PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2022

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 2022 come distribuita ai candidati; il Ministero non l'ha pubblicata. Impaginazione, soluzioni e commenti di TestBuddy. Non è un documento ufficiale del MUR.

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

Domande	139 quesiti
Totale	**139 quesiti**

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

COME USARLA

1 · A TEMPO

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

2 · CORREGGI

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

3 · RIPASSA

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

DOMANDE

1 **Quali dei seguenti Score è utilizzato per valutare la gravità di un paziente affetto da cirrosi epatica?**

- **A** **Child-Pugh**
- **B** GCS
- **C** ABCD
- **D** Curb-65
- **E** Chads-VASC

Risposta giusta: A

Lo score **Child-Pugh** valuta la gravità della cirrosi epatica stimando la funzionalità residua e la **prognosi**. Si basa sui valori di bilirubina, albumina, INR, stato dell'ascite e presenza di encefalopatia. Il calcolo consente una classificazione standard per il monitoraggio clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) GCS**: La Glasgow Coma Scale (GCS) misura il livello di coscienza ed è uno strumento fondamentale in neurologia e trauma cranico.
- **C) ABCD**: Lo schema ABCD valuta il rischio ricorsivo dopo un attacco ischemico transitorio e non possiede indicazione nella malattia epatica cronica.
- **D) Curb-65**: La scala CURB-65 determina la severità delle polmoniti acquisite in comunità ed è riservata al reparto di pneumologia.
- **E) Chads-VASC**: Il punteggio CHADS-VASCH stima il rischio tromboembolico nei pazienti con fibrillazione atriale e non riguarda l'epatologia.

2 **Quali delle seguenti terapie NON trova impiego in un'anemia emolitica autoimmune?**

A rituximab
B emotrasfusione in casi di estrema gravità
C **eritropoietina**
D immunoglobuline per via endovenosa
E glucocorticoidi

Risposta giusta: C

Nell'anemia emolitica autoimmune il problema primario è la **distruzione autoimmune** periferica dei globuli rossi, non un deficit di produzione. Le terapie disponibili agiscono sopprimendo la **risposta immunitaria** oppure sostenendo il paziente durante le fasi critiche. L'**eritropoietina** è esclusa perché stimolare il midollo osseo non arresta la progressiva eliminazione cellulare in circolo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) rituximab**: Il rituximab si lega ai **linfociti B** riducendo la sintesi di autoanticorpi ed è riservato ai casi refrattari o recidivanti.
- **B) emotrasfusione in casi di estrema gravità**: Le emotrasfusioni sono indispensabili nell'estrema gravità o nell'instabilità emodinamica, nonostante la necessità di monitorare attentamente le reazioni da autoanticorpi.
- **D) immunoglobuline per via endovenosa**: Le immunoglobuline endovenose rientrano tra le opzioni terapeutiche ammissibili e vengono utilizzate in contesti clinici selezionati.
- **E) glucocorticoidi**: I glucocorticoidi rappresentano la terapia di prima linea poiché modulano rapidamente l'infiammazione e bloccano l'emolisi.

3 **Quale dei seguenti farmaci NON è indicato per il trattamento del Lupus Eritematoso Sistemico?**

A **nivolumab**
B idrossiclorochina
C azatioprina
D belimumab
E prednisone

Risposta giusta: A

Il **lupus eritematoso sistemico** è una malattia autoimmune che richiede terapie **immunosoppressive** o **immunomodulanti**. Il **nivolumab** è un anticorpo monoclonale impiegato in **oncologia** per potenziare la risposta immunitaria contro i tumori. L'attivazione del sistema immunitario da parte di questo farmaco può favorire lo scatenamento o il peggioramento di condizioni autoimmuni.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) idrossiclorochina**: L'idrossiclorochina rientra tra i farmaci di base per la gestione del lupus, soprattutto nelle forme lievi-moderate, garantendo un controllo terapeutico a lungo termine.
- **C) azatioprina**: L'azatioprina è un immunosoppressore usato prevalentemente come terapia di mantenimento e per ridurre la dose di steroidi, risultando utile in specifiche manifestazioni d'organo.
- **D) belimumab**: Il belimumab è un anticorpo monoclonale contro BLyS/BAFF indicato per pazienti con attività di malattia non adeguatamente controllata dalla terapia convenzionale.
- **E) prednisone**: La prednisone appartiene alla classe dei corticosteroidi ed è molto utilizzata per gestire le fasi attive e le riacutizzazioni del lupus, limitandone però l'impiego protratto per gli effetti collaterali.

4 **Donna di 70 anni con eteroplasia polmonare in trattamento chemioterapico, si presenta in Pronto Soccorso per dispnea ingravescente; pressione arteriosa sistolica 90 mmHg; all'esame obiettivo cute marezzata; all'ECG fibrillazione atriale a fvm 110/min; all'ecocardiogramma versamento pericardico circonferenziale con separazione diastolica massima di 3 cm e collasso diastolico delle sezioni destre. Quale di queste opzioni terapeutiche è corretta in prima istanza?**

A iniziare terapia con FANS + colchicina ed eventualmente glucocorticoidi

B **pericardiocentesi percutanea**

C diuretico in infusione continua

D tutte le altre risposte sono corrette

E fluidoterapia e digitale per ridurre la frequenza ventricolare media

Risposta giusta: B

Il quadro clinico ed ecocardiografico indica un **tamponamento cardiaco** con **instabilità emodinamica**: ipotensione, cute marezzata e **collasso diastolico delle sezioni destre** da versamento importante. In questa emergenza la priorità è eliminare rapidamente la compressione esterna che limita il riempimento ventricolare. L'intervento salvavita di prima istanza è la **pericardiocentesi percutanea**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) iniziare terapia con FANS + colchicina ed eventualmente glucocorticoidi**: Antinfiammatori e colchicina costituiscono la terapia specifica per la pericardite infiammatoria acuta. Non gestiscono la compressione meccanica né lo shock da tamponamento, e possono essere considerati solo successivamente per trattare l'eventuale componente infiammatoria residua.
- **C) diuretico in infusione continua**: I diuretici riducono il precarico e compromettono ulteriormente la gittata cardiaca. Nel tamponamento il cuore dipende interamente dal volume di riempimento per contrastare la compressione, rendendo i diuretici potenzialmente pericolosi.
- **D) tutte le altre risposte sono corrette**: Errata poiché le opzioni precedenti non sono appropriate come trattamento immediato. Solo la pericardiocentesi affronta direttamente la causa dell'instabilità; le altre risposte sono inefficaci o controindicate in fase acuta.
- **E) fluidoterapia e digitale per ridurre la frequenza ventricolare media**: La fluidoterapia può costituire solo una misura temporanea transitoria in attesa del drenaggio, ma non risolve la causa ostruttiva. La digitale non è indicata nel tamponamento e il controllo della frequenza cardiaca non ha priorità rispetto alla decompressione immediata.

5 **In un paziente con fibrillazione atriale parossistica e CHA2DS2-Vasc score >3 è indicata terapia anticoagulante che può essere effettuata con NAO:**

A in presenza di stenosi mitralica severa

B indipendentemente dalla clearance della creatinina

C **se il filtrato glomerulare (GFR) è superiore a 30 ml/min**

D in portatori di protesi meccaniche cardiache

E solo dopo trattamento con eparina ev o sc

Risposta giusta: C

Nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare e elevato rischio tromboembolico i NAO sono un'opzione terapeutica indicata. È essenziale valutare la **funzione renale** poiché una quota rilevante dell'eliminazione del farmaco dipende dal rene. Superare la soglia di un **filtrato glomerulare** di 30 ml/min assicura sicurezza clinica evitando l'accumulo molecolare e il conseguente evento emorragico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) in presenza di stenosi mitralica severa**: La presenza di **stenosi mitralica severa** esclude il quadro di fibrillazione atriale non valvolare. In tali condizioni cliniche gli antagonisti della vitamina K restano la scelta terapeutica preferenziale.
- **B) indipendentemente dalla clearance della creatinina**: Procedere indipendentemente dai valori renali ignora la farmacocinetica dei nuovi anticoagulanti. L'eliminazione epatica o renale varia tra i principi attivi e va sempre monitorata.
- **D) in portatori di protesi meccaniche cardiache**: I portatori di **protesi meccaniche cardiache** rientrano nelle controindicazioni specifiche per i NAO. La terapia vitaminico antagonista continua a rappresentare lo standard di cura valido.
- **E) solo dopo trattamento con eparina ev o sc**: L'inizio del trattamento non necessita di un **ponte con eparina** parenterale. A differenza di altri schemi anticoagulanti i NAO presentano una rapida insorgenza d'azione che permette la monoterapia iniziale.

6 **Nella pericardite ricorrente quale di queste affermazioni è ERRATA?**

A **i glucocorticoidi sono sempre indicati**

B basse dosi di corticosteroidi sono indicate in caso di controindicazioni ad ASA-FANS-colchicina e dopo esclusione di causa infettiva

C il trattamento di prima linea può comprendere ASA o FANS + colchicina + riduzione dell'attività fisica

D in caso di mancata risposta ai trattamenti farmacologici può essere indicata la pericardiectomia

E nei casi refrattari possono essere indicate le Immunoglobuline ev o anakinra

Risposta giusta: A

I glucocorticoidi non hanno ruolo sistemico nella pericardite ricorrente. Il loro impiego va contenuto poiché favoriscono le recidive e compromettono la remissione spontanea. Si riservano solo a casi selezionati con specifiche indicazioni o controindicazioni alle terapie convenzionali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) basse dosi di corticosteroidi sono indicate in caso di controindicazioni ad ASA-FANS-colchicina e dopo esclusione di causa infettiva**: L'uso di corticosteroidi a basse dosi richiede l'esclusione preventiva di eziologie infettive. Copre il fabbisogno clinico solo quando ASA, FANS e colchicina risultano controindicati.
- **C) il trattamento di prima linea può comprendere ASA o FANS + colchicina + riduzione dell'attività fisica**: Il regime iniziale standard combina antinfiammatori e colchicina. La limitazione dello sforzo fisico accelera la risoluzione dell'infiammazione pericardica.
- **D) in caso di mancata risposta ai trattamenti farmacologici può essere indicata la pericardiectomia**: La pericardiectomia chirurgica interviene nei quadri refrattari. Viene indicata quando la gestione farmacologica non riesce a controllare la sintomatologia clinica.
- **E) nei casi refrattari possono essere indicate le Immunoglobuline ev o anakinra**: L'anakinra e le immunoglobuline endovene rappresentano strategie terapeutiche avanzate. Si considerano negli episodi resistenti dove persiste l'attività infiammatoria.

7 **Quali dei seguenti NON è considerato un criterio diagnostico per miocardite?**

A aritmie, modificazioni ST-T all'ECG o Holter

B edema della parete alla cardio-RM

C aumento della troponina

D alterazioni funzionali o strutturali all'ecocardiogramma

E slargamento ombra cardiaca all'RX torace

Risposta giusta: E

Lo **slargamento** dell'ombra cardiaca alla radiografia del torace non è un criterio diagnostico per miocardite. Si tratta di un reperto **aspecifico** che segnala solo un possibile ingrandimento cardiaco, privo del valore necessario per confermare l'infiammazione miocardica. La diagnosi richiede invece parametri diretti di danno o infiammazione forniti da altri esami.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) aritmie, modificazioni ST-T all'ECG o Holter**: Le variazioni elettrocardiografiche e le aritmie sono reperti frequenti che concorrono al quadro clinico-diagnostico della malattia.
- **B) edema della parete alla cardio-RM**: La risonanza magnetica cardiaca è considerata un esame fondamentale perché documenta direttamente **edema**, infiammazione e talvolta fibrosi tissutale.
- **C) aumento della troponina**: L'aumento dei valori di troponina rivela un **danno** miocardico cellulare e supporta fortemente il sospetto clinico quando presente.
- **D) alterazioni funzionali o strutturali all'ecocardiogramma**: L'ecocardiogramma resta un elemento utile per la diagnosi poiché mostra **disfunzione** ventricolare, alterazioni della cinetica o segni di coinvolgimento miocardico.

8 **In assenza di controindicazione sull'uso di mezzi di contrasto iodati tutte le affermazioni sulla diagnosi di embolia polmonare sono corrette TRANNE una:**

- **A** **La scintigrafia polmonare di ventilazione/perfusione è il test diagnostico di prima scelta nei pazienti con sospetta embolia polmonare**
- **B** In presenza di sospetta embolia polmonare ad alto rischio, caratterizzata da instabilità emodinamica, l'ecocardiogramma bed-side o angioTC urgente se disponibile sono raccomandati
- **C** Nel paziente con sospetta embolia polmonare ad alto rischio bisogna iniziare prima possibile trattamento con eparina
- **D** La strategia diagnostica deve basarsi sulla probabilità clinica valutata con score di rischio validati
- **E** Un valore del D-dimero nei limiti di norma ha un elevato valore predittivo nell'escludere un'embolia polmonare acuta clinicamente significativa

Risposta giusta: A

In assenza di controindicazioni al contrasto iodato, l'**angio-TC polmonare** è l'esame di imaging di prima scelta nella maggior parte dei pazienti con sospetta embolia polmonare. La **scintigrafia ventilazione/perfusione** è soprattutto un'alternativa quando l'angio-TC è controindicata o non praticabile.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) In presenza di sospetta embolia polmonare ad alto rischio, caratterizzata da instabilità emodinamica, l'ecocardiogramma bed-side o angioTC urgente se disponibile sono raccomandati**: Nell'**instabilità emodinamica**, l'angio-TC urgente è indicata se eseguibile senza ritardi o rischi eccessivi. L'ecocardiografia al letto del paziente è utile quando il trasferimento per la TC non è praticabile.
- **C) Nel paziente con sospetta embolia polmonare ad alto rischio bisogna iniziare prima possibile trattamento con eparina**: Nell'embolia polmonare sospetta ad alto rischio è indicata l'**anticoagulazione tempestiva**, salvo controindicazioni. In questo contesto si preferisce generalmente l'eparina non frazionata per via endovenosa.
- **D) La strategia diagnostica deve basarsi sulla probabilità clinica valutata con score di rischio validati**: La **probabilità clinica** guida la scelta tra D-dimero e imaging; può essere stimata con strumenti validati, come gli score di Wells o di Ginevra.
- **E) Un valore del D-dimero nei limiti di norma ha un elevato valore predittivo nell'escludere un'embolia polmonare acuta clinicamente significativa**: Un D-dimero negativo ha un elevato **valore predittivo negativo** e può escludere l'embolia polmonare quando la probabilità clinica è bassa o intermedia. Non è invece sufficiente se la probabilità clinica è alta.

9 **Un uomo di 79 anni non risponde allo stimolo verbale, è in arresto respiratorio. Si palpa un polso carotideo. Qual è la prima azione raccomandata in questo paziente?**

A eseguire un ECG a 12 derivazioni
B avviare un reintegro volemico
C **iniziare la ventilazione con maschera**
D eseguire una cardioversione elettrica
E eseguire un ecocardiogramma

Risposta giusta: C

Il paziente è incosciente e presenta un **arresto respiratorio** conservando il **polso carotideo**, escludendo quindi l'arresto cardiaco. La priorità immediata è ristabilire l'**ossigenazione** mediante **supporto ventilatorio**. La ricerca diagnostica e gli altri interventi si posticipano alla stabilizzazione respiratoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) eseguire un ECG a 12 derivazioni**: L'esecuzione dell'ECG a dodici derivazioni non costituisce la manovra prioritaria. Tale esame è utile nelle fasi successive per individuare l'eziologia, ma non deve mai precedere il supporto respiratorio iniziale in assenza di ventilazione autonoma.
- **B) avviare un reintegro volemico**: Il reintegro volemico non è indicato come trattamento immediato. Deve riservarsi alla comparsa di segni obiettivi di ipovolemia o shock settico, mentre il dato clinico determinante resta la sospensione completa della respirazione spontanea.
- **D) eseguire una cardioversione elettrica**: La cardioversione elettrica non è indicata come prima azione terapeutica. È riservata a patologie aritmiche con polso presente associate a instabilità emodinmica, mentre il quadro attuale impone una correzione rapida dell'ipoventilazione senza documentazione di aritmie primarie.
- **E) eseguire un ecocardiogramma**: L'ecocardiogramma può chiarire in seguito eventuali cause strutturali cardiache responsabili del deterioramento. Non sostituisce né deve ritardare l'avvio immediato della ventilazione assistita di emergenza.

10 **Un paziente di 65 anni con storia di ipertensione da oltre 20 anni presenta edemi declivi e dispnea da sforzo. Viene eseguito un ecocardiogramma che dimostra frazione di eiezione ventricolare ridotta (35%). Quale delle seguenti affermazioni sui trattamenti farmacologici dello scompenso cardiaco a funzione sistolica ridotta (HFrEF) è ERRATA?**

A i beta-bloccanti sono indicati nel paziente con HFrEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la mortalità

B un antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi è raccomandato nel paziente con HFrEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la mortalità

C **dapagliflozin ed empagliflozin riducono la mortalità e il rischio di ospedalizzazione solo nei pazienti con diabete tipo 2 associato ad HFrEF**

D gli ACE-inibitori sono raccomandati in HFrEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la mortalità

E l'associazione sacubitril + valsartan è utilizzata in sostituzione di ACE-inibitori per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Risposta giusta: C

Gli **inibitori SGLT2** riducono mortalità e ospedalizzazioni nello scompenso cardiaco. Questo beneficio clinico si conferma indipendentemente dalla presenza di **diabete tipo 2**. Le linee guida raccomandano dapagliflozin ed empagliflozin come terapia di base nei pazienti con HFrEF.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) i beta-bloccanti sono indicati nel paziente con HFrEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la mortalità**: i **beta bloccanti** sono indicati nel paziente con HFrEF per stabilizzare il profilo cardiovascolare. La loro somministrazione riduce efficacemente mortalità e frequenza di riacutizzazioni. Devono essere impiegati esclusivamente in fase stabile per associarli progressivamente alla terapia ottimale.
- **B) un antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi è raccomandato nel paziente con HFrEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la mortalità**: gli **antagonisti dei recettori dei mineralcorticoidi** quali spironolattone ed eplerenone riducono il rischio di ospedalizzazione e la mortalità. Rappresentano un pilastro terapeutico consolidato nella gestione dello scompenso sistolico. Il loro utilizzo garantisce un effetto prognostico favorevole documentato.
- **D) gli ACE-inibitori sono raccomandati in HFrEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la mortalità**: gli **ACE inibitori** diminuiscono mortalità e ricoveri per insufficienza cardiaca. Agiscono modulando attivamente il sistema renina angiotensina aldosterone per controllare i livelli pressori. Sono farmaci fondamentali per migliorare i sintomi e l aspettativa di vita nella frazione di eiezione ridotta.
- **E)** l'associazione sacubitril valsartan sostituisce gli ACE inibitori riducendo significativamente le ospedalizzazioni per scompenso. L'inibizione combinata del neprilisina e dei recettori dell'angiotensina II offre un vantaggio clinico superiore. Tale terapia alternativa è indicata nelle fasi cliniche stabili della patologia.

11 **Una bambina di 2 anni viene portata al Pronto Soccorso dai suoi genitori. Sua madre afferma che la bambina negli ultimi giorni presentava febbre e raffreddore, ma oggi si comporta in modo inusuale. Appare inerte e letargica. I suoi segni vitali sono: - SpO2: < 80% in aria ambiente - Frequenza respiratoria: 8/min - Frequenza cardiaca: 170/min - Tempo di riempimento capillare (CRT): 3 sec - Temperatura: 39,5°C Qual è il primo intervento da eseguire?**

A massaggio del seno carotideo

B compressioni toraciche, massaggio cardiaco

C bolo di soluzione fisiologica

D antibiotici ev ad ampio spettro

E ventilazione manuale in maschera e/o intubazione endotracheale immediata

Risposta giusta: E

La bambina presenta insufficienza respiratoria grave con saturazione inferiore all'ottanta percento e frequenza respiratoria di otto al minuto. In un quadro clinico del genere il protocollo **ABC** impone di garantire subito l'ossigenazione e la meccanica ventilatoria. Senza un supporto respiratorio efficace gli altri trattamenti risultano inefficaci nell'immediato. Il primo intervento consiste quindi nella **ventilazione** manuale in maschera oppure nell'intubazione endotracheale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) massaggio del seno carotideo**: La manovra non trova alcuna indicazione in questo contesto clinico. Viene utilizzata esclusivamente per alcune tachicardie sopraventricolari specifiche. Non ha alcun ruolo nel trattamento dell'iporessia e dello stato soporoso descritto.
- **B) compressioni toraciche, massaggio cardiaco**: Le compressioni toraciche non sono indicate perché il cuore continua a battere con una frequenza di centosettanta al minuto. Il problema primario è respiratorio con compromissione della perfusione.
- **C) bolo di soluzione fisiologica**: Il bolo fluido può risultare utile in presenza di shock ma rappresenta un passo successivo. È necessario prima correggere l'insufficienza respiratoria e sostenere la meccanica ventilatoria. Solo successivamente si valuterà la componente emodinamica.
- **D) antibiotici ev ad ampio spettro**: Gli antibiotici possono essere necessari per una possibile sepsi o polmonite ma devono essere somministrati solo dopo la **stabilizzazione** delle funzioni vitali. L'intervento farmacologico rimane secondario rispetto alla correzione urgente dell'**ipossiemia**.

12 **Una donna di 60 anni a cui è stato recentemente prescritto un diuretico tiazidico, si presenta al Pronto Soccorso con affaticamento e palpitazioni. I suoi esami del sangue mostrano un potassio di 2,8 mEq/L. Nei pazienti con ipokaliemia significativa, quale altro elettrolita è generalmente basso?**

A fosfato
B calcio
C sodio
D cloruro
E **magnesio**

Risposta giusta: E

I diuretici tiazidici provocano spesso contemporaneamente **ipokaliemia** e **ipomagnesemia**. La carenza di magnesio compromette il **riassorbimento renale del potassio**, rendendo difficile correggere il livello ematico senza un'integrazione parallela. Questo legame fisiopatologico rende il magnesio il controllo obbligatorio nella gestione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) fosfato**: Le alterazioni del fosfato non caratterizzano l'effetto dei tiazidi; il monitoraggio prioritario nella correzione dell'ipokaliemia farmacologica resta concentrato sul magnesio.
- **B) calcio**: I diuretici tiazidici riducono l'escrezione urinaria di calcio, tendendo invece a mantenere valori normali o elevati del siero e non a causare ipocalcemia.
- **C) sodio**: I tiazidici incrementano l'escrezione di sodio, ma l'iponatremia non costituisce il reperto elettrolitico primario associato alla grave ipokaliemia da questa classe farmacologica.
- **D) cloruro**: Il cloruro può oscillare in presenza di disidratazione o alcalosi metabolica secondaria ai diuretici, ma non è l'elettrolita classicamente carente nel quadro descritto.

---

14 **Tutte le seguenti classi di farmaci sono associate ad aumentato rischio di cadute, TRANNE:**

A **bisfosfonati**
B antidepressivi
C benzodiazepine
D antipsicotici
E alfa-litici

Risposta giusta: A

I bisfosfonati non predispongono alle cadute poiché non modulano il **sistema nervoso centrale** e non provocano direttamente sedazione, ipotensione o alterazioni posturali. Le altre classi agiscono invece su vigilanza, tono vascolare o controllo motorio, meccanismi primari nella fisiopatologia iatrogena delle cadute.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) antidepressivi**: Diversi antidepressivi generano sonnolenza, vertigini e fluttuazioni emodinamiche, rischi amplificati dagli effetti anticolinergici o noradrenergici specialmente nella popolazione anziana.
- **C) benzodiazepine**: Le benzodiazepine causano sedazione centrale, rallentamento psicomotorio e instabilità cerebellare, combinazioni neurologiche che elevano significativamente il tasso di incidenti.
- **D) antipsicotici**: Gli antipsicotici favoriscono gli eventi traumatici mediante sedazione, **ipotensione ortostatica** e tossicità extrapiramidale, quest'ultima responsabile di rigidità motoria e alterazioni della marcia.
- **E) alfa-litici**: Gli alfalitici inducono **ipotensione ortostatica**, un calo pressivo repentino al cambio di postura che compromette immediatamente la stabilità dinamica.

---

15 **Quale dei seguenti accertamenti NON è consigliato nella valutazione di primo livello di un paziente con cadute ricorrenti:**

A misurazione della pressione arteriosa in clino- ed orto-statismo
B valutazione di eventuali disabilità percettive
C valutazione dell'equilibrio e del cammino
D **rachicentesi**
E revisione della terapia farmacologica

Risposta giusta: D

La **rachicentesi** non appartiene agli accertamenti di primo livello per le cadute ricorrenti. È una procedura invasiva da riservare a casi selezionati con sospetto di specifiche malattie neurologiche o infezioni centrali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) misurazione della pressione arteriosa in clino- ed orto-statismo**: La misura pressoria in variazione posturale serve a diagnosticare l'**ipotensione ortostatica**, riconosciuta come meccanismo patogenetico ricorrente nella popolazione geriatrica.
- **B) valutazione di eventuali disabilità percettive**: L'esame delle **capacità percettive** deve essere sistematico visto che deficit visivi, uditivi o propriocettivi aggravano significativamente il rischio di impatto.
- **C) valutazione dell'equilibrio e del cammino**: La **valutazione dell'equilibrio** è un pilastro diagnostico perché la maggioranza delle cadute deriva da marcata instabilità posturale o difetti della deambulazione.
- **E) revisione della terapia farmacologica**: La **revisione farmacologica** è cruciale poiché sedativi, antipertensivi e psicotropi alterano la coordinazione e predispongono attivamente alla perdita di equilibrio.

16 **Il paziente anziano che presenta una condizione di sarcopenia:**

A deve essere sottoposto ad un regime nutrizionale con introito proteico ridotto
B è sempre cachettico
C **è un paziente fragile con un rischio di eventi clinici negativi aumentato**
D è un paziente da indirizzare verso trattamenti palliativi
E presenta un rischio irreversibile di declino funzionale

Risposta giusta: C

La sarcopenia indica una **riduzione della massa e della forza muscolare** spesso associata a calo delle performance fisiche. Questa condizione segnala una rilevante **vulnerabilità clinica e fragilità**, aumentando il rischio di cadute, disabilità e ospedalizzazioni senza implicare uno stato terminale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) deve essere sottoposto ad un regime nutrizionale con introito proteico ridotto**: L'apporto proteico va mantenuto o ottimizzato, non ridotto, per contrastare attivamente la perdita muscolare.
- **B) è sempre cachettico**: Esiste una netta **distinzione tra sarcopenia e cachessia**; quest'ultima è una sindrome complessa legata a patologie croniche severe o infiammatorie, mentre la prima riguarda prevalentemente il deterioramento muscolare legato all'età.
- **D) è un paziente da indirizzare verso trattamenti palliativi**: Non coincide con una condizione terminale da gestire con terapia paliativa; richiede piuttosto un **approccio proattivo multidisciplinare** volto alla prevenzione e al miglioramento funzionale.
- **E) presenta un rischio irreversibile di declino funzionale**: Il declino funzionale è favorito ma **non è irreversibile**; migliora con interventi nutrizionali mirati, attività fisica e gestione delle cause sottostanti.

17 **In un paziente di 60 anni affetto da carcinoma gastrico metastatico a livello epatico, HER-2 positivo (stadio IV), quale dei seguenti trattamenti è più indicato:**

- **A** **chemioterapia con regimi contenenti platino, fluoropirimidine e trastuzumab**
- **B** radioterapia
- **C** chemioterapia con regimi contenenti platino, fluoropirimidine e taxani
- **D** chemioterapia con regimi contenenti fluoropirimidine e bevacizumab
- **E** chemioterapia con regimi contenenti platino e fluoropirimidine

Risposta giusta: A

Nel carcinoma gastrico metastatico con espressione di HER-2 positivo il trattamento sistemico di prima linea richiede un regime combinato a base di sale di platino e fluoropirimidina, al quale si aggiunge specificamente il trastuzumab. Questo anticorpo mira al recettore sovraespresso, migliorando la risposta terapeutica nello stadio IV. La diffusione epatica conferma la priorità di una terapia sistemica rispetto agli approcci locali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) radioterapia**: La radioterapia non costituisce il cardine terapeutico nello stadio IV metastatico. Può trovare indicazione solo in contesti palliativi selezionati per controllo sintomatico, senza modificare il decorso sistemico della neoplasia.
- **C) chemioterapia con regimi contenenti platino, fluoropirimidine e taxani**: La tripla associazione citotossica è percorribile in alcune varianti, ma risulta incompleta perché priva del farmaco mirato anti-Her2. L'assenza di terapia biologica specifica elimina i benefici clinici documentati nel sottogruppo targetizzato.
- **D) chemioterapia con regimi contenenti fluoropirimidine e bevacizumab**: L'impiego di bevacizumab non è considerato standard nel carcinoma gastrico HER-2 positivo, e la combinazione omette inoltre il platino. I protocolli oncologici consolidati prevedono entrambi gli agenti citotossici essenziali per la fase iniziale.
- **E) chemioterapia con regimi contenenti platino e fluoropirimidine**: Il regime duale a base di platino e fluoropirimidina è corretto come base generale, ma si dimostra inadeguato nel fenotipo positivo se non integrato con la terapia biologica mirata. Omettere l'anticorpo significa non sfruttare il bersaglio molecolare accertato.

18 **Una paziente di 58 anni in buone condizioni, con pregresso ittero per il quale è stata sottoposta a posizionamento di stent biliare, esegue stadiazione sistemica che evidenzia malattia metastatica a livello peritoneale. L'esame istologico pone diagnosi di adenocarcinoma, primitivo, del pancreas. Qual è la strategia terapeutica più corretta tra le seguenti?**

A una chemioterapia con taxani
B solo farmaci analgesici per gestire i sintomi della malattia
C **una chemioterapia di combinazione con gemcitabina ed abraxane**
D una radioterapia a scopo radicale
E una terapia ormonale

Risposta giusta: C

In un adenocarcinoma pancreatico **metastatico** non trattabile chirurgicamente, l'obiettivo terapeutico è il **controllo di malattia** e la prolungazione della sopravvivenza. La strategia standard per pazienti con condizioni generali discrete prevede una **chemioterapia sistemica combinata**; lo schema gemcitabina più nab-paclitaxel (Abraxane) è validato specificamente per questo setting, garantendo un bilanciamento ottimale tra efficacia antitumorale e tollerabilità.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) una chemioterapia con taxani**: La proposta di una monoterapia con taxani risulta eccessivamente generica e priva di riscontro nei protocolli oncologici attuali; nel carcinoma pancreatico metastatico i risultati migliori si ottengono unicamente con associazioni farmacologiche definite e consolidate.
- **B) solo farmaci analgesici per gestire i sintomi della malattia**: La somministrazione di farmaci analgesici è necessaria per gestire il dolore ma non modifica il decorso biologico del carcinoma; in una paziente stabili e in buone condizioni fisiche è obbligatorio integrare un regime citotossico attivo.
- **D) una radioterapia a scopo radicale**: La radioterapia radicale può avere indicatione solo nella malattia localizzata o in contesti palliativi molto selezionati; la diffusione peritoneale indica invece un coinvolgimento sistemico che richiede un intervento farmacologico generalizzato.
- **E) una terapia ormonale**: L'adenocarcinoma del pancreas non è una neoplasia ormono-dipendente, quindi la terapia ormonale non presenta alcun ruolo terapeutico riconosciuto in questo ambito.

19 **Una paziente di 43 anni presenta un nodulo mammario di 3.5 cm; l'esame istologico effettuato sulla biopsia mostra un carcinoma della mammella con recettori ormonali negativi ed HER 2 negativo. La stadiazione sistemica non rileva metastasi a distanza. Si opta per una chemioterapia neoadiuvante. Che cosa si intende con tale accezione?**

A un trattamento radiante dopo un intervento chirurgico ad intento radicale

B **un trattamento chemioterapico somministrato prima dell'intervento chirurgico per ridurre le dimensioni del tumore ed eventualmente permettere una chirurgia di tipo conservativo**

C un trattamento chemioterapico somministrato nelle fasi terminali della malattia per alleviare i sintomi

D un trattamento chemioterapico somministrato a scopo preventivo dopo un intervento chirurgico radicale

E un trattamento somministrato subito dopo l'intervento chirurgico per "aiutare" il chirurgo a sterilizzare i margini di resezione

Risposta giusta: B

Il termine **neoadiuvante** indica una terapia somministrata **prima** dell'intervento chirurgico. L'obiettivo è ridurre le dimensioni della massa tumorale e facilitarne l'asportazione. Questa strategia può consentire una **chirurgia conservativa** in alternativa a procedure più radicali. Prepara quindi le condizioni per l'atto operatorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) un trattamento radiante dopo un intervento chirurgico ad intento radicale**: Indica una radioterapia anziché una chemioterapia. Propone inoltre un percorso successivo alla chirurgia, incompatibile con la premessa temporale.
- **C) un trattamento chemioterapico somministrato nelle fasi terminali della malattia per alleviare i sintomi**: Descrive una terapia **palliativa**, utilizzata nelle fasi avanzate per gestire i sintomi. Non prevede una riduzione preoperatoria della lesione.
- **D) un trattamento chemioterapico somministrato a scopo preventivo dopo un intervento chirurgico radicale**: Definisce la terapia **adiuvante**, applicata dopo l'intervento per diminuire il rischio di recidiva. Confonde la sequenza temporale del trattamento oncologico.
- **E) un trattamento somministrato subito dopo l'intervento chirurgico per "aiutare" il chirurgo a sterilizzare i margini di resezione**: Descrive un intervento immediatamente postoperatorio volto ai margini di resezione. Anche in questo caso si configura come pratica adiuvante, priva di efficacia nel prepararsi alla chirurgia.

20 **Un uomo di 45 anni, mentre sta eseguendo alcuni lavori di sterro, viene punto da una vespa e inizia a presentare malessere generale, senso di calore diffuso, difficoltà respiratoria, tirage. Quale dei seguenti farmaci deve essere somministrato per primo?**

A glucocorticoidi per via endovenosa
B amoxicillina per via endovenosa
C trastuzumab per via sottocutanea
D anti-istaminici antiH1 per via intramuscolare
E adrenalina per via endovenosa

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descrive un quadro di **anafilassi** in rapida evoluzione con coinvolgimento delle vie aeree e del circolo. L'**adrenalina** è il farmaco prioritario perché antagonizza immediatamente la vasodilatazione, riduce l'edema e rilassa la muscolatura bronchiale. Gli altri agenti possono costituire un supporto farmacologico successivo ma non devono mai dilazionare questa terapia salvavita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) glucocorticoidi per via endovenosa**: I glucocorticoidi esercitano il loro effetto mediante regolazione genica e richiedono diverse ore per manifestare efficacia clinica, risultando inadatti come terapia d'urto iniziale.
- **B) amoxicillina per via endovenosa**: L'amoxicillina è un antibiotico β-lattamico e non possiede alcuna attività vasopressora o broncodilatatoria necessaria nello shock anafilattico.
- **C) trastuzumab per via sottocutanea**: Il trastuzumab è un anticorpo monoclonale impiegato esclusivamente in oncologia per trattare neoplasie HER2-positive e non presenta alcuna indicazione nel management di reazioni allergiche acute.
- **D) anti-istaminici antiH1 per via intramuscolare**: Gli antistaminici H_1 contrastano principalmente l'attività dell'istamina a livello cutaneo e mucoso, senza fornire il rapido controllo del collasso cardiovascolare o del broncospasmo severo tipico della fase critica.

21 **Un uomo di 48 anni, istruttore di vela, si presenta con un piccolo nodulo parzialmente pigmentato, con bordi netti, in corrispondenza della fronte; la lesione è cresciuta lentamente nel corso dei precedenti 18-24 mesi. L'esame dermatoscopico evidenzia teleangectasie arborizzanti. Qual è la diagnosi più probabile?**

A cheratosi seborroica
B melanoma
C **carcinoma basocellulare**
D carcinoma squamocellulare
E cheratosi attinica

Risposta giusta: C

Un nodulo lento e fotoesposto con teleangectasie arborizzanti corrisponde al quadro tipico del **carcinoma basocellulare**. La crescita progressiva in mesi o anni conferma la natura indolente del tumore, mentre la pigmentazione parziale indica una **variante pigmentata**, perfettamente compatibile con questa diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) cheratosi seborroica**: Può essere pigmentata e dai margini netti. Non sviluppa però il tipico profilo vascolare descritto. Ha una superficie verrucosa che sembra appiccicata alla cute.
- **B) melanoma**: Si valuta la pigmentazione per escludere il melanoma. Qui mancano asimmetria, bordi irregolari e variegatura cromatica. Le teleangectasie orientano verso il carcinoma basocellulare.
- **D) carcinoma squamocellulare**: Compare spesso sulla pelle esposta al sole. Tende a formare **lesioni infiltrate**, ipercheratosiche o ulcerate. I reperti dermatoscopici confermano invece un basalioma.
- **E) cheratosi attinica**: È una lesione precancerosa da esposizione solare cronica. Si presenta come una **placca ruvida** e desquamante. Non diventa un nodulo tumorale e non mostra vasi arborizzanti.

22 **Una giovane donna di 32 anni, che ha avuto nelle settimane precedenti un aborto spontaneo, si presenta con una chiazza glabra non cicatriziale in regione parietale destra. Il sospetto diagnostico è:**

A lichen plano-pilare
B **alopecia areata**
C kerion
D morfea
E lupus eritematoso discoide

Risposta giusta: B

La presenza di una **chiazza glabra non cicatriziale** esclude il danno permanente dei **follicoli** e orienta verso una perdita transitoria. Il recente aborto spontaneo agisce come stimolo immunologico che spesso innesca questa condizione. I contorni netti e la sede parietale completano il quadro tipico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) lichen plano-pilare**: Il lichen piano pilare induce infiammazione perifollicolare e progressiva distruzione del bulbo capillare, generando sempre alopecia permanente anziché quella reversibile del caso.
- **C) kerion**: Il kerion è una forma suppurativa e dolente di tigna del cuoio capelluto, caratterizzata da pustole ed edema marcato, lontana dalla placca liscia e non cicatriziale descritta.
- **D) morfea**: La morfea è una sclerodermia localizzata che provoca placche indurite e alopecia cicatriziale con distruzione definitiva dei follicoli, incompatibile con la descrizione clinica.
- **E) lupus eritematoso discoide**: Il lupus eritematoso discoide genera lesioni eritemato-squamo-atrofiche a elevata tendenza cicatriziale, quindi non corrisponde al reperto non cicatriziale osservato.

23 **Secondo la stadiazione di Ann Arbor, il coinvolgimento del midollo osseo in un paziente con Linfoma di Hodgkin definisce lo stadio clinico:**

A II
B l'interessamento del midollo osseo non ha rilevanza per la stadiazione
C **IV**
D I
E III

Risposta giusta: C

Il coinvolgimento del **midollo osseo** indica una **malattia disseminata** oltre il sistema linfatico. Nella classificazione di Ann Arbor lo **stadio IV** comprende l'interessamento diffuso di uno o più organi extralinfatici. Questa sede viene quindi inclusa per segnalare una patologia avanzata rispetto alle sole strutture linfonodali contigue.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) II**: Lo stadio II riguarda più regioni linfonodali dallo stesso lato del diaframma. Rappresenta una forma localizzata che non copre l'interessamento del midollo osseo.
- **B) l'interessamento del midollo osseo non ha rilevanza per la stadiazione**: Il riscontro midollare ha piena rilevanza diagnostica. È un reperto chiave che definisce la malattia avanzata e modifica la stadiazione clinica.
- **D) I**: Lo stadio I è il più limitato e interessa una sola regione linfonodale oppure una singola sede extralinfatica. L'influenza midollare supera questa definizione.
- **E) III**: Lo stadio III indica il coinvolgimento di linfonodi su entrambi i lati del diaframma con eventuale interessamento della milza. Questo criterio non include il midollo osseo.

24 **Si presenta in ambulatorio un soggetto del peso attuale di 75 Kg che lamenta astenia moderata, perdita di peso di 3 kg negli ultimi sei mesi, sintomi da ingombro addominale con polo inferiore splenico palpabile a circa 5 cm dall'arco costale. L'emocromo dimostra anemia (Hb 10,5 g/dl), piastrinosi (530.000/mm3) e leucocitosi (19.000/mm3) con la seguente formula leucocitaria: neutrofili 74%, basofili 4%, eosinofili 1%, linfociti 15%, mielociti 3%, metamielociti 2%, blasti 1%. Si evidenziano anche eritroblasti ortocromatici. Quale dei seguenti test NON è appropriato eseguire nel primo approfondimento diagnostico?**

A analisi del cariotipo standard del midollo osseo

B ricerca del trascritto BCR-ABL1 mediante RT-PCR

C ricerca della mutazione JAK2V617F

D ricerca della mutazione BRAFV600E

E ricerca delle mutazioni di CALR

Risposta giusta: D

Il quadro clinico ed ematologico orienta verso una **neoplasia mieloproliferativa**. Le alterazioni numeriche e il polo splenico palpabile richiedono un inquadramento citogenetico e molecolare mirato. La ricerca della mutazione BRAFV600E non è indicata in questa fase diagnostica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) analisi del cariotipo standard del midollo osseo**: Il cariotipo standard del midollo osseo è appropriato. Permette di individuare **alterazioni citogenetiche** specifiche delle neoplasie mieloproliferative. Fornisce informazioni indispensabili per classificare le condizioni clonali mieloidi e confermare il sospetto diagnostico.
- **B) ricerca del trascritto BCR-ABL1 mediante RT-PCR**: La ricerca del trascritto BCR-ABL1 mediante RT-PCR è il cardine dell'approccio iniziale. La leucocitosi con spostamento a sinistra, la basofilia relativa e l'ingombro addominale rendono prioritario confermare la **leucemia mieloide cronica**. Questo esame dirime il sospetto principale in modo rapido e specifico.
- **C) ricerca della mutazione JAK2V617F**: La ricerca della mutazione JAK2V617F è un test di prima linea. Si esegue quando il quadro clinico ricorda una neoplasia mieloproliferativa cronica. È determinante per distinguere una trombocitemia essenziale o una mielofibrosi primaria dalle altre cause di polissplenomegalia.
- **E) ricerca delle mutazioni di CALR**: La valutazione delle mutazioni di CALR va inclusa nel primo step diagnostico. Assume importanza cruciale qualora il test per BCR-ABL1 risulti negativo. Indirizza correttamente la diagnosi verso forme di malattia clonale Philadelphia-negativa, come la trombocitemia essenziale o la mielofibrosi primaria.

25 **Una donna di 78 anni si presenta presso l'ambulatorio di ematologia inviata dal medico curante per riscontro all'emocromo di Hb 7,8 g/dl, leucociti 3.200/mm3 con neutrofili 1.000/mm3, piastrine 89.000/mm3. MCV 112 fL, vitamina B12 e folati nel range di normalità. Nel sospetto di una sindrome mielodisplastica quale tra i seguenti esami NON trova indicazione nel percorso diagnostico?**

A valutazione morfologica dello striscio di sangue periferico

B analisi del cariotipo standard del midollo osseo

C **FISH per riarrangiamento BCL2-IGH**

D valutazione morfologica di aspirato midollare con colorazione di Pearls

E ricerca di mutazioni somatiche con tecnica NGS

Risposta giusta: C

Nel sospetto di sindrome mielodisplastica il percorso diagnostico prevede valutazione morfologica del sangue periferico e del midollo osseo, studi citogenetici e ricerca di mutazioni somatiche. La colorazione di Pearls valuta il ferro midollare per riconoscere **sideroblasti**. Il cariotipo e le tecniche molecolari forniscono dati diagnostici e prognostici essenziali. Il riarrangiamento **BCL2-IGH** non trova indicazione in questo contesto clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) valutazione morfologica dello striscio di sangue periferico**: È indicata nel percorso diagnostico. Lo **striscio** periferico mostra indizi importanti come anisopoichilocitosi e neutrofili ipogranulari. Documenta anche anomalie nucleari dei globuli bianchi durante la valutazione iniziale.
- **B) analisi del cariotipo standard del midollo osseo**: È indicata nel percorso diagnostico. Il **cariotipo** del midollo osseo costituisce un esame cardine nella gestione del paziente. Le anomalie cromosomiche possiedono valore diagnostico e prognostico molto rilevante.
- **D) valutazione morfologica di aspirato midollare con colorazione di Pearls**: È indicata nel percorso diagnostico. L'aspirato midollare valuta la **displasia** e la percentuale di blasti. La colorazione specifica studia il metabolismo del ferro per completare il quadro cellulare.
- **E) ricerca di mutazioni somatiche con tecnica NGS**: È indicata nel percorso diagnostico. La caratterizzazione molecolare con sequenziamento supporta la diagnosi clinica. Permette di stratificare il rischio prognostico e orientare scelte terapeutiche mirate.

26 **Una donna di 38 anni in buone condizioni generali presenta una tumefazione paramediana del collo che all'ecografia risulta essere un nodulo tiroideo. Quando è indicata l'effettuazione di un agoaspirato su un nodulo tiroideo per l'esame citologico?**

A sempre
B mai
C solo per dimensioni superiori ai 30 mm
D in presenza di TSH ridotto
E **caratteristiche ecografiche sospette e/o dimensioni oltre 20 mm in incremento**

Risposta giusta: E

L'agoaspirato si indica in base al **rischio di malignità**, valutato principalmente tramite **ecografia** e **dimensione**. Il reperto conferma che **caratteristiche sospette** o **superiori a 20 mm con crescita** giustificano la biopsia anche nei noduli piccoli. La procedura serve a selezionare solo le lesioni clinicamente rilevanti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sempre**: Non si esegue su tutti i noduli poiché molti sono benigni e di ridotte dimensioni. Un approccio indiscriminato comporterebbe esami non necessari, costi elevati e possibile sovradiagnosi.
- **B) mai**: L'esame è uno strumento diagnostico fondamentale. Si indica ogni volta che i criteri clinici o ecografici di sospetto richiedono una conferma citologica per escludere una neoplasia.
- **C) solo per dimensioni superiori ai 30 mm**: La sola misura non basta per stabilire l'indicazione. Fissare il limite a 30 mm è errato perché ignora i noduli più piccoli ma con morfologia ad alto rischio, che le linee guida indicano comunque per l'agoaspirato.
- **D) in presenza di TSH ridotto**: Un TSH ridotto orienta inizialmente verso una scintigrafia per valutare la funzionalità. I noduli caldi ipersecernenti sono quasi sempre benigni e la decisione di biopsiare resta legata all'aspetto ecografico, non al singolo valore ormonale.

27 **Una donna di 49 anni si presenta al medico curante con un valore di glicemia a digiuno di 146 mg/dl e di emoglobina glicata 54 mmol/mol. Ha un'anamnesi familiare positiva per diabete e ipertensione ed è a sua volta ipertesa, in trattamento con un ACE-inibitore. Ha un indice di massa corporea di 28 kg/m2 e presenta anche una ipertrigliceridemia. Un'ecografia addome mostra steatosi epatica, pancreas e ghiandole surrenali nella norma. Quale è la diagnosi più probabile?**

A diabete mellito di tipo 1
B diabete mellito secondario
C **diabete mellito di tipo 2**
D diabete insipido
E alterata glicemia a digiuno

Risposta giusta: C

Il quadro clinico è tipico della resistenza insulinica. L'età adulta, il sovrappeso, l'ipertensione, l'ipertrigliceridemia e la steatosi epatica definiscono una sindrome metabolica. I valori di glicemia basale di $146\ \mathrm{mg/dl}$ ed emoglobina glicata di $54\ \mathrm{mmol/mol}$ superano i limiti diagnostici, confermando il diabete di tipo 2.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) diabete mellito di tipo 1**: Il diabete di tipo 1 esordisce prevalentemente in giovane età con un deficit insulinico rapido. Non si associa tipicamente a sovrappeso, dislipidemia o accumulo epatico di grassi.
- **B) diabete mellito secondario**: Il diabete secondario richiede un'eziologia identificabile come patologie pancreatiche, endocrinopatie o terapia farmacologica. L'ecografia mostra un pancreas nella norma e il quadro riflette uno squilibrio metabolico primario.
- **D) diabete insipido**: Il diabete insipido interessa i meccanismi di regolazione idrica e diuresi. La patologia presente si basa invece sull'iperglicemia cronica.
- **E) alterata glicemia a digiuno**: La glicemia a digiuno deve essere inferiore a $126\ \mathrm{mg/dl}$ per classificarsi come alterata. Il valore di $146\ \mathrm{mg/dl}$ supera questa soglia e conferma la diagnosi di diabete stabilizzato.

28 **Una donna di 24 anni con galattorea si presenta in ambulatorio endocrinologico. Gli accertamenti eseguiti mostrano la presenza di un microadenoma ipofisario prolattino secernente. Non sono presenti disturbi visivi ma coesistono alterazione del ciclo mestruale e tensione mammaria. Qual è il trattamento indicato tra i seguenti?**

- **A** **dopamino-agonisti (cabergolina)**
- B terapia radiometabolica
- C estroprogestinici
- D steroidi per via sistemica
- E chirurgia transcranica

Risposta giusta: A

Il trattamento di prima scelta per un microprolattinoma sintomatico è farmacologico con **dopamino-agonisti** come la cabergolina. Questo composto **inibisce** il rilascio fisiologico di prolattina e normalizza il ritmo mestruale. Nella maggior parte dei casi induce inoltre la regressione volumetrica della neoplasia. La chirurgia e la radioterapia vengono mantenute come opzioni di secondo livello solo in caso di inefficacia del trattamento conservativo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) terapia radiometabolica**: La radioterapia non rappresenta l'approccio iniziale per un microprolattinoma. Si preferisce sempre partire con una terapia medica altamente efficace e dal profilo di tollerabilità superiore.
- **C) estroprogestinici**: Gli estroprogestinici non rappresentano la terapia causale del disturbo. Non risolvono l'iperprolattinemia né modificano la crescita dell'adenoma e potrebbero essere somministrati solo per gestire temporaneamente l'ipogonadismo in scenari specifici.
- **D) steroidi per via sistemica**: I corticosteroidi sistemici sono privi di qualsiasi indicazione in questa patologia. Non esercitano alcun effetto inibitorio sul prolattinoma e non riescono a correggere il deficit ormonale primitivo.
- **E) chirurgia transcranica**: L'intervento chirurgico non utilizza un accesso transcranico ma richiederebbe una via transsfenoidale. Nei pazienti con microadenoma si riserva la chirurgia ai soli casi refrattari o controindicati al trattamento di primo piano.

29 **Qual è in qualsiasi paziente la condizione primaria dirimente per la scelta di una nutrizione artificiale enterale piuttosto che parenterale?**

A valori alterati di funzionalità epatica e renale

B la presenza o meno di neoplasia maligna

C **l'intestino presente, raggiungibile e funzionante**

D l'età del paziente superiore a 50 anni

E la presenza di un accesso venoso centrale

Risposta giusta: C

La **via enterale** rappresenta la prima indicazione quando il **tratto gastrointestinale** risulta integro e utilizzabile. Questa modalità preserva la **mucosa digestiva** e riduce il rischio di **complicanze infettive** metaboliche rispetto alla somministrazione endovenosa. La **nutrizione parenterale** viene riservata esclusivamente all'**insufficienza funzionale** o all'impossibilità di accedere al lume gastroenterico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) valori alterati di funzionalità epatica e renale**: I valori epatici e renali alterati influenzano solo la composizione chimica della terapia e la gestione clinica complessiva, senza determinare da soli la scelta della via di somministrazione.
- **B) la presenza o meno di neoplasia maligna**: La diagnosi di neoplasia maligna non influenza automaticamente la strategia nutrizionale, poiché i pazienti oncologici possono ricevere alimentazione enterale finché la permeabilità e l'assorbimento intestinale rimangono conservati.
- **D) l'età del paziente superiore a 50 anni**: L'età anagrafica non costituisce un criterio decisionale per selezionare la strada nutrizionale, poiché l'indicazione clinica dipende esclusivamente dallo stato strutturale e funzionale del tubo digerente.
- **E) la presenza di un accesso venoso centrale**: L'accesso venoso centrale è tecnicamente necessario per le infusioni iperosmolari, ma la sua disponibilità non sostituisce il requisito fisiologico di un apparato digerente funzionante.

30 **Una donna di 36 anni con storia di colite ulcerosa si presenta al Pronto Soccorso per un aumento improvviso del numero di scariche diarroiche con sangue da circa 5 giorni e brusca riduzione dell'alvo, forte dolore addominale e tachicardia. Una Rx diretta dell'addome mostra discreta distensione del colon in toto e dell'ileo terminale. Qual è la diagnosi più probabile?**

A malattia di Crohn ileo-colica

B **evoluzione in megacolon tossico**

C occlusione intestinale

D diverticolite complicata

E tumore del retto

Risposta giusta: B

La paziente presenta una riacutizzazione severa della **colite ulcerosa** con peggioramento improvviso. Si osserva aumento delle scariche ematiche seguito da brusca riduzione dell'alvo, forte dolore addominale e tachicardia. La radiografia diretta mostra la **dilatazione** del colon in toto e dell'ileo terminale. Questo complesso sintomatologico orienta verso il **megacolon tossico**, una complicanza che richiede gestione urgente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) malattia di Crohn ileo-colica**: La paziente ha già una diagnosi consolidata di colite ulcerosa escludendo un'origine nuova della malattia. Il morbo di Crohn presenta solitamente un interessamento segmentario dell'intestino e non provoca tipicamente questa rapida evoluzione verso la dilatazione colica generalizzata.
- **C) occlusione intestinale**: L'occlusione intestinale si associa generalmente a alvo chiuso e distensione meccanica senza il forte contesto infiammatorio sistemico. In questo caso la diarrea ematica iniziale e i segni di compromissione generale orientano verso una dilatazione paralitica secondaria alla colite piuttosto che verso un blocco meccanico primario.
- **D) diverticolite complicata**: La diverticolite può causare dolore addominale e febbre ma non spiega la dilatazione diffusa del colon nel contesto di una patologia infiammatoria intestinale preesistente. Il quadro clinico differisce nettamente dalla presentazione acuta della rettocolite.
- **E) tumore del retto**: Un tumore del retto potrebbe causare sangue nelle feci e alterazioni dell'evacuazione ma si evolve in modo cronico e progressivo. Non giustifica l'esordio iperacuto in pochi giorni né la marcata distensione trasversale del colon associata a instabilità emodinamica.

31 **Un uomo di 66 anni con cirrosi epatica scompensata giunge al Pronto Soccorso per ripetute scariche di melena nei giorni precedenti con episodio sincopale che ha suggerito l'accesso in ospedale. A una EGDS eseguita in urgenza, vengono segnalate voluminose varici esofagee nel terzo medio e distale dell'esofago, non sanguinanti ma con multipli segni rossi e "white nipple" su uno dei cordoni. Qual è il trattamento di prima linea più indicato tra i seguenti?**

A terapia iniettiva sclerosante
B clip emostatiche
C derivazione chirurgica porto-sistemica
D **legatura endoscopica con lacci**
E TIPS d'urgenza

Risposta giusta: D

La presenza di segni rossi e del "white nipple" indica un'elevata probabilità di rottura delle **varici esofagee**. In questa condizione di **alto rischio emorragico** il trattamento di prima linea è la **legatura elastica**, che permette l'obliterazione rapida con un **profilo di sicurezza** migliore rispetto alle alternative. L'intervento endoscopico va eseguito anche in assenza di sanguinamento attivo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) terapia iniettiva sclerosante**: La terapia iniettiva sclerosante non rappresenta più la prima scelta terapeutica. Oggi è stata sostanzialmente superata dalla legatura elastica perché espone a un maggior numero di complicanze locali ed offre una minore protezione in termini di sicurezza durante la profilassi.
- **B) clip emostatiche**: Le clip emostatiche non sono indicate per il trattamento delle varici esofagee. Il loro impiego è riservato prevalentemente a lesioni della mucosa o a sanguinamenti non varicosi, risultando totalmente inefficaci nel gestire un quadro patologico determinato da ipertensione portale.
- **C) derivazione chirurgica porto-sistemica**: La derivazione chirurgica porto-sistemica non è indicata come approccio iniziale. Si tratta di una procedura molto invasiva che viene riservata esclusivamente a casi selezionati o quando sia la terapia endoscopica che quella radiologica falliscono nel controllo della malattia.
- **E) TIPS d'urgenza**: Il TIPS d'urgenza può risultare efficace nelle emorragie refrattarie o nei pazienti a altissimo rischio di recidiva, ma non costituisce il primo passo quando è già fattibile una gestione endoscopica diretta delle lesioni.

32 **Un uomo di 53 anni con un episodio di pancreatite acuta necrotico-emorragica esegue una TC addome con mezzo di contrasto, di controllo, a circa 4 settimane dall'evento acuto. Quale tra queste NON rientra tra i possibili reperti ascrivibili a complicanze dell'evento pancreatitico?**

A fistola pancreatico-enterica

B **neoplasie papillari mucinose del pancreas**

C trombosi parziale della vena splenica

D pseudocisti

E "Walled-off necrosis"

Risposta giusta: B

Le neoplasie papillari mucinose pancreatiche sono **lesioni neoplastiche primitive**, non complicanze della pancreatite. A circa quattro settimane possono invece comparire complicanze vascolari, raccolte organizzate e fistole.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) fistola pancreatico-enterica**: È una complicanza possibile nelle forme severe o necrotiche. Il processo infiammatorio e necrotico può erodere i tessuti circostanti e creare una comunicazione anomala con l'intestino.
- **C) trombosi parziale della vena splenica**: È un reperto possibile. Nelle forme severe, l'infiammazione può coinvolgere i vasi peripancreatici e favorire **trombosi venose**, in particolare della vena splenica.
- **D) pseudocisti**: È una complicanza possibile, soprattutto dopo alcune settimane. La pseudocisti è una raccolta fluida ben delimitata, senza una componente solida necrotica significativa, che si forma come evoluzione del processo pancreatitico.
- **E) "Walled-off necrosis"**: La **Walled-off necrosis** può comparire dopo circa quattro settimane nelle pancreatiti necrotiche. È una raccolta necrotica organizzata e delimitata da una parete infiammatoria.

33 **Quale delle seguenti classi di farmaci chemioterapici è maggiormente associata a cardiotossicità risultante in forma di disfunzione ventricolare sinistra?**

A **antracicline**
B antimetaboliti
C inibitori del VEGF
D composti del platino
E inibitori delle tirosinchinasi

Risposta giusta: A

Le antracicline inducono un **danno miocardico dose-dipendente** che evolve frequentemente in **disfunzione ventricolare sinistra**. Il rischio clinico cresce progressivamente con la **cumulazione** del farmaco e impone un rigoroso **monitoraggio cardiologico** preventivo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) antimetaboliti**: Gli antimetaboliti potrebbero presentare vari effetti collaterali sistemici, ma non costituiscono la categoria farmacologica storicamente e clinicamente più correlata alla cardiotossicità severa descritta nel quesito.
- **C) inibitori del VEGF**: Gli inibitori del VEGF prediligono causare ipertensione arteriosa e complicanze vascolari, rendendo la disfunzione ventricolare sinistra un evento clinicamente molto meno caratteristico.
- **D) composti del platino**: I composti del platino possiedono profili di tossicità distinti e non producono classicamente una cardiomiopatia da scompenso.
- **E) inibitori delle tirosinchinasi**: Gli inibitori delle tirosinchinasi possono provocare tossicità cardiovascolare favorendo l'ipertensione o lievi alterazioni funzionali, ma mancano del legame patogenetico diretto e tipico con lo scompenso osservato nelle antracicline.

34 **Una paziente di 78 anni ipertesa, con diabete mellito e stenosi mitralica severa, funzione epatica e renale nei limiti, sviluppa una fibrillazione atriale persistente. Nella scelta della terapia anticoagulante da somministrare a scopo preventivo dell'ictus ischemico, quale delle seguenti opzioni è la più corretta?**

A la paziente può iniziare una terapia anticoagulante orale con nuovi anticoagulanti orali (NAO)

B **la paziente non ha indicazione alla terapia anticoagulante orale con nuovi anticoagulanti orali (NAO)**

C la paziente può iniziare solo terapia con dabigatran, tra i nuovi anticoagulanti orali (NAO)

D la paziente non ha indicazione ad anticoagulazione per la prevenzione dell'ictus ischemico

E la paziente ha controindicazioni assolute alla terapia con eparina

Risposta giusta: B

La presenza di **stenosi mitralica severa** associata a **fibrillazione atriale** configura una **fibrillazione atriale valvolare**. In questa condizione i **nuovi anticoagulanti orali (NAO)** non sono indicati per la profilassi dell'ictus ischemico. La prevenzione deve avvenire con **antagonisti della vitamina K**, indipendentemente dal profilo renale ed epatico normale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la paziente può iniziare una terapia anticoagulante orale con nuovi anticoagulanti orali (NAO)**: Iniziare qualsiasi NAO sarebbe errato perché le evidenze cliniche dimostrano inefficacia e profili di sicurezza inadeguati per i pazienti con stenosi mitralica severa o protesi valcolari mechanical.
- **C) la paziente può iniziare solo terapia con dabigatran, tra i nuovi anticoagulanti orali (NAO)**: Il dabigatran appartiene alla classe dei NAO e il loro utilizzo è sconsigliato nello scenario di fibrillazione atriale valvolare. Non può essere prescritto come terapia esclusiva o alternativa sicura in questa paziente.
- **D) la paziente non ha indicazione ad anticoagulazione per la prevenzione dell'ictus ischemico**: La paziente ha un indicazione netta all'anticoagulazione data l'età avanzata (>75 anni), l'ipertensione e il diabete mellito. Il rischio tromboembolico giustifica il trattamento, che però deve avvenire con anticoagulanti tradizionali e non con i NAO.
- **E) la paziente ha controindicazioni assolute alla terapia con eparina**: La stenosi mitralica e la fibrillazione atriale non rappresentano controindicazioni assolute all'eparina. Questo anticoagulante parenterale rimane utilizzabile, ad esempio come trattamento di transizione in ambiente ospedaliero, previa adeguata monitorizzazione.

35 **Quale delle seguenti classi di farmaci trova un'indicazione per il trattamento sia del diabete mellito sia dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta?**

A farmaci secretagoghi

B **inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio tipo 2 (SGLT2i)**

C inibitori della neprilisina

D inibitori del glucagon-like-peptide 1 (GLP-1)

E inibitori della dipeptil peptidasi 4 (DPP4)

Risposta giusta: B

Gli **SGLT2-inibitori** sono nati come terapia per il diabete mellito. Studi clinici recenti hanno confermato un chiaro beneficio cardiovascolare nello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta. Questa classe farmaceutica vanta oggi un'indicazione terapeuticamente validata per entrambe le patologie. Il loro utilizzo si estende indipendentemente dalla presenza di diabete.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) farmaci secretagoghi**: I farmaci secretagoghi stimolano direttamente il rilascio di insulina pancreatiche e rientrano nella gestione del diabete. Non presentano alcun ruolo terapeutico nello scompenso cardiaco. Possono causare ipoglicemia significativa e incremento ponderale.
- **C) inibitori della neprilisina**: Gli inibitori della neprilisina rappresentano una terapia fondamentale per lo scompenso cardiaco, spesso combinata con sartani. Non agiscono sulla regolazione glicemica e pertanto non possiedono indicazioni per il diabete. Non soddisfano il requisito di efficacia dualistica.
- **D) inibitori del glucagon-like-peptide 1 (GLP-1)**: La definizione corretta per questa classe è quella di agonisti del GLP-1. Questi farmaci migliorano il controllo glicemico e favoriscono la perdita di peso con alcuni vantaggi metabolici. Mancano di evidenze specifiche che ne autorizzino l'impiego nello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta.
- **E) inibitori della dipeptil peptidasi 4 (DPP4)**: Gli inibitori della DPP4 sono impiegati nel controllo glicemico ma non dispongono di alcuna indicazione consolidata per lo scompenso cardiaco. Alcune molecole hanno mostrato segnali di possibile peggioramento del rischio scompenso.

36 **Un paziente di 71 anni, iperteso, diabetico, affetto da scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta su base ischemica, si reca in visita ambulatoriale riferendo peggioramento della dispnea nell'ultimo mese, con riduzione della capacità funzionale (classe NYHA = III, rispetto all'ultima visita in cui NYHA = II). Il paziente è in terapia con ACE-inibitori, beta-bloccanti, inibitori del recettore dell'aldosterone, inibitori di SGLT2, diuretici dell'ansa, cardioaspirina. In che modo si potrebbe ottimizzare la terapia domiciliare del paziente?**

A sospendendo i diuretici ed aggiungendo un bloccante dei recettori dell'angiotensina

B aggiungendo un calcio-antagonista

C **sospendendo gli ACE-inibitori e aggiungendo un'associazione di inibitore della neprilisina e bloccante dei recettori dell'angiotensina**

D aggiungendo un'associazione di inibitore della neprilisina e bloccante dei recettori dell'angiotensina

E aggiungendo un inibitore del recettore P2Y12

Risposta giusta: C

Nel paziente con **scompenso a frazione di eiezione ridotta** ancora sintomatico nonostante la terapia di base, si può sostituire l'ACE-inibitore con sacubitril/valsartan, un'associazione di inibitore della neprilisina e bloccante del recettore dell'angiotensina. L'ACE-inibitore va sospeso prima di iniziare l'ARNI, perché non devono essere assunti insieme per il rischio di **angioedema**. La sostituzione è appropriata se il paziente è emodinamicamente stabile e non presenta controindicazioni.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sospendendo i diuretici ed aggiungendo un bloccante dei recettori dell'angiotensina**: I diuretici servono a controllare la congestione e, in presenza di dispnea, non vanno sospesi senza una valutazione clinica. Sostituire semplicemente l'ACE-inibitore con un sartano, inoltre, non è l'ottimizzazione preferibile se il paziente può assumere un ARNI.
- **B) aggiungendo un calcio-antagonista**: Alcuni calcio-antagonisti possono essere usati per l'ipertensione o l'angina, ma non migliorano la prognosi nello scompenso a frazione di eiezione ridotta; alcuni possono anche essere sfavorevoli.
- **D) aggiungendo un'associazione di inibitore della neprilisina e bloccante dei recettori dell'angiotensina**: Non è corretto aggiungere l'associazione all'ACE-inibitore, perché l'assunzione concomitante è controindicata. Prima di iniziare l'ARNI, l'ACE-inibitore deve essere sospeso.
- **E) aggiungendo un inibitore del recettore P2Y12**: Un inibitore del recettore P2Y12 si usa in contesti coronarici o dopo specifici eventi ischemici, ma non è un farmaco per ottimizzare la terapia dello scompenso cardiaco.

37 **Quale delle seguenti è un'indicazione ad impianto di pacemaker?**

A vertigine

B **blocco atrio ventricolare II grado, Mobitz 2**

C blocco di branca destro + blocco fascicolare anteriore sinistro

D tachicardia notturna

E blocco di branca sinistro in paziente con cardiopatia ischemica

Risposta giusta: B

Il **Blocco Mobitz II** interessa la via di conduzione infranodale ed è caratterizzato da una **instabilità strutturale**. Evolve frequentemente verso gradi più elevati, provocando **bradicardia sintomatica**, pause significative o **sincope**. Il marcapasso assicura una frequenza cardiaca adeguata e previene l'**asistolia**, configurandosi come indicazione precisa e definitiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) vertigine**: Le vertigini sono un sintomo eccessivamente aspecifico con numerose possibili eziologie. Non giustificano l'impianto del generatore impulsi senza la documentazione oggettiva di una bradiaritmia marcata o di un blocco di conduzione significativo.
- **C) blocco di branca destro + blocco fascicolare anteriore sinistro**: L'associazione tra blocco di branca destro e blocco fascicolare anteriore sinistro definisce una conduzione bifascicolare, che richiede innanzitutto un attento monitoraggio. L'impianto è consigliato esclusivamente quando compaiono sintomi, sincope o evidenze di blocco atrioventricolare avanzato.
- **D) tachicardia notturna**: La tachicardia isolata e notturna non rappresenta un'indicazione al dispositivo. Il marcapasso è riservato alle bradiaritmie e ai blocchi di conduzione, mentre in questo caso occorrono valutazioni diagnostiche mirate per escludere altre cause.
- **E) blocco di branca sinistro in paziente con cardiopatia ischemica**: Il blocco di branca sinistro da solo non costituisce indicazione automatica. Pur essendo segnale di una cardiopatia strutturale, necessita di un contesto clinico favorevole e della presenza di disturbi di conduzione più gravi prima di giustificare l'intervento.

38 **Un paziente di 74 anni con nota cardiopatia ipertensiva si reca in Pronto Soccorso per dispnea acuta ed edemi declivi. In base all'ecocardiogramma il paziente viene ricoverato in cardiologia con diagnosi di scompenso cardiaco a frazione di eiezione lievemente ridotta. In quale range di valori rientrerà la sua frazione di eiezione?**

A 70-80%
B 50-60%
C 30-40%
D **41-49%**
E 10-40%

Risposta giusta: D

La classificazione dello scompenso cardiaco si basa sulla **frazione di eiezione** ventricolare sinistra. La definizione **lievemente ridotta** individua la fascia intermedia tra la compromissione severa e la funzione normale. I parametri clinici fissano questo intervallo tra il 41 e il 49 percento. Tale classificazione guida direttamente l'inquadramento prognostico e farmacologico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 70-80%**: Il punteggio dal 70 al 80% esce dai limiti fisiologici di riferimento e non rientra in alcuna patologia da scompenso.
- **B) 50-60%**: Il valore dal 50 al 60% appartiene alla categoria di frazione preservata, considerata clinicamente normale.
- **C) 30-40%**: L'intervallo dal 30 al 40% conferma una frazione ridotta. Il 40% rappresenta il confine esatto che distingue questa condizione dalla forma lievemente ridotta.
- **E) 10-40%**: Il range dal 10 al 40% corrisponde alla frazione ridotta, che denota una disfunzione sistolica più evidente.

39 **Un paziente di 64 anni con fibrillazione atriale parossistica viene valutato per trattamento ablativo del focus di aritmia. Quale dei seguenti elementi rappresenta un fattore di maggior rischio di recidiva dell'aritmia dopo l'ablazione?**

A trattamento con ACE-inibitori
B ipertrofia ventricolare sinistra
C **severa dilatazione atriale sinistra**
D pregressa pericardite
E ipertensione arteriosa

Risposta giusta: C

Una **severa dilatazione atriale sinistra** indica un rimodellamento strutturale avanzato. L'aumento del volume si accompagna a fibrosi e alterazioni della conduzione elettrica endomiocardica. Questo substrato patologico rende il tessuto poco reattivo all'ablazione, aumentando significativamente la probabilità di recidiva aritmica post-procedurale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) trattamento con ACE-inibitori**: Il trattamento con ACE-inibitori non rappresenta un fattore di rischio di recidiva. Al contrario, il controllo emodinamico e i possibili effetti antirimodellamento tendono a favorire un esito favorevole del procedimento.
- **B) ipertrofia ventricolare sinistra**: L'ipertrofia ventricolare sinistra è spesso associata alla cardiopatia ipertensiva che può favorire l'insorgenza della fibrillazione atriale. Tuttavia, non costituisce un predittore diretto di recidiva post-ablazione quanto le dimensioni e lo stato del muscolo atriale.
- **D) pregressa pericardite**: La pregressa pericardite non è un marcatore predittivo consolidato per la recidiva dopo ablazione. Il suo impatto clinico si riferisce a processi infiammatori acuti o subacuti, diversi dal substrato cronico che determina il fallimento del trattamento.
- **E) ipertensione arteriosa**: L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio per lo sviluppo iniziale della fibrillazione atriale. Nonostante ciò, isolata non è il miglior predittore di recidiva dopo l'intervento, poiché il dato anatomico atriale rimane il parametro prognostico dominante.

40 **In una donna di 68 anni che si presenta con tosse persistente produttiva, quale tra le seguenti indagini diagnostiche è maggiormente indicata per confermare od escludere la presenza di bronchiectasie?**

A emogasanalisi arteriosa
B radiografia del torace in due proiezioni
C spirometria
D esame microbiologico dell'espettorato
E **TC torace senza mezzo di contrasto**

Risposta giusta: E

Le **bronchiectasie** corrispondono a una **dilatazione permanente** delle vie aeree inferiori. La TC torace ad alta risoluzione senza mezzo di contrasto rappresenta il gold standard diagnostico. Questo esame visualizza direttamente le alterazioni anatomiche bronchiali. Garantisce sensibilità e specificità nettamente superiori alla radiografia convenzionale, consentendo di confermare o escludere definitivamente la patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) emogasanalisi arteriosa**: L'emogasanalisi arteriosa quantifica i livelli di ossigeno e anidride carbonica nel sangue. Monitora lo stato ventilatorio durante le fasi cliniche più severe ma non rileva anomalie morfologiche. Mancano indicatori oggettivi per sostenere la diagnosi di dilatazione bronchiale.
- **B) radiografia del torace in due proiezioni**: La radiografia del torace fornisce una valutazione anatomica preliminare del comparto polmonare. Presenta limiti significativi di sensibilità per questa specifica condizione. Rimane frequentemente normale nonostante le alterazioni siano già conclamate e clinicamente evidenti.
- **C) spirometria**: La spirometria valuta esclusivamente la funzionalità respiratoria. Rileva possibili quadri ostruttivi o misti ma non fotografa la struttura delle vie aeree. Non dispone di criteri per diagnosticare modificazioni anatomiche bronchiali.
- **D) esame microbiologico dell'espettorato**: L'esame microbiologico dell'espettorato ricerca microrganismi nell'escreato. Identifica le colonizzazioni infettive frequenti nella malattia ma non valuta le modifiche strutturali delle pareti bronchiali. Orienta unicamente la scelta degli agenti antimicrobici.

41 **Quale tra le seguenti è la causa più probabile di versamento pleurico bilaterale alla radiografia del torace in un paziente di sesso maschile di 70 anni che si presenta al Pronto Soccorso con dispnea cronica riacutizzata?**

A danno polmonare da amiodarone
B sindrome di Meigs
C **scompenso cardiaco**
D polmonite da COVID-19
E riacutizzazione di BPCO

Risposta giusta: C

Lo **scompenso cardiaco** è la causa più frequente di versamento pleurico bilaterale negli anziani con dispnea cronica riacutizzata. L'aumento della **pressione idrostatica** capillare favorisce la **trasudazione** di liquido in entrambe le pleure, reperto tipicamente associato all'insufficienza ventricolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) danno polmonare da amiodarone**: Il danno polmonare da amiodarone si manifesta solitamente con pneumonite interstiziale, infiltrati o fibrosi, senza che il versamento bilaterale rappresenti il quadro predominante.
- **B) sindrome di Meigs**: La sindrome di Meigs è tipica delle donne con tumore ovarico benigno, quindi è clinicamente incompatibile con un paziente maschio.
- **D) polmonite da COVID-19**: La polmonite può causare dispnea e alterazioni radiografiche, ma predilige addensamenti parenchimatosi o interstiziopatie piuttosto che versamenti pleurici bilaterali.
- **E) riacutizzazione di BPCO**: La broncopneumopatia cronica ostruttiva spiega la dispnea persistente, ma non induce comunemente versamenti pleurici bilaterali; in sua presenza va sempre esclusa prima una causa cardiaca.

42 **In quale delle seguenti categorie di malattie è più correttamente classificabile l'asma bronchiale?**

A da accumulo di lipidi
B autoimmuni acute ad autorisoluzione
C **infiammatorie croniche**
D monogeniche
E da accumulo di sostanza amiloide

Risposta giusta: C

L'asma bronchiale è una **malattia infiammatoria cronica** delle vie aeree. L'infiammazione persistente causa un'ipersensibilità delle vie respiratorie, che si contraggono di fronte a stimoli anche lievi. Questo meccanismo produce dispnea, tosse e sibili. La classificazione patogena più appropriata la colloca tra le patologie infiammatorie croniche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) da accumulo di lipidi**: Indica difetti metabolici congeniti con accumulo di lipidi negli organi. Tali processi non interferiscono con la fisiopatologia ostruttiva delle vie aeree.
- **B) autoimmuni acute ad autorisoluzione**: Definisce quadri a eziologia anticorpale con decorso breve e risoluzione spontanea. L'asma non presenta meccanismi autoimmuni tipici ed evolue in forma **cronica**, strutturata in fasi di controllo e riacutizzazioni recidivanti.
- **D) monogeniche**: Le patologie monogeniche dipendono da un singolo gene alterato. L'asma ha un'eziologia **multifattoriale**, determinata dall'interazione di genetica, ambiente e fattori immunitari.
- **E) da accumulo di sostanza amiloide**: Descrive l'**amiloidosi**, patologia caratterizzata dal deposito anomalo di proteine amiloidi nei tessuti. Non vi sono correlazioni con la flogosi bronchiale.

43 **Un uomo di 34 anni, italiano, residente in Maremma (Toscana), si presenta al Pronto Soccorso con febbre, cefalea e dolori diffusi sostenendo di avere la malaria. Aveva infatti avuto un episodio del tutto simile tre mesi prima, al rientro da un soggiorno in Messico. Il paziente riferisce che in quell'occasione era stato trattato con clorochina, che il quadro si era risolto rapidamente e che, dopo di allora, non aveva più effettuato viaggi all'estero. L'esame emoscopico confermerà l'ipotesi del giovane evidenziando la presenza di plasmodi nello striscio sottile. Il nuovo episodio è verosimilmente dovuto a:**

A recidiva di malaria da Plasmodium falciparum

B recidiva di malaria da Plasmodium vivax resistente alla clorochina

C infezione autoctona da Plasmodium falciparum

D recidiva di malaria da Plasmodium knowlesi

E recidiva di malaria da Plasmodium vivax dovuta a riattivazione di ipnozoiti

Risposta giusta: E

Il paziente presenta un nuovo episodio febbrile tre mesi dopo un'infezione trattato con successo, senza nuovi viaggi. Questo schema indica una **latenza epatica** tipica di *Plasmodium vivax*. Dopo l'ingresso nell'ospite, alcuni parassiti sviluppano **ipnozoiti** nel fegato che restano dormienti. La **clorochina** elimina le forme ematiche responsabili della prima crisi ma non agisce su queste strutture. Dopo settimane o mesi gli ipnozoiti si riattivano, rilasciano merozoiti nel torrente circolatorio e provocano la **recidiva**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) recidiva di malaria da Plasmodium falciparum**: *Plasmodium falciparum* non forma ipnozoiti. Può causare recrudescenze solo per persistenza di parassiti ematici non eradicati, ma non dispone di un meccanismo di latenza epatica riattivabile.
- **B) recidiva di malaria da Plasmodium vivax resistente alla clorochina**: La risoluzione rapida del primo episodio esclude una resistenza farmacologica. Un fallimento terapeutico si manifesterebbe con persistenza sintomatica durante la terapia, non con un nuovo attacco tardivo.
- **C) infezione autoctona da Plasmodium falciparum**: L'Italia mantiene lo status di area priva di trasmissione autoctona da decenni. Un caso recente richiama chiaramente un evento interno al ciclo biologico del parassita, non un'esposizione locale nuova.
- **D) recidiva di malaria da Plasmodium knowlesi**: *Plasmodium knowlesi* è endemico nel sud-est asiatico e ha un ciclo ematico molto rapido. Non genera fasi dormienti nel fegato ed è epidemiologicamente incompatibile con il territorio messicano.

44 **Un uomo di 43 anni, italiano, residente in Sicilia, si presenta al Pronto Soccorso per febbre che perdura da 2 settimane e non responsiva al trattamento con amoxicillina/acido clavulanico effettuato per 7 giorni. All'ingresso in Pronto Soccorso si registra febbre (TC 38,7°C), l'esame obiettivo risulta negativo per reperti patologici a carico di cuore e torace mentre sono evidenti epatomegalia e splenomegalia. L'emocromo mostra anemia normocromica normocitica, leucopenia e piastrinopenia. Tra le ipotesi infettivologiche quale risulta più probabile:**

A epatite acuta da HAV

B epatite acuta da HEV

C malattia di Lyme

D leptospirosi

E **leishmaniosi viscerale**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico è caratteristico della leishmaniosi viscerale. La **febbre protratta** e il mancato riscontro di reperti polmonari o cardiaci orientano verso un'infezione sistemica. L'**epatosplenomegalia** associata alla **pancitopenia** indica un infiltrato del midollo osseo e del fegato da amastigoti. La residenza in **Sicilia** conferma l'esposizione a un'area geografica endemica per *Leishmania infantum*.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) epatite acuta da HAV**: L'epatite A causa infiammazione hepatocitaria acuta con sindrome astenico-adinamica, dolore addominale di destra e aumenti biliari e transaminasici. Spiega la componente febbrile iniziale ma non giustifica la gravità midollare né l'ingrossamento splenico concomitante.
- **B) epatite acuta da HEV**: L'epatite acuta da virus E determina soprattutto necrosi epatica focale con ipertransaminasemia, nausea e ittero precoce. L'assenza di colabasso epatico acuto e la presenza di citopenie sistemiche rendono questa ipotesi poco coerente.
- **C) malattia di Lyme**: La malattia di Lyme origina prevalentemente da lesioni cutanee localizzate, neuropatie craniche o periferiche, artriti ricorrenti e blocchi atrioventricolari. Non genera il triangolo sintomatologico febbrile persistente, splenomegalia e deficit ematologici descritto.
- **D) leptospirosi**: La leptospirosi si manifesta comunemente con mialgie intense, ittero, insufficienza renale acuta e coniuntivite emorragica. La pancitopenia marcata e la splenomegalia pronunciata non costituiscono il quadro primario atteso.

45 **Paziente di 65 anni, nella storia clinica tabagismo, ipertensione arteriosa in trattamento con ACE-inibitori, diabete mellito in trattamento con metformina. Normofunzione renale, esame urine negativo. Accesso in Pronto Soccorso per sindrome coronarica acuta, si esegue coronarografia. Riscontro di stenosi critica delle arterie interventricolare anteriore e circonflessa. Si posizionano stent, inizia trattamento anti-aggregante. Al controllo dopo 10 giorni, riscontro di creatininemia di 3,5 mg/dl, eosinofilia, e lesioni violacee a carico degli arti inferiori. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A sindrome nefritica
B danno renale su base ostruttiva
C **malattia ateroembolica**
D reazione allergica allo stent
E vasculite autoimmune

Risposta giusta: C

Il contesto clinico è determinante: dopo una coronarografia con posizionamento di stent in un paziente con aterosclerosi diffusa, può avvenire la frammentazione della placca e la disseminazione di **microemboli** colesterinici. Questi si depositano nei capillari di piccolo calibro renali e cutanei, provocando un'**insufficienza renale subacuta**, **eosinofilia** e **lesioni cutanee violacee** tipiche dell'ischemia microvascolare. La presentazione ritarda di diversi giorni rispetto alla procedura, distinguendosi nettamente dalla nefropatia da mezzo di contrasto che insorge precocemente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sindrome nefritica**: La sindrome nefritica presenta in genere ematuria, proteinuria significativa, ipertensione e cilindri ematici nelle prime urine di scarico. In questo scenario l'esame urine è risultato negativo e il quadro dominante comprende alterazioni ematologiche e dermatologiche estranee a un processo glomerulonefritico primario.
- **B) danno renale su base ostruttiva**: Un danno renale ostruttivo delle vie escretrici provoca insufficienza renale ma non spiega contemporaneamente la comparsa di eosinofilia sistematica e delle manifestazioni dermatologiche agli arti inferiori. L'orientamento patogenetico richiede un meccanismo vascolare diffusivo piuttosto che un blocco meccanico delle vie urinarie.
- **D) reazione allergica allo stent**: Le reazioni allergiche ai dispositivi endovascolari possono generare dermatiti o esantemi acuti, ma non inducono un quadro progressivo di embolizzazione microvascolare. Manca completamente il collegamento fisiopatologico tra la procedura di ingombro vascolare e il deterioramento funzionale renale combinato al danno cutaneo ischemico.
- **E) vasculite autoimmune**: Una vasculite autoimmune rimane nella diagnosi differenziale teorica, tuttavia nel quadro riportato mancano i reperti sistemici caratteristici e soprattutto il preciso nesso cronologico con la manovra vascolare recente. La triade clinica post-intervento indica con certezza un'embolia colesterolica e non un'infiammazione vascolare primitiva.

46 **Bracciante agricolo di 35 anni. Sostanziale benessere negli anni precedenti. Non fuma, saltuaria assunzione di superalcolici. Si presenta in Pronto Soccorso per comparsa da alcuni giorni di febbre, cefalea, ematuria, mialgie diffuse e dal giorno precedente riscontro di sclere itteriche. Da 48 ore oliguria. Nei giorni precedenti ha gestito irrigazione dei campi entrando in alcuni fossati per aprire le paratie senza indossare dispositivi di protezione individuali (gambali). Inizia terapia antibiotica e trattamento dialitico per 7 giorni, poi ripresa della funzione renale. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A sindrome nefritica
B sindrome influenzale
C epatite acuta tipo A
D nefropatia da IgA
E **leptospirosi ittero-emorragica**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico è tipico di una leptospirosi ittero-emorragica. La febbre, le mialgie, l'ematuria, l'ittero e l'insufficienza renale acuta insorgono dopo il **contatto con acque contaminate**. La penetrazione delle leptospire avviene tramite cute lesa o mucose. La ripresa funzionale con terapia antibiotica e supporto dialitico conferma la reversibilità del danno in questa forma severa nota anche come malattia di Weil.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sindrome nefritica**: La sindrome nefritica definisce uno schema clinico anziché un'eziologia. Pur includendo ematuria e compromissione renale, non copre i segni infettivi febbrili e l'ittero che puntano verso una patologia infettiva specifica.
- **B) sindrome influenzale**: Il quadro ricorda i sintomi sistemici di una sindrome influenzale ma include manifestazioni assenti nella virosi comune. Ematuria, ittero e oliguria indicano un coinvolgimento d'organo specifico che esclude una semplice influenza.
- **C) epatite acuta tipo A**: L'epatite acuta virale spiega l'ittero ma non il contesto epidemiologico alimentare tipico della tipologia A. Inoltre non rende conto dell'ematuria, dell'insufficienza renale acuta e del chiaro legame con l'immersione nelle acque contaminate.
- **D) nefropatia da IgA**: La nefropatia da IgA può causare ematuria ma non giustifica il quadro clinico generale. Manca la spiegazione per febbre, ittero e insufficienza renale rapida, né risente dell'esposizione epidemiologica ai fossati agricoli.

47 **Quali sono le tre fasi dell'interessamento cutaneo della sclerodermia in ordine di comparsa?**

A atrofico-sclerotico-edematoso
B **edematoso-sclerotico-atrofico**
C sclerotico-adiposo-edematoso
D edematoso-sclerotico-adiposo
E adiposo-cicatriziale-atrofico

Risposta giusta: B

Nella sclerodermia l'interessamento cutaneo segue una precisa progressione temporale. Si instaura prima una **fase edematosa** con cute gonfia e tesa, che evolve in una fase sclerotica caratterizzata dall'aumento della **fibrosi** e dal progressivo indurimento. Il quadro si conclude infine con la **atrofia**, quando i tessuti diventano più sottili e consumati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) atrofico-sclerotico-edematoso**: La sequenza descritta è inversa rispetto all'evoluzione clinica, poiché l'atrofia appare come fenomeno tardivo e non precoce.
- **C) sclerotico-adiposo-edematoso**: L'ordine è errato perché l'edema insorge all'esordio e non subentra dopo la sclerosi, mentre il tessuto adiposo non costituisce una fase della malattia.
- **D) edematoso-sclerotico-adiposo**: La successione iniziale corrisponde al decorso reale, ma la fase terminale non interessa il tessuto adiposo bensì provoca atrofia cutanea.
- **E) adiposo-cicatriziale-atrofico**: Il profilo manca delle fasi edematosa e sclerotica, fondamentali per il percorso patologico, introducendo elementi non tipici del quadro classico.

48 **Soggetto di 55 anni si presenta con febbre, rinorrea purulenta, rialzo della creatininemia (2,5 mg/dl). Una biopsia renale evidenzia all'esame istologico segni compatibili con una diagnosi di granulomatosi con poliangioite (GPA). Quale tra i seguenti autoanticorpi è classicamente associato a tale patologia?**

A anti-GBM
B **c-ANCA**
C anti-SM
D anti-istone
E p-ANCA

Risposta giusta: B

La granulomatosi con poliangioite è una vasculite sistemica legata al profilo **c-ANCA**. Tale marcatore riconosce prevalentemente la **proteinasi 3** nelle cellule neutrofile. Il quadro clinico combina rinorrea purulenta e rialzo della creatininemia. Questa presentazione supporta direttamente la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) anti-GBM**: Gli anticorpi anti-membrana basale glomerulare caratterizzano la malattia anti-GBM o sindrome di Goodpasture. Provocano glomerulonefrite rapidamente progressiva e talvolta coinvolgimento polmonare. Manca l'aspetto istologico della vascolite descritta.
- **C) anti-SM**: Gli anti-Sm confermano il lupus eritematoso sistemico idiopatico. Hanno valore diagnostico diverso dalla vasculite valutata.
- **D) anti-istone**: Gli anti-istoni sono tipici del lupus eritematoso sistemico indotto da farmaci. Non compaiono nel decorso della patologia esaminata.
- **E) p-ANCA**: Il pattern p-ANCA si associa alla poliangioite microscopica e alla granulomatosi eosinofila con poliangioite. Indica un processo infiammatorio diverso da quello identificato.

49 **Un paziente di 70 anni accede all'ambulatorio neurologico lamentando, da alcuni mesi, un deterioramento cognitivo. La moglie descrive una marcata variabilità nelle performance cognitive intra ed inter giornaliera, parasonnie compatibili con RBD (Disturbo del Comportamento nel sonno REM) e allucinazioni visive. Quale patologia sospetti in prima istanza?**

A demenza fronto-temporale

B **malattia a corpi di Lewy**

C malattia di Alzheimer

D malattia di Parkinson

E malattia da prioni

Risposta giusta: B

Il quadro clinico presenta tre elementi chiave: **fluttuazioni marcate** delle prestazioni cognitive, **allucinazioni visive ricorrenti** e **disturbo del comportamento nel sonno REM**. Questi segni costituiscono un criterio diagnostico fondamentale che orienta verso la demenza a corpi di Lewy, soprattutto nei pazienti anziani. La loro compresenza fin dall'esordio rende questa patologia la prima ipotesi da considerare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) demenza fronto-temporale**: La demenza fronto-temporale si manifesta principalmente con alterazioni precoci della personalità, del comportamento o del linguaggio, senza fluttuazioni cognitive significative, allucinazioni visive caratteristiche o associazione tipica con il RBD.
- **C) malattia di Alzheimer**: Nell'Alzheimer il deficit iniziale è marcato per la memoria episodica; le allucinazioni visive e il RBD sono molto meno frequenti nelle fasi iniziali e compaiono generalmente solo negli stadi più avanzati della degenerazione.
- **D) malattia di Parkinson**: Nella malattia di Parkinson il sintomo iniziale predominante è quello motorio; il deterioramento cognitivo e le allucinazioni sobrevengono solitamente in fasi avanzate, mentre qui l'insorgenza precoce dei sintomi cognitivi non è coerente con il decorso tipico.
- **E) malattia da prioni**: Le malattie da prioni hanno un decorso rapidissimo e fulminante, associato ad altri segni neurologici distintivi; inoltre né il RBD né le allucinazioni visive ricorrenti rappresentano il quadro clinico di esordio classico.

50 **Una giovane donna accede presso il locale Pronto Soccorso lamentando da alcuni giorni una visione sdoppiata, che si aggrava nel corso della giornata. Attualmente è in maternità per un recente parto a termine privo di complicanze. L'obiettività evidenzia diplopia e una ptosi palpebrale bilaterale, più marcata dopo prove di affaticamento. Quale ipotesi diagnostica risulta più verosimile in questo contesto?**

- **A** **miastenia gravis**
- B sindrome di Guillain-Barrè
- C miopatia facio-scapolo omerale
- D encefalomielite acuta disseminata (ADEM)
- E depressione post partum

Risposta giusta: A

Il quadro clinico indica un disturbo della **giunzione neuromuscolare**. La diplopia e la ptosi bilaterale con peggioramento graduale nella giornata e dopo gli sforzi rivelano una **debolezza fluttuante**. Il contesto del **post-partum** può scatenare o peggiorare condizioni autoimmuni.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) sindrome di Guillain-Barrè**: La sindrome di Guillain-Barré esordisce con debolezza acuta, simmetrica e ascendente, spesso associata ad areflessia. Pur potendo colpire i nervi cranici, non produce il tipico schema di affaticabilità oculare progressiva.
- **C) miopatia facio-scapolo omerale**: La miopatia facio-scapolo omerale rientra tra le distrofie muscolari con distribuzione stereotipata dei gruppi compromessi. Manca completamente il coinvolgimento dei muscoli oculomotori e la variabilità sintomatica indotta dal carico di lavoro.
- **D) encefalomielite acuta disseminata (ADEM)**: L'encefalomiélite acuta disseminata è un processo infiammatorio demielinizzante del sistema nervoso centrale. Manifesta encefalopatia e deficit neurologici multifocali stabili, privi della componente reversibile da sforzo caratteristica dei disturbi della trasmissione neuromuscolare.
- **E) depressione post partum**: La depressione post partum va monitorata nel puerperio ma non giustifica i referti obiettivi descritti. Segni come diplopia e ptosi escludono un'origine esclusivamente psichiatrica o dell'umore.

51 **Un uomo di 40 anni effettua una valutazione neurologica su indicazione del Medico curante dal momento che, da alcuni mesi, ha iniziato a lamentare incertezza nella deambulazione (tende a sbattere spesso contro mobili o contro gli stipiti delle porte) associata a calo della libido e disfunzione erettile. All'esame obiettivo viene riscontrata ginecomastia, oltre ad un deficit campimetrico compatibile con emianopsia bitemporale. Quale tra le seguenti ipotesi appare più verosimile?**

A **prolattinoma ipofisario**
B sclerosi Laterale Amiotrofica
C neuropatia ottica di Leber
D retinite pigmentosa
E sclerosi multipla

Risposta giusta: A

Il quadro clinico orienta verso una massa della regione sellare che comprime il **chiasma ottico**, causando l'**emianopsia bitemporale**. La lesione secerne attivamente **prolattina**, determinando iperprolattinemia e soppressione dell'asse gonadico, che si traducono in calo della libido, disfunzione erettile e ginecomastia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) sclerosi Laterale Amiotrofica**: La sclerosi laterale amiotrofica presenta segni misti di motoneurone superiore e inferiore, tra cui debolezza, atrofia muscolare e fascicolazioni. Non provoca deficit visivi specifici né disregolazioni ormonali.
- **C) neuropatia ottica di Leber**: La neuropatia ottica di Leber interessa tipicamente pazienti giovani maschi con perdita visiva centrale subacuta, frequentemente bilaterale. Non giustifica i sintomi endocrini né il pattern campimetrico da compressione ipofisaria.
- **D) retinite pigmentosa**: La retinite pigmentosa induce un deficit visivo progressivo con prevalente perdita della visione notturna e restringimento concentrico del campo visivo. Non produce emianopsia bitemporale né alterazioni endocrine.
- **E) sclerosi multipla**: La sclerosi multipla esordisce spesso con neurite ottica, diplopia o deficit neurologici sfalsati nel tempo e nello spazio. La triade ginecomastia-ipogonadismo-emianopsia bitemporale non rientra nei quadri tipici della patologia demielinizzante.

52 **Una bambina di 12 anni viene accompagnata a visita neuropsichiatrica dai genitori che sottolineano come la stessa abbia difficoltà a fischiare, sorridere, a sollevare e mantenere rivolte verso l'alto le braccia. Quale dei seguenti esami può confermare il sospetto diagnostico di una distrofia facio-scapolo-omerale (FSHD)?**

A velocità di conduzione motoria degli arti superiori

B valutazione neuro-cognitiva per individuare un eventuale ritardo dello sviluppo cognitivo

C velocità di conduzione sensitiva degli arti superiori

D **il test genetico**

E tampone tonsillare

Risposta giusta: D

La diagnosi di distrofia facio-scapolo-omerale richiede la conferma molecolare. Il **test genetico** individua l'alterazione specifica nella **regione D4Z4** del **cromosoma 4**. I sintomi clinici indicano un coinvolgimento dei muscoli facciali e delle cingole scapolari. Solo l'analisi del DNA fornisce la certezza diagnostica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) velocità di conduzione motoria degli arti superiori**: La velocità di conduzione motoria verifica l'integrità delle fibre nervose. Gli studi elettrofisiologici non confermano questa distrofia poiché la lesione interessa il muscolo e non il neurone.
- **B) valutazione neuro-cognitiva per individuare un eventuale ritardo dello sviluppo cognitivo**: La valutazione neuro-cognitiva esplora le funzioni intellettive. La patologia descritta colpisce il tessuto muscolare e non altera lo sviluppo cognitivo.
- **C) velocità di conduzione sensitiva degli arti superiori**: La velocità di conduzione sensitiva studia l'attività dei nervi periferici. Questo esame è utile per diagnosticare neuropatie ma non rileva malattie muscolari come la FSHD.
- **E) tampone tonsillare**: Il tampone tonsillare valuta infezioni del cavo orale o faringeo. Non fornisce informazioni sull'integrità muscolare o sul patrimonio genetico.

53 **Un paziente affetto da depressione maggiore resistente nonostante una polifarmacoterapia ottimizzata manifesta ricorrenti ideazioni e tentativi suicidari. Quale dei seguenti farmaci risulta indicato?**

A eculizumab
B rituximab
C mestinon
D **esketamina**
E levodopa-carbidopa

Risposta giusta: D

La scelta corretta identifica l'indicazione specifica per la **depressione resistente**, in cui il paziente mostra **ideazione suicidaria** ricorrente. Il farmaco selezionato fornisce un **effetto rapido** contrastando il rischio acuto quando la polifarmacoterapia ottimizzata fallisce. Non sostituisce gli antidepressivi convenzionali nei quadri depressivi lievi o moderati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) eculizumab**: Il prodotto è un inibitore biologico del complemento C5, autorizzato per l'emoglobinuria parossistica notturna. L'immunomodulazione sistemica non possiede proprietà psicotropiche nè capacità antidepressiva.
- **B) rituximab**: Si tratta di un anticorpo monoclonale anti-CD20 impiegato in malattie **ematologiche** e sindromi autoimmuni. Il targeting linfocitario non interferisce con i neurotrasmettitori o con i pathway neurovegetativi depressivi.
- **C) mestinon**: La sostanza è la piridostigmina, indicata per la **miastenia gravis** al fine di migliorare la trasmissione neuromuscolare. La sua azione esclusiva a livello periferico non raggiunge i neuroni cerebrali implicati nella regolazione dello stato emotivo.
- **E) levodopa-carbidopa**: La associazione farmaceutica incrementa la disponibilità di dopamina ed è la terapia di riferimento per il **morbo di Parkinson**. La sua modulazione centrale è limitata alla via nigro-striatale e non agisce sui circuiti dell'umore.

54 **In quale delle seguenti patologie neurologiche risulta più probabile il riscontro di anedonia?**

A arterite di Horton
B miastenia Gravis
C sindrome di Guillain-Barrè
D **malattia di Parkinson**
E miopatia

Risposta giusta: D

L'**anedonia** consiste nella riduzione o perdita della capacità di provare piacere ed è strettamente legata ai **circuiti dopaminergici** della ricompensa e della motivazione. Nella **malattia di Parkinson** la degenerazione neuronale provoca frequentemente **sintomi non motori** come depressione, apatia e mancato godimento degli stimoli. Tra le opzioni fornite, questa è quindi la patologia in cui il riscontro clinico risulta statisticamente più probabile.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) arterite di Horton**: L'arterite di Horton è una vasculite dei grossi vasi, soprattutto dell'arteria temporale. Si presenta con cefalea, disturbi visivi e dolore locale, ma non è una patologia tipicamente legata ad anedonia.
- **B) miastenia Gravis**: La miastenia gravis è una malattia della giunzione neuromuscolare, con affaticabilità e debolezza fluttuante. Non ha come caratteristica principale sintomi psichici o alterazioni dei meccanismi cerebrali del piacere.
- **C) sindrome di Guillain-Barrè**: La sindrome di Guillain-Barrè è una poliradicoloneuropatia periferica acuta, caratterizzata da debolezza muscolare e areflessia. Non è tipicamente associata ad anedonia perché non compromette i percorsi centrali della motivazione.
- **E) miopatia**: Le miopatie sono malattie del muscolo scheletrico e non del sistema nervoso centrale. Possono determinare debolezza e calo della resistenza fisica, ma non spiegano di per sé un sintomo psichico come l'anedonia.

55 **Quale delle seguenti affermazioni relative all'atresia esofagea con fistola esofago-tracheale è ERRATA?**

A fanno parte delle alterazioni riscontrate nella sindrome CHARGE e nella VACTERL

B la diagnosi può essere sospettata dopo il parto osservando la mancata progressione del sondino orogastrico

C la diagnosi può essere sospettata ecograficamente in epoca prenatale

D **nella maggior parte dei casi la fistola esofago-tracheale è prossimale all'atresia esofagea**

E i sintomi compaiono al primo tentativo di alimentazione

Risposta giusta: D

L'affermazione è errata perché nella forma più comune la fistola è **distale**, tra il moncone esofageo inferiore e la trachea. Dire che sia prossimale confonde la variante meno frequente, rendendola l'unica proposizione inesatta. Le altre descrivono correttamente aspetti clinici, diagnostici e associativi della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) fanno parte delle alterazioni riscontrate nella sindrome CHARGE e nella VACTERL**: La malformazione entra frequentemente nei quadrisindromici multisistemici. Viene regolarmente inclusa nelle liste della sindrome **CHARGE** e nel complesso **VACTERL**, accanto ad altre anomalie congenite.
- **B) la diagnosi può essere sospettata dopo il parto osservando la mancata progressione del sondino orogastrico**: Il sospetto nasce subito dopo il parto dalla **mancata progressione del sondino orogastrico**. Il tubo si arresta nel moncone superiore a causa dell'interruzione anatomica, rappresentando un segno clinico fondamentale.
- **C) la diagnosi può essere sospettata ecograficamente in epoca prenatale**: L'indagine ecografica in gravidanza permette un sospetto precoce. I reperti caratteristici includono il **polidramnios** e l'assenza della bolla gastrica, dovuti al mancato transito dei fluidi verso l'addome.
- **E) i sintomi compaiono al primo tentativo di alimentazione**: La sintomatologia insorge al primo contatto con i nutrienti. Durante la poppata si manifestano tosse, soffocamento e cianosi per l'**aspirazione del latte** attraverso il comunicazione anomala con l'albero tracheale.

56 **Quale delle seguenti affermazioni riferite alla sindrome di Alport è ERRATA?**

A è tipicamente caratterizzata da ematuria, sordità neurosensoriale e anomalie oculari
B l'anamnesi familiare è usualmente positiva per microematuria e/o insufficienza renale cronica
C nella maggior parte dei casi coinvolge il gene COL4A5
D le alterazioni istologiche renali non coinvolgono la membrana basale glomerulare
E colpisce prevalentemente il genere maschile

Risposta giusta: D

La sindrome di Alport è una malattia ereditaria del **collagene di tipo IV** che modifica la struttura della **membrana basale glomerulare**. L'opzione D nega questo coinvolgimento ed è quindi errata. Le restanti opzioni elencano correttamente tratti genetici, clinici ed epidemiologici della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) è tipicamente caratterizzata da ematuria, sordità neurosensoriale e anomalie oculari**: Corrisponde alla presentazione clinica tipica, con ematuria recidivante, progressione verso insufficienza renale, sordità neurosensoriale e manifestazioni oculari specifiche.
- **B) l'anamnesi familiare è usualmente positiva per microematuria e/o insufficienza renale cronica**: L'anamnesi familiare risulta generalmente positiva perché la patologia ha base genetica; frequentemente in famiglia si riscontrano microematuria, nefropatia o insufficienza renale cronica.
- **C) nella maggior parte dei casi coinvolge il gene COL4A5**: Indica correttamente che la mutazione ricade soprattutto sul gene COL4A5, cui fa riferimento la trasmissione X-linked della malattia.
- **E) colpisce prevalentemente il genere maschile**: Coinvolge in modo maggiore il sesso maschile, in particolare nella variante legata all'X che è la più diffusa e provoca il decorso più severo nei maschi.

---

57 **Quale tra i seguenti reperti clinici o di laboratorio di per sé NON è indicativo di un esordio di diabete mellito tipo I?**

A polidipsia
B sovrappeso
C glicosuria
D poliuria
E iperglicemia

Risposta giusta: B

Il diabete mellito tipo I all'esordio si manifesta per deficit insulinico assoluto che genera iperglicemia. Il glucosio ematico supera la soglia di riassorbimento renale causando glicosuria, che richiama acqua e provoca poliuria. La deplezione idrica stimola la polidipsia. In fase iniziale i pazienti tendono al dimagrimento, rendendo il sovrappeso incompatibile con l'esordio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) polidipsia**: La poliuria provoca una significativa perdita di liquidi che attiva il meccanismo compensatorio della sete intensa. Il reperto è pertanto coerente e frequente nell'esordio.
- **C) glicosuria**: Quando la concentrazione plasmatica oltrepassa il limite di trasporto renale, il glucosio viene eliminato direttamente con le urine. Questo reperto di laboratorio conferma la natura iperglicemica del quadro.
- **D) poliuria**: L'iperglicemia supera la capacità di riassorbimento tubulare renale e il glucosio trattiene acqua nel lume urinario. L'aumento del volume escreto è un segno caratteristico iniziale.
- **E) iperglicemia**: Il valore elevato di glucosio nel sangue definisce fisiologicamente l'insorgenza del disturbo metabolico ed è sempre presente al momento della diagnosi.

58 **Cosa si intende per eritema tossico del neonato:**

A nessuna delle altre risposte è corretta

B un'eruzione orticaroide dovuta ad intolleranza alle proteine del latte vaccino

C un esantema dovuto ad intolleranza alle proteine del latte vaccino

D **una condizione transitoria benigna**

E un esantema sostenuto da un'infezione virale

Risposta giusta: D

L'eritema tossico del neonato è un'espressione cutanea **comune** e del tutto **benigna** che compare nei primi giorni di vita. Si risolve **spontaneamente** senza lasciare esiti e non richiede interventi terapeutici. Rappresenta una condizione **transitoria** fisiologica tipica del periodo neonatale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) nessuna delle altre risposte è corretta**: È errata perché la risposta D fornisce già una descrizione accurata del quadro clinico. La definizione proposta coglie esattamente la natura del disturbo.
- **B) un'eruzione orticaroide dovuta ad intolleranza alle proteine del latte vaccino**: Non si tratta di un'allergia alimentare. Anche se l'aspetto può ricordare superficialmente la comparsa di pomfi, non è un'orticaria vera e propria e non dipende da meccanismi immunoallergici.
- **C) un esantema dovuto ad intolleranza alle proteine del latte vaccino**: Non è correlata all'intolleranza alle proteine del latte vaccino. Tale intolleranza provoca generalmente disturbi gastrointestinali o reazioni cutanee diverse, ma non costituisce l'eziologia di questo quadro.
- **E) un esantema sostenuto da un'infezione virale**: Non ha origine infettiva. Gli esantemi virali seguono quadri clinici specifici legati a patogeni precisi, mentre questa manifestazione rientra nelle variazioni fisiologiche normali del neonato.

59 **Un bambino di 2 anni in pieno benessere giunge al Pronto Soccorso per il reperto di massa addominale destra palpabile non dolente. Dopo iniziali accertamenti viene ipotizzata la diagnosi di tumore di Wilms. Quale delle seguenti affermazioni riguardante questa neoplasia infantile è ERRATA?**

A può essere bilaterale
B può presentarsi con ematuria
C **è un tumore tipicamente a crescita infiltrativa**
D può associarsi ad anomalie genitourinarie e aniridia
E le metastasi più frequenti sono in sede polmonare

Risposta giusta: C

Il nefroblastoma o tumore di Wilms si manifesta prevalentemente come una **massa espansiva** e ben circoscritta. Non mostra invece un comportamento tipico infiltrativo nei tessuti perirenali, rendendo errata l'affermazione sulla sua invasività locale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) può essere bilaterale**: La compresenza in entrambi gli organi è possibile. La **bilateralità** appare con minore frequenza ma rimane documentata in specifici contesti genetici o sindromi predisponenti.
- **B) può presentarsi con ematuria**: Il sangue nelle urine costituisce un sintomo associato. La presenza di **ematuria** può coesistere alla massa palpabile e talvolta accompagnarsi a ipertensione arteriosa.
- **D) può associarsi ad anomalie genitourinarie e aniridia**: L'associazione con alterazioni urogenitali e oculari è scientificamente validata. Tali manifestazioni rientrano nella **sindrome WAGR**, caratterizzata dalla contemporanea insorgenza di nefroblastoma, aniridia e difetti anatomici renali o genitali.
- **E) le metastasi più frequenti sono in sede polmonare**: Il tessuto polmonare rappresenta la sede di metastatizzazione più frequente. La diffusione ematogena verso i polmoni è uno degli aspetti anatomo-clinici classici del quadro progressivo.

60 **Quale delle seguenti affermazioni riguardante la chetoacidosi diabetica in età pediatrica è ERRATA?**

A può essere complicata da edema cerebrale
B può essere causata da una inadeguata somministrazione di insulina
C la presenza di corpi chetonici può essere rilevata sia nel plasma che nelle urine
D **è caratterizzata da acidosi respiratoria**
E è una complicanza più frequente nel diabete mellito tipo 1 (DM1) che in quello di tipo 2 (DM2)

Risposta giusta: D

Nella chetoacidosi diabetica si manifesta un'**acidosi metabolica** secondaria alla carenza di insulina. La mancanza dell'ormone stimola la **lipolisi** generando un eccesso di corpi chetonici che abbassano il pH ematico. L'aumento della frequenza respiratoria rappresenta soltanto un adattamento compensatorio, confermando la falsità della classificazione respiratoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) può essere complicata da edema cerebrale**: Rappresenta un rischio critico dovuto alle forti oscillazioni ematiche durante la terapia sostitutiva. Il suo sviluppo può compromettere rapidamente la funzionalità neurologica infantile, imponendo un monitoraggio costante fin dalle prime ore di ricovero.
- **B) può essere causata da una inadeguata somministrazione di insulina**: È considerata un fattore eziologico primario perché dosaggi inappropriati bloccano il passaggio intracellulare del glucosio. Questa mancata utilizzazione costringe l'organismo a scomporre gli acidi grassi, innescando direttamente la via metabolica che genera corpi chetonici.
- **C) la presenza di corpi chetonici può essere rilevata sia nel plasma che nelle urine**: La diffusione tissutale consente una rilevazione diretta negli esami del sangue così come nei campioni urinari. Non a caso la determinazione plasmatica viene privilegiata dai protocolli moderni perché offre indicatori più precisi e tempestivi per calibrare la terapia.
- **E) è una complicanza più frequente nel diabete mellito tipo 1 (DM1) che in quello di tipo 2 (DM2)**: Le evidenze cliniche mostrano che i deficit insulinici assoluti sono molto più pronunciati nel diabete di tipo 1 rispetto al tipo 2. Questa differenza fisiopatologica determina una maggiore predisposizione e incidenza della sindrome nella fascia d'età pediatrica.

61 **Quale tra i seguenti reperti clinici è indicativo dell'inizio dello sviluppo puberale nella femmina?**

- **A** **comparsa di bottone mammario**
- **B** "spurt" puberale
- **C** comparsa di peli ascellari
- **D** pubarca
- **E** adrenarca

Risposta giusta: A

Il primo reperto clinico dello sviluppo puberale femminile è la **telarca**, ovvero la comparsa del bottone mammario. Questo segno indica l'attivazione dell'**asse ipotalamo-ipofisi-ovaio** e segna l'inizio reale della maturazione. Gli altri eventi si verificano successivamente o appartengono a meccanismi fisiologici diversi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) "spurt" puberale**: Descrive la fase di accelerazione della crescita staturale. Si manifesta dopo l'avvio della pubertà e quindi non funge da segnale iniziale.
- **C) comparsa di peli ascellari**: Rappresenta un evento puberale ma compare in una fase più tardiva rispetto al bottone mammario. Non identifica l'esordio classico dello sviluppo.
- **D) pubarca**: Indica la comparsa dei pili pubici e non costituisce il primo segno assoluto. Compare solitamente dopo la telarca o può manifestarsi in relazione all'**adrenarca**.
- **E) adrenarca**: Corrisponde alla maturazione della corteccia surrenalica ed è un evento endocrino distinto. Pur potendo precedere o accompagnare alcuni segni, non coincide con l'inizio clinico tipico della pubertà femminile.

62 **In quale patologia non è presente ritardo dello sviluppo puberale?**

- **A** sindrome di Prader-Willi
- **B** ritardo costituzionale di crescita e sviluppo
- **C** **sindrome di McCune Albright**
- **D** sindrome di Turner
- **E** sindrome di Kallmann

Risposta giusta: C

La sindrome di McCune-Albright causa **pubertà precoce** o disordinata per produzione autonoma di ormoni sessuali. Non si associa a un ritardo dello sviluppo puberale. Le altre patologie alterano l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi o mostrano esordi tardivi. La domanda identifica l'unica eccezione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sindrome di Prader-Willi**: La sindrome di Prader-Willi presenta ipogonadismo ipogonadotropo secondario a alterazione centrale. Questo meccanismo frena o posticipa l'ingresso nella pubertà.
- **B) ritardo costituzionale di crescita e sviluppo**: Il ritardo costituzionale di crescita e sviluppo rappresenta una variazione normale della tempistica biologica. Caratterizza il fenotipo clinico proprio un esordio puberale tardivo.
- **D) sindrome di Turner**: La sindrome di Turner provoca **disgenesia gonadica** con insufficienza ovarica primaria. La carenza ormonale impedisce lo sviluppo puberale normale.
- **E) sindrome di Kallmann**: La sindrome di Kallmann è un ipogonadismo ipogonadotropo congenito dovuto a **deficit di GnRH**. L'assenza del segnale ormonale rende impossibile l'avvio tempestivo della maturazione sessuale.

63 **Quale tra questi è un sintomo atipico caratteristico della malattia del reflusso gastro-esofageo?**

A febbre serotina

B **tosse cronica**

C melena

D diarrea

E stipsi

Risposta giusta: B

La malattia da reflusso gastro-esofageo si manifesta principalmente con pirosi e rigurgito. Oltre a questi sintomi tipici possono comparire manifestazioni extraesofagee. La **tosse cronica** rientra tra le più frequenti poiché il materiale acido può irritare le vie aeree superiori o provocare microaspirazioni. Questa associazione spiega la sua inclusione nella **diagnosi differenziale** della tosse persistente senza cause respiratorie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) febbre serotina**: È assente nella fisiopatologia della MRGE e orienta diagnosticamente verso un processo infettivo o infiammatorio di diversa origine.
- **C) melena**: Rappresenta uno stadio tardivo della digestione del sangue, indicando chiaramente un sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore anziché un sintomo extrasofageo.
- **D) diarrea**: Non è un sintomo atipico del reflusso gastro-esofageo, poiché orienta clinicamente verso problemi intestinali o infezioni gastrointestinali.
- **E) stipsi**: Non costituisce né una manifestazione tipica né atipica della malattia, essendo classificata come disturbo dell'alvo pertinente a un altro tratto dell'apparato digerente.

64 **Un uomo di 69 anni arriva in Pronto Soccorso dopo un episodio di ematemesi. E' vigile, collaborante, FC 77/minuto PA 120/65 mmHg. Qual è l'esame diagnostico di prima scelta per individuare la causa dell'ematemesi in questo paziente?**

- **A** **EGDS**
- **B** TC senza contrasto
- **C** scintigrafia con emazie marcate
- **D** PET
- **E** arteriografia

Risposta giusta: A

In un paziente con **ematemesi** e **stabilità emodinamica** l'**esofagogastroduodenoscopia** è l'**esame di prima scelta** poiché garantisce la **visualizzazione diretta** della lesione e permette una **emostasi endoscopica** tempestiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) TC senza contrasto**: Risulta poco sensibile nell'identificare la sede di un'emorragia digerente alta. Anche nei rari protocolli radiologici riservati agli episodi emorragici si predilige l'utilizzo del mezzo di contrasto, ma tale esame non sostituisce mai l'indagine endoscopica iniziale nel soggetto stabile.
- **C) scintigrafia con emazie marcate**: Non costituisce il primo passo diagnostico in questo contesto. Trova indicazione per i sanguinamenti intermittenti o nelle sedi difficili da localizzare, offrendo minore immediatezza ed efficacia rispetto all'esofagogastroduodenoscopia nel paziente emodinamicamente stabile.
- **D) PET**: Non ha alcun ruolo nella valutazione dell'ematemesi acuta. Viena impiegata prevalentemente in ambito oncologico o in specifici quadri infiammatori, risultando inefficace per la mappatura di un attivo sanguinamento gastrointestinale.
- **E) arteriografia**: Non rappresenta l'esame iniziale di routine. Viene riservata ai casi selezionati con sanguinamento importante e persistente non controllabile tramite endoscopia, oppure quando l'obiettivo terapeutico richiede una specifica procedura di embolizzazione vascolare.

65 **Una donna di 57 anni da alcuni mesi presenta alterazioni dell'alvo associate a dolori addominali diffusi, di modesta entità, ad insorgenza saltuaria e casuale. Riferisce che la madre è deceduta per un carcinoma colorettale all'età di 60 anni. Il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci eseguito una settimana prima è risultato positivo. E' indicata una pancolonscopia?**

A no, esame troppo invasivo e doloroso, prima di effettuarlo sono necessari altri due test per la ricerca del sangue occulto positivi

B **sì, per il rischio di essere in presenza di un carcinoma colorettale**

C no, è preferibile eseguire un esame con videocapsula

D no, è preferibile eseguire una PET total body, esame non invasivo

E no, è preferibile eseguire una TC addome senza contrasto

Risposta giusta: B

Una paziente di 57 anni presenta alterazioni dell'alvo, dolori addominali intermittenti e un risultato positivo per il **sangue occulto fecale**. La **familiarità** di primo grado per neoplasia intestinale aumenta significativamente il sospetto clinico. In questo contesto è indispensabile una valutazione endoscopica completa per identificare eventuali **lesioni organiche** e permettere l'acquisizione di **campioni istologici**. La procedura diagnostica diretta rimane lo standard per la gestione di questi segni e sintomi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) no, esame troppo invasivo e doloroso, prima di effettuarlo sono necessari altri due test per la ricerca del sangue occulto positivi**: L'affermazione è errata perché un unico test positivo, abbinato a sintomi funzionali e familiarità, costituisce già indicazione solida all'approfondimento specialistico. Ripetere il saggio empiricamente rimanderebbe una diagnosi necessaria, esponendo la paziente a rischi evitabili.
- **C) no, è preferibile eseguire un esame con videocapsula**: La videocapsula esplora principalmente il tenue ed è indicata per sanguinamenti da tratto digerente intermedio. Non sostituisce la colonscopia quando esistono indicazioni dirette per valutare la mucosa del grosso intestino.
- **D) no, è preferibile eseguire una PET total body, esame non invasivo**: La PET totale corporea non è utilizzata come strumento di primo livello nello screening o nella diagnosi iniziali del carcinoma del colon-retto. Viene riservata alla caratterizzazione metabolica delle lesioni note, allo stadiazione tumorale avanzato o al controllo recidive.
- **E) no, è preferibile eseguire una TC addome senza contrasto**: La TC addome senza mezzo di contrasto offre una visualizzazione anatomica grossolana con scarsa sensibilità per lesioni mucose superficiali o polipi precoci. Non consente la raccolta di materiale patologico né integra la valutazione della superficie interna del colon.

66 **Un uomo di 38 anni sa di avere una calcolosi multipla della colecisti da circa tre anni. Negli ultimi 6 mesi ha presentato 3 episodi di colica biliare. Una Colangio-RM conferma la calcolosi multipla (calcolo maggiore di 3 cm) con colecisti a pareti ispessite. Via biliare principale nella norma senza evidenza di calcoli all'interno. Qual è il trattamento ideale e definitivo?**

A terapia con acido ursodesossicolico per os per un mese

B **colecistectomia laparoscopica**

C rimozione percutanea dei calcoli dalla colecisti

D litotrissia percutanea

E colecistectomia e sfinterotomia endoscopica con stent

Risposta giusta: B

Il paziente è **sintomatico** con tre episodi di colica nell'ultimo semestre e calcoli superiori a $3\ \mathrm{cm}$. Il trattamento definitivo richiede la **colecistectomia**, poiché la colecisti è la sede primaria della patologia. La **via biliare principale** regolare elimina la necessità di procedure associate. L'**ispessimento parietale** documenta cronicità, consolidando l'indicazione chirurgica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) terapia con acido ursodesossicolico per os per un mese**: L'uso dell'acido ursodesossicolico per os ha ruolo limitato ai calcoli di colesterolo di piccole dimensioni. Una terapia mensile non è risolutiva, specialmente contro calcoli multipli, voluminosi e sintomatici.
- **C) rimozione percutanea dei calcoli dalla colecisti**: L'approccio percutaneo di estrazione non corrisponde agli standard clinici vigenti per la gestione della litiasi colecistica.
- **D) litotrissia percutanea**: La litotrissia percutanea resta un'opzione residua per casi altamente selezionati e non sostituisce il gold standard definitivo.
- **E) colecistectomia e sfinterotomia endoscopica con stent**: L'intervento combinato risulta inutilmente aggressivo. La **sfinterotomia** con stent è indicata solo per ostruzioni o calcoli della via biliare principale, attualmente assenti.

67 **In caso di ittero, il sospetto che possa essere di tipo ostruttivo sorge quando:**

A le urine sono chiare e le feci normocromiche

B è presente ipertensione arteriosa

C è presente febbre

D le urine sono ipercromiche e le feci acoliche

E è presente astenia

Risposta giusta: D

Nell'**ittero ostruttivo** un ostacolo delle **vie biliari** impedisce alla bile di defluire nell'intestino. La **bilirubina coniugata** si accumula nel circolo sanguigno e viene escreta dai reni, scurendo le urine. Contemporaneamente la ridotta quantità di pigmenti biliari nel tratto intestinale fa perdere colore alle feci, che diventano **acoliche**. Questo assetto urinario e fecale è il segno distintivo della colestasi meccanica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) le urine sono chiare e le feci normocromiche**: La presenza di urine chiare e feci normocromiche esclude il quadro di colestasi ostruttiva, poiché indica un corretto deflusso della bile nell'intestino e una normale escrezione urinaria dei pigmenti.
- **B) è presente ipertensione arteriosa**: L'ipertensione arteriosa non presenta alcun legame fisiopatologico con il meccanismo dell'ittero ostruttivo e non aiuta a orientare la diagnosi.
- **C) è presente febbre**: La febbre può comparire in complicanze delle vie biliari come la colangite, ma il suo riscontro isolato non configura un segno tipico o sufficiente per ipotizzare un'ostruzione.
- **E) è presente astenia**: L'astenia rappresenta un sintomo sistemico estremamente aspecifico, attribuibile a numerosissime patologie e condizioni cliniche diverse dall'ittero ostruttivo.

68 **La triade di Whipple, insieme di tre elementi suggestivi della presenza di un insulinoma, si manifesta tipicamente:**

A in fase post-prandiale
B durante lo sforzo fisico
C **a digiuno**
D in clinostatismo
E in ortostatismo

Risposta giusta: C

La triade di Whipple descrive un quadro di ipoglicemia caratterizzato da sintomi neuroglucopenici, glicemia bassa documentata e miglioramento immediato dopo assunzione di glucosio. L'insulinoma produce insulina in modo autonomo, senza rispondere ai livelli ematici di zucchero. Per questo motivo i disturbi compaiono soprattutto durante il digiuno, quando mancano gli apporti alimentari e l'eccesso di ormone provoca un rapido calo glicemico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) in fase post-prandiale**: La fase post-prandiale non è la sede tipica della triade, poiché dopo un pasto la glicemia aumenta fisiologicamente e l'insulina normale regola il picco. Un calo glicemico dopo i pasti suggerisce meccanismi diversi come l'iperinsulinismo reattivo o disturbi funzionali dello stomaco.
- **B) durante lo sforzo fisico**: Lo sforzo fisico può abbassare la glicemia per consumo muscolare, ma non costituisce il quadro classico dell'insulinoma. La condizione tipica resta il digiuno, momento in cui l'iperossecrezione insulinica patologica si manifesta senza la competizione del lavoro scheletrico.
- **D) in clinostatismo**: Il clinostatismo non è un fattore scatenante né diagnostico. Rimanere in posizione orizzontale non influenza la secrezione tumorale, dove il criterio discriminante rimane esclusivamente la condizione metabolica, non anatomica o posturale.
- **E) in ortostatismo**: L'ortostatismo non ha alcun nesso pathogenetico con l'insulinoma. Questa posizione corporea è associata a alterazioni della pressione arteriosa o a scompensi della regolazione vasomotoria, non a squilibri metabolici del glucosio.

69 **L'ileo biliare è una forma di:**

- **A** **occlusione intestinale**
- B ileite terminale
- C ittero
- D enterite
- E peritonite

Risposta giusta: A

L'ileo biliare corrisponde a un'**ostruzione meccanica** del transito intestinale causata dal passaggio di un calcolo biliare nel lume. Il fenomeno sopravviene abitualmente dopo il recupero spontaneo di una **fistola colecisto-intestinale**. Si configura come un episodio di subocclusione o occlusione totale, localizzato prevalentemente a livello dell'ileo, ed esclude eziologie infettive o metaboliche.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) ileite terminale**: Incorretta in quanto l'ileite terminale descrive il processo infiammatorio cronico della porzione distale dell'ileo, tipico del morbo di Crohn; qui invece il sintomo è determinato dall'impatto di un **corpo estraneo** che blocca la luce intestinale.
- **C) ittero**: Falsa perché l'ittero consiste nella pigmentazione giallastra di cute e congiuntive per accumulo di bilirubina; nonostante il calcolo provenga dalla colecisti, non vi è alcun legame diretto tra il fenomeno cromatico e la definizione di ostruzione addominale.
- **D) enterite**: Non è corretta perché l'enterite designa specificamente un'infiammazione dell'intestino tenue, mentre il quadro clinico presenta esclusivamente caratteristiche ostruttive prive di componenti flogistiche primarie.
- **E) peritonite**: Errata poiché la peritonite indica l'infiammazione delle membrane peritoneali; potrebbe comparire solo come complicanza secondaria ma non costituisce la definizione nosologica della patologia.

70 **Una donna di 38 anni è stata sottoposta a colecistectomia laparoscopica per calcolosi sintomatica della colecisti. Il referto istologico definitivo descrive un carcinoma della colecisti che invade la lamina propria (pT1a). Qual è la scelta terapeutica migliore per questa paziente?**

A la paziente è giovane e quindi è indicata resezione epatica destra allargata
B è necessaria la chemioterapia
C è necessaria la radioterapia
D **è sufficiente la colecistectomia laparoscopica**
E è necessaria la chemio-ipertermia intraperitoneale

Risposta giusta: D

Nel carcinoma della colecisti pT1a la neoplasia è confinata alla **lamina propria** con un rischio di disseminazione linfonodale estremamente basso. Quando l'escissione avviene in modo completo, la semplice **colecistectomia** costituisce un trattamento definitivo e non richiede procedure aggiuntive. La decisione chirurgica dipende esclusivamente dalla profondità dell'invasione tissutale documentata dal referto istologico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la paziente è giovane e quindi è indicata resezione epatica destra allargata**: L'età anagrafica non modifica i parametri oncologici di estensione chirurgica. Un'epatectomia destra estesa viene valutata unicamente negli stadi T1b o successivi, quando il neoplasma invade lo strato muscolare pericolimale.
- **B) è necessaria la chemioterapia**: La chemioterapia adiuvante è controindicata quando la malattia resta confinata agli strati superficiali ed è stata rimossa integralmente. I regimi farmacologici sistemici diventano necessari solo in presenza di invaso dello strato muscolare, margini positivi o interessamento linfonodale.
- **C) è necessaria la radioterapia**: La radioterapia non fa parte del trattamento standard postoperatorio per un tumore già completamente asportato. Si riserva esclusivamente a casi palliativi o a lesioni localmente avanzate non operabili.
- **E) è necessaria la chemio-ipertermia intraperitoneale**: La chemio-ipertermia intraperitoneale è una strategia riservata ad altri ambiti oncologici e non ha alcun ruolo nella gestione del carcinoma della colecisti primitivo e precoce. Viene utilizzata principalmente per metastasi peritoneali secondarie.

71 **Dove troveremo più frequentemente aria libera in addome in caso di perforazione di ulcera peptica?**

A nello scavo pelvico

B **in sede sottodiaframmatica**

C nel mediastino

D nella cavità pleurica

E in doccia parietocolica destra

Risposta giusta: B

L'aria fuoriuscita dall'intestino presenta una **densità minore** rispetto ai liquidi biologici e risale naturalmente verso l'alto. Quando il paziente è disteso o eretto, il gas si raccoglie preferenzialmente sotto la **cupola diaframmatica**. Tale immagine è il segnale più affidabile di **pneumoperitoneo**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) nello scavo pelvico**: Il gas è più leggero dei fluidi e segue le leggi gravitazionali invertendosi con essi. Non si accumula quindi nello scavo pelvico, che occupa la regione più caudale della cavità addominale.
- **C) nel mediastino**: Il mediastino è una cavità toracica centrale compresa tra i due polmoni. Può ospitare aria soltanto in caso di pneumomediastino e non corrisponde alla distribuzione anatomica attesa dell'aria libera intraperitoneale.
- **D) nella cavità pleurica**: La cavità pleurica appartiene al compartimento toracico e non a quello addominale. Un accumulo d'aria in questa sede configura un pneumotorace, entità anatomica e clinica completamente diversa dal pneumoperitoneo.
- **E) in doccia parietocolica destra**: La presenza di gas può verificarsi in numerose patologie dell'apparato gastroenterico. La doccia parietocolica destra non rappresenta tuttavia la sede tipica né la raccolta più costante in caso di perforazione viscerale.

72 **Quale di questi sintomi/complicanze NON si riscontra tipicamente nella malattia emorroidaria non operata?**

A prurito
B sanguinamento
C **stenosi**
D trombosi acuta
E prolasso rettale

Risposta giusta: C

La **stenosi** anale non è una manifestazione tipica della malattia emorroidaria non trattata, ma origina da processi cicatriziali o dopo **chirurgia** anorettale. Il quadro clinico caratteristico comprende invece **emorroidi**, prurito, fastidio locale e prolasso. La **trombosi acuta** può comparire come complicanza dolorosa, soprattutto nella forma esterna.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) prurito**: Il prurito anale è un disturbo classico associato alla patologia emorroidaria, spesso accompagnato da bruciore e sensazione di discomfort locale.
- **B) sanguinamento**: Le emorroidi interne provocano frequentemente sanguinamento rosso vivo, che si manifesta in genere durante o subito dopo l'evacuazione intestinale.
- **D) trombosi acuta**: Nelle emorroidi esterne può formarsi una trombosi acuta determinando un'improvvisa comparsa di dolore intenso e tumefazione perineale.
- **E) prolasso rettale**: Il termine va differenziato dal prolasso del retto vero e proprio, tuttavia il prolasso delle stesse emorroidi costituisce una manifestazione clinica tipica dello stadio non operato.

73 **Un neonato di tre settimane di vita giunge in Pronto Soccorso per vomito alimentare ingravescente. A seguito di accertamenti viene posta diagnosi di stenosi ipertrofica del piloro. Quale delle seguenti affermazioni NON è corretta?**

A può associarsi ad ittero
B si associa ad alcalosi metabolica ipocloremica
C è una urgenza metabolica
D può associarsi ad ematemesi
E ha prognosi infausta anche se trattata chirurgicamente

Risposta giusta: E

La stenosi ipertrofica del piloro ha una prognosi eccellente se diagnosticata tempestivamente e gestita correttamente. L'intervento risolutivo è la **piloromiotomia**, cui segue un rapido recupero nutrizionale dopo la stabilità emodinamica e biochimica. Sostenere che la patologia abbia comunque esito letale nonostante il trattamento chirurgico costituisce l'unica affermazione errata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) può associarsi ad ittero**: L'associazione con ittero neonatale è un reperto clinico consolidato, sebbene il relativo meccanismo fisiopatologico non sia stato ancora completamente definito.
- **B) si associa ad alcalosi metabolica ipocloremica**: Il vomito persistente provoca la continua perdita di secrezioni gastriche ricche di ioni idrogeno e cloro, generando classicamente un'**alcalosi metabolica ipocloremica** secondaria al deperimento acido e saline.
- **C) è una urgenza metabolica**: Il quadro clinico configura un'**urgenza metabolica** prioritaria rispetto alla chirurgia immediata, poiché il paziente presenta tipicamente severa disidratazione e profonde alterazioni elettrolitiche che necessitano di correzione preventiva per evitare complicanze intraoperatorie.
- **D) può associarsi ad ematemesi**: La frequenza e la violenza dei conati possono causare microlesioni meccaniche e chimiche sulla mucosa gastroesofagea, rendendo plausibile la comparsa di tracce ematiche nel materiale emetico.

74 **Ad una paziente di 50 anni è stato diagnosticato un carcinoma mammario ed è stata posta indicazione a mastectomia skin-sparing. La paziente ha un BMI di 28, non è fumatrice, non assume farmaci e non presenta comorbidità. Quale delle seguenti affermazioni circa le possibilità di ricostruzione della mammella in questa assistita è corretta?**

A la radioterapia riduce il rischio di complicanze nella ricostruzione con protesi mammarie

B nel caso di ricostruzione con protesi la paziente ha una probabilità del 50% di sostituire la protesi nei primi 10 anni dopo l'intervento

C la ricostruzione eterologa necessita sempre di un secondo intervento chirurgico per la sostituzione dell'espansore con la protesi definitiva

D la paziente è candidabile anche a ricostruzione autologa con lembi liberi o lembi peduncolati

E la paziente non è candidabile a ricostruzione mammaria

Risposta giusta: D

La paziente presenta un **BMI** nel range accettabile, è **non fumatrice** e priva di **comorbidità** rilevanti. Questa condizione clinica rende fattibile qualsiasi tecnica reconstructiva disponibile. La chirurgia **autologa** con lembi liberi o peduncolati rappresenta un'opzione concreta e spesso preferita quando si desidera evitare una protesi o si valutano tessuti fragili. La decisione finale dipende comunque dall'estensione della malattia e dal possibile trattamento adiuvante.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** la radioterapia compromette la vascolarizzazione e l'elasticità cutanea. Tale contesto favorisce fibrosi, contrattura capsulare e ritardi di guarigione, aumentando il rischio di complicanze invece di ridurlo.
- **B) nel caso di ricostruzione con protesi la paziente ha una probabilità del 50% di sostituire la protesi nei primi 10 anni dopo l'intervento**: le revisioni implantari dipendono da variabili individuali quali il materiale utilizzato, lo spessore sottocutaneo e l'esposizione alla radioterapia. Assegnare una percentuale fissa priva di contesto statistico clinico non rispecchia la letteratura scientifica attuale.
- **C)** la ricostruzione eterologa segue solitamente un protocollo in due tempi con espansione successiva, ma la tecnica diretta consente il posizionamento immediato della protesi definitiva. Non esiste quindi un obbligo assoluto di un secondo intervento chirurgico.
- **E) la paziente non è candidabile a ricostruzione mammaria**: la ricostruzione mammaria è ampiamente indicata dopo mastectomia per neoplasie primitive prive di controindicazioni assolute. Il quadro clinico e antropometrico descritto non esclude categoricamente l'accesso alle procedure ricostruttive.

75 **Secondigravida nullipara, appendicectomizzata, di 26 anni, con dismenorrea insorta da circa 2 anni, non utilizzatrice di contraccettivi, giunge al Pronto Soccorso per dolore pelvico ingravescente non rispondente ai FANS insorto durante il terzo giorno di flusso mestruale. Si presenta con stabilità emodinamica, reazione peritoneale, esami ematochimici di base nella norma con Hb 10,3 g/dl, test di gravidanza negativo. Qual è l'indagine diagnostica ginecologica di primo livello a cui sottoporla?**

A sonoisterografia
B RM pelvica con mezzo di contrasto
C colposcopia
D **ecografia transvaginale**
E isteroscopia

Risposta giusta: D

Paziente emodinamicamente stabile e gravidanza esclusa richiedono una valutazione rapida e non invasiva. L'**ecografia transvaginale** valuta immediatamente utero, ovaie e annessi. Consente di individuare rapidamente segni di **endometriosi** o cisti ovariche correlati alla dismenorrea cronica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sonoisterografia**: La sonoisterografia mappa la cavità uterina per confermare polipi, fibromi sottomucosi o anomalie morfologiche, rimanendo totalmente scollegata dalla valutazione diagnostica iniziale di un dolore pelvico ingravescente.
- **B) RM pelvica con mezzo di contrasto**: La risonanza magnetica è utile per l'endometriosi profonda o quando l'ecografia non è definitiva, ma presenta costi elevati e tempi di esecuzione maggiori, pertanto si riserva a fasi successive di secondo livello.
- **C) colposcopia**: La colposcopia ispeziona collo dell'utero e mucosa vaginale in seguito a un Pap test alterato o a lesioni cervicali sospette, non fornendo alcuna informazione sugli organi pelvici interni o sull'appendicectomia pregressa.
- **E) isteroscopia**: L'isteroscopia esplora la **cavità uterina** ed è indicata per sanguinamenti anomali, sospette lesioni endocavitarie o iter infertili, risultando poco appropriata per un quadro doloroso pelvico acuto.

76 **Quale istotipo di tumore ovarico è più frequentemente correlato ad endometriosi ovarica?**

A sieroso alto grado
B tumore di Brenner
C sieroso basso grado
D mucinoso
E a cellule chiare

Risposta giusta: E

Il **carcinoma a cellule chiare** è l'istotipo classicamente associato all'**endometriosi ovarica**. L'endometriosi rappresenta un terreno favorevole alla trasformazione maligna, che riguarda prevalentemente questo istotipo e quello **endometrioide**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sieroso alto grado**: Il carcinoma sieroso di alto grado è il tumore ovarico maligno più frequente in generale, ma non possiede una patogenesi legata all'endometriosi.
- **B) tumore di Brenner**: Il tumore di Brenner è una neoplasia ovarica rara che non condivide alcun meccanismo patogenetico classico con l'endometriosi.
- **C) sieroso basso grado**: Il carcinoma sieroso a basso grado ha una biologia nettamente diversa e non è l'istotipo più frequentemente correlato all'endometriosi.
- **D) mucinoso**: I tumori mucinosi presentano un'epidemiologia differente e non mostrano alcun legame tipico con l'endometriosi ovarica.

---

77 **Fra i seguenti quale NON è considerato un fattore di rischio per emorragia post-partum?**

A travaglio prolungato
B ipotiroidismo materno
C macrosomia fetale
D polidramnios
E gravidanza multipla

Risposta giusta: B

L'ipotiroidismo materno non altera il tono contrattile dell'utero né ne causa una distensione eccessiva. I principali fattori di rischio agiscono promuovendo l'**atonia uterina** o lo **stiramento miometriale**. Questa patologia endocrina non rientra quindi tra le cause cliniche di sanguinamento puerperale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) travaglio prolungato**: Il travaglio prolungato induce un affaticamento progressivo del miometrio per la durata eccessiva delle contrazioni. La stanchezza muscolare riduce la forza di retrazione necessaria a comprimere i vasi placentari e arrestare il flusso ematico.
- **C) macrosomia fetale**: La macrosomia fetale sottopone l'utero a uno stress distensivo superiore alla norma per le dimensioni del bambino. Il miometrio iperdilatato perde tono contrattile, aumentando il rischio di atonia puerperale.
- **D) polidramnios**: Il polidramnios genera una marcata distensione delle pareti uterine dovuta all'accumulo patologico di liquido amniotico. Lo stiramento meccanico impedisce una contrazione efficace dopo il parto, favorendo l'emorragia.
- **E) gravidanza multipla**: La gravidanza multipla comporta una maggiore estensione uterina per la presenza di più fetus. La parete troppo dilatata fatica a contrarsi ed espellere normalmente, predisponendo all'atonia e al successivo sanguinamento.

---

78 **Primigravida alla 34 settimana, sino a quel momento in evoluzione fisiologica, accusa prurito diffuso non associato a lesioni cutanee o all'assunzione di farmaci. Quale è la causa più probabile?**

A minaccia di parto pretermine

B colestasi gravidica

C ipertensione gravidica

D placenta previa

E ipotiroidismo materno

Risposta giusta: B

Il quadro clinico a 34 settimane con evoluzione finora fisiologica orienta rapidamente verso una causa epatico colestatica. La colestasi gravidica si manifesta tipicamente nel terzo trimestre con **prurito** diffuso e intenso privo di lesioni cutanee primarie. L'alterazione del flusso biliare provoca l'accumulo di **acidi biliari** nella circolazione sistemica, attivando i recettori della cute.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) minaccia di parto pretermine**: Questa condizione non provoca il sintomo descritto. Si presenta con contrazioni uterine regolari, dolore pelvico e modificazioni cervicali.
- **C) ipertensione gravidica**: Questo disturbo è incompatibile con il quadro clinico. Si manifesta con valori pressori elevati e nei casi gravi include **proteinuria** o segni di preeclampsia.
- **D) placenta previa**: Questa patologia si caratterizza per sanguinamento vaginale indolore nel terzo trimestre. Non vi è alcun nesso fisiopatologico con il sintomo cutaneo.
- **E) ipotiroidismo materno**: Questo deficit ormonale può causare astenia, aumento ponderale e intolleranza al freddo. Non rappresenta un'eziologia per il sintomo isolato, che invece indirizza verso la compromissione epatica.

79 **Donna di 32 anni, in puerperio, manifesta una persistenza di lochiazioni a tre mesi dal parto che si fanno progressivamente più abbondanti, maleodoranti e associate a febbre serotina. Esegue ecografia pelvica che dimostra un ispessimento focale endometriale di 25 mm. L'ipotesi diagnostica più probabile è:**

- **A** **residuo placentare con endometrite**
- **B** mioma uterino in espulsione infetto
- **C** adenomiosi
- **D** polipo endometriale infetto
- **E** setto uterino con endometrite

Risposta giusta: A

Le **lochiazioni persistenti**, progressivamente più abbondanti e maleodoranti con **febbre serotina** indicano un'infezione associata a materiale uterino ritenuto. L'ecografia evidenzia un ispessimento focale dell'endometrio di $25\ \mathrm{mm}$, reperto tipico di un **residuo placentare** che funge da substrato batterico. Questo quadro clinico ed ecografico rappresenta la causa più comune di endometrite nel **contesto puerperale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) mioma uterino in espulsione infetto**: Un mioma può provocare emorragie, ma un processo di espulsione spontanea complicato da infezione è statisticamente improbabile nella descrizione fornita. Manca completamente il nesso patogenetico diretto tra il decorso fisiologico del puerperio e la ritenzione di materiale necrotico.
- **C) adenomiosi**: L'adenomiosi si manifesta tradizionalmente con menorragia, dismenorrea invalidante e ingrossamento uterino globoso. Non produce mai secrezioni fetide, febbre o ispessimenti localizzati tipici delle complicanze infettive materne immediate.
- **D) polipo endometriale infetto**: Un polipo endometriale infetto può causare perdite vaginali anomale, ma la sua incidenza è trascurabile durante il puerperio. Il quadro clinico post-partum combinato al reperto ecografico orienta sistematicamente verso tessuto placentare trattenuto piuttosto che una lesione mucosa preesistente.
- **E) setto uterino con endometrite**: Un setto uterino costituisce una malformazione congenita generalmente asintomatica al di fuori dei cicli riproduttivi attivi. Non giustifica l'insorgenza subacuta dopo il parto, né l'ispessimento endometriale focale né i segni clinici di suppurazione.

80 **Quale delle seguenti affermazioni relative ai cambiamenti del sistema cardiovascolare in gravidanza è corretta?**

A si riduce la gittata cardiaca, aumentano le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico

B **aumenta la gittata cardiaca, si riducono le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico**

C aumenta la gittata cardiaca, aumentano le resistenze vascolari, si riduce il volume ematico

D si riduce la gittata cardiaca, si riducono le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico

E aumenta la gittata cardiaca, aumentano le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico

Risposta giusta: B

In gravidanza la **gittata cardiaca** aumenta per sostenere le richieste maternofetali. Le **resistenze vascolari** periferiche diminuiscono per effetto della vasodilatazione indotta dal contesto ormonale. Il **volume ematico** si espande progressivamente per compensare i maggiori fabbisogni circolatori e preparare il distacco placentare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) si riduce la gittata cardiaca, aumentano le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico**: La gittata cardiaca non scende mai nella fase gestazionale e presenta un andamento ascendente. Le resistenze vascolari seguono la stessa logica inversa rispetto all'affermazione proposta.
- **C) aumenta la gittata cardiaca, aumentano le resistenze vascolari, si riduce il volume ematico**: La gittata cardiaca cresce effettivamente, ma le resistenze vascolari diminuiscono invece di aumentare e il volume ematico si espande oltre il valore basale.
- **D) si riduce la gittata cardiaca, si riducono le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico**: L'errore principale riguarda la gittata cardiaca che non diminuisce ma aumenta progressivamente. Appartengono invece al quadro normale la riduzione delle resistenze vascolari e l'aumento del volume ematico.
- **E) aumenta la gittata cardiaca, aumentano le resistenze vascolari, aumenta il volume ematico**: È inesatto indicare un rialzo delle resistenze vascolari poiché esse tendono naturalmente a calare durante i nove mesi. Risultano corrette la crescita della gittata cardiaca e l'espansione del volume ematico.

81 **Una donna di 25 anni con cicli regolari, che sta cercando di avere un figlio da un anno, ha iniziato a misurare la temperatura basale rilevando un aumento della temperatura nella seconda metà del ciclo. Qual è la ragione di tale aumento di temperatura?**

A aumento della inibina B
B alterazione della secrezione di GnRH
C calo degli estrogeni
D aumento del LH sierico
E **aumento del progesterone sierico**

Risposta giusta: E

L'aumento della temperatura basale nella seconda metà del ciclo è causato dall'effetto termogenico del progesterone. L'ormone viene secreto dal corpo luteo dopo l'ovulazione e innalza la temperatura corporea di base durante la fase luteale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) aumento della inibina B**: L'inibina B è prodotta principalmente nella fase follicolare per modulare il FSH senza influenzare la temperatura basale.
- **B) alterazione della secrezione di GnRH**: Il GnRH regola la secrezione di FSH e LH a monte dell'asse ipotalamo-ipofisario ma non causa direttamente il rialzo termico.
- **C) calo degli estrogeni**: La riduzione degli estrogeni accompagna la fase post-ovulatoria ma l'incremento termico caratteristico dipende specificamente dalla secrezione luteale.
- **D) aumento del LH sierico**: Il picco di LH induce il rilascio dell'oocita ma decade rapidamente mentre l'effetto termico sorge gradualmente grazie al progesterone.

---

82 **Una donna di 55 anni in trattamento con tamoxifene dopo terapia chirurgica per carcinoma della mammella si presenta al Pronto Soccorso con sanguinamento genitale. Quale indagine può essere più indicata per indirizzare la diagnosi?**

A laparoscopia
B dosaggio estradiolo sierico
C **ecografia transvaginale**
D emocromo
E TC

Risposta giusta: C

Il **tamoxifene** può causare ispessimento dell'endometrio, polipi e raramente lesioni neoplastiche. L'ecografia transvaginale è il primo esame da eseguire per valutare rapidamente lo spessore mucoso e decidere se approfondire con isteroscopia o biopsia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) laparoscopia**: La laparoscopia è un intervento invasivo indicato per altri contesti ginecologici o chirurgici. Non fornisce informazioni utili nella valutazione iniziale del sanguinamento genitale.
- **B) dosaggio estradiolo sierico**: Il dosaggio dell'estradiolo sierico misura la concentrazione di estrogeni nel sangue ma non analizza la struttura uterina. Non aiuta a identificare patologie locali dell'endometrio.
- **D) emocromo**: L'emocromo serve a quantificare la perdita ematica e a rilevare eventuali anemie. Monitora le conseguenze cliniche ma non determina la causa originaria del sanguinamento.
- **E) TC**: La tomografia computerizzata non è lo strumento preferibile per studiare la cavità endometriale. Offre meno dettaglio anatomico rispetto all'ecografia per valutare ispessimenti o anomalie superficiali dell'utero.

83 **Un uomo di 38 anni riferisce tumefazione e dolore ingravescenti in corrispondenza del polso sinistro da circa 8 mesi. E' stato sottoposto a esame radiografico (vedi immagine) ed esame bioptico, che consentono di porre diagnosi di tumore a cellule giganti dell'osso Qual è il trattamento iniziale più appropriato per questo paziente?**

A chemioterapia neo-adiuvante, resezione radicale e chemioterapia adiuvante

B **svuotamento, applicazione di adiuvanti locali ed innesti ossei o cemento**

C radioterapia e resezione ampia

D amputazione

E chemioterapia neo-adiuvante, radioterapia e resezione ampia

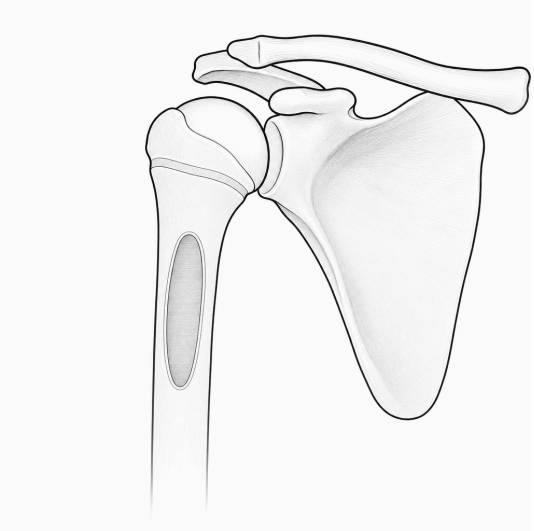
Risposta giusta: B

Nel **tumore a cellule giganti dell'osso** il trattamento iniziale preferibile è il **curettage** quando la lesione è trattabile chirurgicamente. Si impiegano **adiuvanti locali** per abbassare il rischio di **recidiva** e si ripristina la stabilità meccanica con innesto osseo o cemento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) chemioterapia neo-adiuvante, resezione radicale e chemioterapia adiuvante**: È infondata in quanto la chemioterapia non trova indicazione nel manejo di questa neoplasia. Pur trattandosi di una lesione localmente aggressiva, non segue gli schemi terapeutici riservati ai sarcomi ad alto grado di malignità.
- **C) radioterapia e resezione ampia**: L'impiego della radioterapia non è consigliato come prima linea data la potenziale associazione con la trasformazione maligna documentata in letteratura. La resezione ampia viene presa in considerazione esclusivamente in condizioni cliniche molto specifiche.
- **D) amputazione**: Interviene precocemente in modo sproporzionato rispetto al quadro patologico. Viene considerata solo in scenari critici caratterizzati da recidive multiple, distruzione estesa delle strutture anatomiche o incapacità di garantire il controllo oncologico mediante chirurgia conservativa.
- **E) chemioterapia neo-adiuvante, radioterapia e resezione ampia**: Non rappresenta la strategia giusta perché la chemioterapia non rientra nei protocolli di routine e la radioterapia non costituisce la base del trattamento iniziale. La resezione ampia si mantiene solo per casistiche particolari e non funge da approccio standard.

84 **Un bambino di 10 anni riferisce l'insorgenza di dolore dopo un trauma alla spalla destra riportato durante una partita di calcio. I genitori negano precedenti dolori o traumi alla stessa spalla. La radiografia è mostrata nella figura. Qual è la diagnosi più probabile fra le seguenti?**



A **cisti ossea giovanile**
B sarcoma di Ewing
C frattura della clavicola
D distacco epifisario prossimale dell'omero
E condrosarcoma

Risposta giusta: A

Una lesione ossea benigna nell'omero prossimale è frequente in età pediatrica e appare come cavità ben delimitata. Il trauma sportivo ha innescato un dolore improvviso o una frattura patologica, evidenziando una patologia precedentemente silente. Si tratta di una **cisti unicamerale**, reperto tipico della prima decade di vita.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) sarcoma di Ewing**: Il sarcoma di Ewing genera dolore continuo con predominanza notturna e mostra **reperti aggressivi**, incompatibili con un processo cistico benigno.
- **C) frattura della clavicola**: La frattura della clavicola è plausibile dopo un urto ma non giustifica l'anomalia strutturale visualizzata nel collo dell'omero.
- **D) distacco epifisario prossimale dell'omero**: Un distacco epifisario presenterebbe **disallineamento fisiareo** e un quadro traumatico acuto, escludendo la presenza di una cavità ossea regolare.
- **E) condrosarcoma**: Il condrosarcoma rappresenta un **tumore maligno** quasi esclusivo dell'età adulta e risulta rarissimo sotto i dodici anni.

85 **Un pallavolista di 22 anni si presenta con dolore acuto al ginocchio sinistro e modica tumefazione articolare in seguito a un trauma distorsivo riportato dopo un salto. Riferisce sensazione di blocco del ginocchio e l'esame dell'articolarità mostra un arco di movimento compreso tra i 20 e i 90 gradi. La figura A mostra un'immagine artroscopica del compartimento antero-mediale del ginocchio e la Figura B un'immagine della RM. Quale delle seguenti diagnosi è la più probabile?**

A lesione del legamento crociato anteriore
B frattura del piatto tibiale interno
C **lesione a manico di secchio del menisco mediale**
D lesione osteo-condrale del condilo femorale interno
E lesione del legamento crociato posteriore

Risposta giusta: C

Il trauma distorsivo da salto ha provocato dolore acuto e modica tumefazione. La sensazione di **blocco articolare** con arco di movimento limitato tra 20° e 90° indica un intrappolamento di tessuto all'interno dell'articolazione. Le immagini artroscopiche e la risonanza magnetica confermano una **lacerazione a manico di secchio del menisco mediale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) lesione del legamento crociato anteriore**: La lesione del legamento crociato anteriore predilige i giovani sportivi ma manifesta principalmente instabilità rotazionale ed episodi di cedimento. Non provoca il blocco fisico dell'estensione-flessione osservato nel caso.
- **B) frattura del piatto tibiale interno**: La frattura del piatto tibiale interno si presenta solitamente con un quadro traumatico più severo e dolore marcato durante il carico. Manca la caratteristica limitazione ciclica del movimento dovuta a un frammento intraarticolare.
- **D) lesione osteo-condrale del condilo femorale interno**: La lesione osteo-condrale del condilo femorale interno può originare da eventi traumatici e causare dolore localizzato. Tuttavia il suo quadro clinico è associato a crepitii e dolore progressivo, non a un arresto improvviso dell'arco di movimento.
- **E) lesione del legamento crociato posteriore**: La lesione del legamento crociato posteriore richiede tipicamente un **impatto diretto** contro la tibia o traumi ad alta energia. Inoltre non genera un vero blocco meccanico dell'articolarità.

86 **Quali lesioni scheletriche vengono classificate secondo Salter e Harris?**

A lussazioni gleno-omerali

B fratture della caviglia

C lussazioni del gomito

D **distacchi epifisari**

E fratture del femore

Risposta giusta: D

La classificazione di Salter e Harris descrive le fratture che attraversano la **cartilagine di accrescimento** nei bambini e negli adolescenti. Serve a catalogare i **distacchi epifisari** in base al percorso del trait di frattura tra epifisi, fisi e metafisi. È uno strumento esclusivo della patologia ortopedica pediatrica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) lussazioni gleno-omerali**: Rappresenta un allontanamento dei capi articolari della spalla senza interessare la struttura metarifisaria, motivo per cui resta estranea ai parametri di valutazione previsti dal criterio.
- **B) fratture della caviglia**: Il termine indica traumi anatomici specifici che adottano classificazioni variabili; lo schema in oggetto trova applicazione solo quando il trauma investe direttamente la fisi in età evolutiva.
- **C) lussazioni del gomito**: Riguarda lo scorrimento anomalo delle superfici articolari e richiede schemi diagnostici alternativi, poiché il protocollo si occupa esclusivamente delle lesioni della placca di crescita.
- **E) fratture del femore**: Indicare genericamente questa sede anatomica è impreciso perché il sistema valuta esclusivamente le lesioni che compromettono la zona di fusione nei soggetti giovani, ignorando i traumi diafisari o epitallici dell'età adulta.

87 **Ad una ragazza di 10 anni con test di Risser 2 viene posta diagnosi di scoliosi dorsale destro-convessa. Il gibbo costale è maggiore di 5 millimetri e l'angolo di Cobb è di 30°. Con quale delle seguenti modalità di trattamento inizieresti la cura della paziente?**

A intervento chirurgico
B nessun trattamento
C **busto ortopedico**
D ginnastica medica
E radio-ablazione delle faccette articolari delle vertebre dorsali

Risposta giusta: C

Il paziente mostra un **Risser 2**, segnale di scheletro in accrescimento con rilevante potenziale evolutivo residuo. L'**angolo di Cobb 30°** unito a un gibbo costale maggiore di 5 millimetri definisce una curva strutturata. In queste condizioni l'unica strategia idonea per bloccare la **progressione** della deformità è l'applicazione di una terapia meccanica esterna.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) intervento chirurgico**: La chirurgia di fusione vertebrale viene programmata esclusivamente per archi superiori a 45 gradi o per casi refrattari alla terapia conservativa. Un approccio operativo precoce in un soggetto di 10 anni esporrebbe a complicanze neurologiche e funzionali sproporzionate rispetto al beneficio reale.
- **B) nessun trattamento**: L'osservazione passiva è indicata solo per curvature lievi inferiori a 20 gradi o in soggetti scheletricamente maturi. Una deviazione di 30 gradi in una bambina di 10 anni richiede un intervento attivo per contrastare il naturale peggioramento legato agli scatti di crescita pubertale.
- **D) ginnastica medica**: La ginnastica medica rafforza il corsetto muscolare e migliora l'equilibrio posturale ma non genera forze correttive sufficienti a modificare un arco vertebrale consolidato. Rappresenta un coadiuvante utile ma non sostituisce mai il contenimento ortesico quando la curva supera la soglia critica.
- **E) radio-ablazione delle faccette articolari delle vertebre dorsali**: La **radio-ablazione** delle faccette articolari è una procedura elettromagnetica destinata al controllo del dolore lombare cronico degenerativo. Agisce sui tessuti nervosi perineurali senza influenzare la stabilità biomeccanica della colonna o la maturazione delle cartilagini di accrescimento.

88 **Un paziente di 66 anni con diagnosi di ipertrofia prostatica benigna, riferisce progressivo peggioramento del quadro minzionale con pollachiuria diurna e notturna e flusso urinario ridotto. Nega macroematuria e stranguria. Quale tra le seguenti classi di farmaci potrebbe essere impiegata per il trattamento di tale sintomatologia?**

A betabloccanti

B **antagonisti alfa-adrenergici**

C calcioantagonisti

D tutte le altre risposte sono corrette

E anticolinergici

Risposta giusta: B

Gli **antagonisti alfa-adrenergici** rilassano la **muscolatura liscia** della prostata e del collo vescicale, riducendo l'ostruzione meccanica e migliorando il flusso urinario nei pazienti con ipertrofia prostatica benigna.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) betabloccanti**: I betabloccanti sono utilizzati in ambito cardiovascolare e non esercitano alcun effetto terapeutico sulla sintomatologia urinaria legata all'ipertrofia prostatica.
- **C) calcioantagonisti**: I calcioantagonisti sono indicati principalmente per patologie cardiovascolari e non alterano il tono delle vie urinarie inferiori né alleviano l'ostruzione prostatica.
- **D) tutte le altre risposte sono corrette**: La risposta è errata perché solo gli antagonisti alfa-adrenergici risultano realmente appropriati; le classi rimanenti non rappresentano un trattamento standard per questa patologia.
- **E) anticolinergici**: Gli anticolinergici trattano i sintomi da riempimento come urgenza e incontinenza, ma aggravano il quadro ostruttivo aumentando il rischio di ristagno urinario.

89 **Una donna di 18 anni con anamnesi caratterizzata da infezioni urinarie ricorrenti, episodi febbrili e dolori al fianco destro, si presenta al Pronto Soccorso. Nel sospetto di pielonefrite da reflusso vescico-ureterale a quale dei seguenti esami sottoporreste la paziente?**

A uro-TC

B **cisto-uretrografia retrograda e minzionale**

C pielografia anterograda

D ecografia pelvica

E RM addome

Risposta giusta: B

Nel sospetto di **reflusso vescico-ureterale**, l'esame di riferimento è la cisto-uretrografia minzionale. Questo esame visualizza il **passaggio dinamico del mezzo di contrasto** dalla vescica verso gli ureteri durante la minzione. La procedura conferma direttamente il meccanismo patologico responsabile delle infezioni ricorrenti e della pielonefrite.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) uro-TC**: Non costituisce l'indagine standard per documentare il reflusso. Espone la paziente a radiazioni ionizzanti e non riproduce efficacemente la componente dinamica del fenomeno durante la minzione come fa l'esame di riferimento.
- **C) pielografia anterograda**: Non è indicata in questo contesto clinico. Viene utilizzata principalmente per drenare le vie urinarie dall'alto o studiarle in caso di ostruzione severa o quando non sia possibile una valutazione retrograda.
- **D) ecografia pelvica**: Rappresenta un ottimo screening iniziale grazie alla sua non invasività e all'assenza di radiazioni. Tuttavia non basta per confermare la diagnosi poiché può rilevare dilatazioni o anomalie morfologiche ma non documenta direttamente il flusso inverso durante lo svuotamento.
- **E) RM addome**: Non è lo strumento diagnostico adatto per questa patologia. Mancano i parametri necessari per valutare direttamente il flusso retrogrado e la funzionalità urinaria in tempo reale con mezzi di contrasto dedicati.

90 **Quale indagine diagnostica rappresenta il gold-standard per l'inquadramento preoperatorio di una lesione espansiva renale?**

A scintigrafia renale sequenziale

B PET con gallio

C **uro-TC addome con mezzo di contrasto**

D RM addome senza contrasto

E ecografia

Risposta giusta: C

La **uro-TC** con **mezzo di contrasto** è l'esame di riferimento per lo staging preoperatorio. Valuta accuratamente la **morfologia** della massa, i rapporti con il parenchima renale e con le strutture vascolari e urinarie. Fornisce le informazioni complete per programmare l'intervento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) scintigrafia renale sequenziale**: Il suo scopo principale è valutare la **funzione differenziale** renale. Non permette di delineare l'estensione anatomica della lesione né i suoi rapporti locali, rendendola inadatta alla caratterizzazione morfologica preoperatoria.
- **B) PET con gallio**: Non rientra nei protocolli diagnostici di routine per le masse renali. Le sue indicazioni cliniche sono molto ristrette e non fornisce l'analisi anatomica locale richiesta per il percorso chirurgico.
- **D) RM addome senza contrasto**: Può essere impiegata in casi selezionati o quando la TC è controindicata. La mancanza di mezzo di contrasto riduce drasticamente la capacità di caratterizzare la lesione e di studiarne la vascolarizzazione, escludendola come esame standard.
- **E) ecografia**: Rappresenta un ottimo primo approccio rapido e non invasivo per distinguere grossolanamente lesioni solide da cistiche. Manca però dei dettagli anatomici necessari per la stadiazione completa e per la precisa pianificazione chirurgica.

91 **Una donna di 54 anni giunge al Pronto Soccorso per violenta cefalea nucale a esordio improvviso, durante uno sforzo fisico. La paziente si presenta sveglia, collaborante e apiretica, con lieve emiparesi destra e con rigidità nucale. Il sospetto clinico è di emorragia sub-aracnoidea. Quale tra questi è l'accertamento strumentale indicato in prima istanza per questa situazione?**

- **A** **TC cerebrale + angio-TC cerebrale**
- B TC cervicale
- C elettroencefalogramma
- D RX cranio a due proiezioni
- E TC Total Body

Risposta giusta: A

In caso di sospetto di emorragia subaracnoidea acuta, la prima indagine da eseguire è la TC cerebrale senza contrasto. Questa metodica rileva immediatamente il sangue negli spazi subaracnoidei ed è fondamentale per confermare la diagnosi. Si associa poi un'angio-TC cerebrale per cercare eventuali aneurismi o anomalie vascolari responsabili del versamento, orientando così la terapia d'urgenza.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) TC cervicale**: La rigidità nucale riflette un'irritazione meningea di origine intracranica e non denota una patologia strutturale del rachide cervicale. L'indagine deve pertanto essere esclusivamente encefalica.
- **C) elettroencefalogramma**: L'elettroencefalogramma registra l'attività elettrica cerebrale e si impiega nello studio di crisi convulsive o sindromi encefalopatiche, risultando inappropriato per evidenziare sanguinamenti intracranici.
- **D) RX cranio a due proiezioni**: La radiografia cranica tradizionale non consente la visualizzazione degli spazi subaracnoidei né del parenchima cerebrale. Non offre alcuna informazione utile nella caratterizzazione di un versamento emorragico acuto.
- **E) TC Total Body**: La TC total body copre regioni non pertinenti al quadro clinico e diluisce i tempi diagnostici. In un'emergenza neurologica focalizzata è indispensabile un esame mirato sul cranio, non uno screening corporeo generalizzato.

92 **Una donna di 63 anni presenta episodi recidivanti di disturbo del linguaggio caratterizzato da eloquio disartrico. La risonanza magnetica rileva la presenza di una neoformazione riferibile ad un glioma di basso grado in sede frontale sinistra, di diametro massimo di circa 4 cm. Quale dovrà essere il trattamento consigliato?**

A follow-up radiologico con nuova RM cerebrale da 2 a 6 mesi

B radiochirurgia stereotassica

C stadiazione oncologica con PET-FDG Total-Body

D **intervento chirurgico con monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio**

E stadiazione oncologica con TC con mezzo di contrasto toraco-addominale

Risposta giusta: D

La paziente presenta un glioma di basso grado sintomatico di $4\ \mathrm{cm}$. Il trattamento prioritario è la resezione chirurgica ampia ma sicura. Il lobo frontale sinistro è sede eloquente per il linguaggio. Il monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio riduce il rischio di deficit permanenti guidando il chirurgo durante l'asportazione. L'atto operatorio garantisce inoltre la diagnosi istologica e un migliore controllo oncologico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) follow-up radiologico con nuova RM cerebrale da 2 a 6 mesi**: Il follow-up radiologico programmato si considera esclusivamente per quadri asintomatici. Una formazione sintomatica di queste caratteristiche impone un intervento attivo e non una semplice attesa.
- **B) radiochirurgia stereotassica**: La radiochirurgia stereotassica si indirizza a lesioni di ridotto volume o non resecabili. Non è adatta in presenza di una massa di $4\ \mathrm{cm}$ dove prevale la via operativa convenzionale.
- **C) stadiazione oncologica con PET-FDG Total-Body**: La PET-FDG Total-Body condivide i limiti della TC di staging. Si impiega per esclusione di patologie secondarie ma non rappresenta il primo passo terapeutico per una compatibilità radiologica con glioma primitivo.
- **E) stadiazione oncologica con TC con mezzo di contrasto toraco-addominale**: La stadiazione sistemica tramite TC toraco-addominale valuta solo metastasi cerebrali o neoplasie extracraniche. La neurorisonanza suggerisce già un tumore primitivo del sistema nervoso centrale.

93 **Una donna di 45 anni ha avuto un riscontro di pressione oculare elevata in entrambi gli occhi e viene inviata all'ambulatorio glaucoma. Quale di questi esami è MENO utile per inquadramento del paziente?**

A valutazione della papilla ottica
B esame del campo visivo
C misura dello spessore corneale
D fluoroangiografia retinica
E tomografia a coerenza ottica (OCT) delle fibre del nervo ottico

Risposta giusta: D

In un paziente con sospetto glaucoma gli esami mirati devono valutare sia il **danno strutturale** sia quello funzionale del nervo ottico. La fluoroangiografia retinica analizza la **circolazione retinica** e coroideale e non rientra nei percorsi diagnostici standard per questa condizione. Per inquadrare correttamente il caso clinico si preferiscono metodiche che correlano direttamente la misurazione **pressoria** con i **difetti visivi** e l'integrità anatomica della papilla.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) valutazione della papilla ottica**: È indispensabile per rilevare i cambiamenti morfologici del disco ottico. L'esame obiettivo diretto consente di osservare progressivamente l'ampliamento dell'escavazione centrale e l'assottigliamento del parenchima neuroretinico.
- **B) esame del campo visivo**: È fondamentale per documentare il coinvolgimento funzionale della via ottica. La mappatura perimetrizzata permette di identificare precoci riduzioni del campo visivo periferico caratteristiche dell'avanzamento patologico.
- **C) misura dello spessore corneale**: È utile perché la pachimetria corneale corregge l'interpretazione del dato tonometrico. Un'alterazione dello spessore corneale modifica la resistenza strumentale e può indurre una sovrastima o sottostima della pressione oculare.
- **E) tomografia a coerenza ottica (OCT) delle fibre del nervo ottico**: Fornisce una quantificazione precisa dello spessore delle fibre nervose superficiali. La tomografia rivela perdite cellulari significative spesso prima che risultino clinicamente apprezzabili nelle indagini complementari.

94 **Un uomo di 75 anni si rivolge al curante perchè "vede doppio" da qualche giorno. L'obiettività evidenzia ptosi palpebrale lato destro e ipo-exodeviazione occhio destro. Quale esame di imaging richiedereste in urgenza tra i seguenti?**

A ecografia addominale
B ecografia orbitaria
C **TC cranio**
D ecocardiografia
E RX torace

Risposta giusta: C

In un paziente anziano con diplopia acuta, ptosi e ipo-exodeviazione oculare il sospetto clinico verte su una **lesione del nervo oculomotore**. È urgente escludere una causa **intracranica** mediante TC del cranio per identificare rapidamente **emorragie** o **lesioni espansive** che richiedono un intervento immediato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) ecografia addominale**: L'ecografia addominale valuta organi come fegato, vie biliari e reni per patologie epatiche, biliari o renali. Non ha alcun ruolo diagnostico nell'inquadramento urgente di questo quadro neurologico oculare.
- **B) ecografia orbitaria**: L'ecografia orbitaria può essere utile per valutare patologie locali dell'orbita. Non rappresenta il primo esame in urgenza quando il quadro clinico suggerisce prioritariamente un'origine neurologica centrale o vascolare.
- **D) ecocardiografia**: L'ecocardiografia studia l'anatomia e la funzione cardiaca ed è indicata in caso di sospetta embolia o patologia valvolare. Non costituisce l'esame prioritario davanti a una diplopia associata a segni neurologici oculari focali.
- **E) RX torace**: La radiografia del torace non è indicata come indagine di prima scelta in questo contesto. Pur potendo avere utilità in altre situazioni cliniche, non contribuisce a chiarire l'eziologia della diplopia e dei deficit oculomotori.

95 **Entro quale età, approssimativamente, si può ottenere un recupero visivo con il trattamento riabilitativo in caso di ambliopia anisometropica?**

A 30-35 anni
B 20-23 anni
C 23-25 anni
D **6-7 anni**
E nessun limite d'età

Risposta giusta: D

Nell'ambliopia anisometropica il recupero visivo è possibile quando il sistema nervoso conserva elevata **plasticità visiva**. L'intervento precoce sfrutta la naturale maturazione delle vie corticali. Massimizzare la tempestività aumenta significativamente le probabilità di miglioramento. La **finestra terapeutica** utile arriva approssimativamente fino ai 6-7 anni.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 30-35 anni**: In età adulta la ricostruzione della funzione visiva diventa un processo complesso. Non si applica più il paradigma della finestra critica infantile.
- **B) 20-23 anni**: A venti anni la plasticità visiva risulta drasticamente inferiore rispetto all'infanzia. La riabilitazione produce risultati limitati e difficili da ottenere.
- **C) 23-25 anni**: L'età indica una fase neurologica già stabilizzata. Il trattamento perde efficacia poiché i meccanismi adattativi corticali sono esauriti.
- **E) nessun limite d'età**: Un miglioramento residuo resta fattibile in sottogruppi selezionati. Tuttavia non esistono confini assoluti senza limiti fisiologici. La **cronologia** modula inevitabilmente la prognosi e la risposta clinica.

96 **Un carcinoma squamoso del cavo orale, bordo linguale, misura 15 mm nella dimensione massima e presenta un DOI (profondità di invasione, "depth of invasion") di 8 mm. Come si classifica secondo il TNM ottava edizione?**

A pT4a
B pT1
C **pT2**
D pT3
E pT0

Risposta giusta: C

Nella classificazione TNM ottava edizione per il carcinoma squamoso del cavo orale la stadiazione combina dimensioni e profondità di invasione. La lesione di 15 mm sarebbe compatibile con una fase precoce, ma il **DOI** di 8 mm modifica la categorizzazione. Questo valore supera la soglia dei **5 mm** e impone automaticamente la classe **T2**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) pT4a**: La definizione T4a corrisponde a una malattia localmente avanzata con estensione verso strutture adiacenti come osso corticale, cute del volto o seno mascellare. Nessun reperto di questo tipo viene riportato nell'anamnesi.
- **B) pT1**: Il criterio T1 richiede esplicitamente un valore di profondità non superiore a 5 mm. Poiché il dato effettivo è 8 mm, il tumore non può appartenere a questa categoria.
- **D) pT3**: La classificazione T3 si applica quando la massa supera i 4 cm o quando la profondità di invasione supera i 10 mm. In questo caso la profondità è di 8 mm, quindi non raggiunge i requisiti per T3.
- **E) pT0**: La codifica pT0 indica assenza di evidenza di tumore primitivo. La presenza di una lesione già descritta e misurata esclude completamente questa possibilità.

97 **La lamina papiracea è una sottile lamina ossea che forma:**

- **A** **la parete mediale dell'orbita**
- **B** la parete anteriore del seno mascellare
- **C** la parete inferiore dell'orbita
- **D** la parete postero-laterale del seno mascellare
- **E** la parete superiore dell'orbita

Risposta giusta: A

La lamina papiracea è una porzione sottilissima dell'**etmoide**, caratterizzata da uno spessore minimo che le conferisce fragilità. Anatomicamente costituisce la maggior parte della **parete mediale dell'orbita**, delimitando lateralmente le cellule etmoidali. La sua estrema delicatezza la rende clinicamente critica per l'insorgenza di fistole o emorragie in caso di traumi o estensioni infettive paranasali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) la parete anteriore del seno mascellare**: Sbagliata. La parete anteriore del seno mascellare corrisponde alla faccia orbitaria del **mascellare**. La lamina appartiene all'etmoide e delimita l'orbita sul suo versante interno, non fa parte della struttura mascellare.
- **C) la parete inferiore dell'orbita**: Sbagliata. Il pavimento orbitario è formato soprattutto dal mascellare, con contributi dello zigomatico e del palatino. Non deriva dall'etmoide.
- **D) la parete postero-laterale del seno mascellare**: Sbagliata. La parete postero-laterale del seno mascellare non ha rapporto con questa lamina. Tale regione è delimitata da strutture mascellari e sfenoidali distinte, mentre la lamina papiracea appartiene esclusivamente all'etmoide.
- **E) la parete superiore dell'orbita**: Sbagliata. Il tetto dell'orbita è costituito prevalentemente dall'**frontale**. La lamina papiracea si posiziona medialmente, non superiormente.

98 **La vertigine parossistica posizionale benigna si caratterizza per:**

A una crisi vertiginosa lentamente progressiva, persistente, con difficoltà a mantenere la stazione eretta

B una crisi vertiginosa lieve, subclinica, di lunga durata

C una vertigine, molto spesso accompagnata da acufene ed ipoacusia persistenti, non associata ai movimenti del capo

D una crisi vertiginosa improvvisa, violenta, associata ai movimenti del capo, di breve durata

E una vertigine di intensità elevata, quasi sempre accompagnata da acufene ed ipoacusia persistenti

Risposta giusta: D

La VPPB è scatenata dai **movimenti del capo** o dai cambi di posizione, per esempio girandosi nel letto o alzandosi. L'esordio è **improvviso** e la vertigine spesso intensa, ma gli episodi hanno **breve durata**, di solito pochi secondi o al massimo minuti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) una crisi vertiginosa lentamente progressiva, persistente, con difficoltà a mantenere la stazione eretta**: Una crisi lentamente progressiva e persistente fa pensare a una vertigine di altra natura. La VPPB non è progressiva e non causa una sintomatologia continua.
- **B) una crisi vertiginosa lieve, subclinica, di lunga durata**: La vertigine da VPPB non è lieve né subclinica: spesso è ben avvertita dal paziente, anche se gli episodi sono brevi.
- **C) una vertigine, molto spesso accompagnata da acufene ed ipoacusia persistenti, non associata ai movimenti del capo**: Acufene e ipoacusia persistenti non sono tipici della VPPB, che è invece associata ai movimenti del capo o ai cambi di posizione.
- **E) una vertigine di intensità elevata, quasi sempre accompagnata da acufene ed ipoacusia persistenti**: Acufene e ipoacusia persistenti orientano piuttosto verso altre patologie dell'orecchio interno, come la malattia di Ménière. Questi sintomi non sono tipici della VPPB.

99 **Riguardo la chiusura percutanea del forame ovale pervio (PFO) in un paziente di 60 anni, quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

A è un intervento che viene indicato per il trattamento, non per la prevenzione, dell'ictus cardioembolico

B è una procedura che ha come principale indicazione la prevenzione dell'ictus cardioembolico

C è una procedura che veniva praticata in passato ma non è più raccomandata dalle linee guida attuali

D è un intervento che va evitato nei pazienti che hanno avuto un precedente TIA

E è un intervento che va evitato nei pazienti che hanno avuto un precedente ictus ischemico

Risposta giusta: B

La chiusura percutanea del forame ovale pervio ha come indicazione principale la **prevenzione secondaria** dell'ictus cardioembolico. Non cura l'evento già avvenuto, ma mira a diminuire il rischio di recidiva embolica in pazienti selezionati con ictus criptogenetico. Il beneficio è statisticamente più netto nei soggetti giovani, ma rimane fondato anche a 60 anni dopo attenta valutazione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) è un intervento che viene indicato per il trattamento, non per la prevenzione, dell'ictus cardioembolico**: La procedura non agisce come terapia acuta su un ictus già verificatosi. Il suo scopo è **profilattico**, volto a impedire nuovi eventi embolici attraverso la chiusura della comunicazione interatriale.
- **C) è una procedura che veniva praticata in passato ma non è più raccomandata dalle linee guida attuali**: Le linee guida internazionali continuano a consigliare l'intervento. È considerato standard per pazienti selezionati con ictus criptogenetico ed evidenza di embolia paradossa.
- **D) è un intervento che va evitato nei pazienti che hanno avuto un precedente TIA**: Un precedente TIA non costituisce controindicazione assoluta. Rientra nel quadro clinico che spinge verso la scelta operativa, previa accurata esclusione di altre fonti emboliche.
- **E) è un intervento che va evitato nei pazienti che hanno avuto un precedente ictus ischemico**: Evitare l'intervento dopo un ictus ischemico è errato. Proprio il ictus criptogenetico rappresenta la principale **indicazione** per la valutazione ecocardiografica e, se il profilo è favorevole, per la sigillatura definitiva.

100 **Una paziente di 31 anni, originaria del Perù, presenta dolore e debolezza dell'arto superiore sinistro soprattutto al movimento di iperabduzione (test di Wright positivo), con anche comparsa di parestesie a livello della mano e del polso radiale, omolateralmente. In anamnesi, costa cervicale sovrannumeraria sinistra. Sulla base delle informazioni cliniche a disposizione quale delle seguenti appare la diagnosi più probabile?**

A artrite reumatoide
B artrosi cervicale
C **sindrome dello stretto toracico superiore**
D infarto miocardico acuto
E polineuropatia periferica

Risposta giusta: C

Il quadro clinico indica una **compressione neurovascolare** nel passaggio toracico superiore. I disturbi aumentano durante l'**iperabduzione** e il segno diagnostico risulta positivo, mentre la presenza di una **costa cervicale** conferma il substrato anatomico predisponente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) artrite reumatoide**: L'artrite reumatoide provoca dolore articolare e limitazione funzionale sistemica, ma non spiega la comparsa dei sintomi durante l'iperabduzione né il quadro compressivo focalizzato sul plesso brachiale.
- **B) artrosi cervicale**: Le patologie degenerative del rachide possono irradiare dolore e formicolii, ma qui la provocazione dipende esclusivamente da una manovra che restringe lo stretto toracico e non dai movimenti delle vertebre cervicali.
- **D) infarto miocardico acuto**: La sintomatologia ischemica cardiaca ha caratteristiche cliniche diverse e non si associa a test di provocazione meccanica positivi né a parestesie dipendenti dal posizionamento degli arti superiori.
- **E) polineuropatia periferica**: Una neuropatia periferica risulterebbe generalmente diffusa e bilaterale, mentre il caso presenta una lateralità netta e una stretta correlazione meccanica con il movimento del braccio, indicando un danno locale e non sistemico.

101 **Come viene definita una dissezione aortica ad origine dalla aorta toracica discendente e coinvolgente l'aorta addominale secondo la classificazione di Stanford?**

A tipo I
B tipo A
C tipo II
D tipo B
E tipo non A non B

Risposta giusta: D

Nella **classificazione di Stanford** si valuta principalmente il coinvolgimento dell'**aorta ascendente**: quando è interessata si classifica come **tipo A**, altrimenti la lesione origina nella **aorta toracica discendente** e rientra nel **tipo B**. Questa distinzione condiziona direttamente la gravità clinica e l'**approccio terapeutico**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) tipo I**: Riferisce la classificazione di DeBakey, che categorizza le dissezioni in base al punto di origine e all'estensione geometrica, differenziandosi dal sistema Stanford basato sul ramo ascendente.
- **B) tipo A**: Comprende tutte le dissezioni che coinvolgono o iniziano nell'arteria ascendente. Il testo descrive esplicitamente un'origine distale esclusa da questa definizione.
- **C) tipo II**: Richiama nuovamente la numerazione di DeBakey. Lo schema di Stanford abbandona i numeri romani per adottare esclusivamente una ripartizione alfabetica tra categorie A e B.
- **E) tipo non A non B**: Non corrisponde a una denominazione ufficiale dello schema Stanford. Tale espressione può emergere in letteratura specialistica o in aggiornamenti metodologici successivi, ma non risulta idonea alla domanda specifica.

102 **Un paziente si presenta dal medico con un piede pallido, dolente, con parestesie e scarsa motilità da qualche ora. Qual'è la diagnosi più probabile?**

A ischemia acuta
B nevrite periferica
C sciatalgia
D infezione del piede
E tromboflebite superficiale

Risposta giusta: A

I segni clinici descritti corrispondono ai classici sintomi di una riduzione improvvisa dell'apporto ematico (**ischemia arteriosa acuta**). Il quadro insorto nel corso di poche ore configura un **evento vascolare acuto** da gestire come **urgenza**. Si deve sospettare un'**ostruzione arteriosa** fino a prova contraria.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) nevrite periferica**: Una nevrite può causare dolore e parestesie, ma non giustifica il pallore improvviso né la rapida compromissione motoria in un arto freddo o scarsamente perfuso.
- **C) sciatalgia**: La sciatalgia genera dolore irradiato lungo il decorso del nervo sciatico, ma non altera la colorazione cutanea del piede né origina un quadro clinico vascolare.
- **D) infezione del piede**: Un'infezione produce tipicamente arrossamento, calore locale, tumefazione e talvolta febbre, mentre il paziente presenta pallore e deficit neurologici compatibili con sofferenza ischemica.
- **E) tromboflebite superficiale**: La tromboflebite superficiale provoca dolore localizzato, eritema e un cordone venoso doloroso, senza mai presentare un arto pallido con i segni di sofferenza tissutale.

103 **Un giovane si presenta con multipli polipi amartomatosi dell'intestino, iperpigmentazione muco-cutanea, specialmente della mucosa orale. La diagnosi più probabile è:**

A poliposi adenomatosa familiare
B sindrome di Gardner
C sindrome di Cowden
D sindrome di Peutz-Jeghers
E sindrome di Lynch

Risposta giusta: D

Il quadro clinico descrive **polipi amartomatosi intestinali multipli** combinati a **iperpigmentazione muco-cutanea** sulle labbra e sulla bocca. Questa combinazione orientala diagnosi direttamente verso la sindrome di Peutz-Jeghers.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) poliposi adenomatosa familiare**: La poliposi adenomatosa familiare si manifesta con centinaia o migliaia di polipi di natura adenomatosa nel colon, mancando sia della componente amartomatosa sia dell'iperpigmentazione osservata nel caso clinico.
- **B) sindrome di Gardner**: La sindrome di Gardner è una variante della poliposi adenomatosa familiare con polipi adenomatosi e manifestazioni extraintestinali come osteomi, tumori desmoidi e anomalie dentarie, ma non causa iperpigmentazione cutanea o mucosa.
- **C) sindrome di Cowden**: La sindrome di Cowden causa hamartomi multipli e aumento del rischio di carcinomi mammari, tiroidei ed endometriali, ma non presenta il segno pigmentario periorale e orale tipico della patologia corretta.
- **E) sindrome di Lynch**: La sindrome di Lynch predispone principalmente al carcinoma del colon-retto e ad altri tumori correlati, ma non genera polipi amartomatosi né provoca alterazioni pigmentarie della pelle o delle mucose.

104 **Un bambino di 7 anni manifesta difficoltà a mantenere l'equilibrio e a coordinare i movimenti; presenta inoltre forti cefalee, nausea e vomito. Alla risonanza magnetica si osserva una massa cerebellare. L'esame istologico della biopsia mostra piccole cellule con nuclei rotondi o ovoidali e frequenti pseudo-rosette di Homer Wright. La diagnosi istologica più probabile è:**

- **A** **medulloblastoma**
- **B** carcinoma neuroendocrino metastatico
- **C** astrocitoma
- **D** glioblastoma
- **E** meningioma

Risposta giusta: A

Il quadro clinico associa deficit motori midollari e segni di ipertensione endocranica in un paziente pediatrico. La risonanza magnetica individua una lesione occupante spazio nel cervelletto. L'analisi microscopica rivela piccole cellule primitive a nucleo ovoidale e frequenti pseudo-rosette di Homer Wright, reperto patognomonico che definisce una neoplasia embriologica maligna ad alta aggressività.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) carcinoma neuroendocrino metastatico**: La comparsa di metastasi epiteliali neuroendocrine a carico del SNC in età infantile è clinicamente irrilevante e priva di riscontro anamnestico. La descrizione citologica punta inequivocabilmente a una generazione tissutale neurale embrionale intrinseca. Una neoplasia secondaria presenterebbe marcatori cheratinici, strutture ghiandolari e differenziazione epiteliale, assenti nel referto.
- **C) astrocitoma**: Alcune forme di astrocitoma possono emergere nell'infanzia, come il pilocitico, ma non corrispondono alle caratteristiche morfologiche fornite. Queste varianti mostrano solitamente cellule bipolari allungate, fibre di Rosenthal ialine e corpi eosinofili granulari. Manca qualsiasi disposizione ritmica neuronale primitiva o pseudo-rosette, elementi diagnostici indispensabili per riconoscere correttamente il quadro.
- **D) glioblastoma**: Non coincide con la fascia d'età né con la localizzazione anatomica riportata. Il glioblastoma insorge prevalentemente nell'adulto e predilige gli emisferi cerebrali. Al preparato istologico mostra tipicamente aree di necrosi pseudopalisadante, marcata proliferazione vascolare endotheliale e pleomorfismo cellulare, esclusa la formazione di architetture a rosette.
- **E) meningioma**: Si origina dalle tuniche meningee ed è una massa quasi sempre extra-assiale. Rappresenta un'evenienza rarissima nei primi decenni di vita e segue generalmente un decorso indolente. La biopsia dimostrerebbe invece elementi fusocitoidi o epitelioidi disposti in fasci omogenei o deposti a formare corpuscoli calcificati, lontano dalla matrice neuroblasica descritta.

105 **Quale gene è più frequentemente mutato nel melanoma cutaneo?**

A EGFR
B KRAS
C **BRAF**
D NRAS
E cKIT

Risposta giusta: C

Il gene **BRAF** presenta la mutazione più frequente nel melanoma cutaneo, con particolare riferimento alla variante **V600E**. Tale alterazione provoca un'attivazione costitutiva della via di segnalazione **MAPK**, stimolando direttamente la proliferazione cellulare. La sua elevata importanza clinica deriva dalla disponibilità di terapie mirate specifiche per questo bersaglio molecolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) EGFR**: L'**EGFR** non è caratteristico di questa neoplasia, pur essendo un target rilevante in altri tumori come i carcinomi polmonari.
- **B) KRAS**: La mutazione del **KRAS** è tipica di adenocarcinomi pancreatici, colorettali e polmonari, ma non rientra tra le alterazioni genetiche rilevanti per il melanoma cutaneo.
- **D) NRAS**: Il **NRAS** può risultare alterato nel melanoma, ma la sua frequenza di mutazione è numericamente inferiore a quella del BRAF, rendendolo meno rappresentativo.
- **E) cKIT**: Il **cKIT** viene modificato principalmente nei melanomi acrali, mucosali o su cute cronicamente danneggiata dal sole, senza essere il fattore genetico predominante nel melanoma cutaneo classico.

106 **Un uomo di 72 anni, cacciatore, riporta una frattura della clavicola da contraccolpo. Il paziente ha un'anamnesi positiva per pregresso carcinoma della prostata. All'esame radiologico, nella sede della frattura, si osserva evidente osteolisi. La TC total body mostra lesioni multiple osteolitiche in differenti segmenti scheletrici. All'esame istologico, effettuato su materiale prelevato nella sede della frattura, si osservano numerose cellule CD138 e CD56 positive raccolte in nidi. La diagnosi più probabile è:**

- **A** **mieloma multiplo**
- **B** plasmocitosi reattiva
- **C** metastasi da carcinoma prostatico
- **D** metastasi da carcinoma occulto del polmone
- **E** linfoma a grandi cellule B

Risposta giusta: A

Il quadro clinico e diagnostico è caratteristico del **mieloma multiplo**. Il paziente anziano presenta una **frattura patologica** con **lesioni osteolitiche multiple** alla TC totale. L'istologia rivela nidi di **plasmacellule neoplastiche** positive per **CD138** e **CD56**, biomarcatori specifici della linea plasmacellulare maligna.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) plasmocitosi reattiva**: La plasmocitosi reattiva corrisponde a un aumento policlonale e infiammatorio delle plasmacellule circolanti o tessutali, privo di architettura a nidi neoplastici e incapace di produrre la distruzione corticale multipla tipica del mieloma.
- **C) metastasi da carcinoma prostatico**: La pregressa neoplasia prostatica potrebbe suggerire un interessamento scheletrico, ma il carcinoma della prostata origina tipicamente metastasi miste o **osteoblastiche**, non pure osteolitiche, e non esprime i marcatori CD138 e CD56.
- **D) metastasi da carcinoma occulto del polmone**: Sebbene alcuni carcinomi polmonari possano manifestarsi con sedi osteolitiche, il profilo immunofenotipico CD138 positivo e CD56 negativo dei nidi midollari è esclusivo delle neoplasie della linea plasmacellulare, escluse quelle di origine epiteliale.
- **E) linfoma a grandi cellule B**: Il linfoma a grandi cellule B può dar luogo a localizzazioni ossee primitive o secondarie, ma il reperto istologico descritto è incompatibile con un profilo linfoide B grande e atipico, mostrando invece un'organizzazione plasmacellulare specifica.

107 **Una donna in gravidanza, di 32 anni, risulta negativa per IgG ed IgM anti-Toxoplasma gondii allo screening sierologico previsto ad inizio gestazione. Quali sono le indicazioni da fornire?**

A iniziare una profilassi con azitromicina

B effettuare quanto prima una vaccinazione anti-Toxoplasma

C iniziare una profilassi con trimetoprim-sulfametossazolo

D **ripetere periodicamente lo screening come previsto, e adottare adeguate precauzioni alimentari e igieniche**

E confermare la negatività mediante la ricerca diretta del Toxoplasma gondii nel liquido amniotico

Risposta giusta: D

La negatività per **IgG e IgM** indica assenza di immunizzazione pregressa, esponendo la paziente al rischio di contagio. Durante la gravidanza si ripetono i test sierologici periodicamente per intercettare una possibile **sieroconversione**. Ai controlli laboratoristici vanno associate rigorose precauzioni alimentari e igieniche per prevenire l'acquisizione del parassita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) iniziare una profilassi con azitromicina**: L'**azitromicina** non offre alcuna copertura profilattica contro il Toxoplasma gondii nella gestante. Il suo utilizzo manca di indicazioni cliniche validate per questa specifica situazione.
- **B) effettuare quanto prima una vaccinazione anti-Toxoplasma**: Non esiste al momento un **vaccino** anti-Toxoplasma autorizzato per l'uso clinico in gravidanza. La gestione deve pertanto affidarsi esclusivamente al monitoraggio sierologico e alle misure preventive comportamentali.
- **C) iniziare una profilassi con trimetoprim-sulfametossazolo**: La somministrazione di **profilassi antibiotica** con trimetoprim-sulfametossazolo non costituisce una strategia valida per la prevenzione primaria. Il medicinale viene impiegato solo in contesti terapeutici specifici e non a scopo protettivo nelle pazienti sane.
- **E) confermare la negatività mediante la ricerca diretta del Toxoplasma gondii nel liquido amniotico**: La ricerca diretta del parassita nel **liquido amniotico** mediante amniocentesi non si pratica nello screening routinario. Si riserva tale valutazione diagnostica esclusivamente in presenza di sospetto o conferma di infezione materna attiva.

108 **Un uomo di 52 anni, con negatività anamnestica per COVID-19 e vaccinato con tre dosi di vaccino mRNA anti-COVID, esegue un test sierologico per anticorpi anti SARS-CoV-2 a distanza di un mese dalla terza dose. Quale profilo sierologico ci aspettiamo di trovare?**

A positività per IgG anti-proteina Spike e per IgG anti-proteina N

B positività per IgG anti-proteina E

C negatività per IgG anti-proteina Spike e per IgG anti-proteina E

D positività per IgG anti-proteina Spike e negatività per IgG anti-proteina N

E negatività per IgG anti-proteina Spike e positività per IgG anti-proteina N

Risposta giusta: D

Il vaccino a mRNA induce anticorpi contro la **proteina Spike**, ma non contro la proteina N. In assenza di infezione pregressa, il profilo atteso è quindi Spike positiva e N negativa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) positività per IgG anti-proteina Spike e per IgG anti-proteina N**: La positività per entrambe suggerirebbe, oltre alla vaccinazione, una pregressa **infezione naturale**. Gli anticorpi anti-N compaiono dopo il contatto con il virus intero, non dopo la vaccinazione con mRNA.
- **B) positività per IgG anti-proteina E**: La proteina E non è un bersaglio classico dei test sierologici usati per distinguere vaccinazione e infezione. La sua positività non è il profilo atteso dopo la vaccinazione.
- **C) negatività per IgG anti-proteina Spike e per IgG anti-proteina E**: Dopo tre dosi di vaccino a mRNA ci si aspetta la positività per la Spike. La proteina E, inoltre, non è il **marcatore rilevante** in questo contesto.
- **E) negatività per IgG anti-proteina Spike e positività per IgG anti-proteina N**: È praticamente il profilo opposto a quello atteso: dopo la vaccinazione la Spike dovrebbe essere positiva, mentre la proteina N dovrebbe restare negativa in assenza di infezione.

109 **Un uomo di 85 anni viene indirizzato all'ematologo per il riscontro all'elettroforesi sieroproteica di una banda omogenea in zona Beta. L'immunofissazione sierica conferma la presenza di una componente monoclonale. Quale tra le seguenti ipotesi diagnostiche NON è congrua con questo referto?**

A MGUS (gammopatia monoclonale di incerto significato)
B **epatopatia**
C macroglobulinemia di Waldenström
D mieloma multiplo
E leucemia plasmacellulare

Risposta giusta: B

Una banda omogenea in zona beta confermata come componente monoclonale dall'immunofissazione indica una neoplasia delle **plasmacellule**. L'**epatopatia** altera il tracciato elettroforetico ma non spiega una vera componente monoclonale sierica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) MGUS (gammopatia monoclonale di incerto significato)**: Costituisce la forma asintomatica della produzione monoclonale, mantenendo la componente sierica senza raggiungere i criteri di danno d'organo o proliferazione significativa.
- **C) macroglobulinemia di Waldenström**: Corrisponde a un linfoma maligno della membrana basale che secerne prevalentemente **IgM**, le quali migrano tipicamente nella zona beta o beta-gamma formando bande monomorfe.
- **D) mieloma multiplo**: Rappresenta la diagnosi classica di gammopatia monoclonale sintomatica, caratterizzata da proliferazione clonale che secernerebbe la **paraproteina** rilevata con i metodi indicati.
- **E) leucemia plasmacellulare**: Si tratta di una neoplasia aggressiva delle plasmacellule che produce secrezione monoclonale di immunoglobuline in quantità rilevante, coprendo pienamente il referto.

---

110 **Quale delle seguenti lipoproteine NON ha un ruolo pro-aterogeno?**

A IDL
B LDL
C Lp(a)
D VLDL
E **chilomicroni**

Risposta giusta: E

I chilomicroni trasportano prevalentemente **trigliceridi** alimentari e la loro elevata dimensione molecolare impedisce la migrazione diretta nella parete vascolare. Le altre lipoproteine elencate contengono invece concentrazioni significative di **colesterolo** o dei suoi residui catabolici attivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) IDL**: Le IDL costituiscono lo stadio transitorio tra VLDL e LDL e mantengono un chiaro potenziale pro-aterogeno grazie alla carica lipidica residua.
- **B) LDL**: Le LDL fungono da vettore primario del colesterolo sistemico e il loro accumulo nell'endotelio innesca direttamente il processo di aterosclerosi.
- **C) Lp(a)**: La Lp(a) integra una struttura simile al plasminogeno creando una classe fortemente pro-aterogena e pro-trombotica che aumenta il rischio cardiovascolare.
- **D) VLDL**: Le VLDL partecipano al processo patologico tramite i propri residui circolanti e la progressiva conversione in particelle più dense ricche di lipidi insolubili.

111 **Paziente di 50 anni accede al Pronto Soccorso in regime di massima urgenza per trauma maggiore in seguito ad incidente stradale. Il paziente presenta stabilità emodinamica. La valutazione "ecografica fast" dimostra esile falda di versamento endoperitoneale maggiormente evidente in sede perisplenica. Il medico pone il sospetto di lesione traumatica della milza. In quale fase contrastografica TC può essere meglio visualizzata una lacerazione splenica**

A fase portale
B fase arteriosa solo tardiva
C fase di equilibrio
D nessuna delle altre risposte è corretta
E fase bifasica arteriosa-venosa

Risposta giusta: E

La **fase bifasica arteriosa-venosa** permette la valutazione ottimale della lacerazione e dei possibili danni vascolari associati. La componente arteriosa evidenzia il mezzo di contrasto nei vasi e le eventuali **extravasazioni**, mentre quella venosa definisce meglio il **parenchima** e l'estensione del danno. Questo protocollo risulta quindi ideale per pazienti stabili con sospetta lesione splenica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) fase portale**: La fase portale è importante nella TC addominale ma da sola non è ottimale per caratterizzare al meglio una lesione traumatica splenica. Pur mostrando il danno, perde sensibilità rispetto a un protocollo che includa anche la fase arteriosa.
- **B) fase arteriosa solo tardiva**: La fase arteriosa tardiva da sola non è sufficiente per la valutazione completa. Espone al rischio di non definire adeguatamente l'estensione della lesione e di perdere informazioni parenchimali utili fornite dalla fase venosa.
- **C) fase di equilibrio**: La fase di equilibrio è troppo tardiva per evidenziare una lacerazione recente o un'extravasazione attiva di mezzo di contrasto nel trauma splenico.
- **D) nessuna delle altre risposte è corretta**: È errata perché esiste già una risposta corretta tra quelle elencate, precisamente la combinazione bifasica arteriosa-venosa.

112 **Paziente di 50 anni accede al Pronto Soccorso in regime di massima urgenza per trauma maggiore in seguito ad incidente stradale. Il paziente presenta stabilità emodinamica. La valutazione "ecografica fast" dimostra esile falda di versamento endoperitoneale maggiormente evidente in sede perisplenica. Il medico pone il sospetto di lesione traumatica della milza. La radiologia interventistica vascolare può giocare attualmente un ruolo nel management delle lesioni traumatiche spleniche?**

A sì, ma solo nel paziente giovane

B **sì, attraverso l'embolizzazione arteriosa**

C sì, ma solo nel paziente anziano

D no, è stata ormai superata dalla chirurgia laparoscopica

E sì, ma con il solo scopo diagnostico

Risposta giusta: B

In un paziente con **stabilità** emodinamica e sospetta lesione splenica alla ecografia F.A.S.T., la radiologia interventistica offre un ruolo terapeutico consolidato. L'**embolizzazione** blocca attivamente il vaso lesso e regola il flusso sanguigno. Questa procedura favorisce la **conservazione** della milza e riduce drasticamente la necessità di chirurgia d'urgenza.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sì, ma solo nel paziente giovane**: La selezione non dipende dall'età ma principalmente dalla stabilità emodinamica. Il criterio clinico decisivo resta invece il grado della lesione e la presenza di segni di sanguinamento continuo.
- **C) sì, ma solo nel paziente anziano**: Non esiste alcun limite d'età per l'indicazione di queste procedure. L'approccio terapeutico si fonda esclusivamente sul quadro clinico e radiologico, ignorando semplicemente l'anagrafica del paziente.
- **D) no, è stata ormai superata dalla chirurgia laparoscopica**: La medicina intervencionistica non è affatto superata né sostituibile dalla chirurgia laparoscopica. Rimane una risorsa fondamentale nel trauma addominale stabilizzato mentre la laparoscopia mantiene indicazioni operative distinte.
- **E) sì, ma con il solo scopo diagnostico**: La radiologia interventistica non si limita al monitoraggio diagnostico ma agisce direttamente sul vaso interessato. Le tecniche endovascolari occludono meccanicamente la fonte di versamento intraddominale.

113 **Paziente di 74 anni allettato dopo intervento per frattura di femore, accede in Pronto Soccorso per sincope, dolore toracico e dispnea ad esordio improvviso. Il paziente presenta inoltre febbre e tosse stizzosa. Nel sospetto di embolia polmonare acuta, qual è l'indagine diagnostica gold standard?**

A Angio-RM dei vasi polmonari
B Radiografia del torace
C **Angio-TC del circolo polmonare**
D Scintigrafia di perfusione
E Scintigrafia di ventilazione

Risposta giusta: C

L'**angio-TC polmonare** è l'esame di riferimento per la diagnosi di embolia polmonare acuta nella pratica clinica. Visualizza direttamente i **difetti di riempimento** nelle arterie polmonari. Permette inoltre di valutare possibili cause alternative dei sintomi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Angio-RM dei vasi polmonari**: La risonanza magnetica vascolare polmonare non è l'esame di riferimento: ha disponibilità limitata e prestazioni diagnostiche meno affidabili, soprattutto per le embolie periferiche.
- **B) Radiografia del torace**: La radiografia del torace non conferma né esclude l'embolia polmonare. È utile soprattutto per cercare diagnosi alternative.
- **D) Scintigrafia di perfusione**: La scintigrafia della sola perfusione non è l'esame di riferimento. Può essere impiegata in circostanze selezionate, ma va interpretata insieme al quadro clinico e agli altri esami.
- **E) Scintigrafia di ventilazione**: Lo studio della sola ventilazione non identifica i difetti di perfusione causati dagli emboli. La scintigrafia **ventilazione-perfusione** può essere un'alternativa quando l'angio-TC è controindicata.

114 **Paziente di 74 anni allettato dopo intervento per frattura di femore, accede in Pronto Soccorso per sincope, dolore toracico e dispnea ad esordio improvviso. Il paziente presenta inoltre febbre e tosse stizzosa. Nel sospetto di associazione di processo broncopneumonico ad embolia polmonare, quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

A nessuna delle altre risposte è corretta

B deve essere eseguita una TC in fase tardiva dopo somministrazione del mezzo di contrasto

C **deve essere eseguita l'angio-TC del circolo polmonare perché permette la concomitante valutazione del parenchima polmonare tramite apposita elaborazione di immagini**

D deve essere eseguita una RM del torace senza mezzo di contrasto

E deve essere eseguita una radiografia del torace perché ha migliore accuratezza diagnostica nei quadri infettivi

Risposta giusta: C

L'angio-TC è l'esame di riferimento nel sospetto di embolia polmonare e complicanze infettive concomitanti. Permette di visualizzare direttamente i **trombi** nelle arterie polmonari e di valutare il **parenchima** polmonare mediante ricostruzioni dedicate. Garantisce quindi una diagnosi completa sia della componente vascolare sia di quella infettiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) nessuna delle altre risposte è corretta**: È esclusa perché esiste già un'opzione clinicamente valida e consolidata nella letteratura medica.
- **B) deve essere eseguita una TC in fase tardiva dopo somministrazione del mezzo di contrasto**: L'acquisizione in fase tardiva non permette di apprezzare il riempimento delle arterie polmonari durante il passaggio dell'onda di contrasto. Per individuare le lesioni occlusive serve un protocollo specifico in **fase arteriosa** precoce.
- **D) deve essere eseguita una RM del torace senza mezzo di contrasto**: La risonanza magnetica non è impiegata come esame di prima scelta nell'emergenza pneumologica. Presenta tempi di esecuzione prolungati, minore disponibilità nei contesti acuti e una **sensibilità diagnostica** inferiore alla TC multistrato.
- **E) deve essere eseguita una radiografia del torace perché ha migliore accuratezza diagnostica nei quadri infettivi**: La radiografia del torace rimane uno screening iniziale utile, ma non possiede la risoluzione necessaria per identificare ostruzioni vascolari. I reperti risultano spesso aspecifici e insufficienti a confermare con certezza la diagnosi differenziale.

115 **Paziente di 50 anni si presenta in Pronto Soccorso per dolore al fianco destro irradiato inferiormente al testicolo omolaterale, ematuria e vomito. Viene posto il sospetto di colica renale causata da formazione litiasica. Quale delle seguenti affermazioni è vera?**

A l'ecografia dell'addome visualizza sempre la formazione urolitiasica

B deve essere sempre eseguita una Uro-RM

C **la TC basale senza mezzo di contrasto ha la maggiore accuratezza diagnostica per la visualizzazione della formazione urolitiasica**

D la RX diretta addome rappresenta il gold standard per la visualizzazione della formazione urolitiasica

E l'urografia deve essere eseguita entro 24 ore

Risposta giusta: C

La **TC basale** è l'esame di riferimento nella sospetta colica renale grazie alla sua elevata **sensibilità** e specificità diagnostica. Visualizza direttamente i calcoli indipendentemente dalla composizione chimica, ne determina la sede e le dimensioni, e rileva eventuali segni di ostruzione delle vie urinarie. Viene proposta come indagine rapida e affidabile per confermare il quadro clinico tipico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'ecografia dell'addome visualizza sempre la formazione urolitiasica**: L'ecografia può evidenziare una **dilatazione idronefrica** ma non mostra costantemente la formazione litiasica stessa. La visualizzazione diretta viene frequentemente compromessa dalle dimensioni ridotte del calculus, dalla presenza di aria intestinale o da limitazioni tecniche del paziente.
- **B) deve essere sempre eseguita una Uro-RM**: La risonanza magnetica urografica impiega tempi di acquisizione lunghi ed è mal tollerata nel dolore acuto severo. Il suo ruolo rimane marginale ed è riservato esclusivamente a contesti selezionati come in gravidanza o in presenza di controindicazioni assolute al mezzo di contrasto iodato.
- **D) la RX diretta addome rappresenta il gold standard per la visualizzazione della formazione urolitiasica**: La radiografia diretta addome permette di identificare solo i **calcoli radiopachi** e lascia passare molti altri tipi di litiasi. Non garantisce una valutazione completa né rappresenta lo standard diagnostico attuale per questa patologia.
- **E) l'urografia deve essere eseguita entro 24 ore**: L'urografia endovenosa è ormai superata come procedura di primo livello nel decorso acuto della colica renale. Non esiste alcun protocollo validato che imponga l'esecuzione entro 24 ore come parametro necessario per la diagnosi.

116 **Un soggetto di sesso maschile, con precedenti penali per traffico di droga, giunge in coma al Pronto Soccorso con sospetto di ingestione di "ovuli" con sostanze stupefacenti. Quale metodica rappresenta il gold standard per la visualizzazione di detti "ovuli" nel tratto gastroenterico?**

A RM

B **TC senza mezzo di contrasto**

C nessuna delle altre risposte è corretta

D TC con mezzo di contrasto

E ecografia

Risposta giusta: B

La **tomografia computerizzata** è il **gold standard** per identificare le confezioni di stupefacenti nel lume gastroenterico durante un sospetto **body packing**. L'analisi viene eseguita sempre **senza mezzo di contrasto** per evitare che eventuali sostanze radiopache vengano mascherate. L'esame garantisce elevata sensibilità e rapidità d'esecuzione, fattori essenziali nella gestione di un paziente incosciente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RM**: La risonanza magnetica non è indicata nello stato di urgenza a causa dei tempi di acquisizione prolungati e della minore adattabilità clinica. Mancano vantaggi diagnostici sostanziali che giustifichino il suo impiego prioritario.
- **C) nessuna delle altre risposte è corretta**: Tale opzione è inesatta perché una delle metodiche proposte è già riconosciuta come esame di prima linea, eliminando la necessità di scartare tutte le possibilità.
- **D) TC con mezzo di contrasto**: L'utilizzo del mezzo di contrasto in questa sede comprometterebbe la visualizzazione degli involucri droghi sovrapposti ai reperti naturali. La riduzione della chiarezza diagnostica conferma la preferenza per la procedura priva di iniezione.
- **E) ecografia**: L'**ecografia** può talvolta mostrare anomalie nel tratto intestinale ma risulta meno attendibile della tomografia. La qualità dell'immagine peggiora significativamente per via del gas intestinale e della variabilità operatoria.

117 **A seguito di crisi comiziale generalizzata un paziente di 55 anni viene sottoposto ad accertamenti diagnostici in Pronto Soccorso che evidenziano una lesione sovra-tentoriale sospetta per glioma ad alto grado. Il paziente viene sottoposto ad exeresi macroscopicamente radicale con diagnosi di glioblastoma multiforme, MGMT metilato. Alla dimissione il paziente presenta buone condizioni generali, senza sintomatologia neurologica focale. Quale percorso terapeutico è più appropriato?**

A radioterapia panencefalica

B temozolomide esclusiva

C RM di controllo a 3 mesi

D **radioterapia focale associata a temozolomide concomitante e adiuvante**

E radioterapia panencefalica associata a temozolomide

Risposta giusta: D

Dopo la resezione macroscopica del **glioblastoma**, il trattamento standard prevede **radioterapia focale** sul letto chirurgico associata a **temozolomide**. La **metilazione MGMT** indica elevata sensibilità chemioterapica e giustifica il protocollo concomitante-adiuvante nel paziente con buono stato funzionale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) radioterapia panencefalica**: La monoradioterapia panencefalica presenta le stesse controindicazioni: il glioblastoma va trattato con campi di irraggiamento focali che massimizzano il controllo locale preservando i tessuti sani, mentre l'esposizione totale adderebbe effetti avversi rilevanti senza migliorare la sopravvivenza.
- **B) temozolomide esclusiva**: La somministrazione esclusiva di temozolomide non rappresenta uno schema terapeutico accreditato nella fase post-operatoria; la radioterapia rimane un pilastro fondamentale del trattamento multimodale e sospendere questo step comprometterebbe il tasso di controllo della malattia.
- **C) RM di controllo a 3 mesi**: L'attesa passiva con sola RM di controllo a tre mesi è inadeguata perché il glioblastoma è una neoplasia aggressiva che richiede immediatamente un trattamento oncologico attivo; limitarsi al monitoraggio posticipherebbe inutilmente l'inizio della terapia e peggiorerebbe il profilo prognostico.
- **E) radioterapia panencefalica associata a temozolomide**: La radioterapia panencefalica non è indicata per i glioblastomi localizzati; si riserva esclusivamente a contesti selezionati di disseminazione leptomeningea o patologie ematologiche cerebrali, poiché irradia tutto l'encefalo aumentando la tossicità neurologica senza beneficio oncologico.

118 **Paziente di 28 anni, con anamnesi negativa per patologie sistemiche e riferita reazione allergica alle cefalosporine, candidato ad intervento di colecistectomia per calcolosi. Dopo l'induzione dell'anestesia generale con propofol, fentanyl e midazolam, curarizzazione con rocuronio ed intubazione oro-tracheale, comparsa di una reazione anafilattica con eritema colore rosso gambero, dapprima sulla parte alta del torace e la faccia, edema della lingua e delle palpebre e labbra, ipotensione con tachicardia, crisi convulsive. Quale delle seguenti classi di farmaci può più facilmente indurre complicanze anafilattiche?**

- **A** **curari, antibiotici, anestetici locali**
- **B** ranitidina, fentanyl
- **C** omeprazolo, clonidina
- **D** ipnotici
- **E** oppioidi, benzodiazepine, atropina

Risposta giusta: A

In anestesia generale i **bloccanti neuromuscolari** costituiscono la causa principale di reazioni anafilattiche perioperatorie. La comparsa immediata dei sintomi dopo la somministrazione indica il **rocuronio** come agente scatenante più probabile. Gli **antibiotici** rappresentano un'altra fonte rilevante. Gli **anestetici locali** intervengono raramente ma restano da considerare.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) ranitidina, fentanyl**: fentanyl e ranitidina sono talvolta associati a eventi avversi, però non appartengono alle classi farmacologiche con il rischio anafilattico più elevato.
- **C) omeprazolo, clonidina**: omeprazolo e clonidina non rientrano tra le prime cause di shock anafilattico durante l'induzione anestesiologica e presentano profili di sicurezza differenti.
- **D) ipnotici**: gli ipnotici come il propofol possono indurre occasionali reazioni allergiche, tuttavia la loro incidenza risulta sensibilmente inferiore rispetto ai curari e alla profilassi antibiotica.
- **E)** oppioidi, benzodiazepine e atropina possono causare effetti collaterali o rare reazioni di ipersensibilità, ma non sono statisticamente tra i fattori più frequenti di anafilassi in sala operatoria.

119 **Paziente di 65 anni, forte fumatore (oltre 20 sigarette die), deve essere sottoposto ad intervento chirurgico open di colecistectomia in anestesia generale. Essendo i pazienti con malattie respiratorie croniche particolarmente vulnerabili nei confronti delle aggressioni anestetiche e chirurgiche, quale valutazione clinica respiratoria preoperatoria è la più idonea a indirizzare la scelta e la condotta dell'Anestesia?**

A spirometria, prove da sforzo, ECG ed Eco cardiaco

B emocoltura, esame colturale sull'espettorato

C test di provocazione bronchiale, per la misura dell'ossido nitrico presente nell'aria espirata

D **anamnesi accurata ed esame obiettivo per definirne l'autonomia e la gravità delle comorbidità cardiache e respiratorie**

E prove funzionali respiratorie, emogasanalisi, radiografia toracica

Risposta giusta: D

In un paziente anziano fumatore candidato a chirurgia maggiore sotto anestesia generale, la guida decisionale deriva prioritariamente dall'indagine medica di base. L'**anamnesi accurata** e l'**esame obiettivo** valutano l'autonomia funzionale, la presenza di dispnea cronica e l'entità delle patologie associate. Questa **valutazione clinica** stabilisce il livello di rischio e orienta la tecnica anestesiologica. Gli accertamenti diagnostici si integrano solo in presenza di reperti suggestivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** spirometria, test da sforzo, elettrocardiogramma ed ecocardiogramma quantificano riserva polmonare e funzionale cardiaca. Rappresentano protocolli complementari da attivare esclusivamente dopo un quadro clinico inadeguato.
- **B) emocoltura, esame colturale sull'espettorato**: emocoltura ed esame colturale sull'espettorato rilevano infezioni attive. Mancano di valore nello screening preventivo preoperatorio e non indirizzano la programmazione anestesiologica.
- **C)** test di provocazione bronchiale e dosaggio dell'ossido nitrico espirato caratterizzano l'infiammazione allergica delle vie aeree. Sono indagini di secondo livello inappropriate per lo staging chirurgico standard.
- **E)** prove funzionali respiratorie, emogasanalisi e radiografia toracica misurano capacità ventilatorie e scambi gassosi. Il loro impiego routinario risulta inefficace e va riservato a chi presenta segni clinici di sofferenza d'organo.

120 **Un paziente di 70 anni in corso di Anestesia Generale con intubazione oro-tracheale presenta una grave desaturazione con fuoriuscita dal tubo endotracheale di un liquido rosato e all'auscultazione rantoli diffusi ad entrambi gli emitoraci, per cui si ipotizza un edema polmonare. Tra gli altri provvedimenti su setting ventilatorio impostato è opportuno:**

- **A** **aumentare la PEEP fino a 8 cmH2O**
- **B** non modificare la PEEP impostata dall'inizio a 5 cmH2O
- **C** diminuire la FiO2
- **D** portare a zero la PEEP
- **E** ridurre la PiP

Risposta giusta: A

In un quadro di edema polmonare il problema principale è il **collasso alveolare** con conseguente alterazione degli scambi gassosi. Aumentare la PEEP a valori moderati come $8\ \mathrm{cmH_2O}$ mantiene gli alveoli aperti, riduce lo **shunt intrapolmonare** e favorisce il **reclutamento polmonare**. L'intervento richiede monitoraggio emodinamico e ventilatorio continuo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) non modificare la PEEP impostata dall'inizio a 5 cmH2O**: Mantenere una $PEEP$ di $5\ \mathrm{cmH_2O}$ risulta spesso insufficiente nell'edema polmonare acuto con grave desaturazione, richiedendo un incremento progressivo della pressione per ottenere un adeguato supporto ventilatorio.
- **C) diminuire la FiO2**: La FiO_2 va aumentata per correggere la grave desaturazione, poiché ridurla aggraverebbe l'ipossiemia tissutale.
- **D) portare a zero la PEEP**: Azzerare la PEEP provocherebbe un ulteriore collasso alveolare e peggiorerebbe l'ossigenazione nel momento in cui serve stabilizzare le unità respiratorie.
- **E) ridurre la PiP**: Diminuire la PiP non affronta il difetto di ossigenazione né il microscopio chiuso, rischiando di compromettere la ventilazione senza risolvere il quadro clinico.

121 **In un paziente politraumatizzato in cui è stato diagnosticato ematoma intracerebrale, pneumotorace e rottura di milza, la sequenza degli interventi è:**

A evacuazione ematoma intracerebrale, laparotomia, drenaggio pneumotorace

B drenaggio pneumotorace, evacuazione ematoma intracerebrale, laparotomia

C **drenaggio pneumotorace, laparotomia, evacuazione ematoma intracerebrale**

D laparotomia, drenaggio pneumotorace, evacuazione ematoma intracerebrale

E laparoscopia, evacuazione ematoma intracerebrale, drenaggio pneumotorace

Risposta giusta: C

In un paziente politraumatizzato la priorità non segue l'ordine anatomico delle lesioni, ma la loro **urgenza fisiologica** e il rischio immediato di morte. Il **pneumotorace** va trattato per primo perché può compromettere rapidamente respiro e circolazione. La rottura di milza provoca un'emorragia addominale massiva, che richiede una **laparotomia** immediata. L'**ematoma intracerebrale** viene affrontato successivamente, salvo segni neurologici di erniazione imminente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) evacuazione ematoma intracerebrale, laparotomia, drenaggio pneumotorace**: Rappresenta la strategia meno sicura, poiché si inizia dalla lesione cranica lasciando per ultimi sia il pneumotorace sia il sanguinamento addominale. Queste due complicanze sono potenzialmente letali e richiedono un intervento immediato.
- **B) drenaggio pneumotorace, evacuazione ematoma intracerebrale, laparotomia**: La sequenza tratta correttamente il torace, ma dà priorità al cervello prima di controllare il sanguinamento addominale. Nel trauma emorragico la milza rotta non può attendere e minaccia uno stato di shock ipovolemico.
- **D) laparotomia, drenaggio pneumotorace, evacuazione ematoma intracerebrale**: L'ordine chirurgico non è ideale perché la lesione toracica deve precedere la laparotomia. Un pneumotorace non drenato tende a peggiorare rapidamente durante l'anestesia generale e gli interventi addominali.
- **E) laparoscopia, evacuazione ematoma intracerebrale, drenaggio pneumotorace**: La laparoscopia non è l'approccio tipico per un trauma splenico emorragico, dove serve spesso una laparotomia. Il pneumotorace viene inoltre gestito troppo tardi, esponendo il paziente a rischi respiratori e circolatori gravi.

122 **Attraverso quale dei seguenti criteri viene posta diagnosi di Sindrome di Brugada?**

- **A** **nel tipo 1: elevazione del segmento ST ≥2 mm nelle derivazioni precordiali (V1,V2)**
- **B** l'aritmia si manifesta sistematicamente dopo un episodio di ipossia prolungata
- **C** nel Tipo 2 elevazione del segmento ST riscontrata solo spontaneamente
- **D** nessuna delle altre risposte è corretta
- **E** elevazione del segmento ST solo dopo un test all'ergonovina

Risposta giusta: A

La diagnosi di sindrome di Brugada richiede il **pattern di tipo 1** sull'elettrocardiogramma. Questo si riconosce per un **sopraslivellamento** del tratto ST con ampiezza $\geq 2\ \mathrm{mm}$ nelle **derivazioni precordiali destre** V_1 e V_2. Solo questo reperto è definitivo per la malattia, mentre gli altri tracciati restano solo suggestivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) l'aritmia si manifesta sistematicamente dopo un episodio di ipossia prolungata**: L'ipossia prolungata non costituisce un criterio di malattia. Può scatenare disturbi del ritmo in generale ma non permette di identificare la sindrome.
- **C) nel Tipo 2 elevazione del segmento ST riscontrata solo spontaneamente**: Il tracciato di tipo 2 non ha valore diagnostico autonomo. Rappresenta solo un reperto sospetto che resta insufficiente anche se osservato spontaneamente.
- **D) nessuna delle altre risposte è corretta**: La scelta è errata perché l'opzione A riassume esattamente il criterio elettrocardiografico riconosciuto dalla letteratura medica.
- **E) elevazione del segmento ST solo dopo un test all'ergonovina**: L'ergonovina non entra nei protocolli diagnostici della Brugada. Si devono invece impiegare bloccanti dei canali del sodio per stimolare il reperto elettrocardiografico in casi selezionati.

123 **Quale delle seguenti affermazioni relative alla condizione di iponatriemia è corretta?**

A tutte le altre risposte sono corrette

B la grave iponatriemia acuta, che si sviluppa nei limiti temporali di 48 ore, non comporta rischio di edema cerebrale

C la sindrome osmotica da demielinizzazione (ODS) è indipendente dalle modalità di correzione dell'iponatriemia

D **viene definita quando la concentrazione plasmatica del sodio è <135 mmol/L**

E livelli di sodio <120 mmol/L comportano raramente lo sviluppo di segni neurologici

Risposta giusta: D

L'iponatriemia corrisponde a una **concentrazione plasmatica** di sodio inferiore a $135\ \mathrm{mmol/L}$. Questa soglia convenziale segna l'inizio dello squilibrio osmotico sistemico. La gravità clinica varia in base alla **velocità di instaurazione** e al valore assoluto, ma il criterio definitorio rimane fisso.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) tutte le altre risposte sono corrette**: questa opzione si invalida automaticamente dato che tre delle precedenti contengono inesattezze clinicamente rilevanti. La validità richiederebbe che tutte le alternative fossero simultaneamente corrette, condizione impossibile nello scenario descritto.
- **B) la grave iponatriemia acuta, che si sviluppa nei limiti temporali di 48 ore, non comporta rischio di edema cerebrale**: l'iponatriemia acuta entro $48\ \mathrm{h}$ presenta un rischio evidente di edema cerebrale. Le cellule cerebrali mancano del tempo utile per espellere i soluti intracellulari, favorendo il riassorbimento di acqua extracellulare verso i neuroni.
- **C) la sindrome osmotica da demielinizzazione (ODS) è indipendente dalle modalità di correzione dell'iponatriemia**: la sindrome da demielinizzazione osmotica è strettamente legata alle modalità di correzione. Un **aumento rapido** della sodemia, specie nelle forme croniche, induce la compromissione della mielina assonale.
- **E) livelli di sodio <120 mmol/L comportano raramente lo sviluppo di segni neurologici**: concentrazioni inferiori a $120\ \mathrm{mmol/L}$ espongono ad alto rischio di manifestazioni neurologiche. La diminuzione repentina non permette l'**adattamento cellulare** e può precipitare in confusione, crisi epilettiche o coma.

124 **Quale tra i seguenti è un criterio diagnostico di RISCHIO nella classificazione RIFLE di Acute Kidney Injury?**

A aumento dell'enzima lattico-deidrogenasi

B riduzione delle resistenze vascolari renali all'esame ecocolor-Doppler

C acidosi lattica refrattaria

D nessuna delle altre risposte è corretta

E aumento della creatininemia maggiore di 1,5 volte i livelli di base

Risposta giusta: E

La **classificazione RIFLE** valuta il danno renale acuto monitorando la **creatinina** e la **diuresi**. Nello stadio **Risk** si osserva un peggioramento iniziale definito da un aumento della creatininemia a **1,5 volte** il valore di riferimento. Questo criterio permette di intervenire precocemente prima dello sviluppo di fasi più severe.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) aumento dell'enzima lattico-deidrogenasi**: L'enzima lattico deidrogenasi non figura tra i parametri accettati dal protocollo RIFLE, che esclude marcatori enzimatici generici a favore della clearance renale.
- **B) riduzione delle resistenze vascolari renali all'esame ecocolor-Doppler**: Il rilevamento ecocolor Doppler delle resistenze vascolari esplora la perfusione d'organo ma non viene incluso nei criteri diagnostici standardizzati per questa classificazione.
- **C) acidosi lattica refrattaria**: L'acidosi lattica refrattaria indica uno squilibrio metabolico grave associato a stati ipoperfusi, tuttavia non costituisce un indicatore formale per lo staging RIFLE.
- **D) nessuna delle altre risposte è corretta**: Tale opzione è infondata perché la variazione della creatinina indicata nell'alternativa corretta coincide esattamente con la soglia ufficiale prevista dallo schema RIFLE.

125 **Indicare l'affermazione corretta riferibile alla manovra di tracheostomia:**

A le complicanze a lungo termine sono maggiori nella tracheostomia dilatativa

B granulomi, stenosi tracheali, tracheomalacia non costituiscono possibili complicanze tardive della tracheostomia

C la tracheostomia può essere eseguita con tecnica open "chirurgica" o con tecnica "percutanea" dilatativa

D la tracheostomia in regime elettivo non deve mai essere eseguita bedside

E la tecnica dilatativa comporta una maggiore incidenza di sanguinamento post procedurale

Risposta giusta: C

La tracheostomia può essere realizzata tramite due approcci principali. La **tecnica open** corrisponde alla procedura chirurgica tradizionale. La **tecnica percutanea dilatativa** rappresenta l'altra modalità validata clinicamente. Entrambe le metodiche sono regolarmente impiegate nei differenti contesti assistenziali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) le complicanze a lungo termine sono maggiori nella tracheostomia dilatativa**: Non è corretto affermare in assoluto che le complicanze a lungo termine siano maggiori nella metodologia dilatativa. Le evenienze tardive possono manifestarsi con entrambe le procedure. L'incidenza effettiva richiede sempre di valutare il contesto assistenziale e l'esperienza dell'operatore.
- **B) granulomi, stenosi tracheali, tracheomalacia non costituiscono possibili complicanze tardive della tracheostomia**: L'affermazione contraddice la documentazione medica vigente. I **granulomi**, la **stenosi tracheale** e la **tracheomalacia** costituiscono infatti la classica triade delle complicanze tardive. La negazione proposta è quindi clinicamente infondata.
- **D) la tracheostomia in regime elettivo non deve mai essere eseguita bedside**: È falso escludere categoricamente l'esecuzione al letto del paziente per le procedure elettive. La pratica moderna consente l'intervento direttamente al capezzale quando i criteri di stabilità clinica e organizzazione del reparto lo permettono.
- **E) la tecnica dilatativa comporta una maggiore incidenza di sanguinamento post procedurale**: Non esiste una regola generale che associ sistematicamente la tecnica percutanea a un aumento del rischio emorragico. Il profilo di sicurezza dipende da molteplici variabili intraoperatorie e preoperatorie. Le evidenze comparate non confermano una netta discrepanza tra le due tecniche.

126 **Un soggetto affetto da Morbo di Parkinson si presenta per camptocormia a visita specialistica fisiatrica. Per cosa si caratterizza tale alterazione della postura?**

A pronunciata flessione laterale del tronco

B scoliosi

C **accentuazione del normale angolo di flessione anteriore della colonna toraco-lombare sul piano sagittale, che si riduce durante il clinostatismo**

D accentuazione del normale angolo di flessione anteriore della colonna toraco-lombare sul piano sagittale, che si riduce durante la deambulazione

E accentuazione del normale angolo di flessione anteriore della colonna toraco-lombare sul piano sagittale, che si accentua marcatamente durante il clinostatismo

Risposta giusta: C

La **camptocormia** consiste in un'accentuazione della cifosi toraco-lombare che provoca una flessione anteriore marcata del tronco. È un disturbo posturale dinamico tipico del Parkinson, paragonabile a una grave ipercifosi funzionale. Si manifesta o peggiora in ortostatismo e durante la deambulazione, per attenuarsi invece nel clinostatismo. Il paziente non presenta quindi una deformità scheletrica fissa, ma una rigidità muscolare che scompare sdraiato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) pronunciata flessione laterale del tronco**: descrive una deviazione laterale del tronco, mentre il quadro patologico riguarda esclusivamente la proiezione in avanti.
- **B) scoliosi**: implica una curva laterale tridimensionale con rotazione delle vertebre, differenziandosi chiaramente dall'anomalia flessoria sagittale descritta.
- **D) accentuazione del normale angolo di flessione anteriore della colonna toraco-lombare sul piano sagittale, che si riduce durante la deambulazione**: la postura non migliora camminando, poiché il carico assiale e lo sforzo posturale aggravano la flessione anteriore.
- **E) accentuazione del normale angolo di flessione anteriore della colonna toraco-lombare sul piano sagittale, che si accentua marcatamente durante il clinostatismo**: la posizione orizzontale elimina il contrasto gravitazionale e permette il rilassamento dei muscoli flessori, rendendo impossibile un'ulteriore accentuazione.

127 **In un paziente con una frattura del piatto tibiale, trattata conservativamente, dopo quanto tempo è mediamente possibile concedere il carico completo sull'arto interessato, previa progressiva rieducazione al carico?**

A 6 settimane
B **12 settimane**
C 24 settimane
D 3 settimane
E 4 settimane

Risposta giusta: B

Nella frattura del **piatto tibiale** trattata conservativamente il carico va introdotto con cautela poiché la **sede articolare** deve recuperare senza perdere allineamento superficiale. Mediamente si concede il **carico completo** dopo dodici settimane, previo graduale recupero funzionale e validazione radiografica. Caricare prima espone al rischio di sovraccarico su tessuto non sufficientemente consolidato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 6 settimane**: Sei settimane rappresenta tipicamente la soglia iniziale per avviare una progressione graduale del carico assistito, senza tuttavia indicare già il momento ottimale per il carico completo definitivo.
- **C) 24 settimane**: L'intervallo di ventiquattro settimane risulta eccessivo rispetto alla media fisiologica per il trattamento conservativo, venendo generalmente riservato solo a casi con complicanze o esiti problematici.
- **D) 3 settimane**: Tre settimane presentano un rischio elevato di spostamento dei frammenti e di alterata formazione del callo, rendendo questa tempistica chiaramente incompatibile con la stabilizzazione completa.
- **E) 4 settimane**: Quattro settimane corrispondono a una fase prematuramente bassa in cui la callosità osteogenetica non possiede ancora la resistenza biomeccanica per sopportare il carico totale.

128 **Qualora un uomo risultasse positivo al test genetico per la ricerca di mutazioni del gene BRCA2, in quale tra i seguenti organi avrebbe un rischio sensibilmente aumentato di sviluppare una neoplasia?**

- **A** **prostata**
- **B** colon
- **C** stomaco
- **D** encefalo
- **E** rene

Risposta giusta: A

Una mutazione di **BRCA2** predispone a **neoplasie specifiche**, non a tumori generici. Nell'uomo, oltre al carcinoma mammario maschile, il rischio oncologico più rilevante riguarda la **prostata**, dove la patologia tende a manifestarsi prima ed essere più aggressiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) colon**: La sorveglianza per il carcinoma del colon punta su sindromi ereditarie associate ai geni del mismatch repair, non a BRCA2.
- **C) stomaco**: Eventuali legami con lo stomaco compaiono solo in contesti familiari molto specifici, senza rappresentare un incremento di rischio clinicamente rilevante o standard.
- **D) encefalo**: Le neoplasie dell'encefalo presentano profili genetici e clinici distinti, privi di correlazione significativa con BRCA2.
- **E) rene**: Il carcinoma renale non è tipico di questa alterazione genetica e segue percorsi di rischio e predisposizione differenti.

---

129 **Gli studi clinici di fase II:**

- **A** verificano le interazioni farmacologiche prevedibili
- **B** hanno come obiettivo la definizione della massima dose tollerabile
- **C** prevedono sempre la partecipazione di volontari sani
- **D** devono sempre prevedere un doppio cieco
- **E** **hanno tra gli obiettivi la valutazione della dose più efficace del farmaco**

Risposta giusta: E

Nella **fase II** il farmaco viene somministrato ai pazienti affetti dalla patologia target. L'obiettivo principale consiste nel verificare l'efficacia terapeutica e individuare la **dose ottimale**. Si stabilisce un equilibrio tra benefici clinici e sicurezza prima dei trial successivi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) verificano le interazioni farmacologiche prevedibili**: Lo studio delle **interazioni farmacologiche** richiede trial specifici e non costituisce l'obiettivo generale di questa fase.
- **B) hanno come obiettivo la definizione della massima dose tollerabile**: La determinazione della **massima dose tollerabile** rientra nelle finalità della fase I, dedicata alla valutazione iniziale di tossicità e farmacocinetica.
- **C) prevedono sempre la partecipazione di volontari sani**: La partecipazione di **volontari sani** è tipica della fase I; i protocolli di fase II richiedono invece il reclutamento diretto di pazienti.
- **D) devono sempre prevedere un doppio cieco**: Il doppio cieco è una metodologia rigorosa ma non un requisito obbligatorio per tutti i protocolli.

130 **Quale tra i seguenti è un agonista oppioide debole?**

A fentanil
B metadone
C buprenorfina
D **tramadolo**
E morfina

Risposta giusta: D

Il **tramadolo** è classificato come agonista oppioide debole. Presenta una modesta attività sui **recettori μ-oppioidi** e potenzia il **reuptake di serotonina e noradrenalina**. Questa azione combinata lo rende idoneo per dolori lievi o moderati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) fentanil**: Il fentanil è un agonista pienamente attivo estremamente potente. È un oppioide forte riservato all'anestesia e al dolore severo.
- **B) metadone**: Il metadone è un agonista oppioide pieno a lunga durata. La sua elevata potenza esclude dalla categoria degli oppioidi minori.
- **C) buprenorfina**: La buprenorfina è un agonista parziale ad alta affinità. Non rientra nella definizione classica di oppioide debole.
- **E) morfina**: La morfina è il prototipo di agonista pieno. Funge da riferimento standard per il trattamento del dolore intenso.

131 **Tra i seguenti beta-bloccanti qual è selettivo per i recettori beta1?**

A timololo
B labetalolo
C carvedilolo
D nadololo
E **atenololo**

Risposta giusta: E

L'**atenololo** è un farmaco **cardioselettivo** che agisce principalmente sui **recettori beta-1**, riducendo frequenza e contrattilità cardiaca. A dosi terapeutiche questa specifica azione si mantiene distinguendosi chiaramente dagli altri composti dell'elenco.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) timololo**: Anche il timololo condivide le caratteristiche del gruppo non selettivo, esercitando un blocco diffuso su tutte le sottoclassi beta senza preferenza cardio-selettiva.
- **B) labetalolo**: Il labetalolo presenta un meccanismo d'azione misto poiché blocca simultaneamente i recettori alfa-1 e i beta, risultando privo di selettività per la sola categoria beta-1.
- **C) carvedilolo**: Il carvedilolo differisce per la duplice farmacologia dato che combina l'effetto beta-bloccante con una decisa **attività alfa-1-bloccante**, impedendone l'inquadramento tra i beta-1 puri.
- **D) nadololo**: Il nadololo viene classificato come agente **non selettivo** in quanto ostacola indifferentemente sia i recettori beta-1 cardiaci sia quelli beta-2 bronchiali e vascolari.

132 **A proposito di indicatori oggi utilizzati a livello internazionale per misurare il burden delle malattie, indicare quale tra le seguenti affermazioni è FALSA:**

- **A** **Disability Adjusted Life Years (DALYs): è un indicatore che considera solo gli anni di vita vissuti con disabilità**
- **B** le cause di malattia responsabili del maggior carico di Disability Adjusted Life Years non corrispondono necessariamente alle cause più frequentemente responsabili di morte
- **C** Disability Adjusted Life Years (DALYs): è un indicatore composito includente sia gli anni di vita persa per morte prematura (Years of life lost) che quelli vissuti con disabilità (Years lived with disability)
- **D** il calcolo dei Disability Adjusted Life Years (DALYs) tiene conto dell'età a cui l'evento malattia si presenta (Age weight)
- **E** si può calcolare il burden dei fattori di rischio e non solo delle malattie

Risposta giusta: A

I DALYs non considerano solo gli anni vissuti con disabilità: sommano gli anni persi per morte prematura e quelli vissuti con disabilità. L'affermazione A confonde quindi l'indicatore complessivo con una sola delle sue componenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) le cause di malattia responsabili del maggior carico di Disability Adjusted Life Years non corrispondono necessariamente alle cause più frequentemente responsabili di morte**: Il carico di DALYs e la frequenza dei decessi non coincidono necessariamente. Una malattia può causare pochi decessi ma molti anni vissuti con disabilità, oppure molti decessi ma meno disabilità.
- **C) Disability Adjusted Life Years (DALYs): è un indicatore composito includente sia gli anni di vita persa per morte prematura (Years of life lost) che quelli vissuti con disabilità (Years lived with disability)**: È la definizione corretta: i DALYs sono un indicatore composito dato dalla somma degli anni di vita persi per morte prematura (YLL) e degli anni vissuti con disabilità (YLD), cioè $\mathrm{DALY} = \mathrm{YLL} + \mathrm{YLD}$.
- **D) il calcolo dei Disability Adjusted Life Years (DALYs) tiene conto dell'età a cui l'evento malattia si presenta (Age weight)**: Nel **modello storico** dei DALYs si applicava una ponderazione per l'età a cui si presentava l'evento di malattia. Le formulazioni più recenti hanno in gran parte abbandonato questo criterio, ma l'affermazione è corretta nel quadro classico del burden of disease.
- **E) si può calcolare il burden dei fattori di rischio e non solo delle malattie**: Il burden può essere calcolato anche per i **fattori di rischio**, e non solo per le malattie. Tra gli esempi ci sono fumo, ipertensione e obesità.

133 **Nel caso di malattie prevenibili con la vaccinazione l'obiettivo eradicazione si ottiene quando:**

A a livello globale la copertura vaccinale è >90%

B a livello globale l'incidenza è stabilmente pari a 0, pur in presenza di serbatoi animali o ambientali infetti

C in una o più regioni WHO l'incidenza della malattia è stabilmente pari a 0, pur in presenza di serbatoi animali o ambientali infetti

D a livello globale l'incidenza della malattia è stabilmente pari a 0 e l'agente causale non è più presente in natura

E a livello di una o più regioni è documentata la definitiva bonifica dei serbatoi animali a prescindere dal numero di casi ancora presenti

Risposta giusta: D

L'**eradicazione** indica il risultato massimo nella gestione delle patologie infettive. Si raggiunge quando l'incidenza diagnostica rimane stabile a zero su scala mondiale e l'**agente eziologico** cessa definitivamente di esistere in natura. Questo traguardo supera qualsiasi forma di controllo clinico o soppressione temporanea della circolazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) a livello globale la copertura vaccinale è >90%**: Confonde un indicatore di performance sanitaria con lo stato epidemiologico effettivo richiesto. Una **copertura vaccinale** superiore al novanta percento costituisce un mezzo operativo essenziale per proteggere la collettività ma non coincide con l'eradicazione, poiché non elimina automaticamente la circolazione microbica né certifica l'estinzione del patogeno.
- **B) a livello globale l'incidenza è stabilmente pari a 0, pur in presenza di serbatoi animali o ambientali infetti**: Presuppone l'azzeramento apparente dei contagi pur mantenendo riserve biologiche o ecologiche contaminate. La sopravvivenza di questi serbatoi garantisce il perpetuarsi del rischio di reimmissione, impedendo la definitiva interruzione della catena di trasmissione e invalidando la certezza dell'eradicazione.
- **C) in una o più regioni WHO l'incidenza della malattia è stabilmente pari a 0, pur in presenza di serbatoi animali o ambientali infetti**: Proietta condizioni geografiche circoscritte alle aree organizzative sull'intero pianeta. Anche azzerando statisticamente i casi registrati, la coesistenza di serbatoi infetti ostacola il ritorno sterile necessario per certificare la fine della malattia a livello globale, confondendo il concetto con una semplice remissione regionalizzata.
- **E) a livello di una o più regioni è documentata la definitiva bonifica dei serbatoi animali a prescindere dal numero di casi ancora presenti**: Si basa su una valutazione regionale isolata, mentre il successo richiede riconoscimenti universalmente validi. La bonifica formale dei serbatoi animali non sostituisce il criterio epidemiologico fondamentale della scomparsa mondiale del germe e ignora il numero effettivo di focolai residui. Rientra pertanto nelle logiche di eliminazione settoriale o sorveglianza locale.

134 **In occasione di emergenze dovute a eventi naturali (alluvioni, terremoti, ecc.) o anche artificiali (guerra) è più probabile l'insorgenza di epidemie di:**

- **A** **colera**
- **B** malaria
- **C** febbre tifoide
- **D** epatite A
- **E** poliomielite

Risposta giusta: A

Nei disastri naturali o bellici si compromettono rapidamente igiene, rete idrica e fognature. Si moltiplicano così i rischi per le patologie a **trasmissione fecale-orale**. Il **colera** si propaga velocemente per ingestione di acqua o cibi inquinati, diventando la minaccia sanitaria immediata più rilevante.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) malaria**: La malaria non ha origine da acque contaminate o dal collasso delle fognature, bensì richiede la presenza del vettore **zanzare**. Pur potendo registrarsi incrementi in determinati ambienti, non costituisce la comparsa epidemica più probabile in questo scenario.
- **C) febbre tifoide**: La febbre tifoide condivide il meccanismo di contagio fecale-orale e può manifestarsi dopo le calamità, però nelle domande standard viene considerata meno classica del colera come risposta primaria.
- **D) epatite A**: Anche l'epatite A può diffondersi con servizi igienici inadeguati, ma nella letteratura epidemiologica il colera rimane la patologia storicamente più indicativa per le crisi umanitarie improvvise.
- **E) poliomielite**: La poliomielite presenta una trasmissione oro-fecale che trae vantaggio dall'assenza di depurazione, ma non rappresenta l'epidemia tipica che si sviluppa con maggiore frequenza in queste emergenze.

135 **I vaccini anti SARS-CoV-2, a mRNA e a vettore virale, utilizzati per la campagna di vaccinazione in Italia:**

A mirano a stimolare una risposta immunitaria nei confronti della proteina Spike contenuta nel preparato vaccinale e sintetizzata in laboratorio

B non devono mai essere somministrati alle donne in gravidanza (accertata o presunta) o in allattamento

C conferiscono protezione più efficace nei confronti dell'infezione che della malattia

D mirano a stimolare una risposta immunitaria nei confronti della proteina Spike che viene sintetizzata in vivo

E sono polivalenti in quanto allestiti a partire da diverse varianti del virus, compresa la variante omicron

Risposta giusta: D

I vaccini a mRNA e a vettore virale non contengono il **virus intero** né strutture proteiche pronte all'uso. Trasferiscono alle cellule dell'ospite il **corredo genetico** necessario per esprimere autonomamente la **proteina Spike**. Questo antigene sintetizzato in situ innesca il riconoscimento immunitario, garantendo lo sviluppo di una duratura **memoria protettiva**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) mirano a stimolare una risposta immunitaria nei confronti della proteina Spike contenuta nel preparato vaccinale e sintetizzata in laboratorio**: La proteina Spike non è presente nel liquido iniettabile né prodotta in laboratorio prima della somministrazione. Viene regolarmente sintetizzata dall'organismo dopo la vaccinazione, mentre questa descrizione corrisponde ai principi dei tradizionali vaccini subunitari o proteici.
- **B) non devono mai essere somministrati alle donne in gravidanza (accertata o presunta) o in allattamento**: Non esiste un divieto absoluto per queste categorie. Le autorità sanitarie stabiliscono che la vaccinazione può essere valutata caso per caso ed è spesso raccomandata in gravidanza o in allattamento quando l'utilità clinica prevale sui rischi teorici.
- **C) conferiscono protezione più efficace nei confronti dell'infezione che della malattia**: L'efficacia è maggiore nella prevenzione della malattia sintomatica, delle forme gravi, del ricovero e della morte rispetto al controllo dell'infezione stretta. La protezione sterile risulta effettivamente più limitata e tende a ridursi significativamente nel tempo.
- **E) sono polivalenti in quanto allestiti a partire da diverse varianti del virus, compresa la variante omicron**: Non si tratta di formulazioni polivalenti con diversi ceppi inclusi simultaneamente nello stesso preparato. Le versioni aggiornate specifiche per Omicron sono state introdotte soltanto dopo la fase iniziale della campagna e non descrivono la composizione generale dei vaccini impiegati.

136 **La bissinosi è:**

A una patologia non occupazionale associata all'iperomocisteinemia

B una patologia occupazionale correlata all'esposizione a silice

C una patologia occupazionale correlata all'esposizione a berillio

D una patologia non occupazionale geneticamente trasmissibile

E una patologia occupazionale correlata all'esposizione a endotossine batteriche contenute nella polvere di cotone

Risposta giusta: E

La **bissinosi** è una patologia respiratoria professionale tipica dei lavoratori del cotone, canapa o lino. Non è determinata dalle fibre vegetali, ma dall'inalazione di **endotossine batteriche** contenute nella polvere tessile. Si tratta quindi di una malattia acquisita per esposizione lavorativa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) una patologia non occupazionale associata all'iperomocisteinemia**: L'**iperomocisteinemia** è un marker metabolico legato a disturbi vascolari. Non ha alcun nesso con le affezioni respiratorie da ambiente industriale.
- **B) una patologia occupazionale correlata all'esposizione a silice**: La **silice** provoca altre pneumoconiosi come la silicosi. Differisce radicalmente perché non deriva da materiali vegetali né contiene tossine cellulari.
- **C) una patologia occupazionale correlata all'esposizione a berillio**: Il **berillio** causa polmoniti professionali distinte, non questa patologia. La vera origine rimane la polvere organica contaminata da componenti microbici.
- **D) una patologia non occupazionale geneticamente trasmissibile**: La malattia non è genetica né congenita. Viene contratta esclusivamente grazie al contatto prolungato con materie prime vegetali inquinate.

137 **Secondo la IARC la formaldeide:**

A è un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma peritoneale

B **è un cancerogeno certo e può provocare carcinomi rino-faringei**

C non è un cancerogeno certo, può provocare encefalomielite mialgica

D è un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma pleurico

E non è un cancerogeno certo, può provocare impetigine

Risposta giusta: B

La formaldeide è classificata dal gruppo 1 della IARC come cancerogeno certo per l'uomo. Le evidenze epidemiologiche ne confermano il legame con i tumori delle vie aerodigestive superiori. L'esposizione professionale è principalmente associata ai carcinomi rino-faringei.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) è un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma peritoneale**: Il riconoscimento come cancerogeno certo è accurato, tuttavia il mesotelioma peritoneale è prevalentemente correlato ad esposizioni professionali ad amianto. La sostanza agisce direttamente sulle mucose respiratorie e faringee.
- **C) non è un cancerogeno certo, può provocare encefalomielite mialgica**: La formaldeide rientra nel gruppo 1 della IARC e presenta un riconosciuto potenziale oncogeno. L'encefalomielite mialgica non figura tra le patologie cliniche associate alla sua esposizione.
- **D) è un cancerogeno certo e può provocare mesotelioma pleurico**: La classificazione come cancerogeno certo è corretta, ma il mesotelioma pleurico è storicamente ed epidemiologicamente legato all'amianto. La formaldeide non induce questa specifica neoplasia.
- **E) non è un cancerogeno certo, può provocare impetigine**: La formaldeide è inserita nel gruppo 1 della IARC e non è considerata innocua sotto il profilo oncologico. L'impetigine è un'infezione cutanea batterica che non deriva dall'esposizione a questa sostanza.

138 **A seguito di caduta da un'impalcatura posta nel cantiere in cui stava lavorando, giunge in Pronto Soccorso un uomo di 40 anni, con politraumi e prognosi superiore ai 40 giorni. Il medico, trattandosi di lesioni verosimilmente colpose, deve:**

A notificare l'evento all'INPS
B notificare l'evento al Giudice Tutelare
C notificare l'evento al Tribunale del Lavoro
D convocare il datore di lavoro per una accurata raccolta anamnestica
E redigere denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria

Risposta giusta: E

In presenza di **lesioni colpose** con **prognosi superiore ai 40 giorni**, il medico deve rispettare l'obbligo di notificare il fatto all'**Autorità Giudiziaria**. La normativa stabilisce che i medici debbano redigere una **denuncia di reato** per segnalare preliminarmente un evento clinicamente compatibile con un illecito penale perseguibile d'ufficio. Il professionista non accerta la responsabilità civile o penale, ma attua il primo atto di comunicazione previsto dal codice.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) notificare l'evento all'INPS**: L'INPS interviene per erogare prestazioni previdenziali, indennità di malattia e gestire la copertura assicurativa sugli infortuni. Pur potendo richiedere dati tecnici per la liquidazione, non sostituisce né rimuove l'obbligo primario di denuncia all'autorità giudiziaria.
- **B) notificare l'evento al Giudice Tutelare**: Il Giudice Tutelare interviene esclusivamente per la protezione dei soggetti fragili, l'amministrazione di sostegno o le autorizzazioni judiciali speciali. Non gestisce pratiche legate a infortuni sul lavoro o a potenziali reati colposi.
- **C) notificare l'evento al Tribunale del Lavoro**: Il Tribunale del Lavoro è competente per risolvere controversie contrattuali, licenziamenti e risarcimenti di natura civilistica. Non riceve denunce penali e non costituisce l'organo destinatario dell'obbligo medico-legale.
- **D) convocare il datore di lavoro per una accurata raccolta anamnestica**: Convocare il datore di lavoro può essere utile per chiarire dinamiche operative a scopo clinico, ma rimane una scelta facoltativa. Non interrompe né rimpiazza il dovere legale del medico di trasmettere tempestivamente la documentazione all'Autorità Giudiziaria quando ricorrono i presupposti di reato.

139 **Un uomo di 80 anni, affetto da malattia tumorale metastatica da diversi anni, decede presso il proprio domicilio. I familiari contattano il medico curante richiedendo, se possibile, di poter programmare il funerale per il pomeriggio stesso. Il medico curante:**

A si reca immediatamente al domicilio del paziente, compila la scheda ISTAT e redige il certificato necroscopico

B compila il solo certificato necroscopico

C fa trasportare il corpo in Pronto Soccorso

D non deve redigere alcun certificato

E avverte che il funerale non potrà essere effettuato prima della visita del medico necroscopo del territorio

Risposta giusta: E

In caso di decesso domiciliare, la disciplina vigente impone la **visita del medico necroscopo** di territorio per l'**accertamento ufficiale della morte**. Solo completata questa procedura autorizzata si possono organizzare le esequie. Il medico curante deve pertanto comunicare che il rito non è immediato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) si reca immediatamente al domicilio del paziente, compila la scheda ISTAT e redige il certificato necroscopico**: La compilazione delle schede ISTAT e dei moduli di morte non compete al medico curante in luogo del necroscopo. Il responsabile sanitario locale gestisce in autonomia la documentazione obbligatoria.
- **B) compila il solo certificato necroscopico**: Il certificato rilasciato dal curante non annulla l'obbligo di controllo legale. La funzione di constatazione rimane appannaggio esclusivo del necroscopo comunale.
- **C) fa trasportare il corpo in Pronto Soccorso**: Il trasferimento al pronto soccorso è estraneo alla gestione ordinaria dei defunti domiciliari e non sostituisce gli accertamenti previsti.
- **D) non deve redigere alcun certificato**: Gli adempimenti burocratici e sanitari non vengono meno nonostante la prognosi infausta nota. Ogni decesso richiede comunque gli step normativi imposti.

140 **La deviazione standard si ottiene come:**

A reciproco della varianza
B logaritmo naturale della varianza
C cubo della varianza
D **radice quadrata della varianza**
E quadrato della varianza

Risposta giusta: D

La deviazione standard si definisce come la **radice quadrata della varianza**, ovvero $s = \sqrt{\sigma^2}$. La varianza calcola la media dei quadrati degli scarti dalla media, esprimendo la dispersione in **unità quadrate**. L'applicazione della radice riporta il valore alle stesse unità dei dati originali, rendendo la misura immediatamente interpretabile e confrontabile con il fenomeno studiato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) reciproco della varianza**: Il reciproco della varianza rappresenta la precisione teorica di una misurazione e funge da peso nelle medie ponderate. Sebbene sia una grandezza statistica utile, non quantifica la dispersione dei punti attorno alla media e mantiene dimensioni inverse rispetto all'area di studio.
- **B) logaritmo naturale della varianza**: Il logaritmo naturale trasforma i dati secondo una funzione non lineare e non figura nella relazione matematica tra varianza e deviazione standard. Viene impiegato per linearizzare curve esponenziali o compressere scale molto ampie, mai per valutare la variabilità intrinseca di una distribuzione.
- **C) cubo della varianza**: Elevare al cubo la varianza genererebbe una dimensione cubica totalmente incompatibile con i dati originali. Questa potenza non compare in nessuna definizione delle misure di variabilità e produce un valore privo di significato operativo in ambito descrittivo.
- **E) quadrato della varianza**: Il quadrato della varianza amplifica i valori portandoli a dimensioni quartiche e aumentando artificialmente l'ampiezza della dispersione. Per passare alla deviazione standard è necessario invertire esattamente l'operazione iniziale, calcolando la radice quadrata e non applicando un nuovo esponente positivo.

TEST SSM 2022

RIFALLA NELL'APP

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT