



**PUBBLICO CONCORSO – PER TITOLI ED ESAMI – A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE
MEDICO DELLA DISCIPLINA DI PSICHIATRIA**

Criteria di valutazione fissati dalla commissione per l'espletamento del concorso:

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA SCRITTA:

- pertinenza, esposizione logica, appropriatezza di linguaggio;
- corretto e completo inquadramento dell'argomento;
- capacità di analisi e sintesi argomentativa.

Il superamento della prova scritta è subordinato al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 21/30.

TRACCE PROVA SCRITTA

Prova scritta nr. 1: Il percorso del paziente in CPS

Prova scritta nr. 2: Il percorso del paziente in una struttura riabilitativa

Prova scritta nr. 3: Le dimissioni dall'SPDC (prova estratta)

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA PRATICA:

- completo e corretto inquadramento del caso clinico;
- capacità di analisi e sintesi nella trattazione;
- appropriatezza di linguaggio.

Il superamento della prova pratica è subordinato al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 21/30.

TRACCE PROVA PRATICA

Prova pratica n. 1: vedi allegato

Prova pratica n. 2: vedi allegato

Prova pratica n. 3: vedi allegato (prova estratta)

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA ORALE:

- conoscenza dell'argomento proposto;
- capacità espositiva e di sintesi;
- appropriatezza del linguaggio.

Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 14/20.

TRACCE PROVA ORALE:

Prova orale n. 01: Vecchi e nuovi antidepressivi (prova estratta)

Prova orale n. 02: Stabilizzazioni dell'umore in gravidanza

Prova orale n. 03: Impostazione e continuità della terapia neurolettica

Seriate, 10/07/2024

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE
(Dott.ssa Novel Laura S.)

PROVA NON CONTRATA 10/07/2024
Rino Ferreri

PROVA PRATICA N. 1



Il candidato commenti il seguente caso clinico.

Riferita una bocciatura in 2° media inferiore. Ha poi conseguito il diploma CFP.

L'esordio psicopatologico sembra risalire al 2016, con lo sviluppo di ideazione delirante persecutoria su base interpretativa (timore di essere seguito e per l'incolumità per la propria vita, e quella dei familiari). Erano presenti anche dispercezioni uditive, sebbene le abbia sempre minimizzate, nella forma di stralci di conversazioni che interpretava come interferenze di antenne TV. È successivamente emersa un'ideazione delirante di tipo megalomaniaco per cui era convinto di lavorare come sviluppatore di software per la Microsoft.

Dato il quadro psicopatologico si è quindi optato per un ricovero in SPDC.

A ottobre 2019 il paziente è stato assunto con un contratto a tempo determinato a scadenza marzo 2020 presso una attività di gommista, a seguito dell'emergenza covid l'attività è rimasta ferma e non è stato rinnovato il contratto.

La rapida e stabile remissione ha favorito una condizione di buon compenso psichico fino al 2022. Questo gli ha consentito di essere assunto a tempo indeterminato c/o una ditta della zona per cui ha lavorato con impegno e continuità, nonostante le richieste prestazionali (lunghe trasferte quotidiane ecc.).

A novembre 2022 è improvvisamente morto il padre del paziente in circostanze traumatiche. Il paziente ha molto sofferto della cosa, rinchiudendosi progressivamente in una condizione di isolamento che lo ha portato a lasciare il lavoro, a pensare di "fuggire" da tutto e da tutti in Islanda inseguendo il miraggio in un inverosimile lavoro e a sfuggire le relazioni serrandosi in un mutismo inaccessibile anche da parte dei familiari. Con ciò ha coperto per mesi una condizione depressiva di rilevante gravità.

Nel frattempo il paziente ha ricevuto la proposta di lavoro da una ditta della zona, occasione che il paziente ha sempre reputato ottima sia come tipo di ambiente, sia come mansione, sia per la vicinanza a casa. La fragilità emotiva del momento non gli ha permesso di mantenere purtroppo una frequenza attiva, motivata e continuativa.

In quella fase, il suo malessere si è manifestato anche in forme di vomito mattutino.

Da parte del datore di lavoro c'è stata comprensione e collaborazione. Il paziente ha quindi mantenuto il posto di lavoro nonostante i lunghi periodi di assenza per malattia.

Con la morte del padre, D sembra aver scelto di ricoprire la responsabilità familiare volta a risolvere le difficoltà economiche della madre, ciò ha comportato in lui ulteriore stress.

La madre tuttavia descrive la vita del figlio come "sregolata", "passa il tempo libero al bar bevendo birre", "ha amicizie con persone che hanno una brutta nomea". In tale occasione sollecitato dal contesto descritto dalla madre D ha ammesso di aver abusato di alcool e sostanze (cocaina e cannabinoidi).

La madre ha manifestato vulnerabilità emotive e sovraccarico, non solo per la situazione di D ma anche per quella dell'altro figlio che sembra aver sviluppato anche lui una dipendenza da sostanze. Per tali motivi si è affidata ai servizi che hanno in carico D perché non sa come gestire la situazione.

PROVA PRATICA N. 2



Il candidato commenti il caso clinico

Trattasi di una paziente di 51 anni.

L'esordio della malattia risalirebbe alla fine degli anni '80, con la comparsa di dispercezioni uditive a carattere imperativo, aggressività e disorganizzazione comportamentale, con aspetti simbiotici rispetto alle figure parentali e periodi di chiusura autistica. Gli aspetti clinici più evidenti paiono legati ai tratti caratteriali: spiccata tendenza alla drammatizzazione, immaturità, tentativi di manipolazione dell'ambiente e delle persone di riferimento, impulsività e discontrollo comportamentale.

Ha sempre vissuto coi suoi genitori esasperandoli con richieste e comportamenti teatrali con i quali riusciva però a raggiungere i suoi scopi, nonostante i genitori si ponessero in modo critico, svalutante e talora aggressivo nei suoi confronti, descrivendola come viziata, ingrata e pigra, ne denunciassero l'incapacità a gestire il denaro e il continuo ricorso a spese eccessive (per la palestra, l'estetista, lo shopping, le sigarette, le multe...), la mancata partecipazione alle faccende domestiche, ecc. .

Dal 2018 si sono rapidamente susseguiti la diagnosi di malattia oncologica in stadio avanzato del padre, che ha, in poche settimane, condizionato dapprima il suo ricovero in Hospice e, dopo poco, il decesso. Venendo a mancare il padre, che primariamente si occupava dell'assistenza e dell'accudimento della moglie, affetta da Alzheimer conclamato, la madre della paziente è stata trasferita in una struttura per anziani.

Pur essendo vigile, lucida, orientata s/t e sul sé, la paziente è fatua, sempre piuttosto ansiosa, con umore altalenante, labilità emotiva, improvvise e frequenti crisi di pianto o agitazione; immatura, assume spesso atteggiamenti infantili, l'eloquio è vago e con nessi logici spesso lassi; non presenta franchi sintomi produttivi, sono però ricomparsi, in concomitanza degli avvenimenti, sopra descritti, spunti interpretativi di tipo persecutorio, che hanno reso difficoltosi i tentativi di supporto da parte dei Servizi e della rete informale.

La paziente è totalmente acritica e incapace di ritenere consigli, indicazioni, limiti ecc. .

Girovaga tutto il giorno. Insiste in maniera asfissiante per avere disponibilità di denaro che poi sperpera in cose futili. Se contraddetta reagisce malamente, alzando la voce e spintonando.

MIKOUA KHAKATA 11/01/2029

Filippo Jenucci

PROVA PRATICA N. 3



Il candidato commenti il caso clinico

La paziente è nata a termine da parto distocico; non sono note alterazioni dello sviluppo psicofisico. Ha conseguito il Diploma Magistrale con buon profitto, non lavora dal 1992.

I primi disturbi psichici sarebbero insorti all'età di sette anni in occasione della prima confessione quando la paziente non si sentì in grado di enumerare, completamente e nell'ordine considerato necessario, i 40 suoi peccati: l'angoscia derivante da tale evento la costringeva a lunghe meditazioni in solitudine per dirimere il dubbio se tale dimenticanza fosse occasionale oppure colpevolmente progettata. Poco tempo dopo, sempre nel corso delle confessioni, l'affiorare alla mente di una bestemmia, invalidava l'assoluzione costringendola a ripetere la confessione senza però riuscire a bloccare il ripetersi del fenomeno. A 12 anni decide di non frequentare più la Chiesa perchè fonte di insopportabile angoscia.

Dalla stessa età inizia il primo contatto clinico con uno neurologo e da quel momento si susseguono tentativi farmacologici ambulatoriali o in regime di ricovero.

L'inizio dell'attività lavorativa, come insegnante elementare, è contrassegnato dal timore di colpire inavvertitamente all'addome le bimbe di V elementare che già avevano avuto il menarca, causando così la morte dell'eventuale feto.

A 22 anni, dopo un periodo di fidanzamento di 4 anni, si sposa e compaiono le prime idee di contagio e le anomalie comportamentali sino a vere e proprie crisi pantoclastiche.

Nel 1979 si separa dal marito e rientra in casa dai genitori, nel 1982 ottiene la separazione definitiva.

La paziente ha da sempre manifestato un quadro clinico caratterizzato dalla presenza di timori assurdi di contaminazione e di minaccia nei confronti delle persone che la circondano, parole volgari e bestemmie che si presentano alla mente in maniera involontaria, di rituali di pulizia e decontaminazione della sua persona e della sua abitazione e di evitamento di situazioni in cui potrebbe passare all'atto danneggiando gli altri: tale sintomatologia pervadeva nell'intero la sua giornata non permettendole di utilizzare il tempo se non all'insegna di uno sforzo continuo volto ad esorcizzare le sue ossessioni mentre la notte veniva trascorsa a "riflettere" compulsivamente sulle sue azioni diurne.

Si obiettivavano inoltre disforia, angoscia, idee di contaminazione, episodi di discontrollo comportamentale con atteggiamenti aggressivi verso cose, crisi pantoclastiche seguite da fughe afinalistiche, incapacità di controllare l'aggressività con la messa in atto di tentativi suicidio alternate a lunghi periodi (anni) di isolamento sociale, mutacismo, apatia, assenza di iniziativa, perdita della capacità di attendere alla cura della propria persona e della quotidianità.

La gravità della sintomatologia determinava notevole sofferenza soggettiva e massiccio intralcio alla globalità del funzionamento personale, sociale e lavorativo sino ad arrivare ad una condizione di completo ritiro e rifiuto di ogni proposta di aiuto.