



ASL
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI
A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI EMATOLOGIA

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 e pertinenza all'argomento trattato;
- chiarezza e coerenza espositiva;
- capacità di sintesi concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova.

PROVA SCRITTA N. 1

La sindrome di Bing-Neel: inquadramento fisiopatologico, approccio diagnostico e opzioni terapeutiche.

PROVA SCRITTA N. 2

Emoglobinuria Parossistica notturna: inquadramento fisiopatologico, approccio diagnostico e principali opzioni terapeutiche.

PROVA SCRITTA N. 3

Piastrinopenia in gravidanze: classificazione, quadri clinici e provvedimenti terapeutici.

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 NUMERO 1

Valutazione di caso clinico

Un soggetto di sesso maschile di aa 65 si presenta per visita ambulatoriale per riscontro di leucocitosi in esami occasionali

In APR: appendicentomia, safenectomia, ernioplastica inguinale, qualche anno prima NSTEMI sottoposta a PTCA su Dg1 con buone risultato angiografico finale. In tale data ecocardio con FE 60% e cinesi regolare.

Esegua nell'ambito di controllo prescritto dal cardiologo: Hb 13,8 g/dl, Plts 127.000/mmc, GB 14.260/mmc, N 3870/mmc, L 7910/mmc, LDH 281, colesterolo 201 coagulazione nei limiti fatta eccezione di un incremento del Ddimero

La visita iniziale evidenziava buone condizioni generali in assenza di sintomi e l'esame obiettivo evidenziava adenomegalie di massimo 1,5 cm in sede sovraclaveare sinistra, ascellare bilaterale ed inguinale destra; addome trattabile ed indolente con polo splenico palpabile in inspirazione profonda; fegato nei limiti; non edemi declivi

Esegua un immunofenotipo con il seguente referto "Si osserva una popolazione monoclonale, pari a circa 70% dei linfociti totali, esprimente CD20, CD5, CD7 , FMC7, CD43 debole, sIgKappa debole e negativa per CD23, CD200, CD34, TdT , CD10, CD2, CD3, CD4, CD8" .

Quali sono le ipotesi diagnostiche e quali accertamenti si rendono necessari?

PROVA PRATICA 2

Valutazione di caso clinico

Paziente di 62 aa giunge in pronto soccorso per ipertemia elevata; in anamnesi: artrite reumatoide in trattamento con MTX settimanale, diabete tipo II in trattamento con ipoglicemizzanti orali; il paziente è un forte fumatore.

Gli esami ematochimici evidenziano: Gb 2700 mmc n 15% Ly 40% Mo 10% Hb 9,9 g/dl MCV 98 PLts 110.000/mm - LDH 758 - creatinina 1,2 - PCR 10 - PCT 0,9 - VES 110 - QPE aumento delle frazioni alfa 1 e alfa 2, assenti CM, lieve diminuzione - FR positivo. I principali test infettivologici (anti-Herpes Simplex Virus, Citomegalovirus, Epstein Barr virus, HCV, HBV, HIV, Rubeo test, Toxo test, Vidal Wright, Weil-Felix, urino- ed emocolture) e il tampone molecolare per infezione da SARS risultano negativi.

Viene eseguita un immunofenotipo su sangue periferico con il seguente referto: “presenza di popolazione linfocitaria con seguenti espressioni: CD2+, CD3-, CD3int-, CD4-, CD5-, CD7+, CD8±, CD16+, CD56+, CD57±, CD20- “. La TC del torace evidenzia un importante focolaio flogistico basale bilaterale.

Quali sono le ipotesi diagnostiche e quali accertamenti si rendono necessari?

PROVA PRATICA 3

Valutazione di caso clinico

Paziente di 57 aa giunge in pronto soccorso per astenia ingravescente e dolori ossei diffusi. In anamnesi colecistectomia sei mesi prima.

Gli esami ematochimici evidenziano: gb 2860 n 20% Ly 65% Mo 10% Hb 7,5 g/dl MCV 92 PLts 80.000 mmc – creatinina 1,2 – PCR 5 - LDH 3300 – PT 20” aPTT ratio 1,2 – ATIII 78 – Fibrinogeno 180 – VES 78 – QPE nella norma – normale funzionalità epatica. RX torace evidenzia allargamento dell’ombra mediastinica.

L’esame immunofenotipico sia su sangue periferico sia su midollo evidenzia” presenza di una popolazione positiva per CD34, CD38, HLA-DR, TdT, CD19, icCD22, icCD79a, mieloperossidasi, CD66c nonché debole positività per CD22 e inoltre negatività per CD3, CD5, CD10, CD20, CD13, CD33, CD117, NG2 “

Quali sono le ipotesi diagnostiche e quali accertamenti si rendono necessari

PROVA ORALE

La Commissione stabilisce che la prova orale verrà valutata con riferimento ai seguenti criteri:

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

Domande:

- 1) Attuali opzioni terapeutiche della B-LLC in prima linea
- 2) Terapia di prima linea nel L. di Hodgkin stadi avanzati
- 3) Terapia di prima linea nel DBCLC linfoma ad alto rischio
- 4) trattamento della LMC dopo la seconda linea
- 5) Terapia di prima linea del paziente con LAM non candidabile a trattamento intensivo
- 6) Opzioni terapeutiche nel LNH follicolare in seconda linea
- 7) Trattamento nelle trombosi associate al cancro
- 8) Trattamento del LDGC R/R
- 9) Trattamento della policitemia vera
- 10) Trattamento della mielofibrosi
- 11) Trattamento della Trombocitemia essenziale
- 12) Trattamento di II linea della CLL
- 13) Trattamento della leucemia a cellule capellute R/R