

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA  
DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI ENDOCRINOLOGIA**

**Criteria di valutazione commissione e tracce delle prove**

**PROVA SCRITTA:**

**Nella valutazione della prova scritta,** la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- livello e profondità di preparazione professionale circa l'argomento oggetto della prova a concorso;
- chiarezza e coerenza espositiva;
- capacità di sintesi concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova.

**PROVA SCRITTA N. 1**

Oftalmopatia basedowica.

**PROVA SCRITTA N. 2**

Epatopatie e diabete.

**PROVA SCRITTA N. 3**

Diagnosi e terapia del feocromocitoma.

**PROVA PRATICA:**

**Nella valutazione della prova pratica,** la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- grado di conoscenza della tecnica oggetto della prova e livello di sicurezza nell'approccio della stessa;
- chiarezza espositiva.

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

Un uomo di 45 anni si presenta in ambulatorio di endocrinologia inviato dal Pronto Soccorso dove si era recato per comparsa crisi ipertensiva (200/105 mmHg e cardiopalmo (94 bpm)

All'Anamnesi si evidenzia quadro di nota ipertensione arteriosa dall'età di 35 anni in labile controllo con Ace inibitore + calcioantagonista + diuretico + beta bloccante

Gli esami ematochimici eseguiti in Pronto Soccorso documentano: ; creatinina ( 1,99 mg/dl con GFR 70 ml/min), emocromo, sodio, potassiemia : di norma. Glicemia = 101 mg/dl

Viene dimesso dopo osservazione in PS per 6 ore con normalizzazione della pressione arteriosa e prenotazione con priorità urgente a visita endocrinologica nel sospetto di ipertensione secondaria ad endocrinopatie

La documentazione pregressa presentata dal paz in ambulatorio evidenzia una massa surrenalica dx di 30 mm alla TC eseguita con mdc presso altro centro e dosaggio di metanefrine plasmatiche con valori doppi rispetto al range di riferimento

### **PROVA PRATICA N. 2**

Un uomo di 70 anni si presenta in Pronto Soccorso per comparsa da alcuni mesi di algie diffuse al rachide dorsale, associate da una settimana a disturbi ingravescenti della deambulazione.

Anamnesticamente riferisce fumo attivo (15 sigarette/die), abuso alcolico, calo ponderale associato a netta riduzione dell'introito alimentare, malattia da RGE in terapia con inibitori di pompa protonica, stato epilettico cronico in terapia con carbamazepina, BPCO (in terapia steridea a cicli, in corso di riacutizzazioni); diabete mellito tipo 2 in terapia con metformina e pioglitazone, ipertrofia prostatica in terapia con tamsulosina, sindrome ansioso-depressiva, frattura ileo-ischio pubica post-traumatica.

L'esame obiettivo documenta tachicardia, emitoraci ipoespansibili agli atti del respiro, suono aspro diffuso, cifoscoliosi severa, addome trattabile. Alla mobilizzazione presenta Lasegue positivo bilateralmente.

Gli esami ematochimici eseguiti in Pronto Soccorso documentano lieve innalzamento degli indici di flogosi, elettroliti, funzionalità renale di norma, indici di citolisi e colestasi di norma; la radiografia del torace documenta diffusa diafania, non lesioni con carattere di evolutività; la radiografia del rachide mostra crolli vertebrali a livello di D5, D6, D11; l'ecografia dell'addome documenta steatosi epatica, non evidenti altre alterazioni.

Successivamente vengono richiesti: calcemia (8,8 mg/dl); albumina (3,4 g/dl); calcemia corretta (9,3 mg/dl); fosforo (3,4 mg/dl); PTH: 76 pg/ml; fosfatasi alcalina ossea (199 UI); magnesemia (1,6 mg/dl); 25-Ohvitamina D (6,3 ng/ml), calciuria ( 20 mg/24h); osteocalcina (137,9 ng/ml); beta-cross laps (1,14 ng/ml); TSH reflex (1,13 mcUI/ml); Testosterone totale (4,94 ng/ml); Cortisoluria (44 mcg/24h); HbA1c (5,8 %); PSA di norma.

Viene eseguita inoltre una risonanza magnetica del rachide dorso-lombo-sacrale che conferma i crolli vertebrali di D4, D6, D11 ed una deformazione di D3 e una densitometria ossea sia a livello vertebrale (T-score -4,6 DS; BMD: 0,694) che a livello femorale (T-score -4,1 DS; BMD: 0,541).

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

Un uomo di 63 anni si presenta c/o l'Ambulatorio di Diabetologia in visita urgente per scompenso glicemico.

Riferisce accesso in pronto soccorso 3 settimane fa lamentando un senso di fastidio, con accenno di lieve dolenzia al piede destro e, da qualche giorno, dolore, gonfiore e arrossamento tanto del piede destro e della zona pretibiale. L'ecodoppler venoso risultava negativo per trombosi venosa profonda. Dimesso con terapia antibiotica con ciprofloxacina per sospetta cellulite.

Porta in visione i seguenti esami ematochimici: glicemia 220 mg/dl, HbA1c 9,8%, colesterolo totale 220 mg/dl, trigliceridi 150 mg/dl, HDL 37 mg/dl, LDL 153 mg/dl, acido urico 8,2 mg/dl, GFR: 60 ml/min, azotemia 28 mg/dl, microalbuminuria 32 mg/24 h, albumina/creatinina 29 µg/mg emocromo caratterizzato da leggera leucocitosi di natura neutrofila.

L'esame obiettivo documenta una pressione arteriosa di 160/90 mmHg, BMI: 31; l'esame obiettivo podologico mostra un piede sinistro normale e un piede destro gonfio, caldo e rosso, fino alla gamba, specialmente in sede pretibiale con evidenti deformità.

Anamnesticamente si segnala: fumo attivo (10 sigarette/die), diabete mellito di tipo 2 da circa 15 anni, in trattamento con metformina 2 g/die e glibenclamide complicato da retinopatia diabetica laser-trattata, polineuropatia sensitivo-motoria, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico con ACE-inibitore e calcio-antagonista, dislipidemia in trattamento con statine non ad alto dosaggio. Il paziente riferisce di avere spontaneamente sospeso la terapia antiaggregante da circa 1 anno.

### **PROVA ORALE:**

**Nella valutazione della prova orale**, la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- livello di conoscenza degli argomenti oggetto della prova;
- chiarezza e sicurezza nell'esposizione;
- capacità di sintesi coniugata ad appropriatezza terminologica.

DOMANDE:

1. Ipotiroidismo in gravidanza
2. Gestione del nodulo tiroideo indeterminato
3. Ruolo degli SGLT-2 nel DM2
4. Diabete gestazionale
5. Terapia ulcera diabetica
6. Terapia dell'ipogonadismo maschile
7. M.Paget
8. Diagnosi delle ipoglicemie
9. Terapia dell'acromegalia

10. La terapia insulinica nel DM2
11. Indicazioni al trattamento insulinico con microinfusori
12. Monitoraggio glicemico in continuo: limiti e vantaggi
13. Indicazioni e limiti degli analoghi dei GLP-1
14. Gestione Coma chetoacidotico
15. Gestione coma iperosmolare
16. Gestione della terapia insulinica in paz tipo 2 e fragile
17. Terapia diabetologica nella insufficienza renale
18. Terapia del microcarcinoma tiroideo
19. diagnosi e terapia della retinopatia diabetica
20. Trattamento dell'osteoporosi
21. Oftalmopatia basedowica