

**ADEMPIMENTI PREVISTI DALL'ART. 19 D.LGS. N° 33/2013 COSI' COME
MODIFICATO DAL COMMA 145 ART. 1 DELLA LEGGE 27.12.2019 N° 160**

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO
INDETERMINATO DI N° 1 POSTO DI DIRIGENTE FARMACISTA – DISCIPLINA:
FARMACIA OSPEDALIERA – AREA DI FARMACIA**

CRITERI E MODALITA' PER LA VALUTUAZIONE:

Prova Scritta

- conoscenza specifica del tema preposto e capacità di analisi
- coerenza rispetto al tema da trattare

Prova Pratica

- esatta comprensione del problema proposto
- conoscenza e competenza nell'applicazione di metodiche specifiche della disciplina
- capacità di formulare proposte/soluzioni rispetto al problema proposto
- appropriatezza della terminologia

Prova Orale

- corretto orientamento rispetto all'argomento proposto
- completezza, essenzialità e chiarezza dell'esposizione
- capacità argomentativa
- capacità di interloquire con i membri della commissione
- originalità del taglio espositivo
- appropriatezza della terminologia



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 2

TRACCE della prova scritta:

PROVA A

PROVA B

PROVA C

(VEDI ALLEGATI)




E' stata sorteggiata la prova con la lettera A

TRACCE della prova pratica:

Proposta n. 1

IL CANDIDATO DESCRIVA LE MODALITA' RELATIVE AL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI E DELLA SPESA FARMACEUTICA DELLA CATEGORIA DI FARMACI A CUI APPARTIENE IL PRODOTTO PRESCRITTO NEL SEGUENTE PIANO TERAPEUTICO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A:

- MODALITA' DI MONITORAGGIO A CARATTERE AZIENDALE DA PROPORRE
- MODALITA' DI MONITORAGGIO A CARATTERE REGIONALE DA PROPORRE
- INDICATORI PROPOSTI

 Regione Umbria	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE Azienda Ospedaliera di Perugia DD : HIV	
Assistito		
Nome e Cognome 43565366 Codice fiscale 43565366 Nato il 18/07/1955 Sesso M		
Diagnosi e motivazione clinica		
Centro prescrittore CL. DELLE MALATTIE INFETTIVE - Azienda Ospedaliera di Perugia Medico Prescrittore DOTT. [REDACTED] specialista infettivologia Tipo piano terapeutico HIV Diagnosi Trattamento di adulti e bambini con infezione da Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV). Durata P.T. 28 settimane dal 13-ott-2024 al 26-apr-2025 Tipo emissione Prosecuzione Cura		
Anamnesi		
ID paziente AOTR Comune di residenza Corciano		

Modalità di erogazione : Distribuzione diretta

Farmaci autorizzati			
Codice	Descrizione	Posologia	#Confez
045660014	SYMTUZA*30CPR 800+150+200+10MG (DARUNAVIR ETANOLATO/COBICISTAT/EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATO) <u>specialità medicinale erogabile</u> <u>esclusivamente in distribuzione</u> <u>diretta</u>	1 compressa/die	7




Timbro e firma del medico



Proposta n. 2

IL CANDIDATO DESCRIVA LE MODALITA' RELATIVE AL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI E DELLA SPESA FARMACEUTICA DELLA CATEGORIA DI FARMACI A CUI APPARTIENE IL PRODOTTO PRESCRITTO NEL SEGUENTE PIANO TERAPEUTICO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A:

- MODALITA' DI MONITORAGGIO A CARATTERE AZIENDALE DA PROPORRE
- MODALITA' DI MONITORAGGIO A CARATTERE REGIONALE DA PROPORRE
- INDICATORI PROPOSTI

 Regione Umbria	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE USL UMBRIA 1 DD : Malattia di Crohn	 USL Umbria 1	
ASSISTITO			
Nome e Cognome <input type="text"/> Codice fiscale <input type="text"/> Nato il 15/07/1974 Sesso F			
Diagnosi e motivazione clinica			
Centro prescrittore Policlin. Europa - Endos Diges - Distretto Perugino Medico Prescrittore DOTT. <input type="text"/> specialista gastroenterologia Tipo piano terapeutico Malattia di Crohn Diagnosi Trattamento della MALATTIA DI CROHN in fase attiva, di grado da moderato a severo, in pazienti adulti che non abbiano risposto nonostante un trattamento completo ed adeguato con corticosteroidi e/o immunosoppressori; o in pazienti che non tollerano o che presentano controindicazioni mediche per le suddette terapie. Durata P.T. 24 settimane dal 12-feb-2025 al 25-lug-2025 Tipo emissione Prosecuzione Cura			
Anamnesi			
Peso 42 Specificare quale altro farmaco biologico adalimumab Switch da altro biologico Si			
Controindicazioni e altri dati clinici			
Paziente con Malattia di Crohn moderata/grave (HBI-HARVEY-BRIDGEMAN INDEX w 8), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri dipendenza da un trattamento con steroidi per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina Indicare precedente trattamento fallimento della terapia con TNFi Specificare quale Infliximab Adalimumab Specificare la causa di fallimento della terapia con Adalimumab inefficacia secondaria (perdita di efficacia) Specificare la causa di fallimento della terapia con Infliximab inefficacia primaria			
Modalità di erogazione : Distribuzione diretta Farmaci autorizzati			
Codice	Descrizione	Posologia	#Contez.
051057020	UZPRUYO*SC 1SIR 90MG 1ML (USTEKINUMAB) <u>specialità medicinale erogabile</u> <u>esclusivamente in distribuzione diretta</u> <u>motivazione scelta farmaco :</u> <u>prosecuzione terapia in atto</u>	90 mg ogni 8 settimane prosecuzione terapia in atto	3

Timbro e firma del medico

Proposta n. 3

IL CANDIDATO DESCRIVA LE MODALITA' RELATIVE AL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI E DELLA SPESA FARMACEUTICA DELLA CATEGORIA DI FARMACI A CUI APPARTIENE IL PRODOTTO PRESCRITTO NEL SEGUENTE PIANO TERAPEUTICO.

- MODALITA' DI MONITORAGGIO A LIVELLO AZIENDALE
- MODALITA' DI MONITORAGGIO A LIVELLO REGIONALE
- INDICATORI PROPOSTI



Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2023110216205100007266	<input type="text"/>	02/11/2023	14/12/1952

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita:

Nazione di nascita:

Regione:

Comune:

ASL di residenza:

M

14/12/1952

ITALIA

UMBRIA

TERNI

AUSL UMBRIA N. 2

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:

Numero del Piano Terapeutico:

Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:

Centro prescrittore:

Medico prescrittore:

Medico di medicina generale:

Codice medico di medicina generale:

PRALUENT - IPERCOLESTEROLEMIA

3

46006991

AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA' - TERNI

ND

ND

Reazione nociva e non voluta al medicinale nel ciclo precedente:

No

Posologia:

75 mg ogni 2 settimane

Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:

75 mg ogni 2 settimane

Data del Piano Terapeutico:

25/11/2024

Durata Piano Terapeutico (settimane):

26

Il trattamento con Praluent sarà continuato in associazione ad altra terapia ipolipemizzante?:

Si

Indicare:

Rosuvastatina - Ezetimibe

E' stata sorteggiata la proposta n° 3



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 2

ELENCO DOMANDE PER PROVA ORALE (07.04.2025):

1. Nota AIFA 65 – Farmaci per sclerosi multipla
2. Conto deposito
3. Flussi Farmaceutici: cosa sono?
4. Cannabis terapeutica: modalità di prescrizione ed erogazione preparazioni galeniche
5. Secondo Position Paper AIFA Biosimilari (27/03/2018)
6. Legge 648/96
7. Malattie rare: aggiornamenti e normativa
8. Liste di trasparenza AIFA
9. Tracciabilità del farmaco
10. Fibrosi cistica: normativa di riferimento e nuovi farmaci
11. Farmaci innovativi
12. Registri AIFA
13. Farmaci esteri: modalità di importazione e riferimenti normativi
14. PTOR e PTO: descrizione e finalità
15. Ricetta limitativa (RNRL): l'esempio della clozapina
16. Classificazione dei farmaci ai fini della rimborsabilità
17. Monitoraggio della spesa farmaceutica: finalità
18. Che cosa sono i LEA: definizione e aggiornamenti normativi
19. Farmacovigilanza: definizione e obiettivi
20. Definizione di reazione avversa
21. Farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo
22. Classificazione dispositivi medici: numero di repertorio, CND
23. Definizione di erogazione per conto (DPC) e finalità della sua istituzione
24. Definizione di erogazione diretta e finalità della sua istituzione
25. Originator – Biosimilari: la continuità terapeutica
26. Criteri di stesura delle note AIFA, quali le limitazioni prescrittive della nota 13
27. Criteri di stesura delle note AIFA, quali le limitazioni prescrittive della nota 51
28. Antipsicotici atipici
29. Farmaci HIV