

ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO GAETANO PINI CTO
ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI
Piazza Cardinal Ferrari, 1 - 20122 MILANO

Concorso pubblico, per titoli ed esami,
per l'assunzione a tempo unico ed indeterminato,
di n. 1 Dirigente Medico
(disciplina: Ortopedia e Traumatologia)
da assegnare alla
U.O.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva

Verbale 13 luglio 2020 della Commissione Esaminatrice del Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo unico e indeterminato di n. 1 Dirigente Medico (disciplina: Ortopedia e Traumatologia), da assegnare alla U.O.C: Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva.

Il giorno **13 luglio 2020, alle ore 8,30** presso l'Aula Magna dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Gaetano Pini CTO di Milano sito in Piazza Cardinal Ferrari, 1 - Milano si è riunita la Commissione Esaminatrice del Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo unico e indeterminato di n. 1 Dirigente Medico (disciplina: Ortopedia e Traumatologia), da assegnare alla U.O.C: Chirurgia della Mano e Microchirurgia, indetto con deliberazione n. 157 del 16.3.2020.

La Commissione, costituita con deliberazione n. 368 del 9.7.2020 ai sensi dell'art. 25 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483, risulta così composta :

- | | |
|-------------------------------|--|
| - Dott. Pierluigi Tos | Direttore U.O.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia di questa Azienda
- Presidente Titolare |
| - Dott. Roberto Maria Capelli | Direttore della U.O.C. Ortopedia e Traumatologia dell'ASST Fatebenefratelli Sacco
- Componente titolare sorteggiato; |
| - Dott. Massimo Migliavacca | Direttore della U.O.C. Ortopedia e Traumatologia dell'ASST di Pavia;
- Componente titolare designato dalla Regione Lombardia |
| - dott.ssa Donatella Marsilio | Collaboratore Amministrativo Professionale della S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali di questa ASST;
- Segretario Titolare |

Il Presidente, alle ore 8,40 constatata la regolare costituzione della Commissione e la legalità dell'adunanza, accertato che tutti i componenti e il segretario sono presenti, dichiara aperta la seduta e dà inizio ai lavori.

La Commissione procede quindi all'esame collegiale della documentazione esistente nel fascicolo ed accerta:

- che con deliberazione n. 157 del 16.3.2020 è stato indetto concorso pubblico per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo unico ed indeterminato di n. 1 Dirigente Medico (disciplina:

Ortopedia e Traumatologia), da assegnare alla U.O.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva;

- che il bando di concorso pubblico è stato pubblicato integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia – Serie Inserzioni e Concorsi – n. 18 del 29.4.2020 nonché per estratto sulla Gazzetta Ufficiale – IV Serie Speciale – n. 40 del 22.5.2020;
- che il bando di concorso è stato pubblicato sul sito aziendale www.asst-pini-cto.it ;
- che il bando di concorso in parola prevedeva come tempo utile per la presentazione delle domande le ore **12,00 del giorno 22.6.2020**;
- che con deliberazione n. 368 del 9.7.2020 sono stati ammessi alla procedura concorsuale i sottoelencati candidati;
 1. Biancucci Giulia
 2. Brandolini Anna
 3. Conca Marco
 4. Dalla Mura Paolo
 5. De Santis Sergio
 6. Fin Alessandra
 7. Gritti Giorgio
 8. Marenghi Letizia
 9. Martano Alessandra
 10. Mosillo Giuseppe
 11. Paracuollo Mario
 12. Pizza Chiara
 13. Richetta Silvia
 14. Stomeo Daniele
 15. Tradati Daniele
 16. Triolo Vito
 17. Vigorito Antonella
 18. Zini Stefania
 19. Zura Puntaroni Fabiana
- Che ai sensi dei commi n. 547 e 548 della L. n. 154 del 30 dicembre 2018 (Legge di Bilancio 2019) sono stati inoltre ammessi i candidati di seguito elencati (medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno):
 20. Canovi Alessandro
 21. Creta Elia
 22. Di Maro Agostino
 23. Flore Jacopo
 24. Fumo Caterina

- 25. Locatelli Francesco Maria
- 26. Maggi Sonia
- 27. Olivero Federica
- 28. Palumbo Federico
- 29. Passiatore Marco
- 30. Rizzo Anna Rosa
- 31. Vignini Livia

come risulta dal verbale di chiusura;

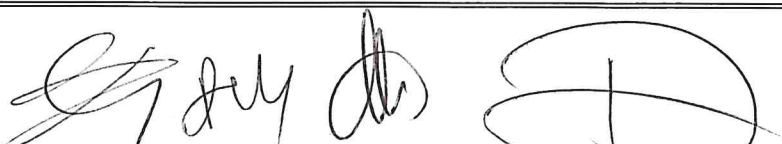
- che il diario delle prove d'esame, pubblicato sul sito aziendale www.asst-pini-cto.it è stato comunicato ai candidati ammessi;

Preliminarmente i componenti della Commissione sottoscrivono la dichiarazione che non sussistono situazione di incompatibilità tra essi ed i candidati, ai sensi dell'art. 9 del D.P.R. 483/1997.

La Commissione prende, inoltre, atto delle norme di legge che regolano la presente procedura concorsuale, disciplinata dalle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. , dal D.P.R. n. 483 del 10 maggio 1997, dall'art. 26 del D.Lgs. n. 165/2001 e dal D.P.R. n. 487 del 9 maggio 1994.

La Commissione decide di procedere alle operazioni secondo l'ordine seguente:

1. determinazione del punteggio complessivo a disposizione della Commissione e dei criteri di ripartizione del punteggio stesso tra titoli e prove d'esame; determinazione dei criteri di massima da seguire nella valutazione e dei titoli e nelle singole prove d'esame;
2. appello nominale dei candidati presenti;
3. espletamento della prova scritta con domande a risposta multipla;
4. esame e valutazione dei titoli, limitatamente ai concorrenti che avranno sostenuto la prova scritta;
5. valutazione della prova scritta;
6. espletamento della prova teorico- pratica a tema;
7. valutazione della prova teorico-pratica;
8. espletamento della prova orale;
9. valutazione della prova orale;



10. formulazione della graduatoria di merito dei candidati, con esclusione dei concorrenti che non abbiano conseguito, in ciascuna delle prove d'esame, la prevista valutazione di sufficienza in conformità a quanto previsto dal bando e dalle norme.

Successivamente viene data lettura dell'art. 11 del D.P.R. n. 483/1997 relativo ai criteri di valutazione e dell'art. 27 del citato D.P.R. relativo ai punteggi a disposizione della Commissione per i concorsi a posti di Dirigente Medico.

La Commissione prende atto che per il presente concorso dispone complessivamente di **100 punti** così ripartiti, ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. n. 483/1997:

- **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 teorico-pratica a tema**
- ⇒ **20 punti per la prova orale**

I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

- | | |
|---|-----------------|
| ⇒ titoli di carriera: | punti 10 |
| ⇒ titoli accademici e di studio: | punti 3 |
| ⇒ pubblicazioni e titoli scientifici: | punti 3 |
| ⇒ curriculum formativo e professionale | punti 4 |

La valutazione dei titoli sarà effettuata secondo i seguenti criteri di legge e di regolamento concorsuale:

A) TITOLI DI CARRIERA (MASSIMO PUNTI 10):

Servizi di ruolo prestati presso le Unità Sanitarie Locali o le Aziende Ospedaliere e servizi equipollenti, ai sensi degli artt. 22 e 23 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483:

- Servizio nel livello dirigenziale a concorso , o livello superiore, nella disciplina presso Enti del SSN punti **1,000** per anno;
- Servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso: punti **0,500** per anno;
- Servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra **ridotti rispettivamente del 25% e 50%**;
- Servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra **aumentati del 20%**;
- Servizio di ruolo quale medico presso Pubbliche Amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti **0,500** per anno;

- I periodi di effettivo servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria e di rafferma, prestati presso le Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri, ai sensi dell'art. 22 della legge 24 dicembre 1986 n. 958, sono valutati con i corrispondenti punteggi previsti per i concorsi per i servizi presso pubbliche amministrazioni punti **0,500** per anno.

L'attività ambulatoriale interna prestata a rapporto orario presso le strutture a diretta gestione delle Aziende Sanitarie e del Ministero della Salute in base ad accordi nazionali, è valutata con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici dipendenti delle Aziende Sanitarie con orario a tempo definito. I relativi certificati di servizio devono contenere l'indicazione dell'orario di attività settimanale.

Nella valutazione dei titoli di carriera saranno applicate le disposizioni di cui agli artt. 25 e 26 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761 e agli articoli 21, 22 e 23 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483, in merito alla valutabilità ed equiparazione dei servizi ivi previsti nonché al D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 484 e dei DD.MM. 30 gennaio 1998 e 31 gennaio 1998 (Tabelle relative alle discipline equipollenti ed alle specializzazioni affini).

In conformità ai principi stabiliti dall'art. 11 del D.P.R. n. 483/1997, la Commissione determina i seguenti **criteri generali** per la valutazione dei titoli di carriera:

- i servizi saranno valutati fino alla data di rilascio del relativo certificato;
- i certificati, per essere oggetto di valutazione, devono essere rilasciati dal legale rappresentante dell'Ente o dall'Autorità a ciò competente ovvero autocertificati ai sensi di legge;
- le frazioni di anno sono valutate in ragione mensile considerando, come mese intero, periodi continuativi di giorni trenta o frazioni superiori a quindici giorni;
- nel caso di servizi contemporanei sarà valutato quello più favorevole al candidato;
- i periodi di servizio omogeneo sono cumulabili;
- per i periodi di servizio non specificatamente determinati, le annate saranno calcolate dal 31 dicembre del primo anno al primo gennaio dell'ultimo anno mentre le mensilità saranno calcolate dall'ultimo giorno del primo mese al primo giorno dell'ultimo mese;
- qualora nel certificato di servizio non sia specificata né risulti indirettamente dalla documentazione prodotta la posizione funzionale, la qualifica, o se il servizio è stato prestato nella posizione di ruolo, di incaricato o in base a rapporto convenzionale (con indicazione dell'orario settimanale di attività) ovvero se il servizio è stato prestato con rapporto di lavoro a tempo unico, il servizio stesso sarà valutato con il minor punteggio attribuibile e, qualora manchi uno degli elementi essenziali del certificato di servizio lo stesso sarà valutato esclusivamente ai fini del curriculum;
- non saranno valutati attestati laudativi;

- non saranno valutati periodo di lavoro resi in qualità di volontario;
- non saranno valutate attività di servizio rese in qualità di guardia medica effettuate durante l'attività formativa di specializzando;
- non saranno valutati gli incarichi svolti dai concorrenti in dipendenza del servizio espletato quale compito di istituto;
- non saranno valutati titoli presentati successivamente al termine utile per la presentazione delle domande.

B) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (MASSIMO 3 PUNTI):

- specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, **punti 0,500** per anno di specialità;
- specializzazione in una disciplina affine, **punti 0,500**;
- specializzazione in altra disciplina, **punti 0,250**;
- altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra **ridotti del 50%**;
- altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione al concorso, comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario, **punti 0,500** per ognuna, **fino ad un massimo di punti 1,000**.

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

La specializzazione conseguita ai sensi del D.Lgs. 8 agosto 1991 n. 257 o ai sensi del D.Lgs. n. 368/1999 anche se fatta valere come requisito di ammissione è valutata con specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione.

C) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (MASSIMO 3 PUNTI)

Per la valutazione delle pubblicazioni e dei titoli scientifici saranno applicati i criteri previsti dall'art. 11 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483.

In particolare, la valutazione delle pubblicazioni deve essere adeguatamente motivata, in relazione alla originalità della produzione scientifica, all'importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori. Non possono essere valutate le pubblicazioni dalle quali non risulti l'apporto del candidato.

Inoltre la Commissione deve tenere conto, ai fini di una corretta valutazione:

- della data di pubblicazione dei lavori in relazione all'eventuale conseguimento di titoli accademici già valutati in altra categoria di punteggi;
- del fatto che le pubblicazioni contengano mere esposizioni di dati e casistiche, non adeguatamente avvalorate ed interpretate, ovvero abbiano contenuto solamente compilativo e divulgativo, ovvero ancora costituiscano monografie di alta originalità.

Saranno valutate esclusivamente le pubblicazioni edite a stampa e prodotte in originale, copia autenticata o tramite dichiarazioni sostitutive ai sensi di legge.

La Commissione, nel verificare l'effettiva presenza negli archivi dei lavori scientifici dei candidati stabilisce di assegnare i seguenti punteggi:

- | | | | | |
|---|--|----------------|-------------|------------|
| - | lavori non indicizzati : | da 0 a 10 | lavori | p.ti 0,100 |
| | | da 11 a 20 | lavori | p.ti 0,250 |
| | | superiori a 20 | lavori | p.ti 0,500 |
| - | lavori indicizzati con I.F. | | ogni lavoro | p.ti 0,100 |
| - | lavori indicizzati senza I.F. | | ogni lavoro | p.ti 0,020 |
| - | lavori non indicizzati in rivista con I.F. | | ogni lavoro | p.ti 0,020 |

D) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (MASSIMO 4 PUNTI)

Per la valutazione del curriculum formativo e professionale viene richiamato l'art. 11 del citato D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483 e pertanto sono valutate le attività professionali e di studio formalmente documentate, non riferibili ai titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire nonché agli incarichi di insegnamento conferiti da Enti Pubblici.

In tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, corsi, convegni o seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica.

Il punteggio attribuito dalla Commissione è **globale** ma deve essere adeguatamente motivato con riguardo ai singoli elementi documentali che hanno contribuito a determinarlo. La motivazione deve essere riportata nel verbale dei lavori della Commissione.

Saranno valutate esclusivamente le attività professionali e di studio prodotte in originale, copia autenticata o autocertificata ai sensi di legge.

Per quanto non previsto si richiamano integralmente le norme di cui al D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483

La Commissione decide, all'unanimità, di valutare i titoli in questione esclusivamente nell'ambito della valutazione complessiva del curriculum del candidato per l'impegno dimostrato oltre che per il potenziale arricchimento professionale e scientifico.

La Commissione stabilisce i seguenti ulteriori criteri generali per la valutazione dei titoli:

- ❖ i documenti prodotti saranno valutati solo se presentati in originale o fotocopia autenticata nei modi di legge ovvero autocertificati nei modi e nei limiti previsti dalla normativa vigente;

- ❖ i documenti prodotti saranno valutati purchè abbiano tutti i requisiti di sostanza e di forma prescritti;
- ❖ non saranno valutati i titoli attestanti il possesso dei requisiti specifici richiesti per la partecipazione al concorso;
- ❖ non sarà attribuita alcuna valutazione qualora la documentazione prodotta non specifichi con quale qualifica il servizio sia stato prestato.

La Commissione prende atto che le prove d'esame relative al presente concorso, quali risultano dall'art. 26 del D.P.R. n. 483/1997 sono le seguenti:

- **prova scritta:** soluzione di n. 30 quesiti a risposta multipla;
- **prova pratica a tema:** verrà richiesta ai partecipanti una prova pratica al microscopio con una sutura di un tubicino di silicone di mm2 di diametro e un filo 8-0. Le tre prove si differenziano dal tipo di anastomosi. La prova viene valutata con la scheda della Società Italiana di Microchirurgia. La prova pratica deve comunque essere illustrata schematicamente per iscritto in massimo quattro facciate;
- **prova orale:** su materie inerenti alla disciplina a concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Il superamento delle **prove scritta e pratica** è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno **21/30 per prova**.

L'ammissione alla prova pratica è subordinata al raggiungimento nella prova scritta del punteggio minimo previsto.

L'ammissione alla prova orale è subordinata al raggiungimento nella prova pratica del punteggio minimo previsto.

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

Sarà escluso dalla graduatoria degli idonei il candidato che non abbia conseguito la sufficienza in ciascuna delle prove d'esame.

Per quanto concerne la prova scritta il raggiungimento della sufficienza equivarrà a n. 21 risposte esatte :

Per quanto le prove pratica la Commissione valuterà la destrezza e la tecnica chirurgica attraverso l'apposita scheda della Società Italiana di Microchirurgia. La scheda ha 35 punti massimi che corrisponderanno al punteggio 30. Il voto 24 corrisponde al punteggio minimo di 21.

Per quanto riguarda la prova orale la Commissione decide di tener conto dei seguenti criteri generali di valutazione:

- conoscenza dell'argomento richiesto;

Ultimata la determinazione dei criteri per la valutazione dei titoli, delle prove e dei punteggi previsti per le prove d'esame, la Commissione, al completo dei suoi componenti, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n. 483/1997, predispone la seguente terna di prove costituite da 30 quesiti a risposta multipla e le registra con numeri progressivi come di seguito:

PROVA SCRITTA N. 1

- 1) In un paziente con paralisi cerebrale e deformità spastica della flessione del polso con buona funzione residua della mano è stata pianificata una artrodesi del polso. La retrazione dei flessori delle dita può essere migliorata con quale procedura concomitante?
 - A. Trasferimento dei tendini flessori profondi sui flessori superficiali
 - B. Osteotomia con accorciamento del radio
 - C. Carpectomia della filiera prossimale
 - D. Trasferimenti dei tendini flessori superficiali sugli estensori comuni delle dita
 - E. Tenotomia dei flessori superficiali
- 2) Quale fattore è associato a uno scarso livello di soddisfazione del paziente dopo l'intervento di apertura del canale carpale?
 - A. Diabete mellito
 - B. Disturbi della tiroide
 - C. Durata del sintomo
 - D. Gravità dei sintomi
 - E. Età > 70 anni
- 3) In una ragazza di 18 anni lancia-trice di Softball che ha sentito dolore mediale al gomito durante un lancio, la risonanza magnetica rivela un legamento collaterale mediale/ulnare distratto senza lesione completa. Quali gruppi muscolari funzionano come stabilizzatori dinamici per questa lesione:
 - A. Flessore ulnare del carpo
 - B. Flessore profondo delle dita
 - C. Bicipite e brachiale
 - D. Tricipite
 - E. Supinatore lungo
- 4) Il legamento retinolare trasverso stabilizza l'apparato estensore
 - A. all'articolazione IFD
 - B. all'articolazione IFP
 - C. all'articolazione MF
 - D. al polso
 - E. alla falange prossimale

5) La plastica a Z è il lembo più utilizzato per correggere una cicatrice retraente longitudinale. Un angolo del 60° tra l'incisione centrale e ciascun arto della plastica Z comporterà un allungamento della linea comune iniziale della plastica Z del:

- A. 10%
- B. 25%
- C. 50%
- D. 75%
- E. 100%

6) Un uomo di 32 anni si presenta con una piccola ferita alla polpa dell'indice sinistro che si è verificato quando stava pulendo la pistola della vernice con un diluente ad alta pressione. Il più appropriato trattamento è:

- A. Somministrazione di steroidi sistemici
- B. Lavaggi con somministrazione di antibiotici locali e sistemici
- C. Iniezione di un agente neutralizzante il diluente
- D. Sbrigliamento chirurgico locale in elezione
- E. Ampio sbrigliamento chirurgico in urgenza

7) Un uomo di 34 anni si presenta 2 mesi dopo una lesione penetrante alla mano. L'esame suggerisce lesione del nervo digitale ulnare dell'indice. Il gap durante la chirurgia è di 10 mm; quale è la migliore scelta ricostruttiva?

- A. Riparazione diretta sotto tensione dopo mobilizzazione nervosa
- B. Riparazione diretta mantenendo il dito in flessione
- C. Innesto di nervo con donatore di nervo surale
- D. Innesto nervoso con nervo cutaneo antebrachiale laterale
- E. Impiego di un condotto nervoso

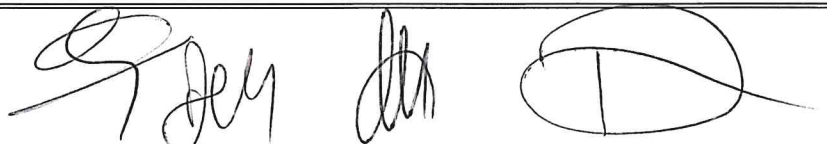
8) Una donna di 81 anni cade a casa e riporta una distrazione al rachide cervicale. Nei giorni seguenti lamenta profonda debolezza degli arti superiori, intorpidimento e lieve debolezza agli arti inferiori. Le sue aspettative di recupero dovrebbero essere:

- A. Nessun recupero degli arti superiori o inferiori
- B. Completo recupero degli arti superiori e inferiori
- C. Discreto recupero degli arti superiori e inferiori
- D. Ripristino completo degli arti superiori, ma nessun recupero nelle estremità inferiori
- E. Recupero completo degli arti superiori, con solo giusto recupero nelle estremità inferiori

9) Il tumore maligno più comune della mano è:

- A. il condrosarcoma
- B. lo schwannoma maligno
- C. carcinoma squamocellulare
- D. il fibrosarcoma
- E. il melanoma maligno

10) Quale delle seguenti affermazioni è vera per quanto riguarda il lembo libero laterale del braccio (LAF):



- A. può avere una larghezza massima di 9 cm e consentire comunque la chiusura primaria del sito del donatore
B. è il più grande lembo cutaneo attualmente disponibile
C. può essere innervato da un nervo sensitivo
D. è fornito dall'arteria collaterale radiale profonda anteriore
E. può avere la lunghezza del peduncolo vascolare fino a 12 cm
- 11) Dopo la rivascolarizzazione di una lesione da avulsione da anello dell'anulare di tipo 3° sec Kay, quale delle seguenti è la complicanza più comune?
A. non unione
B. intolleranza al freddo
C. necrosi cutanea estesa
D. infezione
E. formazione del neuroma
- 12) Nel trattamento chirurgico di una lussazione della IFP irriducibile quale è l'evento più frequentemente riscontrabile?
A. un tendine centrale rotto all'interno dell'articolazione
B. interposizione di un legamento collaterale che impedisce la riduzione
C. lesione tra la bendelletta laterale e lo slip centrale che si interpone nel condilo
D. interposizione di entrambi i condili attraverso una lesione longitudinale della bendelletta centrale
E. frattura di una porzione della base della falange che impedisce la riduzione
- 13) Una giovane donna si presenta con un'ustione di secondo grado al dorso della mano. Il trattamento che otterrà i migliori risultati a lungo termine è:
A. Escissione tangenziale precoce con innesti di cute a spessore parziale a rete
B. Escissione a tutto spessore della ferita da ustioni tra 7 e 14 giorni
C. Debridement enzimatico con splinting e innesto cutaneo a rete quando si evidenzia un buon tessuto di granulazione
D. Idroterapia quotidiana con debridements e splinting fino alla guarigione
E. Mobilizzazione precoce, tutore di posizione, esercizio fisico e cura della ferita locale
- 14) Stai esaminando un paziente 6 settimane dopo una neurorrafia di un nervo ulnare con un a neurotmesi a livello del polso. Noti che la funzione muscolare intrinseca è intatta ma la sensibilità del mignolo è ancora assente. Quest situazione può essere spiegata da:
A. Perfetta giustapposizione chirurgica del funicolo motorio rispetto ad un malallianamento nella sutura di quello sensitivo.
B. una anastomosi di Martin-Grüber e Riche-Cannieu
C. una variazione anatomica di Marinacci e/o Berrettini
D. una normale guarigione con rigenerazione delle fibre motorie che precede quelle sensitive
E. compensazione funzionale dei muscoli lombricali
- 15) Come valuteresti clinicamente una contrattura dei muscoli intrinseci della mano:
A. per estensione attiva delle articolazioni MF e flessione attiva delle articolazioni IFP
B. da iperestensione passiva delle articolazioni MF e flessione passiva delle articolazioni IFP



- C. per flessione passiva delle articolazioni MF ed estensione attiva delle articolazioni IFD
- D. da iperestensione passiva delle articolazioni MF ed estensione attiva dell'articolazione IPD
- E. nessuna delle precedenti

16) Quali strutture devono essere lesionate per creare una dislocazione laterale dell'articolazione interfalangea prossimale?

- A. un legamento collaterale e capsula articolare
- B. un legamento retinacolare trasverso e la placca volare
- C. uno dei legamenti retinacolari trasversi
- D. un legamento collaterale e la placca volare
- E. la placca volare

17) La stereognosi normale raramente si ripresenta dopo lesioni del nervo mediano a livello del polso negli adulti. Perché?

- A. Le fibre nervose rigenerano troppo lentamente
- B. la paralisi muscolare intrinseca provoca spesso la perdita dei movimenti fini di precisione
- C. C'è un mismatching nella crescita assonale
- D. La rigenerazione delle fibre amieliniche è spesso scadente
- E. nessuna delle precedenti

18) La lesione anatomica frequentemente osservata con la rottura del legamento collaterale ulnare del pollice che preclude il successo del trattamento chiuso è / sono:

- A. un'interruzione prossimale completa del legamento
- B. una lesione completa distale del legamento
- C. avulsione ossea con rottura del legamento
- D. spostamento del legamento prossimale all'aponeurosi dell'adduttore
- E. una lesione associata dell'estensore breve del pollice

19) Quale delle seguenti ipotesi non è vera riferita al lembo all'inguinale pedunculato?

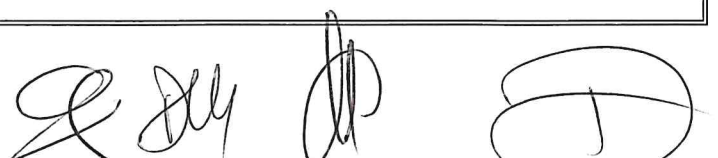
- A. è ingombrante
- B. si basa sull'arteria iliaca circonflessa superficiale
- C. può includere la pelle laterale alla spina iliaca anteriore superiore (SIAS)
- D. può avere come complicanza la lesione del nervo cutaneo laterale della coscia
- E. può richiedere la sezione del sartorio per l'elevazione sicura del lembo

20) La guarigione di un tendine "in vitro" all'interno di un terreno di coltura :

- A. richiede l'ingresso di vasi
- B. si verifica in virtù di una capacità di guarigione intrinseca
- C. richiede la presenza di aderenze peri-tendinee
- D. richiede la presenza di cellule extra tendinee
- E. non si verifica poiché il tendine è inerte

21) L'adduzione del pollice, nella paralisi bassa del nervo ulnare, è data dal:

- A. flessore breve del pollice
- B. l'estensore breve del pollice



- C. primo interosseo volare
- D. primo interosseo dorsale
- E. espansione accessoria del flessore lungo del pollice

22) Per quale angolo intercarpale alterato una proiezione laterale di una radiografia standard del polso fa sospettare la rottura del legamento scafo-lunato?

- A. Un angolo scafolunato $< 45^\circ$
- B. Un angolo radioscafoideo $< 60^\circ$
- C. Un angolo scafolunato $> 60^\circ$
- D. Un angolo scafolunato $< 30^\circ$
- E. Una dislocazione palmare del semilunare $> 20^\circ$

23) Un giovane viene visitato per una ferita da taglio in zona anteriore, infraclavare della spalla. L'arteria ascellare è interessata dalla ferita. L'esame obiettivo mostra una abduzione della spalla e una intrarotazione deboli, nessuna attività della flessione ed estensione del gomito, risulta debole la flessione del polso mentre normale la flessione delle dita. L'esame sensitivo mostra una riduzione della sensibilità nella parte laterale dell'avambraccio e una sensibilità normale nella parte mediale dell'avambraccio mediale. Che tipo di lesione nervosa sospetti?

- A. Nervi muscolocutaneo e radiale
- B. Corda posteriore e corda mediale
- C. Corda posteriore e corda laterale
- D. Corda mediali, laterale e posteriore
- E. Nervo mediano, radiale e muscolocutaneo

24) Il fattore più importante responsabile del fallimento di un reimpianto di un apice digitale è:

- A. L'anastomosi arteriosa
- B. L'anastomosi venosa
- C. Il tempo di ischemia caldo
- D. L'età del paziente
- E. Il meccanismo di lesione

25) L'obiettivo primario della ricostruzione della mano tetraplegica con una lesione midollare C5 è:

- A. La flessione delle dita
- B. La funzione intrinseca
- C. L'estensione delle dita
- D. La pinza pulpo-pulpare
- E. La pinza tipo "chiave"

26) Quale delle seguenti strutture non è un sito di potenziale compressione del nervo radiale?

- A. Capo laterale del tricipite
- B. Capo lungo del tricipite
- C. Setto intermuscolare laterale del braccio
- D. Estensore radiale breve del carpo
- E. Arteria ricorrente radiale

27) Per classificare la malattia di Kienböck secondo la classificazione di Lichtman, il metodo più affidabile per differenziare gli stadi IIIA e IIIB è :

- A. Il segno dell'anello corticale di Scafoide inferiore a 7 mm dal polo scafoideo prossimale
- B. Un indice di altezza carpale modificato inferiore a 1,57
- C. Un indice Stahl modificato inferiore a 0,53
- D. Un angolo del radio-scafoideo maggiore di 60 gradi
- E. Un angolo di scafo-lunato maggiore di 60 gradi

28) Qual è il principale determinante del danno tissutale in una lesione da elettrocuzione?

- A. La tensione
- B. L'ampereaggio
- C. La frequenza
- D. Il punto di ingresso
- E. Il punto di uscita

29) Quali sono le ossa carpali che risultano costantemente assenti di origini e/o inserzioni muscolo-tendinee:

- A. Scafoide, semilunare e trapezoide
- B. Trapezoide e trapezio
- C. Semilunare e piramidale
- D. Scafoide e pisiforme
- E. Capitato e uncinato

30) Il peduncolo vascolare del lembo radiale o cinese decorre nel setto tra i seguenti muscoli passa tra i seguenti muscoli?

- A. Brachioradiale e pronatore rotondo
- B. Flessore radiale del carpo e pronatore rotondo
- C. Flessore radiale del carpo e brachioradiale
- D. Brachioradiale e palmare lungo
- E. Brachioradiale e flessore lungo del pollice lungo

PROVA SCRITTA N. 2

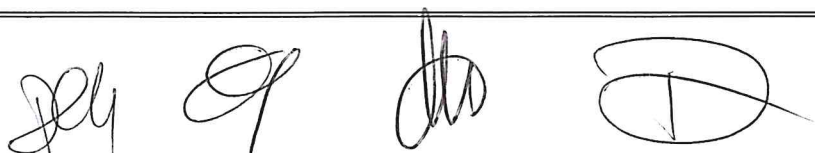
1) L'estensione della falange prossimale all'articolazione metacarpo-falangea avviene, oltre che per il tendine estensore attraverso la funzione di quale struttura:

- A. Fibre trasversali della cuffia dell'estensore
- B. Fibre oblique della cuffia dell'estensore
- C. Tendini degli interossei dorsali
- D. Bendellette sagittali
- E. Legamento retinacolare trasverso

2) Al fine di evitare l'effetto "Steindler" (pronazione dell'avambraccio e flessione delle dita quando il gomito è flesso) come si è modificata la procedura di Steindler per la flessione del gomito?

- A. Trasferendo l'inserzione del pronatore e del flessore delle dita superficiale più medialmente

- B. Allungando a Z dei tendini flessori superficiali e del pronatore rotondo
 - C. Non trasferendo l'inserzione del pronatore del flessore in modo molto prossimale
 - D. Trasferendo l'inserzione del pronatore e del flessore più anteriormente evitando il trasferimento dell'inserzione del flessore superficiale delle dita
 - E. Trasferendo ulteriormente l'inserzione del pronatore e del flessore anteriormente ed eseguendo l'allungamento dei superficiali sui profondi.
- 3) Per quale angolo intercarpale alterato in una proiezione laterale di una radiografia standard del polso si può sospettare la rottura del legamento scafo-lunato?
- A. Una dislocazione palmare del semilunare > di 20°
 - B. Un angolo radioscafoideo < 60°
 - C. Un angolo scafolunato < 45°
 - D. Un angolo scafolunato < 30°
 - E. Un angolo scafolunato > 60°
- 4) Quali fattori rendono particolarmente indicata la chirurgia nella paralisi cerebrale spastica?
- A Un'età > 18 anni
 - B Una compromissione funzionale di lieve entità
 - C Un QI minore di 50
 - D L'assenza della normale sensibilità
 - E nessuno delle precedenti
- 5) Quando si eseguono trasferimenti tendinei per la paralisi del nervo radiale, in assenza di un piccolo palmare quale procedura è la più appropriata per mantenere l'indipendenza nei movimenti di estensione del pollice?
- A. Tenodesi dell'estensore lungo del pollice al retinacolo
 - B. Flessore ulnare del carpo sull'estensore lungo del pollice
 - C. Brachioradiale sull'estensore lungo del pollice
 - D. Flessore superficiale del medio o dell'anulare pro estensore lungo del pollice
 - E. Artrodesi interfalangea
- 6) Uno dei principali vantaggi di una plastica a Z a quattro lembi (doppia Z o plastica a farfalla) rispetto ad una Z semplice a 60° per una contrattura della prima commissura è:
- A. Un aumento maggiore della lunghezza
 - B. Un tasso inferiore di recidiva della contrattura
 - C. Un contorno più liscio
 - D. La conservazione della sensibilità
 - E. Non è richiesto alcun innesto cutaneo
- 7) Per eseguire un approfondimento della prima commissura quale delle seguenti tecniche è più indicata?
- A. Plastica a Z a 60 °
 - B. Doppia Z – plastica a farfalla
 - C. Plastica di Ostrosky
 - D. Lembo interosseo posteriore



E. Nessuno dei precedenti

8) Quando si preleva un lembo libero di perone con l'epifisi prossimale in un bambino, per mantenere l'epifisi in accrescimento, la dissezione è basata su che asse vascolare?

- A. Tibiale anteriore
- B. tibiale posteriore
- C. Poplitea
- D. Profondo femorale
- E. Peroneale

9) Un paziente di 47 anni si presenta in seguito ad importante trauma cervicale. L'esame clinico rivela una flessione attiva del gomito, l'estensione del polso con minima deviazione radiale, una forza di pronazione M4. In che classe appartiene questo paziente secondo il sistema di Classificazione Internazionale della tetraplegia?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

10) Le sanguisughe per impiego medico sono state utilizzate per risolvere la congestione venosa in seguito ad un reimpianto digitale distale; la possibile successiva infezione della ferita è probabilmente dovuta a quale organismo?

- A. Staphylococcus aureus
- B. Staphylococcus aureus resistente alla meticillina
- C. Pseudomonas aeruginosa
- D. Aeromonas hydrophila
- E. Mycobacterium marinum

11) Quale dei seguenti innesti dorsali del radio vascularizzati ha l'asse vascolare e quindi il peduncolo più lungo?

- A. Arteria intercompartimentale sopraretinolare 1-2 (1,2 ICSRA)
- B. Arteria intercompartimentale sopraretinolare 2-3 (2,3 ICSRA)
- C. 3° ramo compartimentale estensore (CE) di 2-3 ICSRA
- D. 2° ramo compartimentale estensore (CE) di 1-2 ICSRA
- E. Tra 4° ramo compartimentale degli estensori e 5° canale degli estensori

12) Che vantaggio ha il lembo prelevato sull'arteria ulnare, all'avambraccio, rispetto al lembo prelevato sull'arteria radiale?

- A. La possibilità di chiusura più semplice per prima intenzione del sito donatore
- B. Una minore incidenza di problematiche neurologiche durante il prelievo
- C. Un sito donatore più irsuto
- D. Il sacrificio di una arteria meno importante
- E. Ha la capacità di coprire difetti sia del gomito che della mano e del polso

- 13) Quale indicazione è corretta per l'impiego e l'allestimento di un lembo venoso "Flow-Through"?
- A. Difetti compositi di ossa, tendini e pelle
 - B. Chiusura di un grosso difetto dopo exeresi neoplastica
 - C. Copertura di una ferita alla mano dorsale in un letto irradiato
 - D. Chiusura di una ferita di piccole dimensioni in un reimpianto digitale
 - E. Copertura di una lesione da sguantamento palmare
- 14) L'intolleranza al freddo a seguito di un'amputazione digitale – quali affermazioni sono corrette?
- A. È risolvibile con il tempo
 - B. Si verifica in un terzo circa dei pazienti
 - C. È meno probabile con un lembo di copertura
 - D. È meno probabile se le dita vengono reimpiantate
 - E. Non è migliorabile con un trattamento chirurgico
- 15) Il segno di Bouvier permette di comprendere quale funzione e di quale patologia neurologica periferica?
- A. Deficit opposizione - paralisi mediano
 - B. Deficit di estensione V dito -paralisi rami profondi del nervo radiale –
 - C. Adduzione V dito - paralisi nervo ulnare
 - D. Estensione IFP a MF a 0° - paralisi ulnare
 - E. Wartemberg sign - Paralisi ipotenare
- 16) Trasferimenti muscolari per la flessione del gomito:
- A. Tricipite
 - B. Gran dorsale
 - C. Gran pettorale
 - D. Epitrocleari
 - E. Tutti i precedenti
- 17) Quale delle seguenti porzioni dell'apparato estensore è la più distale da un punto di vista anatomico?
- A. Bedelletta sagittale
 - B. Legamento retinolare trasverso
 - C. Legamento obliquo retinolare
 - D. Bendelletta centrale
 - E. Legamento triangolare
- 18) Che intervento è consigliato in una classe internazionale I (CI Moeberg) in un paziente tetraplegico:
- A. Trasferimento del FRC pro estensori polso
 - B. BR pro ERC breve, tenodesi FLP sec Moeberg, EPL loop knot (ELK)
 - C. Artrodesi del polso e BR pro ELP
 - D. Lazzo sec Zancolli + EPL loop knot (ELK)
 - E. Trasferimento BR per il FLP

- 19) Nella paralisi alta del nervo mediano quale dei tendini è ancora funzionante?
- A. FP dell'anulare
 - B. FS dell'anulare
 - C. FS dell'indice
 - D. FLP
 - E. FL del medio
- 20) In una paralisi alta del nervo ulnare
- A. Un peggior "artiglio" digitale rispetto ad una paralisi ulnare bassa
 - B. Lo stesso grado di "artiglio" della paralisi del nervo ulnare basso
 - C. Mano ad "artiglio" principalmente dell'indice e del medio
 - D. Meno pronunciato l'"artiglio" che nella paralisi bassa del nervo ulnare
 - E. Incapacità di estendere il polso
- 21) Il transfer sec. Huber per l'opposizione si utilizza preferenzialmente:
- A. Nell'assenza congenita dei muscoli thenari
 - B. Deficit di opposizione in forme gravi di sindrome del tunnel carpale
 - C. In caso di lacerazione prossimale del nervo mediano
 - D. In assenza del palmare lungo
 - E. In assenza dei muscoli ipotenari
- 22) Una lesione al ramo anteriore del tronco superiore del plesso brachiale potrebbe causare una perdita funzionale in quale dei seguenti muscoli:
- A. Primo interosseo dorsale
 - B. Estensore Radiale Breve del Carpo
 - C. Tricipite
 - D. Bicipite
 - E. Flessore Ulnare del Carpo
- 23) Il frammento intra-articolare del I metacarpale nella frattura di Bennett è mantenuto in posizione da quale legamento:
- A. dorsoradiale
 - B. intermetacarpale
 - C. obliquo anteriore
 - D. obliquo posteriore
 - E. anteroesterno
- 24) La riparazione nervosa interfascicolare, perineurale, ha dimostrato:
- A. Che l'orientamento dei fascicoli nervosi ha un peggior affrontamento
 - B. Che aumenta la formazione di cicatrice nel sito di riparazione
 - C. Di ridurre la tensione nel sito di riparazione
 - D. Di preservare il flusso sanguigno perineurale
 - E. Di essere significativamente superiore alla riparazione epineurale

- 25) Quali sono i più probabili esordi agli arti superiori nella malattia di Charcot-Marie-Tooth?
- A. Debolezza dei muscoli posteriori e del cingolo scapolare
 - B. Debolezza dei muscoli interossei e muscoli thenari
 - C. Debolezza dell'estensione delle dita con intorpidimento nella distribuzione del nervo ulnare
 - D. Debolezza dell'estensione delle dita e dei muscoli thenari
 - E. Debolezza dell'estensione delle dita con intorpidimento nella distribuzione del nervo mediano
- 26) L'arteria iliaca circonflessa superficiale rappresenta il peduncolo assiale che fornisce nutrimento al lembo inguinale. Il peduncolo:
- A. Decorre parallelamente 2-3 cm sopra il legamento inguinale
 - B. Decorre in profondità alla fascia lateralmente al muscolo sartorio
 - C. Dividendosi in un ramo superficiale ed uno profondo sul bordo laterale del muscolo sartorio
 - D. Nasce dalla parte antero-laterale dell'arteria femorale
 - E. Incrocia del legamento inguinale nel suo punto medio
- 27) Nella fase finale dell'instabilità perilunare del carpo sec il modello di Mayfield il semilunare può lussarsi e rimanere attaccato a quale legamento?
- A. Legamento radioscafo-capitato
 - B. Legamento radiolunato breve
 - C. Legamento collaterale radiale
 - D. Legamento radiocarpale dorsale
 - E. Legamento lunatotriquetrale
- 28) Una ferita da taglio all'ascella lacera il nervo sottoscapolare inferiore. Oltre alla denervazione parziale del muscolo sottoscapolare, quale muscolo appare completamente denervato in questa lesione?
- A. Il muscolo grande rotondo
 - B. Il muscolo serrato anteriore
 - C. Il muscolo piccolo rotondo
 - D. Il muscolo sovraspinato
 - E. Il muscolo elevatore della scapola
- 29) Quale di questi risultati si osserva dopo l'iniezione di tossina botulinica di tipo A nell'arto superiore spastico dei bambini con paralisi cerebrale ed emiplegia?
- A. Diminuzione del movimento passivo dell'articolazione
 - B. Marcato miglioramento oggettivo della funzione motoria fine
 - C. Aumento della forza di presa
 - D. Vantaggio cosmetico
 - E. Effetto clinico della durata massima di 3-6 mesi
- 30) Dopo una tenotomia distale dell'estensore per una deformità en boutonniere, si riesce ad avere un'estensione attiva dell'articolazione interfalangea distale. Quale delle seguenti strutture consente che ciò avvenga?
- A. Slip centrale
 - B. Tendine estensore terminale guarito ma allungato



- C. Bendellette laterali
- D. Legamento retinacolare obliquo
- E. Bendellette sagittali

PROVA SCRITTA N. 3

- 1) La stereognosi normale raramente si ripresenta dopo lesioni del nervo mediano a livello del polso negli adulti. Perché?
- A. Le fibre nervose rigenerano troppo lentamente
 - B. La paralisi muscolare intrinseca provoca spesso la perdita dei movimenti fini di precisione
 - C. La rigenerazione delle fibre amieliniche è spesso scadente arsa
 - D. C'è un mismatching nella crescita assonale
 - E. Nessuna delle precedenti
- 2) Quale delle seguenti ipotesi non è vera riferita al lembo all'inguinale peduncolato?
- A. È ingombrante
 - B. Si basa sull'arteria iliaca circonflessa superficiale
 - C. Può richiedere la sezione del sartorio per l'elevazione sicura del lembo
 - D. Può includere la pelle laterale alla spina iliaca anteriore superiore (SIAS)
 - E. Può avere come complicanza la lesione del nervo cutaneo laterale della coscia
- 3) Per l'amputazione completa al gomito, il reimpianto di solito non è raccomandato se il tempo di ischemia calda è superiore a quante ore?
- A. 4
 - B. 6
 - C. 10
 - D. 12
 - E. 24
- 4) Quale delle seguenti lesioni da iniezione ad alta pressione presenta il più alto rischio di amputazione?
- A. Fluido idraulico
 - B. Grasso
 - C. Acqua
 - D. Aria
 - E. Solventi organici
- 5) Quale delle seguenti affermazioni è scorretta in seguito alla riparazione dei flessori in zona II:
- A. Applicare un'ortesi dorsale con polso e MCP flessi + IFP e IFD estese
 - B. Utilizzare un protocollo di riabilitazione graduale sotto la supervisione di un terapista qualificato
 - C. Nelle fasi avanzate della riabilitazione si usa il movimento sinergico del polso per ridurre la forza e aumentare l'escursione
 - D. È importante il controllo dell'edema
 - E. I pazienti possono tornare alla piena attività dopo 2 mesi dall'intervento

6) Un cuoco di 27 anni subisce una lesione traumatica all'indice con un frullatore elettrico; l'esame obiettivo evidenzia una perdita isolata di 2 cm x 2 cm di pelle palmare sulla falange prossimale con esposizione dei tendini flessori. La copertura di questo difetto si può ottenere in maniera migliore con:

- A. Un lembo cross finger reverse
- B. Un innesto cutaneo a spessore parziale
- C. Un innesto cutaneo a tutto spessore
- D. Un lembo a bandiera assiale
- E. Un lembo di avanzamento di Moberg

7) Solo una delle seguenti ipotesi non è corretta nel primo stadio di una ricostruzione dei flessori in due tempi secondo Hunter:

- A. Identificare il tendine flessore superficiale coinvolto e tagliarlo alla giunzione miotendinea
- B. Valutare l'integrità del sistema di pulegge, sono necessarie almeno pulegge A3 e A4, eventualmente vanno ricostruite
- C. Fissare la protesi al silicone sotto il moncone del flessore profondo delle dita
- D. Incominciare con il movimento passivo già alla prima visita postoperatoria
- E. Applicare un'ortesi stecca con polso a 35 gradi di flessione, articolazione MF a 40-60 gradi di flessione e articolazioni IFP e IFD in estensione

8) Una deformità a "collo di cigno" potrebbe avere le seguenti cause, quale affermazione non è corretta

- A. Un trauma del tendine estensore in zona 3
- B. Una contrattura spastica dovuta a incidente cerebrovascolare
- C. L'artrite reumatoide e/o il LES
- D. Il dito a martello
- E. Una lassità costituzionale

9) L'instabilità della mediocarpica ha i seguenti segni:

- A. Un dolore al polso radio-ulnare
- B. un clunk doloroso
- C. Test Watson positivo
- D. La fila prossimale è in posizione Disi
- E. Tutte le risposte sono corrette

10) La ricostruzione con lembo osseo vascolarizzato del semilunare nella malattia di Kienbock è controindicata:

- A. Stadio I e II di malattia
- B. Stadi IIIA e IIIB
- C. Frattura del semilunare con frammenti estrusi
- D. Se la varianza ulnare neutra
- E. Storia di pregressa chirurgia del polso con osteosintesi interna

11) I muscoli del gruppo dei flesso-pronatori dell'avambraccio sono innervati principalmente dal nervo mediano. Quali muscoli di norma non sono innervati dal nervo mediano:

- A. Il flessore superficiale del mignolo
- B. Flessore superficiale dell'indice

- C. Flessore profondo del medio e il flessore UC
 - D. Flessore superficiale delle dita dell'anulare e flessore UC
 - E. Flessore lungo del pollice
- 12) Per quale angolo intercarpale alterato si può sospettare la rottura del legamento scafo-lunato osservando una proiezione laterale di una radiografia standard del polso?
- A. Un angolo scafolunato $> 60^\circ$
 - B. Un angolo radioscafoideo $< 60^\circ$
 - C. Un angolo scafolunato $< 45^\circ$
 - D. Un angolo scafolunato $< 30^\circ$
 - E. Una dislocazione palmare del semilunare $> 20^\circ$
- 13) Il frammento intra-articolare del I metacarpale nella frattura di Bennett è mantenuto in posizione da quale legamento:
- A. dorsoradiale
 - B. intermetacarpale
 - C. anteroesterno
 - D. obliquo posteriore
 - E. obliquo anteriore
- 14) Quale è la principale indicazione per effettuare l'esplorazione chirurgica di una paralisi ostetrica del plesso brachiale?
- A. Nessuna contrazione del bicipite per età di tre mesi
 - B. Nessuna contrazione deltoidea per età di cinque mesi
 - C. Sindrome di Bernard Horner
 - D. Frattura associata alla clavicola
 - E. Nessuna contrazione del tricipite entro i 12 mesi di età
- 15) Al fine di evitare l'effetto "Steindler" (pronazione dell'avambraccio e flessione delle dita quando il gomito è flesso) come si è modificata la procedura di Steindler per la flessione del gomito?
- A. Trasferendo l'inserzione del pronatore e del flessore delle dita superficiale più medialmente
 - B. Trasferendo l'inserzione del pronatore e del flessore più anteriormente evitando il trasferimento dell'inserzione del flessore superficiale delle dita
 - C. Non trasferendo l'inserzione del pronatore del flessore in modo molto prossimale
 - D. Allungando a Z dei tendini flessori superficiali e del pronatore rotondo
 - E. Trasferendo ulteriormente l'inserzione del pronatore e del flessore anteriormente ed eseguendo l'allungamento dei superficiali sui profondi.
- 16) Un vantaggio della decompressione in situ del nervo ulnare al gomito rispetto alla trasposizione è:
- A La possibile lussazione anteriore
 - B Migliore ritorno della sensibilità
 - C Minor potenziale di compressione aggiuntiva da elementi esterni
 - D Minor impatto sull'apporto vascolare al nervo
 - E Migliore ritorno della funzione muscolare

17) Un uomo di 41 anni presenta un dolore cronico alla spalla destra. Ha subito tre interventi chirurgici alla spalla per presunta sindrome da conflitto subacromiale; non presenta una patologia della cuffia dei rotatori. L'esame obiettivo rivela atrofia del sottospinato e debolezza della rotazione esterna e abduzione della spalla. La diagnosi più probabile è l'intrappolamento di che nervo:

- A Il nervo toracico lungo
- B Il nervo soprascapolare
- C Il nervo sottoscapolare
- D Il nervo accessorio spinale
- E Il nervo scapolare dorsale

18) Il laser doppler è una delle diverse tecniche con cui viene eseguito il monitoraggio dei lembi liberi microchirurgici; esso misura:

- A La pO₂ nei tessuti
- B Il PH nel tessuto
- C Il movimento dei globuli rossi nei vasi capillari
- D Il flusso sanguigno in grandi vasi
- E Nessuna delle precedenti

19) In caso di amputazione del pollice alla MF non reimpiantabile perché non è presente (non è stato trovato sul luogo dell'incidente) e concomitante subamputazione dell'indice alla P1 con continuità di una porzione di cute dorsale quale è l'indicazione migliore in urgenza in un paziente di 58 anni?

- A Rivascolarizzazione dell'indice
- B Reimpianto dell'indice sul pollice – dito banca
- C Rivascolarizzazione dell'indice e trasferimento sul pollice - pollicizzazione
- D trasferimento digitale del II dito dal piede per il pollice in urgenza
- E nessuno dei precedenti

20) Quali fattori rendono particolarmente indicata la chirurgia nella paralisi cerebrale spastica?

- A. Un'età > 18 anni
- B. Una compromissione funzionale di lieve entità
- C. Un QI minore di 50
- D. L'assenza della normale sensibilità
- E. nessuno delle precedenti

21) Quale muscolo ha maggiori probabilità di essere coinvolto in un lieve contrattura ischemica all'avambraccio?

- A. Il flessore lungo del pollice
- B. Il flessore ulnare del carpo
- C. Il palmare lungo
- D. Il flessore superficiale delle dita
- E. Il pronatore rotondo

22) Che tipo di complicanza è più frequente per una qualsiasi procedura chirurgica in un paziente che presenta un linfedema secondario per una precedente chirurgia nel cavo ascellare?

- A. Infezione

- B. Sindrome dolorosa regionale complessa - CRPS
 - C. Rigidità
 - D. Ritardo di guarigione della ferita
 - E. Perdita ematica
- 23) La diagnosi di gotta acuta è confermata in maniera migliore da:
- A. Una conta delle cellule nucleate superiore a 50.000 nell' aspirato articolare
 - B. La presenza di condrocalcinosi nelle radiografie standard
 - C. Una elevata velocità di sedimentazione
 - D. L'elevato acido urico nel sangue
 - E. La birifrangenza negativa di cristalli nell'aspirato fluido articolare
- 24) La riparazione nervosa interfascicolare, perineurale, ha dimostrato:
- A. Che l'orientamento dei fascicoli nervosi ha un peggior affrontamento
 - B. Di ridurre la tensione nel sito di riparazione
 - C. Che aumenta la formazione di cicatrice nel sito di riparazione
 - D. Di preservare il flusso sanguigno perineurale
 - E. Di essere significativamente superiore alla riparazione epineurale
- 25) Qual è la base fisiopatologica del fenomeno della "double crush syndrome"?
- A. La compressione nervosa provoca la degenerazione delle cellule di Schwann sia in modo retrogrado che anterogrado
 - B. L'afflusso di sangue è diminuito, con conseguente riduzione della pO₂ nel punto di compressione e prossimale (o distale) ipossia
 - C. L'edema nel punto iniziale di compressione interferisce con la conduzione lungo l'intera lunghezza del nervo.
 - D. La compressione interferisce con il trasporto di sostanze chimiche essenziali e la rimozione dei cataboliti lungo l'assone, aumentando la suscettibilità alla compressione in altri punti
 - E. La compromissione della conduzione afferente provoca atrofia nel meccanismo di conduzione assonale
- 26) Quale è il sintomo che è associato ad una cattiva risposta all'iniezione di steroidi locale e / o all'immobilizzazione in caso di tendinite di De Quervain?
- A. Coinvolgimento del polso dominante
 - B. Bilateralità dei sintomi
 - C. Durata del sintomo superiore a quattro mesi
 - D. Visibile gonfiore sopra la stiloide radiale
 - E. Scatto associato al movimento dei tendini nel I compartimento dorsale
- 27) Più frequente complicanza nel prelievo del perone vascolarizzato è:
- A. L'instabilità della caviglia
 - B. L'instabilità posterolaterale del ginocchio
 - C. La sindrome compartimentale
 - D. La contrattura in flessione dell'alluce
 - E. Dita a martello

- 28) La sindrome dello spazio quadrilatero descrive la compressione di quali strutture neurovascolari?
- A. La corda posteriore del plesso brachiale e dell'arteria ascellare
 - B. Il nervo sottoscapolare superiore e l'arteria sottoscapolare
 - C. Il nervo sovrascapolare e l'arteria soprascapolare
 - D. Il nervo sottoscapolare inferiore e l'arteria circonflessa scapolare
 - E. Il nervo ascellare e l'arteria circonflessa omerale posteriore
- 29) Quale dei seguenti è il fattore di rischio meno significativo per lo sviluppo di una sindrome del tunnel carpale idiopatica?
- A. Obesità
 - B. Genere femminile
 - C. Fumo
 - D. Età avanzata
 - E. Uso della tastiera
- 30) Il lembo antero-laterale di coscia (ALT) è talvolta indicato nella ricostruzione della prima commissura della mano. Il lembo si basa su quale arteria?
- A. Ramo trasverso dell'arteria iliaca circonflessa superficiale
 - B. Ramo perforante dell'arteria circonflessa femorale
 - C. Ramo discendente dell'arteria circonflessa laterale
 - D. Arteria discendente genicolata laterale
 - E. Arteria circonflessa femorale mediale

Le prove sono inserite nelle relative buste opportunamente sigillate e firmate sui lembi di chiusura dai Componenti della Commissione.

Viene inoltre stabilito che per lo svolgimento della prova i candidati avranno a disposizione 45 minuti e che non sarà consentita la consultazione di testi, libri, dizionari e o calcolatrici.

Espletato tale compito la Commissione invita il Segretario, coadiuvato dal personale di vigilanza, a far accomodare i candidati presenti nel locale d'esame per lo svolgimento della prova scritta.

Il Segretario, insieme al Presidente della commissione e coadiuvato dal personale di vigilanza, procede al riconoscimento dei candidati, mediante esibizione di documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi dell'art. 9 del DPR n. 483/1997 la Commissione Esaminatrice, in relazione al numero dei candidati, comunica ai partecipanti che il termine del procedimento concorsuale in argomento avverrà in data 13.7.2020.

Il Presidente, verificato che i candidati abbiano preso posto, procede all'appello dei presenti.

All'appello risultano presenti i seguenti candidati:

1. Canovi Alessandro
2. De Santis Sergio
3. Di Maro Agostino
4. Fin Alessandra
5. Locatelli Francesco Maria
6. Marengi Letizia
7. Stomeo Daniele
8. Zura Puntaroni Fabiana

All'appello risultano assenti i seguenti candidati che pertanto vengono considerati rinunciari

1. Biancucci Giulia
2. Brandolini Anna
3. Conca Marco
4. Creta Elia
5. Dalla Mura Paolo
6. Flore Jacopo
7. Fumo Caterina
8. Gritti Giorgio
9. Maggi Sonia
10. Martano Alessandra
11. Mosillo Giuseppe
12. Olivero Federica
13. Palumbo Federico
14. Paracuello Mario
15. Passiatore Marco
16. Pizza Chiara
17. Richetta Silvia
18. Rizzo Anna Rosa
19. Tradati Daniele
20. Triolo Vito
21. Vignini Livia
22. Vigorito Antonella
23. Zini Stefania

Il Segretario rende note le modalità di espletamento della prova scritta, secondo quanto previsto dall'art. 12 del DPR n. 483/1997, avvisando i candidati che gli elaborati e le buste non dovranno contenere alcun segno che possa permettere il riconoscimento, pena l'annullamento della prova del candidato e relativa sua esclusione dalla procedura concorsuale. Viene inoltre reso noto che non sarà consentita la consultazione di testi e manuali vari.

Viene inoltre comunicato che nell'apposito foglio il candidato dovrà segnare con una X la risposta che riterrà esatta per tutti i quesiti dal n. 1 al n. 30 (a-b-c-d-e). La Commissione non terrà conto di qualsivoglia segno o commento nella parte del compito contenente le domande.

Il segretario, coadiuvato dal personale di vigilanza e dai membri della Commissione, provvede quindi a consegnare ad ogni candidato una biro nera, una busta bianca grande contenente una busta piccola bianca e un cartoncino di colore bianco.

Il candidato dovrà indicare nome, cognome, luogo e data di nascita sul cartoncino bianco ed inserirlo nella busta piccola, che verrà a sua volta sigillata ed inserita all'interno della busta grande.

Vengono impartite le relative modalità di compilazione e chiusura delle buste.

Il Presidente invita quindi uno dei candidati ad estrarre una delle tre buste contenenti ciascuna una prova d'esame differente.

Alle ore 9,18 il dott. Francesco Maria Locatelli riconosciuto con carta d'identità n. CA 03646GB estrae la busta che all'apertura risulta contenere la prova n. 3 contrassegnata come **PROVA SCRITTA N. 3** e precisamente:

PROVA SCRITTA N. 3

1) La stereognosi normale raramente si ripresenta dopo lesioni del nervo mediano a livello del polso negli adulti. Perché?

- A. Le fibre nervose rigenerano troppo lentamente
- B. La paralisi muscolare intrinseca provoca spesso la perdita dei movimenti fini di precisione
- C. La rigenerazione delle fibre amieliniche è spesso scadente arsa
- D. C'è un mismatching nella crescita assonale
- E. Nessuna delle precedenti

2) Quale delle seguenti ipotesi non è vera riferita al lembo all'inguinale peduncolato?

- A. È ingombrante
- B. Si basa sull'arteria iliaca circonflessa superficiale
- C. Può richiedere la sezione del sartorio per l'elevazione sicura del lembo
- D. Può includere la pelle laterale alla spina iliaca anteriore superiore (SIAS)
- E. Può avere come complicanza la lesione del nervo cutaneo laterale della coscia

3) Per l'amputazione completa al gomito, il reimpianto di solito non è raccomandato se il tempo di ischemia calda è superiore a quante ore?

- A. 4
- B. 6
- C. 10
- D. 12
- E. 24

- 4) Quale delle seguenti lesioni da iniezione ad alta pressione presenta il più alto rischio di amputazione?
- A. Fluido idraulico
 - B. Grasso
 - C. Acqua
 - D. Aria
 - E. Solventi organici
- 5) Quale delle seguenti affermazioni è scorretta in seguito alla riparazione dei flessori in zona II:
- A. Applicare un'ortesi dorsale con polso e MCP flessi + IFP e IFD estese
 - B. Utilizzare un protocollo di riabilitazione graduale sotto la supervisione di un terapista qualificato
 - C. Nelle fasi avanzate della riabilitazione si usa il movimento sinergico del polso per ridurre la forza e aumentare l'escursione
 - D. È importante il controllo dell'edema
 - E. I pazienti possono tornare alla piena attività dopo 2 mesi dall'intervento
- 6) Un cuoco di 27 anni subisce una lesione traumatica all'indice con un frullatore elettrico; l'esame obiettivo evidenzia una perdita isolata di 2 cm x 2 cm di pelle palmare sulla falange prossimale con esposizione dei tendini flessori. La copertura di questo difetto si può ottenere in maniera migliore con:
- A. Un lembo cross finger reverse
 - B. Un innesto cutaneo a spessore parziale
 - C. Un innesto cutaneo a tutto spessore
 - D. Un lembo a bandiera assiale
 - E. Un lembo di avanzamento di Moberg
- 7) Solo una delle seguenti ipotesi non è corretta nel primo stadio di una ricostruzione dei flessori in due tempi secondo Hunter:
- A. Identificare il tendine flessore superficiale coinvolto e tagliarlo alla giunzione miotendinea
 - B. Valutare l'integrità del sistema di pulegge, sono necessarie almeno pulegge A3 e A4, eventualmente vanno ricostruite
 - C. Fissare la protesi al silicone sotto il moncone del flessore profondo delle dita
 - D. Incominciare con il movimento passivo già alla prima visita postoperatoria
 - E. Applicare un'ortesi stecca con polso a 35 gradi di flessione, articolazione MF a 40-60 gradi di flessione e articolazioni IFP e IFD in estensione
- 8) Una deformità a "collo di cigno" potrebbe avere le seguenti cause, quale affermazione non è corretta
- A. Un trauma del tendine estensore in zona 3
 - B. Una contrattura spastica dovuta a incidente cerebrovascolare
 - C. L'artrite reumatoide e/o il LES
 - D. Il dito a martello
 - E. Una lassità costituzionale
- 9) L'instabilità della mediocarpica ha i seguenti segni:
- A. Un dolore al polso radio-ulnare
 - B. un clunk doloroso

- C. Test Watson positivo
- D. La fila prossimale è in posizione Disi
- E. Tutte le risposte sono corrette

10) La ricostruzione con lembo osseo vascularizzato del semilunare nella malattia di Kienbock è controindicata:

- A. Stadio I e II di malattia
- B. Stadi IIIA e IIIB
- C. Frattura del semilunare con frammenti estrusi
- D. Se la varianza ulnare neutra
- E. Storia di pregressa chirurgia del polso con osteosintesi interna

11) I muscoli del gruppo dei flessor-pronatori dell'avambraccio sono innervati principalmente dal nervo mediano. Quali muscoli di norma non sono innervati dal nervo mediano:

- A. Il flessore superficiale del mignolo
- B. Flessore superficiale dell'indice
- C. Flessore profondo del medio e il flessore UC
- D. Flessore superficiale delle dita dell'anulare e flessore UC
- E. Flessore lungo del pollice

12) Per quale angolo intercarpale alterato si può sospettare la rottura del legamento scafo-lunato osservando una proiezione laterale di una radiografia standard del polso?

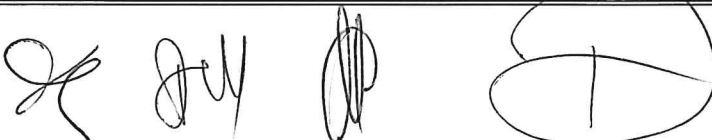
- A. Un angolo scafolunato $> 60^\circ$
- B. Un angolo radioscafoideo $< 60^\circ$
- C. Un angolo scafolunato $< 45^\circ$
- D. Un angolo scafolunato $< 30^\circ$
- E. Una dislocazione palmare del semilunare $> 20^\circ$

13) Il frammento intra-articolare del I metacarpale nella frattura di Bennett è mantenuto in posizione da quale legamento:

- A. dorsoradiale
- B. intermetacarpale
- C. anteroesterno
- D. obliquo posteriore
- E. obliquo anteriore

14) Quale è la principale indicazione per effettuare l'esplorazione chirurgica di una paralisi ostetrica del plesso brachiale?

- A. Nessuna contrazione del bicipite per età di tre mesi
- B. Nessuna contrazione deltoidea per età di cinque mesi
- C. Sindrome di Bernard Horner
- D. Frattura associata alla clavicola
- E. Nessuna contrazione del tricipite entro i 12 mesi di età



15) Al fine di evitare l'effetto "Steindler" (pronazione dell'avambraccio e flessione delle dita quando il gomito è flesso) come si è modificata la procedura di Steindler per la flessione del gomito?

- A. Trasferendo l'inserzione del pronatore e del flessore delle dita superficiale più medialmente
- B. Trasferendo l'inserzione del pronatore e del flessore più anteriormente evitando il trasferimento dell'inserzione del flessore superficiale delle dita
- C. Non trasferendo l'inserzione del pronatore del flessore in modo molto prossimale
- D. Allungando a Z dei tendini flessori superficiali e del pronatore rotondo
- E. Trasferendo ulteriormente l'inserzione del pronatore e del flessore anteriormente ed eseguendo l'allungamento dei superficiali sui profondi.

16) Un vantaggio della decompressione in situ del nervo ulnare al gomito rispetto alla trasposizione è:

- A La possibile lussazione anteriore
- B Migliore ritorno della sensibilità
- C Minor potenziale di compressione aggiuntiva da elementi esterni
- D Minor impatto sull'apporto vascolare al nervo
- E Migliore ritorno della funzione muscolare

17) Un uomo di 41 anni presenta un dolore cronico alla spalla destra. Ha subito tre interventi chirurgici alla spalla per presunta sindrome da conflitto subacromiale; non presenta una patologia della cuffia dei rotatori. L'esame obiettivo rivela atrofia del sottospinato e debolezza della rotazione esterna e abduzione della spalla. La diagnosi più probabile è l'intrappolamento di che nervo:

- A Il nervo toracico lungo
- B Il nervo soprascapolare
- C Il nervo sottoscapolare
- D Il nervo accessorio spinale
- E Il nervo scapolare dorsale

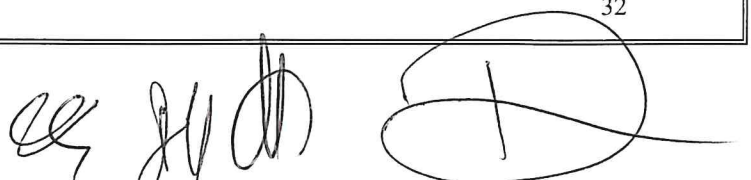
18) Il laser doppler è una delle diverse tecniche con cui viene eseguito il monitoraggio dei lembi liberi microchirurgici; esso misura:

- A La pO₂ nei tessuti
- B Il PH nel tessuto
- C Il movimento dei globuli rossi nei vasi capillari
- D Il flusso sanguigno in grandi vasi
- E Nessuna delle precedenti

19) In caso di amputazione del pollice alla MF non reimpiantabile perché non è presente (non è stato trovato sul luogo dell'incidente) e concomitante subamputazione dell'indice alla P1 con continuità di una porzione di cute dorsale quale è l'indicazione migliore in urgenza in un paziente di 58 anni?

- A Rivascolarizzazione dell'indice
- B Reimpianto dell'indice sul pollice – dito banca
- C Rivascolarizzazione dell'indice e trasferimento sul pollice - pollicizzazione
- D trasferimento digitale del II dito dal piede per il pollice in urgenza
- E nessuno dei precedenti

- 20) Quali fattori rendono particolarmente indicata la chirurgia nella paralisi cerebrale spastica?
- A. Un'età > 18 anni
 - B. Una compromissione funzionale di lieve entità
 - C. Un QI minore di 50
 - D. L'assenza della normale sensibilità
 - E. nessuno delle precedenti
- 21) Quale muscolo ha maggiori probabilità di essere coinvolto in un lieve contrattura ischemica all'avambraccio?
- A. Il flessore lungo del pollice
 - B. Il flessore ulnare del carpo
 - C. Il palmare lungo
 - D. Il flessore superficiale delle dita
 - E. Il pronatore rotondo
- 22) Che tipo di complicanza è più frequente per una qualsiasi procedura chirurgica in un paziente che presenta un linfedema secondario per una precedente chirurgia nel cavo ascellare?
- A. Infezione
 - B. Sindrome dolorosa regionale complessa - CRPS
 - C. Rigidità
 - D. Ritardo di guarigione della ferita
 - E. Perdita ematica
- 23) La diagnosi di gotta acuta è confermata in maniera migliore da:
- A. Una conta delle cellule nucleate superiore a 50.000 nell' aspirato articolare
 - B. La presenza di condrocalcinosi nelle radiografie standard
 - C. Una elevata velocità di sedimentazione
 - D. L'elevato acido urico nel sangue
 - E. La birifrangenza negativa di cristalli nell'aspirato fluido articolare
- 24) La riparazione nervosa interfascicolare, perineurale, ha dimostrato:
- A. Che l'orientamento dei fascicoli nervosi ha un peggior affrontamento
 - B. Di ridurre la tensione nel sito di riparazione
 - C. Che aumenta la formazione di cicatrice nel sito di riparazione
 - D. Di preservare il flusso sanguigno perineurale
 - E. Di essere significativamente superiore alla riparazione epineurale
- 25) Qual è la base fisiopatologica del fenomeno della "double crush syndrome"?
- A. La compressione nervosa provoca la degenerazione delle cellule di Schwann sia in modo retrogrado che anterogrado
 - B. L'afflusso di sangue è diminuito, con conseguente riduzione della pO₂ nel punto di compressione e prossimale (o distale) ipossia
 - C. L'edema nel punto iniziale di compressione interferisce con la conduzione lungo l'intera lunghezza del nervo.



- D. La compressione interferisce con il trasporto di sostanze chimiche essenziali e la rimozione dei cataboliti lungo l'assone, aumentando la suscettibilità alla compressione in altri punti
- E. La compromissione della conduzione afferente provoca atrofia nel meccanismo di conduzione assonale
- 26) Quale è il sintomo che è associato ad una cattiva risposta all'iniezione di steroidi locale e / o all'immobilizzazione in caso di tendinite di De Quervain?
- A. Coinvolgimento del polso dominante
 - B. Bilateralità dei sintomi
 - C. Durata del sintomo superiore a quattro mesi
 - D. Visibile gonfiore sopra la stiloide radiale
 - E. Scatto associato al movimento dei tendini nel I compartimento dorsale
- 27) Più frequente complicanza nel prelievo del perone vascolarizzato è:
- A. L'instabilità della caviglia
 - B. L'instabilità posterolaterale del ginocchio
 - C. La sindrome compartimentale
 - D. La contrattura in flessione dell'alluce
 - E. Dita a martello
- 28) La sindrome dello spazio quadrilatero descrive la compressione di quali strutture neurovascolari?
- A. La corda posteriore del plesso brachiale e dell'arteria ascellare
 - B. Il nervo sottoscapolare superiore e l'arteria sottoscapolare
 - C. Il nervo sovrascapolare e l'arteria sovrascapolare
 - D. Il nervo sottoscapolare inferiore e l'arteria circonflessa scapolare
 - E. Il nervo ascellare e l'arteria circonflessa omerale posteriore
- 29) Quale dei seguenti è il fattore di rischio meno significativo per lo sviluppo di una sindrome del tunnel carpale idiopatica?
- A. Obesità
 - B. Genere femminile
 - C. Fumo
 - D. Età avanzata
 - E. Uso della tastiera
- 30) Il lembo antero-laterale di coscia (ALT) è talvolta indicato nella ricostruzione della prima commissura della mano. Il lembo si basa su quale arteria?
- A. Ramo trasverso dell'arteria iliaca circonflessa superficiale
 - B. Ramo perforante dell'arteria circonflessa femorale
 - C. Ramo discendente dell'arteria circonflessa laterale
 - D. Arteria discendente genicolata laterale
 - E. Arteria circonflessa femorale mediale

e successivamente procede, su invito del Presidente, ad apporre la sua firma e la data e il luogo di nascita sul retro del testo in questione.

Vengono aperte le altre due buste e mostrate a tutti i candidati le prove non estratte.

Il Presidente invita il segretario a procedere con la stampa delle copie della prova estratta. Nessuno dei candidati può lasciare l'aula.

Il segretario, dopo aver fatto le fotocopie della prova estratta, coadiuvato dal personale di sorveglianza procede a distribuire le copie della prova estratta invitando i candidati a non iniziare a leggere la prova prima che il Presidente ne dia autorizzazione

Il Presidente, indicando in 45 minuti il tempo assegnato per lo svolgimento della prova, accerta e annota l'orario d'inizio che risulta essere h 9 e 33 minuti, permette l'avvio della prova. Il Presidente inoltre informa i candidati che dovranno consegnare il proprio elaborato entro le ore 10 e 18 minuti.

Durante lo svolgimento della prova sono sempre presenti nei locali d'esame almeno uno dei Componenti della Commissione, il Segretario ed il Personale di Vigilanza.

Mano a mano che i candidati ultimano la prova scritta, questi provvedono a consegnare alla Commissione il proprio elaborato con le modalità stabilite dall'art. 12 del DPR n. 483/1997.

Entro le ore 10 e 18 minuti tutti i candidati hanno consegnato il proprio elaborato, nel rispetto delle modalità previste.

La Commissione, dopo aver spiegato ai candidati che l'esito della prova scritta verrà loro comunicato alle ore 11,30, li invita a lasciare l'Aula Magna per ritrovarsi all'orario stabilito presso l'aula Bazzoni.

I candidati prendono atto di tale comunicazione senza rilievi.

La Commissione, al completo dei suoi componenti, prima della correzione degli elaborati, procede alla valutazione dei titoli dei candidati che hanno sostenuto la prova scritta.

Si procede alla valutazione dei titoli, applicando i criteri di legge e quelli in precedenza stabiliti e ciò con i seguenti risultati, approvati all'unanimità ed indicati sulle schede allegate, quale parte integrante e sostanziale del presente verbale.

Ultimata la valutazione dei titoli, la Commissione procede alla valutazione della prova scritta. La Commissione ribadisce i seguenti criteri generali sulla base dei quali sarà valutata la prova scritta:

- conoscenza degli argomenti chiesti nella traccia;

Il Presidente, alla presenza di tutti i componenti verifica l'integrità delle buste contenenti gli elaborati custoditi dal Segretario.

Successivamente il Segretario appone su ciascuna busta grande, man mano che si procede alla apertura, un numero progressivo che viene ripetuto sull'elaborato e sulla busta piccola che vi è acclusa.

Tale numero viene riprodotto su apposito elenco destinato alla registrazione del risultato della votazione assegnato a ciascun elaborato.

Successivamente viene data lettura collegiale di ciascun elaborato e dopo attenta correzione seguendo lo schema matematico sopra riportato, la Commissione assegna, con voti palesi e all'unanimità, il seguente punteggio per ciascun candidato:

ELABORATO	N.	RISPOSTE ESATTE	PUNTI	SU PUNTI
Elaborato	1	12	Non idoneo	su punti 30
Elaborato	2	27	27	su punti 30
Elaborato	3	13	Non idoneo	su punti 30
Elaborato	4	26	26	su punti 30
Elaborato	5	27	27	su punti 30
Elaborato	6	15	Non idoneo	su punti 30
Elaborato	7	27	27	su punti 30
Elaborato	8	28	28	su punti 30

Ultimata la lettura e la valutazione di tutti gli elaborati, si procede all'apertura delle buste piccole contenenti le generalità dei candidati.

Il numero segnato sulla busta piccola è riportato sul cartoncino contenuto nella stessa.

A seguito delle suddette operazioni la Commissione accerta che gli elaborati, contraddistinti con il numero progressivo, appartengono all'autore a fianco indicato:

ELABORATO	N.	PUNTI	SU PUNTI	AUTORE
Elaborato	1	Non idoneo	12 su punti 30	Di Maro Agostino
Elaborato	2	27	27 su punti 30	Fin Alessandra
Elaborato	3	Non idoneo	13 su punti 30	Stomeo Daniele
Elaborato	4	26	26 su punti 30	De Santis Sergio
Elaborato	5	27	27 su punti 30	Zura Puntaroni Fabiana
Elaborato	6	Non idoneo	15 su punti 30	Canovi Alessandro
Elaborato	7	27	27 su punti 30	Marenghi Letizia
Elaborato	8	28	su punti 30	Locatelli Francesco Maria

La Commissione prende atto che i candidati sotto elencati hanno superato con esito positivo – ai sensi dell'art. 14 del DPR n. 483/1997 - la prova scritta e pertanto li ammette alla successiva prova pratica:

1. De Santis Sergio
2. Fin Alessandra
3. Locatelli Francesco Maria
4. Marenghi Letizia
5. Zura Puntaroni Fabiana

La Commissione prende atto che i candidati sotto elencati non hanno superato con esito positivo – ai sensi dell'art. 14 del DPR n. 483/1997 - la prova scritta e pertanto non li ammette alla successiva prova pratica:

1. Canovi Alessandro
2. Di Maro Agostino
3. Stomeo Daniele

I sopra citati candidati vengono invitati a lasciare l'aula d'esame.

La prova pratica – ai sensi dell'art 26 del DPR n. 483/1997 - verte su valutazione di una tecnica chirurgica, in particolar modo la tecnica microchirurgica di sutura termino-terminale:

La Commissione, al completo dei suoi componenti ed all'unanimità, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 483/1997, predispone la prova pratica che consta di n. 1 domanda uguale per tutti i candidati e n. 3 domande da sorteggiare:

PROVA PRATICA 1

Sutura termino-terminale a partenza dalla parete anteriore, descrizione della tecnica chirurgica e prova pratica al microscopio

PROVA PRATICA 2

Sutura termino-terminale a partenza dalla parete posteriore, descrizione della tecnica chirurgica e prova pratica al microscopio

PROVA PRATICA 3

Sutura termino-terminale a partenza dalla parete anteriore con tecnica della triangolazione secondo Carrel, descrizione della tecnica chirurgica e prova pratica al microscopio.

La commissione allega a ogni prova la scheda di valutazione della Società Italiana di Microchirurgia

	1	2	3	4	5
TEMPO E MOBILITÀ	Molti movimenti inutili, confusione nell'organizzazione, tempi lunghi		Tempo adeguato, ma ancora molti movimenti		Movimenti minimi e massima efficienza
GESTIONE STRUMENTI	Plurimi tentativi infruttuosi di raccogliere gli strumenti		Uso adeguato degli strumenti, ma a tratti rigido		Movimento fluido
GESTIONE FILO-AGO-APPROSSIMATORE	Frequente perdita, danno o rottura del filo, approssimatore "storto"		Occasionale perdita, danno o rottura del filo		Gestione continua e accurata del filo, corretto utilizzo
GESTIONE TESSUTI e DISSEZIONE	Impiega forza eccessiva nella gestione dei tessuti, danno dei tessuti – dissezione inadeguata		Gestione accurata dei tessuti con danni saltuari		Gestione accurata con danno minimo, dissezione pulita
CAPACITÀ TECNICHE (ANASTOMOSI)	Punti mal disposti e inadeguato uso di irrigazione		Sufficiente distribuzione dei punti e uso non adeguato di irrigazione		Punti ben disposti e irrigazione adeguata
FLUSSO OPERATIVO	Interruzioni frequenti e insicurezza nel gesto		Progressione adeguata della flusso operativo, pianificazione		Movimenti e pianificazione fluida del flusso operativo
PROVA PERVIETA'	Non pervia				Pervia
VALUTAZIONE STURA INTERNA	Punti mal disposti, trasfissioni, code all'interno, flap intimali, etc		Saltuari errori ma nel complesso discreta successione e dei punti		Equidistanza punti senza interruzioni della linea di sutura

Alle ore 11,15 la Commissione invita il Segretario a predisporre il prospetto contenente l'elenco dei candidati ammessi alla successiva prova pratica e ad affiggere lo stesso fuori dall'Aula Magna.

La Commissione comunica ai candidati, mediante affissione di un elenco alla porta dell'Aula Magna, l'esito della prova scritta e quindi rende note le modalità di espletamento della prova pratica, che dovrà comportare uguale impegno tecnico per tutti i candidati secondo quanto previsto dall'art. 15 del DPR n. 483/1997, e verrà svolta singolarmente da ognuno.

Alle ore 11,30 il Segretario procede al riconoscimento dei candidati che hanno superato la prova scritta.

Alle ore 11,40 la Commissione invita il Segretario, coadiuvato dal personale di vigilanza, a far accomodare i candidati ammessi alla prova pratica nel locale d'esame per lo svolgimento della stessa, a consegnare loro una penna nera e un foglio protocollo con il timbro dell'azienda e la sigla di un membro della commissione. Tale materiale servirà per lo svolgimento della prova pratica.

I candidati dovranno apporre sul foglio il nome, il cognome, la data e il luogo di nascita.

Le tre prove sono inserite nelle relative buste opportunamente sigillate e firmate sui lembi di chiusura dai Componenti della Commissione.

Viene inoltre stabilito che per lo svolgimento della prova i candidati avranno a disposizione 15 minuti per la sutura e 5 minuti per scrivere la tecnica e che sosterranno la prova due alla volta, procedendo in ordine alfabetico fino all'ultimo candidato.

I candidati che non avranno ancora sostenuto la prova rimarranno in locale separato all'aula Magna.

Il Presidente invita quindi uno dei candidati ad estrarre una delle tre buste contenenti la prova pratica oggetto dell'esame.

Alle ore 11,45 il dott. Sergio De Santis riconosciuto con documento di identità n. CI CA84136FL estrae la busta che all'apertura risulta contenere la prova n. 3 contrassegnata come **PROVA PRATICA N. 3** e precisamente:

PROVA PRATICA N. 3

1. Sutura termino-terminale a partenza dalla parete anteriore con tecnica della triangolazione secondo Carrel, descrizione della tecnica chirurgica e prova pratica al microscopio.

e successivamente procede, su invito del Segretario, ad apporre la sua firma e la data e il luogo di nascita sul retro del testo in questione.

Vengono aperte le altre due buste e data lettura delle prove non estratte.

Il Presidente, indicando come meglio sopra specificato il tempo assegnato per lo svolgimento della prova pratica al microscopio accerta che sono le ore 11 e 55 minuti per cui i candidati dovranno terminare la loro procedura e consegnare il proprio elaborato entro le ore 13 e 20 minuti (orario dell'ultimo candidato esaminato).

Durante lo svolgimento della prova sono sempre presenti nei locali d'esame almeno uno dei Componenti della Commissione, il Segretario ed il Personale di Vigilanza.

Entro le ore 13,20 tutti i candidati hanno espletato la prova pratica nel rispetto delle modalità previste

La Commissione, dopo aver spiegato ai candidati che l'esito della prova pratica verrà loro comunicato alle ore 14,15, li invita a lasciare l'Aula Bazzoni per ritrovarsi all'orario stabilito in Aula Magna.

I candidati prendono atto di tale comunicazione senza rilievi.

A conclusione della prova pratica, la Commissione procede alla valutazione della prova stessa. La Commissione ribadisce i seguenti criteri generali sulla base dei quali sarà valutata la prova:

- conoscenza degli argomenti chiesti;
- destrezza e precisione nella tecnica microchirurgica e nel prodotto finale:

Successivamente viene data lettura collegiale di ciascun elaborato e dopo attento esame di valutazione la Commissione assegna con voti palesi e all'unanimità il seguente punteggio:

Prova Pratica 13.7.2020

CANDIDATO	PUNTI	SU PUNTI	MOTIVAZIONE
De Santis Sergio	27,000	30,000	Il candidato dimostra buona manualità, ottima gestione degli strumenti nella sutura piccoli errori nella distribuzione dei punti. Buona la descrizione dell'esercizio.
Fin Alessandra	28,500	30,000	La candidata dimostra più che buona manualità, ottima gestione degli strumenti, solo saltuari errori nel flusso operativo. Ottima la descrizione dell'esercizio.
Locatelli Francesco Maria	26,500	30,000	Il candidato dimostra discreta manualità, discreta gestione degli strumenti e nella sutura si notano alcuni errori nella distribuzione dei punti. Ottima la descrizione dell'esercizio.
Marenghi Letizia	26,500	30,000	La candidata dimostra buona manualità, discreta gestione degli strumenti e nella sutura si notano alcuni errori nella distribuzione dei punti. Buona la descrizione dell'esercizio.
Zura Puntaroni Fabiana	28,000	30,000	La candidata dimostra buona manualità, ottima gestione degli strumenti nella sutura piccoli errori nella distribuzione dei punti. Buona la descrizione dell'esercizio.

La Commissione prende atto che i candidati sotto elencati hanno superato con esito positivo – ai sensi dell'art. 15 del DPR n. 483/1997 - la prova pratica e pertanto li ammette alla successiva prova orale:

1. De Santis Sergio
2. Fin Alessandra
3. Locatelli Francesco Maria
4. Marenghi Letizia
5. Zura Puntaroni Fabiana

Ai sensi di quanto previsto nel bando la prova orale consisterà in un "colloquio sulle materie inerenti alla disciplina messa a concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire".

La Commissione stabilisce all'unanimità che la prova orale consta di n. 3 quesiti da sorteggiare e sarà la medesima per tutti i candidati.

Alle ore 14,20 la Commissione invita il Segretario a predisporre il prospetto contenente l'elenco dei candidati ammessi alla successiva prova orale e ad affiggere lo stesso fuori dall' Aula Magna.

Alle ore 14,25 la Commissione invita il Segretario, coadiuvato dal personale di vigilanza, a far accomodare i candidati ammessi alla prova orale nel locale d'esame per lo svolgimento della stessa.

La Commissione quindi rende note le modalità di espletamento della prova orale, che dovrà comportare uguale impegno tecnico per tutti i candidati secondo quanto previsto dall'art. 15 del DPR n. 483/1997, e verrà svolta singolarmente da ognuno.

Le prove sono inserite nelle relative buste opportunamente sigillate e firmate sui lembi di chiusura dai Componenti della Commissione.

PROVA ORALE N. 1

1. Pseudoartrosi del radio, scelte diagnostiche e opzioni chirurgiche

PROVA ORALE N. 2

1. Il reimpianto di un pollice - tecnica chirurgica ed indicazioni ai reimpianti d'arto superiore

PROVA ORALE N. 3

1. Le complicanze in microchirurgia – diagnosi e trattamento

Il Presidente invita quindi uno dei candidati ad estrarre una delle tre buste contenenti la prova orale oggetto dell'esame.

Alle ore 14,30 la dott.ssa Alessandra Fin riconosciuto con documento di identità CI AY6156549 estrae la busta che all'apertura risulta contenere la prova n. 3 contrassegnata come **PROVA ORALE N. 3** e precisamente:

PROVA ORALE N. 3

1. Le complicanze in microchirurgia – diagnosi e trattamento

e successivamente procede, su invito del Segretario, ad apporre la sua firma e la data e luogo di nascita sul retro del testo in questione.

Vengono aperte le altre due buste e data lettura delle prove non estratte.

Ai candidati vengono comunicate le modalità di svolgimento della prova orale. L'Aula è aperta al pubblico ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. n. 483/1997.

I candidati uno ad uno vengono posti in condizione di eseguire la prova orale che viene svolta alla presenza dell'intera Commissione secondo l'ordine alfabetico (dal cognome che inizia dalla lettera D alla lettera Z)

Gli altri candidati vengono invitati a sostare nell'atrio adiacente, vigilati dal personale di assistenza.

Il Presidente invita il personale di supporto a controllare che il candidato, una volta terminata la prova, non venga a contatto con i candidati che devono ancora espletarla.

Il segretario ammette alla presenza della Commissione il primo candidato (in ordine alfabetico) il dott. Sergio De Santis che viene invitato alla discussione. Nella stessa maniera si procede per gli altri candidati

A conclusione della prova orale la Commissione assegna, collegialmente e con voto palese, il seguente punteggio:

CANDIDATO	PUNTI	SU PUNTI	MOTIVAZIONE
De Santis Sergio	18,000	20,000	Buona padronanza della materia. Si denota conoscenza della pratica clinica e diagnostica.
Fin Alessandra	20,000	20,000	Ottima conoscenza delle problematiche microchirurgiche in urgenza e in elezione.
Locatelli Francesco Maria	20,000	20,000	Ottima conoscenza delle problematiche microchirurgiche in urgenza e in elezione.
Marenghi Letizia	17,000	20,000	Buona padronanza della materia. Si denota discreta conoscenza della pratica clinica e diagnostica nei reimpianti.
Zura Puntaroni Fabiana	19,000	20,000	Ottima conoscenza delle problematiche microchirurgiche in urgenza e in elezione. La candidata dimostra esperienza personale.

Ultimata la prova orale la Commissione prende atto dei candidati che hanno superato con esito positivo, ai sensi dell'art. 14 del DPR n. 483/1997, la prova orale e di conseguenza il Segretario predispone il seguente prospetto riassuntivo delle votazioni conseguite in ciascuna prova d'esame e dei punteggi relativi ai titoli:

	COGNOME	NOME	TITOLI (max 20/100)	PROVA SCRITTA (max 30/100)	PROVA PRATICA (max 30/100)	PROVA ORALE (max 20/100)	TOTALE
1	De Santis	Sergio	7,427	26,000	27,000	18,000	78,427

2	Fin	Alessandra	3,623	27,000	28,500	20,000	79,123
3	Locatelli	Francesco Maria	0,576	28,000	26,500	20,000	75,076
4	Marengi	Letizia	6,783	27,000	26,500	17,000	77,283
5	Zura Puntaroni	Fabiana	6,113	27,000	28,000	19,000	80,113

Ultimate le prove d'esame la Commissione, collegialmente, sulla scorta dei punteggi assegnati a ciascun candidato per i titoli e per le tre prove d'esame, redige la seguente graduatoria di merito, tenuto conto che a parità di merito e di titoli la preferenza è determinata secondo i criteri contenuti negli artt. 5 e 16 del D.P.R. 9 maggio 1994 n. 487:

- per i candidati con la specialità oggetto del concorso,

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 1 posto di Dirigente Medico (disciplina: Ortopedia e Traumatologia) da assegnare alla U.O.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva			
GRADUATORIA DI MERITO			
N.	COGNOME	NOME	PUNTEGGIO
1	Zura Puntaroni	Fabiana	80,113 su 100
2	Fin	Alessandra	79,123 su 100
3	De Santis	Sergio	78,427 su 100
4	Marengi	Letizia	77,283 su 100

- per i candidati iscritti all'ultimo anno di specialità oggetto del concorso alla data di scadenza del concorso

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 1 posto di Dirigente Medico (disciplina: Ortopedia e Traumatologia) da assegnare alla U.O.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva			
GRADUATORIA DI MERITO			
N.	COGNOME	NOME	PUNTEGGIO

1	Locatelli	Francesco Maria	75,076 su 100
---	-----------	-----------------	---------------

Ultimati i lavori, la Commissione trasmette il presente verbale, nonché gli atti del concorso, al Direttore Generale dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Gaetano Pini CTO di Milano, per i provvedimenti di competenza. La Seduta si conclude alle ore 16,10.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL PRESIDENTE

(Dott. Pierluigi Tos)

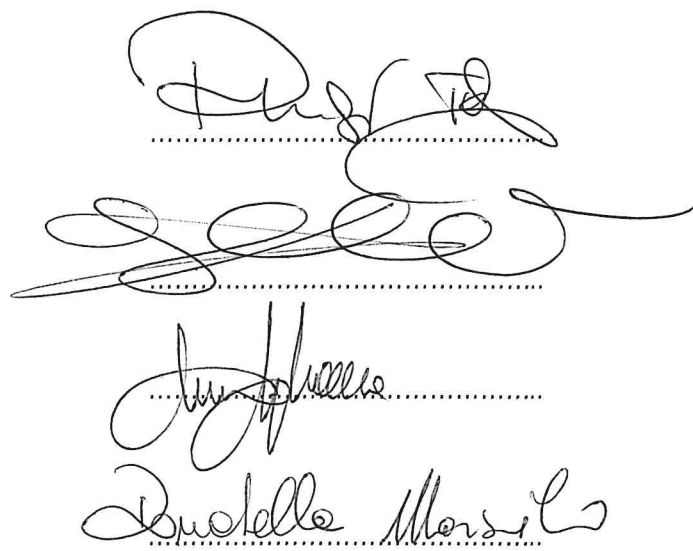
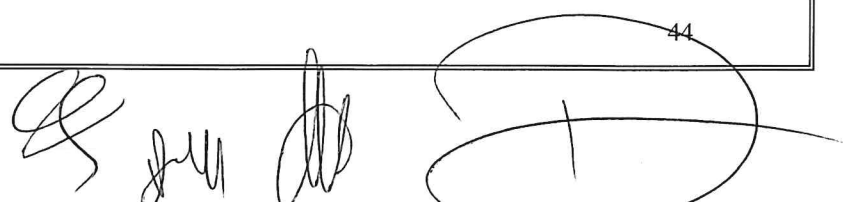
I COMPONENTI:

(Dott. Roberto Maria Capelli)

(Dott. Massimo Migliavacca)

LA SEGRETARIA

(Dott.ssa Donatella Marsilio)

SCHEDA dott. CANOVI ALESSANDRO

CANOVI dott. ALESSANDRO, nato a Scandiano (RE) il 9.01.1989

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Il candidato non presenta titoli utili alla valutazione

Tot punti a) 0,000

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Il candidato dichiara di essere iscritto all'ultimo anno di specialità di Ortopedia e Traumatologia c/o Università degli Studi di Brescia aa 2018/2019

Tot punti b) 0,000

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- Il candidato non presenta titoli utili alla valutazione

Tot punti c) 0,000

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Il candidato dichiara un periodo di tirocinio formativo presso la Struttura Complessa di Chirurgia della Mano del Policlinico di Modena per 40 ore settimanali dal 1.04.2019 al 31.12.2019
- N. 8 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (dal 2018 al 2020)
- N. 1 partecipazione al corso avanzato di microchirurgia anno 2018/2019 – Ospedale Cardarelli di Napoli
- N. 2 partecipazioni a eventi formativi in qualità di relatore (nel 2019)

GIUDIZIO sufficiente l'attività formativa attinente alla disciplina in oggetto, si apprezza in modo particolare alla partecipazione al corso avanzato di microchirurgia di Napoli

Tot punti d) 0,238

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d)= 0,238



SCHEDA dott. DE SANTIS SERGIO

DE SANTIS dott. SERGIO, nato a Milano il 26.05.1976

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia a tempo unico e determinato
c/o ASST dei Sette Laghi – Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese – UOC
MCM
dal 16.08.2016 al 15.05.2017 (p.ti 1,200 annui)
9 mesi p.ti 0,900
- Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia a tempo unico e indeterminato
c/o ASST di Lodi – Ospedale Maggiore di Lodi – UOC MCM
dal 16.05.2017 al 10.06.2020 (dpd) (p.ti 1,200 annui)
3 anni 1 mese p.ti 3,700

Tot punti a) 4,600

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia c/o Università degli Studi di Milano-
Bicocca il 30.06.2016 - durata 5 anni
Requisito di ammissione - p.ti 0,500 per anno

Tot punti b) 2,500

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- n. 7 lavori

GIUDIZIO si apprezzano i lavori scientifici seppure non indicizzati ma in ambito della disciplina richiesta

Tot punti c) 0,100

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Diploma di tecniche microchirurgiche (corso avanzato di microchirurgia c/o Centro Biotecnologie di Napoli (novembre 2014)
- N. 12 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditor (dal 2017 al 2019)
- N. 3 partecipazioni a eventi formativi in qualità di relatore (dal 2017 al 2019)

GIUDIZIO sufficiente l'attività formativa attinente alla disciplina in oggetto, isi apprezza in modo particolare alla partecipazione al corso avanzato di microchirurgia di Napoli

Tot punti d) 0,227

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d) = 7,427



SCHEDA dott. DI MARO AGOSTINO

DI MARO dott. AGOSTINO, nato a Napoli l'11.08.1988

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Il candidato non presenta titoli utili alla valutazione

Tot punti a) 0,000

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Il candidato dichiara di essere iscritto all'ultimo anno di specialità di Ortopedia e Traumatologia c/o Università degli Studi dell'Insubria aa 2018/2019

Tot punti b) 0,000

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- Il candidato non presenta titoli utili alla valutazione

Tot punti c) 0,000

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Il candidato dichiara i seguenti soggiorni di studio/addestramento superiori a tre mesi:
 - c/o Ospedale Universitario di Zurigo (Svizzera) – con impegno settimanale pari a 50 ore – dal 1.07.2019 al 23.12.2019
 - c/o Ospedale Universitario di Berna “Inselspital” (Svizzera) – con impegno settimanale pari a 50 ore – dal 6.01.2020 e tutt'ora in corso
 - c/o Ospedale di Circolo di Busto Arsizio (VA) ASST della Valle Olona – con impegno settimanale pari a 40 ore – dal 1.04.2018 al 31.10.2018
dal 1.05.2019 al 30.06.2019
- N. 26 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (dal 2015 al 2019)
- Il candidato dichiara le seguenti attività:
 - Dipartimento di Chirurgia della Mano (Varese) da Febbraio 2019 ad Aprile 2019
 - Consulente medico della squadra “Rugby Varese” da Ottobre 2017 a Giugno 2019
 - Consulente medico della squadra di hockey “Varese Bandits” da Novembre 2016 a Giugno 2019
 - Consulente medico durante la “Giornata Nazionale della Mano” in data 13 maggio 2017
 - “Fellowship in surgery room and orthopedic ER” c/o Presidio Ospedaliero “Pineta Grande” di Castel Volturno (CE) dal 8.09.2015 al 16.10.2015

GIUDIZIO Il candidato dichiara diverse esperienze nel profilo oggetto del concorso ma senza specificare dipartimenti frequentati, pertanto non può essere valutato. Si apprezzano gli eventi formativi

Tot punti d) 0,026

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d) = 0,026

SCHEDA dott.ssa FIN ALESSANDRA

FIN dott.ssa ALESSANDRA, nata ad Isola della Scala (VR) il 6.08.1987

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Dirigente Medico di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica a tempo unico e determinato
c/o Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine
dal 16.03.2020 al 15.06.2020 (dpd) (p.ti 1,200 anno)
3 mesi p.ti 0,300

Tot punti a) 0,300

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Specializzazione in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica c/o Università degli Studi di Trieste il 10.12.2019 - durata 5 anni
Requisito di ammissione - p.ti 0,500 per anno

Tot punti b) 2,500

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

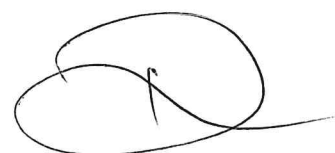
- n. 8 lavori di cui:
n. 4 articoli indicizzati in rivista con I.F.
n. 2 articoli indicizzati in rivista senza I.F.

GIUDIZIO buone le pubblicazione attinenti alla chirurgia plastica e microchirurgia

Tot punti c) 0,540

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Incarico libero professionale in qualità di medico di Guardia Medica per 24 ore settimanali
c/o Ospedale Mater Salutis di Legnago (VR)
dal 1.12.2013 al 31.05.2014
6 mesi
N.V. attività svolta durante specialità
- Incarico libero professionale in qualità di medico di Guardia Medica per 24 ore settimanali
c/o Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto (TN)
dal 1.06.2014 al 15.11.2014
5 mesi
N.V. attività svolta durante specialità
- N. 8 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (dal 2015 al 2019), in particolare
- XIV Corso Avanzato di Microchirurgia, svoltosi dal 27.05.2019 al 15.11.2019
c/o U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale
A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli
- N. 3 partecipazioni a eventi formativi in qualità di relatore (dal 2015 al 2017)



SCHEDA dott.ssa FIN ALESSANDRA

- La candidata dichiara i seguenti soggiorni di studio/addestramento superiori a tre mesi:
 - c/o Ospedale Saint-Louis (Parigi, Francia) –
Servizio di Chirurgia plastica
con impegno orario settimanale di 50 ore
dal 7.01.2018 al 31.03.2018
 - c/o Istituto Gustave Roussy, Villejuif (Parigi, Francia) –
Dipartimento Testa-Collo
con impegno orario settimanale di 70 ore
dal 1.04.2018 al 30.06.2018
 - c/o Ospedale di Manises (Valencia, Spagna) –
Servizio di Microchirurgia Ricostruttiva
con impegno orario settimanale di 70 ore
dal 15.07.2018 al 20.12.2018
- La candidata dichiara di aver svolto attività didattica c/o ASUIUD, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine
Corso di: “Gestione e trattamento delle lesioni complesse degli arti inferiori”
Insegnamento: “Concetti principali di chirurgia rigenerativa”
aa 2018/2019 – ore di docenza: 1 totale

GIUDIZIO buona l'attività formativa attinente alla disciplina in oggetto (microchirurgia ricostruttiva), si apprezza in modo particolare la partecipazione al corso avanzato di microchirurgia di Napoli

Tot punti d) 0,283

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d)= 3,623



SCHEDA dott. LOCATELLI FRANCESCO MARIA

LOCATELLI dott. FRANCESCO MARIA, nato a Sesto San Giovanni (MI) il 12.06.1988

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Il candidato non presenta titoli utili alla valutazione

Tot punti a) 0,000

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Il candidato dichiara di essere iscritto all'ultimo anno di specialità di Ortopedia e Traumatologia c/o Università degli Studi di Milano

Tot punti b) 0,000

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- n. 23 lavori di cui:
n. 1 articolo indicizzato in rivista senza I.F.

GIUDIZIO buona la produzione scientifica un solo lavoro indicizzato in rivista con I.F.

Tot punti c) 0,520

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- N. 16 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (dal 2017 al 2020)
- N. 4 partecipazioni a eventi formativi in qualità di relatore (dal 2017 al 2020)
- Il candidato dichiara il seguente soggiorno di studio/addestramento superiore a tre mesi:
 - c/o CHU Hôpital Pasteur (Nizza, Francia) –
Fellowship nell'ambito della Scuola di Specializzazione in Ortopedia:
 - Chirurgie réparatrice et esthétique (Dr. Balaguer)
 - Chirurgie de la main & Service Urgences SOS Main (Dr. Camuzard)con impegno orario settimanale di 50 ore
dal 1.05.2018 al 30.11.2018
- Il candidato dichiara di essere iscritto al “Corso Avanzato di Microchirurgia 2020 – Edizione XVI” della Società Italiana di Microchirurgia – Società Italiana di Chirurgia della Mano (attualmente sospeso causa emergenza Covid-19)

GIUDIZIO discreta l'attività formativa. Buono il semestre di formazione sulle urgenze della mano svoltosi a Nizza. Si apprezza il corso avanzato in microchirurgia che il candidato sta ancora frequentando

Tot punti d) 0,056

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d)= 0,576



MARENGHI dott.ssa LETIZIA

MARENGHI dott.ssa LETIZIA, nata a San Secondo Parmense (PR) il 21.5.1985

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia tempo unico e determinato
c/o Ospedale Civile di Guastalla AUSL RE
dal 21.08.2017 al 29.10.2017 (p.ti 1,200 annui)
2 mesi p.ti 0,200
- Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia tempo unico e determinato
c/o Azienda Ospedaliero Unìversitaria di Parma
dal 30.09.2017 al 17.02.2019 (p.ti 1,200 annui) t determinato
dal 18.02.2019 al 12.06.2020 (dpd) (p.ti 1,200 annui) t indeterminato
2 anni e 8 mesi p.ti 3,200

Tot punti a) 3,400

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia c/o Università degli Studi di Parma il
12.07.2017 - durata 5 anni

Requisito di ammissione - P.ti 0,500 per anno

- Master universitario di II livello in Chirurgia della mano e microchirurgia Università di
Modena
Dal 1.01.2019 al 31.12.2019 (ss 2018/2019) P.ti 0,500

Tot punti b) 3,000

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- n. 16 lavori di cui:
n. 7 articoli indicizzati in rivista senza I.F.

GIUDIZIO discreta produzione scientifica anche a livello internazionale

Tot punti c) 0,240

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Consulente ortopedico
c/o Clinica Mobile Servizi di Parma per 32 ore settimanali
Dal 19.04.2018 al 22.04.2018 per 4 giorni
Dal 12.07.2018 al 15.07.2018 per 4 giorni
Dal 09.08.2018 al 12.08.2018 per 4 giorni
per totali 9 giorni esiguo periodo di lavoro N.V:
- N. 2 soggiorni studio di durata superiore a mesi 3
 - IRCCS Multimedica Milano per 60 ore settimanali in chirurgia della mano
dal 17.05.2016 al 7.08.2016
 - Chirurgia e microchirurgia ricostruttiva della mano
c/o Careggi di Firenze per 45 ore settimanali
dal 16.11.2015 al 16.05.2016

MARENGHI dott.ssa LETIZIA

- N. 43 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (dal 2008 al 2019)
- N. 12 partecipazioni a eventi formativi in qualità di relatore (dal 2013 al 2018)
- La candidata dichiara quanto segue:
 - Membro (rappresentante Italia) della Commissione SoMe FESSH dal 2019;
 - Segretario e responsabile della commissione fellowship/educational YEHS (Young European Hand Surgeon) parte della FESSH dal 2018;
 - Membro della Commissione scientifica e presidente del programma mano e polso del FORTE (Federation of Orthopaedic Trainees in Europe) – Summer School 2018 e 2019 – Milano;
 - Presidente del “IV congresso nazionale AISOT (Associazione Italiana Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia)” – 27 maggio 2017 – Parma;
 - Segreteria scientifica del “III congresso nazionale AISOT” – 10 giugno 2016 – Pavia;
 - Segreteria scientifica del “II congresso nazionale AISOT” – 5 giugno 2015 – Bologna;
 - Segreteria scientifica del congresso “I traumi dalla strada alla pista: l’esperienza della clinica mobile” – 21 maggio 2015 – Parma;
 - Segreteria scientifica del congresso “Le tendinopatie dell’arto superiore nel calciatore” – 15 novembre 2014 – Parma;
 - Tutor al 5° Corso base di Microchirurgia (SIM) – 9-11 maggio 2019 – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
 - Tutor al 4° Corso base di Microchirurgia (SIM) – 2-5 maggio 2018 - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
 - Vincitrice fellowship SICM (Società Italiana Chirurgia della Mano) nel 2016;
 - Vincitrice fellowship FESSH (Federation of European Societies for Hand Surgery of the Hand) nel 2016;
 - Vincitrice del premio Giovani Rossoni 2014 e 2015 (SICM).

GIUDIZIO rilevanti soggiorni di studio Ospedale Careggi di Firenze e Multimedica di Milano in chirurgia della mano e microchirurgia; buona partecipazione come uditore e relatore ad eventi formativi. Buona attività nelle società scientifiche di riferimento a livello nazionale ed internazionale. Vincitrice di diversi premi nella disciplina in oggetto

Tot punti d) 0,143

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d)= 6,783



SCHEDA dott. STOMEIO DANIELE

STOMEIO dott. DANIELE, nato a Maglie (LE) il 13.08.1986

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia a tempo unico ed indeterminato
c/o ASL di Brindisi
dal 16.05.2019 al 17.06.2020 (dpd) (p.ti 1,200 annui)
1 anno e 1 mese p.ti 1,300
- Incarico di specialista ambulatoriale ex ACN in qualità di
medico di Ortopedia e Traumatologia con incarico di sostituzione ad orario variabile
c/o ASL di Lecce – DSS Martano (LE)
dal 1.8.2018 al 18.8.2018
1 mese
N.V. non specifica ore di servizio

Tot punti a) 1,300

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia c/o Università Cattolica del Sacro Cuore
di Roma il 18.07.2018 - durata 5 anni
Requisito di ammissione - p.ti 0,500 per anno

Tot punti b) 2,500

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- n. 4 lavori di cui:
n. 1 articolo indicizzato in rivista con I.F.
n. 2 articolo indicizzato in rivista senza I.F.

GIUDIZIO sufficiente la produzione scientifica senza attinenza alla microchirurgia

Tot punti c) 0,240

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Diploma Supplement di Specializzazione elettiva in Chirurgia e Microchirurgia della Mano
c/o Università del Sacro Cuore di Roma
il 18.07.2018
- Incarico libero professionale in qualità di
medico di Guardia – Guardia medica aeroportuale con impegno orario settimanale variabile
(circa 30 ore)
c/o SEA Aeroporti di Milano – Aeroporto di Linate
dal 1.10.2012 al 31.07.2013
Non attinente al profilo professionale da ricoprire
- Incarico libero professionale in qualità di
medico di Ortopedia e Traumatologia con impegno orario settimanale variabile (circa 20
ore)
c/o Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano di Canistro – Loc. Cotardo (AQ)
dal 5.09.2018 al 30.04.2019
8 mesi
N.V. attività svolta durante altro servizio



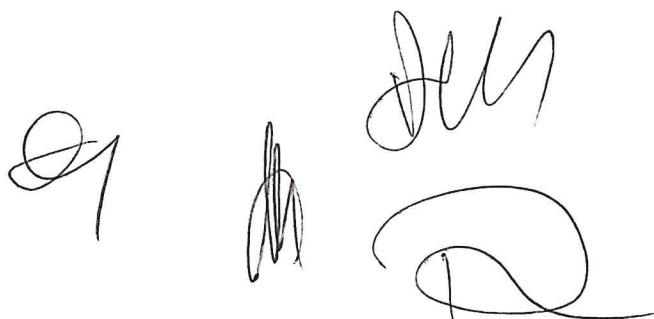
SCHEDA dott. STOMEIO DANIELE

- Incarico libero professionale in qualità di dirigente medico di Ortopedia e Traumatologia con impegno orario settimanale variabile (circa 30 ore)
c/o Casa di Cura Villa Valeria di Roma
dal 5.09.2018 al 30.04.2019 (p.ti 0,300 anno)
8 mesi
- N. 15 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditor (dal 2012 al 2018)
- N. 1 partecipazione a corso base di microchirurgia a Napoli
- N. 1 partecipazione a corso di sezione anatomica dell'arto superiore Arezzo
- N. 3 partecipazioni a eventi formativi in qualità di relatore (dal 2012 al 2019)
- Dottorando iscritto al XXXV Ciclo di Dottorato in Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Oncologica
c/o Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari
dal 7.10.2019
- Membro del Consiglio Direttivo della APLOTO (Associazione Pugliese-Lucana Ortopedici Traumatologi Ospedalieri) dal 19.10.2019

GIUDIZIO curriculum formativo e professionale sufficiente, si apprezza il diploma supplementare in chirurgia della mano e microchirurgia

Tot punti d) 0,470

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d) = 4,510



SCHEDA dott.ssa ZURA PUNTARONI FABIANA

ZURA PUNTARONI dott.ssa FABIANA, nata ad Alessandria il 23.02.1972

a) TITOLI DI CARRIERA (Max punti 10)

- Assistente Medico di Ortopedia e Traumatologia – Chirurgia della Mano a tempo pieno
c/o Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI)
dal 12.11.2009 all'8.06.2020 (dpd) (punti 0,300 anno)
10 anni e 7 mesi p.ti 3,175

Tot punti a) 3,175

b) TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Max punti 3)

- Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia c/o Università degli Studi di Ancona il
3.11.2009 - durata 5 anni
Requisito di ammissione - p.ti 0,500 per anno

Tot punti b) 2,500

c) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (Max punti 3)

- n. 3 lavori di cui:
n. 1 articolo non indicizzato, la rivista è indicizzata e con I.F.

GIUDIZIO più che sufficiente i lavori pertinenti alla disciplina in oggetto

Tot punti c) 0,200

d) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Max punti 4)

- Incarico libero professionale in qualità di
medico di Ortopedia e Traumatologia a tempo pieno:
c/o Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI)
dall'8.11.2009 all'11.09.2011
N.V. attività svolta durante altro servizio
- N. 8 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (dal 2008 al 2019)
- N. 2 partecipazioni a eventi formativi in qualità di uditore (nel 2009)
- Diploma in tecniche microchirurgiche Napoli 2019
- La candidata dichiara il seguente soggiorno di studio/addestramento superiore a tre mesi:
- c/o CTO di Torino – Dipartimento di Microchirurgia, U.O. Ortopedia e Traumatologia
dal 1.04.2007 al 31.06.2009

GIUDIZIO curriculum formativo e professionale è considerato buono poiché tutto volto alla chirurgia della mano e chirurgia ricostruttiva si apprezza in modo particolare la partecipazione al corso avanzato di microchirurgia di Napoli

Tot punti d) 0,238

TOTALE PUNTI a) + b) + c) + d) = 6,113

