Ne promuovono solo un incremento indiretto attraverso il ridotta produzione interna di steroli.
- **D) Riducono lo stress ossidativo**: Comprendono azioni collaterali come la modesta riduzione dell'infiammazione e dello stress ossidativo. Rappresentano effetti pleiotropi secondari rispetto al controllo lipidico diretto.
- **E) Inibiscono le caspasi**: Modificano i pathway dell'apoptosi cellulare legati alle caspasi. Tale meccanismo apoptotico non influenza il metabolismo dei lipidi né la risposta clinica al trattamento.

69 **Una donna di 68 anni viene ricoverata nel reparto di cardiologia per un infarto del miocardio. Quale tra le seguenti è la definizione più completa di ischemia miocardica?**

A Un'ipossiemia con insufficiente rimozione di metaboliti

B Un insufficiente apporto di ossigeno dovuto a ipossiemia

C Un'aumentata rimozione di metaboliti

D Una riduzione del flusso coronarico durante la sistole

E **Un insufficiente apporto di ossigeno e substrati e insufficiente rimozione di metaboliti conseguente ad ipoperfusione coronarica**

Risposta giusta: E

L'**ischemia miocardica** corrisponde a una **riduzione del flusso ematico** che provoca un doppio squilibrio: minore consegna di ossigeno e substrati e accumulo di scarti cellulari. La definizione integra il meccanismo vascolare con le alterazioni chimiche, offrendo una visione completa del disturbo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Un'ipossiemia con insufficiente rimozione di metaboliti**: Pur citando l'accumulo di metaboliti, attribuisce tutto il quadro a una carenza sistemica. La vera origine è sempre il ridotto afflusso coronarico diretto al muscolo cardiaco.
- **B) Un insufficiente apporto di ossigeno dovuto a ipossiemia**: L'**ipossiemia** indica scarsità di ossigeno circolante ma non spiega il blocco locale delle coronarie. Trascura inoltre i substrati energetici e lo smaltimento degli scarti.
- **C) Un'aumentata rimozione di metaboliti**: Nell'ischemia la clearance si riduce per mancanza di sangue fresco, non aumenta. Affermare il contrario confonde il segno fisiopatologico reale.
- **D) Una riduzione del flusso coronarico durante la sistole**: La diminuzione di flusso in sistole è normale nel ventricolo sinistro ma rimane transitoria. La patologia richiede una carenza stabile di perfusione che supera i compensi naturali.

70 **Quale tra queste combinazioni di farmaci NON è contemplata come terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART) in un paziente affetto da infezione da HIV?**

A Raltegavir / Zidovudina / Lamivudina
B Nelfinavir / Zidovudina / Lamivudina
C Efavirenz / Zidovudina / Didanosina
D **Abacavir / Zidovudina / Lamivudina**
E Efavirenz / Zidovudina / Lamivudina

Risposta giusta: D

La terapia antiretrovirale si fonda sull'associazione di farmaci appartenenti a **classi diverse**. In questo modo si colpisce il virus su più fronti riducendo il rischio di resistenze. La combinazione proposta raggruppa solo analoghi nucleosidici della **trascrittasi inversa**. Utilizzare tre molecole con lo stesso **meccanismo** viola il principio della **terapia combinata**, rendendola non ottimale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Raltegavir / Zidovudina / Lamivudina**: Il raltegravir blocca l'integrasi del DNA virale nel genoma umano, offrendo un bersaglio farmacologico alternativo ai due inibitori nucleosidici. La presenza di questa terza classe garantisce una copertura terapeutica valida e conforme al regime HAART.
- **B) Nelfinavir / Zidovudina / Lamivudina**: Il nelfinavir è un inibitore delle proteasi virali che agisce su un enzima completamente diverso dalla trascrittasi inversa. Accoppiarlo a zidovudina e lamivudina costituisce uno degli schemi tradizionali di terapia combinata.
- **C) Efavirenz / Zidovudina / Didanosina**: Anche questa associazione rispetta i criteri HAART perché introduce un farmaco a meccanismo diverso rispetto ai due inibitori nucleosidici presenti. Pur essendo meno classica, mantiene la logica di attacco multiplo tipica della combinazione antiretrovirale.
- **E) Efavirenz / Zidovudina / Lamivudina**: L'efavirenz appartiene alla classe degli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa, mentre zidovudina e lamivudina sono inibitori nucleosidici. La diversità dei target molecolari rende lo schema pienamente compatibile con una HAART.

71 **Un uomo di 56 anni, fumatore e diabetico, viene ricoverato dopo una settimana di febbre e tosse non produttiva. La radiografia del torace mostra una polmonite lobare destra; la ricerca dell'antigene urinario della legionella è positiva. Quale dei seguenti antibiotici NON è opportuno prescrivere?**

- **A** **Ceftriaxone**
- **B** Doxiciclina
- **C** Claritromicina
- **D** Levofloxacina
- **E** Azitromicina

Risposta giusta: A

La Legionella vive e si replica all'interno dei macrofagi, richiedendo antibiotici con comprovata **attività intracellulare**. **Macrolidi**, **tetracicline** e **fluorochinoloni respiratori** coprono efficacemente l'infezione, mentre le cefalosporine come il **ceftriaxone** non penetrano nei macrofagi e risultano inefficaci.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Doxiciclina**: La doxiciclina è una tetraciclina con attività antibatterica documentata contro l'infezione e può essere impiegata con successo come alternativa.
- **C) Claritromicina**: La claritromicina è un macrolide con ampio spettro d'azione e garantisce un'adeguata copertura terapeutica contro la legionella.
- **D) Levofloxacina**: La levofloxacina è un fluorochinolone respiratorio altamente attivo contro il patogeno e rappresenta una scelta terapeutica appropriata.
- **E) Azitromicina**: L'azitromicina appartiene alla classe dei macrolidi, farmaci di prima linea per la legionellosi proprio per la loro capacità di accumularsi nelle cellule.

72 **Un uomo accede in Pronto Soccorso per un malore. Al suo arrivo viene incannulata una vena periferica per eseguire i prelievi ematici, quale?**

- **A** **Basilica**
- **B** Giugulare interna
- **C** Anonima
- **D** Succlavia
- **E** Femorale

Risposta giusta: A

Cannulazione di una **vena periferica** richiede il ricorso a vasi superficiali e facilmente accessibili degli arti superiori. La **vena basilica** rientra in questa categoria ed è una sede classica per prelievi ematici e accesso venoso iniziale in Pronto Soccorso. Le altre opzioni indicano canali anatomici profondi, non adatti alla procedura descritta.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Giugulare interna**: Non corretta. Si tratta di un vaso centrale del collo, utilizzato esclusivamente per accessi venosi profondi e monitoraggi invasivi, non per una semplice cannulazione periferica.
- **C) Anonima**: Non corretta. La vena anonima o brachiocefalica è un grosso vaso centrale che convoglia sangue verso la cava superiore, non risultando affatto superficiale o sicura per la puntura esterna.
- **D) Succlavia**: Non corretta. Rappresenta una classica sede di cateterismo venoso centrale, situata al di sotto della clavicola, quindi estranea alle procedure di prelievo rapido dell'arto superiore.
- **E) Femorale**: Non corretta. È una sede vascolare profonda, impiegata principalmente in emergenza quando gli arti superiori non sono disponibili, ma non costituisce la via di elezione per un accesso periferico di routine.

73 **Si reca in Pronto Soccorso un paziente di 67 anni, con ipertensione arteriosa ben controllata dalla terapia in atto, che riferisce un dolore toracico, urente e ben localizzabile, insorto gradualmente dopo circa 2 ore dal pranzo mentre riposava supino. I parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione periferica di ossigeno) sono nella norma. Qual è la causa più probabile del quadro clinico descritto?**

A Colecistite acuta
B Embolia polmonare acuta
C **Malattia da reflusso gastro-esofageo**
D Pneumotorace
E Dissezione aortica

Risposta giusta: C

Il paziente presenta **dolore urente** insorto dopo il pasto in **posizione supina**. Questi elementi clinici suggeriscono un reflusso gastrico aggravato dalla decubito. I **parametri vitali** nella norma escludono instabilità cardiaca o respiratoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colecistite acuta**: La colecistite acuta causa dolore nell'ipocondrio destro o in sede epigastrica associato a febbre, nausea e segni addominali, non un bruciore retrosternale tipicamente esofageo.
- **B) Embolia polmonare acuta**: L'embolia polmonare acuta richiede dispnea, tachicardia e ipossiemia; qui saturazione e frequenza respiratoria sono normali escludendo un quadro respiratorio evidente.
- **D) Pneumotorace**: Il pneumotorace si manifesta con dolore toracico acuto, dispnea e alterazioni dei parametri respiratori; non esiste alcun legame fisiopatologico tipico con il pasto o il riposo in decubito.
- **E) Dissezione aortica**: La dissezione aortica provoca dolore improvviso molto intenso e lacerante, non urente e non correlato ai pasti o alla posizione sdraiata.

74 **Si reca in Pronto Soccorso un paziente di 57 anni, che riferisce febbre, dispnea, tosse produttiva e astenia da circa 5 giorni. Qual è la causa più probabile di tale quadro clinico?**

A Embolia polmonare acuta

B Polmonite acquisita in comunità

C Riacutizzazione asmatica

D Pneumotorace

E Infarto miocardico acuto

Risposta giusta: B

La combinazione di **febbre**, **tosse produttiva**, **dispnea** e astenia insorte nell'arco di cinque giorni è tipica di un'infezione del parenchima polmonare. La polmonite acquisita in comunità è quindi la causa più probabile, pur richiedendo una valutazione clinica e radiologica per la conferma.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Embolia polmonare acuta**: L'embolia polmonare causa spesso dispnea a esordio improvviso, talora con dolore pleuritico o emottisi; la febbre associata a tosse produttiva da cinque giorni orienta maggiormente verso un'infezione.
- **C) Riacutizzazione asmatica**: Una riacutizzazione asmatica causa soprattutto sibili e difficoltà respiratoria; febbre e tosse produttiva fanno sospettare un'infezione respiratoria.
- **D) Pneumotorace**: Lo pneumotorace provoca generalmente dispnea improvvisa e dolore toracico, non un quadro febbrile progressivo con espettorato.
- **E) Infarto miocardico acuto**: L'infarto si presenta più spesso con dolore toracico o equivalenti ischemici; febbre e tosse produttiva non sono manifestazioni tipiche.

75 **Un uomo ha lavorato per 20 anni come operaio in una carpenteria metallica. I controlli periodici dell'udito, regolarmente effettuati, hanno dimostrato, negli ultimi anni, un deficit uditivo. Il deficit uditivo attribuibile al trauma acustico cronico presenta le seguenti caratteristiche, TRANNE una: quale?**

A È bilaterale e simmetrico

B È un deficit neurosensoriale con soglia uditiva per via aerea uguale alla soglia per via ossea

C Coinvolge inizialmente le frequenze acute per poi estendersi alle frequenze medio-basse

D Peggiora dopo la cessazione dell'esposizione al rischio

E È irreversibile

Risposta giusta: D

Il danno uditivo da rumore lavorativo è di natura progressiva solo finché persiste l'esposizione acustica. Eliminata la fonte sonica il quadro clinico tende a stabilizzarsi e non peggiora ulteriormente. Le affermazioni alternative elencano correttamente gli altri tratti distintivi della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È bilaterale e simmetrico**: L'esposizione professionale produce onde sonore uniformi che raggiungono entrambi i padiglioni auricolari in misura simile. Di conseguenza la perdita di udito si manifesta sempre su entrambe le orecchie con una distribuzione equilibrata.
- **B) È un deficit neurosensoriale con soglia uditiva per via aerea uguale alla soglia per via ossea**: Trattandosi di una lesione a livello della coclea o del nervo vestibolococleare la meccanica di conduzione esterna ed interna resta funzionante. Le misurazioni audiometriche riportano valori identici per vie aeree e ossee senza presentare distacchi trasmissivi.
- **C) Coinvolge inizialmente le frequenze acute per poi estendersi alle frequenze medio-basse**: Le cellule ciliate della coclea mostrano maggiore vulnerabilità alle vibrazioni ad alta frequenza. L'alterazione appare inizialmente attorno ai 4000 Hz e si diffonde gradualmente verso le frequenze inferiori col passare degli anni.
- **E) È irreversibile**: I neuroni sensoriali e le strutture epiteliali interne non possiedono capacità rigenerative significative nell'orecchio umano. La comparsa di necrosi cellulare determina una condizione permanente.

76 **Un uomo di 55 anni, operaio in un'industria tessile, lamenta ricorrenti lombalgie che attribuisce alle sue mansioni che comportano il sollevamento ripetuto di pesi. La movimentazione manuale di gravi è regolamentata dall'All. XXXIII del d.lgs. 81/2008 e prevede l'applicazione di modelli indicati dalla norma UNI ISO 11228. Secondo tale allegato il peso massimo sollevabile da un soggetto ultra quarantacinquenne di sesso maschile è pari a:**

A 40 Kg
B **20 Kg**
C 30 Kg
D 50 Kg
E 10 Kg

Risposta giusta: B

L'allegato XXXIII del d.lgs. 81/2008 richiama i criteri della norma UNI ISO 11228, che fissa il limite prudenziale massimo a **20 kg** per un maschio sopra i 45 anni. Questo valore tiene conto della maggiore **vulnerabilità biomeccanica** e riduce il rischio di sovraccarico lombare rispetto agli adulti più giovani.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 40 Kg**: 40 kg è decisamente eccessivo; un carico di tale entità movimentato ripetutamente aumenterebbe sensibilmente il rischio di **disturbi muscoloscheletrici** alla colonna vertebrale.
- **C) 30 Kg**: 30 kg si avvicina ai limiti massimi previsti per soggetti più giovani o per condizioni lavorative meno restrittive, non è quindi il valore normativo per la fascia d'età indicata.
- **D) 50 Kg**: 50 kg è nettamente fuori scala per la prevenzione dei sovraccarichi; sarebbe incompatibile con i criteri ergonomici e di tutela salute previsti dall'allegato XXXIII.
- **E) 10 Kg**: 10 kg è troppo basso per il limite standard richiesto dalla normativa; rappresenta solo un peso prudenziale da usare in situazioni eccezionalmente sfavorevoli o con posture particolarmente critiche.

77 **Un paziente di 40 anni con lesione del corno posteriore del menisco interno viene sottoposto a meniscectomia parziale selettiva artroscopica in anestesia periferica tronculare del nervo femorale e del nervo sciatico. Qual è in questo caso il tempo minimo dall'intervento per iniziare il programma riabilitativo consistente nel carico diretto dell'arto operato, nella cinesiterapia del ginocchio e negli esercizi di rinforzo della muscolatura della coscia?**

- **A** **Appena terminati gli effetti dell'anestesia periferica**
- **B** Dopo 2 settimane dalla fine dell'intervento
- **C** Dopo 1 settimana dalla fine dell'intervento
- **D** Dopo 72 ore dalla fine dell'intervento
- **E** Dopo 4 giorni dalla fine dell'intervento

Risposta giusta: A

La **meniscectomia parziale** artroscopica è una **tecnica poco invasiva** che garantisce un **recupero accelerato**. Se non sorgono complicanze, il carico diretto e i programmi di rafforzamento possono iniziare immediatamente non appena scompare l'effetto dell'**anestesia periferica**. In questo momento il paziente collabora attivamente alla fisioterapia, controllando dolore e stabilità senza bisogno di attendere giorni o settimane.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Dopo 2 settimane dalla fine dell'intervento**: Attendere due settimane è decisamente troppo remoto. Una simile sospensione terapeutica risulterebbe incompatibile con i protocolli riabilitativi anticipati previsti per questo intervento, favorendo invece atonia muscolare e rigidità del ginocchio.
- **C) Dopo 1 settimana dalla fine dell'intervento**: Indicare una settimana costituisce un'attesa troppo lunga. La meniscectomia artroscopica selettiva consente una ripresa funzionale molto più rapida e non giustifica ritardi prolungati nell'avvio del trattamento fisioterapico.
- **D) Dopo 72 ore dalla fine dell'intervento**: Fissare la data a settantadue ore supera quanto realmente necessario. Tre giorni potrebbero avere una logica in contesti chirurgici diversi con maggiore trauma tissutale, ma sarebbero inadeguati per una meniscectomia parziale semplice dove il movimento precoce è fondamentale.
- **E) Dopo 4 giorni dalla fine dell'intervento**: Posticipare a quattro giorni rappresenta una tempistica eccessiva. In assenza di complicanze cliniche o instabilità articolare, non si rinvia l'attività motoria ben oltre lo scadere dell'analgesia neurale.

78 **Un paziente, reduce da un recente infarto miocardico con un residuo di modesto deficit del volume di eiezione, viene dimesso a domicilio con un programma di riabilitazione. Il percorso di riabilitazione cardiovascolare può prevedere un sostegno psicosociale?**

- **A** **Sì, infatti fino al 20% dei pazienti mostra segni di depressione, ansia e negazione della patologia**
- B Sì, ma solo nei pazienti maggiori di 75 anni
- C Sì, ma solo nei pazienti maggiori di 18 anni
- D No
- E Sì, ma solo nei pazienti non coniugati

Risposta giusta: A

La riabilitazione cardiovascolare include il **sostegno psicosociale** perché l'evento ischemico provoca reazioni emotive rilevanti. Fino al **20%** dei pazienti presenta ansia, depressione o negazione della patologia, elementi che riducono l'**aderenza** alle terapie e rallentano il recupero. Di conseguenza i programmi domiciliari devono integrare attentamente questi interventi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sì, ma solo nei pazienti maggiori di 75 anni**: L'anzianità può aumentare la vulnerabilità e quindi il bisogno di assistenza, ma non stabilisce un requisito esclusivo per accedere ai trattamenti. Pazienti più giovani presentano regolarmente quadri di stress o disadattamento post infartuale.
- **C) Sì, ma solo nei pazienti maggiori di 18 anni**: L'indicazione alla valutazione non dipende da limiti anagrafici rigidi come quello dei 18 anni. La necessità deriva da un deficit clinico o emotivo oggettivo, indipendente dall'età del soggetto.
- **D) No**: Negare la possibilità di tale sostegno contraddice le indicazioni cliniche attuali. Il supporto psicosociale è un elemento utile del programma riabilitativo, poiché aiuta ad affrontare la malattia, migliora l'aderenza terapeutica e favorisce un recupero globale ottimale.
- **E) Sì, ma solo nei pazienti non coniugati**: Lo stato civile non funge da criterio selettivo per l'erogazione del supporto. Una solida rete familiare può modulare il carico assistenziale, ma non rende il percorso riservato esclusivamente ai pazienti non coniugati.

79 **Quale, tra i seguenti, è il quadro emocoagulativo tipico di un paziente con emofilia A?**

A PTT allungato, PT allungato, fibrinogeno ridotto, piastrine normali

B PTT normale, PT normale, fibrinogeno normale, piastrine normali

C PTT normale, PT allungato, fibrinogeno normale, piastrine normali

D PTT allungato, PT normale, fibrinogeno normale, piastrine normali

E PTT normale, PT normale, fibrinogeno normale, piastrine ridotte

Risposta giusta: D

L'emofilia A deriva da un deficit del **fattore VIII**, appartenente alla **via intrinseca** della coagulazione. Questa carenza provoca un aumento del valore del **PTT**, mentre la valutazione della **via estrinseca** con il **PT** resta stabile. Fibrinogeno e piastrine mantengono parametri fisiologici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) PTT allungato, PT allungato, fibrinogeno ridotto, piastrine normali**: Descrive una coagulopatia globale anziché un difetto settoriale. Il calo del fibrinogeno unito a PTT e PT prolungati indica condizioni sistemiche come la sindrome da coagulazione intravascolare disseminata o un'epatopatia severa.
- **B) PTT normale, PT normale, fibrinogeno normale, piastrine normali**: Non mostra l'anomalia attesa dalla patologia. Se tutti i reperti sono nella norma, viene meno il sospetto clinico poiché un deficit del fattore VIII allunga inevitabilmente il parametro di laboratorio dedicato.
- **C) PTT normale, PT allungato, fibrinogeno normale, piastrine normali**: Segnala un problema della via estrinseca invece che intrinseca. Un PT allungato suggerisce un deficit del fattore VII o un effetto farmacologico da warfarin, non una carenza specifica del fattore VIII.
- **E) PTT normale, PT normale, fibrinogeno normale, piastrine ridotte**: Orienta verso un disturbo della emostasi primaria. La riduzione numerica delle piastrine è estranea al meccanismo emofilico, che colpisce esclusivamente i fattori solubili del plasma senza coinvolgere la conta piastrinica.

80 **Un uomo di 40 anni presenta un'intossicazione acuta grave da paracetamolo. Quale dei seguenti antidoti è necessario somministrare?**

A Penicillamina

B **N-acetilcisteina**

C Acido aminocaproico

D Acido folico

E Protamina solfato

Risposta giusta: B

L'**N-acetilcisteina** è l'antidoto di riferimento perché ripristina le riserve di **glutatione** e neutralizza il metabolita **NAPQI**. La somministrazione tempestiva previene il danno epatico, ma resta efficace anche se iniziata nelle fasi successive. Rimuovere il composto tossico è prioritario per evitare la necrosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Penicillamina**: La penicillamina agisce sui metalli pesanti come rame e piombo. Non ha alcun meccanismo d'azione sulla via metabolica del paracetamolo.
- **C) Acido aminocaproico**: L'acido aminocaproico inibisce la **fibrinolisi** per rallentare sanguinamenti patologici. La sua azione emostatica non contrasta la necrosi cellulare indotta dal sovradosaggio.
- **D) Acido folico**: L'acido folico partecipa alla sintesi nucleica ed è indicato in carenze vitaminiche e anemie megaloblastiche. Non influenza l'eliminazione di tossici epatici.
- **E) Protamina solfato**: La protamina solfato lega e neutralizza l'**eparina**, rendendola inadatta a un'intossicazione da paracetamolo. Il suo uso è limitato al controllo di emorragie iatrogene legate all'anticoagulante.

81 **Una donna di 33 anni affetta da malattia di Still dell'adulto sviluppa una sindrome da attivazione macrofagica. Quale delle seguenti alterazioni laboratoristiche ci si aspetta di trovare in tale contesto clinico?**

A Riduzione di trigliceridi, emoglobina, piastrine; aumento di fibrinogeno, D-dimero, ferritina

B **Riduzione di emoglobina, piastrine, fibrinogeno; aumento di trigliceridi, D-dimero, ferritina**

C Riduzione di emoglobina, trigliceridi, ferritina; aumento di piastrine, D-dimero, fibrinogeno

D Riduzione di emoglobina, D-dimero, trigliceridi; aumento di fibrinogeno, piastrine, ferritina

E Riduzione di emoglobina e piastrine; aumento di fibrinogeno, D-dimero, trigliceridi, ferritina

Risposta giusta: B

Nella sindrome da attivazione macrofagica si instaura un quadro di iperinfiammazione sistemica con rapido consumo dei fattori ematici. Sono attese **anemia**, **piastrinopenia** e **ipofibrinogenemia**, associate a **ipertrigliceridemia**, aumento del **D-dimero** e valori di **ferritina molto elevati**. Questo profilo riflette la reazione immunitaria disregolata e la coagulopatia consumativa tipica della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Riduzione di trigliceridi, emoglobina, piastrine; aumento di fibrinogeno, D-dimero, ferritina**: I trigliceridi si incrementano anziché ridursi e il fibrinogeno presenta una diminuzione, non un aumento.
- **C) Riduzione di emoglobina, trigliceridi, ferritina; aumento di piastrine, D-dimero, fibrinogeno**: La ferritina ed il D-dimero registrano valori crescenti, inoltre le piastrine diminuiscono confermando la piastrinopenia caratteristica.
- **D) Riduzione di emoglobina, D-dimero, trigliceridi; aumento di fibrinogeno, piastrine, ferritina**: Il D-dimero e i trigliceridi aumentano progressivamente, mentre fibrinogeno e piastrine subiscono un decremento per consumo.
- **E) Riduzione di emoglobina e piastrine; aumento di fibrinogeno, D-dimero, trigliceridi, ferritina**: Il fibrinogeno mostra una riduzione netta dovuta al consumo coagulativo, rendendo errata la previsione del suo incremento.

82 **Un uomo di 50 anni con anamnesi patologica negativa, nel corso di una sindrome influenzale sviluppa dolore toracico retrosternale. All'auscultazione cardiaca si apprezzano rumori da sfregamento. All'elettrocardiogramma vi è elevazione diffusa del tratto ST. Viene posto il sospetto di pericardite acuta, confermato dal referto ecocardiografico. Si tratta del primo episodio e il paziente non ha allergie farmacologiche note. Quale dei seguenti approcci terapeutici è considerato di prima scelta?**

A Prednisone + acido acetilsalicilico
B Ibuprofene + acido acetilsalicilico
C Prednisone
D Rituximab
E Ibuprofene o acido acetilsalicilico

Risposta giusta: E

Nella pericardite acuta al **primo episodio**, senza controindicazioni, il trattamento di prima scelta è un **FANS**. Questi farmaci controllano efficacemente l'infiammazione e il dolore ed rappresentano la terapia iniziale raccomandata. I corticosteroidi sono riservati ai casi selezionati perché aumentano il rischio di **recidive**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Prednisone + acido acetilsalicilico**: Aggiungere il prednisone al trattamento iniziale non è raccomandato. L'impiego di corticosteroidi in prima battuta aumenta significativamente la probabilità di ricadute e si preferisce sempre iniziare con un FANS singolo.
- **B) Ibuprofene + acido acetilsalicilico**: L'associazione simultanea di ibuprofene e acido acetilsalicilico non corrisponde allo schema terapeutico standard. La pratica clinica prevede l'uso esclusivo di uno dei due FANS, limitando le combinazioni a indicazioni molto particolari.
- **C) Prednisone**: Il prednisone non è indicato come terapia iniziale. I corticosteroidi si riservano solo quando i FANS sono controindicati o inefficaci o per forme specifiche, evitando così il maggior rischio di recidive nel primo episodio.
- **D) Rituximab**: Il rituximab è un anticorpo monoclonale utilizzato in ambito ematologico e immunologico. Non ha alcun ruolo nel trattamento della pericardite acuta idiopatica o virale.

83 **Un uomo di 36 anni, affetto da morbo di Crohn, sviluppa una sindrome di Sweet. Quale delle seguenti manifestazioni caratterizza tale sindrome?**

A Orchite
B Aortite
C Uveite
D Condrite della piramide nasale
E Dermatite neutrofilica

Risposta giusta: E

La sindrome di Sweet è una dermatosi **neutrofilica acuta** che causa febbre, leucocitosi e **lesioni cutanee** eritematose dolorose a placca o nodulari. L'esame istologico conferma un infiltrato dermico ricco di neutrofili. Il quadro clinico include frequente associazione con patologie infiammatorie intestinali come il **morbo di Crohn**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Orchite**: Non rientra nel repertorio classico. L'orchite non costituisce una manifestazione nota o collegata alla patologia descritta.
- **B) Aortite**: Non corrisponde al quadro tipico. L'aortite compare in altre condizioni infiammatorie o vasculitiche senza legame diretto con questa sindrome.
- **C) Uveite**: Non è manifestazione caratteristica. L'uveite si lega solitamente a spondiloartriti o sarcoidosi mentre l'impegno principale rimane esclusivamente cutaneo.
- **D) Condrite della piramide nasale**: Evoca invece quadri clinici diversi come la policondrite recidivante. Non vi alcuna corrispondenza tra questa manifestazione cartilaginea e la sindrome in esame.

84 **Un uomo di 26 anni, che assume abitualmente eroina per via endovenosa, viene portato in Pronto Soccorso per febbre elevata presente da circa 7 giorni e dispnea. Non riferisce viaggi all'estero negli ultimi 5 anni. La TC del torace mostra noduli polmonari diffusi e bilaterali, dei quali alcuni cavitati. Quale tra le seguenti ipotesi diagnostiche dovrebbe essere considerata in prima istanza?**

A Esordio di Lupus Eritematoso Sistemico
B Polmonite da Clamydophila pneumoniae
C **Endocardite infettiva**
D Malaria
E Sarcoidosi

Risposta giusta: C

In un soggetto che usa **eroina** per via **endovenosa**, la febbre prolungata associata a noduli polmonari multipli cavitati alla TC indica un'origine cardiaca. Questi reperti radiologici corrispondono a **embolie settiche** originate dalla **valvola tricuspide**. La mancanza di viaggi recenti scarta cause infettive esotiche o parassitarie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esordio di Lupus Eritematoso Sistemico**: Il lupus eritematoso sistemico non produce tipicamente noduli cavitati diffusi. Mancano i segni clinici e serologici indispensabili per diagnosticare una malattia autoimmune sistemica attiva.
- **B) Polmonite da Clamydophila pneumoniae**: Chlamydophila pneumoniae causa polmoniti atipiche con pattern reticolare o consolidativo. Non genera mai disseminazione nodulare cavitata e non si collega all'uso di droghe iniettive.
- **D) Malaria**: La malaria richiede esposizione recente in aree endemiche e causa emolisi accompagnata da febbre intermittente. Non provoca lesioni polmonari cavitarie né disseminazione embolica al parenchima respiratorio.
- **E) Sarcoidosi**: La sarcoidosi può manifestarsi con noduli polmonari ma non spiega la febbre elevata persistente. Il contesto di tossicodipendenza endovenosa orienta verso un'infezione batterica invece che verso una granulomatosi.

85 **Una donna di 36 anni, poche ore dopo un aborto per morte endouterina fetale, manifesta acrocianosi, lesioni petecchiali ed epistassi. Agli esami vi è riscontro di piastrinopenia, riduzione del fibrinogeno e allungamento di PT e APTT. Come si definisce tale quadro clinico?**

A Sindrome da attivazione macrofagica

B **Coagulazione intravascolare disseminata (CID)**

C Insufficienza epatica

D Embolizzazione gassosa

E Vasculite

Risposta giusta: B

Il contesto clinico dopo una **morte endouterina fetale** indica una sindrome consumitiva dovuta al rilascio di fattori procoagulanti dai tessuti necrotici. L'attivazione sistemica della coagulazione provoca microtrombi diffusi e successivo **consumo dei fattori** circolanti. I dati di laboratorio confermano il quadro con **piastrinopenia**, bassi valori di fibrinogeno e **allungamento di PT e APTT**. Le manifestazioni cliniche quali petecchie, epistassi e acrocianosi sono coerenti con il deficit emorragico secondario.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome da attivazione macrofagica**: si configura come grave risposta infiammatoria sistemica accompagnata da citopenie severe e marcata iperferritinemia senza legame patogenetico diretto con il meccanismo di attivazione piastrinica e consumitiva tipico degli eventi embolici o di necrosi placentare.
- **C) Insufficienza epatica**: può determinare anomalie nella sintesi dei fattori plasmatici prodotti dal parenchima epatico ma il rapido esordio nel periodo post-aborto e il profilo da consumo acuto sono caratteristici della reazione fisiopatologica alla morte fetale piuttosto che a un danno d'organo epatico preesistente.
- **D) Embolizzazione gassosa**: determina quadri di compromissione respiratoria e circolatoria improvvisa per occlusione meccanica dei vasi polmonari mentre non spiega il disturbo emostatico caratterizzato dalla carenza simultanea di elementi cellulari e proteine della cascata coagulativa.
- **E) Vasculite**: provoca infiammazione vascolare con comparsa di porpora o lesioni cutanee ma non giustifica l'alterazione globale dei parametri coagulativi con ridotti livelli di fibrinogeno e tempi di coagulazione prolungati.

86 **Un uomo di 67 anni viene portato al Pronto Soccorso per febbre, cefalea e rigidità nucale. Viene eseguita una puntura lombare. L'esame del liquor mostra pleiocitosi neutrofila, proteine aumentate, glucosio ridotto. L'esame microscopico dimostra la presenza in gran numero di diplococchi gram positivi. Il paziente non ha allergie note a farmaci. In attesa dell'antibiogramma, quale terapia antibiotica empirica è la maggiormente indicata?**

A Rifampicina + ceftriaxone
B Vancomicina + gentamicina
C **Ceftriaxone + vancomicina**
D Cefepime + levofloxacina
E Imipenem + vancomicina

Risposta giusta: C

Il quadro clinico e l'esame del liquor suggeriscono una **meningite batterica acuta**. La presenza di diplococchi gram positivi orienta verso *Streptococcus pneumoniae*. In attesa dell'antibiogramma serve una **terapia empirica** che copra i patogeni più probabili e i ceppi resistenti. L'associazione di **ceftriaxone** e **vancomicina** rappresenta lo schema terapeutico standard per questa condizione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Rifampicina + ceftriaxone**: La rifampicina trova impiego in contesti selezionati di resistenza o come misura profilattica, ma non appartiene alle combinazioni empiriche iniziali standard per questa infezione.
- **B) Vancomicina + gentamicina**: La gentamicina non è indicata come terapia empirica principale nella meningite perché presenta una penetrazione nel liquor insufficiente e non assicura una copertura patogena adeguata.
- **D) Cefepime + levofloxacina**: Il cefepime ha uno spettro microbiologico valido ma la levofloxacina non integra lo schema empirico consolidato per la meningite comunitaria con sospetto pneumococco.
- **E) Imipenem + vancomicina**: L'imipenem garantisce uno spettro d'azione molto ampio ma non costituisce la terapia di riferimento per questo quadro clinico, dove predilige uno schema mirato e validato.

87 **Un uomo di 26 anni presenta un Body Mass Index (BMI) di 33. Quale delle seguenti patologie è MENO frequentemente associata a obesità?**

A **Sindrome di Conn**
B Craniofaringioma
C Sindrome di Prader-Willi
D Sindrome di Cushing
E Ipotiroidismo

Risposta giusta: A

La sindrome di Conn è un **iperaldosteronismo primario** che causa principalmente **ipertensione** e **ipokaliemia**. Non altera i meccanismi ormonali o metabolici responsabili dell'accumulo adiposo. Le condizioni rimanenti compromettono invece la regolazione energetica centrale o periferica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Craniofaringioma**: La lesione compressiva colpisce l'**ipotalamo**, alterando i circuiti neuroendocrini di fame e dispendio. La perdita di controllo centrale innesta facilmente un'obesità ipotalamica secondaria.
- **C) Sindrome di Prader-Willi**: La mutazione genetica interrompe i segnali fisiologici di sazietà a livello del sistema nervoso. L'**iperfagia** risultante, unita all'ipotonia muscolare, determina uno sviluppo rapido e severo di obesità.
- **D) Sindrome di Cushing**: L'eccesso di **cortisolo** redistribuisce il tessuto adiposo verso addome e regione cervicale. Questo squilibrio spiega la tipica facies lunare e la comparsa di gobba dorsale.
- **E) Ipotiroidismo**: Il deficit tiroideo riduce il dispendio energetico basale e induce ritenzione idrica tissutale. Il peso aumenta moderatamente senza generare quasi mai un quadro obesico marcato.

88 **A una donna di 32 anni, che assume abitualmente eroina per via endovenosa, viene posta diagnosi di endocardite infettiva su valvola nativa. Quale tra i seguenti microrganismi è con maggior probabilità causa del quadro clinico descritto?**

- **A** **Staphylococcus aureus**
- **B** Enterococcus faecalis
- **C** Proteus vulgaris
- **D** Escherichia Coli
- **E** Virus HIV

Risposta giusta: A

In un soggetto che pratica **uso endovenoso di eroina** il microrganismo più frequentemente isolato è lo **S. aureus**. La via di somministrazione favorisce l'ingresso diretto del patogeno nel circolo ematico e la sua marcata tendenza ad **aderire all'endocardio** delle valvole native. Il quadro clinico è quindi classico per questa associazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Enterococcus faecalis**: L'Enterococcus faecalis può causare endocardite ma si associa tipicamente a infezioni urinarie o a procedure urologiche, prevalentemente in pazienti anziani, risultando poco probabile in questo specifico contesto.
- **C) Proteus vulgaris**: Il Proteus vulgaris è un batterio associato a infezioni del tratto urinario ed è considerato un agente raro per l'endocardite infettiva, con una probabilità estremamente bassa in questa paziente.
- **D) Escherichia Coli**: L'Escherichia coli può dare origine a batteriemie e infezioni urinarie, ma l'endocardite primaria da questo ceppo è molto rara e non costituisce la scelta eziologica più plausibile per un tossicodipendente per via endovenosa.
- **E) Virus HIV**: L'HIV è un virus responsabile di immunodeficienza acquisita e non è un agente eziologico di endocardite infettiva. Pur aumentando il rischio di infezioni in generale, non spiega direttamente il quadro valvolare descritto.

89 **Una donna di 22 anni si reca al Pronto Soccorso ginecologico e riferisce che in occasione di una festa privata era stata avvicinata da un uomo sconosciuto, che aveva poi abusato sessualmente di lei. Il ginecologo di guardia deve:**

A eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente. Deve poi proseguire le indagini con l'esecuzione di atti invasivi e, all'atto delle risultanze emerse, redigere referto all'autorità giudiziaria

B eseguire esclusivamente l'anamnesi e, dopo aver redatto il referto, contattare l'autorità giudiziaria che attiverà la rete antiviolenza e, su disposizione del Pubblico Ministero, inizierà le indagini disponendo eventualmente ulteriori accertamenti

C eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente

D eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente e redigere referto alla Procura della Repubblica entro 24 ore

E eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente, e redigere rapporto alla Procura della Repubblica entro 48 ore

Risposta giusta: C

Il medico deve **raccogliere anamnesi** ed eseguire la **visita ginecologica** per documentare i segni dell'abuso. Va contattata immediatamente l'**équipe multidisciplinare** dedicata, ove presente, per gestire il caso in modo integrato. Questa procedura garantisce una tutela clinica adeguata e la corretta raccolta delle prove nel rispetto del consenso della paziente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente. Deve poi proseguire le indagini con l'esecuzione di atti invasivi e, all'atto delle risultanze emerse, redigere referto all'autorità giudiziaria**: Gli atti invasivi non costituiscono una procedura automatica e non devono essere eseguiti indiscriminatamente. Devono essere giustificati da precisi riscontri clinici e sempre subordinati all'assenza di obiezioni da parte della donna, evitando pratiche diagnostiche non necessarie.
- **B) eseguire esclusivamente l'anamnesi e, dopo aver redatto il referto, contattare l'autorità giudiziaria che attiverà la rete antiviolenza e, su disposizione del Pubblico Ministero, inizierà le indagini disponendo eventualmente ulteriori accertamenti**: Non è sufficiente limitarsi alla sola raccolta dei dati storici, poiché serve indispensabile l'esame obiettivo per documentare i reperti. Inoltre non è l'autorità giudiziaria a coordinare la rete antiviolenza in prima battuta, ma il servizio sanitario che attiva il percorso assistenziale prima di qualsiasi comunicazione esterna.
- **D) eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente e redigere referto alla Procura della Repubblica entro 24 ore**: Anche la scadenza di 24 ore risulta inesatta e non rappresenta una regola generale applicabile in tutti i casi. La compilazione va effettuata secondo le indicazioni del pronto soccorso e della legge, senza fissare orari predeterminati che potrebbero compromettere il corretto espletamento degli accertamenti.
- **E) eseguire l'anamnesi e la visita ginecologica per accertare la presenza dei segni dell'eventuale violenza subita dopo aver contattato l'équipe multidisciplinare per l'accertamento delle violenze, ove presente, e redigere rapporto alla Procura della Repubblica entro 48 ore**: Il termine di 48 ore non corrisponde alle tempistiche vigenti per la trasmissione del documento. Si confonde inoltre la figura del

referto con quella del rapporto, ignorando che la disciplina di entrambi varia in base alla gravità e alla perseguibilità del reato.

---

90 **Un ragazzo, di ritorno dalla scuola, mentre attraversa la strada sulle strisce pedonali, viene investito da un'autovettura in fase di sorpasso. Viene dapprima caricato sul cofano dell'auto e poi proiettato a diversi metri di distanza riportando un politrauma. Soccorso dai sanitari del 118 e sottoposto alle indagini strumentali, viene ricoverato presso il reparto di Ortopedia dell'ospedale con diagnosi di "frattura esposta di radio destro e scomposta di radio sinistro e frattura scomposta biossea di gamba sinistra". Alla luce della gravità delle lesioni riscontrate, il sanitario del Pronto Soccorso deve:**

- A **redigere referto e trasmetterlo alla Procura della Repubblica**
- B inviare modulistica di invalidità all'INPS
- C effettuare denuncia all'INAIL
- D redigere referto e trasmetterlo al Tribunale Sezione Penale
- E informare quanto prima il medico di base del paziente che dovrà redigere referto all'autorità giudiziaria

Risposta giusta: A

Il sanitario si trova davanti a lesioni gravi che configurano un **reato perseguibile d'ufficio**. In presenza di traumi con fratture importanti o esposte, la legge impone l'obbligo di redigere un **referto medico**. Tale documento va trasmesso senza ritardo all'**Autorità giudiziaria**, specificamente alla **Procura della Repubblica**. Si tratta di un atto medico-legale necessario per tutelare l'interesse pubblico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) inviare modulistica di invalidità all'INPS**: L'INPS amministra solo le prestazioni previdenziali e le richieste di invalidità civile. Non rientra nelle sue funzioni la segnalazione di eventi traumatici a scopo penale.
- **C) effettuare denuncia all'INAIL**: L'INAIL gestisce esclusivamente gli aspetti assicurativi e gli indennizzi per gli infortuni. La sua pratica non sostituisce mai l'obbligo di comunicazione verso l'autorità competente.
- **D) redigere referto e trasmetterlo al Tribunale Sezione Penale**: Il destinatario corretto del documento è la Procura della Repubblica e non il Tribunale. Quest'ultimo interviene solo nella fase successiva del procedimento, mai per ricevere il referto iniziale.
- **E) informare quanto prima il medico di base del paziente che dovrà redigere referto all'autorità giudiziaria**: L'obbligo di referto spetta esclusivamente al sanitario che esegue la prima assistenza o constata fisicamente le lesioni. Il compito non può essere delegato al medico di base, che non ha riscontro diretto del trauma.

---

91 **Quale delle seguenti patologie NON è associata all'infezione da Epstein Barr virus (EBV)?**

- **A** **Leucemia linfocitica cronica (LLC)**
- **B** Linfoma di Hodgkin
- **C** Carcinoma nasofaringeo
- **D** Mononucleosi infettiva
- **E** Linfoma di Burkitt

Risposta giusta: A

La **leucemia linfocitica cronica** non è correlata al virus di Epstein-Barr. Si tratta di una neoplasia maturativa dei linfociti B caratterizzata da alterazioni genetiche intrinseche e da meccanismi di progressione completamente indipendenti dall'infezione virale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Linfoma di Hodgkin**: Una frazione significativa di casi mostra positività virale, soprattutto nella variante a sclerosi nodulare e nei pazienti immunodepressi. La presenza del genoma nel citoplasma favorisce la resistenza ai trattamenti chemioterapici e la proliferazione delle grandi cellule binucleari.
- **C) Carcinoma nasofaringeo**: L'infezione persistente è strettamente legata al **carcinoma nasofaringeo**, con incidenze elevate in Asia e Africa e in specifici sottotipi istologici. Il genoma virale risiede nel nucleo delle cellule tumorali, attivando vie di sopravvivenza che impediscono la morte cellulare programmata.
- **D) Mononucleosi infettiva**: L'**EBV** è l'agente eziologico principale della **mononucleosi infettiva**. Il patogeno utilizza il recettore CD21 per penetrare nei linfociti B e indurre una proliferazione policlonale, scatenando la risposta immunitaria tipica della malattia.
- **E) Linfoma di Burkitt**: Il tumore rappresenta uno dei modelli neoplastici più noti legati all'infezione, con un tasso di positività superiore al novanta percento nella forma endemica africana. La malaria coesistente stimola la divisione dei linfociti B nel centro germinale, aumentando drasticamente il rischio di traslocazione cromosomica.

92 **Una donna di 20 anni si reca dal proprio ginecologo riferendo di aver avuto un rapporto sessuale occasionale completo non protetto e chiede quali accertamenti deve fare per escludere di aver contratto qualche malattia. Le seguenti sono tutte malattie sessualmente trasmissibili TRANNE una: quale?**

A Gonorrea
B Epatite B
C Epatite C
D **Tularemia**
E Infezione da Mycoplasma hominis

Risposta giusta: D

La **tularemia** è un'infezione **zoonotica** non trasmessa dai rapporti sessuali. Si contrae mediante contatto con animali infetti, vettori o alimenti contaminati. Le restanti opzioni rientrano nelle malattie sessualmente trasmissibili o sono clinicamente rilevanti in questo contesto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gonorrea**: La gonorrea è un'infezione batterica classica trasmessa per via sessuale. Richiede screening immediato dopo un rapporto non protetto.
- **B) Epatite B**: L'**epatite B** è un agente patogeno molto contagioso che si diffonde facilmente durante i contatti intimi. Coinvolge anche la diffusione parenterale e materno-fetale.
- **C) Epatite C**: L'epatite C presenta una via di **trasmissione sessuale** possibile sebbene meno efficiente della circolazione sanguigna. Deve essere inclusa nel controllo post-esposizione.
- **E) Infezione da Mycoplasma hominis**: Il Mycoplasma hominis si localizza nell'apparato urogenitale umano. Viene propagato principalmente attraverso il contatto genitale diretto.

93 **Un uomo di 50 anni presenta da alcuni mesi edemi declivi con segno della fovea. Ha notato un aumento ponderale di circa 8 kg. Una RX del torace mostra versamento pleurico bilaterale e uno slargamento del profilo cardiaco. La PA è 130/80 mmHg. Qual è il valore soglia di proteinuria oltre il quale si può porre diagnosi di sindrome nefrosica in presenza degli altri sintomi clinici?**

A 2.5 g in 24h

B **3.5 g in 24h**

C Non vi è un valore definito, la diagnosi si basa solo sulla clinica

D 0.5 g in 24h

E 1 g in 24h

Risposta giusta: B

La diagnosi di **sindrome nefrosica** richiede un **criterio quantitativo** preciso accanto al quadro clinico tipico. Il parametro di riferimento è una proteinuria giornaliera superiore a $3,5\ \mathrm{g}/24\ \mathrm{h}$. Questa soglia distingue la perdita proteica massiva compatibile con la patologia dalle forme meno marcate.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 2.5 g in 24h**: $2,5\ \mathrm{g}/24\ \mathrm{h}$ indica una proteinuria importante, ma il valore rimane al di sotto del cut-off diagnostico classico per la sindrome nefrosica nell'adulto.
- **C) Non vi è un valore definito, la diagnosi si basa solo sulla clinica**: L'evidenza clinica è indispensabile ma non autonoma; la definizione diagnostica esige un riscontro strumentale preciso, dove la quantificazione della proteinuria ha un ruolo centrale e obbligatorio.
- **D) 0.5 g in 24h**: $0,5\ \mathrm{g}/24\ \mathrm{h}$ appartiene alla categoria di proteinuria lieve-moderata, risultato chiaramente lontano dal limite necessario per la diagnosi.
- **E) 1 g in 24h**: $1\ \mathrm{g}/24\ \mathrm{h}$ rappresenta una proteinuria significativa ma insufficiente a definire il quadro nefrosico, restando al di sotto della soglia richiesta.

94 **Una donna di 65 anni con insufficienza renale cronica di grado 4 KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) da rene policistico autosomico dominante, presenta anemia ipocromica normocitica (Hb 9.7 g/dL), Ipocalcemia (8.5 mg/dL), iperfosforemia (5.6 mg/dL) e iperparatiroidismo (PTH sierico intatto 315 pg/mL). Quale delle seguenti vitamine è più frequentemente supplementata nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica?**

A Vitamina C
B Vitamina A
C Vitamina K
D Vitamina D
E Vitamina E

Risposta giusta: D

Nel corso dell'insufficienza renale cronica avanzata il rene perde la capacità di idrossilare la **vitamina D** nella sua forma attiva **calcitriolo**. Il deficit riduce l'assorbimento intestinale del calcio e stimola la secrezione di **PTH**, causando **ipocalcemia**, **iperfosforemia** e iperparatiroidismo secondario. Si ricorre quindi alla supplementazione con vitamina D o suoi analoghi attivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Vitamina C**: La vitamina C è riservata a carenze nutrizionali selezionate. Non interviene nella correzione delle disfunzioni calcio-fosfatiche o nell'equilibrio ormonale caratteristici dello stato uremico.
- **B) Vitamina A**: La vitamina A non è indicata nello schema nefrologico standard. Nei pazienti con ridotta funzione renale può accumularsi determinando tossicità sistemica e richiede cautela nella prescrizione.
- **C) Vitamina K**: La vitamina K partecipa alla sintesi dell'osteocalcina ma non fa parte degli interventi routinari per il disordine fosfato-calcemico. Non agisce sui meccanismi patogenetici principali del paziente descritto.
- **E) Vitamina E**: La vitamina E è un antiossidante studiato nei pazienti in dialisi, ma non è una supplementazione di routine e non corregge il disordine del metabolismo minerale osseo (ipocalcemia, iperfosforemia, iperparatiroidismo secondario).

95 **Un ragazzo di 25 anni è vittima di un incidente motociclistico. Viene soccorso e trasferito presso l'ospedale più vicino; viene valutato dai medici del Pronto Soccorso che rilevano una Glasgow Coma Scale (GCS) di 8/15. Il ragazzo viene sottoposto a una TC cerebrale (si veda l'immagine). Qual è la diagnosi più probabile?**

A Ematoma intraparenchimale
B Emorragia intraventricolare
C **Ematoma sottodurale acuto**
D Ematoma epidurale
E Emorragia subaracnoidea

Risposta giusta: C

Il quadro clinico e radiologico indica un ematoma sottodurale acuto. La GCS pari a 8 riflette uno stato di coma da trauma cranico severo. Il meccanismo tipico prevede la lacerazione delle vene a ponte tra dura madre e aracnoide. Alla TAC emerge una raccolta iperdensa a forma falciforme che supera le linee di sutura.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ematoma intraparenchimale**: L'ematoma intraparenchimale implica una raccolta sanguigna direttamente all'interno del tessuto cerebrale. Scompagina la struttura degli spazi extracellulari e dei vasi parenchimali. Sorge comunemente dall'impatto diretto e dalle contusioni corticali.
- **B) Emorragia intraventricolare**: L'emorragia intraventricolare è improbabile in questo scenario traumatico. Può verificarsi dopo un trauma ma predilige contesti di prematurità gestazionale o ipertensione severa. Rappresenta inoltre una diretta conseguenza di lesioni profonde del sistema nervoso centrale.
- **D) Ematoma epidurale**: L'ematoma epidurale manifesta un decorso distinto rispetto al versamento sottodurale. Si origina prevalentemente dalla lesione dell'arteria meningea media conseguente a frattura della squama temporale. Produce una configurazione geometrica nettamente biconvessa. Non raggiunge solitamente i margini delle suture craniche.
- **E) Emorragia subaracnoidea**: L'emorragia subaracnoidea occupa prevalentemente gli spazi liquorali superficiali. Il sangue penetra nei solchi e nelle cisterne basali, alterando il flusso cerebrospinale. Le eziologie più rilevanti comprendono rotture aneurismatiche idiopatiche. Non definisce mai una massa extra-assiale a contorno falciforme comprimibile.

96 **Una donna di 36 anni ha sofferto di una fastidiosa foruncolosi dell'ala del naso. Dopo una settimana compaiono cefalea frontale, disturbi visivi, proptosi e febbre alta. Si sospetta una trombosi del seno cavernoso. Quale tra le seguenti strutture anatomiche NON è di pertinenza del seno cavernoso?**

A IV nervo cranico
B VI nervo cranico
C Arteria Carotide Interna
D Branca oftalmica del V nervo cranico (V1)
E Branca mandibolare del V nervo cranico (V3)

Risposta giusta: E

Il **seno cavernoso** contiene al proprio interno la carotide interna e il sesto nervo cranico. Nella parete laterale transitano invece i primi, secondi, terzi e quarti nervi cranici. La branca mandibolare non entra mai in contatto con questa formazione. Esce direttamente dal cranio attraverso il **forame ovale** per decorrere altrove.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) IV nervo cranico**: Descrive un nervo localizzato nella medesima sede. Il nervo trocleare decorre nella parete laterale insieme alle altre branche nervose oculari.
- **B) VI nervo cranico**: Rappresenta un nervo immerso nel lume venoso. Il nervo abducente passa vicino alla carotide interna ed è tra i primi a manifestare deficit nella trombosi.
- **C) Arteria Carotide Interna**: Corrisponde a un vaso che attraversa la struttura. La carotide interna percorre un tratto intracavernoso distintivo affiancato dal plesso simpatico.
- **D) Branca oftalmica del V nervo cranico (V1)**: Indica un ramo effettivamente presente. La branca oftalmica del trigemino scorre stabilmente nella parete laterale della cavità venosa.

---

97 **Nei pazienti affetti da morbo di Parkinson, di quale neurotrasmettitore sono ridotti i livelli cerebrali?**

A Acetilcolina
B Ossitocina
C Dopamina
D Insulina
E Adrenalina

Risposta giusta: C

La degenerazione dei neuroni dopaminergici nella substantia nigra causa un **deficit** di dopamina cerebrale. Questa carenza determina direttamente i **sintomi motori** tipici della patologia. Il neurotrasmettitore coinvolto è quindi esclusivamente la dopamina.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Acetilcolina**: Nel Parkinson si osserva uno **squilibrio** chimico tra dopamina e acetilcolina ma il danno biologico originario interessa solo la via dopaminergica.
- **B) Ossitocina**: L'ossitocina regola processi fisiologici legati alla riproduzione e alle interazioni sociali senza partecipare ai circuiti motori alterati.
- **D) Insulina**: L'insulina governa l'omeostasi glucidica sistemica ed è priva di qualsiasi relazione con i meccanismi neurochimici tipici del disturbo.
- **E) Adrenalina**: L'adrenalina agisce sia come neurotrasmettitore che come ormone ma non presenta cali patologici specifici nella progressione della malattia.

---

98 **Quale tra i seguenti è il microrganismo più frequentemente responsabile di meningite batterica comunitaria nell'adulto?**

A Listeria monocytogenes
B Haemophilus influenzae
C Pseudomonas aeruginosa
D Staphylococcus aureus
E Streptococcus pneumoniae

Risposta giusta: E

Nell'adulto il **pneumococco** è il principale agente infettivo. La flora **respiratoria** colonizza le prime vie e invade il liquido cerebrospinale quando le difese organismiche calano. Questo percorso patogeno lo rende il fattore eziologico prevalente nella **meningite** acquisita sul territorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Listeria monocytogenes**: mantiene alta rilevanza diagnostica solo in determinate fasce demografiche come gli anziani, i neonati, le gestanti e i pazienti affetti da immunodeficienza acquisita o congenita.
- **B) Haemophilus influenzae**: rappresentava la causa epidemiologica dominante fino ai decenni scorsi ma oggi è statisticamente marginale grazie all'efficacia dei calendari vaccinali pediatrici.
- **C) Pseudomonas aeruginosa**: caratterizza quasi esclusivamente le emergenze nosocomiali e si manifesta in contesti di terapia intensiva, portatori di derivazioni ventricolari o forti stati di immunosoppressione.
- **D) Staphylococcus aureus**: provoca l'infezione esclusivamente in scenari specifici come interventi neurochirurgici, traumatismi cranici, cateteri endovascolari o disseminazione ematica da sedi estranee al sistema nervoso.

99 **Viene accompagnata in Pronto Soccorso una paziente di 33 anni che riferisce cefalea, febbre (fino a 39 °C) e sopore da circa 36 ore. Alla prova della flessione del capo sul petto si provoca dolore nucale. Viene eseguita una TC cerebrale che esclude la presenza di una emorragia subaracnoidea e di un processo espansivo endocranico. Quale esame tra i seguenti è più utile per chiarire la diagnosi in urgenza?**

A Prelievo ematico

B **Rachicentesi**

C Elettroencefalogramma

D Emocolture

E Ecografia della papilla ottica

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica un forte sospetto di **meningite**. La TC ha già escluso emorragia subaracnoidea e processi espansivi, eliminando i principali rischi di erniazione cerebrale. La **rachicentesi** permette quindi l'analisi diretta del liquor, cercando alterazioni cellulari, proteiche e glucidiche e avviando rapidamente i test microbiologici necessari.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Prelievo ematico**: È un prelievo troppo generico. Gli esami del sangue mostrano solo indici infiammatori o alterazioni aspecifiche, restando insufficienti per confermare o escludere rapidamente la patologia.
- **C) Elettroencefalogramma**: Non è l'esame di scelta nel contesto clinico descritto. Potrebbe essere utile per valutare crisi epilettiche o alterazioni della coscienza di altra natura, ma non individua i parametri biologici decisivi per la meningite.
- **D) Emocolture**: Le emocolture vengono spesso eseguite perché possono documentare una batteriemia associata, ma da sole non chiariscono la diagnosi di meningite con la stessa immediatezza e precisione della rachicentesi.
- **E) Ecografia della papilla ottica**: Non è l'esame appropriato per questa condizione. Può fornire solo indicazioni indirette sulla pressione intracranica, senza sostituire l'analisi del liquor né permettere l'identificazione della causa infettiva precisa.

100 **Una bambina è nata pretermine, a 28 settimane di età gestazionale, ed ha un'età corretta di due anni. Con quale strumento psicometrico si può meglio quantificare un eventuale ritardo di sviluppo psicomotorio?**

A La scala di Wechsler
B La scala ADOS
C Il test di Rorschach
D **Le scale Bayley-III**
E Matrici di Raven

Risposta giusta: D

Le scale Bayley-III costituiscono il **riferimento standard** per valutare lo **sviluppo psicomotorio** nella prima infanzia. Misurano contemporaneamente le aree cognitiva, linguistica, motoria fine e grossolana e la dimensione socio-affettiva. A **due anni di età corretta** garantiscono una misurazione precisa di eventuali ritardi evolutivi nei neonati prematuri.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La scala di Wechsler**: Le scale di Wechsler sono concepite per calcolare il quoziente intellettivo e le **funzioni cognitive** superiori. Richiedono una collaborazione verbale complessa non disponibile a due anni, concentrandosi sull'intelligenza piuttosto che sullo sviluppo globale.
- **B)** La scala ADOS è strutturata come protocollo osservativo per la diagnosi dei **disturbi dello spettro autistico**. Analizza interazioni sociali e pattern comportamentali ripetitivi, fornendo indicatori specifici sulla patologia e non sul profilo maturazionale generale.
- **C)** Il test di Rorschach è un **test proiettivo** di stampo psicodinamico basato sull'interpretazione di macchie ambigue. Utilizzato in ambito clinico adulto, valuta dinamiche inconsce ed è estraneo alla valutazione delle conquiste neuromotorie infantili.
- **E) Matrici di Raven**: Le Matrici di Raven misurano il **ragionamento non verbale** e le capacità visuospaziali astratte. Sono destinate a bambini in età scolare o adulti e non raccolgono informazioni sulle tappe precursori della motricità o del linguaggio.

101 **Una ragazza di 25 anni affetta da miopia bilaterale (-4,00sf OO) si presenta dall'oculista chiedendo di essere sottoposta a intervento corneale per eliminare la correzione ottica con occhiali. Quale trattamento è opportuno proporre alla paziente?**

- **A** **Trattamento PRK (cheratectomia fotorefrattiva)**
- **B** SLT (Laser trabeculoplastica selettiva)
- **C** Capsulotomia Yag laser
- **D** Trapianto di cornea
- **E** Trattamento argon laser

Risposta giusta: A

La paziente presenta una **miopia** bilaterale di meno quattro diottrie e richiede un intervento per eliminare la dipendenza dagli occhiali. La cheratectomia fotorefrattiva (**PRK**) interviene sulla superficie corneale con il laser per modellarne la curvatura e compensare il difetto visivo. Questa procedura è la scelta clinica appropriata per correggere tale refrazione in soggetti idonei.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) SLT (Laser trabeculoplastica selettiva)**: La laser trabeculoplastica selettiva **(SLT)** applica impulsi luminosi sull'angolo irido-corneale per ottimizzare il deflusso dell'umore acqueo ed è indicata esclusivamente nel trattamento del glaucoma.
- **C) Capsulotomia Yag laser**: La capsulotomia laser Yag si esegue unicamente per risolvere l'opacizzazione della capsula posteriore conseguente alla rimozione della lente cristallina durante l'intervento di cataratta.
- **D) Trapianto di cornea**: Il trapianto di cornea è riservato a patologie strutturali severe quali opacità stromali diffuse o scompensi endoteliali significativi.
- **E) Trattamento argon laser**: Il trattamento con laser argon viene impiegato per terapie mirate in ambito retinico o glaucomatoso specifico e non possiede alcuna indicazione nella correzione dei difetti refrattivi.

102 **Un uomo di 40 anni si rivolge al proprio oculista di fiducia perché ha notato negli ultimi mesi una riduzione del campo visivo sia dal lato destro sia sinistro, pur vedendo nel dettaglio ciò che sta guardando. L'esame della refrazione conferma un visus bilaterale di 10/10 e l'esame del campo visivo evidenzia un iniziale scotoma bitemporale. Quale delle seguenti patologie NON può essere causa dei disturbi riscontrati nel paziente?**

A Meningioma a livello della sella turcica
B Adenoma ipofisario
C Retinite pigmentosa
D **Cataratta**
E Glaucoma

Risposta giusta: D

La cataratta riduce la trasparenza del cristallino causando un calo dell'acuità visiva e una visione annebbiata, ma non comprime mai le vie ottiche. Il quadro descritto presenta invece un visus conservato e uno scotoma bitemporale iniziale, tipici di una compressione del **chiasma ottico**. Per questo motivo la cataratta non spiega i disturbi riscontrati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Meningioma a livello della sella turcica**: Il meningioma nella regione della sella turcica può comprimere direttamente il chiasma ottico o le fibre incrociate. Questa lesione strutturale genera efficacemente difetti del campo visivo bitemporali, giustificando pienamente i sintomi riferiti dal paziente.
- **B) Adenoma ipofisario**: Un adenoma ipofisario è una causa classica di compressione del chiasma ottico. La massenza espansiva dalla sella turcica origina proprio un'emianopsia o uno scotoma bitemporale, compatibile con il quadro clinico.
- **C) Retinite pigmentosa**: La retinite pigmentosa provoca un restringimento concentrico del campo visivo con classica visione tubulare. Pur non essendo tipicamente bitemporale, altera definitivamente l'esplorazione campimetrica e rientra nelle diagnosi differenziali dei deficit visivi progressivi.
- **E) Glaucoma**: Il glaucoma danneggia il **nervo ottico** e produce difetti campimetrici significativi. Anche se solitamente mostra un decorso arcuato o periferico, rimane tra le cause plausibili di riduzione del campo visivo.

103 **Nell'ambulatorio di un oculista si presenta un bambino di 7 anni accompagnato dai genitori i quali riferiscono che il proprio figlio negli ultimi mesi si avvicina molto agli oggetti per osservarli. Il bambino, particolarmente alto per la sua età, presenta astigmatismo miopico composto -4,00sf -2,00cyl100° in un occhio ed ectopia lentis nell'altro. In base al quadro clinico descritto, è corretto sospettare:**

A retinite pigmentosa
B malattia di Leber
C **sindrome di Marfan**
D distrofia dei coni
E cheratocono

Risposta giusta: C

Il quadro clinico combina **statura elevata**, **miopia** significativa e **ectopia lentis**. Questa associazione orienta fortemente verso una malattia del tessuto connettivo. La presenza dell'ectopia lentis esclude un semplice difetto refrattivo isolato. Pertanto è corretto sospettare la sindrome di Marfan.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) retinite pigmentosa**: La retinite pigmentosa si manifesta con nictalopia, restrizione del campo visivo e degenerazione retinica progressiva, non con dislocazione del cristallino o fenotipo marfanoide.
- **B) malattia di Leber**: Le varianti note come malattia di Leber riguardano patologie diverse ma non associano statura elevata, ectopia lentis e astigmatismo miopico come segni orientativi.
- **D) distrofia dei coni**: Le distrofie dei coni provocano principalmente alterazioni della visione dei colori, fotofobia e perdita di acuità, senza spiegare l'ectopia lentis o la statura elevata.
- **E) cheratocono**: Il cheratocono produce miopia e astigmatismo irregolari simili al disturbo refratto, ma non giustifica la sublussazione del cristallino né le caratteristiche somatiche descritte.

104 **Una donna di 35 anni viene sottoposta a intervento chirurgico di quadrantectomia della mammella destra e asportazione del linfonodo sentinella. L'esame istologico documenta un carcinoma duttale infiltrante, G2, pT1, N0, HER2 negativo, con una forte espressione dei recettori per gli estrogeni (ER: 98%) e progesterone (PgR: 98%) e l'indice di proliferazione basso (Ki67: 8%). Gli esami di stadiazione non documentano metastasi. Considerati i dati morfologici e molecolari della neoplasia, a quale gruppo immunofenotipico appartiene il tumore?**

A Luminale B HER2 negativo

B Triplo negativo

C **Luminale A**

D Luminale B HER2 positivo

E HER2 positivo (non luminale)

Risposta giusta: C

Il tumore presenta **recettori ormonali molto espressi**, **HER2 negativo** e **Ki67 basso** (8%). Questi parametri istologici e molecolari definiscono classicamente il sottotipo **luminale A**, caratterizzato da crescita lenta e marcata dipendenza dagli ormoni steroidei.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Luminale B HER2 negativo**: Il sottotipo luminale B HER2 negativo si distingue per valori di Ki67 significativamente più alti e un potenziale biologico più aggressivo. Il dato dell'8% orienta chiaramente verso la categoria A.
- **B) Triplo negativo**: Il carcinoma triplo negativo è diagnosticato solo in assenza totale di ER, PgR e HER2. L'espressione intensa e diffusa dei recettori ormonali nella scheda istologica esclude radicalmente questa opzione.
- **D) Luminale B HER2 positivo**: Impossibile perché il gruppo richiede sovraespressione o amplificazioni di HER2, assenti in questo caso. Inoltre, un indice proliferativo così contenuto non si associa al luminale B.
- **E) HER2 positivo (non luminale)**: Questa etichetta indica neoplasie con HER2 positivo e carenza di espressione dei recettori endocrini. La contemporanea positività elevata di ER e PgR è incompatibile con tale profilo immunofenotipico.

105 **Un uomo di 34 anni presenta un nodulo testicolare non dolente, di consistenza dura. Il paziente non è febbrile. Com'è opportuno procedere in prima istanza?**

A Prescrivere dosaggio di CEA e beta-hCG

B Prescrivere una TC torace, addome e pelvi

C Prescrivere 7 giorni di levofloxacina

D Prescrivere una RM torace, addome e pelvi

E Prescrivere un'ecografia testicolare

Risposta giusta: E

In un paziente adulto con un **nodulo** testicolare duro e non doloroso il primo esame da richiedere è l'**ecografia**. Questa metodica distingue rapidamente una massa intratesticolare, tipica delle **neoplasie**, da lesioni paratesticolari o processi infiammatori. Non si devono saltare passaggi verso studi più complessi o terapie empiriche prima di avere una caratterizzazione morfologica certa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Prescrivere dosaggio di CEA e beta-hCG**: I markers tumorali come il beta-hCG possono accompagnare la diagnosi oncologica ma non forniscono alcuna caratteristica morfologica. Il CEA inoltre manca di sensibilità specifica per i tumori del testicolo e il dosaggio non anticipa i tempi necessari dell'indagine strumentale.
- **B) Prescrivere una TC torace, addome e pelvi**: La tomografia computerizzata rappresenta uno strumento esclusivo di stadiazione tumorale successiva. Verrà presa in considerazione soltanto dopo che lo screening ecografico avrà confermato la natura neoplastica della lesione.
- **C) Prescrivere 7 giorni di levofloxacina**: Un'orchiepididimite si manifesta comunemente con dolore evidente e segni sistemici o locali di infezione. Il quadro asintomatico rende priva di fondamento la prescrizione empirica di un antibiotico fluorochinolone.
- **D) Prescrivere una RM torace, addome e pelvi**: La risonanza magnetica non è considerata l'esame di primo livello nell'iter diagnostico urologico. Ha indicazioni molto più ristrette e non sostituisce il ruolo consolidato dell'ecografia nella fase iniziale.

106 **Una ragazza di 25 anni giunge al Pronto Soccorso per la comparsa di un edema a mantellina al collo e al volto. Riferisce inoltre dispnea. Viene eseguita una RX del torace che mostra uno slargamento del mediastino. Tra le seguenti, qual è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

A Miocardite

B **Sindrome della vena cava superiore**

C Pneumotorace

D Atelettasia polmonare

E Dissezione aortica

Risposta giusta: B

Il quadro clinico include **edema "a mantellina"** di volto e collo, dispnea e slargamento del mediastino alla radiografia. Questi segni indicano un'**ostruzione** al ritorno venoso dalla parte superiore del corpo nella vena cava superiore. L'ostruzione blocca la fuoriuscita del sangue, provocando congestione ed edema dei distretti interessati e spesso l'allargamento mediastinico per una **massa compressiva** o infiltrante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Miocardite**: La miocardite può causare dispnea e segni di scompenso cardiaco, tuttavia non è associata al tipico edema a mantellina e il mediastino slargato orienta piuttosto verso una compressione dei grossi vasi mediastinici.
- **C) Pneumotorace**: Il pneumotorace si presenta con dolore toracico acuto e dispnea, ma non spiega l'edema di volto e collo né lo slargamento del mediastino come reperto principale.
- **D) Atelettasia polmonare**: L'atelettasia polmonare provoca dispnea e alterazioni radiologiche, ma non determina l'edema caratteristico del volto e del collo e manca il nesso fisiopatologico con un'ostruzione venosa centrale.
- **E) Dissezione aortica**: La dissezione aortica richiede sempre attenzione per il quadro di dolore toracico improvviso e lacerante, mentre il medesimo slargamento mediastinico è accompagnato da edema facciale e cervicale molto più specifico per la sindrome della vena cava superiore.

107 **Quando si parla di Morbo di Legg-Calvé-Perthes s'intende:**

A epifisiolisi dell'anca
B osteocondrosi dell'epifisi prossimale dell'omero
C osteocondrosi dell'apofisi tibiale anteriore
D lussazione congenita dell'anca
E osteocondrosi dell'epifisi femorale prossimale

Risposta giusta: E

Il morbo di Legg-Calvé-Perthes è una **osteocondrosi** della **testa del femore**. Origina da un'**alterazione vascolare** temporanea che provoca **necrosi ischemica** e successivo rimodellamento osseo nell'età pediatrica. Riguarda specificamente l'articolazione dell'anca, escludendo malformazioni congenite o instabilità meccaniche primarie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) epifisiolisi dell'anca**: Corrisponde a uno scivolamento dell'epifisi rispetto alla metafisi. È tipica dell'adolescenza e ha natura meccanico-traumatica, distinta fisiopatologicamente dalla necrosi primitiva dei vasi capillari femorali.
- **B) osteocondrosi dell'epifisi prossimale dell'omero**: La sede indicata corrisponde alla spalla, non all'arto inferiore. Rientra nel quadro delle patologie avaskulari o condromalacic della spalla, completamente estranee alla lesione epifisaria femorale.
- **C) osteocondrosi dell'apofisi tibiale anteriore**: Localizzata al ginocchio, riguarda l'apofisi tibiale anteriore. Si manifesta come malattia da trazione patellare durante la crescita, con meccanismo infiammatorio diverso dall'avaria vascolare della testa femorale.
- **D) lussazione congenita dell'anca**: Costituisce un difetto di sviluppo o acquisito sin dalla prima infanzia. Provoca instabilità o mancato centramento nella cavità acetabolare, senza coinvolgimento primario della circolazione endossea dell'epifisi.

108 **La frattura-lussazione di Monteggia è caratterizzata da:**

A frattura-lussazione della testa omerale

B frattura del radio con concomitante frattura della stiloide ulnare e lussazione radioulnare distale

C **frattura dell'ulna con concomitante lussazione del capitello radiale**

D lussazione del gomito associata a frattura del processo coronoideo dell'ulna

E frattura del radio associata a lussazione radiocarpica

Risposta giusta: C

La frattura-lussazione di Monteggia è una lesione tipica dell'avambraccio prossimale. Si definisce come la combinazione di una **frattura dell'ulna** con contemporanea **lussazione della testa del radio**. Il riconoscimento immediato è essenziale perché il danno principale deriva dal **disallineamento articolare** prossimale oltre che dalla rottura ossea.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) frattura-lussazione della testa omerale**: Coinvolge la spalla e la testa omerale. È totalmente estranea all'anatomia dell'avambraccio e non presenta alcun elemento in comune con questo specifico assetto traumatico.
- **B) frattura del radio con concomitante frattura della stiloide ulnare e lussazione radioulnare distale**: Indica una lesione localizzata al polso, più simile a un quadro di tipo Galeazzi. Non corrisponde alla sede prossimale dell'avambraccio né alla specifica componente lussativa del capitello radiale.
- **D) lussazione del gomito associata a frattura del processo coronoideo dell'ulna**: Descrive un trauma del gomito centrato sul processo coronoideo. Sebbene riguardi la regione, non rispetta la definizione classica di Monteggia che lega obbligatoriamente la frattura ulnare alla lussazione della testa del radio.
- **E) frattura del radio associata a lussazione radiocarpica**: Si riferisce a una problematica del polso che interessa il radio distale e l'articolazione radiocarpica. Manca completamente il riferimento alla frattura ulnare e alla lussazione radioulnare prossimale caratteristica della sindrome.

109 **Un uomo di 65 anni si presenta in ambulatorio lamentando progressiva e invalidante rigidità in flessione del IV e V dito della mano destra. All'esame obiettivo tale atteggiamento di flessione non è riducibile e si accompagna alla presenza di un inspessimento cordoniforme rilevato e sclerotico a livello palmare, in corrispondenza del IV e del V dito. Da questo quadro clinico si può fare diagnosi di:**

- A **morbo di Dupuytren**
- B lesione del nervo mediano
- C lesione del nervo radiale
- D lesione del nervo ulnare
- E tenosinovite dei flessori delle dita

Risposta giusta: A

Il quadro clinico descritto è tipico del **morbo di Dupuytren**, una **fibrosi progressiva della fascia palmare**. Questo processo forma corde retrattili che bloccano le dita in **flessione irriconducibile**, con predilezione per anulare e mignolo. La mancanza di riducibilità conferma una contrattura strutturale e non un'infiammazione o una patologia neurologica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) lesione del nervo mediano**: Il nervo mediano governa motilità e sensibilità del pollice, indice, medio e margine radiale dell'anulare; la sua compromissione causa atrofie volari e posture caratteristiche, ma non modifica la fascia palmare né crea retrazioni tissutali.
- **C) lesione del nervo radiale**: Il nervo radiale controlla la funzione degli estensori di polso e dita, pertanto il suo danno provoca incapacità di aprire la mano e classico abbacchiamento del polso, mentre il paziente manifesta rigidità in chiusura.
- **D) lesione del nervo ulnare**: Il nervo ulnare innerva effettivamente il quarto e quinto dito, ma la sua lesione produce deficit sensitivi, atrofia della muscolatura intrinseca e possibili deformità neurologiche, senza mai causare cordoni palmari sclerotici.
- **E) tenosinovite dei flessori delle dita**: La tenosinovite dei flessori provoca dolore e limitazione del movimento con eventuale scatto tendineo, ma non genera mai ispessimenti duri sul palmo né induce una retrazione fissa delle dita nel tempo.

110 **Un uomo di 45 anni, cadendo dallo scooter, riporta una frattura scomposta del terzo medio della diafisi omerale con il quadro radiografico in figura. Qual è la complicanza immediata più frequente che si potrebbe verificare con il suddetto quadro clinico-radiografico?**

- **A** **Lesione del nervo radiale**
- **B** Lesione dell'arteria brachiale
- **C** Lesione del nervo mediano
- **D** Tromboembolia polmonare
- **E** Lesione del nervo ulnare

Risposta giusta: A

Il **nervo radiale** decorre nel **solco omerale**, aderendo strettamente alla diafisi nel terzo medio. Una **frattura scomposta** comprime o stirava direttamente il fascio nervoso in questa sede. Si verifica subito il tipico difetto estensorio del polso, definito *wrist drop*.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Lesione dell'arteria brachiale**: Il danno vascolare è realizzabile ma appare meno frequente rispetto al coinvolgimento nervoso isolato. L'arteria brachiale teme prioritariamente le fratture prossimali o gli eventi traumatici con schiacciamento dei tessuti molli.
- **C) Lesione del nervo mediano**: Il nervo mediano non è la complicanza principale in questo tratto osseo. La sua vulnerabilità cresce invece nelle lacerazioni più distali o nei traumi del plesso brachiale.
- **D) Tromboembolia polmonare**: Non costituisce un evento immediato legato al trauma scheletrico locale. Potrebbe svilupparsi in fase successiva solo in presenza di immobilità prolungata o comorbidità tromboemboliche.
- **E) Lesione del nervo ulnare**: Il nervo ulnare non attraversa direttamente il terzo medio omerale. La sua esposizione patologica si concentra soprattutto nel solco retroepitrocleare e nel canale osseo distale.

111 **Una paziente di 65 anni, operata 10 anni prima di intervento di artroprotesi dell'anca destra, presenta da circa 2 mesi dolore inguino-crurale a destra che insorge prevalentemente sotto carico. L'esame radiografico mostra osteolisi periprotesica e i valori degli esami ematochimici sono nella norma. Qual è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Mobilizzazione asettica della protesi**
- **B** Mobilizzazione settica della protesi
- **C** Lussazione della protesi
- **D** Frattura da durata del femore
- **E** Tromboflebite della safena

Risposta giusta: A

Il quadro clinico indica una **mobilizzazione asettica** dell'impianto. Il dolore insorto dopo anni e aggravato dal carico, unito all'**osteolisi periprotesica** e ai **valori ematochimici nella norma**, esclude un'infezione e punta a un **fallimento meccanico** della protesi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Mobilizzazione settica della protesi**: Una mobilizzazione settica è improbabile poiché mancano i segni clinici e i dati di laboratorio che indicano un processo infettivo. Gli esami normali orientano verso cause non microbiologiche.
- **C) Lussazione della protesi**: La lussazione si presenta con un quadro acuto e impotenza funzionale improvvisa. Non corrisponde al dolore cronico progressivo e alle alterazioni ossee radiografiche descritte.
- **D) Frattura da durata del femore**: Una frattura da durata causerebbe dolore ma non spiegherebbe il reperto radiografico caratteristico. L'osteolisi periprotesica è specifica di un allentamento implantare.
- **E) Tromboflebite della safena**: La tromboflebite della safena provoca dolore locale lungo il percorso venoso con possibili segni flogistici. Non genera osteolisi o problematiche legate alla stabilità protesica.

112 **Un paziente di 58 anni riferisce otorrea ricorrente destra con ipoacusia. All'otoscopia si evidenzia perforazione timpanica con erosione parziale della catena ossiculare. Qual è il sospetto clinico?**

A Otosclerosi

B Otite cronica colesteatomatosa

C Otite sieromucosa

D Otite catarrale

E Otite media acuta

Risposta giusta: B

L'otorrea ricorrente associata a ipoacusia e alla perforazione timpanica con erosione della catena ossiculare orienta chiaramente verso un'**otite cronica colesteatomatosa**. Il colesteatoma è una lesione cronica e **distruttiva** che erode le strutture dell'orecchio medio, incluso il timpano e gli ossicini. Questo carattere erosivo rappresenta il segno diagnostico fondamentale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Otosclerosi**: L'otosclerosi genera un'**ipoacusia trasmissiva** progressiva ma non provoca otorrea, non causa perforazione timpanica e non erode la catena ossiculare.
- **C) Otite sieromucosa**: L'otite sieromucosa consiste in un versamento nell'orecchio medio che determina ipoacusia trasmissiva, ma prescinde da perforazione, otorrea cronica ed erosione degli ossicini.
- **D) Otite catarrale**: L'otite catarrale corrisponde a un'infiammazione più lieve legata a disfunzione tubarica e congestione, pertanto non spiega la perforazione con erosione ossea.
- **E) Otite media acuta**: L'otite media acuta può manifestarsi con dolore, febbre e perforazione temporanea, ma il quadro clinico cronico con distruzione della catena ossiculare è incompatibile con questa forma.

113 **Si presenta all'attenzione medica un paziente di 5 anni con ostruzione respiratoria nasale, roncopatia e indice apnee-ipopnee >60 allo studio polisonnografico. A quale trattamento deve essere sottoposto?**

A Intervento di adenoidectomia

B **Intervento di adenotonsillectomia**

C Intervento di correzione palatale

D Terapia steroidea ciclica e profilassi antibiotica

E Terapia steroidea sistemica ciclica per 6 mesi

Risposta giusta: B

Un indice di apnea-ipopnea superiore a 60 indica una **sindrome delle apnee ostruttive grave**. Nel bambino, l'**adenotonsillectomia** è il trattamento chirurgico di prima scelta quando l'ostruzione è attribuibile all'ipertrofia adenotonsillare. La gravità richiede **monitoraggio postoperatorio** e una successiva valutazione della persistenza delle apnee.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Intervento di adenoidectomia**: La rimozione delle sole adenoidi può lasciare un'ostruzione tonsillare e non è la scelta standard in presenza di apnee così gravi.
- **C) Intervento di correzione palatale**: La chirurgia palatale non è il trattamento iniziale abituale delle apnee ostruttive pediatriche; può essere valutata in casi selezionati di ostruzione persistente.
- **D) Terapia steroidea ciclica e profilassi antibiotica**: Gli steroidi possono essere considerati in forme lievi selezionate; la profilassi antibiotica non tratta l'ostruzione responsabile delle apnee.
- **E) Terapia steroidea sistemica ciclica per 6 mesi**: Gli steroidi sistemici prolungati non sono un trattamento appropriato per le apnee ostruttive gravi del bambino e comportano effetti avversi rilevanti.

114 **Una mamma si accorge che il suo bambino di 3 mesi sembra non rispondere a stimoli acustici. L'otorinolaringoiatra rileva una grave sordità congenita bilaterale. Qual è l'iter terapeutico più appropriato da seguire?**

A Protesizzazione entro il terzo anno di vita; eventuale impianto cocleare entro il sesto anno di vita

B Impianto cocleare entro il sesto mese di vita

C Protesizzazione precoce; eventuale impianto cocleare in età adolescenziale

D Protesizzazione entro il primo anno di vita; eventuale impianto cocleare entro il terzo anno di vita

E Protesizzazione entro il sesto mese di vita; eventuale impianto cocleare entro i 18 mesi di vita

Risposta giusta: E

Nello **sviluppo del linguaggio** infantile è essenziale una stimolazione uditiva tempestiva. Il protocollo prevede l'utilizzo di **protesi acustiche** entro sei mesi e di **impianto cocleare** entro diciotto mesi se la risposta non è sufficiente. Questa temporizzazione rispetta la **finestra critica** neurolinguistica e previene deficit comunicativi permanenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Protesizzazione entro il terzo anno di vita; eventuale impianto cocleare entro il sesto anno di vita**: Interviene al terzo anno con le protesi e al sesto anno con l'impianto, tempistiche troppo tardive che compromettono seriamente lo sviluppo comunicativo e linguistico.
- **B) Impianto cocleare entro il sesto mese di vita**: Propone l'impianto cocleare già a sei mesi come primo passo, ma l'iter standard richiede inizialmente una valutazione protesica e riserva l'impianto ai casi di insufficiente beneficio acustico.
- **C) Protesizzazione precoce; eventuale impianto cocleare in età adolescenziale**: Posticipa l'impianto fino all'adolescenza, un approccio incompatibile con la gestione della sordità congenita grave che richiede interventi rapidi nei primi anni di vita.
- **D) Protesizzazione entro il primo anno di vita; eventuale impianto cocleare entro il terzo anno di vita**: Rinvia la protesizzazione al primo anno e l'impianto al terzo anno, ritardi che compromettono il periodo decisivo per l'acquisizione del linguaggio.

115 **Quali elementi compongono la triade di Virchow?**

A Ittero, febbre, dolore ipocondrio destro
B Febbre, disuria, piuria
C Ipoglicemia, sintomi/segni di ipoglicemia, remissione del quadro clinico con assunzione di glucosio
D **Danno endoteliale, stasi venosa, ipercoagulabilità**
E Ptosi palpebrale, miosi, anidrosi

Risposta giusta: D

La **triade di Virchow** individua i tre meccanismi fondamentali che promuovono la formazione di un **trombo**. Essi comprendono il **danno endoteliale**, la **stasi** del flusso ematico e l'**ipercoagulabilità**. Tali fattori modificano l'equilibrio emostatico aumentando il rischio trombogenico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ittero, febbre, dolore ipocondrio destro**: Costituisce la triade di Charcot, sintomo classico della colangite batterica.
- **B) Febbre, disuria, piuria**: Riunisce reperti tipici di un'infezione delle vie urinarie, privi di collegamento con la fisiopatologia della coagulazione.
- **C) Ipoglicemia, sintomi/segni di ipoglicemia, remissione del quadro clinico con assunzione di glucosio**: Definisce la triade di Whipple, criterio clinico per identificare un'ipoglicemia patologica e reversibile all'aggiunta di glucosio.
- **E) Ptosi palpebrale, miosi, anidrosi**: Raffigura la sindrome di Horner, provocata da un'interruzione del percorso simpatico cervicale.

---

116 **L'attivazione della via estrinseca della coagulazione può essere innescata da un danno vasale, in quanto tale evento porta alla liberazione di:**

A fibrinogeno
B calcio
C **fattore tissutale**
D protrombina
E fattore XII

Risposta giusta: C

La **lesione vascolare** espone il **fattore tissutale**, il quale si lega al fattore VII e avvia direttamente la **via estrinseca**. Questo segnale trasforma il danno locale in una **cascata coagulativa** ordinata verso la formazione del trombo. Non si tratta di una proteina plasmatica diffusa, ma di un indicatore di rottura tissutale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) fibrinogeno**: Il fibrinogeno costituisce il substrato che verrà successivamente scisso in fibrina, rimanendo estraneo allo stadio di innesco primario.
- **B) calcio**: Lo ione Ca^{2+} opera come cofattore indispensabile nelle varie tappe dell'emostasi, ma non rappresenta il trigger specifico rilasciato dall'evento traumatico.
- **D) protrombina**: La protrombina richiede trasformazioni enzimatiche a valle della reazione per diventare trombina, quindi non possiede ruolo nell'avviamento iniziale.
- **E) fattore XII**: Il fattore XII appartiene alla via intrinseca e reagisce per contatto con superfici cariche, non per liberazione diretta del tessuto leso.

---

117 **Nella tetralogia di Fallot, in genere, la gravità della ipossiemia arteriosa dipende principalmente:**

- **A** **dal grado della stenosi dell'arteria polmonare**
- B dalla localizzazione del difetto interventricolare (DIV)
- C dall'ampiezza del difetto interatriale (DIA) se presente
- D dall'aumento delle resistenze vascolari periferiche
- E dal grado di ipertrofia del ventricolo sinistro

Risposta giusta: A

La gravità dell'ipossiemia arteriosa è determinata dal livello di **ostruzione** all'efflusso del ventricolo destro. Una maggiore severità della **stenosi polmonare** riduce il flusso verso i polmoni e forza il sangue non ossigenato ad attraversare il Difetto Interventricolare. Si genera così un **shunt destro-sinistro** con desaturazione progressiva. Il foro interventricolare consente solo il passaggio, ma ne regola l'entità il gradiente pressorio creato dal restringimento valvolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) dalla localizzazione del difetto interventricolare (DIV)**: La sede anatomica del Difetto Interventricolare non influenza l'entità della desaturazione. Il foro è necessario per lo shunt, ma il volume di sangue deviato dipende dalla resistenza al flusso polmonare.
- **C) dall'ampiezza del difetto interatriale (DIA) se presente**: Un eventuale Difetto Interatriale può variare l'emodinamica globale, ma non determina la cianosi. La gravità clinica resta subordinata all'ostruzione dell'efflusso ventricolare destro.
- **D) dall'aumento delle resistenze vascolari periferiche**: Le resistenze vascolari sistemiche possono spostare temporaneamente il flusso, ma non definiscono il quadro fisiopatologico stabile. La componente ostruttiva polmonare domina sempre sullo shunt.
- **E) dal grado di ipertrofia del ventricolo sinistro**: L'ipertrofia ventricolare sinistra non compare in questa patologia. La tetralogia provoca ipertrofia del ventricolo destro come risposta al sovraccarico pressorio indotto dalla stenosi.

118 **Un bambino di 18 mesi viene condotto in Pronto Soccorso per il riscontro di sangue nel pannolino. Il bambino non ha febbre né lamenta dolori addominali né ha avuto episodi di vomito. Al momento del ricovero l'emoglobina è 9 g/dL. Qual è la causa più probabile tra le seguenti del reperto documentato nel bambino?**

A Celiachia
B Proctocolite allergica
C **Diverticolo di Meckel**
D Colite ulcerosa
E Invaginazione intestinale

Risposta giusta: C

Un bambino di 18 mesi con sangue nel pannolino senza dolore, febbre o vomito presenta un **sanguinamento rettale indolore**. L'emoglobina a $9\ \mathrm{g/dL}$ indica una **perdita ematica significativa**. La causa più frequente è il **diverticolo di Meckel**, che contiene spesso **mucosa gastrica ectopica**. Questa produce acido causando **ulcerazione intestinale** e sanguinamento spontaneo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Celiachia**: La celiachia non causa sanguinamento rettale isolato e presenta invece diarrea cronica, meteorismo, ritardo di crescita e anemia da malassorbimento nutrizionale. Il referto ematico e l'età non corrispondono al suo tipico fenotipo.
- **B) Proctocolite allergica**: La proctocolite allergica si manifesta solitamente nei primi mesi di vita con muco fecale e minime striature di sangue. Il quadro clinico a 18 mesi unito al calo dell'emoglobina rende improbabile questa diagnosi.
- **D) Colite ulcerosa**: La colite ulcerosa esordisce raramente prima dei due anni e richiede sintomi infiammatori sistemici come diarrea persistente, dolori addominali e calo ponderale. L'assenza di queste manifestazioni la esclude come ipotesi primaria.
- **E) Invaginazione intestinale**: L'invaginazione intestinale provoca sanguinamento ma si caratterizza per un quadro doloroso acuto con coliche addominali ricorrenti, vomito e irritabilità marcata. Il decorso asintomatico del paziente contraddice questa patologia.

119 **Un bambino di 18 mesi viene condotto in Pronto Soccorso per il riscontro di sangue nel pannolino. Il bambino non ha febbre né lamenta dolori addominali né ha avuto episodi di vomito. Al momento del ricovero l'emoglobina è 9 g/dL. Qual è l'esame di elezione per la diagnosi della patologia da cui è più probabilmente affetto il bambino?**

A Colonscopia

B **Scintigrafia con ^{99m}Tc-pertecnetato**

C Anticorpi anti-transglutaminasi

D Clisma opaco

E Esofagogastroduodenoscopia e colonscopia

Risposta giusta: B

Il sanguinamento rettale **indolore** in un bambino piccolo, associato ad anemia, suggerisce un **diverticolo di Meckel** con mucosa gastrica ectopica. La scintigrafia con ^{99m}Tc-pertecnetato evidenzia la mucosa gastrica ectopica ed è l'esame di elezione nel sospetto clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colonscopia**: La colonscopia può individuare cause coliche di sanguinamento, come i polipi, ma non è l'esame di elezione per identificare un diverticolo di Meckel.
- **C) Anticorpi anti-transglutaminasi**: Gli anticorpi anti-transglutaminasi sono impiegati nella diagnosi di celiachia, che non spiega tipicamente un sanguinamento rettale indolore di questa entità.
- **D) Clisma opaco**: Il clisma opaco non identifica la mucosa gastrica ectopica. L'invaginazione intestinale, per cui può essere considerata una procedura di riduzione mediante clisma, si presenta più spesso con **dolore addominale episodico** e vomito.
- **E) Esofagogastroduodenoscopia e colonscopia**: L'endoscopia digestiva alta e la colonscopia non esplorano abitualmente il tratto di ileo in cui si trova il diverticolo di Meckel.

120 **A un bambino di 8 anni a una visita oculistica di routine viene riscontrato un anello verde-marrone nella cornea (anello di Kayser-Fleischer). Quale trattamento è possibile instaurare per minimizzare le complicanze dell'errore congenito del metabolismo che si associa a questo segno clinico?**

A Amoxicillina
B Desferrioxamina
C **Penicillamina**
D Deferiprone
E Claritromicina

Risposta giusta: C

L'anello di Kayser-Fleischer indica la malattia di Wilson, un disordine ereditario del metabolismo del **rame**. Il trattamento mira a ridurne l'accumulo tissutale per prevenire danni epatici, neurologici e oculari. La **penicillamina** agisce come **chelante** favorendone l'eliminazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Amoxicillina**: È un antibiotico. Non possiede attività chelante e non interviene né sull'assorbimento intestinale né sul metabolismo del metallo.
- **B) Desferrioxamina**: È un chelante del ferro. Utile per l'eccesso di ferro, presenta un bersaglio terapeutico diverso dall'accumulo rameico.
- **D) Deferiprone**: È un chelante del ferro. Si impiega nel sovraccarico marziale ma non elimina il rame, quindi non è il farmaco di scelta per la malattia di Wilson.
- **E) Claritromicina**: È un antibiotico. Impiegato per indicazioni infettive specifiche, risulta irrilevante per la correzione di un errore congenito del metabolismo.

121 **Una bambina di 2 anni viene ricoverata in terapia intensiva pediatrica per una grave disidratazione in corso di gastroenterite. Quale indice NON è indicativo di insufficienza renale prerenale?**

A Osmolalità urinaria > 500 mOsm/kg

B Escrezione frazionale del sodio (FENa) < 1%

C Sodio urinario < 20 mEq/L

D Escrezione frazionale del sodio (FENa) > 2%

E Azoto ureico (BUN)/Creatininemia > 20:1

Risposta giusta: D

Nell'insufficienza renale prerenale i tubuli funzionano correttamente e rispondono all'**ipoperfusione** riassorbendo acqua e sodio per mantenere il volume ematico. Ci si aspetta quindi una ritenzione di sodio intensa, un'urina concentrata e un aumento del rapporto azoto ureico su creatininemia. Un valore di escrezione frazionale del sodio superiore al 2% indica invece che il tubulo non riesce a trattenere il sodio, segnale tipico di un danno renale intrinseco.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Osmolalità urinaria > 500 mOsm/kg**: L'osmolalità urinaria maggiore di 500 mOsm/kg dimostra la capacità dei tubuli di concentrare le urine tramite il riassorbimento di acqua mediato dall'ormone ADH.
- **B) Escrezione frazionale del sodio (FENa) < 1%**: La frazione di escrezione del sodio inferiore all'1% conferma il forte riassorbimento tubulare di sodio necessario per compensare la disidratazione.
- **C) Sodio urinario < 20 mEq/L**: Il sodio urinario inferiore a 20 mEq/L testimonia la corretta funzionalità tubulare che conserva il sodio in risposta alla ridotta perfusione.
- **E) Azoto ureico (BUN)/Creatininemia > 20:1**: Il rapporto azoto ureico su creatininemia superiore a 20:1 deriva dal maggior riassorbimento passivo di urea insieme all'acqua rispetto alla creatinina, meccanismo fisiologico dell'ipovolemia.

122 **Un bambino di 8 anni con bassa statura e occhi piccoli, giunge all'osservazione clinica per un episodio sincopale. La madre riferisce che è stato operato per un pollice soprannumerario. All'emocromo viene riscontrata una grave anemia per cui viene ricoverato e trasfuso. Vengono notate diverse chiazze café-au-lait e viene eseguito il test di fragilità cromosomica (DEB test) che risulta positivo. Qual è la condizione da cui è affetto il bambino?**

A Anemia aplastica
B Anemia da Parvovirus
C Talassemia major
D Drepanocitosi
E Anemia di Fanconi

Risposta giusta: E

Il quadro clinico combina bassa statura, anomalie congenite come il pollice soprannumerario e chiazze café-au-lait con una grave insufficienza midollare. Il **test DEB positivo** costituisce il reperto decisivo, confermando l'**instabilità cromosomica** tipica della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Anemia aplastica**: descrive esclusivamente lo stato di ipoplasia midollare senza indicare l'eziologia; tale insufficienza è comune nella forma corretta, ma i tratti dismorfici e il dato genetico orientano verso una sindrome ereditaria.
- **B) Anemia da Parvovirus**: può causare una crisi aplastica transitoria acuta, tipica nei soggetti con emoglobinopatie pregresse, ma risulta estranea al contesto per l'assenza di alterazioni del DNA e dei difetti morfologici congeniti.
- **C) Talassemia major**: si manifesta con anemia severa che richiede trasfusioni ripetute, microcitosi e deformità ossee da espansione midollare, escludendo completamente la fragilità cromosomica e le malformazioni degli arti menzionate nel caso.
- **D) Drepanocitosi**: è caratterizzata da crisi dolorose recidivanti, anemia emolitica cronica e complicanze vaso-occlusive, fattori incompatibili con il referto di fragilità nucleare e le anomalie dello sviluppo fetale.

123 **Una bambina di 13 mesi viene ricoverata per una grave broncopolmonite in terapia intensiva pediatrica. La pediatra riferisce un ritardo di crescita staturo-ponderale e psicomotorio; i test per la fibrosi cistica e gli accertamenti per la celiachia sono risultati negativi. Vista la gravità del quadro clinico, vengono eseguiti degli esami immunologici di primo livello con riscontro di un deficit selettivo di IgA e di linfopenia. In seguito a consulenza immunologica, viene dosata anche l'alfa-fetoproteina, che risulta elevata. Di quale immunodeficienza più probabilmente si tratta?**

A Sindrome di Di George

B Agammaglobulinemia

C Immunodeficienza grave combinata (Severe Combined Immunodeficiency, SCID)

D Malattia granulomatosa cronica

E Atassia teleangectasia

Risposta giusta: E

Il quadro clinico combina infezioni respiratorie gravi, ritardo della crescita, **linfopenia** e deficit di IgA. L'elemento distintivo è la presenza di **alfa-fetoproteina elevata**, che orienta verso questa specifica malattia. Si tratta di un **difetto nella riparazione del DNA** che determina un'**immunodeficienza combinata** umorale e cellulare. I segni neurologici compaiono tipicamente dopo i primi anni di vita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di Di George**: La sindrome origina da un'aplasia timica con linfopenia T-cellulare e infezioni ricorrenti. Non prevede l'elevazione dell'alfa-fetoproteina e dovrebbe mostrare cardiopatie congenite, ipocalcemia e anomalie facciali.
- **B) Agammaglobulinemia**: L'agammaglobulinemia determina un'assenza pressoché totale di tutte le immunoglobuline e infezioni batteriche recidivanti. Non causa marcata linfopenia, non eleva l'alfa-fetoproteina e non si presenta con un deficit selettivo delle IgA.
- **C) Immunodeficienza grave combinata (Severe Combined Immunodeficiency, SCID)**: La SCID provoca grave immunodeficienza e linfopenia ma non giustifica l'aumento dell'alfa-fetoproteina. Inoltre presenta un deficit immunitario globale e molto più profondo rispetto a un isolamento delle IgA.
- **D) Malattia granulomatosa cronica**: Questa patologia interessa i fagociti causando infezioni da germi catalasi-positivi e formazione di granulomi. Non spiega il deficit delle IgA, la linfopenia né l'aumento dei livelli di alfa-fetoproteina.

124 **Un bambino nato a termine, allattato al seno, presenta un colorito ancora itterico a 2 settimane di vita. All'esame obiettivo presenta una fontanella anteriore ampia e un'ernia ombelicale riducibile. I genitori inoltre riferiscono una stipsi persistente. Tra le seguenti condizioni cliniche, qual è quella da cui più probabilmente è affetto il lattante?**

A Atresia delle vie biliari
B Infezione delle vie urinarie
C **Ipotiroidismo congenito**
D Malattia di Gilbert
E Sindrome di Crigler-Najjar

Risposta giusta: C

Il quadro clinico associa **ittero prolungato**, **stipsi persistente**, **fontanella ampia** ed **ernia ombelicale**, tutti reperti classici dell'**ipotiroidismo congenito**. La carenza di ormoni tiroidei rallenta il metabolismo generale e il transito intestinale, mentre riduce la clearance epatica della bilirubina, mantenendo il colorito giallastro.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Atresia delle vie biliari**: L'atresia delle vie biliari provoca un ittero colestatico con feci ipocoliche o acoliche e urine scure, ma non giustifica la presenza contemporanea di una fontanella ampia, di un'ernia ombelicale e di un marcato rallentamento della motilità intestinale.
- **B) Infezione delle vie urinarie**: Le infezioni delle vie urinarie nei neonati possono manifestarsi con ittero sfumato, ma nel caso specifico mancano febbre, scarso accrescimento, sintomi urinari specifici o reperti clinici che orientino verso un deficit ormonale congenito.
- **D) Malattia di Gilbert**: La malattia di Gilbert è una condizione benigna che causa lievi aumenti della bilirubina non coniugata, solitamente evidenziata in età più avanzata durante periodi di stress o digiuno, ed è incompatibile con la sintomatologia sistematica osservata in un lattante di due settimane.
- **E) Sindrome di Crigler-Najjar**: La sindrome di Crigler-Najjar determina una severa iperbilirubinemia da bilirubina non coniugata per difetto enzimatico epatico, tuttavia non comporta alcun quadro sistemico o endocrino associato come la stipsi, la macrofontanella o l'ernia ombelicale.

125 **Un paziente affetto da schizofrenia catatonica rifiuta cibo, idratazione e cura dell'igiene personale. Come viene definito questo quadro clinico?**

A Stereotipia
B Perseverazione
C Apatia
D Cataplessia
E Negativismo

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descritto corrisponde al **negativismo**, tipico della schizofrenia catatonica. Tale sintomo si manifesta come un **rifiuto immotivato** a rispondere alle richieste esterne. Il paziente esercita attiva **opposizione** contro gli stimoli ambientali, arrivando a negare bisogni primari come alimentazione e igiene. Non si tratta di una semplice assenza di volontà ma di una caratteristica strutturale del disturbo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Stereotipia**: Le stereotipie consistono in movimenti o azioni ripetute in modo rigido e privo di uno scopo pratico senza alcun legame con il rifiuto di assumere cibo o occuparsi dell'igiene.
- **B) Perseverazione**: La perseverazione definisce la ripetizione inappropriata di una risposta o di un gesto già iniziato e non configura un comportamento di resistenza attivo verso le cure o l'alimentazione.
- **C) Apatia**: L'apatia comporta una marcata riduzione di iniziativa ed interesse verso l'ambiente ma non genera né un comportamento oppositivo né un diniego attivo dei bisogni primari.
- **D) Cataplessia**: La cataplessia provoca una perdita improvvisa del tono muscolare innescata da emozioni intense e non riguarda scelte volontarie relative all'alimentazione o alla pulizia personale.

126 **Una primipara al terzo trimestre di gravidanza giunge in Pronto Soccorso accompagnata dai familiari preoccupati dal fatto che da circa 3 settimane la paziente si ipoalimenta, rimane sveglia pressoché tutta la notte, mostra profonda cupezza. Nonostante una visita di controllo effettuata due giorni prima non abbia riscontrato anomalie nella gravidanza, la paziente continua a sostenere che il feto sia morto e che non abbia alcun senso vivere. Non risultano precedenti psichiatrici. Quale tra le seguenti rappresenta nell'immediato la gestione più corretta della paziente?**

- **A** **Ricovero ospedaliero e impostazione di una terapia farmacologica specifica**
- **B** Dimissione dal Pronto Soccorso e indicazione ai familiari di monitorare la paziente
- **C** Impostazione di una terapia farmacologica e programmazione di controlli ambulatoriali
- **D** Ricovero ospedaliero e sola osservazione in quanto tutti gli psicofarmaci hanno un effetto teratogeno
- **E** Indicazione a una psicoterapia cognitivo-comportamentale in regime ambulatoriale

Risposta giusta: A

Il quadro è una **depressione grave**, con possibile componente psicotica e **rischio suicidario**. È necessario il ricovero per proteggere la paziente e avviare un trattamento farmacologico appropriato. La gravidanza richiede una valutazione individuale del rapporto rischio-beneficio, ma non esclude l'uso di psicofarmaci.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Dimissione dal Pronto Soccorso e indicazione ai familiari di monitorare la paziente**: La dimissione sarebbe pericolosa, perché la paziente presenta importanti segnali di allarme. La sola sorveglianza dei familiari non è adeguata.
- **C) Impostazione di una terapia farmacologica e programmazione di controlli ambulatoriali**: La terapia farmacologica può essere necessaria, ma il semplice follow-up ambulatoriale non è sufficiente in presenza di sintomi così severi e di rischio per sé.
- **D) Ricovero ospedaliero e sola osservazione in quanto tutti gli psicofarmaci hanno un effetto teratogeno**: Il ricovero è appropriato, ma la sola osservazione non basta: la paziente deve essere trattata. Inoltre, non è vero che tutti gli psicofarmaci siano vietati in gravidanza; la scelta va valutata caso per caso.
- **E) Indicazione a una psicoterapia cognitivo-comportamentale in regime ambulatoriale**: La psicoterapia può essere utile, ma da sola e in regime ambulatoriale non è sufficiente per un quadro così grave e acuto. La componente psicotica e il rischio suicidario richiedono una gestione protetta.

127 **Quale tra le seguenti indagini radiologiche eroga al paziente la dose più bassa di radiazioni ionizzanti?**

A Tomografia computerizzata dell'addome per studio trifasico del fegato

B Tomografia computerizzata del torace per studio di un paziente con embolia polmonare

C Tomografia computerizzata del torace con e senza mezzo di contrasto

D **Tomografia computerizzata dell'encefalo senza mezzo di contrasto**

E Tomografia computerizzata dell'addome senza mezzo di contrasto

Risposta giusta: D

La TC dell'encefalo senza mezzo di contrasto eroga la dose più bassa perché il distretto anatomico è di dimensioni **ridotte**, limitando il **volume irradiato**. L'esecuzione con una **singola acquisizione** e senza mezzo di contrasto mantiene l'**esposizione complessiva** contenuta rispetto agli altri protocolli.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tomografia computerizzata dell'addome per studio trifasico del fegato**: La dose è ancora più alta perché il protocollo trifasico prevede più acquisizioni successive, facendo aumentare nettamente la dose complessiva.
- **B) Tomografia computerizzata del torace per studio di un paziente con embolia polmonare**: È un esame che espone a una dose significativa perché deve studiare bene il circolo polmonare e il torace, quindi non è tra quelli a dose più bassa.
- **C) Tomografia computerizzata del torace con e senza mezzo di contrasto**: Comporta una dose maggiore perché prevede più fasi di studio, quindi più esposizione complessiva rispetto a una TC encefalo senza mezzo di contrasto.
- **E) Tomografia computerizzata dell'addome senza mezzo di contrasto**: Anche senza mezzo di contrasto, l'addome richiede un campo di scansione ampio e quindi una dose superiore rispetto alla TC encefalo.

128 **Quale delle seguenti affermazioni è corretta in relazione all'immagine?**

A Nell'immagine TC la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale sinistro

B Nell'immagine RM la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale destro

C Nell'immagine TC la freccia indica il corno occipitale del ventricolo laterale destro

D Nell'immagine RM la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale sinistro

E Nell'immagine TC la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale destro

Risposta giusta: E

L'immagine è una **TC** cerebrale in proiezione assiale. La freccia punta al **corno anteriore** del **ventricolo laterale destro**. È indispensabile applicare l'**orientamento radiologico** standard, secondo cui la destra del paziente è visualizzata a sinistra dello schermo. Tale formazione corrisponde alla parte più frontale del ventricolo laterale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nell'immagine TC la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale sinistro**: Riconosce la tecnica TC ma inverte la lateralità anatomica. La freccia non segnala il ventricolo laterale sinistro in quanto la cavità visibile appartiene inequivocabilmente al comparto destro.
- **B) Nell'immagine RM la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale destro**: Classifica impropriamente la tecnica diagnostica definendola RM. L'identificazione proposta risulta inaccurata sia per la modalità di acquisizione scartata sia per la corrispondenza anatomica con il segnale evidente.
- **C) Nell'immagine TC la freccia indica il corno occipitale del ventricolo laterale destro**: Confonde la sede anteriore con quella posteriore del ventricolo. Il corno occipitale si estende verso la regione parieto-occipitale ed è quindi incompatibile con il tratto frontalmente posizionato mostrato nell'immagine.
- **D) Nell'immagine RM la freccia indica il corno anteriore del ventricolo laterale sinistro**: Indica erroneamente una metodica RM invece di una TC. Attribuisce inoltre la struttura al lato sinistro del paziente, contraddicendo la reale posizione anatomica della freccia.

129 **Quale delle seguenti indagini consente di identificare precocemente le alterazioni edemigene dell'osso?**

A L'ecografia
B La tomografia computerizzata
C La radiografia
D La densitometria ossea a raggi X
E La risonanza magnetica

Risposta giusta: E

La risonanza magnetica è l'esame più **sensibile** per rilevare precocemente l'**edema del midollo osseo**, poiché visualizza direttamente i **cambiamenti nel contenuto idrico** dei tessuti nelle fasi iniziali, quando gli altri reperti sono ancora normali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** L'ecografia valuta efficacemente i tessuti molli superficiali, ma il segnale ecogeno non riesce a penetrare nell'osso né a visualizzare in modo affidabile l'edema del midollo.
- **B)** La tomografia computerizzata mostra bene la componente corticale e le modificazioni strutturali, ma è molto meno sensibile della risonanza magnetica nell'identificare l'edema midollare precoce.
- **C)** La radiografia è un esame di primo livello ma nelle fasi iniziali spesso rimane negativa, poiché le alterazioni edemigene sono troppo sottili per essere apprezzate con questa tecnica.
- **D)** La densitometria ossa misura la densità minerale ossea ed è indicata per lo screening di osteopenia e osteoporosi, senza sensibilità per le alterazioni dell'acqua intramidollare.

130 **In ecografia, come appaiono le calcificazioni?**

A Ipoecogene
B Dotate di cono d'ombra anteriore
C **Iperecogene**
D Anecogene
E Isoecogene

Risposta giusta: C

Le calcificazioni riflettono intensamente gli **ultrasuoni** grazie alla densità dei depositi minerali. Questa marcata **riflessione** le visualizza come aree bianche e luminose, definite **iperecogene**. L'iperecogenicità costituisce il segno primario, capace di accompagnarsi talvolta alla formazione di **ombre acustiche** posteriori.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipoecogene**: L'ipoecogenità indica una minore riflessione degli ultrasuoni rispetto ai tessuti normali. Di conseguenza l'area appare più scura, mentre le calcificazioni mostrano un comportamento esattamente inverso.
- **B) Dotate di cono d'ombra anteriore**: Sebbene le calcificazioni blocchino parte del fascio ultrasonoro generando un'ombra acustica, questa si forma sempre a valle della struttura. L'attribuzione di un cono d'ombra anteriore è fisicamente errata e contraddice la propagazione lineare delle onde.
- **D) Anecogene**: La definizione anecogena si applica a zone prive di qualsiasi ritorno di segnale, risultando completamente nere. Tale aspetto è riservato a liquidi semplici o cisti, del tutto differenti dalle strutture solide e rifrangenti.
- **E) Isoecogene**: Il termine isoecogeno denota un'eco riflessa identica al parenchima circostante. Questa somiglianza riduce il contrasto del reperto, impedendone l'agevole riconoscimento come struttura patologica distinta.

131 **Un paziente giunge in Pronto Soccorso con diagnosi di sospetta occlusione intestinale. Con quale dei seguenti esami inizia l'iter diagnostico?**

A Colonscopia
B RX torace
C **RX diretto dell'addome**
D Ecografia addome
E RM addome

Risposta giusta: C

Quando si sospetta un'occlusione intestinale, il punto di partenza è la **radiografia diretta dell'addome**. È rapidamente eseguibile e permette di visualizzare **distensione delle anse** e **livelli idroaerei**, orientando subito la gestione clinica prima di valutare indagini più approfondite.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colonscopia**: La colonscopia non va utilizzata per iniziare la diagnosi in fase acuta. Risulta potenzialmente problematica e controindicata, poiché può aggravare il sospetto di occlusione o aumentare il rischio di complicanze.
- **B) RX torace**: La radiografia del torace non rappresenta lo screening iniziale. Ha un ruolo limitato alla ricerca di aria libera sottodiaframmatica in casi selezionati, senza sostituire l'indagine addominale urgente.
- **D) Ecografia addome**: L'ecografia addominale appare più operatore-dipendente e meno immediata nello step diagnostico iniziale. Garantisce una standardizzazione inferiore rispetto alla radiografia semplice per questo quadro clinico.
- **E) RM addome**: La risonanza magnetica è poco pratica e troppo lunga nel contesto del Pronto Soccorso. I tempi di esecuzione ne sconsigliano l'impiego come primo esame di indagine in urgenza.

132 **Una donna di 51 anni si reca dal proprio medico di fiducia preoccupata per quanto ha letto circa l'incidenza dell'osteoporosi post-menopausale e chiedendo come può controllare/prevenire l'insorgenza di tale malattia. Quale delle seguenti indagini viene comunemente utilizzata per valutare la densità minerale ossea nella diagnostica dell'osteoporosi?**

A Radiografia del polso in due proiezioni
B Radiografia del femore
C **Mineralometria ossea computerizzata a doppio raggio X**
D Tomografia assiale computerizzata del radio
E Ecografia della colonna lombare

Risposta giusta: C

L'**esame di riferimento** per valutare la densità minerale ossea è la mineralometria ossea computerizzata a doppio raggio X. Questo test misura con precisione la **quantità di minerale** presente nell'osso e stima il **rischio di frattura**. Nella pratica clinica rappresenta la metodica standard per la diagnosi e il monitoraggio della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radiografia del polso in due proiezioni**: La radiografia del polso non quantifica in modo affidabile la massa ossea. Può mostrare solo segni indiretti di demineralizzazione o fratture pregresse. Non fornisce quindi una misurazione numerica sufficiente per accertare la malattia.
- **B) Radiografia del femore**: Come per l'esame del polso, la radiografia del femore evidenzia eventuali danni strutturali o fratture conclamate. Non permette tuttavia di effettuare una misurazione quantitativa della densità minerale. Manca quindi dello strumento necessario per lo screening preventivo.
- **D) Tomografia assiale computerizzata del radio**: La tomografia assiale computerizzata offre informazioni sulla struttura scheletrica ma non è utilizzata routinariamente per questa patologia. Il suo impiego comporterebbe un'esposizione alle radiazioni superiore al necessario. Non costituisce inoltre un test validato come primo livello diagnostico.
- **E) Ecografia della colonna lombare**: L'ecografia della colonna lombare non è un protocollo standardizzato in ambito clinico. Gli attuali studi non ne hanno ancora confermato l'affidabilità nel sostituire completamente la densitometria tradizionale. Rimane uno strumento complementare e non diagnostico definitivo.

133 **Quali tra le seguenti cellule sono MENO radiosensibili?**

- **A** **Cellule muscolari**
- B Enterociti
- C Granulociti
- D Linfociti
- E Cellule endoteliali

Risposta giusta: A

Le cellule muscolari possiedono un elevato grado di **differenziazione** e mostrano una **proliferazione** minima, riducendo drasticamente la loro **radiosensibilità**. La vulnerabilità alle radiazioni ionizzanti aumenta proporzionalmente al tasso di divisione cellulare. Di conseguenza i tessuti specializzati tendono a resistere meglio rispetto a quelli in costante rinnovamento.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Enterociti**: Gli enterociti formano l'epitelio intestinale e garantiscono il riassorbimento mediante un rinnovamento continuo. La rapida divisione mitotica li rende estremamente sensibili e l'intestino subisce danni precoci durante le irradiazioni.
- **C) Granulociti**: I granulociti appartengono alla linea ematopoietica del midollo osseo. Le cellule progenitore si replicano rapidamente e risultano molto più vulnerabili dei tessuti adulti maturi.
- **D) Linfociti**: I linfociti rientrano tra i tipi cellulari più radiosensibili dell'organismo. Anche dosi relativamente basse inducono danni significativi al materiale genetico e ne compromettono la sopravvivenza.
- **E) Cellule endoteliali**: Le cellule endoteliali rivestono i vasi sanguigni e presentano un turnover superiore alle fibre muscolari. Esposizioni prolungate o ad alte dosi provocano alterazioni vascolari e compromissione della funzione di barriera.

134 **Una donna di 43 anni con una diagnosi di Lupus Eritematoso Sistemico caratterizzato principalmente da rash malare, poliartralgie e fotosensibilità, presenta importanti deformità alle mani (deformità a collo di cigno, deformità a Z del pollice, deviazione ulnare). Queste deformità sono riducibili. Alle radiografie articolari non vi sono segni di erosioni. Come si definisce tale reperto articolare?**

A Morbo di Paget
B Artrite reumatoide
C Osteoartrosi
D Dito a scatto
E Artropatia di Jaccoud

Risposta giusta: E

La **artropatia di Jaccoud** è spesso associata al LES e causa deformità delle mani simili a quelle dell'artrite reumatoide. Le deformità, come deviazione ulnare, collo di cigno e pollice a Z, sono **riducibili** e non presentano **erosioni** radiografiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Morbo di Paget**: Il morbo di Paget è una malattia del rimodellamento osseo, non un'artropatia deformante delle mani come quella descritta. Non è coerente con il quadro clinico presentato.
- **B) Artrite reumatoide**: Nell'artrite reumatoide le deformità sono in genere associate a un'infiammazione cronica con **erosioni articolari** visibili alle radiografie e tendono a essere meno riducibili.
- **C) Osteoartrosi**: L'osteoartrosi può causare dolore e deformità, ma ha una distribuzione e un aspetto radiologico diversi, con osteofiti e restringimento della rima articolare. Non dà il tipico quadro associato al LES descritto nel caso.
- **D) Dito a scatto**: Il dito a scatto è un problema tendineo dovuto al conflitto del tendine flessore nella puleggia e provoca blocco o scatto del dito. Non spiega le deformità multiple, riducibili e non erosive.

135 **Un uomo di 73 anni si presenta all'attenzione del medico per comparsa da 3-4 giorni di dolore e rigidità alle spalle con impotenza funzionale. Agli esami si evidenziano valori di velocità di eritrosedimentazione di 73 mm/1h e di proteina C-reattiva di 37 mg/L. (v.n. < 5 mg/L) Quale delle seguenti è la diagnosi più probabile, considerata la presentazione clinica?**

A Artrite reumatoide sieronegativa

B Sindrome Remitting Synovitis, Symmetrical, Seronegative with Pitting Edema (RS3PE)

C **Polimialgia reumatica**

D Spalla di Milwaukee

E Fibromialgia

Risposta giusta: C

Il quadro clinico è tipico di una **polimialgia reumatica**: insorgenza acuta in un paziente oltre i 50 anni, rigidità e dolore bilaterale al cingolo scapolare con limitazione funzionale e **valori di VES e PCR marcatamente aumentati**. La diagnosi si basa sul riconoscimento clinico che integra l'età, i sintomi caratteristici e i reperti di laboratorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Artrite reumatoide sieronegativa**: L'artrite reumatoide sieronegativa esordisce preferenzialmente coinvolgendo le piccole articolazioni di mani e polsi, risultando incompatibile con la sede scapolare predominante in un soggetto anziano.
- **B) Sindrome Remitting Synovitis, Symmetrical, Seronegative with Pitting Edema (RS3PE)**: La sindrome RS3PE manifesta clinicamente edema con impronta a livello delle mani e sinovite delle articolazioni distali, distinguendosi chiaramente per il decorso scapolare-isolato descritto.
- **D) Spalla di Milwaukee**: La spalla di Milwaukee è un artropatia degenerativa locale mediata dalla deposizione di cristalli, che non copre la sintomatologia bilaterale del cingolo né spiega l'elevata reazione sistemica.
- **E) Fibromialgia**: La fibromialgia causa dolore diffuso e rigidità soggettiva ma non altera i parametri ematici, confermando l'assenza di un reale processo infiammatorio tissutale.

136 **Glucidi, lipidi e proteine hanno valore energetico differente. Quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

- **A** **1 g di glucidi fornisce 4 kcal**
- **B** 1 g di lipidi fornisce 7 kcal
- **C** 1 g di glucidi fornisce 8 kcal
- **D** 1 g di proteine fornisce 8 kcal
- **E** 1 g di lipidi fornisce 12 kcal

Risposta giusta: A

In nutrizione i **glucidi** forniscono circa $4\ \mathrm{kcal}$ per grammo. Le **proteine** condividono lo stesso valore energetico. I **lipidi** offrono invece un apporto maggiore pari a $9\ \mathrm{kcal}$ per grammo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) 1 g di lipidi fornisce 7 kcal**: Il numero proposto rimane inferiore al vero potere calorifico dei trigliceridi. La letteratura scientifica indica costantemente $9\ \mathrm{kcal}$ per grammo.
- **C) 1 g di glucidi fornisce 8 kcal**: Il valore indicato è quasi doppio rispetto alla realtà fisiologica. I carboidrati non superano mai $4\ \mathrm{kcal}$ per grammo.
- **D) 1 g di proteine fornisce 8 kcal**: Le biomolecole azotate non raddoppiano il loro rendimento energetico. Forniscono stabilmente $4\ \mathrm{kcal}$ per ciascuna unità di massa.
- **E) 1 g di lipidi fornisce 12 kcal**: Questa cifra eccede il potenziale calorico dei grassi. Il contenuto effettivo per questa classe molecolare si attesta sui $9\ \mathrm{kcal}$ richiesti dal metabolismo.

---

137 **Lo scopo di uno studio clinico effettuato su 20 pazienti è quello di individuare il dosaggio più sicuro di un nuovo farmaco per l'ipertensione. Di quale fase dello studio si tratta?**

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

Risposta giusta: D

La fase iniziale degli studi clinici valuta principalmente la **sicurezza**, la tollerabilità e il dosaggio di un nuovo farmaco. Coinvolge un numero limitato di soggetti ed è dedicata alla determinazione della posologia sicura. Lo studio descritto corrisponde esattamente a questo scopo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fase III**: Richiede un campione più numeroso per confermare efficacia e sicurezza. Confronta solitamente il nuovo trattamento con la terapia standard o il placebo su larga scala.
- **B) Fase IV**: Corrisponde alla sorveglianza post-marketing dopo l'autorizzazione all'immissione in commercio. Raccoglie dati sull'impiego clinico reale e sugli effetti avversi tardivi.
- **C) Preclinico**: Riguarda gli esperimenti in laboratorio e sui modelli animali prima dei trial sull'uomo. Non si applica a una sperimentazione già condotta su pazienti.
- **E) Fase II**: In questa fase si introduce la valutazione dell'efficacia preliminare mentre si monitora ulteriormente la sicurezza. L'obiettivo si sposta oltre la semplice ricerca del dosaggio.

---

138 **Si reca in ambulatorio un paziente di 45 anni, con anamnesi patologica remota negativa, lamentando un dolore a intensità variabile riferibile al fianco sinistro, che si irradia all'inguine, associato a malessere, nausea, vomito e astenia. Qual è l'ipotesi diagnostica più verosimile?**

A Occlusione intestinale
B Colica biliare
C **Colica reno-ureterale**
D Diverticolosi del colon
E Appendicite

Risposta giusta: C

Il **dolore** al fianco sinistro con **irradiazione** verso l'inguine è il segno distintivo. Nausea, vomito e astenia accompagnano il transito del calcolo lungo l'**uretere**. La combinazione di questi elementi orienta direttamente verso la colica reno-ureterale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Occlusione intestinale**: L'occlusione intestinale determina dolore crampiforme diffuso associato a **distensione addominale** e chiusura dell'alvo. Non presenta lo schema di irradiazione tipico del percorso ureterale.
- **B) Colica biliare**: La colica biliare genera dolore nell'ipocondrio destro o in sede epigastrica. L'irradiazione si dirige verso la scapola destra, mentre manca completamente il coinvolgimento inguinale.
- **D) Diverticolosi del colon**: La diverticolosi è frequentemente asintomatica. La diverticolite causa dolore confinato alla fossa iliaca sinistra senza la irradiazione inguinale propria della patologia renale.
- **E) Appendicite**: L'appendicite inizia con dolore periombelicale o si focalizza nella fossa iliaca destra. La localizzazione e la progressione dolorosa sono incompatibili con il fianco sinistro.

139 **Si reca in ambulatorio un paziente di 45 anni, con anamnesi patologica remota negativa, lamentando un dolore a intensità variabile riferibile al fianco sinistro, che si irradia all'inguine, associato a malessere, nausea, vomito e astenia. Quale manovra semeiotica potrebbe indirizzare con buona probabilità la diagnosi?**

A Segno di Lasègue
B Segno di Brudzinski
C Segno di Blumberg
D Segno di Murphy
E Segno di Giordano

Risposta giusta: E

Il dolore dal fianco all'inguine, associato a nausea e vomito, è suggestivo di **colica ureterale**. Il segno di Giordano ricerca dolore alla **percussione lombare** sul lato interessato. La sua positività sostiene un'origine renale del dolore, pur non essendo specifica per la calcolosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Segno di Lasègue**: Il segno di Lasègue valuta l'irritazione delle radici nervose lombosacrali, tipica della **sciatalgia**.
- **B) Segno di Brudzinski**: Il segno di Brudzinski ricerca un'**irritazione meningea**, non una causa urinaria del dolore.
- **C) Segno di Blumberg**: Il segno di Blumberg indica un'**irritazione peritoneale** e si ricerca mediante palpazione addominale.
- **D) Segno di Murphy**: Il segno di Murphy orienta verso una **colecistite acuta**, che causa tipicamente dolore nell'ipocondrio destro.

140 **Si reca in ambulatorio un paziente di 45 anni, con anamnesi patologica remota negativa, lamentando un dolore a intensità variabile riferibile al fianco sinistro, che si irradia all'inguine, associato a malessere, nausea, vomito e astenia. Quale esame strumentale NON invasivo è opportuno eseguire, in prima istanza, per confermare la diagnosi?**

A RM addominale

B **Ecografia addominale**

C PET al fluoro-desossi-glucosio (FDG)

D TC addominale

E Scintigrafia renale

Risposta giusta: B

Il dolore al fianco irradiato all'inguine, con nausea e vomito, suggerisce una **colica renale da calcolosi**. L'ecografia è l'esame di **prima istanza**: può rilevare calcoli e segni indiretti di ostruzione, senza esporre il paziente a radiazioni. Se il risultato non è conclusivo, si ricorre alla TC senza mezzo di contrasto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RM addominale**: La RM non è l'esame iniziale abituale per la calcolosi urinaria, perché identifica i calcoli meno efficacemente della TC.
- **C) PET al fluoro-desossi-glucosio (FDG)**: La PET-FDG è impiegata soprattutto in ambito oncologico e non è indicata nella valutazione iniziale di una sospetta colica renale.
- **D) TC addominale**: La TC senza mezzo di contrasto è molto accurata per la calcolosi, ma comporta esposizione a radiazioni; nel percorso iniziale si preferisce l'ecografia, riservando la TC ai casi dubbi o che richiedono ulteriori accertamenti.
- **E) Scintigrafia renale**: La scintigrafia renale valuta soprattutto la funzione e il drenaggio dei reni, non è indicata per identificare inizialmente un calcolo.

TEST SSM 2019

RIFALLA NELL'APP

2019

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT