

CONCORSO PUBBLICO per titoli ed esami
per la copertura a tempo indeterminato di n.1 posto di DIRIGENTE MEDICO – disciplina: neuropsichiatria infantile
(SCADUTO IL 13/10/2022- ESPLETATO IL 18/01/2023);
assolvimento obbligo aziendale di pubblicazione ai sensi dell'art. 19 del D.lgs 33/2013 come modificato dal D.lgs 97/2016

PROVE SCRITTE

PROVA SCRITTA N. 1	Valutazione diagnostica e presa in carico del bambino con disturbo dello spettro autistico.
--------------------	---

PROVA SCRITTA N. 2	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente affetto da epilessia in età evolutiva
--------------------	---

PROVA SCRITTA N. 3	I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
--------------------	--

PROVE PRATICHE

PROVA PRATICA N. 1	vedi allegato n. 1
--------------------	--------------------

PROVA PRATICA N. 2	vedi allegato n. 2
--------------------	--------------------

PROVA PRATICA N. 3	vedi allegato n. 3
--------------------	--------------------

PROVE ORALI

PROVA ORALE N. 1	Il disturbo specifico dell'apprendimento e gestione del relativo PDTA
------------------	---

PROVA ORALE N. 2	L'acuzie psichiatrica in adolescenza e gestione del relativo PDTA
------------------	---

PROVA ORALE N. 3	Disabilità intellettive e gestione del relativo PDTA
------------------	--

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE - PROVE

Prova scritta, Prova pratica, Prova Orale

Grado di approfondimento della conoscenza dell'argomento o degli argomenti costituenti la prova per quanto riguarda il contenuto; capacità di collegarli in successione conseguente; adeguata conoscenza dei termini tecnico-scientifici necessari per la corretta esposizione del contenuto; proprietà del linguaggio e capacità espositiva.

Il punteggio da assegnare alla prova, in misura inferiore, uguale o superiore alla soglia di sufficienza terrà conto del grado di presenza degli aspetti elencati ed eventualmente di altri ad essi riconducibili, presenti nel corso della trattazione.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE - TITOLI

La commissione determina di attenersi ai seguenti criteri per la valutazione dei titoli:

1. i servizi verranno valutati fino alla data di rilascio del relativo certificato, ovvero fino alla data della dichiarazione sostitutiva di certificazione;
2. per i periodi non specificamente determinati, le annate saranno calcolate dal 31 dicembre del primo anno al 1° gennaio dell'ultimo anno, mentre le mensilità saranno calcolate dall'ultimo giorno del primo mese al primo giorno dell'ultimo mese;
3. le attività svolte presso cliniche o istituti universitari e riferiti ad anni accademici saranno valutati dal 1° novembre al 31 ottobre dell'anno successivo, salvo diversa indicazione;
4. di valutare esclusivamente i servizi effettivamente prestati e di non tenere conto di lettere di elogio, di partecipazioni di nomina ad uffici od incarichi, quando non risulti lo svolgimento dei medesimi;
5. non saranno valutati attestati laudativi.

Ciò premesso, per quanto riguarda la valutazione riferita alle categorie specifiche dei titoli, la commissione determina i seguenti criteri:

A) Titoli di carriera (max p. 10)

per la valutazione dei titoli di carriera verranno applicati i principi di cui al 4° comma dell'art. 27 del citato DPR 483/97.

Ai sensi dell'art. 45 del D.Lgs. 368/99 il periodo di formazione specialistica è valutato fra i titoli di carriera come servizio prestato a tempo pieno nel livello dirigenziale a concorso (punti 1,200 / anno)

Il periodo valutato è pari alla durata legale del corso di studi.

B) Titoli accademici e di studio (max p. 3)

verranno attribuiti i punteggi di cui al comma 5 del suddetto articolo 27, ad eccezione della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, tenuto conto di quanto specificato alla lettera A)

C) Pubblicazioni, titoli scientifici (max p. 3)

la commissione stabilisce di attenersi ai seguenti criteri di valutazione sulla scorta di quanto previsto dall'art. 11 del D.P.R. 483/97:

- originalità della produzione scientifica;
- importanza della rivista;
- continuità e contenuti dei singoli lavori;
- grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire;
- eventuale collaborazione di più autori.

La commissione peraltro terrà conto, ai fini di una corretta valutazione:

- ⇒ della data di pubblicazione dei lavori in relazione all'eventuale conseguimento di titoli accademici già valutati in altra categoria di punteggi;
- ⇒ del fatto che le pubblicazioni contengano mere esposizioni di dati e casistiche, non adeguatamente avvalorate ed interpretate, ovvero abbiano contenuto solamente compilativo o divulgativo, ovvero ancora costituiscano monografie di alta originalità.

Qualora non fosse possibile individuare l'apporto del candidato la commissione ritiene che il lavoro debba essere attribuito in parti uguali a tutti gli autori.

D) Curriculum formativo e professionale (max p. 4)

fermi restando i criteri fissati dall'art. 11 del D.P.R. 483/97 la commissione procederà alla valutazione ponendo adeguata motivazione, che verrà inserita in calce alle schede, avuto riguardo ai singoli elementi documentali che hanno contribuito a determinare il punteggio globale sulla base dei criteri indicati nel suddetto articolo:

- sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco della intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici;
- rientra, altresì, la partecipazione a congressi, convegni e seminari che abbiano finalità di formazione e aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica.

UNITA' OPERATIVA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



prova pratica 1

Dica il candidato

- quali ipotesi diagnostiche prenderebbe in considerazione
- come revisionerebbe il piano diagnostico terapeutico assistenziale individuale per questo paziente dopo l'ultimo controllo del 28/9/20 con ultimo EEG e prelievo eseguiti nei mesi precedenti

paziente XY nato 23/4/09 ed in carico dal 2017

anamnesi familiare

figlio di ragazza madre di origine sarda , colf , poi adottato dal marito piacentino al momento del matrimonio , dal quale è nato poi un fratello materno ed anche una sorella materna vive in ASST Cremona con madre ,nonna materna , fratello materno di 9 anni in cura UONPIA per disturbo emozionale ,e sorella materna di un anno il padre adottivo ,ha frequentato la scuola con sostegno ed è alternativamente carrozziere e disoccupato ,non separato legalmente vive però con suo padre ,a 50 km in altra città e regione ed incontra la famiglia una volta a settimana , oltre alle telefonate quotidiane

XY non ha ancora avuto la rivelazione della propria adozione

familiarità materna per psoriasi,nonno e zio , e depressione la madre con pregressa cura psicologica nonna materna in cura psichiatrica come la bisnonna, che ha avuto altri due figli ricoverati in istituto psichiatrico

anamnesi fisiologica

primi atti psicofisici nella norma

ha concluso la quinta con rendimento scolastico più che sufficiente

anamnesi patologica remota

ha presentato ultima crisi comiziale 24/1/18 , non provocata da tossici,infezioni, dismetabolismo ecc., caratterizzata da retroversione dei globi oculari , con probabile e non accertata perdita di contatto, preceduta ed associata ad episodi notturni di agitazione psicomotoria durante il ricovero all'epoca occorso

ha sempre manifestato rivalità fraterna

in cura per psoriasi da un anno

anamnesi patologica recente

persiste enuresi notturna

aumento ponderale con iperfagia

u g m a

comportamento domiciliare descritto come oppositivo con episodi di aggressività verbale verso il padre e aggressività fisica sugli oggetti , solo intrafamiliare ; tali episodi sono presenti da anni ma al controllo del 28 settembre 20 vengono percepiti come urgenti , dal padre in particolare

esami eseguiti

test della doppia luna delle relazioni familiari 27\12\17 allegato

RORSCHACH protocollo estremamente coartato dove non c'è spazio per elaborare e far emergere emozioni. Ipercontrollo non sempre adeguato. Elementi aggressivi. Pensiero povero ed infantilismi. Tavola paterna non integrata. Tavola materna molto distante dal mondo interno e dalle emozioni. BLACKY test pensiero povero e semplice , poco articolato. Figure genitoriali severe. Elementi aggressivi ma non patologici.

WISCIV QIT 81 CV94 RP91 ML70 VE91

KSADS non significativa

Conners insegnanti non significativa

Conners significativa per oppositività ed instabilità emotiva

esame logopedico degli apprendimenti nella normalità

esame TNPEE evidenzia abilità manuali <5° centile al test ABC , nei limiti di norma prove di grafomotricità, prassie visuocostruttive e protocollo BIA

L'EEG del 12\1\18 evidenzia anomalie parossistiche multifocali con tendenza alla generalizzazione secondaria

L'EEG del 26\1\18 evidenzia anomalie parossistiche focali

L'EEG del 16\4\19 evidenzia anomalie parossistiche focali

RMN cerebrale 30\1\18 non rileva anomalie

ultimo prelievo 4\7\20 evidenzia dosaggio valproato ematico 9 microgrammi \ml (range)e microcitemia , nella norma i restanti esami eseguiti per controllo valproato

trattamento in corso

valproato 400 mg x2 volte al di

22/9/20 An

BR



prova pratica 2

Dica il candidato

- quali ipotesi diagnostiche prenderebbe in considerazione
- come si regolerebbe riguardo alla gestione della farmacoterapia in corso ad es: quale prelievo di controllo farebbe , quali altri accertamenti farebbe , quali altri eventuali AED prenderebbe in considerazione e perché ecc.

paziente XX nata 25\10\13 ed in carico dal 2013 al 2019 presso altra sede , fino a dimissione del NPI di riferimento

anamnesi familiare

gemello sano con peso alla nascita 1046 gr
genitori viventi e sani, impiegati, laureata la madre e diplomato il padre
nonni materni ipertesi
avo paterno deceduto a 56 anni per infarto miocardico acuto

anamnesi fisiologica

parto prematuro alla 27asettimana peso 992 grammi APGAR 4 e 7

ha raggiunto buona autonomia ma è affaticabile

frequenta la prima dopo trattenimento scolastico , senza sostegno poiché la famiglia rifiuta

anamnesi patologica remota

emorragia perinatale intraventricolare del 4° a sin e del 2° a ds

IL QS di sviluppo alla scala Griffith a 32 mesi rivelava un ritardo lieve motorio attestato sui 24 mesi e risultati non significativi nelle altre scale

nel 2016 a marzo mioclonie in corso di iperpiressia

nel 2016 a dicembre in corso di iperpiressia crisi tonico clonica generalizzata per 5 minuti , preceduta da malessere e vomito, prontamente interrotta con diazepam endorettale

valproato somministrato dal 2016 , dopo il fenobarbitale somministrato dall'epoca neonatale fino al 2015

in riabilitazione FT dai 12 mesi

esame obiettivo del 2017 evidenzia cammino veloce con lieve asimmetria di avanzamento per arto inferiore ds piu' arretrato, ridotta flessione del ginocchio in sospensione e caduta della punta , con sequenza invertita ma appoggio completo a riposo. Cadute sporadiche e sporadico strisciamento della punta ds nel cammino .

Arto superiore ds con sincinesie di irradiazione nella marcia e sincinesie a specchio durante l'attività della mano sin.

Afferramento bimanuale presente .Attività spontanea monomanuale sin
ottimo controllo di spalla con abduzione completa
rachide in asse

23/01/16

PV

utilizza ortesi ed ausili , quali calzature

anamnesi patologica recente

chiede accesso al day hospital terapeutico 16\10\20 per controllo evolutivo annuale della terapia farmacologica in corso

esami eseguiti

WPPSI-III QIT 99 QIV102 QIP96 QVP 88 LG 102

esame psicomotorio attuale :mano sin dominante, persistenti sincinesie motorie toniche ed imitative mano ds ; molto incerta nella rappresentazione dell'atto motorio nello schema corporeo

EEG 9\10\20 in day hospital in deprivazione ipnica evidenzia punte ampie sulle regioni centrali dell'emisfero di sin, ed anche punta onda, con tendenza alla generalizzazione , in assenza di eventi clinici, fino ad uno stadio 2 di sonno non REM , con spindles rappresentate bilateralmente in maniera simmetrica . Successivamente il sonno si approfondisce in uno stadio 3 con attività ampia e lenta simmetrica , durante il quale dorme tranquilla , in presenza di anomalie parossistiche generalizzate bilaterali .Dopo il risveglio viene sottoposta ad HPN, senza attivazione , mentre alla SLI si attiva a 33 Hz un'attività generalizzata di punte e punte onda ampie.

RMN cerebrale 6\3\14 rileva atrofia emisfero sin da perdita di sostanza

ultimo prelievo 4\7\20 evidenzia dosaggio valproato ematico 9 microgrammi \ml (range 40-100) e microcitemia , nella norma i restanti esami eseguiti per controllo valproato

trattamento in corso

valproato 400 mg x2 volte al di

U. G. M. C. P. R.

UNITA' OPERATIVA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



prova pratica 3

Dica il candidato

- quali ipotesi diagnostiche prenderebbe in considerazione
- come costruirebbe il piano diagnostico terapeutico assistenziale individuale per questo paziente ,durante e dopo ciascun ricovero

• paziente XY nato 27\9\12 e ricoverato a novembre 2022 e poi gennaio 2023

anamnesi familiare

secondogenito

nessuna patologia neuropsichica o più generale descritta in anamnesi familiare

anamnesi fisiologica

nato a termine da parto eutocico

alimentazione mista dopo 3 mesi

primi atti psicofisici nella norma

vaccinazioni regolari

ha recentemente cambiato scuola

anamnesi patologica remota

accesso al PS precedente in più occasioni

per tre episodi di laringospasmo del secondo anno di vita risolti con cortisone e.v. ed aerosol

per un episodio di iperpiressia senza altri sintomi

per un trauma alla mano ds

per addominalgia periombelicale a 7 anni , con dolore fisso da un mese, senza altra sintomatologia in soggetto allergico ad amoxicillina e uovo

anamnesi patologica recente

decorso ricovero novembre

accompagnato dal 118 per dubbio duplice episodio critico in apiressia , con sensazione di formicolio alla lingua ,speech arrest e visione offuscata al risveglio durante il sonno

permane per 2 gg la presenza di episodi brevi di sensazione di formicolio ,ingrossamento ed intorpidimento della lingua e del palato durante il sonno notturno e diurno ed astenia al risveglio ,poi benessere

esame obiettivo 144cm di altezza 46,5 kg di peso FC90 PA,118\60

buone condizioni generali con lieve traumatismo alla mucosa interna della guancia

esame neurologico nella norma

EEG ben organizzato per l'età con anomalie focali

Effettuati ulteriori accertamenti

dimesso con consigli di gestione del sonno ed invio alla diversa ASST di residenza per la presa in carico con appuntamento già fornito

25 *[signature]* *[signature]* *[signature]*

ha effettuato presso ASST di residenza la visita NPI prenotata dal reparto , ricevendo una ipotesi diagnostica e la prescrizione di controllo NPI successivo , non effettuato per decisione della famiglia

decorso ricovero gennaio

terzo episodio critico ,alle 1430 ,analogo ai due precedenti in apiressia , con sensazione di formicolio alla lingua ,speech arrest e visione offuscata ma questa volta anche interessamento dell'arto superiore ds per senso di pesantezza con motricità presente

il paziente si presenta in sonno postcritico e successiva somministrazione domiciliare di benzodiazepine

a domanda ricorda l'episodio, accaduto in veglia, dopo una giornata faticosa precedente e con addormentamento più tardi del solito

adeguata comprensione delle consegne all'esame neurologico parziale per fleboclisi in corso su arto ds che egli comunque descrive affaticato più del sin , sensibilità e motricità simmetrica e regolare delle mani con prova di Mingazzini adeguata ai 4 arti ;prove cerebellari nei limiti con i 3 arti accessibili; assenza dei sintomi linguali descritti nella crisi , lieve asimmetria della sensibilità cutanea a livello di guance e mento

EEG in veglia analogo al precedente

Ulteriori accertamenti in corso

26 9/11/11 An PR