

Commissione esaminatrice della mobilità pubblica per titoli e colloquio, tra Aziende ed Enti del comparto Sanità, per la copertura di n. 1 posto a tempo pieno e indeterminato di Dirigente Medico disciplina neuropsichiatria Infantile da assegnare alla "UFC Salute Mentale Infanzia e Adolescenza Nord Ovest" - ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 165/01 e ss.mm.ii..

Le tracce della prova orale svoltasi in data 19/02/2026 sono le seguenti (rif. Verbale n. 1 del 19/02/2026):

PROVA n. 1

A. Caso: Marco - 8 anni

- **Anamnesi:** il bambino giunge in visita per una "goffaggine motoria" e una marcata resistenza ai cambiamenti della routine scolastica che sfocia in crisi d'ansia. Frequenta il III anno della scuola primaria dove le insegnanti rilevano lettura lenta e difficoltà di scrittura. Sebbene lo sviluppo del linguaggio sia stato precoce, i genitori riferiscono un uso del vocabolario insolitamente ricercato ed interessi inusuali per un bambino (es. funzionamento dei motori a scoppio). Recentemente i genitori hanno notato la tendenza a urtare gli stipiti delle porte sul lato sinistro, interpretata come "distrazione". In anamnesi patologica remota si segnalano coliche nel primo semestre di vita e la presenza di macchie cutanee stabili.
- **EO:** presenza di 6 macchie caffè-latte distribuite su tronco e arti e segno di Crowe positivo. Lieve ipotonia assiale; alla marcia, base allargata e deviazione sistematica verso sinistra. Durante l'osservazione, il bambino evita lo sguardo diretto e non comprende battute e modi di dire.
- **Esami e Test:** WISC-IV: ICV 102, IRP 88, IVE 80, IML 89. RMN Encefalo: evidenza di aree di iperintensità in T2 a carico dei gangli della base e del cervelletto a sinistra ed ispessimento a carico dei nervi ottici captante mezzo di contrasto.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali-psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** Atrofia Muscolare Spinale (SMA): descrivere l'eziopatogenesi, classificazione clinica e le attuali innovazioni terapeutiche.

PROVA n. 2

A. Caso clinico: Luca - 5 anni

- **Anamnesi:** Luca è descritto dai genitori come un bambino estremamente socievole, quasi "invadente" con gli adulti, ma isolato dai coetanei che lo percepiscono come "strano". Presenta un linguaggio fluente, ricco di termini ricercati, ma spesso ripetitivo e privo di reale scambio comunicativo. Ha sofferto di reflusso gastroesofageo severo e scarso accrescimento nei primi due anni di vita. È presente un soffio cardiaco sistolico mai indagato in precedenza. A scuola fatica a impugnare la matita, non riesce a ritagliare e cade spesso durante l'ora di educazione fisica.
- **EO:** facies caratteristica: fronte ampia, radice del naso schiacciata, labbra piene e guance cadenti. Ipereflessia ai ROT degli arti inferiori; modesta ipotonia del tronco.

- **Esami e Test:** WISC-IV: QIT 65 profilo cognitivo disomogeneo caratterizzato da significativa discrepanza tra le abilità verbali e le abilità pratico concrete a discapito di queste ultime. ABAS-II: GAC 67.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali- psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** Paralisi cerebrali infantili: definizione, eziologia, classificazione (topografica, disordini del movimento), diagnosi differenziale, spiegazione scala Gross Motor Function Classification System (divisione in livelli e utilità clinica) e trattamenti farmacologici.

PROVA n. 3

A. Caso clinico: Alessandro – 6 mesi

- **Anamnesi:** nato a 36 settimane di e.g. con peso di 2.200 g. I genitori riferiscono che il bambino mangia volentieri ed è molto sorridente, ma i movimenti a carico delle gambe appaiono da sempre ridotti. Iniziale lallazione. Quando viene sollevato, le gambe si irrigidiscono e si incrociano, rendendo difficile il cambio del pannolino. La motricità oculo-manuale appare buona: afferra gli oggetti con entrambe le mani portandoli sulla linea mediana. Non storia di crisi epilettiche né regressione delle tappe raggiunte; il controllo del capo è stato raggiunto intorno ai 4-5 mesi.
- **EO:** ipertono bilaterale agli arti inferiori con schema in adduzione, motricità a carico degli arti inferiori povera, semplificata, con movimenti ripetuti di flessione-estensione; riflessi osteotendinei polcinetici e segno di Babinski presente. Non deficit stenici né posturing patologico a carico degli arti superiori.
- **Esami e Test:** RMN encefalo: esiti di leucomalacia periventricolare (PVL) con assottigliamento del corpo calloso posteriore.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali- psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** S. di Angelman: descrivere la presentazione clinica, eziologia e possibili diagnosi differenziale della S. di Angelman.

PROVA n. 4

A. Caso clinico: Matteo – 6 anni

- **Anamnesi:** tappe del neurosviluppo in epoca. Da circa tre mesi il bambino ha iniziato a non rispondere se chiamato e sembra non comprendere le richieste che i genitori o gli insegnanti gli fanno, portando tutti a sospettare una sordità. Ha progressivamente smesso di comprendere istruzioni semplici con contestuale regressione del linguaggio. Sono comparsi risvegli notturni associati a pianto. I genitori segnalano di trovare spesso il cuscino bagnato. A scuola è diventato aggressivo, maggiormente irritabile con conseguente tendenza all'isolamento, rifiutando ogni interazione verbale.
- **EO:** negativo per deficit focali; evidente stato di ansia e frustrazione

comunicativa.

- Esami e Test: audiometria normale. Somministrata con parziale collaborazione Leiter-3: QIT 80. EEG veglia/sonno: in veglia anomalie temporo-parietali bilaterali che in sonno configurano un quadro di ESES e Spike-Wave-Index (SWI) in sonno non-REM >80%.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali- psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** Distrofia muscolare di Duchenne: descrivere eziologia, segni clinici precoci, significato diagnostico dell'iperCKemia ed importanza della diagnosi genetica per l'accesso alle nuove terapie molecolari.

PROVA n. 5

A. Caso clinico: Tommaso - 5 anni

- Anamnesi: inviato dal pediatra per ritardo globale dello sviluppo e problematiche comportamentali. Nato da gravidanza normodecorsa, parto a termine. Tappe dello sviluppo: controllo del capo a 7 mesi circa e deambulazione autonoma intorno ai 18 mesi. Da qualche mese i genitori riferiscono anche la comparsa di una disregolazione dal punto di vista alimentare con tendenza alla voracità.
- EO: obesità, ipotonia diffusa. Facies peculiare con bocca piccola e labbro superiore sottile, angoli della bocca rivolti verso il basso, mani e piedi piccoli.
- Esami e Test: WPSSI-III: scala verbale 57, scala performance 59. ABAS-II: GAC 63. CBCL 1½-5 anni compilato da entrambi i genitori: si rilevano punteggi in area clinica per “comportamenti aggressivi”, “condotte oppostive” e per “disturbi pervasivi del neurosviluppo”. Visita endocrinologica con riscontro di deficit GH, peso >97° pc, altezza 25° pc.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali- psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** Sclerosi Tuberosa: illustrare eziologia, criteri diagnostici maggiori e minori e opzioni terapeutiche in caso di epilessia associata.

PROVA n. 6

A. Caso clinico: Edoardo - 10 mesi

- Anamnesi: Bambino di 9 mesi, portato in osservazione per ritardo motorio progressivo, ipotonia e comparsa di episodi di vomito a getto, isolati. Parto a termine, con parametri nella norma. Nei primi mesi di vita sviluppo motorio regolare, poi rallentamento marcato: controllo del capo a 5 mesi, posizione seduta autonoma non ancora acquisita. La crescita ponderale è al 3° percentile. Durante le infezioni, anche di lieve entità, segnalati episodi di marcata letargia e vomito.
- EO: ipotonia marcata con iporeflessia, ptosi bilaterale, nistagmo.

- Esami e Test: Griffith-III: Scala A 83, Scala B 80, Scala C 71, Scala D 88, Scala E 75. RMN Encefalo: iperintensità simmetriche nei nuclei della base. Agli esami ematici si rileva acidosi lattica ematica.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali- psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** Sindrome di West: delineare la triade diagnostica classica, l'epoca di insorgenza e le principali eziologie (sintomatiche vs. criptogenetiche). Descrivere il protocollo terapeutico farmacologico di prima linea.

PROVA n. 7

A. Caso clinico: Alessio - 15 anni

Anamnesi: Alessio giunge per deliri persecutori e voci sussurrati. In passato ha effettuato logopedia per insufficienza velo-faringea. In anamnesi remota intervento cardiocirurgico neonatale per malformazione dei grossi vasi. Riferite frequenti infezioni delle alte vie respiratorie.

- EO: naso a radice larga, dita affusolate. Voce nasale, scoliosi.
- Esami e Test: PANSS: punteggi in fascia clinica. Ipocalcemia (7.3 mg/dL). CGH-Array: microdelezione 22q11.2.

Formulare ipotesi diagnostica, diagnosi differenziale, approfondimenti clinico-strumentali- psicodiagnostici ed indicazioni riabilitative e/o farmacologiche.

- B.** Sindrome di Charcot-Marie-Tooth: descrivere eziologia, inquadramento clinico delle neuropatie ereditarie motorio-sensitive e le caratteristiche delle due forme principali CMT1 e CMT2.

I criteri adottati per la correzione della prova orale (rif. Verbale n. 1 del 19/02/2026) sono i seguenti:

- conoscenza degli argomenti richiesti, completezza e chiarezza della risposta, capacità espositiva e di sintesi.

Letta confermata e sottoscritta:

Il Presidente: Dott.ssa Cornelia Alba MURANO _____

I Componenti: Dott.ssa Stefania MELLI _____

Dott. Simone TAVANO _____

La Segretaria: Simona Parrini _____

Empoli, 19/02/2026