

A.S.S.T. Brianza

CRITERI DI VALUTAZIONE EX ART. 19 D.LGS 33/2013 ESTRATTO

Dal verbale del 28 maggio 2025 della commissione esaminatrice del pubblico concorso per titoli ed esami per la copertura di n. 2 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Gastroenterologia.

La Commissione dispone complessivamente di 100 punti così ripartiti (art.27 del D.P.R. n.483 del 10/12/1997):

- a) 20 punti per i titoli;
- b) 80 punti per le prove d'esame.
- I punti per le prove d'esame sono così ripartiti:
 - a) 30 punti per la prova scritta;
 - b) 30 punti per la prova pratica;
 - c) 20 punti per la prova orale.
- I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:
 - a) titoli di carriera: 10 punti
 - b) titoli accademici e di studio: 3 punti
 - c) pubblicazioni e titoli scientifici: 3 punti
 - d) curriculum formativo e professionale: 4 punti

1) Titoli di carriera:

a) servizi di ruolo prestati presso le unità sanitarie locali o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli artt.22 e 23:

- 1) servizio nel livello dirigenziale a concorso, o livello superiore, nella disciplina, punti 1,000 per anno;
- 2) servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, punti 0,500 per anno;
- 3) servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento,
- 4) servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20 per cento;

b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0,500 per anno.

La Commissione, visto l'art. 1 – commi 547 e segg. – della legge 30.12.2018, n. 145, per i servizi prestati da medici specializzandi alle dipendenze di Aziende Sanitarie Pubbliche nella disciplina oggetto del presente concorso, ritiene di attribuire il punteggio previsto dall'art. 27 – p. 4 – lett. b) del DPR n. 483/97 (punti 0,500 per anno).

2) Titoli accademici e di studio

- a) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, punti 1,000;

- b) specializzazione in disciplina affine, punti 0,500;
- c) specializzazione in altra disciplina, punti 0,250;
- d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50 per cento;
- e) altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione al concorso comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario, punti 0,500 per ognuna, fino ad un massimo di punti 1,000;

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

La specializzazione conseguita ai sensi del D. Lgs. n.257/91, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione.

3) Pubblicazioni, titoli scientifici e curriculum formativo e professionale.

Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri indicati nell'art.11 del citato D.P.R.

pubblicazioni:

Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri indicati nell'art.11 del citato D.P.R.

La Commissione ritiene, per le pubblicazioni su argomenti attinenti alla disciplina messa a concorso, di attribuire i seguenti punteggi:

Pubblicazioni e capitoli di libro	0,100 ciascuno
Abstract, poster comunicazioni a congressi, lettere all'editore, casi clinici	0,030 ciascuno

curriculum formativo e professionale:

nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili ai titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire, ivi compresi idoneità e tirocini non valutabili in norme specifiche. In tale categoria rientrano le attività di partecipazione a congressi, convegni o seminari, anche come docente o relatore, che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici. Non sono valutabili le idoneità conseguite in precedenti concorsi.

Nel curriculum sono valutate, altresì, l'idoneità nazionale nella disciplina prevista dal pregresso ordinamento e l'attestato di formazione manageriale disciplinato dal D.P.R. n.484/97.

La Commissione ritiene di attribuire al curriculum un punteggio adottando i seguenti criteri di valutazione:

Regola	Punti	x mesi	Tipo calcolo	Unità mis.
Specialista LP/Cococo presso PA/Strutture conv. nella disciplina o equipollente	0,600	12	N	mesi
Specialista LP/Cococo presso PA/Strutture conv. in disciplina affine	0,450	12	N	mesi
Specializzando LP/Cococo presso PA/Strutture conv. nella disciplina o equipollente	0,250	12	N	mesi

Specializzando LP/Cococo presso PA/Strutture conv. in disciplina affine	0,190	12	N	mesi
Partecipazione corsi attinenti ultimi 5 anni, post specialità	0,005	0	EVE	gg
Partecipazione corsi FAD attinenti ultimi 5 anni, post specialità	0,010	0	EVE	n.
Relatore/moderatore/resp. scientifico corsi attinenti ultimi 5 anni, post specialità	0,010	0	EVE	gg
Attività didattica universitaria attinente post specialità (da 20 a 40 ore annue)	0,200	0	EVE	a.a.
Attività didattica universitaria attinente post specialità (più di 40 ore annue)	0,400	0	EVE	a.a.
Dottorato di ricerca attinente	0,400	0	EVE	n.
Borsa di studio/ricerca attinente post specialità	0,250	12	N	mesi
Master attinente	0,250	0	EVE	n.
Diploma/corso universitario attinente	0,100	0	EVE	n.
Corso perfezionamento/alta specializzazione attinente (min. 5 gg)	0,050	0	EVE	n.
Partecipazione a studi e progetti di ricerca	0,100	0	EVE	n.
Titoli vari	0,000	0	N	n.
Titoli non valutabili	0,000	0	EVE	

Vengono adottati i seguenti ulteriori criteri:

- trattandosi di qualifica dirigenziale, l'attività di Medico di base, medico fiscale, medico vaccinatore, medico di continuità assistenziale, ecc. non sarà valutata;
 - non saranno prese in considerazione iscrizioni a Società, Associazioni, etc.
 - qualora dalla documentazione presentata dal candidato non si rilevi la qualifica, la disciplina o l'area funzionale nella quale il servizio è stato prestato nella posizione di ruolo, di incaricato o in base a rapporto convenzionale, ovvero se il servizio è stato prestato con rapporto di lavoro a tempo pieno, il servizio stesso sarà valutato con il minor punteggio attribuibile;
 - in caso di servizi contemporanei è valutato quello più favorevole al candidato;
 - in attuazione dell'art.20 comma 1 del D.P.R. n.483/97 il servizio non di ruolo prestato presso pubbliche amministrazioni, a titolo di incarico, di supplenza, o in qualità di straordinario, ad esclusione di quello prestato con qualifiche di volontario, di precario o similari, ed il servizio di cui al settimo comma dell'articolo unico del Decreto Legge 23.12.1978, n.817, convertito in legge il 19.02.1979, n.54 sono equiparati al servizio di ruolo;
 - in attuazione dell'art.21 del D.P.R. n.483/97 l'attività ambulatoriale interna prestata a rapporto orario presso le strutture a diretta gestione della Aziende Sanitarie e del Ministero della Sanità in base ad accordi nazionali, è valutata con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici dipendenti dalle Aziende Sanitarie con orario a tempo definito. I relativi certificati di servizio devono contenere l'indicazione dell'orario di attività settimanale;
 - in attuazione dell'art.22 del D.P.R. n.483/97:
- 1) i servizi e i titoli acquisiti presso Istituti, Enti ed Istituzioni private di cui all'art.4, commi 12 e 13 del decreto legislativo 30.12.1992 n.502, e successive modificazioni e integrazioni, sono equiparati ai corrispondenti servizi e titoli acquisiti presso le Aziende Sanitarie secondo quanto disposto dagli artt. 25 e 26 del Decreto del Presidente della Repubblica 20.12.1979, n.761.
 - 2) i servizi antecedenti alla data del provvedimento di equiparazione sono valutati, per il 25% della rispettiva durata, con i punteggi previsti per i servizi prestati presso gli ospedali pubblici nella posizione funzionale iniziale della categoria di appartenenza.

- 3) il servizio prestato presso case di cura convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, è valutato, per il 25% della sua durata come servizio prestato presso gli ospedali pubblici nella posizione funzionale iniziale della categoria di appartenenza.
– in attuazione all'art.23 del D.P.R. n.483/97:
- 1) il servizio prestato all'estero dai cittadini italiani degli Stati membri della Unione Europea, nelle istituzioni e fondazioni sanitarie pubbliche e private senza scopo di lucro ivi compreso quello prestato ai sensi della legge 26.02.1987, n.49, equiparabile a quello prestato dal personale del ruolo sanitario, è valutato con punteggi previsti per il corrispondente servizio di ruolo, prestato nel territorio nazionale, se riconosciuto ai sensi della legge 10.07.1960, n.735;
- 2) il servizio prestato presso organismi internazionali è riconosciuto con le procedure della legge 10 luglio 1960, n.735, ai fini della valutazione come titolo con i punteggi indicati al comma 1)

PROVA SCRITTA

La Commissione definisce che per la correzione della prova scritta verranno presi in considerazione:

- conoscenza dell'argomento
- capacità espositiva e di sintesi
- attinenza dell'esposizione con l'argomento proposto
- utilizzo della terminologia corretta
- capacità di inquadrare correttamente ed esaurientemente l'argomento

PROVA ORALE

La Commissione stabilisce quindi, ai sensi dell'art.9 – comma 3 – del D.P.R. n.483/97, che la valutazione della prova orale si baserà sui seguenti criteri: competenza, corretto inquadramento dell'argomento, completezza, chiarezza espositiva e capacità di sintesi.

PROVA SCRITTA 1

1. Nella malattia da reflusso:

- a. I sintomi tipici, secondo la classificazione di Lione, sono sufficienti per iniziare un ciclo di terapia con farmaci antisecretori
- b. Nei pazienti senza sintomi tipici (es. tosse, schiarimento di voce, etc.) o resistenti alla terapia con inibitori di pompa protonica (IPP), è suggerito eseguire in prima battuta un test esofageo prima di pensare ad una terapia a lungo-termine
- c. Il reflusso del contenuto gastrico causa sintomi fastidiosi e/o complicanze a livello esofageo
- d. Tutte le precedenti

2. Tra i sintomi da malattia da reflusso:

- a. I sintomi tipici della MRGE sono *pirosi, dolore toracico di origine esofagea e rigurgito*.
- b. Per quanto riguarda le eruttazioni, queste possono far parte dello spettro sintomatologico della MRGE, anche se la relazione tra eruttazioni e reflusso gastro-esofageo è variabile.
- c. La tosse cronica e sibili presentano una sicura relazione fisiopatologica con il reflusso.
- d. La c è falsa

3. Per i corpi estranei di piccole (<2.5 cm di lunghezza es. monete, bottoni) e media dimensioni (< 6 cm)

- a. In caso di completa ostruzione esofagea l'endoscopia deve essere eseguita in emergenza entro 6 ore (preferibilmente entro 2)
- b. in caso di ostruzione parziale, è indicata entro 24 ore
- c. Se l'oggetto si trova nello stomaco, la rimozione può essere considerata non urgente (entro 72 ore)
- d. Tutte le precedenti

4. Nel caso di ingestione di corpi estranei non alimentari, taglienti (aghi, spilli, stuzzicadenti, chiodi, graffette, frammenti di vetro, lamette schegge di legno e plastica, frammenti di vetro, oggetti metallici sottili):

- a. Si effettua una TC e se non rivela la loro presenza non si esegue l'esame endoscopico
- b. In caso di forte sospetto di ingestione, anche con TC negativa è indicata un'endoscopia diagnostica ed eventualmente terapeutica
- c. L'endoscopia in urgenza si effettua solamente nel caso di positività alla TC
- d. Nessuna delle precedenti

5. Nell'esofago di Barrett

- a. ESGE sconsiglia lo screening in popolazione non selezionata
- b. ESGE consiglia lo screening dopo i 40 anni
- c. ESGE consiglia lo screening a pazienti con malattia da reflusso da più di 5 anni
- d. Nessuna delle precedenti

6. Nell'esofago di Barrett per la sorveglianza endoscopica:

- a. È raccomandato l'utilizzo della classificazione di Praga
- b. Si utilizza la definizione delle lesioni visibili secondo la classificazione di Parigi
- c. Il campionamento biotico di tutte le anomalie visibili (se presenti), seguite da biopsie random sui quattro quadranti ogni 2 cm (protocollo di Seattle)
- d. Tutte le precedenti

7. Standard nella colonscopia di qualità:

- a. Il raggiungimento del cieco e preparazione intestinale adeguata
- b. un tempo di retrazione minimo di 6 minuti
- c. una resezione completa delle lesioni con una precisa descrizione delle modalità di resezione, ed il recupero delle lesioni
- d. tutte le precedenti

8. Nel caso di resezione piecemeal di lesioni maggiori a 20 mm:

- a. è indicato un controllo endoscopico precoce (3-6 mesi) data l'elevata incidenza di ricorrenze e non radicalità della metodica di asportazione
- b. non è indicato un controllo endoscopico precoce
- c. il controllo sarà a 12 mesi
- d. nessuna delle precedenti

9. La diagnosi di esofagite eosinofila si basa:

- a. Unicamente sulla presenza di sintomi da disfunzione esofagea
- b. La presenza di almeno 15 eosinofili/hpf alla biopsia esofagea, dopo aver valutato la presenza di patologie non correlate all'esofagite eosinofila che causano o potenzialmente contribuiscono all'eosinofilia esofagea
- c. Sull'esecuzione di almeno 6 biopsie esofagee da almeno 2 livelli esofagei (ad es. prossimale/medio e distale)
- d. Sono vere la b e la c

10. Nel trattamento dell'esofagite eosinofila:

- a. Il trattamento di prima linea della EoE è rappresentato dagli Inibitori di Pompa Protonica; In caso di mancata risposta, il trattamento continua con steroidi topici, dieta di eliminazione ed eventualmente con i nuovi biologici (es dupilumab)
- b. L'unica terapia raccomandata sono i PPI
- c. Se i PPI non funzionano il paziente va a chirurgia
- d. Non esistono terapie immunomodulanti per la terapia

11. Nella gestione del sanguinamento del tratto digestivo superiore

- a. Sono consigliate infusioni endovenose iniziali di inibitori di pompa protonica (PPI) ad alte dosi, bolo endovenoso seguito da infusione continua (80mg poi 8mg/ora). Tuttavia, la somministrazione di inibitori di pompa protonica non dovrebbe ritardare l'esecuzione di una endoscopia precoce
- b. Non è raccomandato l'utilizzo abituale dell'aspirazione o del lavaggio naso - gastrico o oro-gastrico nei pazienti che presentano emorragia acuta
- c. Non sono raccomandate trasfusioni preliminari all'endoscopia
- d. Sono vere la a e la b

12. La diverticolite acuta non complicata:

- a. Richiede necessariamente l'ospedalizzazione
- b. La terapia antibiotica può essere riservata a pazienti con importanti comorbidità, immunocompromissione, sintomatologia importante (vomito o dolore addominale non completamente responsivi alla terapia sintomatica), età avanzata, significativo rialzo degli indici di flogosi
- c. Quando necessaria, la terapia antibiotica andrebbe eseguita preferibilmente per via orale.
- d. Sono vere la b e la c

PROVA SCRITTA 2



1. Nella malattia da reflusso:

- a. I sintomi tipici non sono sufficienti per iniziare un ciclo di terapia con farmaci antisecretori
- b. Nei pazienti senza sintomi tipici (es. tosse, schiarimento di voce, etc.) o resistenti alla terapia con inibitori di pompa protonica (IPP), è suggerito eseguire in prima battuta un test esofageo prima di pensare ad una terapia a lungo-termine
- c. Il reflusso del contenuto gastrico causa sintomi fastidiosi e/o complicanze a livello esofageo
- d. Sono vere la b e la c

2. Tra i sintomi da malattia da reflusso:

- a. I sintomi tipici della MRGE non sono pirosi, dolore toracico di origine esofagea e rigurgito.
- b. Per quanto riguarda le eruttazioni, queste possono far parte dello spettro sintomatologico della MRGE, anche se la relazione tra eruttazioni e reflusso gastro-esofageo è variabile.
- c. La tosse cronica e sibili presentano una sicura relazione fisiopatologica con il reflusso.
- d. Nessuna delle precedenti

3. Per i corpi estranei di piccole (<2.5 cm di lunghezza es. monete, bottoni) e media dimensioni (< 6 cm)

- a. Il timing nell'esecuzione dell'endoscopia tra ostruzione completa o parziale non cambia
- b. Se l'oggetto si trova nello stomaco la rimozione può essere considerata non urgente (entro 72 ore)
- c. Se l'oggetto si trova nello stomaco è sufficiente un monitoraggio con rx per seguirne l'espulsione dal tratto gastro-enterico
- d. Nessuna delle precedenti

4. Nel caso di ingestione di corpi estranei non alimentari, taglienti (aghi, spilli, stuzzicadenti, chiodi, graffette, frammenti di vetro, lamette schegge di legno e plastica, frammenti di vetro, oggetti metallici sottili):

- a. Si effettua una TC di valutazione preliminare
- b. In caso di forte sospetto di ingestione, anche con TC negativa è indicata un'endoscopia diagnostica ed eventualmente terapeutica
- c. La rimozione va effettuata in emergenza (preferibilmente entro le 2 ore comunque non oltre le 6 ore)
- d. Tutte le precedenti

5. Nell'esofago di Barrett

- a. ESGE sconsiglia lo screening per in popolazione non selezionata
- b. ESGE suggerisce che il "case finding" di Esofago di Barrett debba essere considerato in popolazione selezionata, ovvero pazienti con più di 50 anni, con storia di sintomi da MRGE cronica, e almeno uno dei seguenti fattori di rischio: etnia bianca, sesso maschile, obesità, fumo, storia di parente di primo grado con esofago di Barrett o adenocarcinoma dell'esofago
- c. Tutte le precedenti
- d. La a è falsa



6. Nell'esofago di Barrett per la sorveglianza endoscopica:

- a. Non è raccomandato l'impiego di nessuna classificazione precisa
- b. È raccomandato l'utilizzo della classificazione di Praga
- c. Si campionano unicamente le lesioni visibili
- d. Il campionamento biptico va fatto random

7. Standard nella colonscopia di qualità

- a. il raggiungimento del cieco e preparazione intestinale adeguata
- b. un tempo di retrazione massimo di 3 minuti
- c. una resezione completa delle lesioni con una precisa descrizione delle modalità di resezione, ed il recupero delle lesioni
- d. la a e la c sono vere

8. Nel caso di resezione piecemeal di lesioni maggiori a 20 mm:

- a. Il primo controllo è a 12 mesi
- b. Non è indicato un controllo precoce
- c. Il rischio di incidenza di ricorrenze è basso
- d. Nessuna delle precedenti

9. La diagnosi di esofagite eosinofila si basa:

- a. Unicamente sulla presenza di sintomi da disfunzione esofagea
- b. La presenza di almeno 5 eosinofili/hpf alla biopsia esofagea, dopo aver valutato la presenza di patologie non correlate all'esofagite eosinofila che causano o potenzialmente contribuiscono all'eosinofilia esofagea
- c. Sull'esecuzione di almeno 2 biopsie esofagee
- d. Nessuna delle le precedenti

10. Nel trattamento dell'esofagite eosinofila:

- a. Il trattamento di prima linea della EoE è rappresentato dagli Inibitori di Pompa Protonica; In caso di mancata risposta, il trattamento continua con steroidi topici, dieta di eliminazione ed eventualmente con i nuovi biologici (es dupilumab)
- b. L'unica terapia raccomandata sono i PPI
- c. Se i PPI non funzionano il paziente va a chirurgia
- d. L'unica terapia è il dupilumab

11. Nella gestione del sanguinamento del tratto digestivo superiore

- a. Sono consigliate infusioni endovenose iniziali di inibitori di pompa protonica (PPI) ad alte dosi, bolo endovenoso seguito da infusione continua (80mg poi 8mg/ora). Tuttavia, la somministrazione di inibitori di pompa protonica non dovrebbe ritardare l'esecuzione di una endoscopia precoce
- b. Non è raccomandato l'utilizzo abituale dell'aspirazione o del lavaggio naso - gastrico o oro-gastrico nei pazienti che presentano emorragia acuta
- c. Si raccomanda la stratificazione di rischio del paziente prima dell'endoscopia
- d. Tutte le precedenti



12. La diverticolite acuta non complicata:

- a. Non richiede necessariamente l'ospedalizzazione
- b. La terapia antibiotica può essere riservata a pazienti con importanti comorbidità, immunocompromissione, sintomatologia importante (vomito o dolore addominale non completamente responsivi alla terapia sintomatica), età avanzata, significativo rialzo degli indici di flogosi
- c. Quando necessaria, la terapia antibiotica andrebbe eseguita preferibilmente per via orale.
- d. Tutte le precedenti

PROVA SCRITTA 3



1. Nella malattia da reflusso:

- a. Non tutti i sintomi riferiti dal paziente sono da correlare al reflusso gastro-esofageo
- b. Nei pazienti senza sintomi tipici (es. tosse, schiarimento di voce, etc.) o resistenti alla terapia con inibitori di pompa protonica (IPP), è suggerito eseguire in prima battuta un test esofageo prima di pensare ad una terapia a lungo-termine
- c. Il reflusso del contenuto gastrico causa sintomi fastidiosi e/o complicanze a livello esofageo
- d. Tutte le precedenti

2. Tra i sintomi da malattia da reflusso:

- a. I sintomi tipici della MRGE sono piroisi, dolore toracico di origine esofagea e rigurgito
- b. Per quanto riguarda le eruttazioni non sono parte dello spettro sintomatologico della MRGE
- c. La tosse cronica e sibili presentano una sicura relazione fisiopatologica con il reflusso.
- d. Tutte le precedenti

3. Per i corpi estranei di piccole (<2.5 cm di lunghezza es. monete, bottoni) e media dimensioni (< 6 cm)

- a. In caso di completa ostruzione esofagea l'endoscopia deve essere eseguita in emergenza entro 6 ore (preferibilmente entro 2)
- b. In caso di ostruzione parziale, non è indicata la rimozione entro 24 ore.
- c. Se l'oggetto si trova nello stomaco, la rimozione non essere eseguita
- d. In caso di completa ostruzione esofagea l'endoscopia deve essere eseguita entro 24 ore

4. Nel caso di ingestione di corpi estranei non alimentari, taglienti (aghi, spilli, stuzzicadenti, chiodi, graffette, frammenti di vetro, lamette schegge di legno e plastica, frammenti di vetro, oggetti metallici sottili):

- a. Non si effettua mai una TC di valutazione preliminare
- b. In caso di forte sospetto di ingestione, anche con TC negativa è indicata un'endoscopia diagnostica ed eventualmente terapeutica
- c. La rimozione va effettuata in emergenza (preferibilmente entro le 2 ore comunque non oltre le 6 ore)
- d. La a è falsa

5. Nell'esofago di Barrett

- a. ESGE consiglia lo screening per in popolazione non selezionata
- b. ESGE suggerisce che il "case finding" di Esofago di Barrett debba essere considerato in popolazione selezionata, ovvero pazienti con più di 50 anni, con storia di sintomi da MRGE cronica, e almeno uno dei seguenti fattori di rischio: etnia bianca, sesso maschile, obesità, fumo, storia di parente di primo grado con esofago do Barrett o adenocarcinoma dell'esofago
- c. Tutte le precedenti
- d. La b è vera

6. Nell'esofago di Barrett per la sorveglianza endoscopica:

- a. È raccomandato l'utilizzo della classificazione di Praga
- b. Non c'è una precisa classificazione delle lesioni visibili
- c. Il campionamento bioptico di tutte le anomalie visibili (se presenti), seguite da biopsie random sui quattro quadranti ogni 2 cm (protocollo di Seattle)
- d. La a e la c sono vere

PROVA SCRITTA 28/05/2025

Fabrizio Landolfi

7. Standard nella colonscopia di qualità

- a. il raggiungimento del cieco indipendentemente dall'adeguatezza della preparazione
- b. un tempo di retrazione massimo di 3 minuti
- c. un tentativo di resezione delle lesioni e il non obbligatorio recupero delle stesse
- d. nessuna delle precedenti

8. Nel caso di resezione piecemeal di lesioni maggiori a 20 mm:

- a. è indicato un controllo endoscopico precoce (3-6 mesi) data l'elevata incidenza di ricorrenze e non radicalità della metodica di asportazione
- b. in caso di negatività al secondo esame verrà eseguito un secondo controllo a 12 mesi e a 3 anni
- c. non è indicato un controllo endoscopico precoce
- d. sono vere la a e la b

9. La diagnosi di esofagite eosinofila si basa:

- a. Sulla presenza di sintomi da disfunzione esofagea
- b. La presenza di almeno 15 eosinofili/hpf alla biopsia esofagea, dopo aver valutato la presenza di patologie non correlate all'esofagite eosinofila che causano o potenzialmente contribuiscono all'eosinofilia esofagea
- c. Sull'esecuzione di almeno ottenere almeno 6 biopsie esofagee da almeno 2 livelli esofagei (ad es. prossimale/medio e distale),
- d. Tutte le precedenti

10. Nel trattamento dell'esofagite eosinofila:

- a. I PPI sono raccomandati
- b. Si utilizzano gli steroidi sistemici come primo approccio
- c. L'unica terapia è la dieta di eliminazione
- d. Non esistono farmaci immunomodulatori per il trattamento

11. Nella gestione del sanguinamento del tratto digestivo superiore

- a. Sono consigliate infusioni endovenose iniziali di inibitori di pompa protonica (PPI) ad alte dosi, bolo endovenoso seguito da infusione continua (80mg poi 8mg/ora). Tuttavia, la somministrazione di inibitori di pompa protonica non dovrebbe ritardare l'esecuzione di una endoscopia precoce
- b. È raccomandato l'utilizzo abituale dell'aspirazione o del lavaggio naso - gastrico o oro-gastrico nei pazienti che presentano emorragia acuta
- c. Non sono raccomandate trasfusioni preliminari all'endoscopia
- d. Non si necessita di stratificazione di rischio del paziente prima dell'endoscopia

12. La diverticolite acuta non complicata:

- e. Richiede necessariamente l'ospedalizzazione
- f. Richiede necessariamente una terapia antibiotica di copertura preferibilmente in vena
- g. La terapia antibiotica può essere riservata a pazienti con importanti comorbidità, immunocompromissione, sintomatologia importante (vomito o dolore addominale non completamente responsivi alla terapia sintomatica), età avanzata, significativo rialzo degli indici di flogosi
- h. Tutte le precedenti

21/30

PROVA PRATICA 1

Paziente di 60 anni che giunge in endoscopia per sangue occulto fecale positivo allo screening ATS.

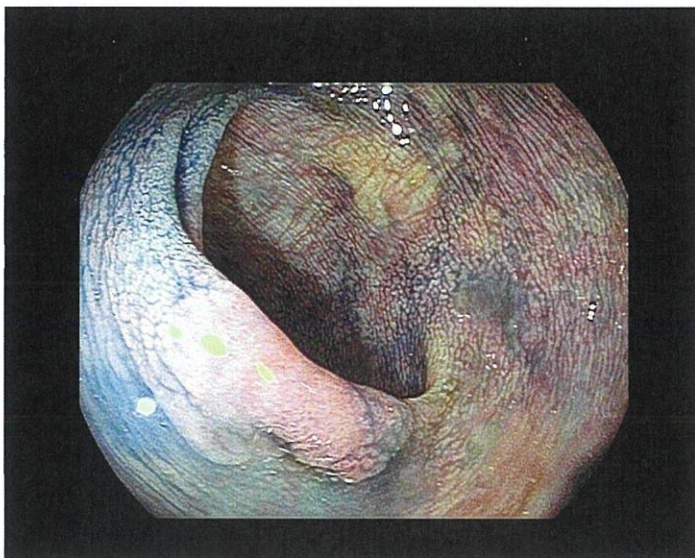
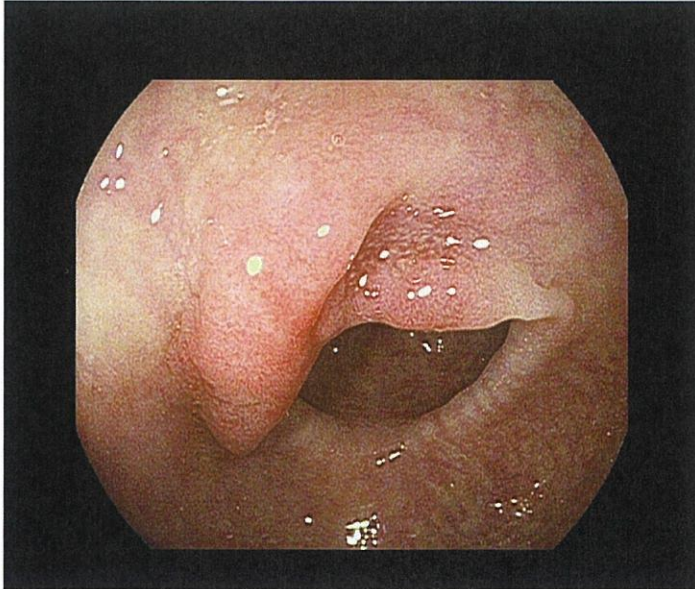


Immagine del colon discendente

Descrivi l'aspetto endoscopico

Sospetto clinico

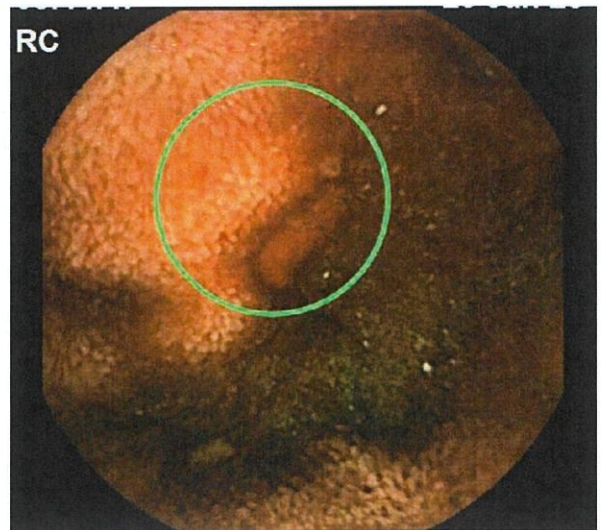
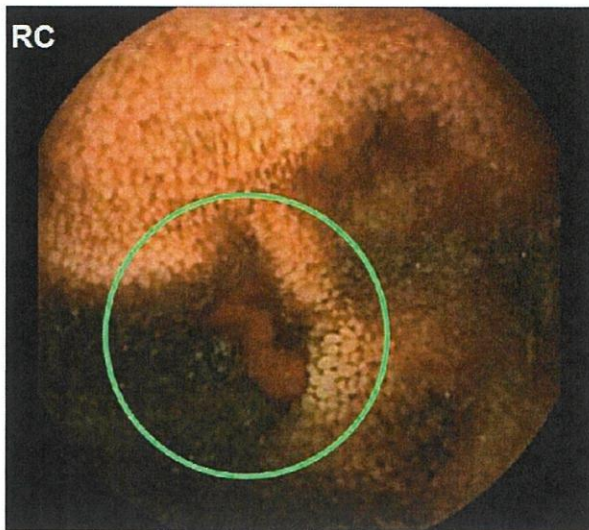
Cosa fai?

Prova Sorteggiata 28/05/2025

Alfieri Stan

PROVA PRATICA 2

Paziente di 70 anni che giunge per anemizzazione di ndd. EGDS e colonscopia negative



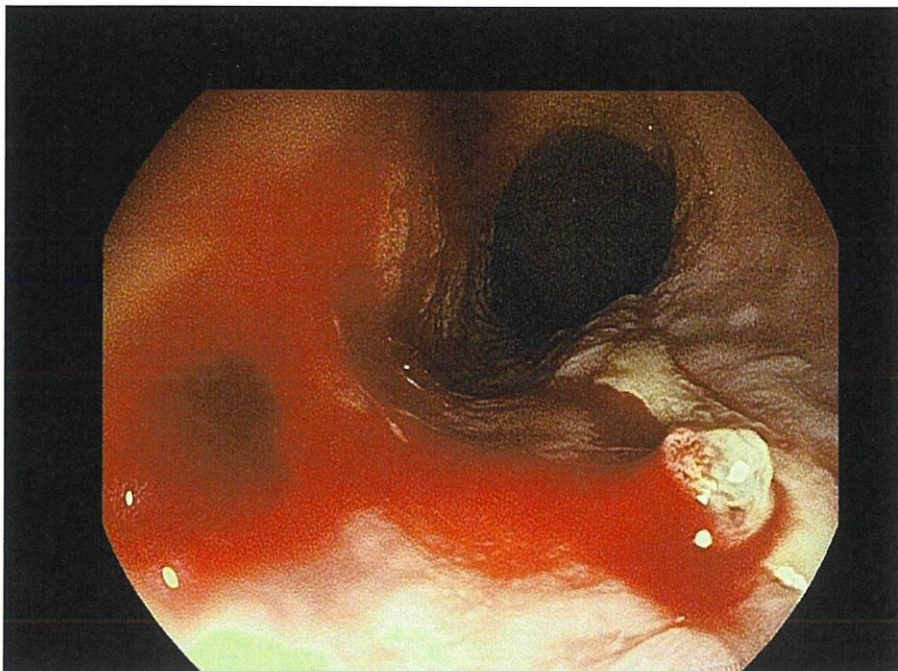
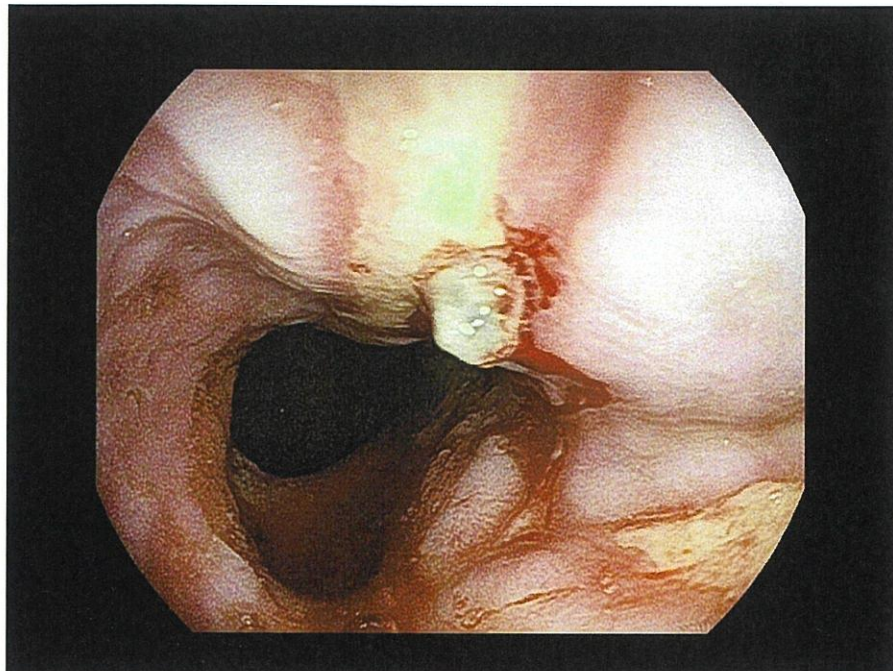
Descrivi l'immagine e cosa faresti.



PROVA 3

Paziente di 85 anni che giunge in PS con hb 4. In anamnesi impiego di FANS in assenza di epatopatia

All'endoscopia



Descrivi l'immagine

Cosa faresti?



Prova orale n. 1

- a) Esofago di Barrett: diagnosi, follow up e terapia
- b) La lettera di dimissioni ospedaliera (sdo): elementi costitutivi ed essenziali



PROVA SORTE GIGIATA 28/05/25 M. Michele Cusumano

ASST BRIANZA

CONCORSO PUBBLICO PER N. 2 POSTI DI D.M. IN GASTROENTEROLOGIA

Prova orale n. 2

- a) Complicanze dell'ercp
- b) Il consenso informato alle cure



ASST BRIANZA

CONCORSO PUBBLICO PER N. 2 POSTI DI D.M. IN GASTROENTEROLOGIA

Prova orale n. 3

- a) Pancreatite acuta: inquadramento diagnostico e terapeutico
- b) Definizione e strumenti del risk management

