



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale “Città di
Torino”**

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

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

Criteria di valutazione Commissione e tracce delle prove

PROVA SCRITTA:

Nella valutazione della prova scritta, la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- livello e profondità di preparazione professionale circa l'argomento oggetto della prova a concorso;
- chiarezza e coerenza espositiva;
- capacità di sintesi concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova.
-

PROVA SCRITTA N. 1

Quali sono le principali differenze tra il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e l'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)?

PROVA SCRITTA N. 2

Indicazioni, somministrazione e modalità di monitoraggio dei trattamenti con Clozapina.

PROVA SCRITTA N. 3

Descriva la Diagnosi Differenziale tra un quadro di Delirium e di Psicosi Delirante e quali interventi clinici-farmacologici da attuare nel breve periodo.

PROVA PRATICA:

Nella valutazione della prova pratica, la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- grado di conoscenza della tecnica oggetto della prova e livello di sicurezza nell'approccio della stessa;
- chiarezza espositiva

PROVA PRATICA NUMERO 1

Un paziente di 28 anni arriva in pronto soccorso accompagnato dal 118. Le forze dell'ordine sono intervenute per primi in strada mentre il paziente si strappava di dosso vestiti e urlando tirava calci contro le macchine parcheggiate. All'arrivo del 112 e dell'ambulanza, il paziente si mostrava agitato confabulante, verbalmente aggressivo. Il personale medico dell'ambulanza ha somministrato in emergenza ketamina 5 mg/Kg intramuscolo ottenendo una progressiva tranquillizzazione che ha consentito il trasporto in ospedale. All'arrivo in pronto soccorso, paziente di nuovo vigile, verbalmente aggressivo. Non fornisce le proprie generalità, non dispone di documenti o di un telefono dal quale si possa risalire a persone di riferimento. Eloquio concitato, logorroico, contenuti deliranti a sfondo megalomane. Igiene personale scarsa, FC 120/min, PA 160/95 mmHG, a tratti presenza di spasmi muscolari, piccoli segni di bruciatura sulle labbra e sulle dita mano destra. Non chiara la presenza di dispercezioni. Viene Chiamato dal Medico di Dea il consulente Psichiatra per stato di agitazione psicomotoria.

Come approccerebbe il paziente per la gestione dello stato di agitazione psicomotoria? Quali diagnosi differenziali considererebbe?

PROVA PRATICA NUMERO 2

Un signore, di 72 anni si presenta al CSM con un'impegnativa del MMG per visita psichiatrica urgente. Da circa 40 giorni il MMG aveva prescritto escitalopram 10 mg e alprazolam 0,5 mg una compressa alla sera, senza sostanziale beneficio. Al CSM il paziente si presenta accompagnato dal figlio. Il paziente appare sufficientemente lucido, collaborante, apparentemente orientato. Emerge un lieve rallentamento ideomotorio, sfumato tremore a riposo alla mano sinistra. Il pz riferisce difficoltà a concentrarsi, insonnia notturna, preoccupazioni di natura economica. Il figlio che vive lontano dal padre riferisce che negli ultimi mesi il padre lo chiama spesso riferendo preoccupazioni banali, appare lamentoso, forse depresso, nel passato invece, viene descritto come un uomo molto autonomo e risoluto. Vedovo da diversi anni, vive solo, in pensione da circa sette anni dopo carriera impiegatizia. Appare poco curato nell'igiene e nella persona. All'esame psichico diretto pensiero corretto in forma e contenuto, emergono pensieri di scoraggiamento e di generale preoccupazione legate al contesto di solitudine e timori economici. Riferisce di provare importante sintomatologia ansiosa prima di intraprendere compiti verso i quali normalmente non si era mai trovato in difficoltà.

Lamenta alvo alterato con stipsi ostinata, scarso appetito e sonno disturbato da frequenti risvegli. In anamnesi: diabete di tipo 2 in trattamento orale da 15 anni, ipertensione arteriosa in trattamento e buon compenso.

Come effettuerebbe l'assessment della situazione di questo paziente, che diagnosi differenziale si pone e quali interventi terapeutici si possono ipotizzare?

PROVA PRATICA NUMERO 3

Paziente di 22 anni seguito presso il csm da circa tre anni dopo un primo invio dallo specialista del DEA dove era stato visitato per episodio di agitazione psicomotoria in abuso di THC. I ricoveri effettuati nel tempo (in TSO e volontari) in SPDC non hanno portato nel medio periodo a nessuna sostanziale modificazione della sua situazione clinica in quanto il paziente ha mal tollerato l'ambiente di ricovero e non ha proseguito nell'assunzione delle cure successivamente alla dimissione, riprendendo invece immediatamente l'uso di sostanze. La prima diagnosi, quando il paziente aveva 18 anni, era stata di psicosi indotta da sostanze in abuso ripetuto ed abituale di THC.

Dal punto di vista psichiatrico il paziente presentava alterazioni del pensiero sia nella forma sia nel contenuto a tema paranoide e dispercezioni uditive con ripercussioni sul funzionamento globale.

Si è tentato di trattare la sintomatologia psicotica con terapie orali e poi intramuscolo del tipo long acting, ma l'adesione del paziente ai trattamenti è sempre stata molto volubile e nel complesso insufficiente.

Il consumo costante di sostanze psicotrope interferisce sia con il quadro clinico, che ne risulta aggravato, sia con la capacità del paziente di mantenere un comportamento corretto e di sostenere visite e terapie regolari.

Rete familiare carente, il padre si è allontanato da casa quando il paziente aveva 7 anni e la madre spesso assente per lavoro e per assistere il padre anziano e malato.

Il paziente al momento presenta un quadro psicotico florido con analisi di realtà deficitaria. La costanza nelle cure è solo parziale e la consapevolezza di malattia debole e fluttuante.

La terapia attualmente è costituita da antipsicotico long acting somministrato ogni 3 mesi:

Trevicta 525 mg 1 fiala ogni 3 mesi cui si aggiungono ansiolitici secondo necessità.

In questi ultimi mesi si è intensificato il consumo di sostanze con ripercussioni ulteriormente negative sul comportamento.

Quale percorso terapeutico e riabilitativo individuale si può ipotizzare per questo paziente?

PROVA ORALE:

Nella valutazione della prova orale, la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- livello di conoscenza degli argomenti oggetto della prova;
- chiarezza e sicurezza nell'esposizione;
- capacità di sintesi coniugata ad appropriatezza terminologica.

ELENCO DOMANDE PROVA ORALE

1. l'Amministrazione di Sostegno
2. L'intervento medico-psichiatrico in stato di necessità
3. IL Piano Individuale di Trattamento (PTI)
4. La Differenza tra consulenza, assunzione in cura e presa in carico
5. La valutazione del rischio suicidario
6. Le strutture residenziali per i pazienti psichiatrici (DGR84)
7. Le Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)
8. I Centri Diurni
9. La famiglia del paziente nei Servizi di Salute Mentale
10. Disabilità e salute mentale
11. Intossicazione acuta da litio: sintomi e potenziali cause;

12. Esistono farmaci con documentato effetto antisuicidario?
13. Antidepressivi ed Allattamento: quali evidenze ed indicazioni?
14. Agitazione psicomotoria: fallimento di tecniche di de-escalation, quali farmaci?
15. Acatisia: cause e trattamento.
16. Discinesie tardive: fattori di rischio e trattamento.
17. Effetti avversi degli antipsicotici
18. La terapia antipsicotica LAI
19. Trattamento farmacologico dell'Episodio Maniacale
20. Trattamento farmacologico della depressione bipolare
21. Trattamento farmacologico del disturbo d'attacco di panico
22. Trattamento farmacologico della depressione in gravidanza
23. Effetti avversi extrapiramidali – cause e trattamento
24. Cosa si intende per stato di necessità
25. Le commissioni UVG
26. Le commissioni UMVD
27. I percorsi Residenziali in Piemonte
28. Cosa si intende per equipe multidisciplinare del csm
29. Possibili complicazioni della contenzione e procedura
30. Come inquadrare gli stati psicotici insorti in tarda età
31. Assessment di uno stato delirante in dea

32. I rischi per la salute associati alla schizofrenia
33. Come strutturare un intervento domiciliare in una patologia psichiatrica cronica?
34. Cos'è la posizione di garanzia del medico
35. gestione del segreto professionale
36. obbligo di referto
37. assessment del rischio suicidario
38. aspetti salienti della consulenza psichiatrica in altri reparti ospedalieri
39. farmaci psichiatrici maggiormente associati con l'aumento di peso
40. cosa fare in caso di sindrome maligna da neurolettici
41. proposte terapeutiche in un pz con DA
42. gestione organizzativa e farmacologica di una paziente in stato di gravidanza
43. come approcciare una crisi depressiva in un paziente giovane
44. farmaci internistici che possono determinare effetti iatrogeni psichiatrici
45. elementi prognostici nel disturbo bipolare
46. cosa si intende per disturbo di personalità grave
47. elementi principali di trattamento del disturbo grave di personalità secondo le linee guida nice internazionali
48. in che modo il neutro imaging può aiutare nella dd di sintomi psichici
49. come fare dd di stato psicotico acuto in dea tra dt psichiatrici e abuso di sostanze
50. principali interventi domiciliari applicabili con il pz con patologia psichiatrica
51. differenze principali tra pensieri intrusivi e dispercezioni

52. principali criticità potenzialmente presenti nel passaggio da npi a psichiatria adulti
53. a cosa può servire intraprendere il percorso dell'invalidità civile
54. il ruolo delle associazioni di pazienti e familiari nel contesto di cura
55. i dispositivi di tutela: interdizione e amministrazione di sostegno.
56. il Disturbo ossessivo compulsivo diagnosi e trattamento
57. La privacy in un CSM