

CONCORSO PUBBLICO PER N.2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO – AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA’ MEDICHE – DISCIPLINA DI PSICHIATRIA, O DISCIPLINA EQUIPOLLENTE O AFFINE, DA ASSEGNARE ALLA SC SALUTE MENTALE OLTREPO’.

Espletato in data 6 aprile 2023

CRITERI DI VALUTAZIONE

CARRIERA | max 10,000 punti | sup. a 15 gg => 1 mesi

Regola	Punti	x mesi	U.M.
Specializzazione nella disciplina ai sensi del D.Lgs. 368/99- D.Lgs. 257/91	1,200	0	n.
Specializzazione in disciplina affine ai sensi del D.Lgs. 368/99- D.Lgs. 257/91	0,900	0	n.
Presso SSN nella disciplina t.pieno	1,200	12	mesi
Presso SSN in disciplina affine t.pieno	0,900	12	mesi
Presso SSN in altra disciplina t.pieno	0,600	12	mesi
Attività di specialista ambulatoriale nella disciplina	1,000	12	mesi
Attività di specialista ambulatoriale in disciplina affine	0,750	12	mesi
Attività di specialista ambulatoriale in altra disciplina	0,500	12	mesi
Presso PA come medico	0,500	12	mesi
Servizio militare/civile come medico	0,500	12	mesi
Presso struttura convenzionata nella disciplina	1,200	12	mesi
Presso struttura convenzionata in disciplina affine	0,900	12	mesi
Presso struttura convenzionata in altra disciplina	0,600	12	mesi

ACCADEMICI E DI STUDIO | max 3,000 punti | sup. a 0 gg => 0 mesi

Regola	Punti	x mesi	U.M.
Altra specializzazione in disciplina equipollente	1,000	0	n.
Altra specializzazione in disciplina affine	0,500	0	n.
Altra specializzazione in altra disciplina	0,250	0	n.
Ulteriore specializzazione in disciplina equipollente	0,500	0	n.
Ulteriore specializzazione in disciplina affine	0,250	0	n.
Ulteriore specializzazione in altra disciplina	0,125	0	n.
Altra laurea del ruolo sanitario	0,500	0	n.
Master o training di Formazione in Psicoterapia	0,300	0	n.

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI | max 3,000 punti | sup. a 0 gg => 0 mesi

Regola	Punti	x mesi	U.M.
Pubblicazioni	0,100	0	n.
Abstract, poster comunicazioni a congressi	0,050	0	n.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE | max 4,000 punti | sup. a 15 gg => 1 mesi

Regola	Punti	x mesi	U.M.
Stage/tirocinio/Frequenza volontaria - non valutabile -	0,000	0	n.
Attività libero professionale/co.co.co./contratti progetto/collaborazione a ricerca nella disciplina a concorso	0,300	12	mesi
Attività libero professionale/co.co.co./contratti progetto/collaborazione a ricerca in altra disciplina	0,240	12	mesi
Ricercatore/Borsa di studio	0,240	12	mesi

Partecipazione a Corsi di aggiornamento ECM - lunghi (superiori a tre mesi) con esame finale	0,100	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento ECM - lunghi (superiori a tre mesi) senza esame finale	0,050	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento ECM - brevi (inferiori a tre mesi) con esame finale	0,020	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento ECM - brevi (inferiori a tre mesi) senza esame finale	0,010	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento non ECM - lunghi (superiori a tre mesi) con esame finale	0,050	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento non ECM - lunghi (superiori a tre mesi) senza esame finale	0,025	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento non ECM - brevi (inferiori a tre mesi) con esame finale	0,010	0	n.
Partecipazione a Corsi di aggiornamento non ECM - brevi (inferiori a tre mesi) senza esame finale	0,005	0	n.
Corsi FAD	0,005	0	n.
Relatore/Docente/Moderatore a convegni/seminari	0,020	0	n.
Tutor/Responsabile scientifico/Subinvestigator - non valutabile -	0,000	0	n.
Docente a corsi ASA/OSS/OTA/UNIVERSITARI	0,050	0	n.

TRACCE PROVA SCRITTA:

PROVA SCRITTA N.1: "IL DISTURBO SCHIZOAFETTIVO" – **ESTRATTA.**

PROVA SCRITTA N.2: "IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO".

PROVA SCRITTA N.3: "LA SINDROME PSICOTICA ATTENUATA".

TRACCE PROVA PRATICA:

PROVA PRATICA N.1: "Il Candidato indichi il piano terapeutico per il seguente caso" - vedi allegato

PROVA PRATICA N.2: "Il Candidato indichi il piano terapeutico per il seguente caso" - vedi allegato – **ESTRATTA.**

PROVA PRATICA N.3: "Il Candidato indichi il piano terapeutico per il seguente caso" - vedi allegato

TRACCE PROVA ORALE:

PROVA ORALE N.1: "LA DEPRESSIONE POST PARTUM".

PROVA ORALE N.2: "IL TSO" – **ESTRATTA.**

PROVA ORALE N.3: "SIGNIFICATO DELLA DUP (DURATION OF UNTREATED PSYCHOSIS)".

PROVA NON STRATTA
Eleonora Ci



PROVA PRATICA N.1

IL CANDIDATO INDICHI IL PIANO TERAPEUTICO PER IL SEGUENTE CASO:

Padre vivente e in buone condizioni di salute, madre affetta da disturbo bipolare vive attualmente in Portogallo dove lavora. Figlio unico, ha vissuto con il padre e la nonna paterna. Presenti in anamnesi difficoltà scolastiche e presa in carico della NPI. Valutazione del QI effettuata dalla Neuropsichiatria mediante WISC III che riporta un punteggio di 78. Preso in carico dalla NPI per difficoltà scolastiche, nel 2016 veniva effettuata una segnalazione al Tribunale per i Minorenni di Milano relativa al difficile clima familiare del paziente; Successivamente alla segnalazione il ragazzo veniva ricoverato presso una comunità della zona. Durante tale periodo effettuava un primo ricovero presso il locale SPDC nell'aprile 2019 per comparsa di anomalie comportamentali. Al compimento della maggiore età, nel novembre 2019, rientrava al domicilio ove si ritirava spendendo la maggior parte del proprio tempo navigando su internet e giocando al PC. Veniva comunque riferito un quadro di discreto compenso e funzionamento scolastico fino all'estate del 2020, quando veniva riportata la comparsa di ideazione persecutoria (idea di essere controllato mediante microchip e telecamera del computer) e dispercezioni uditive che lo portavano a ritirarsi nella propria stanza da letto. Valutato da specialista privato che prescriveva terapia con Aloperidolo, tuttavia questa non veniva mai assunta dal paziente. La condizione di scompenso culminava nel novembre 2020 con un ricovero nel nostro SPDC, dopo che il paziente veniva accompagnato dal padre in PS per stato di agitazione psicomotoria con agito autolesivo (taglio superficiale al polso) ed importante stato di angoscia.

In reparto veniva impostata terapia antipsicotica (inizialmente Aripiprazolo, poi sostituito per inefficacia con Paliperidone e successivamente con Aloperidolo) con riduzione degli aspetti angosciosi e miglioramento del contatto; in particolare apparivano sostanzialmente risolti i fenomeni dispercettivi, pur rimanendo ideazione paranoide solo ridimensionata, ricondotta alla convinzione che un individuo conosciuto giocando online avrebbe violato il suo computer installandovi un software per monitorarlo da remoto. All'osservazione durante il ricovero erano emersi aspetti comportamentali peculiari: il ragazzo appariva infatti richiestivo in maniera talvolta rigida e bizzarra, con istanze che sottendono aspetti ritualistici; presentava inoltre importante alterazione del ciclo sonno-veglia che lo portavano a rimanere sveglio durante la notte e a dormire al mattino, non rispondendo alle terapie ipnoinducenti.

Dopo alcuni tentativi falliti da parte dei familiari di presa in carico specialistica da privato, il paziente è stato preso in carico dal CPS di Voghera. Nel corso dei mesi il paziente ha continuato a manifestare un atteggiamento caratterizzato da totale acriticità di malattia e da persistenti anomalie del comportamento oltreché scarsa compliance alle terapie. Si è impostata terapia con olanzapina, con solo parziale efficacia sulla sintomatologia, che il paziente assumeva quotidianamente in CPS anche nell'ottica di garantire una valutazione continua dello stato psichico e familiare.

Rientra in reparto (settembre 2021) al culmine di uno stato di angoscia sostenuto da ideazione persecutoria, per la quale da diversi mesi il paziente viveva isolato nella serra del vivaio del padre in condizione di scarsa igiene e di iporessia. Durante il ricovero è stata impostata Clozapina, con marcato beneficio sul quadro produttivo e parziale miglioramento della sintomatologia negativa. Attualmente il paziente appare vigile, lucido ed orientato. Tranquillo ed adeguato alle regole di reparto. Il contatto permane fatuo, con scarso coinvolgimento affettivo nelle relazioni; il tono timico è sostanzialmente indifferente. L'eloquio, per quanto povero, appare comunque fluido, coerente ed informativo. Non si evincono grossolane alterazioni del pensiero o della percezione. Profilo ipnico ed alimentare sono nei limiti di norma. Buona la compliance al progetto terapeutico proposto.

PROVA STRATTA
Eugenio C.



PROVA PRATICA N.2

IL CANDIDATO INDICHI IL PIANO TERAPEUTICO PER IL SEGUENTE CASO:

Paziente di sesso femminile, di 23 anni di età. Una nonna della paziente ha avuto vari ricoveri in ospedale psichiatrico per cause imprecisate. Infanzia "difficile" in quanto la paziente ha avuto sempre difficoltà a fare amicizie. Timida e introversa ha sempre avuto problemi scolastici in quanto manifestava una netta avversione per l'ambiente della scuola. Nello studio il rendimento era discontinuo, l'attenzione scarsa, le assenze dalla classe frequenti.

A partire dai 15 anni la paziente ha incominciato a manifestare alcune stranezze: chiusa per intere giornate nella sua stanza, fissando un libro o la parete rispondeva a monosillabi alla mamma che voleva sapere cosa avesse. Un giorno, a tavola, improvvisamente esclama che qualcosa le sta bruciando nel cervello e si allontana da casa prima che qualcuno possa fermarla. Torna dopo alcune ore, sembra ritornata normale, ma non dorme per tutta la notte e il giorno dopo si chiude in un mutismo assoluto.

Il medico di famiglia non riscontra nulla di patologico, attribuisce ciò che è accaduto ad un momento di crisi e prescrive un preparato vitaminico. Nei mesi successivi la paziente appare sempre più assente, distaccata dalla famiglia e dagli affetti, rifiuta di vedere i suoi amici, a volte fissa la TV senza apparentemente vederla, altre volte si guarda a lungo allo specchio con volto inespressivo, qualche volta ride da sola, altre volte ancora sembra assorta ad ascoltare qualcosa che non esiste.

Uno specialista consultato prescrive una terapia neurolettica che la paziente accetta con indifferenza e passività e che non ha apparentemente alcun esito. Le interazioni con la famiglia diminuiscono, il discorso appare sempre più impoverito, a volte la paziente dice cose poco comprensibili. Un giorno, improvvisamente appare agitata, angosciata e aggredisce senza motivo il fratello più piccolo, poi ricade nella sua passiva indifferenza che dura ormai da più di un anno. Un altro giorno dice alla madre, con volto inespressivo, di sapere con certezza di essere figlia di "un'altra donna" e di essere stata adottata. Si muove sempre di meno e, pur nella sua condizione di inattività, si addormenta molto tardi per svegliarsi poi a mezzogiorno. Rifiuta le terapie, per altro dimostratesi inefficaci, mangia molto fuori dai pasti, è aumentata di peso e si trascura sempre di più.

Ricoverata e sottoposta a terapia neurolettica intensiva con scarso esito, ritorna nella precedente condizione di apatia e abulia. Dopo tre anni improvvisamente fa un tentativo di suicidio ingerendo tutti i farmaci che ha trovato in casa. Ricoverata d'urgenza, quando le viene chiesto il motivo del suo gesto si limita a sorridere in modo allusivo.

Da allora rifiuta ogni terapia e ogni consultazione medica e passa la giornata totalmente inattiva, apparentemente insensibile agli stimoli, a tratti parlando o ridendo da sola, a tratti disegnando su di un quaderno simboli apparentemente indecifrabili.

PROVA NON ESTRATTA

Eleonora C.



PROVA PRATICA N.3

IL CANDIDATO INDICHI IL PIANO TERAPEUTICO PER IL SEGUENTE CASO:

Nasce da genitori affetti da gravi malattie mentali, conosciutisi in O. P. Il padre attualmente vive c/o l'Istituto Fatebenefratelli di San Colombano, la madre è deceduta nell'89 per coma diabetico.

All'età di 3 anni, a causa della difficoltà dei genitori nel prendersi cura della figlia, la paziente va a vivere in un collegio, a Giussago, dove rimane fino ai 7 anni, quando va a vivere con i nonni materni che rappresenteranno per lei delle figure molto importanti. A 13 anni, in seguito alla morte della nonna, resta a vivere col nonno, grazie anche all'aiuto di uno zio materno e della famiglia di questo. Un anno dopo muore la madre. All'età di 15 anni circa viene segnalata per la prima volta al Servizio di NPI di Voghera per la comparsa di difficoltà relazionali fino al ritiro sociale, rituali, vissuti di solitudine, insonnia, paure. La situazione peggiora gradualmente fino a configurare un vero episodio ^{critico} con fenomeni di depersonalizzazione, frammentazione, idee paranoide, fino al blocco catatonico, per cui la paziente viene ricoverata c/o la NPI di Pavia (febbraio '92). Alla dimissione viene ospitata c/o la Comunità "Protezione della Giovane" di Lodi. Nel Settembre '92, in seguito alla morte del nonno per ictus cerebri, presenta un nuovo peggioramento psicopatologico e compie un T.S. ingerendo della candeggina. Viene, quindi, nuovamente ricoverata a Pavia ed in seguito trasferita, dal Marzo '93, c/o la Comunità terapeutica "Delfini" sita c/o il Paolo Pini di Milano, dove resterà per circa 5 anni. In questo periodo vengono riferiti alcuni episodi critici

con sintomi depressivi, spesso reattivi a separazioni da figure importanti. Nel Maggio '99, dopo la presa in carico da parte del CPS di Stradella, la paziente viene trasferita c/o la Comunità "La Locomotiva" di Milano, dove resta fino al 29 Aprile scorso, proseguendo il percorso terapeutico in un ambiente più consono alla sua età.

Nell'Aprile 2002, in un'ottica di riavvicinamento al paese di origine, la paziente torna a Stradella, ospite c/o la Casa Famiglia del paese e inizia a frequentare il Centro Diumo di Stradella. Le dimissioni dalla Comunità di Milano rinforzano la sintomatologia psicopatologica rendendo ancora più instabile il tono dell'umore e risvegliando paure di abbandono. Il problema principale sembra correlato alla difficoltà di relazione, con una scarsissima capacità di regolare le distanze sia con gli operatori che con gli altri pazienti e una grande paura di separazioni. L'atteggiamento è spesso infantile, con tendenza al mettere alla prova gli operatori nella richiesta di rassicurazione e contenimento delle angosce.