



**CONCORSO PUBBLICO**  
**per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato e tempo pieno di**  
**n. 4 posti di**  
**DIRIGENTE MEDICO – disciplina di PSICHIATRIA**

(scaduto in data 24.04.2022 - espletato in data 16.06.2022)  
 assolvimento obbligo aziendale di pubblicazione  
 ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.

**PROVE SCRITTE**

PROVA SCRITTA N. 1	Disturbo bipolare: intervento farmacologico e non farmacologico
PROVA SCRITTA N. 2	Il trattamento della depressione resistente
PROVA SCRITTA N. 3 (prova estratta)	Diagnosi e trattamento del delirium

**PROVE PRATICHE**

Interpretazione dei seguenti casi clinici

PROVA PRATICA N. 1	<p>Il signor S.M. è un paziente maschio di 50 anni, non noto ai nostri Servizi. Il paziente è descritto dalla famiglia come una persona solare e disinvolta nelle situazioni sociali; viene riportato come manifesti spesso sentimenti di demoralizzazione a abbattimento come reazioni a fattori stressanti ambientali minimi.</p> <p>Ha interrotto gli studi dopo le scuole medie per scarso interesse; ha svolto varie mansioni nella sua vita, attualmente lavora come saldatore. Ha avuto 5 figli da 5 diverse compagne. Dall'età di circa 20 anni frequenta la palestra 4 volte a settimana.</p> <p>Non sono note patologie internistiche di rilievo fino ad agosto 2021 con un ricovero in Cardiologia presso questo presidio per riscontro di FA ad elevata risposta ventricolare; precedentemente solo lobectomia polmonare destra in seguito ad evento infettivo all'età di circa 40 anni. Ha interrotto l'assunzione delle terapie prescritte in autunno per riferito benessere.</p> <p>Secondo quanto riferito dai fratelli, da circa vent'anni abuserebbe di sostanze stupefacenti (cocaina e cannabinoidi) e avrebbe compiuto diversi percorsi terapeutici, sia ambulatoriali che comunitari: tali inserimenti sarebbero stati tuttavia fallimentari e il paziente avrebbe ripreso il consumo di sostanze dopo poco tempo.</p> <p>L'anamnesi psichiatrica familiare è riportata come negativa.</p> <p>Nel marzo 2022 giungeva in PS condotto dalle Forze dell'Ordine in seguito a episodio di agitazione psicomotoria al domicilio. Effettuava esame tossicologico delle urine che risultava poi negativo; l'alcolemia in PS era di 2.3 g/dL. Riferiva di non assumere la terapia farmacologica prescritta da Curante privato.</p> <p>Al colloquio appariva vigile, lucido, orientato nei parametri spazio-temporali. L'atteggiamento era confidenziale, tendeva a ridurre la distanza interpersonale. L'eloquio era formalmente corretto, accelerato, logorroico e difficilmente interrompibile; il flusso idetico presentava labilità dei nessi associativi. Emergevano ideazione megalomantica e spunti di interpretatività nei confronti</p>
--------------------	--

	<p>della compagna e dei datori di lavoro. Il tono dell'umore era espanso, riferiva estremo benessere. Reticente circa l'uso di sostanze stupefacenti, con fatica ammetteva terapia con Antabuse 1 cp/die prescritta dal MMG, ma tendeva a minimizzare l'abuso alcolico. Riferiva importante conflittualità con la compagna e stress lavorativo nell'ultimo periodo. Veniva ricoverato in SPDC.</p> <p>In seguito al ricovero e all'impostazione di adeguata terapia farmacologica, si è assistito a un netto miglioramento del quadro psicopatologico, per cui il paziente veniva dimesso e trasferito presso una struttura riabilitativa per un periodo di convalescenza di quattro settimane. Venti giorni dopo la dimissione dalla struttura il paziente si presentava spontaneamente in PS riferendo episodi di ansia acuta, soprattutto in posizione eretta, associati a tremori e sensazione di instabilità posturale. Alla valutazione appariva vigile, lucido, orientato nei parametri s-t, eloquio formalmente corretto; l'umore era deflesso e poco modulabile, appariva preoccupato per la propria condizione clinica, riferendo di non riconoscere la sintomatologia descritta come propria; lamentava ridotta capacità di prendere decisioni, apatia e ridotta quota di energia (avrebbe infatti smesso di praticare completamente attività fisica). Riferiva di assumere correttamente la terapia prescritta. Negava abuso di sostanze/alcol. Alla luce del quadro clinico si concordava ricovero in SPDC.</p>
<p>PROVA PRATICA N. 2</p>	<p>La sig.ra S.P., di anni 56, veniva ricoverata presso il SPDC nel maggio 2022. Giungeva in PS con richiesta di ASO emesso dalla specialista del CPS territorialmente competente in seguito a numerose segnalazioni giunte da parte della madre e all'irreperibilità della paziente.</p> <p>Alla valutazione in PS e nei giorni seguenti durante il ricovero emergeva un costrutto delirante persecutorio strutturato, non criticato e pervasivo sul piano emotivo e comportamentale. La paziente riferiva di un complotto ai suoi danni architettato da numerose figure in combutta tra loro con l'obiettivo comune di rovinarla. Non riferiva dispercezioni e non si obiettivano fenomeni suggestivi di ascolto. Inizialmente il quadro clinico si caratterizzava anche da disorganizzazione idetica e comportamentale con pensiero circostanziato, tangenziale e deragliante. L'umore si caratterizzava per momenti di irritabilità secondari alla convinzione che anche i curanti dell'equipe ospedaliera e gli operatori fossero in contatto con i suoi persecutori esterni.</p> <p>In anamnesi somatica un intervento di quadrantectomia, nessuna patologia cronica e nessuna terapia domiciliare in atto.</p> <p>In anamnesi remota un precedente ricovero in SPDC nel 2009 all'età di 43 anni. In seguito la paziente avrebbe interrotto i contatti con il servizio territorialmente competente.</p> <p>La sig.ra P. Vive da sola e mantiene scarsi rapporti con i familiari (ha un figlio il quale avrebbe interrotto i rapporti con lei da anni) e amicali. Vive in modo tendenzialmente ritirato e con poche interazioni sociali. Lavora come impiegata. Il funzionamento nel corso degli anni si è mantenuto nel complesso adeguato fino al primo ricovero, in seguito è andato incontro a progressivo scadimento, ma nel complesso si è mantenuto sufficiente.</p> <p>Nel periodo precedente il ricovero, concomitante anche la pandemia da COVID 19, si è assistito ad un peggioramento del ritiro sociale con difficoltà a mantenere regolarmente la frequenza lavorativa e con progressive difficoltà economiche che avrebbero poi portato a difficoltà nel pagamento del mutuo con esacerbazione delle tematiche persecutorie omnicomprensive di ogni figura avente a che fare con il lavoro e le problematiche bancarie.</p> <p>Dopo ricovero di 4 settimane e impostazione di terapia la paziente appariva maggiormente critica riguardo le tematiche deliranti che risultavano meno pervasive su emotività e comportamento. Veniva inviata alla curante territoriale per prosecuzione della terapia e dei controlli.</p>
<p>PROVA PRATICA N. 3 (prova estratta)</p>	<p>La sig.ra CC è paziente è una donna di 47 anni, secondogenita con una sorella di 7 anni maggiore. Il padre è morto nel 2005 per complicanze legate ad un tumore osseo. Madre vivente, in passato trattata chirurgicamente per tumore alla mammella. Si segnala una familiarità materna per episodi depressivi trattati con terapia psicofarmacologica.</p>

Nata a termine da parto eutocico. Durante l'infanzia viene segnalata una maggior suscettibilità alle infezioni polmonari, in seguito le viene diagnosticato asma bronchiale. Il rendimento scolastico è sufficiente senza bocciature ma con scarso interesse dimostrato per gli studi effettuati, ha conseguito il diploma di chimico-analista presso IFP.

Successivamente inizia a lavorare come operaia, mantenendo un rendimento lavorativo costante. Nel corso di circa 25 anni di lavoro cambia azienda una sola volta ma senza cambiare sostanzialmente le mansioni. Vengono descritte dalla paziente 3 relazioni sentimentali importanti, tra cui l'ultima con il compagno con cui convive attualmente, iniziata circa 3 anni fa.

Dal punto di vista somatico si segnala un intervento estetico al naso a 18 anni. Una frattura del calcagno del piede sinistro 4 anni fa, per il controllo del dolore le venivano prescritti antidolorifici per i quali sviluppa una certa dipendenza.

Fin dall'adolescenza vengono segnalati impulsività, repentini sbalzi di umore, abuso di alcol e varie sostanze stupefacenti (cocaina, amfetamine, ecstasy, cannabis), episodi di discontrollo emotivo alternati a periodi di clinofilia reattivi a situazioni contingenti (fine di relazioni sentimentali, litigi con i familiari).

Un precedente ricovero nel 2019 in SPDC per ingestione incongrua di farmaci (antidolorifici) insieme ad alcol. Durante la degenza veniva ripetutamente modificata la terapia per riferita insorgenza di diversi effetti collaterali. Veniva dimessa alla stabilizzazione della terapia e del quadro clinico.

Giungeva dopo circa 2 anni presso PS del nostro presidio ospedaliero per calo timico e ideazione anticonservativa riferendo di voler compiere il gesto con la cinghia della tapperella al domicilio. Ammetteva in tale sede aumento significativo dell'uso di cocaina e alcol nelle ultime settimane (gli esami di laboratorio effettuati confermavano tale dato).

Durante la degenza la paziente si era mostrata poco incline al cambiamento della terapia. Poco reciproca nella relazione. Eutimica, a tratti irritabile, non sintomi psicotici attivi. L'ideazione anticonservativa presentata all'ingresso inizialmente non criticata è parsa priva di strutturazione e senza reale progettualità, verbalizzata sulla base di un senso di vuoto interno aggravatosi nell'ultimo periodo. Presente inoltre eccessiva cura dell'aspetto fisico. Appariva vischiosa nei confronti dei codegenti maschi. Dai colloqui effettuati erano emerse problematiche sentimentali con il compagno iniziate nelle settimane precedenti al ricovero. Si è dunque progressivamente cercato un'alleanza terapeutica per delle modifiche alla terapia che hanno portato ad un maggiore controllo del quadro di acuzie psicopatologica e all'accettazione di un percorso psicoterapico, prima rifiutato.

### **PROVE ORALI**

PROVA ORALE N. 1 (prova estratta)	La depressione dell'anziano
PROVA ORALE N. 2	Psicopatologia correlata al COVID
PROVA ORALE N. 3	L'esordio psicotico

### **CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE**

Artt. 11, 14, 20, 21, 22, 23 e 27 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483