

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI**  
**A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI CHIRURGIA VASCOLARE**

**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**

Le sindromi aortiche acute.

**PROVA SCRITTA N. 2**

Indicazioni alla rivascolarizzazione nell’arteriopatia obliterante degli arti inferiori e scelte chirurgiche.

**PROVA SCRITTA N. 3**

Indicazioni alla rivascolarizzazione della stenosi dell’arteria carotide interna ed opzioni di trattamento.

**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

T.I.A. da placca aterosclerotica carotide in paziente unfit per chirurgia open: quale tecnica garantisce la maggiore sicurezza per il paziente.

### PROVA PRATICA NUMERO 2

Isolamento chirurgico dell'aorta addominale iuxtarenale.

### PROVA PRATICA NUMERO 3

Modalità e tecniche del trattamento open degli aneurismi.

### **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) Paziente di 35 anni che pratica regolarmente attività sportiva di nuoto. Da qualche giorno dopo gli allenamenti riscontro di edema della mano sinistra e dell'avambraccio, accompagnato da parestesie delle dita, in tendenza alla regressione dopo l'interruzione dello sforzo fisico. Presenza di tutti i polsi distali, parametri nella norma.

2) Paziente iperteso, 70 aa, dislipidemia, non compliant alla terapia medica, giunge in PS per dolore precordiale da circa 1 ora. Ecg ed enzimi di citonecrosi negativi al primo controllo, Rx torace negativo. PA 190/95 mmHg, Fc 90 batt/min, Sat O2 96%. Dopo osservazione in PS e controllo della pressione con terapia antipertensiva, regressione del dolore. Dopo diverse ore di osservazione, dimissione volontaria del paziente senza esecuzione di TC. Viene raccomandato di ripetere gli esami di citonecrosi miocardica in PS il giorno seguente. Rientra in PS dopo 8 ore in stato di agitazione psicomotoria in presenza di dolore trafittivo del petto, dolore urente irradiato al dorso e alle gambe.

3) Paziente di 70 aa, normoteso, non diabetico, in passato epatopatia alcolica, precedente ricovero per colecistite purulenta e setticemia, lamenta dolore addominale e all'ipocondrio sinistro in seguito a trauma di modesta entità del fianco. Parametri vitali nella norma, eco fast negativo per versamenti evidenzia anomale calcificazioni dell'arteria splenica e rimanda ad indagini di secondo livello.

- 4) Paziente di 55 anni, donna, tabagista, calo ponderale di circa 15 kg negli ultimi 6 mesi, ipercolesterolemia familiare, IRC, ipertensione arteriosa, pregresso IMA, diabete mellito. Lamenta spesso dolore addominale post-prandiale. All'esame obiettivo assenza dei polsi femorali e periferici.
- 5) Il paziente si presenta in PS per ipostenia arto superiore destro, e difficoltà all'eloquio, regredito spontaneamente dopo 3 ore. Tutti i parametri vitali nella norma. All'ECD TSA presenza di stenosi ACI sinistra con PSV di 270 cm/sec da placca soft. Nuovo episodio di disartria in PS. Alla RMN in urgenza, presenza di lesione ischemica parietale sinistra del diametro di circa 3 cm. (ACI non trattabile)
- 6) Paziente di 85 aa con decadimento cognitivo, iperteso, giunge dalla neurologia per Ictus. Già eseguita tc in bianco che mostra lesione ischemica vertebro/basilare del diametro di circa 6 cm. Concomitante stenosi dell'ACI destra di circa il 70%.
- 7) Paziente di 50 aa, donna, normotesa, non diabete, recente intervento di stripping VGS destra, pregressa TVP sottopopolitea destra, riferisce da due giorni dolore dell'interno coscia sinistro accompagnato da iperemia cutanea. All'ECD presenza di trombo flottante in VGS fino a 1 cm dalla crosse.
- 8) Paziente cardiopatico di 60 aa, iperteso, sottoposto recentemente a PTCA e stenting in urgenza per infarto transmurale. In II. Giornata post-op tendenza all'ipotensione, anemizzazione, soffiatura emorragica dell'inguine e dello scorto. Il paziente si trova in doppia antiaggregazione e EBPM 4000 u.i.
- 9) Paziente di 75 aa, in passato operato per AAA, iperteso, cardiopatico, lamenta da circa 7 gg improvvisa claudicatio intermittens a livello di polpaccio con autonomia di marcia di 100 mt , riferisce "gonfiore" del polpaccio da numerosi anni.
- 10) Paziente di 75 aa, iperteso, BPCO, pregresso IMA, BPCO, diabete scompensato, da due settimane, dopo banale trauma del piede, presenza di lesione parcellare dell'alluce, con tendenza al flemmone. Polsi tibiali assenti.

11) Paziente di 60 aa, iperteso, artrite reumatoide in terapia con cortisone, iperuricemia, IRC lieve, lamenta tumefazione epi-mesogastrica dell'addome. Alla angio-TC presenza di dilatazione aneurismatica di circa 6 cm sottorenale, colletto 15 mm, non interessante le AIC; AIE e AFC normali per decorso e diametro. La parete dell'aneurisma e' di circa 1 cm senza apposizioni trombotiche.

12) Paziente noto per claudicatio intermittens da alcuni mesi, pregressamente operato per aneurisma femorale superficiale sinistra (Viabahn), da due settimane febbre alta, tumefazione di coscia sinistra, edema di coscia e gamba sinistra. Presenza di secrezione siero/ematica del III superiore di coscia in corrispondenza di un tramite fistoloso. All'ECD AFC e AFP sin con flussi trifasici, A. poplitea, ATA e ATP monofasiche, AFS non evidenziabile. ABI Index sin 0,6.