

CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI
A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI

CRITERI DI VALUTAZIONE E TRACCE DELLE PROVE

La Commissione stabilisce che la **PROVA SCRITTA** verrà determinata mediante sorteggio fra un totale di tre diverse prove, come previsto dall'art. 12 del D.P.R. 220/2001.

La Commissione predispone tre prove, ciascuna composta da n. 30 quesiti a risposta multipla, con 4 opzioni di risposta, di cui una sola corretta.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA PROVA SCRITTA

La Commissione attribuirà alle risposte dei candidati i seguenti punteggi:

- per ogni risposta esatta: + 1 punto;
- non verrà attribuita nessuna penalità alle risposte omesse o errate.

Le tracce della PROVA SCRITTA svoltesi in data 15 maggio 2025 sono allegate alla presente nota.

Per lo svolgimento dell'odierna **PROVA PRATICA**, la Commissione stabilisce di far effettuare a tutti i candidati la stessa prova.

La prova d'esame verrà determinata mediante sorteggio tra tre prove, come previsto dall'art. 12 del D.P.R. 220/2001.

La Commissione predispone tre prove, ciascuna composta da n. 10 quesiti a risposta multipla con 4 opzioni di risposta, di cui una sola corretta.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA PROVA PRATICA

La Commissione attribuirà alle risposte dei candidati i seguenti punteggi:

- per ogni risposta esatta: + 2 punti;
- non verrà attribuita nessuna penalità alle risposte omesse o errate.

Le tracce della PROVA PRATICA svoltesi in data 15 maggio 2025 sono allegate alla presente nota.

PROVA ORALE

La Commissione stabilisce che la prova orale consisterà nella formulazione di un quesito attinente al profilo professionale oggetto del concorso.

Nel corso della prova orale sarà accertata la conoscenza, da parte di ciascun candidato, della lingua inglese nonché la conoscenza dell'uso di apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse. Del giudizio conclusivo di tale verifica la Commissione terrà conto ai fini della determinazione del voto relativo alla prova orale.

Affinché la prova possa intendersi superata è quindi condizione necessaria che il candidato consegua una valutazione di sufficienza, pari a 14/20. Nella determinazione del punteggio complessivo la Commissione terrà comunque conto del giudizio conclusivo espresso in seguito alla verifica della conoscenza, da parte di ciascun candidato, della lingua inglese e dell'informatica, così come previsto dal bando.

La Commissione definisce i seguenti **CRITERI** in base ai quali, al termine di ogni prova, attribuirà il punteggio ai candidati:

Grado di conoscenza dell'argomento e correttezza della risposta, completezza e chiarezza espositiva, capacità di sintesi.

La valutazione di sufficienza sarà espressa con un punteggio compreso fra 14/20 e 20/20, in funzione dei criteri sopra indicati.

La valutazione di insufficienza sarà espressa con un punteggio compreso fra 11/20 e 13/20, in funzione dei criteri sopra indicati. Nel caso in cui il candidato non fornisca risposta sarà attribuito un punteggio pari a 0.

In caso di valutazione insufficiente, la Commissione indicherà nel verbale specifica motivazione dalla quale dovrà risultare anche l'eventuale grado di insufficienza in relazione ai criteri definiti.

In merito all'accertamento delle conoscenze informatiche, la Commissione stabilisce che esso consisterà in una domanda alla quale verranno già proposte tre opzioni di risposta, di cui una sola corretta: il candidato dovrà indicare oralmente l'opzione corretta. Pertanto i criteri di valutazione sono i seguenti:

- accertamento positivo (il candidato indica l'opzione di risposta corretta)
- accertamento negativo (il candidato indica l'opzione di risposta errata o non risponde)

L'accertamento della conoscenza della lingua inglese consisterà nella traduzione di un testo dall'inglese all'italiano, da esporre oralmente. I criteri di valutazione di tale accertamento sono i seguenti:

- positivo: il candidato effettua la traduzione
- negativo: il candidato non risponde o non è in grado di effettuare la traduzione;

La valutazione della prova orale di ogni singolo candidato sarà effettuata utilizzando la seguente griglia di valutazione, che verrà compilata da ciascun componente e verrà conservata agli atti del concorso:

Nominativo	Il voto del quesito oggetto della prova orale è espresso con riferimento ai criteri di valutazione indicati nel verbale e precisamente: grado di conoscenza dell'argomento e correttezza della risposta, completezza e chiarezza espositiva, capacità di sintesi								Eventuale motivazione della valutazione insufficiente	Conoscenza informatica		Conoscenza inglese		TOTALE PUNTI
	VALUTAZIONE INSUFFICIENTE		VALUTAZIONE SUFFICIENTE											
	non risponde (0 punti)	insufficiente (da 10 a 13 punti)	14	15	16	17	18	19		20		positivo	negativo/non risponde	Positivo: effettua la traduzione

I punteggi relativi alle prove orali sono attribuiti collegialmente dalla Commissione; in caso di differenti valutazioni, il punteggio da attribuire è quello risultante dalla media aritmetica dei voti espressi da ciascun commissario; in quest'ultimo caso ne sarà data specifica evidenza nel verbale.

Si allegano alla presente nota i quesiti posti ai candidati per ogni sessione:

“Domande orale”

“Accertamento conoscenza informatica. Lista quesiti”

“Colloquio lingua inglese”.



OSTETRICA SCRITTA TRACCIA 1

1 - Le prime due cifre del para definiscono, rispetto all'anamnesi ostetrica, rispettivamente:

- ☐ **il numero di gravidanze a termine e di gravidanze pretermine**
- ☐ **il numero di parti a termine e di parti pretermine**
- ☐ **il numero di parti ed il numero di aborti spontanei**
- ☐ **il numero di aborti spontanei ed il numero di interruzioni volontarie di gravidanza**

2 - La Linea guida WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016) raccomanda ai professionisti circa il fumo in gravidanza:

- ☐ **di informare la Persona Assistita al primo incontro circa i rischi associati sia al fumo attivo che passivo e di riproporre il tema ad ogni bilancio di salute**
- ☐ **di informare la Persona Assistita circa i rischi associati e di non riproporre il tema ai successivi bilanci di salute perché potenzialmente stressogeno**
- ☐ **di informare la Persona Assistita circa i rischi associati al solo consumo attivo di tabacco in quanto non esistono studi circa i rischi da fumo di seconda mano (passivo) o di terza mano**
- ☐ **di informare la Persona Assistita solo nel III trimestre e al parto per prevenire il fumo in puerperio**

3 - Qual è la modalità di trasmissione più frequente del CMV in gravidanza?

- ☐ **la trasmissione per stretto contatto con infanti infetti sotto i 3 anni**
- ☐ **l'assunzione di carni poco cotte**
- ☐ **l'assunzione di verdura cruda non accuratamente lavata**
- ☐ **la trasmissione per via aerea**

4 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda per le Persone Assistenti con analgesia peridurale in fase attiva del II stadio l'assunzione:

- ☐ **di qualsiasi postura scelta dalla donna**

☐ di qualsiasi postura scelta dalla donna tranne le posizioni verticali

☐ della postura litotomica

☐ della postura carponi

5 - Le spine ischiatiche sono un punto di repere:

☐ dello stretto medio del bacino

☐ dello stretto superiore del bacino

☐ dello stretto inferiore del bacino

☐ dell'asse antero-posteriore del bacino

6 - Per BRO si intende:

☐ basso rischio ostetrico

☐ bassa Responsività Ossitocica

☐ basso rischio oncologico

☐ basal response outcome

7 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda di rilevare il BCF nel I stadio in fase attiva:

☐ almeno 1 volta ogni 15 minuti

☐ non più di 1 volta ogni 15 minuti

☐ almeno 1 volta ogni 30 minuti

☐ almeno 1 volta ogni 60 minuti

8 - Per brevità assoluta di funicolo si intende una lunghezza funicolare:

☐ ≤ 30 cm

☐ tra 31 e 60 cm

☐ ≥ 90 cm

☐ tra 61 e 90 cm

9 - Alimentare un neonato/una neonata con latte materno spremuto tinto di sangue:

☐ **non comporta alcun rischio**

☐ può peggiorare la tolleranza gastrointestinale

☐ può essere causa di abbondante ematemesi

☐ può indurre a indagini non necessarie per escludere sanguinamento gastrointestinale

10 - Il punteggio di Apgar viene attribuito alla nascita, per tutte le nascite:

☐ **al 1' ed al 5' minuto**

☐ immediatamente

☐ al 5' ed al 10' minuto

☐ non è più utilizzato perché obsoleto

11 - Il microbiota intestinale neonatale:

☐ **è influenzato dalla modalità di nutrizione infantile e l'allattamento ne può condizionare la colonizzazione**

☐ quando è "normale" è caratterizzato da una bassa biodiversità

☐ raggiunge la maturità solo nell'età adulta

☐ è assente nel periodo neonatale

12 - Il tumore da parto:

☐ **può comparire dopo la rottura delle membrane amniocoriali in feti con sistema cardiocircolatorio efficiente**

☐ può presentarsi anche in caso di membrane amniocoriali integre e di MEU

☐ è presente solo in caso di posizioni fetali occipito-posteriori

☐ non correla la propria localizzazione con la posizione fetale

13 - Nella presentazione cefalica di faccia, la testa fetale è, rispetto al tronco:

☐ **iperestesa**

☐ iperflessa

☐ flessa

☐ deflessa

14 - In caso di posizione occipito-iliaca anteriore, la rotazione dell'occipite al di sotto della sinfisi pubica ha un'ampiezza di:

- ☐ 1/8 di cerchio
- ☐ 2/8 di cerchio
- ☐ 3/8 di cerchio
- ☐ 5/8 di cerchio

15 - Le manovre di "Hands on":

- ☐ sono applicabili al termine del II stadio attivo per facilitare il disimpegno della PP e delle spalle
- ☐ sono sempre da evitare nell'assistenza intrapartale
- ☐ sono applicabili dall'inizio del II stadio attivo per contenere il percepito doloroso somatico del periodo espulsivo
- ☐ sono inutili in caso di episiotomia

16 - Quali delle seguenti è una controindicazione assoluta all'applicazione della ventosa:

- ☐ ostacoli meccanici alla progressione della PP
- ☐ parte presentata fetale LPP +3
- ☐ dilatazione completa della cervice uterina
- ☐ EG >37 settimane

17 - La rottura delle membrane amniocoriali in travaglio – II stadio in fase attiva è definita:

- ☐ tempestiva
- ☐ prematura
- ☐ precoce
- ☐ ritardata

18 - In caso di indicazione clinica all'esecuzione dell'episiotomia:

- ☐ realizzare le manovre di "Hands on" può favorire la rapida nascita fetale e ridurre il trauma perineale
- ☐ realizzare le manovre di "Hands poised" può favorire la rapida nascita fetale e ridurre il trauma perineale
- ☐ realizzare le manovre di "Hands poised" può favorire la rapida nascita fetale ma non riduce la probabilità di

trauma perineale

- ☐ realizzare le manovre di "Hands on" può favorire la rapida nascita fetale ma non riduce il trauma perineale

19 - Per la stima complessiva della perdita ematica postpartum è raccomandato considerare:

☐ **tutti i presidi che raccolgono la perdita ematica (sacca graduata, garze, telini,...) ad integrazione della stima visuale**

- ☐ solo la sacca graduata/il sacchetto retroplacentare perché è l'unico presidio accurato nella stima

- ☐ la sacca graduata/il sacchetto retroplacentare e le garze utilizzate per le eventuali suture perineali

- ☐ solo i presidi che possono essere pesati per una maggior accuratezza

20 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda, circa il movimento e la postura materna:

- ☐ **la scelta da parte della Persona Assistita, evitando le posture supine**

- ☐ la scelta da parte della Persona Assistita, evitando le posture verticali

- ☐ la scelta da parte dei Professionisti sanitari, evitando le posture verticali

- ☐ la scelta da parte dei Professionisti sanitari, evitando le posture in quadrupedia

21 - Viene definita "bevitrice a rischio per la salute" (WHO):

- ☐ **una donna di 65 anni che consuma > 1 unità al giorno di alcool**

- ☐ un'adolescente di 16 anni che consuma 0 unità al giorno di alcool

- ☐ una donna in età fertile che consuma

- ☐ una donna di 50 anni che consuma

22 - Quale delle seguenti patologie benigne si ritiene conferisca il maggior rischio di sviluppare un tumore della mammella?

- ☐ **iperplasia duttale atipica**

- ☐ malattia fibrocistica

- ☐ estasia duttale

- ☐ fibroadenoma gigante

23 - Gli effetti del DHEA (deidroepiandrosterone) somministrato per via vaginale si manifestano

prevalentemente a carico del:

- ☐ **tessuto vaginale**
- ☐ tessuto osseo
- ☐ tessuto mammario
- ☐ tessuto cutaneo

24 - Il Q-tip test valuta:

- ☐ **l'ipermobilità uretrale**
- ☐ Il tono muscolare
- ☐ il tono vescicale
- ☐ la collaborazione della donna

25 - Il microbioma vaginale nella donna in età fertile:

- ☐ **è direttamente influenzato dal microbioma intestinale**
- ☐ è caratterizzato da una scarsità di lattobacilli
- ☐ non si modifica durante le fasi del ciclo mestruale
- ☐ è caratterizzato dall'assenza di lattobacilli in condizioni di salute

26 - Sono patologie vulvari benigne:

- ☐ **herpes genitale, follicolite vulvare, patologie a carico della ghiandola del Bartolini**
- ☐ carcinomi squamocellulari vulvari basaloidi o cheratinizzanti
- ☐ melanomi vulvari
- ☐ adenocarcinomi vulvari

27 - Secondo la classificazione WHO, le malattie del trofoblasto si distinguono in:

- ☐ **lesioni molarie (mola) e lesioni non molarie (coriocarcinoma e tumore trofoblastico)**
- ☐ lesioni benigne (mola), lesioni premaligne (coriocarcinoma) e lesioni maligne (tumore trofoblastico)
- ☐ lesioni idatiformi e coriocarcinoma
- ☐ lesioni precliniche (mola) e lesioni invasive (tumore trofoblastico)

28 - **La Legge 8 marzo 2017 n.24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”:**

- ☐ **riconosce il diritto alla sicurezza delle cure dei cittadini e delle cittadine**
- ☐ identifica le aree di esercizio professionale dei diversi profili professionali in ambito sanitario
- ☐ definisce la non prevenibilità del “rischio sanitario”
- ☐ è rivolta unicamente alla professione medica

29 - **Il potere disciplinare in un rapporto di lavoro consiste:**

- ☐ **nella facoltà del datore di lavoro di irrogare sanzioni ai lavoratori che vengono meno ai doveri contrattuali, e precisamente agli obblighi di diligenza, obbedienza e fedeltà**
- ☐ nella facoltà del datore di lavoro di verificare che l'attività lavorativa venga effettuata secondo le modalità stabilite dal datore di lavoro
- ☐ nella facoltà del datore di lavoro di emanare disposizioni concernenti l'organizzazione del lavoro
- ☐ nella facoltà del datore di lavoro di irrogare sanzioni ai lavoratori che vengono meno ai doveri di cittadino, anche al di fuori della sfera professionale

30 - **Una sostanza si definisce “gametotossica” quando produce un danno per:**

- ☐ **i gameti**
- ☐ i testicoli e le ovaie
- ☐ il patrimonio genetico embrionale/fetale
- ☐ lo zigote



OSTETRICA SCRITTA TRACCIA 2

1 - La Linea guida WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016) raccomanda un numero di Bilanci di salute in gravidanza non inferiori a:

- ☐ 8
- ☐ 4
- ☐ 6
- ☐ 10

2 - La Linea guida WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016) raccomanda di offrire a tutte le donne in gravidanza:

- ☐ informazioni sulla sana alimentazione e sull'attività fisica al fine di promuovere la salute materna e prevenire l'eccessivo incremento ponderale
- ☐ informazioni sull'alimentazione controllata al fine di promuovere la salute fetale e prevenire l'eccessivo incremento ponderale
- ☐ informazioni sul contenuto calorico degli alimenti al fine di prevenire l'eccessivo incremento ponderale in quanto l'attività fisica in gravidanza è controindicata
- ☐ informazioni sulla sana alimentazione e sull'attività fisica al fine di promuovere la salute materna anche se non sono misure efficaci per prevenire l'eccessivo incremento ponderale

3 - Il microbiota vaginale in gravidanza:

- ☐ va incontro ad un aumento della prevalenza di lattobacilli
- ☐ subisce frequenti variazioni nella sua composizione
- ☐ è tanto più favorevole quanto più aumenta la diversità nella sua composizione
- ☐ vede una riduzione della prevalenza di Lattobacilli

4 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda di promuovere lo svuotamento vescicale:

- ☐ **sia nel I che nel II stadio**
- ☐ solo durante il I stadio attivo
- ☐ solo durante il II stadio attivo
- ☐ solo alla percezione materna del premito

5 - La rilevazione della Frequenza Cardiaca Fetale (FCF), secondo le indicazioni della linea guida Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) in travaglio attivo viene indicata con:

- ☐ **una frequenza singola, rilevata per un minuto**
- ☐ un range con valore massimo e minimo rilevati in un minuto
- ☐ una frequenza singola, rilevata per 30 secondi
- ☐ un range con valore massimo e minimo rilevati in 30 secondi

6 - La WHO – LCG Labor Care Guide:

- ☐ **è un modello di assistenza intrapartale integrata, comprensivo di un nuovo modello di partogramma**
- ☐ è un modello di partogramma in sostituzione dei precedenti, senza indicazioni per l'assistenza intrapartale
- ☐ è una proposta storica dell'WHO, superata da successive pubblicazioni
- ☐ raccoglie solo i dati dell'intervista anamnestica intrapartale

7 - In presenza di indicazione all'utilizzo del tiralatte è opportuno che:

- ☐ **la puerpera estragga il latte almeno 6/7 volte al giorno**
- ☐ il latte venga estratto per almeno 10 minuti per mammella
- ☐ se il parto è avvenuto ≤ 32 settimane, si utilizzi il latte solo se prima congelato
- ☐ il latte venga conservato in frigorifero per non più di 12 ore

8 - Una bassa produzione di latte materno può essere correlata a:

- ☐ **emorragia postpartum maggiore**
- ☐ più di 10 poppate al giorno
- ☐ numerosi casi in famiglia di donne che non hanno allattato
- ☐ mammelle di dimensioni ridotte

9 - Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del latte materno vieta esplicitamente ai produttori e distributori degli stessi di:

- ☐ **fornire i propri prodotti gratuitamente o a basso costo agli ospedali**
- ☐ vendere direttamente i propri prodotti al pubblico
- ☐ indicare il nome della marca sulle etichette dei propri prodotti
- ☐ presentare informazioni scientifiche alle professioniste sanitarie /ai professionisti sanitari

10 - La valutazione della presentazione fetale è raccomandata nella Linea Guida Gravidanza Fisiologica a partire da:

- ☐ **36 settimane di EG**
- ☐ 24 settimane di EG
- ☐ 32 settimane di EG
- ☐ 40 settimane di EG

11 - Quale fenomeno meccanico può essere valutato attraverso la quarta manovra di Leopold?

- ☐ **impegno**
- ☐ riduzione
- ☐ restituzione
- ☐ rotazione interna

12 - Nella presentazione cefalica di vertice, attraverso il fenomeno di riduzione, il diametro di impegno della PP passa da:

- ☐ **occipito-frontale a suboccipito-bregmatico**
- ☐ occipito-frontale a sottomento-bregmatico
- ☐ mento-occipitale a suboccipito-bregmatico
- ☐ suboccipito-bregmatico a occipito-frontale

13 - Il diametro dello stretto inferiore del bacino più favorevole al disimpegno della parte presentata è il:

- ☐ **diametro sottopubo-coccigeo**
- ☐ diametro bituberoso

☐ diametro trasverso massimo

☐ diametro obliquo sinistro

14 - **La diagnosi di Emorragia Primaria Post Partum considera le perdite ematiche:**

☐ **nelle prime 24 ore dal parto**

☐ nelle prime 12 ore dal parto

☐ nelle prime 6 ore dal parto

☐ nelle prime 2 ore dal parto

15 - **Le lacerazioni dello sfintere anale al parto sono meno frequenti in caso di:**

☐ **non ricorso all'episiotomia**

☐ episiotomia mediana

☐ episiotomia mediolaterale destra

☐ episiotomia + applicazione di ventosa ostetrica

16 - **Nel modello WHO – LCG Labor Care Guide User's Manual il monitoraggio della regolare evoluzione del travaglio di parto per una corretta pianificazione dell'assistenza intrapartale è basato sulle fasi di:**

☐ **valutazione – registrazione – comparazione – pianificazione**

☐ accoglienza – rilevazione – intervento – registrazione

☐ valutazione – rilevazione – rivalutazione

☐ registrazione – comparazione – rivalutazione

17 - **Nel modello WHO – LCG Labor Care Guide User's Manual, la sezione del “Processo decisionale condiviso” è costituita da:**

☐ **valutazione diagnostica + piano assistenziale**

☐ piano assistenziale + terapie

☐ terapie + valutazione diagnostica

☐ richieste materne + terapie

18 - **La rottura delle membrane amniocoriali in travaglio – I stadio in fase attiva è definita:**

- ☐ **precoce**
- ☐ prematura
- ☐ tempestiva
- ☐ attiva

19 - **Secondo la linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) durante l'esplorazione vaginale nel I stadio del travaglio – fase attiva è raccomandato rilavare:**

- ☐ **appianamento e dilatazione della cervice uterina, livello PP, posizione fetale, eventuale tumore da parto e integrità delle membrane amniocoriali**
- ☐ appianamento della cervice uterina, livello PP e integrità delle membrane amniocoriali
- ☐ appianamento e dilatazione della cervice uterina, impegno PP, presentazione fetale e benessere fetale
- ☐ livello PP, posizione fetale, eventuale tumore dal parto e MAF (Movimenti Fetali Attivi)

20 - **La progressione della PP nel bacino materno è descritta tramite il rapporto di:**

- ☐ **indice di presentazione fetale e livello delle spine ischiatiche**
- ☐ diametro di impegno della PP e piano dello stretto superiore
- ☐ parte fetale più prominente e livello delle tuberosità ischiatiche
- ☐ circonferenza di impegno della PP e piano dello stretto medio

21 - **Per obesità si intende una condizione caratterizzata da IMC (BMI) a partire da:**

- ☐ **≥ 30 kg/m²**
- ☐ ≥ 25 kg/m²
- ☐ ≥ 35 kg/m²
- ☐ ≥ 40 kg/m²

22 - **Qual è il sintomo menopausale che incide maggiormente sulla qualità di vita delle donne con pregresso intervento per carcinoma mammario?**

- ☐ **vampate di calore**
- ☐ insonnia
- ☐ secchezza vaginale

☐ alterazione dell'umore

23 - **Durante le fase follicolare il feedback degli estrogeni determina sull'ipofisi follicolare:**

☐ **una riduzione progressiva dei livelli di FSH**

☐ un incremento progressivo dei livelli di FSH

☐ un incremento progressivo dei livelli di androgeni circolanti

☐ una riduzione progressiva dei livelli di progesterone

24 - **Il reclutamento follicolare:**

☐ **è indipendente dai livelli di gonadotropine per i follicoli primordiali e primari**

☐ dipende dai livelli di gonadotropine per i follicoli antrali

☐ dipende dai livelli di gonadotropine per i follicoli primordiali e primari

☐ è indipendente dai livelli di gonadotropine per i follicoli secondari

25 - **Sono sintomi della sindrome genito-urinaria tutti tranne uno:**

☐ **calo della libido**

☐ secchezza vaginale

☐ dispareunia

☐ urgenza minzionale

26 - **Come si definisce anche il prolasso uterino?**

☐ **isterocele**

☐ descensus vaginale

☐ elitrocele

☐ rettocele

27 - **La vulvodinia è un:**

☐ **dolore vulvare di almeno 3 mesi di durata, senza chiara causa identificabile, che può avere potenziali fattori associati**

☐ processo flogistico infettivo della mucosa vaginale

☐ processo flogistico non infettivo della mucosa vaginale

☐ dolore di breve durata che si avverte generalmente dopo traumi, lesioni, interventi o dopo il parto

28 - I L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza):

☐ **sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che i cittadini hanno diritto di ottenere dal SSN**

☐ sono costituiti dalle prestazioni essenziali che ciascuna Regione decide autonomamente di erogare sul proprio territorio

☐ riguardano esclusivamente le prestazioni urgenti ed essenziali

☐ riguardano esclusivamente le prestazioni erogate in regime ambulatoriale

29 - Sono obblighi della lavoratrice subordinata / del lavoratore subordinato:

☐ **diligenza – obbedienza – fedeltà – divieto di concorrenza – osservanza del segreto d'ufficio**

☐ competenza – capacità organizzativa – puntualità – segretezza – prontezza

☐ diligenza – cortesia – competenza – divieto di concorrenza

☐ pronta disponibilità – cortesia – obbedienza – serietà – divieto di concorrenza

30 - Una sostanza si definisce “teratogena” quando produce un danno per:

☐ **lo sviluppo embrio-fetale**

☐ la fertilità maschile

☐ la gametogenesi

☐ i lavoratori maschi di settore industriale



OSTETRICA SCRITTA TRACCIA 3

1 - La Linea guida WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016) raccomanda nelle donne sane con evoluzione fisiologica della gravidanza:

☐ di non offrire una valutazione ultrasonografica Doppler di routine nel terzo trimestre per migliorare gli esiti materni e perinatali

☐ di offrire una valutazione ultrasonografica Doppler di routine nel terzo trimestre per migliorare gli esiti materni e perinatali

☐ di offrire una valutazione ultrasonografica Doppler di routine nel terzo trimestre per migliorare i soli esiti materni

☐ di offrire una valutazione ultrasonografica Doppler di routine nel terzo trimestre per migliorare i soli esiti feto/neonatali

2 - La Linea guida WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016) raccomanda, circa la documentazione clinica della gravidanza:

☐ che sia conservata dalla donna

☐ che sia conservata dal professionista che assiste la gravidanza

☐ che sia conservata dal punto nascita scelto per il parto

☐ che sia conservata dal consultorio/ambulatorio che assiste la gravidanza

3 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda l'utilizzo del partogramma?

☐ sì, per tutte le donne a partire dalla fase attiva del I stadio

☐ sì, ma solo per i profili di rischio intrapartale non fisiologici

☐ no, perché aumenta l'interventismo senza migliorare gli esiti

☐ no, perché non ha alcun impatto sugli esiti materni e perinatali

4 - Il diametro di impegno nello stretto superiore del bacino è:

- ☐ **obliquo**
- ☐ trasverso massimo
- ☐ bispinoischiatrico
- ☐ antero-posteriore

5 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda, tra gli interventi alla presa in carico di una Persona Assistita in travaglio in fase attiva del I stadio:

- ☐ **la rilevazione dei parametri vitali materni e la valutazione del bcf**
- ☐ la valutazione della glicosuria e la determinazione della chetonuria
- ☐ la determinazione ecografica routinaria della parte presentata e la valutazione ecografica della quantità di liquido amniotico
- ☐ la conta strutturata dei MAF delle precedenti 6 ore e la rilevazione del benessere fetale tramite RCTG per almeno 60 minuti

6 - Per il modello di assistenza intrapartale basato su WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience e su WHO – LCG Labor Care Guide la diagnosi di travaglio in fase attiva I stadio può essere posta:

- ☐ **in presenza di contrazioni uterine regolari e dolorose e dilatazione della cervice uterina ≥ 5 cm**
- ☐ in presenza di dilatazione della cervice uterina ≥ 5 cm indipendentemente dalla presenza e regolarità delle contrazioni uterine
- ☐ in presenza di contrazioni uterine regolari e dolorose e dilatazione della cervice uterina ≥ 4 cm
- ☐ in presenza di contrazioni uterine regolari e dolorose indipendentemente dalla dilatazione della cervice uterina

7 - Il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita:

- ☐ **aiuta a mantenere normali livelli glicemici neonatali**
- ☐ non ha alcun legame con la glicemia neonatale
- ☐ aiuta nel bonding materno-neonatale ma tende a ridurre i livelli glicemici neonatali
- ☐ considerato il periodo postpandemico è consigliabile evitarlo

8 - In caso di ingorgo mammario quale è il primo intervento assistenziale da mettere in atto?

- ☐ **aiutare la puerpera nutrice a drenare il seno**

- ☐ verificare il posizionamento e l'attacco neonatale al seno
- ☐ consigliare l'utilizzo di un impacco freddo alla mammella
- ☐ somministrare ossitocina

9 - **Qale non è una finalità dell'ecografia ostetrica nel I trimestre:**

- ☐ **determinare il sesso dell'embrione/del feto**
- ☐ determinare la localizzazione dell'embrione/del feto
- ☐ identificare precocemente le gravidanze multiple
- ☐ confermare l'EG anamnestica

10 - **Secondo la linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) si intende per Emorragia Post Partum a seguito di parto per via vaginale una perdita ematica:**

- ☐ **≥ 500ml**
- ☐ ≥ 300ml
- ☐ ≥ 700 ml
- ☐ ≥ 1000 ml

11 - **Secondo la linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) non è un fattore di rischio per Emorragia Post Partum a seguito di parto per via vaginale:**

- ☐ **inserzione fundica della placenta**
- ☐ pregressa emorragia post partum
- ☐ sovradistensione uterina
- ☐ anemia severa materna

12 - **Qual è la sequenza corretta dei fenomeni meccanici nel travaglio di parto?**

- ☐ **riduzione – impegno – progressione**
- ☐ progressione – rotazione interna – riduzione
- ☐ impegno – rotazione interna - progressione
- ☐ impegno – progressione – riduzione

13 - Nella presentazione cefalica di vertice, la testa fetale è, rispetto al tronco:

- ☐ iperflessa
- ☐ flessa
- ☐ deflessa
- ☐ iperestesa

14 - In caso di posizione occipito-iliaca posteriore, la rotazione sacrale dell'occipite ha un'ampiezza di:

- ☐ 1/8 di cerchio
- ☐ 2/8 di cerchio
- ☐ 3/8 di cerchio
- ☐ 5/8 di cerchio

15 - Per quali delle seguenti condizioni la linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda di valutare la necessità dell'episiotomia?

- ☐ condizioni fetali non rassicuranti; parti vaginali complicati (parti operativi e/o presentazione podalica, distocia di spalle)
- ☐ parti pretermine > 34 settimane di EG; parti con diagnosi di rotazione sacrale del feto
- ☐ perineo con esiti cicatriziali da pregresse lacerazioni di III e IV grado; presenza di mutilazioni genitali femminili
- ☐ mai; la linea guida raccomanda di non utilizzare l'episiotomia, per nessuna indicazione

16 - Il monitoraggio delle condizioni generali della Persona Assistita (FC, PAO, stato di coscienza,...) durante il III stadio e il periodo del post partum:

- ☐ contribuisce all'identificazione precoce dell'emorragia post partum
- ☐ non contribuisce all'identificazione precoce dell'emorragia post partum
- ☐ va realizzato solo dopo la diagnosi di emorragia post partum
- ☐ contribuisce all'identificazione precoce dell'emorragia post partum solo per le Persone Assistite con fattori di EPP

17 - Quale tra i seguenti non è un obiettivo della WHO – LCG Labor Care Guide?

- ☐ identificare le responsabilità dei professionisti da segnalare alle autorità competenti

☐ offrire ai professionisti indicazioni e raccomandazioni EbM relative al monitoraggio ed alla documentazione clinica dell'assistenza intrapartale

☐ supportare i professionisti nell'identificazione precoce di complicanze ad insorgenza intrapartale

☐ prevenire l'utilizzo di interventi assistenziali non necessari

18 - La rottura delle membrane amniocoriali che precede la diagnosi di travaglio – I stadio in fase attiva è definita:

☐ **prematura**

☐ precoce

☐ tempestiva

☐ pretermine

19 - La parità influenza:

☐ **sia i fenomeni dinamici che i fenomeni meccanici**

☐ i fenomeni dinamici

☐ i fenomeni meccanici

☐ sia i fenomeni meccanici che i fenomeni plastici

20 - La linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023) raccomanda durante il travaglio:

☐ **di assumere una dieta leggera per evitare scompensi metabolici**

☐ il digiuno per evitare polmoniti ab ingestis

☐ di assumere solo liquidi per prevenire la disidratazione

☐ di assumere una dieta liquida solo in caso di analgesia peridurale intrapartale

21 - Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il consumo giornaliero minimo consigliato di frutta e verdura per ridurre le patologie cronico-degenerative deve essere:

☐ **5 porzioni**

☐ 4 porzioni

☐ 3 porzioni

☐ 2 porzioni

22 - **La chirurgia conservativa della mammella per i carcinomi in stadio iniziale:**

- ☐ **ha una prognosi globale simile alla mastectomia purché seguita da radioterapia**
- ☐ non richiede la successiva radioterapia sulla mammella
- ☐ è controindicata in premenopausa
- ☐ è sempre associata alla dissezione ascellare

23 - **In cosa viene principalmente convertito il DHEA (deidroepiandrosterone)?**

- ☐ **estradiolo e testosterone**
- ☐ androstenedione
- ☐ Inibina B
- ☐ colesterolo

24 - **La terapia estro-progestinica nell'amenorrea disfunzionale è finalizzata a:**

- ☐ **mantenere una densità minerale ossea adeguata**
- ☐ raggiungere nel tempo la regolarità del ciclo mestruale
- ☐ prevenire lo stigma sociale
- ☐ regolare il peso corporeo

25 - **Quando durante l'esplorazione vaginale al di fuori della gravidanza il collo uterino è rivolto verso il pube e il corpo uterino è apprezzato attraverso il fornice posteriore, quale situazione anatomica è presente?**

- ☐ **retroversione**
- ☐ antiversione
- ☐ retroposizione
- ☐ lateroposizione

26 - **Il carcinoma della vagina:**

- ☐ **ha una bassa incidenza nella popolazione generale**
- ☐ ha un'alta incidenza nella popolazione ma non è disponibile un test di screening affidabile
- ☐ si manifesta prevalentemente nel terzo intermedio vaginale

☐ si manifesta solo in donne con pregressa isterectomia

27 - Il coriocarcinoma:

☐ **può presentarsi con qualsiasi evento gestazionale**

☐ è un tumore epiteliale a bassa invasività

☐ non genera metastasi, né locali né a distanza

☐ è associato alle gravidanze che si interrompono entro il I trimestre

28 - Non sono coperte dal finanziamento del SSN le prestazioni sanitarie erogate presso:

☐ **strutture private non accreditate**

☐ strutture pubbliche del SSN (ASL, AO, AOU)

☐ strutture private accreditate

☐ policlinici universitari

29 - Per riposo giornaliero si intende:

☐ **il diritto che spetta al lavoratore/alla lavoratrice di fruire di 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore**

☐ il periodo di riposo obbligatorio fruibile nel corso della settimana lavorativa

☐ il diritto della lavoratrice/del lavoratore di fruire di un giorno di riposo successivamente ad un turno notturno

☐ la sommatoria mensile dei periodi di riposo obbligatorio giornaliero

30 - Quale tra i seguenti è tra i tessuti ad alta radiosensibilità?

☐ **midollo emopoietico**

☐ fegato

☐ rene

☐ tessuto muscolare



OSTETRICA PRATICA TRACCIA 1

1 - Nullipara giunge in DEA a 38 settimane + 5 gg. Alla valutazione iniziale si riscontrano contrazioni di durata < 20", 1 ogni 15' circa. All'esplorazione vaginale si riscontra cervice uterina appianata, dilatata 2 cm, PP cefalica LPP-3, sacco amniocoriale integro.

Quale diagnosi è possibile porre secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023)?

☐ I stadio fase latente

☐ I stadio fase attiva

☐ II stadio fase passiva

☐ II stadio fase attiva

2 - Postura materna in quadrupedia (carponi) nel II stadio fase attiva; la Persona Assistita accentua spontaneamente la curvatura lombosacrale durante la contrazione uterina, con retroversione del coccige.

A livello dei diametri del bacino si verificano quali modificazioni?

☐ nutazione sacrale con aumento dei diametri dello stretto medio e inferiore del bacino (da promuovere nel II stadio fase attiva)

☐ contronutazione sacrale con restrizione dei diametri dello stretto medio e inferiore del bacino (da evitare nel II stadio fase attiva)

☐ contronutazione sacrale con aumento dei diametri dello stretto medio e inferiore del bacino (da promuovere nel II stadio fase attiva)

☐ nutazione sacrale con restrizione dei diametri dello stretto medio e inferiore del bacino (da evitare nel II stadio fase attiva)

3 - Nullipara a 41 settimane + 3 gg. Rottura spontanea del sacco amniocoriale con scolo di liquido amniotico chiaro e in normale quantità. Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 3 min, durata 40") e dolorose. All'esplorazione vaginale si riscontra cervice uterina appianata, dilatata 5 cm, PP cefalica LPP-3.

La rottura della membrane amniocoriali può essere definita:

- ☐ **precoce**
- ☐ pretermine
- ☐ prematura
- ☐ tempestiva

4 - Somministrazione di ossitocina 10 UI /litro in soluzione fisiologica e.v. a dilatazione completa diagnosticata 1 ora prima, LPP -2, non premito, scolo di liquido amniotico chiaro e in normale quantità. Presenza di contrazioni uterine irregolari (<2 ogni 10 min, durata 20").

La somministrazione di ossitocina:

- ☐ **è un'accelerazione del II stadio a seguito di diagnosi di distocia dinamica del II stadio**
- ☐ non è un'accelerazione del II stadio perché avviene nel II stadio fase attiva
- ☐ è un'accelerazione del II stadio a seguito di diagnosi di distocia meccanica del II stadio
- ☐ non è un'accelerazione del II stadio perché l'indice di presentazione non ha raggiunto il piano delle spine ischiatiche

5 - Presa in carico a 39 settimane + 6 gg presso il punto nascita scelto per il parto per iniziale travaglio di parto. Profilo dell'addome discontinuo nei quadranti inferiori, situazione longitudinale, dorso palpabile a sinistra, presentazione cefalica di vertice, sacco amniocoriale integro. Il focolaio di massima auscultazione del bcf è nel quadrante inferiore sinistro, lateralizzato verso il fianco sinistro. La posizione fetale più probabile è

- ☐ **OISP**
- ☐ OISA
- ☐ OIDA
- ☐ OIDP

6 - Presa in carico a 36 settimane + 6 gg per Bilancio di Salute presso il punto nascita scelto per il parto. Alla seconda manovra di Leopold non è possibile ridurre il diametro trasverso dell'addome e il focolaio di massima auscultazione del bcf è in corrispondenza della linea ombelicale trasversa.

La presentazione fetale più probabile è:

- ☐ **di spalla**
- ☐ cefalica
- ☐ podalica

☐ di piedi

7 - E' possibile apprezzare palpatariamente l'impegno della PP allo stretto superiore attraverso:

☐ la quarta manovra di Leopold

☐ la prima manovra di Leopold

☐ la seconda manovra di Leopold

☐ la terza manovra di Leopold

8 - Nullipara a 38 settimane + 1 gg. Diagnosi di travaglio di parto in fase attiva 4 ore prima (5 cm). Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 3 min, durata 30") e molto dolorose. All'esplorazione vaginale si riscontra cervice uterina appianata, dilatata 6 cm, PP cefalica LPP-3, scolo di LA chiaro.

Quale diagnosi è possibile porre secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023)?

☐ ritardo I stadio fase attiva

☐ I stadio fase attiva in normale evoluzione

☐ sospetto ritardo I stadio fase attiva

☐ I stadio fase latente in normale evoluzione

9 - Secondipara a 40 settimane + 1 gg con pregresso TC per presentazione podalica. Secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023), alla diagnosi di travaglio in fase attiva, per la valutazione del benessere fetale è raccomandata la:

☐ registrazione cardiotocografica continua, fino al parto/nascita

☐ registrazione cardiotocografica discontinua, almeno 1 ogni 4 ore

☐ auscultazione intermittente del bcf, almeno una rilevazione ogni 30 minuti

☐ auscultazione intermittente del bcf, almeno una rilevazione ogni 15 minuti

10 - Primipara a 40 settimane + 5 gg, anemia materna dall'inizio gravidanza (Hb 10,8 g/dl a 12 sett EG, screening emoglobinopatie negativo), in terapia marziale per tutta la gravidanza. Hb 8,4 g/dl al ricovero. Il profilo di rischio/ complessità assistenziale alla presa in carico in travaglio:

☐ è patologico perché il valore a termine è classificabile come "anemia severa"

☐ è basso perché la Persona Assistita è sana con decorso fisiologico della gravidanza

[] è basso perché la Persona Assistita è sana e il valore di Hb al termine della gravidanza è influenzato dall'emodiluizione fisiologica gravidica

[] è aumentato per la presenza di un fattore di rischio ad inizio gravidanza



OSTETRICA PRATICA TRACCIA 2

1 - In corso di esplorazione vaginale, con diagnosi di travaglio – I stadio in fase attiva 4 ore prima, si riscontra la dilatazione completa della cervice uterina con premito e contrazioni uterine 1 ogni 3 minuti, durata 50", PP cefalica LPP 0, scolo di L.A. chiaro.

Quale diagnosi è possibile porre secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023)?

☐ **Il stadio fase attiva**

☐ **I stadio in iniziale fase attiva**

☐ **I stadio fase attiva avanzata**

☐ **Il stadio fase passiva**

2 - Postura materna accovacciata nel I stadio fase attiva, dinamica uterina regolare, dilatazione cervicale 5 cm, PP cefalica, LPP-3; la Persona Assistita assume spontaneamente la posizione accovacciata profonda durante la contrazione uterina. L'Ostetrica/o:

☐ **propone alla Persona Assistita di assumere posture che favoriscono la contronutazione sacrale perché amplia i diametri dello stretto superiore del bacino durante l'impegno e la progressione della PP**

☐ **sostiene la Persona Assistita nella promozione della nutazione sacrale perché aumenta i diametri dello stretto superiore del bacino durante l'impegno e la progressione della PP**

☐ **sostiene la Persona Assistita nella scelta della postura che preferisce perché non ha effetti sui diametri del bacino e sull'impegno e progressione della PP**

☐ **propone alla Persona Assistita la postura supina per favorire l'impegno e la progressione della PP**

3 - Nullipara a 39 settimane + 3 gg. Travaglio in regolare evoluzione. Diagnosi di II stadio in fase attiva. Rottura strumentale del sacco amniocoriale a dilatazione completa con scolo di liquido amniotico chiaro e in normale quantità. Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 2 min, durata 45") e dolorose. La rottura della membrane amniocoriali può essere definita:

☐ **tempestiva**

☐ **pretermine**

☐ **prematura**

☐] precoce

4 - Rottura strumentale del sacco amniocoriale a 6 cm di dilatazione con scolo di liquido amniotico chiaro e in normale quantità. Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 2 min, durata 45") e dolorose, LPP -1. Il travaglio è in regolare evoluzione.

La rottura delle membrane amniocoriali:

☐] è un'accelerazione del I stadio perché viene praticata l'amniorexi

☐] non è un'accelerazione del I stadio perché avviene nel I stadio fase attiva

☐] è un'accelerazione del I stadio perché sono presenti scarse contrazioni uterine

☐] non è un'accelerazione del I stadio perché non è possibile evincere un'indicazione clinica

5 - Presa in carico a termine di gravidanza per Bilancio di Salute presso il punto nascita scelto per il parto. Profilo dell'addome globoso e continuo, situazione fetale longitudinale, dorso palpabile a destra, presentazione cefalica di vertice, sacco amniocoriale integro. Il focolaio di massima auscultazione del bcf è al centro del quadrante inferiore destro. La posizione fetale più probabile è:

☐] OIDA

☐] OISA

☐] ODP

☐] OISP

6 - Presa in carico a 37 settimane + 2 gg per Bilancio di Salute presso il punto nascita scelto per il parto. Accrescimento come da EG, situazione longitudinale; alla terza manovra di Leopold si avverte una PP che non risulta ballottabile. Il focolaio di massima auscultazione del bcf è in corrispondenza dei quadranti superiori.

La presentazione fetale più probabile è:

☐] podalica

☐] cefalica

☐] di spalla

☐] di piedi

7 - La sutura sagittale, durante la rotazione interna della PP, giunta alla stretto inferiore del bacino, assume la direzione:

☐ antero-posteriore

☐ trasversa

☐ obliqua destra

☐ obliqua sinistra

8 - Secondipara a 40 settimane + 1 gg. Diagnosi di travaglio di parto in fase attiva 4 ore prima (5 cm). Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 3 min, durata 50") e dolorose. All'esplorazione vaginale si riscontra cervice uterina appianata, dilatata 8 cm, PP cefalica LPP-2, scolo di LA chiaro.

Quale diagnosi è possibile porre secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023)?

☐ I stadio fase attiva in normale evoluzione

☐ ritardo I stadio fase attiva

☐ sospetto ritardo I stadio fase attiva

☐ I stadio fase latente in normale evoluzione

9 - Secondipara a 38 settimane + 1 gg, buona salute materna. Gravidanza assistita presso il Consultorio familiare di zona con decorso regolare. Alla presa in carico per il travaglio di parto l'Ostetrica/o rileva l'assenza di dati relativi all'accrescimento fetale nel III trimestre di gravidanza (non misurazione LFS né US, ultima valutazione US a 20 sett EG). Il profilo di rischio/ complessità assistenziale alla presa in carico in travaglio:

☐ è aumentato perché mancano dati per definire il decorso fisiologico della gravidanza

☐ è basso perché la Persona Assistita è sana con decorso fisiologico della gravidanza

☐ è basso perché la Persona Assistita è sana e l'accrescimento del fondo uterino, rilevato all'esame obiettivo al ricovero, appare compatibile con l'età gestazionale

☐ è patologico perché il decorso della gravidanza non può essere definito come regolare

10 - Primipara a 38 settimane + 4 gg, decorso fisiologico della gravidanza, del travaglio/parto/nascita e del secondamento. Il monitoraggio delle condizioni e dei parametri vitali materni nel post partum:

☐ è raccomandato ogni 30 minuti per le 2 ore dal secondamento come parte dello screening precoce delle complicanze postnatali in tutti i percorsi

☐ non è raccomandato successivamente al secondamento essendo un percorso fisiologico

☐ è raccomandato ogni 10 minuti per le 2 ore dal secondamento come parte dello screening precoce delle complicanze postnatali, solo nei percorsi non fisiologici

☐ è raccomandato al termine delle 2 ore dal secondamento essendo un percorso fisiologico



OSTETRICA PRATICA TRACCIA 3

1 - In corso di esplorazione vaginale, con diagnosi di travaglio – I stadio in fase attiva 3 ore prima, si riscontra la dilatazione completa della cervice uterina in assenza di altri segni/sintomi (no premito, contrazioni uterine 1 ogni 5 minuti, durata 20”), PP cefalica LPP-2, sacco amniocoriale integro.

Quale diagnosi è possibile porre secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023)?

- ☐ **Il stadio fase passiva – fase di transizione**
- ☐ I stadio in iniziale fase attiva, in normale evoluzione
- ☐ I stadio fase attiva avanzata, con probabile distocia dinamica
- ☐ Il stadio fase attiva con probabile distocia dinamica

2 - Postura materna in piedi nel I stadio fase attiva; la Persona Assistita in postura eretta può assumere:

- ☐ **sia la nutazione che la contronutazione sacrale**
- ☐ solo la nutazione sacrale, con aumento dei diametri dello stretto medio e inferiore del bacino
- ☐ solo la contronutazione sacrale, con aumento dei diametri dello stretto superiore del bacino
- ☐ solo una postura neutra; non è possibile assumere né la nutazione né la contronutazione sacrale nel I stadio

3 - Secondipara a 40 settimane +5 gg. Rottura spontanea del sacco amniocoriale con scolo di liquido amniotico chiaro e in normale quantità. Assenza di contrazioni uterine. All’esplorazione vaginale si riscontra cervice uterina lunga 1 cm, dilatata 2 cm, PP cefalica LPP-3.

La rottura della membrane amniocoriali può essere definita:

- ☐ **prematura**
- ☐ pretermine
- ☐ precoce
- ☐ anticipata

4 - Rottura strumentale del sacco amniocoriale a dilatazione completa con scolo di liquido amniotico chiaro e in normale quantità. Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 2 min, durata 45") e dolorose, LPP -1.

La rottura della membrane amniocoriali:

- ☐ non è un'accelerazione del II stadio perché avviene nel II stadio fase attiva
- ☐ è un'accelerazione del II stadio perché viene praticata l'amniorexi
- ☐ è un'accelerazione del II stadio perché sono presenti scarse contrazioni uterine
- ☐ non è un'accelerazione del II stadio perché l'indice di presentazione non ha raggiunto il piano delle spine ischiatiche

5 - Presa in carico a termine di gravidanza per Bilancio di Salute presso il punto nascita scelto per il parto. Profilo dell'addome globoso e continuo, situazione fetale longitudinale, dorso palpabile a sinistra, presentazione cefalica di vertice, sacco amniocoriale integro. Il focolaio di massima auscultazione del bcf è al centro del quadrante inferiore sinistro. La posizione fetale più probabile è:

- ☐ OISA
- ☐ OIDA
- ☐ OIDP
- ☐ OISP

6 - Presa in carico a termine per Bilancio di Salute presso il punto nascita scelto per il parto. Accrescimento come da EG, situazione longitudinale; PP che risulta ballottabile.

La presentazione fetale più probabile è:

- ☐ cefalica
- ☐ podalica
- ☐ di spalla
- ☐ di piedi

7 - Terzipara a 39 settimane + 1 gg. Diagnosi di travaglio di parto in fase attiva 4 ore prima (7 cm). Presenza di contrazioni uterine irregolari nell'ultima ora (durata 30") e meno dolorose. All'esplorazione vaginale si riscontra cervice uterina appianata, dilatata 7 cm, PP cefalica LPP-3, scolo di LA chiaro.

Quale diagnosi è possibile porre secondo le raccomandazioni della linea guida basata su prove di efficacia Intrapartum care NICE (The National Institute for Health and Care Excellence -2023)?

☐ **arresto del I stadio fase attiva**

☐ I stadio fase attiva in normale evoluzione

☐ I stadio fase latente in normale evoluzione

☐ sospetto ritardo I stadio fase attiva

8 - Primipara a 41 settimane + 5 gg, con due Bilanci di Salute in tutta la gravidanza, giunge al punto nascita in avanzato II stadio attivo; riferisce un incremento ponderale di circa +20 Kg. Disimpegno della PP con retrazione del mento fetale e successivo insuccesso della moderata trazione assiale della PP. E' possibile porre diagnosi di:

☐ **distocia di spalla**

☐ restituzione (rotazione interna – esterna) invertita

☐ ridotto accrescimento fetale

☐ distocia dinamica del II stadio

9 - In caso di emergenza intrapartale il primo intervento raccomandato nelle linee guida basate su prove di efficacia prevede:

☐ **l'attivazione del team multidisciplinare**

☐ il reperimento di un accesso venoso periferico di calibro adeguato

☐ il monitoraggio dei parametri vitali materni e fetali/neonatali

☐ la registrazione nella documentazione clinica

10 - Secondipara a 39 settimane + 1 gg. Presenza di contrazioni uterine regolari (1 ogni 3 min, durata 50") e dolorose. Diagnosi di travaglio di parto in fase attiva (5 cm, LPP -2, sacco amniocoriale integro). Riferisce premito all'apice della contrazione che si attenua al termine della stessa. Viene ipotizzata la presenza di una posizione fetale occipito posteriore

Con quali interventi è possibile confermare la diagnosi di posizione fetale occipito posteriore?

☐ **l'ecografia ostetrica a complemento della palpazione addominale**

☐ l'esplorazione vaginale a complemento della palpazione addominale

☐ l'amniorexi e la rilevazione della fontanella lambdoidea

☐ non sono disponibili interventi efficaci per supportare la diagnosi

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

Domande orale 26 maggio 2025 – Convocazione ore 9.00

1. Esporre le modalità di counselling ostetrico di diagnosi prenatale per accompagnare le donne a una scelta consapevole
2. Descrivere la gestione clinica della gravidanza protratta
3. Descrivere l'assistenza ostetrica durante il terzo stadio del travaglio
4. Elencare quali azioni devono essere in atto per il mantenimento fisiologico di un travaglio
5. Indicare quali sono le posizioni che l'ostetrica può suggerire in caso di posizioni posteriori dell'occipite
6. Descrivere l'utilizzo del partogramma come modello di assistenza intrapartale integrata
7. Descrivere l'assistenza ostetrica durante il primo stadio del travaglio
8. Descrivere gli elementi anamnestici da attenzionare per la prevenzione del disagio psichico perinatale
9. Descrivere la classificazione dell'emorragia post partum
10. Descrivere i passi della rianimazione neonatale
11. Descrivere la gestione ostetrica del rivolgimento per manovre esterne
12. Descrivere le modificazioni che avvengono nella donna in puerperio
13. Descrivere cosa si intende per counselling ostetrico
14. Descrivere la presa in carico di una donna con morte endouterina fetale
15. Descrivere l'assistenza ad una donna con una lacerazione perineale
16. Descrivere l'assistenza al prolasso di funicolo in relazione alle diverse età gestazionali
17. Descrivere il significato della misurazione fondo-sinfisi
18. Descrivere il ruolo dell'ostetrica nel counselling contraccettivo
19. Descrivere i segni di attacco corretto del neonato al seno
20. Descrivere la seconda manovra di Leopold
21. Descrivere l'assistenza ostetrica in occasione dell'applicazione della ventosa
22. Descrivere l'assistenza alla donna con diagnosi di aborto spontaneo incompleto

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI OSTETRICA – AREA DEI
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI A TEMPO INDETERMINATO**

Accertamento conoscenza informatica. Lista quesiti

Sessione del 26.05.2025 ore 09:00

1. Se si accende un PC, ma non il monitor:
 - A) Il PC emette un suono intermittente fino a quando l'utente non accende il monitor
 - B) Il PC si blocca ed è necessario riavviare
 - C) Il PC può completare l'avviamento

2. In Windows, la ricerca di un file in base a quali delle seguenti caratteristiche non può essere effettuata?
 - A) Alle immagini in esso contenute
 - B) Alla dimensione
 - C) Al nome

3. Nei più diffusi programmi di videoscrittura è possibile modificare i margini di un documento?
 - A) Sì, attivando l'opzione di impostazione di pagina
 - B) Sì, modificando il carattere
 - C) No, i margini sono fissi, pertanto imm modificabili

4. In Word, quando è possibile salvare un documento?
 - A) Solo a documento finito
 - B) Solo a fine giornata
 - C) In ogni momento

5. Cos'è il pacchetto Office?
 - A) Un programma specifico di gestione contabilità
 - B) Un prodotto software di produttività aziendale composto da un insieme di programmi specifici
 - C) Un programma di grafica

6. In Excel, una "funzione" è:

- A) Un comando che ci permette di stampare
- B) Un comando che ci permette di creare un grafico
- C) Un algoritmo di calcolo preconstituito che ci permette di elaborare un calcolo complesso sui dati contenuti nelle celle

7. Cosa vuol dire selezionare una parola di un documento Word?

- A) Vuol dire rendere invisibile una parola del documento
- B) Vuol dire evidenziare una parola rispetto alle altre del resto del documento in modo che appaia in bianco su sfondo nero
- C) Vuol dire cancellare una parola

8. Nei più diffusi programmi di videoscrittura la funzione "controllo ortografico":

- A) Consente di evidenziare gli eventuali errori di ortografia, proponendo le possibili alternative
- B) Consente di avere un rapporto riepilogativo degli errori riscontrati
- C) Consente di correggere automaticamente gli errori di digitazione

9. In informatica, a cosa serve il comando "Salva"?

- A) Serve a salvare il documento che si sta elaborando utilizzando il nome corrente del file
- B) Serve a creare una copia di salvataggio di Windows
- C) Serve ad aprire la guida

10. Perché è importante aggiornare un programma anti-virus regolarmente?

- A) Per soddisfare i requisiti di licenza
- B) Per ridurre il numero di volte necessario per eseguire la scansione del sistema
- C) Per assicurare un buon livello di protezione contro nuovi virus

11. In Windows, è possibile visualizzare l'avanzamento di un processo di stampa?

- A) Sì
- B) Sì, solo se deve essere annullato il processo di stampa
- C) No

12. In una cella di un foglio di lavoro di Excel, il risultato di una formula:

- A) Non viene visualizzato finché non si salva il file
- B) Una volta elaborato, viene considerato una costante
- C) Può essere soggetto a variazioni se viene modificata la formula

13. In un laptop, quali delle seguenti sono unità periferiche?

- A) Solo il mouse e la tastiera
- B) Il video, il mouse, la tastiera
- C) Solo il mouse

f h or fl

14. Su una tastiera estesa per PC, il tasto denominato "Caps Lock" ha la funzione di:

- A) Far sì che le lettere siano riprodotte in maiuscolo
- B) Bloccare la tastiera in modo che non possa essere utilizzata da estranei
- C) Simulare la continua pressione del tasto "Shift" (Maiuscolo) per tutti i tasti della tastiera

15. Il mouse è un dispositivo di:

- A) Visualizzazione di dati
- B) Puntamento e selezione
- C) Immissione di dati

16. Nelle formule Excel, quale fra quelli elencati è l'operatore aritmetico della moltiplicazione?

- A) *
- B) X
- C) :

17. Quale di questi modi di cestinare un file o un oggetto è errato?

- A) Selezionare l'oggetto con il tasto destro del mouse e nel menu che appare fare clic sulla voce Elimina
- B) Selezionare l'oggetto e premere il tasto Canc
- C) Fare doppio clic sull'oggetto o file

18. Utilizzando Word è possibile cambiare il colore del testo?

- A) Sì, sempre
- B) No, mai
- C) Sì, ma solo una volta

19. Qual è l'utilizzo dello Screen saver?

- A) Ridurre il deterioramento del monitor nei periodi di accensione del computer senza utilizzo dello stesso da parte dell'operatore
- B) Definire i guasti inerenti allo schermo
- C) Posizionare in modo ordinato le finestre nel desktop

20. La risoluzione di uno schermo video si misura in:

- A) Pixel
- B) MIPS
- C) Mhertz

21. Un browser è:

- A) Un programma che consente la navigazione in Internet
- B) Un programma per l'utilizzo della posta elettronica
- C) Un motore di ricerca

22. Dal menu del tasto destro di un file, dove si deve fare clic per rinominarlo?

- A) Proprietà
- B) Rinomina
- C) Nome

Colloquio lingua inglese 26 maggio 2025 – Convocazione ore 9.00

Tratte da: **World Health Organization** recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience – **2018**

1. Respectful maternity care – which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth – is recommended.
2. Provision of respectful maternity care (RMC) is in accordance with a human rights-based approach to reducing maternal morbidity and mortality. RMC could improve women's experience of labour and childbirth and address health inequalities.
3. There is limited evidence on the effectiveness of interventions to promote RMC or to reduce mistreatment of women during labour and childbirth. Given the complex drivers of mistreatment during facility-based childbirth, reducing mistreatment and improving women's experience of care requires interventions at the interpersonal level between a woman and her health care providers, as well as at the level of the health care facility and the health system.
4. Effective communication and engagement among health care providers, health service managers, women and representatives of women's groups and women's rights movements is essential to ensure that care is responsive to women's needs and preferences in all contexts and settings.
5. Interventions should aim to ensure a respectful and dignified working environment for those providing care, acknowledging that staff may also experience disrespect and abuse in the workplace and/or violence at home or in the community.
6. In the absence of a standardized definition of "effective communication", the GDG agreed that effective communication between maternity care staff and women during labour and childbirth should include the following, as a minimum. Introducing themselves to the woman and her companion and addressing the woman by her name;
7. Offering the woman and her family the information they need in a clear and concise manner (in the language spoken by the woman and her family), avoiding medical jargon, and using pictorial and graphic materials when needed to communicate processes or procedures; Respecting and responding to the woman's needs, preferences and questions with a positive attitude;
8. Supporting the woman's emotional needs with empathy and compassion, through encouragement, praise, reassurance and active listening; Supporting the woman to understand that she has a choice, and ensuring that her choices are supported;
9. Ensuring that procedures are explained to the woman, and that verbal and, when appropriate, written informed consent for pelvic examinations and other procedures is obtained from the woman;
10. Encouraging the woman to express her needs and preferences, and regularly updating her and her family about what is happening, and asking if they have any questions; Ensuring that privacy and confidentiality is maintained at all times; Ensuring that the woman is aware of available mechanisms for addressing complaints;

[Digitare qui]

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

11. The companion in this context can be any person chosen by the woman to provide her with continuous support during labour and childbirth. This may be someone from the woman's family or social network, such as her spouse/partner, a female friend or relative, a community member (such as a female community leader, health worker or traditional birth attendant) or a doula (i.e. a woman who has been trained in labour support but is not part of the health care facility's professional staff).
12. The GDG discussed the issues of privacy, cultural preferences and resource use, which are often raised as barriers to implementing this intervention, and agreed that simple measures to allow female relatives to accompany women during labour could be used as cost-effective and culturally sensitive ways to address these concerns. If labour companionship is implemented in settings where labour wards have more than one bed per room, care should be taken to ensure that all women have their privacy and confidentiality maintained (e.g. by consistent use of dividers/curtains).
13. The GDG noted that countries and policy-makers are often reluctant to implement this intervention in clinical practice in spite of the supporting evidence, which has been available for many years, even though the intervention is routinely applied in private facilities. The group agreed that extra efforts are needed to encourage potential implementers at various levels of health care delivery to implement this intervention.
14. Finding a companion of choice to support labour might not be easy for marginalized or vulnerable women, or if women live far from health care facilities, or if the companion requires payment. Health care facilities need to take this into account and consider steps to ensure that support is always available for all women during labour.
15. A number of WHO guidelines recommend continuous companionship during labour and childbirth, including WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting (34), WHO recommendations for augmentation of labour (46) and WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health (47).
16. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes. (*Context-specific recommendation*)
17. This recommendation has been integrated from the WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (35). Midwife-led continuity-of-care (MLCC) models are models of care in which a known and trusted midwife (case-load midwifery), or small group of known midwives (team midwifery), supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal period, to facilitate a healthy pregnancy and childbirth, and healthy parenting practices.
18. MLCC models are complex interventions and it is unclear whether the pathway of influence that can produce these positive outcomes is the continuity of care, the midwifery philosophy of care or both. The midwifery philosophy inherent in MLCC models might or might not be enacted in standard midwife practice in other models of care. Policy-makers in settings without well functioning midwife programmes should consider implementing this model only after successfully scaling up the number (and improving the quality) of practising midwives. In addition, stakeholders might wish to consider

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

ways of providing continuous care through providers other than midwives, because women value continuity of care.

19. The panel noted that with this model of care it is important to monitor resource use, and provider burnout and workload, to determine whether caseload or team care models are more sustainable in individual settings.
20. MLCC requires that well trained midwives are available in sufficient numbers for each woman to see one or only a small group of midwives throughout her pregnancy and during childbirth. This model may therefore require a shift in resources to ensure that the health system has access to a sufficient number of midwives with reasonable caseloads.
21. The introduction of MLCC may lead to a shift in the roles and responsibilities of midwives as well as other health care professionals who have previously been responsible for antenatal and postnatal care. Where this is the case, implementation is likely to be more effective if all relevant stakeholders are consulted and human resources departments are involved. In some settings, government-level consultation with professional organizations could also aid the implementation process.
22. The need for additional one-off or continuing training and education should be assessed, and any necessary training should be provided.

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

Domande orale 26 maggio 2025 – Convocazione ore 14.00

1. Descrivere lo scopo dell'ecografia del II trimestre
2. Descrivere la sintomatologia e il trattamento dell'endometriosi
3. Descrivere le indicazioni all'episiotomia
4. Descrivere il management della preeclampsia
5. Descrivere brevemente le tipologie di Test di screening prenatale
6. Elencare le indicazioni al parto vaginale operativo
7. Descrivere la prima manovra di Leopold
8. Descrivere le caratteristiche del colostro
9. Descrivere quali sono le modificazioni della cervice uterina durante il travaglio
10. Descrivere il modello di assistenza One to One
11. Descrivere la valutazione del benessere fetale durante la gravidanza e durante il travaglio
12. Descrivere la composizione del latte materno
13. Descrivere il ruolo dell'ostetrica nella riabilitazione del pavimento pelvico
14. Descrivere lo screening per il tumore del collo dell'utero
15. Descrivere l'assistenza alla donna con diagnosi di aborto spontaneo completo
16. Descrivere quali sono le raccomandazioni delle LG "Taglio cesareo consapevole" in merito al parto dopo pregresso taglio cesareo
17. Esporre le caratteristiche principali dei 10 passi dell'OMS
18. Descrivere l'assistenza alla donna che richiede l'interruzione di gravidanza farmacologica
19. Elencare gli obiettivi del primo bilancio di salute in gravidanza effettuato dall'ostetrica
20. Esporre le finalità delle domande di Whooley
21. Descrivere il modello assistenziale del rooming in
22. Descrivere le caratteristiche di una dimissione precoce e protetta

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI OSTETRICA – AREA DEI
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI A TEMPO INDETERMINATO**

Accertamento conoscenza informatica. Lista quesiti

Sessione del 26.05.2025 ore 14:00

1. Qual è la combinazione di tasti che attiva il comando "Copia" in Word?
 - A) CTRL + Z
 - B) ALT + H
 - C) CTRL + C
2. Per copia di backup si intende:
 - A) Una copia di comodo
 - B) Una copia di sicurezza
 - C) Una copia di utilità
3. Quale comando accessibile attraverso il menù FILE, consente di salvare un documento di Word con un nuovo nome?
 - A) Il comando SALVA
 - B) Il comando SALVA CON NOME
 - C) Il comando IMPOSTA PAGINA
4. In Office 2024, come è possibile identificare un file di Word per la sua icona?
 - A) L'icona è di colore arancione con una P
 - B) L'icona è blu con una W
 - C) L'icona è verde con una X
5. Come viene definita la stampante su cui viene mandato direttamente in stampa un documento?
 - A) Stampante preferita
 - B) Stampante predefinita
 - C) Stampante principale
6. Quale combinazione di tasti può essere utilizzato per incollare un file?
 - A) CTRL + U
 - B) CTRL + V
 - C) CTRL + C

R * 101 12

7. Che cos'è Microsoft Outlook?

- A) È il componente di Office dedicato alla gestione di operazioni di foglio di calcolo
- B) È il componente di Office dedicato alla gestione di Informazioni personali (E-mail, Contatti, Calendario, Attività)
- C) È il componente di Office dedicato alla gestione di presentazioni multimediali

8. Cosa identifica l'estensione "MP3" dei file?

- A) Files di stampa per stampante di tipo Multi-Printer
- B) Files musicali compressi nel formato MP3
- C) Files "Markup-Protocol 3" per accedere alla navigazione in Internet

9. In Excel si possono creare documenti con diversi tipi di carattere?

- A) No, in Excel si può usare un solo tipo di carattere
- B) Sì, basta scegliere il carattere da usare nell'apposita sezione presente nella barra degli strumenti di formattazione
- C) Sì, in Excel si possono usare diversi tipi di carattere ma solo per i documenti in lingua italiana

10. Quale dei seguenti comandi permette di salvare e assegnare un nome differente al documento che si sta modificando?

- A) Modifica | Salva con nome
- B) File | Salva
- C) File | Salva con nome

11. In Excel, è possibile proteggere la cartella di lavoro con una password?

- A) Sì, in ogni caso
- B) No, in nessun caso
- C) Sì, solo se la cartella è composta da almeno 10 fogli di lavoro

12. Che cosa si intende con il termine login?

- A) Caricamento
- B) Procedura di ingresso
- C) Salvataggio

13. Che tipo di file è possibile allegare ad un messaggio di posta elettronica?

- A) Solo file di tipo grafico
- B) Non è possibile allegare file ad un messaggio di posta elettronica
- C) Qualsiasi tipo di file

14. Il nome di un file di Windows può contenere degli spazi?

- A) Sì, in ogni caso
- B) Sì, ma non tra il nome e l'estensione del file
- C) No, mai

R f 10/10

15. In Windows cosa indica il termine "cartella"?
- A) Un elemento fisico del computer
 - B) Un "contenitore" di file
 - C) Un collegamento ad un'altra utenza
16. Un sistema operativo è:
- A) Indispensabile per utilizzare un computer
 - B) Utile esclusivamente per la videoscrittura
 - C) Utile, ma non indispensabile per utilizzare un computer
17. Cosa si deve conoscere, del destinatario, per inviargli un messaggio di posta elettronica?
- A) L'indirizzo del suo Provider
 - B) L'indirizzo Internet
 - C) L'indirizzo E-Mail
18. A cosa servono le barre di scorrimento orizzontale e verticale di una finestra?
- A) Permettono di scorrere e visualizzare filmati video
 - B) Permettono di ingrandire e ridurre una finestra
 - C) Permettono di scorrere e visualizzare parti nascoste della finestra
19. Cosa si intende per impostazioni di default?
- A) Particolari impostazioni delle schede di rete
 - B) Le impostazioni di partenza di un pc o di un software
 - C) Le impostazioni per la segnalazione degli errori
20. In allegato ad una e-mail si può inviare:
- A) Qualsiasi tipo di file
 - B) Solo file di tipo documento
 - C) Solo file di tipo immagine
21. Per stampare su carta un file con estensione .doc è necessario:
- A) Avere installato un driver di stampa di tipo Postscript
 - B) Avere una stampante installata nella cartella delle stampanti
 - C) Salvare il file documento su disco
22. In Internet l'indirizzo di posta elettronica prevede:
- A) Il numero dell'utente ed il numero del sito che ospita la casella elettronica
 - B) Il numero dell'utente ed il nome simbolico del sito che ospita la casella elettronica
 - C) Il nome simbolico dell'utente ed il nome simbolico del sito che ospita la casella elettronica

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO**Colloquio lingua inglese 26 maggio 2025 – Convocazione ore 14.00**

Tratte da: **World Health Organization** recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience – **2018**

1. The latent first stage is a period of time characterized by painful uterine contractions and variable changes of the cervix, including some degree of effacement and slower progression of dilatation up to 5 cm for first and subsequent labours.
2. The active first stage is a period of time characterized by regular painful uterine contractions, a substantial degree of cervical effacement and more rapid cervical dilatation from 5 cm until full dilatation for first and subsequent labours.
3. Women should be informed that a standard duration of the latent first stage has not been established and can vary widely from one woman to another. However, the duration of active first stage (from 5 cm until full cervical dilatation) usually does not extend beyond 12 hours in first labours, and usually does not extend beyond 10 hours in subsequent labours.
4. The GDG acknowledges the very low certainty of evidence on the duration of the latent phase of the first stage of labour, resulting in part from the difficulty in ascertaining the actual onset of labour, and chose not to establish a standardized duration for the latent first stage for the purpose of decision- making during labour.
5. The expected duration of the active phase of the first stage of labour depends on the reference threshold used for its onset. The established boundaries for the active first stage were rounded 95th percentile values from evidence on the duration of the progress of cervical dilatation from 5 cm to 10 cm.
6. The median duration of active first stage is 4 hours in first labours and 3 hours in second and subsequent labours, when the reference starting point is 5 cm cervical dilatation. The GDG emphasized that the decision to intervene when the first stage of labour appears to be prolonged must not be taken on the basis of duration alone.
7. Health care professionals should support pregnant women with spontaneous labour onset to experience labour and childbirth according to each individual woman's natural reproductive process without interventions to shorten the duration of labour, provided the condition of the mother and baby is reassuring, there is progressive cervical dilatation, and the expected duration of labour is within the recommended limits.
8. For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.
9. The GDG acknowledged that in hospital settings the use of the alert line and attempts to maintain cervical dilatation progression of 1 cm/hour lead to unnecessary interventions due to the perception that labour progress is pathologically slow.
10. While the GDG agreed to recommend not using the 1-cm/hour threshold and the alert line for assessing satisfactory cervical dilatation progress, the group identified the development and selection of an appropriate tool for monitoring labour progression (especially cervical dilatation patterns) as a research priority.

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

11. Women with suspected slow labour progress should be carefully evaluated to exclude developing complications (e.g. cephalo-pelvic disproportion) and to determine whether their emotional, psychological and physical needs in labour are being met.
12. The preset lines on the cervicograph are only one element of the existing WHO partograph. Health care professionals should continue to plot cervical dilatation versus time on the cervicograph as well as other partograph parameters (including fetal heart rate, caput succedaneum, moulding, status of amniotic fluid, fetal descent, maternal temperature, blood pressure and urinary output) to monitor the well-being of the woman and her baby and identify risks for adverse birth outcomes.
13. In health care facilities where interventions such as augmentation and caesarean section cannot be performed and where referral-level facilities are difficult to reach, the alert line could still be used for triaging women who may require additional care. In this instance, plotting should commence from a cervical dilatation of 5 cm, which signifies the onset of active first stage of labour for most women.
14. A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage of labour is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be an indication for obstetric intervention.
15. Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.
16. Evidence shows important variations in the distribution of cervical dilatation patterns among women without risk factors for complications, with many women experiencing progression slower than 1 cm/hour for the most part of their labours and yet still achieving vaginal birth with normal birth outcomes.
17. Although this guidance offers health care professionals a benchmark against which to evaluate women in labour, it does not imply that labour facilitated accordingly cannot result in adverse outcomes. Other known and unknown variables can contribute to adverse outcomes.
18. Before considering any medical interventions, women with suspected delay in labour progression should be carefully evaluated to exclude developing complications (e.g. cephalo-pelvic disproportion) and to determine whether their emotional, psychological and physical needs in labour are being met.
19. Until further evidence becomes available, a woman presenting to facilities in labour should be admitted and supported appropriately, even when in early labour, unless her preference is to await active labour at home.
20. The GDG made this a "research-context" recommendation as it was concerned that the limited evidence on effects applies to active first stage of labour with onset defined by a cervical dilatation of 4 cm or less, and not to active first stage with onset defined by a cervical dilatation of 5 cm or more, as recommended in this guideline. The group noted this as a research priority.
21. Facilities currently applying a policy of delaying labour ward admission should consider implementing this research-context recommendation in the light of the revised definition of the onset of active labour.
22. Facility reorganization strategies, such as on-site midwife-led birthing units (OMBUs) and alongside midwifery units (AMUs), could be considered to meet the needs of women in early labour, instead of a policy of delaying labour ward admission.

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

Domande orale 26 maggio 2025 – Convocazione ore 9.00

1. Esporre le modalità di counselling ostetrico di diagnosi prenatale per accompagnare le donne a una scelta consapevole
2. Descrivere la gestione clinica della gravidanza protratta
3. Descrivere l'assistenza ostetrica durante il terzo stadio del travaglio
4. Elencare quali azioni devono essere in atto per il mantenimento fisiologico di un travaglio
5. Indicare quali sono le posizioni che l'ostetrica può suggerire in caso di posizioni posteriori dell'occipite
6. Descrivere l'utilizzo del partogramma come modello di assistenza intrapartale integrata
7. Descrivere l'assistenza ostetrica durante il primo stadio del travaglio
8. Descrivere gli elementi anamnestici da attenzionare per la prevenzione del disagio psichico perinatale
9. Descrivere la classificazione dell'emorragia post partum
10. Descrivere i passi della rianimazione neonatale
11. Descrivere la gestione ostetrica del rivolgimento per manovre esterne
12. Descrivere le modificazioni che avvengono nella donna in puerperio
13. Descrivere cosa si intende per counselling ostetrico
14. Descrivere la presa in carico di una donna con morte endouterina fetale
15. Descrivere l'assistenza ad una donna con una lacerazione perineale
16. Descrivere l'assistenza al prolasso di funicolo in relazione alle diverse età gestazionali
17. Descrivere il significato della misurazione fondo-sinfisi
18. Descrivere il ruolo dell'ostetrica nel counselling contraccettivo
19. Descrivere i segni di attacco corretto del neonato al seno
20. Descrivere la seconda manovra di Leopold
21. Descrivere l'assistenza ostetrica in occasione dell'applicazione della ventosa
22. Descrivere l'assistenza alla donna con diagnosi di aborto spontaneo incompleto

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI OSTETRICA – AREA DEI
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI A TEMPO INDETERMINATO**

Accertamento conoscenza informatica. Lista quesiti

Sessione del 26.05.2025 ore 09:00

1. Se si accende un PC, ma non il monitor:
 - A) Il PC emette un suono intermittente fino a quando l'utente non accende il monitor
 - B) Il PC si blocca ed è necessario riavviare
 - C) Il PC può completare l'avviamento

2. In Windows, la ricerca di un file in base a quali delle seguenti caratteristiche non può essere effettuata?
 - A) Alle immagini in esso contenute
 - B) Alla dimensione
 - C) Al nome

3. Nei più diffusi programmi di videoscrittura è possibile modificare i margini di un documento?
 - A) Sì, attivando l'opzione di impostazione di pagina
 - B) Sì, modificando il carattere
 - C) No, i margini sono fissi, pertanto imm modificabili

4. In Word, quando è possibile salvare un documento?
 - A) Solo a documento finito
 - B) Solo a fine giornata
 - C) In ogni momento

5. Cos'è il pacchetto Office?
 - A) Un programma specifico di gestione contabilità
 - B) Un prodotto software di produttività aziendale composto da un insieme di programmi specifici
 - C) Un programma di grafica

6. In Excel, una "funzione" è:

- A) Un comando che ci permette di stampare
- B) Un comando che ci permette di creare un grafico
- C) Un algoritmo di calcolo preconstituito che ci permette di elaborare un calcolo complesso sui dati contenuti nelle celle

7. Cosa vuol dire selezionare una parola di un documento Word?

- A) Vuol dire rendere invisibile una parola del documento
- B) Vuol dire evidenziare una parola rispetto alle altre del resto del documento in modo che appaia in bianco su sfondo nero
- C) Vuol dire cancellare una parola

8. Nei più diffusi programmi di videoscrittura la funzione "controllo ortografico":

- A) Consente di evidenziare gli eventuali errori di ortografia, proponendo le possibili alternative
- B) Consente di avere un rapporto riepilogativo degli errori riscontrati
- C) Consente di correggere automaticamente gli errori di digitazione

9. In informatica, a cosa serve il comando "Salva"?

- A) Serve a salvare il documento che si sta elaborando utilizzando il nome corrente del file
- B) Serve a creare una copia di salvataggio di Windows
- C) Serve ad aprire la guida

10. Perché è importante aggiornare un programma anti-virus regolarmente?

- A) Per soddisfare i requisiti di licenza
- B) Per ridurre il numero di volte necessario per eseguire la scansione del sistema
- C) Per assicurare un buon livello di protezione contro nuovi virus

11. In Windows, è possibile visualizzare l'avanzamento di un processo di stampa?

- A) Sì
- B) Sì, solo se deve essere annullato il processo di stampa
- C) No

12. In una cella di un foglio di lavoro di Excel, il risultato di una formula:

- A) Non viene visualizzato finché non si salva il file
- B) Una volta elaborato, viene considerato una costante
- C) Può essere soggetto a variazioni se viene modificata la formula

13. In un laptop, quali delle seguenti sono unità periferiche?

- A) Solo il mouse e la tastiera
- B) Il video, il mouse, la tastiera
- C) Solo il mouse

f h or fl

14. Su una tastiera estesa per PC, il tasto denominato "Caps Lock" ha la funzione di:

- A) Far sì che le lettere siano riprodotte in maiuscolo
- B) Bloccare la tastiera in modo che non possa essere utilizzata da estranei
- C) Simulare la continua pressione del tasto "Shift" (Maiuscolo) per tutti i tasti della tastiera

15. Il mouse è un dispositivo di:

- A) Visualizzazione di dati
- B) Puntamento e selezione
- C) Immissione di dati

16. Nelle formule Excel, quale fra quelli elencati è l'operatore aritmetico della moltiplicazione?

- A) *
- B) X
- C) :

17. Quale di questi modi di cestinare un file o un oggetto è errato?

- A) Selezionare l'oggetto con il tasto destro del mouse e nel menu che appare fare clic sulla voce Elimina
- B) Selezionare l'oggetto e premere il tasto Canc
- C) Fare doppio clic sull'oggetto o file

18. Utilizzando Word è possibile cambiare il colore del testo?

- A) Sì, sempre
- B) No, mai
- C) Sì, ma solo una volta

19. Qual è l'utilizzo dello Screen saver?

- A) Ridurre il deterioramento del monitor nei periodi di accensione del computer senza utilizzo dello stesso da parte dell'operatore
- B) Definire i guasti inerenti allo schermo
- C) Posizionare in modo ordinato le finestre nel desktop

20. La risoluzione di uno schermo video si misura in:

- A) Pixel
- B) MIPS
- C) Mhertz

21. Un browser è:

- A) Un programma che consente la navigazione in Internet
- B) Un programma per l'utilizzo della posta elettronica
- C) Un motore di ricerca

22. Dal menu del tasto destro di un file, dove si deve fare clic per rinominarlo?

- A) Proprietà
- B) Rinomina
- C) Nome

Colloquio lingua inglese 26 maggio 2025 – Convocazione ore 9.00

Tratte da: **World Health Organization** recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience – **2018**

1. Respectful maternity care – which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth – is recommended.
2. Provision of respectful maternity care (RMC) is in accordance with a human rights-based approach to reducing maternal morbidity and mortality. RMC could improve women's experience of labour and childbirth and address health inequalities.
3. There is limited evidence on the effectiveness of interventions to promote RMC or to reduce mistreatment of women during labour and childbirth. Given the complex drivers of mistreatment during facility-based childbirth, reducing mistreatment and improving women's experience of care requires interventions at the interpersonal level between a woman and her health care providers, as well as at the level of the health care facility and the health system.
4. Effective communication and engagement among health care providers, health service managers, women and representatives of women's groups and women's rights movements is essential to ensure that care is responsive to women's needs and preferences in all contexts and settings.
5. Interventions should aim to ensure a respectful and dignified working environment for those providing care, acknowledging that staff may also experience disrespect and abuse in the workplace and/or violence at home or in the community.
6. In the absence of a standardized definition of "effective communication", the GDG agreed that effective communication between maternity care staff and women during labour and childbirth should include the following, as a minimum. Introducing themselves to the woman and her companion and addressing the woman by her name;
7. Offering the woman and her family the information they need in a clear and concise manner (in the language spoken by the woman and her family), avoiding medical jargon, and using pictorial and graphic materials when needed to communicate processes or procedures; Respecting and responding to the woman's needs, preferences and questions with a positive attitude;
8. Supporting the woman's emotional needs with empathy and compassion, through encouragement, praise, reassurance and active listening; Supporting the woman to understand that she has a choice, and ensuring that her choices are supported;
9. Ensuring that procedures are explained to the woman, and that verbal and, when appropriate, written informed consent for pelvic examinations and other procedures is obtained from the woman;
10. Encouraging the woman to express her needs and preferences, and regularly updating her and her family about what is happening, and asking if they have any questions; Ensuring that privacy and confidentiality is maintained at all times; Ensuring that the woman is aware of available mechanisms for addressing complaints;

[Digitare qui]

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

11. The companion in this context can be any person chosen by the woman to provide her with continuous support during labour and childbirth. This may be someone from the woman's family or social network, such as her spouse/partner, a female friend or relative, a community member (such as a female community leader, health worker or traditional birth attendant) or a doula (i.e. a woman who has been trained in labour support but is not part of the health care facility's professional staff).
12. The GDG discussed the issues of privacy, cultural preferences and resource use, which are often raised as barriers to implementing this intervention, and agreed that simple measures to allow female relatives to accompany women during labour could be used as cost-effective and culturally sensitive ways to address these concerns. If labour companionship is implemented in settings where labour wards have more than one bed per room, care should be taken to ensure that all women have their privacy and confidentiality maintained (e.g. by consistent use of dividers/curtains).
13. The GDG noted that countries and policy-makers are often reluctant to implement this intervention in clinical practice in spite of the supporting evidence, which has been available for many years, even though the intervention is routinely applied in private facilities. The group agreed that extra efforts are needed to encourage potential implementers at various levels of health care delivery to implement this intervention.
14. Finding a companion of choice to support labour might not be easy for marginalized or vulnerable women, or if women live far from health care facilities, or if the companion requires payment. Health care facilities need to take this into account and consider steps to ensure that support is always available for all women during labour.
15. A number of WHO guidelines recommend continuous companionship during labour and childbirth, including WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting (34), WHO recommendations for augmentation of labour (46) and WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health (47).
16. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes. (*Context-specific recommendation*)
17. This recommendation has been integrated from the WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (35). Midwife-led continuity-of-care (MLCC) models are models of care in which a known and trusted midwife (case-load midwifery), or small group of known midwives (team midwifery), supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal period, to facilitate a healthy pregnancy and childbirth, and healthy parenting practices.
18. MLCC models are complex interventions and it is unclear whether the pathway of influence that can produce these positive outcomes is the continuity of care, the midwifery philosophy of care or both. The midwifery philosophy inherent in MLCC models might or might not be enacted in standard midwife practice in other models of care. Policy-makers in settings without well functioning midwife programmes should consider implementing this model only after successfully scaling up the number (and improving the quality) of practising midwives. In addition, stakeholders might wish to consider

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

ways of providing continuous care through providers other than midwives, because women value continuity of care.

19. The panel noted that with this model of care it is important to monitor resource use, and provider burnout and workload, to determine whether caseload or team care models are more sustainable in individual settings.
20. MLCC requires that well trained midwives are available in sufficient numbers for each woman to see one or only a small group of midwives throughout her pregnancy and during childbirth. This model may therefore require a shift in resources to ensure that the health system has access to a sufficient number of midwives with reasonable caseloads.
21. The introduction of MLCC may lead to a shift in the roles and responsibilities of midwives as well as other health care professionals who have previously been responsible for antenatal and postnatal care. Where this is the case, implementation is likely to be more effective if all relevant stakeholders are consulted and human resources departments are involved. In some settings, government-level consultation with professional organizations could also aid the implementation process.
22. The need for additional one-off or continuing training and education should be assessed, and any necessary training should be provided.

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

Domande orale 26 maggio 2025 – Convocazione ore 14.00

1. Descrivere lo scopo dell'ecografia del II trimestre
2. Descrivere la sintomatologia e il trattamento dell'endometriosi
3. Descrivere le indicazioni all'episiotomia
4. Descrivere il management della preeclampsia
5. Descrivere brevemente le tipologie di Test di screening prenatale
6. Elencare le indicazioni al parto vaginale operativo
7. Descrivere la prima manovra di Leopold
8. Descrivere le caratteristiche del colostro
9. Descrivere quali sono le modificazioni della cervice uterina durante il travaglio
10. Descrivere il modello di assistenza One to One
11. Descrivere la valutazione del benessere fetale durante la gravidanza e durante il travaglio
12. Descrivere la composizione del latte materno
13. Descrivere il ruolo dell'ostetrica nella riabilitazione del pavimento pelvico
14. Descrivere lo screening per il tumore del collo dell'utero
15. Descrivere l'assistenza alla donna con diagnosi di aborto spontaneo completo
16. Descrivere quali sono le raccomandazioni delle LG "Taglio cesareo consapevole" in merito al parto dopo pregresso taglio cesareo
17. Esporre le caratteristiche principali dei 10 passi dell'OMS
18. Descrivere l'assistenza alla donna che richiede l'interruzione di gravidanza farmacologica
19. Elencare gli obiettivi del primo bilancio di salute in gravidanza effettuato dall'ostetrica
20. Esporre le finalità delle domande di Whooley
21. Descrivere il modello assistenziale del rooming in
22. Descrivere le caratteristiche di una dimissione precoce e protetta

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI OSTETRICA – AREA DEI
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI A TEMPO INDETERMINATO**

Accertamento conoscenza informatica. Lista quesiti

Sessione del 26.05.2025 ore 14:00

1. Qual è la combinazione di tasti che attiva il comando "Copia" in Word?
 - A) CTRL + Z
 - B) ALT + H
 - C) CTRL + C

2. Per copia di backup si intende:
 - A) Una copia di comodo
 - B) Una copia di sicurezza
 - C) Una copia di utilità

3. Quale comando accessibile attraverso il menù FILE, consente di salvare un documento di Word con un nuovo nome?
 - A) Il comando SALVA
 - B) Il comando SALVA CON NOME
 - C) Il comando IMPOSTA PAGINA

4. In Office 2024, come è possibile identificare un file di Word per la sua icona?
 - A) L'icona è di colore arancione con una P
 - B) L'icona è blu con una W
 - C) L'icona è verde con una X

5. Come viene definita la stampante su cui viene mandato direttamente in stampa un documento?
 - A) Stampante preferita
 - B) Stampante predefinita
 - C) Stampante principale

6. Quale combinazione di tasti può essere utilizzato per incollare un file?
 - A) CTRL + U
 - B) CTRL + V
 - C) CTRL + C

R * 101 12

7. Che cos'è Microsoft Outlook?

- A) È il componente di Office dedicato alla gestione di operazioni di foglio di calcolo
- B) È il componente di Office dedicato alla gestione di Informazioni personali (E-mail, Contatti, Calendario, Attività)
- C) È il componente di Office dedicato alla gestione di presentazioni multimediali

8. Cosa identifica l'estensione "MP3" dei file?

- A) Files di stampa per stampante di tipo Multi-Printer
- B) Files musicali compressi nel formato MP3
- C) Files "Markup-Protocol 3" per accedere alla navigazione in Internet

9. In Excel si possono creare documenti con diversi tipi di carattere?

- A) No, in Excel si può usare un solo tipo di carattere
- B) Sì, basta scegliere il carattere da usare nell'apposita sezione presente nella barra degli strumenti di formattazione
- C) Sì, in Excel si possono usare diversi tipi di carattere ma solo per i documenti in lingua italiana

10. Quale dei seguenti comandi permette di salvare e assegnare un nome differente al documento che si sta modificando?

- A) Modifica | Salva con nome
- B) File | Salva
- C) File | Salva con nome

11. In Excel, è possibile proteggere la cartella di lavoro con una password?

- A) Sì, in ogni caso
- B) No, in nessun caso
- C) Sì, solo se la cartella è composta da almeno 10 fogli di lavoro

12. Che cosa si intende con il termine login?

- A) Caricamento
- B) Procedura di ingresso
- C) Salvataggio

13. Che tipo di file è possibile allegare ad un messaggio di posta elettronica?

- A) Solo file di tipo grafico
- B) Non è possibile allegare file ad un messaggio di posta elettronica
- C) Qualsiasi tipo di file

14. Il nome di un file di Windows può contenere degli spazi?

- A) Sì, in ogni caso
- B) Sì, ma non tra il nome e l'estensione del file
- C) No, mai

R f 10/10

15. In Windows cosa indica il termine "cartella"?
- A) Un elemento fisico del computer
 - B) Un "contenitore" di file
 - C) Un collegamento ad un'altra utenza
16. Un sistema operativo è:
- A) Indispensabile per utilizzare un computer
 - B) Utile esclusivamente per la videoscrittura
 - C) Utile, ma non indispensabile per utilizzare un computer
17. Cosa si deve conoscere, del destinatario, per inviargli un messaggio di posta elettronica?
- A) L'indirizzo del suo Provider
 - B) L'indirizzo Internet
 - C) L'indirizzo E-Mail
18. A cosa servono le barre di scorrimento orizzontale e verticale di una finestra?
- A) Permettono di scorrere e visualizzare filmati video
 - B) Permettono di ingrandire e ridurre una finestra
 - C) Permettono di scorrere e visualizzare parti nascoste della finestra
19. Cosa si intende per impostazioni di default?
- A) Particolari impostazioni delle schede di rete
 - B) Le impostazioni di partenza di un pc o di un software
 - C) Le impostazioni per la segnalazione degli errori
20. In allegato ad una e-mail si può inviare:
- A) Qualsiasi tipo di file
 - B) Solo file di tipo documento
 - C) Solo file di tipo immagine
21. Per stampare su carta un file con estensione .doc è necessario:
- A) Avere installato un driver di stampa di tipo Postscript
 - B) Avere una stampante installata nella cartella delle stampanti
 - C) Salvare il file documento su disco
22. In Internet l'indirizzo di posta elettronica prevede:
- A) Il numero dell'utente ed il numero del sito che ospita la casella elettronica
 - B) Il numero dell'utente ed il nome simbolico del sito che ospita la casella elettronica
 - C) Il nome simbolico dell'utente ed il nome simbolico del sito che ospita la casella elettronica

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO**Colloquio lingua inglese 26 maggio 2025 – Convocazione ore 14.00**

Tratte da: **World Health Organization** recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience – **2018**

1. The latent first stage is a period of time characterized by painful uterine contractions and variable changes of the cervix, including some degree of effacement and slower progression of dilatation up to 5 cm for first and subsequent labours.
2. The active first stage is a period of time characterized by regular painful uterine contractions, a substantial degree of cervical effacement and more rapid cervical dilatation from 5 cm until full dilatation for first and subsequent labours.
3. Women should be informed that a standard duration of the latent first stage has not been established and can vary widely from one woman to another. However, the duration of active first stage (from 5 cm until full cervical dilatation) usually does not extend beyond 12 hours in first labours, and usually does not extend beyond 10 hours in subsequent labours.
4. The GDG acknowledges the very low certainty of evidence on the duration of the latent phase of the first stage of labour, resulting in part from the difficulty in ascertaining the actual onset of labour, and chose not to establish a standardized duration for the latent first stage for the purpose of decision- making during labour.
5. The expected duration of the active phase of the first stage of labour depends on the reference threshold used for its onset. The established boundaries for the active first stage were rounded 95th percentile values from evidence on the duration of the progress of cervical dilatation from 5 cm to 10 cm.
6. The median duration of active first stage is 4 hours in first labours and 3 hours in second and subsequent labours, when the reference starting point is 5 cm cervical dilatation. The GDG emphasized that the decision to intervene when the first stage of labour appears to be prolonged must not be taken on the basis of duration alone.
7. Health care professionals should support pregnant women with spontaneous labour onset to experience labour and childbirth according to each individual woman's natural reproductive process without interventions to shorten the duration of labour, provided the condition of the mother and baby is reassuring, there is progressive cervical dilatation, and the expected duration of labour is within the recommended limits.
8. For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.
9. The GDG acknowledged that in hospital settings the use of the alert line and attempts to maintain cervical dilatation progression of 1 cm/hour lead to unnecessary interventions due to the perception that labour progress is pathologically slow.
10. While the GDG agreed to recommend not using the 1-cm/hour threshold and the alert line for assessing satisfactory cervical dilatation progress, the group identified the development and selection of an appropriate tool for monitoring labour progression (especially cervical dilatation patterns) as a research priority.

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI OSTETRICA
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, A TEMPO INDETERMINATO

11. Women with suspected slow labour progress should be carefully evaluated to exclude developing complications (e.g. cephalo-pelvic disproportion) and to determine whether their emotional, psychological and physical needs in labour are being met.
12. The preset lines on the cervicograph are only one element of the existing WHO partograph. Health care professionals should continue to plot cervical dilatation versus time on the cervicograph as well as other partograph parameters (including fetal heart rate, caput succedaneum, moulding, status of amniotic fluid, fetal descent, maternal temperature, blood pressure and urinary output) to monitor the well-being of the woman and her baby and identify risks for adverse birth outcomes.
13. In health care facilities where interventions such as augmentation and caesarean section cannot be performed and where referral-level facilities are difficult to reach, the alert line could still be used for triaging women who may require additional care. In this instance, plotting should commence from a cervical dilatation of 5 cm, which signifies the onset of active first stage of labour for most women.
14. A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage of labour is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be an indication for obstetric intervention.
15. Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.
16. Evidence shows important variations in the distribution of cervical dilatation patterns among women without risk factors for complications, with many women experiencing progression slower than 1 cm/hour for the most part of their labours and yet still achieving vaginal birth with normal birth outcomes.
17. Although this guidance offers health care professionals a benchmark against which to evaluate women in labour, it does not imply that labour facilitated accordingly cannot result in adverse outcomes. Other known and unknown variables can contribute to adverse outcomes.
18. Before considering any medical interventions, women with suspected delay in labour progression should be carefully evaluated to exclude developing complications (e.g. cephalo-pelvic disproportion) and to determine whether their emotional, psychological and physical needs in labour are being met.
19. Until further evidence becomes available, a woman presenting to facilities in labour should be admitted and supported appropriately, even when in early labour, unless her preference is to await active labour at home.
20. The GDG made this a "research-context" recommendation as it was concerned that the limited evidence on effects applies to active first stage of labour with onset defined by a cervical dilatation of 4 cm or less, and not to active first stage with onset defined by a cervical dilatation of 5 cm or more, as recommended in this guideline. The group noted this as a research priority.
21. Facilities currently applying a policy of delaying labour ward admission should consider implementing this research-context recommendation in the light of the revised definition of the onset of active labour.
22. Facility reorganization strategies, such as on-site midwife-led birthing units (OMBUs) and alongside midwifery units (AMUs), could be considered to meet the needs of women in early labour, instead of a policy of delaying labour ward admission.