



Concorso pubblico unificato, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto a tempo indeterminato di Dirigente Medico nella disciplina di Pediatria (Area Medica e delle Specialità Mediche) (40/2022/CON), indetto con deliberazione del Direttore Generale di ESTAR n. 208 del 6/5/2022.

Le tracce delle prove scritta e pratica estratte, svoltesi in data 28/09/2022 sono le seguenti (rif. Verbale n. 1 del 28/09/2022):

PROVA SCRITTA:

PROVA N. 1

Infezioni vie urinarie

PROVA N. 2

Polmoniti di comunità

PROVA N. 3

Infezione perinatale da SGB: caratteristiche cliniche, strategie di prevenzione e trattamento

CRITERI DI VALUTAZIONE: VALUTAZIONE DELLA CONOSCENZA TECNICO – SCIENTIFICA DELL'ARGOMENTO INDICATO NELLA DOMANDA CON PARTICOLARE APPREZZAMENTO A:

1. *Capacità di sintesi*
2. *Chiarezza nell'esposizione*

PROVA PRATICA: (ALLEGATO N. 1)

CRITERI DI VALUTAZIONE:

- VALUTAZIONE DELLA RISOLUZIONE ED ESPOSIZIONE TECNICO – SCIENTIFICA DEGLI ELABORATI INDICATI NELLA DOMANDA CON PARTICOLARE APPREZZAMENTO A:
- *Capacità di sintesi*
- *Chiarezza nell'esposizione*

Letto, confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE

F.to Dr. RINO AGOSTINIANI

I COMPONENTI

F.to Dr. ssa BARBARA TOMASINI

F.to Dr. LUIGI GAGLIARDI

LA SEGRETARIA

F.to Sig.ra DORA BERTINETTI



PROVA N. 1

Caso clinico 1

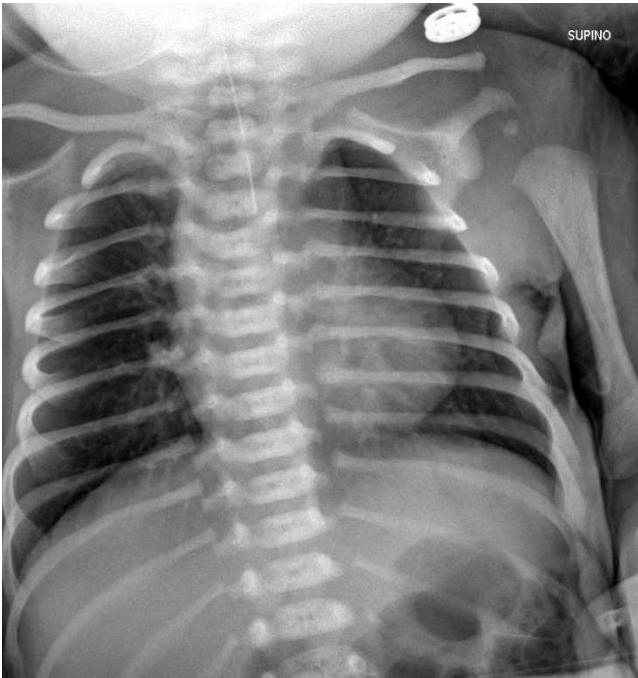
Il pediatra viene chiamato al Nido per valutare un neonato assistito in sala parto dal personale ostetrico.

Anamnesi: Età gestazionale 39 settimane +5 gg, TVR positivo, PAI completa. Esami infettivologici materni negativi. Polioidramnios tardivo. Al parto liquido amniotico normale chiaro, quantità ai limiti superiori della norma. Controlli ecografici fetali nella norma.

IA 9-10, PN 3150 g, abbondanti secrezioni aspirate dal personale ostetrico in sala parto, ottima suzione e reattività, colorito roseo, eupnoico, saturimetria nella norma.

Il neonato viene pertanto valutato al nido a 3 ore di vita: roseo, reattivo, tonico, eupnoico. Presenta respiro rumoroso per abbondanti secrezioni chiare e vischiose, che vengono aspirate anche dal pediatra al nido. Coana destra non pervia. Il sondino per aspirazione non passa oltre il faringe. Dopo aspirazione delle prime vie aeree si assiste a un netto miglioramento clinico. Si visionano referti ecografici fetali per escludere malformazioni: nella norma. Si osserva la poppata. Le secrezioni sono sempre più abbondanti e aumentano quando il neonato si alimenta, con comparsa anche di scialorrea. Con il passare dei minuti compaiono anche rientramenti sottodiaframmatici. Si trasferisce il neonato in patologia neonatale per osservazione. I PV, inizialmente stabili in aa, progressivamente diventano instabili richiedendo supporto con arricchimento di ossigeno in culla. Il SNG non progredisce oltre 7 cm e si piega a U.

Viene effettuata pertanto RX torace:



Qual è la diagnosi?

Il candidato esponga la corretta gestione per la stabilizzazione iniziale del neonato che presenta questa condizione clinica.

PROVA N. 2

Caso Clinico 2

Viene condotta in pronto soccorso nel tardo pomeriggio una bambina di 2 anni per febbre e dolore addominale.

Cinque giorni prima, la piccola ha avuto un contatto stretto con soggetto COVID positivo. Dalla sera prima dell'accesso in DEA la piccola ha iniziato a presentare febbre responsiva a paracetamolo e dolore addominale di tipo crampiforme, con crisi di pianto intermittente e risvegli anche notturni. Non vomito. Alvo aperto a feci normoformate. Diuresi attiva. Appetito ridotto.

In anamnesi patologica remota e fisiologica niente di significativo da segnalare; in regola con il piano vaccinale, negata allergie.

All'esame obiettivo: Condizioni cliniche generali discrete, colorito roseo, cute e mucose idratate, TR <2", tonica e reattiva, pianto consolabile in braccio alla madre, faringe iperemico, micropoliadenopatia LC bilaterale, apiretica al momento della visita.

Apparato respiratorio: eupnoica, MV presente su tutto l'ambito, non rumori aggiunti

Apparato cardiocircolatorio: toni validi, ritmici, pause libere, FC 140 bpm.

Addome: piano, trattabile, dolente e dolorabile diffusamente alla palpazione profonda, peristalsi presente.

Esame neurologico in regola per l'età.

Accertamenti eseguiti:

Stick urine: pH 5, PS 1025, il resto negativo

Tampone rapido per ricerca SBEGA: negativo

Esami ematici: GB 8070/mmc con lieve incremento della quota di monociti alla formula leucocitaria, lieve incremento della PCR (1.14 mg/dL), PCT negativa, lieve incremento dell'LDH (298 UI/L) e della AST (46 UI/L), coagulazione non pervenuta, elettroliti e glicemia nella norma.

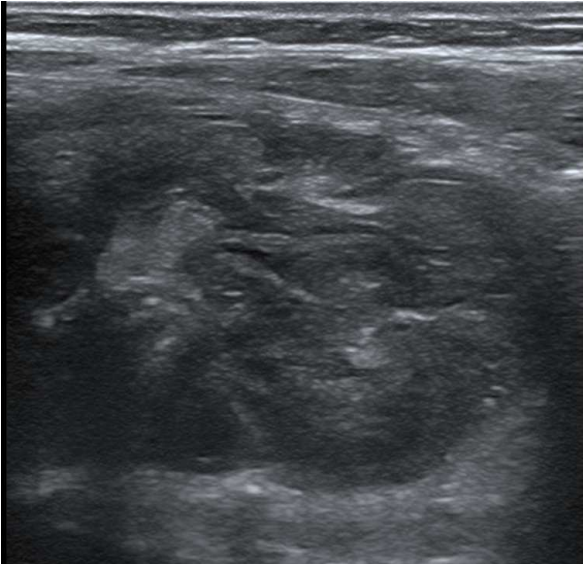
Tampone molecolare urgente per ricerca SARS-CoV-2: POSITIVO

EGA venoso: nella norma

Durante la notte la bambina ha presentato condizioni cliniche discrete, con accessi di dolore addominale di tipo crampiforme associati a pianto scarsamente consolabile e sempre meno responsivi al paracetamolo.

Ha evacuato feci normoconformate, non ha vomitato, la diuresi è sempre stata attiva, si è alimentata. È stata visitata più volte, con addome sempre trattabile, anche se dolorabile alla palpazione profonda su tutto l'ambito, scarsamente valutabile per opposizione della piccola.

Al mattino viene eseguita una ecografia dell'addome che evidenzia *“a livello del quadrante superiore di destra una formazione caratterizzata da aspetto ad anelli concentrici multipli con presenza di formazioni linfonodali al suo interno”*.



Qual è la diagnosi?

Qual è la gestione clinica per l'inquadramento, la stabilizzazione e il trattamento di questo quadro?

PROVA N. 3

Caso clinico 3

All'attenzione del PS giunge un bambino di 3 anni e mezzo per riferita astenia e disappetenza.

Anamnesi patologica prossima: La madre riferisce che il figlio, circa 2 settimane fa, ha presentato febbre (TC max 40°C) risolta dopo un giorno. Da allora il bambino presenta disappetenza e astenia. Riferiti sporadici episodi di vomito alimentare in seguito a assunzione di cibo. Non riferita diarrea, alvo tendenzialmente stitico. Valutato dal curante qualche giorno prima, che consiglia SRO e tampone per SARS COV19, risultato negativo. Non riferiti contatti con soggetti febbrili o con infezione da coronavirus nota.

Anamnesi patologica remota: Un ricovero nell'estate precedente per diarrea ematica con accertamenti riferiti nella norma. Non allergie. Vaccinazioni: in regola, non eseguita anti-influenzale.

Ultimo peso riferito 22 kg.

Anamnesi familiare e fisiologica: Genitori in abs, di origine marocchina, non consanguinei. Negate tare di rilievo nel gentilizio. Nonno materno con DM tipo 2. Uno zio che vive in Marocco che ha abitato con il nucleo familiare del paziente e che ha effettuato accertamenti per tosse cronica durante la permanenza in Italia.

Esame obiettivo all'ingresso: Condizioni cliniche generali buone, apiretico, cute e mucose idratate, TR < 2", colorito lievemente pallido, occhi alonati. Reattivo, oppositivo alla visita. Otoscopia MMTT rosee, faringe roseo, non lesioni del cavo orale. Non linfadenopatie di rilievo nelle sedi esplorabili, al torace MV normotrasmeso, non rumori aggiunti, cuore toni ritmici, valide, soffio sistolico. Addome piano, trattabile, apparentemente non dolente né dolorabile, epatosplenomegalia minima. Genitali in ordine, circonciso.

Peso 19 kg.

Accertamenti eseguiti:

Esami ematici: GB 9770/mmc (N 46,6% L 44,6%), Hb 8,9 gr/dl, MCV 61,3 fl, RDW 16.6, PCR 10.94 mg/dL, PCT negativa, lieve incremento dell'LDH (335 UI/L), elettroliti e glicemia nella norma. VES 120 mm/h.

Weber su feci: negativo.

Tampone molecolare urgente per ricerca SARS-Cov 2: negativo.

Ecocardiografia e ECG (per riscontro di soffio): nella norma.

Ecografia addominale: nella norma, con riscontro di epato-splenomegalia e lieve distensione delle anse addominali.

RX ed ecografia toracica:



Al candidato si richiede di formulare la/le ipotesi diagnostiche più probabili in base alle informazioni disponibili.