

**CONCORSO PUBBLICO CONGIUNTO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA
DI 3 POSTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI**

OSTETRICA – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI

**PER LE ESIGENZE DELL'IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BO-
LOGNA POLICLINICO DI SANT'ORSOLA, DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA E
DELL'AZIENDA USL DI IMOLA**

11/11/2025

PROVA PRATICA C

- 1) Quale delle seguenti non è manifestazione a breve termine di un'attivazione parasimpatica in travaglio?
 - a. **Midriasi**
 - b. Progressiva distensione del segmento uterino inferiore non dolente fuori contrazione
 - c. Dolore percepito come intermittente ritmico+ e dinamico, tollerabile

- 2) All'interno del programma di screening regionale Emilia Romagna per il carcinoma della cervice uterina in caso di HPV test positivo e identificazione di anomalie nel Pap test:
 - a. **la donna viene inviata a colposcopia**
 - b. la donna ripete ad un anno Pap Test + HPV test
 - c. la donna ripete a 6 mesi Pap Test + HPV test

- 3) Secondo la raccomandazione indicata nelle linee guida della SIGO-AOGOI, AGUI sull'induzione al travaglio di parto (2022, con aggiornamento 2025):
 - a. **nella rottura delle membrane tra 34+0 e 36+6 settimane, in caso di tamponi vagino-rettali positivi per SGB nell'attuale o precedente gravidanza le donne potrebbero beneficiare di un'induzione immediata del parto. Nella rottura delle membrane ≥ 37 settimane, in caso di assenza di travaglio spontaneo e tampone vagino-rettale positivo per SGB, si raccomanda l'induzione immediata del travaglio.**
 - b. nella rottura delle membrane tra 34+0 e 35+6 settimane, in caso di tamponi vagino-rettali positivi per SGB, in assenza di fattori di rischio e di segni evidenti di infezione o di compromissione fetale è raccomandato attendere ed effettuare l'induzione dopo le 37 settimane. Nella rottura delle membrane ≥ 37 settimane, in caso di assenza di travaglio spontaneo e tampone vagino-rettale positivo per SGB, si raccomanda l'induzione immediata del travaglio.
 - c. nessuna delle precedenti

- 4) Secondo le raccomandazioni sulla Gestione della Distocia delle Spalle (SIGO-AOGOI, AGUI, 2024) la Postura di Mc Roberts:
 - a. **si ottiene facendo flettere le gambe sulle cosce e quest'ultime sull'addome con tronco totalmente disteso. Questa postura consente, generalmente, alla sinfisi pubica di ruotare in senso craniale permettendo il disimpegno della spalla anteriore fetale**
 - b. è la postura che si ottiene chiedendo alla donna dalla postura litotomica di abbassare le cosce e le gambe in modo che i piedi pendano verso il basso senza toccare il pavimento, con natiche a bordo letto e tronco disteso
 - c. è la postura che si ottiene chiedendo alla donna di mettersi sulle ginocchia e di portare in avanti il tronco sostenendosi sulle mani. Questa manovra consente una maggiore mobilità e quindi una più ampia possibilità di spostamento del sacro, non più bloccato dal piano del letto

- 5) L'aspirazione delle vie aeree del neonato viene effettuata con una pressione negativa:
 - a. inferiore a 50 mmHg
 - b. inferiore a 80 mmHg
 - c. **non superiore a 100 mmHg, tendenzialmente tra 80 mmHg e 100 mmHg**

- 6) Secondo la raccomandazione indicata nelle linee guida della SIGO-AOGOI, AGUI sull'induzione al travaglio di parto (2022, con aggiornamento 2025) per la sorveglianza materno fetale in caso di induzione:
- a. **è raccomandato procedere con un monitoraggio cardiotocografico per 20-40 minuti prima dell'induzione (fino al raggiungimento della reattività fetale) e per un tempo che dovrà essere stabilito dai protocolli locali di ogni centro. I parametri vitali materni dovrebbero essere monitorati e registrati a intervalli regolari secondo schemi prestabiliti. È raccomandato il monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina in corso di infusione con ossitocina**
 - b. è raccomandato procedere con un monitoraggio cardiotocografico per 20-40 minuti prima dell'induzione (fino al raggiungimento della reattività fetale) e per un tempo post induzione pari ad almeno 60 minuti. I parametri vitali materni dovrebbero essere monitorati e registrati ogni 2 ore. È raccomandato il monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina in corso di infusione con ossitocina
 - c. è raccomandato procedere con un monitoraggio cardiotocografico per 30 minuti prima dell'induzione e per un tempo che dovrà essere stabilito dai protocolli locali di ogni centro. I parametri vitali materni dovrebbero essere monitorati prima e dopo il tracciato cardiotocografico. È raccomandato il monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina in corso di infusione con ossitocina
- 7) Secondo le raccomandazioni sulla Gestione della Distocia delle Spalle (SIGO-AOGOI, AGUI, 2024) quali sono i segni clinici suggestivi di possibile distocia di spalla?
- a. **Rallentata progressione della testa nel canale del parto, stentato disimpegno della testa, avvenuto il disimpegno della testa, questa sembra retrarsi verso l'interno della vagina (segno della tartaruga), la restituzione e la rotazione esterna non si verificano spontaneamente, non si osserva scolo di liquido amniotico, alla palpazione della regione sopra pubica si apprezza la spalla anteriore che sporge dal bordo superiore del pube, esplorando con il dito indice in vagina il margine interno della sinfisi pubica non si apprezza l'acromion a livello dello stretto medio (manovra di Klinch)**
 - b. Rallentata progressione della testa nel canale del parto, stentato disimpegno della testa, avvenuto il disimpegno della testa, questa sembra retrarsi verso l'interno della vagina (segno della tartaruga), la restituzione e la rotazione esterna non si verificano spontaneamente, si osserva scolo di liquido amniotico e alla palpazione della regione sopra pubica si apprezza la spalla posteriore che sporge dal bordo superiore del pube
 - c. Rallentata progressione della testa nel canale del parto, stentato disimpegno della testa, avvenuto il disimpegno della testa, questa sembra retrarsi verso l'interno della vagina (segno della tartaruga), la restituzione e la rotazione esterna si verificano spontaneamente, si osserva scolo di liquido amniotico e alla palpazione della regione sopra pubica si apprezza la spalla anteriore che sporge dal bordo superiore del pube, esplorando con il dito indice in vagina il margine interno della sinfisi pubica non si apprezza l'acromion a livello dello stretto medio (manovra di Klinch)

- 8) Secondo le “Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate (AOGOI, 2021)” quali sono le caratteristiche del tocogramma in caso di rottura d'utero?
- In caso di rottura d'utero il tocogramma non subisce variazioni
 - Spesso si può osservare ipertono uterino, tachisistolia o un'improvvisa perdita della contrattilità uterina**
 - Nessuna delle precedenti
- 9) Indicare tra le seguenti l'opzione che differenzia l'ingorgo mammario dalla montata latte:
- nell'ingorgo mammario non c'è febbre
 - nell'ingorgo mammario non fuoriesce o vi è una difficoltosa eiezione latte dal capezzolo**
 - nessuna delle precedenti
- 10) Nella rianimazione neonatale la via di somministrazione raccomandata dell'adrenalina è:
- nella vena ombelicale**
 - per via rettale
 - per via intramuscolare