

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO di
DIRIGENTE MEDICO DI NEFROLOGIA.**

In data 11/06/2019 la commissione esaminatrice ha proposto ai candidati le seguenti prove:

PROVA SCRITTA N. 1

STRATEGIE DI TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE

PROVA SCRITTA N. 2

COINVOLGIMENTO RENALE IN CORSO DI NEOPLASIE

PROVA SCRITTA N. 3

INDICAZIONI, VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'EMODIALISI DOMICILIARE

La Commissione ha inoltre individuato i seguenti criteri di valutazione della prova scritta:

- livello di preparazione professionale e livello di conoscenza degli argomenti oggetto della prova;
- completezza nella trattazione di quanto richiesto dalla prova;
- chiarezza e coerenza espositiva; sinteticità concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova in rapporto al tempo assegnato.

PROVA PRATICA N. 1

Arriva la chiamata dal PS per un uomo di 59 anni, giunto dal domicilio per malessere generale in seguito a gastroenterite; il motivo della chiamata è una creatinina sierica di 7,9 mg/dl.

Storia clinica

Febbre reumatica nell'adolescenza

Iperensione arteriosa in terapia con ace-inibitore

Diabete Mellito in terapia con metformina (nessun precedente accesso Nefrologico)

20 anni prima sostituzione chirurgica della valvola aortica con bioprotesi

2 mesi prima reintervento per sostituzione di protesi valvolare

Ulteriore terapia: aspirina e beta-bloccante

Accesso in PS per malessere generale dopo una gastroenterite della durata di alcuni giorni; viene riscontrata creatinina sierica di 7,9 mg/dl, iperpotassiemia (7,35 mmol/l), acidosi (pH 7,15, bicarbonatemia 5 mmol/l) con lattati 9,56 mEq/l; sodio 134 mmol/l; Hb 11,5 g%; diuresi non determinabile

Obiettivamente non segni di iperidratazione periferica e polmonare, cute e mucose secche, PA 90/65 mmHg, bpm 115.

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici sono da istituire incluso l'eventuale piano di idratazione e in quale sequenza temporale

Come stabilire la causa dell'insufficienza renale e farsi un'idea sulla reversibilità o meno

PROVA PRATICA N. 2

Arriva la chiamata dal PS per una donna di 72 anni, giunto dal domicilio per riscontro di creatinina sierica di 7,1 mg/dl e Hb 6,4g%.

Storia clinica

Da 4 anni seguita in Ematologia per Mieloma Multiplo IgG/K in trattamento con Lenalinomide

Da 6-7 mesi creatinina sierica 1,5-1,8 mg/dl

3 mesi prima ricovero in Ortopedia per frattura di femore in seguito a caduta accidentale; operata; in quell'occasione riscontro di creatinina sierica 4 mg/dl, proteinuria assente, anemia; consigliata BOM (non eseguita), consigliata valutazione Nefrologica (non eseguita)

Obiettivamente quadro di normoidratazione, PA 135/95 mmHg, bpm 82.

Riferisce dolori al rachide per i quali ha assunto antidolorifici a domicilio

I primi esami mostrano: creatinina sierica di 7,1 mg/dl, sodio 142 mmol/l; potassio 5,5 mmol/l, calcio 6,1 mg/dl, ac.urico 4,5 mg/dl, Hb 6,4 g%, WBC 2.920/mmc, piastrine 32.000/mmc; diuresi presente

Successivamente protidemia totale 76 g/L, IgG 16 g/L, CM 18%, K/L 17,4, **FLC**

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici sono da istituire e in quale sequenza temporale

Come stabilire la causa dell'insufficienza renale e farsi un'idea sulla reversibilità o meno

PROVA PRATICA N. 3

Arriva la chiamata dal PS per un uomo di 48 anni con dolore a tipo colica al fianco sinistro.

Storia clinica

Nel luglio 2018 episodio sincopale con accesso in PS senza riscontro di patologie in atto.

Per il resto anamnesi negativa.

36 ore prima comparsa di dolore al fianco sinistro.

Il mattino successivo accesso al PS di un Ospedale periferico per la persistenza del dolore; viene effettuata una TC addome senza mdc che risulta negativa; PA normale, funzione renale normale, emocromo nei limiti; dopo un antidolorifico viene inviato a domicilio.

12 ore dopo nuovo accesso in altro PS per persistenza del dolore al fianco sinistro; esami di laboratorio sempre negativi; dopo un altro antidolorifico viene nuovamente inviato a domicilio.

Persistendo il dolore, la mattina successiva si reca nuovamente in PS dove un'ecografia mostra a sinistra un piccolo spot iperecogeno di 3-4 mm in corrispondenza del gruppo caliceale superiore e un iperecogenicità al polo superiore con aspetto globoso.

Lo specialista Urologo esclude che la litiasi sia ostruttiva.

Viene inviato in Nefrologia e sottoposto in urgenza a TC con mdc che mostra estesa area di mancato *contrast enhancement* (5 x 4 cm) a carico del terzo superiore del rene sinistro.

Quali è l'orientamento diagnostico e perché

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici ritieni opportuni?

La Commissione ha inoltre individuato i seguenti criteri di valutazione della prova pratica:

- livello di conoscenza pratica desumibile dalla prova oggetto d'esame;
- aderenza al percorso diagnostico terapeutico del caso oggetto della prova
- chiarezza espositiva.

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO di
DIRIGENTE MEDICO DI NEFROLOGIA.**

In data 11/06/2019 la commissione esaminatrice ha proposto ai candidati le seguenti prove:

PROVA SCRITTA N. 1

STRATEGIE DI TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE

PROVA SCRITTA N. 2

COINVOLGIMENTO RENALE IN CORSO DI NEOPLASIE

PROVA SCRITTA N. 3

INDICAZIONI, VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'EMODIALISI DOMICILIARE

La Commissione ha inoltre individuato i seguenti criteri di valutazione della prova scritta:

- livello di preparazione professionale e livello di conoscenza degli argomenti oggetto della prova;
- completezza nella trattazione di quanto richiesto dalla prova;
- chiarezza e coerenza espositiva; sinteticità concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova in rapporto al tempo assegnato.

PROVA PRATICA N. 1

Arriva la chiamata dal PS per un uomo di 59 anni, giunto dal domicilio per malessere generale in seguito a gastroenterite; il motivo della chiamata è una creatinina sierica di 7,9 mg/dl.

Storia clinica

Febbre reumatica nell'adolescenza

Iperensione arteriosa in terapia con ace-inibitore

Diabete Mellito in terapia con metformina (nessun precedente accesso Nefrologico)

20 anni prima sostituzione chirurgica della valvola aortica con bioprotesi

2 mesi prima reintervento per sostituzione di protesi valvolare

Ulteriore terapia: aspirina e beta-bloccante

Accesso in PS per malessere generale dopo una gastroenterite della durata di alcuni giorni; viene riscontrata creatinina sierica di 7,9 mg/dl, iperpotassiemia (7,35 mmol/l), acidosi (pH 7,15, bicarbonatemia 5 mmol/l) con lattati 9,56 mEq/l; sodio 134 mmol/l; Hb 11,5 g%; diuresi non determinabile

Obiettivamente non segni di iperidratazione periferica e polmonare, cute e mucose secche, PA 90/65 mmHg, bpm 115.

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici sono da istituire incluso l'eventuale piano di idratazione e in quale sequenza temporale

Come stabilire la causa dell'insufficienza renale e farsi un'idea sulla reversibilità o meno

PROVA PRATICA N. 2

Arriva la chiamata dal PS per una donna di 72 anni, giunto dal domicilio per riscontro di creatinina sierica di 7,1 mg/dl e Hb 6,4g%.

Storia clinica

Da 4 anni seguita in Ematologia per Mieloma Multiplo IgG/K in trattamento con Lenalinomide

Da 6-7 mesi creatinina sierica 1,5-1,8 mg/dl

3 mesi prima ricovero in Ortopedia per frattura di femore in seguito a caduta accidentale; operata; in quell'occasione riscontro di creatinina sierica 4 mg/dl, proteinuria assente, anemia; consigliata BOM (non eseguita), consigliata valutazione Nefrologica (non eseguita)

Obiettivamente quadro di normoidratazione, PA 135/95 mmHg, bpm 82.

Riferisce dolori al rachide per i quali ha assunto antidolorifici a domicilio

I primi esami mostrano: creatinina sierica di 7,1 mg/dl, sodio 142 mmol/l; potassio 5,5 mmol/l, calcio 6,1 mg/dl, ac.urico 4,5 mg/dl, Hb 6,4 g%, WBC 2.920/mmc, piastrine 32.000/mmc; diuresi presente

Successivamente protidemia totale 76 g/L, IgG 16 g/L, CM 18%, K/L 17,4, **FLC**

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici sono da istituire e in quale sequenza temporale

Come stabilire la causa dell'insufficienza renale e farsi un'idea sulla reversibilità o meno

PROVA PRATICA N. 3

Arriva la chiamata dal PS per un uomo di 48 anni con dolore a tipo colica al fianco sinistro.

Storia clinica

Nel luglio 2018 episodio sincopale con accesso in PS senza riscontro di patologie in atto.

Per il resto anamnesi negativa.

36 ore prima comparsa di dolore al fianco sinistro.

Il mattino successivo accesso al PS di un Ospedale periferico per la persistenza del dolore; viene effettuata una TC addome senza mdc che risulta negativa; PA normale, funzione renale normale, emocromo nei limiti; dopo un antidolorifico viene inviato a domicilio.

12 ore dopo nuovo accesso in altro PS per persistenza del dolore al fianco sinistro; esami di laboratorio sempre negativi; dopo un altro antidolorifico viene nuovamente inviato a domicilio.

Persistendo il dolore, la mattina successiva si reca nuovamente in PS dove un'ecografia mostra a sinistra un piccolo spot iperecogeno di 3-4 mm in corrispondenza del gruppo caliceale superiore e un iperecogenicità al polo superiore con aspetto globoso.

Lo specialista Urologo esclude che la litiasi sia ostruttiva.

Viene inviato in Nefrologia e sottoposto in urgenza a TC con mdc che mostra estesa area di mancato *contrast enhancement* (5 x 4 cm) a carico del terzo superiore del rene sinistro.

Quali è l'orientamento diagnostico e perché

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici ritieni opportuni?

La Commissione ha inoltre individuato i seguenti criteri di valutazione della prova pratica:

- livello di conoscenza pratica desumibile dalla prova oggetto d'esame;
- aderenza al percorso diagnostico terapeutico del caso oggetto della prova
- chiarezza espositiva.

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO di
DIRIGENTE MEDICO DI NEFROLOGIA.**

In data 11/06/2019 la commissione esaminatrice ha proposto ai candidati le seguenti prove:

PROVA SCRITTA N. 1

STRATEGIE DI TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE

PROVA SCRITTA N. 2

COINVOLGIMENTO RENALE IN CORSO DI NEOPLASIE

PROVA SCRITTA N. 3

INDICAZIONI, VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'EMODIALISI DOMICILIARE

La Commissione ha inoltre individuato i seguenti criteri di valutazione della prova scritta:

- livello di preparazione professionale e livello di conoscenza degli argomenti oggetto della prova;
- completezza nella trattazione di quanto richiesto dalla prova;
- chiarezza e coerenza espositiva; sinteticità concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova in rapporto al tempo assegnato.

PROVA PRATICA N. 1

Arriva la chiamata dal PS per un uomo di 59 anni, giunto dal domicilio per malessere generale in seguito a gastroenterite; il motivo della chiamata è una creatinina sierica di 7,9 mg/dl.

Storia clinica

Febbre reumatica nell'adolescenza

Iperensione arteriosa in terapia con ace-inibitore

Diabete Mellito in terapia con metformina (nessun precedente accesso Nefrologico)

20 anni prima sostituzione chirurgica della valvola aortica con bioprotesi

2 mesi prima reintervento per sostituzione di protesi valvolare

Ulteriore terapia: aspirina e beta-bloccante

Accesso in PS per malessere generale dopo una gastroenterite della durata di alcuni giorni; viene riscontrata creatinina sierica di 7,9 mg/dl, iperpotassiemia (7,35 mmol/l), acidosi (pH 7,15, bicarbonatemia 5 mmol/l) con lattati 9,56 mEq/l; sodio 134 mmol/l; Hb 11,5 g%; diuresi non determinabile

Obiettivamente non segni di iperidratazione periferica e polmonare, cute e mucose secche, PA 90/65 mmHg, bpm 115.

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici sono da istituire incluso l'eventuale piano di idratazione e in quale sequenza temporale

Come stabilire la causa dell'insufficienza renale e farsi un'idea sulla reversibilità o meno

PROVA PRATICA N. 2

Arriva la chiamata dal PS per una donna di 72 anni, giunto dal domicilio per riscontro di creatinina sierica di 7,1 mg/dl e Hb 6,4g%.

Storia clinica

Da 4 anni seguita in Ematologia per Mieloma Multiplo IgG/K in trattamento con Lenalinomide

Da 6-7 mesi creatinina sierica 1,5-1,8 mg/dl

3 mesi prima ricovero in Ortopedia per frattura di femore in seguito a caduta accidentale; operata; in quell'occasione riscontro di creatinina sierica 4 mg/dl, proteinuria assente, anemia; consigliata BOM (non eseguita), consigliata valutazione Nefrologica (non eseguita)

Obiettivamente quadro di normoidratazione, PA 135/95 mmHg, bpm 82.

Riferisce dolori al rachide per i quali ha assunto antidolorifici a domicilio

I primi esami mostrano: creatinina sierica di 7,1 mg/dl, sodio 142 mmol/l; potassio 5,5 mmol/l, calcio 6,1 mg/dl, ac.urico 4,5 mg/dl, Hb 6,4 g%, WBC 2.920/mmc, piastrine 32.000/mmc; diuresi presente

Successivamente protidemia totale 76 g/L, IgG 16 g/L, CM 18%, K/L 17,4, **FLC**

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici sono da istituire e in quale sequenza temporale

Come stabilire la causa dell'insufficienza renale e farsi un'idea sulla reversibilità o meno

PROVA PRATICA N. 3

Arriva la chiamata dal PS per un uomo di 48 anni con dolore a tipo colica al fianco sinistro.

Storia clinica

Nel luglio 2018 episodio sincopale con accesso in PS senza riscontro di patologie in atto.

Per il resto anamnesi negativa.

36 ore prima comparsa di dolore al fianco sinistro.

Il mattino successivo accesso al PS di un Ospedale periferico per la persistenza del dolore; viene effettuata una TC addome senza mdc che risulta negativa; PA normale, funzione renale normale, emocromo nei limiti; dopo un antidolorifico viene inviato a domicilio.

12 ore dopo nuovo accesso in altro PS per persistenza del dolore al fianco sinistro; esami di laboratorio sempre negativi; dopo un altro antidolorifico viene nuovamente inviato a domicilio.

Persistendo il dolore, la mattina successiva si reca nuovamente in PS dove un'ecografia mostra a sinistra un piccolo spot iperecogeno di 3-4 mm in corrispondenza del gruppo caliceale superiore e un iperecogenicità al polo superiore con aspetto globoso.

Lo specialista Urologo esclude che la litiasi sia ostruttiva.

Viene inviato in Nefrologia e sottoposto in urgenza a TC con mdc che mostra estesa area di mancato *contrast enhancement* (5 x 4 cm) a carico del terzo superiore del rene sinistro.

Quali è l'orientamento diagnostico e perché

Quali ulteriori accertamenti ritieni necessari, in quali tempi e perché

Quali provvedimenti terapeutici ritieni opportuni?

La Commissione ha inoltre individuato i seguenti criteri di valutazione della prova pratica:

- livello di conoscenza pratica desumibile dalla prova oggetto d'esame;
- aderenza al percorso diagnostico terapeutico del caso oggetto della prova
- chiarezza espositiva.