

CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO NEL
PROFILO PROFESSIONALE DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA: MEDICINA LEGALE DA
ASSEGNARE AL SERVIZIO SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE SINISTRI

8 luglio 2026

PROVA SCRITTA

Il candidato analizzi l'evoluzione del concetto di colpa medica alla luce della Legge 24/2017 e della recente proposta di riforma del DDL approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 settembre 2025, discutendo come l'adeguatezza del modello organizzativo influenzi l'accertamento medico-legale dell'imperizia individuale rispetto alla disfunzione sistemica.

Fornisca esempi pratici.

PROVA SCRITTA n. 2 (prova estratta)

Analizzi il candidato il ruolo del Medico Legale all'interno del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e nelle unità di Risk Management, con particolare riferimento alle procedure di conciliazione e alla valutazione della colpa grave ai fini della rivalsa. Fornisca esempi pratici.

PROVA SCRITTA n. 3

Il candidato illustri i requisiti minimi delle polizze assicurative e soprattutto delle analoghe misure di auto-ritenzione del rischio da parte delle Aziende Sanitarie introdotti dal DM 232/2023, soffermandosi sul ruolo dei fondi rischi e di riserva nella sostenibilità delle strutture.

Fornisca esempi pratici.

PROVA PRATICA

PROVA PRATICA n. 1

Analizzi il/la candidato/a il caso in seguito descritto, evidenziando se sono stati commessi errori professionali nella sua gestione, descrivendoli e specificando

se gli stessi possono rappresentare condotte professionali inadeguate risarcibili in ambito civilistico.

Dica inoltre se sussista un rapporto causale tra le condotte ritenute inadeguate ed un peggioramento temporaneo e/o permanente delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti.

In caso positivo, utilizzando tutti gli elementi sotto riportati, descriva e quantifichi per intero tutte le voci di danno risarcibili in ambito civilistico, secondo la dottrina medico legale e la corrente giurisprudenza, utilizzando se ritenuto necessario anche il materiale fornito (*pagine estratte da "SIMLA, linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, Giuffrè Editore, 2016"*).

Infine, a seguito dell'analisi effettuata e nella prospettiva della gestione del rischio clinico, il/la candidato/a formuli gli spunti e le raccomandazioni volti al miglioramento della sicurezza delle cure.

Uomo di anni 72 (all'epoca dei fatti), scolarità diploma di scuola secondaria di secondo grado. Pensionato, in precedenza ha lavorato come floricoltore in proprio. Relativamente ai precedenti anamnestici riferisce: poliomielite in età neonatale all'arto inferiore destro, ipertensione arteriosa, dislipidemia. In terapia con farmaci antipertensivi e ipocolesterolemizzanti.

In data 14.06.2023 eseguiva radiografia di ginocchio sinistro per gonalgia e limitazione funzionale. Si evidenziava un quadro artrosico avanzato per cui era posta indicazione ad intervento di artroprotesi.

In data 29.11.2023 veniva ricoverato presso l'Ospedale locale e sottoposto ad intervento chirurgico di impianto di artroprotesi totale di ginocchio sinistro.

Profilassi antibiotica con Cefazolina eseguita alle 09:00, con intervento iniziato alle 10:30.

Dimesso il 01.12.2023 con prescrizione di deambulazione con bastoni canadesi, FKT, profilassi antitromboembolica e monitoraggio settimanale degli indici di flogosi.

In data 14.12.2023 al controllo ortopedico si riscontrava versamento (evacuati 150 cc di liquido ematico), non erano descritti segni di flogosi.

Il 31.12.2023 il paziente accedeva al Pronto Soccorso per dolore da alcuni giorni, tumefazione e arrossamento della ferita chirurgica. Gli esami ematici mostravano rialzo della PCR. Veniva dimesso con diagnosi di "arrossamento

cutaneo cicatrice chirurgica in esiti recente impianto", prescrizione di riposo, ghiaccio e antibiotico (Augmentin 1g x 3 per 5 giorni).

Ai successivi controlli ortopedici del 05.01.2024 e del 25.01.2024 si rilevava persistenza di arrossamento cutaneo, edema locale ed algia a riposo.

Venivano eseguite artrocentesi con riscontro di liquido siero-ematico e si consigliava il proseguimento della terapia antibiotica in atto.

Il 02.02.2024, in corso di visita fisiatrica, si segnalava ginocchio iperemico, edematoso e "persistenza di secrezione sierosa da cisti pericicatrizziale".

In data 08.03.2024, in corso di visita ortopedica si ipotizzava la presenza di infezione protesica e si eseguiva artrocentesi con invio del liquido sinoviale per esame colturale.

Seguiva riscontro di liquido articolare positivo per *Staphylococcus capitis*.

Il paziente veniva pertanto ricoverato e sottoposto ad un iter di revisione protesica in due tempi.

Il 23.04.2024 eseguiva intervento di fistulectomia, espanto della protesi, pulizia e posizionamento di spaziatore antibiotato. Gli esami microbiologici intraoperatori confermavano infezione da *S. capitis*, *S. haemolyticus* ed *Enterococcus faecalis*.

Dimesso il 03.05.2024 con terapia antibiotica mirata (Dalbavancina ev, poi Moxifloxacin per os).

Il 04.09.2024 eseguiva intervento di rimozione dello spaziatore e reimpianto di protesi definitiva.

Dimesso il 16.09.2024 presso struttura riabilitativa per ulteriori 15 giorni da cui era dimesso deambulante con stampelle.

Al controllo del 07.11.2024 si rilevava estensione completa, flessione 120°.

Al controllo a 6 mesi, del 21.03.2025, si rilevava ginocchio asciutto, stabile, articolari 0-100°, ipotonotrofia del quadricipite.

I DATI DELLA VISITA MEDICO LEGALE

Riferisce persistenza di dolore al ginocchio sinistro se compie sforzi o se resta in posizione eretta a lungo. Utilizza una stampella solo se deve percorrere lunghi tratti, non in ambiente domestico o per brevi spostamenti.

Riferisce di non svolgere più lavori in campagna, di aver rinunciato alle passeggiate con il cane e di accusare affaticamento su terreni irregolari per difficoltà nell'equilibrio. Riferisce di fare le scale aiutandosi con il corrimano, affrontando uno scalino alla volta.

Non ha sostenuto spese per cicli di FKT, ma presenta fatture per spese medico-legali affrontate per la vertenza.

Si procede quindi all'esame obiettivo rilevando soggetto maschile, in buone condizioni generali, orientato, destrimane. Altezza riferita 170 cm, peso riferito 75 kg.

Arto inferiore sinistro: Quadricipite ipotonotrofico. Ginocchio fresco, sostanzialmente asciutto. Sulla superficie mediale esito cicatriziale da plurimi accessi chirurgici, lineare, ipocromico, lievemente infossato, non dolente né parestesico, della lunghezza di circa 18 cm. Ginocchio atteggiato in lieve flessione (estensione possibile ma riferita non confortevole). Alla mobilizzazione sensazione di scroscio. Flessione possibile fino a 90°. Iperestensione non concessa. La deambulazione appare lievemente cautelata. La svestizione è autonoma ma difficoltosa.

PROVA PRATICA n. 2

Analizzi il/la candidato/a il caso in seguito descritto, evidenziando se sono stati commessi errori professionali nella sua gestione, descrivendoli e specificando se gli stessi possono rappresentare condotte professionali inadeguate risarcibili in ambito civilistico.

Dica inoltre se sussista un rapporto causale tra le condotte ritenute inadeguate ed un peggioramento temporaneo e/o permanente delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti.

In caso positivo, utilizzando tutti gli elementi sotto riportati, descriva e quantifichi per intero tutte le voci di danno risarcibili in ambito civilistico, secondo la dottrina medico legale e la corrente giurisprudenza, utilizzando se ritenuto necessario anche il materiale fornito (pagine estratte da "SIMLA, linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, Giuffrè Editore, 2016"). Infine, a seguito dell'analisi effettuata e nella prospettiva della gestione del rischio clinico, il/la candidato/a formuli gli spunti e le raccomandazioni volti al miglioramento della sicurezza delle cure.

Uomo di anni 56 (all'epoca dei fatti), scolarità licenza media, artigiano edile titolare di ditta individuale specializzata in pavimentazioni.

Non patologie di rilievo pregresse.

In data **06.03.2023** accedeva al Pronto Soccorso dell'Ospedale locale a seguito di infortunio sul lavoro, essendosi procurato un'ampia ferita sanguinante alla gamba destra con una sega circolare.

L'esame obiettivo in Pronto Soccorso evidenziava: *"Ferita lacero-contusa di circa 10 cm a livello femore distale destro. La ferita interessa cute, sottocute e per circa 1 cm è lesionata la fascia. Non deficit apparato estensore. Non deficit vascolo-nervosi periferici in atto"*. Veniva eseguita RX del ginocchio destro che non rilevava lesioni ossee. I sanitari procedevano quindi, previa anestesia locale e lavaggio, a sutura della ferita. Veniva

posizionata una stecca (valva posteriore) a protezione della ferita e il paziente veniva dimesso con prognosi di 15 giorni, terapia antibiotica (Augmentin), antidolorifica, divieto di carico (uso di due stampelle) e indicazione a mantenere la stecca protettiva, con controllo clinico programmato dopo 4 giorni.

In data **10.03.2023** il paziente tornava in P.S. per il controllo clinico programmato. Alla rimozione della doccia posteriore, il medico rilevava: *"cicatrice ginocchio destro asciutta... Deficit estensorio del piede omolaterale"*. Veniva eseguita d'urgenza un'ecografia muscolare, che escludeva lesioni al tendine quadricipitale e rotuleo.

Il paziente veniva dimesso con posizionamento di una doccia di immobilizzazione per il piede e prescrizione urgente di visita neurologica ed elettromiografia (EMG).

In data **13.03.2023** l'EMG documentava *"reperti elettrofisiologici compatibili con gravissima mononeuropatia del nervo peroneo comune (sciatico popliteo esterno) destro al capitello della fibula di tipo misto, prevalentemente assonotmesico"*, stimando una perdita di fibre motorie superiore al 75%. Veniva prescritta FKT intensiva e utilizzo di ortesi (molla di Codivilla).

In data **06.04.2023** il paziente eseguiva visita neurochirurgica presso uno specialista privato, che diagnosticava: *"paralisi completa del peroneo, sola branca profonda da verosimile compressione"*. Veniva raccomandata gestione notturna del piede a 90° e riabilitazione.

Nei mesi successivi il paziente si sottoponeva a cicli di fisioterapia e magnetoterapia.

In data **05.09.2023** l'EMG di controllo del mostrava una buona reinnervazione del territorio prossimale, ma una persistente grave sofferenza del territorio distale.

Alla visita neurochirurgica di controllo del **22.01.2024**, lo specialista rilevava: *"branca peroneale superficiale va bene, permane deficit distale.. Buona la funzione una volta posizionato in estrema dorsiflessione ma stenta a tornarci con movimenti di ripetizione. Diagnosi: esiti di paralisi del peroneo comune dx "*.

Nota: Il sinistro è stato denunciato e tutelato anche in ambito INAIL, che ha concesso inabilità temporanea assoluta fino al 16.09.2023 e ha riconosciuto un danno biologico permanente per le menomazioni accertate.

I DATI DELLA VISITA MEDICO LEGALE

Attualmente il paziente lamenta costante sensazione di tensione al piede destro e percezione di "piede freddo", soprattutto di notte. Riferisce di dover utilizzare la molla di Codivilla quando indossa scarpe rigide (come le calzature antinfortunistiche sul lavoro) e un tutore elastico quando indossa scarpe leggere. Dal punto di vista lavorativo, ha ripreso l'attività di artigiano ma riferisce di non eseguire più i lavori con maggior rischio infortunistico (es. non sale più su tetti o ponteggi esterni) e accusa maggiore difficoltà a lavorare in posizione genuflessa.

Presenta le seguenti fatture mediche e fisioterapiche collegate all'evento:

- Acquisto ortesi (Molla di Codivilla, tutore notturno, tutori elastici): euro 990,10.
- Visite specialistiche ortopediche e neurochirurgiche private: euro 674,00.
- Accertamenti strumentali (Ecografia, RM, ticket vari): euro 166,55.
- Fisioterapia e magnetoterapia (maggio 2023 – agosto 2024): euro 4.099,00.
- Prodotti da banco e farmaci: euro 276,33.

(Totale spese mediche documentate: circa euro 6.205,98).

Si procede quindi **all'esame obiettivo** rilevando soggetto maschile in buone condizioni generali. Destrimane. Indossa molla di Codivilla.

Arto inferiore destro: L'arto è in asse. Si rileva una sfumata ipotrofia muscolare alla coscia (ipoperimetro di circa 0,5 cm rispetto alla controlaterale); non differenze

perimetriche significative a livello del ginocchio e della sura. Ginocchio asciutto. In sede sovra-patellare è presente un esito cicatriziale curvilineo di 11 cm, ipercromico, non adeso ai piani sottostanti e non dolente. L'articolarietà del ginocchio è nei limiti della norma. I movimenti passivi della tibio-tarsica e del piede sono conservati. Si apprezza ipostenia (forza muscolare ridotta, valutata --+++) nei movimenti attivi di flesso-estensione del piede. La deambulazione avviene in maniera autonoma con tutore, difficoltosa in assenza di tutore. L'accovacciamento è concesso, con difficoltà.

PROVA PRATICA n. 3 (prova estratta)

Analizzi il/la candidato/a il caso in seguito descritto, evidenziando se sono stati commessi errori professionali nella sua gestione, descrivendoli e specificando se gli stessi possono rappresentare condotte professionali inadeguate risarcibili in ambito civilistico.

Dica inoltre se sussista un rapporto causale tra le condotte ritenute inadeguate ed un peggioramento temporaneo e/o permanente delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti.

In caso positivo, utilizzando tutti gli elementi sotto riportati, descriva e quantifichi per intero tutte le voci di danno risarcibili in ambito civilistico, secondo la dottrina medico legale e la corrente giurisprudenza, utilizzando se ritenuto necessario anche il materiale fornito (*pagine estratte da "SIMLA, linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, Giuffrè Editore, 2016"*).

Infine, a seguito dell'analisi effettuata e nella prospettiva della gestione del rischio clinico, il/la candidato/a formuli gli spunti e le raccomandazioni volti al miglioramento della sicurezza delle cure.

Donna di anni 60 (all'epoca dei fatti), scolarità licenza media superiore, casalinga.

Relativamente ai precedenti anamnestici riferisce: ipertensione arteriosa, ipotiroidismo post-chirurgico (esiti di tiroidectomia e paratiroidectomia). Pregresso tumore mammario bilaterale, trattato con quadrantectomia e radioterapia.

In data 09.09.2015, durante i controlli di follow-up, veniva diagnosticata una lesione eteroplastica infiltrante bilaterale. Il successivo consulto multidisciplinare poneva indicazione a "intervento chirurgico di mastectomia sinistra e destra con ricostruzione protesica bilaterale".

Il 02.11.2015 veniva ricoverata presso l'Ospedale locale e sottoposta a *"mastectomia sx + mastectomia dx + ricostruzione bilaterale con protesi mammarie 360g – 410g"*.

In sala operatoria veniva regolarmente somministrata profilassi antibiotica (Cefazolina 2g).

Dimessa il 05.11.2015.

Nel corso dei successivi controlli ambulatoriali, in data 04.12.2015 si rilevava: *"la cute sovraprotesica a destra mostra sofferenza ischemica da stasi. Ancora edematosa la cute bilateralmente, incompleta la cicatrizzazione della ferita in periareolare"*.

Il 28.12.2015 si riscontrava diastasi della ferita chirurgica destra per cui si procedeva al riavvicinamento dei lembi con punti staccati; nei giorni precedenti (24.12) risulta la caduta di un'escara e prescrizione di terapia antibiotica orale (Cefixima).

Il 04.01.2016 trovandosi presso altra regione per le festività, la paziente accedeva al Pronto Soccorso locale per deiscenza della ferita periareolare destra, con fuoriuscita di abbondante liquido sieroso e fondo coperto da essudato; venivano rimossi i punti di sutura. Il 06.01.2016 riaccedeva al medesimo PS in ambulanza per febbre a 38,3°C ed evidenziazione della protesi sottostante; si autodimetteva il giorno seguente per rientrare nella propria città.

Il 07.01.2016 veniva ricoverata presso l'Ospedale di riferimento con diagnosi di *"estrusione di protesi mammaria destra"*. Si procedeva in ambulatorio alla rimozione della protesi destra, impostando terapia con ciprofloxacina. L'esame colturale eseguito l'08.01 risultava positivo per *Morganella morganii* multi-resistente (tra cui resistenza alla ciprofloxacina) e *Staphylococcus aureus* multi-sensibile. L'11.01 la consulenza di chirurgia plastica documentava *"tasca protesica mal deteresa ricoperta da induito fibrinoso francamente infetto"*. La paziente veniva dimessa il 15.01.2016 con indicazione a proseguire la terapia antibiotica con ciprofloxacina a domicilio per ulteriori 7 giorni e indicazione a medicazioni quotidiane.

Da gennaio a maggio 2016 la paziente eseguiva medicazioni a piatto e zaffi quotidiani, con persistente minima secrezione.

Il 07.06.2016 un tampone della ferita a destra documentava la persistenza di *Morganella morganii* multi-resistente.

Il 07.07.2016 veniva effettuata una valutazione infettivologica con successivo ricovero dal 14.07.2016 per somministrazione di terapia antibiotica mirata endovenosa.

Il 21.07.2016 la ferita a destra risultava chiusa, il tampone negativo e la paziente veniva dimessa.

Non era ritenuto possibile procedere a ricostruzione protesica a destra.

I DATI DELLA VISITA MEDICO LEGALE

Attualmente la paziente riferisce la persistenza di fastidio alla regione toracica, accentuato dal reggiseno, e dolore continuo al petto, sul lato destro, con difficoltà nel riposo notturno per dolore irradiato all'arto superiore. Segnala limitazioni funzionali: non riesce a sollevare pesi e ha difficoltà nelle manovre di vestizione e svestizione, nonché nello svolgimento delle attività di gestione della casa, per cui delega le mansioni più pesanti. Assume terapia analgesica al bisogno. Dal punto di vista psicologico riferisce un vissuto traumatico legato all'assenza del seno e all'aspetto cicatriziale, con sentimenti di vergogna, limitazioni alla sfera relazionale, sociale e coniugale (attacchi di panico in trattamento farmacologico e supporto psicologico in corso).

Dalla documentazione pervenuta risultano le seguenti spese:

- Fatture per 12 sedute di supporto psicologico e psicoterapia: euro 960,00.
- Fatture per visite specialistiche private: euro 550,00.
- Scontrini e ricevute per acquisto di farmaci analgesici e materiale da medicazione avanzata (zaffi e garze) utilizzati tra gennaio e luglio 2016: euro 420,00.

(Totale spese documentate: euro 1.930,00).

Si procede quindi all'esame obiettivo rilevando soggetto femminile in buone condizioni generali, orientato. Peso riferito 79 kg, altezza 162 cm. Destrimane. È presente modesta difficoltà nelle manovre di svestizione. All'esame dell'articolartà scapolo-omerale si rileva limitazione funzionale a destra (flessione ed estensione): l'elevazione non raggiunge i 90°, con escursione ridotta tra un terzo e la metà del range fisiologico.

All'ispezione toracica si apprezzano esiti di mastectomia bilaterale (ricostruzione presente solo a sinistra). A destra si osservano estese aree di retrazione cutanea con presenza di vistosi esiti cicatriziali retraenti e cordoni fibrotici di consistenza aumentata. Alla palpazione dolorabilità diffusa della regione toracica anteriore, a destra.

=====