



Azienda Ospedaliera di Perugia

PUBBLICO CONCORSO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI MEDICINA NUCLEARE (AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI)

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA PROVA SCRITTA

La valutazione di ciascun elaborato sarà effettuata avuto riguardo alla **pertinenza** della trattazione rispetto ai temi preposti, alla **completezza** degli argomenti trattati, alla **chiarezza** ed alla sintesi dell'esposizione, nonché al livello di **conoscenza** dell'argomento trattato

PROVA SCRITTA N° 1: "Ruolo della PET-CT con 18F-FDG nella stadiazione dei linfomi";

PROVA SCRITTA N° 2: "Ruolo della PET-CT con 18F-FDG nella valutazione della risposta alla terapia dei linfomi.";

PROVA SCRITTA N° 3: "Ruolo della PET-CT con 18F-FDG nella valutazione della risposta **alla** terapia in oncologia: indicazioni e criticità";

PROVA SCRITTA N° 4: "Impatto della PET-CT nella definizione del piano di trattamento radioterapico";

PROVA SCRITTA N° 5: "Ruolo della PET-CT nell'iter diagnostico del carcinoma della prostata";

PROVA SCRITTA N° 6: "La PET-CT nelle patologie infiammatorie/infettive: indicazioni, limiti e corretta preparazione del paziente";

PROVA SCRITTA N° 7: "La teranostica in Medicina Nucleare.";

PROVA SCRITTA N° 8: "Ruolo della PET-CT con 18F-FDG nell'iter diagnostico del carcinoma del polmone.";

PROVA SCRITTA N° 9: "PET/CT Standardized Uptake Values (SUVs) nella pratica clinica e nella valutazione della risposta alla terapia: definizione, aspetti tecnici, utilità e limiti.".

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA PROVA PRATICA

La valutazione di ciascuna prova pratica sarà effettuata avuto riguardo alla **correttezza** dell'approccio, alla **metodologia clinica**, alla **congruità** delle conclusioni, alla **qualità** dei **contenuti** dell'illustrazione schematica scritta.

PROVA PRATICA N° 1: "Redigere un referto della ¹⁸F-FDG PET/CT basandosi sulle informazioni e sull'iconografia riportate di seguito. Caso 1";

PROVA PRATICA N° 2: "Redigere un referto della ¹⁸F-FDG PET/CT basandosi sulle informazioni e sull'iconografia riportate di seguito. Caso 2";

PROVA PRATICA N° 3: "Redigere un referto della ¹⁸F-FDG PET/CT basandosi sulle informazioni e sull'iconografia riportate di seguito. Caso 3";";

PROVA PRATICA N° 4: "Redigere un referto della ¹⁸F-FDG PET/CT basandosi sulle informazioni e sull'iconografia riportate di seguito. Caso 4";

PROVA PRATICA N° 5: "Redigere un referto della ¹⁸F-FDG PET/CT basandosi sulle informazioni e sull'iconografia riportate di seguito. Caso 5";

PROVA PRATICA N° 6: "Redigere un referto della ¹⁸F-FDG PET/CT basandosi sulle informazioni e sull'iconografia riportate di seguito. Caso 6";

Le prove pratiche, di cui sopra, contengono una sequenza di immagini che sono state riprodotte sia in formato cartaceo che in formato multimediale per l'intera durata della prova.

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA PROVA ORALE

La valutazione di ciascuna prova orale sarà effettuata avuto riguardo al grado di **conoscenza** della materia, alla **correttezza** della metodologia espositiva, alla **congruità** dei contenuti ed alla **qualità** espositiva dell'argomento oggetto della domanda.

PROVA ORALE N° 1: “CASO CLINICO (MASCHIO 27/02/1969) -QUESITO CLINICO:

Richiesta PET/CT dal reparto di chirurgia in pz sottoposto a vertebroplastica e biopsia con approccio transpeduncolare sn su lesione patologica di D10 (esito biopsia in corso).

Eseguita TC torace-addome con e senza mdc negativa per lesioni neoplastiche eccetto la presenza di tessuto patologico ad elevato contrast enhancement che avvolge il soma di D10.”

PROVA ORALE N° 2: “CASO GESTIONE RICHIESTA PET-CT (MASCHIO N. 09.01.1953) -

QUESITO CLINICO:Paziente con K renale sottoposto a chirurgia nel 2024. Nella TC di follow-up apprezzabile incremento volumetrico del nodulo nel segmento posteriore del lobo superiore del polmone destro delle dimensioni attuali di 17 x 12 mm con evidente comparsa in sede mantellare di ulteriore formazione nodulare adiacente, a contatto pleurico, di circa 14 mm di diametro. Noto in anamnesi marcato quadro di enfisema polmonare a carattere misto prevalentemente centro-lobulare diffuso in pressoché tutti i lobi con gradiente decrescente apico-basale.”

PROVA ORALE N° 3: “CASO GESTIONE RICHIESTA PET-CT (MASCHIO N. 08.03.1939) -

QUESITO CLINICO: Si richiede PET/CT in Paziente con carcinoma uroteliale vescicale sottoposto a TURB con reperti dubbi alla TC torace-addome con mdc di stadiazione di seguito riportata.**TORACE:** a carico del segmento apicale del LIS si apprezzano attualmente almeno 5 formazioni nodulariformi con margini irregolari, la maggiore di 15x9 mm a contatto pleurico altra maggiore di 12 x 8 mm e di circa 9 mm; nelle restanti porzioni del LIS sono apprezzabili ulteriori formazioni nodulari e micronodulari analoghe, di più esigue dimensioni, la maggiore di circa 5 mm. Tali reperti appaiono compatibili con lesioni secondarie. Esiti bronchiolitici cronici associati ad alcune strie fibrodisventilatorie e piccole consolidazioni parenchimali a livello del LM e della lingula, anche in sede apicale e posteriore nel LSD. In questa ultima sede le consolidazioni parenchimali associate assumono aspetto maggiormente nodulare, irregolare, di 7 e 5 mm circa, sostanzialmente invariate tuttavia rispetto al precedente. Nodulo calcifico di 4 mm nel LM. Segni di enfisema centrolobulare. Ispessimento delle pareti bronchiali e bronchiolari come per flogosi cronica.**ADDOME-PELVI:** Vescica solo parzialmente distesa, con tali limiti a livello della porzione inferiore della parete postero laterale sinistra, sede della pregressa lesione sottoposta a TURB, si apprezza attuale modico ispessimento parietale. Prostata a densitometria disomogenea, aumentata in dimensioni con DT di 6.5 cm circa che solleva il pavimento vescicale ed aggetta nel lume. Non falde fluide endoaddominali. Non linfoadenomegalie, piccoli linfonodi sottocentimetrici inguinali ed in sede perivascolare in particolare iliaca, il maggiore in ilaca esterna sinistra di circa 12 x 7 mm. **OSSO:** area ossea osteoaddensata centimetrica a carico dell'ilio sinistro in adiacenza della sincondrosi sacro-iliaca, sovrapponibile rispetto al precedente”;

PROVA ORALE N° 4: “CASO GESTIONE RICHIESTA PET-CT (MASCHIO N. 29.12.1944) -

QUESITO CLINICO: Si richiede FDG PET/CT in Pz di 80aa trapiantato renale con sospetta spondilodiscite. Per comparsa di severo dolore alla colonna lombosacrale che ne limita il movimento esegue una RMN rachide che documenta: "Pur essendo il quadro dominato dalla presenza delle importanti manifestazioni degenerative descritte si rileva, la presenza di un'iperintensità di segnale in T2 del disco intersomatico L4-L5 e di una dubbia sfumata iperintensità in T2 della limitante somatica superiore di L5, non consente di escludere con certezza l'ipotesi diagnostica formulata di una spondilodiscite. Tale incertezza diagnostica è ulteriormente accentuata dalla impossibilità di effettuare sequenze dopo mdc paramagnetico, in Pz con grave insufficienza renale”;

PROVA ORALE N° 5: “CASO GESTIONE RICHIESTA PET-CT (MASCHIO N. 07.12.1960)

QUESITO CLINICO: Si richiede PET in pz di 64 aa ricoverato per comparsa di grossolana linfoadenopatia sovraclaveare destra palpabile e linfoadenopatia in sede mediastinica e sottocarenale (linfoma?) Eseguita biopsia escissionale di linfonodo sovraclaveare e dosata cromogranina A che risulta aumentata. Eseguita TC torace addome con mdc che documenta: **TORACE:** non lesioni parenchimali a focolaio in atto. Strie disventilatorie nel segmento anteriore del LSD in periscissurale. Formazione nodulare di circa 5 mm nel segmento mediale del LM in paracardiaca, non attualmente caratterizzabile; ulteriore analoga di circa 4 mm lievemente più caudale e nel segmento laterale sempre del LM di circa 3 mm. Micronodulo di circa 2 mm centrolobulare nel segmento postero-laterale del LIS; puntiformi micronoduli sono apprezzabili bilateralmente, alcuni perivascolari e non

dissociabili dalle diramazioni vascolari stesse. Non versamento pleuro-pericardico. Tiroide ingrandita, ad ecostruttura disomogenea con diverse piccole formazioni nodulari. Linfadenopatia in sede latero-cervicale inferiore destra/sovracaveare di 32 x 25 x 40 mm circa che determina effetti compressivi sulla vena giugulare limitrofa che ne appare compressa e di calibro filiforme; altri linfonodi rotondeggianti e centimetrici in adiacenza in laterocervicale omolateralmente. Ulteriori linfadenopatie in sede mediastinica, le maggiori di 40x 36x 60 mm in sede paratracheale destra, anche con puntiformi porzioni calcifiche intralesionali, che determina compressione, anche con scarsa riconoscibilità del vaso a livello della vena azigos nel suo tratto distale alla confluenza ed a livello della vena cava superiore contigua, filiforme a tratti (fenomeni infiltrativi?); altra grossolana di 60x32x55 mm circa in sede sottocarenale. Multipli linfonodi ingranditi, tondeggianti ed ovalari, con asse corto para- e sovracentimetrico in sede ilo-mediastinica, in particolare paraortica sinistra, nel mediastino superiore ed in sede ilare sinistra. ADDOME-PELVI: Colecisti normo-distesa, dismorfica, priva di formazioni radiopache endoluminali. Non dilatazione delle vie biliari intra- ed extraepatiche. Non alterazioni morfodensitometriche di pancreas, surreni e reni, con millimetrica cisti corticale polare superiore a sinistra. Minimo ispessimento del braccio laterale del surrene sinistro. Milza nei limiti (DBP: 11.5 cm circa), con centimetrico angioma all'ilo splenico. OSSO: non lesioni ossee focali patologiche di evidenza TC attuale. Millimetriche aree osteoaddensate aspecifiche della radice della branca ischio pubica destra e dell'osso iliaco omolaterale.”;

PRESIDENTE: Dr.Massimo Eugenio Dottorini

COMPONENTI: Dr. Artor Niccoli Asabella

Dr.ssa Brunella Rossi

SEGRETARIO: Dott.ssa Costanza Ambrosi
