

VERBALE N°1 Pagina 7 di 20

... OMISSIS ...

Si procede alla determinazione della prova scritta relativa al presente concorso che ai sensi dell'art. 26 del D.P.R. 10.12.97, n. 483, deve consistere in "relazione su caso clinico simulato o su argomenti inerenti alla disciplina messa a concorso o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina stessa".

Ai sensi dell'art. 12 del DPR 10.12.1997 n. 483, la Commissione predispone tre questionari che vengono registrati con numeri progressivi che corrispondono a:

1. PROVA SCRITTA N. 1 – QUESTIONARIO A RISPOSTE MULTIPLE
2. PROVA SCRITTA N. 2 – QUESTIONARIO A RISPOSTE MULTIPLE
3. PROVA SCRITTA N. 3 – QUESTIONARIO A RISPOSTE MULTIPLE

e vengono allegati al presente verbale per formarne parte integrante e sostanziale.

I questionari sono chiusi in pieghi suggellati e firmati esteriormente sui lembi di chiusura dai componenti della Commissione e dal Segretario.

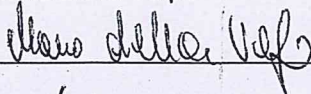
La Commissione fissa i seguenti criteri per la correzione e la valutazione del questionario:

- per ottenere la sufficienza il candidato deve rispondere in maniera corretta almeno a 18 delle 30 domande
- ad ogni risposta esatta dopo la ventunesima vengono assegnati 0,75 punti
- ogni risposta errata o assente non comporta alcuna attribuzione di punteggio nè decurtazione
- il candidato potrà effettuare eventuali correzioni, apponendo la dicitura "no" sulla risposta da lui ritenuta errata, o comunque contrassegnando in maniera inequivocabile la domanda corretta. In presenza di casi dubbi le risposte corrette non verranno considerate valide e non comporteranno l'attribuzione di alcun punteggio

Viene stabilito che per lo svolgimento della prova scritta i candidati abbiano a disposizione 30 minuti.

FIRME DEI COMPONENTI LA COMMISSIONE

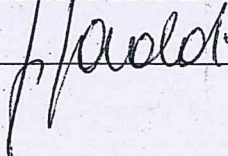
Dott. Mario Della Volpe



Dott. Marco Formica



Dott.ssa Silvana Savoldi



Cinzia Buffa



QUESTIONARIO A RISPOSTE MULTIPLE. PROVA SCRITTA N.1



- 1) **Nella Glomerulosclerosi focale e segmentaria la risposta completa o parziale alla terapia steroidea ed il rischio di ricaduta dopo la cessazione della terapia sono, rispettivamente:**
 - a) 20% - 10%
 - b) 30% - 20%
 - c) 40% - 30%
 - d) 60% - 50%

- 2) **Il Rituximab determina una deplezione dei linfociti B per:**
 - a) 1-2 mesi
 - b) 3-4 mesi
 - c) 6-9 mesi
 - d) Un anno

- 3) **Secondo le indicazioni della FDA, il Rituximab può essere utilizzato (quindi non off label) in:**
 - a) Glomerulonefrite membranosa
 - b) Glomerulosclerosi focale e segmentaria
 - c) Vasculiti ANCA associate
 - d) Tutte le precedenti

- 4) **L'antigene PLA2R, i cui anticorpi sono presenti nel 70% dei pazienti con Glomerulonefrite Membranosa idiopatica, è presente:**
 - a) Nella membrana basale glomerulare
 - b) Nei podociti
 - c) Nell'endotelio
 - d) nel mesangio

- 5) **Secondo le linee guida K-DIGO, la terapia di prima scelta nella Glomerulonefrite membranosa è:**
 - a) steroide per 6 mesi
 - b) Rituximab
 - c) Agenti alchilanti associati a steroide per 6 mesi
 - d) Inibitori della calcineurina

- 6) **Il quadro istologico renale più frequente della nefropatia IgG4 correlata è quello di:**
 - a) Una Glomerulonefite membranosa
 - b) Una Glomerulonefrite proliferativa mesangiale
 - c) Una Nefropatia tubulo interstiziale
 - d) Una Glomerulonefrite membrano proliferativa

- 7) **Quale delle seguenti patologie non è riconducibile a ciliopatia ?:**
 - a) Forma autosomica dominante del rene policistico
 - b) Forma autosomica recessiva del rene policistico
 - c) Malattia cistica della midollare
 - d) Nefronoftisi

- 8) **Quali, tra i seguenti, è da considerarsi criterio di esclusione per la donazione di rene da vivente?**
 - a) Proteinuria delle 24 ore superiore a 100 mg
 - b) Proteinuria delle 24 ore inferiore a 300 mg
 - c) Proteinuria delle 24 ore superiore a 300 mg

- d) Nessuna delle risposte è corretta
- 9) **Nel donatore, la comparsa nel lungo termine di un minimo incremento della proteinuria:**
- a) È da considerarsi un segno di iniziale insufficienza renale
 - b) È di comune riscontro e generalmente non si associa ad ulteriore deterioramento della funzione renale
 - c) Impone l'esecuzione di agobiopsia renale
 - d) Compare solo nei donatori obesi e indica un rischio aumentato di nefropatia diabetica
- 10) **L'ipercalcemia nel trapiantato di rene è:**
- a) Più frequente dopo 2 anni dal trapianto
 - b) Particolarmente rara
 - c) Presente con frequenza media tra il 5 e 15% ad un anno dal trapianto
 - d) Presente con frequenza media tra il 30 e 50% ad una anno dal trapianto.
- 11) **La GN a depositi mesangiali di IgA nei pazienti sottoposti a trapianto renale da donatore vivente, recidiva in circa il:**
- a) 10% dei casi
 - b) 20% dei casi
 - c) 30% dei casi
 - d) 40% dei casi
- 12) **L'iperparatiroidismo primitivo è la causa favorente della formazione di calcoli renali nel:**
- a) 3-5% dei casi di nefrolitiasi recidivante
 - b) 8-10% dei casi di nefrolitiasi recidivante
 - c) 13-15% dei casi di nefrolitiasi recidivante
 - d) 18-20% dei casi di nefrolitiasi recidivante
- 13) **Nella Sindrome da Inappropriata Secrezione di ADH (SIADH) quale quadro ematochimico si osserva generalmente?:**
- a) Riduzione di sodiemia, aumento di urea, uricemia, osmolarità urinaria
 - b) Riduzione di sodiemia, urea, uricemia, aumento dell'osmolarità urinaria
 - c) Riduzione di sodiemia, urea, uricemia, osmolarità urinaria
 - d) Riduzione di sodiemia, urea e aumento di uricemia ed osmolarità plasmatica
- 14) **Nella Sindrome da Inappropriata secrezione di ADH (SIADH) l'infusione di soluzione salina determina:**
- a) riduzione della sodiuria
 - b) nessun effetto
 - c) aumento della sodiuria
 - d) effetto variabile in base alla patologia di base
- 15) **Nella grave iponatriemia cronica, in assenza di sintomi neurologici acuti, la correzione della natriemia nelle prime 24 ore deve essere non superiore a**
- a) 6 – 8 mEq/l
 - b) 10-14 mEq/l
 - c) 14-18 mEq/l
 - d) 18-20 mEq/l
- 16) **La peritonite ricorrente è:**
- a) Episodio che si manifesta dopo 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio con lo stesso microorganismo

- b) Episodio che si manifesta entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio ma con un differente microorganismo
- c) Episodio che si manifesta entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio ma con lo stesso microorganismo
- d) Peritonite associata ad infezione dell'exit site da stesso microorganismo

17) La Dialisi Peritoneale incrementale è:

- a) Aggiustamento della dose dialitica in base alla perdita della funzione renale residua in modo che somma dose dialitica e di FFR sia costante con target KT/V peritoneale + KT/V renale = 2
- b) Aumento graduale del volume di scambio fino ad un massimo di 2 litri
- c) Aumento graduale del numero di scambi da 2 a 4 al giorno
- d) Praticabile solo in CAPD

18) Quale è il più frequente pattern di osteodistrofia renale nei pazienti in dialisi peritoneale?

- a) Osteite fibrosa
- b) Osteopenia
- c) Malattia adinamica dell'osso
- d) Tutte le precedenti

19) In caso di infezione dell'emergenza cutanea da Staphylococcus Aureus con peritonite secondaria e normalizzazione dei globuli bianchi nel liquido peritoneale dopo terapia con vancomicina ma persistenza della sintomatologia e dell'infezione dell'exit site, è indicato:

- a) Continuare antibiotico terapia per altre 2-3 settimane
- b) Rimuovere la cuffia superficiale
- c) Rimuovere il catetere e passare ad emodialisi
- d) Cambiare antibiotico e proseguire terapia per altre 2-3 settimane

20) Nei portatori sani di Staphylococcus Aureus nelle vie aeree superiori, quale di queste affermazioni relativa alla profilassi con muporicina è vera:

- a) Riduce significativamente le infezioni dell'emergenza da Staphylococcus aureus
- b) Non deve essere ripetuta
- c) Riduce anche il rischio di infezioni da Pseudomonas
- d) Non ha nessuna efficacia

21) Nel Qb stress test, per la valutazione del flusso della FAV, prima di effettuare la procedura (aumento del Qb a 400 ml/min e registrazione dei valori di pressione, sollevazione del braccio del paziente) vanno regolati gli allarmi di PA (Pressione di aspirazione) e di PV (pressione di rientro venosa) rispettivamente a:

- a) -150 mmHg e + 150 mmHg
- b) -200 mmHg e + 200 mmHg
- c) -250 mmHg e + 250 mmHg
- d) -300 mmHg e + 300 mmHg

22) Quale è la causa più frequente di trombosi della FAV?

- a) Eccessiva ipercoagulabilità
- b) Ipotensione intradialitica
- c) Stenosi misconosciuta
- d) Eccessiva correzione dell'ematocrito

23) Quali sono le caratteristiche clinico anamnestiche di una FAV stenotica?

- a) Asse venoso regolare, fremito in sede di stenosi, polso morbido, soffio continuo, assenza di ricircolo



- b) Polso poco comprimibile, soffio forte, restringimento dell'asse venoso, fremito in sede di stenosi
- c) Asse venoso irregolare, soffio sisto-diastolico, fremito solo anastomotico
- d) Soffio aspro e discontinuo, scarsa depurazione, polso poco comprimibile, emostasi difficoltosa nel post dialisi.

24) **Nell'HFR il liquido infuso al paziente in corso di dialisi è:**

- a) Acqua osmotizzata modificata con aggiunta di soluzione elettrolitica
- b) Soluzione elettrolitica in sacche preconfezionate
- c) Ultrafiltrato rigenerato
- d) Non vi è alcuna infusione



25) **Nella CRRT con citrato il livello di Calcio ionizzato nel circuito extracorporeo deve essere:**

- a) < 0.10 mmol/l
- b) Tra 0.10 e 0.25 mmol/l
- c) Tra 0.25 e 0.50 mmol/l
- d) Tra 0.5 e 0.75 mmol/l

26) **Quali accorgimenti possono contribuire a prevenire la comparsa di una "Dialysis disequilibrium syndrome" in pazienti late-referral?**

- a) Seduta dialitica di 4-5 ore
- b) Somministrazione lenta di solfato di magnesio ev. durante la seduta dialitica
- c) Seduta dialitica breve (h 2-2.30'), Qb non > 250 ml/min, somministrazione di glucosata ipertonica durante la seduta
- d) Trattamento dialitico continuo (CRRT)

27) **Il parametro che in CRRT con citrato indica scarsa metabolizzazione del citrato, con conseguente accumulo, è:**

- a) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato < 1
- b) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato tra 1 e 1.5
- c) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato tra 1.5 e 2.5
- d) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato > 2.5

28) **In Italia l'accertamento di morte per arresto cardiaco deve essere effettuato da un medico con rilievo Elettrocardiografico protratto per:**

- a) 10 minuti
- b) 15 minuti
- c) 20 minuti
- d) 30 minuti

29) **Quale di questi effetti collaterali non si osserva in corsa di terapia con Tacrolimus?**

- a) Diabete
- b) Tremori
- c) Dislipidemia
- d) Iperplasia gengivaria

30) **Tra gli indicatori di attuabilità del trapianto da NHBD (non heart beating donor) sono elementi che aiutano a predire una PNF (Primary non function):**

- a) Tempo di ischemia calda pura > 40
- b) Età donatore > 60 anni
- c) Creatinina sierica > 3 mg/dl
- d) Tutte le precedenti
- e) Nessuna delle precedenti

PROVA NON ESTIMATA - 28/11/2010

PROVA SCRITTA N. 2. QUESTIONARIO A RISPOSTE MULTIPLE

- 1) **Nella Glomerulosclerosi focale e segmentaria la risposta completa o parziale alla terapia steroidea ed il rischio di ricaduta dopo la cessazione della terapia sono, rispettivamente:**
 - a) 20% - 10%
 - b) 30% - 20%
 - c) 40% - 30%
 - d) 60% - 50%

- 2) **Il Rituximab determina una deplezione dei linfociti B per:**
 - a) 1-2 mesi
 - b) 3-4 mesi
 - c) 6-9 mesi
 - d) Un-anno

- 3) **Secondo le indicazioni della FDA, il Rituximab può essere utilizzato (quindi non off label) in:**
 - a) Glomerulonefrite membranosa
 - b) Glomerulosclerosi focale e segmentaria
 - c) Vasculiti ANCA associate
 - d) Tutte le precedenti

- 4) **L'antigene PLA2R, i cui anticorpi sono presenti nel 70% dei pazienti con Glomerulonefrite Membranosa idiopatica, è presente:**
 - a) Nella membrana basale glomerulare
 - b) Nei podociti
 - c) Nell'endotelio
 - d) nel mesangio

- 5) **Il quadro istologico renale più frequente della nefropatia IgG4 correlata è quello di:**
 - a) Una Glomerulonefrite membranosa
 - b) Una Glomerulonefrite proliferativa mesangiale
 - c) Una Nefropatia tubulo interstiziale
 - d) Una Glomerulonefrite membranosa proliferativa

- 6) **Nella Sindrome da Inappropriata secrezione di ADH (SIADH) l'infusione di soluzione salina determina:**
 - a) riduzione della sodiuria
 - b) nessun effetto
 - c) aumento della sodiuria
 - d) effetto variabile in base alla patologia di base

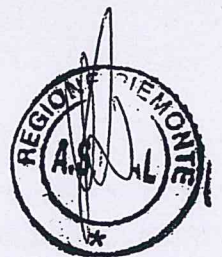
- 7) **Nel paziente con Mieloma Multiplo l'insufficienza Renale Acuta può essere presente fin dall'esordio nel:**
 - a) 5% dei pazienti
 - b) 20% dei pazienti
 - c) 40% dei pazienti
 - d) 50% dei pazienti

- 8) **La crioglobulinemia osservata in pazienti affetti da epatite C è:**
 - a) Di tipo 1: singola immunoglobulina monoclonale
 - b) Di tipo 2: IgG policlonale e IgM monoclonale
 - c) Di tipo 3: più immunoglobuline policlonali



- 9) **La Glomerulonefrite da Immuntactoidi presenta, rispetto alla Glomerulonefrite Fibrillare;**
- a) Maggiore incidenza di Sindrome Nefrosica
 - b) Probabile patologia linfoproliferativa sottostante
 - c) Minore incidenza di componenti monoclonali sieriche ed urinarie
 - d) Non evoluzione verso ESRD
- 10) **La nefropatia in corso di Malattia di Fabry sembra presentare nella femmina, rispetto al maschio:**
- a) Progressione più rapida
 - b) Progressione più lenta
 - c) Nessuna differenza
- 11) **Quali, tra i seguenti, è da considerarsi criterio di esclusione per la donazione di rene da vivente?**
- a) Proteinuria delle 24 ore superiore a 100 mg
 - b) Proteinuria delle 24 ore inferiore a 300 mg
 - c) Proteinuria delle 24 ore superiore a 300 mg
 - d) Nessuna delle risposte è corretta
- 12) **Nel donatore, la comparsa nel lungo termine di un minimo incremento della proteinuria**
- a) È da considerarsi un segno di iniziale insufficienza renale
 - b) È di comune riscontro e generalmente non si associa ad ulteriore deterioramento della funzione renale
 - c) Impone l'esecuzione di agobiopsia renale
 - d) Compare solo nei donatori obesi e indica un rischio aumentato di nefropatia diabetica
- 13) **L'ipercalcemia nel trapiantato di rene è:**
- a) Più frequente dopo 2 anni dal trapianto
 - b) Particolarmente rara
 - c) Presente con frequenza media tra il 5 e 15% ad un anno dal trapianto
 - d) Presente con frequenza media tra il 30 e 50% ad una anno dal trapianto.
- 14) **La GN a depositi mesangiali di IgA nei pazienti sottoposti a trapianto renale da donatore vivente, recidiva in circa il:**
- a) 10% dei casi
 - b) 20% dei casi
 - c) 30% dei casi
 - d) 40% dei casi
- 15) **Quale di questi effetti collaterali non si osserva in corso di terapia con Tacrolimus?**
- a) Diabete
 - b) Tremori
 - c) Dislipidemia
 - d) Iperplasia gengivaria
- 16) **La dislipidemia nel paziente trapiantato è più frequente con l' utilizzo di:**
- a) Ciclosporina
 - b) Acido micofenolico
 - c) Sirolimus
 - d) Tacrolimus

- 17) **La peritonite ricorrente è:**
- Episodio che si manifesta dopo 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio con lo stesso microorganismo
 - Episodio che si manifesta entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio ma con un differente microorganismo
 - Episodio che si manifesta entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio ma con lo stesso microorganismo
 - Peritonite associata ad infezione dell'exit site da stesso microorganismo
- 18) **Quale è il più frequente pattern di osteodistrofia renale nei pazienti in dialisi peritoneale?**
- Osteite fibrosa
 - Osteopenia
 - Malattia adinamica dell'osso
 - Tutte le precedenti
- 19) **In caso di infezione dell'emergenza cutanea da Staphylococcus Aureus con peritonite secondaria e normalizzazione dei globuli bianchi nel liquido peritoneale dopo terapia con vancomicina ma persistenza della sintomatologia e dell'infezione dell'exit site, è indicato:**
- Continuare antibiotico terapia per altre 2-3 settimane
 - Rimuovere la cuffia superficiale
 - Rimuovere il catetere e passare ad emodialisi
 - Cambiare antibiotico e proseguire terapia per altre 2-3 settimane
- 20) **Nei portatori sani di Staphylococcus Aureus nelle vie aeree superiori, quale di queste affermazioni relativa alla profilassi con muporicina è vera:**
- Riduce significativamente le infezioni dell'emergenza da Staphylococcus aureus
 - Non deve essere ripetuta
 - Riduce anche il rischio di infezioni da Pseudomonas
 - Non ha nessuna efficacia
- 21) **Potenziali vantaggi della dialisi peritoneale nei diabetici:**
- mancata eparinizzazione
 - Migliore stabilità emodinamica
 - Maggiore persistenza della funzione renale residua
 - Tutte le precedenti
- 22) **Quale tra queste è una controindicazione assoluta alla Dialisi Peritoneale?**
- Rene policistico
 - Ernia inguinale
 - Episodi precedenti di diverticoliti
 - Intervento endovascolare sull'aorta addominale
- 23) **La diagnosi di peritonite in dialisi peritoneale**
- È certa se la conta bianchi sul liquido è maggiore di 100 cell/mm³
 - È certa se la conta bianchi > 100 cell/mm³ e sussistono segni clinici di interessamento peritoneale
 - È certa solo se le colture sul liquido sono positive
 - È ritardata se il paziente è in CAPD
- 24) **Quale è la causa più frequente di trombosi della FAV?**
- Eccessiva ipercoagulabilità





- b) Ipotensione intradialitica
c) Stenosi misconosciuta
d) Eccessiva correzione dell'ematocrito
- 25) **Quali sono le caratteristiche clinico anamnestiche di una FAV stenotica?**
a) Asse venoso regolare, fremito in sede di stenosi, polso morbido, soffio continuo, assenza di ricircolo
b) Polso poco comprimibile, soffio forte, restringimento dell'asse venoso, fremito in sede di stenosi
c) Asse venoso irregolare, soffio sisto-diastolico, fremito solo anastomotico
d) Soffio aspro e discontinuo, scarsa depurazione, polso poco comprimibile, emostasi difficoltosa nel post dialisi.
- 26) **Nella CRRT con citrato il livello di Calcio ionizzato nel circuito extracorporeo deve essere:**
a) < 0.10 mmol/l
b) Tra 0.10 e 0.25 mmol/l
c) Tra 0.25 e 0.50 mmol/l
d) Tra 0.5 e 0.75 mmol/l
- 27) **Quali accorgimenti possono contribuire a prevenire la comparsa di una "Dialysis disequilibrium syndrome" in pazienti late-referral?**
a) Seduta dialitica di 4-5 ore
b) Somministrazione lenta di solfato di magnesio ev. durante la seduta dialitica
c) Seduta dialitica breve (h 2-2.30'), Qb non > 250 ml/min, somministrazione di glucosata ipertonica durante la seduta
d) Trattamento dialitico continuo (CRRT)
- 28) **Il parametro che in CRRT con citrato indica scarsa metabolizzazione del citrato, con conseguente accumulo, è:**
a) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato < 1
b) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato tra 1 e 1.5
c) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato tra 1.5 e 2.5
d) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato > 2.5
- 29) **La prevalenza della calcolosi renale nei pazienti con iperparatiroidismo primitivo è del:**
a) 10-20%
b) 20-30%
c) 30-40%
d) 40-50%
- 30) **Quale quadro si osserva meno frequentemente a livello renale in corso di mieloma?**
a) Amiloidosi
b) Cast nephropathy
c) Malattia da deposizione di catene leggere/catene pesanti
d) Sindrome di Fanconi

PROVA ESTIMATA - 28/11/2016

[Handwritten signature]



PROVA SCRITTA N. 3.
QUESTIONARIO A RISPOSTE MULTIPLE

- 1) **Nella Glomerulosclerosi focale e segmentaria la risposta completa o parziale alla terapia steroidea ed il rischio di ricaduta dopo la cessazione della terapia sono, rispettivamente:**
 - a) 20% - 10%
 - b) 30% - 20%
 - c) 40% - 30%
 - d) 60% - 50%

- 2) **Il Rituximab determina una deplezione dei linfociti B per:**
 - a) 1-2 mesi
 - b) 3-4 mesi
 - c) 6-9 mesi
 - d) Un anno

- 3) **L'antigene PLA2R, i cui anticorpi sono presenti nel 70% di pazienti con Glomerulonefrite Membranosa idiopatica, è presente:**
 - a) Nella membrana basale glomerulare
 - b) Nei podociti
 - c) Nell'endotelio
 - d) nel mesangio

- 4) **Secondo le linee guida K-DIGO, la terapia di prima scelta nella Glomerulonefrite membranosa è:**
 - a) steroide per 6 mesi
 - b) Rituximab
 - c) Agenti alchilanti associati a steroide per 6 mesi
 - d) Inibitori della calcineurina

- 5) **Il quadro istologico renale più frequente della nefropatia IgG4 correlata è quello di:**
 - a) Una Glomerulonefite membranosa
 - b) Una Glomerulonefrite proliferativa mesangiale
 - c) Una Nefropatia tubulo interstiziale
 - d) Una Glomerulonefrite membrano proliferativa

- 6) **La GN a depositi mesangiali di IgA nei pazienti sottoposti a trapianto renale da donatore vivente, recidiva in circa il:**
 - a) 10% dei casi
 - b) 20% dei casi
 - c) 30% dei casi
 - d) 40% dei casi

- 7) **Nella Sindrome da Inappropriata secrezione di ADH (SIADH) l'infusione di soluzione salina determina:**
 - a) riduzione della sodiuria
 - b) nessun effetto
 - c) aumento della sodiuria
 - d) effetto variabile in base alla patologia di base

- 8) **La peritonite ricorrente è:**

- a) Episodio che si manifesta dopo 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio con lo stesso microorganismo
- b) Episodio che si manifesta entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio ma con un differente microorganismo
- c) Episodio che si manifesta entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio ma con lo stesso microorganismo
- d) Peritonite associata ad infezione dell'exit site da stesso microorganismo
- 9) La Dialisi Peritoneale incrementale è:**
- a) Aggiustamento della dose dialitica in base alla perdita della funzione renale residua in modo che somma dose dialitica e di FFR sia costante con target KT/V peritoneale + KT/V renale = 2
- b) Aumento graduale del volume di scambio fino ad un massimo di 2 litri
- c) Aumento graduale del numero di scambi da 2 a 4 al giorno
- d) Praticabile solo in CAPD
- 10) Quale è il più frequente pattern di osteodistrofia renale nei pazienti in dialisi peritoneale?**
- a) Osteite fibrosa
- b) Osteopenia
- c) Malattia adinamica dell'osso
- d) Tutte le precedenti
- 11) Quale è la causa più frequente di trombosi della FAV?**
- a) Eccessiva ipercoagulabilità
- b) Ipotensione intradialitica
- c) Stenosi misconosciuta
- d) Eccessiva correzione dell'ematocrito
- 12) Nell'HFR il liquido infuso al paziente in corso di dialisi è:**
- a) Acqua osmotizzata modificata con aggiunta di soluzione elettrolitica
- b) Soluzione elettrolitica in sacche preconfezionate
- c) Ultrafiltrato rigenerato
- d) Non vi è alcuna infusione
- 13) Nella CRRT con citrato il livello di Calcio ionizzato nel circuito extracorporeo deve essere:**
- a) < 0.10 mmol/l
- b) Tra 0.10 e 0.25 mmol/l
- c) Tra 0.25 e 0.50 mmol/l
- d) Tra 0.5 e 0.75 mmol/l
- 14) Quali accorgimenti possono contribuire a prevenire la comparsa di una "Dialysis disequilibrium syndrome" in pazienti late-referral?**
- a) Seduta dialitica di 4-5 ore
- b) Somministrazione lenta di solfato di magnesio ev. durante la seduta dialitica
- c) Seduta dialitica breve (h 2-2.30'), Q_b non > 250 ml/min, somministrazione di glucosata ipertonica durante la seduta
- d) Emodiafiltrazione
- 15) Il parametro che in CRRT con citrato indica scarsa metabolizzazione del citrato, con conseguente accumulo, è:**
- a) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato < 1
- b) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato tra 1 e 1.5
- c) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato tra 1.5 e 2.5
- d) Rapporto Calcemia totale / calcio ionizzato > 2.5





- 16) In Italia l'accertamento di morte per arresto cardiaco deve essere effettuato da un medico con rilievo Elettrocardiografico protratto per:
- 10 minuti
 - 15 minuti
 - 20 minuti
 - 30 minuti
- 17) La dislipidemia nel paziente trapiantato è più frequente con l'utilizzo di:
- Ciclosporina
 - Acido Micofenolico
 - Sirolimus
 - Tacrolimus
- 18) L'insufficienza renale ha una prevalenza > 50% in corso di:
- Nefrolitiasi calcica idiopatica
 - nefrolitiasi cistinica
 - Iperossaluria primitiva tipo 2
 - Iperossaluria primitiva tipo 1
- 19) Nella prevenzione delle recidive di calcolosi calcica quale farmaco non viene utilizzato:
- Tiazidici
 - Fosfato di cellulosa
 - Allopurinolo
 - Thiolic
 - Bifosfonati
- 20) Quale tra queste è una controindicazione assoluta alla Dialisi Peritoneale?
- Rene policistico
 - Ernia inguinale
 - Episodi precedenti di diverticoliti
 - Intervento endovascolare sull'aorta addominale
- 21) Il periodo di break in dopo infissione del catetere peritoneale:
- Deve essere sempre di 40 giorni
 - È preferibile attendere almeno 15-20 giorni ed iniziare con bassi volumi di carico
 - Può essere anche solo di 3-5 giorni se il catetere ha 2 cuffie
 - Deve essere sempre di 30 giorni
- 22) La diagnosi di peritonite in dialisi peritoneale
- È certa se la conta bianchi sul liquido è maggiore di 100 cell/mm³
 - È certa se la conta bianchi > 100 cell/mm³ e sussistono segni clinici di interessamento peritoneale
 - È certa solo se le colture sul liquido sono positive
 - È ritardata se il paziente è in CAPD
- 23) La crioglobulinemia osservata in pazienti affetti da epatite C è:
- Di tipo 1: singola immunoglobulina monoclonale
 - Di tipo 2: IgG policlonale e IgM monoclonale
 - Di tipo 3: più immunoglobuline policlonali
- 24) La Glomerulonefrite da Immuntactoidi presenta, rispetto alla Glomerulonefrite Fibrillare:
- Maggiore incidenza di Sindrome Nefrosica



- b) Probabile patologia linfoproliferativa sottostante
- c) Minore incidenza di componenti monoclonali sieriche ed urinarie
- d) Non evoluzione verso ESRD

25) La nefropatia in corso di Malattia di Fabry sembra presentare nella femmina, rispetto al maschio:

- a) Progressione più rapida
- b) Progressione più lenta
- c) Nessuna differenza

26) La cistinuria è caratterizzata da un:

- a) Difetto di trasporto della cistina e degli aminoacidi dibasici a livello del tubulo prossimale e dell'intestino
- b) Difetto di trasporto della cistina e degli aminoacidi dibasici solo a livello del tubulo prossimale
- c) Difetto di trasporto della cistina e degli aminoacidi dibasici a livello del tubulo prossimale e della sola cistina a livello dell'intestino
- d) Aumentata produzione di cistina

27) L'utilizzo di bagni per dialisi a basso contenuto di calcio (< 1.25 mMol/L) aumenta il rischio di:

- a) Adynamic bone disease
- b) Aumento dell'intervallo QT
- c) Ipercalcemia
- d) ipertensione

28) Il Rituximab agisce a livello podocitario:

- a) Legandosi ai podociti interagendo con la proteina SMPDL-3b (Sphingomyelinphosphodiesterase acid-like 3b protein)
- b) Regolando l'attività dell'enzima ASMase (Acid sphingoyalinase)
- c) Prevenendo il rimodellamento del citoscheletro podocitario
- d) Tutte le precedenti
- e) Solo a + c

29) Le linee guida K-DIGO raccomandano l'utilizzo del rituximab, associato allo steroide, nelle vasculiti in alternativa alla ciclofosfamide:

- a) Nei pazienti con malattia severa
- b) In caso di resistenza alla terapia con ciclofosfamide e steroidi
- c) Come terapia di induzione in tutti i casi
- d) Solo nella Granulomatosi con poliangeite (già nota come Granulomatosi di Wegener)

30) Nel paziente con Mieloma Multiplo l'Insufficienza renale Acuta può essere presente fin dall'esordio nel:

- a) 5% dei pazienti
- b) 20% dei pazienti
- c) 40% dei pazienti
- d) 50% dei pazienti

PROVA NON ESTIMATA 28/11/2010

[Handwritten signature]