Introduzione

A chi serve questo libro

A chi deve preparare il concorso SSM e ha meno tempo di quanto vorrebbe.

Non è un manuale di medicina: non insegna la cardiologia né la chirurgia. È un libro su ***come è fatto il concorso*** *e su* ***dove conviene mettere*** *le ore che hai (che sappiamo essere sempre meno di quanto speri). Ovviamente per studiare, eh, non fare gesti scaramantici.*

La differenza conta. Il programma del concorso coincide, di fatto, con l'intero corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Nessuno lo ripassa tutto allo stesso modo, e chi ci prova arriva al concorso con una conoscenza uniformemente sottile invece che con quella che serve: conoscenza selettivamente solida. La domanda utile non è che cosa potrebbe uscire – potrebbe uscire tutto – ma ***che cosa esce davvero, e con quale peso****.*

Da dove vengono i numeri

Tutto ciò che leggerai nella prima parte discende da un lavoro che è possibile riassumere in una riga: abbiamo preso le ***dieci prove ufficiali dal 2017 al 2026****, tutti i* ***1.400 quesiti****, e li abbiamo classificati uno per uno per materia, per argomento e per tipo, dividendoli in "caso clinico" o "nozione".*

Da quel dataset abbiamo ricavato le risposte alle domande che un candidato si pone davvero. Quante domande di ciascuna materia? Quali argomenti tornano, e quante volte? Quanto pesa il ragionamento clinico rispetto alla memoria? Che cosa è cambiato nel decennio e che cosa invece è rimasto costante?

Che cosa non fa questo libro

Non predice le domande. *Nessuna analisi retrospettiva può farlo, e diffida di chi lo lascia intendere. Quello che si può fare (e che abbiamo fatto) è misurare quanto un criterio costruito sul passato regge quando lo si applica a un anno che non era ancora stato visto. Dove abbiamo potuto verificarlo, l'abbiamo scritto, compreso quando il risultato era meno lusinghiero di quanto ci saremmo aspettati.*

Non sostituisce lo studio. *Le priorità che troverai servono a ordinare il lavoro, non a ridurlo a una lista di argomenti da imparare. Il concorso è "largo", non solo lungo, e nessuna scorciatoia lo attraversa.*

Non è un elenco di scorciatoie furbe. *Accelera però lo studio per due motivi: ti dà un'idea chiara del livello reale del concorso e ti abitua a rispondere come si aspetta chi scrive i quesiti al Ministero. Vale sia che lo usi con ampio anticipo, per entrare nel "mood" del concorso e sapere che cosa ti aspetta, sia che lo usi all'ultimo, per fare i quiz ufficiali. Che non è poco.*

Come si usa

Il libro ha tre parti che si leggono in modi diversi.

La ***prima parte*** *si legge una volta, all'inizio della preparazione, e si rilegge una seconda volta nell'ultima settimana. Serve a decidere: che punteggio serve per la scuola che vuoi, dove sono i punti, che cosa conviene studiare per primo, come si legge un quesito, che cosa fare il giorno della prova. Una sorta di bussola per partire e di mappa per arrivare. Dodici capitoli brevi.*

La ***seconda parte*** *raccoglie* ***tre appendici****: la nota metodologica, la distribuzione delle materie per anno e l'indice analitico degli argomenti, materia per materia. Si consultano quando servono.*

La ***terza parte*** *sono le* ***dieci prove ufficiali****, una per anno, ciascuna con i suoi 140 quesiti, la griglia di correzione e le risposte commentate una per una: perché quella è giusta, e perché ciascuna delle altre quattro non lo è.*

Le opzioni di risposta sono state rimescolate rispetto ai documenti di origine. Non è un vezzo: nelle raccolte in circolazione la risposta corretta occupa spesso una posizione fissa, e allenarsi così insegna al cervello la cosa sbagliata. La versione che hai in mano riproduce la condizione reale della prova, dove l'ordine delle alternative è variabile. Mettersi alla prova conta di più che leggere passivamente. Qui più sbagli, più ricorderai. Tienilo a mente.

Il modo migliore di usare la terza parte è quello che il concorso stesso richiede: ***una prova intera, cronometrata, senza interruzioni****, e solo dopo la lettura dei commenti. Centoquaranta domande in duecentodieci minuti sono una prova di resistenza oltre che di conoscenza, e l'ultima ora è diversa dalla prima.*

Se non hai tempo per tutte e dieci, comincia dalle più recenti. Nel capitolo 5 è spiegato perché.

2. Rispondere o non rispondere

Questo è un capitolo breve, e probabilmente quello che rende di più.
Il punteggio funziona così:

risposta esatta	**+1 punto**
risposta errata	**–0,25 punti**
risposta non data	**0 punti**

Sembra una regola neutra. Non lo è: è calibrata con precisione, e capire come funziona cambia il modo di affrontare le domande che non si sanno.

Il conto

Su cinque opzioni, tirare completamente a caso significa avere una probabilità su cinque di prendere +1 e quattro su cinque di prendere –0,25.

$$0{,}20 \times (+1) + 0{,}80 \times (-0{,}25) = \mathbf{0{,}00}$$

Il tiro a caso puro vale esattamente zero. Non è un vantaggio, ma nemmeno un danno: è il pareggio. Ed è evidentemente voluto – chi ha scritto la regola ha scelto il coefficiente che rende il caso puro indifferente.

Da qui discende tutto il resto. Se il caso puro vale zero, allora **qualunque frammento di ragionamento ha valore positivo**:

Opzioni che riesci a escludere	Guadagno atteso
nessuna	0,000
una	**+0,063**
due	+0,167
tre	+0,375
risposta certa	+1,000

La conclusione

Non conviene mai lasciare in bianco. Non esiste una domanda in cui l'omissione sia la scelta migliore: al peggio si pareggia, in tutti gli altri casi si guadagna. Basta escludere **una sola** opzione perché rispondere diventi conveniente.

Questo contraddice un consiglio che circola spesso – "rispondi solo se riesci a escluderne almeno due" – che è sbagliato per difetto, e costa punti. Trenta domande in cui riuscivi a scartare un'alternativa, lasciate in bianco, sono circa **due punti** buttati; se le domande sono di quelle da due esclusioni, sono cinque. Per dare la misura: nel concorso 2025, fra il punteggio minimo di prima assegnazione di Cardiologia (100,50) e quello di Gastroenterologia (94,25) ci sono sei punti.

E c'è un secondo motivo, meno noto. In caso di parità di punteggio totale, il primo criterio di precedenza non è l'età né la media: è **chi ha ottenuto il punteggio più alto nella prova**. Solo dopo vengono l'età anagrafica, la media degli esami e il voto di laurea. Il punteggio della prova conta due volte.

Due precisazioni

La tabella è un massimale. Il conto presuppone che le opzioni scartate siano davvero sbagliate. Chi esclude per errore proprio la risposta giusta non guadagna 0,063: perde 0,25, perché sta scegliendo con certezza fra opzioni tutte errate. Un'esclusione basata su una regola che si ricorda male è peggio di nessuna esclusione. Questo non cambia la conclusione – con zero informazione si pareggia comunque – ma cambia il modo di leggere la tabella: i valori valgono per le esclusioni fondate, non per quelle sperate.

Il tiro a caso puro aumenta la varianza. Non il punteggio atteso, che resta zero, ma la dispersione del risultato: ogni tiro a caso ha uno scarto tipico di mezzo punto, e venti tiri fanno circa quattro punti e mezzo di oscillazione a due deviazioni standard.

Questo ha una conseguenza che vale la pena vedere per esteso, perché è più importante di quanto sembri. Immaginiamo un candidato che, prima di decidere che cosa fare delle domande che non sa, si trovi già esattamente al punteggio che gli serve. Se lascia in bianco resta dov'è, con certezza. Se tira a caso su venti domande, la probabilità di non scendere sotto l'obiettivo cala al 59%.

Distanza dal proprio obiettivo	Probabilità di restare almeno all'obiettivo: lasciando in bianco	Tirando a caso su 20
4 punti sotto	0%	3%
2 punti sotto	0%	20%
esattamente in pari	100%	59%
2 punti sopra	100%	79%
4 punti sopra	100%	99%

Letta così, la regola sembra rovesciarsi: **chi è sopra il proprio obiettivo, tirando a caso, può solo scendere; chi è sotto, tirando a caso, ha l'unica possibilità di risalire.**

Perché allora la conclusione resta "riempire tutto"? Per due ragioni.

La prima è che **quel calcolo non si può fare durante la prova.** Nessuno sa, mentre risponde, quanto ha totalizzato finora né quale sarà la soglia della scuola che vuole – un dato che si conosce mesi dopo. La tabella qui sopra descrive una situazione che il candidato non è in grado di riconoscere mentre è seduto al computer.

La seconda è che **il caso puro quasi non esiste.** Il ragionamento vale per una domanda su cui non si ha davvero alcuna informazione: cinque opzioni tutte ugualmente plausibili, nessuna scartabile. Su un quesito di medicina, a chi ha preparato il concorso, capita di rado. E basta escludere una sola opzione perché il valore atteso diventi positivo e tutta la simmetria svanisca: su venti domande di quel tipo sono in media un punto e un quarto guadagnato, non una scommessa alla pari.

Resta vero che **il vero tiro a caso è una scommessa a somma zero**: non toglie niente, non regala niente, e aggiunge rumore. Ma è anche l'unica mossa disponibile su una casella che altrimenti resterebbe vuota, e una casella vuota non ha nemmeno il rumore.

Non è una filosofia, è una procedura

C'è un modo di sbagliare questo capitolo, ed è trasformarlo in un principio da applicare domanda per domanda. Non serve. Con 90 secondi medi a quesito, fermarsi a valutare se conviene rispondere è tempo speso male.

La traduzione operativa è molto più semplice. Durante la prova si lavora normalmente, marcando le domande incerte e andando avanti. **Negli ultimi minuti si fa un passaggio di chiusura e non si lascia nulla in bianco.** Rispondere a caso costa zero secondi e non può danneggiare; ogni casella vuota, invece, è un valore atteso positivo buttato via. È un gesto meccanico da fare a fine prova, non una decisione da prendere 140 volte.

Che cosa significa davvero "escludere"

Il conto dice *che* conviene rispondere. Resta il come.

Escludere un'alternativa non vuol dire trovarla poco convincente: vuol dire poterla scartare per una ragione che si saprebbe dire ad alta voce. È una distinzione che sembra pedante e non lo è, perché è esattamente il punto in cui la tabella smette di valere. Chi scarta un'opzione perché "suona strana" e per caso scarta quella giusta non guadagna sei centesimi di punto: ne perde venticinque.

Per questo, nella pratica, conviene ragionare così: **con due alternative escluse si risponde senza pensarci; con una sola si risponde comunque, ma sapendo che il margine è sottile e regge solo se l'esclusione è fondata.** Matematicamente basta una, e anche zero non fa danno. Operativamente, due è la soglia in cui si è davvero al sicuro.

Il caso più frequente è quello dell'indecisione fra due opzioni: tre scartate, due rimaste. Lì non c'è niente da decidere – si risponde. Vale 0,375 punti attesi, e su dieci domande di quel tipo sono quasi quattro punti. È una quantità che sposta una graduatoria.

E "rispondere", quando non si sa, significa proprio scegliere e andare avanti. Non esiste una terza via fra il sapere e il tirare a indovinare: esiste solo la casella vuota, che è l'unica scelta che non rende niente.

SSM 2026 – Prova ufficiale (versione rimescolata)

140 quesiti · opzioni in ordine casuale · griglia delle risposte corrette in fondo

1. *Un uomo di 50 anni si presenta in ambulatorio lamentando difficoltà nella deglutizione da circa 6 mesi. Riferisce che il problema si manifesta prevalentemente con i liquidi, mentre i cibi solidi sono deglutiti con minor difficoltà (disfagia paradossa). Negli ultimi due mesi, ha perso circa 5 kg. Non riferisce dolore toracico, rigurgito o pirosi retrosternale, ma riferisce una sensazione di "cibo bloccato" in regione retrosternale media. La radiografia del torace è negativa, l'esofagogramma con bario evidenzia un esofago dilatato con restringimento "a coda di topo" al livello della giunzione gastroesofagea. Per quale tra le seguenti diagnosi depone con maggiore probabilità il quadro clinico-radiologico rappresentato?*

A. Stenosi esofagea distale neoplastica
B. Stenosi organica dell'esofago distale
C. Sindrome di Mallory-Weiss
D. Malformazione dell'esofago
E. Acalasia esofagea

2. *Una donna di 55 anni si presenta in ambulatorio riferendo dolori ossei diffusi da circa 6 mesi. Riferisce, inoltre, episodi ricorrenti di nausea e poliuria. L'anamnesi è negativa per patologie significative, ma segnala una recente frattura del radio sinistro in seguito a una banale caduta. Gli esami di laboratorio e strumentali depongono per la diagnosi di iperparatiroidismo primitivo (evidenza di lesione ben capsulata della paratiroide superiore destra suggestiva per adenoma paratiroideo). Quale tra i seguenti è il trattamento indicato per l'iperparatiroidismo primitivo?*

A. Dieta povera di Calcio e calcioantagonisti
B. Somministrazione di Radioisotopi in ambiente protetto
C. Farmaci Antiparatiroidei per 6 mesi e successiva rivalutazione
D. Paratiroidectomia chirurgica mirata
E. Terapia Radiante del collo

3. *Un uomo di 45 anni si presenta in Pronto Soccorso, dopo una caduta, con una ferita lacero-contusa del braccio destro. La ferita è lunga circa 6 cm, con bordi netti e moderata contaminazione da terriccio. Non vi sono segni di lesioni di muscoli o di strutture vascolo-nervose. L'anamnesi è negativa per diabete o altre patologie significative. Il paziente è in regola con la vaccinazione antitetanica. La ferita viene trattata con detersione accurata con soluzione fisiologica e soluzione antisettica, i margini della ferita vengono accostati e suturati. La chiusura di una ferita con sutura è definita:*

A. Granulazione spontanea
B. Chiusura per prima intenzione
C. Accostamento forzato dei margini
D. Chiusura per seconda intenzione
E. Accostamento fisiologico dei margini

4. *Una donna di 48 anni si presenta per una visita senologica dopo aver scoperto un nodulo palpabile (autopalpazione) nel quadrante superiore esterno della mammella destra. La mammografia conferma la presenza di un nodulo singolo "spiculato" di circa 2,5 cm. Durante l'esame clinico, si apprezzano linfonodi ascellari omolaterali palpabili, non dolenti. I linfonodi ascellari di secondo livello sono situati:*

A. Lungo tutto il decorso dell'arteria ascellare
B. Posteriormente al muscolo piccolo pettorale
C. All'apice del cavo ascellare
D. Medialmente al muscolo piccolo pettorale
E. Lateralmente al muscolo piccolo pettorale

5. *Un paziente di 40 anni con indice di massa corporea di 35 viene sottoposto agli accertamenti preoperatori di routine per successivo intervento di chirurgia bariatrica mini-invasiva. All'endoscopia preoperatoria viene riscontrata la presenza di un'ernia iatale di tipo 1 con quadro deponente per esofago di Barrett confermato istologicamente (assenza di displasia). Quale intervento chirurgico bariatrico/metabolico è più raccomandato tra i seguenti?*

A. Sleeve gastrectomy con riparazione dell'ernia iatale
B. Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass SADI-S
C. Bendaggio gastrico regolabile senza riparazione dell'ernia iatale
D. One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB) senza riparazione del difetto iatale
E. By-pass gastrico con ansa alla Roux con contestuale riparazione dell'ernia iatale

6. *Una donna di 47 anni, portatrice di mutazione genetica BRCA-1, richiede una valutazione chirurgica senologica per eventuale intervento chirurgico mammario profilattico.*

C. Zidovudina / Lamivudina / Abacavir – Zidovudina/lamivudina/abacavir è un regime terapeutico datato, non la PrEP.
E. Zidovudina / Lamivudina – Zidovudina/lamivudina è una combinazione terapeutica storica, non indicata come PrEP.

109. *Ad un uomo di 75 anni è stato riscontrato mediante ecografia un aneurisma dell'aorta addominale di 6,0 centimetri di diametro trasverso. Scegliere l'opzione corretta tra le seguenti:*
Risposta corretta: B. Valutazione per trattamento chirurgico/interventistico
Perché è corretta
Un aneurisma dell'aorta addominale di 6,0 cm supera ampiamente la soglia di intervento, in genere 5,5 cm nell'uomo: il diametro elevato comporta un rischio di rottura significativo, per cui è indicata la valutazione per il trattamento chirurgico o endovascolare.
: aneurisma aortico addominale con diametro pari o superiore a circa 5,5 cm, oppure in rapida crescita o sintomatico, va valutato per la riparazione; sotto tale soglia si esegue sorveglianza ecografica.
Perché le altre sono errate
A. Impostazione di terapia anticoagulante e controllo dei valori della pressione arteriosa – L'anticoagulazione non tratta l'aneurisma né ne previene la rottura, e non è l'indicazione per un aneurisma di queste dimensioni.
C. Controllo ecografico tra 6 mesi e, se il diametro aumenta, valutazione per intervento chirurgico – La sorveglianza a 6 mesi è per gli aneurismi di diametro inferiore alla soglia; a 6,0 cm il rischio impone la valutazione per l'intervento, non l'attesa.
D. Controllo ecografico tra 1 anno e, se il diametro aumenta, valutazione per intervento chirurgico – Come sopra, la semplice sorveglianza a un anno è inadeguata per un aneurisma di 6,0 cm.
E. Nessun controllo, né trattamento – Nessun controllo né trattamento è inaccettabile, dato l'elevato rischio di rottura di un aneurisma di queste dimensioni.

110. *Un uomo di 64 anni giunge all'attenzione medica riferendo comparsa da circa 2 settimane di dolore e rigidità ai cingoli pelvico e scapolare. Si pone sospetto di polimialgia reumatica. Quale dei seguenti riscontri agli esami ematochimici e sierologici NON si osserva mai nei soggetti affetti da polimialgia reumatica?*
Risposta corretta: C. Consumo delle frazioni C3 e C4 del complemento
Perché è corretta
Il quesito chiede il reperto che NON si osserva nella polimialgia reumatica. Il consumo del complemento, con C3 e C4 ridotti, non si verifica nella polimialgia reumatica, che non è una malattia da immunocomplessi: è quindi la risposta.
: nella polimialgia reumatica si osservano VES e indici di flogosi marcatamente elevati, anemia normocromica, enzimi muscolari normali (non c'è miosite) e ANA negativi; il complemento è normale, non consumato.
Perché le altre sono errate
A. Elevazione velocità di eritrosedimentazione (VES) – La marcata elevazione della VES è tipica e caratteristica della polimialgia reumatica.
B. Anemia normocromica – L'anemia da flogosi cronica, normocromica, è di comune riscontro.
D. Normalità degli enzimi di danno muscolare – Nella polimialgia reumatica non c'è danno muscolare, a differenza delle miositi, quindi gli enzimi muscolari sono normali.
E. Negatività anticorpi anti-nucleo (ANA) – Gli ANA sono tipicamente negativi, poiché la polimialgia reumatica non è una connettivite ANA-associata.

111. *Una donna di 38 anni si presenta presso l'ambulatorio del neurochirurgo. Porta in visione una RM lombo-sacrale, eseguita per la comparsa, da qualche settimana, di dolore intenso all'arto inferiore sinistro (più precisamente lungo la superficie laterale della coscia e della gamba, sulla superficie dorsale del piede e del primo dito). L'esame obiettivo evidenzia: deficit della flessione dorsale del piede sinistro (grado F4), segno di Lasègue debolmente positivo a sinistra, parestesie lungo la superficie laterale della coscia e della gamba sinistra. Che cosa ci si aspetta di trovare alla RM lombo-sacrale?*
Risposta corretta: E. Ernia del disco L4-L5 preforaminale sinistra
Perché è corretta
Il quadro, dolore lungo la superficie laterale di coscia e gamba fino al dorso del piede e al primo dito, con deficit della flessione DORSALE del piede sinistro e parestesie nello stesso territorio, è tipico di una radicolopatia L5 sinistra, causata da un'ernia del disco L4-L5 a sinistra.

: la radice L5 governa la dorsiflessione del piede e dell'alluce e la sensibilità della faccia laterale della gamba, del dorso del piede e del primo dito. L'ernia L4-L5 posterolaterale, la più frequente, comprime la radice L5, che attraversa quel livello per uscire dal forame sottostante; un'ernia foraminale o extraforaminale dello stesso disco colpisce invece la radice che esce a quel livello, cioè L4.

Perché le altre sono errate

A. Ernia del disco L5-S1 preforaminale destra – L'ernia L5-S1 comprimerebbe la radice S1 (flessione plantare, faccia posteriore della gamba, pianta e V dito) e per giunta a destra: non corrisponde né al livello né al lato.

B. Ernia del disco L3-L4 preforaminale sinistra – L'ernia L3-L4 interessa tipicamente la radice L4 (estensione del ginocchio, faccia mediale della gamba), non il territorio L5 descritto.

C. Ernia del disco L2-L3 preforaminale sinistra – L'ernia L2-L3 coinvolge radici alte lombari (L3), con dolore alla faccia anteriore della coscia, non il territorio L5.

D. Ernia del disco L2-L3 preforaminale destra – Livello alto (radice L3: faccia anteriore della coscia, estensione del ginocchio) e per giunta lato destro: non corrisponde né al livello né al lato del quadro L5 sinistro.

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

Risposta corretta: A. Esofagite eosinofila

Perché è corretta

Un adolescente atopico, con asma, con disfagia per i solidi e mancata risposta agli inibitori di pompa, con endoscopia che mostra anelli esofagei concentrici (tracheizzazione), strie longitudinali ed essudati puntiformi biancastri, ha un quadro tipico di esofagite eosinofila.

: disfagia in un giovane atopico, con anelli concentrici, strie longitudinali ed essudati all'endoscopia = esofagite eosinofila. La diagnosi si conferma con le biopsie esofagee (almeno 15 eosinofili per campo ad alto ingrandimento). La mancata risposta agli inibitori di pompa rafforza il sospetto, ma non è più un criterio diagnostico: gli inibitori di pompa sono oggi una delle terapie di prima linea, e una parte dei pazienti risponde.

Perché le altre sono errate

B. Esofagite da Candida – L'esofagite da Candida dà placche biancastre aderenti, in genere in immunodepressi, con odinofagia, non gli anelli concentrici e le strie dell'eosinofila.

C. Esofagite erpetica – L'esofagite erpetica si presenta con ulcere e vescicole dolorose, tipicamente in immunodepressi, non con tracheizzazione e strie.

D. Malattia da reflusso gastro-esofageo – La malattia da reflusso di norma risponde agli inibitori di pompa e all'endoscopia mostra erosioni o ulcere lineari dell'esofago distale, vicino al cardias, o una metaplasia di Barrett. La tracheizzazione e gli essudati puntiformi diffusi non appartengono alla storia naturale del reflusso non complicato.

E. Esofagite associata a malattia di Crohn – Il coinvolgimento esofageo della malattia di Crohn è raro e compare di solito in un paziente con malattia intestinale nota. All'endoscopia si manifesta con ulcere aftoidi, ulcere longitudinali profonde o stenosi rigide, non con la combinazione di anelli concentrici, strie ed essudati (microascessi eosinofili) tipica dell'esofagite eosinofila.

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

Risposta corretta: A. Entro 30 giorni

Perché è corretta

Dopo un bypass aortocoronarico è indicata la riabilitazione cardiovascolare precoce: il percorso va avviato tempestivamente, entro circa 30 giorni dall'intervento, per migliorare il recupero funzionale e la prognosi.

: riabilitazione cardiologica post-cardiochirurgica precoce, nell'ambito del primo mese, non differita di molti mesi.

Perché le altre sono errate

B. Tra 6 ed 8 mesi – Tra 6 e 8 mesi è troppo tardivo: ritardare la riabilitazione ne riduce i benefici.

C. La riabilitazione cardiovascolare non è indicata in caso di bypass aortocoronarico – Falso: la riabilitazione cardiovascolare è invece raccomandata dopo il bypass.

D. Immediatamente se il quadro clinico è ancora sintomatico per angina – L'angina in atto va prima valutata e trattata; non è questo il criterio di inizio della riabilitazione, che segue la stabilizzazione.
E. Tra 10 e 12 mesi – Tra 10 e 12 mesi è eccessivamente tardivo e non appropriato.

114. *In caso di leucemie e linfomi, vengono utilizzati gli inibitori della diidrofolico reduttasi come antimetaboliti. Quale farmaco tra questi utilizza tale meccanismo di azione?*
Risposta corretta: A. Metotrexate
Perché è corretta
Il metotrexate è l'antimetabolita che agisce inibendo la diidrofolato reduttasi, bloccando la rigenerazione del tetraidrofolato e quindi la sintesi di purine e timidilato; è usato in leucemie, linfomi e altre neoplasie, oltre che come immunosoppressore.
: metotrexate = inibitore della diidrofolato reduttasi, cioè antifolato.
Perché le altre sono errate
B. Citarabina – La citarabina è un analogo pirimidinico che inibisce la DNA polimerasi, non la diidrofolato reduttasi.
C. Doxorubicina – La doxorubicina è un'antraciclina che intercala il DNA e inibisce la topoisomerasi II, meccanismo diverso.
D. Fludarabina – La fludarabina è un analogo purinico che inibisce la sintesi del DNA, non un antifolato.
E. 6-mercaptopurina – La 6-mercaptopurina è un analogo delle purine, antimetabolita purinico, non un inibitore della diidrofolato reduttasi.

115. *Un uomo di 70 anni presenta claudicatio intermittens che compare dopo 100 metri di marcia. Quale tra le seguenti NON è una possibile diagnosi differenziale?*
Risposta corretta: D. Miocardite
Perché è corretta
Il quesito chiede la condizione che NON è in diagnosi differenziale con la claudicatio intermittens, cioè il dolore agli arti inferiori da marcia. La miocardite è una patologia cardiaca infiammatoria e non causa claudicatio degli arti: è quindi la risposta.
: la claudicatio va distinta tra cause vascolari (arteriopatia aterosclerotica, arterite, aneurisma iliaco che comprime o embolizza) e neurogene (stenosi del canale lombare); la miocardite non vi rientra.
Perché le altre sono errate
A. Aterosclerosi – L'arteriopatia obliterante aterosclerotica è la causa più comune di claudicatio vascolare.
B. Arterite periferica – Le vasculiti e arteriti periferiche possono dare claudicatio da ridotto flusso.
C. Claudicatio neurogena – La claudicatio neurogena, da stenosi del canale vertebrale lombare, entra in diagnosi differenziale con quella vascolare.
E. Aneurisma dell'arteria iliaca – L'aneurisma dell'arteria iliaca può causare sintomi ischemici agli arti per embolizzazione o riduzione del flusso, rientrando nella diagnosi differenziale.

116. *Ad un uomo di 61 anni, che ha eseguito accertamenti per il recente riscontro di ipertensione arteriosa, viene posta diagnosi di microcitoma polmonare metastatico. All'esame clinico PA 160/100, FC 58 BPM. Gli esami di laboratorio mostrano GB 11.000/mm3, Hb 11,7 g/dL, piastrine 205.000/mm3, azotemia 43 mg/dL, creatinina 0,92 mg/dL, Na 144 mEq/L, K 3,4 mEq/L, calcemia e fosfatemia nella norma, glicemia a digiuno 120 mg/dL. Qual è la causa più probabile della ipertensione arteriosa riscontrata?*
Risposta corretta: B. Sindrome di Cushing paraneoplastica
Perché è corretta
In un paziente con microcitoma polmonare e comparsa di ipertensione con ipokaliemia (K 3,4) e iperglicemia, la causa più probabile è una sindrome di Cushing paraneoplastica da secrezione ectopica di ACTH: l'eccesso di cortisolo provoca ipertensione, ipokaliemia per effetto mineralcorticoide e intolleranza glucidica.
Nel Cushing da ACTH ectopico del microcitoma l'evoluzione è rapida: l'habitus cushingoide spesso manca e prevalgono ipokaliemia, ipertensione, iperglicemia e debolezza muscolare. Per questo, in un paziente con microcitoma, ipokaliemia e ipertensione di nuova insorgenza devono far sospettare la diagnosi anche senza segni cushingoidi.
: microcitoma più ipertensione più ipokaliemia più iperglicemia orienta alla secrezione ectopica di ACTH, cioè un Cushing paraneoplastico.

Perché le altre sono errate

A. Ipotiroidismo – L'ipotiroidismo può associarsi a ipertensione diastolica, ma non spiega l'ipokaliemia e l'iperglicemia del quadro.

C. Sindrome di Lambert-Eaton – La sindrome di Lambert-Eaton è una sindrome neuromuscolare paraneoplastica con debolezza muscolare, non causa ipertensione con ipokaliemia.

D. Diabete mellito scompensato – Il diabete mellito scompensato spiegherebbe l'iperglicemia ma non l'ipertensione con ipokaliemia riconducibili all'eccesso di cortisolo.

E. Tumore secernente PTH-related Peptide (PTHrP) – Il tumore secernente PTHrP causa ipercalcemia paraneoplastica, mentre qui calcemia e fosfatemia sono normali; non spiega ipertensione e ipokaliemia.

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

Risposta corretta: D. Cardiomiopatia ipertrofica

Perché è corretta

La morte improvvisa da fibrillazione ventricolare in un giovane, con riscontro autoptico di ipertrofia del ventricolo sinistro e soprattutto del setto interventricolare e, all'istologia, disordine (disarray) delle fibre miocardiche, è tipica della cardiomiopatia ipertrofica.

: ipertrofia settale asimmetrica più disarray miocitario più morte improvvisa nel giovane = cardiomiopatia ipertrofica, causa frequente di morte cardiaca improvvisa negli sportivi giovani.

Perché le altre sono errate

A. Miocardite – La miocardite mostrerebbe un infiltrato infiammatorio con necrosi miocitaria, non l'ipertrofia settale con disarray.

B. Cardiomiopatia infiltrativa – La cardiomiopatia infiltrativa, per esempio da amiloide, ispessisce le pareti con depositi interstiziali fra miociti ordinati: all'istologia mostrerebbe la sostanza depositata, non il disarray delle fibre.

C. Cardiomiopatia dilatativa – La cardiomiopatia dilatativa è caratterizzata da dilatazione e assottigliamento delle pareti con disfunzione contrattile, opposto all'ipertrofia descritta.

E. Cardiomiopatia aritmogena – La cardiomiopatia aritmogena colpisce prevalentemente il ventricolo destro con sostituzione fibro-adiposa, non l'ipertrofia settale sinistra con disarray.

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

Risposta corretta: D. Lesione da pressione stadio I

Perché è corretta

In un paziente allettato, un eritema in sede sacrale che NON impallidisce alla digitopressione, con cute integra e senza perdita di sostanza, corrisponde a una lesione da pressione di stadio I: eritema non sbiancante su cute intatta.

: stadio I = eritema non impallidente a cute integra; stadio II = perdita cutanea parziale con abrasione o vescica; il non sbiancamento distingue il danno da pressione dall'iperemia reattiva.

Occhio! Il colorito rosso-violaceo è un dettaglio da non trascurare. Nella classificazione NPIAP del 2016 le alterazioni di colore dello stadio I non comprendono il viola e il marrone scuro, che possono indicare una lesione da pressione dei tessuti profondi: area localizzata di cute integra, viola o marrone, che non sbianca e può evolvere rapidamente verso una perdita di sostanza. Questa categoria non è fra le opzioni. La risposta è comunque lo stadio I perché la cute è integra, l'eritema non sbianca e manca la perdita di sostanza a spessore parziale che definisce lo stadio II; ma davanti a una discromia violacea sul sacro va sospettato un danno profondo e la lesione va sorvegliata da vicino.

Perché le altre sono errate

A. Ematoma post-chirurgico – L'ematoma post-chirurgico presuppone un intervento in quella sede e un versamento ematico, non un eritema da decubito su cute integra.

B. Eritema da pannolone – Il pannolone dell'anziano incontinente espone a una dermatite associata all'incontinenza, frequente proprio nei pazienti allettati. Si distingue però dalla lesione da pressione: interessa la cute a contatto con urine e feci (perineo, pieghe glutee), con eritema diffuso a margini irregolari, e non è centrata su una prominenza ossea come il sacro.