



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

**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° 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA:  
MALATTIE INFETTIVE – AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE**

**CRITERI E MODALITA' PER LA VALUTAZIONE:**

**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



**USLUmbria2**

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

TRACCE della prova scritta:

- |            |   |
|------------|---|
| PROVA N° 1 | Endocarditi batteriche: nuove linee guida per la diagnosi |
| PROVA N° 2 | Le malattie virali emergenti                              |
| PROVA N° 3 | Gestione clinica delle sepsi da Gram negativi             |

**E' stata sorteggiata la prova n° 1**



**USL Umbria2**

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

TRACCE della prova pratica:

### **PROVA PRATICA N. 1**

Uomo di 63 anni, con obesità viscerale di 1° grado (BMI= 31 Kg/m<sup>2</sup>), affetto da diabete mellito di tipo 2 in terapia insulinica multi-iniettiva, in scarso controllo glico-metabolico (non esegue automonitoraggio glicemico domiciliare), artrite psoriasica in terapia con Infliximab, viene condotto in P.S. per comparsa improvvisa di iperpiressia (TC max 39.5°C), cefalea, stato confusionale ed ipostenia dell'arto superiore sinistro. Il quadro clinico si aggrava nel giro di poche ore con ipotensione arteriosa, oliguria, sviluppo di insufficienza respiratoria, riduzione dello stato di vigilanza fino al coma. La moglie riferisce apparente benessere fino a circa 48 ore prima; riferita assunzione tre giorni prima di formaggi di capra. Agli esami ematici all'ingresso, Hb= 10 g/dl, globuli, GB= 21.000/mm<sup>3</sup>, (N=83%), piastrine 90.000/mm<sup>3</sup>, albumina sierica 2,6 g/l, glicemia 245 mg/dl, Hb glicata= 8.5%, creatinemia= 3,3 mg/dl, bilirubina tot. 1,94 mg /dL, (1,22 mg/dL diretta), AST=48 UI, ALT= 21 UI, fosfatasi alcalina 190 UI/L.

All'emogasanalisi: PH=7.29 PaO<sub>2</sub>= 50 mmHg, PaCO<sub>2</sub>= 23 mmHg, HCO<sub>3</sub>- 14, Lattati 4.2

La TC encefalo senza m.d.c. evidenziava "aree multifocali, a margini sfumati in sede sottocorticale e corticale bilateralmente con segni di idrocefalo tetraventricolare".

Una TC torace mostrava la presenza di addensamenti polmonari a focolai multipli e versamento pleurico bilaterale.

Un ECG documentava la presenza di fibrillazione atriale.

Un EEG mostrava un quadro compatibile con stato di male epilettico.

***Si chiede al/la Candidato/a di indicare:***

- 1. Le ipotesi diagnostiche sulla scorta dei dati clinici, laboratoristi e radiologici a disposizione;***
- 2. Gli eventuali approfondimenti diagnostici che avrebbe ritenuto utili per definire la diagnosi;***
- 3. Le eventuali opzioni terapeutiche.***

## PROVA PRATICA N. 2

Uomo di 70 anni, vive a Oristano, agricoltore, giunge in P.S. riferendo febbre ad andamento intermittente da oltre un mese, con acme a 38.5°C, associata a sudorazione profusa prevalentemente notturna, calo ponderale, astenia marcata e malessere generalizzato.

Il mese prima del ricovero, all'esordio della febbre, veniva eseguito un Rx del torace su indicazione del medico curante, con il riscontro "in sede basale paracardiaca destra di un ispessimento nastriforme da processo flogistico in fase iniziale" per il quale il Paziente aveva praticato almeno 3 diverse linee di terapia antibiotica senza alcun beneficio (levofloxacina, claritromicina + ceftriaxone). Non viene riferita tosse né dispnea; il paziente nega viaggi nell'ultimo periodo.

### **Anamnesi patologica remota**

1. Ipertensione arteriosa da oltre 15 anni, in trattamento farmacologico /associazione perindopril/amlodipina 10/5 mg die);
2. DMT2 in terapia insulinica multiiniettiva;
3. Calcolosi della colecisti; nell' aprile 2016 colecistite acuta trattata con intervento di VLC: non problemi durante la degenza ed il decorso post-operatorio;
4. glaucoma cronico bilaterale ;
5. Anemia emolitica autoimmune in terapia cronica con prednisone e per la quale il paziente effettua periodici controlli presso il repart di Ematologia; la malattia alterna fasi di remissione a fasi di riacutizzazione.

### **Terapia domiciliare**

- Lansoprazolo 30 mg 1 cp al mattino;
- Cardioaspirin 100 mg 1 cp dopo pranzo;
- Atorvastatina 10 mg 1 cp dopo cena
- Prednisone 25 mg 1/2 cp die al momento del ricovero; nei mesi precedenti assunti alti dosaggi per riacutizzazione dell'anemia emolitica;
- Ramipril 5 mg 1 cp la sera;
- Terapia insulinica schema basal-bolus;
- Colliri oculari (betabloccanti latanaprost) per glaucoma

Agli esami ematici all'ingresso: esame emocromocitometrico: Hb=9.3 g/dl RBC  $3.91 \times 10^6/\mu\text{L}$  MCV 77 fL), GB= $3300 \times 10^3/\mu\text{L}$  con N 53%, piastrine= $103 \times 10^3$ ); glicemia venosa basale= 198 mg/dl; Hb glicata=8.8%; incremento significativo degli indici di flogosi (VES e PCR), lieve incremento di AST e ALT (54 e 40 mU/ml rispettivamente), gamma-GT 70 mU/l, LDH 223 mU/ml; per il resto esami nella norma. Alla elettroforesi delle sieroproteine ipoalbuminemia (2.6 g/L) e ipergammaglobulinemia policlonale (26.2 g/dl).

All'ecografia addominale all'ingresso: "fegato aumentato di dimensioni ad ecostruttura disomogenea ed iper-riflettente come per steatosi di grado elevato, in assenza di immagini riferibili a lesioni focali solide e/o liquide; esiti di colecistectomia; lieve splenomegalia; nulla da rilevare a livello dei restanti parenchimi esplorati".

### **Si chiede al/la Candidato/a di indicare:**

1. *Le ipotesi diagnostiche sulla scorta dei dati clinici, laboratoristici e radiologici a disposizione;*
2. *Gli eventuali approfondimenti diagnostici che avrebbe ritenuto utili per definire la diagnosi;*
3. *Le eventuali opzioni terapeutiche.*



**USL Umbria2**

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

### **PROVA PRATICA N. 3**

Ragazza di 30 anni, forte fumatrice, 1 pacchetto/die da 15 anni, viene condotta in Pronto Soccorso per iperpiressia negli ultimi dieci giorni senza localizzazione d'organo. Durante la degenza in Medicina riferita piressia con associata artromialgia al cingolo pelvico. Agli esami ematici d'ingresso PCR 7.8 mg/dL, potassio 2.9 mEq/L, sodio 131 mEq/L, PLT  $95 \times 10^3/\mu\text{l}$ , ALT 75 U/L, AST 132 U/L, funzionalità renale nella norma.; all'Rx torace: "Riscontro di rinforzo dell'interstizio". Tampone COVID antigenico all'ingresso e molecolare successivo, entrambi negativi. HIV= negativo. All'ecocardiogramma modesta falda di versamento pericardico. Durante la degenza a seguito del peggioramento dell'addominalgia la paziente viene sottoposta ad ecografia addominale, visita chirurgica e ginecologica; tali esami risultavano sostanzialmente negativi (a parte modica epatosplenomegalia). Successivamente, per il peggiorare degli scambi respiratori e delle condizioni cliniche, viene eseguita una TC torace e addome con evidenza alla TC torace "di quadro a vetro smerigliato agli apici polmonari, soprattutto a destra ed al lobo medio, versamento pleurico bilaterale": EGA in aria  $\text{PaO}_2= 51$  mmHg,  $\text{PaCO}_2=31$  mmHg,  $\text{pH}=7,45$ ,  $\text{satO}_2=88\%$ ; FR 32/min, FC 120/min).

Alla TC addome "ingrossamento del lobo sinistro epatico, splenomegalia, diffuso ispessimento del colon ascendente sino al colon trasverso e discreto versamento libero nello scavo pelvico".

Nei giorni successivi gli esami ematici mostrano un progressivo incremento dei globuli bianchi  $12.27 \times 10^3/\text{mm}^3$  con linfocitosi 68%, rapporto CD4/CD8 0,19 (segnalate forme immature granulocitarie e linfociti attivati).

***Si chiede al/la Candidato/a di indicare:***

- 1. Le ipotesi diagnostiche sulla scorta dei dati clinici, laboratoristici e radiologici a disposizione;***
- 2. Gli eventuali approfondimenti diagnostici che avrebbe ritenuto utili per definire la diagnosi;***
- 3. Le eventuali opzioni terapeutiche.***

**E' stata sorteggiata la prova n° 1**



**USL Umbria2**

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

ELENCO DOMANDE PER PROVA ORALE:

1. Toxoplasmosi nel Paziente con AIDS: clinica e terapia
2. La terapia antibiotica nelle infezioni dei tessuti molli
3. Epatite delta: approccio clinico-diagnostico
4. Screening dell'epatite C
5. Gestione delle infezioni da Clostridium difficile
6. Gestione delle infezioni delle vie urinarie
7. Profilassi della TBC
8. Infezione da EBV
9. Approccio clinico alla sifilide
10. Le nuove terapie per l'HIV
11. Leishmaniosi viscerale: diagnosi e terapia
12. Le arbovirosi emergenti
13. Gestione delle sepsi da Gram negativi
14. Clinica dell'infezione da West Nile Virus
15. Inquadramento diagnostico delle spondilodisciti
16. Epidemiologia dell'epatite da HEV
17. Terapia antivirale nel COVID 19
18. Indicazioni e finalità della PREP
19. Terapia della TBC latente
20. Clinica della Dengue
21. Ruolo di HHV8 nei Pazienti con AIDS
22. Terapia dell'epatite cronica da HDV
23. Approccio diagnostico/terapeutico alla sepsi
24. Classificazione dell'ABSSI
25. Malattia citomegalica nel soggetto immunocompetente
26. CAP: eziologia e terapia
27. Terapia della meningite meningococcica
28. Gestione della polmonite da Legionella
29. Piede diabetico: principali agenti eziologici e strategie terapeutiche
30. Counselling in HIV
31. Vaccinazioni nel Paziente splenectomizzato
32. Chemiopprofilassi influenzale con antivirali
33. Definizione della batteriemia complicata da Stafilococco Aureus
34. Definizione di HAP
35. Profilassi post-esposizione da puntura di ago
36. Clinica di Chikungunya