

A.S.S.T. Brianza

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

Dal verbale dell'11 dicembre 2024 della commissione esaminatrice del pubblico concorso per titoli ed esami per la copertura di n. 3 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Chirurgia Generale.

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.

La Commissione, visto l'art. 1 co. 547 della Legge 145/2018, così come modificato dall'art. 3 co. 5 bis del D.L. 51/2023, ritiene di attribuire il punteggio di 0,300 per ogni anno di corso di scuola di specializzazione superato. Il predetto punteggio subirà un abbattimento del 25% (punti 0,225) qualora la frequenza riguardasse una scuola di specializzazione in disciplina affine a quella a concorso. Tale punteggio verrà attribuito solamente per i periodi non concomitanti con servizi di carriera valutati con punteggio più favorevole per il candidato.

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.

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

<i>Argomenti attinenti alle discipline a concorso</i>	Punti
Pubblicazioni e capitoli di libro - <i>ultimo quinquennio</i>	0,100
Abstract, poster comunicazioni a congressi, lettere all'editore, casi clinici - <i>ultimo quinquennio</i>	0,030

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:

	Punti	
Attività lavorativa post specialità presso Enti Pubblici o case di cura convenzionate quale libero professionista/co.co.co ecc. nella disciplina a concorso o equipollente	0,600	per anno
Attività lavorativa post specialità presso Enti Pubblici o case di cura convenzionate/accreditate quale libero professionista, co.co.co ecc. in disciplina affine	0,450	per anno
Attività lavorativa svolta da specializzando presso Enti Pubblici o case di cura convenzionate/accreditate quale libero professionista/co.co.co. nella disciplina a concorso o equipollente	0,250	per anno
Attività lavorativa svolta da specializzando presso Enti Pubblici o case di cura convenzionate/accreditate quale libero professionista/co.co.co. in disciplina affine	0,190	per anno
Partecipazione quale uditore a corsi, convegni, congressi, seminari - ultimo quinquennio post specialità - attinenti alla disciplina a concorso	0,005 per ogni giorno di frequenza	
Relatore/docente/moderatore/segreteria scientifica a corsi, convegni, congressi, seminari - ultimo quinquennio post specialità - attinenti alla disciplina a concorso	0,010 per ogni giorno di frequenza	
<i>Relativamente all'attività formativa, qualora non fosse precisato l'impegno, sarà considerato 1 giorno ad evento</i>		
Dottorato di ricerca attinente alla disciplina a concorso	0,400	ciascuno
Borsa di studio post specialità, attinente alla disciplina a concorso	0,250	per anno
Master universitario attinente alla disciplina a concorso	0,250	ciascuno
Diplomi universitari/corsi universitari attinenti alla disciplina a concorso	0,100	ciascuno
Corsi di perfezionamento/Corsi di alta specializzazione attinenti alla disciplina a concorso	0,050 ciascuno	ciascuno
Attività didattica universitaria post specialità attinenti alla disciplina con un impegno minimo di 20 ore annue fino a 40 ore annue - Il punteggio è comprensivo di tutta l'attività didattica svolta nell'anno accademico di riferimento.	0,200	per anno accademico
Attività didattica universitaria post specialità attinenti alla disciplina con un impegno superiore a 40 ore annue - Il punteggio è comprensivo di tutta l'attività didattica svolta nell'anno accademico di riferimento.	0,400	per anno accademico
Partecipazione a studi, progetti di ricerca post specializzazione (se allegati)	0,100	ciascuno
Titoli ante specializzazione non valutabili	0,000	
Titoli non valutabili	0,000	
Casistica operatoria	max 1,000	

Vengono quindi adottati i seguenti criteri:

- trattandosi di qualifica dirigenziale, l'attività di Medico di base, medico fiscale, 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 rileva la posizione funzionale, la qualifica, la disciplina o l'area funzionale nella quale il servizio è stato prestato nella posizione funzionale 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 esaustivamente 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.

CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO
NELLA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE

Prova scritta n. 1

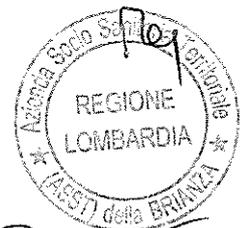
1. La RMN nella stadiazione del ca del retto è:
 - a. Predittiva del T
 - b. Predittiva dell'N
 - c. Predittiva del T e dell'N
 - d. Non predittiva ne del T ne dell'N

2. Nella classificazione WSES della diverticolite acuta, lo stadio 2A corrisponde a:
 - a. diverticolite acuta perforata complicata con ascesso < 4 cm
 - b. diverticolite acuta perforata complicata con ascesso > 4cm
 - c. diverticolite acuta perforata con aria libera
 - d. diverticolite acuta non complicata

3. Nella diverticolite acuta perforata tamponata con ascesso pericolico di 5 cm, il trattamento prevede:
 - a. Resezione di sigma sec Hartmann
 - b. Resezione di sigma con anastomosi t-t videolaparoscopica
 - c. Non prevede il trattamento chirurgico se responsivo a terapia antibiotica
 - d. Prevede l'immediato trattamento chirurgico anche al primo episodio

4. Nella classificazione di Balthazar delle pancreatiti acute, il grado B corrisponde a:
 - a. edema pancreatico senza imbibizione del tessuto adiposo peripancreatico
 - b. edema pancreatico con imbibizione del tessuto adiposo peripancreatico
 - c. edema pancreatico con raccolte
 - d. edema pancreatico con raccolte e versamento periepatico

5. Le stazioni linfonodali asportate nella linfoadenectomia D2, nella gastroresezione, sono:
 - a. Dalla 1 alla 7
 - b. Dalla 1 alla 9
 - c. Dalla 1 alla 12
 - d. Dalla 1 alla 11



Prova Sorvegliata

11/12/24 (P) b

6. Il carcinoma della mammella luminal B:

- a. ER+ PrG+ HER2- Ki67 <20%
- b. ER+ PrG+ HER2- Ki67 >20%
- c. ER- PrG- HER2-
- d. ER- PrG- HER +

7. La SADI-S è indicata:

- a. come revision surgery in caso di weight regain dopo sleeve gastrectomy
- b. in pazienti con BMI 35-40
- c. come prima indicazione in pazienti obesi con ipertensione arteriosa
- d. nessuna delle precedenti

8. Nella MEN 2A troviamo:

- a. adenoma ipofisario, iperplasia paratiroidea, npl pancreaticca
- b. iperplasia paratiroidea, ca midollare della tiroide, feocromocitoma
- c. feocromocitoma, ca midollare della tiroide, habitus marfanoide, neuromi mucosi
- d. Nessuna delle precedenti

9. Le indicazioni a TAPP per il trattamento dell'ernia inguinale sono:

- a. ernia inguinale monolaterale nel paziente giovane e sportivo
- b. ernia inguinale bilaterale
- c. ernia inguinale monolaterale o bilaterale recidiva
- d. tutte le precedenti

10. La triade di Charcot, descrive la tipica presentazione clinica del paziente con:

- a. colangite
- b. colecistite acuta
- c. pancreatite acuta alitiasica
- d. colelitiasi



11. Nella GERD di nuova insorgenza post sleeve gastrectomy:

- a. Il trattamento è sempre e solo conservativo con PPI per os
- b. È indicata la re-do surgery mediante OAGBP, solo se concomitante weight regain
- c. È indicata la re-do surgery mediante RYGBP, se comparsa di esofago di Barrett o mancata risposta a terapia con PPI
- d. Tutte le precedenti

12. Quando è indicata la radicalizzazione, mediante emicolectomia destra, nei NET dell'appendice?

- a. Quando la dimensione del NET è <2 cm
- b. Quando la dimensione del NET è tra 1 e 2 cm, con grading G3
- c. In caso di appendice perforata (T4)
- d. La B e la C

13. Il polipo cancerizzato è:

- a. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose raggiungono la muscolaris mucosa (pTis)
- b. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose raggiungono la muscolare propria (pT2)
- c. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose superano la muscolaris mucosa e raggiungono la sottomucosa (pT1)
- d. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose superano la muscolare propria (pT3)

14. A parità di dimensioni, hanno un maggior rischio di malignità:

- a. I polipi del colon destro e della flessura epatica
- b. I polipi del colon trasverso
- c. I polipi del colon sinistro e del sigma
- d. Hanno tutti lo stesso rischio

15. La TEM:

- a. È indicata per lesioni rettali situate fino a 8-10cm dalla rima anale
- b. È indicata nella eradicazione di polipi benigni, precancerosi e inizialmente maligni o i polipi maligni dopo radio-chemioterapia neoadiuvante a livello del retto
- c. Permette di asportare lesioni rettali, per via transanale, in maniera radicale
- d. Tutte le precedenti



CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO
NELLA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE

Prova scritta n. 2

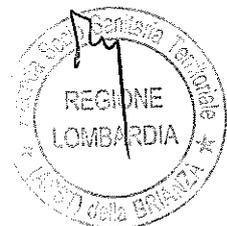
1. Il carcinoma della mammella luminal B:
 - a. ER+ PrG+ HER2- Ki67 <20%
 - b. ER+ PrG+ HER2- Ki67 >20%
 - c. ER- PrG- HER2-
 - d. ER- PrG- HER +

2. La SADI-S è indicata:
 - a. come revision surgery in caso di weight regain dopo sleeve gastrectomy
 - b. in pazienti con BMI 35-40
 - c. come prima indicazione in pazienti obesi con ipertensione arteriosa
 - d. nessuna delle precedenti

3. Nella MEN 2A troviamo:
 - a. adenoma ipofisario, iperplasia paratiroidea, npl pancreaticata
 - b. iperplasia paratiroidea, ca midollare della tiroide, feocromocitoma
 - c. feocromocitoma, ca midollare della tiroide, habitus marfanoide, neuromi mucosi
 - d. Nessuna delle precedenti

4. Le indicazioni a TAPP per il trattamento dell'ernia inguinale sono:
 - a. ernia inguinale monolaterale nel paziente giovane e sportivo
 - b. ernia inguinale bilaterale
 - c. ernia inguinale monolaterale o bilaterale recidiva
 - d. tutte le precedenti

5. La triade di Charcot, descrive la tipica presentazione clinica del paziente con:
 - a. colangite
 - b. colecistite acuta
 - c. pancreatite acuta alitiasica
 - d. colelitiasi



6. Nella GERD di nuova insorgenza post sleeve gastrectomy:

- a. Il trattamento è sempre e solo conservativo con PPI per os
- b. È indicata la re-do surgery mediante OAGBP, solo se concomitante weight regain
- c. È indicata la re-do surgery mediante RYGBP, se comparsa di esofago di Barrett o mancata risposta a terapia con PPI
- d. Tutte le precedenti

7. Quando è indicata la radicalizzazione, mediante emicolectomia destra, nei NET dell'appendice?

- a. Quando la dimensione del NET è <2 cm
- b. Quando la dimensione del NET è tra 1 e 2 cm, con grading G3
- c. In caso di appendice perforata (T4)
- d. La B e la C

8. Il polipo cancerizzato è:

- a. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose raggiungono la muscolaris mucosa (pTis)
- b. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose raggiungono la muscolare propria (pT2)
- c. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose superano la muscolaris mucosa e raggiungono la sottomucosa (pT1)
- d. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose superano la muscolare propria (pT3)

9. A parità di dimensioni, hanno un maggior rischio di malignità:

- a. I polipi del colon destro e della flessura epatica
- b. I polipi del colon trasverso
- c. I polipi del colon sinistro e del sigma
- d. Hanno tutti lo stesso rischio

10. La TEM:

- a. È indicata per lesioni rettali situate fino a 8-10cm dalla rima anale
- b. È indicata nella eradicazione di polipi benigni, precancerosi e inizialmente maligni o i polipi maligni dopo radio-chemioterapia neoadiuvante a livello del retto
- c. Permette di asportare lesioni rettali, per via transanale, in maniera radicale
- d. Tutte le precedenti



11. La classificazione di Kikuchi dei polipi maligni del colon:

- a. Classifica le lesioni in base al grado di estensione superficiale
- b. Classifica le lesioni polipoidi sessili
- c. Suddivide la sottomucosa in 4 strati di profondità
- d. Classifica le lesioni polipoidi peduncolate

12. Secondo le linee guida ESGE 2020 la colonscopia di follow up a tre anni è indicata:

- a. Nei pazienti in cui è stato asportato almeno 1 adenoma > 10mm, o almeno 1 polipo con displasia di alto grado
- b. Nei pazienti in cui sono stati asportati piecemeal polipi >20mm
- c. In tutti i pazienti a cui sono stati asportati dei polipi indipendentemente dalle loro dimensioni e istologia
- d. In tutti i pazienti sottoposti a resezione colica

13. In chirurgia laparoscopica l'ICG viene utilizzato:

- a. Per verificare l'adeguatezza della vascolarizzazione dopo l'esecuzione di anastomosi (ileo-colica o colo-rettale) negli interventi di resezione colica
- b. Per la corretta visualizzazione della vascolarizzazione durante la colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta
- c. Per la corretta visualizzazione della via biliare principale durante la colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta
- d. La A e la C

14. La TME nella resezione anteriore di retto:

- a. È indicata nei soli casi di neoplasie del retto localmente avanzate
- b. È indicata nella resezione anteriori di retto per le sole lesioni del retto basso
- c. Se correttamente eseguita, garantisce una resezione radicale in tutte le lesioni del retto medio basso
- d. Tutte le precedenti

15. Nella colecistectomia videolaparoscopica la CVS (critical view of safety):

- a. consiste nella chiara visualizzazione delle strutture del Calot
- b. garantisce la sezione di dotto cistico e arteria cistica riducendo il rischio di lesioni della VBP
- c. è coadiuvata dall'utilizzo dell'ICG
- d. tutte le precedenti



CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO
NELLA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE

Prova scritta n. 3

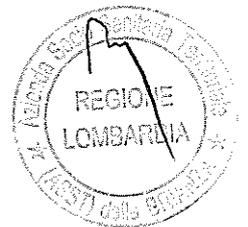
1. La classificazione di Kikuchi dei polipi maligni del colon:
 - a. Classifica le lesioni in base al grado di estensione superficiale
 - b. Classifica le lesioni polipoidi sessili
 - c. Suddivide la sottomucosa in 4 strati di profondità
 - d. Classifica le lesioni polipoidi peduncolate

2. Secondo le linee guida ESGE 2020 la colonscopia di follow up a tre anni è indicata:
 - a. Nei pazienti in cui è stato asportato almeno 1 adenoma > 10mm, o almeno 1 polipo con displasia di alto grado
 - b. Nei pazienti in cui sono stati asportati piecemeal polipi >20mm
 - c. In tutti i pazienti a cui sono stati asportati dei polipi indipendentemente dalle loro dimensioni e istologia
 - d. In tutti i pazienti sottoposti a resezione colica

3. In chirurgia laparoscopica l'ICG viene utilizzato:
 - a. Per verificare l'adeguatezza della vascolarizzazione dopo l'esecuzione di anastomosi (ileo-colica o coloretale) negli interventi di resezione colica
 - b. Per la corretta visualizzazione della vascolarizzazione durante la colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta
 - c. Per la corretta visualizzazione della via biliare principale durante la colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta
 - d. La A e la C

4. La TME nella resezione anteriore di retto:
 - a. È indicata nei soli casi di neoplasie del retto localmente avanzate
 - b. È indicata nella resezione anteriori di retto per le sole lesioni del retto basso
 - c. Se correttamente eseguita, garantisce una resezione radicale in tutte le lesioni del retto medio basso
 - d. Tutte le precedenti

5. Nella colecistectomia videolaparoscopica la CVS (critical view of safety):
 - a. consiste nella chiara visualizzazione delle strutture del Calot
 - b. garantisce la sezione di dotto cistico e arteria cistica riducendo il rischio di lesioni della VBP
 - c. è coadiuvata dall'utilizzo dell'ICG
 - d. tutte le precedenti



6. La RMN nella stadiazione del ca del retto è:

- a. Predittiva del T
- b. Predittiva dell'N
- c. Predittiva del T e dell'N
- d. Non predittiva ne del T ne dell'N

7. Nella classificazione WSES della diverticolite acuta, lo stadio 2A corrisponde a:

- a. diverticolite acuta perforata complicata con ascesso < 4 cm
- b. diverticolite acuta perforata complicata con ascesso > 4cm
- c. diverticolite acuta perforata con aria libera
- d. diverticolite acuta non complicata

8. Nella diverticolite acuta perforata tamponata con ascesso pericolico di 5 cm, il trattamento prevede:

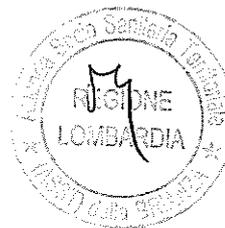
- a. Resezione di sigma sec Hartmann
- b. Resezione di sigma con anastomosi t-t videolaparoscopica
- c. Non prevede il trattamento chirurgico se responsivo a terapia antibiotica
- d. Prevede l'immediato trattamento chirurgico anche al primo episodio

9. Nella classificazione di Balthazar delle pancreatiti acute, il grado B corrisponde a:

- a. edema pancreatico senza imbibizione del tessuto adiposo peripancreatico
- b. edema pancreatico con imbibizione del tessuto adiposo peripancreatico
- c. edema pancreatico con raccolte
- d. edema pancreatico con raccolte e versamento periepatico

10. Le stazioni linfonodali asportate nella linfoadenectomia D2, nella gastresezione, sono:

- a. Dalla 1 alla 7
- b. Dalla 1 alla 9
- c. Dalla 1 alla 12
- d. Dalla 1 alla 11



11. La triade di Charcot, descrive la tipica presentazione clinica del paziente con:

- a. colangite
- b. colecistite acuta
- c. pancreatite acuta alitiasica
- d. colelitiasi

12. Nella GERD di nuova insorgenza post sleeve gastrectomy:

- a. Il trattamento è sempre e solo conservativo con PPI per os
- b. È indicata la re-do surgery mediante OAGBP, solo se concomitante weight regain
- c. È indicata la re-do surgery mediante RYGBP, se comparsa di esofago di Barrett o mancata risposta a terapia con PPI
- d. Tutte le precedenti

13. Quando è indicata la radicalizzazione, mediante emicolectomia destra, nei NET dell'appendice?

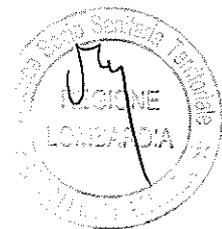
- a. Quando la dimensione del NET è <2 cm
- b. Quando la dimensione del NET è tra 1 e 2 cm, con grading G3
- c. In caso di appendice perforata (T4)
- d. La B e la C

14. Il polipo cancerizzato è:

- a. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose raggiungono la muscolaris mucosa (pTis)
- b. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose raggiungono la muscolare propria (pT2)
- c. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose superano la muscolaris mucose e raggiungono la sottomucosa (pT1)
- d. Una lesione polipoide del colon in cui le cellule cancerose superano la muscolare propria (pT3)

15. A parità di dimensioni, hanno un maggior rischio di malignità:

- a. I polipi del colon destro e della flessura epatica
- b. I polipi del colon trasverso
- c. I polipi del colon sinistro e del sigma
- d. Hanno tutti lo stesso rischio



PROVA PRATICA N. 1

Giunge in pronto soccorso un paziente di 68 anni per addominalgia ai quadranti inferiori da due giorni, alvo stitico (riferisce di scaricarsi ogni 2 giorni).

In anamnesi: ipertensione arteriosa in terapia con betabloccanti, FA in terapia con NAO e pregressa appendicectomia vls.

Alla visita il paziente aveva parametri stabili. TC 37.8, addome trattabile, dolorabile ai quadranti inferiori con blumberg + in FIS.

EE: 15.000 gb 105 pcr, restanti valori nei limiti della norma.

Viene richiesta una TAC addome cmdc: In presenza di multiple formazioni diverticolari prevalentemente distribuite nel sigma, si rileva in adiacenza ad una delle suddette formazioni in FIS, circoscritta raccolta fluida ascessuale, dotata di pareti, di circa 4 x 3 cm con alcune piccole bolle aeree contestuali, imbibizione edematosa e falda fluida adiacente. Si associano disomogeneità del tessuto adiposo periviscerale ed alcune millimetriche formazioni linfonodali. Tali reperti in prima ipotesi sono suggestivi per fatto flogistico acuto. Non aria libera endoaddominale. Coprostasi. Non significative linfadenomegalie lomboaortiche.



PROVA PRATICA N. 2

Giunge in ambulatorio, inviato da MMG, paziente di 75 anni, per riscontro agli esami ematici di anemizzazione (Hb 8.2).

In anamnesi: MRGE in terapia con PPI, ipertensione arteriosa e diabete mellito insulino dipendente.

Alla visita il paziente aveva parametri stabili, addome trattabile, non dolente nè dolorabile alla palpazione.

Viene quindi indicata esecuzione di colonscopia (negativa per neoplasia) ed EGDS (Stomaco con presenza di lesione eteroplastica estesa per 2cm a livello dell' antro gastrico localizzata a livello della parete anteriore sulla quale si eseguono biopsie multiple. EI: adenocarcinoma di tipo intestinale sec Lauren)

Alla TAC torace e addome mdc stadiativa:

TORACE Non lesioni parenchimali polmonari focali di significato patologico.

ADDOME Marcato ispessimento patologico delle pareti gastriche a livello del corpo-antro gastrico. Non chiara evidenza di linfadenopatie nel tessuto adiposo perigastrico. Fegato esente da lesioni focali di significato patologico. Alterazione iperdensa di possibile significato angiomatico di 8 mm al IV segmento. Colecisti distesa, priva di formazioni litiasiche calcifiche; non dilatate le vie biliari intra ed extra epatiche. Vena porta pervia. Pancreas e milza nella norma. Non espansi surrenalici.



PROVA SORTECciata 11/12/2024



PROVA PRATICA N. 3

Giunge in pronto soccorso una paziente di 21 anni, per dolore addominale ai quadranti inferiori, nausea e febbre fino a 37.5.

In anamnesi: tonsillectomia in età pediatrica, cicli mestruali regolari.

Alla visita il paziente aveva parametri stabili. TC 37.3, addome trattabile, dolorabile ai quadranti inferiori con blumberg + in FID.

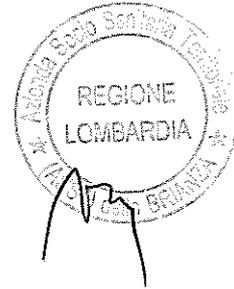
EE: 13.000 gb 95 pcr, restanti valori nei limiti della norma.



CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO
NELLA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE

PROVA ORALE N. 1

- A) Diagnosi e stadiazione del k retto.
- B) Il consenso informato alle cure.



CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO
NELLA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE

PROVA ORALE N. 2

A) Diagnosi e trattamento della colecistite acuta.

B) Il Sistema di triage in pronto soccorso.



CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO
NELLA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE

PROVA ORALE N. 3

- A) Indicazioni elettive al trattamento della diverticolosi colica.
- B) La check list per la sicurezza in sala operatoria.



Prova Sorteggiata

11/12/2011