

CONCORSO PUBBLICO CONGIUNTO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 2 POSTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
DIRIGENTE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI MEDICINA LEGALE
di cui n. 1 posto per le esigenze dell'Azienda USL di Bologna e n. 1 posto per le esigenze dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola

TRACCE E CRITERI DI VALUTAZIONE PROVE

PROVA SCRITTA N. 1

Informazione e consenso all'atto sanitario in riferimento alla legge 219/17

PROVA SCRITTA N. 2

Responsabilità sanitaria d'equipe cenni di carattere generale

PROVA SCRITTA N. 3

Infezioni correlate all'assistenza: cenni generali di prevenzione del rischio e di responsabilità diretta della struttura sanitaria

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA SCRITTA

La commissione esaminatrice all'unanimità decide di effettuare tre prove scritte, ciascuna contenente 1 domanda e la prova consisterà nello svolgimento di un tema su argomenti inerenti alla disciplina a concorso e sarà volta in particolare, all'accertamento delle competenze e delle conoscenze specifiche della disciplina a concorso.

Ciascun elaborato sarà esaminato dalla commissione al completo e valutato mediante attribuzione di un punteggio compreso tra 0 e 30 sulla base della:

- capacità del candidato di inquadrare l'argomento;
- attinenza al tema della prova sottoposta al candidato;
- correttezza e completezza nella trattazione dell'argomento;
- chiarezza espositiva.

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

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

PROVA PRATICA N. 1

Minore testimone di Geova e diniego dei genitori alla trasfusione in urgenza: criteri generali di consulenza medico legale al "clinico"

PROVA PRATICA N. 2

In data **30/9/2000** il **sig.XY** di anni 58 subisce infortunio durante l'attività ludica amatoriale (caduta da mountain bike) per cui è trasportato a mezzo autoambulanza all'Ospedale di ZZ

Qui sono obiettivati dolore, tumefazione importante ed impotenza funzionale dell'arto superiore sinistro. Gli esami radiografici documentano **frattura scomposta diafisaria dell'omero sinistro** per cui viene ricoverato presso l'U.O. Ortopedia e Traumatologia.

L'esame obiettivo all'ingresso riporta: *"arto superiore sinistro: No deficit periferici. Impotenza funzionale. Tumefazione al III medio"*. Viene posizionato un tutore reggibraccio, in attesa di intervento chirurgico.

In data **3/10/2000** l'esame obiettivo preoperatorio registra: *"Omero sin: edema dei tessuti molli al terzo medio, dolore, no deficit n-v"*.

Dal verbale operatorio del **3/10/2000** s'estrae: *"...ora inizio int 15:55 ora fine int 17:44 ... Operatori ZZ primo operatore ... UU secondo operatore ... riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna riduzione e sintesi con chiodo citieffe ... Descrizione dell'intervento: omero sin beach chair. Cuscini in silicone a protezione delle salienze ossee. Campo chirurgico sterile con teleria monouso. Piccola incisione prossimale in corrispondenza dell'epifisi omerale, si reperta la cuffia dei rotatori e la si apre per un piccolissimo tratto. Sotto controllo scopico si riduce la frattura e la si sintetizza con chiodo citieffe anterogrado 7x240 mm. Con apposito strumentario si blocca prossimalmente con 3 viti. Incisione cutanea laterale al terzo distale dell'omero, si reperta il nervo radiale e lo si protegge mentre si blocca il chiodo distalmente con 2 viti (si utilizza apposito strumentario di centraggio guidato) ..."*.

Al risveglio dall'intervento il **sig. XY** manifesta *stupor* del nervo radiale sinistro: *"3/10 ricovero ... Intervento chirurgico. Al risveglio si segnala comparsa di stupor del nervo radiale. ..."*.

Al giorno **4/10/2000** in cartella clinica è registrata la permanenza dello *stupor* radiale.

Alla dimissione in data **5/10/2000** sono indicati tutore "splint" per due mesi, uso di tutore per ginnastica passiva e braccio al collo, medicazioni ogni 4-5 giorni e desutura a 15 giorni.

Nel post-dimissione il **sig.XY** si sottopone a visita ortopediche e fisiatriche, indagini strumentali (TC, RMN ed elettromiografie), nonché a trattamenti fisiochinesirabilitativi per il recupero dell'articolari di spalla sinistra e dello *stupor* del nervo radiale.

In data **17/10/2000** rimuove i punti di sutura; il dott. *UU* indica elettroterapia sugli estensori del polso e delle dita per il trattamento della paralisi del nervo radiale sinistro.

Al **26/10/2000** (visita al P.S. Ortopedico) permane il deficit del nervo radiale, alla radiografia di controllo non si evidenziano scomposizioni, i mezzi di sintesi di frattura omerale appaiono in sede. Il paziente rimuove il tutore reggibraccio, dovendo continuare ad indossare splint per estensione passiva delle dita. È consigliata fisiochinesiterapia per il recupero di funzionalità del nervo radiale.

L'ecografia dell'arto superiore sinistro in data **31/1/2001** è così interpretata: *"...la cuffia dei rotatori, ed in particolare il t del sovra spinoso, della spalla sx, appare ispessita, disomogenea, ipoecogena, con strie iperecogene nel suo contesto come da tendinosi in esiti di tenorrafia. Il t del capo lungo del bicipite omerale sx appare assottigliato e avvolto da un alone anecogeno come da tendinopatia con tenosinovite. Una formazione iperecogena (mezzo di sintesi?) comprime il t stesso al terzo prossimale in sede extra-articolare. Irregolare il profilo dell'omero al terzo medio come da callo osseo esuberante, che comprime il m bicipite omerale. Al terzo distale dell'omero sono presenti due formazioni iperecogene come da mezzi di sintesi che risultano elevate rispetto al piano osseo di circa cm 0.40. Non segni di compressione del nervo mediano ecograficamente rilevabili. L'esame esteso al polso e alla mano sx ha evidenziato i*

tendini degli estensori delle dita ispessiti, ipoecogeni e avvolti da un alone anecogeno come da tendinopatia con tenosinovite. Non segni di soluzione di continuo dei tendini stessi...”.

La TC braccio sinistro del **5/2/2001** documenta “... normali esiti di osteosintesi con chiodo endomidollare e viti per frattura della diafisi omerale che attualmente mostra un buon callo osseo di riparazione. L'indagine non mette in evidenza apprezzabili alterazioni lungo il presumibile decorso del nervo radiale...”.

In data **14/2/2001** in occasione di visita ortopedica si rileva: “...TC ... mostra ritardo di consolidazione chiodo in sede. Visionata EMG che evidenzia lesione del nervo radiale alla doccia di torsione distale omerale con denervazione in parziale lento recupero alla EMG successiva. Clinicamente Tinel + a livello del terzo medio del nervo radiale, con deficit completo all'estensione delle metacarpofalangee parziale estensione attiva del polso, parestesie dorsali delle dita. Limitazione articolare spalla in elevazione ed abduzione da tendinopatia della cuffia dei rotatori. ...Prescrizioni ... EMG a due mesi e nuovo rx braccio. Nicetile ... per due mesi ... chinesiterapia assistita polso e dita per stimolare riattivazione motoria del radiale e chinesiterapia spalla per prevenire rigidità articolare. Controllo a due mesi per valutare eventuale necessità di revisione del nervo radiale e rimozione 2 viti distali...”.

Al controllo ortopedico del **10/7/2001** il dott. UU rileva: “...migliorata la mobilità dell'arto superiore con buona ripresa del deficit del radiale di sinistra. Persistono parestesie in territorio di radiale. Si prescrive Assonal ... A settembre RX di controllo sin due proiezioni dell'omero sinistro ed in ottobre nuova elettromiografia di controllo ... Già sottoposto a terapia fisica, consiglio rivalutazione in autunno. Al momento non indicazioni chirurgiche...”.

La radiografia dell'omero sinistro al **16/9/2001** rileva “esiti di frattura consolidata al III medio-distale della diafisi, trattata con chiodo endomidollare e viti agli estremi, che si proiettano in sede”.

Dalla relazione medico legale di controparte si riportano i referti delle indagini elettromiografiche e RM non prodotti dal paziente:

- 22/1/2001 “... Esame eseguito come confronto rispetto ad un precedente datato 22/11/00. Si segnala attivazione volontaria di singole unità motorie di piccola ampiezza dal muscolo estensore radiale delle dita associate a denervazione spontanea. Si segnala presenza di una risposta motoria per stimolazione del nervo radiale al gomito. La risposta è di bassa ampiezza e di latenza aumentata. Si conferma la presenza di un minimo rallentamento focale del nervo mediano di sin al tunnel carpale. Esiti di lesione del nervo radiale di sin in fase QVQ lievemente reinnervativa...”.
- 25/3/2001 “...rispetto all'esame precedente si segnala assenza di denervazione spontanea dal muscolo comune delle dita il cui reclutamento muscolare è tuttavia ancora marcatamente ridotto...”.
- 1/10/2001 “... EMG ... Non chiaramente riproducibile la risposta sensitiva del nervo radiale di sin. Di piccola ampiezza la risposta motoria all'estensore del carpo. Il muscolo estensore radiale del carpo mostra un buon reclutamento muscolare ricco di potenziali polifasico-irregolari (indice di reinnervazione). Permane modesta denervazione spontanea. **Esiti di lesione di nervo radiale di sin con ottimo recupero della funzione motoria. Permane deficit sensitivo...**”.

Dalla relazione medico legale di controparte si riporta inoltre un'EMG eseguita in data 22/11/2003 “... EMG conclusioni: non ottenuta la risposta materiale del nervo radiale di sin. Il muscolo estensore delle dita mostra abbondante e continua attività denervativa spontanea, in assenza di attività volontaria registrabile. Normale il muscolo tricipite. Nei limiti il nervo ulnare. Mediano sensitivo lievemente rallentato. Sofferenza di nervo radiale di sinistra allo spiral groove omerale in fase denervativa e in assenza di segni reinnervativi. Controllo tra circa 2 mesi...”.

VISITA eseguita il 25/11/2004

Anamnesi lavorativa: ha svolto per 47 anni attività di montatore di macchine automatiche; è in pensione da 4 mesi.

Anamnesi patologica prossima: conferma quanto riportato nella sintesi della vicenda.

Attualmente riferisce buon recupero della funzionalità del nervo radiale sinistro, ma lamenta persistenza di parestesie all'avambraccio ed al I-II-III dito della mano sinistra, con cute fredda e deficit di forza nell'estensione di secondo e terzo dito.

Esame obiettivo locale:

Braccio sinistro: cicatrici postoperatorie prossimale e distale di lunghezza pari a circa 6 cm ciascuna.

Avambraccio sinistro: lieve ipotrofia muscolare della loggia degli estensori; ipoestesia tattile in sede radiale dorsale, fino alle prime tre dita della mano; flesso-estensione conservata.

Mano sinistra: normoatteggiata. Eminenza tenar ipotrofica. Alla mobilizzazione attiva, si rileva deficit dell'estensione di II e III dito ai gradi estremi. Alle prove contro resistenza si apprezza deficit di estensione del polso di grado lieve. Pinza prime tre dita e presa a pugno ipovalide.

EPICRISI MEDICO LEGALE NELL'INTERESSE DELLA STRUTTURA SANITARIA

PROVA PRATICA N. 3

Durante un il proprio turno di reperibilità, il medico necroscopo sottopone ad accertamento della realtà della morte la salma del **sig. AA**, che presenta all'ispezione cicatrice "cardiotomica" **recente** ed accessi venosi antecubitali bilaterali.

Dall'esame degli atti e da un colloquio con i medici che lo hanno in cura, il medico necroscopo apprende che il paziente, di 76 aa, è provenuto da un ospedale locale, ove è stato ricoverato per aneurisma del bulbo aortico ed aorta ascendente, insufficienza valvolare aortica severa, coronaropatia ostruttiva critica trivasale pluritrattata, cardiopatia ischemico-valvolare ad evoluzione ipocinetico-dilatativa; durante il ricovero è stato quindi sottoposto ad intervento cardiocirurgico di *Bentall*, sostituzione valvolare mitralica e triplice by-pass coronarico. Durante tale intervento il paziente riporta sanguinamento dalle suture chirurgiche difficilmente controllato, con necessità di ulteriore sostituzione della radice aortica, dell'aorta ascendente, del reimpianto degli osti coronarici e di posizionamento di assistenza cardiocircolatoria centrale. Il paziente rimane in *ECMO* per più di 20 ore; il giorno successivo all'intervento, interviene l'*exitus* per stato di *CID* e *MOF*

Gestione tecnico-operativa del medico necroscopo.

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA PRATICA

Le prove saranno valutate dalla commissione, la quale attribuirà a ciascun partecipante un voto compreso tra 0 e 30 sulla base della correttezza della risposta, della completezza e della chiarezza dell'esposizione, nonché della padronanza dell'argomento, dimostrate dal concorrente nel corso dell'esame ed in particolare nell'inquadramento del caso clinico in oggetto. I punteggi saranno attribuiti con voti palesi e, nel caso di valutazioni differenti, il punteggio dell'esame sarà quello risultante dalla media dei voti espressi dai commissari.

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

PROVA ORALE

1. Compiti dello specialista in medicina legale nella disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti e di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica;
2. Cremazione: attribuzioni del medico necroscopo;
3. Compatibilità carceraria: criteri medico legali di valutazione;
4. Criteri di valutazione medico legale del danno non patrimoniale in ambito civilistico per menomazioni concorrenti e coesistenti;
5. Amministrazione di sostegno, curatela e tutela legale: profili di interesse medico legale;
6. ASO e TSO: profili di interesse medico legale;
7. Contenzione: profili di interesse medico legale;
8. Linee guida e responsabilità professionale sanitaria;
9. Nesso di causalità e responsabilità professionale sanitaria;
10. Responsabilità professionale dello specialista in psichiatria;
11. Responsabilità professionale dello specialista in chirurgia plastica;
12. Responsabilità professionale dello specialista in medicina legale;
13. Responsabilità professionale dello specialista in formazione;
14. Cartella clinica e documentazione sanitaria: cenni generali di interesse medico legale;
15. Invalidità civile, Invalidità INPS, Danno biologico INAIL; Danno biologico in ambito civilistico criteri generali medico legali;
16. Gestione del rischio clinico ed organizzazione regionale e nazionale;
17. Gestione del contenzioso per responsabilità sanitaria ed organizzazione regionale con particolare riferimento alla funzione del medico legale in seno al CVS;
18. Attività di medicina necroscopica ed organizzazione regionale con particolare riferimento alla L.R.ER n. 19/04;
19. Accertamento di morte (a scopo di trapianto): modalità e certificazione di morte;
20. Asfissia meccanica violenta profili di interesse medico legale;
21. La "sindrome del bambino maltrattato": cenni di interesse medico legale;
22. Violenza sessuale (**codice rosa**): profili di interesse medico legale ed operatività medico legale;
23. Violenza operatori sanitari: profili di interesse medico legale ed operatività medico legale;
24. Criteri di definizione medico legale di malattia;
25. Eventi "sentinella" definizione e modalità di gestione medico legale;

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA ORALE

Al termine di ogni prova la commissione attribuirà un punteggio compreso tra 0 e 20 sulla base della correttezza della risposta, chiarezza espositiva, capacità di sintesi, conoscenze dimostrate nella trattazione dell'argomento dimostrata dal candidato nel corso della prova d'esame. I punteggi saranno attribuiti con voti palesi e, nel caso di valutazioni differenti da parte dei commissari, il punteggio attribuito sarà dato dalla media aritmetica dei voti attribuiti dai singoli componenti.

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