



VERBALE N. 3

L'anno 2026, il giorno 19 ore 8:30 del mese di Maggio presso l'Aula "Dusmet" primo Piano del P. O Garibaldi Centro, Piazza S. Maria di Gesù 5 Catania, si riunisce la Commissione Esaminatrice nominata, giusta deliberazione n. 266 del 16/03/2026, per l'espletamento della Selezione pubblica, per titoli e colloquio per il conferimento, ai sensi dell'art. 15-octies Dlgs 502/1992 di n. 2 incarichi nel profilo professionale di Tecnico di Neurofisiopatologia, relativamente alla Convenzione Ministeriale e al Progetto a valere su fondi PNRR per la ricerca biomedica dal titolo: "*The effects of endoscopic third ventriculostomy versus ventriculoperitoneal shunt on neuropsychological performance and motor functions in Normal pressure hydrocephalus: a multicentric study*"- Principal Investigator Dott.ssa Francesca Graziano CUP D63C24000230006.

La Commissione Esaminatrice risulta così composta:

Dott. Alessandrello Raffaele	Presidente
Dott.ssa Panebianco Mariangela	Componente
Dott. Greco Salvatore	Componente
Dott.ssa Alessandra Lucia Vasta	Segretario

Constatata la regolare costituzione della Commissione e la legalità dell'adunanza, essendo presenti tutti i componenti, è dichiarata aperta la seduta.

La Commissione, richiamati i precedenti verbali, procede agli adempimenti preliminari all'espletamento del colloquio.

Tutto ciò premesso, la Commissione dà atto:

- dell'avviso di convocazione per l'espletamento della prova pubblicato in data 16/04/2026 presso la sezione "Amministrazione Trasparente - Concorsi- Selezioni PNRR-Anno 2025" del sito internet aziendale www.ao-garibaldi.ct.it e trasmesso ai candidati ammessi all'indirizzo pec personale



dei candidati secondo le modalità e i termini previsti dall'art. 6 dell'avviso pubblico relativo alla procedura in premessa;

- delle recenti *FAQ in materia di trattamento dei dati personali dei partecipanti alle procedure concorsuali per finalità di pubblicità e trasparenza delle recenti disposizioni normative* in merito alla quali il Garante per la Protezione dei dati personali ha elaborato delle linee di indirizzo per il trattamento, in sede di pubblicazione, dei dati personali dei partecipanti alle procedure concorsuali/selettive cui le P.A sono chiamate a conformarsi nel rispetto del principio di riservatezza dei candidati.

La Commissione per quanto concerne la valutazione della prova colloquio:

- richiama i criteri stabiliti in seno al verbale n. 1 del 10/04/2026;
- prende atto che dispone di n. 14 punti per la valutazione della prova di cui trattasi, e che per l'inserimento nella graduatoria, i candidati devono riportare un punteggio non inferiore a 9/14;
- prende atto, altresì che, i quesiti da somministrare durante il colloquio, sono finalizzati alla valutazione del possesso di adeguate conoscenze informatiche e digitali e di un'adeguata conoscenza della lingua inglese.

La Commissione quindi, procede alla definizione delle domande (Allegato 1), in numero superiore rispetto al numero dei convocati, da somministrare come di seguito:

- n. 15 domande nella materia oggetto dell'incarico da conferire;
- n. 15 domande di informatica;
- n. 15 estratti di un articolo di letteratura scientifica in lingua inglese da leggere e tradurre.

Pertanto, la Commissione prepara complessivamente n. 45 buste anonime, sigillate e siglate da ciascun componente, ognuna contenente i quesiti numerati progressivamente.

Alle ore 10:00 si dà inizio alla prova. Il Segretario procede all'appello dei candidati convocati di cui si registra la presenza mediante esibizione di valido documento di riconoscimento (Allegato n. 2).

Il Presidente Dott. Alessandrello illustra lo svolgimento della prova ai candidati, specificando che ciascuno di loro estrarrà una busta contenente una coppia di quesiti relativi alla materia oggetto dell'incarico, una contenente un quesito di informatica e una contenente un estratto di un articolo in lingua inglese da leggere e tradurre.

Prima dello svolgimento del colloquio a ciascun candidato presente, è comunicato il punteggio conseguito nella valutazione dei titoli (Allegato n. 3).

Il colloquio viene espletato con il consenso di tutti i candidati in ordine alfabetico e ciascun candidato procede all'estrazione di n. 3 buste (ognuna relativa a ciascun argomento), ne dà lettura, sottoscrive il foglio riportante la domanda ed appone accanto alla propria firma la dicitura "domanda estratta".



Successivamente, firma un elenco (Allegato n. 4), in corrispondenza del proprio nominativo indicando il numero delle domande estratte afferenti alle materie oggetto della prova.

A conclusione dell'espletamento di tutti i colloqui, la Commissione procede all'apertura delle buste non estratte avvalendosi della collaborazione della D.ssa P.G.

I quesiti residui sono i seguenti:

- numero coppia di quesiti in materia relativa all'incarico da conferire: 1,2,5,6,7,8,9,10,11,13;
- numero quesiti in materia di informatica: 1,2,3,4,8,11,12,13,14,15;
- numero estratti dell'articolo di letterature scientifica in lingua inglese: 1,2,3,4,6,7,9,12,13,14.

In corrispondenza delle domande non estratte, è apposta dal candidato P.G la dicitura "domanda non estratta" e la firma. I quesiti non estratti sono, infine, inseriti nelle relative buste.

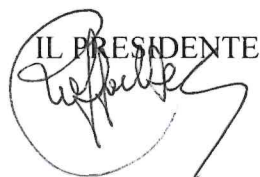
A questo punto, la Commissione si riunisce, in assenza dei candidati esaminati per stabilire collegialmente il punteggio da attribuire a ciascuno di essi (Allegato n. 5) e di cui è data comunicazione mediante affissione sulla porta del locale in cui si è svolta la prova stessa.

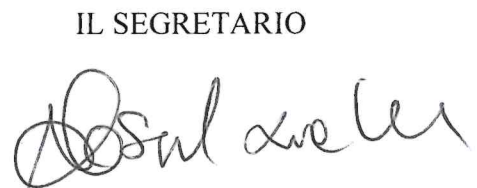
La Commissione, conclusi tutti gli adempimenti procede alla predisposizione della graduatoria di merito (Allegato n.6), dando mandato al Segretario di trasmettere gli atti della Commissione all'UOS *Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria, Gestione Fondi Psn, Politiche del Personale e Relazioni Sindacali*.

La seduta si chiude alle ore 12:30.

Del che si è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

I COMPONENTI


IL PRESIDENTE


IL SEGRETARIO




SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO, AI SENSI DELL'ART. 15-OCTIES DLGS 502/1992, DI N. 2 INCARICHI DI TECNICO DI NEUROFISIOLOGIA RELATIVAMENTE ALLA CONVENZIONE MINISTERIALE E AL PROGETTO A VALERE SU FONDI PNRR PER LA RICERCA BIOMEDICA DAL TITOLO: "THE EFFECTS OF ENDOSCOPIC THIRD VENTRICULOSTOMY VERSUS VENTRICULOPERITONEAL SHUNT ON NEUROPSYCHOLOGICAL PERFORMANCE AND MOTOR FUNCTIONS IN NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS: A MULTICENTRIC STUDY" – PRINCIPAL INVESTIGATOR DOTT.SSA FRANCESCA GRAZIANO, CODICE PROGETTO PPNRR-MCNT2-2023-12377469, CUP: D63C24000230006

ALLEGATO N. 1 ELENCO QUESITI

QUESITI NELLA MATERIA OGGETTO DELL'INCARICO

- 1A Quali sono i parametri principali da valutare in uno studio di conduzione nervosa?
- 1B Differenza tra stato di male epilettico convulsivo e non convulsivo all'EEG.
- 2A Qual è il significato della F-wave e come viene utilizzata nello studio delle radicolopatie?
- 2B Ruolo dei PES nel Monitoraggio Intraoperatorio2B.
- 3A Differenza tra onda F e riflesso H: meccanismo fisiologico e applicazioni cliniche.
- 3B Quantitative EEG (qEEG) nelle malattie neurologiche.
- 4A Come distingueresti, tramite esami neurofisiologici, una neuropatia assonale da una demielinizzante?
- 4B Ruolo dei PEM nel Monitoraggio Intraoperatorio.
- 5A Quali sono le principali fonti di errore tecnico negli esami di neurofisiologia?
- 5B Cosa significa un pattern EEG di attività punta-onda continua fronto-temporale.
- 6A Cosa si intende per attività spontanea a riposo e quali sono i principali reperti patologici?

6B Applicazioni cliniche e terapeutiche della Stimolazione Magnetica Transcranica.

7A Come si modificano i potenziali di unità motoria nelle neuropatie e nelle miopatie?

7B Pattern EEG nelle encefaliti.

8A Cos'è il reclutamento e come varia nelle patologie neurogene e miogene?

8B Caratteristiche EEG nel SONNO REM.

9A Descrivere il pattern EMG nella sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

9B Caratteristiche EEG nel sonno NREM.

10A Come si differenzia una miastenia gravis da una sindrome miastenica di Lambert-Eaton all'esame elettrofisiologico?

10B Ruolo dei BAEP /PEA nel Monitoraggio Intraoperatorio.

11A Cosa sono i potenziali evocati e quali tipi principali esistono?

11B EEG nell'accertamento di morte cerebrale.

12A Descrivere i potenziali evocati visivi (PEV): metodologia e significato clinico.

12 B Filtri e parametri EEG nell'accertamento di morte encefalica.

13A Descrivere i potenziali evocati somatosensoriali (PESS): metodologia e significato clinico.

13B Caratteristiche EEG del neonato.

14A Descrivere i potenziali evocati motori (PEM): metodologia e significato clinico.

14B Principali artefatti durante l'EEG per accertamento di morte encefalica.



Four handwritten signatures in black ink, arranged horizontally from left to right. The signatures are stylized and cursive, likely belonging to medical professionals.

15A Descrivere i potenziali evocati uditivi del tronco encefalico (ABR/BAEP): metodologia e significato clinico.

15B Applicazioni cliniche del brain mapping.

QUESITI DI INFORMATICA



1. Che cos'è un sistema informativo sanitario (SIS)?
2. Che cos'è la cartella clinica elettronica (CCE)?
3. A cosa serve il PACS in neurofisiopatologia?
4. Che cos'è il formato DICOM?
5. Che cos'è un EEG digitale?
6. Qual è il vantaggio dell'archiviazione digitale degli esami neurofisiologici?
7. Che cos'è la telemedicina in neurofisiologia?
8. Qual è la funzione del server ospedaliero?
9. Che cosa si intende per autenticazione informatica?
10. Perché è importante la protezione dei dati sanitari?
11. Che cos'è il GDPR in ambito sanitario?
12. Che cosa significa "backup" dei dati clinici?
13. Quale funzione ha un software di refertazione?
14. . Che cos'è un database sanitario?
15. Qual è il rischio principale di un attacco informatico in ospedale?

ESTRATTO DI ARTICOLO DI LETTERATURA SCIENTIFICA IN LINGUA INGLESE

Electroencephalography in stroke Care: From acute monitoring to Post-Stroke epilepsy

1. Stroke is the second leading cause of death and the third leading cause of disability worldwide. Approximately one in four individuals will experience a stroke during their lifetime, representing around 12 million new strokes annually worldwide. As acute stroke care continues to improve, more patients survive the initial event, yet remain at risk for secondary neurological complications, including early seizures (ES) and post-stroke epilepsy (PSE). Among stroke survivors, around three to nine percent will experience ES and up to fourteen percent will develop PSE. Notably, PSE now accounts for nearly half of new-onset epilepsy in older adults.

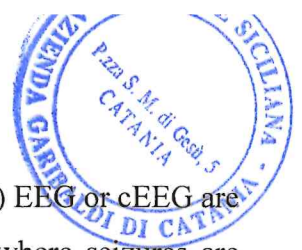


2. Electroencephalography (EEG), including its continuous (cEEG) and quantitative (qEEG) modalities, provides a real-time, non-invasive assessment of normal and abnormal brain activity. It might serve different purposes across the stroke care continuum: from detecting non convulsive seizures in the acute stroke unit and intensive care unit (ICU) setting to informing functional prognosis and guiding antiseizure medication (ASM) management in outpatient care. Moreover, EEG biomarkers may enhance the prediction of PSE when integrated with validated clinical scores such as SELECT or CAVE.

3. This article is a narrative review of the literature on EEG across the continuum of adult stroke care. We searched PubMed/MEDLINE for English-language publications on ischemic stroke, intracerebral hemorrhage, EEG, cEEG, qEEG, seizures, status epilepticus (SE) and PSE, and we complemented this search by screening the reference lists of relevant articles. Studies were selected on the basis of clinical relevance to diagnosis, monitoring, prognostication and long-term management rather than by formal systematic review methodology. This article summarizes the current evidence supporting EEG use in stroke care, emphasizing its role in diagnosis, monitoring, prognostication and long-term management. It also identifies knowledge gaps and proposes pragmatic strategies for integrating EEG into modern stroke workflows.

4. The incidence of acute symptomatic seizures within the initial week following a stroke is roughly 4% to 6% for ischemic stroke and 8% to 16% for hemorrhagic stroke (Fig. 1). (Balami and Buchan, 2012; Beghi et al., 2011; Derex et al., 2021; Szaflarski et al., 2008) When assessment is completed with EEG monitoring, allowing for the detection of sub clinical and nonconvulsive seizures, the incidence rises up to 30% in hemorrhagic stroke. (Balami and Buchan, 2012; Derex et al., 2021) SE occurrence is rarer in both contexts. However, it is comparatively elevated in hemorrhagic stroke, with rates ranging from 0.3% to 21%, in contrast to ischemic stroke, which ranges from 0.1% to 0.3%. (Balami and Buchan, 2012; Sinka et al., 2023) Acute symptomatic seizures may also occur in the setting of reperfusion therapies. However, current evidence suggests that thrombolysis and/or mechanical thrombectomy do not clearly increase seizure risk independently of the underlying stroke severity and infarct characteristics.

5. Consensus recommendations from the American Clinical Neuro physiology Society suggest that stroke patients with unexplained or persistent altered level of consciousness should undergo EEG or



cEEG monitoring to identify nonconvulsive seizures and SE.(Herman et al., 2015) EEG or cEEG are also recommended for individuals presenting with acute neurological deficits where seizures are suspected to be either mimics or complications, notably in patients with severe stroke, cortical involvement, or a prior history of seizures, as these groups are at an increased risk of developing epilepsy.(Carrera et al., 2006; Rao et al., 2020; Schubert et al., 2025) In critically ill patients, cEEG is preferred over standard EEG due to its superior ability to detect subclinical seizures. However, it is resource-intensive and its effect on clinical outcome remains uncertain.

6. The optimal duration of EEG monitoring remains incompletely defined, but it clearly extends beyond the duration of routine EEG recordings. In a Finnish cohort, 57.1% of all acute symptomatic seizures occurred within the first 24 h after stroke onset.(Roivainen et al., 2013) A prospective study of 665 ICU patients demonstrated that seizure risk is not simply time-dependent but strongly modulated by clinical and electrographic features. Specifically, patients with impaired consciousness and highly epileptogenic patterns, such as rhythmic and periodic patterns (RPPs), maintained an elevated risk well beyond 16 h, while low-risk patients without these features reached a seizure probability < 5% in under 30 min. These findings underscore the importance of tailoring cEEG duration based on both clinical status and EEG background rather than fixed time thresholds.

7. In a Finnish cohort, 6.3% of stroke survivors experienced seizures during the first year following the stroke, 2.4% during the second year, 1.3% during the third year, and 0.3% thereafter.(Roivainen et al., 2013) In a Danish cohort, the two-year cumulative incidence of PSE was between 3% and 4%, and the ten-year cumulative incidence was 5%. (Ebbesen et al., 2024) In a Dutch cohort, a 5-year risk of 3.7% for ischemic stroke and 7.6% for intracerebral hemorrhage in young adults was reported.(Verburgt; et al., 2025) Overall, approximately 3% to 10% of adult stroke survivors develop PSE within 2 to 5 years (Fig. 1), with higher rates observed following intracerebral hemorrhage (up to 8% to 13%) compared to ischemic stroke (approximately 3% to 8%).

8. The risk of PSE is two to four times higher following a hemorrhagic stroke compared to an ischemic stroke.(Lahti et al., 2017; Merkler et al., 2018; Nandan et al., 2023; Pozo Putalivo et al., 2025; Verburgt; et al., 2025) In cases of ischemic stroke, several risk factors have been identified, including stroke severity (as indicated by high score on the National Institute of Health Stroke Scale), cortical involvement, early clinical seizures, hemorrhagic transformation, infarcts in the anterior circulation, and, more specifically the middle cerebral artery territory, temporal lobe involvement, multilobar regions, watershed infarction, low Barthel index at discharge, younger age, and non-white race.



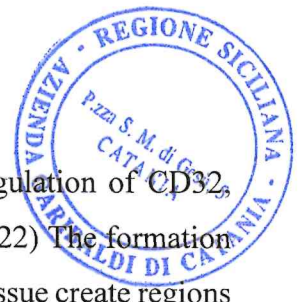
Regarding hemorrhagic stroke, a large hematoma volume is also believed to be associated with an increased risk of PSE.

9. Although the absence of EEG abnormalities does not exclude risk for subsequent PSE, acute-phase EEG abnormalities, particularly sporadic epileptiform discharges, highly epileptiform RPPs, such as LPDs, electrographic seizures, as well as regional slowing, are independently correlated with an elevated risk of developing PSE. (Chen et al., 2021; Pitk" anen et al., 2016; Schubert et al., 2025; Silverman et al., 2002; Tatillo et al., 2024) The detection of these EEG biomarkers within the first seven days following a stroke enhances the five-year risk of developing epilepsy to 42%, in contrast to 13% among individuals without such findings. Additionally, regional slowing of brain activity doubles this risk. (Schubert et al., 2025; Tatillo et al., 2024). Prediction models incorporating these clinical and electrographic risk factors have been developed.

10. The mechanisms leading to PSE remain only partially understood. Whereas early seizures mainly reflect acute metabolic failure, excitotoxicity and transient network instability, PSE emerges from longer-term structural and functional reorganization, including gliosis, maladaptive synaptic plasticity, disruption of the blood-brain barrier, persistent neuroinflammation and the formation of meningocerebral cicatrices. Gliosis and glial cell activation, mediated by interleukin-6 and other inflammatory mediators, elevate neuronal hyperexcitability and facilitate epileptogenesis. (Altman et al., 2019; Balami et al., 2011; Phan et al., 2022) Maladaptive plasticity, such as aberrant axonal and synaptic sprouting, is promoted by thrombin and protease-activated receptor 1, resulting in permanent circuit dysfunction and epileptic foci.

11. Chronic disruption of the blood-brain barrier is often observed in regions of prior infarction and is strongly associated with PSE, as demonstrated by imaging studies that demonstrate sustained permeability in epileptogenic areas years after the stroke. (Pitk" anen et al., 2016) Persistent neuroinflammation, characterized by the upregulation of HLA-DR and downregulation of CD32, alters immune responses and further reduces the seizure threshold. (Phan et al., 2022) The formation of meningocerebral cicatrices and patchy microlesions within partially destroyed tissue create regions of borderline perfusion and metabolic dysfunction, which are susceptible to epileptiform activity.

12. Chronic disruption of the blood-brain barrier is often observed in regions of prior infarction and is strongly associated with PSE, as demonstrated by imaging studies that demonstrate sustained permeability in epileptogenic areas years after the stroke. (Pitk" anen et al., 2016) Persistent



neuroinflammation, characterized by the upregulation of HLA-DR and downregulation of CD32, alters immune responses and further reduces the seizure threshold. (Phan et al., 2022) The formation of meningocerebral cicatrices and patchy microlesions within partially destroyed tissue create regions of borderline perfusion and metabolic dysfunction, which are susceptible to epileptiform activity.

13. Small vessel disease, particularly within the temporal lobe, is associated with late-onset epilepsy and may contribute to epileptogenesis through occult microinfarctions and network disruption. (Pitk' anen et al., 2016) Cortical injury, particularly after MCA stroke, induces ipsilateral thalamic atrophy. (Reidler et al., 2018; Xia et al., 2021) This secondary thalamic degeneration disrupts intrathalamic inhibition, potentially altering the balance between excitatory and inhibitory signals. (Johnston et al., 2024) Concomitantly, cortical lesions impair the reticular nucleus of the thalamus (nRT), reducing its intrinsic excitability and weakening inhibitory control over thalamocortical relay neurons, thereby fostering excessive thalamocortical output and abnormal network dynamics. (Johnston et al., 2024; Van Wijngaarden et al., 2016) In line with these mechanisms, patients with PSE show reduced modularity of thalamic networks, reflecting impaired functional connectivity within thalamic circuits.

14. Whether or not cEEG improves outcome is uncertain. Also, cEEG access remains limited in many places. Patients' selection with the 2HELPS2B or SeLECT score might help optimize the allocation of resources. Combining early 1-hour EEG with the 2HELPS2B score can help guide monitoring duration and seizure risk stratification (Fig. 3). Patients with a score of 0 may discontinue monitoring, while scores of 1 or ≥ 2 warrant extended cEEG. Subsequently SeLECT-EEG scoring supports long-term planning: low scores (0–3) indicate standard stroke follow-up, intermediate scores (4–6) suggest early epilepsy referral and high scores (7–8) may justify considering ASM initiation.

15. Portable EEG devices, including dry electrode caps, are increasingly used for rapid identification of large vessel occlusion (LVO) stroke. QEEG metrics, such as the Brain Symmetry Index and theta/alpha ratio, have demonstrated high diagnostic accuracy for LVO triage, with area under the curve (AUC) values up to 0.91 for the Brain Symmetry Index in recent research. These diagnostic tools enable early triage to stroke centers for endovascular therapy, but limitations include data quality issues and the need for further integration with other diagnostic modalities to optimize accuracy and workflow efficiency.



SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO, AI SENSI DELL'ART. 15-OCTIES DLGS 502/1992, DI N. 2 INCARICHI DI TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA RELATIVAMENTE ALLA CONVENZIONE MINISTERIALE E AL PROGETTO A VALERE SU FONDI PNRR PER LA RICERCA BIOMEDICA DAL TITOLO: "THE EFFECTS OF ENDOSCOPIC THIRD VENTRICULOSTOMY VERSUS VENTRICULOPERITONEAL SHUNT ON NEUROPSYCHOLOGICAL PERFORMANCE AND MOTOR FUNCTIONS IN NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS: A MULTICENTRIC STUDY" – PRINCIPAL INVESTIGATOR DOTT.SSA FRANCESCA GRAZIANO, CODICE PROGETTO PPNRR-MCNT2-2023-12377469, CUP: D63C24000230006

ALLEGATO N. 3 PUNTEGGIO TITOLI

CANDIDATO	PUNTEGGIO TITOLI
B. F.	2,70
C. P.	1,10
C. A.	3,00
F. F.	2,10
F. C. N. S.	2,80
F. G.	1,10
G. S.	2,10
G. D. M.	0,60
L. D.	2,50
L. P.	2,80
L. C. E.	2,10
P. M.	0,50
P. G.	2,00
T. G.	1,00

he *CF* *de* *pu*



SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO, AI SENSI DELL'ART. 15-OCTIES DLGS 502/1992, DI N. 2 INCARICHI DI TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA RELATIVAMENTE ALLA CONVENZIONE MINISTERIALE E AL PROGETTO A VALERE SU FONDI PNRR PER LA RICERCA BIOMEDICA DAL TITOLO: "THE EFFECTS OF ENDOSCOPIC THIRD VENTRICULOSTOMY VERSUS VENTRICULOPERITONEAL SHUNT ON NEUROPSYCHOLOGICAL PERFORMANCE AND MOTOR FUNCTIONS IN NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS: A MULTICENTRIC STUDY" – PRINCIPAL INVESTIGATOR DOTT.SSA FRANCESCA GRAZIANO, CODICE PROGETTO PPNRR-MCNT2-2023-12377469, CUP: D63C24000230006

ALLEGATO N. 4 QUESITI ESTRATTI

CANDIDATO	N COPPIA DI QUESITI (Materia oggetto dell'incarico)	N. QUESITO DI INFORMATICA	N. QUESITO DI INGLESE	FIRMA DEL CANDIDATO
B. F.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
C. P.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
C. A.	14A 14B	5	15	Luigi M.
F. F.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
F. C. N. S.	15A 15B	6	3	[Signature]
F. G.	4A 4B	10	10	Giorgio Flano
G. S.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
G. D. M.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
L. D.	3A 3B	10	11	Dolce Luigi
L. P.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
L. C. E.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
P. M.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
P. G.	12A 12B	7	5	Palone Giuseppe
T. G.	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO, AI SENSI DELL'ART. 15-OCTIES DLGS 502/1992, DI N. 2 INCARICHI DI TECNICO DI NEUROFISIOLOGIA RELATIVAMENTE ALLA CONVENZIONE MINISTERIALE E AL PROGETTO A VALERE SU FONDI PNRR PER LA RICERCA BIOMEDICA DAL TITOLO: "THE EFFECTS OF ENDOSCOPIC THIRD VENTRICULOSTOMY VERSUS VENTRICULOPERITONEAL SHUNT ON NEUROPSYCHOLOGICAL PERFORMANCE AND MOTOR FUNCTIONS IN NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS: A MULTICENTRIC STUDY" – PRINCIPAL INVESTIGATOR DOTT.SSA FRANCESCA GRAZIANO, CODICE PROGETTO PPNRR-MCNT2-2023-12377469, CUP: D63C24000230006.

ALLEGATO N. 5 ESITO COLLOQUIO

CANDIDATO	PUNTEGGIO COLLOQUIO
B. F.	ASSENTE
C. P.	ASSENTE
C. A.	13/14
F. F.	ASSENTE
F. C. N. S.	11/14
F. G.	13/14
G. S.	ASSENTE
G. D. M.	ASSENTE
L. D.	10/14
L. P.	ASSENTE
L. C. E.	ASSENTE
P. M.	ASSENTE
P. G.	11/14
T. G.	ASSENTE

(Handwritten signatures)



SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO, AI SENSI DELL'ART. 15-OCTIES DLGS 502/1992, DI N. 2 INCARICHI DI TECNICO DI NEUROFISIOLOGIA RELATIVAMENTE ALLA CONVENZIONE MINISTERIALE E AL PROGETTO A VALERE SU FONDI PNRR PER LA RICERCA BIOMEDICA DAL TITOLO: "THE EFFECTS OF ENDOSCOPIC THIRD VENTRICULOSTOMY VERSUS VENTRICULOPERITONEAL SHUNT ON NEUROPSYCHOLOGICAL PERFORMANCE AND MOTOR FUNCTIONS IN NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS: A MULTICENTRIC STUDY" – PRINCIPAL INVESTIGATOR DOTT.SSA FRANCESCA GRAZIANO, CODICE PROGETTO PPNRR-MCNT2-2023-12377469, CUP: D63C24000230006.

ALLEGATO N. 6 GRADUATORIA PROVVISORIA

N.	CANDIDATO	PUNTEGGIO TITOLI	PUNTEGGIO COLLOQUIO	PUNTEGGIO COMPLESSIVO
1	C. A.	3,00	13	16
2	F. G.	1,10	13	14,10
3	F. C. N. S.	2,80	11	13,80
4	P. G.	2,00	11	13,00
5	L. D.	2,50	10	12,50