

Pubblico Concorso unificato, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato, per le esigenze delle diverse Aziende del SSR, per n. 25 posti di Dirigente Medico – disciplina Cardiologia, indetto con Determinazione Dirigenziale n. 3044 del 10/11/2025.

CARRIERA (max 10,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 15 gg a 1 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Tipo calcolo	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
100	Periodo di formazione specialistica (Specializzazione), effettuato ai sensi del Decreto Legislativo n. 368/1999 nella disciplina o in disciplina equipollente	0,600	0	EVE	anno	No	No	100
101	Periodo di formazione specialistica (Specializzazione), effettuato ai sensi del Decreto Legislativo n. 368/1999 in disciplina affine	0,450	0	EVE	anno	No	No	100
102	Servizio nel livello dirigenziale a concorso o superiore nella disciplina, a tempo pieno	1,200	12	PRC	mesi	Si	Si	100
103	Servizio nel livello dirigenziale a concorso o superiore in disciplina affine, a tempo pieno	0,900	12	PRC	mesi	Si	Si	100
104	Servizio nel livello dirigenziale a concorso o superiore in altra disciplina, a tempo pieno	0,600	12	PRC	mesi	Si	Si	100
105	Servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, a tempo pieno	0,600	12	PRC	mesi	Si	Si	100
106	Servizio in altra posizione funzionale in disciplina affine rispetto a quella a concorso, a tempo pieno	0,450	12	PRC	mesi	Si	Si	100
107	Servizio in altra posizione funzionale in altra disciplina rispetto a quella a concorso, a tempo pieno	0,300	12	PRC	mesi	Si	Si	100
108	Attività ambulatoriale interna nella disciplina	0,0006	0	EVE	ora	No	No	100
109	Attività ambulatoriale interna in disciplina affine	0,0005	0	EVE	ora	No	No	100
110	Attività ambulatoriale interna in altra disciplina	0,0003	0	EVE	ora	No	No	100
111	Servizio a tempo indeterminato quale medico presso Pubbliche Amministrazioni, compreso il servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria e di rafferma nelle varie qualifiche e secondo i rispettivi ordinamenti	0,500	12	PRC	mesi	Si	Si	100
112	Servizio prestato nella disciplina presso case di cura convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo (valutato al 25% della sua durata)	1,000	12	PRC	mesi	Si	Si	25
113	Servizio prestato in disciplina affine presso case di cura convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo (valutato al 25% della sua durata)	0,750	12	PRC	mesi	Si	Si	25
114	Servizio prestato in altra disciplina presso case di cura convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo (valutato al 25% della sua durata)	0,500	12	PRC	mesi	Si	Si	25

ACCADEMICI E DI STUDIO (max 3,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 0 gg a 0 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Tipo calcolo	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
200	Periodo di formazione specialistica (Specializzazione), effettuato ai sensi del Decreto Legislativo n. 257/1991, nella disciplina o in disciplina equipollente	0,500	0	EVE	anno	No	No	100
201	Periodo di formazione specialistica (Specializzazione), effettuato ai sensi del Decreto Legislativo n. 257/1991, in disciplina affine	0,375	0	EVE	anno	No	No	100
202	Altra specializzazione in disciplina equipollente	1,000	0	N	n.	No	No	100
203	Altra specializzazione in disciplina affine	0,500	0	N	n.	No	No	100
204	Altra specializzazione in altra disciplina	0,250	0	N	n.	No	No	100
205	Ulteriore specializzazione in disciplina equipollente	0,500	0	N	n.	No	No	100
206	Ulteriore specializzazione in disciplina affine	0,250	0	N	n.	No	No	100
207	Ulteriore specializzazione in altra disciplina	0,125	0	N	n.	No	No	100

208	Altra laurea attinente	0,500	0	N	n.	No	No	100
209	Master universitario I Livello in materie attinenti	0,200	0	N	n.	No	No	100
210	Master universitario II Livello in materie attinenti	0,300	0	N	n.	No	No	100
211	Dottorato di ricerca in materie attinenti	0,400	0	N	n.	No	No	100

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI (max 3,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 0 gg a 0 mesi

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Tipo calcolo	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
300	Monografie/Capitoli di libri attinenti	0,200	0	N	n.	No	No	100
301	Lavori scientifici/Pubblicazioni in collaborazione su riviste internazionali attinenti	0,100	0	N	n.	No	No	100
302	Lavori scientifici/Pubblicazioni in collaborazione su riviste nazionali attinenti	0,050	0	N	n.	No	No	100
303	Abstract/Poster/Comunicazioni attinenti	0,020	0	N	n.	No	No	100

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (max 4,000 punti)

arrotonda periodi superiori ai 15 gg a 1 mese

Cod.	Regola	Punti	x mesi	Tipo calcolo	Unità mis.	Omog.	Sovr.	% val.
500	Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, tavole rotonde e similari come auditore in materie attinenti sino a un mese	0,010	0	N	n.	No	No	100
501	Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, tavole rotonde e similari come auditore in materie attinenti superiore a un mese e sino a tre mesi	0,020	0	N	n.	No	No	100
502	Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, tavole rotonde e similari come auditore ovvero corsi di formazione/perfezionamento presso Università o enti pubblici/privati in materie attinenti superiori a tre mesi	0,050	0	N	n.	No	No	100
503	Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, tavole rotonde e similari come relatore in materie attinenti	0,040	0	N	n.	No	No	100
504	Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, tavole rotonde e similari in materie attinenti con esame finale o ECM	0,030	0	N	n.	No	No	100
505	Master non universitari in materie attinenti	0,100	0	N	n.	No	No	100
506	Attività di docenza in scuole a carattere universitario o istituti a carattere scientifico in materie attinenti	0,0003	0	EVE	ora	No	No	100
507	Attività di docenza in corsi di formazione privati in materie attinenti	0,0001	0	EVE	ora	No	No	100
508	Contratto di lavoro autonomo in qualità di medico presso struttura pubblica in materie attinenti	0,400	12	PRC	mesi	Si	Si	100
509	Contratto di lavoro autonomo in qualità di medico presso struttura privata in materie attinenti	0,200	12	PRC	mesi	Si	Si	100
510	Contratto di lavoro subordinato in qualità di medico (tempo determinato/indeterminato) presso struttura privata in materie attinenti	0,300	12	PRC	mesi	Si	Si	100
511	Attività effettuata in qualità di ricercatore/borsista presso struttura pubblica o privata in materie attinenti	0,150	12	PRC	mesi	Si	Si	100
512	Attività effettuata con rapporto convenzionale (guardia medica, emergenza territoriale, medicina dei servizi, MMG)	0,00017	0	EVE	ora	No	No	100
513	Attività effettuata con rapporto convenzionale (guardia medica, emergenza territoriale, medicina dei servizi, MMG)	0,250	12	N	mesi	Si	Si	100
599	Titolo da verificare	0,000	0	N	n.	No	No	100
600	Titolo non valutabile/non attinente	0,000	0	N	n.	No	No	100

Prova scritta.

Criteri di valutazione:

- grado di conoscenza della materia;
- sviluppo logico dell'argomento;
- aderenza alla tematica oggetto della prova e livello di aggiornamento;
- chiarezza espositiva, proprietà terminologica e capacità di sintesi.

Prove non estratte:

Prova n.1 Sindrome coronarica acuta in gravidanza 30esima settimana. Stilare work-up diagnostico e terapeutico.
Prova n. 3 Dolore toracico nel post-partum in Corso di FA parossistica. ECG non diagnostico e ipocinesia apicale.
Gestione iniziale, strategia e terapia.

Prova estratta:

Prova n. 2 Recidiva di SCA in paziente di 80 anni con storia di fibrillazione atriale. PCI complessa. IRC III b.
Stilare strategia terapeutica.

Prova pratica.

Criteri di valutazione:

- padronanza della metodologia inerente l'argomento;
- chiarezza espositiva;
- proprietà terminologica;
- capacità di sintesi.

Prove non estratte:

Prova n. 1

Uomo di 78 anni, dispnea NYHA III.

Ecocardiogramma:

area valvolare aortica 0,8 cm²; area indicizzata 0,42 cm²/m²;

velocità massima aortica 3,2 m/s;

gradiente medio 28 mmHg;

stroke volume index 29 mL/m²;

frazione di eiezione 32%;

tratto di efflusso ventricolare sinistro 21 mm;

Dobutamine stress echo: aumento dello stroke volume >20%, gradiente medio 41 mmHg, area valvolare 0,78 cm².

- Interpretazione del quadro e sintetico inquadramento diagnostico.

Prova n. 3

Uomo di 76 anni, giunge in Pronto Soccorso per dispnea, pre-sincope e senso di cardiopalmo insorti da circa 45 minuti.

In anamnesi: SCC, pregresso infarto miocardico, pregresso bypass aorto-coronarico, ipertensione arteriosa; FE 0.55.

All'arrivo: PA 88/58 mmHg, FC circa 180–190 bpm, pallore cutaneo, lieve sudorazione fredda, SatO₂ 97% in aria ambiente. Viene eseguito ECG 12 derivazioni, riportato in figura.

- Definire la diagnosi ECG con i criteri utilizzati e principi di trattamento.



Prova estratta:

Donna di 74 anni con dispnea da sforzo, FA permanente e ricoveri per scompenso.

Ecocardiogramma: insufficienza mitralica con jet eccentrico posteriore;

Vena contracta 8 mm, EROA (effective regurgitant orifice area) 0,42 cm², RVol (volume rigurgitante) 68 mL;

Volume atriale sinistro indicizzato 58 mL/m², PAPs 55 mmHg;

Diametro telesistolico ventricolare sinistro 39 mm, FE 58%, lembo posteriore flail.

• Interpretazione del quadro e sintetico inquadramento diagnostico e parametri che influenzano le possibili strategie terapeutiche.

Prova orale.

Criteri di valutazione:

- grado di conoscenza dell'argomento;
- chiarezza espositiva;
- proprietà terminologica;
- capacità di sintesi.

1. Paziente di 84 anni con dispnea, Hb 8,8 g/dL, FA a 140/min, lieve dinamica di hs-cTn e assenza di dolore toracico tipico: qual è il primo nodo diagnostico?
2. NSTEMI con coronarografia prevista entro poche ore: pretrattamento?
3. Type 2 MI sospetto con coronaropatia nota: coronarografia esclusa e solo trattamento del trigger?
4. Troponina elevata dopo tachiaritmia prolungata: come ti comporti?
5. ACS dimissibile dopo PCI riuscita: quali elementi rendono completo un foglio di dimissione?
6. Perché il target LDL-C nel post-ACS non va presentato solo come un numero?

7. Donna di 36 anni con dolore toracico, troponina positiva e pochi fattori di rischio classici: cosa metti subito in diagnosi differenziale?
8. Dolore toracico in gravidanza: qual è l'errore clinico che non puoi fare?
9. Quali diagnosi non si possono perdere in gravidanza o nel post-partum con dolore toracico?
10. Post-partum precoce, FA parossistica, troponina in crescita, alterazioni ST-T e ipocinesia regionale all'eco: come ti orienti?
11. SCAD stabile con flusso conservato: qual è la strategia in sala di emodinamica più appropriata?
12. ACS con anemia cronica e bleeding precedente > 12 mesi: quanto peso dai a questo dato?
13. Type 2 MI: quanto ti rassicura rispetto a un ACS tipo 1?
14. De-escalation e DAPT abbreviata: qual è la differenza pratica?
15. Perché il rischio emorragico pesa più nel medio termine che nel primo giorno dopo PCI?
16. Paziente con dolore toracico, troponina lieve, coronarie indenni e sintomi ricorrenti: quale errore diagnostico va evitato?
17. Paziente con dolore toracico atipico, troponina lievemente positiva e ECG non diagnostico: quali dati rendono più probabile myocardial injury o type 2 MI rispetto a NSTEMI?
18. Paziente con dolore toracico stabile e probabilità clinica intermedia di CAD: quale strategia diagnostica?
19. A quali pazienti proponi la TAC coronarica?
20. Paziente con angina e coronarie non ostruttive: perché l'assenza di stenosi significative non chiude il caso?
21. Che cosa aggiunge il concetto di INOCA rispetto ad ANOCA?
22. Paziente con episodi notturni di dolore toracico a riposo, ECG non conclusivo e coronarie non ostruttive: a cosa pensi?
23. Perché la rivascolarizzazione nelle CCS non può essere presentata come automatica davanti a una stenosi?
24. Paziente con CCS e sintomi persistenti nonostante terapia medica: quale passaggio va eseguito prima di procedere a rivascolarizzazione?
25. Paziente con angina da sforzo, eco basale normale e probabilità clinica intermedia di CAD: la TAC è il test iniziale più indicato?
26. Paziente con TAC coronarica negativa ma sintomi anginosi persistenti: quali meccanismi devono restare in discussione?
27. Paziente diabetico con CCS e obesità: perché la risposta terapeutica non si esaurisce negli antianginosi?
28. Che cos'è la full physiology nel contesto di ANOCA/INOCA?
29. Paziente con HFrEF di nuova diagnosi, sintomatico, FE 30%: qual è l'errore più frequente nell'impostazione iniziale della terapia?
30. HFpEF = decongestionare con il diuretico e poi? Inquadramento clinico e gestione complessiva.
31. Paziente con HFrEF e diabete, ma senza scompenso acuto: perché un SGLT2-inibitore non va presentato come farmaco metabolico accessorio?
32. Paziente con HFrEF, creatinina in lieve salita ma ancora congesto: quale dato pesa di più nella decisione immediata? Come ti comporti?
33. Perché il follow-up precoce post-ricovero è parte della terapia nello scompenso?
34. Paziente con obesità e dispnea con BNP moderatamente elevato = 320. Come lo inquadri?
35. Paziente anziano con HF, sarcopenia, ipotensione borderline e politerapia: come si traduce in pratica il concetto di fragilità cardiovascolare?
36. Paziente con T2DM, CAD e obesità senza HF: SGLT2i o GLP-1 RA?
37. Paziente con HFrEF, T2DM e CKD: perché SGLT2i o GLP-1 RA come priorità iniziale?
38. Perché GLP-1 e SGLT2 non vanno presentati come classi in competizione?
39. Paziente con HFmrEF e ricoveri ripetuti: quali elementi rendono insufficiente la formula "zona grigia"?
40. Paziente con scompenso HFpEF e carenza marziale: indicazione alla terapia marziale?
41. Paziente con scompenso e caregiver poco affidabile: come consideri aderenza e organizzazione del follow-up? Come la gestiresti in modo sostenibile?
42. Come integri i dati di un paziente fragile con HF e valutazione EF?
43. Quali errori concettuali vanno evitati parlando di GLP-1 RA in cardiologia?
44. Quanto conta il concetto di fragilità nelle decisioni valvolari e strutturali? Che score utilizzeresti?
45. Paziente obeso con dispnea, FE normale e BNP non molto elevato: perché HFpEF resta possibile?
46. Donna di 79 anni con FA permanente, CHA₂DS₂-VASc 5, due sanguinamenti digestivi maggiori negli ultimi 18 mesi e anemia sideropenica cronica: quando la chiusura percutanea dell'auricola sinistra diventa un'opzione ragionevole?

47. Paziente con FA non valvolare in apixaban che deve eseguire una procedura odontoiatrica a basso rischio emorragico: come va gestita la sospensione del DOAC?
48. Paziente in rivaroxaban candidato a chirurgia addominale maggiore ad alto rischio emorragico: quali parametri guidano il timing di sospensione preoperatoria? Emivita?
49. Paziente di 86 anni con FA, insufficienza renale moderata, instabilità posturale e pregressa caduta: quali elementi devono guidare la decisione sull'anticoagulazione oltre agli score?
50. Paziente con FA e HAS-BLED elevato ma chiara indicazione a OAC: come va interpretato il bleeding risk?
51. Paziente con ictus embolico criptogenico (ESUS) senza fibrillazione atriale documentata: i DOAC sono indicati di routine?
52. Paziente con ictus ischemico apparentemente criptogenico, 74 anni, atrio sinistro dilatato e frequenti AHRE brevi all'Holter: quale elemento manca prima di proporre un DOAC?
53. Paziente con FA e anemia sideropenica cronica senza sanguinamento manifesto: quale punto pratico va chiarito prima di definire la strategia antitrombotica? Se > 80 anni, meglio edoxaban o dabigatran?
54. Paziente di 68 anni con sincope ricorrente in ortostatismo prolungato e sospetto di sincope riflessa: quando il tilt test è appropriato? Cosa mi aggiunge?
55. Tilt test positivo con caduta pressoria marcata e bradicardia tardiva: come va interpretato il pattern?
56. Paziente giovane con sincope riflessa ricorrente e tilt test compatibile: quali misure non farmacologiche devono essere proposte per prime?
57. Paziente di 74 anni con sincopi traumatiche ricorrenti e documentata asistolia durante monitoraggio: quando la stimolazione cardiaca entra nel ragionamento anche di una sincope riflessa?
58. Paziente in dabigatran che deve essere sottoposto a chirurgia urgente non differibile: quale strategia di reversal deve essere conosciuta? Che meccanismo d'azione ha il dabigatran?
59. Paziente in apixaban candidato a chirurgia urgente ad alto rischio emorragico: quali elementi guidano la gestione in assenza di un antidoto universalmente disponibile in ogni centro?
60. Dopo chiusura percutanea dell'auricola sinistra, quali punti devono essere definiti prima della dimissione?
61. Paziente con FA e neoplasia attiva: quali variabili aggiuntive devono orientare la scelta antitrombotica?
62. Paziente con stenosi aortica low-flow low-gradient e FE conservata: quali criteri definiscono la forma paradossa?
63. Insufficienza tricuspidalica severa: quali variabili vanno integrate nella decisione terapeutica?
64. Nel sospetto Brugada, qual è la prima distinzione da fare?
65. Perché il Brugada tipo 1 spontaneo pesa più del pattern solo indotto?
66. Paziente con sospetta Brugada e sincope: quale distinzione è decisiva?
67. Paziente asintomatico con pattern Brugada: quale automatismo va evitato nella decisione su ICD?
68. Perché il test farmacologico in Brugada richiede cautela interpretativa?
69. Qual è il ruolo corretto della genetica nella Brugada?
70. In una wide-complex tachycardia, qual è la priorità iniziale?
71. TV a complessi larghi: elencare almeno 4 elementi ECG che escludono un'aberranza.
72. Cosa valuta l'algoritmo di Verecke in aritmologia?
73. Tachicardia a complessi larghi, PA 90/70, diaforesi, adenosina disponibile immediatamente: trattamento?
74. Qual è il significato clinico di capture e fusion beats in una tachicardia a complessi larghi?
75. Perché la FE non basta per la corretta strategia di prevenzione della morte improvvisa?
76. Perché lo storm aritmico è una sindrome e non solo TV recidivanti?
77. Qual è il ruolo della sedazione nello storm aritmico?
78. Quando il LifeVest può essere considerato?
79. Qual è il contesto clinico più coerente per un LifeVest come bridge?
80. FE 35% è forte indicazione per LifeVest? Altri dati utili per prescriverlo?
81. Quanto è importante la storia familiare nelle canalopatie e soprattutto in quali?
82. DCM apparentemente acquisita: quale punto deve essere chiarito prima di pensare a una base genetica?
83. Perché la genetica può modificare il rischio aritmico nel DCM anche a parità di FE? Quali sono le mutazioni che indichereesti?
84. Miocardite con dolore toracico, troponina elevata e CMR compatibile: quando la biopsia endomiocardica entra realmente nel ragionamento?
85. Quale automatismo va evitato in merito alla biopsia endomiocardica? Quando la fai?
86. Nelle cardiomiopatie, quali dati devono essere integrati per parlare di rischio di morte improvvisa?
87. Pericardite acuta: quali elementi la rendono a rischio più alto e orientano verso ricovero?

88. Pericardite acuta non complicata: qual è la terapia iniziale standard?
89. Perché i corticosteroidi non rappresentano la prima linea nella pericardite acuta comune?
90. Paziente con ACS recente, LDL-C 43 mg/dL in statina + ezetimibe ma trigliceridi 240 mg/dL e diabete: che cosa si intende per rischio residuo in questo contesto?
91. Paziente con CAD cronica, LDL-C a target ma trigliceridi 280 mg/dL: quale significato clinico attribuire ai trigliceridi nella prevenzione secondaria? Che farmaco useresti?
92. Paziente con LDL-C apparentemente controllato ma apoB elevata: perché apoB può aggiungere informazione clinica?
93. Paziente con diabete, obesità e trigliceridi elevati: quando il non-HDL-C diventa utile oltre al LDL-C?
94. Ipertensione 2024: quale novità concettuale importante riguarda il target pressorio nei pazienti trattati?
95. Paziente di 72 anni con ipertensione trattata e buona tolleranza: come va interpretato il target sistolico 120-129 mmHg delle ESC 2024?
96. Paziente con pressione apparentemente controllata in ambulatorio ma elevata a domicilio: quale problema clinico va considerato?
97. Paziente con ipertensione resistente in triplice terapia ben condotta: quale farmaco aggiuntivo viene tipicamente considerato per primo?
98. Paziente con ipertensione resistente e anatomia favorevole: quando la denervazione renale può entrare nel ragionamento?
99. Paziente anziano fragile con ipertensione: come si applica il principio ALARA delle ESC 2024?
100. Paziente con CKD e albuminuria: quale principio deve guidare il trattamento dell'ipertensione?
101. Paziente con diabete e obesità, senza scompenso ma con ASCVD: quale logica guida la scelta tra SGLT2i e GLP-1 RA?
102. Paziente di 32 anni con tachicardia regolare a QRS stretto, FC 180/min, esordio improvviso e stop improvviso: quale aritmia da rientro va considerata per prima? Elencarne almeno 3.
103. Tachicardia regolare a QRS stretto emodinamicamente stabile: quale sequenza terapeutica acuta è corretta se si sospetta AVNRT o AVRT ortodromica?
104. Paziente con AVNRT sintomatica recidivante: cosa prendi in considerazione per l'ablazione transcatetere davanti a una via lenta parahissiana?
105. Paziente con AVRT e via accessoria manifesta: qual è il rischio clinico maggiore?
106. Fibrillazione atriale pre-eccitata con QRS larghi irregolari: quali farmaci devono essere evitati?
107. AVNRT: quale bersaglio ablativo viene in genere ricercato e con quale obiettivo?
108. Ablazione delle tachicardie da rientro: quali energie sono oggi maggiormente utilizzate e con quale logica?
109. Pulsed field ablation (PFA): quale principio fisico la distingue dalla radiofrequenza e dalla crioenergia?
110. Ablazione dell'AF con PFA: in quale ambito oggi ha il razionale più consolidato?
111. Paziente con electrical storm refrattario, multipli shock ICD e fallimento dei principali antiaritmici: quale ruolo può avere il blocco del ganglio stellato sinistro?
112. Paziente con embolia polmonare intermedio-alta, disfunzione del ventricolo destro e peggioramento emodinamico in corso di anticoagulazione: quando la strategia invasiva diventa un'opzione concreta?
113. Embolia polmonare ad alto rischio con controindicazione alla trombolisi sistemica: quale ruolo possono avere trombectomia meccanica o tromboaspirazione?
114. Paziente con PE stabile ma con elevato clot burden alla TC: il solo carico trombotico è sufficiente a indicare una strategia invasiva?
115. Paziente in dabigatran con emorragia maggiore o necessità di chirurgia urgente: qual è l'antidoto specifico e in quali scenari deve essere ricordato? In quanto tempo agisce? Emivita?
116. Paziente in DOAC candidato a chirurgia non cardiaca: quali parametri guidano il timing di sospensione preoperatoria?
117. Paziente in DOAC per FA che deve eseguire chirurgia non cardiaca ad alto rischio emorragico: il bridging con eparina è indicato di routine?
118. Paziente con trombo endoventricolare sinistro dopo STEMI anteriore esteso: quale problema terapeutico va affrontato tra AVK e DOAC?
119. Gestione della Takotsubo.
120. Indicazione chirurgica dell'endocardite infettiva.
121. Aspetti ECO dell'amiloidosi.
122. Che cos'è la classificazione INTERMACS?

123. Indicazione alla chiusura del PFO. C'è un'età limite? E perché?

124. Scelta dell'accesso in corso di pericardiocentesi.

125. Finerenone e utilizzo attuale.

Domanda non estratta

La domanda non estratta è la n. 76

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Fabio Palla