PROVE DEGLI ANNI PASSATI

# TEST SSM 2021

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 2021 come distribuita ai candidati; il Ministero non l'ha pubblicata. Impaginazione, soluzioni e commenti di TestBuddy. Non è un documento ufficiale del MUR.**

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

| | |
|---|---|
| Domande | 140 quesiti |
| **Totale** | **140 quesiti** |

## COME USARLA

### 1 · A TEMPO

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

### 2 · CORREGGI

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

### 3 · RIPASSA

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

# DOMANDE

**1** **A una donna di 66 anni viene riscontrata una fibrillazione atriale. Quale dei seguenti score è indicato calcolare per decidere l'eventuale inizio di una terapia anticoagulante?**

A SOFA SCORE

**B CHADS-VASC2**

C WELLS

D ABCD2

E HAS BLEED

**Risposta giusta: B**

Il punteggio CHADS-VASc stima il rischio tromboembolico nei pazienti con fibrillazione atriale, indicando quando avviare una terapia anticoagulante. Valuta età, comorbidità e segni clinici specifici. Nella donna di 66 anni vengono già attribuiti i punti per l'età avanzata e il sesso femminile.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) SOFA SCORE**: Il SOFA valuta la progressione della disfunzione multiorgano in contesti critici come sepsi o shock settico, rimanendo completamente estraneo alla stratificazione del rischio aritmico.
- **C) WELLS**: Le varianti dei criteri Wells stimano la **trombosi venosa** profonda e l'embolia polmonare, strumenti diagnostici dedicati all'apparato circolatorio profondo ma non alla gestione della fibrillazione atriale.
- **D) ABCD2**: L'ABCD2 predice la probabilità di **ictus** precoce dopo un attacco ischemico transitorio, non la gestione della fibrillazione atriale cronica.
- **E) HAS BLEED**: L'HAS-BLED calcola invece la probabilità di **sanguinamento** grave sotto terapia antitrombotica, rappresentando un monitoraggio aggiuntivo di sicurezza e non un criterio di indicazione terapeutica primaria.

**2** **Un anziano viene ricoverato in pneumologia per il trattamento di una polmonite con piperacillina/tazobactam endovena. Dopo alcuni giorni compare diarrea non associata a febbre né a dolore addominale. Nel sospetto di una diarrea da Clostridium difficile, quale dei seguenti interventi è prioritario?**

A Iniziare empiricamente una nuova terapia antibiotica con tigeciclina

**B Test delle feci per dosaggio dell'antigene e delle tossine del Clostridium difficile**

C Iniziare empiricamente una nuova terapia antibiotica con vancomicina endovena

D Modificare la terapia antibiotica con meropenem in sostituzione della piperacillina/tazobactam

E Sospendere la terapia antibiotica per la polmonite

**Risposta giusta: B**

Di fronte a diarrea insorta durante terapia antibiotica, il passo prioritario è eseguire un **test delle feci** per dosaggio dell'antigene e delle tossine di *Clostridioides difficile*. Il quadro clinico è lieve (assenza di febbre e dolore addominale), pertanto la **diagnosi** deve precedere qualsiasi decisione terapeutica empirica. La diarrea associata agli antibiotici non è automaticamente riconducibile a questo patogeno, ma il sospetto impone accertamenti immediati prima di modificare il piano terapeutico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Iniziare empiricamente una nuova terapia antibiotica con tigeciclina**: L'inizio empirico di tigeciclina è inappropriato senza una diagnosi accertata, specialmente in un paziente con sintomi moderati. L'impiego di un ulteriore antibiotico ad ampio spettro aumenterebbe il rischio di disbiosi intestinale e selezionarebbe ulteriori ceppi resistenti.
- **C) Iniziare empiricamente una nuova terapia antibiotica con vancomicina endovena**: La vancomicina per via endovenosa è inefficace nel trattamento della colite da *C. difficile*. Questo principio attivo necessita di **via orale** per essere escreto nella bile e raggiungere concentrazioni terapeutiche direttamente nel lume intestinale, sede primaria dell'infezione.
- **D) Modificare la terapia antibiotica con meropenem in sostituzione della piperacillina/tazobactam**: Il cambio terapeutico con meropenem costituisce una correzione empirica priva di fondamento per una colite da *C. difficile* sospetta. I carbapenemi mantengono un ampio spettro battericida e potrebbero favorire ulteriormente la proliferazione di *Clostridioides*, peggiorando il disturbo gastrointestinale.
- **E) Sospendere la terapia antibiotica per la polmonite**: La sospensione dell'antibiotico per polmonite non rappresenta l'intervento immediato. Deve essere valutata solo dopo aver confermato il sospetto diagnostico e dopo aver ponderato attentamente il rischio infettivo legato alla malattia respiratoria in corso.

**3** **Un uomo di 56 anni, forte fumatore, giunge in Pronto Soccorso per comparsa improvvisa di dolore toracico trafittivo all'emitorace sinistro e dispnea. Viene eseguita una radiografia del torace che fornisce l'immagine seguente: Qual è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Pneumotorace spontaneo sinistro**
- B Neoplasia polmonare destra
- C Versamento pleurico sinistro
- D Polmonite basale sinistra
- E Edema polmonare

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico include **dolore toracico improvviso** e **dispnea** in un forte fumatore. L'esposizione cronica favorisce la **rottura di bolle subpleuriche**, permettendo all'aria di penetrare nel cavo pleurico e compressivo il parenchima. La radiografia conferma la diagnosi visualizzando la **linea pleurica viscerale** circondata da assenza di trama vascolare.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Neoplasia polmonare destra**:
- **C) Versamento pleurico sinistro**:
- **D) Polmonite basale sinistra**:
- **E) Edema polmonare**:

---

**4** **Quale dei seguenti farmaci NON è indicato nel trattamento dello scompenso cardiaco cronico?**

- A Bisoprololo
- B Valsartan/Sacubitril
- **C** **Indacaterolo**
- D Ramipril
- E Ivabradina

**Risposta giusta: C**

L'**indacaterolo** non rientra nelle strategie terapeutiche per lo scompenso cardiaco cronico. Si tratta di un **broncodilatatore** impiegato esclusivamente nella gestione delle patologie respiratorie ostruttive. Gli altri farmaci elencati costituiscono invece pilastri consolidati nella terapia e nella riduzione della mortalità.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Bisoprololo**: Condivide solide evidenze cliniche con carvedilolo e metoprololo succinato. Appartiene alla classe necessaria per attenuare la sovrastimolazione adrenergica cronica.
- **B) Valsartan/Sacubitril**: Rappresenta il composto **ARNI** di riferimento per la frazione di eiezione ridotta. La sua efficacia superiore agli inibitori tradizionali garantisce minori ricoveri ospedalieri.
- **D) Ramipril**: Costituisce un **ACE-inibitore** da integrare nel protocollo di trattamento iniziale. Viene mantenuto quando la terapia con ARNI risulti controindicata o non tollerata.
- **E) Ivabradina**: È indicata nei pazienti con ritmo sinusale e frequenza ventricolare elevata nonostante terapia medica ottimizzata. Riduce il numero di contrazioni senza alterare la contrattilità miocardica.

---

**5** **Una donna di 75 anni ipertesa, affetta da scompenso cardiaco, si presenta in Pronto Soccorso per la comparsa di palpitazioni da almeno tre giorni. Alla visita viene riscontrata P.A. 145/90, FC 140 aritmica. All'ECG viene riscontrata una fibrillazione atriale 130 FVM. Quali delle seguenti scelte terapeutiche è indicata in prima istanza?**

- **A** **Controllo della frequenza e inizio della terapia anticoagulante**
- **B** Cardioversione farmacologica e inizio della terapia anticoagulante solo in caso di mancata cardioversione
- **C** Solo cardioversione farmacologica
- **D** Cardioversione elettrica e inizio della terapia con aspirina
- **E** Solo controllo della frequenza

**Risposta giusta: A**

Nella fibrillazione atriale presente da più di quarantotto ore il **rischio embolico** è elevato, specialmente in pazienti con età avanzata, ipertensione e scompenso cardiaco. L'obiettivo immediato deve essere stabilizzare l'emodinamica tramite il **controllo della frequenza ventricolare** e avviare tempestivamente un'**anticoagulazione**. La riacquisizione del ritmo sinusale va posticipata fino a quando non si è garantita la protezione antitrombotica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Cardioversione farmacologica e inizio della terapia anticoagulante solo in caso di mancata cardioversione**: Assegnare l'anticoagulazione solo al fallimento della cardioversione viola le linee guida. La terapia deve iniziare in prima istanza quando l'esordio supera i due giorni o è ignoto, indipendentemente dal tentativo di conversione ritmica.
- **C) Solo cardioversione farmacologica**: La cardioversione farmacologica immediata è controindicata quando la durata dell'aritmia supera le quarantotto ore. Espone a un alto rischio di mobilizzazione dei **trombi atriali** con conseguente evento embolico.
- **D) Cardioversione elettrica e inizio della terapia con aspirina**: L'aspirina non garantisce una adeguata profilassi tromboembolica nella fibrillazione atriale ed è considerata inadeguata per la prevenzione dell'ictus. Inoltre la cardioversione elettrica richiede un corretto schema anticoagulante preventivo.
- **E) Solo controllo della frequenza**: Il controllo della frequenza è essenziale per la stabilizzazione acuta ma risulta incompleto se non associato alla terapia antitrombotica. Non copre il rischio strokogeno legato ai comorbidità della paziente.

**6** **Un uomo di 78 anni viene ricoverato in Ospedale con diagnosi di polmonite complicata da insufficienza respiratoria acuta. Durante il ricovero mostra valori elevati di glicemia in assenza di una diagnosi precedente di diabete mellito. Quale dei seguenti esami è necessario per la diagnosi differenziale tra iperglicemia da stress e diabete misconosciuto?**

A Glicemia post-prandiale
B Profilo glicemico
C Glicosuria delle 24 h
D Microalbuminuria
**E HbA1c**

**Risposta giusta: E**

L'**HbA1c** riflette la **glicemia media** delle ultime due o tre settimane ed è indipendente dall'evento acuto. Un valore elevato indica un **diabete misconosciuto**, mentre un risultato entro i limiti normali orienta verso un'**iperglicemia da stress** correlata alla degenza.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Glicemia post-prandiale**: La glicemia post-prandiale può oscillare per molteplici cause fisiologiche e patologiche, risultando insufficiente a discriminare tra un rialzo transitorio e una malattia preesistente.
- **B) Profilo glicemico**: Il profilo glicemico registra solo lo stato momentaneo e subisce forti variazioni durante la malattia acuta, senza consentire di verificare la presenza antecedente del disturbo.
- **C) Glicosuria delle 24 h**: La glicosuria urinaria dipende dal livello glicemico corrente e dalla soglia renale individuale, rendendo il test incapace di stabilire se il paziente soffrisse già di diabete sconosciuto.
- **D) Microalbuminuria**: La microalbuminuria evidenzia un danno renale precoce caratteristico del diabete cronico, ma non fornisce indicazioni sulla durata o sull'eziologia dell'attuale iperglicemia.

**7** **Un uomo di 78 anni affetto da diabete mellito di tipo 2 si presenta al Pronto Soccorso per febbre elevata (39 °C) a carattere intermittente preceduta da brivido scuotente. Nel sospetto di una sepsi quale dei seguenti esami è prioritario richiedere nella prima ora?**

A Procalcitonina
B **Emocoltura**
C Profilo Glicemico
D Ferritina
E HbA1c

**Risposta giusta: B**

Nel sospetto di sepsi, l'**emocoltura** va prelevata il prima possibile, idealmente prima dell'antibioticoterapia, per identificare il microrganismo e orientare una **terapia mirata**. Il prelievo non deve però ritardare l'inizio del trattamento.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Procalcitonina**: La procalcitonina è un marcatore utile di infezione batterica e può supportare la diagnosi o il follow-up. Non sostituisce però l'emocoltura e non è l'esame prioritario da richiedere subito.
- **C) Profilo Glicemico**: In un paziente diabetico può essere utile controllare la glicemia, ma il profilo glicemico non è prioritario e non guida la diagnosi o la gestione immediata dell'infezione.
- **D) Ferritina**: La ferritina può aumentare in molte condizioni infiammatorie, ma è un indice aspecifico e non ha un ruolo prioritario nella prima ora di valutazione della sepsi.
- **E) HbA1c**: L'HbA1c valuta il compenso glicemico dei mesi precedenti, quindi non è pertinente all'urgenza clinica di una possibile sepsi.

**8** **Una donna di 50 anni esegue, su consiglio del nefrologo, una serie di analisi a seguito del rilievo di ipertensione moderato-grave. Si riscontra attività reninica plasmatica ridotta e ipokaliemia con normali livelli di adrenalina e noradrenalina urinaria. Quale tra le seguenti potrebbe essere la causa dell'ipertensione?**

A Ipertiroidismo
B Ipertensione nefrovascolare
C **Iperaldosteronismo primitivo**
D Iposurrenalismo
E Feocromocitoma

**Risposta giusta: C**

L'associazione di **ipertensione**, **ipokaliemia** e attività reninica plasmatica ridotta indica un'eccessiva secrezione autonoma di **aldosterone**. Il volume intravascolare espanso sopprime fisiologicamente la produzione di renina. Normale attività delle catecolamine urinarie esclude origine midollare o nervosa.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ipertiroidismo**: L'ipertiroidismo genera tachicardia e aumento della pressione sistolica senza spiegare la soppressione della renina né la perdita di potassio.
- **B) Ipertensione nefrovascolare**: La stenosi dell'arteria renale stimola il rilascio di renina per ischemia tissutale, determinando un incremento invece di una riduzione plasmatica.
- **D) Iposurrenalismo**: L'iposurrenalismo produce ipotensione e iperkaliemia per deficit corticosteroideo, contrariamente all'ipertensione e all'ipokaliemia rilevati.
- **E) Feocromocitoma**: Il feocromocitoma causerebbe valori urinari elevati di adrenalina e noradrenalina con palpitazioni, sudorazione e cefalea ricorrenti. Il quadro clinico descrive livelli normali.

**9** **Una donna di 55 anni, in completo benessere, esegue degli esami ematochimici ed esami urine di controllo. La donna è in menopausa da circa 4 anni. In anamnesi riferisce ipertensione arteriosa e osteopenia. L'esame microscopico del sedimento urinario mostra presenza di scarsa flora batterica. Quale tra i seguenti è l'approccio terapeutico più corretto?**

A Esecuzione di urinocoltura per identificare i microrganismi coinvolti e successivo trattamento mirato

B **Non vi è indicazione ad alcuna terapia antibiotica**

C Trimetoprim-sulfametoxazolo 160-800 mg x 2 die per 3 giorni

D Fosfomicina 3 grammi, singola somministrazione

E Nitrofurantoina 100 mg x 2 die per 5 giorni

**Risposta giusta: B**

La paziente mostra una **batteriuria asintomatica** dovuta alla scarsa flora batterica presente nel sedimento urinario. La condizione **non richiede terapia antibiotica** nella stragrande maggioranza dei casi, poiché il trattamento non apporta benefici clinici e favorisce solo lo sviluppo di **resistenze**. Solo in gravidanza o prima di **procedure urologiche invasive** è prevista la copertura farmacologica, mentre ipertensione, osteopenia e menopausa non modificano tale indicazione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Esecuzione di urinocoltura per identificare i microrganismi coinvolti e successivo trattamento mirato**: L'urinocoltura permetterebbe l'identificazione precisa del germe, ma il risultato positivo non cambierebbe la strategia gestionale. Poiché il quadro clinico rimane asintomatico, il tampone microbiologico non giustificherebbe comunque un intervento farmacologico mirato.
- **C) Trimetoprim-sulfametoxazolo 160-800 mg x 2 die per 3 giorni**: Il regime con trimetoprim-sulfametoxazolo è riservato alla cistite sintomatica non complicata. Non appena mancano i segni clinici della malattia infettiva, qualsiasi ciclo antibatterico risulta controindicato.
- **D) Fosfomicina 3 grammi, singola somministrazione**: La fosfomicina monodose è una scelta terapeutica consolidata per la cistite acuta non complicata. Prescriverla basandosi unicamente sul reperto microscopico privo di correlazione clinica costituirebbe un errore di indicazione.
- **E) Nitrofurantoina 100 mg x 2 die per 5 giorni**: Lo schema con nitrofurantoina è efficace contro la cistite non complicata, ma la sua utilità terapeutica dipende strettamente dalla presenza di sintomi attivi. L'isolamento batterico nelle urine senza quadro clinico corrispondente non costituisce mai indicazione autonoma per una cura antibiotica.

**10** **Un uomo di 63 anni si presenta all'attenzione medica riferendo scarso appetito, astenia, mal di testa e confusione. Dall'anamnesi emerge che ha assunto dosi eccessive di antiacidi. Viene posto il sospetto di sindrome latte-alcali. Quale alterazione elettrolitica è tipicamente associata a tale sindrome?**

A Ipermagnesemia
B Iponatriemia
C Ipokaliemia
D **Ipercalcemia**
E Ipocloremia

**Risposta giusta: D**

La sindrome latte-alcali deriva dall'accumulo di calcio e antiacidi alcalinizzanti, provocando **ipercalcemia**, **alcalosi metabolica** e **insufficienza renale**. I sintomi riferiti corrispondono ai livelli ematici alterati.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ipermagnesemia**: L'ipermagnesemia non è collegata a questa condizione e compare tipicamente con preparati farmaceutici specifici a base di magnesio.
- **B) Iponatriemia**: L'iponatriemia non rientra nel quadro patognomonico e il sodio non guida la fisiopatologia.
- **C) Ipokaliemia**: L'ipotassiemia può insorgere per effetto dell'alcalosi o della ridotta funzionalità renale ma non rappresenta il dato centrale richiesto.
- **E) Ipocloremia**: L'ipocloremia può manifestarsi secondariamente nell'alcalosi ma non è il tratto distintivo della malattia.

**11** **In caso di fibrillazione ventricolare, la defibrillazione elettrica deve essere eseguita:**

A Dopo aver pre-ossigenato

B Dopo aver eseguito un ECG a 12 derivazioni

C Dopo un tentativo di defibrillazione farmacologica con amiodarone

D Dopo un tentativo di defibrillazione farmacologica con lidocaina

**E Immediatamente**

**Risposta giusta: E**

Nella fibrillazione ventricolare la priorità assoluta è la **defibrillazione elettrica immediata**. Si tratta di un'aritmia potenzialmente letale in cui ogni minuto di attesa riduce drasticamente la **sopravvivenza**. Non bisogna inserire tentativi preliminari o esami diagnostici che non modificano la gestione urgente. L'intervento va applicato subito insieme alle manovre di rianimazione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Dopo aver pre-ossigenato**: L'ossigenazione è un pilastro della rianimazione ma non deve posticipare la prima energia erogata. Quando viene identificato un ritmo chiaramente defibrillabile attendere procedure accessorie prolunga l'ipossia tissutale necessaria al recupero neuronale.
- **B) Dopo aver eseguito un ECG a 12 derivazioni**: L'ECG a 12 derivazioni è utile per la **valutazione diagnostica** in pazienti stabili ma in arresto cardiaco non si perde tempo per eseguirlo preventivamente. Sospendere il ciclo di cure per configurare le derivaizioni interrompe la perfusione coronarica e compromette l'efficacia dello shock urgente.
- **C) Dopo un tentativo di defibrillazione farmacologica con amiodarone**: L'amiodarone funge da **supporto** esclusivo nelle aritmie refrattarie ma non è mai indicazione iniziale. La sua somministrazione non accelera il ritorno dello stato spontaneo e va riservata ai fallimenti consecutivi delle scariche successive.
- **D) Dopo un tentativo di defibrillazione farmacologica con lidocaina**: La lidocaina conserva un ruolo antiaritmico ma non sostituisce né precede lo shock elettrico nel trattamento iniziale. Il suo utilizzo non giustifica alcun passo aggiuntivo prima dell'applicazione della scarica.

**12** **La valutazione TC di un assistito evidenzia una dissecazione dell'aorta ascendente, senza coinvolgimento dell'arco aortico. Questo tipo di dissecazione, secondo la classificazione di DeBakey, è definita:**

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

**Risposta giusta: A**

La classificazione di DeBakey definisce il livello di partenza e diffusione della lesione. Un coinvolgimento esclusivo dell'aorta ascendente rientra nel tipo II, mentre l'arco non è interessato. Questa delimitazione anatomica guida la scelta terapeutica immediata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) tipo IV**: Lo schema classico prevede solo tre categorie anatomiche. Non esiste una suddivisione numerica successiva nella letteratura originale.
- **C) tipo III**: Il tipo III deBakey ha origine nell'aorta discendente. La collocazione del paziente riguarda invece il segmento toracico prossimale.
- **D) tipo B**: Il tipo B appartiene allo schema di Stanford, non a quello di DeBakey, e indica dissezioni distali ai rami toracici superiori. Esclude quindi il tratto ascendente dal percorso.
- **E) tipo I**: Il tipo I parte dall'alto ma per definizione attraversa l'arco aortico e può arrivare alla discesa. Manca qui il criterio di estensione arcuale presente nello scenario clinico.

**13** **A causa di una perforazione intestinale, un uomo sviluppa uno stato settico con insufficienza renale acuta. Oltre all'aumento della creatinina plasmatica, quale delle seguenti alterazioni plasmatiche o urinarie sarà verosimilmente presente?**

A Riduzione del peso specifico urinario
B Ipokaliemia
C Ipercalcemia
**D Acidosi metabolica**
E Riduzione dell'azotemia

**Risposta giusta: D**

In un quadro di **sepsi** si instaura rapidamente un danno renale grave. La ridotta funzione renale limita l'eliminazione degli acidi e blocca la sintesi di bicarbonato. Questi meccanismi determinano inevitabilmente acidosi metabolica. Il fenomeno è particolarmente evidente con ipoperfusione tissutale o sofferenza tubulare acuta.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Riduzione del peso specifico urinario**: La lesione tubulare riduce la capacità di concentrare le urine. Di conseguenza il peso specifico può abbassarsi. Tuttavia questa alterazione non è il reperto sistemico principale atteso nella fase acuta.
- **B) Ipokaliemia**: La ridotta filtrazione renale blocca l'escrezione del potassio. Si sviluppa quindi iperkaliemia e non ipokaliemia. Tale ipotesi risulta invece poco coerente con il quadro clinico.
- **C) Ipercalcemia**: L'alterazione del metabolismo della vitamina D riduce l'assorbimento intestinale del calcio. L'accumulo di fosfato legato al calcio abbassa ulteriormente i livelli ematici. Si riscontra pertanto ipocalcemia e non ipercalcemia.
- **E) Riduzione dell'azotemia**: La filtrazione glomerulare insufficiente trattiene sostanze di scarto azotate. L'azotemia cresce progressivamente invece di diminuire. Questo incremento riflette il declino netto della clearance uremica.

**14** **Un uomo di 78 anni, costretto a letto da due settimane in seguito ad intervento di endoprotesi per frattura del collo femorale, presenta una lesione cutanea in regione sacrale, ovalare, a margini irregolari, di colorito rosso-violaceo, che non cambia colore alla digitopressione, senza segni di perdita di sostanza. Si tratta di:**

A Lesione da pressione stadio II
B Dermatite da contatto
C **Lesione da pressione stadio I**
D Eritema da pannolone
E Ematoma post-chirurgico

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico descrive una classica lesione da pressione allo stadio iniziale. Si riconosce per un'area rossa o violacea su una prominenza ossea come il sacro, che rimane intatta e presenta un arrossamento persistente non alterato dalla digitopressione. La prolungata immobilizzazione al letto dopo intervento ortopédico costituisce il fattore scatenante fondamentale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Lesione da pressione stadio II**: Nello stadio successivo della progressione patologica si verifica già una perdita di spessore cutaneo superficiale. In questa condizione si manifestano abrasioni, vescicole o ulcere epidermiche, mentre nel caso descritto l'**integrità cutanea** conferma il danno ancora primitivo.
- **B) Dermatite da contatto**: L'infiammazione indotta da esposizione topica a sostanze chimiche o materiali provoca tipicamente prurito marcato ed aspetto eczematoso diffuso. La localizzazione precisa sull'osso sacro e l'assenza di reazione alla pressione escludono un'origine allergica o **irritativa** diretta.
- **D) Eritema da pannolone**: L'infiammazione da umidità interessa preferenzialmente le pieghe perineali e glutee dove persistono macerazione e **sfregamento** continuo. Manca la caratteristica di fissità cromatico e la specifica distribuzione anatomica tipica dei danni meccanici cronici da **decombitivo**.
- **E) Ematoma post-chirurgico**: La raccolta ematica secondaria a un intervento chirurgico presenta una topografia diversa e spesso associata a tumefazione. Non riflette i meccanismi di ischemia da compressione protratta sulla regione sacrale e deriva invece da una natura **traumatica** locale.

**15** **Il trattamento della frattura di femore prossimale in età molto avanzata:**

A E' generalmente conservativo per l'aumentato rischio di complicanze chirurgiche

B Viene effettuato solamente in anestesia generale

C Non va considerato prima che siano trascorse almeno 48 ore dalla frattura

**D** **E' chirurgico in assenza di controindicazioni assolute all'intervento**

E Si ottiene mediante immobilizzazione dell'arto con apparecchio gessato

**Risposta giusta: D**

Nella frattura di femore prossimale dell'anziano il trattamento è prevalentemente **chirurgico** per consentire una **mobilizzazione precoce** e ridurre le **complicanze da allettamento**. Occorre valutare lo stato clinico ma, in assenza di controindicazioni assolute, l'intervento è la scelta standard.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) E' generalmente conservativo per l'aumentato rischio di complicanze chirurgiche**: Il rischio operatorio esiste ma non giustifica un approccio conservativo poiché l'immobilizzazione prolungata espone a complicanze maggiori ed esiti funzionali peggiori.
- **B) Viene effettuato solamente in anestesia generale**: La chirurgia non richiede obbligatoriamente l'anestesia generale e può avvalersi di tecniche loco-regionali come la spinale in base alle valutazioni anestesiologiche.
- **C) Non va considerato prima che siano trascorse almeno 48 ore dalla frattura**: L'intervento non va rimandato ma deve essere eseguito il prima possibile dopo la stabilizzazione medica, ottimizzando il ridotto tasso di mortalità postoperatoria.
- **E) Si ottiene mediante immobilizzazione dell'arto con apparecchio gessato**: L'apparecchio gessato non garantisce una gestione funzionale adeguata nella lesione del collo del femore e non previene le patologie correlate alla degenza a letto.

**16** **Un uomo di 82 anni esegue un elettrocardiogramma a 12 derivazioni che mostra un blocco di branca sinistra di nuovo riscontro (il reperto non era presente a un medesimo controllo eseguito 6 mesi prima). Egli è asintomatico. L'anamnesi è positiva per ipertensione arteriosa, per la quale assume un ACE-inibitore. Alla luce del riscontro di tale reperto, quale approfondimento diagnostico è consigliabile eseguire in prima battuta?**

A Coronarografia

B **Ecocardiografia transtoracica**

C Scintigrafia miocardica

D Risonanza magnetica cardiaca

E Nessun approfondimento: tale reperto è di normale riscontro in soggetti > 75 anni

**Risposta giusta: B**

Di fronte a un **blocco di branca sinistra** di nuova comparsa anche in assenza di sintomi, il primo passo consiste nella valutazione dell'anatomia e della funzione cardiaca. L'**ecocardiografia** rappresenta l'esame iniziale ideale perché è rapido, non invasivo e permette di identificare subito disfunzioni ventricolari o alterazioni valvolari. In un paziente anziano con ipertensione questo approccio fornisce le informazioni cliniche più immediate.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Coronarografia**: La **coronarografia** è una procedura invasiva che va riservata a contesti con forte sospetto clinico di ostruzione coronarica sintomatica. Non si utilizza in prima battuta in pazienti asintomatici né sostituisce gli screening iniziali.
- **C) Scintigrafia miocardica**: La scintigrafia miocardica valuta la perfusione e l'ischemia ma non costituisce l'esame di primo livello in questo scenario. È necessario innanzitutto caratterizzare la morfologia ventricolare mediante ecocardiogramma prima di studiare il metabolismo ischemico.
- **D) Risonanza magnetica cardiaca**: La risonanza magnetica cardiaca trova indicazioni precise nello studio di miocarditi, cardiomiopatie specifiche o processi di fibrosi. Rappresenta un approfondimento specialistico riservato a casi selezionati e non il mezzo diagnostico iniziale più appropriato.
- **E) Nessun approfondimento: tale reperto è di normale riscontro in soggetti > 75 anni**: Considerare il reperto normale in base all'età avanzata è errato poiché un cambiamento elettrografico recente merita sempre un'inquadramento diagnostico completo. Il quadro asintomatico non esclude la presenza di una cardiopatia strutturale sottostante.

**17** **Per chemioterapia adiuvante si intende:**

A Un trattamento chemioterapico somministrato nelle fasi terminali della malattia per alleviare i sintomi

B **Un trattamento chemioterapico somministrato a scopo precauzionale dopo un intervento chirurgico radicale**

C Un trattamento chemioterapico somministrato prima e dopo un intervento chirurgico ad intento radicale

D Un trattamento chemioterapico somministrato prima dell'intervento chirurgico per ridurre le dimensioni del tumore ed "aiutare" il chirurgo nel poter eseguire una chirurgia conservativa

E Un trattamento somministrato durante l'intervento chirurgico per "aiutare" il chirurgo a sterilizzare i margini di resezione

**Risposta giusta: B**

La chemioterapia **adiuvante** si somministra dopo un intervento chirurgico radicale per eliminare eventuali cellule tumorali residue non visibili e ridurre il rischio di recidiva.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Un trattamento chemioterapico somministrato nelle fasi terminali della malattia per alleviare i sintomi**: Descrive una terapia **palliativa**, somministrata per controllare i sintomi e migliorare la qualità di vita, senza un intento curativo in senso stretto.
- **C) Un trattamento chemioterapico somministrato prima e dopo un intervento chirurgico ad intento radicale**: Descrive un trattamento prima e dopo l'intervento, quindi combina due momenti distinti e non definisce la sola chemioterapia adiuvante.
- **D) Un trattamento chemioterapico somministrato prima dell'intervento chirurgico per ridurre le dimensioni del tumore ed "aiutare" il chirurgo nel poter eseguire una chirurgia conservativa**: È chemioterapia **neoadiuvante**: si somministra prima dell'intervento per ridurre la massa tumorale e facilitare una chirurgia più agevole o conservativa.
- **E) Un trattamento somministrato durante l'intervento chirurgico per "aiutare" il chirurgo a sterilizzare i margini di resezione**: Descrive un approccio **intraoperatorio**, con un significato diverso dalla chemioterapia adiuvante e non corrispondente alla sua definizione classica.

**18** **Un uomo caucasico di 60 anni, ex fumatore, lamenta persistenza di tosse da più di 4 mesi e viene sottoposto agli accertamenti del caso. Gli esami radiologici documentano una lesione polmonare periferica di circa 4 cm al polmone destro e diffuse metastasi epatiche. La tipizzazione istopatologica della lesione pone la diagnosi di carcinoma polmonare non a piccole cellule del tipo adenocarcinoma. Considerata la tipologia del tumore, in base alle conoscenze attuali, quali caratterizzazioni biomolecolari è più opportuno richiedere tra le seguenti per valutare la strategia terapeutica ottimale?**

A HER2, BRAF, VEGF

B **EGFR, ALK, PDL1**

C Bcr-Abl, ALK, HER2

D NRAS, PI3K, KRAS

E m-TOR, VEGF, HER2

**Risposta giusta: B**

Nel carcinoma polmonare non a piccole cellule di tipo adenocarcinoma avanzato è fondamentale identificare alterazioni molecolari azionabili per selezionare la terapia più efficace. Le analisi richieste includono i geni **EGFR** e **ALK** per indirizzare verso farmaci a bersaglio molecolare e l'espressione di **PD-L1** per valutare la probabile risposta all'immunoterapia. Questo pannello standard modifica concretamente la strategia terapeutica iniziale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) HER2, BRAF, VEGF**: BRAF ed HER2 si valutano solitamente dopo la progressione o in sottogruppi specifici, mentre VEGF non costituisce una caratterizzazione biomolecolare standard per guidare la scelta terapeutica iniziale.
- **C) Bcr-Abl, ALK, HER2**: Bcr-Abl è un marcativo tipico della leucemia mieloide cronica e non rientra nei test di routine per il tumore polmonare; HER2 può avere un ruolo clinico solo in casi molto selezionati, mentre ALK da solo non completa un pannello ottimale.
- **D) NRAS, PI3K, KRAS**: KRAS è mutazione frequente ma al momento priva di terapie target approvate in prima linea; NRAS e PI3K non sono indagini prioritarie per definire il percorso assistenziale in questo contesto.
- **E) m-TOR, VEGF, HER2**: m-TOR e VEGF rappresentano bersagli biologicamente rilevanti ma non fanno parte del pannello essenziale; la scelta risulta incompleta perché manca EGFR, considerato uno dei marker più importanti nella pratica clinica attuale.

**19** **Ad un uomo di 61 anni, che ha eseguito accertamenti per il recente riscontro di ipertensione arteriosa, viene posta diagnosi di microcitoma polmonare metastatico. All'esame clinico PA 160/100, FC 58 BPM. Gli esami di laboratorio mostrano GB 11.000/mm3, Hb 11,7 g/dL, piastrine 205.000/mm3, azotemia 43 mg/dL, creatinina 0,92 mg/dL, Na 144 mEq/L, K 3,4 mEq/L, calcemia e fosfatemia nella norma, glicemia a digiuno 120 mg/dL. Qual è la causa più probabile della ipertensione arteriosa riscontrata?**

A Sindrome di Lambert-Eaton

B Diabete mellito scompensato

C Tumore secernente PTH-related Peptide (PTHrP)

D Ipotiroidismo

**E Sindrome di Cushing paraneoplastica**

**Risposta giusta: E**

Il microcitoma polmonare può secernere **ACTH ectopico**, determinando **ipercortisolismo**. L'eccesso di cortisolo causa **ipertensione**, **ipokaliemia** ($3.4\ \mathrm{mEq/L}$) e **alterazioni glicemiche** ($120\ \mathrm{mg/dL}$). Questi reperti concordano pienamente con la sindrome paraneoplastica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome di Lambert-Eaton**: La sindrome di Lambert-Eaton è una complicanza paraneoplastica frequente del microcitoma, ma si manifesta con debolezza muscolare progressiva e iporiflessia, senza alcuna correlazione con l'ipertensione arteriosa.
- **B) Diabete mellito scompensato**: Una glicemia a digiuno di $120\ \mathrm{mg/dL}$ indica solo un lieve aumento, insufficiente a giustificare un'ipertensione di questo grado. Il contesto oncologico rende invece altamente probabile una causa paraneoplastica.
- **C) Tumore secernente PTH-related Peptide (PTHrP)**: I tumori produttori di $\mathrm{PTHrP}$ provocano principalmente ipercalcemia, non ipertensione come sintomo primario. La calcemia del paziente risulta normale, escludendo questa ipotesi.
- **D) Ipotiroidismo**: L'ipotiroidismo può associarsi a ipertensione diastolica, ma mancano gli elementi clinici e biochimici caratteristici. Il quadro si inserisce in una sindrome da eccesso di cortisolo legata al tumore.

**20** **Una donna di 25 anni che presenta un fenomeno di Raynaud esegue degli esami per uno screening per malattie autoimmuni. I risultati degli esami evidenziano la presenza di anticorpi anti-nucleo (ANA) a titolo 1:640. Quale dei seguenti pattern ANA si associa tipicamente a sclerosi sistemica variante cutanea limitata?**

A Nucleolare
B Omogeneo
C Membrana nucleare
D Granulare
**E Centromerico**

**Risposta giusta: E**

Il **pattern centromerico** è tipico della sclerosi sistemica variante cutanea limitata e si correla con gli **anticorpi anti-centromero**. Questo reperto orienta fortemente verso la diagnosi, soprattutto quando il quadro clinico inizia con il **fenomeno di Raynaud**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Nucleolare**: Il marcaggio nucleolare si osserva nella sclerosi sistemica ma predilige le forme diffuse o i quadri a maggiore severità, risultando atipico per la variante cutanea limitata.
- **B) Omogeneo**: L'immunofluorescenza omogenea è storicamente legata al lupus eritematoso sistemico, può emergere per cause farmacologiche o altri disordini autoimmuni e non corrisponde al profilo di questa variante.
- **C) Membrana nucleare**: Il decorso sulla membrana nucleare appartiene a reperti aspecifici visibili in varie malattie autoimmuni, mancando del nesso eziologico e clinico caratterizzante la sclerosi sistemica limitata.
- **D) Granulare**: La fluorescenza granulare indica un aspetto punteggiato generico, privo della specificità richiesta per la sclerosi sistemica limitata poiché compare frequentemente in numerose connettiviti diverse.

**21** **Un uomo di 82 anni si reca nell'ambulatorio "urgenze dermatologiche" per la comparsa da circa 2 settimane di bolle a tetto teso su cute eritemato-edematosa alla radice di entrambi gli arti inferiori e al tronco, accompagnata da prurito e bruciore, in assenza di evidenti fattori scatenanti quali traumatismi, ustioni o assunzione di farmaci. La diagnosi più probabile è:**

A Pemfigo volgare

B **Pemfigoide bolloso**

C Eczema

D Infezione da Herpes Zoster

E Orticaria

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico descrive un paziente anziano con **bolle a tetto teso** su cute eritemato-edematosa, associate a prurito e bruciore. Queste caratteristiche sono tipiche del **pemfigoide bolloso**, una dermatosi autoimmune che colpisce prevalentemente gli anziani. Il **piano di clivaggio** più profondo rispetto al pemfigo genera lesioni resistenti alla rottura. La distribuzione bilaterale su tronco e arti inferiori conferma il sospetto diagnostico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pemfigo volgare**: Nel pemfigo volgare le bolle hanno una parete molto sottile e sono **flaccide**, rompendosi facilmente e lasciando esulcerazioni. La patologia interessa spesso anche le mucose, a differenza del caso riportato.
- **C) Eczema**: L'eczema determina eritema e prurito ma non produce vere bolle tese. Il quadro persistente suggerisce una dermatosi bollosa autoimmune anziché un processo eczematoso acuto.
- **D) Infezione da Herpes Zoster**: L'infezione da Herpes Zoster provoca vescicole dolorose disposte secondo un singolo **dermatomero**. La distribuzione a fascia e l'asimmetria delle lesioni non corrispondono al quadro diffuso e bilaterale osservato.
- **E) Orticaria**: Nell'orticaria compaiono **pomfi transitori** ed edemi localizzati, non vere vescicole. Le lesioni mutano rapidissimamente di sede e morfologia, mentre qui persistono stabili da due settimane.

**22** **Una uomo di 60 anni, da circa 10 giorni, presenta una chiazza ovalare di circa 5 cm eritematosa con collaretto desquamativo periferico localizzata al tronco. Da due giorni comparsa di analoghe piccole chiazze eritematose sempre al tronco e alla radice degli arti. Si pone diagnosi di pitiriasi rosea. In base a tale diagnosi quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

A La terapia si basa sull'utilizzo di antimicotici topici o sistemici

B La terapia si basa sull'utilizzo di steroidi topici e derivati della Vitamina D o fototerapia

C Sono molto frequenti le recidive

D **La remissione è spontanea**

E Esistono evidenze circa l'associazione con la riattivazione di HHV-8

**Risposta giusta: D**

La pitiriasi rosea è una dermatosi infiammatoria **autolimitante** che tende a risolversi completamente nel giro di alcune settimane. Il trattamento non modifica il decorso naturale e serve esclusivamente a controllare il disagio o il prurito cutaneo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) La terapia si basa sull'utilizzo di antimicotici topici o sistemici**: Non corretta poiché gli antimicotici topici o sistemici sono riservati alle infezioni fungine; il quadro descritto non presenta alcuna origine micotica.
- **B) La terapia si basa sull'utilizzo di steroidi topici e derivati della Vitamina D o fototerapia**: Non valida come impostazione generale; gli steroidi topici possono essere impiegati solo per attenuare localmente il prurito o l'infiammazione, mentre i derivati della vitamina D non rientrano nei protocolli terapeutici standard.
- **C) Sono molto frequenti le recidive**: Errata perché la malattia esordisce abitualmente in una singola fase; le ricadute sono documentate come eventi estremamente rari nella pratica clinica.
- **E) Esistono evidenze circa l'associazione con la riattivazione di HHV-8**: Infondata riguardo alla patogenesi; le evidenze scientifiche indicano una possibile associazione con la riattivazione degli herpes virus HHV-6 e HHV-7, non dell'HHV-8.

**23** **Per astenia moderata un uomo di 44 anni si sottopone ad esami ematochimici che documentano i seguenti valori di emocromo: Leucociti 11.400/mm3 (di cui granulociti neutrofili 8900/mm3), emoglobina 11,7 g/dL, MCV 87fL; piastrine 690.000/mm3. I valori sono confermati in due esami successivi. Quale dei seguenti esami è opportuno effettuare:**

A Ricerca della mutazione di JAK2 esone 12

B Ricerca del riarrangiamento PML/RARα

C **Ricerca delle mutazioni di JAK2V617F, CALR, MPL**

D Ricerca della mutazione KITD816V

E Immunofenotipo linfocitario

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico mostra una **trombocitosi persistente** associata a lieve leucocitosi e anemia normocitica, indicando fortemente una **neoplasia mieloproliferativa cronica**. La stabilità dei valori nei controlli successivi esclude cause reattive transitorie. Lo step diagnostico immediato richiede lo screening delle principali **mutazioni driver** per orientare l'inquadramento nosologico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ricerca della mutazione di JAK2 esone 12**: Tale variante genetica compare prevalentemente nella policitemia vera con eritrocitosi predominante, mentre il reperto ematologico attuale evidenzia un processo dominato dalla proliferazione megacariocitaria.
- **B) Ricerca del riarrangiamento PML/RARα**: Il test cerca un riarrangiamento specifico per una leucemia promielocitica acuta, malattia che si caratterizza per citopenie marcate e blasti circolanti anziché per un incremento piastrinico stabile.
- **D) Ricerca della mutazione KITD816V**: La sostituzione amminoacidica è il marcatore molecolare distintivo della mastocitosi sistemica, esame quindi non pertinente per valutare una trombocitosi primaria di probabile genesi mieloide classica.
- **E) Immunofenotipo linfocitario**: Questa indagine serve per diagnosticare patologie della linea bianca come leucemie o linfomi cronicizzati, condizioni che presentano profili cellulari completamente diversi dal disturbo mieloide attualmente ipotizzato.

**24** **L'acido all-trans retinoico e il triossido d'arsenico sono utilizzati per il trattamento di:**

A Leucemia mieloide cronica
B Leucemia linfatica cronica
C **Leucemia acuta promielocitica**
D Linfoma non-Hodgkin anaplastico
E Linfoma di Hodgkin

**Risposta giusta: C**

L'acido all-trans retinoico e il triossido d'arsenico sono la terapia di riferimento per la **leucemia acuta promielocitica**. Questi farmaci inducono la **differenziazione** dei promielociti arrestati nel ciclo cellulare. Questa azione provoca la scomparsa delle cellule neoplastiche, soprattutto nei casi con traslocazione $t(15;17)$ e fusione $\mathrm{PML\text{-}RAR}\alpha$.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Leucemia mieloide cronica**: La leucemia mieloide cronica è definita dalla presenza del cromosoma Philadelphia e dalla relativa proteine di fusione. Il trattamento di prima linea prevede inibitori specifici delle tirosin-chinasi come imatinib, che blocca l'attività enzimatica costitutiva.
- **B) Leucemia linfatica cronica**: La leucemia linfatica cronica interessa popolazioni di linfociti B maturi con profili genetici distinti. La gestione terapeutica moderna si affida a inibitori molecolari e regimi immunochemioterapici personalizzati, escludendo totalmente i precedenti farmaci differenziativi.
- **D) Linfoma non-Hodgkin anaplastico**: I linfomi non-Hodgkin anaplastici necessitano di protocolli chemioterapici aggressivi specifici per la categoria linfomatosa. La patogenesi tumorale non risponde ai meccanismi induttivi di maturazione tipici dei ritinoidi.
- **E) Linfoma di Hodgkin**: Il linfoma di Hodgkin richiede schemi chemioterapici multipli, spesso integrati da radioterapia o immunoterapia mirata. Non esistono indicazioni cliniche per l'impiego di ritinoidi o composti arsenicali in questa neoplasia.

**25** **Un uomo di 46 anni, con una storia clinica negativa per patologie di rilievo, giunge in Pronto Soccorso per la recente comparsa di sudorazione notturna, febbre (con Tc>38,5°C) e dolore osseo diffuso (particolarmente intenso a livello della regione iliaca e delle coste, scarsamente responsivo ai FANS). All'emocromo si documenta: leucociti 3800/mm3, Hb 10,2 g/dL, PLT 73000/mm3. Tra gli esami ematochimici si nota LDH 740 UI/L. L'esame dello striscio ematico evidenzia blasti scarsamente differenziati. L'esame della biopsia osteomidollare conferma una massiva infiltrazione (>80%) di blasti scarsamente differenziati. All'immunofenotipo i blasti esprimono CD41 e CD61. E' presente un grado moderato di fibrosi midollare. Quale è la diagnosi più probabile?**

A Sindrome mielodisplastica
B Leucemia mieloide cronica
C Linfoma non-Hodgkin aggressivo stadio IVB
D **Leucemia acuta megacarioblastica**
E Leucemia acuta promielocitica

**Risposta giusta: D**

Il paziente presenta febbre, sudorazioni notturne, dolore osseo e citopenie con LDH elevata. Gli esami rivelano una **massiva infiltrazione** midollare con oltre l'$80\%$ di blasti scarsamente differenziati. L'**immunofenotipo positivo per CD41 e CD61** identifica la linea megacariocitica. La contemporanea **fibrosi midollare** completa il quadro diagnostico tipico di questa neoplasia aggressiva.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome mielodisplastica**: Le sindromi mielodisplastiche provocano citopenie e displasia cellulare, ma la percentuale di blasti supera ampiamente la soglia diagnostica, configurando quindi una leucemia acuta e non una mielodisplasia residua.
- **B) Leucemia mieloide cronica**: La leucemia mieloide cronica evolve con un andamento cronico, presentando leucocitosi marcata e tutte le fasi di maturazione della serie granulocitaria, senza infiltrazione iniziale massiva di blasti.
- **C) Linfoma non-Hodgkin aggressivo stadio IVB**: Il linfoma non Hodgchiano può causare sintomi sistemici e coinvolgimento secondario del midollo osseo, ma non spiega l'espressione di antigeni megacariocitici né il quadro primario di proliferazione blastica che origina dall'organo stesso.
- **E) Leucemia acuta promielocitica**: La leucemia acuta promielocitica ha un profilo immunofenotipico diverso, caratteristico della linea mieloide, ed è associata all'anomalia genetica t(15;17); il quadro clinico predilige invece manifestazioni emorragiche e coagulative severe.

**26** **Un uomo di 46 anni si presenta dal medico lamentando episodi di cefalea associati a palpitazioni. Durante uno di questi episodi, riferisce di aver misurato la pressione arteriosa, trovandola elevata. Quali dei seguenti esami è più opportuno prescrivere per un approfondimento diagnostico?**

- **A** **Metanefrine e catecolamine urinarie**
- **B** Cortisolo libero urinario, ACTH
- **C** Prolattina
- **D** Insulinemia
- **E** Testosterone, FSH, LH

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico di cefalea, palpitazioni e ipertensione episodica è altamente suggestivo per un **feocromocitoma**. I sintomi compaiono durante crisi parossistiche con rialzi pressori improvvisi. L'esame più appropriato in prima battuta è il dosaggio delle **metanefrine e catecolamine urinarie** per confermare l'ipersecrezione catecolaminica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Cortisolo libero urinario, ACTH**: Il cortisolo libero urinario e l'ACTH servono per indagare la **sindrome di Cushing**. Sebbene l'ipercortisolismo possa provocare ipertensione, mancano i segni clinici più caratteristici del disturbo.
- **C) Prolattina**: La prolattina si ricerca principalmente di fronte a adenomi ipofisari secretori, galattorrea, amenorrea secondaria o segni di ipogonadismo. È estranea alla patogenesi delle crisi catecolaminiche.
- **D) Insulinemia**: L'insulinemia valuta il metabolismo glucidico o sospette ipoglicemie. Non fornisce indicazioni utili per un quadro di crisi ipertensive associate a tachicardia.
- **E) Testosterone, FSH, LH**: Il testosterone, il FSH e il LH monitorano l'asse ipotalamo-ipofisario-gonadi. Sono indicati per ipogonadismo e disturbi della sfera sessuale. Manca qualsiasi collegamento con la sintomatologia vascolare descritta.

**27** **Un uomo di 55 anni con diabete di tipo 2, sovrappeso (IMC 27,2 kg/m2), iperteso in trattamento con ramipril 10 mg/die, senza altre patologie note, finora ben controllato con la sola dieta e l'esercizio fisico, presenta i seguenti esami di controllo: emoglobina glicata 59 mmol/mol; creatinina 0,68 mg/dL; colesterolo totale 155 mg/dL; colesterolo HDL 62 mg/dL; trigliceridi 173 mg/dL; esame emocromocitometrico nella norma. Quale dei seguenti farmaci è preferibile utilizzare?**

A Pioglitazone
B Nessuno, è preferibile proseguire con la sola terapia non farmacologica
C **Metformina**
D Glimepiride
E Insulina

**Risposta giusta: C**

Nel diabete di tipo 2 non controllato con sole modifiche dello stile di vita, la **metformina** costituisce la **prima scelta farmacologica**. La **funzione renale conservata** consente il suo utilizzo senza controindicazioni. Risulta inoltre ottimale per i pazienti **sovrappeso**, garantendo **neutralità ponderale** e un **profilo di sicurezza** consolidato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pioglitazone**: I **tiazolidindioni** migliorano la sensibilità insulinica ma inducono **ritenzione idrica** e **accumulo adiposo**. La loro utilità è limitata in fase iniziale, specialmente in presenza di **sovrappeso** e **ipertensione**.
- **B) Nessuno, è preferibile proseguire con la sola terapia non farmacologica**: Mantenere esclusivamente le misure non farmacologiche risulta errato perché l'**emoglobina glicata** a $59\ \mathrm{mmol/mol}$ supera il **target metabolico**. È pertanto imperativa la **somministrazione di un farmaco** antidiabetico.
- **D) Glimepiride**: Le **sulfaniluree** riducono la glicemia ma provocano **ipoglicemie** e **incremento ponderale**. Per tale motivo risultano **sconsigliate come approccio iniziale** in soggetti stabili e predisposti all'eccesso di peso.
- **E) Insulina**: L'**insulina** è riservata a stati di **scompenso acuto** o al **fallimento delle terapie orali**. Non viene impiegata come **terapia iniziale** in pazienti clinicamente stabili privi di sintomi severi.

**28** **Un uomo di 36 anni si presenta in ambulatorio riferendo che da un anno e mezzo tenta di avere un figlio, non ottenendo risultati. Egli riferisce disfunzione erettile e ridotto desiderio sessuale. All'esame obiettivo si evidenzia: altezza 192 cm, peso 107 Kg (IMC 29 kg/m2), scarsa presenza di peli corporei, testicoli di consistenza aumentata e di dimensioni ridotte, distribuzione adiposa di tipo ginoide. L'uomo porta in visione uno spermiogramma, che mostra assenza di spermatozoi nell'eiaculato e un profilo ormonale che mostra un quadro di ipogonadismo ipergonadotropo. Questi dati clinici e laboratoristici portano a sospettare con maggiore probabilità una patologia genetica. Quale?**

A Sindrome dell'X fragile
B Sindrome CHARGE
C Sindrome di Kallman
D Sindrome di Marfan
E **Sindrome di Klinefelter**

**Risposta giusta: E**

Il quadro clinico indica una forma genetica di **ipogonadismo primario**. Si riconosce per azoospermia, ridotti caratteri sessuali secondari, **testicoli piccoli e fibrosi** e profili ormonali che mostrano valori elevati di $\mathrm{LH}$ e $\mathrm{FSH}$. Il fenotipo include spesso ginecomastia, distribuzione adiposa ginoide e statura elevata. Il cariotipo caratteristico è **47,XXY**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome dell'X fragile**: La sindrome dell'X fragile costituisce una causa rilevante di disabilità intellettiva ereditaria. A livello urologico può manifestarsi con macroorchidismo, non con testicoli ridotti e induriti. Non giustifica il quadro di iper gonadotropismo e azoospermia riscontrato nello spermiogramma.
- **B) Sindrome CHARGE**: La sindrome CHARGE è un'alterazione malformativa complessa che include coloboma, difetti cardiaci e atresia delle coane. Pur potendo presentare anomalie genitali, il suo spettro clinico non corrisponde al profilo ormonale isolato di iper gonadotropismo. Non è la diagnosi genetica classica per questa combinazione sintomatologica.
- **C) Sindrome di Kallman**: La sindrome di Kallman provoca un ipogonadismo ipogonadotropo con gonadotropine basse o inadeguatamente normali. È causata da un deficit di produzione di GnRH e si associa solitamente ad anosmia o iposmia. Il paziente presenterebbe invece valori ormonali compatibili con una disfunzione testicolare primaria.
- **D) Sindrome di Marfan**: La sindrome di Marfan interessa prevalentemente il tessuto connettivo e genera un habitus longilineo simile. Non rappresenta una causa frequente di infertilità o alterazioni endocrino-riproduttive di questo tipo. Risulta assente il referto per i segni cardiovascolari, oculari e scheletrici specifici.

**29** **Giunge all'attenzione del medico una donna di 60 anni affetta da cirrosi biliare primitiva. E' noto che i pazienti affetti da tale condizione, con il tempo, possono sviluppare un deficit delle vitamine liposolubili. Quale delle seguenti NON è una vitamina liposolubile?**

A Vitamina D

**B Vitamina C**

C Vitamina A

D Vitamina E

E Vitamina K

**Risposta giusta: B**

Le **vitamine liposolubili** si digeriscono insieme ai grassi e possono accumularsi nei tessuti di riserva. I composti disponibili sono la A, la D, la E e la K. La **vitamina C** è invece idrosolubile e viene escreta rapidamente con le urine. Il meccanismo fisiologico spiega perché nella **cirrosi biliare primitiva** compaiono solo carenze delle vitamine A, D, E e K.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Vitamina D**: La vitamina D è liposolubile e rientra nei nutrienti soggetti a malassorbimento biliare. Essendo liposolubile, non corrisponde al criterio richiesto dalla traccia.
- **C) Vitamina A**: La vitamina A è liposolubile e predisposta a carenza quando fallisce l'emulsione dei lipidi. Rimane esclusa come risposta corretta.
- **D) Vitamina E**: La vitamina E è liposolubile e segue lo stesso percorso digestivo delle altre vitamine grasse. Non rappresenta l'eccezione cercata dal quesito.
- **E) Vitamina K**: La vitamina K è liposolubile e la sua assimilazione intestinale peggiora nelle colestasi. Non soddisfa il requisito di non essere liposolubile.

**30** **Un ragazzo di 15 anni, lamenta da circa 2 settimane, la comparsa di nausea e disfagia per cibi solidi associata a dolore toraco-addominale prevalentemente post-prandiale; in anamnesi viene riferita atopia con sporadiche riacutizzazioni asmatiche. A seguito di indicazioni del suo curante, egli assume un inibitore di pompa protonica (PPI) per 2 settimane, senza alcun beneficio. Effettua pertanto un esame endoscopico esofageo, che mostra a livello macroscopico la presenza di edema, anelli esofagei multipli concentrici (tracheizzazione esofagea), strie longitudinali ed essudati puntiformi. Quale delle seguenti patologie può essere più verosimilmente responsabile di tale quadro clinico-strumentale?**

A **Esofagite eosinofila**
B Esofagite associata a malattia di Crohn
C Esofagite da Candida
D Esofagite erpetica
E Malattia da reflusso gastro-esofageo

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico è tipico di un'infiammazione cronica di origine allergica. La giovane età si associa a una storia di **atopia**. Compare la **disfagia per i solidi**. La terapia con **PPI** non fornisce benefici. L'endoscopia rivela **anelli concentrici** ed essudati puntiformi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Esofagite associata a malattia di Crohn**: L'interessamento esofageo del morbo di Crohn è molto raro e non genera tipicamente questo aspetto endoscopico. Mancano inoltre altri elementi clinici suggerenti una malattia infiammatoria intestinale sistemica.
- **C) Esofagite da Candida**: Si osserva solitamente in pazienti immunodepressi o con fattori predisponenti specifici. L'endoscopia mostra placche biancastre aderenti, non il reperto a tracheizzazione con anelli multipli né le strie presenti nel caso clinico.
- **D) Esofagite erpetica**: Solitamente provoca odinofagia e ulcerazioni endoscopiche, insorgendo prevalentemente in contesti di immunodepressione. Non corrisponde al quadro anatomico a fusi concentrici osservato.
- **E) Malattia da reflusso gastro-esofageo**: Potrebbe rientrare nella diagnosi differenziale, ma il nullo beneficio farmacologico e i reperti endoscopici specifici orientano decisamente verso una patologia allergica, scartando il semplice reflusso gastroesofageo.

**31** **A una donna di 38 anni viene posta diagnosi di carcinoma del colon prossimale. In anamnesi riferisce pregresso carcinoma ovarico trattato con terapia chirurgica. L'anamnesi familiare è positiva per cancro del colon-retto (4 parenti affetti, di cui due, il fratello e una sua zia, diagnosticati in giovane età, 22 e 28 anni, rispettivamente); in considerazione dell'anamnesi clinica e familiare, ella riferisce di effettuare uno screening con cadenza annuale mediante colonscopia, la quale non ha mai evidenziato la presenza di polipi del grande intestino. Quale sindrome eredo-familiare deve essere dapprima sospettata?**

A Sindrome di Birt-Hogg-Dubé
B Sindrome di Gardner
C Poliposi adenomatosa familiare (FAP)
D **Sindrome di Lynch**
E Sindrome di Turcot

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico indica una **sindrome di Lynch** per la combinazione di **carcinoma del colon prossimale** in giovane età, **pregresso tumore ovarico** e forte familiarità con esordio precoce. La negatività ripetuta delle colonscopie esclude le forme poliposiche e orienta verso un **difetto di riparazione del DNA**, tipico della Lynch, che predispone ai tumori del tratto gastroenterico superiore e ginecologico senza richiedere una lunga fase poliposa.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome di Birt-Hogg-Dubé**: Manifesta prevalentemente anomalie dermatomiche, la formazione di cisti polmonari multiple e una predisposizione accentuata ai carcinomi renali. Non rientra nel classico spettro delle sindromi che predispongono simultaneamente al carcinoma del colon-retto e a quello ovarico.
- **B) Sindrome di Gardner**: È una variante della poliposi adenomatosa familiare che impone la presenza di numerosissimi polipi intestinali. Prevede inoltre specifiche manifestazioni extra-intestinali come osteomi, cisti epidermiche e tumori desmoidi. La colonscopia ripetutamente negativa per qualsiasi formazione polipoide la esclude.
- **C) Poliposi adenomatosa familiare (FAP)**: Provoca la formazione di centinaia o migliaia di polipi adenomatosi già nell'età giovanile, con un rischio oncogenico estremamente elevato se non affrontata chirurgicamente. Il fatto che le colonscopie annuali non abbiano mai rilevato alcuna lesione polipoide contraddice radicalmente questa patologia.
- **E) Sindrome di Turcot**: Rappresenta una rara condizione genetica che associa poliposi intestinale alla genesi di tumori cerebrali primitivi come medulloblastomi e glioblastomi. Nella fattispecie mancano i segni clinici e radiologici riferiti al sistema nervoso centrale ed è assente qualsiasi forma di poliposi.

**32** **Un uomo di 55 anni viene valutato per una stipsi cronica. Tutti i seguenti sono predittori di un'origine organica della stipsi, TRANNE uno. Quale?**

A Ematochezia
B Febbre
C **Scomparsa del dolore dopo la defecazione**
D Dolore notturno
E Anoressia

**Risposta giusta: C**

Nella valutazione della stipsi cronica si distinguono i **campanelli d'allarme** che indicano una causa strutturale dai segni tipici delle condizioni funzionali. La scomparsa del dolore dopo la defecazione è caratteristica della **sindrome dell'intestino irritabile** e pertanto non rappresenta un indicatore di malattia organica, risultando l'unica risposta valida.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ematochezia**: L'ematochezia segnalava sangue rosso nelle feci, richiedendo sempre lo studio di lesioni del colon o del retto.
- **B) Febbre**: La febbre indicava la necessità di escludere un **processo infiammatorio** o infettivo, assente nella stipsi puramente funzionale.
- **D) Dolore notturno**: Il dolore notturno orientava verso **cause organiche** poiché raro nei disturbi funzionali e compatibile con neoplasie o infiammazioni.
- **E) Anoressia**: L'anoressia era un sintomo sospetto associabile a patologie sistemiche o tumorali quando compariva insieme ai disturbi intestinali.

**33** **Una donna di 76 anni, con pregressa tiroidite di Hashimoto e nota insufficienza mitralica moderata, asintomatica, si reca in visita cardiologica di controllo. L'elettrocardiogramma è il seguente: Qual è la diagnosi più probabile?**

A Tachicardia ventricolare sostenuta

**B Fibrillazione atriale**

C Flutter atriale tipico

D Segni di ischemia miocardica posteriore

E Blocco atrio-ventricolare di II grado tipo Mobitz 1

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico suggerisce una fibrillazione atriale data l'età avanzata e la cardiopatia valvolare nota. L'elettrocardiogramma mostra un ritmo irregolarmente irregolare con completa assenza di onde P organizzate. La storia di tiroidite di Hashimoto può ulteriormente predisporre a questa aritmia, confermando la coerenza del quadro clinico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tachicardia ventricolare sostenuta**: La tachicardia ventricolare sostenuta si manifesta con complessi QRS larghi e rapida origine ventricolare. Non è compatibile con una paziente asintomatica al controllo routinario e non corrisponde al profilo di un'aritmia sopraventricolare.
- **C) Flutter atriale tipico**: Il flutter atriale tipico richiede onde P organizzate a forma di denti di sega e spesso presenta una conduzione regolare o pattern ordinato. L'ECG descritto manca di queste strutture atriali caratteristiche e dimostra invece irregolarità assoluta.
- **D) Segni di ischemia miocardica posteriore**: I segni di ischemia miocardica posteriore si evidenziano mediante alterazioni specifiche del tratto ST e dell'onda T, spesso come immagine speculare nelle derivazioni anteriori. Il quesito focalizza sul disturbo del ritmo cardiaco e non su anomalie della ripolarizzazione.
- **E) Blocco atrio-ventricolare di II grado tipo Mobitz 1**: Il blocco atrio-ventricolare di secondo grado tipo Mobitz 1 causa progressivo allungamento dell'intervallo PR fino alla mancata conduzione di un battito. Produce un pattern ritmico diverso dall'irregolarità assoluta tipica della fibrillazione.

**34** **Quale di questi NON è un effetto collaterale frequente dei diuretici tiazidici:**

- **A** **Ipernatriemia**
- **B** Iperglicemia
- **C** Iponatriemia
- **D** Iperuricemia
- **E** Ipercalcemia

**Risposta giusta: A**

I diuretici **tiazidici** favoriscono la perdita urinaria di sodio, escludendo l'ipernatriemia dal loro spettro di effetti avversi. La classe presenta un quadro metabolico ed elettrolitico ben consolidato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Iperglicemia**: L'ipersemina è un effetto collaterale noto. I tiazidici riducono la sensibilità insulinica e compromettono il controllo **glicemico**, specialmente nei pazienti predisposti.
- **C) Iponatriemia**: L'iponatriemia è un'alterazione tipica e clinicamente rilevante. L'aumentata escrezione renale riduce la concentrazione di **sodio** ematico, con maggior rischio negli anziani o in chi associa altri farmaci.
- **D) Iperuricemia**: L'iperuricemia è una complicanza frequente. I diuretici ostacolano l'eliminazione di **acido urico** a livello tubulare, predisponendo a crisi di gotta.
- **E) Ipercalcemia**: L'ipercalcemia è un effetto classico distintivo. Rispetto ad altri diuretici, questi farmaci aumentano attivamente il riassorbimento di **calcio**, innalzando i livelli sierici.

**35** **Un uomo di 36 anni, fumatore, con habitus longilineo, viene portato in Pronto Soccorso per dolore acuto lacerante in sede toracica e interscapolare insorto improvvisamente durante una partita di basket. Pressione arteriosa 160/90mmHg, frequenza cardiaca 100 bpm, saturazione di ossigeno 98%. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Dissecazione aortica acuta**
- **B** Colecistite acuta
- **C** Fibrillazione atriale
- **D** Edema polmonare acuto
- **E** Fibrillazione ventricolare

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico indica una dissecazione aortica. Un uomo giovane, fumatore e longilineo presenta dolore improvviso e lacerante a livello toracico e dorsale durante uno sforzo. I parametri vitali mostrano una pressione di $160/90\ \mathrm{mmHg}$ e una saturazione del $98\ \%$. L'ipertensione e la classificazione del sintomo confermano la lesione vascolare come priorità diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Colecistite acuta**: La colecistite acuta provoca dolore nell'ipocondrio destro associato a febbre, nausea e segni infiammatori addominali. Non si accompagna a dolore toracico improvviso di natura lacerante.
- **C) Fibrillazione atriale**: La fibrillazione atriale manifesta principalmente palpitazioni, irregolarità del ritmo cardiaco e talvolta dispnea. Non spiega il dolore forte e localizzato alla schiena descritto nel caso.
- **D) Edema polmonare acuto**: L'edema polmonare acuto provoca dispnea marcata, ortopnea, rantoli polmonari e ipossiemia con ridotta saturazione. Qui i parametri respiratori sono normativi e il sintomo principale rimane il dolore fisico.
- **E) Fibrillazione ventricolare**: La fibrillazione ventricolare causa un grave collasso emodinamico con arresto circolatorio e perdita di coscienza. Il paziente risulta invece vigile, emodinamicamente stabile e dolente.

**36** **Quale di questi farmaci ha dimostrato di ridurre il tasso di recidive dopo un evento di pericardite acuta?**

A Paracetamolo
B **Colchicina**
C Clorochina
D Furosemide
E Ibuprofene

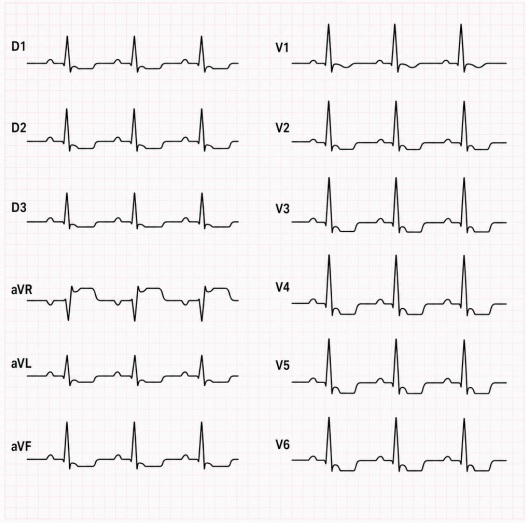
**Risposta giusta: B**

La **colchicina** riduce significativamente il rischio di recidive dopo un attacco di pericardite acuta. Le evidenze scientifiche ne confermano l'utilità nella **prevenzione** delle ricadute, rendendola uno standard terapeutico incluso nelle linee guida internazionali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Paracetamolo**: Il paracetamolo garantisce una blanda copertura analgesica ma privo di proprietà antinfiammatorie non incide sull'evoluzione naturale della malattia infiammatoria pericardica né riduce le probabilità di ritorno dei sintomi.
- **C) Clorochina**: La clorochina rappresenta un agente antimalarico/immunomodulante non validato per questa patologia e non figura tra i protocolli riconosciuti per la gestione della pericardite acuta.
- **D) Furosemide**: Il furosemide è un diuretico d'ansa utilizzato esclusivamente per correggere lo scompenso cardiaco o gli stati di ipervolemia, senza alcuna indicazione nella terapia specifica della pericardite.
- **E) Ibuprofene**: L'ibuprofene è fondamentale per il controllo del dolore e dell'infiammazione nella fase acuta, ma non agisce sui meccanismi immunologici responsabili delle ricadute e quindi si limita al **trattamento sintomatico**.

**37** **Uomo di 60 anni, iperteso, dislipidemico, presenta dolore toracico, sudorazione profusa e costrizione al giugulo. Pressione arteriosa 150/90 mmHg, saturazione di ossigeno 97%. L'elettrocardiogramma è il seguente: In relazione al sospetto clinico, qual è il prossimo step diagnostico-terapeutico?**




**A** **Coronarografia in emergenza (<2h)**

B Coronarografia urgente (<24h)

C Angio-TC del torace con mezzo di contrasto con sequenze dedicate alle coronarie

D Dosaggio degli indici di flogosi, antigeni virali e pannello anticorpale completo

E Curva del dosaggio della troponina cardiaca

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico con dolore toracico tipico e sudorazione profusa orienta verso una **patologia coronarica** acuta. La gestione successiva dipende dai segni elettrocardiografici. Quando il contesto suggerisce un evento ad altissimo rischio, la priorità è la **coronarografia immediata** entro due ore. Questa procedura permette di visualizzare e **rivascolarizzare** il vaso compromesso senza attendere risultati di laboratorio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Coronarografia urgente (<24h)**: La coronarografia urgente entro ventiquattr'ore è indicata per i casi di sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST a rischio medio-alto. Il sospetto nello scenario è più grave e richiede una tempistica immediatamente prioritaria.
- **C) Angio-TC del torace con mezzo di contrasto con sequenze dedicate alle coronarie**: L'angio-Tc coronarica valuta l'anatomia vascolare in pazienti selezionati e clinicamente stabili. Non rappresenta la strategia appropriata quando il rischio di evento imminente impone una condotta invasiva diretta e rapida.
- **D) Dosaggio degli indici di flogosi, antigeni virali e pannello anticorpale completo**: Gli indici infiammatori e il pannello sierologico indirizzano verso cause infettive o reattive. Questo percorso diagnostico è inefficace e introduce un ritardo critico in una condizione cardiovascolare acuta che evolve in modo tempo-dipendente.
- **E) Curva del dosaggio della troponina cardiaca**: Il dosaggio delle troponine documenta il danno miocardico ma non può sostituire la valutazione clinica urgente. Devono sempre accompagnare le terapie invasive e non devono mai posticipare l'intervento in presenza di quadri ad alto rischio.

**38** **Quale di questi NON è un comune effetto collaterale degli ACE-inibitori:**

A Incremento della creatininemia

B Angioedema

C **Fenomeno di Raynaud**

D Tosse

E Iperkaliemia

**Risposta giusta: C**

Gli ACE-inibitori agiscono inibendo il sistema renina-angiotensina. I loro effetti indesiderati caratteristici sono tosse secca, iperkaliemia, lieve aumento della creatininemia e raramente angioedema. Il fenomeno di Raynaud è un disturbo vasospastico legato ad altre condizioni, non una reazione tipica di questa classe farmacologica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Incremento della creatininemia**: L'incremento della creatininemia è un evento possibile durante il trattamento. Tende a manifestarsi più chiaramente in caso di stenosi dell'arteria renale o funzione renale già compromessa.
- **B) Angioedema**: L'angioedema è un effetto avverso raro ma classico degli ACE-inibitori. È considerato clinicamente rilevante principalmente perché può presentarsi in forma potenzialmente grave.
- **D) Tosse**: La tosse secca persistente è un effetto collaterale tipico. Rappresenta uno degli eventi avversi più noti e frequenti tra i pazienti in terapia.
- **E) Iperkaliemia**: L'ipercaliemia è un effetto collaterale da tenere sotto controllo. La riduzione della secrezione di aldosterone induce una maggiore **ritenzione di potassio** a livello renale.

**39** **Una donna di 38 anni, apparentemente sana, dopo un viaggio aereo Hong Kong - Roma in classe economica, all'arrivo in aeroporto sviluppa sincope seguita da dispnea con riscontro obiettivo di ipotensione. Portata subito al Pronto Soccorso dell'aeroporto, l'elettrocardiogramma mostra tachicardia sinusale, BBDx incompleto con onde T precordiali negative. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Labirintite acuta con tachicardia atriale ectopica

B Miocardite acuta virale con tachicardia ventricolare sostenuta

C Tachicardia ventricolare da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro

D **Embolia polmonare acuta da trombosi venosa profonda**

E Sincope vaso-vagale in gravidanza

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico è suggestivo per un'**embolia polmonare** dopo un volo lungo in economia che provoca **immobilità prolungata** e aumenta il rischio tromboembolico. La comparsa di sincope, dispnea e ipotensione indica un evento acuto importante. L'elettrocardiogramma conferma un **sovraccarico acuto del ventricolo destro** con tachicardia sinusale, blocco di branca destra incompleto e inversione delle onde T precordiali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Labirintite acuta con tachicardia atriale ectopica**: La labirintite causa vertigini e nausea ma non giustifica la dispnea, l'ipotensione né i segni elettrocardiografici di sovraccarico destro.
- **B) Miocardite acuta virale con tachicardia ventricolare sostenuta**: Manca il contesto infettivo tipico della miocardite e il tracciato mostra una tachicardia sinusale anziché una tachicardia ventricolare sostenuta. Il legame temporale con il viaggio orienta verso un evento tromboembolico.
- **C) Tachicardia ventricolare da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro**: Pur potendo alterare le precordiali destre, non spiega l'esordio improvviso post-volo con ipotensione e dispnea. Inoltre l'elettrocardiogramma descrive una tachicardia sinusale, non ventricolare.
- **E) Sincope vaso-vagale in gravidanza**: La sincope vaso-vagale è un evento benigno e transitorio senza dispnea associata. Non provoca ipotensione persistente né alterazioni elettrocardiografiche del ventricolo destro e non vi è alcuna indicazione di gravidanza nel caso clinico.

**40** **Uomo di 20 anni di età mai fumatore presenta dispnea e respiro sibilante insorti acutamente in pieno benessere dopo attività fisica intensa. Quale tra le seguenti condizioni cliniche è la più probabile?**

A Pneumotorace catameniale
B Edema polmonare acuto cardiogeno
C Polmonite acquisita in comunità
D Embolia polmonare acuta
**E Riacutizzazione asmatica da sforzo**

**Risposta giusta: E**

Un giovane mai fumatore presenta dispnea e sibilo improvvisi dopo uno sforzo intenso mentre era in perfetto stato di salute. Questa combinazione clinica indica un **broncospasmo indotto dallo sforzo**. L'esercizio fisico causa broncoostruzione reversibile in soggetti con iperreattività bronchiale. L'improvvisa insorgenza durante il benessere fa escludere le patologie infiammatorie o tromboemboliche.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pneumotorace catameniale**: Si tratta di una condizione ginecologica esclusivamente femminile sincronizzata con il ciclo mestruale. La biologia del paziente ne esclude definitivamente la presenza. Deve essere rimossa immediatamente dalla diagnosi differenziale.
- **B) Edema polmonare acuto cardiogeno**: Rappresenta una eventualità statistica quasi nulla in un soggetto giovane privo di anamnesi cardiovascolare. L'esame obiettivo evidenzerebbe ortopnea, rantoli crepitanti e segni sistematici di **scompenso** ventricolare. Non spiega un episodio respiratorio isolato conseguente a uno stimolo sportivo.
- **C) Polmonite acquisita in comunità**: La malattia ha un esordio progressivo e presenta febbre, tosse produtiva ed espettorato. Il sibilo non costituisce il reperto auscultatorio predominante. Non esiste alcun nesso fisiopatologico tra l'insulto meccanico dello sforzo e questa infezione respiratoria.
- **D) Embolia polmonare acuta**: Il quadro tipico richiede specifici **fattori di rischio** tromboembolici associati. Solitamente si osservano dolore toracico pleuritico, tachicardia persistente o calo dei valori di saturazione dell'ossigeno. Il sibilo non è un segno caratteristico di questa patologia vascolare.

**41** **Viene eseguita a scopo diagnostico una toracentesi su un versamento pleurico monolaterale. L'analisi di laboratorio del liquido pleurico identifica un essudato, con > 80% di linfociti tra tutte le cellule, con una normale concentrazione di NT-proBNP ed assenza di eosinofili. Tra le seguenti qual è la causa più probabile di questo versamento pleurico:**

A Sindrome nefrosica

B **Pleurite tubercolare**

C Cirrosi epatica

D Scompenso cardiaco cronico

E Emotorace

**Risposta giusta: B**

Il liquido è un **essudato** con marcata abbondanza di **linfociti**, segnale tipico di processi infiammatori cronici come la **tubercolosi**. La concentrazione normale di NT-proBNP scarta un'origine cardiaca, mentre l'assenza di eosinofili elimina ipotesi emorragiche o aeroe pleuriche.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome nefrosica**: Genera raccolte di fluido trasudative secondarie alla caduta della pressione oncotica per grave ipoalbuminemia. Non si riscontra mai un quadro essudativo con predominanza cellulare specificata.
- **C) Cirrosi epatica**: Determina idrotorace epatico di natura trasudatizia, dovuto all'ipertensione portale e al filtraggio di liquidi attraverso il diaframma. Il profilo descritto contraddice chiaramente questa fisiopatologia.
- **D) Scompenso cardiaco cronico**: Provoca classicamente un versamento trasudatizio, spesso bilaterale e accompagnato da segni di congestione sistemica. Un valore di NT-proBNP dentro i range normali è contrario alla diagnosi di scompenso.
- **E) Emotorace**: Richiederebbe la presenza diretta di sangue nel cavo pleurico, con parametri ematici e clinici distinti. La totale assenza di eosinofili rafforza ulteriormente il rifiuto di questa opzione.

**42** **A un uomo di 74 anni viene fatta diagnosi di polmonite acquisita in comunità. Sulla base del punteggio prognostico CURB-65 il medico di Pronto Soccorso decide, dopo aver impostato un'adeguata terapia antibiotica empirica, di dimetterlo e trattarlo a domicilio. L'acronimo inglese CURB-65 indica:**

A cefalea - azoto ureico - rabdomiolisi - pressione arteriosa - età maggiore o uguale a 65 anni

B **confusione mentale - azoto ureico - frequenza respiratoria - pressione arteriosa sistemica - età maggiore o uguale a 65 anni**

C cefalea -azoto ureico - frequenza respiratoria - peritonismo - età maggiore o uguale a 65 anni

D confusione mentale - azoto ureico - reazione orticarioide - broncocostrizione - età minore o uguale a 65 anni

E cefalea - azoto ureico - frequenza respiratoria - broncocostrizione - età minore o uguale a 65 anni

**Risposta giusta: B**

Il punteggio CURB-65 stima la gravità della polmonite acquisita in comunità per orientare tra terapia domiciliare, ricovero o gestione intensiva. Ogni lettera corrisponde a un parametro predittivo di rischio: **confusione mentale**, **azoto ureico** elevato, **frequenza respiratoria** aumentata, **pressione arteriosa** ridotta ed **età ≥ 65 anni**. Il paziente ha 74 anni e già soddisfa il criterio anagrafico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) cefalea - azoto ureico - rabdomiolisi - pressione arteriosa - età maggiore o uguale a 65 anni**: Introducono la rabdomiolisi, fattore irrilevante per questa scala prognostica. Si perde inoltre il controllo della frequenza respiratoria, parametro cardine del punteggio.
- **C) cefalea -azoto ureico - frequenza respiratoria - peritonismo - età maggiore o uguale a 65 anni**: Include cefalea e peritonismo, indicatori assenti dal sistema di punteggio. Il protocollo valuta invece solo stato mentale, funzionalità renale, dinamica respiratoria, pressione arteriosa e soglia anagrafica.
- **D) confusione mentale - azoto ureico - reazione orticarioide - broncocostrizione - età minore o uguale a 65 anni**: Inserisce reperti allergici e ostruttivi non previsti dal algoritmo. Modifica anche il verso del criterio anagrafico, che richiede un'età superiore o uguale a 65 anni anziché inferiore.
- **E) cefalea - azoto ureico - frequenza respiratoria - broncocostrizione - età minore o uguale a 65 anni**: Ripropone elementi clinici estranei come cefalea e broncocostrizione. Conferma un'inversione sulla soglia dei sessantacinque anni, contraria alle indicazioni ufficiali.

**43** **Un uomo di 46 anni rientra da un breve viaggio di lavoro a Dakar in Senegal. Riferisce di aver alloggiato in un albergo di lusso, effettuando spostamenti in taxi da e per l'aeroporto internazionale. Dopo 10 giorni dal rientro in Italia compaiono dolori muscoloscheletrici, modesta tosse secca e febbre fino a 38°C. Egli decide spontaneamente di assumere amoxicillina/acido clavulanico e paracetamolo che aveva a casa con i quali avverte miglioramento clinico e risulta apiretico a distanza di 6 ore dall'assunzione dei due farmaci. Due giorni dopo l'inizio del trattamento si rende conto di aver terminato amoxicillina/acido clavulanico e decide di contattare il proprio medico. Cosa dovrebbe fare il medico in via prioritaria?**

A **il medico, raccolta l'anamnesi, dovrebbe inviarlo a eseguire urgentemente striscio sottile e goccia spessa per malaria**

B il medico dovrebbe chiedergli se ha assunto profilassi antimalarica e, solo se non l'avesse assunta, dovrebbe inviarlo ad eseguire urgentemente striscio sottile e goccia spessa per malaria

C il medico, raccolta l'anamnesi, dovrebbe visitarlo per confermare l'indicazione ad amoxicillina/acido clavulanico ed eventualmente modificargli la terapia antibiotica

D il medico, raccolta l'anamnesi, dovrebbe consigliare un test sierologico urgente per dengue

E il medico, raccolta l'anamnesi e visto il miglioramento clinico, dovrebbe confermare la terapia in atto e rivalutarlo a 24 ore

**Risposta giusta: A**

Il paziente presenta febbre e sintomi aspecifici dopo un viaggio di ritorno da un'area endemica. Un miglioramento transitorio con antipiretici e antibiotici non esclude l'infezione parassitaria. La priorità è escludere urgentemente la **malaria** mediante **striscio sottile e goccia spessa**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) il medico dovrebbe chiedergli se ha assunto profilassi antimalarica e, solo se non l'avesse assunta, dovrebbe inviarlo ad eseguire urgentemente striscio sottile e goccia spessa per malaria**: Chiedere della profilassi antimalarica prima del controllo non è appropriato. Anche con assunzione regolare possono verificarsi casi per **fallimento del trattamento** o esposizione massiva. L'esame deve essere richiesto a prescindere dalla storia farmacologica.
- **C) il medico, raccolta l'anamnesi, dovrebbe visitarlo per confermare l'indicazione ad amoxicillina/acido clavulanico ed eventualmente modificargli la terapia antibiotica**: Valutare la continuazione o la modifica degli antibiotici distoglie dall'effettiva urgenza. L'approccio corretto privilegia sempre l'esclusione della malaria prima di considerare infezioni batteriche, dato il contesto viaggiatore e i tempi di incubazione compatibili.
- **D) il medico, raccolta l'anamnesi, dovrebbe consigliare un test sierologico urgente per dengue**: Richiedere un test sierologico per la dengue è secondario. Sebbene sia nella diagnosi differenziale, la malaria richiede indagini parassitologiche dirette per una gestione tempestiva. La sierologia non fornisce diagnosi immediata e non va utilizzata come primo step.
- **E) il medico, raccolta l'anamnesi e visto il miglioramento clinico, dovrebbe confermare la terapia in atto e rivalutarlo a 24 ore**: Non basta confermare la terapia sintomatica perché il **miglioramento clinico** iniziale è spesso temporaneo e legato alla sola riduzione della febbre. Ritardare gli esami in un febbrile di ritorno da zona endemica rischia un rapido peggioramento se non si diagnosticano i plasmodi.

**44** **Si decide di somministrare a un paziente "a rischio" una profilassi pre-esposizione (PrEP) per prevenire l'infezione da HIV. Quale tra i seguenti farmaci (o combinazione di farmaci) è raccomandato?**

- **A** **Tenofovir / Emtricitabina**
- **B** Lamivudina / Abacavir
- **C** Zidovudina / Lamivudina
- **D** Zidovudina / Lamivudina / Abacavir
- **E** Raltegravir

**Risposta giusta: A**

Per la profilassi pre-esposizione all'HIV la combinazione raccomandata è **tenofovir/emtricitabina**. Questo schema è stato validato dalle linee guida ed è efficace se assunto prima del possibile contatto con il virus per ridurne il rischio di infezione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Lamivudina / Abacavir**: Lamivudina e abacavir formano un'associazione usata nel controllo dell'infezione consolidata. Mancando il tenofovir, questo duetto non soddisfa i criteri di efficacia e sicurezza richiesti per la somministrazione preventiva.
- **C) Zidovudina / Lamivudina**: Lo schema zidovudina/lamivudina impiega farmaci attivi contro l'HIV ma è indicato principalmente per la terapia curativa o per la profilassi post-esposizione. Non rappresenta il regime farmacologico consigliato per la prevenzione pre-esposizione.
- **D) Zidovudina / Lamivudina / Abacavir**: La tripla combinazione zidovudina/lamivudina/abacavir è riservata alla **terapia antiretrovirale** dei pazienti già infetti. L'abacavir non rientra nei protocolli preventivi attuali per la PrEP.
- **E) Raltegravir**: Il raltegravir è un **inibitore dell'integrasi** utilizzato nel trattamento dell'HIV o nella profilassi post-esposizione ma non costituisce lo schema standard per la PrEP.

**45** **Ragazza di 16 anni, da circa 1 settimana presenta rialzo termico ad andamento remittente associato ad astenia, inappetenza, vomito e faringodinia. Giunge in Pronto Soccorso per contrazione della diuresi; agli esami urgenti riscontro di insufficienza renale (creatininemia 1,6 mg/dL) con esame urine caratterizzato da macroematuria, cilindri eritrocitari e proteinuria. Fra gli altri esami si segnala urea 78 mg/dL, potassiemia 4,5 mEq/L, bicarbonati venosi 25 mEq/L, emoglobina 11,6 g/dL, globuli bianchi 8.000/mm3. All'ingresso in reparto è in buone condizioni generali, di rilievo solo ipertrofia tonsillare. All'ecografia addome i reni risultano globosi, di dimensioni nei limiti con spessore corticale conservato ma lievemente iperecogeno. Quale diagnosi è più probabile?**

A Nefrite interstiziale immuno-allergica

B **Glomerulonefrite ad IgA**

C Cistite emorragica

D Pielonefrite acuta

E Rottura spontanea del rene

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico orienta verso una sindrome nefritica caratterizzata da macroematuria, cilindri eritrocitari, proteinuria e riduzione della diuresi. Questi indicatori confermano un'origine glomerulare del danno renale. La comparsa dei sintomi in stretta vicinanza temporale a una faringodinia è tipica della nefropatia da IgA, frequente nell'adolescenza. I valori di creatinina ($1.6\ \mathrm{mg/dL}$) e l'ecografia con reni globosi completano il quadro di compromissione funzionale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Nefrite interstiziale immuno-allergica**: La nefrite interstiziale immuno-allergica è meno probabile perché si associa spesso all'assunzione di farmaci e provoca segni di lesione tubulo-interstiziale come rash, febbre, eosinofilia o artralgie. In questo caso manca il trigger farmacologico e il dato dominante resta l'ematuria con cilindri eritrocitari.
- **C) Cistite emorragica**: La cistite emorragica può provocare ematuria ma non spiega la presenza di cilindri eritrocitari né l'insufficienza renale acuta con ridotta diuresi. Si attenderebbero inoltre sintomi urinari irritativi come disuria e pollachiuria, assenti nel referto, mentre il danno qui interessa il nefrone prossimale.
- **D) Pielonefrite acuta**: La pielonefrite acuta richiede la compresenza di febbre alta, dolore lombare intenso, leucocituria significativa e batteriuria, elementi che mancano in questo studio. I cilindri eritrocitari orientano verso un'infiammazione glomerulare immunomediata piuttosto che verso un'infezione del parenchima renale, confermato anche dai globuli bianchi nella norma ($8.000\ \mathrm{mm^{-3}}$).
- **E) Rottura spontanea del rene**: Una rottura spontanea del rene non è compatibile con il quadro clinico poiché causerebbe dolore severo, instabilità emodinamica ed emorragia, senza produrre una sindrome nefritica. L'assenza di traumi o segni di versamento rende questa diagnosi irrilevante rispetto ai reperti ematici e urinari.

**46** **Una donna di 30 anni si presenta in Pronto Soccorso in seguito al riscontro, da qualche giorno, di iperpiressia con brividi scuotenti associata a fortissimo dolore in zona lombare destra. Il dolore risulta non responsivo alle comuni terapie antiinfiammatorie, e negli ultimi giorni ha riferito anche la comparsa di disuria e stranguria. In Pronto Soccorso si presenta vigile, collaborante e orientata, eupnoica. PA 126/67 mmHg, FC 90 bpm. temperatura corporea 38,5 °C. All'esame obiettivo si rileva addome dolente alla palpazione su tutti i quadranti, segno di Blumberg debolmente positivo, segno di Giordano positivo a destra. Agli esami ematochimici: creatininemia 0,77 mg/dL, urea 25 mg/dL, proteina C reattiva 9,85 mg/dL, GB 12.910/mm3, Hb 12,7 g/dL, transaminasi nella norma. Allo stick urine: sangue ++, proteine ++, leucociti +++. L'ecografia renale esclude idronefrosi mono- o bilaterale delle vie urinarie, mentre all'ecocolorDoppler i reni risultano ben perfusi con indici di resistenza nella norma. Quale diagnosi è la più probabile?**

A Insufficienza renale cronica

B Nefropatia ostruttiva

C **Pielonefrite acuta**

D Insufficienza renale acuta per cause pre-renali (emodinamiche)

E Infarto renale bilaterale da ostruzione acuta delle arterie renali

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico evidenzia un'infezione delle vie urinarie alte: febbre alta con brividi scuotenti, dolore lombare severo, disuria e stranguria. Gli esami mostrano un'infiammazione sistemica con **leucocitosi**, aumento della proteina C reattiva e forte leucocituria. Il segno di Giordano positivo orienta verso un coinvolgimento renale, mentre l'assenza di idronefrosi ecografica e la funzione renale conservata escludono ostruzioni e insufficienza conclamata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Insufficienza renale cronica**: L'insufficienza renale cronica ha un decorso subdolo e richiede alterazioni ematochimiche marcate, assenti nel paziente con creatininemia e urea normali che presentano invece sintomi acuti di origine infettiva.
- **B) Nefropatia ostruttiva**: Una nefropatia ostruttiva comporta dilatazione delle cavità escretrici dimostrabile all'ecografia; l'assenza di idronefrosi invalida questa ipotesi a favore di un processo infettivo non meccanico.
- **D) Insufficienza renale acuta per cause pre-renali (emodinamiche)**: Le cause pre-renali riducono la perfusione renale senza giustificare il quadro infiammatorio, i disturbi urinari o il dolore lombare marcato, come confermato dalla stabilità emodinamica e dai reperti urinari.
- **E) Infarto renale bilaterale da ostruzione acuta delle arterie renali**: L'infarto renale bilaterale provoca dolore improvviso ed ematuria ma non leucocituria persistente né febbre elevata, e l'ecocolorDoppler conferma una normale perfusione escludendo patologie vascolari ostruttive.

**47** **Un uomo di 64 anni giunge all'attenzione medica riferendo comparsa da circa 2 settimane di dolore e rigidità ai cingoli pelvico e scapolare. Si pone sospetto di polimialgia reumatica. Quale dei seguenti riscontri agli esami ematochimici e sierologici NON si osserva mai nei soggetti affetti da polimialgia reumatica?**

A Elevazione velocità di eritrosedimentazione (VES)

B Negatività anticorpi anti-nucleo (ANA)

C Anemia normocromica

**D Consumo delle frazioni C3 e C4 del complemento**

E Normalità degli enzimi di danno muscolare

**Risposta giusta: D**

Nella polimialgia reumatica il processo infiammatorio non comporta **formazione di immunocomplessi**. Il consumo delle frazioni C3 e C4 del complemento è tipico di altre patologie reumatologiche, pertanto questo riscontro non compare mai. La **VES** risulta frequentemente elevata, gli **enzimi muscolari** restano invariati, può svilupparsi un'anemia da infiammazione e gli ANA sono tipicamente negativi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Elevazione velocità di eritrosedimentazione (VES)**: L'elevazione della velocità di eritrosedimentazione è un reperto molto frequente nel sospetto clinico. Rappresenta uno dei parametri di laboratorio più utili per orientare la diagnosi iniziale.
- **B) Negatività anticorpi anti-nucleo (ANA)**: La negatività degli anticorpi anti-nucleo è attendibile e supporta la diagnosi. Tali marker sierologici sono associati a connettiviti sistemiche specifiche e risultano abitualmente assenti nel quadro clinico descritto.
- **C) Anemia normocromica**: Un'anemia normocromica può comparire durante il decorso della malattia. Si tratta solitamente di una lieve anemia da infiammazione cronica che riduce la disponibilità di ferro per la sintesi eritroidale.
- **E) Normalità degli enzimi di danno muscolare**: La normalità degli enzimi di danno muscolare è coerente con la patologia. La rigidità dolorosa dipende dall'infiammazione delle borse sinoviali e delle guaine tendinee, non da un danno diretto della fibra muscolare.

**48** **Un uomo di 27 anni giunge all'attenzione del medico presentando da circa 6 mesi rachialgia infiammatoria lombare e dolore alternante ai glutei. Agli esami ematici vi è una modesta elevazione di VES e PCR. Una RM mostra un quadro di sacroileite. Si pone il sospetto di spondilite anchilosante. Quale delle seguenti varianti dell'HLA si associa a tale patologia?**

A HLA-B31
B HLA-B48
C HLA-B51
D HLA-B05
E **HLA-B27**

**Risposta giusta: E**

L'allele **HLA-B27** costituisce l'associazione genetica più nota per la **spondilite anchilosante** e per le spondiloartriti sieronegative. Il quadro clinico riportato presenta i segnali distintivi della patologia: dolore lombare infiammatorio, dolori glutei alternanti, aumento degli indici flogici e **sacroileite** alla risonanza magnetica. Questa combinazione di dati conferma la pertinenza del marcatore genetico selezionato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A)** HLA-B31 non corrisponde al marcatore classico associato alla spondilite anchilosante. Può manifestarsi in altri ambiti immunologici, senza tuttavia spiegare la sintomatologia o la refertazione strumentale attuale.
- **B)** HLA-B48 non è caratterizzato da una rilevante associazione statistica con la spondilite anchilosante. Non rientra negli alleli considerati essenziali per il percorso eziologico di questa categoria morbosa.
- **C)** HLA-B51 è rinomato principalmente per la sua elevata presenza nella malattia di Behçet. Optare per questa alternativa nasce frequentemente da una confusione tra i diversi marker genetici delle principali patologie reumatiche.
- **D)** HLA-B05 non figura tra le correlazioni tipiche della spondilite anchilosante. Alcuni polimorfismi del sistema HLA possono collegarsi a distinte malattie, ma questa variante non appartiene al profilo diagnostico della condizione in esame.

**49** **Una donna di 70 anni si presenta in ambulatorio accompagnata dal marito. Il marito racconta che la moglie da due anni manifesta aggressività, disinibizione, disturbo di attenzione. Ha perso progressivamente interesse per la cura della persona e dell'igiene personale. Il fratello maggiore e la madre hanno presentato un quadro clinico simile in età presenile. Quale delle seguenti ipotesi diagnostiche può essere suggerita in prima istanza dall'anamnesi?**

A Malattia di Alzheimer

B **Demenza frontotemporale, variante frontale**

C Afasia primaria progressiva

D Degenerazione corticobasale

E Demenza a corpi di Lewy

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico si caratterizza per un esordio precoce di **alterazioni comportamentali** con **disinibizione**, aggressività e trascuratezza dell'igiene. La presenza di una storia familiare simile in età presenile suggerisce una **base genetica**, tipica delle demenze frontotemporali. Si configura quindi un disturbo della personalità e della condotta sociale, diverso dai deficit mnemonici iniziali dell'Alzheimer.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Malattia di Alzheimer**: Presenta un esordio classico dominato dal decadimento rapido della memoria episodica recente e dello spaziotempo, mentre in questo caso prevalgono fin dall'inizio le alterazioni della regolazione degli impulsi e della cura di sé.
- **C) Afasia primaria progressiva**: L'esordio sintomatologico è prevalentemente legato al deterioramento del linguaggio espressivo o comprensivo, senza il quadro comportamentale marcatamente disinibito e trascurato.
- **D) Degenerazione corticobasale**: Potrebbe sovrapporsi parzialmente per i tratti cognitivi, ma impone obbligatoriamente la coesistenza di segni motori focali come aprassia del membro superiore, rigidità asimmetrica, mioclono e fenomeni corticali localizzati non menzionati.
- **E) Demenza a corpi di Lewy**: Richiederebbe la comparsa di fluttuazioni cognitive accentuate, allucinazioni visive ricorrenti, parkinsonismo spontaneo e disturbi comportamentali del sonno REM, assenti nell'anamnesi descritta.

**50** **Una donna di 30 anni si presenta in ambulatorio riferendo la comparsa progressiva di diplopia, particolarmente invalidante alla sera. Talvolta lamenta anche difficoltà nella masticazione, che sente "faticosa". Ha effettuato una TC del torace con mezzo di contrasto che ha evidenziato la presenza di un timoma. Quale tra le seguenti combinazioni di diagnosi/terapia di prima scelta è la più corretta in relazione alla storia della donna?**

A Miastenia gravis, cortisonici ad alte dosi

B Sindrome di Lambert-Eaton, anticolinesterasici per i.m.

C Miastenia gravis, Ig per e.v.

**D Miastenia gravis, anticolinesterasici per os**

E Sindrome di Lambert-Eaton, cortisonici ad alte dosi

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico descrive una debolezza muscolare fluttuante che peggiora con l'uso e verso sera, tipica della **miastenia gravis**. La TC toracica ha evidenziato un **timoma**, condizione fortemente associata a questa patologia autoimmune. La terapia sintomatica iniziale di prima scelta prevede gli **anticolinesterasici orali**, come la piridostigmina, per potenziare la trasmissione neuromuscolare.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Miastenia gravis, cortisonici ad alte dosi**: La diagnosi di base è corretta, ma la strategia indicata appartiene a un momento successivo del follow-up. I corticosteroidi si aggiungono solo quando i sintomi non rispondono adeguatamente agli inibitori delle colinesterasi o quando serve un'immunosoppressione di mantenimento.
- **B) Sindrome di Lambert-Eaton, anticolinesterasici per i.m.**: Il profilo clinico escluso dal quesito non mostra il quadro bulbare e oculare specifico, mentre la via di somministrazione proposta non segue alcun protocollo terapeutico standard consolidato. Gli anticolinesterasici si formulano per via orale o endovenosa in emergenza, mai in via intramuscolare routinaria.
- **C) Miastenia gravis, Ig per e.v.**: L'identificazione della patologia è accurata, ma il trattamento indicato è riservato a scenari critici. Le immunoglobuline endovena vengono impiegate esclusivamente durante crisi miasteniche o riacutizzazioni severe che richiedono un immediato controllo immune, non nell'avvio del trattamento ambulatoriale.
- **E) Sindrome di Lambert-Eaton, cortisonici ad alte dosi**: La presentazione clinica differisce nettamente, poiché si caratterizza per debolezza prossimale degli arti inferiori, iporeflessia e miglioramento progressivo con lo sforzo fisico. L'associazione paraneoplastica coinvolge prevalentemente tumori polmonari o altri maligni solidi, non il timoma. La prima linea terapeutica non prevede l'impiego immediato di cortisonici ad alte dosi.

**51** **Un uomo di 64 anni viene accompagnato dai familiari in ambulatorio di neurologia a seguito dello sviluppo di una sintomatologia evoluta in circa 2 mesi e caratterizzata da incoercibile stato di ansia e depressione, deficit mnesici, alterazioni comportamentali ed allucinazioni. Dalla raccolta anamnestica si evince che egli nei 6 mesi precedenti è stato sottoposto a cicli di chemioterapia e radioterapia dopo una diagnosi di microcitoma polmonare. All'esame obiettivo neurologico si evidenziano deficit di memoria di fissazione, atteggiamento fatuo, disinibizione. Non si riscontrano ulteriori grossolane alterazioni a carico della forza, della sensibilità e della coordinazione. L'uomo è pertanto ricoverato in clinica neurologica, dove è sottoposto a diversi accertamenti. L'esame del liquor cefalorachidiano dimostra la presenza di IgG policlonali (anti-Hu). La RM encefalo mostra iperintensità di segnale T2/FLAIR a livello temporo-mesiale e ippocampale bilateralmente. Sulla base dei dati clinici e dei riscontri laboratoristico-strumentali, qual è la diagnosi più probabile?**

A Encefalopatia post-attinica
B Sindrome di Wernicke-Korsakoff
C Sindrome di Lambert-Eaton
D Malattia di Alzheimer
**E Encefalite limbica paraneoplastica**

**Risposta giusta: E**

Il quadro clinico suggerisce un'**encefalite limbica paraneoplastica**. Il paziente presenta un **microcitoma polmonare**, anticorpi **anti-Hu** nel liquor e iperintensità T2/FLAIR bilaterali temporo-ippocampali. L'esordio subacquo in due mesi di alterazioni comportamentali e deficit mnesici conferma la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Encefalopatia post-attinica**: Le complicanze da radioterapia possono causare deficit neurologici ma presentano un imaging diverso. Non si associano agli anticorpi anti-Hu e l'interessamento temporo-ippocampale bilaterale orienta preferenzialmente verso un processo infiammatorio sistemico.
- **B) Sindrome di Wernicke-Korsakoff**: La sindrome di Wernicke-Korsakoff provoca amnesia e confusione per **carenza di tiamina** in contesti di alcolismo o malnutrizione. Manca la familiarità clinica necessaria e non giustifica la positività degli anti-Hu né i reperti RM specifici.
- **C) Sindrome di Lambert-Eaton**: La sindrome di Lambert-Eaton è correlata al microcitoma polmonare ma colpisce la **giunzione neuromuscolare**. Si manifesta con debolezza muscolare, iporeflessia e affaticamento rapido senza coinvolgere la sfera cognitiva o le strutture encefaliche alla risonanza.
- **D) Malattia di Alzheimer**: Il morbo di Alzheimer evolve in modo lento e progressivo nel corso di anni. Assente la positività agli anti-Hu e le lesioni infiammatorie tipiche del sistema limbico alla risonanza. Il rapido peggioramento clinico favorisce invece un'eziologia paraneoplastica.

**52** **Un bambino di 8 anni con sviluppo cognitivo apparentemente normale presenta episodi pluriquotidiani di incantamento, con arresto della attività in corso e lieve fremito palpebrale, di circa 5-10 secondi di durata. Se stimolato durante un episodio non reagisce e non risponde. Gli insegnanti segnalano fasi di blocco seguite da ripresa delle attività dal punto in cui erano state sospese, senza apparente consapevolezza. Se il bambino sta scrivendo sotto dettatura, si arresta e perde qualche parola. Se è in piedi non presenta variazioni posturali. Qual è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

- **A** **Epilessia generalizzata non convulsiva**
- **B** Un'agnosia visuospaziale
- **C** Una narcolessia
- **D** Un disturbo di apprendimento
- **E** Un disturbo dell'attenzione

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico descrive un quadro classico di assenze epilettiche. Gli episodi durano pochi secondi, sono pluriquotidiani e presentano un **arresto improvviso** dell'attività e dello sguardo fisso. Si nota un lieve automatismo come il fremito palpebrale e una completa **assenza di risposta** agli stimoli esterni. Al termine dell'episodio il bambino riprende immediatamente l'azione dal punto esatto in cui si era fermato, senza fase confusiva. L'assenza di variazioni posturali conferma la natura **generalizzata non convulsiva**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Un'agnosia visuospaziale**: L'agnosia visuospaziale è un deficit percettivo che compromette il riconoscimento delle relazioni spaziali tra gli oggetti. Non causa crisi intermittenti di incantesimo, arresto della coscienza o recupero immediato dopo un blocco.
- **C) Una narcolessia**: La narcolessia si manifesta con ipersonnia diurna e attacchi di sonno improvvisi, talvolta associati a cataplessia. Non provoca episodi brevi e stereotipati con brusco arresto comportamentale e totale mancanza di risposta durante l'evento.
- **D) Un disturbo di apprendimento**: I disturbi specifici dell'apprendimento determinano difficoltà stabili nell'acquisizione di lettura, scrittura o calcolo. Qui invece si osservano episodi parossistici e transitori, tipici delle crisi epilettiche, non un deficit cognitivo persistente.
- **E) Un disturbo dell'attenzione**: I disturbi dell'attenzione possono simulare una distrazione costante o un calo della concentrazione scolastica. Tuttavia non giustificano la stereotipia degli episodi, il blocco improvviso del comportamento, il fremito palpebrale né la completa non responsività durante gli attacchi.

**53** **Un uomo di 25 anni riferisce umore depresso, riduzione degli interessi, riduzione dell'energia, sensi di colpa, insonnia, difficoltà di concentrazione da più di un mese. Due anni prima, aveva avuto un periodo caratterizzato da euforia, accelerazione del pensiero, ridotto bisogno di sonno, distraibilità, tendenza a effettuare spese incontrollate. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Disturbo depressivo
B Sindrome post-traumatica da stress
C **Disturbo bipolare**
D Disturbo distimico
E Disturbo d'ansia generalizzato

**Risposta giusta: C**

Il paziente presenta un attuale episodio depressivo maggiore accompagnato da una storia pregressa di **episodio maniacale**. I sintomi descritti due anni prima includono euforia, accelerazione del pensiero, ridotto bisogno di sonno, distraibilità e spese incontrollate. La presenza di un evento maniacale o ipomaniacale esclude il **disturbo unipolare** e conferma definitivamente il **disturbo bipolare**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Disturbo depressivo**: Il disturbo depressivo descrive esclusivamente il versante depressivo. Sarebbe appropriato solo se fosse completamente assente qualsiasi episodio maniacale o ipomaniacale nella anamnesi del paziente.
- **B) Sindrome post-traumatica da stress**: La sindrome post-traumatica da stress richiede l'esposizione a un evento traumatico estremo. Si manifestano rivissuti, evitamento degli stimoli correlati e uno stato di iperarousal. Il quadro fornito mostra invece alternanza tipica di umore depresso e maniacale senza riferimenti a traumi.
- **D) Disturbo distimico**: Il disturbo distimico corrisponde a una depressione cronica di lieve intensità ma persistente nel tempo. Non prevede mai episodi maniacali e il decorso non si presenta con fasi acute ben separate come nei disturbi dello spettro bipolare.
- **E) Disturbo d'ansia generalizzato**: Il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da preoccupazioni eccessive e tensione muscolare diffuse e continuative. Non spiega né l'episodio maniacale precedente né i criteri diagnostici completi per un episodio depressivo maggiore attuale.

**54** **Giunge a visita specialistica, accompagnato dalla madre, un ragazzo di 20 anni che appare distratto, sciatto e presenta un eloquio poco informativo; riferisce risveglio precoce la mattina. Il ragazzo frequenta l'università ma è diminuito il suo interesse e il suo rendimento, riferisce inoltre astenia e calo della concentrazione. La sintomatologia sarebbe presente da circa 3 mesi. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Disturbo d'ansia generalizzata
B Disturbo ossessivo compulsivo
C Disturbo schizofreniforme
D **Disturbo depressivo**
E Disturbo fobico

**Risposta giusta: D**

La **perdita di interesse**, l'astenia, il calo della concentrazione e il risveglio precoce indicano un quadro depressivo, presente da circa 3 mesi. L'aspetto trascurato e l'eloquio poco informativo possono riflettere rallentamento e ritiro. Nei giovani la depressione può manifestarsi soprattutto con perdita di motivazione e peggioramento del funzionamento, anche senza tristezza esplicita.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Disturbo d'ansia generalizzata**: Il disturbo d'ansia generalizzata è caratterizzato da preoccupazioni eccessive e persistenti, tensione, irrequietezza e sintomi somatici. In questo caso dominano anedonia, astenia, difficoltà di concentrazione e risveglio precoce, più indicativi di depressione.
- **B) Disturbo ossessivo compulsivo**: Nel disturbo ossessivo compulsivo ci si attendono ossessioni e compulsioni, cioè pensieri intrusivi e rituali ripetitivi. Qui non ne vengono riferiti.
- **C) Disturbo schizofreniforme**: Non sono descritti deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero o altri sintomi psicotici. Essere distratto e poco comunicativo non basta per ipotizzare un disturbo dello spettro schizofrenico.
- **E) Disturbo fobico**: Le fobie comportano paura marcata ed evitamento di situazioni specifiche. Non spiegano il calo globale di energia e interesse né il peggioramento del rendimento universitario.

**55** **L'iperplasia surrenalica congenita classica da deficit di 21-idrossilasi si caratterizza per l'accumulo di quale dei seguenti ormoni:**

A Tiroxina
B **17-idrossi-progesterone (17-OHP)**
C Cortisolo
D Aldosterone
E Estradiolo

**Risposta giusta: B**

Il **deficit di 21-idrossilasi** blocca la produzione di cortisolo e aldosterone. I precursori a monte non vengono metabolizzati e si accumulano. Il composto identificato è il 17-OHP, considerato il marker biochimico classico della malattia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tiroxina**: La tiroxina appartiene al gruppo degli ormoni tiroidei. Non è coinvolta nella cascata di steroidogenesi surrenalica, quindi il suo livello non varia in base al difetto enzimatico.
- **C) Cortisolo**: Il cortisolo non va incontro ad accumulo. Al contrario, la sua scarsa produzione rappresenta il problema fisiopatologico primario che innesca la retrostimolazione ipofisaria.
- **D) Aldosterone**: L'aldosterone non subisce accumulo. La via sintetica è interrotta a monte dal deficit enzimatico, provocando una riduzione effettiva della sua concentrazione circolante.
- **E) Estradiolo**: Esiste uno shunt metabolico che devia i precursori verso la via degli androgeni. Tuttavia il substrato che permane nel sangue in concentrazioni diagnostiche è distinto da questo derivato.

---

**56** **Quale dei seguenti dati clinici NON è un criterio per formulare la diagnosi di linfoistiocitosi emofagocitica:**

A Emofagocitosi midollare
B **Aumento della proteina C-reattiva**
C Splenomegalia
D Febbre
E Ipertrigliceridemia

**Risposta giusta: B**

La **linfoistiocitosi** richiede specifici **criteri diagnostici** basati su reperti clinici e di laboratorio. I parametri validati comprendono febbre persistente, splenomegalia, emofagocitosi tissutale, ipertrigliceridemia, citopenie e livelli elevati di ferritina. La proteina C reattiva è un marcatore infiammatorio aspecifico che non figura negli schemi ufficiali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Emofagocitosi midollare**: L'emofagocitosi midollare costituisce un elemento istologico fondamentale, pur potendo essere assente nelle fasi iniziali della malattia.
- **C) Splenomegalia**: La splenomegalia rappresenta un reperto fisico consolidato, essenziale per confermare il quadro clinico.
- **D) Febbre**: La febbre persistente è un sintomo cardine della patologia e compare regolarmente nei protocolli valutativi.
- **E) Ipertrigliceridemia**: L'ipertrigliceridemia fa parte delle alterazioni metaboliche caratterizzanti, insieme al calo della fibrinogenemia, ed è inclusa nei parametri diagnostici riconosciuti.

---

**57** **Il sierogruppo di Neisseria meningitidis più frequentemente responsabile di malattia meningococcica invasiva nel primo anno di vita in Italia, negli ultimi anni (secondo il report epidemiologico sulle malattie batteriche invasive 2019 dell'Istituto Superiore di Sanità) è il:**

- A **B**
- B X
- C Y
- D Non tipizzabile
- E A

**Risposta giusta: A**

Secondo il rapporto **ISS 2019**, il **sierogruppo B** domina l'epidemiologia italiana della meningite invasiva nel primo anno di vita. I dati riflettono lo stesso pattern europeo che vede i lattanti come la fascia d'età a rischio più elevato per questo ceppo. Gli altri gruppi batterici circolano con probabilità statisticamente trascurabili in questa fase neonatale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) X**: Il sierogruppo X è effettivamente esistente ma mostra una diffusione molto contenuta nel nostro paese e non costituisce la causa predominante nei primi mesi di vita neonatale.
- **C) Y**: Nonostante il sierogruppo Y abbia il potenziale di provocare malattia invasiva, la sua circolazione italiana rimane secondaria rispetto al gruppo B durante il primo anno di vita.
- **D) Non tipizzabile**: La categoria non tipizzabile si applica a ceppi privi di antigene capsulare definito che tuttavia non raggiungono mai numerazioni superiori ai casi attribuibili al sierogruppo B nella fascia d'età esaminata.
- **E) A**: Pur essendo storicamente importante dal punto di vista epidemiologico globale, il gruppo A non risulta il più frequente nel primo anno di vita in Italia negli anni analizzati dal report.

---

**58** **Quale di queste caratteristiche NON è tipica di un'invaginazione intestinale nel bambino?**

- A Feci a "gelatina di ribes"
- B Crisi di pianto inconsolabile
- C Massa addominale palpabile
- D **Immagine della "doppia bolla" all'RX dell'addome**
- E Immagine "a coccarda" all'ecografia dell'addome

**Risposta giusta: D**

L'**invaginazione intestinale** si riconosce per il dolore parossistico, la presenza di una massa palpabile e il riscontro ecografico a bersaglio. La **doppia bolla** radiologica è un segno esclusivo dell'**atresia duodenale** e non appartiene a questo quadro clinico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Feci a "gelatina di ribes"**: La consistenza particolare delle feci dipende dal mescolamento di secrezioni e sangue ematico per la sofferenza tissutale.
- **B) Crisi di pianto inconsolabile**: I lamenti acuti del bambino riflettono gli attacchi colici dovuti alla contrazione muscolare contro il blocco ostruttivo.
- **C) Massa addominale palpabile**: Il rilevamento della massa corrisponde ai segmenti intestinali ingrossati e può assumere una forma cilindrica tipica.
- **E) Immagine "a coccarda" all'ecografia dell'addome**: L'**ecografia** è l'esame principale che visualizza direttamente la struttura accavallata con i suoi strati concentrici.

**59** **Quale delle seguenti affermazioni riguardanti l'epiglottite acuta nel bambino è errata:**

A L'eziologia è prevalentemente batterica

**B** **E' caratterizzata tipicamente da tosse abbaiante**

C Si tratta di un'emergenza medica

D E' indicata l'immediata ispezione del cavo oro-faringeo

E Può necessitare di supporto respiratorio

**Risposta giusta: B**

La risposta corretta è la B, perché la tosse abbaiante è un segno tipico del **croup** o laringotracheite virale, non dell'epiglottite acuta. Nell'epiglottite il problema principale è l'infiammazione rapida e potenzialmente ostruttiva dell'epiglottide, con rischio di compromissione delle vie aeree. Per questo si tratta di una vera emergenza pediatrica, che va gestita con molta cautela. Inoltre, proprio per il rischio di peggiorare l'ostruzione, non si deve fare un'ispezione aggressiva del cavo oro-faringeo. Vediamo le singole risposte: A. Si tratta di un'emergenza medica — Corretto. L'epiglottite può evolvere rapidamente verso un'ostruzione delle vie aeree, quindi richiede intervento urgente. B. È caratterizzata tipicamente da tosse abbaiante — Errato. Questo è il punto sbagliato della domanda: la tosse abbaiante è tipica del croup, mentre nell'epiglottite sono più caratteristici febbre, disfagia, scialorrea, voce ovattata e posizione a tripode. C. È indicata l'immediata ispezione del cavo oro-faringeo — Errato come affermazione pratica, perché non è indicata un'ispezione immediata e non protetta. Manipolare la gola può scatenare un peggioramento acuto dell'ostruzione; l'esame va fatto solo in ambiente protetto e con personale esperto. D. Può necessitare di supporto respiratorio — Corretto. Nei casi più gravi può essere necessario garantire la pervietà delle vie aeree, anche con intubazione e supporto ventilatorio. E. L'eziologia è prevalentemente batterica — Corretto. L'epiglottite acuta è classicamente di origine batterica, anche se oggi l'agente più noto è meno frequente grazie alla vaccinazione contro Hib.

**Perché le altre sono sbagliate**

**60** **Andrea, 4 anni, presenta febbre da 4 giorni, rash maculo-papulare localizzato al tronco, lingua a fragola, adenopatie laterocervicali bilaterali, edema delle estremità, iperemia congiuntivale. Quale è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Malattia di Kawasaki**
- **B** Rosolia
- **C** Morbillo
- **D** Sindrome di Stevens-Johnson
- **E** Scarlattina

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico descrive febbre da quattro giorni combinata con rash maculo-papulare troncale, congiuntivite bilaterale, lingua a fragola, linfadenopatia laterocervicale ed edema degli arti. Questa associazione di segni soddisfa i **criteri diagnostici** standard per la malattia di Kawasaki. La patologia è una **vasculite dei vasi di medio calibro** che colpisce prevalentemente i bambini sotto i cinque anni. Il riconoscimento tempestivo evita il principale rischio di **coinvolgimento coronarico**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Rosolia**: La rosolia può provocare rash cutaneo e adenopatie ma generalmente non causa febbre persistente per giorni consecutivi. Mancano nel quadro la lingua a fragola, ledem periferico e liperemia congiuntivale tipici della situazione.
- **C) Morbillo**: Il morbillo induce febbre, rash e congiuntivite creando un primo livello di somiglianza clinica. In realtà il rash segue una distribuzione ed un andamento temporali differenti e non correla tipicamente con la lingua a fragola o con la linfadenopatia laterocervicale bilaterale rilevata.
- **D) Sindrome di Stevens-Johnson**: La sindrome di Stevens-Johnson si presenta principalmente con lesioni mucocutanee severe contenenti erosioni e bolle. Spesso deriva da reazioni farmacologiche o infezioni e manca completamente di questi elementi clinici.
- **E) Scarlattina**: La scarlattina manifesta lingua a fragola ed eritema ma necessita di un contesto da infezione streptococcica specifica. Gli altri segni caratteristici della vascolite come congiuntivite ed edema periferico risultano assenti.

**61** **Quale tra i seguenti NON è un segno clinico di ipotiroidismo nei primi giorni di vita?**

A Pianto rauco
B Ipotonia
C Distensione addominale
D Ittero protratto
**E Diarrea**

**Risposta giusta: E**

Nei primi giorni di vita l'ipotiroidismo congenito manifesta un generale rallentamento metabolico e muscolare. Questo produce quadri clinici caratteristici come ipotonia, pianto debole, distensione addominale e ittero prolungato. La diarrea risulta quindi atipica e incompatibile con il quadro fisionopatologico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pianto rauco**: L'ipotonia generalizzata e il coinvolgimento dei tessuti molli comprimono le vie aeree superiori, causando direttamente il pianto rauco.
- **B) Ipotonia**: La carenza ormonale riduce il tono muscolare scheletrico, facendo apparire il neonato flaccido e privo di contrazioni vigorose.
- **C) Distensione addominale**: La minore stimolazione neurogenica dell'apparato digerente causa stasi fecale e gonfiore, spiegando perché si osservi stipsi e non diarrea.
- **D) Ittero protratto**: La ridotta clearance epatica e la minore attività degli enzimi biliari rendono comune un ittero protratto rispetto ai tempi normali di risoluzione fisiologica.

**62** **Una bambina di 4 anni viene condotta in Pronto Soccorso per febbre, dolore addominale, vomito e diarrea ematica. Dopo 24 ore dal ricovero, la piccola sviluppa macroematuria e oliguria. Quale dei seguenti dati di laboratorio NON avvalora il sospetto di sindrome emolitico-uremica?**

**A Aptoglobina normale**
B Piastrinopenia
C Anemia
D Schistociti allo striscio periferico
E LDH elevata

**Risposta giusta: A**

Nella sindrome emolitico uremica si instaura un'**emolisi** microangiopatica con distruzione degli eritrociti nei piccoli vasi. Il rilascio di emoglobina libera attiva il legame con l'**aptoglobina**, ne provoca il consumo rapido e ne abbassa i livelli sierici. Un valore normale esclude il quadro emolitico previsto.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Piastrinopenia**: La condizione è coerente con la diagnosi. La microangiopatia trombotica determina un forte consumo piastrinico che giustifica la conta ridotta.
- **C) Anemia**: Il referto è atteso dal punto di vista fisiopatologico. La rapida eliminazione degli eritrociti genera direttamente l'anemia circolante.
- **D) Schistociti allo striscio periferico**: I schistociti allo striscio periferico sono segni molto suggestivi della microangiopatia e confermano il sospetto clinico.
- **E) LDH elevata**: La concentrazione dell'LDH sale per la contemporanea distruzione cellulare e per il processo emolitico.

**63** **Un uomo di 44 anni, senza precedente storia clinica di rilievo, a parte una stitichezza per cui assume cronicamente lassativi osmotici, si presenta al Pronto Soccorso con dolore in fossa iliaca sinistra. All'esame obiettivo è presente dolorabilità in fossa iliaca sinistra. Gli esami del sangue sono nella norma. Una TC addome con mezzo di contrasto dimostra una immagine riferibile ad un ascesso diverticolare del sigma di 7 cm in sede pelvica, non aria libera né versamento intra-addominale. Qual è la gestione migliore di questo caso?**

A Terapia immediata con antibiotici per anaerobi (es. metronidazolo) per via endovenosa e osservazione clinica ospedaliera

B Immediata colonscopia per escludere una patologia neoplastica (cosiddetto "cancro-ascesso")

C Intervento chirurgico d'urgenza di resezione del sigma con confezionamento di colostomia terminale (intervento di Hartmann)

D Dimissione con terapia con antibiotici a largo spettro per os e rivalutazione ambulatoriale

**E Ricovero per effettuare terapia immediata con antibiotici a largo spettro, tentativo di drenaggio percutaneo dell'ascesso e follow-up clinico-strumentale mediante nuova TC**

**Risposta giusta: E**

Un ascesso diverticolare di **7 cm** richiede il ricovero, antibiotici a largo spettro e, se tecnicamente possibile, il drenaggio percutaneo. Il controllo clinico e una nuova TC permettono di verificare la risoluzione della raccolta. In assenza di segni di perforazione o peritonite, si cerca di evitare un intervento chirurgico d'urgenza.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Terapia immediata con antibiotici per anaerobi (es. metronidazolo) per via endovenosa e osservazione clinica ospedaliera**: Gli antibiotici da soli possono essere sufficienti per forme non complicate o per ascessi piccoli. Una raccolta di 7 cm difficilmente si risolve con la sola terapia medica e richiede in genere anche un drenaggio.
- **B) Immediata colonscopia per escludere una patologia neoplastica (cosiddetto "cancro-ascesso")**: La colonscopia non va eseguita durante la **fase acuta**, perché potrebbe peggiorare la situazione e non è l'urgenza del momento. L'eventuale esclusione di una neoplasia si valuta dopo la risoluzione dell'episodio.
- **C) Intervento chirurgico d'urgenza di resezione del sigma con confezionamento di colostomia terminale (intervento di Hartmann)**: La chirurgia d'urgenza non è la prima scelta e si riserva soprattutto a complicanze più gravi, come **perforazione libera**, peritonite diffusa, instabilità clinica o fallimento della terapia conservativa e del drenaggio. In questo caso non ci sono aria libera né versamento, quindi si tenta prima un approccio meno invasivo.
- **D) Dimissione con terapia con antibiotici a largo spettro per os e rivalutazione ambulatoriale**: La dimissione con antibiotici per os è inappropriata per un ascesso pelvico di 7 cm. Il rischio di peggioramento, persistenza dell'infezione o altre complicanze rende necessaria la gestione in regime ospedaliero.

**64** **Qual è la definizione esatta di ematochezia?**

A Gemizio di sangue spontaneo dall'orifizio anale

B Diarrea maleodorante dovuta a sangue digerito nelle feci

C Presenza di sangue occulto nelle feci

**D Emissione di feci verniciate di sangue o commiste ad esso**

E Emissione di sangue digerito

**Risposta giusta: D**

L'ematochezia indica l'**emissione** di sangue rosso vivo con le feci o sulla loro superficie. Questo segno clinico deriva da un sanguinamento del **tratto intestinale distale**, dove il sangue non subisce una digestione significativa. Si distingue chiaramente dal **melena**, che presenta feci nere e appiccicose dovute al sangue già alterato dagli succhi gastrici.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Gemizio di sangue spontaneo dall'orifizio anale**: Il gemizio di sangue dall'orifizio anale descrive un sanguinamento rettale o emorroidario isolato. L'ematochezia richiede invece la presenza di sangue miscelato o sovrastante le feci nello stolo espulso.
- **B) Diarrea maleodorante dovuta a sangue digerito nelle feci**: Questa opzione confonde l'ematochezia con sintomi di diarrea e feci alterate da sangue digerito. Il quadro non è definito dalla liquidità né dall'odore delle deiezioni.
- **C) Presenza di sangue occulto nelle feci**: Il sangue occulto è presente nelle feci in quantità microscopicamente rilevabili e risulta completamente invisibile a occhio nudo. La sua identificazione richiede test chimici specifici o analisi immunologiche dedicate.
- **E) Emissione di sangue digerito**: L'emissione di sangue digerito richiama il melena, mentre l'ematochezia consiste in sangue non digerito o poco alterato che mantiene il colore rosso vivo.

**65** **L'inquadramento diagnostico di un uomo di 71 anni affetto da carcinoma del retto medio permette di effettuare la seguente stadiazione: cT2N1M0. A quale diffusione per esteso corrisponde tale inquadramento e qual è la scelta terapeutica più appropriata?**

A Diffusione oltre la tonaca muscolare propria e fino a 3 linfonodi. Chemio-radioterapia esclusiva

B **Diffusione locale fino alla tonaca muscolare propria e fino a 3 linfonodi. Chemio-radioterapia neo-adiuvante seguita da chirurgia radicale**

C Diffusione locale fino alla sottomucosa e di 1 linfonodo. Chirurgia trans-anale

D Diffusione locale al mesoretto e fino a 3 linfonodi. Chirurgia radicale

E Diffusione locale fino alla sottomucosa e fino a 3 linfonodi. Chirurgia radicale

**Risposta giusta: B**

Lo stadiazione cT2 indica che il tumore ha superato la sottomucosa ed ha infiltrato la **tonaca muscolare propria**. Il gruppo N1 segnala metastasi in 1-3 linfonodi regionali, mentre M0 esclude metastasi a distanza. Per il carcinoma del retto medio con questo profilo, il protocollo standard prevede una **chemio-radioterapia neo-adjuvante** seguita da chirurgia radicale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Diffusione oltre la tonaca muscolare propria e fino a 3 linfonodi. Chemio-radioterapia esclusiva**: Una diffusione oltre la muscolare propria definisce un T3 o T4, non un T2. La chemio-radioterapia da sola non è generalmente sufficiente come trattamento definitivo per questo stadio.
- **C) Diffusione locale fino alla sottomucosa e di 1 linfonodo. Chirurgia trans-anale**: La sottomucosa corrisponde ancora a T1, non T2. La chirurgia transanale è riservata a lesioni molto iniziali, generalmente senza interessamento linfonodale. In presenza di N1, questa opzione non è adeguata.
- **D) Diffusione locale al mesoretto e fino a 3 linfonodi. Chirurgia radicale**: L'invasione del mesoretto implica un'estensione oltre la parete rettale, quindi almeno un T3. La chirurgia radicale è parte del trattamento, ma non come unica scelta iniziale in questo quadro.
- **E) Diffusione locale fino alla sottomucosa e fino a 3 linfonodi. Chirurgia radicale**: La diffusione fino alla sottomucosa corrisponde a uno stadio T1, non T2. Con interessamento linfonodale N1 nel retto medio, la sola chirurgia radicale non è in genere la scelta iniziale più appropriata.

**66** **Quale tra le seguenti affermazioni sul tumore del colon destro è corretta:**

A La presenza di N+ alle indagini pre-operatorie indica la necessità di radiochemioterapia

B **E' un tumore più anemizzante e meno occludente rispetto al tumore del colon sinistro**

C In caso di occlusione da tumore del cieco vi è sempre indicazione a stenting endoscopico

D Esiste sempre indicazione alla chemioterapia neo-adiuvante

E E' un tumore più spesso giovanile

**Risposta giusta: B**

Il carcinoma del colon destro provoca frequentemente un **sanguinamento occulto** che genera progressivamente **anemia**. L'ostruzione è rara perché il contenuto intestinale è più fluido e il **lume** presenta un diametro maggiore. La presentazione clinica risulta quindi più subdola.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) La presenza di N+ alle indagini pre-operatorie indica la necessità di radiochemioterapia**: La positività linfonodale preoperatoria non automatizza il trattamento irradiativo. A differenza del retto, il colon non prevede la radiochemioterapia come procedura standard condizionata unicamente dai linfonodi.
- **C) In caso di occlusione da tumore del cieco vi è sempre indicazione a stenting endoscopico**: Lo stenting non è un provvedimento assoluto né sempre fattibile nel cieco e nel colon destro. La scelta tecnica richiede la valutazione della sede anatomica specifica, del quadro clinico attuale e dell'esperienza operativa del centro.
- **D) Esiste sempre indicazione alla chemioterapia neo-adiuvante**: La chemioterapia neoadiuvante non è un percorso sistematico. L'iter terapeutico varia in base allo stadio, alla sede precisa, alle condizioni cliniche e al contesto oncologico complessivo.
- **E) E' un tumore più spesso giovanile**: L'incidenza dei carcinomi del colon cresce con l'età e non esiste una distribuzione epidemiologica che renda il colon destro tipico della fascia giovanile.

**67** **Un uomo di 65 anni sottoposto di recente a gastro-resezione per ulcera inveterata, con ricostruzione secondo Billroth-2, presenta episodi pre-sincopali o sincopali post-prandiali. A quale tra le seguenti complicanze di questo tipo di chirurgia, è più frequentemente ascrivibile la sintomatologia descritta?**

A La sindrome dell'ansa afferente
B La gastrite alcalina
C La sindrome dell'ansa alla Roux
**D La dumping syndrome precoce**
E La gastrite acuta sul moncone

**Risposta giusta: D**

La chirurgia gastrica consente uno **svuotamento rapido** del contenuto nell'intestino tenue. Questo determina un brusco **spostamento di liquidi** verso il lume intestinale e attiva una forte **risposta vasomotoria**. Il paziente sviluppa palpitazioni, sudorazione, debolezza e può andare incontro a **episodi pre-sincopali o sincopali** subito dopo i pasti. La temporizzazione immediata è l'indizio diagnostico più importante.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A)** La sindrome dell'ansa afferente si presenta con dolore addominale, vomito biliare e sensazione di gonfiore dopo i pasti. I sintomi emodinamici non rientrano nel suo quadro clinico caratteristico.
- **B)** La gastrite alcalina è causata dal reflusso biliare nel residuo gastrico e induce dolore epigastrico, nausea e vomito biliare. Non giustifica le manifestazioni sincopali descritte.
- **C)** La sindrome dell'ansa alla Roux è associata ad altri tipi di ricostruzione chirurgica. Non risulta compatibile né con un intervento Billroth-II né con la sintomatologia esposta.
- **E)** La gastrite acuta sul moncone provoca dolore, nausea e disturbi dispeptici. Non genera il quadro vasomotorio tipico degli episodi presincopali post-prandiali.

**68** **La disfagia paradossa in fase iniziale è:**

- **A** **la difficoltà a deglutire i liquidi, ma non i solidi**
- B una disfagia per i cibi caldi
- C la difficoltà a deglutire i solidi, ma non i liquidi
- D una disfagia che compare a paziente supino
- E una disfagia per i cibi freddi

**Risposta giusta: A**

La disfagia paradossa è detta tale perché **inverte il comportamento** atteso durante la deglutizione. Nelle fasi iniziali si presenta con **difficoltà a deglutire i liquidi**, mentre i solidi vengono generalmente tollerati. Questo sintomo caratteristico appartiene alle **disfagie di tipo motorio**, nelle quali il difetto risiede nella **coordinazione neuromuscolare** e non in un restringimento anatomico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) una disfagia per i cibi caldi**: La temperatura degli alimenti non definisce la disfagia paradossa e non rappresenta un criterio diagnostico per questo disturbo.
- **C) la difficoltà a deglutire i solidi, ma non i liquidi**: Rappresenta il quadro opposto. La difficoltà iniziale per i solidi fa pensare più spesso a una disfagia meccanica, per esempio da stenosi o ostruzione.
- **D) una disfagia che compare a paziente supino**: La posizione supina può peggiorare alcuni disturbi della deglutizione o del reflusso, ma non identifica la disfagia paradossa.
- **E) una disfagia per i cibi freddi**: Non è corretta. Anche in questo caso la temperatura non è il criterio diagnostico della disfagia paradossa.

**69** **Un uomo di 32 anni lamenta, da alcune settimane, dolore anale violento post-defecatorio. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Emorroidi di II grado non trombizzate
B Prolasso ano-rettale
C **Ragade anale**
D Rettocolite ulcerosa
E Emorroidi di IV grado non trombizzate

**Risposta giusta: C**

Il sintomo dominante è un dolore anale violento insorto dopo la defecazione. Questa manifestazione descrive classicamente una **ragade**, ossia una microfessura della mucosa anale. La persistenza del quadro doloroso dipende dallo **spasmo** riflesso dello sfintere interno. Talvolta si osservano modesti ristretti ematici rossi sulla carta igienica. Le **emorroidi** provocano prevalentemente sanguinamento o sensazioni di peso, senza generare questo specifico profilo dolore post-evacuazione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Emorroidi di II grado non trombizzate**: Le emorroidi di secondo grado manifestano un prolasso transitorio durante lo sforzo evacuativo con riduzione spontanea successiva. Provocano sanguinamento, prurito o fastidio perineale, ma non un dolore anale intenso di carattere post-defecatorio.
- **B) Prolasso ano-rettale**: Il **prolasso** ano-rettale comporta protrusione tissutale, incontinenza fecale, perdite secretorie e stipsi, predominando nella popolazione anziana. Non spiega la natura traumatica e intensa del dolore anale riferito dal paziente giovane.
- **D) Rettocolite ulcerosa**: La rettocolite ulcerosa configura un'infiammazione cronica dell'intestino associata a diarrea, muco, sangue nelle feci e forte urgenza. Il dolore anale violento dopo lo svuotamento non rientra tra i segni distintivi di questa patologia.
- **E) Emorroidi di IV grado non trombizzate**: Le emorroidi di quarto grado mantengono una posizione prolassata in maniera permanente, determinando significativo discomfort locale. La comparsa di un dolore acuto improvviso al termine dell'evacuazione resta invece indicativa della ragade.

**70** **Un uomo di 75 anni è affetto da neoplasia del colon destro e deve essere sottoposto a intervento chirurgico. L'intervento di emicolectomia destra per carcinoma del colon ascendente, deve essere associato all'asportazione di linfonodi. Secondo le vigenti linee guida, esiste un numero minimo di linfonodi da asportare?**

- **A** **Sì, almeno 12**
- **B** Sì, almeno 20
- **C** No, dipende dal tipo di accesso, laparoscopico o laparotomico
- **D** No, dipende dalle dimensioni del tumore
- **E** Sì, almeno 8

**Risposta giusta: A**

Nella chirurgia oncologica del colon è fondamentale asportare un numero preciso di **linfonodi** per effettuare una corretta **stadiazione** tumorale. Le linee guida fissano come soglia minima accettata l'esame di almeno 12 unità, parametro essenziale per valutare adeguatamente lo stato cellulare e prevenire una sottovalutazione del rischio di recidiva.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Sì, almeno 20**: Un quantitativo maggiore è auspicabile per elevare la qualità del campione anatomo-patologico, ma non modifica il valore soglia stabilito dai protocolli vigenti.
- **C) No, dipende dal tipo di accesso, laparoscopico o laparotomico**: La via d'accesso operatorio non altera i requisiti tecnici; laparoscopia e laparotomia devono entrambe rispettare il medesimo standard di raccolta per essere considerate oncologicamente valide.
- **D) No, dipende dalle dimensioni del tumore**: Il volume neoplastico non influisce sul numero richiesto di strutture da sezionare, poiché il criterio tecnico rimane indipendente dalle misure esterne della massa.
- **E) Sì, almeno 8**: Esaminare solo 8 elementi è considerato insufficiente per una valutazione completa, poiché espone al rischio concreto di sottostadiazione e a una prognosi inaccurata.

**71** **Un uomo di 45 anni viene sottoposto a intervento chirurgico di Milligan-Morgan per emorroidi di IV grado. Dopo 40 giorni lamenta difficoltà alla defecazione e la visita proctologica dimostra un'iniziale stenosi anale. Com'è più opportuno trattare questo caso?**

A Reintervento chirurgico di anoplastica

B Intervento chirurgico di sfinterotomia laterale sinistra

C **Dilatazioni anali domiciliari con dilatatori di calibro crescente**

D Applicazione di creme a base di trinitrato di glicerina e anestetici

E Attesa con applicazioni di creme a base di cortisone

**Risposta giusta: C**

In caso di iniziale stenosi anale post-Milligan-Morgan, l'approccio terapeutico è conservativo e meccanico. Le **dilatazioni progressive** mantengono la calibrazione del canale anale, prevengono la **progressione fibrotica** e favoriscono il **recupero funzionale** senza ricorrere subito alla chirurgia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Reintervento chirurgico di anoplastica**: La chirurgia di anoplastica è riservata alle stenosi avanzate o consolidate quando la dilatazione conservativa non produce miglioramenti significativi.
- **B) Intervento chirurgico di sfinterotomia laterale sinistra**: La sfinterotomia laterale sinistra è indicata principalmente per la ragade anale cronica associata a ipertono sfinteriano, non agisce sul tessuto cicatriziale responsabile della stenosi.
- **D) Applicazione di creme a base di trinitrato di glicerina e anestetici**: Il trinitrato di glicerina allevia lo spasmo muscolare utile nella gestione della ragade, ma non possiede proprietà dilatatrici o anti-cicatriziali necessarie per la stenosi post-operatoria.
- **E) Attesa con applicazioni di creme a base di cortisone**: Il cortisone modula i processi infiammatori ma non altera la struttura del restringimento meccanico, rendendo l'attesa clinica inefficace.

**72** **Un uomo deve essere sottoposto a ernioplastica femorale sinistra. Nell'anatomia normale del triangolo femorale, andando da laterale a mediale, che sequenza di strutture si incontra?**

- **A** **Nervo - arteria - vena - linfonodo del Cloquet**
- **B** Vena - arteria - nervo - linfonodo del Cloquet
- **C** Nervo - linfonodo del Cloquet - arteria - vena
- **D** Linfonodo del Cloquet - nervo - arteria - vena
- **E** Arteria - vena - nervo - linfonodo del Cloquet

**Risposta giusta: A**

Nel triangolo femorale la disposizione classica da laterale a mediale segue l'acronimo **NAVL**. Il nervo femorale si colloca più lateralmente, seguito dall'arteria e dalla vena femorale. I linfonodi, incluso quello di Cloquet, occupano la sede più mediale. Questo rapporto anatomico è essenziale in chirurgia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Vena - arteria - nervo - linfonodo del Cloquet**: Inverte completamente la sequenza anatomica corretta poiché la vena femorale si trova medialmente all'arteria e non viceversa.
- **C) Nervo - linfonodo del Cloquet - arteria - vena**: Il linfonodo di Cloquet appartiene al compartimento mediale dei linfatici ma non si interpone mai tra il nervo e l'arteria nella disposizione normale.
- **D) Linfonodo del Cloquet - nervo - arteria - vena**: I linfonodi linfatici costituiscono la struttura più mediale del complesso e pertanto non possono trovarsi prima del nervo seguendo la direzione latero-mediale.
- **E) Arteria - vena - nervo - linfonodo del Cloquet**: L'ordine è errato perché il nervo femorale occupa la sede più laterale e non quella mediale, inoltre la vena femorale non precede mai l'arteria nel decorso fisiologico.

**73** **Un neonato viene trasferito in terapia intensiva neonatale per ritardata emissione di meconio, non ancora avvenuta dopo 72 ore, e vomito biliare. La radiografia dell'addome mostra un colon prossimale dilatato. Viene dunque eseguita una biopsia della mucosa rettale. Cosa evidenzia la biopsia in caso di malattia di Hirschsprung?**

A Criptite
B Accumulo di linfociti intraepiteliali
C **Assenza di cellule gangliari**
D Iperplasia epiteliale
E Malformazione vascolare mucosa-sottomucosa

**Risposta giusta: C**

La malattia di Hirschsprung è causata da un difetto di **migrazione delle cellule della cresta neurale**, che lascia un tratto intestinale privo di **innervazione enterica**. Alla biopsia rettale si osserva l'**assenza di cellule gangliari** nei plessi sottomucoso e mioenterico. Questo reperto spiega direttamente l'**ostruzione funzionale**, il ritardo nell'emissione del meconio e la dilatazione del colon prossimale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Criptite**: La criptite indica un'infiammazione delle cripte intestinali. È più coerente con quadri di colite infiammatoria o infettiva, mentre la malattia di Hirschsprung ha una genesi neurologica e non infiammatoria.
- **B) Accumulo di linfociti intraepiteliali**: L'accumulo di linfociti intraepiteliali orienta verso altre entità patologiche come alcune enteropatie infiammatorie o la malattia celiaca. Non è correlato al deficit migratorio dei neuroni enterici.
- **D) Iperplasia epiteliale**: L'iperplasia epiteliale non è il reperto tipico di questa patologia. Può comparire in contesti generici di irritazione o proliferazione della mucosa, ma non ha valore diagnostico per l'aganglionosi congenita.
- **E) Malformazione vascolare mucosa-sottomucosa**: Una malformazione vascolare mucosa-sottomucosa non rientra nel meccanismo fisiopatologico della condizione. Il disturbo è di natura nervosa e determina spasticità del segmento intestinale, non alterazioni circolatorie o strutturali dei vasi.

**74** **Un uomo viene portato in Pronto Soccorso per estese ustioni di 2° e 3° grado. Secondo la regola del 9 di Wallace, a quale superficie di cute ustionata corrisponde un arto superiore?**

A 5%
B 20%
C **9%**
D 18%
E 3%

**Risposta giusta: C**

Secondo la regola del 9 di Wallace, ogni **arto superiore** nell'adulto corrisponde al **9%** della superficie corporea totale. Questo calcolo rapido è lo standard in **urgenza** per stimare l'estensione delle ustioni e avviare la terapia fluidoriparativa. La ripartizione anatomica fissa garantisce coerenza nelle valutazioni cliniche iniziali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) 5%**: Il 5% non rientra nei parametri classici, essendo utile solo per aree specifiche o per la valutazione pediatrica dove le proporzioni corporee variano rispetto all'adulto.
- **B) 20%**: Il 20% eccede la tabella convenzionale, che utilizza percentuali precise per uniformare gli interventi di rianimazione e il monitoraggio dei parametri vitali.
- **D) 18%**: Il 18% indica la superficie di entrambi gli arti superiori sommati, quindi non è applicabile a un singolo membro.
- **E) 3%**: Valori intorno al 3% sono destinati a zone anatomiche ridotte come il volto o il palmo, risultando insufficienti per descrivere un intero braccio.

---

**75** **La causa più probabile di sanguinamento uterino anomalo in età adolescenziale è:**

A Mioma sottomucoso
B **Sanguinamento disfunzionale da mancata ovulazione**
C Tumori endometriali
D Difetti dell'emostasi
E Polipo endometriale

**Risposta giusta: B**

Nelle adolescenti, la causa più frequente è il sanguinamento disfunzionale da **anovulazione**. Nei primi anni dopo il menarca, l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio non è ancora del tutto maturo e i cicli sono spesso irregolari e anovulatori. La stimolazione non equilibrata dell'endometrio può provocare perdite ematiche anomale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Mioma sottomucoso**: Un mioma sottomucoso può causare metrorragie, ma è raro in adolescenza ed è molto più tipico della donna in età riproduttiva più avanzata.
- **C) Tumori endometriali**: I tumori endometriali sono decisamente rari in adolescenza e sono molto più tipici dell'età adulta o postmenopausale.
- **D) Difetti dell'emostasi**: I difetti dell'emostasi sono una possibilità importante, soprattutto se il sanguinamento è presente fin dal menarca o sono presenti altri segni di facile sanguinamento, ma non sono la causa più probabile in assoluto.
- **E) Polipo endometriale**: Un polipo endometriale può causare sanguinamento anomalo, ma è molto meno frequente nelle ragazze giovani rispetto al sanguinamento disfunzionale.

**76** **La sintomatologia più tipica e frequente dell'endometriosi pelvica è composta da:**

A Sanguinamenti uterini anomali, prurito vulvare

B Dolore toracico, cefalea, dispareunia

C Sterilità, dolore, febbre

D Dismenorrea, sanguinamenti uterini anomali, emottisi

**E Dismenorrea, dispareunia, sterilità**

**Risposta giusta: E**

L'endometriosi pelvica si manifesta per la proliferazione di tessuto endometriale ectopico al di fuori della cavità uterina. Rispondendo allo stimolo ormonale mestruale provoca flogosi locale, formazione di aderenze e alterazioni anatomiche. Il quadro clinico più frequente associa pertanto **dismenorrea**, **dispareunia** e **riduzione della fertilità**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sanguinamenti uterini anomali, prurito vulvare**: Le alterazioni ematiche sono possibili per la congestione pelvica, ma il prurito vulvare non rientra nei meccanismi di irritazione tipici. Orienta chiaramente verso eziologie dermatologiche o infettive locali distinte.
- **B) Dolore toracico, cefalea, dispareunia**: La dispareunia è compatibile con gli impianti pelvici, mentre cefalea e dolore toracico non hanno correlazione con la sede della malattia. Mancano di significato fisiopatologico nella forma pelvica.
- **C) Sterilità, dolore, febbre**: La presenza di dolore e ridotta fertilità è coerente, ma la febbre non appartiene al decorso cronico. Indica sempre un processo infettivo o infiammatorio acuto eterogeneo.
- **D) Dismenorrea, sanguinamenti uterini anomali, emottisi**: Dismenorrea e sanguinamenti anomali possono comparire, ma l'emottisi richiede la localizzazione del tessuto nelle vie respiratorie. Rappresenta esclusivamente casi extra-pelvici rari non riconducibili alla prevalenza comune.

**77** **Una donna di 27 anni, con storia di poliabortività, con pregressa appendicectomia in età adolescenziale, si presenta al Pronto Soccorso con temperatura corporea 38,3°C, dolore pelvico, leucocitosi (GB 18.000/mm3) e test di gravidanza negativo. L'ipotesi diagnostica più probabile è:**

A Recidiva di appendicite acuta

**B Malattia infiammatoria pelvica in fase acuta**

C Gravidanza extrauterina

D Endometriosi

E Cistite acuta

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico combina **febbre**, **dolore pelvico** e **leucocitosi** marcate con un **test di gravidanza negativo**. La storia di **poliabortività** aumenta il sospetto per una precedente infezione genitale ascendente. Questa correlazione orienta verso un processo infiammatorio acuto degli organi genitali interni.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Recidiva di appendicite acuta**: L'appendicectomia pregressa rende improbabile una recidiva chirurgica. Eventuali eccezioni esistono ma non giustificano l'ipotesi prioritaria in questo contesto.
- **C) Gravidanza extrauterina**: Il risultato negativo esclude quasi certamente una gravidanza extrauterina. Nell'ectopica ci si aspetta un test positivo, anche se i valori potrebbero essere inizialmente bassi.
- **D) Endometriosi**: L'endometriosi si manifesta tipicamente con dolore pelvico cronico o ciclico. Non spiega il quadro febbrile acuto né la significativa leucocitosi.
- **E) Cistite acuta**: La cistite acuta provoca sintomi vescicali come disuria, pollachiuria e urgenza minzionale. La febbre alta, il dolore pelvico e la leucocitosi indicano un'infezione più estesa o di sede diversa.

**78** **Una donna di 27 anni esegue pap-test di screening e riceve un risultato di H-SIL (Lesione Squamosa Intraepiteliale di Alto Grado) secondo "Bethesda System". L'approfondimento corretto da eseguire per dimostrare l'eventuale presenza di una lesione neoplastica della cervice uterina è:**

- **A** **Colposcopia con biopsia mirata**
- **B** Isteroscopia
- **C** HPV-test
- **D** Laparoscopia diagnostica
- **E** Ecografia trans-vaginale

**Risposta giusta: A**

L'**HSIL** indica una lesione squamosa intraepiteliale di alto grado che richiede conferma **istologica** diretta. La **colposcopia** permette la visualizzazione accurata della cervice e il prelievo mirato. La **biopsia** fornisce la diagnosi definitiva di eventuale neoplasia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Isteroscopia**: L'isteroscopia esplora la cavità endometriale e le lesioni intracavitarie, risultando indicata esclusivamente per patologie dell'utero interno. Non indaga il distretto cervicale interessato.
- **C) HPV-test**: Il test HPV valuta la presenza virale e stratifica il rischio oncologico, ma non è adatto per accertare lesioni già classificate come ad alto grado. Non sostituisce la valutazione visiva e microscopica.
- **D) Laparoscopia diagnostica**: La laparoscopia è una procedura chirurgica addominale e pelvica, impiegata in scenari clinici completamente diversi. Risulta completamente fuori bersaglio per la caratterizzazione di un HSIL cervicale.
- **E) Ecografia trans-vaginale**: L'ecografia trans-vaginale esamina gli organi pelvici profondi, ma è inutile per le lesioni precancerose superficiali della cervice. Non può diagnosticare alterazioni epiteliali cervicali.

**79** **Secondigravida nullipara con precedente interruzione volontaria di gravidanza, utilizzatrice di dispositivo intrauterino (IUD) a scopo contraccettivo da oltre 12 mesi, giunge al Pronto Soccorso per dolore pelvico ingravescente insorto nelle ultime ore, metrorragia, episodio lipotimico con instabilità dei parametri emodinamici. Dosaggio ematico di Beta HCG: 2400 mUI/mL. Poiché la diagnosi più probabile è quella di gravidanza extra-uterina, qual è l'atteggiamento terapeutico più appropriato?**

A Taglio cesareo

B **Stabilizzazione dei parametri emodinamici e laparoscopia in regime di urgenza**

C Trattamento antibiotico a largo spettro

D Atteggiamento conservativo mediante follow-up clinico, laboratoristico e strumentale in regime di ricovero ospedaliero

E Atteggiamento conservativo mediante impiego di Metotrexate i.m. e follow-up

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico indica una **gravidanza extrauterina rotta** con instabilità circolatoria e possibile emoperitoneo. La priorità assoluta è la **stabilizzazione emodinamica** tramite accessi venosi, carico idrico e supporto emodinamico, seguita immediatamente da **intervento chirurgico in urgenza**. La via laparoscopica è preferibile se il paziente tollera la procedura.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Taglio cesareo**: Il taglio cesareo consiste nell'apertura della parete uterina per l'estrazione di un feto a termine o in condizioni di emergenza obstetrica interna. Non trova applicazione nella gestione di gravidanze implantate in sedi anatomiche estranee alla cavità endometriale.
- **C) Trattamento antibiotico a largo spettro**: Gli antibiotici a largo spettro contrastano infezioni batteriche dell'apparato riproduttivo ma non influenzano la fisiopatologia di un'anomalia implantaire extrauterina. Il quadro è di natura ostetrica e vascolare, rendendo i chemioterapici antimicrobici irrilevanti.
- **D) Atteggiamento conservativo mediante follow-up clinico, laboratoristico e strumentale in regime di ricovero ospedaliero**: Il follow-up ospedaliero conservativo è riservato a pazienti stabili, con gravidanza extrauterina integra e privi di segni di lacerazione o perdita ematica significativa. In presenza di lipotimia e instabilità, Attendere un monitoraggio passivo comporta un grave ritardo terapeutico.
- **E) Atteggiamento conservativo mediante impiego di Metotrexate i.m. e follow-up**: La terapia medica con Metotrexate richiede criteri rigidi: stabilità clinica, ecografia priva di segni di torsione o rottura e valori laboratoristici coerenti. L'alterazione dei parametri vitali e i sintomi acuti rappresentano un'immediata controindicazione al percorso farmacologico conservativo.

**80** **Una primigravida riceve diagnosi di gravidanza gemellare a 11 settimane di gestazione; all'ecografia di secondo livello, effettuata per valutare la corionicità, non viene evidenziata alcuna membrana divisoria tra i due feti. Quale di queste affermazioni è corretta?**

A Siamo in un'epoca troppo precoce, la valutazione ecografica è inappropriata

**B Si tratta di una gravidanza monozigotica**

C Si tratta probabilmente di gemelli dizigoti

D E' probabile che ci siano due placente separate

E E' probabile che un feto sia femmina e l'altro maschio

**Risposta giusta: B**

L'assenza di una membrana divisoria suggerisce una gravidanza **monoamniotica** e, nella maggior parte dei casi, **monozigotica**. A 11 settimane la valutazione ecografica della corionicità è appropriata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Siamo in un'epoca troppo precoce, la valutazione ecografica è inappropriata**: A 11 settimane la valutazione della corionicità è utile e raccomandata. Non è troppo presto per cercare i segni ecografici che la definiscono.
- **C) Si tratta probabilmente di gemelli dizigoti**: I gemelli dizigoti hanno di solito due corion e spesso anche due amnios, quindi ci si aspetta una membrana separatrice.
- **D) E' probabile che ci siano due placente separate**: Due placente separate si associano più facilmente a una gravidanza dizigotica o comunque dicoriale. Qui, invece, l'assenza di una membrana divisoria orienta in tutt'altra direzione.
- **E) E' probabile che un feto sia femmina e l'altro maschio**: Sessi diversi suggeriscono una dizigotia, mentre l'assenza di una membrana divisoria è più indicativa di una gravidanza monozigotica.

**81** **Per quale delle seguenti sedi di carcinoma esiste attualmente un vaccino contro l'agente eziologico principale, in grado di prevenire oltre il 90% dei casi, se effettuato prima dell'inizio dell'attività sessuale?**

- **A** **Cervice**
- **B** Ovaio
- **C** Endometrio
- **D** Salpingi
- **E** Mammella

**Risposta giusta: A**

Il vaccino contro il **papillomavirus umano (HPV)** previene oltre il **90\%** dei casi di carcinoma della cervice uterina. La profilassi deve essere somministrata **prima dell'inizio dell'attività sessuale** per garantire la massima copertura immunologica. Si configura come un intervento consolidato di prevenzione primaria.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Ovaio**: Non sono stati identificati agenti eziologici infettivi principali paragonabili all'HPV per il carcinoma ovarico. Non risulta quindi alcun vaccino preventivo disponibile per questa sede.
- **C) Endometrio**: Il carcinoma endometriale non è determinato da un patogeno infettivo primario prevenibile con vaccinazione. La sua insorgenza dipende prevalentemente da squilibri ormonali e fattori metabolici.
- **D) Salpingi**: Le neoplasie delle salpingi non sono collegate a un agente infettivo principale per cui esista una profilassi vaccinale specifica. La loro eziologia non condivide meccanismi trasmissibili tipici delle infezioni sessualmente trasmesse.
- **E) Mammella**: Il tumore della mammella non presenta un microrganismo eziologico dominante suscettibile di immunizzazione preventiva. La patogenesi rimane complessa e multifattoriale.

---

**82** **Una ragazza di 22 anni presenta un'ulcera non dolente localizzata al grande labbro destro insorta qualche giorno prima. Clinicamente, qual è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Sifiloma primario**
- **B** Lichen
- **C** Carcinoma vulvare
- **D** Linfogranuloma venereo
- **E** Herpes genitale

**Risposta giusta: A**

Un'ulcera genitale non dolente insorta da pochi giorni corrisponde al **sifiloma primario**. Si tratta di una lesione unica con margini netti e **base indurita** tipica della sifilide iniziale. La localizzazione sul grande labbro in una paziente ventenne conferma l'orientamento diagnostico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Lichen**: Il lichen sclerosus provoca prurito e **alterazioni croniche** della mucosa con assottigliamento cutaneo, senza generare un'ulcera singola acuta e non dolente.
- **C) Carcinoma vulvare**: È poco probabile a vent'anni poiché il carcinoma vulvare colpisce prevalentemente pazienti anziane e non si manifesta come un'ulcera acuta insorta rapidamente.
- **D) Linfogranuloma venereo**: Nella linfogranuloma venereo la lesione iniziale è minuscola e spesso invisibile; predomina la linfoadenopatia inguinale dolorosa, non l'ulcera asintomatica descritta.
- **E) Herpes genitale**: L'herpes genitale produce **vescicole** che evolvono in erosioni **multiple** e fortemente dolorose, contraddicendo sia l'assenza di dolore sia l'unicità della lesione.

---

**83** **La classificazione di Neer è basata su tutte le seguenti strutture anatomiche della spalla ECCETTO una. Quale?**

A Trochine
B **Glena**
C Testa omerale
D Metafisi prossimale dell'omero
E Trochite

**Risposta giusta: B**

La classificazione di Neer descrive le **fratture del prossimale dell'omero** suddividendolo in segmenti anatomici precisi. La **glena** appartiene alla scapola e non fa parte delle strutture valutate, pertanto ne risulta esclusa.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Trochine**: È inserita nel sistema classificatorio. Il trochinae corrisponde a uno dei segmenti funzionanti esaminati nelle lesioni dell'estremo prossimale dell'omero.
- **C) Testa omerale**: Rientra pienamente nello schema descritto. La testa dell'omero costituisce il riferimento anatomico primario per valutare lo spostamento delle porzioni ossee.
- **D) Metafisi prossimale dell'omero**: Viene regolarmente associata allo studio morfologico. La metafisi prossimale completa l'area anatomico-chirurgica considerata per suddividere le lesioni.
- **E) Trochite**: È correttamente indicata come struttura di riferimento. Il trochite coincide con il tubercolo maggiore ed è valutato separatamente nel protocollo Neer.

---

**84** **Quale segmento scheletrico interessa la frattura di Hoffa:**

A Tibia
B **Femore**
C Radio
D Ulna
E Omero

**Risposta giusta: B**

La frattura di Hoffa interessa il **femore**, localizzata specificamente sul **condilo femorale**. Si tratta di una lesione **intra-articolare** del **ginocchio** che colpisce la porzione distale dell'osso. Può derivare da traumi importanti o accompagnare altre fratture complesse dello stesso segmento.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tibia**: La tibia appartiene al segmento inferiore dell'arto inferiore ma forma l'articolazione tibio-femorale; la sede della frattura è esclusivamente il femore distale.
- **C) Radio**: Il radio è un osso dell'avambraccio e non partecipa alla morfologia dell'articolazione interessata.
- **D) Ulna**: L'ulna rappresenta l'altro osso dell'avambraccio e non ha alcun collegamento anatomico con il ginocchio.
- **E) Omero**: L'omero costituisce l'osso del braccio e risulta anatomicamente estraneo alla sede della frattura.

**85** **Un ragazzo di 13 anni giunge all'attenzione medica lamentando da alcune settimane dolore al ginocchio destro. All'esame obiettivo sono presenti tumefazione e dolorabilità in corrispondenza dell'apofisi tibiale anteriore a livello dell'inserzione del tendine rotuleo. Il quadro clinico anamnestico del ragazzo orienta la diagnosi verso:**

A Morbo di Kienböck
B Malattia di Scheuermann
C Morbo di Köhler II
D Malattia di Legg-Calvé-Perthes
**E Morbo di Osgood-Schlatter**

**Risposta giusta: E**

Il paziente ha 13 anni ed è in fase di rapida crescita ossea. Presenta dolore e tumefazione localizzati alla **tuberosità tibiale** anteriore presso l'inserzione del tendine rotuleo. Il quadro indica un'**osteocondrosi da trazione** causata dal carico sportivo ripetuto sull'apofisi ancora incompletamente saldata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Morbo di Kienböck**: Il morbo di Kienböck riguarda l'osso semilunare del polso. Si manifesta con sofferenza carpale e risulta incompatibile con una lesione dell'arto inferiore.
- **B) Malattia di Scheuermann**: La malattia di Scheuermann determina una cifosi della colonna vertebrale dorsale. Il difetto è scheletrico e posturale, lontano dall'inserzione del tendine rotuleo.
- **C) Morbo di Köhler II**: Il morbo di Köhler II colpisce la testa del secondo metatarso. Riguarda unicamente il dorso del piede e non può spiegare sintomi del ginocchio.
- **D) Malattia di Legg-Calvé-Perthes**: La malattia di Legg-Calvé-Perthes interessa la testa del femore. Provoca dolore all'anca e zoppia, escludendo qualsiasi coinvolgimento tibiale o rotuleo.

**86** **Una donna di 64 anni riferisce dolore e riduzione dei movimenti della metatarso-falangea del 1° raggio. All'ispezione non si evidenziano alterazioni locali, mentre l'esame radiografico mostra segni di artrosi della prima articolazione metatarso-falangea. L'angolo tra il 1° ed il 2° metatarso misura 7 gradi e l'angolo di valgismo dell'alluce misura 12 gradi. Tale quadro clinico è compatibile con:**

- **A** **Alluce rigido**
- **B** Dito a martello
- **C** Artrite settica
- **D** Alluce valgo
- **E** Malattia di Freiberg

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico combina dolore e riduzione del movimento alla prima articolazione metatarso-falangea con reperti radiografici di artrosi degenerativa. La misurazione degli angoli rimane entro limiti normali, escludendo una deformità valga strutturale e confermando un processo rigido isolato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Dito a martello**: Il dito a martello interessa le dita minori del piede ed è caratterizzato da flessione delle articolazioni interfalangee, non da patologie della prima metatarso-falangea.
- **C) Artrite settica**: L'artrite settica richiede segni clinici di infezione come arrossamento, calore e tumefazione; la radiografia mostra invece un quadro degenerativo cronico senza alterazioni sistemiche.
- **D) Alluce valgo**: Nell'alluce valgo si osservano valori aumentati dell'angolo intermetatarsale e di valgismo; i dati riportati sono fisiologici e compatibili con un'artrosi isolata.
- **E) Malattia di Freiberg**: La malattia di Freiberg colpisce prevalentemente la testa del secondo metatarso in soggetti giovani, senza coinvolgere la prima articolazione metatarso-falangea.

**87** **Un uomo di 38 anni durante una partita di calcetto avverte comparsa di dolore e impotenza funzionale all'arto inferiore destro. Dopo esame clinico, viene posto il sospetto di rottura sottocutanea del tendine d'Achille. Quale dei seguenti test/segni risulta fondamentale per porre tale sospetto diagnostico?**

A Test di Watson
B Test di Jobe
C **Segno di Thompson**
D Segno di Lasègue
E Test di Lachman

**Risposta giusta: C**

La **compressione del polpaccio** provoca la flessione plantare del piede se il tendine è integro. In caso di rottura la forza non viene trasmessa dal tricipite surale e il movimento risulta assente o fortemente ridotto, orientando rapidamente la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Test di Watson**: Il test di Watson serve a valutare l'instabilità scafo-lunata del polso, risultando completamente estraneo alla sintomatologia dell'arto inferiore.
- **B) Test di Jobe**: Il test di Jobe esamina la funzionalità della cuffia dei rotatori, in particolare del sovraspinato, pertanto la sua sede anatomica di riferimento è la spalla.
- **D) Segno di Lasègue**: Il segno di Lasègue è un test neurologico che verifica la sofferenza radicolare lombosacrale tipica della sciatalgia e non presenta alcun legame con il tendine d'Achille.
- **E) Test di Lachman**: Il test di Lachman valuta la stabilità del legamento crociato anteriore e riguarda l'articolazione del ginocchio, non il polpaccio o la caviglia.

**88** **Una donna di 36 anni affetta da sclerosi multipla, riferisce recente comparsa di minzione impellente e incontinenza urinaria da urgenza. Quale tra le seguenti classi di farmaci potrebbe essere utile per il trattamento di tale problematica:**

A Benzodiazepine
B Betabloccanti
C Calcioantagonisti
D Antagonisti alfa-adrenergici
**E Antimuscarinici**

**Risposta giusta: E**

La sclerosi multipla provoca spesso una **vescica iperattiva** con **contrazioni involontarie del detrusore**, causando minzione impellente e incontinenza da urgenza. Gli **antimuscarinici** inibiscono la trasmissione colinergica alla vescica, riducendo queste contrazioni ed è la terapia di prima scelta per i disturbi dell'accumulo urinario.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Benzodiazepine**: Non possiedono un'indicazione specifica per l'incontinenza da urgenza. Potrebbero generare effetti sedativi o miorilassanti generici, ma non trattano affatto il meccanismo fisiopatologico responsabile del disturbo.
- **B) Betabloccanti**: Sono utilizzati principalmente per indicazioni cardiovascolari e non agiscono per controllare l'iperattività vescicale.
- **C) Calcioantagonisti**: Non sono indicati per questa problematica e non hanno un ruolo standard nel trattamento dell'incontinenza urinaria da urgenza.
- **D) Antagonisti alfa-adrenergici**: Non rappresentano la scelta appropriata in questo contesto. Si impiegano piuttosto per facilitare lo svuotamento vescicale, ad esempio nell'ostruzione prostatica, senza efficacia contro l'urgenza minzionale.

**89** **Un uomo di 64 anni riferisce che da circa 6 mesi sono comparsi disturbi minzionali. Il valore del PSA risulta 8,4 ng/mL, con rapporto libero/totale del 10%. All'esplorazione rettale si apprezza un aumento di consistenza della prostata. Quale accertamento diagnostico andrebbe richiesto prima di un'eventuale biopsia prostatica?**

- **A** **Risonanza magnetica multiparametrica**
- B Uroflussometria
- C Cistoscopia
- D Ecografia dell'apparato urinario
- E URO-TC

**Risposta giusta: A**

In presenza di **valori di PSA elevati**, **rapporto libero/totale basso** ed **esame rettale patologico**, il protocollo indica prima la **risonanza magnetica multiparametrica**. Questo esame **identifica le aree sospette**, stima il rischio di tumore clinicamente significativo e guida una **biopsia mirata**. Evita la puntura casuale, migliorando l'accuratezza diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Uroflussometria**: L'uroflussometria studia l'ostruzione urinaria e quantifica i disturbi minzionali. Non fornisce informazioni diagnostiche per distinguere l'ipertrofia prostatica benigna dal carcinoma della prostata.
- **C) Cistoscopia**: La cistoscopia valuta l'uretra e la vescica in caso di ematuria o sospette patologie urinarie. Non costituisce l'accertamento preliminare idoneo per valutare un sospetto carcinoma prostatico.
- **D) Ecografia dell'apparato urinario**: L'ecografia dell'apparato urinario valuta reni, vescica e residuo post-minzionale come esame di primo livello. Non è sufficiente per il sospetto oncologico prostatico e non sostituisce la risonanza magnetica nel percorso diagnostico pre-bioptico.
- **E) URO-TC**: La TC urografica è indicata per lo studio delle vie urinarie e in caso di ematuria o sospette lesioni dell'apparato urinario superiore. Non caratterizza adeguatamente la prostata né è utile come passo pre-bioptico.

**90** **Un uomo di 26 anni giunge in Pronto Soccorso lamentando senso di peso sovrapubico, febbre elevata, disuria e stranguria. Agli esami ematochimici: GB 18.600/mm3, Hb 15,5 g/dL, proteina C reattiva 35 mg/L, PSA 6,5 ng/mL. Allo stick urine: globuli bianchi +++, globuli rossi ++, proteine ++. In base ai segni clinici e biochimici, quale diagnosi è maggiormente plausibile tra le seguenti?**

- **A** **Prostatite acuta**
- **B** Neoplasia prostatica
- **C** Colica renale
- **D** Pielonefrite acuta
- **E** Neoplasia vescicale

**Risposta giusta: A**

L'esordio febbrile con pesantezza sovrapubica e sintomi urinari irritativi si accompagna a valori di $GB\ 18.600\ \mathrm{mm}^{-3}$, $PCR\ 35\ \mathrm{mg/L}$ e $PSA\ 6{,}5\ \mathrm{ng/mL}$. Questi reperti indicano un'**infezione acuta** delle vie urinarie. Un rialzo transitorio del PSA è tipico della prostatite e non sostituisce il giudizio clinico. Lo **stick urinario** positivo per leucociti ed ematuria completa il quadro infiammatorio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Neoplasia prostatica**: L'età giovane rende statisticamente improbabile un carcinoma prostatico, che inoltre si evolve in modo subdolo senza causare febbre elevata o marcatori infiammatori acuti.
- **C) Colica renale**: La colica renale può generare ematuria e dolori pelvici, ma non spiega la febbre alta, la leucocitosi significativa né il tipico dolore lombare irradiato verso l'inguine.
- **D) Pielonefrite acuta**: La pielonefrite acuta prevede febbre e sindrome settica, ma i sintomi sovrapubici dominanti e l'elevazione del PSA localizzano l'infiammazione più specificamente alla prostata.
- **E) Neoplasia vescicale**: Un carcinoma vescicale è estremamente raro in un paziente di ventisei anni e non giustificherebbe la sintomatologia infiammatoria acuta con febbre e reazioni sistemiche evidenti.

**91** **Una donna di 38 anni si presenta presso l'ambulatorio del neurochirurgo. Porta in visione una RM lombo-sacrale, eseguita per la comparsa, da qualche settimana, di dolore intenso all'arto inferiore sinistro (più precisamente lungo la superficie laterale della coscia e della gamba, sulla superficie dorsale del piede e del primo dito). L'esame obiettivo evidenzia: deficit della flessione dorsale del piede sinistro (grado F4), segno di Lasègue debolmente positivo a sinistra, parestesie lungo la superficie laterale della coscia e della gamba sinistra. Che cosa ci si aspetta di trovare alla RM lombo-sacrale?**

A Ernia del disco L5-S1 preforaminale destra

B Ernia del disco L3-L4 preforaminale sinistra

C **Ernia del disco L4-L5 preforaminale sinistra**

D Ernia del disco L2-L3 preforaminale sinistra

E Ernia del disco L2-L3 preforaminale destra

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico corrisponde a una radicolopatia della radice **L5** sinistra. Il dolore irradia lungo la superficie laterale della coscia e della gamba fino al dorso del piede e al primo dito. È presente un deficit della flessione dorsale e un segno di Lasègue positivo. Un'ernia del disco **L4-L5** preforaminale sinistra comprime la radice L5 omolaterale, giustificando i sintomi motori e sensitivi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ernia del disco L5-S1 preforaminale destra**: La compressione a livello L5-S1 riguarderebbe la radice S1, con dolore posteriore al polpaccio e al margine laterale del piede. Il lato destro indicato sarebbe incoerente con la manifestazione clinica sinistra.
- **B) Ernia del disco L3-L4 preforaminale sinistra**: Un'ernia L3-L4 sinistra interessa principalmente la radice L4. I segni clinici prediligono l'anteriore della coscia e della gamba, lasciando intatti il dorso del piede e la motricità del primo dito.
- **D) Ernia del disco L2-L3 preforaminale sinistra**: Una lesione L2-L3 sinistra colpisce radici lombari alte. I disturbi verrebbero localizzati nell'addome inferiore o nell'anteriore della coscia, senza coinvolgere il distretto gastrocnemio o podalico.
- **E) Ernia del disco L2-L3 preforaminale destra**: Questo livello ed emilateria sono discordanti con la patologia descritta. Non giustifica il deficit distale né la dermatomia alterata.

**92** **Una donna di 64 anni porta in visione al neurochirurgo un esame del campo visivo che evidenzia la presenza di una emianopsia laterale omonima sinistra. Si richiede, quale approfondimento diagnostico, una RM dell'encefalo. Quale tra le seguenti lesioni ci si aspetta di riscontrare alla RM?**

A Processo occupante spazio occipitale sinistro
B Processo occupante spazio endo-orbitario sinistro
C **Processo occupante spazio occipitale destro**
D Meningioma della clinoide anteriore di sinistra
E Microadenoma ipofisario

**Risposta giusta: C**

L'emianopsia laterale omonima sinistra indica una **lesione retrochiasmatica controlaterale** nella **via visiva destra**. Le fibre del campo visivo sinistro proiettano attraverso il tratto ottico e le radiazioni ottiche fino alla **corteccia occipitale destra**. Qualsiasi processo occupante spazio in questa regione danneggia l'elaborazione delle informazioni provenienti dall'emicampo sinistro di entrambi gli occhi. Alla risonanza magnetica il reperto atteso è dunque una massa nell'occipite destro.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Processo occupante spazio occipitale sinistro**: La corteccia visiva primaria sinistra elabora esclusivamente il campo visivo contro laterale. Un danno in questo emisfero genererebbe un'emianopsia laterale omonima destra, invertendo la lateralità richiesta dal quesito.
- **B) Processo occupante spazio endo-orbitario sinistro**: Una lesione endoorbitaria sinistra interessa il primo tratto del nervo ottico ipsilaterale. Provoca deficit visivi monoculari o alterazioni pupillari dirette, ma non un difetto binoculare omonimo che necessita di un coinvolgimento centrale.
- **D) Meningioma della clinoide anteriore di sinistra**: Un meningioma della clinoidoide anteriore sinistra agisce sulla porzione anteriore dell'apparato visivo. Comprime il nervo ottico o il chiasma da lato, causando neuropatia ottica monoculare o difetti settoriali prematuri, senza generare il quadro completo di emianopsia omonima sinistra.
- **E) Microadenoma ipofisario**: Il microadenoma ipofisario comprime inferiormente il chiasma ottico, isolando le fibre nasali incrociate. Questo produce classicamente un'emianopsia bitemporale superiore e non riguarda il segmento posteriore.

**93** **Un uomo di 75 anni, cardiopatico, iperteso, lamenta improvviso calo del visus in OD. Con riferimento al quadro clinico ed alla fotografia del fondo oculare sovrastante, la diagnosi più probabile è:**

- **A** **Occlusione venosa centrale**
- **B** Retinite sierosa centrale
- **C** Degenerazione maculare neovascolare legata all'età
- **D** Occlusione venosa di branca
- **E** Retinopatia diabetica non proliferante

**Risposta giusta: A**

In un paziente anziano con storia di ipertensione e cardiopatia, un calo visivo improvviso unilaterale suggerisce un evento vascolare retinico acuto. Il quadro del fondo oculare corrisponde alla tipica retinopatia "a tempesta" caratterizzata da emorragie diffuse, vene dilatate e tortuose e edema retinico. Questo insieme di segni clinici rende l'occlusione venosa centrale la diagnosi più coerente.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Retinite sierosa centrale**: La retinite sierosa centrale interessa prevalentemente soggetti giovani o di mezza età, spesso sotto sforzo. Si manifesta con un distacco sieroso della neuroretina privando il quadro dell'emorragia diffusa tipica delle occlusioni venose.
- **C) Degenerazione maculare neovascolare legata all'età**: La degenerazione maculare neovascolare legata all'età compromette la regione maculare producendo membrane neovascolari ed essudati. Non genera il quadro acuto e generalizzato visibile nell'occlusione venosa centrale.
- **D) Occlusione venosa di branca**: L'occlusione venosa di branca coinvolge solo un settore della retina. La foto del fondo oculare appare quindi localizzata e meno estesa rispetto alla forma centrale.
- **E) Retinopatia diabetica non proliferante**: La retinopatia diabetica non proliferante evolve in modo cronico mostrando microaneurismi ed emorragie puntiformi. Non provoca un calo visivo improvviso isolato come descritto nel caso.

**94** **Una donna di 50 anni, diabetica e ipertesa, già sottoposta in OD a intervento di asportazione della cataratta con inserimento di cristallino artificiale 2 anni prima, si reca dall'oftalmologo di fiducia lamentando calo del visus proprio in OD negli ultimi 2 mesi. Riferisce di aver effettuato circa 1 mese prima una fluorangiografia, risultata nella norma in OO, nell'ambito dei controlli periodici a cui viene sottoposta per la patologia diabetica. Il visus risulta essere 5/10 non migliorabili con correzione ottica. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Retinopatia diabetica

**B Cataratta secondaria**

C Neurite ottica

D Glaucoma

E Corioretinopatia sierosa centrale

**Risposta giusta: B**

In una paziente operata di cataratta con impianto artificiale, il calo visivo progressivo insorto dopo anni è tipico dell'**opacizzazione della capsula posteriore**. Il fatto che la visione non migliori con la **correzione ottica** esclude un difetto refrattivo semplice e orienta verso un disturbo dei **mezzi diottrici**. Una recente **fluorangiografia** nella norma nell'altro occhio rende inoltre poco probabile una causa retinica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Retinopatia diabetica**: La retinopatia diabetica è meno probabile perché il quadro è monolaterale e riguarda l'occhio già operato, con un decorso che richiama più un'opacità dei mezzi trasparenti che una lesione retinica. La fluorangiografia recente priva di segni attivi riduce ulteriormente la probabilità di questa diagnosi.
- **C) Neurite ottica**: La neurite ottica presenta solitamente un esordio più acuto, dolore ai movimenti oculomotori e alterazioni del cromatismo. Il decorso subdolo e la mancanza di questi sintomi neurologici la rendono incompatibile con il quadro descritto.
- **D) Glaucoma**: Il glaucoma cronico provoca principalmente perdita del campo visivo e rimane spesso asintomatico nelle fasi iniziali. Spiega poco un calo visivo isolato e progressivo in un occhio senza dati compatibili di ipertensione oculare o danno del nervo ottico documentati.
- **E) Corioretinopatia sierosa centrale**: La corioretinopatia sierosa centrale interessa prevalentemente soggetti maschi giovani ed è associata a distacco neurosensoriale sieroso. Non si adatta al profilo clinico di una donna cinquantenne con pregresso intervento chirurgico oculare.

**95** **Un uomo di 37 anni si reca dall'oculista perché ha notato riduzione dell'acuità visiva nella guida notturna e specie nel leggere il giornale, che deve necessariamente allontanare. Riferisce di essere preoccupato perché fino a qualche anno prima era sempre stato il suo vanto riuscire a vedere a distanza molto meglio dei suoi amici. E' più probabile che l'uomo:**

A abbia una congiuntivite cronica
B sia miope
C **sia ipermetrope**
D abbia una maculopatia
E abbia un principio di cataratta

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico descrive un tipico difetto refrattivo legato alla fatica accomodativa. L'ipermetropia compromette la messa a fuoco da vicino, costringendo ad allontanare il materiale scritto per sfruttare il potere convergente del cristallino. La capacità di compensare era eccellente in passato grazie a un'accomodazione ancora efficiente. Con l'avanzare dell'età questa riserva diminuisce e i sintomi diventano palesi. Nella guida notturna la scarsa luminosità riduce ulteriormente la profondità di campo, peggiorando temporaneamente la percezione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) abbia una congiuntivite cronica**: La congiuntivite cronica provoca infiammazione visibile con arrossamento, bruciore e lacrimazione. Questi sintomi mucosi non alterano selettivamente la messa a fuoco da vicino né giustificano la necessità di spostare il testo a maggiore distanza.
- **B) sia miope**: La miopia sposta il punto focale anteriormente sulla retina, causando cattiva vista da lontano ma conservando una visione nitida da vicino. Il paziente descrive esattamente l'opposto, vantando storicamente una percezione distante superiore ai coetanei e lamentando ora esclusivamente problemi ravvicinati.
- **D) abbia una maculopatia**: Le maculopatie interessano la retina centrale alterando la nitidezza foveale. Si manifestano con distorsioni geometriche delle linee o aree cieche, senza il classico meccanismo refrattivo che migliora variando la distanza di osservazione.
- **E) abbia un principio di cataratta**: La formazione catarattica offusca progressivamente i mezzi trasparenti dell'occhio. Determina un calo uniforme dell'acuità visiva, frequenti abbagliamenti luminosi e una visione sempre velata, non riconducibile alla semplice variazione della distanza di lettura.

**96** **Un uomo di 59 anni in buone condizioni di salute, presenta un carcinoma squamoso del solco gengivo-buccale di sinistra, cT4aN2cM0. E' presente massiva infiltrazione della mandibola alla RM con contrasto. Una corretta proposta terapeutica prevede:**

- **A** **Resezione segmentale di mandibola, svuotamento linfonodale bilaterale e terapia adiuvante**
- **B** Ipertermia
- **C** Elettrochemioterapia
- **D** Resezione marginale di mandibola, svuotamento linfonodale sinistro e terapia adiuvante
- **E** Terapia palliativa

**Risposta giusta: A**

L'infiltrazione **massiva** della mandibola richiede una **resezione segmentale** per asportare l'osso a tutto spessore. La stadiazione N2c indica interessamento linfonodale bilaterale, imponendo uno **svuotamento** del collo su entrambi i lati. Il quadro clinico si completa con una **terapia adiuvante** definita dall'esame istologico definitivo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Ipertermia**: L'ipertermia non costituisce un trattamento primario standard nei carcinomi orali resecabili. Pur potendo trovare un ruolo molto circoscritto in protocolli specifici, non sostituisce la chirurgia oncologica necessaria in questo contesto.
- **C) Elettrochemioterapia**: L'elettrochemioterapia è una tecnica riservata a contesti selezionati come lesioni cutanee multiple, recidive locali o sedi anatomiche particolari. Non rappresenta lo standard terapeutico per un carcinoma della bocca localmente avanzato con estensione mandibolare e compromissione linfonodale bilaterale.
- **D) Resezione marginale di mandibola, svuotamento linfonodale sinistro e terapia adiuvante**: La resezione marginale è indicata solo per un coinvolgimento osseo limitato o superficiale. Lo svuotamento esclusivo verso il lato sinistro risulta inadeguato rispetto alla disseminazione controlaterale tipica di una stadiazione N2c.
- **E) Terapia palliativa**: La terapia palliativa è riservata a pazienti con malattia metastatica diffusa o a lesioni non chirurgicamente resecabili. In presenza di buone condizioni generali e di un bersaglio operabile, l'intento deve restare strettamente curativo.

**97** **L'adenoma pleomorfo:**

- **A** **E' un tumore benigno delle ghiandole salivari**
- B E' un tumore esclusivo della ghiandola parotide
- C E' un tumore ad alto grado di malignità delle ghiandole salivari
- D E' un tumore noto anche come tumore di Warthin
- E E' un tumore a basso grado di malignità delle ghiandole salivari

**Risposta giusta: A**

L'adenoma pleomorfo è il **tumore benigno** più frequente delle ghiandole salivari. Si caratterizza per una crescita lenta, margini ben delimitati e una composizione istologica variabile che mescola tessuti epiteliali e mioepiteliali. Pur mancando di invasività, necessita di un intervento mirato per prevenire le recidive locali o una rara trasformazione maligna.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) E' un tumore esclusivo della ghiandola parotide**: La **parotide** costituisce la sede di insorgenza più comune ma non esclusiva, dato che la patologia può svilupparsi anche nelle ghiandole salivari minori distribuite nella bocca.
- **C) E' un tumore ad alto grado di malignità delle ghiandole salivari**: I carcinomi ad alto grado dimostrano un decorso aggressivo e un elevato rischio metastatico, mentre questa entità mantiene un profilo biologico stabile e indolente.
- **D) E' un tumore noto anche come tumore di Warthin**: Associarlo al tumore di Warthin è un errore concettuale, in quanto si tratta di due diagnosi separate con marcatori clinici, istopatologici e molecolari distinti.
- **E) E' un tumore a basso grado di malignità delle ghiandole salivari**: Inserirla tra le neoplasie maligne a basso grado è inesatto, poiché la lesione possiede confini netti e non presenta comportamenti invasivi nei tessuti vicini.

**98** **Una donna viene sottoposta a tiroidectomia totale per struma tiroideo. Nel post-operatorio presenta disfonia. Qual è il sospetto clinico?**

- **A** **Paralisi cordale iatrogena**
- **B** Emorragia
- **C** Ipercalcemia reattiva
- **D** Ipocalcemia iatrogena
- **E** Ipotiroidismo

**Risposta giusta: A**

La **disfonia** nel post-operatorio immediato indica verosimilmente una **lesione del nervo laringeo ricorrente**. Questo nervo decorre a stretto contatto con la ghiandola tiroidea e può subire trazione o compressione durante l'intervento. Il danno determina una **paralisi iatrogena** della corda vocale con comparsa di raucedine.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Emorragia**: L'emorragia postoperatoria provoca rapidamente tumefazione del collo, dolore e difficoltà respiratoria per compressione delle vie aeree. Non si presenta come disturbo isolato del timbro vocale.
- **C) Ipercalcemia reattiva**: L'iperCalcemia reattiva non è una complicanza attesa dopo asportazione tiroidea. Manca completamente un nesso fisiopatologico con l'alterazione della voce.
- **D) Ipocalcemia iatrogena**: L'ipocalcemia iatrogena nasce dal danneggiamento delle paratiroidi. Provoca invece parestesie periorali, contrazioni muscolari e tetania senza influenzare la fonazione.
- **E) Ipotiroidismo**: L'ipotiroidismo è una conseguenza endocrina che si instaura progressivamente se manca la terapia sostitutiva. Non giustifica un quadro acuto di disfonia nelle ore immediate successive alla chirurgia.

**99** **Un uomo presenta un soffio meso-tele-sistolico 3/6 alla punta, accompagnato da click meso-sistolico. Secondo la classificazione fisiopatologica di Carpentier dell'insufficienza mitralica, a quale tipo appartiene un'insufficienza mitralica dovuta, come descritto nello scenario, a prolasso della mitrale?**

A Tipo 0

**B Tipo II**

C Tipo IIIA

D Tipo IIIB

E Tipo I

**Risposta giusta: B**

Nel prolasso mitralico i lembi presentano un **movimento aumentato** verso l'atrio sinistro durante la sistole. Questo meccanismo corrisponde al **tipo II** della classificazione di Carpentier. I reperti clinici descritti (click e soffio mesosistolici) sono tipici di tale iperfunzionalità.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tipo 0**: Non è presente nella classificazione fisiopatologica classica di Carpentier per l'insufficienza mitralica.
- **C) Tipo IIIA**: Descrive una limitazione fissa del movimento sia in sistole che in diastole, tipica di alterazioni reumatiche o fibrotiche.
- **D) Tipo IIIB**: Definisce una restrizione prevalentemente sistolica causata dal tethering dei lembi in caso di dilatazione del ventricolo sinistro.
- **E) Tipo I**: Indica un movimento normale dei lembi; l'insufficienza nasce da dilatazione dell'anello o da perforazioni, non da prolasso.

**100** **A causa di un trauma contusivo, un giovane in buone condizioni, riporta la frattura della X costa destra e uno pneumotorace apicale di circa il 15%. Non è presente dispnea e la SpO2 in aria ambiente è nei limiti della norma. Si dovrà procedere a:**

A Drenaggio del cavo pleurico con tubo 28 Fr

**B Osservazione e controllo con RX torace dopo 24 ore**

C Sintesi chirurgica della frattura costale e drenaggio del cavo pleurico

D Toracotomia d'urgenza con pleurodesi

E Intubazione e ventilazione a pressione positiva

**Risposta giusta: B**

In un paziente stabile, asintomatico e con saturazione nelle norme, uno pneumotorace apicale di piccole dimensioni (circa il 15%) non necessita di interventi invasivi immediati. L'approccio preferito prevede **osservazione clinica** e **controllo radiografico** a distanza di 24 ore per monitorare l'evoluzione, evitando procedure non necessarie in un quadro già compensato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Drenaggio del cavo pleurico con tubo 28 Fr**: Un catetere toracico di calibro elevato rappresenta un trattamento eccessivo per questa lesione limitata. Il drenaggio si effettua solo per pneumotoraci estesi, sintomatici o in progressivo aggravamento, mentre il paziente mantiene uno scambio gassoso autonomo soddisfacente.
- **C) Sintesi chirurgica della frattura costale e drenaggio del cavo pleurico**: La chirurgia dei punti di frattura costale isolata non è indicata nella fase acuta e il drenaggio pleurico non è giustificato automaticamente senza sintomi respiratori. Queste misure si riservano esclusivamente a traumi complessi o deficit funzionali gravi.
- **D) Toracotomia d'urgenza con pleurodesi**: L'intervento chirurgico aperto con pleurodesi è sproporzionato rispetto alla gravità del quadro clinico. Tale procedura viene riservata a emergenze come emotorace massivo, danno vascolare maggiore o fallimento delle tecniche conservative, non a uno pneumotorace semplice e stabilizzato.
- **E) Intubazione e ventilazione a pressione positiva**: L'intubazione tracheale e la ventilazione assistita non trovano indicazione in assenza di insufficienza respiratoria. Inoltre, la **pressione positiva** continua potrebbe causare un'ulteriore espansione dell'aria pleurica, rendendo questo approccio controindicato fino a esclusione del peggioramento.

**101** **Ad un uomo di 75 anni è stato riscontrato mediante ecografia un aneurisma dell'aorta addominale di 6,0 centimetri di diametro trasverso. Scegliere l'opzione corretta tra le seguenti:**

A Nessun controllo, né trattamento

B Controllo ecografico tra 6 mesi e, se il diametro aumenta, valutazione per intervento chirurgico

C Controllo ecografico tra 1 anno e, se il diametro aumenta, valutazione per intervento chirurgico

D Impostazione di terapia anticoagulante e controllo dei valori della pressione arteriosa

**E Valutazione per trattamento chirurgico/interventistico**

**Risposta giusta: E**

Un aneurisma dell'aorta addominale di $6,0\ \mathrm{cm}$ supera i limiti dimensionali accettati per i pazienti maschi. Superata tale misura il rischio di rottura diventa elevato e la sola observatio non è più indicata. Occorre un immediato indirizzamento a valutazione specialistica per pianificare un intervento riparativo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Nessun controllo, né trattamento**: Ignorare un'anomalia vascolare di queste dimensioni espone a conseguenze fatali. Nessun protocollo permette di rinunciare a controlli o a terapie quando il diametro raggiunge livelli critici.
- **B) Controllo ecografico tra 6 mesi e, se il diametro aumenta, valutazione per intervento chirurgico**: Controllare il segmento aortico ogni sei mesi èreserved alle formazioni di piccole dimensioni. Quando si registra $6,0\ \mathrm{cm}$ il follow-up attivistico cede il passo alla diretta programmazione chirurgica o endovascolare.
- **C) Controllo ecografico tra 1 anno e, se il diametro aumenta, valutazione per intervento chirurgico**: Posticipare il nuovo ultrasuono al dodicesimo mese ritarda una decisione necessaria. Un lume così dilatato non garantisce stabilità nel tempo e impone un percorso decisionale accelerato.
- **D) Impostazione di terapia anticoagulante e controllo dei valori della pressione arteriosa**: Il monitoraggio della pressione arteriosa contribuisce alla salute cardiovascolare generale. L'uso di anticoagulanti non riduce il calibro del vaso e non rimuove la necessità di un provvedimento meccanico.

**102** **Un uomo di 70 anni presenta claudicatio intermittens che compare dopo 100 metri di marcia. Quale tra le seguenti NON è una possibile diagnosi differenziale?**

A Aneurisma dell'arteria iliaca
B Arterite periferica
C Claudicatio neurogena
D Aterosclerosi
**E Miocardite**

**Risposta giusta: E**

La **claudicatio intermittens** indica un deficit di afflusso sanguigno agli arti inferiori o una causa **neurologica** che simula il disturbo vascolare. La **miocardite** è un'infiammazione del muscolo cardiaco e non influisce sulla perfusione degli arti durante la deambulazione, risultando esclusa dalla diagnosi differenziale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Aneurisma dell'arteria iliaca**: Un aneurisma dell'arteria iliaca può ostacolare o alterare il percorso arterioso, generando sintomi ischemici sovrapponibili alla zoppia da sforzo.
- **B) Arterite periferica**: Le arteriti periferiche rappresentano processi infiammatori vascolari che compromettono il trasporto ematico, producendo sintomi identici alla malattia obstructiva arteriosa.
- **C) Claudicatio neurogena**: La claudicatio neurogena deriva da una compressione delle radici nervose, tipicamente associata a stenosi del canale vertebrale, e presenta un quadro clinico simile a quello vascolare.
- **D) Aterosclerosi**: L'aterosclerosi è la causa più frequente, poiché forma placche che restringono i vasi degli arti inferiori e riducono il flusso ematico durante lo sforzo.

**103** **Un giovane di 26 anni, senza alcuna precedente storia clinica di rilievo, giunge in Pronto Soccorso in fibrillazione ventricolare, e nonostante le manovre rianimatorie muore. Si esegue riscontro diagnostico necroscopico durante il quale si osserva ipertrofia del ventricolo sinistro e in particolare del setto interventricolare. All'esame istologico è presente disordine delle fibre miocardiche. Il quadro osservato è compatibile con:**

A Miocardite
B Cardiomiopatia dilatativa
C **Cardiomiopatia ipertrofica**
D Cardiomiopatia aritmogena
E Cardiomiopatia infiltrativa

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico e anatomopatologico è tipico della **cardiomiopatia ipertrofica**. Un giovane apparentemente sano può presentare **fibrillazione ventricolare** e morte improvvisa, con al riscontro necroscopico un'**ipertrofia settale** asimmetrica. L'esame istologico mostra il caratteristico **disordine delle fibre** ed è spesso associato a mutazioni genetiche che rimangono silenti fino alla comparsa di **aritmie maligne**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Miocardite**: La miocardite può provocare aritmie e morte improvvisa, ma l'esame istologico rivela un infiltrato infiammatorio acuto o cronico. Manca il quadro specifico di ipertrofia asimmetrica e disordine miofibrale tipico della forma ipertrofica.
- **B) Cardiomiopatia dilatativa**: Nella cardiomiopatia dilatativa il quadro principale è la dilatazione delle camere cardiache con ridotta frazione di eiezione. Non corrisponde all'ipertrofia marcata del setto interventricolare osservata in questo paziente.
- **D) Cardiomiopatia aritmogena**: La cardiomiopatia aritmogena colpisce prevalentemente il ventricolo destro e presenta sostituzione fibro-adiposa del miocardio. Pur essendo causa di aritmie, non genera il classico quadro di ipertrofia settale e disordine delle fibre.
- **E) Cardiomiopatia infiltrativa**: La cardiomiopatia infiltrativa si manifesta con l'accumulo di sostanze anomale nel miocardio, come amiloide o ferro. Il reperto istologico atteso non include il disordine delle fibre né l'ipertrofia settale asimmetrica descritta nel caso.

**104** **In un soggetto di sesso femminile di 40 anni è presente una lesione bilaterale simmetrica biancastra reticolare del cavo orale; si effettua prelievo bioptico della lesione e all'esame istologico si osserva acantosi, paracheratosi e intenso infiltrato linfocitario sottoepiteliale "a banda", con colliquazione della membrana basale; il quadro è compatibile con:**

A Leucoplachia villosa proliferativa
B Carcinoma squamo-cellulare
C Linfoma a cellule T associato alle mucose
D **Lichen Planus Orale**
E LES

**Risposta giusta: D**

La presentazione clinica e istologica è da manuale per il **Lichen Planus Orale**. Si riscontra in donne di mezza età con lesioni bilaterali simmetriche biancastre e reticolari, dette strie di Wickham. La biopsia conferma **acantosi**, **paracheratosi**, **infiltrato linfocitario "a banda"** e colliquazione della membrana basale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Leucoplachia villosa proliferativa**: La leucoplachia villosa è solitamente correlata al virus Epstein-Barr, evolve in modo persistente e progressivo. Istologicamente non si osserva il classico tessuto infiammatorio di tipo lichenoide né il relativo danno della giunzione epitelio-connettivale.
- **B) Carcinoma squamo-cellulare**: Una neoplasia squamocellulare non ha aspetto bilaterale simmetrico reticolare. All'istologia ci si aspetterebbero marcata atipia cellulare, invasione stromale e disorganizzazione architetturale invece del semplice processo infiammatorio limitato alla banda sottostante.
- **C) Linfoma a cellule T associato alle mucose**: È una neoplasia linfoproliferativa con quadro clinico e istologico molto diverso. Non origina la tipica lesione biancastra reticolare bilaterale del cavo orale né segue il decorso infiammatorio subepiteliale descritto.
- **E) LES**: Può entrare in diagnosi differenziale perché il lupus eritematoso causa lesioni orali simili e talvolta un infiltrato lichenoide. Tuttavia il quadro qui descritto è più tipico della forma orale; nel LES sarebbero presenti anche elementi clinici e sistemici specifici.

**105** **Una donna di 48 anni presenta secrezione monolaterale siero-ematica dal capezzolo di destra da circa 6 mesi. L'ecografia mammaria rileva un'ectasia duttale in sede retroareolare con una formazione solida endoluminale di 1,5 cm. di diametro. L'esame istologico su core biopsy rileva la presenza di un tessuto costituito da proiezioni arborescenti con asse fibro-vascolare ben evidente, con doppio rivestimento mioepiteliale-epiteliale, in assenza di significative atipie. Qual è la diagnosi corretta?**

A Tumore filloide
B Modificazione fibro-cistica della mammella
C **Papilloma intraduttale**
D Fibroadenoma
E Carcinoma papillare

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico e strumentale orienta verso una lesione papillaria benigna. La secrezione monolaterale siero-ematica adulta è il segnale caratteristico. L'ecografia conferma una formazione solida endoluminale all'interno di un dotto ectasico. L'istologia mostra proiezioni arborescenti con asse fibrovascolare e un doppio strato cellulare senza alterazioni. Questi dati definiscono il **papilloma intraduttale**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tumore filloide**: Il tumore filloide è una proliferazione fibroepiteliale che cresce velocemente e supera spesso i tre centimetri. Non corrisponde al reperto ecografico di un piccolo nodulo intraduttale associato a ectasia. La componente stromale appare molto più cellulare e distinta dalla architettura glandulare descritta.
- **B) Modificazione fibro-cistica della mammella**: Le alterazioni fibro-cistiche determinano comunemente dolore mammario e una sensazione di nodularità diffusa. Non giustificano la presenza di una massa unica né la specifica morfologia istologica. La patologia coinvolge trasformazioni cistiche multiple e non formazioni papillari organizzate.
- **D) Fibroadenoma**: Il fibroadenoma è una massa benigna comune che si palpa come nodulo rotondo e mobile. Non origina dai dotti galattofori e quindi non genera secrezione del capezzolo. La struttura microscopica è composta da una proliferazione mista epiteliale e stromale invece che da fronde papillari endoluminali.
- **E) Carcinoma papillare**: La neoplasia maligna può causare secrezione dal capezzolo e presentare strutture papillari simili. L'analisi istologica rivelerebbe però **atipie cellulari** e la scomparsa dello strato basale mioepiteliale. In questo caso i due lembi epiteliali risultano integri e privi di segni di malignità.

**106** **Un uomo di 35 anni si sottopone a un intervento chirurgico per sospetta neoplasia testicolare. Macroscopicamente la neoformazione è di 3 cm di diametro, bianco-grigiastra, ben circoscritta, di aspetto omogeneo e priva di aree emorragiche o necrotiche. L'esame istologico mostra una proliferazione di cellule voluminose, uniformi, con nucleo centrale, citoplasma chiaro e membrana ben distinta. Tali elementi sono disposti in nidi o cordoni che appaiono circondati da tralci fibrosi contenenti un discreto infiltrato linfocitario. Numerose le figure mitotiche. Alle indagini immunoistochimiche le cellule neoplastiche risultano positive per CD117, PLAP, OCT3/4, SALL4, SOX17 e D2-40. Quale delle seguenti ipotesi diagnostiche è la più probabile?**

A Coriocarcinoma
B Carcinoma embrionario
C Teratocarcinoma
D **Seminoma**
E Linfoma a grandi cellule B

**Risposta giusta: D**

Una massa testicolare ben circoscritta, omogenea e priva di emorragia o necrosi è il classico aspetto macroscopico del **seminoma**. L'istologia mostra cellule grandi e uniformi con citoplasma chiaro e bordi distinti, organizzate in nidi separati da tralci fibrosi con infiltrato linfocitario. La positività immunoistochimica per **CD117**, **PLAP**, **OCT3/4**, **SALL4**, **SOX17** e **D2-40** conferma definitivamente la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Coriocarcinoma**: Il coriocarcinoma si caratterizza per un'abbondante emorragia e necrosi dovute alla rapida invasione vascolare tumorale. Mostra cellule trofoblastiche multinucleate e spesso secrezione di hCG, mentre la lesione qui è netta, priva di necrosi e con un immunofenotipo diverso.
- **B) Carcinoma embrionario**: Il carcinoma embrionario presenta un'architettura più disorganizzata e una marcata pleomorfia cellulare. Spesso mostra ampie aree di emorragia e necrosi, a differenza dell'aspetto omogeneo descritto, e il profilo immunoistochimico non rispecchia il pannello tipico del seminoma.
- **C) Teratocarcinoma**: Il teratocarcinoma è una neoplasia mista contenente tessuti di differente lignaggio somatico e germinale. Istologicamente apparirebbe estremamente eterogenea con strutture come cartilagine o epitelio intestinale, mai monomorfa e uniforme come nel caso riportato.
- **E) Linfoma a grandi cellule B**: Il linfoma a grandi cellule B interessa prevalentemente uomini anziani e si manifesta con una proliferazione diffusa di linfoti atipici. Manca la componente cellulare epiteliale di origine germinale, i setti fibrosi con linfociti e i marker positivi elencati.

**107** **Un uomo di 63 anni è ricoverato da un mese per una leucemia. Durante la degenza sviluppa una grave infezione delle vie urinarie, con rapida evoluzione in sepsi e morte. L'emocoltura risulta positiva per Pseudomonas aeruginosa. Quale tra i seguenti NON è un fattore di virulenza di Pseudomonas?**

A Pili
B Capsula
C **Emoagglutinina**
D Esotossina A
E Piocianina

**Risposta giusta: C**

Il batterio possiede numerosi fattori di virulenza che ne permettono adesione, danno tissutale ed evasione immunitaria. L'emoagglutinina non rientra tra questi meccanismi tipici di *Pseudomonas aeruginosa*, rendendola l'unica opzione esclusa dal profilo patogenetico del germe.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pili**: I pili funzionano da strutture di adesione fondamentali, permettendo al batterio di ancorarsi alle mucose e alle superfici biologiche come primo passo infettivo.
- **B) Capsula**: La capsula protegge il microrganismo dalla fagocitosi, garantendo resistenza nel tessuto e persistenza nell'ospite immunocompromesso.
- **D) Esotossina A**: L'esotossina A è un vero fattore di virulenza che inibisce la sintesi proteica cellulare, agendo con un meccanismo analogo alla tossina difterica.
- **E) Piocianina**: La piocianina è un pigmento tossico generato dal patogeno che induce stress ossidativo, accelerando il danno cellulare durante l'infezione.

**108** **Una donna di 70 anni riferisce la comparsa di febbre, importanti artromialgie e tosse stizzosa. Il medico ipotizza una infezione da virus influenzale. Quale tra le seguenti NON è considerata tra le complicanze dell'infezione da virus influenzale?**

A Encefalite
B Pericardite
C Polmonite da sovrainfezione batterica
D Polmonite virale
**E Epatite**

**Risposta giusta: E**

L'**epatite** non è una complicanza caratteristica dell'influenza. I danni principali colpiscono l'**apparato respiratorio** e occasionalmente il **sistema nervoso**. Le altre opzioni descrivono patologie riconducibili all'agente virale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Encefalite**: È una complicanza neurologica riconosciuta. L'infiammazione cerebrale dipende dall'ingresso diretto del virus o dalla risposta immunitaria sistemica.
- **B) Pericardite**: È una complicanza confermata anche se meno comune. Il processo infettivo coinvolge il sacco pericardico scatenando un'infiammazione sierosa.
- **C) Polmonite da sovrainfezione batterica**: È una complicanza frequente dopo il danno epiteliale. I patogeni secondari colonizzano i tessuti indeboliti creando un'infezione sovraposta.
- **D) Polmonite virale**: È una complicanza reale nei casi gravi. Il virus danneggia direttamente le membrane alveolari favorendo il cedimento degli scambi gassosi.

**109** **Un uomo di 40 anni, presenta proteinuria (8 g/24 h) e quadro elettroforetico caratterizzato da marcata ipoalbuminemia, lieve diminuzione della frazione γ e da significativo incremento dell'α2-macroglobulinemia nel picco α2 dell'elettroforesi delle sieroproteine. Quale tra le seguenti è la diagnosi corretta?**

A Ittero emolitico

**B Sindrome nefrosica**

C Infarto del miocardio

D Mieloma

E Chetoacidosi

**Risposta giusta: B**

La **proteinuria** di $8\ \mathrm{g}/24\ \mathrm{h}$ supera ampiamente il limite fisiologico, indicando una massiva perdita renale di proteine. L'elettroforesi conferma il quadro con marcata **ipoalbuminemia** e aumento della $\alpha_2$-**macroglobulina**, poiché la molecola di grandi dimensioni non viene filtrata a livello glomerulare. Il fegato attiva una sintesi compensatoria ma non riesce a rimpiazzare completamente le proteine perse nel lume tubulare. Questo assetto biochimico complessivo corrisponde alla **sindrome nefrosica**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ittero emolitico**: Nell'ittero emolitico il processo patologico consiste nell'aumentata distruzione dei globuli rossi senza coinvolgimento di una filtrazione renale alterata, rendendo incompatibile il profilo delle sieroproteine con il dato clinico.
- **C) Infarto del miocardio**: Un infarto del miocardio potrebbe alterare marcatori di danno muscolare o infiammazione sistemica, ma non genera il tipico schema ipoproteinico con rialzo selettivo dell'$\alpha_2$-globulina correlato a perdite urinarie.
- **D) Mieloma**: Nel mieloma plurimorfico l'elettroforesi mostra inevitabilmente un picco monoclonale noto come componente M, escludendo definitivamente il pattern da sindrome nefrosica con incremento dell'$\alpha_2$-macroglobulina.
- **E) Chetoacidosi**: La chetoacidosi rappresenta una complicanza metabolica del diabete mellito, ma non determina alcun cambiamento elettroforefico corrispondente né evidenzia proteinuria come segno distintivo.

**110** **Una donna di 36 anni, con anamnesi positiva per crisi ipertensive, esegue una TC come approfondimento diagnostico per un sospetto di litiasi renale. Il referto evidenzia la presenza di una massa del surrene sinistro. Quale condizione tra le seguenti è più probabile e quale approfondimento diagnostico è opportuno richiedere a tale scopo?**

A Diabete mellito; glicemia a digiuno

B Gravidanza; dosaggio Beta-HCG nelle urine

C **Feocromocitoma; determinazione dei livelli di catecolamine e dei loro metaboliti nelle urine delle 24h**

D Ipertrigliceridemia; dosaggio plasmatico dei trigliceridi

E Ascesso renale; risonanza magnetica addominale con contrasto

**Risposta giusta: C**

In una paziente giovane con anamnesi di crisi ipertensive e scoperta incidentalmente una massa surrenalica, il sospetto principale è un **feocromocitoma**. Si tratta di un tumore della midollare che produce **catecolamine** in eccesso, causando gli episodi di ipertensione parossistica. La conferma diagnostica richiede il dosaggio urinario delle 24 ore per documentare l'ipersecrezione ormonale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Diabete mellito; glicemia a digiuno**: Il diabete mellito può essere associato a molteplici quadri clinici, ma non costituisce la diagnosi più probabile davanti a una massa del surrene con ipertensione parossistica.
- **B) Gravidanza; dosaggio Beta-HCG nelle urine**: La gravidanza è fuori contesto clinico; l'accostamento tra massa surrenalica e ipertensione reiterata orienta verso una patologia endocrina specifica.
- **D) Ipertrigliceridemia; dosaggio plasmatico dei trigliceridi**: L'ipertrigliceridemia è un referto metabolico che non spiega la presenza della lesione surrenalica né i sintomi cardiovascolari osservati.
- **E) Ascesso renale; risonanza magnetica addominale con contrasto**: Un ascesso renale si presenta con quadro infettivo e infiammatorio (febbre, dolore, segni di flogosi), non con una massa surrenalica isolata né con crisi ipertensive.

**111** **Uomo di 62 anni si presenta in Pronto Soccorso con dolore toracico acuto interscapolare con rilievo di riduzione asimmetrica dei polsi arteriosi. Il medico di Pronto Soccorso pone il sospetto di sindrome aortica acuta. Il medico radiologo pone diagnosi di dissecazione dell'aorta toraco-addominale. Quale è il segno patognomonico di tale patologia?**

- **A** **Flap intimale aortico visualizzabile alla TC dopo somministrazione di mdc**
- **B** Raccolta di mezzo di contrasto esterno al lume aortico visualizzabile alla RM basale
- **C** Spandimento di mezzo di contrasto esterno al lume aortico alla PET
- **D** Rilievo di flusso demodulato all'indagine ecografica con mdc
- **E** Flap intimale aortico all'esame TC senza mdc

**Risposta giusta: A**

Il reperto chiave è il **flap intimale**, una lamina che separa i **lumi vero e falso**. La **TC con mezzo di contrasto** lo visualizza in modo affidabile perché il liquido opacizza i canali e rende evidente la parete dissecata. Gli esami senza contrasto offrono un'informazione meno specifica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Raccolta di mezzo di contrasto esterno al lume aortico visualizzabile alla RM basale**: La risonanza magnetica basale non rappresenta il contesto diagnostico idoneo per considerare il reperto come patognomonico e la descrizione non corrisponde alla fisiopatologia della dissecazione.
- **C) Spandimento di mezzo di contrasto esterno al lume aortico alla PET**: La tomografia ad emissione di positroni non è l'esame di scelta per la diagnosi acuta della patologia vascolare e non consente di visualizzare la lesione intimale.
- **D) Rilievo di flusso demodulato all'indagine ecografica con mdc**: L'esame ecografico con mezzo di contrasto può risultare utile in alcune situazioni cliniche ma il segno definitivo rimane il flap intimale confermato mediante indagine di imaging appropriata.
- **E) Flap intimale aortico all'esame TC senza mdc**: La TC senza mezzo di contrasto può mostrare segni indiretti ma il flap intimale non è il reperto più affidabile in assenza di oppacizzazione.

**112** **Quale dei seguenti segni è patognomonico di ictus ischemico in fase iperacuta alla TC senza mdc dell'encefalo?**

- **A** **Iperdensità spontanea dell'arteria cerebrale media**
- **B** Dilatazione ex-vacuo ventricolare
- **C** Presenza di infarcimento ematico corticale
- **D** Ipodensità cortico-sottocorticale a margini netti
- **E** Area malacica cortico-sottocorticale

**Risposta giusta: A**

In fase iperacuta alla TC senza mezzo di contrasto, l'iperdensità spontanea del tronco dell'arteria cerebrale media rivela la presenza di un **trombo** nel vaso. Si tratta di un **reperto precoce**, cruciale quando le alterazioni parenchimatiche sono ancora minime o assenti. Per questo motivo costituisce un **signo altamente specifico**, quasi patognomonico, nel corretto contesto clinico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Dilatazione ex-vacuo ventricolare**: La dilatazione ex-vacuo è un referto cronico secondario alla perdita di volume cerebrale. Non presenta alcuna correlazione fisiopatologica con la fase iperacuta di un ictus.
- **C) Presenza di infarcimento ematico corticale**: Il reperto descrive una componente emorragica o una eventuale trasformazione emorragica dell'ischemia. Non si associa a un quadro di ictus ischemico puro nelle fasi iniziali.
- **D) Ipodensità cortico-sottocorticale a margini netti**: L'ipodensità cortico-sottocorticale documenta sofferenza ischemica ma richiede tempi maggiori per manifestarsi. Compare dopo l'evoluzione dell'infarto ed è spesso invisibile nelle prime ore. Inoltre non soddisfa il criterio di patognomia richiesto dal quesito.
- **E) Area malacica cortico-sottocorticale**: L'area malacica indica un esito definitivo di necrosi tissutale già consolidata. Corrisponde a una lesione di vecchia data ed è incompatibile con la tempistica iperacuta.

**113** **Un uomo di 40 anni giunge in Pronto Soccorso per forte dolore al fianco destro con manovra di Giordano francamente positiva. L'esame ecografico mostra idronefrosi di I-II grado ma non visualizza formazioni litiasiche. Quale ulteriore esame di diagnostica per immagini dovrebbe richiedere il medico?**

A Risonanza magnetica dell'addome senza mezzo di contrasto

B **TC addome senza mezzo di contrasto**

C Risonanza magnetica dell'addome con mezzo di contrasto

D Urografia endovenosa

E Cistografia retrograda e minzionale

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico suggerisce una **calcolosi** ureterale in corso. L'ecografia rileva **idronefrosi** ma non visualizza il calcolo. La TC addome senza mezzo di contrasto è l'esame di prima scelta perché offre elevata **sensibilità** nel rilevare depositi salini. Consente di valutare con precisione sede e dimensioni della formazione litiasica. L'assenza di contrasto evita di mascherare eventuali **ostruzioni**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Risonanza magnetica dell'addome senza mezzo di contrasto**: Anche la risonanza magnetica senza mezzo di contrasto rimane inadatta per questo quadro clinico. Pur essendo riservata a casi selezionati, non fornisce la risoluzione necessaria per diagnosticare efficacemente i calcoli in situazione acuta.
- **C) Risonanza magnetica dell'addome con mezzo di contrasto**: La risonanza magnetica con mezzo di contrasto non è adatta come indagine di primo livello. Mostra scarsamente le calcificazioni e richiede tempi lunghi incompatibili con l'**urgenza**.
- **D) Urografia endovenosa**: L'urografia endovenosa è un esame superato nella diagnostica iniziale. Richiede più tempo e risulta meno accurata per la caratterizzazione rapida della patologia.
- **E) Cistografia retrograda e minzionale**: La cistografia retrograda e minzionale valuta principalmente la funzionalità vescicale e il reflusso vesicoureterale. Non ha indicazioni per la ricerca di calcoli ureterali in fase acuta.

**114** **Un uomo di 80 anni giunge in Pronto Soccorso per progressiva insorgenza di cefalea e sopore ingravescente. In anamnesi i familiari riportano un trauma cranico di lieve entità. Viene eseguita una TC dell'encefalo che evidenzia un ematoma sottodurale. Quale delle seguenti affermazioni è vera relativamente all'aspetto del sangue alla TC?**

- **A** **Un sanguinamento acuto appare alla TC come una lesione iperdensa, con valori di unità di Hounsfield (HU) tra +60 e +90**
- B Un sanguinamento acuto appare alla TC come una lesione ipodensa, con valori di unità di Hounsfield (HU) tra +60 e +90
- C Un sanguinamento acuto appare alla TC come una lesione iperdensa, con valori di unità di Hounsfield (HU) tra -60 e -90
- D Un sanguinamento acuto appare alla TC sempre isodenso
- E L'aspetto del sangue da sanguinamento è iperintenso nelle fasi acute

**Risposta giusta: A**

In TC il sangue fresco appare tipicamente **iperdenso** rispetto al parenchima cerebrale. L'emoglobina contenuta nei globuli rossi aumenta l'attenuazione dei raggi X, generando valori di unità di Hounsfield compresi tra $+60$ e $+90$ $\mathrm{HU}$. Questa caratteristica radiologica è la base per identificare un ematoma acuto.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Un sanguinamento acuto appare alla TC come una lesione ipodensa, con valori di unità di Hounsfield (HU) tra +60 e +90**: Contiene un errore logico interno. Valori compresi tra $+60$ e $+90$ $\mathrm{HU}$ corrispondono fisicamente a una lesione iperdensa, rendendo errata la classificazione come ipodensa.
- **C) Un sanguinamento acuto appare alla TC come una lesione iperdensa, con valori di unità di Hounsfield (HU) tra -60 e -90**: Segnala valori numerici incompatibili con il sangue attivo. Le scale di Hounsfield associano i numeri negativi a strutture meno dense dell'acqua, mentre un ematoma acuto presenta costantemente attenuazione elevata e valori positivi.
- **D) Un sanguinamento acuto appare alla TC sempre isodenso**: Non è corretto affermare che sia sempre isodenso nella fase iniziale. La **isodensità** compare solo nelle fasi successive, quando l'ematoma evolve e la sua densità si avvicina a quella del tessuto circostante.
- **E) L'aspetto del sangue da sanguinamento è iperintenso nelle fasi acute**: Applica una nomenclatura appartenente ad altra tecnica di imaging. Il termine **iperintenso** descrive il segnale nelle immagini di risonanza magnetica, dove in TAC si valuta invece la densità tonale secondo la scala dei gradi di Hounsfield.

**115** **Un uomo di 36 anni giunge in Pronto Soccorso per un trauma sportivo con forte dolore al mesopiede. La freccia nella radiografia dimostra una frattura, particolarmente evidente nella proiezione laterale, con piccolo distacco osseo. Qual è l'osso interessato?**

A Cuneiforme intermedio
B **Scafoide del tarso (o navicolare)**
C Cuneiforme mediale
D Cuboide
E Cuneiforme laterale

**Risposta giusta: B**

In caso di trauma sportivo con dolore focalizzato al **mesopiede**, la radiografia mostra una frattura con piccolo **distacco osseo** meglio visibile nella **proiezione laterale**. Il **navicolare** o scafoide del tarso è l'osso centrale di questa regione ed è classicamente colpito da questo tipo di lesioni.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Cuneiforme intermedio**: Rappresenta un elemento più piccolo e profondo del comparto intermedio; la netta evidenza del frammento in vista laterale esclude una localizzazione così nascosta.
- **C) Cuneiforme mediale**: Il cuneiforme mediale si posiziona anteriormente e medialmente nel settore interessato, lontano dalla sede centrale indicata dai reperti e dal meccanismo lesionale.
- **D) Cuboide**: Appartiene alla porzione posteriore e laterale del tarso e risente tipicamente di compressioni del margine esterno, estranee al quadro clinico qui descritto.
- **E) Cuneiforme laterale**: Si trova marcatamente più laterale rispetto ai rimanenti cuneiformi, risultando protetto da sollecitazioni traumatiche dirette sul tratto mediano del piede.

**116** **Un uomo di 67 anni viene portato in Pronto Soccorso dai familiari in stato confusionale e presenta Glasgow Coma Scale pari a 11. Viene eseguita una indagine TC in urgenza che mette in evidenza il quadro riportato nell'immagine, che corrisponde a:**

A emorragia parenchimale parieto-occipitale destra

B nessun rilievo patologico, è necessario eseguire RM

C emorragia epidurale parieto-occipitale sinistra

D emorragia subdurale parieto-occipitale sinistra

**E emorragia parenchimale parieto-occipitale sinistra**

**Risposta giusta: E**

Alla TC, l'ematoma appare come raccolta iperdensa nel **parenchima cerebrale**. La sede parieto-occipitale sinistra indica il coinvolgimento dell'emisfero posteriore. Il quadro clinico con stato confusionale e Glasgow Coma Scale a 11 conferma la diagnosi di **emorragia intracerebrale** acuta.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) emorragia parenchimale parieto-occipitale destra**: Inverte erroneamente la collocazione anatomica mentre la stadiazione radiologica impone il corretto riconoscimento della **lateralità** sinistra.
- **B) nessun rilievo patologico, è necessario eseguire RM**: La tomografia computerizzata resta l'esame di scelta nei traumi cranici acuti poiché visualizza immediatamente il sangue fresco senza necessità di completamento con risonanza magnetica.
- **C) emorragia epidurale parieto-occipitale sinistra**: L'ematoma epidurale si interpone tra calvario e dura madre presentandosi con morfologia biconvessa e occupando uno spazio extraparenchimale.
- **D) emorragia subdurale parieto-occipitale sinistra**: La lesione sotturale decorre tra dura madre e aracnoide matera mostrando una **semiluna** convessa sulla superficie corticale anziché infiltrare il tessuto nervoso.

**117** **In un uomo di 74 anni, cardiopatico e con ridotta funzionalità respiratoria viene riscontrato un nodulo polmonare periferico di 2 cm di diametro. Sulla biopsia è posta diagnosi di adenocarcinoma TTF-1 positivo. Lo stadio clinico è T1 N0 M0. Quale tra le seguenti opzioni terapeutiche è la più appropriata?**

A Immunoterapia
B Controllo attivo a cadenza annuale
C Chemioterapia
D Chemio-immunoterapia
E **Radioterapia stereotassica con dose ablativa-radicale**

**Risposta giusta: E**

Il paziente anziano presenta un **carcinoma polmonare** precoce ma ha un **alto rischio chirurgico** per cardiopatia e ridotta funzionalità respiratoria. In questa condizione la **radioterapia stereotassica** ablativa rappresenta l'alternativa standard per garantire un **controllo locale** definitivo evitando gli effetti collaterali dell'intervento.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Immunoterapia**: L'immunoterapia sistemica non trova indicazione come monoterapia iniziale in uno stadio I. È riservata alla malattia avanzata, metastatica o a schemi perioperatori selezionati, non al trattamento di una lesione localizzata.
- **B) Controllo attivo a cadenza annuale**: L'osservazione passiva annuale è inappropriata per un adenocarcinoma già diagnosticato e potenzialmente risolvibile. Un semplice monitoraggio richiederebbe controlli molto più ravvicinati e non può sostituire il trattamento definitivo in fase iniziale.
- **C) Chemioterapia**: La chemioterapia citotossica non possiede scopo curativo isolato nelle forme iniziali. Viene impiegata come adiuvante postoperatorio in casi specifici o come componente di regimi combinati negli stadi più evoluti.
- **D) Chemio-immunoterapia**: La combinazione di chemioterapici e immunomodulatori è indicata per patologie più estese o quadri oncologici specifici. È sconsigliata in favore di una terapia focalizzata e ben tollerata in presenza di un tumore piccolo e di una rilevante fragilità clinica.

**118** **Una donna di 45 anni con storia di abuso di stupefacenti giunge al Pronto Soccorso in coma e depressione respiratoria; viene somministrato naloxone cloridrato 0,4 mg per via endovenosa in quanto:**

- **A** **Antagonista degli oppiacei**
- **B** Agonista degli oppiacei
- **C** Somministrato per via endovenosa per la prevenzione della sindrome astinenziale
- **D** Ha gli stessi effetti del fentanile
- **E** Efficace anche nella depressione respiratoria da benzodiazepine

**Risposta giusta: A**

Il naloxone è un **antagonista** degli oppiacei che compete per i **recettori** centrali responsabili della depressione respiratoria. Blocca rapidamente questi siti impedendo l'azione degli stupefacenti. Inverte il coma e il rallentamento del respiro nell'urgenza tossicologica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Agonista degli oppiacei**: Attivando i recettori oppioidi si peggiorerebbe ulteriormente la depressione respiratoria. Il meccanismo necessario deve contrastare l'azione degli agonisti presenti.
- **C) Somministrato per via endovenosa per la prevenzione della sindrome astinenziale**: Il naloxone non previene la sindrome di astinenza ma può precipitarla se somministrato rapidamente al paziente già dipendente. La somministrazione endovenosa mira alla stabilizzazione vitale immediata.
- **D) Ha gli stessi effetti del fentanile**: Il fentanile è un potente agonista oppioide che induce depressione del respiro. Il naloxone produce l'esatto effetto inverso occupando i recettori senza attivarli.
- **E) Efficace anche nella depressione respiratoria da benzodiazepine**: Le benzodiazepine agiscono su recettori completamente diversi. Per invertire la loro depressione respiratoria serve il flumazenil come antidoto specifico.

**119** **Un giovane di 23 anni viene condotto in Pronto Soccorso in stato di coma e insufficienza respiratoria acuta grave; il quadro evolve in arresto respiratorio. Vengono effettuati alcuni tentativi infruttuosi di intubazione tracheale per cui si rende necessario procedere a cricotiroidotomia di emergenza. La cricotiroidotomia è indicata quando:**

A Il giovane è ipercapnico

B Si devono garantire alti volumi di ventilazione

C **E' impossibile intubare ed ossigenare ("Can't intubate, can't oxygenate")**

D Il giovane è ipossiemico

E E' presente un rischio emorragico

**Risposta giusta: C**

La cricotiroidotomia è una **manovra di emergenza** delle vie aeree riservata allo scenario definito **can't intubate can't oxygenate**. Si interviene quando falliscono tutti i tentativi di intubazione e ossigenazione convenzionali, prima che evolva l'arresto respiratorio. Non corregge genericamente ipercapnia o ipossiemia ma garantisce un **accesso immediato** come ultima via di salvataggio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Il giovane è ipercapnico**: L'ipercapnia isolata non indica l'intervento; si provano inizialmente strategie ventilatorie e dispositivi di tenuta delle vie aeree meno invasivi.
- **B) Si devono garantire alti volumi di ventilazione**: Non è concepita per gestire volumi ventilatori elevati, ma fornisce un percorso alternativo rapido verso le vie respiratorie basse durante le crisi critiche.
- **D) Il giovane è ipossiemico**: L'ipossiemia richiede supporto respiratorio ma non basta per decidere l'operazione; la cricotiroidotomia si esegue solo al fallimento di tutte le altre metodiche di ossigenazione.
- **E) E' presente un rischio emorragico**: Il rischio emorragico è una possibile complicanza o una controindicazione relativa da soppesare, mai un motivo terapeutico per attivare la procedura.

**120** **Una donna di 67 anni viene ricoverata per embolia polmonare acuta e viene avviata la terapia anticoagulante con eparina sodica endovena. Durante la terza giornata di ricovero perde coscienza e presenta ipertonia diffusa ai quattro arti ed instabilità emodinamica. La causa più probabile e verosimile dell'attuale condizione clinica della donna è:**

A Disturbo psicotico acuto
B Iperglicemia
C Iperammoniemia
D **Emorragia cerebrale**
E Shock settico

**Risposta giusta: D**

La terapia con eparina endovena espone a un alto rischio di **complicanze emorragiche**. Il deterioramento brusco con perdita di coscienza e rigidità degli arti segnala un **evento cerebrale acuto**. L'uso di anticoagulanti orienta diagnosticamente verso un **sanguinamento intracranico**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Disturbo psicotico acuto**: La patologia psicotica non provoca mai perdita di coscienza reale né instabilità circolatoria e resta estranea alla farmacologia anticoagulante.
- **B) Iperglicemia**: L'iperglicemia severa può alterare la coscienza ma non spiega l'esordio fulminante con ipertonia diffusa e non è una complicanza attesa in una paziente anticoagulata.
- **C) Iperammoniemia**: L'elevazione dell'ammoniemia genera encefalopatia metabolica ma non è la causa più probabile in questo scenario, poiché il legame temporale con l'eparina e la velocità di insorgenza confermano l'origine emorragica.
- **E) Shock settico**: Lo shock settico determina instabilità emodinamica e confusione mentale, ma la rapidità del decorso e i segni neurologici focalizzati rendono improbabile una sepsi come causa primaria.

**121** **Una donna è allettata per una frattura di femore destro. Durante il ricovero, in attesa di intervento, lamenta improvvisamente sensazione di mancanza d'aria e dolore toracico. Viene contattato l'ortopedico di guardia, che chiama il rianimatore, il quale la trova agitata, dispnoica e ipotesa. Il medico rianimatore prescrive immediatamente:**

A Una dose carico di 250 mL di cristalloidi nel sospetto di shock settico

B Una valutazione infettivologica nel sospetto di shock settico

C Farmaci sedativi perché ritiene che la donna abbia un attacco di panico

D Una dose carico di 500 mL di cristalloidi per contrastare la reazione vaso-vagale

**E** **Angio-TC nel sospetto di embolia polmonare acuta**

**Risposta giusta: E**

Il quadro clinico di una paziente allettata post-frattura di femore con comparsa improvvisa di dispnea, dolore toracico, agitazione e ipotensione è altamente suggestivo per un'**embolia polmonare acuta**. La immobilizzazione prolungata e la frattura ossea determinano un rischio tromboembolico elevato, che può peggiorare rapidamente. L'intervento immediato più appropriato è quindi il ricorso all'angio-TC toracica per confermare o escludere la diagnosi in tempi brevi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Una dose carico di 250 mL di cristalloidi nel sospetto di shock settico**: Non esistono parametri clinici iniziali che orientino verso una sepsi in fase acuta. Inoltre, una modesta **espansione volemica** non affronta l'urgenza diagnostica primaria rappresentata dal sospetto di eventi tromboembolici.
- **B) Una valutazione infettivologica nel sospetto di shock settico**: Lo shock settico non si manifesta tipicamente con dispnea e dolore toracico improvvisi in una paziente immobilizzata. Manca il contesto infettivo iniziale che orienterebbe verso questa patologia.
- **C) Farmaci sedativi perché ritiene che la donna abbia un attacco di panico**: Definire il disturbo come attacco di panico rappresenta una **diagnosi di esclusione** pericolosa in questo contesto. I segni vitali alterati e la storia clinica impongono di escludere prima le cause organiche gravi.
- **D) Una dose carico di 500 mL di cristalloidi per contrastare la reazione vaso-vagale**: Una reazione vaso-vagale causa ipotensione e malessere generale, ma non spiega la presenza combinata di dolore toracico e segni di ipossia in un soggetto ad alto rischio trombotico. Non è coerente con la gravità del quadro.

**122** **Un uomo di 56 anni viene accompagnato in Pronto Soccorso dopo essere stato trovato incosciente a terra. Alla prima valutazione in sala emergenza egli apre gli occhi alla chiamata, localizza con gli arti lo stimolo doloroso ed emette dei lamenti. Qual è il suo punteggio di Glasgow Coma Scale (GCS)?**

A 6
B 0
C **10**
D 15
E 3

**Risposta giusta: C**

Per calcolare il Glasgow Coma Scale si sommano i punteggi di tre parametri clinici distinti. Il paziente mostra **apertura oculare alla voce**, **vocalizzazione incomprensibile** e **localizzazione del dolore** agli stimoli dolorosi. La $3 + 2 + 5 = 10$.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) 6**: Questa opzione sottostima le condizioni del paziente, tralasciando in particolare la componente motoria che risulta conservata grazie alla capacità di localizzare il dolore.
- **B) 0**: Il punteggio zero è clinicamente inesistente poiché la scala fissa un minimo assoluto di 3 punti anche per la compromissione neurologica massima.
- **D) 15**: Il quindici indica un soggetto pienamente vigile e orientato, mentre qui è presente un chiaro deficit della coscienza con solo vocalizzazione residua e apertura oculare alla sollecitazione verbale.
- **E) 3**: Un valore così basso richiederebbe l'assenza quasi completa di qualsiasi risposta oculare, verbale e motoria, condizione molto più grave del quadro attuale.

**123** **Un uomo di 47 anni, anamnesi muta, riferisce di avvertire "sapore metallico" in bocca qualche minuto dopo l'esecuzione di blocco interscalenico in vista di un intervento di artroscopia di spalla. Quale potrebbe essere la causa di questa condizione?**

A Fibrillazione ventricolare
B Mancato digiuno preoperatorio
C Ipotensione arteriosa
D **Tossicità sistemica da anestetici locali**
E Attacco psicotico

**Risposta giusta: D**

Il sapore metallico emerso pochi minuti dopo un blocco interscalenico indica chiaramente **tossicità sistemica**. Il fenomeno scaturisce da un'iniezione intravascolare accidentale o da un rapido assorbimento circolatorio del farmaco. Questi segni precoci fungono da campanello d'allarme prima di evoluzioni cliniche più severe.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Fibrillazione ventricolare**: La fibrillazione ventricolare costituisce un'emergenza aritmica di gravità elevata. Non viene mai riportata come sintomo inaugurale ma funge piuttosto da **conseguenza tardiva** di un'intossicazione severa non gestita tempestivamente.
- **B) Mancato digiuno preoperatorio**: Il rispetto del digiuno mira esclusivamente a diminuire il rischio di aspirazione gastrica durante l'anestesia. Non esiste alcun nesso causale con la comparsa di alterazioni gustative immediate successive alla procedura.
- **C) Ipotensione arteriosa**: L'ipotensione arteriosa può manifestarsi come effetto collaterale del blocco ma non spiega il sapore metallico. Tale segno clinico è invece peculiare dell'intossicazione da farmaci e si presenta in modo più anticipato.
- **E) Attacco psicotico**: Un episodio psicotico non trova collocazione tra le complicanze di un intervento di blocco nervoso. La stretta correlazione temporale con la puntura e la specificità del disturbo orientano nettamente verso un quadro di tossicità farmacologica diretta.

**124** **Si viene chiamati a valutare un uomo di 77 anni (in anamnesi cardiopatia ischemica, stabile dopo rivascolarizzazione 3 anni prima) che dovrà sottoporsi ad artroscopia di ginocchio in anestesia locoregionale. La valutazione dell'anestesista deve necessariamente prevedere, tra le altre cose:**

A verifica validità assicurazione sanitaria privata e consenso informato

B spirometria e consenso informato

C curva glicemica e consenso informato

D indicazione all'intervento da parte del MMG e consenso informato

**E elettrocardiogramma e consenso informato**

**Risposta giusta: E**

Nella valutazione anestesiologica preoperatoria è fondamentale adattare gli esami al profilo del paziente e alla natura dell'intervento. Un soggetto anziano con precedente cardiopatia ischemica necessita di un **elettrocardiogramma** per documentare lo stato cardiaco basale e stimare il rischio perioperatorio. Il **consenso informato** rimane comunque un atto obbligatorio in ogni procedura medica o chirurgica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) verifica validità assicurazione sanitaria privata e consenso informato**: Il controllo della copertura assicurativa privata appartiene alla sfera gestionale e burocratica. Rientra negli adempimenti amministrativi ospedalieri e non influisce sulla valutazione clinica del rischio anestesiologico.
- **B) spirometria e consenso informato**: La spirometria si prescrive soltanto quando risultano malattie respiratorie croniche, sintomi funzionali o interventi toracici. La sede ginocchiale e la tecnica locoregionale escludono genericamente la necessità di test spirometrici preventivi.
- **C) curva glicemica e consenso informato**: La curva glicemica è riservata a pazienti con diagnosi nota di diabete o alterazioni del metabolismo glucidico. Manca in questo caso la documentazione clinica che giustifichi un monitoraggio metabolico intensivo come indagine routinaria.
- **D) indicazione all'intervento da parte del MMG e consenso informato**: L'indicazione formale all'intervento non ricade sul medico di medicina generale nel quadro della visita anestesiologica. Il MMG fornisce la cartella clinica e coordina le cure, ma non emette richieste diagnostiche specifiche per l'anestesista.

**125** **In un paziente di 77 anni (in anamnesi cardiopatia ischemica rivascolarizzata tramite PTCA + stent qualche anno prima), ricoverato in rianimazione e sottoposto a ventilazione meccanica per shock settico ed insufficienza respiratoria, viene posizionato un catetere di Swan-Ganz come monitoraggio emodinamico invasivo. Pressione venosa centrale e Pressione di incuneamento risultano rispettivamente pari a 5 mmHg e 8 mmHg. Quale stato emodinamico si sospetta?**

A Shock cardiogeno

**B Ipovolemia (relativa o assoluta)**

C Disfunzione diastolica ventricolare sinistra

D Grave disfunzione ventricolare destra

E Tamponamento cardiaco

**Risposta giusta: B**

Pressioni venosa centrale e di incuneamento entrambe basse indicano un ridotto riempimento delle camere cardiache. Il quadro orienta verso una condizione di **ipovolemia**, che può essere assoluta o relativa. Nello shock settico la vasodilatazione e la fuga capillare riducono il volume efficace circolante. Il cuore opera con un precarico insufficiente invece che contro un'elevata pressione di riempimento.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Shock cardiogeno**: nello shock cardiogeno le pressioni di riempimento risultano aumentate. La pressione di incuneamento sale perché il ventricolo sinistro fatica a svuotarsi.
- **C) Disfunzione diastolica ventricolare sinistra**: nella disfunzione diastolica il ventricolo è rigido e si riempie con difficoltà. La pressione di incuneamento tende a salire anziché restare bassa.
- **D) Grave disfunzione ventricolare destra**: la grave disfunzione ventricolare destra causa un accumulo di sangue a monte della cavità. Si attenderà un aumento della pressione venosa centrale, valore che qui è ridotto.
- **E) Tamponamento cardiaco**: il tamponamento cardiaco mostra classicamente pressioni di riempimento elevate e spesso simmetriche. Valori bassi sia della pressione venosa centrale che di quella di incuneamento escludono tale ipotesi.

**126** **Un uomo di 66 anni viene sottoposto a un intervento di bypass aortocoronarico. Quando sarebbe consigliabile l'inizio della riabilitazione cardiovascolare?**

A Immediatamente se il quadro clinico è ancora sintomatico per angina

B La riabilitazione cardiovascolare non è indicata in caso di bypass aortocoronarico

C Tra 10 e 12 mesi

D Tra 6 ed 8 mesi

E **Entro 30 giorni**

**Risposta giusta: E**

La riabilitazione cardiovascolare dopo bypass aortocoronarico va avviata precocemente nel rispetto della **stabilità clinica** postoperatoria. L'inizio entro 30 giorni ottimizza il **recupero funzionale**, previene complicanze e aumenta la tolleranza allo sforzo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Immediatamente se il quadro clinico è ancora sintomatico per angina**: Non è praticabile avviare un percorso attivo con sintomi anginosi persistiti, poiché serve una preventiva **stabilizzazione** medica per garantire la sicurezza del paziente.
- **B) La riabilitazione cardiovascolare non è indicata in caso di bypass aortocoronarico**: È infondato; il bypass aortocoronarico costituisce anzi una delle indicazioni cliniche più solide e raccomandate per i programmi riabilitativi cardiaci.
- **C) Tra 10 e 12 mesi**: Ritardare fino a 10-12 mesi comporta il mancato sfruttamento della **finestra terapeutica** postchirurgica, fondamentale per consolidare i guadagni funzionali e modificare precocemente i fattori di rischio cardiovascolari.
- **D) Tra 6 ed 8 mesi**: Un intervallo di 6-8 mesi è troppo tardivo per sfruttare la fase di **mobilizzazione** iniziale, necessaria per educare il paziente e attuare la **prevenzione secondaria** tempestiva.

**127** **Si valuta un uomo di 51 anni affetto da sindrome da conflitto della cuffia dei rotatori. Quale dovrebbe essere il primo obiettivo della terapia riabilitativa tra i seguenti?**

A Ripristinare le scorte di vitamina D, classicamente ridotte in questi casi

B Migliorare l'elasticità del legamento collaterale mediale

C **Migliorare la stabilità della scapola**

D Ripristinare la sensibilità delle ultime 3 dita del piede

E Non è prevista terapia riabilitativa per i pazienti affetti da sindrome da conflitto della cuffia dei rotatori

**Risposta giusta: C**

Il primo obiettivo è correggere il controllo motorio e la meccanica del cingolo scapolare, senza forzare subito la spalla. Una scapola instabile o non armonica può compromettere il funzionamento della spalla e mantenere o peggiorare il conflitto sottoacromiale. Per questo si lavora sulla **stabilità scapolare** prima del rinforzo più specifico della cuffia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A)** Ripristinare le scorte di vitamina D non è un obiettivo riabilitativo specifico della sindrome da conflitto. La vitamina D può contribuire alla salute muscolo-scheletrica generale, ma non è il primo obiettivo terapeutico in questo quadro.
- **B) Migliorare l'elasticità del legamento collaterale mediale**: Il legamento collaterale mediale si trova nel ginocchio, non nella spalla. Nella sindrome da conflitto il problema centrale riguarda la biomeccanica **scapolo-omerale**, non un legamento del compartimento mediale del ginocchio.
- **D) Ripristinare la sensibilità delle ultime 3 dita del piede**: La sensibilità delle ultime tre dita del piede non è collegata al problema descritto, che riguarda la spalla.
- **E) Non è prevista terapia riabilitativa per i pazienti affetti da sindrome da conflitto della cuffia dei rotatori**: La riabilitazione è importante in molti casi non complicati e spesso è il trattamento di prima scelta, insieme alla correzione dei gesti e al controllo del dolore.

**128** **Un ragazzo di 27 anni è inviato a consulenza genetica dal centro di procreazione medicalmente assistita. Egli ha effettuato uno spermiogramma, che ha evidenziato azoospermia, e un'ecografia testicolare che ha individuato un'agenesia bilaterale dei dotti deferenti. Tale riscontro è fortemente indicativo per:**

A Sindrome di Klinefelter

B **Fibrosi cistica**

C Malattia di Von Hippel-Lindau

D Sclerosi Tuberosa

E Sindrome 47,XYY

**Risposta giusta: B**

L'agenesia bilaterale dei dotti deferenti è un reperto patognomonico legato a mutazioni del **gene CFTR**, tipico della **fibrosi cistica** o delle sue forme atipiche. Nell'adulto maschile la patologia può manifestarsi esclusivamente con questa malformazione congenita, provocando un'**azoospermia ostruttiva**. I testicoli risultano normali ecograficamente poiché la produzione spermatica è preservata nonostante l'ostruzione meccanica del trasporto.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome di Klinefelter**: La sindrome di Klinefelter determina infertilità attraverso ipogonadismo primario e ridotta dimensionalità testicolare, con azoospermia conseguente a difetto della spermatogenesi. Non altera mai la morfologia congenita dei dotti escretori.
- **C) Malattia di Von Hippel-Lindau**: La malattia di Von Hippel-Lindau predispone a neoplasie multiple ed emangioblastomi in sedi specifiche come retina, midollo spinale e surreni. Il quadro clinico descritto non presenta correlazione alcuna con i difetti della fertilità maschile.
- **D) Sclerosi Tuberosa**: La sclerosi tuberosa si manifesta con hamartomi multipli a carico di cervello, cute e reni. È causata da mutazioni in geni soppressori della crescita cellulare e non interferisce con la maturazione del sistema riproduttivo maschile.
- **E) Sindrome 47,XYY**: La trisomia XYY è associata a un fenotipo sovradimensionato e talvolta a lievi alterazioni cromosomiche nelle cellule germinali, ma non include anomalie dello sviluppo dei tratti genitali interni. Non spiega la mancata formazione dei deferenti.

**129** **Quale delle seguenti benzodiazepine è ritenuta a brevissima emivita?**

A Delorazepam
B **Midazolam**
C Diazepam
D Clordiazepossido
E Clonazepam

**Risposta giusta: B**

Il **midazolam** presenta un'**emivita molto breve**, motivo per cui viene impiegato quando serve un **effetto rapido** e di durata limitata, come in ambito anestesiologico o per la sedazione procedurale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Delorazepam**: Il delorazepam ha un'emivita lunga, quindi non rientra tra le benzodiazepine a brevissima durata d'azione.
- **C) Diazepam**: Il diazepam appartiene alle benzodiazepine classiche a lunga emivita, proprio per la presenza di metaboliti attivi che ne estendono l'azione clinica.
- **D) Clordiazepossido**: Il clordiazepossido è una benzodiazepina a lunga durata d'azione; i suoi **metaboliti attivi** contribuiscono a prolungare ulteriormente l'effetto farmacologico.
- **E) Clonazepam**: Il clonazepam ha una durata d'azione prolungata ed è utilizzato principalmente per il controllo delle crisi epilettiche o dei disturbi d'ansia, non per effetti rapidissimi e brevi.

---

**130** **In caso di leucemie e linfomi, vengono utilizzati gli inibitori della diidrofolico reduttasi come antimetaboliti. Quale farmaco tra questi utilizza tale meccanismo di azione?**

A 6-mercaptopurina
B **Metotrexate**
C Fludarabina
D Doxorubicina
E Citarabina

**Risposta giusta: B**

Il **metotrexate** è un antimetabolita che agisce inibendo la **diidrofolato reduttasi**. Questo enzima regola la rigenerazione del **tetraidrofolato**, fondamentale per la **sintesi dei nucleotidi**. L'inibizione blocca la **replicazione** cellulare e induce l'arresto della proliferazione tumorale. È lo standard terapeutico in molte leucemie e linfomi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) 6-mercaptopurina**: La 6-mercaptopurina è un analogo delle purine. Molestia la sintesi purinica impedendo la formazione corretta dei nucleotidi, senza legarsi o inibire l'enzima della diidrofolato reduttasi.
- **C) Fludarabina**: La fludarabina è un analogo purinico impiegato in specifiche neoplasie ematologiche. Pur danneggiando il DNA cellulare, il suo bersaglio molecolare non coincide con gli inibitori della diidrofolato reduttasi.
- **D) Doxorubicina**: La doxorubicina è un antibiotico antitumorale. Agisce intercalandosi nello DNA e inibendo la topoisomerasi II, seguendo un meccanismo d'azione totalmente estraneo agli antimetaboliti antifolato.
- **E) Citarabina**: La citarabina è un analogo della citidina. Contribuisce a interferire con la sintesi del DNA, ma non ha alcun effetto inibitorio sulla diidrofolato reduttasi.

**131** **Una donna di 57 anni assume abitualmente amiodarone per una fibrillazione atriale. Quale tra i seguenti NON è un effetto collaterale tipico dell'amiodarone?**

- **A** **Colelitiasi**
- **B** Ipotiroidismo
- **C** Dermatite
- **D** Disturbi visivi
- **E** Tossicità polmonare correlata alle dosi

**Risposta giusta: A**

L'amiodarone presenta un noto profilo di tossicità sistemiche, che coinvolgono principalmente apparato respiratorio, tiroide, occhi e pelle. La colelitiasi non appartiene al quadro degli effetti avversi caratteristici del farmaco, rappresentando l'unica opzione estranea alla letteratura medica consolidata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Ipotiroidismo**: L'alto **apporto iodico** altera il metabolismo glandolare, inducendo comunemente ipotiroidismo o ipertiroidismo. Le disfunzioni endocrine costituiscono una reazione avversa ben documentata.
- **C) Dermatite**: Il principio attivo scatena reazioni cutanee come dermatiti infiammatorie e marcata fotosensibilizzazione. Tali manifestazioni vengono regolarmente classificate tra gli effetti collaterali tipici.
- **D) Disturbi visivi**: La somministrazione continua favorisce la comparsa di depositi corneali e, in rari casi, neurite ottica o altre alterazioni visive. I disturbi oculofanatici appartengono agli eventi noti associati al trattamento.
- **E) Tossicità polmonare correlata alle dosi**: Il medicinale provoca **tossicità polmonare** frequentemente legata al dosaggio, manifestandosi con pneumonite interstiziale e possibili evoluzioni fibrotiche. Questa complicanza richiede sorveglianza clinica rigorosa.

**132** **Si presenta in un Pronto Soccorso in Italia un adolescente che presenta sintomi di paralisi flaccida acuta; in quali dei seguenti casi dobbiamo sospettare una poliomielite da virus Wild Type (WPV) tipo 1?**

A In nessun caso, poiché la poliomielite è stata dichiarata eradicata dall'OMS

B Nel caso sia di recente provenienza dalla Germania o dalla Francia, dove il WPV1 è stato reintrodotto attraverso movimenti migratori

C Nel caso sia di recente provenienza dalla Cina, dove il WPV1 è ancora presente

D Nel caso sia di recente provenienza dal Corno d'Africa, dove il WPV1 è ancora presente

**E** **Nel caso sia di recente provenienza dal Pakistan o dall'Afghanistan, dove il WPV1 è ancora presente**

**Risposta giusta: E**

In caso di **paralisi flaccida acuta**, il sospetto dipende anche dalla provenienza del paziente. Il WPV1 continua a circolare in **Pakistan e Afghanistan**, che restano i principali serbatoi del virus selvaggio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) In nessun caso, poiché la poliomielite è stata dichiarata eradicata dall'OMS**: L'OMS ha dichiarato eradicati il WPV2 e il WPV3, ma il WPV1 non è ancora stato eliminato del tutto. La poliomielite da virus selvaggio, quindi, non è completamente eradicata.
- **B) Nel caso sia di recente provenienza dalla Germania o dalla Francia, dove il WPV1 è stato reintrodotto attraverso movimenti migratori**: In Germania e Francia non c'è circolazione endemica del WPV1 né una sua reintroduzione stabile tramite movimenti migratori. Possono verificarsi casi di poliovirus derivati da vaccino o segnalazioni di sorveglianza, ma non una presenza stabile del virus selvaggio di tipo 1.
- **C) Nel caso sia di recente provenienza dalla Cina, dove il WPV1 è ancora presente**: La Cina non è attualmente un paese in cui il WPV1 sia presente in modo endemico, quindi non è il riferimento epidemiologico corretto.
- **D) Nel caso sia di recente provenienza dal Corno d'Africa, dove il WPV1 è ancora presente**: Nel Corno d'Africa possono verificarsi problemi di sorveglianza e circolazione di poliovirus, ma il WPV1 non è considerato attualmente endemico nell'area come in Pakistan e Afghanistan.

**133** **Quale delle seguenti affermazioni è corretta:**

A La prevenzione primaria comprende interventi di promozione ma non di protezione della salute

B La prevenzione secondaria interviene su soggetti già sintomatici

C **La prevenzione primaria consente di ridurre l'incidenza in funzione della quota di casi attribuibile al fattore di rischio bersaglio dell'intervento preventivo**

D La prevenzione primaria consente di ridurre la prevalenza ma non l'incidenza della malattia

E La prevenzione secondaria mira a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio

**Risposta giusta: C**

La prevenzione primaria agisce prima dell'insorgenza della malattia, intervenendo sui determinanti di salute per ridurre l'**incidenza**. L'efficacia dell'intervento dipende dalla **quota attribuibile** del fattore di rischio target: maggiore è il peso eziologico di quel fattore, maggiore sarà la riduzione dei nuovi casi prevenuti.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) La prevenzione primaria comprende interventi di promozione ma non di protezione della salute**: Questo livello preventivo integra sia azioni di promozione sanitaria sia misure di protezione attiva. Campagne educative, vaccinazioni, controlli sanitari ambientali e uso di dispositivi protettivi ne sono esempi concreti.
- **B)** La prevenzione secondaria è indirizzata a individui apparentemente sani ma potenzialmente affetti, identificati tramite programmi di screening. Quando compaiono i sintomi, l'individuo viene inserito nei circuiti di accertamento diagnostico e cura.
- **D)** La prevenzione primaria mira specificamente a diminuire l'incidenza della popolazione. La prevalenza può eventualmente ridursi solo in seguito alla minore entrata di nuovi casi, ma non costituisce l'obiettivo diretto di questo intervento.
- **E) La prevenzione secondaria mira a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio**: Diminuire l'esposizione ai fattori di rischio è il pilastro della prevenzione primaria. La prevenzione secondaria si orienta invece verso la **diagnosi precoce** e la terapia immediata, cercando di bloccare la progressione della patologia già iniziata.

**134** **In relazione alla legge 833/78 istitutiva del SSN indicare quale delle seguenti affermazioni è FALSA:**

A Ha previsto la costituzione delle Unità Sanitarie Locali

B Non ha previsto un rapporto di lavoro dipendente dal SSN per i medici di medicina generale

C Ha previsto l'integrazione dell'assistenza ospedaliera nelle Unità Sanitarie Locali

D E' stata preceduta dallo scioglimento degli enti mutualistici

**E Ha previsto la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali**

**Risposta giusta: E**

La **Legge 833/1978** istituì il Servizio Sanitario Nazionale e le **Unità Sanitarie Locali**. Le **Aziende Sanitarie Locali** entrarono in funzione solo negli **anni Novanta** tramite successive riorganizzazioni legislative. Il riferimento temporale nell'opzione risulta quindi storicamente inesatto.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ha previsto la costituzione delle Unità Sanitarie Locali**: La ripartizione territoriale assegnò alle USL la gestione diretta e l'erogazione dei servizi, strutturando il livello locale fondamentale del nuovo assetto.
- **B) Non ha previsto un rapporto di lavoro dipendente dal SSN per i medici di medicina generale**: I medici di medicina generale non furono inseriti come dipendenti pubblici diretti ma mantennero un rapporto di lavoro basato su convenzioni stipulate con l'ente sanitario.
- **C) Ha previsto l'integrazione dell'assistenza ospedaliera nelle Unità Sanitarie Locali**: Il disegno di legge previde la fusione strutturale tra ospedali e servizi sul territorio, superando la frammentazione gestionale preesistente in un'unica rete unitaria.
- **D) E' stata preceduta dallo scioglimento degli enti mutualistici**: La normativa segnò la fine del vecchio sistema mutualistico, abolendo le casse e gli enti che limitavano la copertura sanitaria a specifiche categorie di lavoratori.

**135** **Indicare quale delle seguenti affermazioni sulla composizione dei vaccini è vera:**

A Anti-poliomielite IPV è costituito da virus vivi attenuati

B Anti-pertosse è costituito da antigeni capsulari coniugati

C **Anti-morbillo-rosolia-parotite-varicella è costituito da virus vivi attenuati**

D Anti-meningococco B è costituito da antigeni capsulari coniugati

E Anti-epatite A è costituito da antigeni di superficie del virus

**Risposta giusta: C**

Il vaccino combinato contro morbillo, rosolia, parotite e varicella contiene **virus vivi attenuati**. Questi patogeni vengono indeboliti per evitare la patologia ma mantengono una limitata capacità replicativa. Questa caratteristica permette una forte stimolazione del sistema immunitario che imita l'infezione naturale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Anti-poliomielite IPV è costituito da virus vivi attenuati**: L'IPV è il vaccino antipoliomielite inattivato. Contiene virus completamente uccisi dall'inattivazione fisica o chimica. I virus vivi attenuati appartengono invece al vecchio vaccino orale(OPV).
- **B) Anti-pertosse è costituito da antigeni capsulari coniugati**: Il vaccino antipertosso moderno ha una **forma acellulare**. Si basa su tossine batteriche inattivate e su proteine purificate della parete cellulare. Non utilizza antigeni capsulari coniugati, tecnica riservata ad altri patogeni batterici.
- **D) Anti-meningococco B è costituito da antigeni capsulari coniugati**: La capsula polisaccaridica del meningococco B assomiglia a strutture del tessuto umano e risulta scarsamente immunogena. Il relativo vaccino viene sviluppato tramite **reverse vaccinology** e contiene antigeni proteici di membrana. Non si avvale mai di polisaccaridi capsulari coniugati.
- **E) Anti-epatite A è costituito da antigeni di superficie del virus**: Gli antigeni di superficie ricombinanti caratterizzano il vaccino anti-**epatite B**. Il vaccino contro l'epatite A è preparato con il **virus intero inattivato** dal formaldeide. Non contiene mai antigeni di superficie virali separati.

**136** **Quale di queste affermazioni è corretta riguardo al benzene:**

A Non è un cancerogeno certo, può provocare encefalomielite mialgica

B E' un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma peritoneale

C Non è un cancerogeno certo, può provocare astenia

D **E' un cancerogeno certo e può provocare leucemie**

E E' un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma pleurico

**Risposta giusta: D**

Il benzene è classificato come **cancerogeno certo** per l'uomo con bersaglio primario il sistema emopoietico. La sua tossicità colpisce il **midollo osseo** e determina un aumento del rischio di **leucemie**, in particolare quelle mieloidi. Non ha alcuna relazione con le patologie delle sierose.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Non è un cancerogeno certo, può provocare encefalomielite mialgica**: Errori duplici; il benzene è un cancerogeno certo e la sua tossicità non include mai l'encefalomielite mialgica, ma solo effetti ematologici.
- **B) E' un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma peritoneale**: Condivide lo stesso errore eziologico; il mesotelioma peritoneale colpisce la sierosa addominale ed è sempre associato all'esposizione ad amianto.
- **C) Non è un cancerogeno certo, può provocare astenia**: Falsa sulla classificazione tossicologica (il composto è certo) e sugli effetti clinici; l'astenia non è l'impatto principale del solvente aromatico.
- **E) E' un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma pleurico**: Mescola due eziologie diverse; il mesotelioma pleurico è una patologia delle sierose polmonari tipicamente causata dall'amianto e non dal benzene.

**137** **Un uomo di 70 anni, in gioventù, ha lavorato come coibentatore nella cantieristica navale e dieci anni or sono ha subito trattamento radioterapico per un linfoma a localizzazione mediastinica. Da alcuni mesi lamenta dispnea, astenia, febbricola e calo ponderale. L'RX del torace rivela un versamento pleurico sinistro. Sottoposto a toracoscopia, viene effettuato prelievo bioptico sulla pleura parietale. L'indagine istologica depone per un mesotelioma pleurico maligno. Quale tra questi fattori di rischio NON è correlato alla neoplasia?**

- **A** **Fumo di sigaretta**
- **B** Inalazione di fibre minerali (erionite) in particolari contesti geografici
- **C** Inalazione di fibre di amianto
- **D** Esposizioni a radiazioni ionizzanti a seguito di applicazioni terapeutiche
- **E** Infezione da virus SV40

**Risposta giusta: A**

Il fumo di sigaretta non è un fattore di rischio per il mesotelioma pleurico maligno. La sua associazione clinica ed epidemiologica principale riguarda il carcinoma polmonare. L'eziologia di questa neoplasia deriva da esposizioni specifiche a fibre o radiazioni, escludendo il tabacco.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Inalazione di fibre minerali (erionite) in particolari contesti geografici**: L'inalazione di erionite costituisce un noto fattore di rischio in aree geografiche endemiche. Si tratta di una fibra minerale con proprietà biologiche analoghe all'amianto, responsabile di cluster epidemici di malattia.
- **C) Inalazione di fibre di amianto**: L'inalazione di fibre di amianto rappresenta il fattore di rischio principale e più comune. L'esposizione professionale nella cantieristica navale costituisce la causa classica di questa patologia, con un tipico periodo di latenza elevato.
- **D) Esposizioni a radiazioni ionizzanti a seguito di applicazioni terapeutiche**: Le esposizioni a radiazioni ionizzanti terapeutiche possono aumentare il rischio. È stata documentata un'associazione significativa tra radioterapia mediastinica e successiva comparsa di lesioni pleuriche maligne.
- **E) Infezione da virus SV40**: L'infezione da virus SV40 rimane un fattore discusso ma potenzialmente correlato. Studi recenti ne indicano il ruolo come cooncogene capace di alterare i pathways cellulari, giustificandone l'inclusione tra i fattori patogenetici ipotizzati.

**138** **Un dirigente medico in servizio da ormai 12 anni, quasi tutti i giorni, durante la pausa pranzo si reca presso la mensa della struttura ospedaliera di appartenenza. Stanco del solito menù, un giorno decide di pranzare presso un noto ristorante in centro città. Durante il tragitto in moto, egli viene però investito da un'automobile, riportando una frattura bi-ossea di gamba e alcune escoriazioni. A quale tipologia di indennizzo può accedere il medico, per l'evento occorsogli?**

A Equo indennizzo
B Infortunio sul lavoro
C Infortunio in itinere
D **Nessun diritto ad indennizzo**
E Malattia professionale

**Risposta giusta: D**

Il medico ha interrotto il normale tragitto verso il lavoro durante una pausa pranzo decidendo autonomamente di pranzare altrove. Tale deviazione per motivi personali **interrompe il nesso funzionale** richiesto dalla tutela assicurativa. Di conseguenza non si configura alcuna copertura risarcitoria.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Equo indennizzo**: L'equo indennizzo disciplina specifici ristori per danni derivanti da cause di servizio nel settore pubblico, ma risulta inapplicabile quando il sinistro avviene durante un'attività estranea ai compiti istituzionali.
- **B) Infortunio sul lavoro**: L'infortunio sul lavoro presuppone un evento verificatosi nell'espletamento delle mansioni; l'allontanamento volontario durante la sospensione del servizio esclude tale qualificazione.
- **C) Infortunio in itinere**: L'infortunio in itinere protegge esclusivamente gli spostamenti abituali e necessari tra domicilio e luogo di lavoro; la scelta libera di consumare il pasto fuori sede sospende questa tutela.
- **E) Malattia professionale**: La malattia professionale indica patologie insorte per esposizione protratta a rischi lavorativi, non traumi improvvisi come quello descritto.

**139** **Si presenta in consultorio una ragazza di 16 anni alla decima settimana di gravidanza, che esprime volontà di interromperla. Per procedere ad interruzione cosa prevede in questo caso la normativa vigente?**

A E' sufficiente il parere di chi esercita la responsabilità genitoriale seppur difforme dal parere della ragazza minore

B **La ragazza può essere sottoposta ad interruzione volontaria della gravidanza se esprime l'assenso chi esercita sulla stessa la tutela o la responsabilità genitoriale. In caso di pareri contrari o difformi è necessario che il medico interpelli formalmente il giudice tutelare**

C E' sempre necessario avere il parere del giudice tutelare per poter procedere

D E' sufficiente il parere sottoscritto dalla minore per poter procedere

E E' necessario sentire il parere anche del padre biologico se maggiorenne

**Risposta giusta: B**

La legge richiede l'**assenso** di chi esercita la **responsabilità genitoriale** o la tutela per un'adolescente minorenne che vuole interrompere la gravidanza. Se si registra un **dissenso** tra la paziente e i genitori, o tra i titolari del potere legale, il medico non può procedere autonomamente. Deve obbligatoriamente **interpellare** il **giudice tutelare**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) E' sufficiente il parere di chi esercita la responsabilità genitoriale seppur difforme dal parere della ragazza minore**: Il parere dei genitori non può sostituire unilateralmente la volontà della ragazza. Il dissenso attiva automaticamente il controllo del giudice tutelare per risolvere la contrapposizione.
- **C) E' sempre necessario avere il parere del giudice tutelare per poter procedere**: L'assistenza del giudice tutelare non è automatica né sistematica. L'ordine giudiziario subentra esclusivamente quando viene meno il consenso legale o quando il contrasto familiare rende impossibile la procedura ordinaria.
- **D) E' sufficiente il parere sottoscritto dalla minore per poter procedere**: La paziente minorenne non possiede piena autonomia decisionale in ambito riproduttivo. È indispensabile il coinvolgimento del genitore tutore o l'intervento dell'autorità giudiziaria qualora emergano conflitti.
- **E) E' necessario sentire il parere anche del padre biologico se maggiorenne**: La qualifica di padre biologico maggiorenne non determina automaticamente il potere decisionale. Rileva esclusivamente chi detiene la legittimazione alla responsabilità genitoriale o alla tutela. Lo status paterno risulta irrilevante se non coincide con tali titoli giuridici.

**140** **Quale è la misura di associazione fornita da un modello di regressione di Cox?**

A Mean difference
B Odds ratio
C Risk ratio
D Risk difference
E **Hazard ratio**

**Risposta giusta: E**

Il modello di Cox fornisce l'**hazard ratio**, che confronta il **rischio istantaneo** dell'evento tra due gruppi. Se vale l'ipotesi di **rischi proporzionali**, questo rapporto rimane costante nel tempo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Mean difference**: Quantifica la differenza tra medie di una variabile continua, non l'associazione con il tempo all'evento.
- **B) Odds ratio**: Confronta le odds dell'evento ed è tipicamente associato alla regressione logistica, non al modello di Cox.
- **C) Risk ratio**: Confronta le probabilità cumulative dell'evento, non i rischi istantanei stimati dal modello di Cox.
- **D) Risk difference**: Misura la differenza assoluta tra probabilità di evento, non il rapporto tra rischi istantanei.

TEST SSM 2021

# RIFALLA NELL'APP

Inquadra il QR oppure apri

**app.testbuddy.it**

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT