PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2020

A B ✓ D E

SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

ALLENATI SULL'APP TESTBUDDY

TESTBUDDY.IT

COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

Testo della prova SSM 2020 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	137 quesiti
Totale	**137 quesiti**

In questa versione ci sono **137 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 ragazzo di 25 anni si reca dal proprio medico riferendo episodi caratterizzati da pallore delle dita delle mani seguito da colorito bluastro e successivo arrossamento della cute. La sequenza trifasica descritta come viene definita?**

A Vasculite
B Livedo Reticularis
C Perniosi
D **Fenomeno di Raynaud**
E Eritromelalgia

Risposta giusta: D

Il pallore iniziale è determinato da un **vasospasmo** che riduce il flusso ematico distale. La cianosi bluastro appare successivamente per la desaturazione dell'emoglobina nel sangue stazionario. L'arrossamento finale indica la riperfusione completa dopo la rimozione dello stimolo scatenante. Questa alternanza cromatica rappresenta la definizione clinica del Fenomeno di Raynaud, comune per esposizione al freddo o stress.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Vasculite**: Le vasculiti includono un **processo infiammatorio vascolare** generalizzato o sistemico. Causano necrosi tissutale o porpora per ostruzione anatomica anziché disfunzioni muscolari transitorie reversibili.
- **B) Livedo Reticularis**: La livedo reticularis si manifesta come una **marezzatura** cutanea a rete persistente. Non segue mai un decorso parossistico distinto nelle falangi digitali.
- **C) Perniosi**: Le perniosi corrispondono a **lesioni infiammatorie** dovute a freddo prolungato. Generano papule o noduli sensibili al tatto senza includere le tre fasi cromatiche tipiche.
- **E) Eritromelalgia**: L'eritromelalgia provoca rossore marcato, aumento termico locale e bruciori dolorosi. Viene esacerbata dal caldo o dallo sforzo, configurandosi come condizione antagonista alla vasocostrizione primitiva.

2 **Una donna di 55 anni si reca dal proprio medico riferendo episodi caratterizzati da pallore delle dita delle mani seguito da colorito bluastro e successivo arrossamento della cute. In quale delle seguenti patologie è più frequente questo fenomeno?**

A Fibromialgia
B Ipertensione arteriosa
C Intossicazione da digitale
D **Sclerodermia**
E Osteoporosi

Risposta giusta: D

Il quadro descritto corrisponde al fenomeno di Raynaud. Il processo inizia con un **vasospasmo** che provoca il pallore, seguito dalla cianosi per ridotta ossigenazione e dall'eritema nel ritorno del flusso. Questa risposta vascolare è tipica delle connettiviti, dove nella sclerodermia rappresenta spesso il segno precoce più frequente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fibromialgia**: La fibromialgia manifesta dolore diffuso e stanchezza cronica. È una sindrome dolorosa generalizzata priva di manifestazioni vasospastiche digitali.
- **B) Ipertensione arteriosa**: L'ipertensione arteriosa è una condizione comune ma non si associa al fenomeno di Raynaud. Non giustifica la sequenza clinica di pallore, cianosi e arrossamento.
- **C) Intossicazione da digitale**: L'intossicazione da digitale provoca alterazioni del ritmo cardiaco e sintomi sistemici, senza causare episodi di vasospasmo periferico.
- **E) Osteoporosi**: L'osteoporosi interessa la densità e la fragilità ossea. Non coinvolge i vasi sanguigni periferici né determina variazioni cromatiche delle dita.

3 **Un ragazzo di 18 anni giunge in guardia medica per un senso di costrizione al torace associato a tosse non produttiva. All'esame obiettivo si rileva SpO2 96% in aria ambiente, sono presenti tachipnea, tachicardia, fischi e sibili su tutto l'ambito toracico. Quale tra i seguenti provvedimenti è quello più indicato?**

A Somministrazione endovena di atropina
B Somministrazione di antistaminico per os
C Somministrazione di antistaminico per iv
D Somministrazione di salbutamolo per via inalatoria
E Somministrazione per via intramuscolare di aminofilline

Risposta giusta: D

Costrizione toracica, tosse secca e sibili diffusi suggeriscono un **broncospasmo acuto**. Il salbutamolo inalatorio è un **beta2-agonista** che dilata rapidamente i bronchi. La saturazione conservata non indica un'insufficienza respiratoria grave che richieda misure immediate più aggressive.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Somministrazione endovena di atropina**: L'atropina è un anticolinergico usato in altri ambiti, per esempio nella bradicardia, ma non tratta il broncospasmo acuto e in questo caso non avrebbe un ruolo utile.
- **B) Somministrazione di antistaminico per os**: È ancora meno indicata: la via orale è troppo lenta per un quadro acuto e non risolve il broncospasmo. Può avere un ruolo in altri contesti allergici, ma non è il trattamento di prima scelta.
- **C) Somministrazione di antistaminico per iv**: Gli antistaminici possono avere un ruolo nelle reazioni allergiche, ma il problema principale qui è il broncospasmo, non l'istamina in sé. Con sibili diffusi, la priorità è somministrare un broncodilatatore.
- **E) Somministrazione per via intramuscolare di aminofilline**: L'aminofillina non è un farmaco di prima linea nella crisi asmatica acuta e la via intramuscolare non è appropriata. Si preferiscono i beta2-agonisti inalatori, eventualmente associati ad altri farmaci nei casi più severi.

4 **Un uomo di 62 anni, BMI 30, giunge al Pronto Soccorso con un quadro di severa dispnea associata a tachipnea, tachicardia e ipertensione. All'auscultazione del torace sono presenti rantoli e sibili. Le indagini emato biochimiche mostrano un aumento significativo del BNP. Quale tra i suddetti reperti clinico laboratoristici suggerisce maggiormente una causa cardiogena del quadro clinico descritto?**

A Obesità
B Ipertensione
C Tachipnea
D **Aumento dei livelli di BNP**
E Tachicardia

Risposta giusta: D

Il **BNP** viene secreto dai ventricoli cardiaci in risposta a un sovraccarico di pressione o volume. Un suo **aumento ematico** indica con alta specificità uno scompenso cardiaco, confermando la natura cardiogena della dispnea. Gli altri segni clinici presenti sono compatibili con il quadro ma privi di sufficiente discriminante diagnostica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Obesità**: L'obesità è un importante fattore di rischio cardiovascolare cronico, ma non costituisce un reperto acuto capace di orientare direttamente sulla causa della dispnea.
- **B) Ipertensione**: L'ipertensione può accompagnare lo scompenso ma rimane un segno aspecifico, insufficiente da sola per stabilire l'origine cardiaca del sintomo respiratorio.
- **C) Tachipnea**: La tachipnea evidenzia genericamente una difficoltà respiratoria ed è osservabile in numerosissime patologie polmonari, metaboliche o sistemiche, risultando perciò molto poco specifica.
- **E) Tachicardia**: La tachicardia è una risposta fisiologica comune a molteplici condizioni acute come ipossia, dolore, ansia o infezioni, quindi non imputabile esclusivamente al cuore.

5 **Un uomo cardiopatico giunge al Pronto Soccorso con un quadro di severa dispnea associata a tachipnea. Pressione arteriosa 140/90 mmHg. All'auscultazione del torace sono presenti rantoli e sibili. Nel sospetto di un edema polmonare cardiogeno viene intrapresa subito la terapia farmacologica. Quale dei seguenti provvedimenti NON è utile in questo quadro clinico?**

A Ossigenoterapia
B **Atenololo**
C Morfina
D Nitroglicerina
E Furosemide

Risposta giusta: B

Nell'edema polmonare cardiogeno acuto si deve ridurre urgentemente il **sovraccarico idrico** e la **congestione polmonare**. Diuretici, vasodilatatori e ossigeno migliorano immediatamente l'emodinamica e l'ossigenazione. Un beta-bloccante come l'atenololo riduce frequenza e contrattilità, peggiorando la **portata cardiaca** in fase critica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ossigenoterapia**: Garantisce un apporto di gas vitale per correggere l'ipossiemia grave, mantenendo stabile la saturazione mentre agiscono gli altri farmaci.
- **C) Morfina**: Attenua l'ansia e la percezione soggettiva della mancanza d'aria, sebbene il protocollo attuale ne limiti l'uso ai casi selezionati per il rischio depressivo respiratorio.
- **D) Nitroglicerina**: Produce vasodilatazione venosa diretta, diminuendo il ritorno venoso al cuore sinistro e alleggerendo la pressione di riempimento atriale.
- **E) Furosemide**: Rappresenta un diuretico dell'ansa essenziale per abbassare rapidamente la diuresi e scaricare il carico di fluido dai capillari polmonari.

6 **Durante una partita di calcio dilettantistico un giocatore si accascia improvvisamente a terra. Accorre un medico che attesta la completa perdita di coscienza e l'assenza del polso carotideo. Quale tra i seguenti NON rientra tra gli iniziali provvedimenti da attuare in caso di arresto cardiaco?**

A Usare un defibrillatore
B Iniziare immediatamente le manovre rianimatorie cardiopolmonari
C Garantire la pervietà delle vie aeree
D **Somministrare adrenalina per via endovenosa**
E Chiamare il 118

Risposta giusta: D

In caso di arresto cardiaco i primi provvedimenti appartengono al supporto vitale di base e si attuano immediatamente: aprire le vie aeree, chiamare i soccorsi, avviare le compressioni toraciche e usare il defibrillatore se presente. L'**adrenalina endovenosa** richiede invece un accesso vascolare stabile e competenze mediche strutturate, pertanto non fa parte delle manovre iniziali immediate.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Usare un defibrillatore**: Il defibrillatore va utilizzato tempestivamente quando indicato, poiché la defibrillazione precoce rappresenta uno dei fattori decisivi per il recupero emodinamico.
- **B) Iniziare immediatamente le manovre rianimatorie cardiopolmonari**: Le manovre rianimatorie vanno avviate senza indugio, dato che le compressioni toraciche continue mantengono la microcircolazione cerebrale e coronarica in fase di collasso.
- **C) Garantire la pervietà delle vie aeree**: Mantenere le vie aeree pervie è indispensabile perché altrimenti ogni tentativo di ventilazione risulterebbe inefficace nel garantire gli scambi gassosi.
- **E) Chiamare il 118**: L'allerta precoce al 118 attiva la catena della sopravvivenza ed è un obbligo immediato per far arrivare i soccorsi specializzati nel minor tempo possibile.

7 **Un uomo con storia di insufficienza renale lieve e gotta, si sveglia di notte per un dolore molto intenso al ginocchio, che diventa rapidamente gonfio e caldo. Il medico di un servizio di guardia pone diagnosi di riacutizzazione di gotta. Qual è la terapia più indicata in questo caso?**

- **A** **Colchicina**
- **B** Allopurinolo
- **C** Lesinurad
- **D** Morfina
- **E** Paracetamolo

Risposta giusta: A

La **colchicina** è indicata per l'attacco acuto di gotta perché riduce direttamente l'infiammazione locale causata dalla presenza di cristalli. Durante la fase sintomatica non si devono avviare né modificare le terapie croniche ipouricemizzanti per non destabilizzare i depositi tissutali. Va impiegata con cautela nell'insufficienza renale per prevenire il cumulo tossico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Allopurinolo**: L'allopurinolo abbassa l'**uricemia** plasmatica ed è destinato esclusivamente alla profilassi cronica delle recidive. Avviarlo o variarne il dosaggio durante la crisi può mobilizzare i **depositi** di acido urico e prolungare la sintomatologia.
- **C) Lesinurad**: Il lesinurad influenza i trasportatori renali per ottimizzare l'escrezione urinaria dell'acido urico. Essendo un agente di mantenimento, non garantisce il controllo rapido richiesto dalle riacutizzazioni sintomatiche.
- **D) Morfina**: La morfina blocca la trasmissione nocicettiva centrale senza influenzare la patogenesi articolare specifica. Non costituisce un trattamento farmacologico mirato per le artriti cristalline.
- **E) Paracetamolo**: Il paracetamolo offre un effetto analgesico valido solo per i quadri dolorosi lievi o moderati. Risulta inefficace nel sopprimere la cascata infiammatoria acuta caratteristica della patologia descritta.

8 **Una donna di 50 anni viene ricoverata per tromboembolismo venoso. Viene inizialmente avviata terapia con eparina sottocute, con l'obiettivo di iniziare successivamente un antagonista orale della vitamina K (warfarin). Quale delle seguenti indicazioni sulla gestione della terapia anticoagulante è corretta?**

A È necessario mantenere eparina sottocute per due settimane, dopodiché va sospesa e va iniziato warfarin, con l'obiettivo di raggiungere il range terapeutico di INR (tra 2 e 3)

B È necessario mantenere eparina sottocute per almeno 5 giorni, dopodiché va sospesa e va iniziato warfarin, con l'obiettivo di raggiungere il range terapeutico di INR (tra 2 e 3)

C È necessario iniziare e proseguire warfarin (mantenendo range INR tra 2 e 3) in associazione con eparina sottocute per almeno 1 mese

D È necessario iniziare e proseguire warfarin (mantenendo range INR tra 2 e 3) in associazione con eparina sottocute fino all'esecuzione di TC torace di controllo

E **È necessario iniziare e proseguire warfarin in associazione con eparina sottocute fino al raggiungimento del range terapeutico di INR (tra 2 e 3); l'eparina può quindi essere sospesa a distanza di almeno 48 ore**

Risposta giusta: E

Il warfarin e l'eparina richiedono una sovrapposizione necessaria poiché il warfarin iniziale riduce le proteine C e S, creando uno stato **transitoriamente pro trombogenico**. L'eparina fornisce copertura antitrombotica immediata. Si interrompe solo dopo un INR stabile nel range terapeutico per almeno **48 ore**. Questa procedura è definita **bridge terapeutico**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È necessario mantenere eparina sottocute per due settimane, dopodiché va sospesa e va iniziato warfarin, con l'obiettivo di raggiungere il range terapeutico di INR (tra 2 e 3)**: Due settimane di co somministrazione sono eccessive e clinicamente inefficaci. Il warfarin si avvia tempestivamente mentre l'eparina è ancora attiva, evitando lunghi intervalli di discontinuità.
- **B) È necessario mantenere eparina sottocute per almeno 5 giorni, dopodiché va sospesa e va iniziato warfarin, con l'obiettivo di raggiungere il range terapeutico di INR (tra 2 e 3)**: Non esiste un protocollo che sospenda l'eparina dopo esattamente cinque giorni prima di dare il via al warfarin. I farmaci devono essere somministrati contemporaneamente durante la fase iniziale.
- **C) È necessario iniziare e proseguire warfarin (mantenendo range INR tra 2 e 3) in associazione con eparina sottocute per almeno 1 mese**: Mantenere l'associazione per un mese completo risulta superfluo. L'eparina va sospesa immediatamente al raggiungimento dei parametri ematici richiesti, senza estensioni temporali fisse.
- **D) È necessario iniziare e proseguire warfarin (mantenendo range INR tra 2 e 3) in associazione con eparina sottocute fino all'esecuzione di TC torace di controllo**: La permanenza in terapia non si fissa in base al controllo di una TC torace. La decisione dipende esclusivamente dall'andamento dell'INR e dalla conferma di stabilità anticoagulante.

9 **Un uomo viene condotto in Pronto Soccorso in seguito all'insorgenza di malessere generalizzato. L'amico che lo accompagna riferisce che l'uomo aveva mangiato dei funghi, tra i quali viene identificata l'Amanita phalloides. Quale delle seguenti sostanze può essere somministrata allo scopo di ridurre l'assorbimento delle tossine fungine?**

- **A** **Carbone attivo**
- **B** Kayexalate
- **C** Sucralfato di sodio
- **D** Blu di metilene
- **E** Colestiramina

Risposta giusta: A

L'**adsorbente** più adatto è il carbone attivo, che trattiene i composti nocivi nel **lume intestinale** riducendo il relativo **assorbimento sistemico**. La terapia risulta ottimale durante una **somministrazione precoce**, richiedendo comunque un percorso clinico completo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B)** Kayexalate opera come resina a scambio ionico per la riduzione della kaliemia, risultando completamente fuori contesto nell'intossicazione da funghi.
- **C) Sucralfato di sodio**: Il sucralfato svolge azione gastroprotettiva sulla mucosa gastrica o duodenale e non presenta capacità adsorbente verso le tossine dell'Amanita phalloides.
- **D) Blu di metilene**: Il blu di metilene indica un impiego specifico nella metaemoglobinemia ed è estraneo al blocco dell'assorbimento dei veleni fungini.
- **E) Colestiramina**: La colestiramina è una resina che lega principalmente gli acidi biliari e non figura come presidio standard per neutralizzare le tossine dell'Amanita.

10 **Un uomo di 32 anni giunge all'attenzione medica riferendo un episodio in cui ha avvertito una scarica elettrica che dalla base del collo si è propagata lungo la colonna vertebrale. Il medico visitandolo riproduce tale manifestazione dopo avere invitato il paziente a flettere il capo. Come viene definito tale segno?**

A Segno di Kernig
B Segno di Brudzinski
C Segno di Troisier
D Segno di Stewart-Holmes
E Segno di Lhermitte

Risposta giusta: E

La descrizione clinica corrisponde al **segno di Lhermitte**, caratterizzato da una sensazione di **scossa elettrica** che si propaga lungo la colonna vertebrale durante la **flessione del collo**. Questo episodio evidenzia un'irritazione o un danno delle vie sensitive del midollo cervicale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Segno di Kernig**: Il segno di Kernig valuta la risposta passiva all'estensione del ginocchio mantenendo l'anca in flessione. La comparsa di dolore o resistenza meccanica conferma la presenza di irritazione meningea.
- **B) Segno di Brudzinski**: Il segno di Brudzinski è un segno meningeo scaturito dalla trazione passiva della colonna vertebrale. La flessione involontaria di anche e ginocchia avviene come riflesso protettivo contro l'irritazione delle meningi.
- **C) Segno di Troisier**: Il segno di Troisier indica l'ingrossamento patologico di un linfonodo sopraclaveare sinistro. Questa condizione si associa frequentemente a patologie neoplastiche dell'addome o del torace.
- **D) Segno di Stewart-Holmes**: Il segno di Stewart-Holmes è legato all'ipotonìa cerebellare e manifesta il fenomeno del rimbalzo motorio. Tale manifestazione consiste nell'incapacità di frenare adeguatamente un movimento già avviato.

11 **Una donna di 40 anni si presenta in Pronto Soccorso per difficoltà dell'eloquio, deviazione rima labiale e difficoltà alla deambulazione. Nel sospetto di stroke viene eseguita una TC encefalo che mostra un'area ischemica. Viene proposto quindi il trattamento fibrinolitico. Quale dei seguenti rappresenta UN criterio di esclusione assoluto all'esecuzione immediata della terapia fibrinolitica?**

A Gravidanza nel terzo trimestre

B Glicemia 210 mg/dL

C Pressione arteriosa 140/90 mmHg

D **Terapia anticoagulante orale con valore INR nel range terapeutico**

E Emorragia del tratto gastrointestinale nei precedenti 12 mesi

Risposta giusta: D

La terapia fibrinolitica è controindicata se il paziente assume già un **anticoagulante orale** con INR nel range terapeutico. Il sangue risulta già troppo fluidificato e l'aggiunta del farmaco aumenta il rischio di **emorragia intracranica**. Questo rappresenta un criterio di esclusione assoluto e immediato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gravidanza nel terzo trimestre**: La gravidanza nel terzo trimestre richiede molta cautela e una valutazione attenta del rapporto rischio/beneficio, ma non è automaticamente un'interdizione alla **trombolisi**.
- **B) Glicemia 210 mg/dL**: Una glicemia pari a 210 mg/dL deve essere corretta e interpretata per evitare che mimi o aggravi il quadro neurologico, tuttavia il valore isolato non impedisce definitivamente il trattamento fibrinolitico.
- **C) Pressione arteriosa 140/90 mmHg**: Una pressione arteriosa di 140/90 mmHg è ben al di sotto delle soglie critiche. Il problema clinico sorge solo quando la pressione è eccessiva e non controllabile.
- **E) Emorragia del tratto gastrointestinale nei precedenti 12 mesi**: Un sanguinamento gastrointestinale nei precedenti dodici mesi costituisce un importante fattore di rischio emorragico, ma non è formulato come controindicazione netta in tutti i protocolli, diversamente dall'assunzione corrente di farmaci anticoagulanti.

12 **Una donna di 20 anni, poliallergica, viene punta da un insetto. Insorge difficoltà respiratoria. Allertato il servizio d'emergenza, arriva sul posto il mezzo di rianimazione avanzata. Alla valutazione la paziente è cosciente, ma presenta dispnea ingravescente, sensazione di costrizione toracica, pressione arteriosa 80/50 mmHg, eruzioni orticarioidi diffuse, SpO2 85% in aria ambiente, che sale al 90% con maschera reservoir; all'auscultazione sibili espiratori. Quale dei seguenti trattamenti farmacologici è il primo da mettere in atto?**

A Aminofillina per via endovenosa
B Difenidramina per via orale
C Desametasone per via endovenosa
D **Adrenalina per via endovenosa**
E Metilprednisolone per via endovenosa

Risposta giusta: D

La paziente manifesta un quadro clinico di **anafilassi grave** caratterizzato da ipotensione, broncospasmo, orticaria diffusa e insufficienza respiratoria post-puntura. L'**adrenalina** rappresenta il farmaco di **prima linea** perché agisce rapidamente invertendo vasodilatazione, edema delle vie aeree e costrizione bronchiale. Gli altri medicinali possono avere una funzione esclusivamente complementare e non devono mai ritardarne la somministrazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aminofillina per via endovenosa**: Pur essendo un broncodilatatore presenta una finestra terapeutica molto stretta e un inizio d'azione non prioritario nello shock anafilattico. I protocolli attuali assegnano un ruolo clinico marginale a questo composto, il cui impiego non deve assolutamente sostituire la stimolazione immediata dei recettori catecolaminici ottenuta con l'adrenalina.
- **B) Difenidramina per via orale**: Gli antistaminici possiedono un effetto farmacologico troppo lento per contrastare efficacemente lo shock ipovolemico o l'ostruzione delle vie aeree inferiori. La somministrazione per bocca risulta inoltre pericolosa in un soggetto emodinamicamente instabile con potenziale alterazione della coscienza o rischio di vomito.
- **C) Desametasone per via endovenosa**: Appartiene alla medesima classe dei glucocorticoidi e condivide esattamente gli stessi tempi di insorgenza. Rientra esclusivamente nella terapia di supporto secondario, poiché non costituisce il trattamento immediato indispensabile per salvare la vita durante la fase acuta dell'anafilassi.
- **E) Metilprednisolone per via endovenosa**: I corticosteroidi sistematici presentano un ritardo farmacocinetico di diverse ore prima di esplicare il loro effetto antiinfiammatorio. Possono risultare utili come terapia adiuvante per attenuare i processi infiammatori o ridurre la probabilità di recidive, ma la loro lentezza d'azione li rende inutilizzabili come intervento iniziale nella fase acuta di shock.

13 **Giunge in Pronto Soccorso un paziente di 68 anni in stato di incoscienza. La TC cranio evidenzia una emorragia cerebrale. I familiari riferiscono che il paziente è in trattamento con warfarin per fibrillazione atriale e l'INR risulta pari a 3.5. Quale dei seguenti è il primo trattamento indicato in questo paziente?**

A Infusione fattore VIII
B Infusione di plasma fresco congelato
C Acido tranexamico
D Vitamina K
E Infusione di fattori coagulativi purificati (complesso protrombinico)

Risposta giusta: E

Il paziente manifesta un'emorragia cerebrale mentre assume warfarin con valori di INR compromessi. La gestione prioritaria richiede una **reversazione immediata** della terapia anticoagulante per arrestare il sanguinamento intracranico. Il **complesso protrombinico** fornisce direttamente i **fattori vitamina K-dipendenti** attivi, abbassando l'INR in pochi minuti e superando la lentezza fisiologica della sintesi epatica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Infusione fattore VIII**:
- **B) Infusione di plasma fresco congelato**:
- **C) Acido tranexamico**:
- **D) Vitamina K**:

---

14 **Un uomo di 85 anni, ex fumatore, è portatore di un noto aneurisma dell'aorta addominale. Quale dei seguenti esami è di prima scelta per monitorare l'evoluzione dell'aneurisma?**

A Angiografia aorta addominale
B Ecodoppler aorta addominale
C Angio-RM aorta addominale
D RX addome
E Angio-TC aorta addominale

Risposta giusta: B

Per sorvegliare nel tempo un aneurisma dell'aorta addominale l'esame di prima scelta è l'**ecodoppler**: misura con buona accuratezza il diametro massimo, è innocuo, economico e ripetibile senza limiti. Gli intervalli dei controlli dipendono dal diametro. Gli esami di secondo livello servono quando l'aneurisma si avvicina alla soglia di intervento o l'ecografia non è sufficiente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Angiografia aorta addominale**: L'angiografia è invasiva, richiede un accesso arterioso e mezzo di contrasto, e mostra solo il lume pervio: con un trombo murale sottostima il diametro reale dell'aneurisma. Oggi non si usa per la sorveglianza.
- **C) Angio-RM aorta addominale**: L'angio-RM evita le radiazioni ma è costosa, lunga, poco disponibile e spesso richiede il gadolinio. È un'alternativa di secondo livello, ad esempio quando la TC è controindicata, non l'esame di prima scelta per i controlli seriati.
- **D) RX addome**: La radiografia dell'addome può mostrare al massimo le calcificazioni della parete, ma non misura in modo affidabile il diametro né la sua crescita nel tempo.
- **E) Angio-TC aorta addominale**: L'angio-TC è molto accurata ma usa **radiazioni ionizzanti** e mezzo di contrasto iodato, che pesa sui reni di un uomo di 85 anni. Si riserva alla pianificazione dell'intervento chirurgico o endovascolare, non al monitoraggio periodico.

15 **Un uomo di 63 anni si sottopone ad una misurazione dei valori sierici di antigene prostatico specifico (PSA) per sospetto carcinoma della prostata. L'uso di quale dei seguenti farmaci può maggiormente interferire con i valori sierici di PSA?**

A Enalapril
B Sildenafil
C **Finasteride**
D Furosemide
E Metformina

Risposta giusta: C

Il **finasteride** blocca la **5-alfa-reduttasi** e riduce la conversione del testosterone in **diidrotestosterone**, esercitando un effetto diretto sulla ghiandola prostatica. Questa azione farmacologica provoca un abbassamento artificiale dei **valori sierici di PSA** che rischia di **carcinoma prostatico** iniziale. L'assunzione di questa molecola impone quindi un aggiustamento clinico durante l'interpretazione del dosaggio ematico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Enalapril**: L'enalapril è un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina destinato al controllo pressorio e allo scompenso cardiaco senza incidenza specifica sui valori di psa.
- **B) Sildenafil**: Il sildenafil è un principio attivo indicato per la disfunzione erettile e non altera in modo significativo i livelli basali di psa.
- **D) Furosemide**: Il furosemide rappresenta un diuretico dell'ansa ad azione renale privo di qualsiasi rilievo terapeutico o interferente verso il marcatore tumorale.
- **E) Metformina**: La metformina è un composto biguanidico antidiabetico orale che non presenta letteratura di modifiche significative sui titoli sierici di psa.

16 **Un uomo di 70 anni, in terapia anticoagulante orale con warfarin, giunge all'attenzione medica chiedendo un'alternativa terapeutica che non richieda un controllo periodico dell'INR. Ha sentito parlare di nuovi farmaci anticoagulanti orali e vorrebbe sapere se possono essere utilizzati nel suo caso. Se il paziente presentasse una delle seguenti situazioni cliniche NON vi sarebbe indicazione al passaggio ai nuovi farmaci: quale?**

A Terapia della trombosi venosa profonda

B Terapia della tromboembolia polmonare

C **Portatore di valvola cardiaca meccanica**

D Prevenzione di una recidiva di trombosi venosa profonda

E Fibrillazione atriale cronica

Risposta giusta: C

I **nuovi anticoagulanti orali** evitano il monitoraggio periodico dell'INR e semplificano la gestione terapeutica. Tuttavia sono controindicati nei pazienti con **valvole cardiache meccaniche**. In questa categoria gli studi clinici dimostrano inferiore efficacia e sicurezza rispetto al **warfarin**, che rimane il trattamento di elezione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia della trombosi venosa profonda**: Sono regolarmente prescritti e confermati nella terapia della trombosi venosa profonda.
- **B) Terapia della tromboembolia polmonare**: I DOAC sono indicati come alternativa al warfarin nel trattamento della tromboembolia polmonare.
- **D) Prevenzione di una recidiva di trombosi venosa profonda**: Vengono impiegati sia nella fase iniziale del trattamento sia per impedire future recidive tromboemboliche.
- **E) Fibrillazione atriale cronica**: Costituiscono una delle indicazioni principali, in particolare per la fibrillazione atriale non valvolare e la prevenzione dell'ictus cardioembolico.

17 **Un uomo di 55 anni giunge all'osservazione di un gastroenterologo per la comparsa di prurito e feci acoliche, associate a un dolore non ben localizzabile a livello dell'ipocondrio destro. Le analisi emato biochimiche mostrano una iperbilirubinemia prevalentemente diretta; l'ecografia addominale mette in evidenza una dilatazione dei dotti intraepatici. Nel sospetto di un colangiocarcinoma, quale dei seguenti provvedimenti è il più indicato?**

A Radio e chemioterapia neoadiuvante seguita da intervento chirurgico

B Terapia palliativa

C **Colangioscopia perendoscopica con eventuale inserimento di stent per drenaggio biliare**

D Esofagogastroduodenoscopia

E Chemioterapia neoadiuvante seguita da intervento chirurgico

Risposta giusta: C

Il paziente manifesta quadri di **colestasi** ostruttiva con iperbilirubinemia diretta e dilatazione dei dotti intraepatici. La priorità immediata è garantire il **drenaggio** delle vie biliari e confermare la diagnosi tramite colangioscopia perendoscopica. Tale procedura permette la visualizzazione diretta della lesione, il prelievo di campioni istologici e l'innesto di uno stent per risollevare l'ostruzione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radio e chemioterapia neoadiuvante seguita da intervento chirurgico**: Anche il trattamento combinato con radioterapia non risulta appropriato come primo provvedimento. Potrebbe avere ruolo in fasi successive o casi specifici, ma non può anticipare i necessari accertamenti endoscopici e la decompressione delle vie biliari.
- **B) Terapia palliativa**: L'approccio puramente palliativo è anticipatorio. Pur essendo essenziale quando la malattia è ormai non resecabile o terminale, presuppone necessariamente un completamento preliminare dell'iter diagnostico per valutarne l'esclusione.
- **D) Esofagogastroduodenoscopia**: L'esofagogastroduodenoscopia non affronta il quadro clinico descritto. Questa metodica esplora unicamente apparato digerente proximale, risultando completamente inadeguata per studiare l'albero biliare intra ed extraepatico interessato dall'occlusione.
- **E) Chemioterapia neoadiuvante seguita da intervento chirurgico**: La chemioterapia neoadiuvante non è il passaggio iniziale standard. Prima occorrono la definizione precisa della sede e dell'estensione tumorale e la risoluzione imperativa dell'ostruzione biliare.

18 **Un ragazzo di 12 anni giunge all'attenzione di un oncologo pediatra con documentazione radiografica di una alterazione ossea alla diafisi del femore destro associata ad una reazione periostale. Viene consigliata una biopsia della massa che risulta essere composta da cumuli di piccole cellule bluastre. L'analisi citogenetica evidenzia una traslocazione t(11;22). Qual è la diagnosi più probabile?**

A Condrosarcoma
B Linfoma di Hodgkin
C Metastasi ossea di un tumore cerebrale
D Rabdomiosarcoma
E **Sarcoma di Ewing**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico e istologico indica una patologia specifica. Un ragazzo adolescente presenta una lesione alla diafisi del femore con reazione periostale. L'esame istologico rivela **piccole cellule rotonde bluastre**. L'analisi citogenetica conferma la traslocazione **t(11;22)**. Questa alterazione fonde i geni **EWSR1** e **FLI1**. I dati coincidono perfettamente con il sarcoma di Ewing, tumore maligno tipico dell'età pediatrica e adolescenziale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Condrosarcoma**: Il condrosarcoma è un tumore del tessuto cartilagineo più frequente nell'adulto. La sede femorale, l'età pediatrica e l'assenza dell'istologia a piccole cellule rotonde bluastre lo rendono improbabile.
- **B) Linfoma di Hodgkin**: Il linfoma di Hodgkin è una neoplasia del sistema linfatico e non un tumore osseo primitivo. Non si correla con la traslocazione citogenetica né con il reperto istologico riportato.
- **C) Metastasi ossea di un tumore cerebrale**: Le metastasi ossee pediatriche sono possibili ma il quadro clínico-histologico suggerisce un tumore primitivo. La traslocazione t(11;22) esclude le metastasi e indirizza verso il sarcoma di Ewing.
- **D) Rabdomiosarcoma**: Il rabdomiosarcoma è un tumore maligno dei tessuti molli con differenziazione muscolare e colpisce altre sedi. Non provoca lesioni diafisarie primitive con piccole cellule bluastre ed è privo della traslocazione cromosomica indicata.

19 **Paziente non fumatrice di 60 anni con metastasi epatiche da adenocarcinoma polmonare con mutazione di EGFR. Qual è la terapia medica più appropriata?**

A Chemioterapia
B Immunoterapia
C Chemio immunoterapia
D Osimertinib
E Bevacizumab

Risposta giusta: D

In pazienti con adenocarcinoma polmonare metastatico portatore di una **mutazione EGFR**, la terapia di prima linea richiede un **inibitore tirosin-chinasico**. L'**osimertinib** è indicato perché garantisce ottima risposta clinica e mantiene un profilo attivo sul sistema nervoso centrale. La strategia terapeutica mira quindi a bloccare direttamente la cascata segnalativa tumorale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Chemioterapia**: La chemioterapia citotossica è ormai relegata al secondo turno terapeutico, poiché gli inibitori specifici offrono migliore tollerabilità e tempi di controllo della malattia.
- **B) Immunoterapia**: L'immunoterapia da sola presenta una risposta ridotta in questo sottotipo e viene riservata a fasi successive o a casi privi di alterazioni genomiche actionable.
- **C) Chemio immunoterapia**: La combinazione chemio-immunoterapica non è prioritaria quando esiste già un bersaglio genetico definito; rimane utile principalmente dopo progressione sotto terapia target.
- **E) Bevacizumab**: Il bevacizumab è un anticorpo anti-VEGF utilizzabile in alcuni schemi combinati, ma non costituisce la terapia di riferimento in presenza di una mutazione EGFR.

20 **Una donna di 65 anni si rivolge alla guardia medica per la comparsa di febbre elevata, difficoltà visive e lesioni cutanee dolenti. Tali lesioni appaiono come bolle con aree di distacco epidermico diffuse in tutto il corpo. Fino a qualche giorno prima la donna era in ottime condizioni di salute ad eccezione di un dolore all'anca per il quale ha iniziato ad assumere antinfiammatori. Nel sospetto di una reazione allergica da farmaco, qual è la decisione più corretta che la guardia medica dovrebbe prendere?**

A Sospensione del farmaco solo in caso di antinfiammatori FANS con richiesta di visita dermatologica appena possibile

B Inizio di terapia sistemica con antistaminici

C **Sospensione del farmaco e ricovero immediato**

D Sospensione dell'antinfiammatorio in atto e prosecuzione della terapia con paracetamolo

E Immediata sospensione del farmaco e prescrizione di terapia topica steroidea

Risposta giusta: C

Il quadro clinico evidenzia una **grave reazione cutanea da farmaco**, verosimilmente una **sindrome di Stevens-Johnson** o **necrolisi epidermica tossica**. La compresenza di febbre, dolore alle mucose oculari e distacco epidermico generalizzato richiede la sospensione immediata del FANS e il **ricovero immediato** per prevenire shock ipovolemico e sepsi secondaria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sospensione del farmaco solo in caso di antinfiammatori FANS con richiesta di visita dermatologica appena possibile**: Indicare solo i FANS come possibili responsabili è errato poiché altri medicinali possono scatenare lo stesso quadro; inoltre programmare una visita dermatologica generale posticipa l'intervento cruciale per la stabilità sistemica.
- **B) Inizio di terapia sistemica con antistaminici**: Gli antistaminici sistemici risultano inefficaci contro questa patologia in quanto modulano solo le reazioni allergiche lievi senza contrastare la progressione della perdita epidermica o l'infiammazione sistemica febbrile.
- **D) Sospensione dell'antinfiammatorio in atto e prosecuzione della terapia con paracetamolo**: Sospendere il farmaco è corretto ma sostituire con paracetamolo e continuare a domicilio è rischioso perché il vasto distacco cutaneo esige monitoraggio intensivista impossibile da garantire in ambito ambulatoriale.
- **E) Immediata sospensione del farmaco e prescrizione di terapia topica steroidea**: Usare corticosteroidi topicamente non blocca la necrosi diffusa e dà un falso senso di protezione mentre la paziente necessita di fluidoterapia endovenosa e controllo ospedaliero continuo.

21 **Paziente donna di 73 anni, diabetica, ipertesa, cardiopatica, in trattamento anticoagulante, presenta da 4 giorni una placca eritematosa ed edematosa a margine netto con segno dello scalino alla gamba destra, dolente e calda alla palpazione.Si associa febbre e compromissione dello stato generale.Si associano adenomegalie inguinali dolorose. Qual è la terapia più corretta per questa paziente?**

A Emollienti
B Sospensione dei farmaci in atto
C Corticosteroidi
D Antibiotici sistemici
E Ciclosporina

Risposta giusta: D

Il quadro clinico mostra una placca eritematosa, edematosa, calda e dolente con margini netti e segno dello scalino, associata a febbre e adenopatie dolorose. Questi segni orientano verso un' **infezione batterica** della cute e del sottocute. Nella paziente anziana diabetica e politerapizzata, è necessario iniziare rapidamente una **terapia antibiotica sistemica** per prevenire complicanze.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Emollienti**: Gli emollienti sono destinati al trattamento delle dermatosi secche o irritative croniche. Non trovano indicazione in un'infezione cutanea acuta con quadri sistemici.
- **B) Sospensione dei farmaci in atto**: Sospendere le terapie croniche non costituisce il provvedimento terapeutico prioritario. La rivalutazione dei farmaci deve essere subordinata alla risoluzione immediata dell'infezione.
- **C) Corticosteroidi**: I corticosteroidi riducono l'infiammazione ma non agiscono sulla causa infettiva. Utilizzarli isolatamente è inappropriato e rischia di peggiorare il decorso.
- **E) Ciclosporina**: La ciclosporina agisce come immunosoppressore. Viene impiegata in patologie autoimmuni e risulta strettamente controindicata nelle infezioni attive.

22 **Una donna di 22 anni presenta in regione vulvare erosioni tondeggianti a grappolo, confluenti, a insorgenza improvvisa, intensamente dolorose. Le lesioni vanno incontro a remissione spontanea nell'arco di 2 settimane. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Gonorrea
B Candidosi
C Ulcera molle
D Herpes genitale
E Sifilide primaria

Risposta giusta: D

Il quadro clinico evidenzia **vescicole vulvari** che si rompono rapidamente formando **erosioni tondeggianti**. Il forte **dolore**, l'insorgenza improvvisa e la remissione spontanea in due settimane confermano l'eziologia erpetica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gonorrea**: La gonorrea colpisce principalmente cervice e uretra provocando secrezioni purulente e disuria, senza generare erosioni vulvari multiple.
- **B) Candidosi**: La candidosi provoca prurito marcato, arrossamento e occasionali fissurazioni, senza evolvere in erosioni confluenti a grappolo.
- **C) Ulcera molle**: L'ulcera molle si manifesta con ulcere profonde dai margini frastagliati e fondo necrotico, mancando del caratteristico decorso autolimitante breve.
- **E) Sifilide primaria**: Il sifiloma primario appare come un'ulcera unica, indolore e con base indurita, contrapponendosi alla molteplicità e all'intenso dolore descritti.

23 **Un uomo di 56 anni è valutato in Pronto Soccorso per la presenza di febbre, dispnea, grave affaticamento e sudorazione notturna. I sintomi sono progrediti nel corso del mese scorso. L'emocromo rivela pancitopenia (globuli bianchi 1.500 /mm3, Hb 8.9 g/dL e piastrine 80.000 /mm3) e una TC total body mostra linfoadenomegalie sottodiaframmatiche. ECG: 85 battiti al minuto, con ritmo sinusale. Gli esami di laboratorio rilevano iperpotassiemia (5,9 mEq/L), creatinina aumentata (1,8 mg/dL), calcemia e fosforemia nella norma, LDH marcatamente aumentato. Quale ulteriore approfondimento diagnostico, tra i seguenti, è opportuno eseguire prioritariamente?**

- **A** **Aspirato di midollo osseo e striscio di sangue venoso periferico**
- **B** Determinazione del D-dimero
- **C** Urinocoltura
- **D** Emocoltura
- **E** Sierologia per infezione da EBV

Risposta giusta: A

Il quadro clinico ed ematochimico suggerisce un'**ematopatia maligna** ad alto turnover cellulare, come un linfoma aggressivo o una leucemia. La febbre, le sudorazioni notturne, le linfoadenomegalie e la pancitopenia indicano un'infiltrazione midollare. L'elevazione marcata del LDH associata a iperpotassiemia e insufficienza renale acuta fa sospettare una **sindrome da lisi tumorale**. Si richiede quindi un accertamento morfologico diretto per confermare la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Determinazione del D-dimero**: La determinazione del D-dimero è utile principalmente nel sospetto di trombosi o embolia polmonare. Questo esame non fornisce spiegazioni sulla pancitopenia né sulle linfoadenopatie, pertanto non rappresenta l'indagine appropriata da eseguire prioritariamente.
- **C) Urinocoltura**: L'urinocoltura valuta un'infezione delle vie urinarie, che non giustifica la presenza di linfoadenomegalie sottodiaframmatiche, la pancitopenia marcata né i valori di LDH estremamente elevati. Risulterebbe un'ipotesi diagnostica troppo debole e sproporzionata rispetto al quadro clinico globale.
- **D) Emocoltura**: Le emocolture sono indicate nel sospetto di infezioni batteriche sistemiche, ma in questo caso gli altri referti clinici e laboratoristici orientano decisamente verso una patologia del sangue o un linfoma. Pur potendo essere richieste in contesti febbrili, non hanno priorità rispetto alla caratterizzazione dell'emopatia.
- **E) Sierologia per infezione da EBV**: La sierologia per il virus di Epstein-Barr può manifestarsi con febbre e linfoadenopatie, ma non spiega la gravità della pancitopenia né il quadro metabolico complessivo. In presenza di un forte sospetto di malattia ematologica, rappresenta un'indagine secondaria e non prioritaria.

24 **Una donna di 30 anni viene ricoverata per febbre e dolori articolari. L'emocromo mostra un'anemia (Hb 10,1 g/dL) lievemente microcitica. Quali, tra le seguenti indagini diagnostiche, NON sarebbe utile per discriminare tra un'anemia ferrocarenziale e un'anemia degli stati infiammatori cronici?**

- **A** **Dosaggio della massa eritrocitaria**
- **B** Dosaggio di ferritina
- **C** Dosaggio di transferrina
- **D** Dosaggio della PCR
- **E** Dosaggio del recettore solubile della transferrina

Risposta giusta: A

Il dosaggio della massa eritrocitaria conferma la presenza di anemia ma non offre dati sul metabolismo circolante. Manca quindi un supporto diretto per la **diagnosi differenziale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Dosaggio di ferritina**: I livelli di ferritina diminuiscono nettamente nella sideropenia e possono risultare normali o aumentati durante le risposte immunitarie grazie al suo ruolo di proteina di sintesi epatica. Il confronto incrociato con gli altri indici fissa l'eziologia corretta.
- **C) Dosaggio di transferrina**: La transferrina plasmatica si innalza in presenza di scorte ridotte e tende a calare durante i processi infiammatori poiché rappresenta una proteina negativa di **fase acuta**. La lettura dei valori integra il quadro biochimico complessivo.
- **D) Dosaggio della PCR**: La PCR non identifica automaticamente la patologia ematica ma evidenzia un contesto patogeno sistemico in atto. Un esito alterato indirizza il clinico verso le anemie secondarie alle malattie croniche.
- **E) Dosaggio del recettore solubile della transferrina**: Il recettore solubile della transferrina aumenta significativamente nella carenza marziale mentre rimane poco variabile nell'anemia da infiammazione cronica. Questa divergenza funzionale costituisce un valido marcatore comparativo.

25 **Un ragazzo di 24 anni viene ricoverato per iperleucocitosi. Prima della biopsia osteomidollare, lo striscio su sangue periferico mostra blasti senza granuli né corpi di Auer che all'immunofenotipo risultano: CD33-, CD7+, cyCD3+, CD19-. Verso quale delle seguenti Leucemie viene orientata la diagnosi?**

- **A** **Leucemia Linfoblastica T**
- **B** Leucemia Linfatica Cronica
- **C** Leucemia Linfoblastica B
- **D** Leucemia Mieloide Cronica
- **E** Leucemia Mieloide Acuta

Risposta giusta: A

I blasti mostrano un immunofenotipo con **cyCD3+**, indicatore diretto di **linea T**. La positività per CD7 rafforza questa ipotesi, mentre la negatività per **CD19** esclude un'origine linfocitaria B. L'**assenza di CD33** e dei corpi di Auer conferma l'esclusione di una proliferazione mieloide. Il quadro orienta dunque verso una leucemia linfoblastica T.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Leucemia Linfatica Cronica**: La leucemia linfatica cronica interessa prevalentemente pazienti anziani e coinvolge cellule B mature, non blasti. Presenta una linfocitosi stabile ed è priva dei marker citoplasmatici T come cyCD3.
- **C) Leucemia Linfoblastica B**: Le neoplasie della linea B esprimono abitualmente CD19, CD20, CD22 o CD79a. La negatività per CD19 abbinata alla positività per cyCD3 esclude definitivamente questa possibilità.
- **D) Leucemia Mieloide Cronica**: La leucemia mieloide cronica ha un andamento progressivo e non si presenta con accumulo acuto di blasti. Mancano inoltre i marker immunofenotipici linfoblastici presenti nel campione.
- **E) Leucemia Mieloide Acuta**: Le leucemie mieloidi acute richiedono tipici marker come CD33 o CD13 e spesso mostrano corpi di Auer. In questo caso il profilo è linfoblastico T e non supporta un'origine mieloide.

26 **Una paziente di 65 anni, affetta da ipotiroidismo in esiti di tiroidectomia totale per un voluminoso gozzo multinodulare, presenta livelli di TSH fluttuanti e non compensati dalla terapia sostitutiva impostata con L-tiroxina. Tutte le seguenti affermazioni relative al caso clinico sono corrette TRANNE una, quale?**

A L'assunzione non a digiuno della L-tiroxina può modificare il suo assorbimento

B L'assunzione di farmaci inibitori di pompa protonica può alterare l'assorbimento di L-tiroxina

C I livelli di fattore intrinseco non influenzano l'assorbimento di L-tiroxina

D **La presenza di gastrite atrofica non riduce l'assorbimento di L-tiroxina**

E Nei pazienti con età minore di 65 anni sottoposti a tiroidectomia totale, la dose sostitutiva di L-T4 può essere calcolata in prima approssimazione come pari a 1.6 microgrammi/kg di peso corporeo/die

Risposta giusta: D

La gastrite atrofica induce **ipocloridria** e altera il pH gastrico, compromettendo la dissoluzione della L-tiroxina. In presenza di TSH fluttuante è prioritario verificare cause di malassorbimento o modalità improprie di assunzione. Sostenere che tali fattori siano irrilevanti contraddice la letteratura medica consolidata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) L'assunzione non a digiuno della L-tiroxina può modificare il suo assorbimento**: La solubilizzazione della L-tiroxina richiede uno **stato acidico** per preservarne la stabilità chimica. Introducendo il medicinale dopo i pasti o con sostanze interferenti se ne rallenta drasticamente la biodisponibilità. Per questo la guida prescrive rigorosamente l'assunzione a stomaco vuoto.
- **B) L'assunzione di farmaci inibitori di pompa protonica può alterare l'assorbimento di L-tiroxina**: Gli antagonisti della pompa protonica determinano un marcato rialzo del pH extracellulare nello stomaco. Tale condizione alchina impedisce la corretta dispersione del sale sodico e ne riduce la **permeazione intestinale**. Il quadro conseguente genera frequentemente scossoni tireotropici clinicamente rilevanti.
- **C) I livelli di fattore intrinseco non influenzano l'assorbimento di L-tiroxina**: Il fattore intrinseco media esclusivamente il trasporto della vitamina B12 lungo l'ileo terminale. Non possiede affinità per i recettori trasportatori delle tiroxine né influenza la loro frazione libera circolante. I suoi livelli restano quindi neutrali rispetto alla terapia.
- **E) Nei pazienti con età minore di 65 anni sottoposti a tiroidectomia totale, la dose sostitutiva di L-T4 può essere calcolata in prima approssimazione come pari a 1.6 microgrammi/kg di peso corporeo/die**: La stima posologica iniziale applica un coefficiente di $1.6\ \mu g/kg/die$ per coprire il turnover fisiologico negli adulti giovani. Questo valore statistico funge da punto di riferimento terapeuticof prima di eventuali modulazioni. Verrà infine perfezionato mediante monitoraggio ematico periodico.

27 **Quale delle seguenti condizioni NON è generalmente associata a iperprolattinemia?**

A Ipotiroidismo primitivo
B **Sindrome di Sheehan**
C Gravidanza
D Adenoma ipofisario
E Craniofaringioma

Risposta giusta: B

La sindrome di Sheehan provoca una **necrosi ischemica** dell'ipofisi dopo un parto complicato da emorragia. Il tessuto distrutto non consegue più a secernere gli ormoni normalmente prodotti. I livelli di prolattina quindi calano piuttosto che aumentare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipotiroidismo primitivo**: L'ipotiroidismo primitivo induce un deficit di tiroxina che stimola la secrezione ipotalamica di TRH. La tiroreloina agisce su due tipi di recettori ipofisari promuovendo insieme il rilascio di TSH e prolattina.
- **C) Gravidanza**: La gravidanza espone l'organismo a concentrazioni elevate di estrogeni placentari. Questi attivano l'ipofisi anteriore innescando un aumento fisiologico della prolattina necessario allo sviluppo mammario.
- **D) Adenoma ipofisario**: L'adenoma ipofisario secerna ormone se origina dalle cellule lattotrope formando un prolattinoma. La crescita tumorale aumenta direttamente la produzione sistemica di prolattina senza dipendere dai normali regolatori.
- **E) Craniofaringioma**: Il craniofaringioma comprime il peduncolo ipofisario e blocca il trasporto della dopamina ipotalamica. La rimozione del controllo inibitorio attiva le cellule lattotrope generando il tipico effetto massa noto come effetto stalk.

---

28 **Quale dei seguenti farmaci NON è indicato per la terapia dell'osteoporosi?**

A Denosumab
B **Metilprednisolone**
C Teriparatide
D Risedronato
E Raloxifene

Risposta giusta: B

Il metilprednisolone non è indicato per trattare l'osteoporosi. Al contrario, l'uso cronico dei corticosteroidi può favorirne la comparsa o peggiorarla. Gli altri farmaci elencati sono impiegati nella terapia dell'osteoporosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Denosumab**: Il denosumab è un anticorpo monoclonale contro RANKL. Blocca l'attività degli osteoclasti e riduce il riassorbimento osseo.
- **C) Teriparatide**: La teriparatide è un analogo del paratormone che, se somministrato in modo intermittente, stimola la formazione ossea. È usata nei casi più severi o ad alto rischio di frattura.
- **D) Risedronato**: Il risedronato è un bifosfonato, una delle classi classiche usate nella terapia dell'osteoporosi perché inibisce il riassorbimento osseo.
- **E) Raloxifene**: Il raloxifene è un modulatore selettivo dei recettori estrogenici, usato soprattutto nelle donne in post-menopausa per ridurre il rischio di fratture vertebrali.

---

29 **Un uomo di 45 anni pesa 114 kg ed è alto 175 cm (BMI 37,2). Quale è il suo grado di obesità?**

A Obesità di I grado

B Obesità semplice

C **Obesità di II grado**

D Obesità di III grado

E Obesità di IV grado

Risposta giusta: C

La classificazione medica valuta il grado di obesità tramite il **BMI**. Un valore di $37,2\ \mathrm{kg/m^2}$ indica sovrappeso patologico avanzato. La scala standard assegna l'**obesità di II grado** ai valori compresi tra $35,0$ e $39,9$. Il dato del paziente coincide perfettamente con questo intervallo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Obesità di I grado**: La fascia raccoglie i primi livelli di alterazione metabolica, coprendo valori da $30,0$ a $34,9$. L'indice calcolato supera già il limite superiore di questa categoria.
- **B) Obesità semplice**: Nel contesto accademico si usa come etichetta descrittiva generica per indicare la presenza di eccesso ponderale. Il quesito richiede invece di applicare i limiti numerici ufficiali per stabilire lo stadio preciso.
- **D) Obesità di III grado**: Questa voce identifica casi di notevole gravità con punteggi partendo da $40,0\ \mathrm{kg/m^2}$. La misurazione reale risulta inferiore di quasi tre punti rispetto alla soglia minima richiesta.
- **E) Obesità di IV grado**: Le linee guida internazionali non prevedono questo livello nella tabella di corrispondenza. La suddivisione si interrompe dopo il terzo gradino e non viene attribuita alcuna sigla superiore ai $40,0$.

30 **Un uomo di 25 anni viene condotto in Pronto Soccorso in ambulanza per dolore toracico sopraggiunto in un ristorante dopo aver deglutito un boccone di carne. Riferisce di aver avuto episodi simili nell'ultimo mese ma mai così gravi. Riferisce di non aver mai presentato pirosi gastrica. Riesce a deglutire liquidi, anche se con difficoltà; non ha perso peso nell'ultimo periodo. Qual è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Anello di Schatzki**
- **B** Sindrome di Plummer-Vinson
- **C** Acalasia
- **D** Adenocarcinoma esofageo
- **E** Diverticolo esofageo

Risposta giusta: A

Il quadro clinico è tipico di una **disfagia intermittente** nei giovani per i solidi con blocco improvviso dopo un boccone di carne. La capacità di deglutire ancora i liquidi indica un'**ostruzione meccanica** episodica piuttosto che un disturbo motorio. L'**anello di Schatzki** corrisponde esattamente a una stenosi anulare del tratto esofageo distale che provoca frequente **impacco alimentare**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sindrome di Plummer-Vinson**: Richiede la presenza associata di anemia sideropenica e membrane esofagee in donne di mezza età. Manca completamente nel caso presentato, che riguarda un uomo giovane senza alterazioni ematologiche o sindrome da carenza marziale.
- **C) Acalasia**: Predispone alla disfagia simultanea per solidi e liquidi fin dall'esordio, con frequenti rigurgiti e perdita di peso. Il quadro descritto invece mostra un'obstruzione selettiva dei solidi e mantiene una capacità residua di deglutizione dei liquidi.
- **D) Adenocarcinoma esofageo**: Si manifesta solitamente in pazienti anziani con storia di reflusso gastroesofageo progressivo e calo ponderale associato. La disfagia diventa prima ai solidi e poi ai liquidi, mentre qui manca il peggioramento continuo e i sintomi sistemici.
- **E) Diverticolo esofageo**: Provoca principalmente rigurgito di cibo non digerito, alitosi e sensazione di ristagno, senza il meccanismo acuto di intrappolamento del bolo. Non spiega gli episodi ricorrenti legati esclusivamente alla consistenza solida della dieta.

31 **Un uomo di 29 anni presenta circa 4 evacuazioni al giorno, a volte con muco. Lamenta gonfiore addominale, sporadico tenesmo e, a volte, urgenza assoluta di evacuare. Quale tra questi farmaci non è indicato somministrare?**

A Amitriptilina
B **Metoclopramide**
C Probiotici
D Cimetropio bromuro
E Trimebutinina

Risposta giusta: B

Il quadro clinico descrive una sindrome funzionale intestinale caratterizzata da ipermotilità e spasmo. La metoclopramide è un procinetico che aumenta la motilità gastrointestinale e accelera lo svuotamento gastrico. In un paziente con alvo già frequente e urgenza definitiva, questo farmaco è controindicato perché tenderebbe a peggiorare i sintomi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Amitriptilina**: L'amitriptilina è un antidepressivo triciclico utilizzato a basse dosi nei disturbi funzionali intestinali. Modula l'asse intestino-cervello riducendo l'ipersensibilità viscerale e il dolore. A basso dosaggio contribuisce anche a regolarizzare la frequenza delle evacuazioni.
- **C) Probiotici**: I probiotici favoriscono il riequilibrio della flora batterica in caso di sospetta disbiosi. Pur non essendo risolutivi da soli, migliorano la sintomatologia funzionale risultando perfettamente compatibili con il profilo del paziente.
- **D) Cimetropio bromuro**: Il cimetropio bromuro è un antispastico che agisce direttamente sulla muscolatura liscia intestinale. Riduce il dolore e il tenesmo provocati dagli spasmi gastrointestinali. Rappresenta una scelta terapeutica appropriata per il quadro descritto.
- **E) Trimebutinina**: La trimebutinina regola la motilità intestinale interagendo con i recettori della motilina. Viene impiegata per contrastare crampi, meteorismo e alterazioni del transito. Normalizza la peristalsi senza aggravare la diarrea.

32 **Un ragazzo di 24 anni esegue accertamenti in seguito alla comparsa di dolore addominale recidivante, diarrea e calo ponderale. Viene posta diagnosi di morbo di Crohn. Quale dei seguenti farmaci NON è indicato nel trattamento di questa malattia?**

A Azatioprina
B Infliximab
C Metotrexate
D **Micofenolato**
E Sulfasalazina

Risposta giusta: D

Nel trattamento del morbo di Crohn si impiegano farmaci con azione antinfiammatoria e immunosoppressiva validata da linee guida. Il **micofenolato** non è incluso in questi protocolli e rimane confinato ad ambiti quali trapiantologia e patologie autoimmuni sistemiche. Le opzioni rimanenti sono invece pilastri terapeutici riconosciuti per questa patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Azatioprina**: L'azatioprina trova impiego come immunosoppressore di mantenimento e per ottimizzare la terapia di controllo. Consente di ridurre progressivamente il ricorso ai corticosteroidi e di mantenere la remissione clinica.
- **B) Infliximab**: L'infliximab rappresenta una scelta consolidata nella gestione delle forme ad alta gravità. Viene selezionato quando complicate da fistole o quando il quadro mostra resistenza alla terapia convenzionale farmaceutica.
- **C) Metotrexate**: Il metotrexato è indicato in specifici scenari clinici documentati dalla letteratura. Si riserva al paziente che manifesta intolleranza o mancata risposta verso altri immunomodulatori tradizionali.
- **E) Sulfasalazina**: La sulfasalazina è indicata nei quadri clinici lievi o quando prevale il coinvolgimento colonnare. Espleta un ruolo antinfiammatorio a livello intestinale sebbene la sua efficacia sia inferiore rispetto alle moderne terapie biologiche.

33 **Un uomo di 58 anni sottoposto ad elevati livelli di stress sul luogo di lavoro, non in trattamento farmacologico per ipertensione arteriosa e con anamnesi negativa per patologie di rilievo, si presenta dal proprio medico di Medicina Generale per controllo pressorio, lamentando il riscontro di elevati valori pressori (intorno a 155/95 mmHg) nel corso di misurazioni occasionali eseguite sul luogo il lavoro. Il medico riscontra livelli pari a 138/88 mmHg (media di più misurazioni). In soggetti non in trattamento anti-ipertensivo, come nel paziente descritto, l'ipertensione arteriosa mascherata (maskedhypertension) è definita da:**

- **A** **Pressione arteriosa normale in ambiente clinico e patologicamente elevata al di fuori (automisurazione domiciliare o monitoraggio nelle 24 ore)**
- **B** Pressione arteriosa patologicamente elevata sia in ambiente clinico sia al di fuori (automisurazione domiciliare o monitoraggio nelle 24 ore)
- **C** Ipertensione arteriosa associata a scompenso cardiaco
- **D** Pressione arteriosa normale sia in ambiente clinico sia al di fuori (automisurazione domiciliare o monitoraggio nelle 24 ore)
- **E** Pressione arteriosa patologicamente elevata in ambiente clinico, ma normale al di fuori (automisurazione domiciliare, monitoraggio nelle 24 ore)

Risposta giusta: A

L'ipertensione arteriosa mascherata corrisponde alla discrepanza tra valori normali in studio medico ed elevatezze rilevate nelle misure extra-cliniche. Il paziente illustrato mostra una media ambulatoriale di $138/88\ \mathrm{mmHg}$, compatibile con pressioni non ipertese, mentre i picchi lavorativi indicano una patologia nascosta. La conferma dipende sempre da automisurazione domiciliare o monitoraggio delle 24 ore.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Pressione arteriosa patologicamente elevata sia in ambiente clinico sia al di fuori (automisurazione domiciliare o monitoraggio nelle 24 ore)**: Definisce l'**ipertensione sostenuta**, caratterizzata dal mantenimento costante di valori patologici oltre i limiti di soglia in ogni contesto. Richiede valutazione completa del rischio cardiovascolare e terapia farmacologica strutturata.
- **C) Ipertensione arteriosa associata a scompenso cardiaco**: Indica una possibile evoluzione patologica dell'arteriopatia cronica verso la disfunzione ventricolare sinistra. Non definisce alcuno schema pressorio differenziale basato sulla sede di misurazione.
- **D) Pressione arteriosa normale sia in ambiente clinico sia al di fuori (automisurazione domiciliare o monitoraggio nelle 24 ore)**: Rappresenta la condizione ideale di **normotensione** stabile, confermata sia in ambulatorio sia nei controlli esterni. Non presenta alcun disturbo emodinamico né richiede interventi terapeutici immediati.
- **E) Pressione arteriosa patologicamente elevata in ambiente clinico, ma normale al di fuori (automisurazione domiciliare, monitoraggio nelle 24 ore)**: Descrive il fenomeno opposto noto come **camice bianco**, dove lo stress legato alla visita medica provoca un picco transitorio senza ripercussioni nella vita quotidiana. Le misurazioni domiciliari restano nella norma.

34 **Un uomo di 64 anni si presenta in ospedale per l'insorgenza di cefalea, vaghi dolori toracici e riscontro di valori pressori elevati. La pressione arteriosa è 190/110 mmHg. Da circa 2 anni assume Ramipril 2,5 mg la mattina in monoterapia. Non deficit neurologici. Nella norma ECG, TC cerebrale e toracica, ecografia arterie renali. Assetto emato biochimico normale. Qual è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Ipertensione arteriosa grado 3**
- B Ipertensione maligna
- C Ipertensione da camice bianco
- D Ipertensione secondaria
- E Ipertensione arteriosa resistente

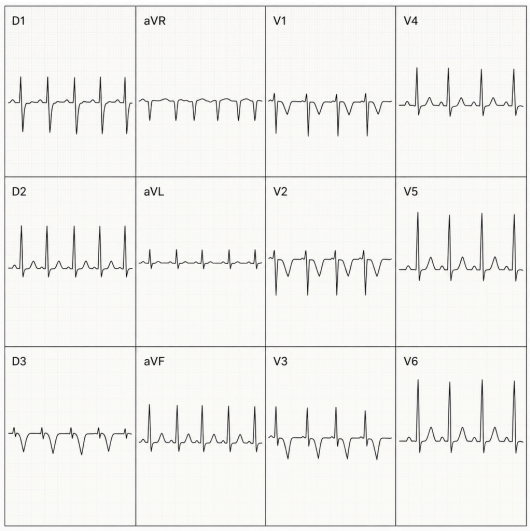
Risposta giusta: A

La pressione arteriosa di $190/110\ \mathrm{mmHg}$ classifica il quadro come ipertensione grave di grado 3. Questo livello richiede sistolica ≥ 180 oppure diastolica ≥ 110. Non emergono segni di **danno d'organo** acuto né **cause secondarie**. Gli accertamenti strumentali e biochimici risultano normali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ipertensione maligna**: L'ipertensione maligna richiede necessariamente lesioni acute agli organi bersaglio come retinopatia o encefalopatia. La mancanza di questi reperti clinici esclude la forma aggressiva.
- **C) Ipertensione da camice bianco**: La sindrome del camice bianco si diagnostica quando la **misurazione fuori dall'ambulatorio** risulta nella norma. Il dato attuale è marcatamente alto senza corrispondenza con un semplice stress ambientale.
- **D) Ipertensione secondaria**: L'ipertensione secondaria presuppone una **patologia di base** identificabile a livello renale o endocrino. L'ecografia vascolare e gli esami di laboratorio negativi hanno escluso tali eziologie.
- **E) Ipertensione arteriosa resistente**: La resistenza ipertensiva implica valori non controllati nonostante la terapia con **tre farmaci adeguali**, inclusa una componente diuretica. Il trattamento attuale consiste in una singola molecola a dosaggio ridotto, lontano dalla definizione.

36 **Un uomo di 70 anni, iperteso e fumatore, che ha subito recentemente un intervento di prostatectomia, richiede assistenza per la comparsa di dispnea da circa 5 ore. Al monitor del personale dell'ambulanza, la pressione arteriosa è 100/50 mmHg e la saturazione di O2 risulta pari a 88%. Viene inoltre registrato l'elettrocardiogramma mostrato in figura. Quale è la diagnosi più probabile?**



- **A** **Embolia polmonare acuta**
- **B** Scompenso cardiaco in cardiomiopatia ipertensiva
- **C** Anemizzazione post operatoria
- **D** Dissecazione aortica
- **E** Sindrome di Brugada

Risposta giusta: A

Il paziente presenta un elevato rischio **tromboembolico** per l'età e la recente **prostatectomia**. La comparsa improvvisa di dispnea dopo 5 ore associata a **ipossiemia** significativa e pressione arteriosa al limite ($100/50\ \mathrm{mmHg}$) orienta verso un'**embolia polmonare acuta**. La chirurgia pelvica favorisce la stasi venosa e la formazione di trombi profondi che possono embolizzare al circolo polmonare. L'elettrocardiogramma probabilmente mostra segni di sovraccarico ventricolare destro o tachicardia sinusale, confermando il sospetto clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Scompenso cardiaco in cardiomiopatia ipertensiva**: Lo scompenso cardiaco in contesto ipertensivo segue generalmente un decorso progressivo e graduale. Si manifesta tipicamente con segni di congestione polmonare o periferica e raramente esordisce come quadro improvviso nel immediato postoperatorio.
- **C) Anemizzazione post operatoria**: L'anemia postoperatoria può causare dispnea e astenia ma non giustifica l'ipossiemia marcata né l'esordio acuto in poche ore. In un soggetto con forte rischio tromboembolico post-chirurgico questa diagnosi risulta statisticamente meno probabile.
- **D) Dissecazione aortica**: La dissecazione aortica si caratterizza principalmente per un dolore toracico o dorsale severo e lancinante. Spesso provoca differenze pressorie tra gli arti o manifestazioni ischemiche d'organo. Il sintomo predominante in questo caso è la dispnea ipossiemica che punta verso una patologia embolica.
- **E) Sindrome di Brugada**: La sindrome di Brugada è una canalopatia associata ad aritmie maligne e morte improvvisa. Riconoscibile da un pattern elettrocardiografico specifico ma incapace di spiegare la dispnea acuta e la desaturazione in ambito post-chirurgico.

37 **Si presenta all'attenzione medica una donna di 77 anni, ipertesa non in trattamento farmacologico con edemi declivi bilaterali e ridotta tolleranza all'esercizio. All'esame obiettivo: FC 98/bpm, varicosità delle vene superficiali della gamba destra, addome trattabile con margine inferiore epatico debordante 3 cm dall'arcata costale e dolente. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Iperaldosteronismo primario
B Sindrome nefrosica
C Trombosi venosa profonda
D Neoplasia renale destra
E Scompenso cardiaco congestizio

Risposta giusta: E

Il quadro clinico mostra edemi declivi bilaterali, ridotta tolleranza all'esercizio e fegato ingrossato e dolente. Questi reperti indicano una **congestione sistemica** tipica dello scompenso cardiaco. L'ipertensione non trattata in un'anziana rende la diagnosi altamente plausibile. Le varicosità sono un segno associato ma non spiegano il quadro generale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Iperaldosteronismo primario**: L'iperaldosteronismo primario determina ipertensione ma gli edemi sono generalmente scarsi per il fenomeno della **fuga renale**. Non giustifica il dolore epatico né la ridotta capacità fisica.
- **B) Sindrome nefrosica**: La sindrome nefrosica causa edema diffuso e grave perdita urinaria proteica senza interessamento epatico. Il reperto del fegato congestionato sposta la diagnosi verso l'insufficienza ventricolare destra.
- **C) Trombosi venosa profonda**: La trombosi venosa profonda provoca di solito edema monolaterale con segni locali dell'arto. La presenza di edemi bilaterali e **epatomegalia** dolorosa orienta verso uno scompenso cardiaco.
- **D) Neoplasia renale destra**: Una neoplasia renale potrebbe manifestarsi con sintomi localizzati o alterazioni ematiche ma non spiega la triade sintomatologica. La combinazione di affaticamento, gonfiore simmetrico e ipertrofia epatica è esclusiva dello scompenso.

38 **Si presenta all'attenzione medica una donna di 74 anni obesa, affetta da diabete mellito tipo II, ipertesa in trattamento farmacologico solo parzialmente efficace. Sviluppa progressivamente dispnea per sforzi lievi (Classe NYHA III). Alla radiografia del torace si evidenzia moderata cardiomegalia e congestione ilare. All'ecocardiogramma la frazione di eiezione del ventricolo sinistro (FEVS) è 55%. Quale delle seguenti affermazioni NON è corretta?**

A L'ipertensione arteriosa rappresenta un fattore di rischio per lo scompenso cardiaco

B La cardiomegalia supporta la diagnosi di scompenso cardiaco

C Il diabete rappresenta un fattore di rischio per lo scompenso cardiaco

D **La normale FEVS esclude l'ipotesi di scompenso cardiaco**

E La congestione ilare polmonare supporta la diagnosi di scompenso cardiaco

Risposta giusta: D

La **frazione di eiezione** del ventricolo sinistro al $55\ \%$ è un valore normale che però non esclude lo scompenso cardiaco. I sintomi e i reperti strumentali indicano chiaramente uno scompenso con **frazione di eiezione preservata**, molto frequente nelle donne anziane ipertese e obese. In questi pazienti la **disfunzione diastolica** impedisce un corretto riempimento ventricolare e genera congestione polmonare nonostante la contrattilità sistolica sia intatta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** L'ipertensione arteriosa cronica aumenta il postcarico ventricolare e favorisce nel tempo l'ipertrofia miocardica. Questi adattamenti strutturali compromettono progressivamente il rilassamento del cuore e rappresentano un fattore di rischio consolidato per lo scompenso.
- **B)** La cardiomegalia radiologica evidenzia un aumentato volume cardiaco compatibile con sovraccarico pressorio o volumetrico. Tale dilatazione atriale e ventricolare supporta la diagnosi di scompenso, integrando il quadro clinico sintomatico.
- **C) Il diabete rappresenta un fattore di rischio per lo scompenso cardiaco**: Il diabete mellito tipo II causa danno miocardico diretto e si associa frequentemente ad aterosclerosi coronarica. Le alterazioni metaboliche e ischemiche derivanti riducono l'efficienza contrattile e diastolica, aumentando significativamente il rischio di insufficienza cardiaca.
- **E)** La congestione ilare polmonare riflette un marcato rialzo delle pressioni di riempimento ventricolari. Questo reperto radiologico è un segno classico di scompenso cardiaco e conferma la presenza di stasi venosa polmonare.

39 **Un uomo di 40 anni con febbre e cardiopalmo da 2 giorni, sviluppa dispnea acuta ed episodio sincopale che lo portano al ricovero in urgenza. All'ECG si rileva un diffuso sopraslivellamento del tratto ST con concavità verso l'alto e tratti di tachicardia ventricolare della durata variabile da 5 a 50 secondi. All'ecocardiogramma i ventricoli non sono dilatati ma mostrano severa ipocinesia. Agli esami di laboratorio aumento della troponina plasmatica. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Pericardite acuta

B Endocardite acuta

C **Miopericardite acuta**

D Aortite acuta

E Infarto Miocardico Acuto

Risposta giusta: C

Il quadro clinico combina segni pericardici e miocardici. La febbre evolve in dispnea acuta e sincopa. L'ecg mostra un diffuso sopraslivellamento del tratto ST con concavità verso l'alto e tachicardia ventricolare. L'ecocardiogramma rivela severa ipocinesia e la troponina risulta aumentata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pericardite acuta**: È una possibilità vicina perché il sopraslivellamento diffuso con concavità verso l'alto è tipico della pericardite. Tuttavia il caso presenta anche chiaro coinvolgimento miocardico. La troponina elevata, le aritmie ventricolari e la marcata ipocinesia all'ecocardiogramma dimostrano che non basta diagnosticare una semplice pericardite.
- **B) Endocardite acuta**: L'endocardite acuta produce febbre e può causare complicanze valvolari o emboliche. Non spiega il quadro ecg con sopraslivellamento diffuso del tratto ST né giustifica l'elevazione della troponina con severa ipocinesia ventricolare in questo contesto.
- **D) Aortite acuta**: Non è coerente con il quadro osservato. L'aortite può provocare dolore toracico e segni infiammatori generici. Non rappresenta la spiegazione tipica per il sopraslivellamento diffuso del tratto ST, le tachicardia ventricolare né l'elevazione della troponina.
- **E) Infarto Miocardico Acuto**: Meno probabile perché nell'infarto miocardico acuto ci si aspetta solitamente un sopraslivellamento del tratto ST circoscritto a un territorio coronarico specifico. La diffusività delle alterazioni elettrocardiografiche, la morfologia concava e il contesto febbrile orientano verso un **processo infiammatorio**. La tachicardia ventricolare e l'ipocinesia globale supportano invece la diagnosi di miopericardite.

40 **Un paziente obeso, fumatore di 70 anni, non in ossigenoterapia, con diabete mellito insulino dipendente, esegue una emogasanalisi arteriosa che mostra i seguenti valori: pH 7.35, PaCO2 50 mmHg, PaO2 85 mmHg, HCO3-33mmol/L. Qual è l'interpretazione corretta di tale emogasanalisi?**

- **A** **Acidosi respiratoria**
- **B** Alcalosi respiratoria
- **C** Acidosi metabolica
- **D** Scambi gassosi nella norma
- **E** Alcalosi metabolica

Risposta giusta: A

La **PaCO2 elevata** indica un'acidosi respiratoria, mentre il pH al limite inferiore della norma suggerisce un compenso. L'aumento del bicarbonato è compatibile con una risposta renale all'ipercapnia cronica. I valori riportati presentano però un'**incongruenza numerica**: con PaCO2 di 50 mmHg e bicarbonato di 33 mmol/L, il pH calcolato sarebbe circa 7,44. È quindi opportuno verificare l'emogasanalisi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Alcalosi respiratoria**: L'alcalosi respiratoria richiede una riduzione, non un aumento, della PaCO2.
- **C) Acidosi metabolica**: L'acidosi metabolica comporta una riduzione del bicarbonato, qui invece elevato.
- **D) Scambi gassosi nella norma**: L'**ipercapnia** esclude un'emogasanalisi nella norma, anche se l'ossigenazione appare conservata.
- **E) Alcalosi metabolica**: Il bicarbonato elevato potrebbe suggerire una componente metabolica alcalotica, ma il pH riportato non indica alcalemia. Inoltre, i tre valori acido-base non sono tra loro coerenti.

41 **Un paziente di circa 60 anni, commesso, fumatore attuale di circa 40 pack years, sviluppa dispnea da sforzo persistente e dopo una serie di accertamenti diagnostici viene riscontrato un versamento pleurico destro, con liquido pleurico di colore ematico. Tra le seguenti quale è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

- **A** **Metastasi pleuriche di carcinoma polmonare primitivo**
- B Metastasi pleuriche di carcinoma del colon retto
- C Mesotelioma pleurico
- D Metastasi pleuriche di carcinoma prostatico
- E Metastasi pleuriche di carcinoma renale

Risposta giusta: A

In un paziente di circa 60 anni con forte tabagismo (40 pack years), la dispnea persistente e il versamento pleurico ematico orientano verso un tumore primitivo del polmone con diffusione pleurica. Il **fumo** rappresenta il principale fattore di rischio oncologico in questo contesto. Il liquame ematico conferma spesso una neoplasia toracica avanzata.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Metastasi pleuriche di carcinoma del colon retto**: Le disseminazioni coliche sulla pleura sono **rare** e il quadro globale non corrisponde alla typicalità di questa neoplasia. Il tabagismo prevalente orienta decisamente verso un'origine bronchiale.
- **C) Mesotelioma pleurico**: La diagnosi andrebbe presa in considerazione esclusivamente in presenza di **esposizione ad amianto**. L'assenza di fattori professionali e il marcato tabagismo rendono invece più probabile un carcinoma broncogeno.
- **D) Metastasi pleuriche di carcinoma prostatico**: Le metastasi prostatiche non coinvolgono abitualmente la pleura come sede tipica. Il quadro clinico non presenta elementi suggestivi per un'origine prostatica.
- **E) Metastasi pleuriche di carcinoma renale**: Il carcinoma renale può interessare la pleura e causare derrate ematiche, ma risulta statisticamente **meno probabile** rispetto al tumore polmonare nella fascia d'età descritta.

42 **Un paziente dell'età di 30 anni, ex atleta agonista, per la presenza di sintomi "simil asmatici" ricorrenti esegue una visita pneumologica con spirometria pre e post broncodilatatore che mostra la presenza di: VEMS pre broncodilatatore = 3 litri (80% del teorico), CV pre = 5 litri (110% del teorico); VEMS post broncodilatatore = 3.75 litri (100% del teorico), CV post immodificata rispetto al valore pre . Quale tra le seguenti è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

A Broncopneumopatia cronica ostruttiva

B Volumi polmonari statici e dinamici nei limiti di norma

C **Asma bronchiale**

D Variante parafisiologica

E Fibrosi polmonare idiopatica

Risposta giusta: C

Il rapporto VEMS/CV prima del broncodilatatore è $3/5 = 0{,}60$, compatibile con **ostruzione bronchiale**. Dopo il broncodilatatore il VEMS aumenta di $0{,}75\ \mathrm{L}$, pari al 25% del valore iniziale: è una **reversibilità significativa**. In presenza di sintomi ricorrenti, il quadro è suggestivo di **asma bronchiale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Broncopneumopatia cronica ostruttiva**: La marcata reversibilità dell'ostruzione in un giovane adulto è più suggestiva di asma; per la diagnosi di BPCO occorre documentare un'ostruzione persistente dopo broncodilatatore nel contesto clinico appropriato.
- **B) Volumi polmonari statici e dinamici nei limiti di norma**: Il VEMS pari all'80% del teorico non esclude l'ostruzione: il rapporto VEMS/CV iniziale di $0{,}60$ è ridotto.
- **D) Variante parafisiologica**: Un rapporto VEMS/CV di $0{,}60$ prima del broncodilatatore, associato a un netto incremento del VEMS dopo broncodilatatore, non è una semplice variante fisiologica.
- **E) Fibrosi polmonare idiopatica**: Una fibrosi polmonare produce tipicamente un quadro restrittivo, con riduzione della capacità vitale, non un'ostruzione reversibile.

43 **Un medico volontario di un'organizzazione non governativa in Africa Sub-Sahariana riceve un infermiere della sua unità che riferisce emoftoe. Tra i sospetti diagnostici vi è anche la febbre emorragica da Ebola. Quale tra questi NON è uno dei sintomi tipici della febbre emorragica da Ebola?**

A Cefalea
B Rash maculopapulare
C **Anosmia**
D Dolori muscolari e articolari
E Vomito e diarrea

Risposta giusta: C

La febbre emorragica da Ebola esordisce con sintomi aspecifici che includono **febbre**, **cefalea** e **mialgie**. Nel corso della malattia compaiono **disturbi gastrointestinali** e **manifestazioni cutanee** mentre il quadro resta prevalentemente sistemico. L'**anosmia** non è un segno clinico associato, poiché l'infezione non comporta deficit sensoriali specifici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cefalea**: È frequente nelle fasi iniziali e costituisce un elemento fondamentale del quadro prodromico aspecifico.
- **B) Rash maculopapulare**: Non rappresenta il segno più precoce, ma è comunque una manifestazione cutanea possibile e compatibile con il decorso infettivo.
- **D) Dolori muscolari e articolari**: Il paziente riporta regolarmente mialgie e artralgie, associate a febbre e astenia già dalla fase iniziale.
- **E) Vomito e diarrea**: I sintomi gastrointestinali sono molto comuni e spesso assumono un'importanza crescente nel decorso della patologia.

---

44 **Qual è, approssimativamente, il periodo di incubazione dell'infezione da virus di Epstein-Barr negli adulti e adolescenti?**

A Inferiore ad una settimana
B Inferiore a due settimane
C **Tra 30 e 50 giorni**
D Oltre 3 mesi
E Oltre 6 mesi

Risposta giusta: C

Negli adolescenti e negli adulti, il periodo di incubazione dell'infezione da virus di Epstein-Barr è in media di **4-6 settimane**, cioè approssimativamente **30-50 giorni**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Inferiore ad una settimana**: Meno di una settimana è un periodo troppo breve e non è compatibile con l'incubazione tipica dell'infezione da EBV negli adolescenti e negli adulti.
- **B) Inferiore a due settimane**: Meno di due settimane è ancora troppo breve. Alcune infezioni virali hanno un'incubazione di questa durata, ma l'EBV tende a manifestarsi molto più tardi.
- **D) Oltre 3 mesi**: Un periodo superiore a tre mesi è eccessivo: l'incubazione dell'EBV normalmente non dura così a lungo.
- **E) Oltre 6 mesi**: Un periodo superiore a sei mesi è del tutto incompatibile con il quadro tipico dell'infezione primaria da EBV.

45 **Si presenta in Pronto Soccorso una donna di 54 anni, in seguito al riscontro di anemia e di iperpotassemia in esami di controllo eseguiti per severa astenia. Agli esami emato chimici: creatininemia 4.75 mg/dL, azoto ureico (BUN) 74 mg/dL, K 7.5 mEq/L, Na 135 mEq/L, Hb 6.7 g/dL. All'elettrocardiogramma: FC 48 bpm, Bav I°, appiattimento delle onde P, onde T a tenda. Quale, tra i seguenti provvedimenti terapeutici, si ritiene di dover assumere PRIMARIAMENTE?**

A Infusione di soluzione fisiologica NaCl 0.9%

B Somministrazione di furosemide

C Somministrazione di beta bloccante

D Somministrazione di resina a scambio cationico

E Infusione di Ca Gluconato 10% - 10 ml per via endovenosa in 10 minuti

Risposta giusta: E

La paziente presenta un valore di potassio pari a $7.5\ \mathrm{mEq/L}$ con creatininemia a $4.75\ \mathrm{mg/dL}$ e tracciato ECG patologico. Il primo obiettivo terapeutico non è ridurre immediatamente lo ione, ma prevenire l'arresto cardiaco. L'infusione endovenosa di **calcio gluconato stabilizza la membrana miocardica**, garantendo una pronta riduzione del rischio aritmico senza modificare i valori sierici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Infusione di soluzione fisiologica NaCl 0.9%**: Non è il provvedimento primario in questo specifico contesto clinico. La soluzione fisiologica può avere un ruolo secondario se è presente ipovolemia o per supportare la diuresi, ma non risolve l'emergenza elettrocardiografica provocata dall'elevato potassio.
- **B) Somministrazione di furosemide**: Può essere utile per favorire l'eliminazione renale del potassio, ma non è il primo gesto da eseguire quando l'ECG è già alterato. Bisogna prima mettere in sicurezza il miocardio; inoltre, con una creatininemia elevata, l'efficacia diuretica risulta limitata.
- **C) Somministrazione di beta bloccante**: È chiaramente sbagliata perché i beta bloccanti peggiorano la bradicardia già presente e non hanno alcun ruolo nel trattamento urgente dell'iperpotassemia. Possono risultare controproducenti e aggravare il quadro emodinamico.
- **D) Somministrazione di resina a scambio cationico**: Non rappresenta la priorità assoluta. Le resine agiscono lentamente e non sono adatte alla gestione immediata di un'iperpotassemia con modificazioni elettrocardiografiche. In situazione di urgenza occorrono misure farmacologiche più rapide.

46 **La causa più frequente di insufficienza renale cronica nei Paesi Occidentali è:**

A La necrosi tubulare acuta

B La glomerulonefrite a depositi di IgA

C La calcolosi urinaria

D La nefropatia policistica

E La nefropatia diabetica

Risposta giusta: E

La **nefropatia diabetica** è la prima causa di insufficienza renale cronica nei Paesi occidentali. Il **diabete mellito** è molto diffuso e l'**iperglicemia** cronica danneggia progressivamente i glomeruli, alterando in modo irreversibile la funzionalità renale. Per questa ragione il diabete rientra sempre tra le eziologie più comuni quando si valuta un declino renale prolungato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** La necrosi tubulare acuta genera un quadro di **insufficienza renale acuta** e non va quindi confusa con le patologie di natura cronica.
- **B) La glomerulonefrite a depositi di IgA**: La **glomerulonefrite a depositi di IgA** rappresenta una patologia infiammatoria piuttosto diffusa capace di evolvere verso il danno cronico, pur restando una causa di insufficienza renale meno comune rispetto al diabete.
- **C)** La calcolosi urinaria può ostacolare il deflusso e provocare lesioni renali, specialmente nelle forme recidivanti o complicate, senza però risultare l'eziologia più frequente nella cronicizzazione funzionale.
- **D)** La nefropatia policistica provoca un danno renale a andamento progressivo, ma mantiene una frequenza complessiva nettamente inferiore alla nefropatia diabetica.

47 **Una donna di 43 anni si presenta all'attenzione clinica riferendo una storia di 9 mesi di dolori articolari prevalenti a polsi e mani, con importante rigidità mattutina. Alla valutazione obiettiva, presenta 9 articolazioni dolorabili e 6 tumefatte. Inoltre, il secondo dito della mano destra è omogeneamente gonfio, con un aspetto "a salsicciotto". Gli esami mostrano un'elevazione degli indici di flogosi e una negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti citrullina. In considerazione del quadro clinico descritto, per quale delle seguenti patologie cutanee andrebbe indagatala familiarità?**

A Lichen planus

B **Psoriasi**

C Eczema

D Eritema nodoso

E Orticaria

Risposta giusta: B

Il quadro clinico è tipico di un'**artrite psoriasica**. La presenza di poliartrite infiammatoria, rigidità mattutina, indici di flogosi elevati, negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-CCP, unita alla tipica **dattilite** ("dito a salsicciotto"), orienta verso questa condizione. È fondamentale indagare la familiarità o la storia personale per la **psoriasi**, poiché il coinvolgimento articolare può manifestarsi anche prima dell'insorgenza delle lesioni cutanee evidenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lichen planus**: Il lichen planus è una dermatosi infiammatoria che non presenta un'associazione clinica tipica con l'artrite sieronegativa descritta.
- **C) Eczema**: L'eczema provoca prurito e infiammazione cutanea ma non è correlato a quadri di spondiloartrite o artrite periferica sieronegativa.
- **D) Eritema nodoso**: L'eritema nodoso può comparire in diverse patologie sistemiche ma non rappresenta la patologia cutanea da ricercare come familiarità in questo specifico contesto diagnostico.
- **E) Orticaria**: L'orticaria è una manifestazione cutanea transitoria di natura allergica o immunologica priva di un legame specifico con questo tipo di artrite infiammatoria.

48 **Un uomo di 43 anni riceve una diagnosi di artrite reumatoide. Gli esami mostrano una positività sia per fattore reumatoide sia per anticorpi anti citrullina. Le radiografie articolari mostrano iniziali segni di erosione ossea. In assenza di controindicazioni, quale dei seguenti farmaci è la terapia di prima linea più appropriata per il quadro clinico descritto?**

A Micofenolato mofetil
B Azatioprina
C **Methotrexate**
D Salazopirina
E Idrossiclorochina

Risposta giusta: C

Il **methotrexate** rimane il trattamento iniziale di elezione perché agisce direttamente sull'infiammazione e ne blocca la **progressione** erosiva. I marcatore sierologici positivi associati alle prime alterazioni radiografiche confermano un fenotipo attivo che impone una gestione precoce e protettiva per le articolazioni.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Micofenolato mofetil**: Il micofenolato mofetil non segue le indicazioni iniziali per il controllo clinico articolare. Rappresenta invece una scelta prioritaria per determinate vasculiti, glomerulopatie e nei regimi di immunosoppressione trapiantologica.
- **B) Azatioprina**: L'azatioprina non rientra negli schemi di prima linea per questa patologia specifica. Risulta preferibile in altri disordini autoimmuni sistematici o come terapia salvavita in sedi altamente selezionate.
- **D) Salazopirina**: La salazopirina ha un ruolo terapeutico consolidato ma non sostituisce il riferimento iniziale quando compaono già segni di consumo osseo. Viene solitamente considerata in seconde istanze o come associazione successiva.
- **E) Idrossiclorochina**: L'idrossiclorochina garantisce beneficio nelle manifestazioni iniziali o come coadiuvante stabilizzante. Offre un profilo insufficiente da monoterapia quando il paziente presenta già indicatori di rischio per il deterioramento strutturale e una spiccata attività autoimmune circolante.

49 **Una paziente di 78 anni si presenta all'osservazione di uno specialista neurologo lamentando disturbi della marcia e disestesie diffuse. Tali disturbi avrebbero presentato andamento ingravescente nell'ultimo anno e mezzo. Ad un'indagine anamnestica più approfondita emergono aspecifici disturbi gastrici. L'esame fisico evidenzia un chiaro quadro clinico rapportabile a disidratazione e scarso introito calorico. L'esame obiettivo neurologico mostra tetraparesi spastica, tetraiperreflessia e ipotrofia muscolare più evidente a livello del tronco. Dalle indagini clinico laboratoristiche e strumentali emerge un quadro di gastrite cronica atrofica, deficit di fattore intrinseco e carenza di vitamina B12. Qual è la diagnosi?**

- A **Sclerosi combinata subacuta**
- B Sclerosi laterale amiotrofica
- C Polineuropatia dismetabolica
- D Malattia di Wilson
- E Sclerosi multipla

Risposta giusta: A

La gastrite cronica atrofica determina un deficit di fattore intrinseco che provoca una **carenza di vitamina B12**. Tale carenza origina l'**anemia perniciosa** con danno midollare specifico sui **cordoni posteriori** e sui **fasci piramidali**. Il coinvolgimento simultaneo spiega i disturbi della marcia, le disestesie e i segni piramidali come tetraparesi spastica e iperreflessia. Questo quadro clinico identifica la sclerosi combinata subacuta.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sclerosi laterale amiotrofica**: Anche se presenta segni di motoneurone superiore e inferiore, la SLA non giustifica il quadro sensitivo diffuso né tiene conto della causa organica accertata. Il deficit di vitamina B12 documentato spiega in modo completo i sintomi senza invocare patologie neurodegenerative primarie.
- **C) Polineuropatia dismetabolica**: Una polineuropatia dismetabolica descrive un danno assonale periferico troppo generico per questa casistica. Non rende conto dei segni piramidali, della tetraiperreflessia e del contesto clinico legato all'anemia perniciosa e alla carenza di B12.
- **D) Malattia di Wilson**: La malattia di Wilson è un disturbo ereditario del metabolismo rameico tipico dell'età pediatrica o giovanile. Si caratterizza per manifestazioni epatiche e neuropsichiatriche piuttosto che per un mielopatia da carenza vitaminica.
- **E) Sclerosi multipla**: La sclerosi multipla può manifestarsi con deficit motori e sensitivi ma l'età di esordio sarebbe atipica. Non esistono nessi eziopatogenetici con la gastrite atrofica, il deficit del fattore intrinseco o la carenza vitaminica sottostante.

50 **Una ragazza di 17 anni, in ottime condizioni generali, lamenta al risveglio un disturbo visivo caratterizzato da visione offuscata in determinate direzioni di sguardo. Entro 24 ore l'offuscamento visivo si estende. All'esame obiettivo neurologico si apprezza emianopsia laterale omonima destra con risparmio della porzione superiore dell'emicampo visivo destro. Per il resto l'obiettività neurologica è nella norma così come i test laboratoristici di routine. L'esame oftalmoscopico rileva un fondo oculare normale. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Sclerosi multipla con lesione del chiasma ottico

B Sclerosi multipla con lesione lungo il decorso del tratto ottico di destra

C **Sclerosi multipla con lesione lungo il decorso del tratto ottico di sinistra**

D Aprassia oculo-motoria di Cogan

E Sindrome di Tolosa-Hunt

Risposta giusta: C

Il quadro clinico descrive una **lesione retrochiasmatica** sinistra. L'emianopsia omonima destra localizza il danno nel **tratto ottico sinistro**. Il decorso acuto in una giovane donna con fondo oculare normale orienta verso la **sclerosi multipla**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sclerosi multipla con lesione del chiasma ottico**: Una lesione del chiasma ottico colpisce le fibre nasali incrociate e produce un difetto bitemporale, incompatibile con il quadro omonimo descritto.
- **B) Sclerosi multipla con lesione lungo il decorso del tratto ottico di destra**: La lateralità è invertita; una lesione del tratto ottico destro determina un deficit dell'emicampo visivo sinistro, non destro.
- **D) Aprassia oculo-motoria di Cogan**: L'aprassia di Cogan riguarda i disturbi dei movimenti oculari volontari, soprattutto delle saccadi, e non altera la trasmissione degli stimoli visivi.
- **E) Sindrome di Tolosa-Hunt**: La sindrome di Tolosa-Hunt si manifesta con dolore orbitario e paralisi dei nervi oculomotori (**oftalmoplegia dolorosa**), senza causare un deficit campimetrico isolato.

51 **Un uomo di 42 anni con anamnesi patologica remota silente, ad eccezione di disturbi gastrointestinali e diarrea occorsi nei 10 giorni precedenti, si presenta all'osservazione clinica per una sintomatologia ingravescente caratterizzata da oftalmoplegia esterna incompleta e progressivi disturbi della deambulazione con atassia della marcia. All'esame obiettivo neurologico si riscontra inoltre diffusa iporeflessia osteotendinea. Non si associano disturbi della vigilanza e della coscienza. Nel corso degli accertamenti clinico-strumentali si esegue rachicentesi che dimostra un quadro liquorale di dissociazione albumino-citologica. Studi liquorali più approfonditi dimostrano la presenza di anticorpi anti-GQ1b. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A **Sindrome di Miller Fisher**
B Botulismo
C Miastenia Gravis
D Difterite
E Sclerosi combinata subacuta

Risposta giusta: A

Il quadro clinico emerge dopo un episodio infettivo gastrointestinale. Insorgono **oftalmoplegia esterna**, **atassia della marcia** e **iporeflessie osteotendinee** senza alterazione della coscienza. La **dissociazione albumino-citologica** del liquor e il riscontro di **anticorpi anti-GQ1b** confermano questa variante della sindrome di Guillain-Barré.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Botulismo**: La tossinfezione provoca oftalmoplegia e paralisi flaccida discendente. Si distinguono invece pupille midriatiche, secchezza delle mucose e un quadro tossico. Esclude la dissociazione albumino-citologica e gli anticorpi specifici.
- **C) Miastenia Gravis**: La patologia neuromuscolare può indurre oftalmoplegia e ptosi. Non compromette l'atassia né causa iporeflessia diffusa. Tipicamente non altera il liquido cerebrospinale e non è associata agli anti-GQ1b.
- **D) Difterite**: L'infezione batterica può causare neuropatie e interessamento dei nervi cranici. Il contesto clinico non corrisponde al quadro post-diarroico. Non giustifica la combinazione di atassia, iporeflessia e positività agli anti-GQ1b.
- **E) Sclerosi combinata subacuta**: La condizione dipende da deficit di vitamina B12. Provoca un interessamento midollare con disturbi sensitivi, segni piramidali e spesso anemia megaloblastica. Non spiega la triade clinica o i marcatori immunologici descritti.

52 **Una bambina di 7 anni presenta da alcune settimane plurimi episodi di sospensione dello stato di coscienza nel corso della giornata per i quali interromperebbe le proprie attività in maniera improvvisa, fissando il vuoto. Ogni episodio ha una durata compresa tra i 20 e i 30 secondi e si ripete fino a 10 volte al giorno. Numerosi episodi sono occorsi durante le lezioni scolastiche, allarmando compagni di classe e insegnanti. Spesso gli episodi sono accompagnati da pallore cutaneo e automatismi gestuali, in particolare oro-buccali. I genitori della bambina si rivolgono al pediatra di fiducia e riportano alcuni cambiamenti comportamentali per i quali ella si mostrerebbe più taciturna e ritirata. Qual è l'iter diagnostico più corretto da seguire?**

A Elettrocardiogramma delle 24 ore ed eventualmente elettroencefalogramma delle 24 ore

B RM cerebrale

C **Visita specialistica neuropsichiatrica ed elettroencefalogramma**

D Osservazione clinica ed elettroencefalogramma delle 24 ore tra 6 mesi

E TC cerebrale ed elettroencefalogramma con deprivazione di sonno

Risposta giusta: C

Il quadro clinico è altamente suggestivo per **crisi di assenza**. L'iter diagnostico ideale prevede una **visita neuropsichiatrica infantile** combinata a un **elettroencefalogramma** per documentare il pattern tipico e definire la terapia. La frequenza degli eventi e i sintomi associati richiedono un approfondimento immediato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Elettrocardiogramma delle 24 ore ed eventualmente elettroencefalogramma delle 24 ore**: L'elettrocardiografo delle 24 ore è indicato se si sospettano sincopi o aritmie cardiache. In questo caso l'anamnes descrive chiaramente alterazioni della coscienza associate a fissità visiva e automatismi orobuccali, tipici dell'epilessia, rendendo lo studio cardiaco secondario.
- **B) RM cerebrale**: La risonanza magnetica cerebrale viene eseguita solo in presenza di elementi atipici, deficit neurologici progressivi o sospetto di patologia strutturale focale. Nel caso di assenze idiopatiche caratterizzate da normalità tra un episodio e l'altro, l'imaging non è necessario come primo step diagnostico.
- **D) Osservazione clinica ed elettroencefalogramma delle 24 ore tra 6 mesi**: Rimanere in osservazione senza indagini attive per sei mesi è clinicamente errato. Gli episodi frequenti compromettono l'apprendimento scolastico e i comportamenti sociali, richiedendo un accertamento tempestivo per evitare peggioramento o rischi accidentali.
- **E) TC cerebrale ed elettroencefalogramma con deprivazione di sonno**: La TAC cranica non è richiesta nella fase iniziale dato l'assenza di focalità neurologiche o segni di ipertensione endocranica. Sebbene l'EEG sia fondamentale, la deprivazione di sonno è un test di attivazione specifico per alcune forme epilettiche ma non prioritario rispetto alla visita specialistica preliminare per le assenze classiche.

53 **Al termine di una lezione universitaria, un ragazzo di 21 anni avverte un forte senso di inquietudine e angoscia, appare disorientato e perplesso nei riguardi della realtà circostante e avverte gli oggetti e le persone come inquietanti e ostili. In una certa misura, è come se qualcosa di straordinario stesse per annunciarsi. Di quale fenomeno psicopatologico si tratta?**

A Attacco di panico

B **Umore predelirante**

C Delirio acuto paranoide

D Stato misto

E Disturbo depressivo maggiore

Risposta giusta: B

Il quadro descritto corrisponde all'**umore predelirante**, una **fase prodromica** in cui il paziente percepisce l'ambiente come carico di significati minacciosi ma ancora vaghi, antecedenti alla strutturazione dei sintomi deliranti. La sensazione che «stia per accadere qualcosa di straordinaria» e il disorientamento nella realtà circostante sono indicatori classici di questa anticipazione psicopatologica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Attacco di panico**: Sbagliata perché l'attacco di panico prevede una paura intensa accompagnata da marcata sintomatologia somatica acuta, risultando assente la peculiare modificazione semantica degli oggetti e delle persone con funzione di presagio.
- **C) Delirio acuto paranoide**: Non è pertinente perché manca una patologia delirante compiuta. Nel delirio acuto paranoide si osservano convinzioni deliranti definite e sistematizzate, mentre qui la percezione resta solo un'atmosfera di sospetto e minaccia indistinta.
- **D) Stato misto**: Irrilevante dato che lo stato misto definisce la contemporanea compresenza di episodi maniacali e depressivi nello stesso periodo; interessa esclusivamente la dinamica dell'umore e non il vissuto di estraneità verso il mondo esterno.
- **E) Disturbo depressivo maggiore**: Esclusa poiché il disturbo depressivo maggiore si manifesta con tristezza, rallentamento psicomotorio e disperazione, senza spiegare l'alterazione qualitativa della percezione reale né la specifica tensione pre-dielrante.

54 **Un ragazzo di 24 anni giunge in Pronto Soccorso accompagnato dai genitori in quanto da alcuni giorni avrebbe manifestato un intenso stato di preoccupazione. Alla valutazione psichiatrica, riferisce una vaga sensazione che lo attanaglia procurandogli un forte stato di angoscia: "mi sento cambiato, diverso, è come se non avessi più il completo controllo del mio corpo, come se il mio corpo mi fosse divenuto estraneo, come se non fosse più il mio!". Che tipo di fenomeno sta descrivendo il paziente?**

A Disturbo da sintomi somatici
B Allucinazione cenestesica
C **Depersonalizzazione**
D Dismorfofobia
E Allucinosi

Risposta giusta: C

Il paziente riferisce un marcato senso di irrealtà verso il proprio corpo e una modificata consapevolezza di sé. Questa esperienza corrisponde alla depersonalizzazione, un disturbo della coscienza personale che induce forte angoscia. Non vi sono percezioni sensoriali false né preoccupazioni primarie per la salute fisica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Disturbo da sintomi somatici**: Il disturbo da sintomi somatici richiede ansia sproporzionata rispetto a manifestazioni corporee reali. Qui prevale la percezione di alterazione personale rispetto ai tipici reclami morbosi.
- **B) Allucinazione cenestesica**: Le allucinazioni cenestesiche coinvolgono sensazioni interne anomale come movimenti viscerali o fluidi. Il quadro clinico descritto denota un fenomeno percettivo ed esistenziale più ampio che supera le mere alterazioni tattili interne.
- **D) Dismorfofobia**: La dismorfofobia consiste in un'ossessione concentrata su un presunto difetto estetico reale o immaginario. Il racconto non menziona alcuna preoccupazione riguardante l'aspetto fisico.
- **E) Allucinosi**: L'allucinosi implica percezioni uditive o visive prive di stimoli con critica conservata. In questo caso non emergono allucinazioni classiche, ma un distacco identitario dal proprio essere.

55 **Una ragazzina di 12 anni è portatrice di una mutazione F508 del in omozigosi a carico del gene CFTR ed è dunque affetta da fibrosi cistica. Il gene responsabile della malattia è localizzato nel:**

- **A** **Braccio lungo del cromosoma 7**
- **B** Braccio lungo del cromosoma 18
- **C** Braccio lungo del cromosoma 21
- **D** Braccio lungo del cromosoma 14
- **E** Braccio corto del cromosoma 13

Risposta giusta: A

Il gene **CFTR** responsabile della fibrosi cistica si trova sul **cromosoma 7** nella regione del **braccio lungo**. La mutazione **F508del** altera la proteina canale del cloro, determinando il quadro clinico caratteristico della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Braccio lungo del cromosoma 18**: Errata visto che il gene preposto alla sintesi della proteina canale non risiede affatto sul cromosoma 18, il quale regola funzioni cellulari completamente diverse.
- **C) Braccio lungo del cromosoma 21**: Non è corretto perché il cromosoma 21 viene associato ad altre condizioni genetiche specifiche, ma non ospita la sequenza di questo gene.
- **D) Braccio lungo del cromosoma 14**: Non corretto dato che il cromosoma 14 racchiude geni rilevanti per parametri biologici e patologici distinti, senza contenere CFTR.
- **E) Braccio corto del cromosoma 13**: Sbagliato poiché il cromosoma 13 mantiene geni importanti per altre vie metaboliche, lasciando esclusa la sede reale.

56 **La pulsossimetria può agevolare la diagnosi di cardiopatia congenita (pervietà del dotto di Botallo). La misurazione viene eseguita confrontando la saturazione di ossigeno in sede pre- e post-duttale. Dove si misura la pulsossimetria pre-duttale nel neonato?**

A Arto inferiore destro
B Arto superiore sinistro
C Arti superiori indifferentemente
D Arto superiore destro
E Arto inferiore sinistro

Risposta giusta: D

La misurazione **pre-duttale** si esegue nell'**arto superiore destro** perché il sangue arriva dall'aorta **prima del dotto arterioso**. In questo modo la saturazione riflette il valore "prima" dello **shunt duttuale**. Nello screening il dato si confronta con quello **post-duttale** degli arti inferiori.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Arto inferiore destro**: Gli arti inferiori rappresentano sedi post-duttali e quindi vengono impiegati solo per il confronto con la misura pre-duttale. Misurare qui non consentirebbe di identificare uno shunt a livello duttale.
- **B) Arto superiore sinistro**: L'arto superiore sinistro non è la sede di riferimento perché la sua circolazione può essere influenzata diversamente dall'anatomia dell'arco aortico. Per questo motivo non si utilizza nello screening di routine.
- **C) Arti superiori indifferentemente**: Le misurazioni non vanno effettuate indifferentemente negli arti superiori. Nello screening neonatale si seleziona in modo preciso l'arto superiore destro per garantire una misura uniforme e fisiologicamente confrontabile con quella post-duttale.
- **E) Arto inferiore sinistro**: Anche l'arto inferiore sinistro riceve sangue dopo il punto di inserzione del dotto arterioso. Come per gli altri arti inferiori vale il principio sopra esposto ed è quindi inadatto alla valutazione pre-duttale.

57 **Alterazioni del microbiota intestinale possono determinare un quadro clinico da eccessiva crescita batterica dell'intestino tenue (SIBO) nei pazienti con fibrosi cistica. Qual è il test più comunemente usato nella pratica clinica?**

A Aspirato digiunale per ricerca di batteri coliformi
B Coprocoltura
C Trial con Lactobacillus reuteri per 15 giorni
D Dosaggio calprotectina fecale
E Breath test

Risposta giusta: E

Il **breath test** è l'esame di prima scelta nella pratica clinica per sospetta SIBO. Si basa sull'assunzione orale di lattulosio o glucosio e misura i gas espirati dopo fermentazione. Rappresenta un metodo non invasivo, semplice da eseguire e ampiamente validato, ideale per lo screening iniziale nei pazienti con fibrosi cistica dove la dismotilità intestinale facilita l'ipercolizzazione batterica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aspirato digiunale per ricerca di batteri coliformi**: L'aspirato digiunale per batteri coliformi è teoricamente molto specifico ma richiede una procedura endoscopica invasiva. La sua praticità limitata lo esclude dall'utilizzo routinario nella pratica clinica.
- **B) Coprocoltura**: La coprocoltura analizza il contenuto fecale, riflettendo prevalentemente il microbiota colonico. Non valuta correttamente il tenue, che è il distretto anatomico specifico interessato dalla sovracrescita batterica.
- **C) Trial con Lactobacillus reuteri per 15 giorni**: Il trial con $Lactobacillus\ reuteri$ non costituisce uno strumento diagnostico, ma rappresenta esclusivamente un tentativo terapeutico o di modulazione del microbiota. Non permette quindi di confermare la diagnosi di SIBO.
- **D) Dosaggio calprotectina fecale**: Il dosaggio della calprotectina fecale serve come indicatore di infiammazione intestinale, principalmente per le malattie infiammatorie croniche. Non funge da test diagnostico diretto per identificare la SIBO.

58 **Un bambino di 9 mesi presenta scarsa crescita e saltuari episodi di vomito; il pediatra sospetta un'allergia alle proteine del latte vaccino. Qual è il gold standard per la diagnosi di allergia alimentare?**

A Patch test, applicando un estratto alimentare
B Prick test, applicando un estratto alimentare
C Prick by prick, inoculando l'alimento fresco
D **Test di provocazione orale**
E Dosaggio IgE specifiche (RAST)

Risposta giusta: D

Il **test di provocazione orale** rappresenta il **gold standard** poiché mette in relazione diretta l'assunzione dell'alimento con la comparsa dei sintomi sotto stretto controllo medico. I test cutanei e le misurazioni sierologiche rivelano solo una **sensibilizzazione immunologica**, incapace di dimostrare da sola la reale patologia clinica. Nei bambini con ritardo di crescita e vomito, la conferma diagnostica definitiva richiede esclusivamente la prova di esposizione verificata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Patch test, applicando un estratto alimentare**: Il patch test impiega estratti alimentari sulla cute ed è indicato soprattutto nelle reazioni non mediate da IgE, ma ha unicamente un ruolo complementare privo di valenza confermativa autonoma.
- **B) Prick test, applicando un estratto alimentare**: Il prick test classico sfrutta preparati commerciali standardizzati ed è concepito prevalentemente come strumento di screening o primo orientamento; non soddisfa i requisiti di riferimento diagnostico ultimo.
- **C) Prick by prick, inoculando l'alimento fresco**: Il prick by prick utilizza polpa fresca degli alimenti ed è apprezzato per alcune nicchie nutrizionali, ma resta una metodica di appoggio che segnala genericamente una reattività tissutale senza provare il nesso eziologico definitivo.
- **E) Dosaggio IgE specifiche (RAST)**: Il dosaggio delle IgE specifiche misura la presenza di anticorpi circolanti, tuttavia la sola sensibilizzazione non corrisponde automaticamente a un'allergia conclamata; il dato isolato non basta per una diagnosi sicura.

59 **Giunge in pronto soccorso un bambino di 6 anni con sospetta frattura dell'avambraccio sinistro. Come è opportuno controllare il dolore in attesa della radiografia e dell'arrivo dello specialista ortopedico?**

A Paracetamolo 150 mg/kg per somministrazione orale
B Paracetamolo 1 mg/kg per somministrazione orale
C **Paracetamolo 10-15 mg/kg per somministrazione orale**
D Paracetamolo 100 mg/kg per somministrazione orale
E Paracetamolo 50 mg/kg per somministrazione orale

Risposta giusta: C

In caso di sospetta frattura pediatrica in attesa di valutazione specialistica, la gestione del dolore richiede un analgesico rapido e sicuro. Il dosaggio consigliato è esattamente $10–15\ \mathrm{mg/kg}$ di **paracetamolo** per via orale. Questa quantità costituisce la **dose standard** per controllare efficacemente il dolore lieve-moderato senza compromettere la stabilità clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Paracetamolo 150 mg/kg per somministrazione orale**: Una quantità pari a $150\ \mathrm{mg/kg}$ è pericolosamente elevata e supera di gran lunga tutti i margini di sicurezza farmacologica consolidati.
- **B) Paracetamolo 1 mg/kg per somministrazione orale**: Un dosaggio di $1\ \mathrm{mg/kg}$ risulta chiaramente subterapeutico, poiché non raggiunge la concentrazione plasmatica necessaria per generare un effetto analgesico clinicamente rilevante.
- **D) Paracetamolo 100 mg/kg per somministrazione orale**: Somministrare $100\ \mathrm{mg/kg}$ supera nettamente i limiti terapeutici e comporta un alto rischio di **epatotossicità** immediata.
- **E) Paracetamolo 50 mg/kg per somministrazione orale**: Prescrivere $50\ \mathrm{mg/kg}$ espone il paziente a una quantità eccessiva e non giustificata per il trattamento routinario dell'evento traumatico.

60 **Un bambino di 7 anni, giunge nell'ambulatorio pediatrico per enuresi esordita negli ultimi 3 mesi. Il bambino ci rimane molto male se glielo si fa notare. In caso di mancata risposta alle terapie comportamentali, quale farmaco è indicato?**

A Propanololo
B **Desmopressina**
C Betametasone
D Metilfenidato
E Amoxicillina-acido clavulanico

Risposta giusta: B

L'enuresi esordiente in un bambino motivato richiede inizialmente strategie comportamentali. Quando queste risultano inefficaci, il trattamento farmacologico di riferimento è la **desmopressina**. Questo agente imitando l'azione dell'**ADH** riduce la produzione notturna di urina, evitando rapide ricadute e preservando il benessere psicologico del paziente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Propanololo**: Il propranololo è un **beta-bloccante** non selettivo. Viene prescritto per condizioni cardiovascolari o per il tremore essenziale, ma non possiede proprietà utili alla regolazione della concentrazione urinaria o al volume di diuresi notturno.
- **C) Betametasone**: Il betametasone è un **corticosteroide** con attività antinfiammatoria. Non interviene sui meccanismi renali o vescicali, pertanto non risulta efficace nel controllo dell'eliminazione urinaria involontaria.
- **D) Metilfenidato**: Il metilfenidato è uno **psicostimolante** impiegato nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Agisce sul tono attentivo e motorio, senza produrre effetti sull'equilibrio idrico o sulla funzionalità sfinterica.
- **E) Amoxicillina-acido clavulanico**: L'amoxicillina-acido clavulanico è un **antibiotico** combinato. La sua somministrazione è riservata a patogeni batterici confermati, mentre la mancata risposta comportamentale a un quadro enuretico semplice non giustifica l'uso di antimicrobici.

61 **Il pediatra oncologo prescrive 3 L/m2/die di liquidi per via endovenosa a una bambina di 6 anni con nuova diagnosi di Leucemia Linfatica Acuta (LLA) per prevenire la sindrome da lisi tumorale, che può comportare severe complicanze metaboliche e idroelettrolitiche. Quale tra queste NON rientra tra le complicanze?**

A Iperuricemia

B **Ipercalcemia**

C Iperfosfatemia

D Iperkaliemia

E Insufficienza renale acuta

Risposta giusta: B

La lisi rapida delle cellule tumorali libera potassio, fosfato e acido urico, causando iperkaliemia, iperfosfatemia e iperuricemia. Può inoltre provocare insufficienza renale acuta. L'ipercalcemia non è tipica: è più frequente l'ipocalcemia, perché il fosfato aumentato lega il calcio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Iperuricemia**: La degradazione degli acidi nucleici produce molto acido urico, che può precipitare nei reni.
- **C) Iperfosfatemia**: È una complicanza classica: il rilascio di fosfato dalle cellule tumorali ne aumenta i livelli nel sangue e contribuisce alla riduzione del calcio.
- **D) Iperkaliemia**: Il rilascio di potassio dalle cellule può aumentare rapidamente la kaliemia e causare **aritmie**.
- **E) Insufficienza renale acuta**: È una complicanza importante e temuta. Può derivare dalla precipitazione di acido urico e fosfato nei tubuli renali, oltre che dalle alterazioni metaboliche associate.

62 **Un bambino di 5 anni recentemente immigrato dal centro Africa giunge al Pronto Soccorso per dolore toracico acuto. Uno screening emato-biochimico mostra una modesta anemia macrocitica, iperbilirubinemia prevalentemente indiretta e aumento dell'LDH. L'ecocardiogramma è negativo, l'ecografia addominale mostra una milza di dimensioni diminuite. Quali delle seguenti condizioni dovrebbe essere sospettata?**

A Malaria
B Anemia da deficit di folati
C **Anemia falciforme**
D Beta-Talassemia
E Anemia immunoemolitica

Risposta giusta: C

Il quadro clinico ed ematochimico indica un'**emiclisi cronica** con produzione di bilirubina libera e rilascio intracellulare di enzimi. La riduzione della milza riflette l'**autosplenectomia** post-infartuale, fenomeno tipico nei pazienti con emoglobinopatie congenite. Il dolore toracico corrisponde a una crisi vaso-occlusiva o a una sindrome toracica acuta, frequenti complicanze nella prima decade di vita in questa patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malaria**: Va considerata in un bambino proveniente da un'area endemica, ma il quadro complessivo non risulta coerente. La malaria provoca tipicamente anemia emolitica e splenomegalia, escludendo quindi la presenza di una milza piccola. Il dolore toracico acuto e l'insieme dei reperti risultano molto più compatibili con la malattia falciforme.
- **B) Anemia da deficit di folati**: L'anemia macrocitica potrebbe far pensare a questa carenza, ma non giustifica in modo convincente l'iperbilirubinemia indiretta e l'aumento dell'LDH. Spiega anche meno chiaramente la milza ridotta. In questo caso il problema primario consiste in una emolisi cronica e non in un deficit vitaminico.
- **D) Beta-Talassemia**: La beta-talassemia provoca un'anemia **microcitica**, in netto contrasto con il referto diagnostico attuale. Provoca abitualmente splenomegalia e non una milza ridotta di dimensioni. Il quadro di emolisi cronica qui risulta meno caratteristico per questa condizione.
- **E) Anemia immunoemolitica**: La forma immunoemolitica può manifestarsi con anemia emolitica, iperbilirubinemia indiretta e LDH aumentato, ma non spiega adeguatamente la milza ridotta. Manca il contesto clinico tipico e il dato geografico orienta maggiormente verso un'emoglobinopatia ereditaria.

63 **Quale di queste affermazioni riguardanti il carcinoma del surrene è ERRATA:**

A La sopravvivenza media a 5 anni dopo trattamento può essere superiore al 30%

B **Le metastasi si propagano solo per via linfatica**

C Ha un incidenza annuale di 0,5-2 nuovi casi per milione di abitanti

D Ha una prevalenza nel sesso femminile

E Possono essere funzionanti e non funzionanti

Risposta giusta: B

Le metastasi del carcinoma surrenalico si diffondono attraverso la **via linfatica** e la via ematica. Sostenere che la propagazione avvenga esclusivamente per via linfatica è falso. La progressione tumorale include anche l'estensione locale e la disseminazione linfonodale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La sopravvivenza media a 5 anni dopo trattamento può essere superiore al 30%**: La probabilità di **sopravvivenza** a cinque anni supera il trenta per cento nei casi diagnosticati precocemente o trattati radicalmente. Questo valore varia comunque in base allo stadio clinico.
- **C) Ha un incidenza annuale di 0,5-2 nuovi casi per milione di abitanti**: È una neoplasia rara caratterizzata da un'**incidenza** annuale tra 0,5 e 2 casi per milione di abitanti.
- **D) Ha una prevalenza nel sesso femminile**: I registri epidemiologici evidenziano una maggiore **prevalenza femminile**, rendendo coerente questa affermazione.
- **E) Possono essere funzionanti e non funzionanti**: I carcinomi possono presentare attività endocrina con secrezione ormonale, oppure risultare asintomatici senza produzione ormonale.

64 **Una frequente complicanza della sindrome da carcinoide è:**

- **A** **Valvulopatia del cuore destro**
- B Ematemesi
- C Valvulopatia del cuore sinistro
- D Dissecazione aortica
- E Rettorragia

Risposta giusta: A

Le **sostanze vasoattive** prodotte dal tumore entrano nella vena porta o nel sistema venoso portale e raggiungono direttamente il **cuore destro**. Il **polmone** funge da filtro metabolico e degrada gran parte dei mediatori circolanti, tra cui la **serotonina**, salvaguardando l'apparato cardiaco sinistro. Questa protezione anatomica rende caratteristica la **valvulopatia destra**, che interessa prevalentemente la valvola tricuspide e la valvola polmonare.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ematemesi**: L'ematemesi corrisponde al rigurgito di sangue proveniente dall'esofago, dallo stomaco o dal duodeno. Non è un referto tipico né associato meccanicamente alla proliferazione delle cellule neuroendocrine secretanti.
- **C) Valvulopatia del cuore sinistro**: Il cuore sinistro rimane generalmente indenne perché il sangue che lo alimenta proviene già da un letto capillare polmonare. L'attività enzimatica degli endoteli polmonari neutralizza i fattori circolanti prima che possano colpire le strutture valvestri sinistre. L'involucro sinistro risulta quindi un evento sporadico rispetto alla prevalenza di quello destro.
- **D) Dissecazione aortica**: La dissecazione aortica consiste in una lacerazione della tunica intima dell'aorta che provoca un'emorragia intraparietale. Si tratta di un'evenienza vascolare acuta priva di qualsiasi nesso fisiopatologico con l'eccesso di peptidi tumorali rilasciati dai carcinoidi.
- **E) Rettorragia**: La rettorragia indica la presenza di sangue fresco nelle feci ed è frequente in diverse patologie anorettali e del colon inferiore. Non rappresenta una manifestazione diretta né una conseguenza classica della sindrome da carcinoide.

65 **Un paziente di 65 anni si presenta in Pronto Soccorso dopo un abbondante pasto con dolore acuto in ipocondrio destro e comparsa di vomito. L'obiettività mostra un addome trattabile ma dolorabile elettivamente in ipocondrio destro. Gli esami emato chimici mostrano una lieve leucocitosi con incremento della bilirubina totale e diretta. Quale esame diagnostico richiedi in prima istanza?**

A Gastroscopia
B RM addome-pelvi
C TC addome con mezzo di contrasto
D **Ecografia addome**
E RX torace

Risposta giusta: D

Il dolore in ipocondrio destro dopo un pasto abbondante, con vomito e aumento della bilirubina, fa sospettare una patologia della **colecisti** o delle vie biliari, come una colica biliare o una colecistite. L'**ecografia** è l'esame di prima scelta: è rapida, non invasiva, facilmente disponibile in Pronto Soccorso e permette di rilevare calcoli, distensione della colecisti e segni di infiammazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gastroscopia**: La gastroscopia non è indicata come primo esame, perché il quadro orienta verso una causa biliare e non verso una patologia gastrica o duodenale.
- **B) RM addome-pelvi**: La RM può essere molto utile per studiare le vie biliari, ma non è l'esame di prima istanza perché è più lunga e meno immediata nel contesto acuto.
- **C) TC addome con mezzo di contrasto**: La TC può essere utile nei casi dubbi o per valutare complicanze, ma non è il primo esame per una sospetta patologia biliare iniziale. In questo caso l'ecografia è più appropriata e informativa come primo passaggio.
- **E) RX torace**: La radiografia del torace può avere un ruolo in altri contesti di dolore addominale o toracico, ma qui non aiuta a chiarire il sospetto principale.

66 **Quale delle seguenti patologie rientra nella diagnosi differenziale di dolore epigastrico?**

A Malattia da reflusso gastroesofageo

B Tutte le altre risposte sono corrette

C Pancreatite acuta lieve

D Infarto miocardico

E Ulcera gastrica

Risposta giusta: B

Il dolore epigastrico richiede una **diagnosi differenziale** che integri disturbi **gastrointestinali** e condizioni **extra-addominali**. Poiché tutte le patologie elencate possono manifestarsi con questo sintomo, la scelta che le comprende tutte risulta quella esatta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia da reflusso gastroesofageo**: Il reflusso gastroesofageo entra tra le cause possibili. Si manifesta con bruciore retrosternale ma anche con dolore o fastidio epigastrico. La sua menzione isolata non esaurisce le alternative diagnostiche.
- **C) Pancreatite acuta lieve**: La pancreatite acuta lieve è inclusa nel quadro clinico. Provoca un dolore epigastrico spesso intenso che talvolta si irradia posteriormente. Va sempre considerata ma rimane incompleta come unica opzione.
- **D) Infarto miocardico**: L'infarto miocardico non va mai dimenticato. Può presentarsi in modi atipici e simulare un dolore epigastrico. Conferma la necessità di uno screening ampio ma non sostituisce le altre voci.
- **E) Ulcera gastrica**: L'ulcera gastrica è una causa classica riconosciuta. Il sintomo rispecchia spesso un legame con i pasti o si associa a dispepsia. Resta però un'opzione parziale rispetto al elenco completo.

---

67 **Nella classificazione TNM del carcinoma mammario, a quale dimensione corrisponde T2?**

A >20 e ≤50 mm

B >10 e ≤20 mm

C >5 e ≤10 mm

D >50mm

E >1 e ≤5 mm

Risposta giusta: A

Nella classificazione TNM il prefisso T descrive la **dimensione del tumore primitivo**. La categoria $\mathrm{T2}$ indica una lesione maggiore di $20\ \mathrm{mm}$ e non superiore a $50\ \mathrm{mm}$. Questo intervallo garantisce una **standardizzazione precisa** della stadiazione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) >10 e ≤20 mm**: Non è corretto perché questa fascia corrisponde a un tumore più piccolo, limitato fino a $20\ \mathrm{mm}$, che non rientra nella classificazione $\mathrm{T2}$.
- **C) >5 e ≤10 mm**: No, questa opzione indica una dimensione troppo piccola per $\mathrm{T2}$, collocandosi ancora in una fase iniziale di sviluppo.
- **D) >50mm**: Sbagliato poiché oltre i $50\ \mathrm{mm}$ si entra in una categoria anatomica più avanzata, escludendo definitivamente la voce $\mathrm{T2}$.
- **E) >1 e ≤5 mm**: Anche questa risposta presenta una misura molto ridotta che non può corrispondere al **criterio dimensionale** richiesto per $\mathrm{T2}$.

68 **I vasi linfatici del terzo superiore della vagina drenano direttamente verso:**

- **A** **Linfonodi iliaci**
- **B** Linfonodi lombari
- **C** Linfonodi mesenterici
- **D** Linfonodi inguinali superficiali
- **E** Linfonodi peri-aortici

Risposta giusta: A

Il **drenaggio linfatico** della vagina varia lungo il suo asse verticale. La porzione più alta segue i vasi pelvici profondi e convoglia direttamente verso i **linfonodi iliaci**. Questa specificità anatomica risulta essenziale per la stadiazione oncologica e la chirurgia ginecologica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Linfonodi lombari**: I gruppi lombari non captano fluido dal terzo vaginale superiore. Raccolgono materiali linfatici da apparati retroperitoneali posteriori dell'addome, anatomicamente distinti dai percorsi vaginali.
- **C) Linfonodi mesenterici**: La rete mesenterica rimane esterna al bacino. Questi noduli filtrano esclusivamente la linfa dall'**intestino** e dagli anse digestive, senza alcun legame con la sfera genitale femminile.
- **D) Linfonodi inguinali superficiali**: I collettori inguinali superficiali non gestiscono il tratto alto. Essi ricevono principalmente la linfa della **porzione inferiore** della vagina e delle strutture cutanee superficiali del perineo.
- **E) Linfonodi peri-aortici**: Non esiste un collegamento diretto tra questo tratto e le stazioni retroperitoneali superiori. I linfonodi peri-aortici intervengono su drenaggi provenienti da **organi addominali** e vie linfatiche profonde.

69 **In seguito ad aggressione, un ragazzo di 25 anni riporta fratture della IX e X costa di sinistra. Quale indagine diagnostica, oltre all'RX del torace, è mandatoria e da eseguire per prima in questo caso?**

- **A** **Ecografia dell'addome**
- **B** TC addome con mezzo di contrasto
- **C** RM addome
- **D** TC torace con mezzo di contrasto
- **E** Ecocardiografia

Risposta giusta: A

Le **fratture delle coste inferiori** sinistra espongono a rischio **lesioni della milza** e di altri visceri addominali. L'**ecografia addominale** garantisce uno **screening iniziale** immediato e non invasivo per ricercare **liquido libero** ed eventuale emorragia interna. Si esegue prioritariamente dopo la radiografia del torace.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) TC addome con mezzo di contrasto**: La TC addominale con mezzo di contrasto è accurata ma richiede più tempo e movimentazione del paziente; l'ecografia rimane comunque lo step diagnostico primario per un rapido orientamento clinico.
- **C) RM addome**: La risonanza magnetica non è adatta al trauma acuto perché necessita di tempi lunghi e risulta poco praticabile nei protocolli di valutazione d'urgenza.
- **D) TC torace con mezzo di contrasto**: La TC del torace valuta strutture polmonari e vascolari superiori, mentre le fratture costali basse a sinistra orientano il sospetto patologico verso i compartimenti addominali sottostanti.
- **E) Ecocardiografia**: L'ecocardiografia studia esclusivamente il cuore e il pericardio in presenza di instabilità emodinamica o traumi centrali penetranti, risultando irrilevante per lo screening degli organi addominali.

70 **Una donna di 74 anni deve essere sottoposta a gastrectomia totale per un carcinoma del corpo gastrico. Quale delle seguenti arterie è più frequentemente oggetto di varianti anatomiche e deve essere ispezionata con attenzione prima della legatura/sezione?**

- **A** **Gastrica sinistra**
- **B** Gastrica destra
- **C** Splenica
- **D** Gastroepiploica
- **E** Gastroduodenale

Risposta giusta: A

L'arteria gastrica sinistra è fondamentale per la piccola curvatura e il cardias. Presenta frequenti **varianti anatomiche** nel suo decorso e nei suoi rami. Richiede identificazione precisa prima della legatura o della sezione durante la gastrectomia totale, per ottenere un efficace controllo emostatico ed evitare sanguinamenti o dissezioni erronee.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Gastrica destra**: La gastrica destra dimostra una certa variabilità strutturale. Viene descritta come meno critica e meno frequentemente segnalata rispetto alla gastrica sinistra nella resezione completa dello stomaco.
- **C) Splenica**: La splenica può assumere percorsi non convenzionali. Non viene generalmente indicata come principale vaso da monitorare per anomalie anatomiche durante la ligatura della gastrectomia totale.
- **D) Gastroepiploica**: La gastroepiploica rifornisce principalmente la grande curvatura. Non costituisce la voce classica relativa al controllo delle alterazioni anatomiche richieste in questa operazione.
- **E) Gastroduodenale**: La gastroduodenale va riconosciuta prevalentemente nelle procedure pancreatoduodenali. Non è considerata la struttura più soggetta a variabilità in questo specifico contesto chirurgico.

71 **Una donna di 55 anni esegue accertamenti in seguito alla comparsa di un nodulo tiroideo. Al termine degli approfondimenti la diagnosi è carcinoma midollare della tiroide in quadro di MEN 2. Quale delle seguenti neoplasie, oltre al carcinoma midollare della tiroide, è tipica della MEN 2?**

A Tumori endocrini del pancreas
B Tumori ipofisari
C Tumori della corteccia surrenalica
D Angiofibroma
E Feocromocitoma

Risposta giusta: E

La MEN 2 è caratterizzata da neoplasie a **origine neuroendocrina** derivate dalla cresta neurale. Il **feocromocitoma** costituisce l'associazione sistemica al carcinoma midollare della tiroide. Entrambe le strutture provengono rispettivamente dalla **midollare** del surrene e dalle **cellule C** dell'organo tiroideo. La valutazione del rachide surrenalico richiede sempre lo screening per questa specifica patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tumori endocrini del pancreas**: I tumori endocrini del pancreas appartengono alla sindrome MEN 1, che comprende altresì adenomi paratiroidei e lesioni ipofisarie.
- **B) Tumori ipofisari**: I tumori ipofisari rientrano nella triade diagnostica della MEN 1 e non condividono il profilo di rischio delle forme Multiple Endocrine Neoplasia di tipo 2.
- **C) Tumori della corteccia surrenalica**: Nella MEN 2 la sede surrenalica colpita è la porzione midollare che origina il feocromocitoma, mentre le neoplasie della corteccia surrenalica non fanno parte del fenotipo.
- **D) Angiofibroma**: L'angiofibromo può comparire in altri contesti clinici ma non figura tra le neoplasie caratteristiche della MEN 2.

72 **Un paziente di 82 anni, cardiopatico e obeso, affetto da diverticoli del colon viene operato per un quadro di addome acuto. All'esplorazione chirurgica si evidenzia una peritonite stercoracea. Come proseguirà l'intervento?**

A Lavaggio del cavo e chiusura della parete con drenaggi multipli

B Colectomia totale con ileostomia

C **Resezione colica secondo Hartmann**

D Identificazione della perforazione, accurata rafia con protezione con omento

E Resezione colica con anastomosi colo-rettale

Risposta giusta: C

In un paziente anziano, cardiopatico e obeso con peritonite stercoracea il rischio operatorio è molto elevato. La forte **contaminazione fecale** impedisce la creazione di un'anastomosi sicura per l'elevato rischio di **deiscenza**. L'approccio chirurgico standard più prudente prevede la resezione del tratto malato con confezionamento di una colostomia terminale e la chiusura del moncone rettale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lavaggio del cavo e chiusura della parete con drenaggi multipli**: Il solo lavaggio e i drenaggi multipli risultano insufficienti poiché non eliminano la fonte di infezione; è indispensabile resecare il segmento colico perforato.
- **B) Colectomia totale con ileostomia**: La **colectomia** totale con ileostomia è un intervento eccessivo e non indicato di routine; si riserva esclusivamente a patologie specifiche non riconducibili alla perforazione diverticolare locale.
- **D) Identificazione della perforazione, accurata rafia con protezione con omento**: La semplice **rafia** protetta dall'omento non è adeguata in un quadro così grave ed è riservata solo a casi selezionati con parete intestinale sana.
- **E) Resezione colica con anastomosi colo-rettale**: La resezione con anastomosi diretta in un addome gravemente infetto espone a un rischio elevatissimo di fallimento delle suture e complicanze settiche.

73 **Una neonata nasce, alla 38a settimana di gestazione, da taglio cesareo elettivo per ernia diaframmatica congenita sinistra diagnosticata già in età prenatale. Quale di queste affermazioni è corretta riguardo il timing chirurgico?**

A L'intervento è urgente ed è l'unico modo di ridurre l'ipertensione polmonare

B L'intervento è urgente e va eseguito subito dopo la nascita

C L'intervento è urgente e va eseguito necessariamente entro 12 ore, dopo aver corretto il distress respiratorio e l'ipertensione polmonare

D **L'intervento non è urgente e va eseguito dopo aver migliorato la funzionalità respiratoria e corretta l'ipertensione polmonare**

E L'intervento è urgente e va eseguito necessariamente entro 24 ore, dopo aver corretto il distress respiratorio e l'ipertensione polmonare

Risposta giusta: D

Nella ernia diaframmatica congenita il problema immediato è il **distress respiratorio** e la conseguente **ipertensione polmonare**, non il difetto anatomico isolato. La chirurgia non deve essere eseguita d'urgenza nel neonato. Si procede prima con una fase di **stabilizzazione clinica** che ottimizzi la funzione polmonare e riduca la pressione vascolare. Solo al raggiungimento della stabilità si opera.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) L'intervento è urgente ed è l'unico modo di ridurre l'ipertensione polmonare**: L'ipertensione polmonare non si risolve esclusivamente con un intervento urgente. Viene inizialmente trattata mediante supporto respiratorio e terapia intensiva. La chirurgia ha lo scopo di correggere la malformazione strutturale, ma non agisce come misura immediata per gestire la crisi respiratoria e vascolare acuta.
- **B) L'intervento è urgente e va eseguito subito dopo la nascita**: Operare subito dopo la nascita è una pratica superata. Un intervento precoce in condizioni respiratorie instabili peggiora la prognosi. Il neonato necessita innanzitutto di stabilizzazione e ottimizzazione dei parametri vitali prima di qualsiasi azione chirurgica.
- **C) L'intervento è urgente e va eseguito necessariamente entro 12 ore, dopo aver corretto il distress respiratorio e l'ipertensione polmonare**: Non esiste una finestra temporale fissa di 12 ore. Il criterio guida è l'equilibrio clinico e non il numero di ore trascorse dalla nascita. L'intervento avviene quando il paziente è sufficientemente stabile, indipendentemente dal tempo decorso.
- **E) L'intervento è urgente e va eseguito necessariamente entro 24 ore, dopo aver corretto il distress respiratorio e l'ipertensione polmonare**: Similmente alla risposta precedente, mancano finestre rigide di 24 ore per la chirurgia. Conta lo stato fisiologico del paziente e non l'orologio. La tempistica segue il miglioramento progressivo dei parametri emodinamici e respiratori e non scatta automaticamente entro un limite orario prefissato.

74 **La formula di Parkland, nota anche come formula di Baxter, è utilizzata per stimare:**

A L'apporto calorico nel paziente sottoposto a chirurgia bariatrica

B **Il fabbisogno di liquidi nel paziente ustionato**

C La quantità di feci prodotte nel paziente sottoposto a colectomia

D L'escrezione urinaria di proteine nel paziente con sindrome nefrosica

E La produzione di saliva nel paziente con adenoma pleomorfo

Risposta giusta: B

La formula di Parkland (o di Baxter) stima il **fabbisogno di liquidi** nei pazienti con grandi ustioni. Si utilizza nelle prime 24 ore per gestire la **fluidoterapia iniziale** e prevenire lo **shock ipovolemico**. Il calcolo si fonda su due parametri: il **peso corporeo** e la **percentuale di superficie ustionata** (%TBSA).

Perché le altre sono sbagliate

- **A) L'apporto calorico nel paziente sottoposto a chirurgia bariatrica**: Il fabbisogno calorico in ambito chirurgico o bariatrico richiede strumenti di valutazione nutrizionale dedicati, mentre questa formula è riservata alla rianimazione idrica.
- **C) La quantità di feci prodotte nel paziente sottoposto a colectomia**: Lo stimolo delle evacuazioni dopo una colectomia rientra nel monitoraggio della funzionalità gastrointestinale e non ha connessione con il bilanciamento idrico postustione.
- **D) L'escrezione urinaria di proteine nel paziente con sindrome nefrosica**: La valutazione delle proteine urinarie nella sindrome nefrosica avviene tramite analisi del campione di urine, non mediante equazioni di rianimazione.
- **E)** La produzione di saliva dipende dalla fisiologia delle ghiandole salivari e dalla patologia tumorale correlata, campi completamente estranei alla gestione traumaologica.

---

75 **La sindrome di Rokitansky è caratterizzata da:**

A Agenesia vaginale e presenza di utero e ovaie

B Nessuna delle altre risposte è corretta

C **Agenesia vaginale, assenza di utero e presenza di ovaie**

D Agenesia vaginale con assenza di utero e ovaie

E Assenza di utero e ovaie

Risposta giusta: C

La sindrome di Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser è una malformazione congenita che si manifesta con **agenesia vaginale** e **assenza dell'utero** o un segmento rudimentale, mantenendo invece **ovaie funzionali** intatte. Questa condizione garantisce il normale sviluppo degli **caratteri sessuali secondari**. Il quadro clinico corrisponde quindi alla combinazione anatomico-funzionale indicata nell'opzione C.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Agenesia vaginale e presenza di utero e ovaie**: La patologia non include un utero normale, poiché questo deriva da un'ipogenesi dei canali di Müller ed è sempre assente o gravemente ipoplatico.
- **B) Nessuna delle altre risposte è corretta**: Da scartare poiché l'opzione C riporta fedelmente tutti i tratti diagnostici e funzionali tipici della malattia.
- **D) Agenesia vaginale con assenza di utero e ovaie**: Le ovaie non derivano dai dotti mesonefrici interessati dal difetto, perciò non vengono mai eliminate nella sindrome di Rokitansky.
- **E) Assenza di utero e ovaie**: Condivide l'errore della casella precedente, attribuendo erroneamente anche l'agenesia ovarica al disturbo embriogenetico.

---

76 **La Gonadotropina Corionica è un ormone:**

A Nessuna delle altre risposte è corretta
B Steroideo
C **Glicoproteico**
D Proteico
E Glicolipidico

Risposta giusta: C

La gonadotropina corionica (hCG) è classificabile tra le **glicoproteine**. La sua architettura molecolare combina una base amminoacidica a catene oligosaccaridiche. Questa modifica post-traduzionale previene la degradazione renale e ottimizza l'affinità per i recettori di membrana. La secrezione avviene a carico del trofoblasto durante la fase embrionale e fetale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nessuna delle altre risposte è corretta**: risulta inesatta in quanto la lettera C soddisfa pienamente il requisito di identificazione strutturale richiesto dal quesito.
- **B) Steroideo**: gli steroidei nascono dal **colesterolo** e seguono meccanismi intracellulari, distinguendosi nettamente dall'elevata massa molecolare e dalla dipendenza da vie di segnalazione extracellulare tipica di questa glicoproteina.
- **D) Proteico**: la semplice qualifica proteica tralascia la natura composita della molecola, rendendo la denominazione incompleta sotto il profilo della biochimica endocrina.
- **E) Glicolipidico**: i glicolipidi associano porzioni lipidiche a carboidrati per funzioni di integrità membranaria, mentre l'hCG possiede uno scheletro peptidico dominante.

---

77 **Quali strutture costituiscono normalmente il cordone ombelicale?**

A **Una vena, due arterie e gelatina di Wharton**
B Una vena, due arterie e chorion
C Un'arteria, due vene e gelatina di Wharton
D Una vena, un'arteria e chorion
E Un'arteria, una vena e l'amnios

Risposta giusta: A

Il cordone ombelicale normale presenta **tre vasi** sanguigni: **una vena** e **due arterie**. Questi elementi sono immersi nella **gelatina di Wharton**, tessuto connettivo mucoso che mantiene separati i vasi evitando la loro compressione durante la gestazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Una vena, due arterie e chorion**: Riporta il corretto gruppo vascolare ma introduce un elemento estraneo. Il corion non fa parte del cordoncillo e va sostituito con la vera matrice di protezione interna rappresentata dalla gelatina di Wharton.
- **C) Un'arteria, due vene e gelatina di Wharton**: Inverte correttamente i vasi insieme alla gelatina di Wharton ma scambia funzioni e quantità. La circolazione fetale fisiologica prevede una vena diretta al bambino e due arterie rivolte verso la placenta, non il contrario.
- **D) Una vena, un'arteria e chorion**: Non valida poiché il corion è una membrana extraembrionale esterna. Il calcolo dei vasi inoltre è incompleto: nell'anatomia standard esistono due arterie e non una sola.
- **E) Un'arteria, una vena e l'amnios**: Fallisce su due presupposti anatomici. Indica un'arteria singola anziché due e associa l'amnio come struttura portante. L'amnio ricopre esternamente il cordoncillo ma non costituisce il materiale di riempimento e sostegno centrale.

---

78 **Una donna di 38 anni presenta eccessivo sanguinamento vaginale un'ora dopo parto spontaneo di un neonato maschio (il suo terzo figlio), di peso di 4400 grammi. Il travaglio è durato 7 ore con somministrazione di ossitocina nel corso delle ultime due ore. Quale delle seguenti è la causa statisticamente più probabile per la sua emorragia post-partum?**

A Inversione uterina
B Trauma del tratto genitale
C **Atonia uterina**
D Disordine della coagulazione
E Tessuto placentare ritenuto

Risposta giusta: C

La causa più frequente di emorragia post-partum è l'**atonia uterina**, che impedisce una adeguata **contrazione** del muscolo dopo il distacco della placenta. In questa paziente convergono fattori di rischio noti: **multiparità**, feto di grandi dimensioni (**macrosomia**) e somministrazione di **ossitocina**, tutti associati a affaticamento del miometrio. Per estesione statistica e clinica questa rimane l'ipotesi primaria da considerare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Inversione uterina**: Rappresenta una complicanza rara che si manifesta con dolore acuto, shock ipovolemico e massa uterina visibile. Non corrisponde al profilo di incidenza attesa nel quadro descritto.
- **B) Trauma del tratto genitale**: Lacerazioni cervicali o vaginali causano sanguinamento ma si sospettano tipicamente quando l'utero risulta ben contratto. Il quadro clinico oriente invece primariamente verso un difetto di tono muscolare.
- **D) Disordine della coagulazione**: Può aggravare il sanguinamento ma risulta molto meno probabile come causa iniziale. Si valuta solo alla presenza di anamnesi specifiche come diatesi emorragica, preeclampsia severa o coagulazione intravascolare disseminata.
- **E) Tessuto placentare ritenuto**: Il tessuto placentare incompleto ostacola la retrazione uterina ed è una fonte importante di sanguinamento. Resta tuttavia meno probabile della atonia per frequenza relativa, spesso associato a secondamento difficoltoso o placenta non completa.

79 **Tutti i seguenti farmaci attraversano la placenta, tranne:**

A Pirimetamina
B **Eparina**
C Warfarin
D Carbimazolo
E Tetracicline

Risposta giusta: B

L'eparina non supera la **barriera placentare** grazie alla sua elevata **massa molecolare**. Questa caratteristica fisica garantisce la sicurezza terapeutica in gravidanza.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pirimetamina**: La pirimetamina passa rapidamente alla circolazione fetale e altera il **metabolismo dei folati**, interferendo con la replicazione cellulare.
- **C) Warfarin**: Il warfarin attraversa la placenta e manifesta una spiccata **teratogenicità**, inducendo specifiche malformazioni embrionali.
- **D) Carbimazolo**: Il Carbimazolo raggiunge il tessuto fetale e comporta un rischio documentato di effetti avversi, richiedendo un controllo medico rigoroso.
- **E) Tetracicline**: Le tetracicline penetrano nel feto e si depositano nei tessuti calcificati, ostacolando la normale formazione di ossa e denti.

---

80 **Una donna gravida di anni 30, a seguito di una valutazione ecografica del primo trimestre, viene informata che il feto ha un rischio maggiore di 1/250 di avere la sindrome di Down. Qual è la tecnica invasiva di diagnosi prenatale più utilizzata per l'eventuale conferma alla sedicesima settimana di gestazione in Italia?**

A **Prelievo di liquido amniotico per analisi del cariotipo fetale**
B Nessuna delle altre risposte è corretta
C Prelievo di sangue materno per analisi del cariotipo fetale
D Prelievo di villi coriali per analisi del cariotipo fetale
E Prelievo di sangue cordonale per analisi del cariotipo fetale

Risposta giusta: A

Alla sedicesima settimana l'**amniocentesi** è la procedura invasiva di elezione per confermare sospetti di anomalie cromosomiche. Il prelievo di liquido amniotico fornisce cellule fetali sufficienti per il **cariotipo**, permettendo una diagnosi definitiva nel secondo trimestre.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Nessuna delle altre risposte è corretta**: L'affermazione è errata poiché esiste già una risposta valida indicata dall'amniocentesi.
- **C) Prelievo di sangue materno per analisi del cariotipo fetale**: L'analisi del sangue materno rientra negli **screening non invasivi** basati sul DNA fetale circolante e non fornisce un cariotipo diagnostico completo.
- **D) Prelievo di villi coriali per analisi del cariotipo fetale**: La villocentesi si esegue abitualmente nel primo trimestre di gestazione e non rappresenta la metodica standard alla sedicesima settimana.
- **E) Prelievo di sangue cordonale per analisi del cariotipo fetale**: Il prelievo di sangue cordonale è una tecnica invasiva riservata a casi particolari che richiedono dati ematologici specifici o quando altre procedure non sono tecnicamente realizzabili.

---

81 **Quale infezione congenita è caratterizzata da turbe neurologiche, alterazioni oculari, idrocefalia e calcificazioni cerebrali?**

A Leishmaniosi
B Gonorrea
C Malattia da Echovirus
D Sifilide
E Toxoplasmosi

Risposta giusta: E

La **toxoplasmosi** congenita è un'infezione classica del gruppo TORCH causata dal protozoo *Toxoplasma gondii*. L'agente penetra attraverso la placenta, invade il sistema nervoso centrale e l'occhio, provocando **idrocefalia** e **calcificazioni** cerebrali diffuse. Questo insieme sintomatologico ne garantisce il riconoscimento diagnostico immediato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Leishmaniosi**: La leishmaniosi non rientra nelle infezioni verticali con targeting neurale fetale. La trasmissione richiede un vettore artropode e la patologia si concentra su forme viscerali o cutanee dopo la nascita.
- **B) Gonorrea**: La gonorrea si trasmette durante il travaglio e determina principalmente congiuntivite neonatale. Non origina lesioni encefaliche, dilatazioni ventricolari né depositi calcifici parenchimali.
- **C) Malattia da Echovirus**: Gli echovirus inducono meningiti e sindromi perinatali, ma non rispettano il pattern malformativo fetale. La confusione concettuale nasce dall'assumere quadri acuti postnatali come difetti strutturali embrionali.
- **D) Sifilide**: La sifilide congenita si manifesta con epatomegalia, eruzioni cutanee e alterazioni osteocondrali. Manca la componente neurologica progressiva e i depositi radiodensi tipici del quadro descritto.

82 **In ambito di procreazione medicalmente assistita, quale tra le seguenti tecniche di laboratorio è la più recente?**

- **A** **IntraCytoplasmatic Sperm Injection**
- **B** Zygote Intra Fallopian Transfer
- **C** Gamete Intra Fallopian Transfer
- **D** Fertilizzazione in Vitro ed Embryo Transfer
- **E** Artificial Insemination by Husband

Risposta giusta: A

La ICSI rappresenta l'evoluzione più avanzata della procreazione assistita grazie alla **iniezione diretta** di un singolo spermatozoo nell'ovocita. Questo metodo supera i limiti della **fecondazione classica** e permette di gestire forme di **infertilità maschile severa**. Storicamente costituisce l'innovazione più recente tra le opzioni elencate.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Zygote Intra Fallopian Transfer**: Lo Zygote Intra Fallopian Transfer prevede la raccolta dello zigote dopo fecondazione esterna e il suo inserimento nelle tube uterine. Venne ideata come passo intermedio di ricerca e fu sostituita dalla ICSI per la maggiore efficienza clinica.
- **C) Gamete Intra Fallopian Transfer**: Il Gamete Intra Fallopian Transfer è una procedura ormai abbandonata che consiste nel trasferire i gameti direttamente nelle tube di Falloppio. Risale a un periodo storico precedente ed è superata dalle tecniche moderne.
- **D) Fertilizzazione in Vitro ed Embryo Transfer**: La Fertilizzazione in Vitro ed Embryo Transfer è stata una pietra miliare storica ma affida l'accoppiamento al libero contatto degli gameti in capsula. Fu sviluppata prima della tecnica di iniezione intracitoplasmatica e non risolve autonomamente le criticità dello spermatozoa.
- **E) Artificial Insemination by Husband**: L'Artificial Insemination by Husband è una delle metodiche più antiche e semplici, basata sull'introduzione dello sperma nel tratto genitale femminile. Precede cronologicamente tutti gli interventi di laboratorio sulla fecondazione.

83 **La capsulite adesiva della spalla, nota anche come "spalla congelata", si può frequentemente associare a tutte le sottoindicate condizioni tranne UNA:**

A Patologie autoimmuni
B Neuropatie
C **Sindrome di Pellegrini-Stieda**
D Diabete mellito
E Neoplasie

Risposta giusta: C

La capsulite adesiva è un processo infiammatorio e fibrotico della capsula articolare favorito da alterazioni metaboliche. Condizioni sistemiche come **diabete**, neuropatie, patologie autoimmuni e neoplasie aumentano significativamente il rischio. L'opzione esclusa riguarda una patologia del **ginocchio**, priva di qualsiasi legame clinico con la sintomatologia della spalla congelata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Patologie autoimmuni**: Le patologie autoimmuni mantengono uno stato infiammatorio cronico sistemico, che promuove rigidità articolare e facilita lo sviluppo della capsulite adesiva.
- **B) Neuropatie**: Le neuropatie compromettono la funzionalità e il trofismo degli arti, creando un contesto favorevole alla fibrosi capsulare della spalla. Rappresentano un'associazione clinica riconosciuta.
- **D) Diabete mellito**: Il diabete mellito mostra uno dei legami più documentati con questa condizione; l'elevata prevalenza deriva dai cambiamenti metabolici che alterano i tessuti connettivi.
- **E) Neoplasie**: Le neoplasie possono essere collegate alla formazione di tessuto fibroso intra-articolare attraverso meccanismi diretti o indiretti, come quadri paraneoplastici o immobilizzazione prolungata.

84 **Quale di queste affermazioni NON è corretta?**

A Il rischio di frattura da osteoporosi aumenta dopo la menopausa

B Il rischio di frattura è maggiore nelle pazienti osteoporotiche fumatrici

C **Una frattura da osteoporosi frequente è quella della diafisi femorale**

D La frattura vertebrale è una frattura da osteoporosi molto frequente in donne di 60 70 anni

E Il rischio di frattura aumenta se il T-score della mineralometria ossea (DEXA) è inferiore a -3

Risposta giusta: C

Le fratture da fragilità colpiscono soprattutto **vertebre, femore prossimale e polso**. La diafisi femorale non è una sede tipica delle fratture osteoporotiche frequenti ed è più associata a traumi ad alta energia o a condizioni particolari.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il rischio di frattura da osteoporosi aumenta dopo la menopausa**: Corretta. Dopo la menopausa diminuiscono i livelli di estrogeni, accelerando la perdita di massa ossea. Questo è uno dei motivi principali per cui l'osteoporosi è molto più frequente nelle donne in post-menopausa.
- **B) Il rischio di frattura è maggiore nelle pazienti osteoporotiche fumatrici**: Corretta. Il fumo è un fattore di rischio per la salute ossea, perché peggiora il metabolismo dell'osso ed è associato a un aumento del rischio di fratture.
- **D) La frattura vertebrale è una frattura da osteoporosi molto frequente in donne di 60 70 anni**: Corretta. Le fratture vertebrali sono tra le manifestazioni più tipiche dell'osteoporosi e possono comparire nelle donne di 60-70 anni. Spesso sono poco evidenti o persino asintomatiche.
- **E) Il rischio di frattura aumenta se il T-score della mineralometria ossea (DEXA) è inferiore a -3**: Corretta. Più il T-score della DEXA scende, più la densità minerale ossea è ridotta e aumenta il rischio di frattura. Un valore inferiore a -3 indica un'osteoporosi severa o comunque un rischio molto elevato.

85 **Un paziente deve sottoporsi ad intervento chirurgico di artroprotesi d'anca. Dopo l'intervento la profilassi con eparina a basso peso molecolare deve essere effettuata:**

A Solo in presenza di fattori di rischio per trombosi venosa profonda

B Non oltre una settimana per il rischio di emorragia

C **Per 5 settimane**

D Per 3 settimane

E Per 2 settimane

Risposta giusta: C

Dopo un intervento di **artroprotesi d'anca**, la **profilassi antitrombotica** con eparina deve protrarsi per circa 35 giorni. Il rischio di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare permane elevato anche dopo la dimissione. La copertura terapeutica viene pertanto estesa alle **5 settimane** successive all'operazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Solo in presenza di fattori di rischio per trombosi venosa profonda**: La strategia preventiva non va riservata esclusivamente ai casi clinicamente fragili. L'atto chirurgico determina di per sé un rischio tromboembolico alto, imponendo la somministrazione routinaria indipendentemente dai singoli profili individuali.
- **B) Non oltre una settimana per il rischio di emorragia**: Il sospetto di sanguinamento esiste ma non prevale sul beneficio della prevenzione prolungata. Il pericolo tromboembolico è significativo e persiste nel tempo, giustificando una durata superiore alla prima settimana.
- **D) Per 3 settimane**: La tempistica proposta è troppo corta. Non assicura la tutela necessaria durante l'intero arco di massima vulnerabilità post-chirurgica caratteristica di questo intervento.
- **E) Per 2 settimane**: Due settimane rappresentano un periodo inadeguato. Questa durata può trovarsi in altri setting clinici, ma non è sufficiente per una chirurgia maggiore come la protesi d'anca.

86 **Ad un ragazzo di 16 anni viene prescritta una radiografia a seguito della comparsa nelle ultime settimane di forte dolore e tumefazione del ginocchio destro. La radiografia mostra a livello del femore distale destro un'alternanza di aree radiotrasparenti e aree radiopache ed un'immagine "a sole radiante" con presenza di reazione periostale nota come triangolo di Codman. La diagnosi più probabile è:**

- A **Osteosarcoma**
- B Osteomaosteoide
- C Fibrosarcoma
- D Osteoclastoma
- E Cisti ossea

Risposta giusta: A

Il quadro clinico e radiologico è tipico di un tumore osseo maligno primitivo dell'osso. L'età adolescenziale, la sede metafisaria del femore distale e il pattern aggressivo con reazione periostale a **triangolo di Codman** confermano la presenza di **tessuto osteoide** neoplastico. La diagnosi più probabile è quindi l'**osteosarcoma**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Osteomaosteoide**: L'osteoma osteoide causa dolore notturno spesso alleviato dai FANS e si presenta radiologicamente come un piccolo nidus, senza l'aspetto aggressivo descritto nel caso.
- **C) Fibrosarcoma**: Il fibrosarcoma è una neoplasia maligna ma risulta meno probabile in questo contesto clinico e non è classicamente associato al reperto radiologico descritto.
- **D) Osteoclastoma**: Il tumore a cellule giganti predilige la sede epifisaria in soggetti leggermente più anziani e non mostra tipicamente il pattern a sole radiante né il triangolo di Codman.
- **E) Cisti ossea**: La cisti ossea semplice ha un aspetto benigno e non presenta segni di aggressività come la reazione periostale, il triangolo di Codman o l'immagine a sole radiante.

88 **Un ragazzo di 14 anni si presenta al Pronto Soccorso con dolore acuto al testicolo sinistro, nausea e vomito. Il testicolo appare aumentato di volume e caldo al tatto. Il segno di Prehn non è presente. Com'è più opportuno intervenire?**

A Antidolorifici fino alla completa remissione del dolore
B Riposo a letto e sollevamento del testicolo
C Antibiotici orali ad ampio spettro per 7-10 giorni
D **Intervento chirurgico in urgenza entro 6 ore**
E Drenaggio chirurgico

Risposta giusta: D

Il quadro clinico suggerisce una **torsione** testicolare. La comparsa rapida di dolore intenso con nausea e l'assenza del segno di Prehn richiedono un intervento immediato per prevenire **ischemia** e **necrosi**. L'operazione deve avvenire entro 6 ore per detorcere il cordone spermatico e fissare il testicolo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Antidolorifici fino alla completa remissione del dolore**: Gli antidolorifici attenuano la sintomatologia senza trattare la causa meccanica. La compressione dei vasi continua e il danno ischemico progredisce indipendentemente dalla percezione del dolore.
- **B) Riposo a letto e sollevamento del testicolo**: Riposo e sollevamento sono trattamenti conservativi validi per infiammazioni come l'epididimite. In presenza di sospetta torsione queste misure ritardano la terapia salvavita e compromettono la sopravvivenza tissutale.
- **C) Antibiotici orali ad ampio spettro per 7-10 giorni**: Gli antibiotici agiscono sulle infezioni batteriche ma non revocano il blocco circolatorio. Prescrivere questa terapia posticipa l'intervento esponendo il tessuto a danni irreversibili.
- **E) Drenaggio chirurgico**: Il drenaggio si utilizza esclusivamente per raccolte di pus o liquidi infetti. Il problema è vascolare e necessita di una correzione anatomica immediata, non di uno svuotamento.

89 **Un uomo di 58 anni si reca dal proprio Medico di Medicina Generale per la comparsa da circa 3 giorni di febbre, dolore ed edema a livello del testicolo destro. Riferisce inoltre stranguria e pollachiuria. Obiettivamente l'emiscroto si presenta aumentato di volume, caldo al tatto, dolorabile alla palpazione. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Torsione testicolare
B Tutte le altre risposte sono corrette
C Varicocele
D **Orchiepididimite acuta destra**
E Ernia inguinale non complicata

Risposta giusta: D

La presenza di **febbre**, dolore scrotale progressivo e **disturbi urinari** indica un chiaro processo infiammatorio delle vie genitourinarie. Il calore e la dolorabilità confermano il coinvolgimento infettivo dell'epididimo e del testicolo. L'esordio graduale e l'età del paziente rendono questa diagnosi molto più probabile della torsione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Torsione testicolare**: La torsione testicolare si caratterizza per un dolore improvviso e severo senza febbre iniziale né sintomatologia urinaria marcata. Il quadro clinico descritto presenta una chiara **natura infettiva** e non ischemica.
- **B) Tutte le altre risposte sono corrette**: Questa affermazione è errata poiché le alternative proposte hanno eziologie e decorso clinicamente incompatibili tra loro e con il caso riportato.
- **C) Varicocele**: Il varicocele rappresenta una **patologia cronica** che solitamente offre un semplice senso di peso o resta completamente asintomatico. Non presenta mai un esordio acuto con segni flogistici evidenti.
- **E) Ernia inguinale non complicata**: Un'ernia inguinale non complicata può generare una tumefazione inguinale o scrotale ma non induce febbre né calore locale. I sintomi associati al disturbo minzionale escludono totalmente questa possibilità.

90 **L'ematuria può essere causata da:**

A Cistite

B **Tutte le altre risposte sono corrette**

C Tumore della vescica

D Tumore del rene

E Calcolosi reno-ureterale

Risposta giusta: B

L'**ematuria** indica la presenza di **sangue nelle urine** ed è un semplice segno clinico. Questo sintomo può comparire in molte condizioni dell'apparato urinario, tra cui neoplasie, calcolosi o infiammazioni. La scelta che integra tutte le possibilità elencate risulta quindi l'unica completa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cistite**: L'infiammazione della vescica può causare ematuria in genere insieme a bruciore urinario, urgenza minzionale e pollachiuria. Indicano un processo infettivo tipico ma non coprono l'intero spettro delle cause rilevabili.
- **C) Tumore della vescica**: I tumori della vescica si manifestano spesso con ematuria, talvolta anche senza dolore. Rappresentano una fonte di sanguinamento valida ma non esauriscono le altre eziologie possibili.
- **D) Tumore del rene**: Le neoplasie renali possono causare ematuria presentandosi a volte come primo segno clinico. Spiegano un quadro oncologico diverso da quello vescicale ma costituiscono comunque un'ipotesi isolata.
- **E) Calcolosi reno-ureterale**: I calcoli traumatizzano la mucosa delle vie urinarie provocando sangue nelle urine, frequentemente associato a colica renale. Descrivono un meccanismo meccanico corretto ma restano un singolo fattore patologico.

91 **Nell'approccio ad un paziente che ha subito un trauma cranico maggiore qual è la prima azione da compiere?**

A Elettroencefalogramma

B TC encefalo con mezzo di contrasto

C RX cranio

D Terapia antiedemigena

E **Applicare protocollo ABCDE (Airway Breathing Circulation Disability Exposure) secondo le norme ATLS (Advanced Trauma Life Support)**

Risposta giusta: E

La gestione iniziale del trauma maggiore richiede il rispetto sistematico del **protocollo ABCDE**. Prima di qualsiasi esame strumentale, bisogna identificare e trattare immediatamente le condizioni che minacciano la sopravvivenza. Questo ordine prioritario garantisce la **stabilizzazione clinica** prima di indagare la lesione specifica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Elettroencefalogramma**: L'elettroencefalogramma non è un esame di pronto intervento in questo contesto. Riservato a situazioni cliniche selezionate o al monitoraggio tardivo, non influenza la conduzione dell'urgenza iniziale.
- **B) TC encefalo con mezzo di contrasto**: La TC non è la procedura immediata. Va eseguita esclusivamente dopo la fase di stabilizzazione e, nel trauma cranico acuto, si preferisce generalmente la TC senza mezzo di contrasto per ottenere immagini più rapide e mirate alle strutture encefaliche.
- **C) RX cranio**: La radiografia cranica offre un contributo diagnostico molto limitato. Non può sostituire la valutazione clinica iniziale e gli esami di imaging avanzato, risultando spesso inadeguata per caratterizzare correttamente il quadro traumatico.
- **D) Terapia antiedemigena**: I farmaci antiedemigeni non rappresentano il primo passo terapeutico. Vengono instaurati solo successivamente alla valutazione clinica e strumentale, quando emerge un quadro specifico di edema cerebrale che ne richieda l'utilizzo.

92 **Un uomo di 82 anni accede in Pronto Soccorso: da alcuni giorni riferisce difficoltà nella deambulazione, avvertendo la sensazione di gamba destra "pesante". Da circa 2 giorni i figli hanno notato anche disturbi nell'eloquio; gli stessi riferiscono inoltre che circa 4 settimane prima il padre ha subito un trauma cranico da caduta accidentale. In anamnesi il paziente riferisce ipertensione arteriosa in terapia medica, diabete mellito tipo II, fibrillazione atriale (in terapia con warfarin). Alla visita del neurochirurgo il paziente presenta una afasia espressiva e un franco slivellamento dell'arto superiore e inferiore di destra alle prove antigravitarie. Viene eseguita una TC encefalo che dimostra la presenza di una raccolta ematica a forma di semiluna, iso-ipodensa rispetto al parenchima cerebrale (vedi immagine). Qual è la diagnosi più verosimile, considerando le immagini neuroradiologiche e la storia clinica?**

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

Risposta giusta: A

La diagnosi è l'**ematoma sottodurale cronico**. Alla TC mostra una **forma a semiluna** e una **densità iso-ipodensa**, dovute alla progressiva liquefazione del sangue dopo diverse settimane. Il paziente anziano, in terapia con warfarin e con storia di trauma cranico remoto, sviluppa deficit neurologici progressivi (afasia, emiparesi destra) tipici della fase cronica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ematoma sottodurale acuto**: L'ematoma sottodurale acuto compare entro giorni dal trauma ed è iperdenso alla TC. Il decorso subdolo e la densità iso-ipodensa descrivono una fase evolutiva successiva, incompatibile con l'esordio acuto.
- **C) Emorragia intraparenchimale**: L'emorragia intraparenchimale interessa direttamente il tessuto cerebrale, apparendo alla TC come raccolta intra-assiale. Non corrisponde alla falda extra-assiale che comprime la corteccia descritta nell'immagine.
- **D) Ematoma epidurale**: L'ematoma epidurale si associa a trauma cranico recente, spesso con intervallo lucido, e mantaine una morfologia lenticolare (biconvessa). Non evolve in raccolte semilunari né manifestasi insidiosamente a distanza di settimane.
- **E) Emorragia subaracnoidea**: L'emorragia subaracnoidea investa gli spazi liquorali e tipicamente esordisce con cefalea improvvisa e severa, rigidità nucale o rapido decadimento cognitivo. Non genera mai una raccolta extraparenchimali a semiluna.

93 **Una donna di 83 anni, ipertesa, in terapia anche con anticoagulanti, si reca dall'Oculista perché ha notato peggioramento della vista. Nel controllo precedente, risalente a 8 mesi prima, le erano stati riscontrati 10/10 con -1,00 sf bilateralmente. Nel controllo attuale la paziente ha un Visus di 7/10 con -4,00 sf in occhio destro e 9/10 con -2,00 sf in occhio sinistro. Quale tra le seguenti è la causa più probabile di questo peggioramento?**

A Emorragia maculare

B Cataratta

C Maculopatia senile

D Retinopatia Ipertensiva

E Peggioramento della miopia assiale

Risposta giusta: B

In un'anziana, un calo visivo progressivo in pochi mesi associato a un aumento della correzione negativa suggerisce un'opacizzazione del cristallino. La cataratta può causare uno **shift miopico**: la correzione passa da -1,00 in entrambi gli occhi a -4,00 a destra e -2,00 a sinistra. Il cambiamento bilaterale, anche se non perfettamente simmetrico, è il dato più orientante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Emorragia maculare**: Un'emorragia maculare può ridurre la vista, soprattutto in una paziente che assume anticoagulanti, ma in genere il quadro è più acuto e meno silenzioso dal punto di vista refrattivo. Qui il dato chiave è l'aumento della miopia nell'arco di pochi mesi.
- **C) Maculopatia senile**: La maculopatia senile è una possibilità da considerare nell'anziano, ma di solito provoca calo visivo associato a distorsione delle immagini e riduzione della **visione centrale**. Spesso non si accompagna al tipico aumento della miopia correttiva.
- **D) Retinopatia Ipertensiva**: L'ipertensione può danneggiare la retina, ma non spiega bene il peggioramento refrattivo con necessità di aumentare la correzione negativa. La retinopatia ipertensiva dà più spesso **segni funduscopici** che un semplice calo del visus con shift miopico.
- **E) Peggioramento della miopia assiale**: Un peggioramento della miopia assiale è poco probabile a questa età e in un intervallo di tempo così breve. La **miopia assiale** tende a stabilizzarsi nell'adulto; un cambiamento recente associato a calo visivo è molto più compatibile con una cataratta.

94 **Un uomo di 45 anni si reca al Pronto Soccorso lamentando forte dolore e visione offuscata nell'occhio destro, ipermetrope di 6 diottrie, che appare anche molto iperemico. All'esame alla lampada a fessura, oltre all'iperemia congiuntivale e pericheratica, si evidenzia edema corneale, pupilla in media midriasi non reagente agli stimoli luminosi, camera anteriore bassissima; occhio duro alla palpazione. Si può pertanto ritenere che il paziente abbia:**

A Una cherato-congiuntivite virale
B Una cherato-congiuntivite allergica
C Un'abrasione corneale
D **Un attacco acuto di glaucoma**
E Un'emorragia sottocongiuntivale

Risposta giusta: D

Il quadro clinico è tipico di un attacco acuto di **glaucoma ad angolo chiuso**. Si caratterizza per dolore intenso, visione offuscata, edema corneale e **camera anteriore bassissima** con sclera dura alla palpazione. La pupilla appare in **midriasi fissa** perché l'iride ostruisce fisicamente il filtro trabecolare. L'alta ipermetropia agisce da fattore predisponente riducendo naturalmente lo spazio anatomico disponibile.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Una cherato-congiuntivite virale**: Non corrisponde ai segni clinici descritti. Le infezioni virali producono arrossamento, lacrimazione e fastidio lieve, ma non determinano mai un aumento drastico della pressione oculare né alterano la reattività pupillare o la profondità della camera anteriore.
- **B) Una cherato-congiuntivite allergica**: È incompatibile con un quadro di emergenza oculistica. Le reazioni allergiche generano prurito intenso e iperemia ma escludono completamente la presenza di ipertono oculare e paralisi dello sfintere pupillare.
- **C) Un'abrasione corneale**: Può giustificare dolore e fotofobia ma non rende conto della rigidità oculare né dei segni di chiusura angolare. Viene solitamente accompagnata da marcata sensazione di corpo estraneo e lacrimazione persistente.
- **E) Un'emorragia sottocongiuntivale**: Si evidenzia come una chiazze rossa ben circoscritta sopra la congiuntiva bulbare. Non provoca dolore significativo, non modifica la forma della pupilla e non causa mai ipertensione o edema corneale secondario.

95 **Un uomo di 40 anni si sottopone a visita oculistica perché vuole cambiare gli occhiali. Nel corso della visita viene evidenziata in entrambi gli occhi una accentuata escavazione del nervo ottico e uno spostamento nasale dell'emergenza dell'albero vascolare retinico dalla papilla ottica. La pressione endooculare è 15mmHg. Si richiede allora l'esame del Campo Visivo che evidenzia un difetto localizzato tipo "scotoma arciforme" bilateralmente. Il paziente riferisce di non essere affetto da alcuna patologia di rilievo e di essere anzi tendenzialmente ipoteso, avendo generalmente una pressione arteriosa pari a 105/65 mmHg. La diagnosi più probabile è:**

- **A** **Glaucoma a bassa tensione**
- **B** Otticopatia ischemica
- **C** Papilla da stasi
- **D** Drusen del nervo ottico
- **E** Papilla ottica congenitamente ma non patologicamente escavata

Risposta giusta: A

L'**escavazione papillare** con spostamento nasale dei vasi e lo **scotoma arciforme** bilaterale indicano un danno glaucomatoso. La pressione endooculare di 15 mmHg è compatibile con il **glaucoma a tensione normale**. L'ipotensione arteriosa può contribuire a ridurre la perfusione del nervo ottico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Otticopatia ischemica**: L'otticopatia ischemica si manifesta in genere con un calo visivo acuto e, nella forma anteriore, con edema papillare iniziale; il quadro descritto è invece compatibile con un danno glaucomatoso.
- **C) Papilla da stasi**: La papilla da stasi presenta **edema del disco ottico**, non un'escavazione accentuata.
- **D) Drusen del nervo ottico**: Le drusen possono causare difetti del campo visivo, ma si associano tipicamente a una papilla rilevata e dai margini irregolari, non alla caratteristica escavazione glaucomatosa.
- **E) Papilla ottica congenitamente ma non patologicamente escavata**: Un'escavazione fisiologica non spiega il difetto campimetrico arciforme associato ai segni di danno della papilla.

96 **Un uomo di 50 anni si reca in visita dall'otorinolaringoiatra per ostruzione nasale bilaterale, anosmia e cefalea. La moglie riferisce russamento e sonno disturbato da tempo. A seguito di una endoscopia e di una TC viene fatta diagnosi di poliposi nasale. Qual è il miglior trattamento?**

A Utilizzo di cerotti nasali
B Ventilazione meccanica a pressione positiva continua e brimonidina 2 mg/mL
C Cure termali
D Intervento chirurgico in endoscopia
E Radioterapia

Risposta giusta: D

L'**intervento chirurgico endoscopico** rappresenta la terapia di prima scelta per la poliposi nasale conclamata. Il procedimento elimina i depositi polipidei e **ripristina la ventilazione** sinusale. Successivamente si avvale della **terapia farmacologica** per stabilizzare la remissione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Utilizzo di cerotti nasali**: I cerotti nasali offrono solo un lieve sollievo sintomatico temporaneo. Non modulano il processo flogistico sottostante la poliposi.
- **B) Ventilazione meccanica a pressione positiva continua e brimonidina 2 mg/mL**: La ventilazione CPAP gestisce l'apnea ostruttiva del sonno senza modificare l'ostruzione anatomica nasale. La brimonidina non trova alcuna indicazione specifica nella malattia.
- **C) Cure termali**: Le cure termali fungono soltanto da coadiuvanti generali per patologie respiratorie croniche. Non garantiscono alcuna risoluzione strutturale o flogistica del quadro clinico.
- **E) Radioterapia**: La radioterapia è completamente controindicata nella pratica odierna. La patologia è esclusivamente infiammatoria e benigna e non richiede mai irradiamenti.

97 **In quale delle seguenti sindromi è più frequente la palatoschisi?**

A Sindrome di Saint
B Sindrome di Volkmann
C Sindrome di Sudeck
D **Sindrome di Treacher-Collins**
E Sindrome di Whipple

Risposta giusta: D

La sindrome di Treacher-Collins è una malformazione congenita del **primo arco branchiale** che altera lo sviluppo scheletrico del viso. Si osservano ipoplasia zigomatica, micrognatia e displasia auricolare. La **palatoschisi** compare con elevata frequenza ed è l'associazione più rappresentativa tra le opzioni fornite.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di Saint**: La sindrome di Saint definisce una triade gastroenterologica composta da ernia iatale, colelitiasi e diverticolosi del colon. Il quadro clinico resta circoscritto all'apparato digerente senza implicazioni palatine.
- **B) Sindrome di Volkmann**: La sindrome di Volkmann origina da un **danno ischemico** muscolare e nervoso in seguito a fratture o compressione vascolare. Non comporta alterazioni anatomiche del cranio o del cavo orale.
- **C) Sindrome di Sudeck**: La sindrome di Sudeck corrisponde a un'alodistria o sindrome dolorosa regionale complessa di natura neurovascolare acquisita. Si manifesta con dolore cronico e cambiamenti trofici cutanei escludendo patologie congenite.
- **E) Sindrome di Whipple**: La sindrome di Whipple è una **malattia infettiva** sistemica causata dal ceppo *Tropheryma whipplei* che provoca malassorbimento intestinale e artriti. Interessa organi viscerali e apparato locomotore senza coinvolgere mai le strutture facciali.

98 **In un paziente con il sospetto di neurinoma del nervo acustico qual è l'esame più accurato per confermare il dubbio diagnostico?**

A Otoscopia
B **RM con gadolinio**
C RM senza gadolinio
D TC senza mezzo di contrasto
E Otoemissioni acustiche

Risposta giusta: B

Quando si sospetta uno **schwannoma vestibolare**, la **risonanza magnetica con gadolinio** è l'esame di scelta perché visualizza con precisione l'**angolo pontocerebellare** e rileva masse di piccole dimensioni anche nelle fasi iniziali. Il mezzo di contrasto migliora la differenziazione dei tessuti molli, garantendo la massima sensibilità e specificità per confermare la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Otoscopia**: L'otoscopia esplora solo il condotto uditivo esterno e la membrana timpanica, restando esterna alle strutture neurali interne. Non fornisce alcuna informazione sulla profondità anatomica dove origina la lesione.
- **C) RM senza gadolinio**: La risonanza magnetica senza gadolinio può evidenziare formazioni di volume considerevole, ma riduce drasticamente il contrasto delle lesioni minori. Manca la sensitività necessaria per escludere dubbi iniziali con sicurezza.
- **D) TC senza mezzo di contrasto**: La tomografia computerizzata senza mezzo di contrasto valuta principalmente le strutture ossee e non offre la risoluzione necessaria per i tessuti molli del nervo. È significativamente meno accurata nell'identificare il tumore rispetto alla risonanza.
- **E) Otoemissioni acustiche**: Le otoemissioni acustiche verificano la funzionalità cocleare ma non hanno scopo diagnostico morfologico. Rilevano perdite uditive ma non localizzano né caratterizzano lo schwannoma.

99 **Qual è la forma più comune di difetto del setto interatriale (DIA)?**

A DIA tipo seno venoso superiore
B DIA tipo seno venoso inferiore
C DIA tipo seno coronarico
D **DIA tipo ostium secundum**
E DIA tipo ostium primum

Risposta giusta: D

Il difetto del setto interatriale più frequente è il tipo **ostium secundum**. Colpisce principalmente la **fossa ovale** nella parte centrale del setto. Rappresenta la stragrande maggioranza dei casi clinici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) DIA tipo seno venoso superiore**: Anche questa è una forma rara. Occupa una posizione anatomica diversa dalla fossa ovale ed è tipicamente collegata ad anomalie del ritorno venoso polmonare.
- **B) DIA tipo seno venoso inferiore**: Non è la forma più comune. Si tratta di una variante rara che si localizza vicino allo sbocco delle vene cave.
- **C) DIA tipo seno coronarico**: È una patologia decisamente poco comune. Nasce da un'alterazione embriologica del seno coronarico e non costituisce la causa principale dei difetti interatriali.
- **E) DIA tipo ostium primum**: È meno frequente dell'ostium secundum. Spesso si associa a malformazioni del cuscinetto endocardico e rientra nel quadro delle anomalie del setto atrioventricolare.

100 **Ad un paziente di 70 anni viene posta diagnosi di carcinoma del polmone non a piccole cellule. In considerazione dello stadio iniziale della malattia viene posta l'indicazione chirurgica. Che tipo di resezione è consigliabile in presenza di una ridotta riserva respiratoria o di plurime comorbidità?**

A La resezione chirurgica non è tecnicamente eseguibile
B Bilobectomia
C **Segmentectomia/resezione wedge**
D Pneumonectomia
E Lobectomia

Risposta giusta: C

La chirurgia è il trattamento di elezione per il carcinoma polmonare non a piccolo stadio iniziale, ma richiede un **bilancio tra radicalità oncologica e funzionalità respiratoria residua**. Nei pazienti con ridotta riserva polmonare o plurime comorbidità è opportuno optare per una resezione più limitata che preservi il **parenchima sano**. Le **resezioni sublobari** garantiscono la migliore sicurezza funzionale mantenendo efficacia antitumorale nello stadio precoce.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La resezione chirurgica non è tecnicamente eseguibile**: La fattibilità tecnica dell'atto chirurgico non è esclusa, poiché la lesione anatomica si presenta in stadio iniziale. Il reale dilemma decisionale concerne solo la selezione della strategia meno invasiva per ridurre il carico fisiologico e i rischi perioperatori.
- **B) Bilobectomia**: La bilobectomia supera i limiti volumetrici della lobectomia richiedendo l'asportazione di due sezioni polmonari consecutive. Viene riservata esclusivamente a casistiche cliniche molto selezionate e non costituisce una scelta prudente quando la tolleranza generale è scarsa.
- **D) Pneumonectomia**: La pneumonectomia asporta l'intero organo ed è la procedura più demolitiva disponibile. Risultatrebbe controindicata in un quadro di funzionalità già compromessa perché esporrebbe il paziente a un rischio elevatissimo di Insufficienza Respiratoria cronica postoperatoria.
- **E) Lobectomia**: La lobectomia costituisce la tecnica standard nella maggior parte dei carcinomi iniziali, ma presuppone una riserva funzionale adeguata. In un paziente fragile o con capacità polmonare ridotta può risultare eccessivamente gravosa e peggiorarne significativamente la prognosi immediata.

101 **Un paziente fumatore di 75 anni lamenta claudicatio surale destra a intervallo libero di marcia di 350 metri riferita come non invalidante e insorta circa 6 mesi prima. Esegue un ecocolor-Doppler degli arti inferiori che mostra l'ostruzione dell'arteria femorale superficiale destra, con pervietà del restante distretto arterioso. Quale delle seguenti rappresenta l'indicazione terapeutica più corretta?**

A Terapia anticoagulante

B Ricovero per eseguire un intervento chirurgico di confezionamento di bypass femoro-popliteo destro

C Abolizione del fumo

D Controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, ottimizzazione della terapia medica, allenamento al cammino e controllo clinico

E Ricovero per eseguire un'angioplastica dell'arteria femorale superficiale destra

Risposta giusta: D

Il paziente presenta una **claudicatio stabile** con buona capacità di deambulazione e assenza di segni premonitori gravi. L'algoritmo clinico richiede un **approccio conservativo** che unisca la gestione dei comorbidità, la somministrazione di farmaci mirati e un programma strutturato di **esercizio fisico**. Le tecniche di rivascolarizzazione vengono mantenute come opzione residua.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia anticoagulante**: Il trattamento anticoagulante sistematico non è supportato dalle evidenze per la forma cronica non complicata; la stratificazione preventiva punta invece su antiaggreganti e stabilizzatori metabolici.
- **B) Ricovero per eseguire un intervento chirurgico di confezionamento di bypass femoro-popliteo destro**: Il bypass chirurgico è una manovra invasiva destinata esclusivamente a pazienti con sintomatologia severa, resistenza alle terapie mediche o comparsa di ischemia critica.
- **C) Abolizione del fumo**: La disassuefazione dal tabacco resta un pilastro irrinunciabile della riabilitazione vascolare, ma integra il quadro terapeutico senza sostituirlo come indicazione unica e completa.
- **E) Ricovero per eseguire un'angioplastica dell'arteria femorale superficiale destra**: L'intervento endovascolare non si pratica in prima istanza per quadri funzionalmente compromessi minimi; si riserva la fase conservativa per valutarne l'effettiva necessità.

102 **Una donna di 75 anni diabetica esegue un ecocolor-Doppler dei tronchi sovra-aortici, con riscontro di stenosi della carotide interna bilaterale del 40%. La paziente è asintomatica per eventi neurologici. Quale delle seguenti è la terapia medica di prima scelta per la stenosi carotidea asintomatica non critica?**

A Utilizzo dell'eparina non frazionata
B Utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali
C Utilizzo dell'eparina a basso peso molecolare
D **Utilizzo di un farmaco antiaggregante piastrinico**
E Utilizzo della terapia anticoagulante orale

Risposta giusta: D

La terapia medica di prima scelta per una stenosi carotidea asintomatica non critica prevede l'impiego di un antiaggregante piastrinico. Questo intervento riduce il rischio trombotico legato all'aterosclerosi evitando antitrombinici sistemici non necessari. Deve essere associato un controllo aggressivo dei principali fattori di rischio metabolici e pressori. La percentuale di restringimento attuale si attesta al quaranta percento, valore inferiore alla soglia che giustifica un riacquisizione chirurgica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Utilizzo dell'eparina non frazionata**: L'eparina non frazionata richiede somministrazione parentale continua e monitoraggio coagulativo stretto, rendendola completamente incompatibile con una gestione ambulatoriale e prolungata.
- **B) Utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali**: I nuovi anticoagulanti orali condividono identiche limitazioni meccanicistiche e cliniche, non dimostrando efficacia nella prevenzione secondaria per lesioni arteriose non critiche.
- **C) Utilizzo dell'eparina a basso peso molecolare**: L'eparina a basso peso molecolare è riservata a situazioni acute o a profilassi tromboembolica temporanea, risultando quindi inadatta a una terapia cronica stabilizzata per patologie vascolari periferiche.
- **E) Utilizzo della terapia anticoagulante orale**: Gli anticoagulanti orali tradizionali non trovano indicazione nella placca carotidea aterosclerotica asintomatica, poiché il meccanismo patologico non è cardioembolico e tali molecole richiedono invece comorbilità come la fibrillazione atriale.

103 **Quale dei seguenti tumori del testicolo origina da cellule "non germinali"?**

A Seminoma
B Tumore del sacco vitellino
C Corioncarcinoma
D Carcinoma embrionario
E Leydigoma

Risposta giusta: E

Il **Leydigoma** origina dalle cellule di Leydig, elementi stromali interstiziali che secernono testosterone ma non appartengono alla linea riproduttiva. Tutti gli altri neoplasmi elencati indicano origini **germinali**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Seminoma**: Rappresenta il modello principale dei tumori a cellule germinali seminomatose.
- **B) Tumore del sacco vitellino**: Classificato come tumore **germinale**, è tipico dell'età pediatrica e può secernere alfa-fetoproteina.
- **C) Corioncarcinoma**: Si tratta di una neoplasia aggressiva che richiama il tessuto trofoblastico e produce beta-hCG.
- **D) Carcinoma embrionario**: Rientra nel gruppo delle neoplasie a cellule germinali non seminomatose.

---

104 **Nella neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) vi è un aumentato rischio di sviluppare tumori rispetto alla popolazione generale. Oltre alle neoplasie delle guaine dei nervi periferici quali altri tumori sono più frequenti nei pazienti affetti da NF1 rispetto alla popolazione generale?**

A Angiomiolipoma
B Carcinomi basocellulari e carcinoidi intestinali
C Astrocitoma pilocitico
D Carcinoma polmonare e glioma del nervo ottico
E Glioma del nervo ottico e mesotelioma

Risposta giusta: C

Nella neurofibromatosi di tipo 1 aumenta il rischio di neoplasie del **sistema nervoso centrale**. L'**astrocitoma pilocitico** è una massa gliale a basso grado che mostra una frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale. Tra le altre lesioni tipiche figurano i gliomi delle vie ottiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Angiomiolipoma**: L'angiomiolipoma non è associato alla NF1 ed è invece classicamente legato alla **sclerosi tuberosa**.
- **B) Carcinomi basocellulari e carcinoidi intestinali**: Né i carcinomi basocellulari né i carcinoidi intestinali sono neoplasie classiche della NF1. I primi richiamano altre sindromi genetiche e i secondi non presentano un rischio specifico.
- **D) Carcinoma polmonare e glioma del nervo ottico**: Il glioma del nervo ottico è corretto, ma il **carcinoma polmonare** non rappresenta un'associazione caratteristica della NF1. La risposta resta sbagliata nel complesso.
- **E) Glioma del nervo ottico e mesotelioma**: Il glioma del nervo ottico è effettivamente associato a NF1, ma il mesotelioma non è un tumore tipicamente aumentato in questa sindrome, quindi la coppia non è giusta.

105 **Quale delle seguenti affermazioni a proposito del linfoma splenico della zona marginale è ERRATA?**

- A L'interessamento del midollo osseo è frequente
- B Rappresenta meno del 2% di tutti i casi di linfoma
- C L'infiltrazione della milza è di tipo micronodulare
- D La splenectomia costituisce una opzione terapeutica percorribile nei pazienti in buone condizioni generali
- **E In circa il 60% dei casi origina in cellule T-NK e solo nel 40% è di origine B cellulare**

Risposta giusta: E

Il linfoma splenico della zona marginale è una neoplasia a **derivazione B-cellulare**. L'opzione E è errata perché indica un'origine T-NK o mista, contraddicendo il profilo immunofenotipico fondamentale per questa entità nosologica. Le restanti affermazioni descrivono correttamente il quadro clinico e gestionale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** L'interessamento del midollo osseo è frequente. Il decorso della malattia prevede comunemente un **coinvolgimento midollare**, elemento tipico che viene valutato già in fase di stadiazione.
- **B)** Rappresenta meno del 2% di tutti i casi di linfoma. Si tratta di un quadro epidemiologicamente raro, quindi la percentuale indicata riflette fedelmente la sua bassa incidenza complessiva.
- **C)** L'infiltrazione della milza è di tipo micronodulare. La biopsia splenica mostra classicamente un **pattern micronodulare** con occupazione preferenziale della polpa bianca.
- **D)** La splenectomia costituisce un'opzione terapeutica percorribile nei pazienti in buone condizioni generali. L'intervento chirurgico rappresenta una strategia terapeutica valida per i soggetti selezionati e clinicamente idonei.

---

106 **Il tumore di Wilms è una neoplasia:**

- A Polmonare
- B Pancreatica
- C Epatica
- **D Renale**
- E Ossea

Risposta giusta: D

Il tumore di Wilms, detto anche **nefroblastoma**, origina dal **rene**. È uno dei tumori renali più noti dell'**infanzia** e compare tipicamente in età pediatrica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Polmonare**: Il polmone non è coinvolto: il tumore di Wilms è una neoplasia renale.
- **B) Pancreatica**: Il pancreas non è la sede di origine del tumore di Wilms.
- **C) Epatica**: I tumori epatici appartengono a una categoria distinta dal nefroblastoma.
- **E) Ossea**: Le neoplasie ossee sono un gruppo di tumori diverso dal Wilms, che origina dal rene.

---

107 **Qual è l'agente eziologico più frequentemente coinvolto nei paesi industrializzati nelle malattie sessualmente trasmesse?**

A Candida albicans
B Trichomonas vaginalis
C Herpes simplex virus tipo 2
D Gardnerella vaginalis
E Chlamydia trachomatis

Risposta giusta: E

Chlamydia trachomatis è il patogeno più frequente nelle infezioni sessualmente trasmesse nei paesi industrializzati. Spesso decorre in forma **asintomatica**, rimanendo così non diagnosticata e favorendo la **trasmissione** nella popolazione. Questa caratteristica lo rende una delle MST più diffuse ma anche **sottostimate**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** Candida albicans provoca vaginiti e infezioni mucose ma non è considerato un agente tipico o predominante tra le malattie sessualmente trasmesse in quest'ambito epidemiologico.
- **B)** Trichomonas vaginalis è trasmesso sessualmente e può causare sintomi genitali, tuttavia risulta meno frequente nei paesi sviluppati e spesso viene sottovalutato clinicamente.
- **C) Herpes simplex virus tipo 2**: L'herpes simplex virus tipo 2 causa un'infezione genitale importante con andamento ricorrente e lesioni caratteristiche, ma la sua incidenza complessiva rimane inferiore rispetto a quella della clamidia.
- **D)** Gardnerella vaginalis è principalmente associata alla vaginosi batterica, patologia non classificata come malattia sessualmente trasmessa classica, pur potendo risentire dell'attività sessuale.

108 **Nel sospetto di un'otite media in una bambina di 4 anni viene prelevato un essudato dall'orecchio medio. L'esame colturale mostra la crescita di cocchi gram-positivi a coppia. Qual è il microrganismo responsabile dell'infezione?**

A Staphylococcus aureus
B Haemophilus influenzae
C **Streptococcus pneumoniae**
D Neisseria meningitidis
E Streptococcus mitis

Risposta giusta: C

L'esame colturale mostra **cocchi gram-positivi a coppie**, una disposizione nota come diplococco. Questa morfologia associata all'età pediatrica identifica con certezza **Streptococcus pneumoniae**, il principale agente eziologico dell'otite media acuta. I dati microbiologici e clinici risultano pienamente compatibili.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Staphylococcus aureus**: Lo stafilococco si dispone abitualmente in grappoli anziché in coppie. Pur potendo provocare infezioni auricolari, la sua architettura cellulare non corrisponde alla descrizione riportata.
- **B) Haemophilus influenzae**: Sebbene causi frequentemente otite media, si tratta di un coccobacillo gram-negativo. La colorazione e la forma cellulare contraddicono integralmente il referto diagnostico.
- **D) Neisseria meningitidis**: Pur presentandosi come diplococco, possiede una parete di tipo gram-negativo. Predilige quadri clinici meningei o setticemici invece dell'infezione dell'orecchio medio.
- **E) Streptococcus mitis**: Appartiene agli streptococchi viridanti della flora residente orale. Pur manifestando talvolta colorazioni positive, non costituisce il germe patogeno abituale per questa specifica sindrome.

109 **Un paziente di 25 anni al quale viene diagnosticata la Sindrome di Gilbert, agli esami ematici periodici presenta:**

A Iperbilirubinemia persistente
B Iperbilirubinemia fluttuante
C Aumento costante delle transaminasi
D Aumento del colesterolo HDL
E Aumento costante del colesterolo LDL

Risposta giusta: B

La **sindrome di Gilbert** è dovuta a un ridotto attività enzimatica nella **coniugazione della bilirubina**. Questa carenza provoca un accumulo lieve e intermittente del pigmento, che oscilla sensibilmente nel tempo e peggiora durante digiuno, stress, febbre o sforzo fisico. Gli altri parametri ematici epatici restano invece stabili e fisiologici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Iperbilirubinemia persistente**: Seppur corretta nell'indicare una presenza di pigmento, l'aggettivo persistente è fuorviante perché il reperto non è fisso ma varia continuamente in risposta a fattori scatenanti esterni o interni.
- **C) Aumento costante delle transaminasi**: Gli enzimi epatici nelle analisi di routine risultano abitualmente entro i limiti normali; un incremento permanente richiederebbe l'esclusione di un danno parenchimale differente.
- **D) Aumento del colesterolo HDL**: Il quadro clinico non interferisce con il metabolismo dei lipidi circolanti, escludendo qualsiasi alterazione specifica o sistematica dell'HDL.
- **E) Aumento costante del colesterolo LDL**: Non esiste alcun legame con il profilo lipidico plasmatico, poiché la patologia riguarda esclusivamente la gestione degli intermedi biliari e non il colesterolo.

---

110 **Livelli elevati di fosfatasi alcalina sierica possono essere presenti in molte condizioni cliniche. In quale delle seguenti condizioni i livelli di fosfatasi alcalina NON sono aumentati?**

A Ostruzione delle vie biliari
B Malattia di Paget
C Osteosarcoma
D Cirrosi biliare
E Ipoparatiroidismo

Risposta giusta: E

La fosfatasi alcalina sierica aumenta soprattutto in presenza di intensa **attività osteoblastica** o di problematiche alle **vie biliari**. Nell'**ipoparatiroidismo** la ridotta secrezione di PTH altera il metabolismo calcio-fosforo senza determinare incrementi enzimatici significativi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ostruzione delle vie biliari**: Nelle colestasi e nell'ostruzione delle vie biliari l'escrezione della fosfatasi alcalina viene compromessa provocando un rapido accumulo nel siero.
- **B) Malattia di Paget**: La malattia di Paget è caratterizzata da un aumentato turnover osseo che stimola costantemente la produzione di fosfatasi alcalina.
- **C) Osteosarcoma**: L'osteosarcoma è un tumore osseo con intensa attività osteoblastica che si riflette direttamente in valori sierici elevati.
- **D) Cirrosi biliare**: La cirrosi biliare primitiva è una condizione colestatica dove il ristagno favorisce il rilascio dell'enzima determinando un aumento marcato.

111 **Uomo di 50 anni si presenta in Pronto Soccorso per dolore forte a livello del fianco destro, parzialmente irradiato verso la regione inguinale, intermittente. Il dolore non è responsivo ai cambiamenti di posizione. Il paziente si presenta sudato e riferisce episodi di nausea. Viene posto il sospetto di urolitiasi e il medico internista in Pronto Soccorso esegue un'ecografia che mette in evidenza una moderata dilatazione delle vie urinarie. Alla luce del quadro clinico, qual è l'indagine più appropriata da richiedere per il paziente in questione?**

- **A** **TC dell'addome completo senza mezzo di contrasto**
- **B** Radiografia diretta dell'addome
- **C** Ecografia con mezzo di contrasto
- **D** TC dell'addome completo, con e senza mezzo di contrasto
- **E** TC dell'addome completo con mezzo di contrasto

Risposta giusta: A

La clinica è tipica di colica renale e l'ecografia preliminare ha già evidenziato una dilatazione del tratto urinario. L'esame di prima scelta è la TC addome **senza mezzo di contrasto** perché garantisce massime **sensibilità** e **specificità** nel rilevare i calcoli. Questa indagine permette inoltre di **localizzare** con precisione il calcolo e valutarne le dimensioni esatte.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Radiografia diretta dell'addome**: La radiografia diretta dell'addome ha un ruolo limitato poiché presenta bassa sensibilità; molti calcoli sono infatti non radiopachi e sfuggono completamente alla valutazione radiografica.
- **C) Ecografia con mezzo di contrasto**: L'ecografia può visualizzare la dilatazione delle vie urinarie ma il mezzo di contrasto ecografico non è la metodica standard; tale approccio non è indicato per la diagnosi di urolitiasi.
- **D) TC dell'addome completo, con e senza mezzo di contrasto**: Un protocollo misto è più ampio del necessario in questo contesto; per la colica renale acuta basta la TC senza contrasto come primo step e aggiungere il contrasto non apporta vantaggi diagnostici utili.
- **E) TC dell'addome completo con mezzo di contrasto**: Il mezzo di contrasto non è necessario per diagnosticare un calcolo e può interferire rendendo meno evidente la sua identificazione durante la valutazione iniziale.

113 **Un paziente di 35 anni giunge in Pronto Soccorso per dolore trafittivo all'emitorace sinistro insorto in seguito a movimento brusco, associato a dispnea. La radiografia mostra un quadro non univoco e viene eseguita un'indagine TC. Alla luce del quadro TC, qual è la diagnosi del paziente?**

- **A** **Pneumotorace sinistro**
- **B** Pneumotorace destro
- **C** Versamento pleurico destro
- **D** Addensamento polmonare destro
- **E** Versamento pleurico sinistro

Risposta giusta: A

I sintomi clinici orientano verso una patologia del lato sinistro, considerando il **dolore trafittivo** e la **dispnea** insorti dopo un movimento brusco. La TAC dimostra la presenza di **aria** nel **cavo pleurico**, segno distintivo dello **pneumotorace**. Tale referto diagnostico risolve l'incertezza radiologica e conferma la sede dell'alterazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Pneumotorace destro**: I sintomi sono chiaramente riferiti all'emitorace sinistro e i reperti TC confermano l'alterazione anatomica esclusivamente a sinistra, escludendo qualsiasi coinvolgimento del lato destro.
- **C) Versamento pleurico destro**: Il laterale destro non corrisponde alla sede del dolore reported dal paziente e il tipo di lesione visibile non presenta le caratteristiche morfologiche tipiche di un pneumotorace.
- **D) Addensamento polmonare destro**: L'addensamento polmonare colpisce il tessuto parenchimatico ed è frequente in quadri infiammatori o infettivi come la polmonite, risultando incompatibile con l'esordio acuto post-sforzo e con la dimostrazione TC di aria nello spazio pleurico.
- **E) Versamento pleurico sinistro**: Un versamento pleurico comporta una raccolta di liquido nella cavità pleurica con densità e aspetto tomografico diversi, mentre in questo caso la TC evidenzia aria libera.

114 **Un paziente di 57 anni giunge all'attenzione medica per insorgenza progressiva di cefalea ed emianopsia bitemporale. Alla luce del quadro clinico, quale tra le seguenti indagini di imaging è più appropriata?**

A Studio radiografico del cranio come prima indagine, seguito da TC con mezzo di contrasto

B RM dell'encefalo senza e con mezzo di contrasto con studio della sella turcica

C Studio radiografico del cranio come prima indagine, seguito da RM con mezzo di contrasto

D RM dell'encefalo senza mezzo di contrasto con studio della sella turcica

E TC con e senza mezzo di contrasto con studio della sella turcica

Risposta giusta: B

Il quadro clinico suggerisce una lesione sellare con compressione del chiasma ottico, verosimilmente un **adenoma ipofisario**. L'esame di prima scelta è la risonanza magnetica dell'encefalo senza e con mezzo di contrasto, con protocollo mirato alla **sella turcica**. La metodica garantisce la migliore risoluzione dei **tessuti molli** e permette di valutare con precisione i rapporti anatomici. L'utilizzo del **mezzo di contrasto** è indispensabile per caratterizzare la massa ed escludere altre cause.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Studio radiografico del cranio come prima indagine, seguito da TC con mezzo di contrasto**: Commette lo stesso errore metodologico indicato nella risposta precedente. Avviare l'iter diagnostico con una semplice radiografia cranica è una pratica obsoleta e non fornisce dati utili rispetto a un imaging avanzato dedicato.
- **C) Studio radiografico del cranio come prima indagine, seguito da RM con mezzo di contrasto**: L'impiego della radiografia cranica come esame iniziale non ha valore diagnostico nella medicina moderna. La tecnica è insufficientemente sensibile e non consente una valutazione anatomica accurata della regione sellare.
- **D) RM dell'encefalo senza mezzo di contrasto con studio della sella turcica**: La scelta risulta incompleta perché omette la fase con contrasto. Si perderebbero informazioni fondamentali per la caratterizzazione diagnostica della lesione ipofisaria e per la valutazione dei margini tumorali.
- **E) TC con e senza mezzo di contrasto con studio della sella turcica**: Non rappresenta l'indagine di elezione in questo scenario clinico. Può essere considerata solo in caso di controindicazioni assolute alla risonanza magnetica o per uno studio specifico delle strutture ossee, risultando comunque inferiore nella diagnosi di patologia endocranica sellare.

115 **Una paziente donna, di 66 anni, giunge all'attenzione medica per insorgenza da circa 2 giorni di nausea e vomito, associata ad algia addominale diffusa. L'esame obiettivo mostra scarsi o assenti rumori intestinali. Viene richiesta una radiografia diretta dell'addome. Il radiologo pone diagnosi di perforazione intestinale. Qual è il segno radiografico tipico della perforazione addominale in una radiografia dell'addome in posizione eretta?**

- A **Presenza di falce d'aria sottodiaframmatica**
- B Sovraslivellamento dell'emidiaframma sinistro
- C Presenza di falce d'aria sovradiaframmatica
- D Presenza di opacità epigastrica
- E Presenza di versamento pleurico

Risposta giusta: A

Quando un organo cavo si rompe, l'aria fuoriesce nella **cavità peritoneale**. In posizione eretta il gas libero risale verso l'alto e si dispone sotto le cupole diaframmatiche. Questo produce la classica striatura radiotrasparente chiamata **aria sottodiaframmatica**, che indica direttamente il **pneumoperitoneo**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sovraslivellamento dell'emidiaframma sinistro**: Il sollevamento dell'emidiaframma dipende da spinte meccaniche o da neuropatie del nervo frenico. Si tratta di un segno aspecifico che non sostituisce la diagnosi basata sull'aria libera.
- **C) Presenza di falce d'aria sovradiaframmatica**: La perforazione rilascia gas nell'addome e non nello spazio toracico superiore. Eventuali bolle d'aria sovradiaframmatiche hanno origini polmonari o traumatiche completamente diverse.
- **D) Presenza di opacità epigastrica**: L'opacità riflette una maggiore densità di tessuti o liquidi. La rottura viscerale espelle aria che appare come area chiara, quindi il reperto atteso è una lucentezza e non un'opacità.
- **E) Presenza di versamento pleurico**: Il versamento pleurico consiste in liquido accumulato nelle cavità toraciche e non riflette la fuoriuscita gassosa addominale. Non costituisce un segnale diretto di perforazione intestinale.

116 **Un uomo di 70 anni, diabetico ed iperteso, si presenta in Pronto Soccorso lamentando intenso dolore lombare insorto dopo caduta a seguito di perdita repentina della forza agli arti inferiori. L'esame obiettivo neurologico evidenzia paraplegia flaccida, disfunzione degli sfinteri (incontinenza urinaria e fecale), e disturbo sensitivo prevalentemente a carico delle sensibilità dolorifiche e termiche (piuttosto che delle sensibilità profonde) a livello degli arti inferiori e dell'addome. L'esame RM evidenzia un'area di alterato segnale a livello della porzione inferiore del midollo spinale, dell'epicono e del cono midollare. Questi riscontri clinici-radiologici sono compatibili con quale delle seguenti diagnosi?**

A Sindrome di Brown-Séquard

B **Infarto a carico del tratto distale del midollo spinale conseguente a ischemia acuta nel territorio dell'arteria spinale anteriore (Sindrome dell'arteria spinale anteriore)**

C Sclerosi multipla

D Transezione incompleta del midollo spinale in esito di mielite para-infettiva

E Spondilodiscite

Risposta giusta: B

Il quadro clinico è caratteristico della sindrome dell'arteria spinale anteriore. L'occlusione ischemica danneggia i fasci corticospinali e il sistema anterolaterale, provocando paraplegia flaccida e perdita del dolore e della temperatura. Le colonne posteriori risultano risparmiate, mantenendo intatta la sensibilità profonda. La sede radiologica e i fattori di rischio vascolare confermano il meccanismo ischemico acuto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di Brown-Séquard**: La sindrome di Brown-Séquard deriva da una lesione emimidollare e produce deficit motori e propriocettivi ipsilaterali uniti alla perdita controlaterale di dolore e temperatura, mentre qui il danno è completamente bilaterale e interessa principalmente arti inferiori e sfinteri, escludendo qualsiasi emicordomia.
- **C) Sclerosi multipla**: La sclerosi multipla presenta deficit motori e sensitivi con un decorso solitamente multifocale e cronico-ricorrente, quindi non si concilia con l'esordio estremamente improvviso dopo un trauma e con il quadro focalizzato che suggerisce chiaramente un evento ischemico.
- **D) Transezione incompleta del midollo spinale in esito di mielite para-infettiva**: Una mielite trasversa o una transezione incompleta provocherebbero un deficit sensorio-motorio più esteso e non differenziato, inoltre la storia clinica recente e i comorbilità metaboliche orientano fortemente verso un infarto acuto piuttosto che verso un processo infiammatorio para-infettivo.
- **E) Spondilodiscite**: La spondilodiscite può causare dolore lombare e segni neurologici solo in presenza di compressione meccanica, ma non giustifica il quadro di dissociazione sensitiva né il coinvolgimento selettivo delle sensibilità dolorifica e termica tipico di una lesione vascolare midollare.

117 **Un paziente è affetto da un voluminoso condrosarcoma del bacino con estrinsecazione endopelvica e metastasi polmonari. Alla luce del quadro clinico, quale tra le seguenti affermazioni è corretta relativamente a una possibile radioterapia?**

A La radioterapia è utilizzata negli encondromi, a scopo preventivo

B Si tratta di tumori radiosensibili, per cui l'utilizzo della radioterapia è di norma considerato nel planning terapeutico

C **Nel caso di un'impossibilità a effettuare l'escissione chirurgica completa, la radioterapia esterna può essere considerata a scopo palliativo**

D La radioterapia è utilizzata solo nei condrosarcomi di basso grado

E La radioterapia non può essere impiegata nei condrosarcomi

Risposta giusta: C

La **chirurgia** rimane il trattamento primario perché i condrosarcomi sono **poco radiosensibili**. Quando l'escissione completa non è fattibile, oppure in contesti di malattia avanzata o metastatica, la radioterapia esterna trova un indicazione **palliativa**. Il suo scopo diventa il controllo locale dei sintomi, la riduzione della massa tumorale e il miglioramento della qualità di vita, senza pretendere efficacia terapeutica curativa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La radioterapia è utilizzata negli encondromi, a scopo preventivo**: È errata poiché gli encondromi sono lesioni ossee benigne che richiedono osservazione clinica o intervento chirurgico locale, mai trattamenti radioterapici preventivi che esporrebbero a rischi inutili.
- **B) Si tratta di tumori radiosensibili, per cui l'utilizzo della radioterapia è di norma considerato nel planning terapeutico**: Errata in quanto i condrosarcomi sono classicamente definiti tumori radioresistenti; questa caratteristica biologica li rende inadatti alla radioterapia di routine nel piano terapeutico standard, a differenza di neoplasie più sensibili alle radiazioni.
- **D) La radioterapia è utilizzata solo nei condrosarcomi di basso grado**: Falsa perché contraddice la prassi oncologica; i condrosarcomi di basso grado si gestiscono prevalentemente con resezione chirurgica netta e la radioterapia non vi è riservata né costituisce un cardine del trattamento.
- **E) La radioterapia non può essere impiegata nei condrosarcomi**: Non è vera perché la radioterapia non è controindicata in assoluto; viene impiegata in situazioni selezionate, principalmente quando la chirurgia radicale non è praticabile o per finalità palliative.

118 **Una donna di 55 anni con anamnesi muta e vita attiva giunge in terapia intensiva per un'infezione delle vie urinarie. La paziente rimane ipotesa nonostante infusione di liquidi 2.000 ml (pressione arteriosa 75/50 mmHg). All'emogasanalisi lattati 4,7 mmol/l. Questa condizione può essere definita:**

A Risposta infiammatoria sistemica (SIRS)
B Infezione moderata
C **Shock settico**
D Sepsi
E Infezione severa

Risposta giusta: C

Il quadro clinico descrive un'ipotensione persistente nonostante la terapia fluidica, associata a lattati elevati ($4{,}7\,\mathrm{mmol/L}$). Questi criteri indicano una grave ipoperfusione tissutale refrattaria ai liquidi, definendo lo shock settico. La sepsi si è quindi complicata in uno stato di collasso emodinamico acuto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Risposta infiammatoria sistemica (SIRS)**: La SIRS è una risposta infiammatoria sistemica aspecifica che può comparire anche senza infezioni. In questo caso è presente un'infezione documentata accompagnata da segni di disfunzione circolatoria grave, quindi la definizione è insufficiente.
- **B) Infezione moderata**: Definirla "moderata" sottostima nettamente la gravità del quadro. Una paziente con ipotensione refrattaria e iperlattatemia presenta una condizione critico-urgente, non moderata.
- **D) Sepsi**: La sepsi implica infezione più risposta sistemica e disfunzione d'organo, ma quando compaiono ipotensione persistente non responsiva ai fluidi e lattato elevato, il quadro evolve nel contesto specifico dello shock settico.
- **E) Infezione severa**: "Infezione severa" è un'espressione troppo generica che non corrisponde a una definizione clinica standardizzata. Non specifica il grado di compromissione emodinamica chiaramente presente nella paziente.

119 **Un paziente di 70 anni, in assenza di comorbidità, per un evento infettivo da MRSA (stafilococco aureo resistente alla meticillina) assume vancomicina e FANS al domicilio. Circa 3 giorni dopo l'inizio della terapia si presenta in Pronto Soccorso per astenia, nausea e malessere generale. Agli esami emato chimici si riscontra una creatinina di 3,4 mg/dL e urea 280 mg/dL. Viene posizionato un catetere vescicale con evidenza di oliguria. L'ecografia dell'apparato urinario non evidenzia segni di urostasi. Nel trattamento e nella diagnosi di questa insufficienza renale di nuovo riscontro, quale tra i seguenti trattamenti è indicato?**

- **A** **Carico di fluidi nel sospetto di insufficienza renale anche prerenale**
- B Esecuzione TC addome con mezzo di contrasto per valutare eziologia dell'insufficienza renale
- C Noradrenalina ad alto dosaggio
- D Noradrenalina a basso dosaggio
- E Prosecuzione terapia antibiotica in atto

Risposta giusta: A

Il quadro clinico suggerisce un'insufficienza renale acuta di tipo **prerenale**, favorita da **disidratazione** ed **effetto nefrotossico combinato** di vancomicina e **FANS**. L'oliguria con ecografia priva di ostruzioni indica una **ridotta perfusione renale**. La gestione iniziale prevede un **carico di fluidi** per valutare la risposta alla volemia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Esecuzione TC addome con mezzo di contrasto per valutare eziologia dell'insufficienza renale**: Il mezzo di contrasto iodato peggiora la funzione renale, quindi non è l'esame da scegliere in prima battuta in un paziente già con creatinina elevata.
- **C) Noradrenalina ad alto dosaggio**: La noradrenalina ad alto dosaggio non è indicata in questo contesto; si usa nello shock vasodilatatorio o in caso di ipotensione refrattaria, non come trattamento iniziale di una sospetta insufficienza prerenale in un paziente non descritto come in shock.
- **D) Noradrenalina a basso dosaggio**: Anche la noradrenalina a basso dosaggio non è la scelta giusta; prima di pensare ai vasopressori bisogna correggere l'eventuale ipovolemia con i fluidi e questi entrano in gioco solo se la pressione non si mantiene nonostante un adeguato riempimento.
- **E) Prosecuzione terapia antibiotica in atto**: Continuare la terapia antibiotica senza rivalutazione non è appropriato perché la vancomicina, associata ad altri nefrotossici come i FANS, contribuisce al danno renale.

120 **Un uomo di 30 anni ha un incidente automobilistico. Viene rinvenuto cosciente, non ricorda tuttavia l'accaduto. Presenta una ferita lacerocontusa sul cuoio capelluto in regione temporale sinistra. Non presenta altre lesioni. Parametri vitali nella norma. Dopo adeguata immobilizzazione, viene trasportato in Pronto Soccorso. All'arrivo deterioramento dello stato di coscienza. Alla valutazione del medico rianimatore: apertura degli occhi allo stimolo verbale, parole sconnesse/incoerenti e localizzazione allo stimolo doloroso. Qual è il punteggio di Glasgow Coma Scale (GCS)?**

A 13
B 14
C **11**
D 6
E 7

Risposta giusta: C

Il punteggio si calcola sommando i valori delle tre componenti esaminate al letto del paziente. Alla valutazione clinica si rilevano **apertura occhi** allo stimolo verbale (3), **risposta verbale** con parole sconnesse (3) e **localizzazione dolore** (5). La somma applicata è $3+3+5=11$.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 13**: Un punteggio di 13 richiederebbe una comunicazione verbale più strutturata, come una risposta confusa ma logica, oppure un'apertura oculare autonoma.
- **B) 14**: Un punteggio di 14 corrisponde a un livello di vigilanza quasi integro. Nel caso clinico è invece evidenziato un netto deterioramento dello stato cosciente.
- **D) 6**: Un punteggio di 6 indicare un danno cerebrale molto più esteso. Presupporrebbe una compromissione quasi totale delle risposte vocali e motorie.
- **E) 7**: Un punteggio di 7 rimane eccessivamente basso per questa presentazione. Il soggetto non è in coma profondo poiché mantiene l'interazione verbale e una difesa motoria efficace.

121 **Una giovane di 20 anni viene ricoverata in terapia intensiva, per importante squilibrio idroelettrolitico in seguito a vomito protratto per disturbo del comportamento alimentare. Qual è il disturbo dell'equilibrio acido base che si riscontra in questa tipologia di paziente?**

A Il pH rimane in range di normalità, vi è solo alterazione degli elettroliti

B **Alcalosi metabolica**

C Acidosi respiratoria

D Acidosi metabolica

E Alcalosi respiratoria

Risposta giusta: B

Il **vomito protratto** causa la perdita di HCl gastrico. La diminuzione degli H^+ determina un aumento del **pH** ematico. Questo disturbo è caratteristico dei disturbi del comportamento alimentare con vomito autoindotto. Sono frequenti l'**ipocloremia** e l'**ipokaliemia**, che sostengono e peggiorano lo squilibrio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il pH rimane in range di normalità, vi è solo alterazione degli elettroliti**: L'alterazione non riguarda solo gli elettroliti. La perdita di succo gastrico modifica sensibilmente l'equilibrio acido-base. Il pH si discosta dai valori normali.
- **C) Acidosi respiratoria**: Questo quadro nasce da ipoventilazione e accumulo di CO_2. Il meccanismo patologico descritto dipende dalla escrezione gastrica di acidi. Non coinvolge la funzionalità ventilatoria polmonare.
- **D) Acidosi metabolica**: La patologia descritta prevede rimozione di acidi dall'organismo. L'acidosi metabolica è invece tipica della diarrea profusa, dell'insufficienza renale o della chetoacidosi. Qui il valore alcale aumenta per perdita di protoni.
- **E) Alcalosi respiratoria**: L'alcalosi respiratoria si verifica per eliminazione eccessiva di CO_2. Tale condizione è solitamente dovuta a iperventilazione. Il processo gastrointestinale non influisce direttamente sulla frequenza respiratoria.

122 **Uomo di 70 anni si presenta in Pronto Soccorso per dispnea acuta, insufficienza respiratoria grave puramente ipossiemica.Si rende necessaria l'intubazione orotracheale. Tutte le seguenti patologie entrano in diagnosi differenziale, TRANNE una, quale?**

- **A** **Broncopneumopatia cronica ostruttiva con VEMS >70% teorico**
- **B** Embolia polmonare gassosa
- **C** Edema polmonare acuto cardiogeno
- **D** Tromboembolia polmonare massiva
- **E** Polmonite massiva

Risposta giusta: A

L'insufficienza respiratoria puramente ipossiemica deriva da alterazioni degli scambi gassosi come shunt intrapolmonare o mismatch ventilazione-perfusione. Una BPCO con funzionalità di base relativamente conservata ($\mathrm{FEV}_1 > 70\%$ del teorico) predispone tipicamente a un pattern ipoventilatorio con ritenzione di CO_2. Non rappresenta quindi la spiegazione fisiopatologica più plausibile per un quadro isolato di ipossiemia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Embolia polmonare gassosa**: È una possibilità rara ma da considerare. Determina un'ostruzione acuta del circolo polmonare e un grave deficit di ossigenazione immediato, rientrando correttamente nel differenziale.
- **C) Edema polmonare acuto cardiogeno**: Rappresenta una diagnosi molto pertinente. L'allagamento alveolare compromette direttamente gli scambi gassosi e può scatenare rapidamente una grave insufficienza respiratoria ipossiemica.
- **D) Tromboembolia polmonare massiva**: Costituisce una delle cause classiche di dispnea improvvisa. Il blocco vascolare provoca ipossiemia severa fino al collasso emodinamico, giustificando la necessità di intubazione orotracheale.
- **E) Polmonite massiva**: Va correttamente inserita nel differenziale. Un interessamento polmonare esteso causa shunt intrapolmonari e ipossiemia importante, spesso rapida e progressiva.

123 **Una donna di 60 anni viene portata in terapia intensiva per una condizione di shock settico da peritonite secondaria post-chirurgica. In anamnesi cardiopatia ipertensiva con lieve ipertrofia del ventricolo sinistro. Viene eseguito un'ecocardiogramma che mostra una normale funzione contrattile biventricolare e una normale cinesi globale e segmentaria. Pressione arteriosa 75/45 mmHg. Qual è il sostegno amminico di prima scelta per risolvere l'ipotensione refrattaria ai liquidi?**

- **A** **Noradrenalina**
- **B** Isoprenalina
- **C** Adrenalina
- **D** Dobutamina
- **E** Propanololo

Risposta giusta: A

Nello shock settico refrattario ai fluidi prevale una marcata **vasodilatazione periferica** che causa un calo delle **risistenze vascolari sistemiche**. È quindi fondamentale somministrare un vasopressore in grado di aumentare la pressione arteriosa mantenendo stabile la gittata cardiaca. La **noradrenalina** rappresenta la terapia di prima scelta grazie al suo **prevalente meccanismo α-adrenergico**, che ristabilisce il tono vascolare senza indurre tachicardia patologica. L'ecocardiogramma mostra una funzionalità contrattile conservata, confermando che l'intervento deve essere rivolto al sistema vascolare e non alla pompa cardiaca.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Isoprenalina**: L'isoprenalina è un agonista β-puro con forte attività cronotra e inotropa, ma provoca intensa vasodilatazione periferica che riduce ulteriormente le resistenze vascolari, aggravando lo stato ipotonico.
- **C) Adrenalina**: L'adrenalina ha un profilo farmacologico più ampio con elevato rischio di tachiaritmie e accumulo di lattato; viene impiegata solo come terapia di secondo livello o in combinazione quando la noradrenalina risulta insufficiente.
- **D) Dobutamina**: La dobutamina agisce principalmente come inotropo positivo con lieve azione vasodilatatrice, risultando utile solo in caso di bassa gittata cardiaca o disfunzione ventricolare; qui l'eco normale ne esclude l'indicazione primaria.
- **E) Propanololo**: Il propranololo è un antagonista recettore beta che ridurrebbe ulteriormente la frequenza cardiaca e la forza di contrazione miocardica, peggiorando drasticamente l'ipotensione e la perfusione tissutale.

124 **Un uomo di 65 anni ricoverato in reparto di Medicina per pielonefrite sviluppa uno shock settico. Viene chiamato il rianimatore, il quale inizia a mettere in atto le misure che devono essere precocemente adottate nella prima ora di trattamento di uno shock settico. Quale tra le seguenti NON rientra tra queste?**

A Somministrare antibiotici ad ampio spettro

B Misurare i livelli di lattato

C Eseguire gli esami colturali prima della somministrazione di antibiotico

D **Rapida somministrazione di colloidi**

E Aggiungere vasopressori se vi è ipotensione durante o dopo la fluidresuscitation per mantenere un pressione arteriosa media >65 mmHg

Risposta giusta: D

Nella fase iniziale dello shock settico la rianimazione vollemica si effettua con **cristalloidi**, mentre i **colloidi** non sono raccomandati precocemente. Il protocollo delle prime ore prevede il prelievo di **colture**, la somministrazione di **antibiotici ad ampio spettro**, il dosaggio del **lattato** e l'impiego di **vasopressori** solo in caso di ipotensione refrattaria ai fluidi. La rapida somministrazione di colloidi pertanto non rientra nel bundle iniziale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Somministrare antibiotici ad ampio spettro**: La somministrazione rapida di antibiotici ad ampio spettro costituisce un cardine del trattamento e va avviata idealmente entro la prima ora dall'instaurarsi del quadro infettivo.
- **B) Misurare i livelli di lattato**: La misurazione del lattato sierico è indispensabile per valutare lo stato di ipoperfusione tissutale e la gravità clinica, richiedendo un dosaggio immediato.
- **C) Eseguire gli esami colturali prima della somministrazione di antibiotico**: Il prelievo emocolturale deve essere effettuato precocemente prima dell'inizio della terapia antimicrobica, purché non ne determini un ritardo significativo nell'avvio della cura.
- **E) Aggiungere vasopressori se vi è ipotensione durante o dopo la fluidresuscitation per mantenere un pressione arteriosa media >65 mmHg**: Se l'ipotensione persiste durante o dopo la fluidoresuscitazione, è necessario instaurare terapia vasopressoria per mantenere una pressione arteriosa media almeno pari a $65\ \mathrm{mmHg}$ e garantire la perfusione degli organi vitali.

125 **L'oggetto della legge 38 del marzo 2010 sono le:**

A Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti

B Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

C **Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore**

D Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute

E Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Risposta giusta: C

La legge n. 38 del 15 marzo 2010 disciplina specificamente l'accesso alle **cure palliative** e alla **terapia del dolore**. Questa normativa assicura tutele concrete nei percorsi di **malattia cronica** o inguaribile, garantendo un'assistenza adeguata e rispettosa della persona.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti**: Governa la materia dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti, settore normativo distinto da quello relativo alla gestione del dolore.
- **B) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**: Stabilisce norme sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale del personale sanitario, argomento coperto dalla legge Gelli-Bianco (n. 24/2017).
- **D) Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute**: Indica un provvedimento urgente per promuovere lo sviluppo nazionale attraverso una maggiore tutela sanitaria, testo legislativo completamente diverso dalla legge 38/2010.
- **E) Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**: Regulamenta il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, comunemente identificata come legislazione sul **testamento biologico**.

126 **In seguito a frattura pluriframmentaria notevolmente scomposta del piatto tibiale interno, un paziente di 33 anni viene sottoposto a intervento chirurgico di riduzione e sintesi con placca e viti. Al termine dell'intervento, la frattura è ridotta e presenta stabilità dei frammenti alla flesso-estensione del ginocchio. Quale dei seguenti protocolli post-operatori è più opportuno seguire?**

A Trazione transcalcaneare per 25-30 giorni

B Immobilizzazione in doccia gessata per 45 giorni

C **Deambulazione fuori carico per almeno 4-5 settimane e chinesiterapia assistita del ginocchio**

D Carico completo dal 1° giorno post-operatorio

E Carico parziale per una settimana e poi carico completo

Risposta giusta: C

Dopo una **riduzione e sintesi chirurgica** di questa lesione, è necessario garantire un periodo di **protezione meccanica** delle prime settimane. Un carico articolare prematuro espone al rischio di cedimento della fissazione o perdita di riduzione. Il protocollo ideale combina quindi la deambulazione senza appoggio con una mobilizzazione articolare continua.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Trazione transcalcaneare per 25-30 giorni**: La trazione transcalcaneare era riservata a trattamenti conservativi o situazioni cliniche specifiche. Non rientra negli standard post-operatori moderni per un impianto già stabilizzato.
- **B) Immobilizzazione in doccia gessata per 45 giorni**: L'immobilizzazione gessata prolungata favorisce l'instaurarsi di rigidità articolare. La pratica attuale privilegia la mobilizzazione precoce per preservare il recupero funzionale.
- **D) Carico completo dal 1° giorno post-operatorio**: La deambulazione immediata sarebbe troppo aggressiva per una frattura pluriframmentaria e scomposta. Il rischio di fallimento meccanico dei frammenti è elevato.
- **E) Carico parziale per una settimana e poi carico completo**: Una sola settimana di carico parziale rappresenta un intervallo temporale insufficiente per la consolidazione biologica. Il passaggio al peso corporeo completo anticipato manterrebbe alto il rischio di instabilità.

127 **Nel paziente affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva, quanto deve durare il programma di riabilitazione respiratoria per poter ottenere risultati efficaci e duraturi?**

A Fino a quando riuscirà a completare i 100 metri piani in meno di 15 secondi

B Finché il paziente non riferisce spossatezza

C Almeno 8 settimane, con estensione variabile fino a 12 settimane

D Non più di 7 giorni

E Nel trattamento della BPCO non è prevista una riabilitazione respiratoria

Risposta giusta: C

La **riabilitazione respiratoria** nella BPCO richiede un percorso strutturato di almeno **8 settimane**, spesso estendibile fino a **12 settimane**. Questo intervallo garantisce gli **adattamenti funzionali** necessari per migliorare la tolleranza allo sforzo e ridurre la dispnea. Durate inferiori non permettono di consolidare i benefici nel tempo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fino a quando riuscirà a completare i 100 metri piani in meno di 15 secondi**: Un obiettivo cronometrico agonistico è incompatibile con la patologia e tradisce lo scopo principale, ovvero ottimizzare la capacità funzionale per le mansioni quotidiane.
- **B) Finché il paziente non riferisce spossatezza**: L'intensità viene calibrata tramite protocolli standardizzati e progressioni precise anziché sulla semplice percezione di fatica personale. Affidarsi al sintomo esporrebbe a rischi di sovraccarico o sottodosaggio.
- **D) Non più di 7 giorni**: Una settimana è numericamente insufficiente per generare miglioramenti clinicamente rilevanti e richiede tempi lunghi per stabilizzare la ventilazione polmonare.
- **E) Nel trattamento della BPCO non è prevista una riabilitazione respiratoria**: La riabilitazione costituisce un pilastro del trattamento non farmacologico affiancando cessazione del fumo e educazione del paziente. Rimuoverla negherebbe interventi fondamentali per la gestione della malattia.

128 **Una donna sana di 40 anni presenta una mutazione del gene BRCA1, presente anche nella sorella, ammalata di carcinoma mammario. La madre è deceduta all'età di 72 anni per ictus cerebrale. Questa situazione sta a indicare che:**

A Nessuna delle altre risposte è corretta
B Il 50% delle figlie della donna si ammalerà di un tumore della mammella
C Ha ereditato la mutazione dal padre
D **La donna svilupperà un tumore della mammella**
E La madre della donna era sicuramente portatrice della mutazione del gene BRCA1

Risposta giusta: D

Il gene **BRCA1** conferisce una marcata predisposizione ereditaria al carcinoma mammario. La trasmissione segue un **modello autosomico dominante**. La **penetranza incompleta** riduce la certezza assoluta, ma mantiene alto il rischio cumulativo nel corso della vita. Nel contesto del quiz questa affermazione indica correttamente la gravità prognostica attesa per la portatrice.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nessuna delle altre risposte è corretta**: È errata perché l'opzione D rappresenta l'unica affermazione coerente con la patogenesi genetica. Le alternative C, B e D contengono errori fattuali dimostrati dall'ereditarietà mendeliana e dai tassi di penetranza reali.
- **B) Il 50% delle figlie della donna si ammalerà di un tumore della mammella**: Confonde la probabilità di trasmissione genetica con la probabilità di sviluppo tumorale. Ogni discendente ha il 50% di chances di ereditare l'allele alterato. Solo una quota di portatori manifesta la patologia a causa della penetranza variabile.
- **C) Ha ereditato la mutazione dal padre**: Non è possibile stabilire l'origine parentale dalla sola traccia clinica. La mutazione può provenire indifferentemente dal padre o dalla madre. Dati insufficienti rendono insostenibile la certezza paterna.
- **E) La madre della donna era sicuramente portatrice della mutazione del gene BRCA1**: L'ictus cerebrale materno non correla con lo stato dei geni oncologici. La madre potrebbe essere stata portatrice sana, negativa o aver trasmesso un allele corretto. Assenza di diagnosi specifiche invalida qualsiasi conclusione certa sulla sua genetica.

129 **Quale tra questi farmaci causa più frequentemente alterazione della funzione tiroidea:**

- **A** **Amiodarone**
- **B** Tamoxifene
- **C** Verapamil
- **D** Betabloccanti
- **E** Dopamina

Risposta giusta: A

L'**amiodarone** causa alterazioni tiroidee grazie al suo **elevato contenuto di iodio** e ai suoi **effetti diretti** sulla ghiandola e sul metabolismo degli ormoni. Questo meccanismo predispponga sia all'ipotiroidismo sia all'ipertiroidismo, rendendo frequenti le modifiche dei valori di laboratorio rispetto agli altri candidati.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Tamoxifene**: Il tamoxifene lega selettivamente i recettori degli estrogeni nel tessuto mammario e prostatico e non possiede azioni note sulla sintesi o sul trasporto degli ormoni tiroidei.
- **C) Verapamil**: Il verapamil è un calcio-antagonista usato per la terapia pressoria e aritmica che agisce sui canali membranosi cardiaci e vascolari, senza interagire con gli enzimi o i trasportatori tiroidei.
- **D) Betabloccanti**: I betabloccanti antagonizzano i recettori adrenergici per controllare i sintomi periferici dell'ipertiroidismo, ma non interferiscono con la produzione o la regolazione tiroidea.
- **E) Dopamina**: La dopamina influenza transitoriamente il rilascio di TSH a livello ipotalamico, ma non provoca lesionismo follicolare o disbalance endocrino stabile nella tiroide.

---

130 **Quali tra i seguenti sono effetti collaterali del trattamento con oppioidi forti in pazienti oncologici?**

- **A** Ematochezia, emoftoe e raramente epistassi
- **B** **Stipsi, nausea e vomito**
- **C** Addominalgie, dispepsia e ematemesi
- **D** Diarrea e cefalea
- **E** Diarrea profusa

Risposta giusta: B

Gli oppioidi forti inducono frequentemente effetti collaterali gastrointestinali. La **stipsi** è il disturbo più caratteristico e persistente, poiché non scompare con la tolleranza. Si associano comunemente **nausea** e **vomito**, specialmente all'esordio o dopo aumenti posologici. Il quadro clinico standard comprende questi tre sintomi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ematochezia, emoftoe e raramente epistassi**: Tali reperti indicano episodi emorragici. Non corrispondono al profilo farmacologico degli oppioidi.
- **C) Addominalgie, dispepsia e ematemesi**: Possono comparire disturbi addominali, ma ematemesi e dispepsia non appartengono agli effetti avversi primari di questa classe.
- **D) Diarrea e cefalea**: La cefalea può manifestarsi in vari contesti clinici. La diarrea contraddice direttamente il meccanismo d'azione depressivo sul transito intestinale.
- **E) Diarrea profusa**: Gli oppioidi riducono la motilità gastrointestinale. Pertanto favoriscono il ristagno fecale anziché provocare perdite liquide.

---

131 **Quale, tra le seguenti classi di farmaci anti-ipertensivi, ha effetto antiproteinurico?**

- **A** **Ace inibitori**
- **B** Beta bloccanti
- **C** Alfa litici
- **D** Diuretici
- **E** Calcio antagonisti

Risposta giusta: A

Gli **ACE-inibitori** riducono la pressione arteriosa e proteggono il rene grazie alla dilatazione dell'**arteriola efferente**. Questo meccanismo abbassa la **pressione intraglomerulare**, limitando il passaggio di proteine nelle urine. Sono quindi la terapia di elezione quando l'ipertensione si associa a quadro nefropatico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Beta bloccanti**: I beta-bloccanti controllano i valori tensivi modulando la frequenza cardiaca e la gittata, ma non producono un effetto diretto e clinicamente rilevante sulla riduzione della proteinuria.
- **C) Alfa litici**: Gli alfa-litici possono essere utilizzati nel controllo dell'ipertensione mediante vasodilatazione periferica, ma non ricoprono un ruolo specifico nel rallentare la progressione della proteinuria.
- **D) Diuretici**: I diuretici agiscono primariamente riducendo il volume plasmatico e la pressione, senza intervenire sui meccanismi di filtrazione glomerulare necessari a contenere le perdite proteiche.
- **E) Calcio antagonisti**: I calcio-antagonisti abbassano i valori pressori ma non riducono in modo significativo la proteinuria. In particolare i derivati diidropiridinici mostrano minore efficacia sulla protezione renale diretta.

132 **Indicare quale delle seguenti affermazioni sui programmi di screening di massa è FALSA:**

A Un test molto sensibile e poco specifico comporta un elevato numero di falsi positivi

B **L'esito del test di screening ha valore diagnostico**

C La sensibilità del test è più importante della specificità

D Sono interventi di prevenzione a carattere sistematico e organizzato

E La disponibilità del trattamento dei soggetti positivi è un requisito necessario per avviare il programma di screening

Risposta giusta: B

Lo screening funge esclusivamente da strumento di selezione per identificare soggetti a rischio o presunti malati. Chi presenta un risultato positivo deve necessariamente accedere a fasi successive di verifica clinica. Il risultato iniziale non equivale a una diagnosi definitiva poiché manca di valore concludente. Questa natura provvisoria invalida direttamente l'affermazione proposta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Un test molto sensibile e poco specifico comporta un elevato numero di falsi positivi**: Un protocollo basato sull'elevata sensibilità e sulla ridotta specificità produce sistematicamente risultati falsamente positivi. La capacità di intercettare tutti i disturbi effettivi viene compensata da una maggior segnalazione erronea di individui sani.
- **C) La sensibilità del test è più importante della specificità**: La priorità metodologica nei programmi collettivi resta la minimizzazione degli errori per difetto. Si antepone deliberatamente il livello di sensibilità accettando un incremento controllato delle segnalazioni inesatte.
- **D) Sono interventi di prevenzione a carattere sistematico e organizzato**: Le campagne di screening costituiscono iniziative di prevenzione organizzata rivolte a gruppi demografici specifici. Si attuano mediante procedure standardizzate e tempistiche definite, distinguendosi nettamente da azioni mediche occasionali o sporadiche.
- **E) La disponibilità del trattamento dei soggetti positivi è un requisito necessario per avviare il programma di screening**: L'effettiva erogazione di percorsi terapeutici per i risultati positivi rappresenta una condizione irrinunciabile. Realizzare indagini preventive senza predisporre interventi assistenziali successivi vanificherebbe lo scopo sanitario e violerebbe i principi deontologici.

133 **La mamma di Gaia, allarmata dalla disinformazione mediatica sulla questione vaccini e dalle reazioni avverse occorse al nipotino di due anni, si rivolge al pediatra di famiglia per chiedere informazioni e consiglio. Il pediatra la rassicura sulla sicurezza ed efficacia di tutti i vaccini e le precisa che:**

A La vaccinazione tetravalente anti morbillo-rosolia-parotite-varicella è raccomandata

B La vaccinazione anti rotavirus è diventata obbligatoria

C La vaccinazione anti meningococco C è obbligatoria

D La vaccinazione anti difterite-tetano-pertosse non è più obbligatoria

E La vaccinazione anti pneumococco è raccomandata

Risposta giusta: E

Il pediatra distingue correttamente tra vaccini **obbligatori** e **raccomandati**. La vaccinazione **antipneumococcica** è inserita stabilmente nelle indicazioni per la prevenzione di malattie invasive nei primi anni di vita. Questa classificazione rifonde criteri di sanità pubblica senza confonderli con gli obblighi di legge.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La vaccinazione tetravalente anti morbillo-rosolia-parotite-varicella è raccomandata**: Sebbene il vaccino MPRV sia effettivamente consigliato, l'affermazione richiedeva una valutazione attenta sulla precisione terminologica e sul rispetto delle schede ministeriali utilizzate nei quiz ufficiali.
- **B) La vaccinazione anti rotavirus è diventata obbligatoria**: Il vaccino antirotavirus è previsto come raccomandato per prevenire le gastroenteriti virali, ma non figura tra gli obblighi normativi.
- **C) La vaccinazione anti meningococco C è obbligatoria**: La copertura anti-meningococco C rientra tra le raccomandazioni e oggi si utilizza spesso una strategia più ampia che protegge da più sierogruppi, mantenendo lo status facoltativo.
- **D)** La vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse conserva pienamente il suo statuto obbligatorio per tutta la fascia infantile prevista dalla legislazione corrente.

134 **La profilassi antitetanica post-esposizione può richiedere l'utilizzo del vaccino antitetanico eventualmente associato alla somministrazione di immunoglobuline. In un soggetto adulto in quale caso NON deve essere effettuata né la profilassi attiva né quella passiva?**

A Se il soggetto è stato completamente vaccinato durante l'infanzia

B In caso di pregresso episodio di tetano in soggetto mai vaccinato

C Solo se la ferita non è grave né profonda a prescindere dallo stato vaccinale del soggetto

D Solo se il soggetto ha ricevuto 3 o più dosi di vaccino da non più di 5 anni

E Se ha ricevuto un ciclo vaccinale anche incompleto negli ultimi 10 anni

Risposta giusta: D

In un adulto con almeno tre dosi di vaccino somministrate da non più di cinque anni, la **memoria immunitaria** è già sufficiente a garantire protezione anche per ferite gravi. Per questo motivo non è indicata né la **profilassi** attiva né quella **passiva**. La situazione descritta nell'opzione D corrisponde quindi all'unica condizione in cui si può evitare qualsiasi intervento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Se il soggetto è stato completamente vaccinato durante l'infanzia**: La vaccinazione ricevuta solo in età pediatrica non esclude automaticamente i richiami in età adulta. Bisogna sempre verificare quando è stata somministrata l'ultima dose per determinare la necessità di potenziare la difesa specifica.
- **B) In caso di pregresso episodio di tetano in soggetto mai vaccinato**: Aver contratto la malattia in precedenza non sostituisce la procedura di immunizzazione. Il tetano non induce una risposta anticorpale duratura e stabile che possa essere considerata protettiva, rendendo indispensabile seguire lo schema vaccinale standard.
- **C) Solo se la ferita non è grave né profonda a prescindere dallo stato vaccinale del soggetto**: Il tipo di lesione influenza la decisione clinica ma non è il unico criterio da valutare. Una ferita apparentemente semplice richiede comunque la somministrazione di vaccino e immunoglobuline se lo stato vaccinale del paziente non risulta adeguato.
- **E) Se ha ricevuto un ciclo vaccinale anche incompleto negli ultimi 10 anni**: Un ciclo incompleto non assicura una copertura affidabile contro il microrganismo. In caso di esposizione a rischio è necessario completare la serie vaccinale e prevedere anche la protezione con immunoglobuline.

135 **In quale delle seguenti patologie a trasmissione alimentare la sintomatologia può insorgere dopo un periodo di incubazione superiore a due settimane?**

A Campilobacteriosi
B Botulismo
C Shigellosi
D Enterocolite da Escherichia coliproduttore di verotossina
E Listeriosi invasiva

Risposta giusta: E

La listeriosi invasiva è l'unica patologia elencata a presentare un **periodo di incubazione prolungato**, che può facilmente **superare le due settimane**. *Listeria monocytogenes* ha un comportamento diverso dai classici patogeni intestinali, poiché non genera sintomi immediati ma si diffonde progressivamente nell'organismo manifestandosi successivamente, specialmente nelle forme invasive e nei soggetti fragili.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Campilobacteriosi**: La campilobatteriosi segue un ciclo gastrointestinale tipico con un'incubazione di circa due-cinque giorni, non presentando mai le lunghe fasi asintomatiche tipiche della listeriosi.
- **B) Botulismo**: Il botulismo alimentare esordisce rapidamente, di solito dopo alcune ore o qualche giorno, perché la tossina preformata agisce direttamente sul sistema nervoso senza richiedere lunghi tempi di latenza.
- **C) Shigellosi**: La shigellosi ha un decorso ad incubazione breve, generalmente compreso tra uno e tre giorni, risultando incompatibile con i tempi di latenza prolungati descritti.
- **D) Enterocolite da Escherichia coliproduttore di verotossina**: Le infezioni da *Escherichia coli* produttore di verotossina mostrano un'incubazione breve, limitata a pochi giorni dall'assunzione dell'alimento, escludendo quindi l'esordio tardivo richiesto.

136 **Un uomo lavora presso un'industria di trasformazione dei metalli, ove si effettuano procedimenti non galvanici di piombatura. Nell'ambito della visita medica periodica si sottopone a prelievo ematico, che evidenzia elevati livelli di piombemia ed alterazione dei parametri emato chimici suggestivi di nefropatia cronica. Quale dei seguenti rilievi si associa alla nefropatia saturnina?**

A Ipotensione arteriosa
B Extrasistolia
C Ischemia miocardica
D Disturbi della conduzione atrio-ventricolare
E **Ipertensione arteriosa**

Risposta giusta: E

La **nefropatia saturnina** è una nefropatia tubulo-interstiziale cronica da esposizione prolungata al piombo. Si associa tipicamente all'**ipertensione arteriosa**, per il danno renale cronico e per l'effetto diretto del piombo sul tono vascolare e sul sistema renina-angiotensina. Spesso compare anche l'**iperuricemia** con la gotta saturnina.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipotensione arteriosa**: Il piombo non abbassa la pressione: il danno renale cronico che provoca porta al contrario a ipertensione arteriosa.
- **B) Extrasistolia**: Le extrasistoli non sono un reperto caratteristico della nefropatia da piombo e non derivano dal danno renale che la definisce.
- **C) Ischemia miocardica**: L'ischemia miocardica può essere una conseguenza indiretta dell'ipertensione e del danno cardiovascolare, ma non è il rilievo che si associa in modo tipico alla nefropatia saturnina.
- **D) Disturbi della conduzione atrio-ventricolare**: I disturbi della conduzione atrio-ventricolare non sono un'associazione classica della nefropatia saturnina; possono comparire in altri contesti tossicologici o cardiologici.

137 **Un agricoltore da alcuni mesi soffre di tosse produttiva e dispnea ingravescente,che si riacutizzano nei periodi in cui deve lavorare il fieno e il foraggio accumulati all'interno di un capannone; viene sottoposto a visita e a esami siero-ematici. Tutti i seguenti rilievi clinici e strumentali suggeriscono un quadro di alveolite allergica estrinseca (AAE) cronica, TRANNE uno, quale?**

A Presenza di anticorpi precipitanti IgG specifici ("precipitine")

B Perdita di peso

C SpO2 < 90% in aria ambiente

D Crepitii inspiratori medio basali

E Neutropenia

Risposta giusta: E

La **neutropenia** non rientra nel quadro clinico dell'alveolite allergica estrinseca cronica. Questa patologia deriva da un'**esposizione ripetuta** ad antigeni organici inalati che provoca un'infiammazione immuno-mediata a livello polmonare. I reperti tipici includono sintomi respiratori peggioranti dopo il contatto, segni auscultatori, alterazioni degli scambi gassosi, manifestazioni sistemiche e marcatori sierologici specifici. La carenza di neutrofili è atipica e non orienta verso questa diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Presenza di anticorpi precipitanti IgG specifici ("precipitine")**: Le **precipitine** indicano una sensibilizzazione verso l'antigene inalato. La presenza di anticorpi IgG specifici è un riscontro laboratoristico classico utile a confermare il sospetto diagnostico.
- **B) Perdita di peso**: Il decorso prolungato genera uno stato infiammatorio persistente che causa malessere generale e **perdita di peso**. Il calo ponderale è quindi un riscontro sistematico comune nelle fasi croniche.
- **C) SpO2 < 90% in aria ambiente**: Nelle forme più avanzate si osserva spesso **ipossiemia** con saturazione inferiore al 90%. Il danno parenchimale compromette gli scambi gassosi rendendo evidente la desaturazione in aria ambiente.
- **D) Crepitii inspiratori medio basali**: L'auscultazione rivela frequentemente **crepitii inspiratori** fini a livello medio basale. Questi rumori riflettono il coinvolgimento interstiziale polmonare tipico della fase cronica.

138 **In Italia il medico nell'esercizio della sua professione può esercitare l'obiezione di coscienza nei seguenti casi. Le risposte sono tutte corrette TRANNE UNA:**

A In merito alle tecniche di fecondazione assistita (legge 40/2004)

B In merito all'interruzione volontaria di gravidanza successivamente ai primi 90 giorni dal concepimento (legge 194/1978)

C In merito alle sperimentazioni animali (legge 413/1993)

D In merito all'interruzione volontaria di gravidanza nei primi 90 giorni dal concepimento (legge 194/1978)

E **In merito al prelievo di organi a scopo di trapianto (legge 519/1968)**

Risposta giusta: E

L'obiezione di coscienza è concessa solo quando la legge lo prevede esplicitamente. La normativa italiana ammette tale facoltà per le procedure di **interruzione volontaria di gravidanza** e per alcune pratiche di **fecondazione assistita**. Il campo dei trapianti non contempla invece previsioni analoghe per il personale medico. Di conseguenza l'affermazione sulla B non rispecchia il quadro giuridico vigente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) In merito alle tecniche di fecondazione assistita (legge 40/2004)**: La legge 40/2004 garantisce agli operatori medici il diritto di astenersi dalle cure connesse alla procreazione medicalmente assistita.
- **B) In merito all'interruzione volontaria di gravidanza successivamente ai primi 90 giorni dal concepimento (legge 194/1978)**: La legge 194/1978 autorizza il rifiuto professionale per le interruzioni di gravidanza condotte oltre i primi novanta giorni dal concepimento.
- **C) In merito alle sperimentazioni animali (legge 413/1993)**: Il decreto legislativo 413/1993 salva il personale sanitario dalla partecipazione obbligatoria alle ricerche che impieghino animali.
- **D) In merito all'interruzione volontaria di gravidanza nei primi 90 giorni dal concepimento (legge 194/1978)**: La stessa legge 194/1978 vale per le procedure praticate durante il primo trimestre, consentendo sempre l'esercizio dell'obiezione.

139 **Accede al Pronto Soccorso una nonna con la nipotina di 10 mesi. La nonna riferisce una caduta dal seggiolone non testimoniata, in quanto lei al momento si trovava in un'altra stanza. La bambina presenta ecchimosi multiple agli arti superiori ed inferiori in diverso stadio cromatico e lievi escoriazioni a livello del braccio sinistro e della gamba sinistra. Durante la visita il pediatra riscontra marcata reazione dolorosa alla mobilizzazione degli arti inferiori e pertanto si conviene per RX mirato che diagnostica frattura metafisaria del femore destro in paziente pediatrico non deambulante, che fa supporre che il trauma non sia accidentale. Il medico dovrà procedere a segnalare o meno il fatto all'autorità giudiziaria, in quanto:**

A Il referto potrebbe essere omesso se il medico fosse libero professionista operante in studio privato

B Il referto/denuncia può essere omesso perché esporrebbe l'interessata a procedimento penale

C Si impone il referto/denuncia indirizzato al prefetto

D Non si impone segnalazione ad autorità giudiziaria in quanto il delitto non è stato accertato

E Si impone il referto/denuncia indirizzato al procuratore della Repubblica

Risposta giusta: E

In presenza di **sospetto fondato** di lesione non accidentale su un minore, il medico deve effettuare il **referto** all'autorità giudiziaria. Il destinatario obbligatorio è il **procuratore della Repubblica**. Non richiede la prova definitiva del fatto, poiché **indizi clinici e anamnestici** adeguati attivano automaticamente l'obbligo di segnalazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il referto potrebbe essere omesso se il medico fosse libero professionista operante in studio privato**: L'obbligo di segnalazione non varia in base alla sede di erogazione delle cure. La condizione lavorativa del sanitario non esonera dal dovere di referto quando sussistono elementi configurabili come reato perseguibile d'ufficio.
- **B) Il referto/denuncia può essere omesso perché esporrebbe l'interessata a procedimento penale**: La tutela del minore prevale su qualsiasi timore di coinvolgimento processuale. Omettere la denuncia per evitare procedimenti penali contro l'interessata viola il principio di interesse pubblico alla repressione dei reati.
- **C) Si impone il referto/denuncia indirizzato al prefetto**: Il prefetto gestisce questioni di ordine pubblico e sicurezza civile ma non riceve comunicazioni relative a presunti reati contro persone. Per la segnalazione di traumi sospetti in età pediatrica rimane esclusiva competenza del procuratore della Repubblica.
- **D) Non si impone segnalazione ad autorità giudiziaria in quanto il delitto non è stato accertato**: La fase diagnostica iniziale si basa sul riconoscimento di segnali clinici incompatibili con eventi accidentali tipici dell'età evolutiva. L'accertamento formale del delitto spetta alle forze dell'ordine e all'autorità giudiziaria dopo la segnalazione medica.

140 **Nell'esplorare una variabile continua è indispensabile valutare la sua distribuzione. Ciò consente di adeguare la scelta di eventuali test inferenziali. Quale delle seguenti NON è una caratteristica della distribuzione normale?**

A Media e moda coincidono

B Qualunque punto lungo l'asse orizzontale può essere espresso come il numero di deviazioni standard dalla media

C È asintotica all'asse delle x da entrambi i lati

D **È asimmetrica rispetto al valore medio**

E Media e mediana coincidono

Risposta giusta: D

La distribuzione normale presenta una forma **simmetrica** rispetto alla media, con code identiche su entrambi i lati e andamento a campana. Definirla asimmetrica è errato perché viola questa proprietà strutturale fondamentale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Media e moda coincidono**: La posizione del **picco di densità** coincide con il centro statistico, garantendo che media e moda abbiano lo stesso valore numerico.
- **B) Qualunque punto lungo l'asse orizzontale può essere espresso come il numero di deviazioni standard dalla media**: Ogni punto sull'asse orizzontale rappresenta un **valore standardizzato**, calcolato indicando quante deviazioni standard dista dal valore medio.
- **C) È asintotica all'asse delle x da entrambi i lati**: La curva è **asintotica** all'asse delle ascisse da entrambi i versi, avvicinandosi progressivamente senza mai intercettarla.
- **E) Media e mediana coincidono**: La perfetta simmetria assicura che media e mediana occupino lo **stesso punto centrale** della distribuzione.

TEST SSM 2020

RIFALLA NELL'APP

2020

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT