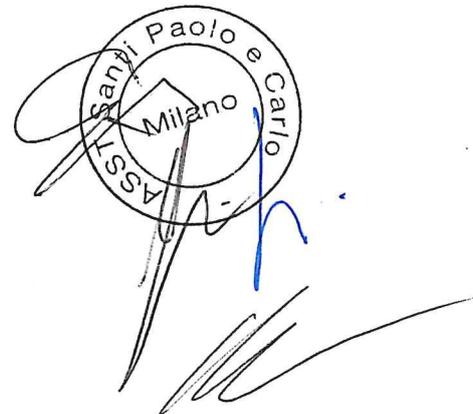


PROVA SCRITTA N. 1

Il candidato descriva le strategie di trattamento della depressione farmaco resistente

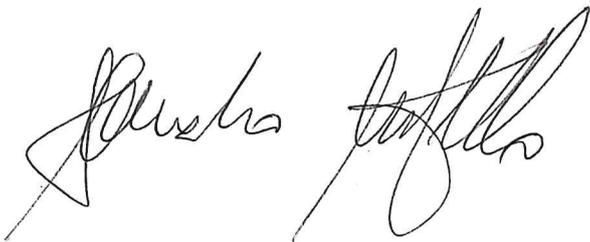
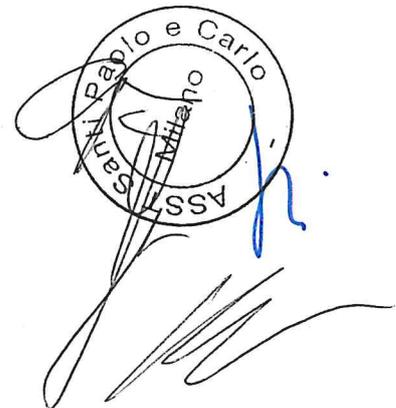
Giuseppe Pizzillo
PROVA SCRITTA



PROVA SCRITTA N. 2

Il candidato descriva le problematiche relative al trattamento dell'agitazione psicomotoria il Pronto Soccorso

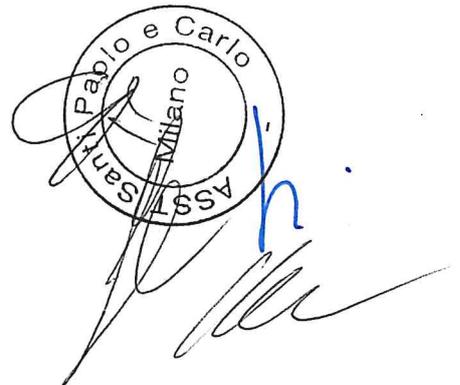
NON ESTRATTA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Piero" followed by a stylized surname.A circular stamp from the ASST (Azienda Sanitaria) of San Pio e Carlo in Milan. The stamp contains the text "ASST San Pio e Carlo" and "Milano". A handwritten signature in black ink is written over the stamp, and a blue ink scribble is present to the right of the stamp.

PROVA SCRITTA N. 3

Il candidato descriva le evidenze scientifiche recenti relative al tema degli stati mentali a rischio

PROVA NON ESTRATTA
Alessandro Ghisla



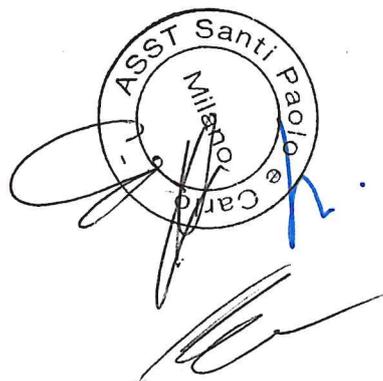
Prova Pratica 1

PP è un ragazzo di 19 anni, vive con i genitori, un fratello più grande e una sorella più piccola. La madre lo accompagna dallo psichiatra e racconta il motivo della visita urgente. Da quattro mesi PP è molto irritabile e durante la settimana prima della attuale visita ha avuto due “crisi di aggressività” diretta verso oggetti di casa. Alterna momenti in cui è apatico e disinteressato, ad altri in cui si chiude in bagno o in camere ed esce solo dopo molte insistenze. Da due settimane si rifiuta di uscire con gli amici e di andare a scuola. Il profitto è sempre stato poco più che sufficiente (studiare non gli piace) ma ora è così scarso da fargli correre il rischio di perdere l’anno. Il giorno prima della visita attuale, la madre lo ha visto mentre si osservava con molta attenzione in uno specchio e che alla fine piangeva silenziosamente. Alle ripetute sollecitazioni della madre a confidarsi con lei, aveva solo detto che era disperato perché il suo aspetto era disastroso. Non aveva voluto aggiungere altro.

Durante il colloquio PP è molto teso, risponde con tono di voce angosciato. PP accetta di confidarsi e premette: “lei penserà che sono pazzo, non ho parlato con nessuno perché sono sicuro che gli altri lo penserebbero”. Mi sento brutto, ho il naso e il mento troppo sporgenti e il resto della faccia è troppo piatta. Mi sento osservato e per cercare di non far guardare agli altri il mio naso, mi metto un berretto tipo da baseball, così mi sento meno esposto. Sono diventato molto più insicuro, non riesco a guardare gli altri in faccia perché subito noto che loro mi guardano il naso e il mento e che hanno una espressione di compatimento. Dicendo questo, PP appare molto imbarazzato, arrossisce vistosamente e la voce gli trema. Sei mesi fa ho chiesto a una ragazza di uscire e lei mi ha detto di no. Io ci sono rimasto male, ne ho parlato con mio fratello maggiore che si è messo a ridere e mi ha detto di cercarne un’altra. Io ho pensato tanto al motivo del rifiuto della ragazza e a un certo punto mi è venuto il dubbio di avere qualcosa che non andava. Mi sono guardato con attenzione e mi sono reso conto del mio aspetto. Ora sono disperato. PP ammette che fino a quattro mesi prima non aveva mai pensato di essere “orribile”, ma ora passa molto tempo a controllarsi allo specchio e non riuscire a pensare ad altro.

Il candidato illustri schematicamente la problematica psichiatrica emergente dal caso clinico e definisca le linee di approfondimento. Alla luce dei dati attuali il candidato descriva i provvedimenti da attuare nella prospettiva di un programma di cura appropriato.

PROVA NON
ESTRATTA 



Prova Pratica 2

PR giunge in Reparto di Psichiatria, in seguito al ricovero in Rianimazione per un mancato suicidio. E' stata trovata priva di coscienza dalla sorella che era tornata a casa in anticipo dal lavoro. Questo è il secondo suicidio mancato. PR ha 26 anni, ha un aspetto dimesso, è sovrappeso, pallida, l'aspetto e l'abbigliamento sono poco curati. Al colloquio è orientata S/T e sul sé.

Al ricovero appare poco interessata, ipomimica, con scarsa partecipazione emotiva. Riferisce intensa angoscia. Ha idee di riferimento di intensità delirante (persone che incontra casualmente quando esce di casa, si soffierebbero il naso per comunicarle che succederanno delle disgrazie a lei e ai familiari), ideazione persecutoria (sconosciuti le vorrebbero fare del male), idee di colpa rispetto alla patologia della madre (affetta da un tumore) di cui si sente responsabile. Esprime rammarico per non aver portato a termine il gesto suicidario. Nega la presenza di dispercezioni sia nell'attualità, che in passato. La critica è assente specialmente verso l'ideazione persecutoria.

La raccolta anamnestica evidenzia sviluppo nella norma, menarca a 13 anni cicli regolari. Vive con i genitori e la sorella. Ha frequentato fino al 3 anno di Istituto Tecnico con rendimento discreto. Non termina perché stanca di studiare. Successivamente svolge attività di baby sitter e segretaria. Disoccupata da 3 anni, non ha più cercato lavoro e non lo desidera.

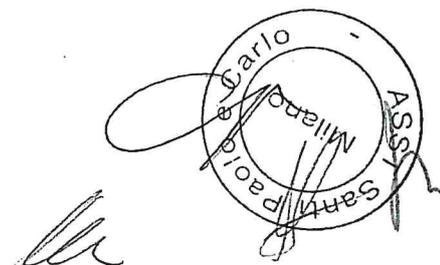
Non risulta abuso di alcool/sostanze. Fin dall'adolescenza marcata sospettosità che le fa ridurre molto la vita sociale. Dall'età di 21 anni ritiro sociale totale, senza amicizie né rapporti affettivi validi al di fuori di quelli familiari. A 20 anni comparsa di idee persecutorie dopo un evento traumatico: partecipa ad una festa con la sorella e alcuni amici di quest'ultima e al termine di questa si ritrova senza sapersi spiegare come, sdraiata in un letto con i vestiti slacciati per cui teme di aver subito violenza sessuale. Progressiva strutturazione dell'ideazione persecutoria con insorgenza di ideazione di riferimento.

A 25 anni, in seguito alla diagnosi di tumore della madre, grave peggioramento della sintomatologia persecutoria. Si rivolge a uno psichiatra e viene trattata con Risperidone 3 mg con discreta efficacia sui sintomi ma con insorgenza di amenorrea. In seguito al mancato suicidio ricovero presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di competenza. Dopo due settimane, viene trasferita presso altra struttura dove la paziente era già in cura. Al momento del trasferimento Piera presentava ideazione persecutoria (convinzione che la vogliano rapire per farla prostituire all'estero), ideazione di riferimento, ideazione di colpa nei confronti della patologia della madre. Critica di malattia assente.

Sei mesi dopo, secondo mancato suicidio per assunzione di farmaci. Giustifica i due suicidi mancati come tentativi di salvare la madre a tutti i costi (se "io muoio, lei si salva").

Il candidato illustri schematicamente la problematica psichiatrica emergente dal caso clinico e definisca le linee di approfondimento. Alla luce dei dati attuali il candidato descriva i provvedimenti da attuare nella prospettiva di un programma di cura appropriato.

PROVA ESTRATTA



Prova Pratica 3

GV è una donna di 44 anni casalinga, sposata e con due figlie, si presenta riferendovi una storia clinica caratterizzata da importanti sbalzi di umore e psicosi. Vi dice che, da circa una settimana, si sente depressa, astenica, disperata, ha pensieri di colpa. Nega ideazione suicidaria. La paziente afferma di avere ricevuto una diagnosi di Disturbo bipolare di tipo 2 all'età di 22 anni: peraltro la sintomatologia è sempre stata lieve e non ha mai interferito in maniera importante con la qualità della sua vita.

Durante le sue fasi ipomaniacali aveva una ridotta necessità di sonno, era più attiva, piena di energia, il tutto accompagnato da una certa impulsività, specie per lo shopping. A suo parere negli ultimi due anni la sintomatologia è peggiorata per intensità, diventando mania franca di tipo psicotico con ideazione delirante, allucinazioni uditive.

Durante questi periodi maniacali la paziente riferisce di avere fatto "un sacco di sciocchezze". Ad esempio, durante l'ultima fase maniacale di qualche mese prima, era convinta che il caporeparto di un lussuoso negozio di abbigliamento dove si era recata a fare spese, si fosse innamorato di lei e volesse avere con lei dei rapporti sessuali. Lo ha aspettato fino alla chiusura del negozio e lo ha pedinato fino a casa. Il giorno dopo, con uno stratagemma si è fatta dire dalla portiera il nome e per settimane lo ha assediato con messaggi scritti lasciati nella casella della posta. Fermata per eccesso di velocità, ha litigato ed è venuta alle mani con la polizia stradale ed alla fine per quell'episodio venne ricoverata in TSO.

Nessuna storia di abuso di sostanze né di allergia.

Da un punto di vista fisico la paziente gode buona salute a parte, negli ultimi due anni, una fastidiosa, cronica sinusite che periodicamente si riacutizza e per la quale lo specialista otorinolaringoiatra prescrive, ogni volta dei cicli di antiinfiammatori e di cortisone. L'ultimo ciclo è stato qualche settimana prima con 30 mg di prednisone.

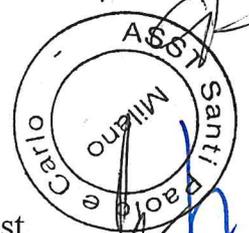
Il candidato illustri schematicamente la problematica psichiatrica emergente dal caso clinico e definisca le linee di approfondimento. Alla luce dei dati attuali il candidato descriva i provvedimenti da attuare nella prospettiva di un programma di cura appropriato.

PROVA NON
ESTRATTA 



PROVA ORALE

1. Riabilitazione e trattamenti integrati nella schizofrenia e nei disturbi mentali gravi
2. Costruzione di un percorso diagnostico terapeutico per la rilevazione e il trattamento degli esordi psicotici
3. Farmaci antipsicotici di prima generazione, di seconda generazione e a rilascio prolungato: pro e contro
4. Il Centro Psicosociale nella rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e connessioni operative con gli altri servizi dell'area socio-sanitaria
5. Aspetti organizzativi e gestione dei percorsi di cura per il paziente con disturbi psichici autore di reato
6. Problematiche attuali relative al tema della prevenzione dei disturbi mentali gravi
7. Indicazioni terapeutiche per il Disturbo Borderline di Personalità
8. Trattamento della depressione con ideazione suicidaria
9. Indicazioni e le controindicazioni relative all'utilizzo di antidepressivi in gravidanza
10. Le diverse tipologie di Strutture Residenziali psichiatriche che operano nel sistema sanitario regionale in Lombardia
11. La terapia antidepressiva in un soggetto anziano
12. Prevenzione degli agiti aggressivi in SPDC
13. Indicazioni terapeutiche per il trattamento della depressione post partum
14. Interventi farmacologici e psicosociali in un caso di esordio di psicosi
15. Personalizzazione degli interventi nella schizofrenia
16. Interventi riabilitativi per i disturbi mentali gravi fondati su evidenze scientifiche consolidate
17. Indicazioni cliniche e caratteristiche organizzative dei percorsi di residenzialità leggera



PROVA ORALE

18. Utilizzo di clozapina nei disturbi mentali gravi
19. Problematiche diagnostiche e di trattamento del disturbo ossessivo compulsivo
20. Screening dei disturbi psichici del periodo perinatale
21. Il disturbo post traumatico da stress
22. Diagnosi differenziale tra disturbo schizoaffettivo e disturbo bipolare e conseguenti indicazioni di trattamento
23. Trattamenti senza consenso in psichiatria
24. Problematiche cliniche relative al riconoscimento e al trattamento del disturbo ADHD nell'adulto
25. Problematiche relative al ricovero di soggetti minorenni in SPDC

