

**CONCORSO PUBBLICO per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato e tempo pieno di n. 1
posto di DIRIGENTE MEDICO disciplina di NEUROLOGIA
(scaduto in data 18/06/2026 – espletato il 28/07/2026)
assolvimento obbligo aziendale di pubblicazione
ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016**

TRACCE PROVA SCRITTA

Traccia n. 1

Legge n. 578 del 1993 sull'accertamento di morte encefalica e successive modifiche.

Traccia n. 2

Malattia di Creutzfeldt-Jacob: varianti della forma sporadica.

Traccia n. 3

La pachimeningite ipertrofica: sintomatologia clinica e diagnosi differenziale.

TRACCE PROVA PRATICA

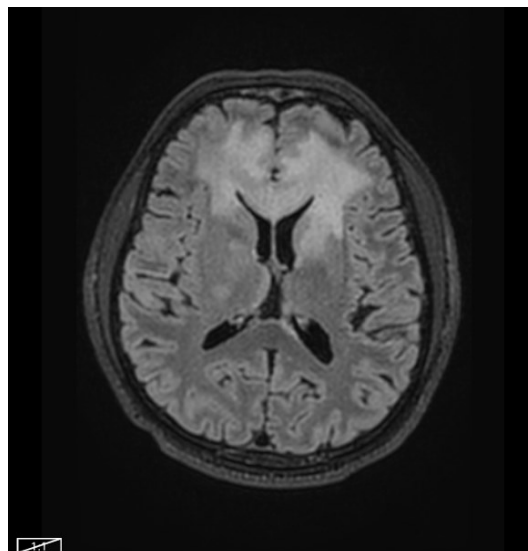
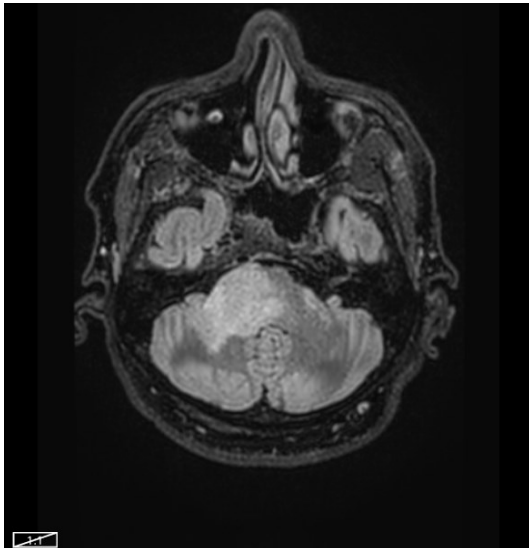
Traccia n. 1

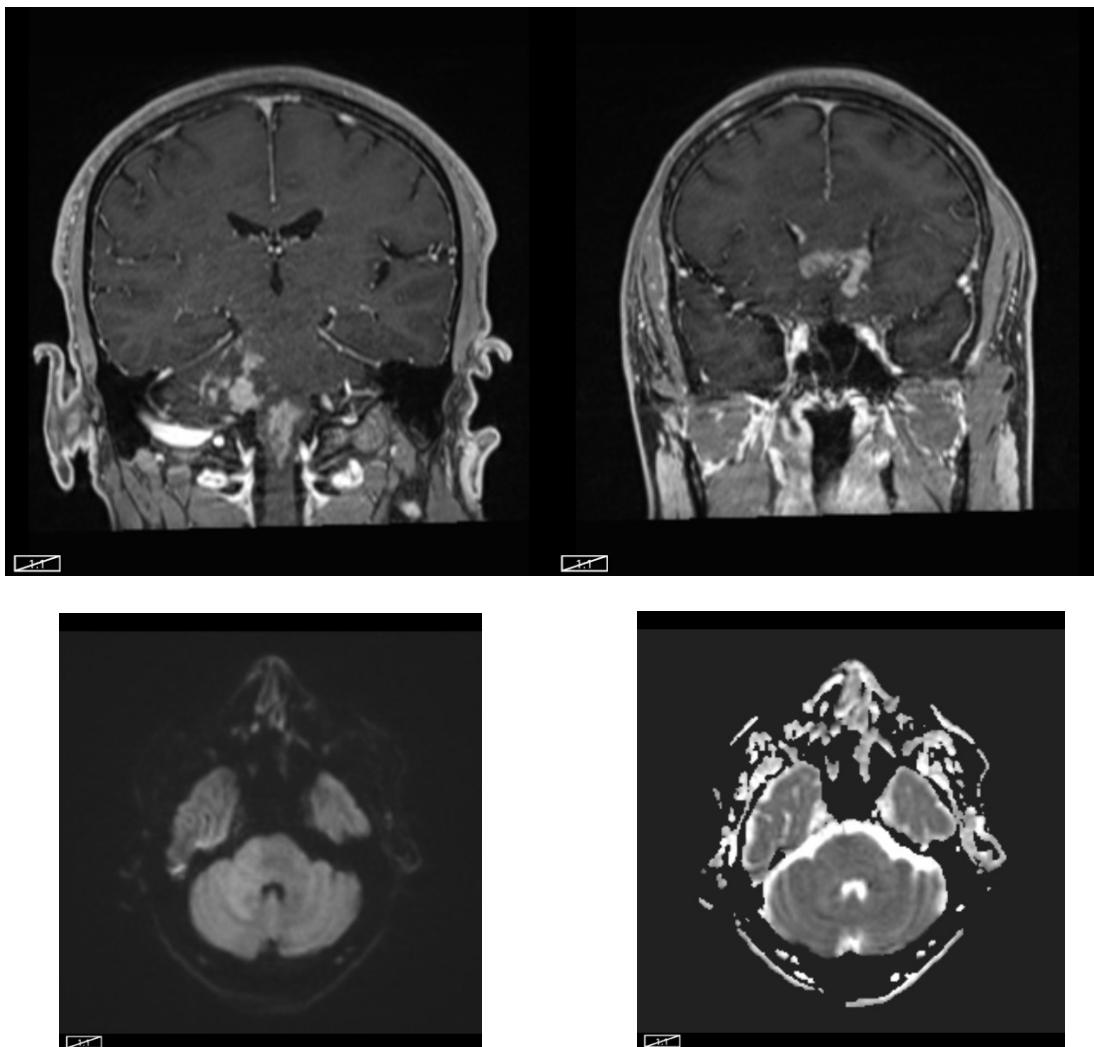
Uomo di 49 aa.

In data 24.05 il paziente si recava in PS per comparsa improvvisa di nausea e vomito, non cefalea. Dimesso dopo terapia sintomatica, si ripresentava in PS in data 02.06 accompagnato da un amico perché “confuso” e con disturbi comportamentali oltre ad ipostenia degli arti di sinistra.

La TAC encefalo mostrava “ipodensità di aspetto lievemente tumefattivo del ginocchio del corpo calloso, associata ad ipodensità di aspetto digitato della sostanza profonda e sottocorticale frontale bilaterale, opercolare destra e pontina laterale destra”.

Veniva effettuata una RM dell'encefalo, di cui si mostrano alcune immagini significative.





Esame liquorale:

- Chimico-fisico: 134 GB (mononucleati), Proteine 0,7.
- Citologico: ricerca cellule atipiche negativa.
- Pannello meningoencefaliti: negativo.

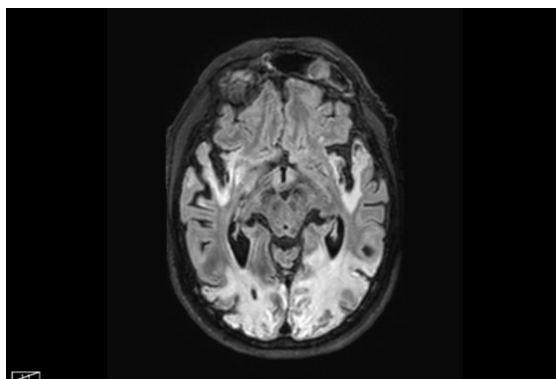
Ipotesi diagnostiche.

Traccia n. 2

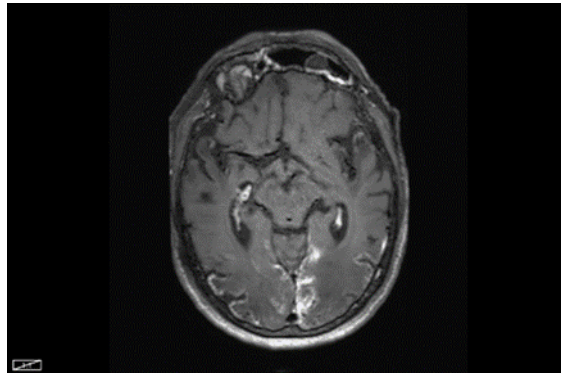
In anamnesi si segnala ipercolesterolemia, ipertensione, ateromasia carotidea e due antecedenti ricoveri per sospetta encefalite autoimmune, con accertamenti effettuati in tali occasioni sempre risultati negativi per anticorpi onconeurali. Veniva trattato con steroidi con beneficio indi rientrava al proprio domicilio.

In data 06.05 dopo valutazione neurologica ambulatoriale il paziente veniva nuovamente ricoverato in Neurologia perché da circa 6 mesi presentava progressivo deficit visivo con associata agnosia visiva, fino alla completa cecità.

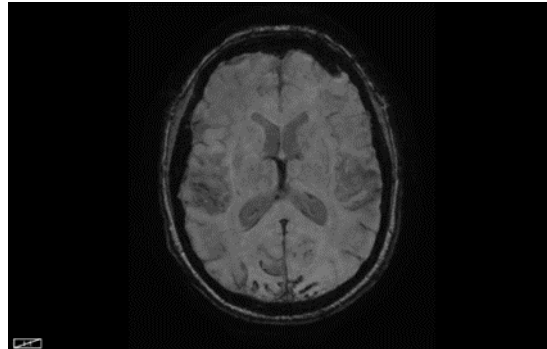
Veniva effettuata una RM dell'encefalo, di cui si mostra alcune immagini significative



FLAIR



T1 con MdC



Gradient

Esame liquorale: nella norma.
Ipotesi diagnostiche.

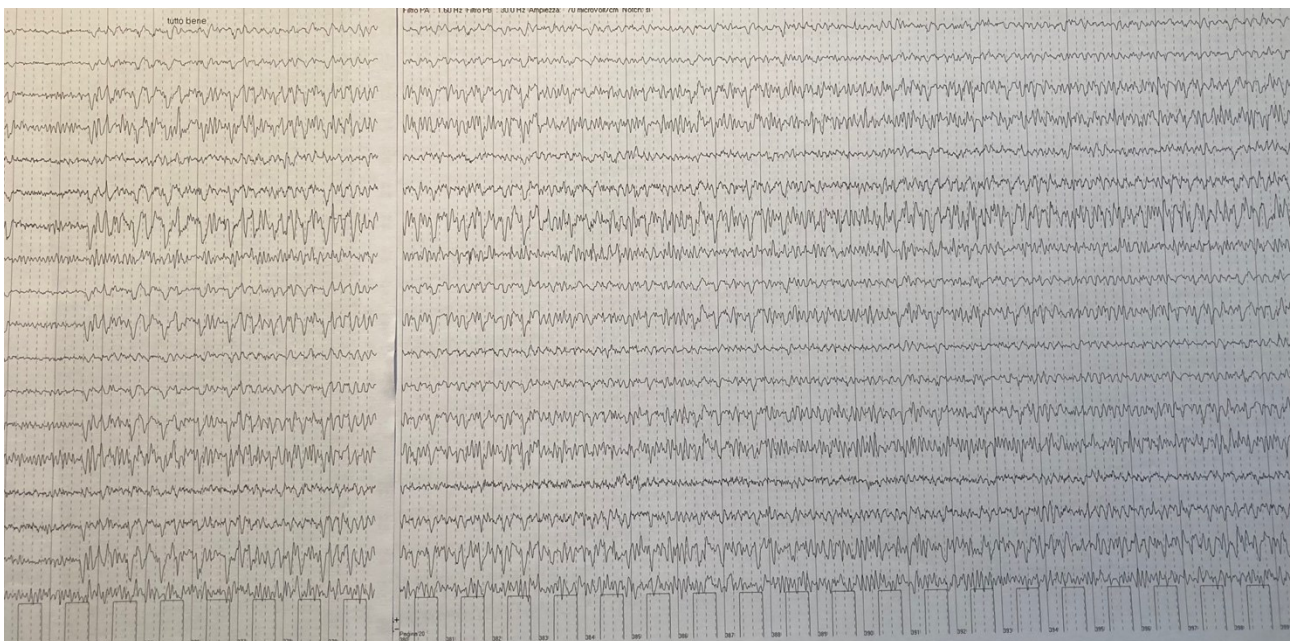
Traccia n. 3

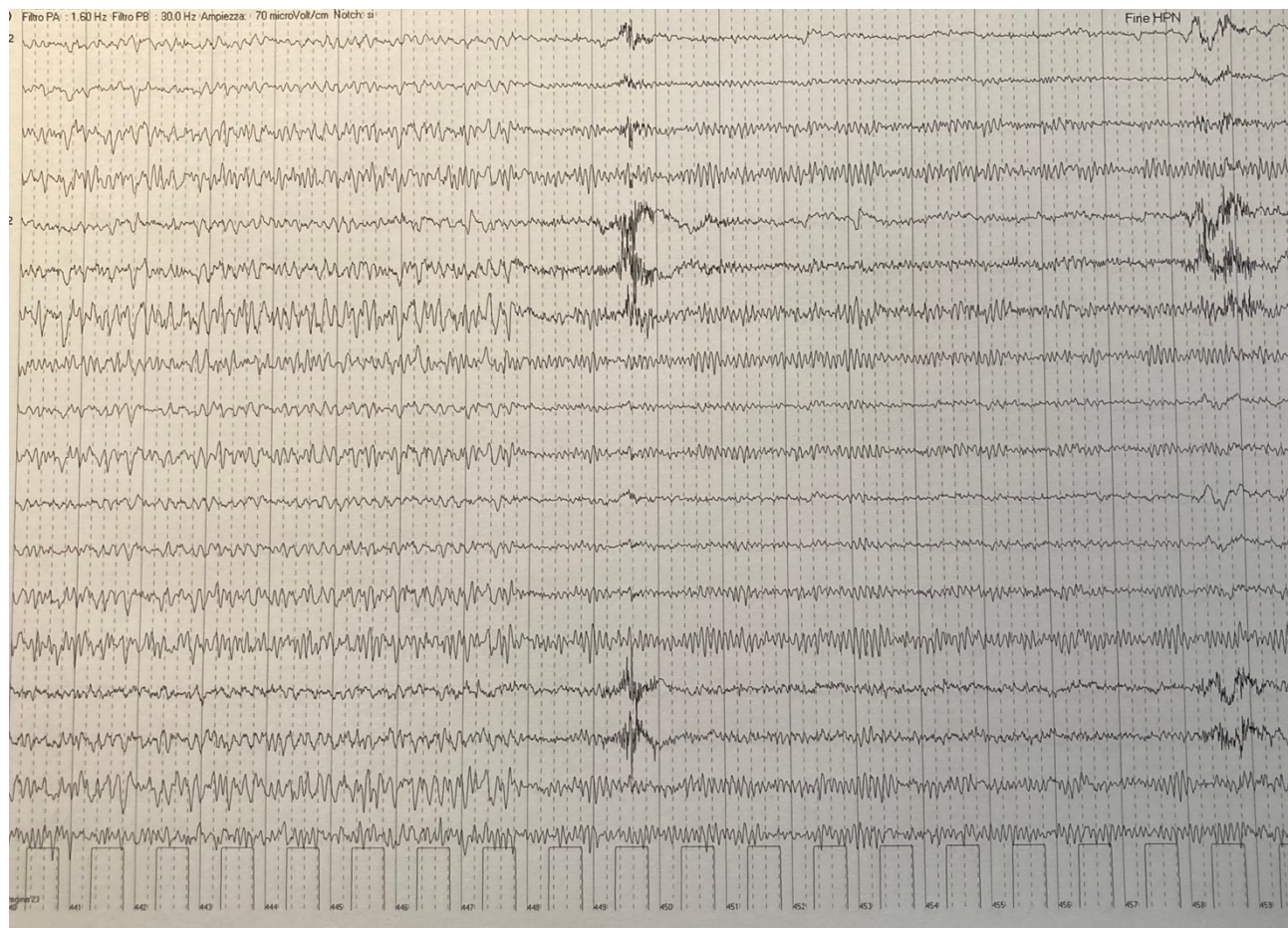
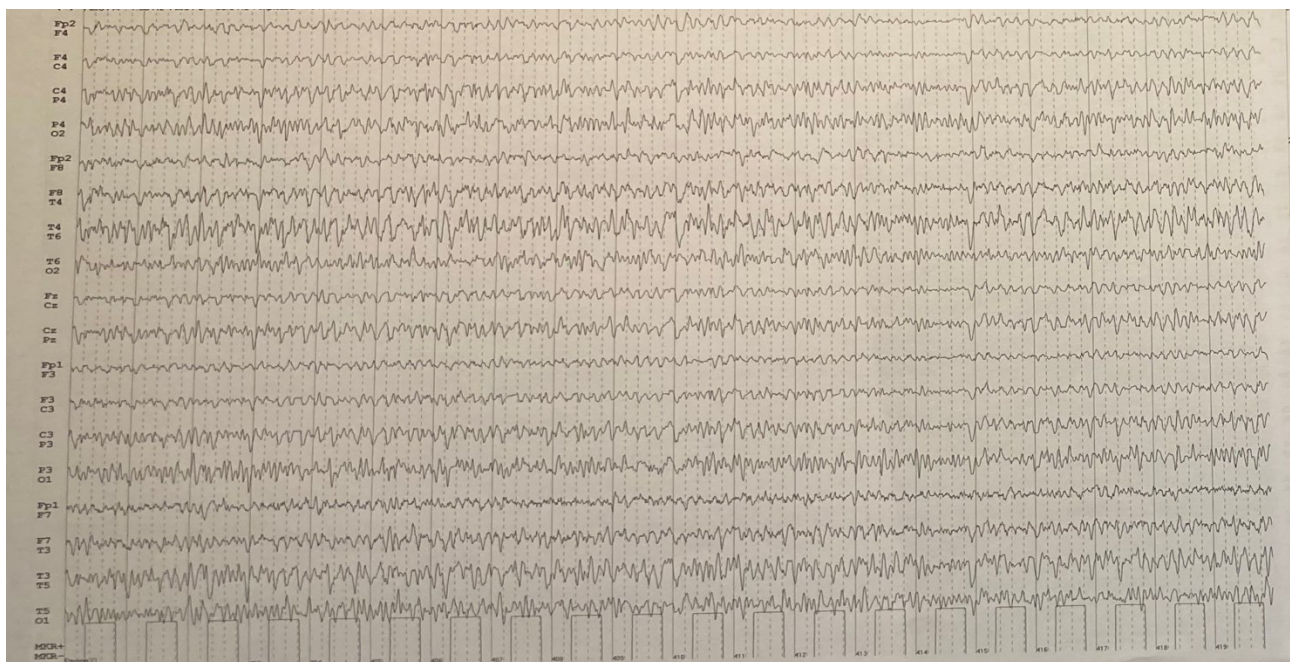
Donna di 47 aa.

In anamnesi si segnalano episodi lipotimici recidivanti associati a bassi valori di PA, nega convulsioni febbrili e non riferisce crisi epilettiche in passato.

Non familiarità per epilessia.

Veniva in ambulatorio per eseguire EEG di cui si mostrano alcune pagine significative.





Durante l'esame il tecnico non segnala nulla.
Descrizione dell'EEG.

TRACCE PROVA ORALE

1. Controindicazioni assolute alla trombolisi
2. Terapia dell'ictus in fase acuta
3. Diagnosi di miastenia gravis

4. Terapia della crisi miastenica
5. L'emicrania: terapia di profilassi
6. Sindrome da ipotensione liquorale
7. Sintomi non motori della malattia di Parkinson
8. Sindrome di Gullain-Barre'
9. Terapia dello stato di male epilettico
10. Parkinsonismi atipici
11. Trombosi venosa dei seni cerebrali: sintomi e terapia
12. Diagnosi differenziale nelle demenze
13. Malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale: diagnosi differenziale
14. Gestione della cefalea acuta in PS
15. Terapia del Parkinson iniziale
16. La terapia con immunoglobuline in neurologia
17. Ictus del tronco: diagnosi di sede
18. Epilessia parziale continua: diagnosi e terapia
19. La sla: principali sottotipi

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE: Artt. 11,14,20,21,22,23,27 D.P.R. 483/97