

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI A TEMPO INDETERMINATO NEL PROFILO PROFESSIONALE DI DIRIGENTE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI NEFROLOGIA

per le esigenze, dell'Azienda USL di Imola

(indetto con determinazione del Direttore del Servizio Unico Metropolitan Amministrazione
Giuridica del Personale n. 792 del 27/12/2023)

TRACCE PROVE

PROVA SCRITTA

Prova scritta n. 1: **INDICAZIONI DEI DOAC (ANTICOAGULANTI ORALI AD AZIONE DIRETTA) NELLA MALATTIA RENALE CRONICA E COMPLICANZE RENALI DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE.**

Prova scritta n. 2: **ANCA POSITIVITA' NELLE CONDIZIONI NON CORRELATE A VASCULITI PAUCI IMMUNI (O ANCA ASSOCIATE).**

Prova scritta n. 3: **MALATTIE RENALI TUBULOINTERSTITIALI AUTOSOMICHE DOMINANTI.**

PROVA PRATICA

Prova pratica n. 1: Uomo di 65 anni, diabetico tipo II in terapia con insulina da un anno, malattia renale cronica da circa 2 anni con creatinina sierica 1.2 mg/dl (eGFR 67 ml/min), proteinuria delle 24 ore 420 mg, emoglobina glicata 37 mmol/mol (v.n. 20-39 mmol/mol) e seguito da specialista del centro per il piede diabetico per lesioni periferiche a carico del I e II dito del piede destro. In terapia con ramipril 5 mg, metformina 1000 mg die, dapaglifozin 10 mg die.

Accede in pronto soccorso, inviato dal diabetologo per acuto peggioramento della funzione renale associata ad ematuria macroscopica (creatinina 4.2 mg/dl, eGFR 15 ml/min) in assenza di sovraccarico idrico periferico e/o centrale con aumento della proteinuria (urine delle 24 ore 1.200 mg), elettroliti nella norma.

Il paziente riferisce di assumere da tre giorni Amoxicillina Triidrato/Potassio Clavulanato 875/125 mg due volte al giorno prescritto dal MMG per sovrainfezione delle lesioni alle dita del piede. In pronto soccorso apiretico, creatinina 5.2 mg/dl, urea 110 mg/dl, elettroliti nella norma, GB 12000 con prevalenza assoluta neutrofilica, Hb 11.8 g/dl, PCR 27 mg/dl (v.n. <5 mg/dl), procalcitonina 1.8 ng/ml (v.n. <0.5 ng/ml). Picco febbrile fino a 38.4°C con presenza all'emocoltura di stafilococco aureo. Dopo consulenza nefrologica, negativa autoimmunità, C3 85 mg/dl (v.n. 90-180 mg/dl), C4 35 mg/dl (v.n. 10-40 mg/dl). Si esegue la biopsia renale che mostra:

- a. Alla microscopia ottica: 8 glomeruli, 2 dei quali in sclerosi globale. I rimanenti mostrano un lieve aumento della matrice con aspetto nodulare a cui si associa moderato aumento della cellularità mesangiale. Diffusa ipercellularità endocapillare con frequenti neutrofili. Non presente ipercellularità extracapillare. A livello tubulo-interstiziale fibrosi in circa il 20% del campione con proporzionale atrofia, scarso infiltrato infiammatorio di tipo linfomonocitico. Le arterie interlobulari presentano tortuosità mentre le arteriole mostrano ialinosi subendoteliale moderata.
- b. Immunofluorescenza: IgG (1+) a livello mesangiale a zolle e pseudolineare lungo le membrane basali glomerulari;

IgA (3+) diffuse globali a zolle mesangiali e granulari lungo la membrana basale del capillare;
IgM e C1q negative.
C3 (3+) diffuso globale granulare a zolle lungo le anse dei capillari glomerulari con pattern “a cielo stellato”;
Catene leggere kappa (3+) con stesso pattern delle IgA;
Catene leggere lambda (1+) con stesso pattern delle IgA.

c. Non disponibile la microscopia elettronica.

Discuti il caso in maniera analitica:

- a. **Diagnosi differenziale formulata secondo un ordine di probabilità**
- b. **Diagnosi finale**

Prova pratica n. 2: Uomo di 54 anni, iperteso non in terapia farmacologica. Anamnesi positiva per abuso di sostanze riferito dai familiari.

Entra in PS con malessere generale, cefalea, febbre e dolore retrosternale. Obiettivamente PA 190/100 mmHg, temperatura 38.8°C, non edemi declivi. Agli esami ematochimici PCR 80 mg/dl (v.n. <5 mg/dl), procalcitonina 5 ng/ml (v.n. <0.5 ng/ml), GB 21000 con prevalenza neutrofilica, creatinina 5.8 mg/dl (eGFR 11 ml/min), urea 120 mg/dl, elettroliti nella norma, bicarbonatemia 22 mmol/l, assetto epatico nella norma, non segni di emolisi. Esegue ecocardiogramma che mostra segni di endocardite. Per presenza di flebite all'avambraccio sinistro eseguite emocolture positive per stafilococco aureo. Ecografia renale nei limiti di norma. Richiesta consulenza nefrologica che richiede pannello autoimmunità che risulta negativo, complemento non consumato. Esame urine con albumina 300 mg/dl, emazie nel sedimento. All'esame urine delle 24 ore proteinuria pari a 4.5 g/die, glomerulare selettiva. Elettroforesi sierica negativa per monoclonalità. Esegue biopsia renale.

Microscopia ottica: 2 frustoli di parenchima corticale e corticomidollare per un totale di 7 glomeruli. Alla microscopia ottica tutti 4 glomeruli presentano semilune di cui 3 fibrocellulari ed 1 cellulare. Dei 3 glomeruli con semiluna fibrocellulare, 1 presenta sclerosi globale del flocculo a cui si associa sclerosi segmentale variante collapsing. Assenza di ipercellularità endocapillare, lieve espansione del mesangio in assenza di aumentata cellularità. A livello tubulo-interstiziale presenza di fibrosi in circa il 20% del campione con associato lieve infiltrato infiammatorio prevalentemente linfomonocitario.

Infine è presente lieve arteriosclerosi per la presenza di arterie interlobulari tortuose con lieve ispessimento della tunica media.

Alle indagini di immunofluorescenza presenza di IgM (2+) policlonali (k 2+, lambda 1+) diffuse segmentali granulari nel mesangio associate a C3 (2+) con medesimo pattern. Negativi IgG, IgA e C1q.

Interpreta la relazione clinico-istologica e definisci l'orientamento diagnostico

Prova pratica n. 3: *Il referto mostra molteplici incongruità che rendono poco affidabile l'osservazione patologica.*

Commenta le incongruenze che sono segnalate nel testo di una refertazione non adeguata (parole sottolineate=lesioni; parole evidenziate=incongruenze). Aldilà delle incongruenze, poni la diagnosi più probabile.

Uomo di 37 anni ricoverato per proteinuria:

Microscopia Ottica: 2 frustoli di parenchima renale corticale contenente 31 glomeruli, 4 dei quali parziali sul margine del frustolo. Tutti i glomeruli appaiono aumentati di dimensioni e talora con anse capillari erniate nel tubulo prossimale, 4 glomeruli presentano una semiluna fibrosa. Tutti i glomeruli sono caratterizzati da un modesto incremento della cellularità intracapillare, con lieve aumento generalizzato della matrice e focale della cellularità mesangiale. Le anse capillari appaiono dilatate e replete di globuli rossi impilati con leucociti, talora eosinofili, marginati. La colorazione PASM, mostra membrane basali di spessore normale che focalmente appaiono discontinue e frammentate causando accumulo di materiale ematico e piccoli trombi nello spazio urinario. Alcuni glomeruli

presentano ispessimento fibroso dei cotiledoni periferici con adesione alla capsula del Bowman e presenza di macrofagi lipofagi nello spazio di filtrazione. Un glomerulo presenta una zona di sclerosi focale para-apicale. Un glomerulo una piccola semiluna. L'interstizio mostra una architettura conservata. I tubuli presentano segni di riassorbimento proteico lipidico. Rari macrofagi lipofagi nell'interstizio. I capillari presentano endoteli rigonfi e leucociti marginati. Stasi ematica venosa. Arterie con pareti nella norma ed endoteli rigonfi.

Immunofluorescenza. Valutati 2 frustoli con 11 glomeruli. Negativa la ricerca di depositi di IgG, IgA, IgM, catene leggere K, lambda, C3, C1q e fibrinogeno. 4 glomeruli presentano aree di conglobazione ed adesione delle anse periferiche con deposizione aspecifica di IgM e C3. I vasi interstiziali presentano depositi subendoteliali di C3 e C1q.

Microscopia elettronica. Sono stati osservati 3 glomeruli con modesto aumento della matrice mesangiale. Le anse dei capillari, lievemente ipercellulari, sono caratterizzati da attivazione endoteliale. Le membrane basali glomerulari presentano aree di reduplicazione associata a interposizione cellulare. I podociti mostrano una perdita subtotale dei processi pedicellari e spianamento del citoscheletro sottostante la membrana basale glomerulare.

Diagnosi: il quadro morfofenotipico è compatibile con un quadro iniziale di evoluzione di una malattia a lesioni minime verso una glomerulosclerosi focale, tuttavia coesistono quadri importanti di attivazione endo ed extra capillare con rottura delle anse che suggerisce una sovrapposizione con quadri infiammatori di possibile natura post infettiva.

PROVA ORALE

DOMANDA N. 1: APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO AL PAZIENTE IPERSODIEMICO.

DOMANDA N. 2: APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO AL PAZIENTE IPERCALCEMICO.

DOMANDA N. 3: APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO AL PAZIENTE IPERPOTASSIEMICO.

DOMANDA N. 4: IMPORTANZA DELL'EMOGASANALISI NEL PAZIENTE NEFROPATICO.

DOMANDA N. 5: APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO ALL'ANEMIA SECONDARIA A INSUFFICIENZA RENALE CRONICA.

DOMANDA N. 6: TRATTAMENTO DELL'IPERPARATIROIDISMO SECONDARIO A CARENZA DI VITAMINA D NEI DIVERSI STADI DELLA MALATTIA RENALE CRONICA.

DOMANDA N. 7: NEFROPATIA DA MEZZO DI CONTRASTO: PREVENZIONE NEL NEFROPATICO.

DOMANDA N. 8: LA PERITONITE DA GRAM POSITIVI E GRAM NEGATIVI IN DIALISI PERITONEALE

DOMANDA N. 9: MODALITÀ E COMPLICANZE DELLA ANTICOAGULAZIONE IN CRRT

DOMANDA N. 10: TIMING TO START E TIMING TO STOP CRRT

DOMANDA N. 11: DIAGNOSI E TERAPIA DELLA SEUA

DOMANDA N. 12: TERAPIA DELLA IGA N

DOMANDA N. 13: RALLENTAMENTO DELLA PROGRESSIONE DELL'IRC: NUOVE ACQUISIZIONI

DOMANDA N. 14: IL RITUXIMAB NEL TRATTAMENTO DELLA NEFROPATIA MEMBRANOSA

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE PROVE

Prova scritta

Immediatamente prima dell'inizio della prova d'esame la commissione, collegialmente, predisporrà una terna di prove d'esame, registrandole con numeri progressivi, tra cui sarà estratta quella oggetto d'esame, prefissando il tempo disponibile per i candidati per lo svolgimento della stessa. La prova che costituirà oggetto dell'esame sarà estratta da uno dei candidati.

La prova scritta consisterà in *"relazione su caso clinico simulato o su argomenti inerenti alla disciplina messa a concorso o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina stessa"*. La prova consisterà nello svolgimento di un tema su argomenti inerenti alla disciplina a concorso e sarà volta in particolare, all'accertamento delle competenze e delle conoscenze specifiche della disciplina a concorso.

La commissione stabilisce di porre ai candidati una domanda per ciascuna prova e valuterà le prove attribuendo un punteggio compreso tra 0 e 30 sulla base dei seguenti criteri:

- **aderenza al tema della prova sottoposta al candidato**
- **completezza nella trattazione dell'argomento,**
- **chiarezza espositiva intesa come proprietà di linguaggio e uso corretto della terminologia tecnico scientifica propria della materia;**
- **capacità di sintesi**
- **capacità di sviluppare le conoscenze tecnico scientifiche articolando, in maniera logica e propria il tema sottoposto al candidato.**

Nel caso di valutazioni differenti da parte dei commissari, il punteggio attribuito sarà dato dalla media aritmetica dei voti attribuiti dai singoli componenti. Il giudizio è formulato sulla prova complessiva.

Ai sensi dell'art. 14, 1° comma, del D.P.R. 483/97, il superamento della prova scritta è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, pari ad almeno 21/30.

Prova pratica

Immediatamente prima dell'espletamento della prova, la commissione collegialmente, stabilirà le modalità di svolgimento ed i contenuti dell'esame, predisponendo una terna di prove, tra le quali uno dei partecipanti procederà ad estrarre quella oggetto d'esame.

La prova verterà su *"tecniche e manualità peculiari della disciplina messa a concorso. La prova pratica deve comunque essere anche illustrata schematicamente per iscritto"* e sarà volta in particolare, all'accertamento delle competenze e delle conoscenze della disciplina a concorso.

Le prove saranno valutate dalla commissione, la quale attribuirà a ciascun partecipante un voto compreso tra 0 e 30 sulla base dei seguenti criteri:

- **correttezza e completezza della prova**
- **grado di pertinenza dei contenuti**
- **precisione e livello di conoscenza**
- **ordine logico e proprietà terminologica**
- **orientamento diagnostico e terapeutico**
- **capacità di sintesi e chiarezza espositiva**

I punteggi saranno attribuiti con voti palesi e, nel caso di valutazioni differenti, il punteggio dell'esame sarà quello risultante dalla media dei voti espressi dai commissari.

Ai sensi dell'art. 14, 1° comma, del D.P.R. 483/97, il superamento della prova pratica è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, pari ad almeno 21/30.

Prova orale

L'esame verterà "*sulle materie inerenti alla disciplina a concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire*" e si svolgerà alla presenza dell'intera commissione ed in un locale aperto al pubblico.

Immediatamente prima dell'inizio della prova, la commissione, collegialmente, predisporrà diversi quesiti di pari difficoltà, inerenti alla disciplina a concorso ed ai compiti connessi alle funzioni da conferire, in numero superiore a quello dei concorrenti ammessi a sostenere l'esame.

Ciascun candidato estrarrà personalmente il quesito che costituirà oggetto della prova cui sarà sottoposto.

Al termine di ogni prova la commissione attribuirà un punteggio compreso tra 0 e 20 sulla base **della correttezza della risposta, della completezza e della chiarezza dell'esposizione, nonché della capacità di sintesi e della padronanza dell'argomento dimostrate dal concorrente nel corso dell'esame**. Nel caso di valutazioni differenti da parte dei commissari, il punteggio attribuito sarà dato dalla media aritmetica dei voti attribuiti dai singoli componenti.

Ai sensi dell'art. 14, 2° comma, del D.P.R. 483/97, il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, pari ad almeno 14/20.