

VERBALE

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO
INDETERMINATO DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI CHIRURGIA GENERALE**

* * * * *

L'anno duemiladiciannove il giorno ventotto del mese di gennaio (28.01.2019), alle ore 08,30 e seguenti, presso il Polo Formativo Officina H – Via Monte Navale 1 - Ivrea (TO) – si è riunita la Commissione relativa al Concorso suddetto.

Sono presenti:

Presidente

- **Dott. Lodovico ROSATO – Direttore S.C. Chirurgia Generale Ivrea – ASL TO4**

Componenti

- **Dott.ssa Tiziana VIORA – Direttore S.C. Chirurgia Generale ASL Città di Torino**
- **Dott. Andrea GATTOLIN – Direttore S.C. Chirurgia Generale ASL CN1**

Segretario

- **Sig.a Nadia GASTALDO – S.C. Amministrazione del Personale**

* * *

Aperta la seduta la Commissione prende atto:

- 1) che con deliberazione dell'ASL TO4 n. 1205 del 17.10.2018, è stato indetto concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico nella disciplina di Chirurgia Generale;
- 3) che il bando di concorso è stato pubblicato, ai sensi dell'art. 2 comma 6 DPR 483/1997, sul B.U.R.P. n. 44 del 31.10.2018 e, per estratto, sulla G.U.R.I. n. 88 del 6.11.2018;
- 4) che i termini di presentazione della domanda sono scaduti il 06.12.2018;
- 5) che al concorso in parola è stata data la massima divulgazione anche mediante pubblicazione sul sito internet dell'ASL all'indirizzo www.aslto4.piemonte.it;
- 6) che con deliberazione n. 1479 del 19.12.2018, è stata costituita la Commissione Esaminatrice del concorso medesimo.

I Commissari, dopo aver preso conoscenza delle norme di Legge e di regolamento che disciplinano il concorso in oggetto e dopo aver verificato la regolare costituzione della Commissione, dichiarano l'insussistenza di motivi di incompatibilità come da documentazione allegata al presente verbale. I componenti della Commissione dichiarano :

- ✓ di non avere motivi di incompatibilità con le persone ammesse alla procedura concorsuale e con i componenti della Commissione, ai sensi degli articoli 51 e 52 del codice di procedura civile;
- ✓ di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 35, comma 3, lettera e) del D. Lgs. 30/03/2001 n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prescrive che i membri di Commissioni "non siano componenti dell'organo di direzione politica dell'Amministrazione, che non ricoprano cariche politiche e che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali".
- ✓ di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 35 bis del D. Lgs. 30/03/2001 n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prescrive che "Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale" non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi.

La Commissione, preso in esame il bando di concorso rileva:

- 1) che si tratta di concorso pubblico per titoli ed esami;
- 2) che le norme contenute nel bando di concorso sono conformi alle disposizioni del D.P.R. 483/97.

Dopodichè la Commissione, tenuto conto delle attribuzioni specifiche inerenti al posto messo a concorso, dopo opportuna discussione e presa visione dell'art. 11 e 27 del D.P.R. 483/97, dispone complessivamente di 100 punti così ripartiti:

- 20 punti per i titoli;
- 80 punti per le prove d'esame.

I punti per le prove d'esame sono così ripartiti:

- 30 punti per la PROVA SCRITTA;
- 30 punti per la PROVA PRATICA;
- 20 punti per la PROVA ORALE.

I punti per la valutazione dei titoli, sono così ripartiti:

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| 1) TITOLI DI CARRIERA | PUNTI 10 |
| 2) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO | PUNTI 3 |
| 3) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI | PUNTI 3 |

4) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

PUNTI 4

I titoli prodotti per essere valutati devono essere stati presentati, così come previsto dal relativo bando:

le domande di ammissione all'avviso, sono inviate esclusivamente mediante procedura telematica, pena l'esclusione. Per partecipare all' avviso è necessaria l'iscrizione on line sul sito <https://aslto4.iscrizioneconcorsi.it/>

Come previsto dal bando tutte le informazioni inserite (requisiti specifici di ammissione, titoli di carriera ed esperienze professionali e formative) dovranno essere indicate in modo preciso ed esaustivo in quanto si tratta di dati sui quali verrà effettuata la verifica del possesso dei requisiti per la partecipazione all'avviso, degli eventuali titoli di preferenza o di riserva dei posti, nonché la valutazione dei titoli. Si tratta di una dichiarazione resa sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

La Commissione determina altresì i seguenti criteri generali per la valutazione dei titoli:

CARRIERA (max 10,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 15 gg a 1 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
100	Specializzazione nella disciplina	1,200	0	anno	No	No	100
101	Specializzazione in disciplina affine	0,900	12	mesi	Si	Si	100
110	Presso SSN nella disciplina t.pieno	1,200	12	mesi	Si	Si	100
111	Presso SSN in disciplina affine t.pieno	0,900	12	mesi	Si	Si	100
112	Presso SSN in altra disciplina t.pieno	0,600	12	mesi	Si	Si	100
120	Presso SSN nella disciplina t.definito	1,000	12	mesi	Si	Si	100
121	Presso SSN in disciplina affine t.definito	0,750	12	mesi	Si	Si	100
122	Presso SSN in altra disciplina t.definito	0,500	12	mesi	Si	Si	100
130	Presso SSN nella disciplina liv.inferiore t.pieno	0,600	12	mesi	Si	Si	100
131	Presso SSN in disciplina affine liv.inferiore t.pieno	0,450	12	mesi	Si	Si	100
132	Presso SSN in altra disciplina liv.inferiore t.pieno	0,300	12	mesi	Si	Si	100
140	Presso SSN nella disciplina liv.inferiore t.definito	0,500	12	mesi	Si	Si	100
141	Presso SSN in disciplina affine liv.inferiore t.definito	0,375	12	mesi	Si	Si	100
142	Presso SSN in altra disciplina liv.inferiore t.definito	0,250	12	mesi	Si	Si	100
150	Attività ambulatoriale interna nella disciplina	0,500	12	mesi	Si	Si	100
151	Attività ambulatoriale interna in disciplina affine	0,250	12	mesi	Si	Si	100
152	Attività ambulatoriale interna in altra disciplina	0,250	12	mesi	Si	Si	100
160	Presso PA come medico	0,500	12	mesi	Si	Si	100
170	Servizio militare/civile come medico	0,500	12	mesi	Si	Si	100
180	Presso case di cura conv. nella disciplina post 6.12.96	1,000	12	mesi	Si	Si	25
181	Presso case di cura conv. in disciplina affine post 6.12.96	0,750	12	mesi	Si	Si	25
182	Presso case di cura conv. in altra disciplina post 6.12.96	0,500	12	mesi	Si	Si	25
190	Presso case di cura conv. nella disciplina ante 6.12.96	0,500	12	mesi	Si	Si	25
191	Presso case di cura conv. in disciplina affine ante 6.12.96	0,375	12	mesi	Si	Si	25
192	Presso case di cura conv. in altra disciplina ante 6.12.96	0,250	12	mesi	Si	Si	25
199	Titolo non valutabile	0,000	0	n.	No	No	100

ACCADEMICI E DI STUDIO (max 3,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 0 gg a 0 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
200	Altra specializzazione in disciplina equipollente	1,000	0	n.	No	No	100
201	Altra specializzazione in disciplina affine	0,500	0	n.	No	No	100
202	Altra specializzazione in altra disciplina	0,250	0	n.	No	No	100
210	Ulteriore specializzazione in disciplina equipollente	0,500	0	n.	No	No	100
211	Ulteriore specializzazione in disciplina affine	0,250	0	n.	No	No	100
212	Ulteriore specializzazione in altra disciplina	0,125	0	n.	No	No	100
220	Altra laurea del ruolo sanitario	0,500	0	n.	No	No	100
298	Titolo non valutabile in quanto requisito di ammissione	0,000	0	n.	No	No	100
299	Titolo non valutabile	0,000	0	n.	No	No	100

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (max 3,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 0 gg a 0 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
300	Pubblicazioni internazionali	0,200	0	n.	No	No	100
301	Pubblicazioni nazionali	0,080	0	n.	No	No	100
350	Abstract, poster comunicazioni a congressi	0,020	0	n.	No	No	100
399	Lavori non valutabili	0,000	0	n.	No	No	100

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (max 4,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 15 gg a 1 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
400	Libera professione, co.co.co., borse di studio, consulenze ecc. presso ASL/ASO	0,480	12	mesi	Si	No	100
405	Rapporti di lavoro subordinato o libero professionale presso privati	0,240	12	mesi	Si	No	100
410	Dottorato attinente alla disciplina oggetto del concorso	0,500	0	n.	No	No	100
420	Master 1° livello attinente alla disciplina oggetto del concorso	0,100	0	n.	No	No	100
421	Master 2° livello attinente alla disciplina oggetto del concorso	0,300	0	n.	No	No	100
430	Attività di docenza a corsi universitari e/o corsi di formazione professionale	0,001	0	ore	No	No	100
435	Attività di docenza a corsi universitari e/o a corsi di formazione professionale	0,240	12	mesi	Si	No	100
440	Corso come relatore	0,030	0	n.	No	No	100
450	Corso di lunga durata con esame	0,080	0	n.	No	No	100
451	Corso di lunga durata senza esame	0,040	0	n.	No	No	100
452	Corso di breve durata con esame	0,020	0	n.	No	No	100
453	Corso di breve durata senza esame	0,010	0	n.	No	No	100
490	Titoli vari	0,000	0	n.	No	No	100
498	Rapporti di lavoro subordinato, libera professione, co.co.co., borse di studio, consulenze ecc. non valutabile	0,000	12	mesi	Si	No	100
499	Titoli non valutabili	0,000	0	n.	No	No	100

NON SARANNO VALUTATI:

- Servizio in qualità di medico generico con rapporto convenzionale con la Regione o altri Enti Pubblici o servizi di Guardia Medica e Reperibilità o Emergenza Sanitaria Territoriale 118;
- frequenze volontarie/volontariato.
- attività professionali e di studio prestate anteriormente al conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia.
- attestati laudativi - premi.
- tirocinio.
- idoneità conseguite in precedenti concorsi.
- attività libero professionale, co.co.co. , borse di studio e frequenze varie di cui non è precisato l'impegno orario. Verranno valutati unicamente i servizi prestatati nella disciplina a concorso o in disciplina equipollente e/o affine;
- attività e frequenze durante la specializzazione .
- dignità di stampa nella tesi.
- iscrizioni a Società varie.

La commissione si riserva di valutare discrezionalmente eventuali altri titoli non previsti dai succitati criteri.

La Commissione stabilisce altresì i seguenti criteri per la valutazione delle prove scritta, pratica ed orale:

prova scritta e prova pratica: ogni elaborato nell'ambito di una valutazione comparativa, sarà sottoposto ad un particolare esame sia per quanto riguarda la forma che il contenuto, sia per i concetti espressi nonché sulla loro pertinenza al tema e su ogni altro elemento idoneo alla formulazione piena, completa ed esatta della prova (es. padronanza della materia, organizzazione dell'esposizione, organizzazione degli argomenti che denoti una capacità d'approccio ed una visione non solo analitica della materia, correttezza ortografica e grammaticale, etc.).

prova orale: per ogni candidato esaminato si terrà conto della corretta esposizione, della precisione concettuale, della terminologia tecnica e normativa utilizzata, del grado di attinenza e di sviluppo al quesito proposto.

La Commissione prende visione della deliberazione del Direttore Generale n. 1305 del 14.11.2018 con la quale sono stati ammessi i seguenti candidati risultati in possesso dei requisiti generali e specifici previsti per l'ammissione e richiesti dal relativo bando:

N.	Candidato	Nato il
1	ACCARPIO VALERIO	01/09/1983
2	BALLA ANDREA	08/07/1986
3	BIANCHI ELISA	13/03/1981
4	BOMBEN FABIO	12/09/1976
5	BORELLO ALESSANDRO	16/07/1987
6	BRIZI MARIA OLIMPIA	06/02/1986
7	BULLANO ALBERTO	08/05/1987
8	CANEPARO ANDREA	04/05/1980
9	CARISTO GIUSEPPE	09/01/1986
10	CASTAGNOLA MAURIZIO	16/12/1980
11	CHIARO PAOLO	26/11/1986
12	CHISARI ANDREA	06/12/1983
13	CIAMPORCERO TERESA	07/03/1982
14	CICCIA ANGELO	14/04/1985
15	COLLI FABIO	16/08/1986
16	CORETTI GUIDO	16/02/1987
17	COSTANZO DONATELLA	12/03/1978
18	DE ROSA CLEMENTE	07/06/1980
19	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986
20	ELIA LAURA	08/06/1984
21	ESPOSITO GIUSEPPE	05/04/1983
22	FALCONE ALESSANDRO	15/02/1985
23	FRASSI ELEONORA	11/11/1977
24	GALASSO ERICA	05/02/1986
25	GAVELLO GIORGIA	06/01/1984
26	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984
27	GRASSO LUCA	03/12/1985
28	KOLTRAKA BLENDAR	08/07/1981
29	LENA ADRIANA	24/09/1986
30	LORA FEDERICO	06/11/1986
31	MANFREDOTTI FABRIZIO	19/02/1980
32	MAZZA ELENA	14/05/1987
33	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977
34	NADA ELISABETTA	05/02/1986
35	NIGLIO ANTONELLO	20/03/1986
36	PANNULLO MARIO	23/02/1987

37	PILECI STEFANO	22/07/1986
38	POULI ELISE SAUDEPELO	31/12/1976
39	RIGHETTI CAROLINA	13/01/1983
40	ROBELLA MANUELA	19/09/1986
41	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983
42	TUDISCO ANTONELLA	15/07/1984
43	VOLPATTO SILVIO	13/11/1969
44	ZORZETTI NOEMI	07/08/1987

La Commissione prende atto che i candidati ammessi al presente concorso sono stati convocati, con raccomandata con ricevuta di ritorno - prot. 114564 del 28.12.2018, per le ore 8.30 di oggi, 28.01.2019 presso il Polo Informativo Officina H – via Monte Navale 1 – Ivrea (TO), per sostenere la prova d'esame scritta, con l'indicazione che in caso di superamento della predetta le successive prove, pratica e orale, si svolgeranno sempre nella stessa giornata del 28.01.2019, nell'ora e con le modalità che saranno precisate dalla Commissione.

Proseguendo la seduta la Commissione, visti gli artt. 12 e 26 del D.P.R. 483/97, stabilisce che la prova scritta consisterà nella soluzione di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina stessa, per cui vengono predisposti n. 3 questionari tra i quali sorteggiare quello da assegnare alla prova scritta: ciascun questionario sarà composto da 30 domande con possibili 5 soluzioni, di cui una sola esatta. Ad ogni risposta esatta verrà attribuito un punto mentre non verrà tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

Dopo breve discussione vengono assemblati i seguenti questionari:

PROVA N. 1: Questionario n. 1 (allegato)

PROVA N. 2 : Questionario n. 2 (allegato)

PROVA N. 3: Questionario n. 3 (allegato)

La correzione sarà effettuata secondo le rispettive griglie allegate al presente verbale in cui sono state indicate le risposte corrette.

Detti questionari, chiusi in una busta sigillata e firmata sui lembi di chiusura dai componenti della Commissione e dal Presidente, vengono dati in consegna al Segretario.

Il superamento della prova scritta è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

A questo punto il Segretario viene incaricato di procedere al riconoscimento e all'identificazione - previa verifica di regolare documento i cui estremi sono riportati nell'allegato elenco - dei presenti che alle ore 9.00 risultano essere:

N.	Candidato	Nato il
1	BIANCHI ELISA	13/03/1981

2	BOMBEN FABIO	12/09/1976
3	BRIZI MARIA OLIMPIA	06/02/1986
4	BULLANO ALBERTO	08/05/1987
5	CARISTO GIUSEPPE	09/01/1986
6	CHIARO PAOLO	26/11/1986
7	CIAMPORCERO TERESA	07/03/1982
8	COLLI FABIO	16/08/1986
9	COSTANZO DONATELLA	12/03/1978
10	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986
11	ELIA LAURA	08/06/1984
12	GALASSO ERICA	05/02/1986
13	GAVELLO GIORGIA	06/01/1984
14	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984
15	GRASSO LUCA	03/12/1985
16	LENA ADRIANA	24/09/1986
17	LORA FEDERICO	06/11/1986
18	MANFREDOTTI FABRIZIO	19/02/1980
19	MAZZA ELENA	14/05/1987
20	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977
21	NADA ELISABETTA	05/02/1986
22	PILECI STEFANO	22/07/1986
23	POULI ELISE SAUDEPELO	31/12/1976
24	RIGHETTI CAROLINA	13/01/1983
25	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983
26	VOLPATTO SILVIO	13/11/1969

Risultano pertanto assenti i seguenti candidati : ACCARPIO Valerio, BALLA Andrea, BORELLO Alessandro, CANEPARO Andrea, CASTAGNOLA Maurizio, CHISARI Andrea, CICCIA Angelo, CORETTI Guido, DE ROSA Clemente, ESPOSITO Giuseppe, FALCONE Alessandro, FRASSI Eleonora, KOLTRAKA Bledar, NIGLIO Antonello, PANNULLO Mario, ROBELLA Manuela, TUDISCO Antonella e ZORZETTI Noemi che vengono considerati rinunciatari al concorso.

Si invitano i candidati presenti a entrare nell'aula effettuando l'accertamento sommario che non portino cellulari, libri, o altro di cui sia possibile la consultazione.

Il candidato puo' mettersi in relazione solo con i membri della Commissione per motivi attinenti alle modalità di svolgimento del concorso.

A ciascun candidato vengono consegnati una penna nera, un foglio da compilare con i dati anagrafici, su cui i candidati dovranno indicare le proprie generalità (cognome, nome, luogo e data di nascita), ed una busta piccola in cui dovrà essere sigillato.

Viene altresì consegnata ai candidati una busta grande per raccogliere sia l'elaborato che la busta piccola sigillata precisando inoltre che non dovranno scrivere le proprie generalità in nessun altro foglio pena l'esclusione dal concorso.

Vengono quindi impartite le opportune disposizioni ed istruzioni circa le modalità di svolgimento della prova ed è fatto presente ai candidati quanto disposto dall'art. 12 del D.P.R. 483/97.

Il Segretario deposita sul tavolo le tre buste sigillate contenenti i tre questionari, mentre il Presidente invita un volontario a procedere al sorteggio della prova oggetto d'esame. Il candidato COLLI Fabio, sorteggia la prova d'esame; lo stesso sorteggia la busta contenente la prova numero 2:

PROVA N. 2: Questionario n. 2

Si dà atto che non sono state sorteggiate le prove n. 1 e n. 3 corrispondenti ai questionari n. 1 e n. 3.

Il Presidente della Commissione indica in 1 ora e 30 minuti il tempo assegnato per lo svolgimento della prova scritta.

A ciascun candidato viene consegnata copia del questionario sorteggiato recante il timbro dell'A.S.L. n. TO4 e la firma del Presidente della Commissione. Il questionario viene consegnato in modo tale che tutti i candidati possano prendere visione del contenuto nel momento in cui si dà inizio alla prova.

Durante lo svolgimento della prova è presente nel locale di esame almeno un membro della Commissione e il Segretario.

Sono le ore 9.50 per cui i candidati dovranno consegnare il proprio elaborato entro le ore 11.20.

I candidati consegnano alla Commissione il proprio elaborato con le modalità stabilite dall'art. 12 del D.P.R. 483/97.

Entro le ore 11.20 tutti i candidati hanno ultimato la prova.

Il Presidente comunica a questo punto ai candidati che la successiva prova pratica e, subordinatamente al superamento della stessa, la prova orale avranno luogo – in caso di ammissione - nella giornata di oggi sempre presso il Polo Formativo Officina H e li riconvoca, per la successiva prova, per le ore 12.30.

A questo punto la Commissione procede alla valutazione dei titoli dei candidati presenti alla prova scritta e quindi alla lettura e valutazione degli elaborati.

La descrizione dei punteggi relativi ai titoli prodotti è riportata, con note motivate, nelle schede che formano parte integrante e sostanziale del presente verbale.

La situazione titoli è pertanto la seguente:

N.	Candidato	Nato il	Titoli
1	BIANCHI ELISA	13/03/1981	11,030
2	BOMBEN FABIO	12/09/1976	10,644
3	BRIZI MARIA OLIMPIA	06/02/1986	7,480
4	BULLANO ALBERTO	08/05/1987	7,890
5	CARISTO GIUSEPPE	09/01/1986	8,070
6	CHIARO PAOLO	26/11/1986	8,131
7	CIAMPORCERO TERESA	07/03/1982	7,360
8	COLLI FABIO	16/08/1986	8,340
9	COSTANZO DONATELLA	12/03/1978	11,280
10	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986	6,340
11	ELIA LAURA	08/06/1984	7,930
12	GALASSO ERICA	05/02/1986	6,500
13	GAVELLO GIORGIA	06/01/1984	8,278
14	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984	8,100
15	GRASSO LUCA	03/12/1985	7,668
16	LENA ADRIANA	24/09/1986	8,030
17	LORA FEDERICO	06/11/1986	6,250
18	MANFREDOTTI FABRIZIO	19/02/1980	7,812
19	MAZZA ELENA	14/05/1987	9,160
20	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977	10,100
21	NADA ELISABETTA	05/02/1986	8,360
22	PILECI STEFANO	22/07/1986	6,602
23	POULI ELISE SAUDEPELO	31/12/1976	8,240
24	RIGHETTI CAROLINA	13/01/1983	7,800
25	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983	8,650
26	VOLPATTO SILVIO	13/11/1969	10,445

Terminate le valutazioni dei titoli, la Commissione procede alla valutazione degli elaborati, preso atto che ha a disposizione punti 30 come previsto dall'art. 27 del D.P.R. 483/97.

Il Presidente constata l'integrità del plico contenente gli elaborati, lo apre ed estrae le buste; dispone l'apertura della prima busta che viene contrassegnata con il n. 1 e così pure vengono contrassegnati col n. 1 l'elaborato relativo e la busta chiusa contenente il nominativo del candidato.

Si procede quindi alla lettura ed alla valutazione degli elaborati.

ELABORATO	PUNTEGGIO 21/30
1	17
2	17

3	20
4	20
5	22
6	23
7	18
8	21
9	17
10	21
11	21
12	16
13	20
14	23
15	18
16	19
17	15
18	19
19	17
20	19
21	18
22	17
23	21
24	19
25	21
26	21

Successivamente aperte le buste piccole contenenti le generalità dei candidati, si constata che:

- l'elaborato n. 1 è di COSTANZO Donatella
- l'elaborato n. 2 è di BIANCHI Elisa
- l'elaborato n. 3 è di RIGHETTI Carolina
- l'elaborato n. 4 è di BRIZI Maria Olimpia
- l'elaborato n. 5 è di GHIGLIONE Francesco
- l'elaborato n. 6 è di LORA Federico
- l'elaborato n. 7 è di VOLPATTO Silvio
- l'elaborato n. 8 è di ELIA Laura
- l'elaborato n. 9 è di NADA Elisabetta
- l'elaborato n. 10 è di DI BENEDETTO Giulio
- l'elaborato n. 11 è di CHIARO Paolo
- l'elaborato n. 12 è di COLLI Fabio
- l'elaborato n. 13 è di GRASSO Luca
- l'elaborato n. 14 è di PILECI Stefano
- l'elaborato n. 15 è di CIAMPORCERO Teresa
- l'elaborato n. 16 è di GAVELLO Giorgia

- l'elaborato n. 17 è di GALASSO Erica
- l'elaborato n. 18 è di BULLANO Alberto
- l'elaborato n. 19 è di POULI Elise Saudepelo
- l'elaborato n. 20 è di BOMBEN Fabio
- l'elaborato n. 21 è di LENA Adriana
- l'elaborato n. 22 è di CARISTO Giuseppe
- l'elaborato n. 23 è di MAZZETTO Ilario
- l'elaborato n. 24 è di MANFREDOTTI Fabrizio
- l'elaborato n. 25 è di RONCHETTA Clemente
- l'elaborato n. 26 è di MAZZA Elena

Riepilogo risultati prova scritta :

1	BIANCHI ELISA	13/03/1981	17	non ammessa alla prova pratica
2	BOMBEN FABIO	12/09/1976	19	non ammesso alla prova pratica
3	BRIZI MARIA OLIMPIA	06/02/1986	20	non ammessa alla prova pratica
4	BULLANO ALBERTO	08/05/1987	19	non ammesso alla prova pratica
5	CARISTO GIUSEPPE	09/01/1986	17	non ammesso alla prova pratica
6	CHIARO PAOLO	26/11/1986	21	ammesso alla prova pratica
7	CIAMPORCERO TERESA	07/03/1982	18	non ammessa alla prova pratica
8	COLLI FABIO	16/08/1986	16	non ammesso alla prova pratica
9	COSTANZO DONATELLA	12/03/1978	17	non ammessa alla prova pratica
10	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986	21	ammesso alla prova pratica
11	ELIA LAURA	08/06/1984	21	ammessa alla prova pratica
12	GALASSO ERICA	05/02/1986	15	non ammessa alla prova pratica
13	GAVELLO GIORGIA	06/01/1984	19	non ammessa alla prova pratica
14	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984	22	ammesso alla prova pratica
15	GRASSO LUCA	03/12/1985	20	non ammesso alla prova pratica
16	LENA ADRIANA	24/09/1986	18	non ammessa alla prova pratica
17	LORA FEDERICO	06/11/1986	23	ammesso alla prova pratica
18	MANFREDOTTI FABRIZIO	19/02/1980	19	non ammesso alla prova pratica
19	MAZZA ELENA	14/05/1987	21	ammessa alla prova pratica
20	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977	21	ammesso alla prova pratica
21	NADA ELISABETTA	05/02/1986	17	non ammessa alla prova pratica
22	PILECI STEFANO	22/07/1986	23	ammesso alla prova pratica
23	POULI ELISE SAUDEPELO	31/12/1976	17	non ammessa alla prova pratica
24	RIGHETTI CAROLINA	13/01/1983	20	non ammessa alla prova pratica
25	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983	21	ammesso alla prova pratica
26	VOLPATTO SILVIO	13/11/1969	18	non ammesso alla prova pratica

La Commissione prende atto che in relazione alla valutazione conseguita nella prova scritta non tutti i candidati hanno superato con esito positivo, ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 483/97, la prova. Prende atto che sono ammessi alla successiva prova teorico pratica i seguenti candidati:

- Dott. CHIARO Paolo
- Dott. DI BENEDETTO Giulio
- Dott.ssa ELIA Laura
- Dott. GHIGLIONE Francesco
- Dott. LORA Federico
- Dott.ssa MAZZA Elena
- Dott. MAZZETTO Ilario
- Dott. PILECI Stefano

- Dott. RONCHETTA Clemente.

Sono le ore 12.30 e il Segretario espone il foglio con i risultati della prova scritta e i punteggi dei titoli dei candidati presenti alla stessa presso il Polo Formativo Officina H.

A questo punto la Commissione stabilisce una terna di prove pratiche tra le quali sorteggiare quella oggetto di esame, prendendo atto che le prove devono essere formulate su tecniche e manualità peculiari della disciplina messa a concorso e devono essere anche illustrate schematicamente per iscritto descrivendo in breve l'ipotesi diagnostica, ulteriori esami diagnostici ritenuti utili, percorso terapeutico proposto, eventuale trattamento chirurgico (definizione e descrizione) ed eventuali prevedibili complicanze o sequele. Per tale prova la commissione ha a disposizione punti 30 come previsto dall'art. 27 del D.P.R. 483/97. Dopo breve discussione sono scelte le seguenti prove:

PROVA N. 1: Donna di 72 anni, non bene alcolici, non fuma, non allergie note, appetito buono, peso corporeo 58 kg costante, altezza 160 cm, con digestione buona e alvo abitualmente regolare. All'anamnesi nulla di rilevante da segnalare, eccetto: pregressa epatite virale A e B, colelitiasi asintomatica. Mai eseguita colonscopia o gastroscopia. Giunge in DEA per dolore addominale diffuso associato ad alvo chiuso a feci e gas da tre giorni, nausea, non vomito. Riferisce nell'ultimo mese insorgenza di stipsi ingravescente, Mai rettorragia, né melena o ematemesi.

All'E.O.: addome disteso, trattabile, diffusamente dolente alla palpazione profonda, apprezzabile distensione della cornice colica. Non difetti di parete.

Esami ematochimici nella norma. Ha eseguito in DEA TC addome con mdc di cui sono disponibili le immagini (allegato CD "Seconda prova n. 1")

PROVA N. 2 : Uomo di 54 anni, beve alcolici occasionalmente e molto moderatamente ai pasti, non fuma, non allergie note, appetito buono, alvo e minzioni regolari; peso corporeo 92 kg costante, altezza 178 cm. All'anamnesi nulla di rilevante da segnalare eccetto: Tratto beta-talassemico, modesta ipertensione arteriosa, storia di malattia diverticolare del sigma da alcuni anni trattati con mesalazina. Giunge in DEA per dolore addominale insorto da un giorno acutamente al fianco e fossa iliaca sinistra, poi diffusosi a tutto l'addome, associato ad alvo chiuso ai gas, nausea, vomito, notevole stato ansioso. Mai rettorragia, né melena o ematemesi.

All'E.O. Temperatura 38.5; addome disteso, trattabile diffusamente dolente alla palpazione profonda in particolare al fianco sinistro, fossa iliaca sinistra e ipogastrio dove si suscita reazione di difesa.

Esami ematochimici: 16.800 bianchi, neutrofili 87% nella norma, INR 132. Ha eseguito in DEA TC addome con mdc di cui sono disponibili le immagini (allegato CD "Seconda prova n. 2")

PROVA N. 3: Donna di 56 anni, non bene alcolici, fuma 15 sigarette al dì, non allergie note, appetito buono, peso corporeo 56 kg costante, altezza 162 cm, digestione buona e alvo e minzione regolari. All'anamnesi nulla di rilevante da segnalare eccetto: Appendicetomia e adenotonsillectomia in età adolescenziale. Mai eseguita colonscopia e gastroscopia. Giunge in DEA per dolore addominale epigastrico e mesogastrico vilente. Alvo aperto a feci e gas. Nausea, ripetuti episodi di vomito di cui alcuna a posa di caffè con screziature ematiche. Mai rettorragia, né melena o franca ematemesi.

All'E.O. Ipotensione, Saturazione O2 84% in AA. Addome disteso, trattabile, diffusamente dolente alla palpazione profonda su tutti i quadranti, spiccatamente in epigastrio e mesogastrio. Esegue TC che evidenzia trombosi della porta, in particolare splenica e mesenterica superiore, versamento ascitico e distensione delle anse di tenue.

Ricoverata in rianimazione per il netto e veloce peggioramento delle condizioni generali. Viene sottoposta a laparotomia esplorativa che evidenzia infarto venoso di tutto il digiuno a partire da circa 40 cm dal Tretz. Resezione e ricanalizzazione. In 5^a giornata peritonite da deiscenza anatomica per estensione della trombosi fino a circa 15-20 cm dal Tretz. Si confeziona nuova anastomosi LL isoperistaltica manuale. Nel post operatorio polmonite, sepsi con PCR e PCT elevate. Progressivo miglioramento delle condizioni generali. Canalizzazione, sindrome dell'intestino corto e supporto alimentare endovena. 45 giorni dopo, la paziente si trova in reparto medico e non ha più la febbre, la PCR è normale ma la PCT continua ad essere tra 50 e 60, alimentando il sospetto di sepsi ma senza riscontro clinico. Esegue PET che evidenzia captazione a livello addominale e tiroideo (allegato CD "Seconda prova n. 3")

Dette prove, chiuse in buste sigillate e firmate esteriormente sui lembi di chiusura dai componenti della Commissione, vengono depositate sul tavolo;

Il superamento della prova pratica è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

Per la valutazione della prova pratica la Commissione stabilisce che: ogni elaborato nell'ambito di una valutazione comparativa, sarà sottoposto ad un particolare esame sia per quanto riguarda la forma che il contenuto, sia per i concetti espressi nonché sulla loro pertinenza al tema e su ogni altro elemento idoneo alla formulazione piena, completa ed esatta della prova (es. padronanza della materia, organizzazione dell'esposizione, organizzazione degli argomenti che denoti una capacità d'approccio ed una visione non solo analitica della materia, correttezza ortografica e grammaticale, etc.).

Alle ore 13.00 i candidati ammessi vengono fatti entrare nell'Aula e si procede con l'appello dei presenti.

Il Segretario deposita le buste contenenti le tre prove sul tavolo, mentre viene invitato un volontario a procedere all'estrazione. Il candidato MAZZA Elena sorteggia la prova d'esame, lo stesso sorteggia la busta contenente la seguente prova:

PROVA N. 2 - del tenore espresso in precedenza - di cui verrà data lettura nel momento in cui i candidati dovranno sostenere la prova davanti alla Commissione. Viene invece data lettura subito delle due prove non estratte ovvero la n. 1 e la n. 3

La prova pratica si svolge alla presenza dell'intera Commissione e viene anche illustrata schematicamente per iscritto.

I candidati sono d'accordo a svolgere la prova rispettando l'ordine alfabetico ma con inizio dall'ultimo in elenco.

I candidati ammessi alla prova pratica vengono fatti uscire dalla sala e accompagnati dall'addetto alla vigilanza nell'aula all'uopo individuata e successivamente chiamati uno per volta, in ordine alfabetico (partendo dal Dott. Ronchetta), per sostenere la suddetta prova.

Via via che i candidati ultimano la prova pratica vengono invitati ad attendere ulteriori comunicazioni da parte del Presidente e si procede in modo che il candidato appena esaminato non possa conferire con gli altri candidati che devono ancora sostenere la prova (con la collaborazione di un addetto alla vigilanza dei candidati che devono ancora sostenere la prova);

Entro le ore 15.45 tutti i candidati hanno ultimato la prova.

Ultimate le prove pratiche il Presidente comunica ai candidati di attendere la pubblicazione dell'elenco degli ammessi alla prova orale.

A questo punto la Commissione per la prova pratica assegna il seguente punteggio

N.	COGNOME E NOME	DATA NASCITA	PROVA PRATICA 21/30	AMMESSO/NON AMMESSO
1	RONCHETTA Clemente	05/04/1983	27	ammesso alla prova orale
2	PILECI STEFANO	22/07/1986	30	ammesso alla prova orale
3	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977	27	ammesso alla prova orale
4	MAZZA ELENA	14/05/1987	29	ammesso alla prova orale
5	LORA FEDERICO	06/11/1986	27	ammesso alla prova orale
6	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984	27	ammesso alla prova orale
7	ELIA LAURA	08/06/1984	30	ammesso alla prova orale
8	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986	28	ammesso alla prova orale
9	CHIARO PAOLO	26/11/1986	27	ammesso alla prova orale

La Commissione prende atto che in relazione alla valutazione conseguita nella prova pratica tutti i candidati hanno superato con esito positivo, ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 483/97, la prova e sono ammessi alla successiva prova orale.

Alle ore 16.00 il Segretario espone i risultati della prova pratica.

Si prosegue la seduta passando allo svolgimento della prova orale, vertente su materie inerenti alla disciplina a concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire, per tale prova la Commissione ha a disposizione punti 20 come previsto dall'art. 27 del D.P.R. 483/97;

Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 14/20.

I criteri per la valutazione del colloquio, come già precisati dalla Commissione, sono: per ogni candidato esaminato si terrà conto della corretta esposizione, della precisione concettuale della terminologia tecnica utilizzata, del grado di attinenza e sviluppo del quesito.

La Commissione, al fine di perseguire una maggiore parità di trattamento tra i candidati, decide di procedere nel seguente modo:

- vengono formulati 3 quesiti e quindi sigillati in busta chiusa;
- un candidato estrae a sorte una di queste buste;

- i candidati vengono introdotti, in ordine alfabetico, nella sala adibita allo svolgimento della prova orale;
- il candidato sostiene il colloquio;
- terminata la prova il Segretario si accerta che il candidato appena esaminato non possa conferire con gli altri candidati;
- la sala ove si svolge la prova orale è aperta al pubblico ma è interdetto l'ingresso ai candidati che ancora devono sostenere la prova medesima.

Dopo breve discussione vengono formulati i seguenti quesiti:

PROVA N. 1: Le complicanze della colecistectomia

PROVA N. 2 : Le complicanze della linfadenectomia ascellare

PROVA N. 3: Le complicanze della tiroidectomia totale.

Dette prove, chiuse in una busta sigillata, vengono date in consegna al Segretario.

I candidati ammessi alla prova orale vengono fatti entrare nel salone e si procede con l'appello dei presenti.

Il Segretario deposita le buste contenente le tre prove sul tavolo mentre il Presidente invita un candidato a sorteggiare la prova d'esame, il dott. GHIGLIONE sorteggia la busta contenete la prova n. 1 del seguente tenore:

PROVA N. 1: Le complicanze della colecistectomia.

di cui verrà data lettura al candidato nel momento del colloquio; viene data subito lettura delle prove non estratte.

I candidati sono d'accordo a svolgere la prova in ordine alfabetico partendo dal dott. CHIARO Paolo.

I candidati ammessi alla prova pratica vengono fatti uscire dalla sala e successivamente chiamati uno per volta, in ordine alfabetico (partendo dal dott. Chiaro), per sostenere la suddetta prova.

A questo punto il Presidente invita i candidati ad attendere nel locale antistante all'uscita, quindi viene introdotto il primo candidato in ordine alfabetico nella sala, per sostenere la prova orale, terminata la quale il Presidente invita il medesimo a evitare un possibile contatto con gli altri candidati e il Segretario si accerta che esca dall'aula senza poter conferire con gli altri candidati (con la collaborazione di un addetto alla vigilanza dei candidati che devono ancora sostenere la prova).

Al termine dell'orale la Commissione attribuisce il seguente punteggio:

N.	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	PROVA ORALE 14/20	IDONEO/NON IDONEO
1	CHIARO PAOLO	26/11/1986	19	idoneo
2	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986	19	idoneo
3	ELIA LAURA	08/06/1984	19	idoneo
4	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984	20	idoneo
5	LORA FEDERICO	06/11/1986	19	idoneo
6	MAZZA ELENA	14/05/1987	20	idoneo
7	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977	20	idoneo
8	PILECI STEFANO	22/07/1986	20	idoneo
9	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983	19	idoneo

La Commissione prende atto che in relazione alla valutazione conseguita nella prova orale tutti i candidati hanno superato con esito positivo, ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 483/97, la predetta prova .

La Commissione procede al RIEPILOGO dei punteggi assegnati ai CANDIDATI IDONEI per titoli e le singole prove:

N.	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	TITOLI	PROVA SCRITTA	PROVA PRATICA	PROVA ORALE	TOTALE
1	CHIARO PAOLO	26/11/1986	8,131	21	27	19	75,131
2	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986	6,340	21	28	19	74,340
3	ELIA LAURA	08/06/1984	7,930	21	30	19	77,930
4	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984	8,100	22	27	20	77,100
5	LORA FEDERICO	06/11/1986	6,250	23	27	19	75,250
6	MAZZA ELENA	14/05/1987	9,160	21	29	20	79,160
7	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977	10,100	21	27	20	78,100
8	PILECI STEFANO	22/07/1986	6,602	23	30	20	79,602
9	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983	8,650	21	27	19	75,650

Ultimate le prove d'esame, la Commissione, sulla scorta dei punteggi assegnati ai candidati per titoli e per le singole prove d'esame, redige la seguente GRADUATORIA di merito dei candidati dichiarati idonei, avendo presente il disposto dell'art. 5 del D.P.R. 487/94 nonché quello della L.191/98, relativi alle preferenze di legge:

N.	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	TITOLI	PROVA SCRITTA	PROVA PRATICA	PROVA ORALE	TOTALE
1 [^]	PILECI STEFANO	22/07/1986	6,602	23	30	20	79,602
2 [^]	MAZZA ELENA	14/05/1987	9,160	21	29	20	79,160
3 [^]	MAZZETTO ILARIO	29/12/1977	10,100	21	27	20	78,100
4 [^]	ELIA LAURA	08/06/1984	7,930	21	30	19	77,930
5 [^]	GHIGLIONE FRANCESCO	25/11/1984	8,100	22	27	20	77,100
6 [^]	RONCHETTA CLEMENTE	05/04/1983	8,650	21	27	19	75,650
7 [^]	LORA FEDERICO	06/11/1986	6,250	23	27	19	75,250
8 [^]	CHIARO PAOLO	26/11/1986	8,131	21	27	19	75,131
9 [^]	DI BENEDETTO GIULIO	29/09/1986	6,340	21	28	19	74,340

Ultimati i lavori la Commissione rimetti gli atti al Direttore Generale dell'Azienda A.S.L. n. TO4 per i provvedimenti di competenza.

La seduta si chiude alle ore 17.15.

Letto, approvato e sottoscritto.

Presidente

- **Dott. Lodovico ROSATO**

firmato in originale

Componenti

- **Dott.ssa Tiziana VIORA**

firmato in originale

- **Dott. Andrea GATTOLIN**

firmato in originale

Segretario

- **Sig.ra Nadia GASTALDO**

firmato in originale

TEST prima prova

1



*Concorso Dirigente medico di
Chirurgia generale
28 gennaio 2019*

*sede di svolgimento
Officine H: Corso di Laurea in
Infermieristica
Ivrea*

La prima prova d'esame, estratta fra tre prove equivalenti, consta di 30 domande a scelta multipla (5 scelte per ogni domanda).

Vengono conteggiate al fine di ottenere il punteggio solo le risposte esatte, mentre non viene tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

La prova viene considerata superata, se il candidato risponde correttamente ad almeno 21 domande.

Per ogni domanda bisogna indicare con una crocetta una sola risposta esatta.

Qualora il candidato avesse un ripensamento e apponesse due crocette in risposta alla stessa domanda, può aggiungere "no" a quella ritenuta sbagliata.

Questo foglio deve rimanere assolutamente anonimo e il candidato non deve apporre alcun segno che ne possa determinare il riconoscimento.

TEST prima prova

1

1	In base alle linee guida SIAPEC-AIT-AME-SIE 2014, eseguito FNA, quale azione clinica è suggerita in caso di nodulo tiroideo con citologia TIR3B ?
A	Ripetere FNA
B	Exeresi chirurgica
C	Exeresi chirurgica con esame estemporaneo al criostato
D	Completare necessariamente la diagnostica con Scintigrafia Tiroidea
E	Follow-up
2	Nel carcinoma midollare della tiroide, in assenza di documentate metastasi linfonodali cervicali e con calcitonina <200, la condotta chirurgica prevede:
A	Tiroidectomia totale extracapsulare con linfadenectomia laterocervicale bilaterale
B	Tiroidectomia totale extracapsulare con linfadenectomia del solo VI livello
C	Tiroidectomia totale extracapsulare con linfadenectomia del VI livello e dei linfonodi laterocervicali omolaterali alla lesione tumorale
D	Tiroidectomia totale extracapsulare
C	Loboistmectomia omolaterale alla lesione con linfadenectomia del solo VI livello e dei linfonodi laterocervicali omolaterali alla lesione tumorale
3	La paratiroidectomia per iperparatiroidismo secondario prevede:
A	L'asportazione delle paratiroidi iperplastiche, lasciando un unico piccolo residuo paratiroideo, che va segnato con un filo non riassorbibile e con una clip, avendo cura di non asportare l'omento tireotimico
B	L'asportazione delle paratiroidi iperplastiche, lasciando un unico piccolo residuo paratiroideo, che va segnato con un filo non riassorbibile e con una clip, e dell'omento tireotimico
C	L'asportazione degli adenomi paratiroidi presenti, segnando con un filo non riassorbibile o una clip le paratiroidi lasciate in sede, avendo cura di non asportare l'omento tireotimico
D	L'asportazione degli adenomi paratiroidi presenti e dell'omento tireotimico, segnando con un filo non riassorbibile o una clip le paratiroidi lasciate in sede
E	L'asportazione con tecnica mininvasiva dell'adenoma paratiroideo, previa esecuzione di scintigrafia paratiroidea con sestamibi
4	Secondo le linee guida SICVE-SIF 2016 in caso di Trombosi Venosa Superficiale (TVS) quale trattamento clinico o diagnostico è indicato?
A	E' indicato eseguire un eco-color-Doppler venoso per diagnosticare sede ed entità della patologia e per escludere una trombosi venosa profonda (TVP) concomitante.
B	E' indicata la terapia con EBPM per almeno un mese o con fondaparinux 2,5 mg al giorno per 45 giorni e l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calze elastiche.
C	Se la TVS è vicina alla crosse safeno-femorale o safeno-poplitea l'EBPM a dosi terapeutiche o l'intervento chirurgico (legatura/crossectomia) sono entrambe soluzioni terapeutiche indicate; mentre in caso di TVS isolate confinate a varicosità del segmento sotto il ginocchio, è indicata l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calza elastica.
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti

TEST prima prova

1

5	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nelle pazienti con carcinoma mammario sottoposte a chemioterapia neoadiuvante, in caso di riscontro di macrometastasi alla biopsia del linfonodo sentinella, quale ulteriore trattamento ascellare è indicato?	
	A	può essere presa in considerazione la omissione della dissezione ascellare, se la chirurgia mammaria è conservativa
	B	può essere presa in considerazione la omissione della dissezione ascellare, se è stata effettuata una mastectomia
	C	si deve sempre procedere a dissezione ascellare
	D	si deve procedere a dissezione ascellare solo se vi è una positività citologica all'agobiopsia del linfonodo prima della chemioterapia neoadiuvante
E	può essere presa in considerazione la omissione della dissezione ascellare, se non è prevista la radioterapia adiuvante	
6	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nella chirurgia conservativa del DCIS mammario quale è la distanza del margine di resezione chirurgico dalle cellule tumorali, al di sotto della quale il tasso di recidiva aumenta significativamente?	
	A	25 mm
	B	15 mm
	C	10 mm
	D	assenza di cellule tumorali sul margine chinato
E	2 mm	
7	Quale delle seguenti affermazioni a riguardo dello studio con RM delle neoplasie della mammella è falsa?	
	A	Il suo utilizzo è associato ad una diminuzione delle mastectomie
	B	E' indicata per valutare l'effetto della terapia neoadiuvante
	C	E' utile nello studio dell'estensione della malattia e nella ricerca di lesioni satelliti
	D	Il suo utilizzo è importante nello studio del carcinoma lobulare invasivo
E	il suo utilizzo è importante nella valutazione delle donne con protesi mammarie	
8	Per legatura bassa dell'arteria mesenterica inferiore si intende:	
	A	a due cm dall'origine per salvaguardare il plesso ipogastrico
	B	dopo l'origine dell'arteria colica di sinistra
	C	dopo l'origine delle sigmoidee
	D	Dopo l'origine di un'arteria colica media accessoria
E	Tutte le precedenti	
9	Dove sono localizzati i linfonodi di II livello ascellare?	
	A	Lateralmente al muscolo piccolo pettorale
	B	Sotto il muscolo piccolo pettorale, fra il suo margine mediale e laterale
	C	Medialmente al muscolo piccolo pettorale
	D	Nello spazio fra il muscolo piccolo e grande pettorale
E	Tutte le precedenti	
10	Secondo le linee guida AIOM 2018 l'exeresi a scopo diagnostico di una lesione primitiva sospetta per melanoma è eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale con quale margine di cute sana?	
	A	Non superiore a 2 mm
	B	Non superiore a 10 mm
	C	Non superiore a 12 mm
	D	Non superiore a 15 mm
E	Non superiore a 20 mm	

TEST prima prova

1

11	Secondo le linee guida AIOM 2018 nel melanoma invasivo in stadio precoce, dopo biopsia diagnostica, è raccomandabile eseguire un allargamento con un margine adeguato allo spessore di Breslow:
A	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 2 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 3 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
B	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
C	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento non necessario melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
D	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Non può essere giustificata una escissione con margini meno estesi
E	Melanoma in situ: allargamento 5 mm melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up

12	La Mirizzi tipo II, secondo la classificazione di Csendes, identifica:
A	Assenza di fistola e pervietà del dotto cistico
B	Assenza di fistola con ostruzione completa del dotto cistico
C	Presenza di fistola di dimensioni < 33% del diametro del dotto epatico comune
D	Presenza di fistola di dimensioni comprese tra il 33% e il 66% del diametro del dotto epatico comune
E	Presenza di fistola di dimensioni > 66% del diametro del dotto epatico comune

13	Indicazioni riconosciute alla conversione VLS vs Open nell'ulcera peptica perforata
A	Ampiezza della perforazione >10 mm e/o riscontro di margini della lesione friabili e non affrontabili
B	Non visualizzazione dell'ulcera perforata
C	Sospetto di lesione cancerizzata
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti

14	Nel carcinoma gastrico resecabile la classificazione della radicalità chirurgica in accordo con l'UICC di seguito riportata presenta un errore, indica quale:
A	Rx: la presenza della radicalità chirurgica non può essere valutata
B	R0: assenza di tumore residuo
C	R1: residuo tumorale microscopico (trancia di sezione)
D	R2: residuo tumorale macroscopicamente evidente
E	R3: carcinosi peritoneale

TEST prima prova

1

15	Un corretto trattamento dell'ascesso perianale prevede:	
	A	Incidere l'ascesso il più precocemente possibile, meglio se allo stato di flemmone, previa somministrazione di antibiotici iniziati per tempo
	B	Aspettare la maturazione con relativa superficializzazione dell'ascesso, inciderlo e drenarlo, senza somministrare antibiotici neanche nella fase acuta, se non nei soggetti anziani, defedati o immunodepressi. Se si evidenzia un tramite fistoloso va trattato immediatamente ponendo un setone
	C	Aspettare la maturazione con relativa superficializzazione dell'ascesso, inciderlo e drenarlo, senza somministrare antibiotici neanche nella fase acuta, se non nei soggetti anziani, defedati o immunodepressi. Se si evidenzia un tramite fistoloso lo si tratterà in un secondo tempo a risoluzione del processo infettivo/flogistico
	D	Pungere l'ascesso, evacuandolo e intraprendere contestualmente una terapia antibiotica a largo spettro
E	Pungere l'ascesso, evacuandolo, senza somministrazione di terapia antibiotica neanche nella fase acuta	

16	In quali casi è indicato L'intervento di S.T.A.R.R. (Stapled Trans Anal Rectal Resection)?	
	A	Sindrome da ostruita defecazione
	B	Rettocele
	C	Prolasso interno del retto
	D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti	

17	Quali sono i segni clinici che possono associarsi a un prolasso emorroidario?	
	A	Sanguinamento alla defecazione
	B	Prurito anale
	C	Brucciore anale
	D	Nessuna delle precedenti
E	Tutte le precedenti	

18	Definizione dell'ernia di Littré:	
	A	Ernia inguinale contenente il diverticolo di Meckel
	B	Ernia crurale contenente l'appendice cecale
	C	Ernia inguinale contenente l'appendice cecale
	D	Ernia crurale contenente la parete antimesenterica del colon
E	Ernia inguinale da scivolamento	

19	Definizione di <i>Late Dumping Syndrome</i> dopo gastrectomia totale:	
	A	Ipovolemia da richiamo di liquidi in sede intestinale per ridotto assorbimento glicidico
	B	Dolore post-prandiale e vomito esplosivo di bile senza alimenti
	C	Dolore post-prandiale e vomito alimentare
	D	Eccessiva crescita di microrganismi aerobi ed anaerobi nel piccolo intestino
E	Sindrome ipoglicemica che inizia da una a tre ore dopo aver mangiato un pasto ad alto contenuto di zuccheri.	

TEST prima prova

1

20	Secondo le linee guida AIOM del carcinoma gastrico, quale di queste affermazioni è falsa ?	
	A	Il numero di linfonodi metastatici e il rapporto fra questi e il numero totale di linfonodi asportati ed esaminati sono tra i più importanti fattori prognostici per i pazienti con cancro gastrico sottoposti a trattamento radicale
	B	E' raccomandata l'asportazione di almeno 16 linfonodi, necessaria per potere classificare un paziente N3b: una linfadenectomia D1 non consente una stadiazione accurata
	C	Sono dimostrati significativi vantaggi in termini di sopravvivenza della linfadenectomia D2 rispetto alla D1
	D	La linfadenectomia D2+ o D3 è da raccomandare perché migliora la sopravvivenza e non aumenta le complicanze
E	Nessuna delle precedenti	
21	Nell'ambito del protocollo ERAS quale di queste affermazioni relativa ai criteri di inclusione è falsa ?	
	A	Consenso informato e acquisito dopo accurato counseling con infermiere, anestesista, chirurgo, dietologo, se possibile anche alla presenza di familiari
	B	ASA score I, II, III, IV
	C	Patologia colica e rettale superiore
	D	Laparoscopia, laparotomia, robotica
E	Intervento in elezione e in urgenza	
22	L'ernia di Grynfeltt-Lesshaft si impegna nel triangolo anatomico lombare superiore omonimo costituito da:	
	A	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e dal margine della XII costa
	B	Cresta iliaca, obliquo esterno e latissimus dorsi (gran dorsale)
	C	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e cresta iliaca
	D	Muscoli spinali, muscolo obliquo esterno e dalla cresta iliaca
E	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	
23	La sindrome MEN 1 (cosiddetta sindrome di Wermer o delle 3 p) si associa alle seguenti neoplasie tranne una; quale?	
	A	Adenoma delle paratiroidi
	B	Carcinoma midollare della tiroide
	C	Adenoma ipofisario
	D	Tumori neuroendocrini del pancreas
E	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	
24	Quale di queste affermazioni è sbagliata in riferimento al Basedow?	
	A	La sola terapia medica con Metimazolo può portare a guarigione
	B	E' un gozzo diffuso tossico
	C	E' inquadrabile fra le tiroiditi autoimmuni
	D	La tiroidectomia può determinare benefici sull'eventuale oftalmopatia
E	L'unico trattamento efficace è la tiroidectomia totale.	

TEST prima prova

1

25	Secondo le linee guida SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgery, 2016) e IEHS (International Endo-Hernia Society, 2014), un laparocele mediano è trattabile per via laparoscopica con tecnica IPOM (IntraPeritoneal Onlay Mesh) se il diametro della porta erniaria è:
A	<10 cm
B	<12 cm
C	<14 cm
D	<16 cm
E	<18 cm

26	Quale di queste raccomandazioni relative alla chirurgia rettale è falsa secondo le linee guida AIOM 2018?
A	Il carcinoma rettale intraperitoneale andrebbe trattato come il carcinoma del colon
B	Studi recenti documentano che una chiusura della stomia di protezione dopo due settimane dal suo confezionamento sia equivalente, se non più vantaggioso, di una chiusura dopo due mesi
C	Nel carcinoma del retto localmente avanzato medio-alto è sufficiente eseguire l'asportazione del mesoretto per almeno 5 cm a valle del polo inferiore della neoplasia
D	Se programmata la stomia, questa andrebbe segnata dall'enterostomista col paziente in posizione eretta
E	Nessuna delle precedenti

27	Quale dei seguenti reperti anatomico-patologici relativi a una lesione del colon asportata con tecnica EMR (Endoscopic Mucosal Resection) non rappresenta un'indicazione alla radicalizzazione tramite resezione chirurgica?
A	Invasione della sottomucosa per >1 mm (T1)
B	Invasione vascolare
C	Invasione perineurale
D	Carcinoma "in situ" (Tis)
E	Scarsamente differenziato (G3)

28	Nelle neoplasie cistiche mucinose del pancreas quale delle seguenti affermazioni può essere considerata corretta:
A	Le si osserva soprattutto nei giovani maschi
B	Si localizzano prevalentemente a livello della testa del pancreas
C	Sono una rara condizione che ha un potenziale maligno. La terapia è chirurgica
D	Hanno una evolutività sovrapponibile a quella delle neoplasie cistiche sierose
E	Non presentano particolari rischi evolutivo e richiedono soltanto un follow-up

29	Nell'ittero ostruttivo da carcinoma della testa del pancreas quale di queste non è una indicazione al drenaggio endoscopico della via biliare principale?
A	La preparazione all'intervento resettivo con intento radicale
B	La presenza di colangite
C	L'indicazione alla ChT neoadiuvante
D	Le cure palliative
E	l'ittero severo o ingravescente

TEST prima prova

1

30	Quale di queste è una controindicazione alla Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) nel trattamento delle lesioni neoplastiche del retto?
A	Sede extraperitoneale
B	Non circonferenziale
C	Stadiazione ecoendoscopica uT1 sm1
D	Grading G1
E	Linfonodi nel mesoretto con diametro >8 mm

TEST prima prova

1



*Concorso Dirigente medico di
Chirurgia generale
28 gennaio 2019*

*sede di svolgimento
Officine H: **Corso di Laurea in
Infermieristica**
Ivrea*

CORRETTORE

La prima prova d'esame, estratta fra tre prove equivalenti, consta di 30 domande a scelta multipla (5 scelte per ogni domanda).

Vengono conteggiate al fine di ottenere il punteggio solo le risposte esatte, mentre non viene tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

La prova viene considerata superata, se il candidato risponde correttamente ad almeno 21 domande.

Per ogni domanda bisogna indicare con una crocetta una sola risposta esatta.

Qualora il candidato avesse un ripensamento e apponesse due crocette in risposta alla stessa domanda, può aggiungere "no" a quella ritenuta sbagliata.

Questo foglio deve rimanere assolutamente anonimo e il candidato non deve apporre alcun segno che ne possa determinare il riconoscimento.

TEST prima prova

1

1	<p>In base alle linee guida SIAPEC-AIT-AME-SIE 2014, eseguito FNA, quale azione clinica è suggerita in caso di nodulo tiroideo con citologia TIR3B ?</p> <p>A Ripetere FNA</p> <p>B Exeresi chirurgica</p> <p>C Exeresi chirurgica con esame estemporaneo al criostato</p> <p>D Completare necessariamente la diagnostica con Scintigrafia Tiroidea</p> <p>E Follow-up</p>
2	<p>Nel carcinoma midollare della tiroide, in assenza di documentate metastasi linfonodali cervicali e con calcitonina <200, la condotta chirurgica prevede:</p> <p>A Tiroidectomia totale extracapsulare con linfadenectomia laterocervicale bilaterale</p> <p>B Tiroidectomia totale extracapsulare con linfadenectomia del solo VI livello</p> <p>C Tiroidectomia totale extracapsulare con linfadenectomia del VI livello e dei linfonodi laterocervicali omolaterali alla lesione tumorale</p> <p>D Tiroidectomia totale extracapsulare</p> <p>C Loboistmectomia omolaterale alla lesione con linfadenectomia del solo VI livello e dei linfonodi laterocervicali omolaterali alla lesione tumorale</p>
3	<p>la paratiroidectomia per iperparatiroidismo secondario prevede:</p> <p>A L'asportazione delle paratiroidi iperplastiche, lasciando un unico piccolo residuo paratiroideo, che va segnato con un filo non riassorbibile e con una clip, avendo cura di non asportare l'omento tireotimico</p> <p>B L'asportazione delle paratiroidi iperplastiche, lasciando un unico piccolo residuo paratiroideo, che va segnato con un filo non riassorbibile e con una clip, e dell'omento tireotimico</p> <p>C L'asportazione degli adenomi paratiroidi presenti, segnando con un filo non riassorbibile o una clip le paratiroidi lasciate in sede, avendo cura di non asportare l'omento tireotimico</p> <p>D L'asportazione degli adenomi paratiroidi presenti e dell'omento tireotimico, segnando con un filo non riassorbibile o una clip le paratiroidi lasciate in sede</p> <p>E L'asportazione con tecnica mininvasiva dell'adenoma paratiroideo, previa esecuzione di scintigrafia paratiroidea con sestamibi</p>
4	<p>Secondo le linee guida SICVE-SIF 2016 in caso di Trombosi Venosa Superficiale (TVS) quale trattamento clinico o diagnostico è indicato?</p> <p>A E' indicato eseguire un eco-color-Doppler venoso per diagnosticare sede ed entità della patologia e per escludere una trombosi venosa profonda (TVP) concomitante.</p> <p>B E' indicata la terapia con EBPM per almeno un mese o con fondaparinux 2,5 mg al giorno per 45 giorni e l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calze elastiche.</p> <p>C Se la TVS è vicina alla crosse safeno-femorale o safeno-poplitea l'EBPM a dosi terapeutiche o l'intervento chirurgico (legatura/crossectomia) sono entrambe soluzioni terapeutiche indicate; mentre in caso di TVS isolate confinate a varicosità del segmento sotto il ginocchio, è indicata l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calza elastica.</p> <p>D Tutte le precedenti</p> <p>E Nessuna delle precedenti</p>

TEST prima prova

1

5	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nelle pazienti con carcinoma mammario sottoposte a chemioterapia neoadiuvante, in caso di riscontro di macrometastasi alla biopsia del linfonodo sentinella, quale ulteriore trattamento ascellare è indicato?
A	può essere presa in considerazione la omissione della dissezione ascellare, se la chirurgia mammaria è conservativa
B	può essere presa in considerazione la omissione della dissezione ascellare, se è stata effettuata una mastectomia
C	si deve sempre procedere a dissezione ascellare
D	si deve procedere a dissezione ascellare solo se vi è una positività citologica all'agobiopsia del linfonodo prima della chemioterapia neoadiuvante
E	può essere presa in considerazione la omissione della dissezione ascellare, se non è prevista la radioterapia adiuvante

6	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nella chirurgia conservativa del DCIS mammario quale è la distanza del margine di resezione chirurgico dalle cellule tumorali, al di sotto della quale il tasso di recidiva aumenta significativamente?
A	25 mm
B	15 mm
C	10 mm
D	assenza di cellule tumorali sul margine chinato
E	2 mm

7	Quale delle seguenti affermazioni a riguardo dello studio con RM delle neoplasie della mammella è falsa?
A	Il suo utilizzo è associato ad una diminuzione delle mastectomie
B	E' indicata per valutare l'effetto della terapia neoadiuvante
C	E' utile nello studio dell'estensione della malattia e nella ricerca di lesioni satelliti
D	Il suo utilizzo è importante nello studio del carcinoma lobulare invasivo
E	il suo utilizzo è importante nella valutazione delle donne con protesi mammarie

8	Per legatura bassa dell'arteria mesenterica inferiore si intende:
A	a due cm dall'origine per salvaguardare il plesso ipogastrico
B	dopo l'origine dell'arteria colica di sinistra
C	dopo l'origine delle sigmoidee
D	Dopo l'origine di un'arteria colica media accessoria
E	Tutte le precedenti

9	Dove sono localizzati i linfonodi di II livello ascellare?
A	Lateralmente al muscolo piccolo pettorale
B	Sotto il muscolo piccolo pettorale, fra il suo margine mediale e laterale
C	Medialmente al muscolo piccolo pettorale
D	Nello spazio fra il muscolo piccolo e grande pettorale
E	Tutte le precedenti

10	Secondo le linee guida AIOM 2018 l'exeresi a scopo diagnostico di una lesione primitiva sospetta per melanoma è eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale con quale margine di cute sana?
A	Non superiore a 2 mm
B	Non superiore a 10 mm
C	Non superiore a 12 mm
D	Non superiore a 20 mm

TEST prima prova

1

11	Secondo le linee guida AIOM 2018 nel melanoma invasivo in stadio precoce, dopo biopsia diagnostica, è raccomandabile eseguire un allargamento con un margine adeguato allo spessore di Breslow:	
	A	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 2 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 3 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
	B	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
	C	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento non necessario melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
	D	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Non può essere giustificata una escissione con margini meno estesi
	E	Melanoma in situ: allargamento 5 mm melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
12	La Mirizzi tipo II, secondo la classificazione di Csendes, identifica:	
	A	Assenza di fistola e pervietà del dotto cistico
	B	Assenza di fistola con ostruzione completa del dotto cistico
	C	Presenza di fistola di dimensioni inferiori del 33% del diametro del dotto epatico comune
	D	Presenza di fistola di dimensioni comprese tra il 33% e il 66% del diametro del dotto epatico comune
	E	Presenza di fistola di dimensioni maggiori del 66% del diametro del dotto epatico comune
13	Indicazioni riconosciute alla conversione VLS vs Open nell'ulcera peptica perforata	
	A	Ampiezza della perforazione >10 mm e/o riscontro di margini della lesione friabili e non affrontabili
	B	Non visualizzazione dell'ulcera perforata
	C	Sospetto di lesione cancerizzata
	D	Tutte le precedenti
	E	Nessuna delle precedenti
14	Nel carcinoma gastrico resecabile la classificazione della radicalità chirurgica in accordo con l'UICC di seguito riportata presenta un errore, indica quale:	
	A	Rx: la presenza della radicalità chirurgica non può essere valutata
	B	R0: assenza di tumore residuo
	C	R1: residuo tumorale microscopico (trancia di sezione)
	D	R2: residuo tumorale macroscopicamente evidente
	E	R3: carcinosi peritoneale

TEST prima prova

1

15	Un corretto trattamento dell'ascesso perianale prevede:	
A	Incidere l'ascesso il più precocemente possibile, meglio se allo stato di flemmone, previa somministrazione di antibiotici iniziati per tempo	
B	Aspettare la maturazione con relativa superficializzazione dell'ascesso, inciderlo e drenarlo, senza somministrare antibiotici neanche nella fase acuta, se non nei soggetti anziani, defedati o immunodepressi. Se si evidenzia un tramite fistoloso va trattato immediatamente ponendo un setone	
C	Aspettare la maturazione con relativa superficializzazione dell'ascesso, inciderlo e drenarlo, senza somministrare antibiotici neanche nella fase acuta, se non nei soggetti anziani, defedati o immunodepressi. Se si evidenzia un tramite fistoloso lo si tratterà in un secondo tempo a risoluzione del processo infettivo/flogistico	
D	Pungere l'ascesso, evacuandolo e intraprendere contestualmente una terapia antibiotica a largo spettro	
E	Pungere l'ascesso, evacuandolo, senza somministrazione di terapia antibiotica neanche nella fase acuta	

16	In quali casi è indicato L'intervento di S.T.A.R.R. (Stapled Trans Anal Rectal Resection)?	
A	Sindrome da ostruita defecazione	
B	Rettocele	
C	Prolasso interno del retto	
D	Tutte le precedenti	
E	Nessuna delle precedenti	

17	Quali sono i segni clinici che possono associarsi a un prolasso emorroidario?	
A	Sanguinamento alla defecazione	
B	Prurito anale	
C	Bruciore anale	
D	Nessuna delle precedenti	
E	Tutte le precedenti	

18	Definizione dell'ernia di Littré:	
A	Ernia inguinale contenente il diverticolo di Meckel	
B	Ernia crurale contenente l'appendice cecale	
C	Ernia inguinale contenente l'appendice cecale	
D	Ernia crurale contenente la parete antimesenterica del colon	
E	Ernia inguinale da scivolamento	

19	Definizione di Late Dumping Syndrome dopo gastrectomia totale:	
A	Ipovolemia da richiamo di liquidi in sede intestinale per ridotto assorbimento glicidico	
B	Dolore post-prandiale e vomito esplosivo di bile senza alimenti	
C	Dolore post-prandiale e vomito alimentare	
D	Eccessiva crescita di microrganismi aerobi ed anaerobi nel piccolo intestino	
E	Sindrome ipoglicemica che inizia da una a tre ore dopo aver mangiato un pasto ad alto contenuto di zuccheri.	

TEST prima prova

1

20	Secondo le linee guida AIOM del carcinoma gastrico, quale di queste affermazioni è falsa ?	
A	Il numero di linfonodi metastatici e il rapporto fra questi e il numero totale di linfonodi asportati ed esaminati sono tra i più importanti fattori prognostici per i pazienti con cancro gastrico sottoposti a trattamento radicale	
B	E' raccomandata l'asportazione di almeno 16 linfonodi, necessaria per potere classificare un paziente N3b: una linfadenectomia D1 non consente una stadiazione accurata	
C	Sono dimostrati significativi vantaggi in termini di sopravvivenza della linfadenectomia D2 rispetto alla D1	
D	La linfadenectomia D2+ o D3 è da raccomandare perché migliora la sopravvivenza e non aumenta le complicanze	
E	Nessuna delle precedenti	

21	Nell'ambito del protocollo ERAS quale di queste affermazioni relativa ai criteri di inclusione è falsa ?	
A	Consenso informato e acquisito dopo accurato counseling con infermiere, anestesista, chirurgo, dietologo, se possibile anche alla presenza di familiari	
B	ASA score I, II, III, IV	
C	Patologia colica e rettale superiore	
D	Laparoscopia, laparotomia, robotica	
E	Intervento in elezione e in urgenza	

22	L'ernia di Grynfeltt-Lesshaft si impegna nel triangolo anatomico lombare superiore omonimo costituito da:	
A	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e dal margine della XII costa	
B	Cresta iliaca, obliquo esterno e latissimus dorsi (gran dorsale)	
C	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e cresta iliaca	
D	Muscoli spinali, muscolo obliquo esterno e dalla cresta iliaca	
E	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	

23	La sindrome MEN 1 (cosiddetta sindrome di Wermer o delle 3 p) si associa alle seguenti neoplasie tranne una; quale?	
A	Adenoma delle paratiroidi	
B	Carcinoma midollare della tiroide	
C	Adenoma ipofisario	
D	Tumori neuroendocrini del pancreas	
E	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	

24	Quale di queste affermazioni è sbagliata in riferimento al Basedow?	
A	La sola terapia medica con Metimazolo può portare a guarigione	
B	E' un gozzo diffuso tossico	
C	E' inquadrabile fra le tiroiditi autoimmuni	
D	La tiroidectomia può determinare benefici sull'eventuale oftalmopatia	
E	L'unico trattamento efficace è la tiroidectomia totale.	

TEST prima prova

1

25	Secondo le linee guida SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgery, 2016) e IEHS (International Endo-Hernia Society, 2014), un laparocele mediano è trattabile per via laparoscopica con tecnica IPOM (IntraPeritoneal Onlay Mesh) se il diametro della porta erniaria è:
A	<10 cm
B	<12 cm
C	<14 cm
D	<16 cm
E	<18 cm

26	Quale di queste raccomandazioni relative alla chirurgia rettale è falsa secondo le linee guida AIOM 2018?
A	Il carcinoma rettale intraperitoneale andrebbe trattato come il carcinoma del colon
B	Studi recenti documentano che una chiusura della stomia di protezione dopo due settimane dal suo confezionamento sia equivalente, se non più vantaggioso, di una chiusura dopo due mesi
C	Nel carcinoma del retto localmente avanzato medio-alto è sufficiente eseguire l'asportazione del mesoretto per almeno 5 cm a valle del polo inferiore della neoplasia
D	Se programmata la stomia, questa andrebbe segnata dall'enterostomista col paziente in posizione eretta
E	Nessuna delle precedenti

27	Quale dei seguenti reperti anatomico-patologici relativi a una lesione del colon asportata con tecnica EMR (Endoscopic Mucosal Resection) non rappresenta un'indicazione alla radicalizzazione tramite resezione chirurgica?
A	Invasione della sottomucosa per >1 mm (T1)
B	Invasione vascolare
C	Invasione perineurale
D	Carcinoma "in situ" (Tis)
E	Scarsamente differenziato (G3)

28	Nelle neoplasie cistiche mucinose del pancreas quale delle seguenti affermazioni può essere considerata corretta:
A	Le si osserva soprattutto nei giovani maschi
B	Si localizzano prevalentemente a livello della testa del pancreas
C	Sono una rara condizione che ha un potenziale maligno. La terapia è chirurgica
D	Hanno una evolutività sovrapponibile a quella delle neoplasie cistiche sierose
E	Non presentano particolari rischi evolutivo e richiedono soltanto un follow-up

29	Nell'ittero ostruttivo da carcinoma della testa del pancreas quale di queste non è una indicazione al drenaggio endoscopico della via biliare principale?
A	La preparazione all'intervento resettivo con intento radicale
B	La presenza di colangite
C	L'indicazione alla ChT neoadiuvante
D	Le cure palliative
E	l'ittero severo o ingravescente

TEST prima prova

1

30	Quale di queste è una controindicazione alla Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) nel trattamento delle lesioni neoplastiche del retto?
A	Sede extraperitoneale
B	Non circonferenziale
C	Stadiazione ecoendoscopica uT1 sm1
D	Grading G1
E	Linfonodi nel mesoretto con diametro >8 mm

TEST prima prova

2



*Concorso Dirigente medico di
Chirurgia generale
28 gennaio 2019*

*sede di svolgimento
Officine H: Corso di Laurea in
Infermieristica
Ivrea*

La prima prova d'esame, estratta fra tre prove equivalenti, consta di 30 domande a scelta multipla (5 scelte per ogni domanda).

Vengono conteggiate al fine di ottenere il punteggio solo le risposte esatte, mentre non viene tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

La prova viene considerata superata, se il candidato risponde correttamente ad almeno 21 domande.

Per ogni domanda bisogna indicare con una crocetta una sola risposta esatta.

Qualora il candidato avesse un ripensamento e apponesse due crocette in risposta alla stessa domanda, può aggiungere "no" a quella ritenuta sbagliata.

Questo foglio deve rimanere assolutamente anonimo e il candidato non deve apporre alcun segno che ne possa determinare il riconoscimento.

TEST prima prova

2

1	Indicare quali sono i nervi che vanno salvaguardati durante l'intervento di tiroidectomia e che determinano <u>rispettivamente</u> la motilità e il tono delle corde vocali e da quale nervo cranico o spinale derivano
A	nervo laringeo ricorrente e branca esterna del nervo laringeo superiore. Entrambi derivano dal II paio di nervi spinali cervicali
B	nervo laringeo inferiore ricorrente e branca esterna del nervo laringeo superiore. Entrambi derivano dal X paio di nervi cranici
C	branca esterna del nervo laringeo superiore e nervo laringeo inferiore ricorrente. Entrambi derivano dal X paio di nervi cranici
D	branca esterna del nervo laringeo superiore e nervo laringeo inferiore ricorrente. Entrambi derivano dal II paio di nervi spinali cervicali
E	nervo laringeo ricorrente, che deriva dal X paio di nervi cranici, e branca esterna del nervo laringeo superiore, che deriva dall'XI paio di nervi cranici
2	Le metastasi nella tiroide sono rare. Quali tumori di quelli di sotto riportati più frequentemente metastatizzano nella tiroide?:
A	Renali
B	Polmonari
C	Mammari
D	Del Colon
C	Melanomi
3	Nell'iperparatiroidismo primitivo quale trattamento è indicato?
A	Terapia medica con privazione totale di calcio dalla dieta e somministrazione a dosi off label di calcitriolo
B	L'asportazione dell'adenoma paratiroideo e crioconservazione per eventuale reimpianto
C	Terapia con calciomimetici
D	Terapia con radioisotopi dell'adenoma paratiroideo, previa esecuzione di scintigrafia paratiroidea con sestamibi
E	L'asportazione con tecnica mininvasiva dell'adenoma paratiroideo, previa esecuzione di scintigrafia paratiroidea con sestamibi
4	Secondo le linee guida SICVE-SIF 2016 in caso di Trombosi Venosa Superficiale (TVS) quale trattamento clinico o diagnostico è indicato?
A	E' indicato eseguire un eco-color-Doppler venoso per diagnosticare sede ed entità della patologia e per escludere una trombosi venosa profonda (TVP) concomitante.
B	E' indicata la terapia con EBPM per almeno un mese o con fondaparinux 2,5 mg al giorno per 45 giorni e l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calze elastiche.
C	Se la TVS è vicina alla crosse safeno-femorale o safeno-poplitea l'EBPM a dosi terapeutiche o l'intervento chirurgico (legatura/crossectomia) sono entrambe soluzioni terapeutiche indicate; mentre in caso di TVS isolate confinate a varicosità del segmento sotto il ginocchio, è indicata l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calza elastica.
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti

TEST prima prova

2

5	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nelle pazienti con carcinoma mammario sino a 5 cm (cT2), dopo riscontro di micrometastasi al linfonodo sentinella, quale trattamento ascellare è indicato?	
	A	dissezione ascellare di I e II livello
	B	dissezione ascellare di I II e III livello
	C	nessun ulteriore trattamento ascellare
	D	nessun trattamento ascellare se chirurgia mammaria conservativa
E	nessun trattamento ascellare solo se successiva radioterapia adiuvante	
6	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, dopo terapia chirurgica conservativa nel carcinoma invasivo mammario, quando è indicata una riescisione dopo la valutazione patologica dei margini chirurgici?	
	A	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 2 mm
	B	se sono presenti cellule tumorali sul margine chinato
	C	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 25 mm
	D	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 15 mm
E	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 10 mm	
7	Quale delle seguenti affermazioni a riguardo del carcinoma lobulare in situ (LCIS) della mammella è vera?	
	A	La lesione è spesso associata a metastasi ascellari
	B	E' considerata una lesione benigna
	C	Le pazienti con queste lesioni sono candidate a radioterapia
	D	La variante pleomorfa (PLCIS) ha una prognosi migliore
E	Non deve essere considerato un marcatore di rischio di neoplasia infiltrante	
8	secondo le linee guida AIOM, tutte le seguenti sono controindicazioni alla chirurgia oncologica conservativa della mammella (quadrantectomia seguita da radioterapia adiuvante), tranne una; quale?	
	A	Elevato rapporto dimensionale tra volume neoplastico e volume mammario
	B	Primo trimestre di gravidanza
	C	Multifocalità
	D	pregressa radioterapia toracica
E	Diametro tumorale >2 cm	
9	Secondo le linee guida AIOM 2018 l'exeresi a scopo diagnostico di una lesione primitiva sospetta per melanoma è eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale con quale margine di cute sana?	
	A	Non superiore a 2 mm
	B	Non superiore a 10 mm
	C	Non superiore a 12 mm
	D	Non superiore a 15 mm
E	Non superiore a 20 mm	
10	Quale arteria del circolo splanchnico è più frequentemente interessata da aneurismi?	
	A	Mesenterica superiore
	B	Splenica
	C	Epatica comune
	D	Gastrica di sinistra
E	Gastroepiploica sinistra	

TEST prima prova

2

11	Secondo le linee guida AIOM 2018 nel melanoma invasivo in stadio precoce, dopo biopsia diagnostica, è raccomandabile eseguire un allargamento con un margine adeguato allo spessore di Breslow:
A	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 2 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 3 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
B	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
C	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento non necessario melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
D	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Non può essere giustificata una escissione con margini meno estesi
E	Melanoma in situ: allargamento 5 mm melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up

12	In corrispondenza di quali strutture anatomiche si fa strada l'ernia di Spigelio?
A	Nel canale otturatorio
B	Nel canale femorale
C	A livello del Triangolo di Petit
D	Lateralmente al muscolo retto, all'angolo esterno dell'arcata di Douglas
E	In sede paravertebrale

13	Quale di questi rappresenta il principale fattore prognostico dei tumori neuroendocrini? (indicare la risposta corretta):
A	Dimensioni
B	Indice proliferativo (Ki67)
C	Livelli sierici di cromogranina A
D	Localizzazione
E	Elevata captazione all'Octreoscan

14	Nel carcinoma gastrico resecabile a quale ricostruzione gastro-digiunale sec. Billroth 2 corrisponde la variante su ansa defunzionizzata?
A	Kroenlein
B	Reichel-Polya
C	Roux
D	Hoffmeister-Finsterer
E	Braun

TEST prima prova

2

15	Quale di queste raccomandazioni relative alla chirurgia coloretale è falsa secondo le linee guida AIOM 2018?
A	Il tempo di attesa fra diagnosi e intervento non dovrebbe superare le 4 settimane
B	In caso di organi adiacenti infiltrati, i tassi di mortalità specifica a 5 anni e di recidiva sono significativamente più bassi quando la resezione viene eseguita in blocco
C	I 2 cm sono il margine minimo accettabile distalmente e prossimalmente alla neoplasia
D	Nelle neoplasie del sigma-retto la legatura bassa dell'arteria mesenterica inferiore (dopo l'origine della colica di sinistra) è ritenuta sufficiente per la radicalità oncologica e garantisce una migliore vascolarizzazione del moncone prossimale, soprattutto negli anziani
E	Nessuna delle precedenti

16	Nel trattamento della fistola perianale la tecnica "FiLaC" (Fistula Laser Closure) prevede:
A	L'utilizzo dell'attivazione della trombina per formare un coagulo di fibrina che, applicato con un particolare inseritore, chiude meccanicamente il tramite fistoloso.
B	L'inserimento nel tramite fistoloso di un piccolo "fistuloscopio" a fibre ottiche attraverso il quale è possibile, dopo avere esplorato la fistola, cauterizzare i tramiti o inserire la colla di cianoacrilato nell'interno degli stessi.
C	L'utilizzo di una speciale fibra ottica e di un generatore laser a diodi con potenza di almeno 15 watt per provocare la sterilizzazione e denaturazione dei tessuti del tramite fistoloso inducendone la chiusura.
D	L'utilizzo di un tappo costituito da un copolimero di acido poliglicolico e trimetilene-carbonato che viene adattato e modellato dal chirurgo secondo le caratteristiche del tramite fistoloso e gradualmente assorbito dai tessuti.
E	L'apertura chirurgica dello spazio intersfinterico nell'ambito del quale viene legato e sezionato il tramite fistoloso a ridosso dell'orifizio interno che viene a sua volta suturato.

17	Quale esame è indicato nella diagnosi e nello studio pre-operatorio delle fistole perianali?
A	Ecografia con sonda lineare
B	TC
C	Fistulografia
D	Ecografia 3D con sonda rotante a 360°
E	Tutte le precedenti

18	Quale delle seguenti definizioni corrisponde al colangiocarcinoma peri-ilare 3A secondo la classificazione di Bismuth-Corlette (tumore di Klatskin)?
A	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune sotto la convergenza
B	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, senza coinvolgimento dei dotti biliari di destra e sinistra
C	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, con coinvolgimento di entrambi i dotti intraepatici
D	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, con coinvolgimento del solo dotto intraepatico sinistro
E	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, con coinvolgimento del solo dotto intraepatico destro

TEST prima prova

2

19	La conseguenza della pinza aorto-mesenterica è:	
	A	La compressione della terza porzione del duodeno
	B	La compressione del corpo pancreatico
	C	La trombosi portale da compressione
	D	l'ipertensione arteriosa da compressione dell'arteria renale destra
20	Quale di queste condizioni non rappresenta una controindicazione al posizionamento di stent endoscopico per occlusione intestinale neoplastica ?	
	A	Perforazione intestinale
	B	Emorragia intestinale attiva
	C	Neoplasia stenosante coloretale a non meno di 5 cm dalla rima anale
	D	Carcinosi peritoneale
21	In base alle linee guida AIOM per il carcinoma dello stomaco, quale di queste affermazioni è falsa ?	
	A	La linfadenectomia D2 dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione nella chirurgia del cancro gastrico
	B	Nei tumori localmente avanzati (T4b) un trattamento neoadiuvante può essere considerato rispetto alla sola chirurgia
	C	Sono dimostrati significativi vantaggi in termini di sopravvivenza della linfadenectomia D2 rispetto alla D1
	D	Nei pazienti anziani la radicalità dell'intervento non può essere considerata la scelta terapeutica prioritaria
22	E' comunemente accettato che le neoplasie tipo III di Siewert vengano considerate e trattate come tumori gastrici	
	E' comunemente accettato che le neoplasie tipo III di Siewert vengano considerate e trattate come tumori gastrici	
	E' comunemente accettato che le neoplasie tipo III di Siewert vengano considerate e trattate come tumori gastrici	
	E' comunemente accettato che le neoplasie tipo III di Siewert vengano considerate e trattate come tumori gastrici	
	E' comunemente accettato che le neoplasie tipo III di Siewert vengano considerate e trattate come tumori gastrici	
22	Nell'ambito del protocollo ERAS quale di queste affermazioni relativa ai criteri di inclusione è falsa ?	
	A	Consenso informato e acquisito dopo accurato counseling con infermiere, anestesista, chirurgo e dietologo, se possibile anche alla presenza di familiari
	B	ASA score I, II, III, IV
	C	Patologia colica e rettale medio inferiore
	D	Laparoscopia, laparotomia, robotica
23	Intervento in elezione	
	Intervento in elezione	
23	L'ernia di Petit si impegna nel triangolo anatomico lombare inferiore omonimo costituito da:	
	A	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e dal margine della XII costa
	B	Cresta iliaca, obliquo esterno e latissimus dorsi (gran dorsale)
	C	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e XII costa
	D	Muscoli spinali, muscolo obliquo esterno e dalla XII costa
24	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	
	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	
	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	
	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	
	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	
24	La sindrome MEN 1 (cosiddetta sindrome di Wermer o delle 3 p) si associa alle seguenti neoplasie tranne una; quale?	
	A	Adenoma delle paratiroidi
	B	Adenoma ipofisario
	C	Feocromocitoma
	D	Tumori neuroendocrini del pancreas
24	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	
	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	
	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	
	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	
	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	

TEST prima prova

2

25	Quale delle seguenti affermazioni relative ai tumori differenziati della tiroide non è corretta?	
	A	L'istotipo più comune è il papillifero
	B	La presenza di micrometastasi ai linfonodi cervicali non ha particolare significato biologico negativo
	C	il principale elemento che caratterizza il carcinoma follicolare è l'invasione capsulare
	D	il carcinoma follicolare ha una maggiore tendenza alla disseminazione linfonodale cervicale rispetto al papillifero
E	In base alle caratteristiche morfologiche e anatomopatologiche della lesione la loboistmectomia può essere considerata una alternativa alla tiroidectomia.	
26	Quale di questi criteri clinici non è incluso nell'Eckardt Score (adottato per determinare la gravità dell'acalasia e l'efficacia della terapia)?	
	A	Dolore retrosternale
	B	Disfagia per i liquidi e per i solidi
	C	Rigurgito (non acido/non digerito, post prandiale precoce)
	D	Ematemesi
E	Calo ponderale	
27	Tutti i seguenti sono possibili markers sierici di ischemia mesenterica acuta tranne uno; quale?	
	A	Calcitonina
	B	Lattati
	C	D-dimero
	D	Amilasi
E	Mioglobina	
28	Nelle neoplasie cistiche sierose del pancreas quale delle seguenti affermazioni può essere considerata corretta:	
	A	Sono tipiche del sesso femminile e il picco di incidenza è in età adolescenziale
	B	Si localizzano prevalentemente a livello della testa del pancreas
	C	Hanno una evolutività sovrapponibile a quella delle neoplasie cistiche mucinose
	D	Sono una rara condizione che ha un potenziale maligno. La terapia è chirurgica
E	Se asintomatiche, l'intervento chirurgico può essere evitato, anche se è consigliato un follow-up radiologico a cadenza almeno annuale	
29	Nella stadiazione del carcinoma del retto (indicare la risposta corretta):	
	A	La risonanza magnetica descrive una distanza del margine inferiore della neoplasia dall'ano generalmente inferiore rispetto alla distanza stimata dalla rettoscopia
	B	E' sempre necessario eseguire uno studio completo del colon; eventualmente, anche con la colonscopia virtuale, se la lesione rettale non è valicabile dallo strumento endoscopico
	C	Il riscontro di linfonodi nel mesoretto con diametro >8 mm è considerato sospetto per disseminazione linfatica
	D	La TC del torace è sempre indicata nella stadiazione
E	Tutte le precedenti	

TEST prima prova

2

30	Quale di queste affermazioni relative al trattamento neoadiuvante delle neoplasie del retto è falsa:
A	L'indicazione alla terapia neoadiuvante si basa principalmente sulla valutazione della risonanza magnetica
B	La RT <i>short course</i> è equivalente alla RT+ChT <i>long course</i> nel trattamento del carcinoma del retto localmente avanzato con sospette metastasi linfonodali del mesoretto in termini di rischio di ripresa di malattia
C	La radiochemioterapia neoadiuvante si associa a un minore tasso di recidiva rispetto al trattamento adiuvante postoperatorio
D	Il <i>timing</i> della resezione chirurgica del retto dopo radiochemioterapia neoadiuvante è solitamente 8–10 settimane dopo il termine del trattamento
E	In caso di risposta patologica completa (ypT0) nei pazienti a elevato rischio operatorio è lecito proporre un <i>follow up</i> ogni tre mesi con rettoscopia e risonanza magnetica e prendere in considerazione la chirurgia resettiva solo in caso di ripresa di malattia

TEST prima prova
2



*Concorso Dirigente medico di
Chirurgia generale
28 gennaio 2019*

*sede di svolgimento
Officine H: Corso di Laurea in
Infermieristica
Ivrea*

CORRETTORE

La prima prova d'esame, estratta fra tre prove equivalenti, consta di 30 domande a scelta multipla (5 scelte per ogni domanda).

Vengono conteggiate al fine di ottenere il punteggio solo le risposte esatte, mentre non viene tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

La prova viene considerata superata, se il candidato risponde correttamente ad almeno 21 domande.

Per ogni domanda bisogna indicare con una crocetta una sola risposta esatta.

Qualora il candidato avesse un ripensamento e apponesse due crocette in risposta alla stessa domanda, può aggiungere "no" a quella ritenuta sbagliata.

Questo foglio deve rimanere assolutamente anonimo e il candidato non deve apporre alcun segno che ne possa determinare il riconoscimento.

TEST prima prova

2

1	Indicare quali sono i nervi che vanno salvaguardati durante l'intervento di tiroidectomia e che determinano <u>rispettivamente</u> la motilità e il tono delle corde vocali e da quale nervo cranico o spinale derivano	
	A	nervo laringeo ricorrente e branca esterna del nervo laringeo superiore. Entrambi derivano dal II paio di nervi spinali cervicali
	B	nervo laringeo inferiore ricorrente e branca esterna del nervo laringeo superiore. Entrambi derivano dal X paio di nervi cranici
	C	branca esterna del nervo laringeo superiore e nervo laringeo inferiore ricorrente. Entrambi derivano dal X paio di nervi cranici
	D	branca esterna del nervo laringeo superiore e nervo laringeo inferiore ricorrente. Entrambi derivano dal II paio di nervi spinali cervicali
	E	nervo laringeo ricorrente, che deriva dal X paio di nervi cranici, e branca esterna del nervo laringeo superiore, che deriva dall'XI paio di nervi cranici
2	Le metastasi nella tiroide sono rare. Quali tumori di quelli di sotto riportati più frequentemente metastatizzano nella tiroide?:	
	A	Renali
	B	Polmonari
	C	Mammari
	D	Del Colon
	C	Melanomi
3	Nell'iperparatiroidismo primitivo quale trattamento è indicato?	
	A	Terapia medica con privazione totale di calcio dalla dieta e somministrazione a dosi off label di calcitriolo
	B	L'asportazione dell'adenoma paratiroideo e crioconservazione per eventuale reimpianto
	C	Terapia con calciomimetici
	D	Terapia con radioisotopi dell'adenoma paratiroideo, previa esecuzione di scintigrafia paratiroidea con sestamibi
	E	L'asportazione con tecnica mininvasiva dell'adenoma paratiroideo, previa esecuzione di scintigrafia paratiroidea con sestamibi
4	Secondo le linee guida SICVE-SIF 2016 in caso di Trombosi Venosa Superficiale (TVS) quale trattamento clinico o diagnostico è indicato?	
	A	E' indicato eseguire un eco-color-Doppler venoso per diagnosticare sede ed entità della patologia e per escludere una trombosi venosa profonda (TVP) concomitante.
	B	E' indicata la terapia con EBPM per almeno un mese o con fondaparinux 2,5 mg al giorno per 45 giorni e l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calze elastiche.
	C	Se la TVS è vicina alla crosse safeno-femorale o safeno-poplitea l'EBPM a dosi terapeutiche o l'intervento chirurgico (legatura/crossectomia) sono entrambe soluzioni terapeutiche indicate; mentre in caso di TVS isolate confinate a varicosità del segmento sotto il ginocchio, è indicata l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calza elastica.
	D	Tutte le precedenti
	E	Nessuna delle precedenti

TEST prima prova

2

5	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nelle pazienti con carcinoma mammario sino a 5 cm (cT2), dopo riscontro di micro metastasi al linfonodo sentinella, quale trattamento ascellare è indicato?
A	dissezione ascellare di I e II livello
B	dissezione ascellare di I II e III livello
C	nessun ulteriore trattamento ascellare
D	nessun trattamento ascellare se chirurgia mammaria conservativa
E	nessun trattamento ascellare solo se successiva radioterapia adiuvante

6	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, dopo terapia chirurgica conservativa nel carcinoma invasivo mammario, quando è indicata una riescisione dopo la valutazione patologica dei margini chirurgici?
A	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 2 mm
B	se sono presenti cellule tumorali sul margine chinato
C	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 25 mm
D	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 15 mm
E	se la distanza tra cellule tumorali e margine di resezione è inferiore a 10 mm

7	Quale delle seguenti affermazioni a riguardo del carcinoma lobulare in situ (LCIS) della mammella è vera?
A	La lesione è spesso associata a metastasi ascellari
B	E' considerata una lesione benigna
C	Le pazienti con queste lesioni sono candidate a radioterapia
D	La variante pleomorfa (PLCIS) ha una prognosi migliore
E	Non deve essere considerato un marcatore di rischio di neoplasia infiltrante

8	secondo le linee guida AIOM, tutte le seguenti sono controindicazioni alla chirurgia oncologica conservativa della mammella (quadrantectomia seguita da radioterapia adiuvante), tranne una; quale?
A	Elevato rapporto dimensionale tra volume neoplastico e volume mammario
B	Primo trimestre di gravidanza
C	Multifocalità
D	pregressa radioterapia toracica
E	Diametro tumorale >2 cm

9	Secondo le linee guida AIOM 2018 l'exeresi a scopo diagnostico di una lesione primitiva sospetta per melanoma è eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale con quale margine di cute sana?
A	Non superiore a 2 mm
B	Non superiore a 10 mm
C	Non superiore a 12 mm
D	Non superiore a 20 mm

10	Quale arteria del circolo splancnico è più frequentemente interessata da aneurismi?
A	Mesenterica superiore
B	Splenica
C	Epatica comune
D	Gastrica di sinistra
E	Gastroepiploica sinistra

TEST prima prova

2

11	Secondo le linee guida AIOM 2018 nel melanoma invasivo in stadio precoce, dopo biopsia diagnostica, è raccomandabile eseguire un allargamento con un margine adeguato allo spessore di Breslow:
A	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 2 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 3 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
B	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
C	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento non necessario melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
D	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Non può essere giustificata una escissione con margini meno estesi
E	Melanoma in situ: allargamento 5 mm melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up

12	In corrispondenza di quali strutture anatomiche si fa strada l'ernia di Spigelio?
A	Nel canale otturatorio
B	Nel canale femorale
C	A livello del Triangolo di Petit
D	Lateralmente al muscolo retto, all'angolo esterno dell'arcata di Douglas
E	In sede paravertebrale

13	Quale di questi rappresenta il principale fattore prognostico dei tumori neuroendocrini? (indicare la risposta corretta):
A	Dimensioni
B	Indice proliferativo (Ki67)
C	Livelli sierici di cromogranina A
D	Localizzazione
E	Elevata captazione all'Octreoscan

14	Nel carcinoma gastrico resecabile a quale ricostruzione gastro-digiunale sec. Billroth 2 corrisponde la variante su ansa defunzionizzata?
A	Kroenlein
B	Reichel-Polya
C	Roux
D	Hoffmeister-Finsterer
E	Braun

TEST prima prova

2

15	Quale di queste raccomandazioni relative alla chirurgia coloretta è falsa secondo le linee guida AIOM 2018?
A	Il tempo di attesa fra diagnosi e intervento non dovrebbe superare le 4 settimane
B	In caso di organi adiacenti infiltrati, i tassi di mortalità specifica a 5 anni e di recidiva sono significativamente più bassi quando la resezione viene eseguita in blocco
C	I 2 cm sono il margine minimo accettabile distalmente e prossimalmente alla neoplasia
D	Nelle neoplasie del sigma-retto la legatura bassa dell'arteria mesenterica inferiore (dopo l'origine della colica di sinistra) è ritenuta sufficiente per la radicalità oncologica e garantisce una migliore vascolarizzazione del moncone prossimale, soprattutto negli anziani
E	Nessuna delle precedenti

16	Nel trattamento della fistola perianale la tecnica "FiLaC" (Fistula Laser Closure) prevede:
A	L'utilizzo dell'attivazione della trombina per formare un coagulo di fibrina che, applicato con un particolare inseritore, chiude meccanicamente il tramite fistoloso.
B	L'inserimento nel tramite fistoloso di un piccolo "fistuloscopio" a fibre ottiche attraverso il quale è possibile, dopo avere esplorato la fistola, cauterizzare i tramiti o inserire la colla di cianoacrilato nell'interno degli stessi.
C	L'utilizzo di una speciale fibra ottica e di un generatore laser a diodi con potenza di almeno 15 watt per provocare la sterilizzazione e denaturazione dei tessuti del tramite fistoloso inducendone la chiusura.
D	L'utilizzo di un tappo costituito da un copolimero di acido poliglicolico e trimetilene-carbonato che viene adattato e modellato dal chirurgo secondo le caratteristiche del tramite fistoloso e gradualmente assorbito dai tessuti.
E	L'apertura chirurgica dello spazio intersfinterico nell'ambito del quale viene legato e sezionato il tramite fistoloso a ridosso dell'orifizio interno che viene a sua volta suturato.

17	Quale esame è indicato nella diagnosi e nello studio pre-operatorio delle fistole perianali?
A	Ecografia con sonda lineare
B	TC
C	Fistulografia
D	Ecografia 3D con sonda rotante a 360°
E	Tutte le precedenti

18	Quale delle seguenti definizioni corrisponde al colangiocarcinoma peri-ilare 3A secondo la classificazione di Bismuth-Corlette (tumore di Klatskin)?
A	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune sotto la convergenza
B	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, senza coinvolgimento dei dotti biliari di destra e sinistra
C	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, con coinvolgimento di entrambi i dotti intraepatici
D	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, con coinvolgimento del solo dotto intraepatico sinistro
E	Colangiocarcinoma del dotto epatico comune fino alla convergenza, con coinvolgimento del solo dotto intraepatico destro

TEST prima prova

2

19	La conseguenza della pinza aorto-mesenterica è:	
	A	La compressione della terza porzione del duodeno
	B	La compressione del corpo pancreatico
	C	La trombosi portale da compressione
	D	l'ipertensione arteriosa da compressione dell'arteria renale destra
E	Il linfedema cronico degli arti inferiori da compressione della cisterna di Pecquet	

20	Quale di queste condizioni non rappresenta una controindicazione al posizionamento di stent endoscopico per occlusione intestinale neoplastica ?	
	A	Perforazione intestinale
	B	Emorragia intestinale attiva
	C	Neoplasia stenosante coloretale a non meno di 5 cm dalla rima anale
	D	Carcinosi peritoneale
E	Paziente in trattamento con chemioterapia antiangiogenetica	

21	In base alle linee guida AIOM per il carcinoma dello stomaco, quale di queste affermazioni è falsa ?	
	A	La linfadenectomia D2 dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione nella chirurgia del cancro gastrico
	B	Nei tumori localmente avanzati (T4b) un trattamento neoadiuvante può essere considerato rispetto alla sola chirurgia
	C	Sono dimostrati significativi vantaggi in termini di sopravvivenza della linfadenectomia D2 rispetto alla D1
	D	Nei pazienti anziani la radicalità dell'intervento non può essere considerata la scelta terapeutica prioritaria
E	E' comunemente accettato che le neoplasie tipo III di Siewert vengano considerate e trattate come tumori gastrici	

22	Nell'ambito del protocollo ERAS quale di queste affermazioni relativa ai criteri di inclusione è falsa ?	
	A	Consenso informato e acquisito dopo accurato counseling con infermiere, anestesista, chirurgo e dietologo, se possibile anche alla presenza di familiari
	B	ASA score I, II, III, IV
	C	Patologia colica e rettale medio inferiore
	D	Laparoscopia, laparotomia, robotica
E	Intervento in elezione	

23	L'ernia di Petit si impegna nel triangolo anatomico lombare inferiore omonimo costituito da:	
	A	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e dal margine della XII costa
	B	Cresta iliaca, obliquo esterno e latissimus dorsi (gran dorsale)
	C	Muscoli spinali, muscolo obliquo interno e XII costa
	D	Muscoli spinali, muscolo obliquo esterno e dalla XII costa
E	Trapezio, latissimus dorsi e obliquo esterno	

24	La sindrome MEN 1 (cosiddetta sindrome di Wermer o delle 3 p) si associa alle seguenti neoplasie tranne una; quale?	
	A	Adenoma delle paratiroidi
	B	Adenoma ipofisario
	C	Feocromocitoma
	D	Tumori neuroendocrini del pancreas
E	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	

TEST prima prova

2

25	Quale delle seguenti affermazioni relative ai tumori differenziati della tiroide non è corretta?
A	L'istotipo più comune è il papillifero
B	La presenza di micrometastasi ai linfonodi cervicali non ha particolare significato biologico negativo
C	il principale elemento che caratterizza il carcinoma follicolare è l'invasione capsulare
D	il carcinoma follicolare ha una maggiore tendenza alla disseminazione linfonodale cervicale rispetto al papillifero
E	In base alle caratteristiche morfologiche e anatomopatologiche della lesione la loboistmectomia può essere considerata una alternativa alla tiroidectomia.

26	Quale di questi criteri clinici non è incluso nell'Eckardt Score (adottato per determinare la gravità dell'acalasia e l'efficacia della terapia)?
A	Dolore retrosternale
B	Disfagia per i liquidi e per i solidi
C	Rigurgito (non acido/non digerito, post prandiale precoce)
D	Ematemesi
E	Calo ponderale

27	Tutti i seguenti sono possibili markers sierici di ischemia mesenterica acuta tranne uno; quale?
A	Calcitonina
B	Lattati
C	D-dimero
D	Amilasi
E	Mioglobina

28	Nelle neoplasie cistiche sierose del pancreas quale delle seguenti affermazioni può essere considerata corretta:
A	Sono tipiche del sesso femminile e il picco di incidenza è in età adolescenziale
B	Si localizzano prevalentemente a livello della testa del pancreas
C	Hanno una evolutività sovrapponibile a quella delle neoplasie cistiche mucinose
D	Sono una rara condizione che ha un potenziale maligno. La terapia è chirurgica
E	Se asintomatiche, l'intervento chirurgico può essere evitato, anche se è consigliato un follow-up radiologico a cadenza almeno annuale

29	Nella stadiazione del carcinoma del retto (indicare la risposta corretta):
A	La risonanza magnetica descrive una distanza del margine inferiore della neoplasia dall'ano generalmente inferiore rispetto alla distanza stimata dalla rettoscopia
B	E' sempre necessario eseguire uno studio completo del colon; eventualmente, anche con la colonscopia virtuale, se la lesione rettale non è valicabile dallo strumento endoscopico
C	Il riscontro di linfonodi nel mesoretto con diametro >8 mm è considerato sospetto per disseminazione linfatica
D	La TC del torace è sempre indicata nella stadiazione
E	Tutte le precedenti

TEST prima prova

2

30	Quale di queste affermazioni relative al trattamento neoadiuvante delle neoplasie del retto è falsa:	
A		L'indicazione alla terapia neoadiuvante si basa principalmente sulla valutazione della risonanza magnetica
B		La RT <i>short course</i> è equivalente alla RT+ChT <i>long course</i> nel trattamento del carcinoma del retto localmente avanzato con sospette metastasi linfonodali del mesoretto in termini di rischio di ripresa di malattia
C		La radiochemioterapia neoadiuvante si associa a un minore tasso di recidiva rispetto al trattamento adiuvante postoperatorio
D		Il <i>timing</i> della resezione chirurgica del retto dopo radiochemioterapia neoadiuvante è solitamente 8–10 settimane dopo il termine del trattamento
E		In caso di risposta patologica completa (ypT0) nei pazienti a elevato rischio operatorio è lecito proporre un <i>follow up</i> ogni tre mesi con rettoscopia e risonanza magnetica e prendere in considerazione la chirurgia resettiva solo in caso di ripresa di malattia

TEST prima prova

3



*Concorso Dirigente medico di
Chirurgia generale*

28 gennaio 2019

sede di svolgimento

Officine H:

Sede Universitaria

Ivrea

La prima prova d'esame, estratta fra tre prove equivalenti, consta di 30 domande a scelta multipla (5 scelte per ogni domanda).

Vengono conteggiate al fine di ottenere il punteggio solo le risposte esatte, mentre non viene tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

La prova viene considerata superata, se il candidato risponde correttamente ad almeno 21 domande.

Per ogni domanda bisogna indicare con una crocetta una sola risposta esatta.

Qualora il candidato avesse un ripensamento e apponesse due crocette in risposta alla stessa domanda, può aggiungere "no" a quella ritenuta sbagliata.

Questo foglio deve rimanere assolutamente anonimo e il candidato non deve apporre alcun segno che ne possa determinare il riconoscimento.

TEST prima prova

3

1	In caso di carcinoma differenziato della tiroide con metastasi linfonodali laterocervicali cosa prevede la linfadenectomia funzionale laterocervicale?
A	L'asportazione dei linfonodi di II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando: integrità delle paratiroidi, elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo, nervi accessorio spinale e frenico e dotto toracico
B	L'asportazione dei linfonodi di I, II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando: integrità delle paratiroidi, elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo, nervo accessorio spinale e dotto toracico
C	L'asportazione dei linfonodi di I, II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo con l'eccezione della vena giugulare profonda, salvaguardando i nervi accessorio spinale e frenico, il dotto toracico
D	L'asportazione dei linfonodi di II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo con l'eccezione della vena giugulare profonda, salvaguardando i nervi accessorio spinale, frenico e il dotto toracico
E	L'asportazione dei linfonodi di II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo con l'eccezione della vena giugulare profonda e del nervo vago, salvaguardando il nervo frenico e il dotto toracico
2	L'agoaspirato della tiroide consente di diagnosticare le seguenti patologie. Indica la risposta errata:
A	Nodi di struma
B	Carcinoma follicolare
C	Carcinoma papillifero
D	Carcinoma midollare
C	Carcinoma anaplastico
3	L'iperparatiroidismo terziario è una condizione clinica dovuta:
A	all'autonomizzazione funzionale della ghiandola paratiroidea nella malattia renale cronica che porta allo sviluppo di un adenoma.
B	a uno stato di eccessiva secrezione autonoma di PTH quale risultato di una mancata soppressione della produzione di PTH, nonostante l'aumento di calcio e vitamina D sierici, dopo un iperparatiroidismo secondario di lunga durata
C	a una condizione di iperparatiroidismo secondario che persiste dopo il trapianto di rene e che implica iper-increzione di PTH e ipercalcemia persistente
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti
4	Secondo le linee guida SICVE-SIF 2016 in caso di Trombosi Venosa Superficiale (TVS) quale trattamento clinico o diagnostico è indicato?
A	E' indicato eseguire un eco-color-Doppler venoso per diagnosticare sede ed entità della patologia e per escludere una trombosi venosa profonda (TVP) concomitante.
B	E' indicata la terapia con EBPM per almeno un mese o con fondaparinux 2,5 mg al giorno per 45 giorni e l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calze elastiche.
C	Se la TVS è vicina alla crosse safeno-femorale o safeno-poplitea l'EBPM a dosi terapeutiche o l'intervento chirurgico (legatura/crossectomia) sono entrambe soluzioni terapeutiche indicate; mentre in caso di TVS isolate confinate a varicosità del segmento sotto il ginocchio, è indicata l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calza elastica.
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti

TEST prima prova

3

5	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nella dissezione ascellare per carcinoma invasivo mammario, quale è il numero di linfonodi che deve essere asportato per una accurata valutazione patologica?
A	almeno 15 linfonodi
B	almeno 20 linfonodi
C	almeno 8 linfonodi
D	almeno 10 linfonodi
E	non è rilevante il numero di linfonodi

6	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, quale tipo di trattamento ascellare è indicato nelle pazienti con neoplasia della mammella e diagnosi citologica di mts linfonodali?
A	biopsia del linfonodo sentinella con esame estemporaneo al congelatore ed eventuale successiva dissezione
B	dissezione ascellare di I, II e III livello
C	dissezione di I e II livello con completamento del III livello se mts macroscopiche ai primi livelli
D	sampling linfonodale del I livello
E	dissezione ascellare di I e II livello

7	Quale indagine strumentale deve essere prescritta in caso di secrezione da un capezzolo con citologia papillare?
A	RM mammaria
B	Tomosintesi
C	Ecografia con contrasto
D	Mammografia 3D
E	Rx duttogramma

8	Quale di queste raccomandazioni relative alla chirurgia rettale è falsa secondo le linee guida AIOM 2018?
A	Il carcinoma rettale intraperitoneale andrebbe trattato come il carcinoma del colon
B	Studi recenti documentano che una chiusura della stomia di protezione dopo due settimane dal suo confezionamento sia equivalente, se non più vantaggioso, di una chiusura dopo due mesi
C	Nel carcinoma del retto localmente avanzato medio-alto è sufficiente eseguire l'asportazione del mesoretto per almeno 5 cm a valle del polo inferiore della neoplasia
D	Se programmata la stomia, questa andrebbe segnata dall'enterostomista col paziente in posizione eretta
E	Nessuna delle precedenti

9	Secondo le linee guida AIOM 2018 l'exeresi a scopo diagnostico di una lesione primitiva sospetta per melanoma è eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale con quale margine di cute sana?
A	Non superiore a 2 mm
B	Non superiore a 10 mm
C	Non superiore a 12 mm
D	Non superiore a 20 mm

TEST prima prova

3

10	Secondo le linee guida AIOM 2018 nel melanoma invasivo in stadio precoce, dopo biopsia diagnostica, è raccomandabile eseguire un allargamento con un margine adeguato allo spessore di Breslow:	
	A	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 2 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 3 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
	B	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
	C	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento non necessario melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
	D	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Non può essere giustificata una escissione con margini meno estesi
	E	Melanoma in situ: allargamento 5 mm melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up

11	Cosa si intende per ernia di Littrè?	
	A	Una ernia inguinale nel cui sacco si trova l'appendice vermiforme
	B	Una ernia inguinale o crurale nel cui sacco si trova il diverticolo di Meckel
	C	Una ernia crurale in cui solo una parte dell'ansa intestinale è strangolata
	D	Un'ernia lombare
	E	Un'ernia del canale otturatorio

12	Quale di queste affermazioni è vera?	
	A	Diverticoli veri del colon si trovano solo nel colon destro
	B	Diverticoli veri del colon si trovano solo nel colon sinistro
	C	Diverticoli veri del colon si trovano in tutto il colon
	D	Diverticoli veri del colon si trovano solo nel colon trasverso
	E	Nel colon si trovano solo pseudodiverticoli

13	In quali casi di diverticolite complicata è proponibile l'intervento di lavaggio/drenaggio peritoneale per via laparoscopica?	
	A	Nei pazienti di stadio 1 e 2a di Hincey che non migliorano con la terapia medica o drenaggio percutaneo, nello stadio 2b non drenabili per via percutanea, nello stadio 3.
	B	Nei pazienti di stadio 2a, 2b, 3 di Hincey
	C	Nei pazienti di stadio 2b, 3 di Hincey
	D	Nei pazienti di stadio 2b, 3, 4 di Hincey
	E	Nei pazienti di stadio 3, 4 di Hincey

TEST prima prova

3

14	Nei pazienti con Early Gastric Cancer T1a ben differenziato, di diametro non superiore a 2 cm, la resezione endoscopica (resezione endoscopica mucosale , EMR, o dissezione endoscopica submucosale, ESD) può essere considerata rispetto alla resezione chirurgica?:
A	Si, ma solo in assenza di invasione linfatica, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
B	Si, ma solo in assenza di invasione vascolare, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
C	Si, ma solo in assenza di ulcera intralesionale, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
D	Si, ma solo in assenza di invasione linfatica, vascolare e di ulcera intralesionale, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
E	No, perché non consente uguale sopravvivenza e minori complicanze.

15	Quale delle seguenti tecniche per il trattamento chirurgico della malattia emorroidaria può provocare incontinenza da lesione dello sfintere anale?
A	Mucoprolassectomia
B	THD (Dearterializzazione Emorroidaria Trans-anale)
C	Emorroidectomia sec Milligan-Morgan
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti

16	Nei pazienti con la LARS (Sindrome da Resezione Anteriore Bassa del retto) quale procedura di riabilitazione del pavimento pelvico "PFR" possiamo utilizzare?
A	Chinesiterapia Pelvi-Perineale tutorata
B	Biofeedback "BFB"
C	Elettrostimolazione perineale (trans-anale e trans vaginale)
D	Elettrostimolazione del nervo tibiale posteriore, per-cutanea "PTNS", trans-cutanea "TTNS"
E	Tutte le precedenti

17	La stazione linfonodale numero 11p nella D2 per gastrectomia totale/parziale del carcinoma gastrico corrisponde a:
A	Linfonodi prossimali del tronco celiaco
B	Linfonodi posteriori del legamento epatoduodenale
C	Linfonodi prossimali dell'arteria splenica
D	Linfonodi prossimali dell'arteria mesenterica superiore
E	Linfonodi posteriori dell'arteria epatica comune

18	Quali di questi valori dei criteri di Ranson al momento dell'ospedalizzazione è falso?
A	GB >16000/mL
B	Glicemia >200 mg/dl
C	Età >75 anni
D	LDH >350 U/L
E	AST >250 U/L

19	Quale di queste procedure è raccomandata come metodica di scelta per il drenaggio delle pseudocisti pancreatiche ?
A	Drenaggio per via endoscopia (puntura trans gastrica)
B	Drenaggio per via chirurgica (pseudocisto-gastrostomia)
C	Drenaggio per via chirurgica (pseudocisto-digiunostomia)
D	Drenaggio per via percutanea sotto guida radiologica
E	Drenaggio per via chirurgica (pseudocisto-duodenostomia)

TEST prima prova

3

20	Secondo le linee guida AIOM per il carcinoma dello stomaco, quale di queste affermazioni è falsa ?	
A	Nei tumori localmente avanzati (T4b) la terapia neoadiuvante che punti ad un downstaging della neoplasia è considerata un presupposto fondamentale per aumentarne le possibilità di resecabilità	
B	La linfadenectomia D2 comprende oltre alla D1 (1-7) l'asportazione dei linfonodi 8a, 9, 11p, 12a	
C	Sono dimostrati significativi vantaggi in termini di sopravvivenza della linfadenectomia D2 rispetto alla D1	
D	La linfadenectomia D2+ o D3 è da raccomandare perché migliora la sopravvivenza e non aumenta le complicanze	
E	Nessuna delle precedenti	

21	Nell'ambito del protocollo ERAS quale di queste affermazioni relativa ai criteri di inclusione è falsa ?	
A	Consenso informato e acquisito dopo accurato counseling con infermiere, anestesista, chirurgo e dietologo, se possibile anche alla presenza di familiari	
B	ASA score I, II, III, IV	
C	Patologia colica e rettale superiore	
D	Laparoscopia, robotica, no laparotomia	
E	Intervento in elezione	

22	Quale delle seguenti caratteristiche dell'ernia di Spigelio è falsa?	
A	E' detta anche ernia semilunare	
B	I pazienti maggiormente coinvolti sono giovani maschi	
C	Si forma solitamente nel punto in cui si incontrano i vasi epigastrici a livello della linea semilunare, lateralmente al margine del muscolo retto a livello della porzione laterale dell'arcata semilunare del Douglas	
D	La riparazione videolaparoscopica è elettiva	
E	si evidenziano solitamente al disotto della linea ombelicale trasversa per deiscenza dell'aponeurosi del trasverso e del muscolo obliquo interno che appaiono più deboli in prossimità della linea arcuata	

23	La sindrome MEN 1 (cosiddetta sindrome di Wermer o delle 3 p) si associa alle seguenti neoplasie tranne una; quale?	
A	Adenoma delle paratiroidi	
B	Tumori neuroendocrini del pancreas	
C	Adenoma ipofisario	
D	Neurinomi multipli delle mucose	
E	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	

24	Confrontando l'ernioplastica inguinale per via anteriore con l'ernioplastica per via posteriore laparoscopica (TAPP, TEP), l'unico beneficio della via posteriore dimostrato da trials randomizzati controllati è:	
A	Minore rischio di infezione del sito chirurgico	
B	Minore dolore postoperatorio a medio – lungo termine	
C	Riduzione dei costi globali (in termini di spesa sanitaria e di impatto sull'attività lavorativa del paziente)	
D	Miglior risultato funzionale	
E	Minore incidenza di recidiva erniaria	

TEST prima prova

3

25	L'endoscopia nell'ingestione di sostanze caustiche nell'adulto:	
	A	Non va mai eseguita
	B	Va eseguita dal punto di vista teorico il più precocemente possibile ed in generale entro le prime 12 ore
	C	Deve essere eseguita solo a conclusione del percorso terapeutico per valutare l'entità delle lesioni residue
	D	Non va eseguita, se non sono evidenti lesioni orofaringee
E	Si può eseguire precocemente solo dopo avere posizionare un sondino nasogastrico e avere effettuato tempestivamente una lavanda gastrica	

26	Il tronco venoso di Henle è formato quasi sempre dalla convergenza di:	
	A	Gastroepiploica destra, colica media e pancreatico-duodenale superiore
	B	Gastroepiploica destra, colica media e colica destra
	C	Gastroepiploica destra, colica destra e pancreatico-duodenale inferiore
	D	Vena gastrica di sinistra, colica media e pancreatico-duodenale superiore
E	Colica destra, colica sinistra e gastroepiploica destra	

27	in relazione al trattamento delle metastasi epatiche da carcinoma coloretale, quale di queste affermazioni è vera?	
	A	Anche se le metastasi risultano resecabili al momento della diagnosi, è sempre necessario far precedere alla resezione un ciclo di chemioterapia neoadiuvante
	B	La resezione epatica deve sempre essere successiva alla resezione del primitivo coloretale
	C	La presenza di metastasi polmonari controindica sempre la resezione epatica con intento radicale
	D	In caso di risposta radiologica completa dopo chemioterapia neoadiuvante, la resezione epatica non è più indicata
E	se il parenchima epatico risulta normofunzionante, si considera sufficiente un fegato residuo ("future liver remnant") superiore al 25 – 30% del volume globale	

28	Quale di queste affermazioni sulla sovrainfezione batterica della necrosi nella pancreatite acuta può essere considerata sicuramente attuale e corretta:	
	A	Ha la massima incidenza a 7 – 10 giorni dall'esordio
	B	Presenta un quadro TC diagnostico nella maggior parte dei casi
	C	E' meno frequente, se viene somministrata una profilassi antibiotica
	D	Necessita sempre di un trattamento chirurgico laparotomico
E	Può essere trattata tramite drenaggio percutaneo TCguidato o in maniera mininvasiva per via retroperitoneale videoassistita o trans gastrica sotto guida ecoendoscopica	

29	Nelle neoplasie intraduttali papillari mucinose (IPMN) del pancreas quale delle seguenti affermazioni può essere considerata corretta:	
	A	Interessano prevalentemente pazienti intorno ai 60-70 anni, ma con differenze significative tra sesso maschile e femminile
	B	Si localizzano prevalentemente a livello della testa del pancreas
	C	Le IPMN centrali-miste vanno trattate chirurgicamente fino, se necessario, alla pancreasectomia totale. La gestione dei pazienti con IPMN periferiche è altamente dibattuta e va esaminata in base alle varianti anatomiche
	D	Hanno una evolutività sovrapponibile a quella delle neoplasie cistiche sierose
E	Non presentano particolari rischi evolutivo e richiedono sia nelle forme centrali-miste sia nella forma periferiche soltanto un follow-up semestrale	

TEST prima prova

3

30	Quale tra le seguenti affermazioni relative alla Trans Anal Total Mesorectal Excision (TaTME) è scorretta?
A	il tempo perineale prevede normalmente il posizionamento di una piattaforma TAMIS
B	E' indicata nel trattamento delle neoplasie del retto medio – basso
C	E' indicata nel trattamento dei tumori del retto localmente avanzati (T4)
D	E' indicata nei pazienti obesi e di sesso maschile
E	In casi selezionati può correlarsi a una maggiore radicalità oncologica (in termini di grado di escissione del mesoretto) e a minori complicanze (in termini di fistola anastomotica e disturbi urogenitali) rispetto alla TME convenzionale transaddominale

TEST prima prova

3



Concorso Dirigente medico di
Chirurgia generale

28 gennaio 2019

sede di svolgimento

Officine H:

Sede Universitaria

Ivrea

CORRETTORE

La prima prova d'esame, estratta fra tre prove equivalenti, consta di 30 domande a scelta multipla (5 scelte per ogni domanda).

Vengono conteggiate al fine di ottenere il punteggio solo le risposte esatte, mentre non viene tenuto conto delle risposte errate o lasciate in bianco.

La prova viene considerata superata, se il candidato risponde correttamente ad almeno 21 domande.

Per ogni domanda bisogna indicare con una crocetta una sola risposta esatta.

Qualora il candidato avesse un ripensamento e apponesse due crocette in risposta alla stessa domanda, può aggiungere "no" a quella ritenuta sbagliata.

Questo foglio deve rimanere assolutamente anonimo e il candidato non deve apporre alcun segno che ne possa determinare il riconoscimento.

TEST prima prova

3

1	In caso di carcinoma differenziato della tiroide con metastasi linfonodali laterocervicali cosa prevede la linfadenectomia funzionale laterocervicale?	
	A	L'asportazione dei linfonodi di II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo, dei nervi accessorio spinale e frenico e del dotto toracico
	B	L'asportazione dei linfonodi di I, II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo, del nervo accessorio spinale e del dotto toracico
	C	L'asportazione dei linfonodi di I, II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo con l'eccezione della vena giugulare profonda, salvaguardando i nervi accessorio spinale e frenico, il dotto toracico
	D	L'asportazione dei linfonodi di II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo con l'eccezione della vena giugulare profonda, salvaguardando i nervi accessorio spinale, frenico e il dotto toracico
	E	L'asportazione dei linfonodi di II, III, IV, V, VI livello, salvaguardando l'integrità delle paratiroidi, degli elementi costituenti il fascio vascolonervoso del collo con l'eccezione della vena giugulare profonda e del nervo vago, salvaguardando il nervo frenico e il dotto toracico
2	L'agoaspirato della tiroide consente di diagnosticare le seguenti patologie. Indica la risposta errata:	
	A	Nodi di struma
	B	Carcinoma follicolare
	C	Carcinoma papillifero
	D	Carcinoma midollare
	C	Carcinoma anaplastico
3	L'iperparatiroidismo terziario è una condizione clinica dovuta:	
	A	all'autonomizzazione funzionale della ghiandola paratiroidea nella malattia renale cronica che porta allo sviluppo di un adenoma.
	B	a uno stato di eccessiva secrezione autonoma di PTH quale risultato di una mancata soppressione della produzione di PTH, nonostante l'aumento di calcio e vitamina D sierici, dopo un iperparatiroidismo secondario di lunga durata
	C	a una condizione di iperparatiroidismo secondario che persiste dopo il trapianto di rene e che implica iper-increzione di PTH e ipercalcemia persistente
	D	Tutte le precedenti
	E	Nessuna delle precedenti

TEST prima prova

3

4	Secondo le linee guida SICVE-SIF 2016 in caso di Trombosi Venosa Superficiale (TVS) quale trattamento clinico o diagnostico è indicato?
A	E' indicato eseguire un eco-color-Doppler venoso per diagnosticare sede ed entità della patologia e per escludere una trombosi venosa profonda (TVP) concomitante.
B	E' indicata la terapia con EBPM per almeno un mese o con fondaparinux 2,5 mg al giorno per 45 giorni e l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calze elastiche.
C	Se la TVS è vicina alla crosse safeno-femorale o safeno-poplitea l'EBPM a dosi terapeutiche o l'intervento chirurgico (legatura/crossectomia) sono entrambe soluzioni terapeutiche indicate; mentre in caso di TVS isolate confinate a varicosità del segmento sotto il ginocchio, è indicata l'applicazione locale di eparinoidi, anti-infiammatori non steroidei e l'uso di calza elastica.
D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti

5	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, nella dissezione ascellare per carcinoma invasivo mammario, quale è il numero di linfonodi che deve essere asportato per una accurata valutazione patologica?
A	almeno 15 linfonodi
B	almeno 20 linfonodi
C	almeno 8 linfonodi
D	almeno 10 linfonodi
E	non è rilevante il numero di linfonodi

6	Secondo le Linee Guida AIOM 2018, quale tipo di trattamento ascellare è indicato nelle pazienti con neoplasia della mammella e diagnosi citologica di mts linfonodali?
A	biopsia del linfonodo sentinella con esame estemporaneo al congelatore ed eventuale successiva dissezione
B	dissezione ascellare di I, II e III livello
C	dissezione di I e II livello con completamento del III livello se mts macroscopiche ai primi livelli
D	sampling linfonodale del I livello
E	dissezione ascellare di I e II livello

7	Quale indagine strumentale deve essere prescritta in caso di secrezione da un capezzolo con citologia papillare?
A	RM mammaria
B	Tomosintesi
C	Ecografia con contrasto
D	Mammografia 3D
E	Rx duttogalattografia

TEST prima prova

3

8	Quale di queste raccomandazioni relative alla chirurgia rettale è falsa secondo le linee guida AIOM 2018?
A	Il carcinoma rettale intraperitoneale andrebbe trattato come il carcinoma del colon
B	Studi recenti documentano che una chiusura della stomia di protezione dopo due settimane dal suo confezionamento sia equivalente, se non più vantaggioso, di una chiusura dopo due mesi
C	Nel carcinoma del retto localmente avanzato medio-alto è sufficiente eseguire l'asportazione del mesoretto per almeno 5 cm a valle del polo inferiore della neoplasia
D	Se programmata la stomia, questa andrebbe segnata dall'enterostomista col paziente in posizione eretta
E	Nessuna delle precedenti

9	Secondo le linee guida AIOM 2018 l'exeresi a scopo diagnostico di una lesione primitiva sospetta per melanoma è eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale con quale margine di cute sana?
A	Non superiore a 2 mm
B	Non superiore a 10 mm
C	Non superiore a 12 mm
D	Non superiore a 20 mm

10	Secondo le linee guida AIOM 2018 nel melanoma invasivo in stadio precoce, dopo biopsia diagnostica, è raccomandabile eseguire un allargamento con un margine adeguato allo spessore di Breslow:
A	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 2 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 3 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
B	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
C	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento non necessario melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up
D	Melanoma in situ: allargamento non necessario melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Non può essere giustificata una escissione con margini meno estesi
E	Melanoma in situ: allargamento 5 mm melanoma con spessore fino a 2 mm: allargamento di 1 cm melanoma con spessore >2mm: allargamento 2 cm Può essere giustificata una escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetica o funzionale, sottoponendo il paziente a stretto follow-up

TEST prima prova

3

11	Cosa si intende per ernia di Littrè?	
	A	Una ernia inguinale nel cui sacco si trova l'appendice vermiforme
	B	Una ernia inguinale o crurale nel cui sacco si trova il diverticolo di Meckel
	C	Una ernia crurale in cui solo una parte dell'ansa intestinale è strangolata
	D	Un'ernia lombare
E	Un'ernia del canale otturatorio	
12	Quale di queste affermazioni è vera?	
	A	Diverticoli veri del colon si trovano solo nel colon destro
	B	Diverticoli veri del colon si trovano solo nel colon sinistro
	C	Diverticoli veri del colon si trovano in tutto il colon
	D	Diverticoli veri del colon si trovano solo nel colon trasverso
E	Nel colon si trovano solo pseudodiverticoli	
13	In quali casi di diverticolite complicata è proponibile l'intervento di lavaggio/drenaggio peritoneale per via laparoscopica?	
	A	Nei pazienti di stadio 1 e 2a di Hincey che non migliorano con la terapia medica o drenaggio percutaneo, nello stadio 2b non drenabili per via percutanea, nello stadio 3.
	B	Nei pazienti di stadio 2a, 2b, 3 di Hincey
	C	Nei pazienti di stadio 2b, 3 di Hincey
	D	Nei pazienti di stadio 2b, 3, 4 di Hincey
E	Nei pazienti di stadio 3, 4 di Hincey	
14	Nei pazienti con Early Gastric Cancer T1a ben differenziato, di diametro non superiore a 2 cm, la resezione endoscopica (resezione endoscopica mucosale , EMR, o dissezione endoscopica submucosale, ESD) può essere considerata rispetto alla resezione chirurgica?:	
	A	Si, ma solo in assenza di invasione linfatica, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
	B	Si, ma solo in assenza di invasione vascolare, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
	C	Si, ma solo in assenza di ulcera intralesionale, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
	D	Si, ma solo in assenza di invasione linfatica, vascolare e di ulcera intralesionale, perché consente uguale sopravvivenza e minori complicanze
E	No, perché non consente uguale sopravvivenza e minori complicanze.	
15	Quale delle seguenti tecniche per il trattamento chirurgico della malattia emorroidaria può provocare incontinenza da lesione dello sfintere anale?	
	A	Mucoprolassectomia
	B	THD (Dearterializzazione Emorroidaria Trans-anale)
	C	Emorroidectomia sec Milligan-Morgan
	D	Tutte le precedenti
E	Nessuna delle precedenti	

TEST prima prova

3

16	Nei pazienti con la LARS (Sindrome da Resezione Anteriore Bassa del retto) quale procedura di riabilitazione del pavimento pelvico "PFR" possiamo utilizzare?	
	A	Chinesiterapia Pelvi-Perineale tutorata
	B	Biofeedback "BFB"
	C	Elettrostimolazione perineale (trans-anale e trans vaginale)
	D	Elettrostimolazione del nervo tibiale posteriore, per-cutanea "PTNS", trans-cutanea "TTNS"
E	Tutte le precedenti	
17	La stazione linfonodale numero 11p nella D2 per gastrectomia totale/parziale del carcinoma gastrico corrisponde a:	
	A	Linfonodi prossimali del tronco celiaco
	B	Linfonodi posteriori del legamento epatoduodenale
	C	Linfonodi prossimali dell'arteria splenica
	D	Linfonodi prossimali dell'arteria mesenterica superiore
E	Linfonodi posteriori dell'arteria epatica comune	
18	Quali di questi valori dei criteri di Ranson al momento dell'ospedalizzazione è falso?	
	A	GB >16000/mL
	B	Glicemia >200 mg/dl
	C	Età >75 anni
	D	LDH >350 U/L
E	AST >250 U/L	
19	Quale di queste procedure è raccomandata come metodica di scelta per il drenaggio delle pseudocisti pancreatiche ?	
	A	Drenaggio per via endoscopia (puntura trans gastrica)
	B	Drenaggio per via chirurgica (pseudocisto-gastrostomia)
	C	Drenaggio per via chirurgica (pseudocisto-digiunostomia)
	D	Drenaggio per via percutanea sotto guida radiologica
E	Drenaggio per via chirurgica (pseudocisto-duodenostomia)	
20	Secondo le linee guida AIOM per il carcinoma dello stomaco, quale di queste affermazioni è falsa ?	
	A	Nei tumori localmente avanzati (T4b) la terapia neoadiuvante che punti ad un downstaging della neoplasia è considerata un presupposto fondamentale per aumentarne le possibilità di resecabilità
	B	La linfadenectomia D2 comprende oltre alla D1 (1-7) l'asportazione dei linfonodi 8a, 9, 11p, 12a
	C	Sono dimostrati significativi vantaggi in termini di sopravvivenza della linfadenectomia D2 rispetto alla D1
	D	La linfadenectomia D2+ o D3 è da raccomandare perché migliora la sopravvivenza e non aumenta le complicanze
E	Nessuna delle precedenti	
21	Nell'ambito del protocollo ERAS quale di queste affermazioni relativa ai criteri di inclusione è falsa ?	
	A	Consenso informato e acquisito dopo accurato counseling con infermiere, anestesista, chirurgo e dietologo, se possibile anche alla presenza di familiari
	B	ASA score I, II, III, IV
	C	Patologia colica e rettale superiore
	D	Laparoscopia, robotica, no laparotomia
E	Intervento in elezione	

TEST prima prova

3

22	Quale delle seguenti caratteristiche dell'ernia di Spigelio è falsa?	
A	E' detta anche ernia semilunare	
B	I pazienti maggiormente coinvolti sono giovani maschi	
C	Si forma solitamente nel punto in cui si incontrano i vasi epigastrici a livello della linea semilunare, lateralmente al margine del muscolo retto a livello della porzione laterale dell'arcata semilunare del Douglas	
D	La riparazione videolaparoscopica è elettiva	
E	si evidenziano solitamente al disotto della linea ombelicale trasversa per deiscenza dell'aponeurosi del trasverso e del muscolo obliquo interno che appaiono più deboli in prossimità della linea arcuata	

23	La sindrome MEN 1 (cosiddetta sindrome di Wermer o delle 3 p) si associa alle seguenti neoplasie tranne una; quale?	
A	Adenoma delle paratiroidi	
B	Tumori neuroendocrini del pancreas	
C	Adenoma ipofisario	
D	Neurinomi multipli delle mucose	
E	Le patologie sopraelencate sono tutte associate alla MEN1	

24	Confrontando l'ernioplastica inguinale per via anteriore con l'ernioplastica per via posteriore laparoscopica (TAPP, TEP), l'unico beneficio della via posteriore dimostrato da trials randomizzati controllati è:	
A	Minore rischio di infezione del sito chirurgico	
B	Minore dolore postoperatorio a medio – lungo termine	
C	Riduzione dei costi globali (in termini di spesa sanitaria e di impatto sull'attività lavorativa del paziente)	
D	Miglior risultato funzionale	
E	Minore incidenza di recidiva erniaria	

25	L'endoscopia nell'ingestione di sostanze caustiche nell'adulto:	
A	Non va mai eseguita	
B	Va eseguita dal punto di visto teorico il più precocemente possibile ed in generale entro le prime 12 ore	
C	Deve essere eseguita solo a conclusione del percorso terapeutico per valutare l'entità delle lesioni residue	
D	Non va eseguita, se non sono evidenti lesioni orofaringee	
E	Si può eseguire precocemente solo dopo avere posizionare un sondino nasogastrico e avere effettuato tempestivamente una lavanda gastrica	

26	Il tronco venoso di Henle è formato quasi sempre dalla convergenza di:	
A	Gastroepiploica destra, colica media e pancreatico-duodenale superiore	
B	Gastroepiploica destra, colica media e colica destra	
C	Gastroepiploica destra, colica destra e pancreatico-duodenale inferiore	
D	Vena gastrica di sinistra, colica media e pancreatico-duodenale superiore	
E	Colica destra, colica sinistra e gastroepiploica destra	

TEST prima prova

3

27	in relazione al trattamento delle metastasi epatiche da carcinoma coloretale, quale di queste affermazioni è vera?
A	Anche se le metastasi risultano resecabili al momento della diagnosi, è sempre necessario far precedere alla resezione un ciclo di chemioterapia neoadiuvante
B	La resezione epatica deve sempre essere successiva alla resezione del primitivo coloretale
C	La presenza di metastasi polmonari controindica sempre la resezione epatica con intento radicale
D	In caso di risposta radiologica completa dopo chemioterapia neoadiuvante, la resezione epatica non è più indicata
E	se il parenchima epatico risulta normofunzionante, si considera sufficiente un fegato residuo (“future liver remnant”) superiore al 25 – 30% del volume globale

28	Quale di queste affermazioni sulla sovrainfezione batterica della necrosi nella pancreatite acuta può essere considerata sicuramente attuale e corretta:
A	Ha la massima incidenza a 7 – 10 giorni dall’esordio
B	Presenta un quadro TC diagnostico nella maggior parte dei casi
C	E’ meno frequente, se viene somministrata una profilassi antibiotica
D	Necessita sempre di un trattamento chirurgico laparotomico
E	Può essere trattata tramite drenaggio percutaneo TCguidato o in maniera mininvasiva per via retroperitoneale videoassistita o trans gastrica sotto guida ecoendoscopica

29	Nelle neoplasie intraduttali papillari mucinose (IPMN) del pancreas quale delle seguenti affermazioni può essere considerata corretta:
A	Interessano prevalentemente pazienti intorno ai 60-70 anni, ma con differenze significative tra sesso maschile e femminile
B	Si localizzano prevalentemente a livello della testa del pancreas
C	Le IPMN centrali-miste vanno trattate chirurgicamente fino, se necessario, alla pancreasectomia totale. La gestione dei pazienti con IPMN periferiche è altamente dibattuta e va esaminata in base alle varianti anatomiche
D	Hanno una evolutività sovrapponibile a quella delle neoplasie cistiche sierose
E	Non presentano particolari rischi evolutivo e richiedono sia nelle forme centrali-miste sia nella forma periferiche soltanto un follow-up semestrale

30	Quale tra le seguenti affermazioni relative alla Trans Anal Total Mesorectal Excision (TaTME) è scorretta?
A	il tempo perineale prevede normalmente il posizionamento di una piattaforma TAMIS
B	E’ indicata nel trattamento delle neoplasie del retto medio – basso
C	E’ indicata nel trattamento dei tumori del retto localmente avanzati (T4)
D	E’ indicata nei pazienti obesi e di sesso maschile
E	In casi selezionati può correlarsi a una maggiore radicalità oncologica (in termini di grado di escissione del mesoretto) e a minori complicanze (in termini di fistola anastomotica e disturbi urogenitali) rispetto alla TME convenzionale transaddominale