

## **PROVA PRATICA**

**PROVA PRATICA N. 1: “Caso clinico B.M. 29 anni” (Prova non Estratta)**

**PROVA PRATICA N. 2: “Caso clinico A.M.” (Prova non Estratta)**

**PROVA PRATICA N.3: “Signor P.A. 52 anni” (Prova Estratta )**

### **CRITERI DI VALUTAZIONE:**

Il candidato dovrà descrivere in maniera precisa e puntuale le conoscenze in merito per l'applicazione nella pratica professionale.

La valutazione degli elaborati da parte della commissione esaminatrice terrà conto della correttezza, proprietà del linguaggio, attinenza alla traccia data nonché della completezza nell'esposizione.

## Prova Pratica N° 1

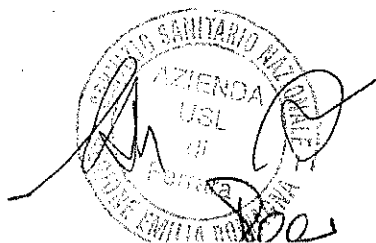
Signor BM 29 anni

M è in cura al servizio da 4 anni, da quando la madre si presentava al Servizio segnalando la condizione di disagio in cui versava il figlio che, da oltre sei mesi, si era progressivamente ritirato in casa, interrompendo senza apparente e comprensibile motivo ogni contatto e relazione con gli amici, isolandosi nella propria stanza in attività solitarie (computer e TV in modo pressoché esclusivo).

M viene descritto dalla madre come un bambino "difficile" che ha necessitato molto precocemente di sostegno psicologico. Non ha mai avuto problemi di apprendimento ma ha sempre manifestato importanti difficoltà ad allontanarsi dall'ambiente familiare. Per tale motivo non ha frequentato la scuola materna e, fin dai primi anni della scuola dell'obbligo, ha mostrato notevole impaccio nelle relazioni, sia con i compagni sia con gli insegnanti. Numerose e frequenti sono le assenze da scuola per episodi di malessere generale, cefalea, febbre, dolori gastrici con vomito ripetuto, in ragione dei quali consegue il diploma di scuola media inferiore concludendo l'ultimo anno quasi senza frequentare, studiando a casa.

Terminata la scuola dell'obbligo ha svolto alcuni lavori per brevi periodi fino a 19 anni, da allora non ha svolto più alcun lavoro proficuo. Conseguita la patente non mai guidato né ha mostrato interesse verso tale attività. Verso i vent'anni si allontana dai coetanei, abbandona il gruppo di amici rifiutando le loro visite e i loro inviti. In famiglia si mostra depresso ed irritabile, a tratti scontroso ed oppositivo, sempre più solo ed inaccessibile, chiuso a qualunque contatto interpersonale. Dopo la prima segnalazione della madre, di fronte al rifiuto del paziente di qualsiasi proposta di intervento, con il consenso dei genitori ed in assenza di elementi psicopatologici maggiori, la situazione comportamentale è rimasta invariata. A distanza di circa tre anni, il perdurare della condizione di isolamento e disagio, su nuova sollecitazione dei genitori, si procedeva con un ricovero in regime di obbligatorietà.

Durante la degenza non emergeva una sintomatologia riferibile a disturbi del tono dell'umore. Il paziente si mostrava sufficientemente disponibile verso la proposta di cura formulata in modo integrato, farmacologica antipsicotica e riabilitativa con l'obiettivo condiviso e dichiarato di allargare l'articolazione socio-relazionale. Dopo pochi giorni dalla dimissione, ogni programma terapeutico viene interrotto, e rapidamente si assiste alla ripresa delle condotte precedenti, con un andamento progressivamente inaggravante, peggioramento del grado di isolamento, aumento della conflittualità intrafamiliare.



# PROVA PRATICA N° 2

## CASO CLINICO A.M.

A.M., uomo di 48 anni, Separato dalla moglie dal 2011, ha una figlia di minore età che vive con l'ex moglie. Attualmente vive da solo, presso un'abitazione di proprietà del fratello. I suoi genitori sono deceduti. Nello stesso anno, in seguito ad un ricovero in reparto internistico per grave esotossicosi da sostanze (alcool e cocaina), correlato alla presenza di uno stato di scompenso psicopatologico (episodio depressivo), è stato preso in carico presso servizio psichiatrico territoriale e presso il Ser.D.

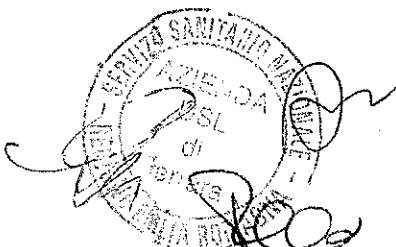
In anamnesi l'esordio del disturbo trova le sue tracce già in adolescenza caratterizzata da difficoltà relazionali con i pari e con i famigliari e da comportamenti disfunzionali per una spiccata ipersensibilità emotiva ed interpersonale di base e difficoltà a gestire le proprie emozioni e l'impulsività. All'età di 16 anni ha effettuato un tentativo autolesivo in seguito alla morte della madre per neoplasia. Successivamente ha iniziato a fare progressivamente uso di sostanze stupefacenti e alcool con ripercussioni sul proprio comportamento.

Eventi di vita stressanti quali la perdita del ruolo lavorativo e la separazione dalla moglie avevano alimentato un corteo sintomatologico caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, alterazioni del pattern ipnico, stati di apatia e di devitalizzazione, vissuti di autosvalutazione, perdita della capacità volitiva e di infuturazione, pensieri di morte. (In tale occasione è stata prescritta terapia psicofarmacologica a base di antidepressivi e benzodiazepine).

Oltre a stati psicopatologici sovrapponibili a quello descritto, successivamente si sono verificati episodi sintomatologici caratterizzati da tono timico tendenzialmente euforico, accelerazione ideica, ideazione dereistica megalomane, spunti deliranti persecutori, insonnia, profuso impegno sulla progettazione di modelli meccanici da brevettare, gestione incongrua del denaro con indebitamenti.

Nel corso degli anni successivi, nonostante una presa in carico che prevedeva farmacoterapia con monitoraggio costante e regolare delle condizioni cliniche, si sono succeduti altri ricoveri in ambiente ospedaliero e residenziale per stati di scompenso psicopatologico sovrapponibili ai precedenti descritti associati talora a tentativi autolesivi o ad uso di alcolici o cocaina. Si è assistito ad un progressivo peggioramento del funzionamento globale del paziente con ripercussioni sulle abilità sociali e su quelle atte al raggiungimento di obiettivi di vita: lavorativi, relazionali. Inoltre sono emerse profonde difficoltà nel far fronte ai propri bisogni primari.

Nel 2019 il servizio decide di modificare il progetto di cura



Sig. PA, 52 anni

Non ha familiarità per patologie maggiori riferite, descrive la infanzia serena ma la cugina aggiunge che la madre di P. era fredda e distaccata con senso estremo della disciplina. Il padre è totalmente dedicato al lavoro e si descrive come uno che si è fatto da solo. Non ha più rapporti con la famiglia di origine.

Consegue diploma di perito e svolge il servizio militare come Ufficiale di artiglieria. Buon andamento scolastico. Si sposa a 20 anni quando la fidanzata rimane incinta, lavora nella azienda del padre dove arriva in breve tempo a dirigere il settore tecnico e sicurezza, favorito dalla notevole scrupolosità e senso di responsabilità. Dalla coppia nascono altri due figli. Dopo il divorzio si sente abbandonato e effettua un ricovero in casa di cura privata e inizia una psicoterapia con specialista privato.

Inizia una terapia presso specialista privato nel 2011 poco prima della separazione, che lo tratta con farmaci (litio) e psicoterapia fino al 2018. Nel periodo fino al 2018 sospende tali terapie per tre volte di seguito lamentando "tremori e rallentamento", con significative modificazioni conseguenti dell'umore, sostenendo di potersi curare da solo con la meditazione e il wellness. Ha fasi descritte di depressione per cui fa alcuni ricoveri da lui richiesti in cliniche private.

Alcuni anni dopo iniziano contrasti in azienda con padre e fratello che P. ritiene inadempienti delle norme di sicurezza e si ha una escalation della tensione relazionale, tanto che nel 2014 viene allontanato dalla azienda, mantenendogli uno stipendio anche se non lavora. P. sostiene di avere ottenuto questo stipendio grazie al ricatto che aveva fatto nei confronti del padre sulle irregolarità della azienda. Poco dopo l'allontanamento appicca fuoco a una struttura nel cortile della azienda paterna "per dimostrare la inefficienza delle misure di sicurezza", raccontando tale episodio come di poco conto e solo a scopo dimostrativo, "è stato preso in modo esagerato". Nello stesso periodo dormiva poco, pensava continuamente alle relazioni con il padre e fratello, aveva episodi di aggressività verso oggetti. Viene processato e condannato. Ha sporadici contatti con il Servizio Psichiatrico locale ma interrompe più volte. Mantiene contatti rarefatti con lo specialista privato. Trattato per un periodo dal CSM locale, interrompe le relazioni nel 2015, li riprende dopo la conclusione del rapporto con il Dr Fontana. Nel 2016 si ricovera presso Casa di cura privata per due volte (inverno ed estate).

Nel tempo la separazione dalla moglie diviene altamente conflittuale, P. inizia a seguirla e minacciarla e viene denunciato per tali comportamenti. Riceve una prescrizione, che non rispetta, di non avvicinarsi alla provincia dove abita la moglie, e viene condannato ad un mese di carcere (2017)

Inizia una nuova relazione e si trasferisce a vivere con la nuova compagna nel 2019. Non vede i figli e smette di cercarli negli anni seguenti riferendo che "non gli vogliono parlare", li ricerca solo per mediazione della nuova compagna che fa una funzione attiva di contatti con la famiglia di P, lei chiama i figli, gli suggerisce di scrivere una lettera, parla con i familiari, sostiene le posizioni. P. le delega tutte le attività. In una relazione peritale è descritto come freddo, distaccato, rigido, con scarsa sintonia affettiva, tiene in scarsa considerazione le posizioni altrui, si definisce integerrimo e rispetto agli eventi passati attribuisce la responsabilità degli eventi al comportamento del padre e del fratello.

Nel 2019 arriva al servizio con una condizione di logorrea, tangenzialità. Ha numerose pendenze legali e rischia nuovamente la carcerazione. Non ha rimorso o ripensamento sulle condotte tenute. Inizia una terapia neurolettica che effettua con regolarità ma con una continua mediazione, concertazione, discussione con lo stesso e la compagna.

P. accede al servizio regolarmente, non assume alcuna terapia per os dicendo di "dimenticarsene" o non rispondendo nulla sulle motivazioni della non assunzione, non cerca lavoro, non collabora con la compagna rimanendo al suo seguito, non ha più attività sessuale, rimane a letto la maggior parte del tempo fino a riferire una ideazione suicidaria strutturata per cui viene ricoverato volontariamente in reparto psichiatrico. Dopo pochissimi giorni di ricovero riprende un migliore tono dell'umore.