



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera "Sanctoriosa" di Bologna
ALCS Istituto di Appuro e cure ambulatoriali

SANTORSOLA



**CONCORSO PUBBLICO CONGIUNTO PER TITOLI ED ESAMI PER LA
COPERTURA DI N. 3 POSTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA – CAT. D**

30/11/2021

PROVA PRATICA C

TIPO TEST 1

1) Secondo la linee guida SIEOG per ecografia ostetrica e ginecologica edizione 2021 , quale affermazione è vera:

- a) L'ecografia office va distinta dall'esame ecografico "standard": nel primo caso, infatti, il clinico utilizzerà il supporto ecografico soltanto per ottenere informazioni limitate, a completamento della visita ostetrico-ginecologica; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che deve includere tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici previsti da queste Linee Guida. L'ecografia office non costituisce un esame che si accompagna al rilascio di un referto o di immagini, ma le informazioni ottenute servono solo a supportare in tempo reale l'operato clinico.
- b) L'ecografia office va distinta dall'esame ecografico "standard": nel primo caso, infatti, il clinico utilizzerà il supporto ecografico soltanto per ottenere informazioni limitate, a completamento della visita ostetrico-ginecologica; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che deve includere tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici previsti da queste Linee Guida. L'ecografia office costituisce un esame che si accompagna al rilascio di un referto o di immagini, le informazioni ottenute servono a supportare in tempo reale l'operato clinico e a migliorare la soddisfazione della donna.
- c) L'ecografia office si differenzia dall'esame ecografico "standard" perchè: nel primo caso, il medico utilizzerà il supporto ecografico per ottenere informazioni a completamento della visita ostetrico-ginecologica e potrà decidere se rilasciare un referto o solo le immagini; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che includerà tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici e rilascerà al termine il referto completo delle immagini.

2) Secondo la Linea Guida Nazionale sull'Emorragia del post partum (EPP) del 2016 (aggiornamento 2020), il trattamento medico chirurgico dell'EPP prevede:

- a) Svuotamento vescicale, somministrazione di uterotonici di I e II linea, correzione di eventuale difetto coagulativo, eventuale trasferimento della paziente in sala operatoria, tamponamento con baloon intrauterino, considerare procedure e/o interventi chirurgici conservativi, considerare isterectomia senza ricorrere a uno o più procedure e/o interventi conservativi o dopo loro fallimento.
- b) Somministrazione di uterotonici di I e II linea, correzione di eventuale difetto coagulativo, tamponamento con baloon intrauterino, considerare isterectomia senza ricorrere a uno o più procedure e/o interventi conservativi.
- c) Osservazione della paziente e registrazione parametri vitali, svuotamento vescicale, somministrazione di uterotonici di I e II linea, tamponamento con baloon intrauterino, considerare solo procedure e/o interventi chirurgici conservativi.

3) La TERZA MANOVRA DI LEOPOLD:

- a) E' utilizzata, per delimitare l'altezza del fondo uterino e individua la grossa parte fetale che vi si rapporta
- b) Serve a identificare la grossa parte fetale che si trova al di sopra dell'ingresso pelvico
- c) Serve ad identificare i rapporti fra la parte presentata e il bacino



4) Secondo le Linee Guida sulla Rianimazione Neonatale, le azioni correttive previste dall'ACRONIMO MRSOPA prevedono la seguente sequenza di azioni:

- Mask – Reposition – Suction – Open – Pressure – Airway.
- Mouth – Revaluation – Suction – Open – Pressure – Airway.
- Mask – Reposition – Suction – Oral – Position – Airway.

5) Quali delle seguenti definizioni è corretta:

- La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua ponendo la mano sulla faccia posteriore della spalla anteriore, posta sul diametro obliquo per superare la branca ileo pubica e liberarla.
- La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua premendo sulla faccia anteriore della spalla posteriore e facendola ruotare in modo che diventi spalla anteriore.
- La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua introducendo una mano in vagina con il palmo rivolto verso il dorso fetale per agire sulla spalla posteriore mentre con l'altra si esercita al di sopra del pube una pressione per spingere la spalla anteriore verso l'eminanza ileo pettinea più prossima. Con la mano interna verso la concavità sacrale si raggiunge il braccio posteriore, lo si fa ruotare sul piano ventrale del feto, per poi allungarlo in vagina e portarlo all'esterno.

6) Quando è indicato, secondo le linee guida del 2015, interrompere la rianimazione del neonato, in caso di mancata risposta ?

- Dopo 30 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.
- Dopo 20 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.
- Dopo 10 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.

7) Qual è il valore della saturazione in un neonato sano a termine a 3 minuti e a 10 minuti di vita ?

- A 3 min 70-75%, a 10 min 85-95%.
- A 3 min 60-65%, a 10 min 80-85%.
- A 3 min 75-80% a 10 min 90-95%.

8) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, l'auscultazione intermittente prevede il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale:

- Ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 60 secondi dopo.
- Ogni 5 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 15 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo.
- Ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo.

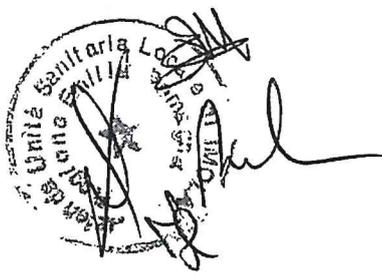


9) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, quando la differenza tra il pH dei due prelievi eseguiti dal cordone ombelicale, venoso e arterioso (il pH arterioso è più basso di quello venoso), è meno di 0.02 e la differenza in pCO₂ è minore di 5 mm Hg o 0.7 kPa:

- a) E' probabile che il prelievo sia misto o che si sia ottenuto dallo stesso vaso.
- b) Il prelievo è stato eseguito correttamente.
- c) Con questa differenza si tratta sicuramente di prelievi eseguiti entrambi dalla vena del cordone ombelicale.

10) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, secondo i criteri di classificazione del CTG, se siamo di fronte a un tracciato che presenta le seguenti caratteristiche (linea di base 105bpm, variabilità compresa tra 5-25 bpm , assenza di decelerazioni ripetitive in una gravidanza a termine) possiamo definirlo di:

- a) Tipo 1.
- b) Tipo 2.
- c) Tipo 3.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto delle Scienze Neurologiche
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto di Neuro e Casa e Cura per l'Età

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
MULTI S.p.A. di Roma e consorzio sanitario

COLLETTORIO
SANTORSOLA

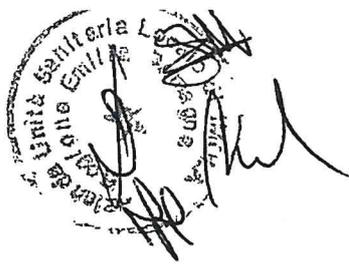


**CONCORSO PUBBLICO CONGIUNTO PER TITOLI ED ESAMI PER LA
COPERTURA DI N. 3 POSTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA – CAT. D**

30/11/2021

PROVA PRATICA C

TIPO TEST 2



1) Quando è indicato, secondo le linee guida del 2015, interrompere la rianimazione del neonato, in caso di mancata risposta ?

- a) Dopo 30 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.
- b) Dopo 20 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.
- c) Dopo 10 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.

2) Qual è il valore della saturazione in un neonato sano a termine a 3 minuti e a 10 minuti di vita ?

- a) A 3 min 70-75%, a 10 min 85-95%.
- b) A 3 min 60-65%, a 10 min 80-85%.
- c) A 3 min 75-80% a 10 min 90-95%.

3) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, l'auscultazione intermittente prevede il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale:

- a) Ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 60 secondi dopo.
- b) Ogni 5 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 15 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo.
- c) Ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo.

4) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, quando la differenza tra il pH dei due prelievi eseguiti dal cordone ombelicale, venoso e arterioso (il pH arterioso è più basso di quello venoso), è meno di 0.02 e la differenza in pCO₂ è minore di 5 mm Hg o 0.7 kPa:

- a) E' probabile che il prelievo sia misto o che si sia ottenuto dallo stesso vaso.
- b) Il prelievo è stato eseguito correttamente.
- c) Con questa differenza si tratta sicuramente di prelievi eseguiti entrambi dalla vena del cordone ombelicale.

5) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, secondo i criteri di classificazione del CTG, se siamo di fronte a un tracciato che presenta le seguenti caratteristiche (linea di base 105bpm, variabilità compresa tra 5-25 bpm , assenza di decelerazioni ripetitive in una gravidanza a termine) possiamo definirlo di:

- a) Tipo 1.
- b) Tipo 2.
- c) Tipo 3.

6) Secondo la linee guida SIEOG per ecografia ostetrica e ginecologica edizione 2021 , quale affermazione è vera:

- a) L'ecografia office va distinta dall'esame ecografico "standard": nel primo caso, infatti, il clinico utilizzerà il supporto ecografico soltanto per ottenere informazioni limitate, a completamento della visita ostetrico-ginecologica; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che deve includere tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici previsti da queste Linee Guida. L'ecografia office non costituisce un esame che si accompagna al rilascio di un referto o di immagini, ma le informazioni ottenute servono solo a supportare in tempo reale l'operato clinico.
- b) L'ecografia office va distinta dall'esame ecografico "standard": nel primo caso, infatti, il clinico utilizzerà il supporto ecografico soltanto per ottenere informazioni limitate, a completamento della visita ostetrico-ginecologica; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che deve includere tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici previsti da queste Linee Guida. L'ecografia office costituisce un esame che si accompagna al rilascio di un referto o di immagini, le informazioni ottenute servono a supportare in tempo reale l'operato clinico e a migliorare la soddisfazione della donna.
- c) L'ecografia office si differenzia dall'esame ecografico "standard" perchè: nel primo caso, il medico utilizzerà il supporto ecografico per ottenere informazioni a completamento della visita ostetrico-ginecologica e potrà decidere se rilasciare un referto o solo le immagini; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che includerà tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici e rilascerà al termine il referto completo delle immagini.

7) Secondo la Linea Guida Nazionale sull'Emorragia del post partum (EPP) del 2016 (aggiornamento 2020), il trattamento medico chirurgico dell'EPP prevede:

- a) Svuotamento vescicale, somministrazione di uterotonici di I e II linea, correzione di eventuale difetto coagulativo, eventuale trasferimento della paziente in sala operatoria, tamponamento con balloon intrauterino, considerare procedure e/o interventi chirurgici conservativi, considerare isterectomia senza ricorrere a uno o più procedure e/o interventi conservativi o dopo loro fallimento.
- b) Somministrazione di uterotonici di I e II linea, correzione di eventuale difetto coagulativo, tamponamento con balloon intrauterino, considerare isterectomia senza ricorrere a uno o più procedure e/o interventi conservativi.
- c) Osservazione della paziente e registrazione parametri vitali, svuotamento vescicale, somministrazione di uterotonici di I e II linea, tamponamento con balloon intrauterino, considerare solo procedure e/o interventi chirurgici conservativi.

8) La TERZA MANOVRA DI LEOPOLD:

- a) E' utilizzata, per delimitare l'altezza del fondo uterino e individua la grossa parte fetale che vi si rapporta
- b) Serve a identificare la grossa parte fetale che si trova al di sopra dell'ingresso pelvico
- c) Serve ad identificare i rapporti fra la parte presentata e il bacino

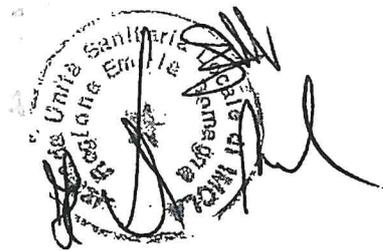


9) Secondo le Linee Guida sulla Rianimazione Neonatale, le azioni correttive previste dall'ACRONIMO MRSOPA prevedono la seguente sequenza di azioni:

- a) Mask – Reposition – Suction – Open – Pressure – Airway.
- b) Mouth – Revaluation – Suction – Open – Pressure – Airway.
- c) Mask – Reposition – Suction – Oral – Position – Airway.

10) Quali delle seguenti definizioni è corretta:

- a) La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua ponendo la mano sulla faccia posteriore della spalla anteriore, posta sul diametro obliquo per superare la branca ileo pubica e liberarla.
- b) La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua premendo sulla faccia anteriore della spalla posteriore e facendola ruotare in modo che diventi spalla anteriore.
- c) La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua introducendo una mano in vagina con il palmo rivolto verso il dorso fetale per agire sulla spalla posteriore mentre con l'altra si esercita al di sopra del pube una pressione per spingere la spalla anteriore verso l'eminanza ileo pettinea più prossima. Con la mano interna verso la concavità sacrale si raggiunge il braccio posteriore, lo si fa ruotare sul piano ventrale del feto, per poi allungarlo in vagina e portarlo all'esterno.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMBAGNA
Istituto delle Scienze Neurologiche
Attività di Ricerca e Cura a Carattere Specialistico
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMBAGNA
Azienda Ospedaliera - Università di Bologna
OCC di Ospedale e cure e servizi specialistici

GIULIO
SANTORSOLA



**CONCORSO PUBBLICO CONGIUNTO PER TITOLI ED ESAMI PER LA
COPERTURA DI N. 3 POSTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA – CAT. D**

30/11/2021

PROVA PRATICA C

TIPO TEST 3



1) La TERZA MANOVRA DI LEOPOLD:

- E' utilizzata, per delimitare l'altezza del fondo uterino e individua la grossa parte fetale che vi si rapporta
- Serve a identificare la grossa parte fetale che si trova al di sopra dell'ingresso pelvico
- Serve ad identificare i rapporti fra la parte presentata e il bacino

2) Secondo le Linee Guida sulla Rianimazione Neonatale, le azioni correttive previste dall'ACRONIMO MRSOPA prevedono la seguente sequenza di azioni:

- Mask – Reposition – Suction – Open – Pressure – Airway.
- Mouth – Revaluation – Suction – Open – Pressure – Airway.
- Mask – Reposition – Suction – Oral – Position – Airway.

3) Quali delle seguenti definizioni è corretta:

- La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua ponendo la mano sulla faccia posteriore della spalla anteriore, posta sul diametro obliquo per superare la branca ileo pubica e liberarla.
- La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua premendo sulla faccia anteriore della spalla posteriore e facendola ruotare in modo che diventi spalla anteriore.
- La manovra di WOODS, in caso di distocia di spalle, si effettua introducendo una mano in vagina con il palmo rivolto verso il dorso fetale per agire sulla spalla posteriore mentre con l'altra si esercita al di sopra del pube una pressione per spingere la spalla anteriore verso l'eminenza ileo pettinea più prossima. Con la mano interna verso la concavità sacrale si raggiunge il braccio posteriore, lo si fa ruotare sul piano ventrale del feto, per poi allungarlo in vagina e portarlo all'esterno.

4) Quando è indicato, secondo le linee guida del 2015, interrompere la rianimazione del neonato, in caso di mancata risposta ?

- Dopo 30 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.
- Dopo 20 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.
- Dopo 10 minuti di assenza di battito cardiaco, nonostante adeguati e completi tentativi rianimatori.

5) Secondo la linee guida SIEOG per ecografia ostetrica e ginecologica edizione 2021 , quale affermazione è vera:

- L'ecografia office va distinta dall'esame ecografico "standard": nel primo caso, infatti, il clinico utilizzerà il supporto ecografico soltanto per ottenere informazioni limitate, a completamento della visita ostetrico-ginecologica; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che deve includere tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici previsti da queste Linee Guida. L'ecografia office non costituisce un esame che si accompagna al rilascio di un referto o di immagini, ma le informazioni ottenute servono solo a supportare in tempo reale l'operato clinico.



- b) L'ecografia office va distinta dall'esame ecografico "standard": nel primo caso, infatti, il clinico utilizzerà il supporto ecografico soltanto per ottenere informazioni limitate, a completamento della visita ostetrico-ginecologica; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che deve includere tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici previsti da queste Linee Guida. L'ecografia office costituisce un esame che si accompagna al rilascio di un referto o di immagini, le informazioni ottenute servono a supportare in tempo reale l'operato clinico e a migliorare la soddisfazione della donna.
- c) L'ecografia office si differenzia dall'esame ecografico "standard" perché: nel primo caso, il medico utilizzerà il supporto ecografico per ottenere informazioni a completamento della visita ostetrico-ginecologica e potrà decidere se rilasciare un referto o solo le immagini; nel secondo caso, invece, verrà eseguito un esame completo che includerà tutte le valutazioni previste dai protocolli degli specifici esami ecografici e rilascerà al termine il referto completo delle immagini.

6) Secondo la Linea Guida Nazionale sull'Emorragia del post partum (EPP) del 2016 (aggiornamento 2020), il trattamento medico chirurgico dell'EPP prevede:

- a) Svuotamento vescicale, somministrazione di uterotonici di I e II linea, correzione di eventuale difetto coagulativo, eventuale trasferimento della paziente in sala operatoria, tamponamento con baloon intrauterino, considerare procedure e/o interventi chirurgici conservativi, considerare isterectomia senza ricorrere a uno o più procedure e/o interventi conservativi o dopo loro fallimento.
- b) Somministrazione di uterotonici di I e II linea, correzione di eventuale difetto coagulativo, tamponamento con baloon intrauterino, considerare isterectomia senza ricorrere a uno o più procedure e/o interventi conservativi.
- c) Osservazione della paziente e registrazione parametri vitali, svuotamento vescicale, somministrazione di uterotonici di I e II linea, tamponamento con baloon intrauterino, considerare solo procedure e/o interventi chirurgici conservativi.

7) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, quando la differenza tra il pH dei due prelievi eseguiti dal cordone ombelicale, venoso e arterioso (il pH arterioso è più basso di quello venoso), è meno di 0.02 e la differenza in pCO₂ è minore di 5 mm Hg o 0.7 kPa:

- a) E' probabile che il prelievo sia misto o che si sia ottenuto dallo stesso vaso.
- b) Il prelievo è stato eseguito correttamente.
- c) Con questa differenza si tratta sicuramente di prelievi eseguiti entrambi dalla vena del cordone ombelicale.

8) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, secondo i criteri di classificazione del CTG, se siamo di fronte a un tracciato che presenta le seguenti caratteristiche (linea di base 105bpm, variabilità compresa tra 5-25 bpm , assenza di decelerazioni ripetitive in una gravidanza a termine) possiamo definirlo di:

- a) Tipo 1.
- b) Tipo 2
- c) Tipo 3

9) Qual è il valore della saturazione in un neonato sano a termine a 3 minuti e a 10 minuti di vita ?

- a) A 3 min 70-75%, a 10 min 85-95%.
- b) A 3 min 60-65%, a 10 min 80-85%.
- c) A 3 min 75-80% a 10 min 90-95%.

10) Secondo le Raccomandazioni sul Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio del 2018, l'auscultazione intermittente prevede il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale:

- a) Ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 60 secondi dopo.
- b) Ogni 5 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 15 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo.
- c) Ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio; durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo.