

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE
MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

PROVA SCRITTA

PROVA SCRITTA N° 1: Vaccinazioni pediatriche previste dall'attuale calendario vaccinale

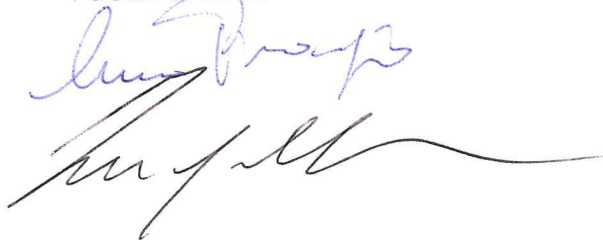
PROVA SCRITTA N° 2: Le Epatiti virali: misure di profilassi

PROVA SCRITTA N° 3: Caso di Legionellosi: ruolo del SISP

IL PRESIDENTE



I COMPONENTI



Novara, 21/9/2020

IL SEGRETARIO



**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3
POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA'
PUBBLICA PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

PROVA PRATICA

PROVA PRATICA N° 1: Scheda vaccinale inadempiente: cosa fare?

IL PRESIDENTE



I COMPONENTI



IL SEGRETARIO



Novara, 21/9/2020

PROVA ESTRATTA
21/09/2020 *Carli*





Si certifica che **Rossi Mario** nato il **01/04/2013** a NOVARA, residente a Novara – VIALE ROMA, 7
ha effettuato le seguenti vaccinazioni:

TETANO	1 - 02/07/2020 DTP IPV HB HIB
DIFTERITE	1 - 02/07/2020 DTP IPV HB HIB
PERTOSSE	1 - 02/07/2020 DTP IPV HB HIB
POLIOMIELITE	1 - 02/07/2020 DTP IPV HB HIB
EPATITE B	1 - 02/07/2020 DTP IPV HB HIB
HAEMOPHILUS B	1 - 02/07/2020 DTP IPV HB HIB
PNEUMOCOCCO	1 - 22/07/2020 PCV 10
MENINGOCOCCO B	1 - 07/08/2020 Men B
ROTA VIRUS	1 - 02/07/2020 Rotavirus

PROVA N° 2



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

NOVARA, lì 18/09/2020

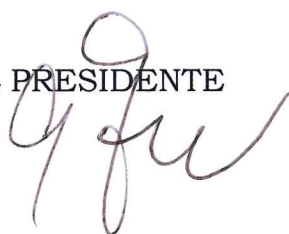
Il Responsabile del Servizio
ESPOSITO ANIELLO

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3
POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA'
PUBBLICA PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

PROVA PRATICA

PROVA PRATICA N° 2: Caso di Meningite Meningococcica: misure di profilassi

IL PRESIDENTE



I COMPONENTI



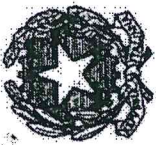
IL SEGRETARIO



Novara, 21/9/2020

PROVA NON ESTRATTA
21/09/2020 





Scheda d'indagine per caso d'infezione da *Neisseria meningitidis* C con fine type C:P1.5-1,10-8:F3-6:ST11

Informazioni Intervistatore _____ Data Compilazione Scheda (GG/MM/AAAA): 21/2/2017

Nome: DARANO Cognome: ROVES Professione: MEDECO RISP Contatto (Tel/Email/ASL): risp-bar@asl.pisa.it

PARTE A: Dati anamnestici del caso
Nome: _____ D.N.: (GG/MM/AAAA): 16/10/2006

Genere: M F Città/Comune/ASL di Residenza: HAGGIONA Nazionale: ITALIANA

PARTE B: Ambienti di vita
Professione: STUDENTE

Luogo attività lavorativa (Nome/Città/Comune/ASL): SCUOLA PRIMARIA / HAGGIONA

Luoghi visitati nei 15gg precedenti l'insorgenza dei sintomi - indicare luogo specifico (es. cinema xxxx; scuola xxxx; discoteca xxxx), Città e comune:

(1) SCUOLA V. G. 10/1/2017 HAGGIONA (2) RISTORANTE COLAZZA "IL TAMBURO" PRANZO 26/12/16 (36)

(3) _____ (4) _____ (5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

B.1. Situazione Abitativa: Appartamento singolo Appartamento con famiglia/partner Appartamento condiviso (studenti/amici/etc)
 Altro CASA SINGOLA CON FAMIGLIA INDICARE Numero persone che condividono l'appartamento 3

B.2. Presenza di figli in famiglia SI NO Se SI, indicare nella sottostante tabella: età, stato vaccinale e precedenti profilassi post-esposizione.

N	Età in anni		Men B		Men C		Men ACWY		Ciclo vaccinale completato		Precedenti profilassi per contatto con altro caso di NM	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE C: Stato vaccinale e profilassi

C.1. Il soggetto ha ricevuto in passato profilassi post esposizione SI NO Se SI, Data: _____

C.2. Il soggetto ha ricevuto in passato una o più dosi dei seguenti vaccini

	Men B	Men C	Men ACWY	Data 1° dose	Data 2° dose	Data 3° dose	Data 4° dose
Men B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	n.i.	/ /	/ /	/ /	/ /
Men C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	n.i.	/ /	/ /	/ /	/ /
Men ACWY	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	n.i.	/ /	/ /	/ /	/ /

PARTE D: Informazioni Contatti

Numero totale contatti stretti: 36 N. Familiari 17 N. Scuola 17 N. Altro 2
N. Lavorativi 17 N. Men C 9 N. Men B 1



PROVA PRATICA
NO 2


[Handwritten signature]

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3
POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA'
PUBBLICA PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA**

PROVA PRATICA

PROVA PRATICA N° 3: Caso di tubercolosi

IL PRESIDENTE



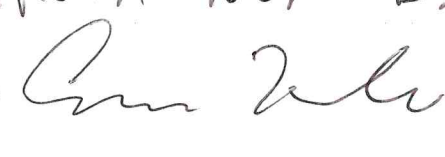
I COMPONENTI



IL SEGRETARIO



Novara, 21/9/2020

PROVA NON ESTRATTA
21/09/2020 



228

Modello A - Scheda di segnalazione di tubercolosi e micobatteriosi non tub. (classe III)

Tubercolosi polmonare No escavata No escreato D+ No
 Micobatteriosi non tubercolare

Caso sospetto
 Caso accertato

Sezione 1 (Per tutti i casi: da trasmettere entro 3 giorni se sospetta/accertata TB contagiosa; per i casi appartenenti allo stesso focolaio epidemico entro 12 ore).

ASL/Azienda ospedaliera. OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA' Presidio NOVARA

Centro (Reparto/Servizio/UO) MALATTIE INFETTIVE
 Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita 9/11/1931 Paese di Nascita (se nato all'estero) ITALIA Sesso M F

Domicilio: Comune CASALINO (NO) Via PISTA n° 2

Telefono _____ Note sul domicilio VIVE COL FRATELLO

Eventuali notizie aggiuntive

professione _____ vive in comunità se si spec. _____
 senza fissa dimora iscritto al SSNN se nato all'estero in Italia dall'anno _____

Sezione 2 (per i casi definiti) - trattamento antitubercolare: (barrare una sola voce)

primo trattamento
 già trattato anno del trattamento _____
 trasferito da altro centro denom. indirizzo _____

Se iniziata la terapia presso altro centro: data di inizio della terapia _____

Storia della malattia (barrare una sola voce)

nuovo caso recidiva in paziente guarito recidiva in trattamento completato
 rientrato dopo perso ripreso trattamento interrotto fallimento terapeutico

Agente: Non tipizzato TB Complex M. Tuberculosis M. bovis MTN _____

Diagnosi basata su	positivo	negativo	non eseguito	in corso
esame colturale escreato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coltura altro materiale (se pos. spec. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esame diretto escreato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esame dir. altro mat. (se pos. spec. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esame istologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami radiografici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
test tuberculinici	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isposta alla terapia (ex adiuvantibus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riteri clinici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iscontro autoptico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>GENEXPERT su escreato</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Localizzazione TB: polmonare escavata extra polmonare disseminata (piu di 2 sedi, miliare)
 sede (RX) _____ sede extrap. (max. 2) _____

paziente in data: _____ è stato dimesso senza indicazioni
 stato trasferito o dimesso a carico di altro reparto/ospedale/centro
 stato assunto in trattamento presso questo centro (compilare MOD B se TB polmonare accertata)

data 19/6/2006 Il responsabile del centro _____

PROVA PRATICA N° 3

[Handwritten signature and stamp]

AOU NOVARA
 MALATTIE INFETTIVE Direttore
 Dott. Pietro Luigi Garavelli
 C.F. GRVPR161H17A182K

CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA PRESSO L' A.S.L. "NO" DI NOVARA

PROVA ORALE

PROVA ORALE N. 1: Offerta vaccinale in età adulta come previsto dall'attuale Piano Nazionale Vaccinale

PROVA ORALE N. 2: Vaccinazione anti-pneumococcica nelle diverse popolazioni target

PROVA ORALE N. 3: La vaccinazione anti Morbillo Parotite Rosolia

IL PRESIDENTE



I COMPONENTI



IL SEGRETARIO



Novara, 21/9/2020