

Dr.ssa Laura Ghiringhelli
Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Specialista in Criminologia Clinica
e Psichiatria Forense
ASST Ovest Milanese
Via Papa Giovanni Paolo II
20025 Legnano
laura.ghringhelli@asst-ovestmi.it

TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO

Sezione V Penale - Corte di Appello

Procedimento MAE 140/2023

Illustrissima Giudice Dott.ssa Giuseppina BARBARA

Il giorno 11/01/2024 alle 09:32 la Corte d'appello di Milano sezione V penale composta dai signori Giudici: presidente dottoressa Giuseppina Barbara, consiglieri dottor Roberto Arnaldi e dottor Roberto Peroni Ranchet, con l'intervento del Procuratore generale rappresentato dal Sostituto Procuratore generale dottoressa Laura Gay, ha posto alla sottoscritta, nominata perito in data 15/11/2023, il seguente quesito: “dica il perito esaminate gli atti e acquisita dalle parti e dalle comunità ove la persona si trova eventuale ulteriore documentazione sanitaria, sottoposto a visita il periziando se IORGULESCU GINO MARIO in relazione alle sue attuali condizione fisiche e psichiche sia in grado di partecipare coscientemente al procedimento nel quale sarebbe chiamato ad esprimere il consenso sulla sua consegna alla Romania e sulla eventuale rinuncia al principio di specialità; in caso di risposta negativa se la condizione suddetta sia irreversibile”.

Su richiesta del procuratore generale e con l'assenso della difesa il quesito viene integrato in seguenti termini “qualora sia accertata la capacità di IORGULESCU Gino Mario di partecipare coscientemente al procedimento, dica il perito di quale cure assistenze sanitarie comunque il periziando abbia bisogno”.

Inizialmente chiesti e concessi 90 giorni, in seguito a ricovero presso Le Betulle di IORGULESCU sottoposto ad intervento chirurgico di colecistectomia e poi dopo la visita presso la Comunità di Noviglio, con necessità di nomina di consulente neuropsicologo, ho richiesto ulteriore proroga accordata.

ESAME DEGLI ATTI

Oltre alla documentazione già nota, presente nel fascicolo processuale ovvero alle precedenti perizie redatte dalla Dr.ssa MarinaCarla Verga e nella cartella clinica, è stata valutata la documentazione che ulteriormente si è aggiunta in questi ultimi anni , e in particolare, esecuzione e ripetizione di esami strumentali (PET) :

Come appena dichiarato si è ritenuto opportuno chiedere in data 5 aprile 2024, l'ausilio di un valido esperto testista come il Prof Stefano Zago che essendo stato autorizzato ha incontrato il periziando e preso visione della documentazione sanitaria e delle valutazioni neuropsicologiche precedenti e contenute nell'elaborato peritale della Dr.ssa Verga. Anche la comunità ha sottoposto il pz a test neuropsicologici con MMPI. La finalità è stata oltre alla valutazione cognitiva

di ipotetico danno prefrontale anche quella di sottoporre a test di simulazione al fine di valutare e non trascurare anche questa ipotesi.

Ulteriori informazioni sono state raccolte dai curanti incontrati sia a Le Betulle , che presso la struttura ove è ospite *Comunità Terapeutica Residenziale 'Il Molino'* di Mairano di Noviglio (MI).

A Le Betulle è stato visitato in data 14.2.2024 e si è avuto un colloquio con il Dr Levi specialista neurochirurgo , che in passato ha seguito il pz presso la struttura su indicazione del Dr. Somaini psichiatra. Il collega Dr. Levi riferisce di “una incapacità di previsione delle conseguenze delle proprie azioni e lo sottopone a PET con significativi riscontri a fronte di una TAC di base nella norma”. Supporta il suo parere con anamnesi sia di discalculia e difficoltà scolastiche, ma nutre che ci fosse un sospetto disfunzionale precedente al trauma frontale occorso dopo l'incidente in Romania. La PET del 2019 è già significativa in assenza di lesioni anatomiche riscontrabili. Anche nel 2022 si conferma il dato alla PET in “evoluzione” e una RMN poco significativa con “lieve accentuazione dei solchi corticali della convessità biemisferiche in sede frontale in rapporto all'età”.

Ultima PET del 14.2.2024. “Esame eseguito con tecnica 3D e TC integrata per la correzione dell'attenuazione, a digiuno e a 30 minuti dall'iniezione di FDG.

Reperti: Presa visione di analoghe precedenti indagini eseguite in altra struttura in data 2019 e 2022, con le quali è possibile solo un confronto qualitativo.

VALUTAZIONE QUALITATIVA

Nel contesto di segni tomoscintigrafici di atrofia diffusa bilateralmente, l'indagine evidenzia ridotta fissazione dell'analogo radiomarcato del glucosio in sede corticale frontale bilateralmente, appena più evidente a destra.

Accentuazione delle aree di ridotta fissazione del marcato in sede parietale superiore ed inferiore bilateralmente, maggiore a destra. Iniziale ipometabolismo nelle regioni precuneali.

Marcata accentuazione della riduzione del profilo metabolico glucidico in regione corticale occipitale bilateralmente, sempre più evidente a destra.

Disomogenea captazione del tracciante nelle restanti sedi corticali in assenza di ulteriori ipometabolismi regionali.

Non si rilevano anomalie di distribuzione del marcato a carico delle strutture cerebrali sottocorticali di quelle cerebellari. Conclusioni: Indagine PET indicativa per ridotto profilo metabolico glucidico nelle sedi corticali suddette, prevalente nell'emisfero destro”.

Eseguita ulteriore visita in comunità in data 3.4.2024.

Tutte le visite della durata di ore nelle date 14.2.2024 e 3.4.2024 e i colloqui sono avvenuti alla presenza dei colleghi e consulenti delle parti Dr. Franco Martelli e Dr. Mario Mantero consulente anche nelle difese precedenti anno 2021 e 2022, e unanimemente si è concordato sulla necessità di una valutazione neuropsicologica e di una conseguente richiesta di proroga, accordata.

Dati Anamnestici e Storia del Periziando

Vengono riportati i dati anamnestici già illustrati in passato e sostanzialmente invariati, e non meritevoli di ulteriori ripetizioni che tenderei a sintetizzare.

Gino Mario IORGULESCU è nato a Bucarest il 30 maggio 1995 unicogenito.

Genitori viventi, residenti in Romania: il padre del periziando è persona con una certa notorietà nel paese di origine essendo stato calciatore famoso della nazionale e di altre squadre; in seguito è stato, a detta del figlio, proprietario di squadre di calcio e imprenditore nella ristorazione. Appare essere persona di successo e che ha permesso alla famiglia un tenore di vita molto alto.

Da madre del periziando è laureata in Medicina e Psicologia e insegna all'Università di Bucarest.

Entrambi i genitori vengono in Italia a trovare Gino Mario ogni due - tre mesi.

Dal canto suo il periziando non ha piacere a parlare dei genitori. Inizialmente cerca di evitarlo, poi afferma di non avere avuto dei buoni rapporti soprattutto con la madre, con la quale ha sempre molto litigato. Il padre viene descritto come maggiormente rilassato e neutro. Emerge una sensazione di abbandono e di profonda solitudine del giovane, unitamente a segnali di disagio già presenti in preadolescenza e apparentemente non considerati a sufficienza.

Ricorda di essere stato accompagnato da uno psichiatra o psicologo, non gli furono prescritti farmaci. Ritiene la motivazione sia stata che non andava 'bene' con i genitori e in particolare con la madre.

Dai documenti agli atti non risulta che il rapporto con i genitori sia di valido beneficio al pz, almeno durante le visite nelle strutture dove è stato ospite e quindi non si è ritenuto opportuno un confronto con loro, prediligendo invece il parere dei curanti, degli educatori e la disponibilità dello zio che ha fornito recenti documenti. Il pz conferma racconti di una vita a Bucarest caratterizzata da vita sociale e notturna importante e variegata, piena di parties e feste, discoteche.

Con gli amici le feste duravano alcuni giorni, due o tre giorni senza dormire, e con quantità di alcool importanti. Dice, 150 litri di vino a festa per 20 persone.

Afferma di non essere mai stato male a seguito dell'abuso di alcool e di essersi sempre svegliato lucido. In alcune occasioni 'non ricordava più nulla'.

L'uso di alcool afferma sia iniziato sin dai 13 anni, vino e vodka.

Dopo i 13 anni, più tardi, è iniziato anche l'uso di sostanze.

La cocaina appare la droga di elezione, anche se non si definisce dipendente.

Afferma di averne usata due tre tiri nei fine settimana. Ha provato anche altre sostanze ma senza particolare piacere. Al contrario l'uso di cocaina viene ricordato come scelta attiva e piacevole.

Il periziando ha frequentato le scuole dell'obbligo, in lingua inglese, apparentemente senza grande successo e facilità, ma le ha portate a termine.

In seguito ha frequentato un corso universitario, Business Administration and Financial Business a Ginevra.

Non ha portato a termine il corso di studi a seguito di un problema con la legge.

A riguardo racconta di un processo subito a seguito di una rissa, nella quale sarebbe stato testimone e non parte attiva e che inizialmente fosse stato assolto ma in seguito condannato a tre anni mezzo. Confusamente racconta di una vicenda dove l'impedire ad una persona di uscire da un appartamento sia stata rubricata come 'sequestro'.

Il periziando racconta di avere trascorso 30 giorni in carcere in Romania; dice di non essersi trovato troppo male, e che le persone con cui condivideva lo spazio lo hanno protetto e aiutato. Non sembra avere dei ricordi negativi.

Non ha ricordi tanto negativi da riferire di avere riflettuto sull'opportunità di tornare in Romania in carcere.

L'unico argomento e momento che sembra suscitare un qualche tipo di emozione è quando parla della fidanzata, motivo per cui prese la macchina la sera dell'incidente. Avevano litigato ed era arrabbiato. Ha preso la macchina, una Aston Martin che aveva da una settimana, aspettata per cinque mesi, e nonostante avesse assunto alcool si è messo alla guida.

Tempo dopo l'incidente ha chiesto alla fidanzata, la medesima, di sposarlo, questa avrebbe risposto di sì e poi lo avrebbe lasciato senza, spiegazione. Appare amareggiato dal comportamento e non sa motivarlo, apparendo giudicare la ragazza come una ingrata. Aggiunge poi che ora si sente via messaggi con una precedente fidanzata, ma 'così'. Tuttavia esprime un'idea chiara riguardo al suo rapporto con le donne: afferma di avere necessità di una fidanzata, ha sempre

avuto donne e non è in grado di stare senza. Ne ha bisogno, è sempre stato abituato ad avere donne nella sua vita”.

Racconta d essere stato uno sportivo, ma i dati che porta a sostegno appaiono pochi: avrebbe giocato a calcio durante il periodo del liceo, a suo dire con talento, ma poi non ha proseguito.

Molto più nutrita la vita sociale e notturna, di cui ricorda eccessi in tutti gli aspetti, alcol, donne, attività ecc., ricorda eccessi con comportamenti autolesionisti, consapevoli quali tagliarsi o rompersi bicchieri in testa e meno consapevoli che lo hanno portato a diversi incidenti con mezzi diversi (jetski, wakeboard ecc), incidenti rispetto ai quali alla narrazione appare evidente l'eccesso: di velocità, di confidenza, e la superficialità (racconta di essersi fatto male con jetski sul lago ove hanno una casa, perché stava scrivendo un messaggio).

Alle visite non sono emersi dati difformi e tanto meno aggiuntivi: poco altro di rilievo appare in grado di aggiungere rispetto alla propria storia.

In data 31.5.2024 sono stata convocata dal Giudice che mi ha dato chiavetta USB con documenti clinici e traduzione della documentazione sanitaria e del ricovero in occasione dell'incidente (Cartella clinica numero 43749 del 08/09/2019, è allegata la continuazione degli esami medici a partire dal 8/9 al 23.09.2019 dipartimento di chirurgia /terapia intensiva). Tali documenti sono stati condivisi con i colleghi e con il Prof. Zago.

Si prende atto di documento di nomina di amministratore di sostegno urgente in data 5.2.2020 (Tribunale ordinario di Varese).

Esame psichico

Tengo a precisare che per mia stessa curiosità ho chiesto di visitare il pz in due ambienti o “setting” totalmente differenti la prima visita è stata in una camera singola e confortevole presso la Clinica Le Betulle e in una condizione di maggiore sedazione anche per intervento pochi giorni prima per colecistectomia; la seconda, mesi dopo presso la comunità in cui è stato accolto. La comunità scrive

“controllo del 16.2.2024: quadro invariato sempre preoccupato per la vicenda legale sta subito meglio quando fa dei rientri a casa mentre quando è in struttura riprende il disagio, sintomatologia ansioso depressiva, risvegli notturni, nega aggressività continua a non sapere che fa che terapia faccia. Nei rientri gli vengono affidate le medicine che sta assumendo sertralina 50 milligrammi 1 cp, pregabalin 75 1 compressa x2, quetiapina 50 milligrammi 3 compresse, e valdorm 15 mg 1 compressa”. La diagnosi riportata dalla comunità è di “Disturbo di personalità disturbo post traumatico da stress, sindrome frontale (da incidente politraumatizzato è caratterizzata da ridotte capacità cognitive mnesiche di concentrazione e di mentalizzazione con povertà dell'ideazione spontanea e stimolata e ridotta capacità critica)”.

Oggettivamente l'esame psichico è in linea anche con quanto rilevato alla osservazione clinica del Prof. Zago il pz si è sempre mostrato lucido, orientato nei parametri spazio tempo e sul sè. L'eloquio è apparso informativo, ma con necessità di stimolazione: si esprime in modo fluente in lingua italiana non presenta anomalie della forma e del contenuto. Nella norma la comprensione orale, ma si sono verificati deficit mnesici come difficoltà nella rievocazione di alcuni fatti, difficoltà di concentrazione e difficoltà nel portare a termine compiti, mostrando anche deficit attentivi. Di fronte a queste difficoltà tende a spazientirsi, irritandosi, alzandosi, attivandosi fisicamente. A volte riesce a verbalizzare il senso di tensione e “non tenuta”, a volte, reagisce in malo modo, impulsivamente e in modalità incontrollata salvo poi dispiacersene. Fatica a selezionare gli stimoli dando loro una priorità, un ordine. Un po' appesantito mostra una certa staticità nei movimenti, che corrisponde ad una scarsa mimica e ad una significativa mancanza di espressività: tale caratteristica rende talora il giovane poco interpretabile poiché difficile leggerne lo stato d'animo ed attribuirvi le corrette emozioni. Risulta solo relativamente informativo non per scarsa collaborazione quanto per modalità impressionistica della narrazione, a questo si aggiunge anche un aspetto di scarsa critica e scarsa capacità strategica che lo portano a dichiarazioni che seppur genuine appaiono evidentemente non portarlo ad alcun vantaggio, ma al contrario possono rivelarsi svantaggiose. A volte dice tutto e poi il contrario di tutto, in modo provocatorio, spazientito, infastidito. Tale aspetto appare deporre per una scarsa e deficitaria capacità strategico esecutiva, aggravata dall'impulsività che già lo caratterizzava e che oggi ancora maggiormente appare presente.

Il pz ha sempre passivamente e in modo piuttosto apatico compreso lo scopo delle viste, palesando il suo disaccordo che in alcune occasioni in cui scivola nella paranoia e nel complottismo nei suoi confronti o confondendo il piano clinico con quello giuridico. Sembra in difficoltà a valutare la gravità della propria condizione clinica. Ritiene che ciò di cui ha bisogno possa essere ottenuto anche a casa con un 'educatore', che la sua vita possa risolversi trovando una fidanzata e lavorando alla sua applicazione. Mostra un pensiero molto concreto con fatica a spostarsi su di un piano più simbolico e metaforico.

Il comportamento risultava nelle visite passate e tuttora appare globalmente e superficialmente adeguato, seppur come detto vi siano stati comportamenti impulsivi.

Persiste fatuità che origina dall'assenza di partecipazione e di capacità evidente di attribuire importanza o priorità alle cose.

Appare consapevole del proprio stato giuridico e delle imputazioni a suo carico; si dice dispiaciuto di quanto accaduto ma senza reale partecipazione emotiva, come se profondamente non percepisse la reale drammaticità di quanto accaduto, relativamente alle conseguenze sia dell'incidente in sé che rispetto alla sua condizione; come detto vi è una carente empatia e nei confronti dell'Altro che lo porta a misurare ogni cosa solo ed esclusivamente rispetto al proprio desiderio e bisogno, anche in modo definibile come perseverante. Non riesce ad elaborare un pensiero introspettivo e scivola in contenuti diffusamente persecutori come la convinzione che vi sia un accanimento nei suoi confronti, con le motivazioni già illustrate che, seppur abbiano una origine comprensibile, nella estremizzazione divengono scarsamente realistiche e grandiose così come le convinzioni che il periziando ha su se stesso e sulle possibilità future e che lo vedono uomo d'affari, in grado di espandersi negli stati uniti Giappone e Russia con con almeno 100 applicazioni che dovrebbero renderlo 'l'uomo più ricco del mondo'. Tali affermazioni sono a mio giudizio difensive rispetto alla consapevolezza del suo stato e sono state osservate anche nelle perizie precedenti, immodificate e granitiche come fossero una diga per ripararsi dalla frantumazione del sé.

Il tono dell'umore risulta caratterizzato da apatia, scarsa iniziativa e scarsa capacità di investimento, perdita degli interessi con tristezza nel momento in cui prende contatto con le limitazioni (siano esse interne che esterne) e talora movimenti contropolari con grandiosità e impulsività così da risultare a tratti imprevedibile.

Resta l'osservazione che egli appare in grado di passare da osservazioni evidentemente irrealistiche e irrealizzabili a osservazioni molto più realistiche,

quali quelle relative alla sua attuale situazione giuridica, senza mostrare particolare movimento emotivo ma soprattutto facendo affermazioni del tutto sovrapponibili e stereotipate rispetto a quelle precedenti e producendo a sostegno delle proprie convinzioni elementi estremamente superficiali e generici. Mostra quindi scarsa capacità argomentativa.

Non riferisce e non sono note dispercezioni, uditive o visive.

WWW.LUMEAJUSTITIEI.RO



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Stefano Zago PhD

Dirigente Psicologo I Livello – Neuropsicologo
Dipartimento delle Neuroscienze e di Salute Mentale
S.C. Neurologia, IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico
Professore a contratto di Neuropsicologia Clinica, Psicometria,
Università degli Studi di Milano
Studio 02-55033854 - Telefono mobile 349-6188966
e-mail stefano.zago@unimi.it

TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO

Sezione V Penale - Corte di Appello

Procedimento MAE 140/2023

Illustrissima Giudice Dott.ssa Giuseppina BARBARA

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

sulla persona di

IORGULESCU Mario Gino

nato a Bucarest (Romania) il 30 maggio 1995

Perito: Dott.ssa Laura GHIRINGHELLI

Specialista in Psichiatria, Psichiatria Forense e Criminologia



1.

LA NOMINA

In data 5 aprile 2024 la **Dott.ssa Laura GHIRINGHELLI**, medico chirurgo e Specialista in Psichiatria, Psichiatria Forense e Criminologia in qualità di Perito nominato dal Tribunale di Milano, chiedeva di essere autorizzata ad avvalersi del sottoscritto **Dott. Stefano ZAGO**, psicologo e neuropsicologo clinico, al fine di effettuare un accertamento inerente le funzioni cognitive e comportamentali di **IORGULESCU Gino MARIO**. L'Illustrissimo Giudice **Dott.ssa Giuseppina BARBARA**, autorizzava l'incarico in data 8 aprile 2024.

2.

SUNTO ANAMNESTICO MEDICO, NEUROLOGICO E NEUROPSICOLOGICO DI IORGULESCU GINO MARIO

IORGULESCU Gino Mario è nato a Bucarest (Romania), il 30 maggio 1995, ed è in procinto di compiere 29 anni. Ha vissuto prevalentemente in Romania, ma ha trascorso periodi di vacanza in Italia con i genitori tanto da acquisire una discreta competenza sia espressiva sia ricettiva della lingua italiana. Ha conseguito un diploma di *Liceo Finanziario* in Svizzera.

Nel *dossier* clinico non emergono affezioni di rilievo sul piano medico-internistico. Viene riferito un *pattern* di personalità alterato con *onset* nell'infanzia. Risultano con alcune visite psichiatriche eseguite negli ultimi anni che tratteggiano un disturbo di personalità grave NAS con tratti *borderline*. Segnalato inoltre tabagismo, ricorso a sostanze stupefacenti (cocaina) e saltuario uso di bevande alcoliche soprattutto nel fine settimana. Non risultano dalle certificazioni familiari con problematiche psichiatriche e/o neurologiche, aspetto sottolineato anche dallo stesso IORGULESCU nel corso dell'esame.

In data 8 settembre 2019, intorno alle ore tre di notte, IORGULESCU rimaneva coinvolto in qualità di conducente di auto, in un incidente stradale in località *Str. Chitila* n. 345 in Bucarest (Romania). Le condizioni al momento dell'incidente erano gravi e IORGULESCU veniva intubato e ventilato meccanicamente e trasportato presso l'*Ospedale di Pronto Soccorso 'Elias'* di Bucarest per essere poi ricoverato presso l'*Unità di Terapia Intensiva*. Risulta un accertamento clinico eseguito alle ore 3.40 che documentava come IORGULESCU fosse agitato, non cooperativo e inadeguato alla situazione, incoerente e solo parzialmente orientato sul piano temporo-spaziale. Alla dimissione, in data 23 settembre 2019, la diagnosi era di:

'Politrauma da incidente stradale (conducente). Emoperitoneo massivo da rottura del mesentere (ileone distale) e rottura del mesocolon sigmoideo. Shock emorragico. Grave trauma toracico con contusione polmonare bilaterale. Fratture costali bilaterali VII-IX. Insufficienza respiratoria acuta ARDS. Anemia secondaria'.

IORGULESCU giungeva in Italia nel 2020 per essere ricoverato presso la 'Casa di Cura Le Betulle' di Appiano Gentile (CO). Nell'agosto 2020 risulta una relazione a firma del Dott. Luigi CROCE, psichiatra e psicoterapeuta, consulente presso la 'Corte Margonara' di Mantova, che sottolineava che, a dispetto di un miglioramento delle condizioni fisiche, vi era:

'... la permanenza di una psicopatologia (esiti da disturbo post traumatico da stress, grave disturbo di personalità caratterizzato sul versante borderline) che 'sta evolvendo in un quadro di disabilità mentale, con ripercussioni sull'adattamento personale, relazionale e sociale, sulla capacità di critica e di giudizio' con necessità di un significativo programma di cura, assistenza e riabilitazione di durata poliennale'.

Una nota aggiornata sulle condizioni psicofisiche di IORGULESCU nell'ottobre 2020 attestava:

'... la necessità per il paziente di 'continuare un significativo programma di cura, assistenza e riabilitazione da svolgere sul breve, medio e lungo termine (ordine di grandezza poliennale) in ambiente 'protetto' e confermava l'impatto sul piano del comportamento della problematica psicoorganica con le già sottolineate compromissioni del funzionamento cognitivo con le ripercussioni sull'adattamento personale, relazionale e sociale, sulla capacità di critica e giudizio ...'.

Di particolare interesse ai fini della presente valutazione risulta l'indagine neuropsicologica eseguita in data 2 dicembre 2020 presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Neurologia, di Mantova che concludeva:

'La valutazione ha evidenziato un deficit di attenzione sostenuta e memoria di lavoro, oltre a difficoltà a livello di memoria episodico-verbale e planning, in paziente con pregresso trauma cranico da incidente della strada e pregresse problematiche di abuso. Pur con parziale somministrazione della batteria testistica, il quadro appare compatibile con deficit cognitivo da esiti di trauma frontale'.

In data 11 maggio 2021 la Corte d'Appello di Milano, V Sezione Penale del Tribunale di Milano disponeva un accertamento peritale volto a stabilire le condizioni psicofisiche di IORGULESCU e la sua capacità di stare a giudizio. Veniva nominata Perito la Dott.ssa Marina VERGA, specialista in Psichiatria che in data 23 settembre 2021 depositava la relazione di Perizia concludendo per una incapacità a partecipare al processo a causa delle sue condizioni di:

'... deficitarietà cognitiva lieve accompagnata da manifestazioni più propriamente psichiatriche [. . .] Riassumendo è possibile affermare che: - Mario Gino IORGULESCU presenti aspetti compatibili con diagnosi di decadimento cognitivo lieve conseguente a

grave trauma cerebrale accompagnato da sintomatologia psichiatrica quali alterazioni del contenuto del pensiero e impulsività; - tale sintomatologia si è assommata su di un terreno vulnerabile già affetto da disturbo di personalità Nas con tratti borderline, narcisistici e importanti tratti di immaturità [. . .]. Mario Gino IORGULESCU appare persona che nell'attualità non presenta le capacità sufficienti per poter essere giudicato capace di stare in giudizio . . . '.

In data 16 dicembre 2021 il Tribunale di Mantova decretava nei confronti di IORGULESCO la nomina di un AdS nella figura del padre, George Gino IORGULESCU.

In data 30 dicembre 2021 l'Istituto di Previdenza Sociale (INPS) di Mantova dichiarava IORGULESCU 'Invalido al 100% con totale e permanente inabilità lavorativa' sulla base della diagnosi di: 'Disturbo di personalità, sindrome frontale, disturbo post-traumatico da stress'.

In data 24 marzo 2022 IORGULESCU veniva sottoposto a PET-encefalo con 18-FDG 282 Mbq. L'esame veniva confrontato con un analogo accertamento eseguito nel dicembre 2019 di cui non si dispone del referto. Veniva trascritto:

' . . . Al controllo odierno persistono aree di deficit di fissazione di radiofarmaco a carattere disfunzionale a livello della corteccia frontale bilaterale, con moderato incremento dell'estensione del deficit in particolare nell'emisfero sinistro. Comparsa di aree di ipofissazione a livello della corteccia parietale bilaterale, soprattutto nell'emisfero sinistro. Non evidenza di alterazioni della distribuzione del radiofarmaco a livello delle strutture nervose sottocorticali. Conclusioni: persistenza di aree d'ipometabolismo glucidico di carattere disfunzionale a livello della corteccia frontale bilaterale, moderatamente più estese ad un confronto con la PET del 12-2019 in particolare nell'emisfero sinistro, comparsa di aree circoscritte d'ipometabolismo glucidico a livello della corteccia parietale bilaterale'

In data 21 maggio 2022, la Dott.ssa VERGA depositava una relazione psichiatrica di aggiornamento, formulando le seguenti conclusioni:

' . . . Mario Gino IORGULESCU presenta persistenti segni e sintomi compatibili con le lesioni traumatiche cerebrali avvenute nel settembre 2019. [. . .] non appare in grado di sostenere lo stress corrispondente alla presenza, concentrazione e gestione delle diverse fasi processuali con la comprensione e profondità necessarie e neppure adeguatamente attuare scelte strategiche così come portare avanti una strategia difensiva. [. . .] La condizione del periziando è quindi nell'attualità confermata come di persona non in grado di partecipare al processo per deficitarietà della capacità di pianificazione/decisione, giudizio e valutazione delle conseguenze, accompagnate da difficoltà di concentrazione e ritenzione di materiale nuovo. Tale condizione non appare, allo stato delle attuali conoscenze mediche, potersi giovare di modificazioni positive (e sono presenti aspetti prognosticamente negativi) tali da restituire capacità di stare in giudizio, risultando quindi ad oggi non reversibile, laddove il mantenimento delle capacità residue potrebbe rappresentare a breve medio termine il miglior risultato possibile . . . '.

In data 11 gennaio 2023 il Dott. Luigi CROCE, psichiatra e psicoterapeuta, e consulente presso la 'Corte Margonara' di Mantova dove IORGULESCU era ospite rilasciava una seconda certificazione che rilevava:

'Sulla base dei dati raccolti con l'osservazione continuativa l'indagine psicopatologica conferma e sottolinea il riscontro di una diagnosi di grave disturbo della personalità, attualmente più caratterizzato sul versante borderline piuttosto che narcisistico. Tale diagnosi costituisce indizio prognostico sfavorevole dal momento che rappresenta presupposto antecedente a fattore di rischio esplicito riguardo ad episodi ricorrenti di scompenso psicotico franco che non sono mancati nel periodo trascorso dall'ultima certificazione. La mancanza di un contesto favorevole, in termini di contenimento assistenziale ed educativo dell'impulsività associata a interpretazioni deliranti (a tema di grandezza a cui si sono aggiunte componenti depressive e autolesionistiche) e in assenza di un trattamento farmacologico appropriato e condotto nella più scrupolosa adesione alle prescrizioni e alla somministrazione della terapia in atto, configura e genera potenziali ed effettivi quadri psicopatologici e problemi comportamentali più espliciti. Confermo l'impatto sul piano del comportamento della problematica psicorganica con la già sottolineata compromissione del funzionamento cognitivo con le ripercussioni sull'adattamento personale, relazionale e sociale, sulla capacità di critica e di giudizio. Tale condizione indica la necessità di continuare significativo programma di cura, assistenza e riabilitazione da svolgere sul breve, medio e lungo periodo (ordine di grandezza poliennale) in ambiente protetto ad alto impatto di trattamento, assistenza e riabilitazione. Il quadro clinico è confermato dal peggioramento del quadro strutturale rilevato con le neuroimmagini. Senza il contenimento dell'attuale ambiente di cura il paziente presenta una situazione di rischio per la salvaguardia di sé e non sarebbe in grado di autogovernarsi. Inoltre, le condizioni attuali non consentono al paziente la partecipazione consapevole alle attività processuali che potrebbero coinvolgerlo.'

In data 6 maggio 2023 il Dott. Francesco SOMAINI, specialista in neuropsichiatria, nella persona del Sindaco Fabrizio Luigi RUSCONI, disponeva il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per IORGULESCU in regime di degenza ospedaliera:

'... vista la manifesta alterazione psichica, tale da richiedere urgenti interventi terapeutici che non sono stati accettati volontariamente dall'infermo e non esistendo le condizioni e le circostanze che consentono di adottare un tempestivo ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.'

3.

L'ATTUALE ESAME NEUROPSICOLOGICO

L'accertamento neuropsicologico con IORGULESCU è stato effettuato in data 20 aprile 2024 presso la Comunità Terapeutica Residenziale 'Il Molino' di Mairano di Noviglio (MI).

L'incontro è durato circa un'ora e mezza e si è svolto a partire dalle 10.30 come concordato con la Comunità.

Nell'ambito dell'accertamento IORGULESCU è apparso vigile, con atteggiamento nel complesso collaborante anche se con un comportamento connotato da facile esauribilità cognitiva e a tratti scarsa concentrazione - senza tuttavia un franco atteggiamento rinunciatario - che ha richiesto frequenti sollecitazioni per condurre a termine le prove testistiche. Non si sono rilevate grossolane inadeguatezze comportamentali in termini di disinibizione, spunti aggressivi o altri aspetti 'frontaleggianti'. Non sono emerse nel corso dell'esame tematiche ideo-produttive né fenomeni psicosensoriali abnormi. Si sono altresì rilevate rapide variazioni d'umore con un tono umorale nel complesso improntato in senso depressivo e alcune verbalizzazioni in tal senso (*... sono molto depresso ... sto sempre a letto ... ho molti pensieri per la testa ... non mi va di fare niente*). Evidente anche uno stato d'ansia con un eccessivo consumo di sigarette nel corso dell'esame (ha fumato otto sigarette!). Da rilevare che ad un certo punto dell'esame IORGULESCU ha chiesto di poter proseguire l'esame all'esterno nonostante un forte vento, cosa concessa per non favorire fenomeni di opposizione. IORGULESCU è sembrato comprendere solo in parte le motivazioni dell'incontro peritale, che sono state illustrate in apertura del colloquio preliminare all'esecuzione dei test.

È risultato correttamente orientato lungo gli assi temporale, spaziale e personale. L'eloquio spontaneo è apparso normoefluente in lingua italiana e privo di significativi aspetti di stampo afasico e/o disartrico. Clinicamente nella norma la comprensione orale. Informalmente ha segnalato la presenza nell'attualità di difficoltà mnesiche per i fatti recenti e remoti (*... quando leggo un libro devo leggerlo continuamente perché se mi fermo un attimo poi non ricordo tutto ... devo sempre scrivere un summary per ricordare ... ho dimenticato tante cose fatte prima dell'incidente*), attenzionali (*... quando guardo un film mi prendono i miei pensieri ... quelli della mia faccenda e non mi concentro ... non posso più concentrarmi come prima*) e di espressione linguistica (*... quando sono in un momento in cui mi prendono i miei pensieri mi scappano le parole*).

Ho somministrato a IORGULESCU alcuni test tarati e standardizzati di uso consolidato nell'ambito della neuropsicologia, atti a valutare il funzionamento cognitivo globale (*Mini Mental State Examination, MMSE*), l'attenzione selettiva e attentivo-esecutiva (*Test delle Matrici Attenzionali, Trail Making Test*), il ragionamento logico-deduttivo (*Matrici Progressive Colorate di Raven*), il recupero lessicale (*Boston Naming Test, Fluenza Verbale su base fonemica e categoriale*), la memoria a breve e a lungo termine (*Span di Cifre diretto e inverso, Span di Corsi diretto e inverso, Ricordo di un Breve Racconto*), l'integrazione di configurazioni visive (*Test di Street*), la prassia costruttiva (*Test per l'Aprassia Costruttiva*) e le abilità esecutivo-frontali (*Batteria Rapida di Efficienza Frontale, FAB, Test delle Stime Cognitive, Test della Torre di Londra, Test delle Analogie Verbal, Test di Weigl, Clock*

Drawing Test). Ho inoltre proposto una prova volta a valutare la simulazione di un deficit mnesico.¹ Segue una breve descrizione delle prove somministrate.

Prove Neuropsicologiche impiegate

Mini Mental State Examination (MMSE)

Il MMSE rappresenta il più noto strumento al mondo finalizzato all'esame globale delle funzioni cognitive. È stato tradotto ufficialmente in ben 68 lingue e l'articolo originale di Folstein, Folstein e McHugh (1975) rappresenta il lavoro scientifico di medicina più citato al mondo. Si compone di cinque sezioni che valutano rispettivamente: (1) l'orientamento temporo-spaziale, (2) la memoria; (3) l'attenzione e il calcolo; (4) il linguaggio; (5) la prassia costruttiva. Ogni prova ha un punteggio variabile da 0-3 e il punteggio massimo ottenibile è 30. Nel nostro paese sono disponibili quattro tarature di questa prova. Measso, G. Cavarzeran, F., Zappalà, G., et al. (1993). The Mini-Mental State Examination: Normative study of an Italian random sample. *Developmental Neuropsychology* 9, 77-85, applicabile a persone con età sino ai 79 anni. Magni, E., Binetti, G., Bianchetti, A., et al (1996). Mini-Mental State Examination: a normative study in Italian elderly population. *European Journal of Neurology*, 3, 198-202, applicabile a persone con età sino a 89 anni. Carpinelli Mazzi, M., Iavarone, A., Russo, G., Musella, C., Milan, G., D'Anna, F., ... & Abete, P. (2020). Mini-Mental State Examination: new normative values on subjects in Southern Italy. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(4), 699-702, applicabile a persone sino a 79 anni di età. Foderaro, G., Isella, V., Mazzone, A., Biglia, E., Di Gangi, M., Pasotti, F., ... & Appollonio, I. M. (2022). Brand new norms for a good old test: Northern Italy normative study of Mini Mental State Examination. *Neurological Sciences*, 1-11.

Matrici Attenzionali

Le matrici attenzionali valutano l'attenzione selettiva. Vengono presentate all'esaminato tre matrici; ciascuna costituita da 13 righe di 10 numeri da 0 a 9, disposti in una sequenza casuale. Il soggetto deve 'sbarrare' tutti i numeri uguali a quelli stampati in cima alla matrice ('5' nella I, '2-6' nella II, '1-4-9' nella III). Le matrici vengono presentate dalla più semplice alla più difficile. Il tempo massimo per ogni matrice è di 45 secondi. Articolo di riferimento: Spinnler, H., Tognoni, G. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987.

Trail Making Test

Il *Trail Making Test* è una prova ideata per valutare l'attenzione selettiva e attentivo-esecutiva. Il test è composto da due versioni, A e B e una verifica di confronto tra le due condizioni B-A. Ogni *subtest* è preceduto da un pre-test di accesso alla prova. Nella parte A del *Trail Making Test*, 25 numeri devono essere collegati in successione (1,2,3, ecc.). Nella parte B del *Trail Making Test* i target sono sia numeri che lettere e l'esaminato deve collegarli alternandoli in ordine crescente (1-A, 2-B, ecc.). La *performance* si misura tenendo conto del tempo impiegato dall'esaminato per completare il compito. Nella valutazione della funzione attentivo-esecutiva viene considerata come indicativa la differenza tra i tempi della parte B e quelli della parte A. Articolo di riferimento: Giovagnoli, A.R., Del Pesce, M., Mascheroni, S., et al., *Italian Journal of Neurological Sciences*, 17, 305-309, 1996.

Test di Fluenza Verbale su base fonemica, semantica e alternata

¹ Bianchi A. (a cura di). *L'esame neuropsicologico dell'adulto. Applicazioni cliniche e forensi*. Giunti, Organizzazioni Speciali, Firenze, 2ª Edizione, 2013.

Si tratta di una prova che valuta la capacità di accesso al lessico su base fonologica e semantica. Inoltre una variante a base alternata cimenta la componente 'esecutiva' del compito. L'esaminatore chiede all'individuo di dire il maggior numero di parole che cominciano con una certa lettera dell'alfabeto. Si testano 3 lettere e tre categorie con un minuto di tempo a disposizione per ogni lettera e categoria semantica. Si contano le parole prodotte dalla persona. Nel caso della fluenza su base alternata l'individuo deve produrre il maggior numero di coppie alternando parole a partire da una lettera con una parola appartenente ad una categoria. Articolo di riferimento: Costa, A., Bagoj, E., Monaco, M., Zabberoni, S., De Rosa, S., Papantonio, A. M., ... e Carlesimo, G. A. (2014). Standardization and normative data obtained in the Italian population for a new verbal fluency instrument, the phonemic/semantic alternate fluency test. *Neurological Sciences*, 35, 365-372.

Matrici Progressive Colorate di Raven (1947)

Le Matrici Progressive di Raven a colori vengono utilizzate in soggetti adulti e indagano il ragionamento logico-deduttivo e astratto su stimoli visivi. Le PM47 standard sono composte da tre serie ognuna suddivisa in 12 elementi scritti con inchiostro colorato su sfondo bianco. Ogni item è costituito da una figura stimolo incompleta. Il compito dell'esaminato consiste nell'indicare l'unico stimolo che completa correttamente la figura-stimolo tra le diverse alternative. Articolo di riferimento: Basso, A., Capitani, E., e Laiacona, M. (1987). Raven's Coloured Progressive Matrices: normative data on 305 adult normal controls. *Functional Neurology*, 2, 189-194.

Boston Naming Test

Si tratta di una classica prova di denominazione di stimoli visivi. Nello specifico, il test è composto di 60 disegni che devono essere mostrati all'individuo il quale deve dire il nome comune di ciò che vede raffigurato. Il *cut-off* è stato calcolato su una popolazione normale di controllo di età tra i 25 e gli 85 anni. Dati normativi sono presenti presso la S.C. di Neurologia dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico.

Span Verbale diretto e inverso

Span Verbale (Digit Span) diretto e inverso

Il *digit span* diretto e inverso valuta rispettivamente la memoria a breve termine uditivo-verbale e la memoria di lavoro verbale (*working memory*), mediante la memorizzazione di cifre in avanti e a ritroso. L'esaminatore legge una sequenza numerica (un numero al secondo) e quando la sequenza è ripetuta correttamente dal soggetto, l'esaminatore continua con la sequenza successiva, che è più lunga di un numero rispetto alla precedente, e si prosegue fino a quando il paziente fallisce consecutivamente due sequenze della stessa lunghezza o fino ad una serie di lunghezza massima di 9 cifre ripetuta correttamente. Lo span è dato dalla lunghezza dell'ultima stringa di cifre ripetuta correttamente. Articolo di riferimento: Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., e Carlesimo, G.A., (2013). *Neurological Sciences*, 34, 749-754.

Span Spaziale diretto e inverso

Lo span spaziale diretto e inverso valuta la memoria a breve termine spaziale e la memoria di lavoro spaziale (*working memory*) tramite la memorizzazione di una serie di sequenze di cubetti toccati dall'esaminatore in una tavoletta di legno sulla quale sono incollati 9 cubetti di colore bianco (*Test di Corsi*). L'esaminatore fa vedere una sequenza di cubetti toccati (un cubetto ogni due secondi) e il compito del soggetto consiste nel riprodurre la sequenza nello stesso ordine. Quando la sequenza è ripetuta correttamente dal soggetto, l'esaminatore continua con la sequenza successiva, che è più

lunga di un numero rispetto alla precedente, e si prosegue fino a quando il paziente fallisce consecutivamente due sequenze della stessa lunghezza o fino ad una serie di lunghezza massima di 9 cubetti ripetuta correttamente. Lo span spaziale è dato dalla lunghezza dell'ultima stringa di cifre ripetuta correttamente. Articolo di riferimento: Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., e Carlesimo, G.A., (2013). *Neurological Sciences*, 34, 749-754.

Apprendimento di Coppie di Parole

Si tratta di una prova di memoria episodica anterograda in cui l'esaminatore legge all'individuo dieci coppie di parole. Dopo la presentazione l'esaminatore legge il primo membro della coppia e l'esaminato deve rispondere con il secondo membro della coppia. La procedura viene ripetuta per tre volte, cambiando l'ordine di presentazione e di rievocazione degli stimoli. Metà delle coppie ('facili') sono formate da parole associate semanticamente (es. mese-anno), e quindi alla risposta corretta vengono assegnati 0.50 punti rispetto alle coppie non associate a cui viene assegnato 1 punto. Il punteggio massimo è 22.50. Articolo di riferimento: Spinnler, H., Tognoni, G. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987.

Ricordo di un Breve Racconto

Si tratta di una prova che valuta la memoria episodica anterograda verbale. L'esaminatore legge un breve racconto e l'esaminato deve rievocarlo immediatamente al termine della presentazione. Successivamente l'esaminatore rilegge il racconto e l'esaminato deve rievocare il racconto in modalità differita, dopo un intervallo temporale di dieci minuti occupato da compiti cognitivi di tipo non verbale e quindi non interferenti. Il testo del breve racconto è diviso visivamente in unità ideative utili per il calcolo del punteggio. Si attribuisce un punto ad ogni elemento del racconto rievocato correttamente. Il punteggio è rappresentato dalla media dei punteggi ottenuti in modalità immediate e differita diviso per due. Articolo di riferimento: i dati di norma, estensivi della versione di Novelli, G., Papagno, C., Capitani, E., et al, (1986). Tre test clinici di memoria verbale a lungo termine. Taratura su soggetti normali. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 2, 278-296, sono disponibili presso l'IRCSS Fondazione Ospedale Policlinico di Milano.

Batteria Rapida di Efficienza Frontale (FAB)

La FAB è una batteria di screening o di primo livello per esaminare il funzionamento esecutivo globale composta da prove cognitive e comportamentali. Articolo di riferimento: Aiello, E.D., Esposito, A., Gramegna, C., Gazzaniga, V., Zago, S., Difonzo, T., Apollonio I.M., e Bolognini, *Neurological Sciences*, 43, 979-984, 2022.

Clock Drawing Test (CDR)

Il *Clock Drawing Test* è un test breve utilizzato per valutare le funzioni esecutive, le abilità prasso-costruttive e le capacità visuo-spaziali. All'esaminando viene presentato un foglio su cui è disegnato un cerchio e gli viene chiesto di immaginare che sia il quadrante di un orologio. Il soggetto deve disegnare le ore così come sono abitualmente disposte sull'orologio e successivamente disegnare le lancette a indicare le ore sei e cinque minuti. Secondo la taratura qui utilizzata il punteggio massimo è 13. Articolo di riferimento: Caffarra, P., Gardini, S., Zonato, F., Concari, L., Dieci, F., Copelli, S., ... e Venneri, A. (2011). Italian norms for the Freedman version of the Clock Drawing Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 982-988.

Test della Torre di Londra

Si tratta di un test noto per valutare l'integrità della memoria di lavoro e delle abilità di problem-solving non verbale; viene considerato anche un test di programmazione e di memoria procedurale. Il materiale test consiste in una base di legno con tre perni di diversa altezza e tre palline forate di colore rosso, verde e blu con un foro dello stesso diametro dei perni. Sono proposti dei problemi di difficoltà crescente e ogni problema viene proposto più volte. Una prova è considerata superata se l'individuo raggiunge la configurazione richiesta nei tempi e modi previsti. Il punteggio è attribuito tenendo conto del tempo impiegato e del numero di mosse (range 0-36).

Test delle Stime Cognitive

Il Test delle Stime Cognitive è un compito che valuta il ragionamento basato su strategie di ricerca e comparazione critica di informazioni del repertorio di conoscenze acquisite. Si compone di 21 domande che non prevedono una risposta univoca e precisa (ad es. "Quanto pesano delle scarpe con il tacco?"), alle quali è richiesto di fornire una risposta orale di stima numerica. Le stime riguardano diverse categorie (ad es. peso, lunghezza, capacità, velocità, ecc.). Per ogni domanda le risposte vengono classificate su una scala da 0 a 2 punti, a seconda dell'entità della devianza rispetto alla risposta ritenuta accettabile (Range totale: 0-42). Dal test si ricavano due punteggi: il punteggio di errore assoluto e il punteggio di bizzarria che riguarda le risposte marcatamente 'devianti' da quelle accettabili. Articolo di riferimento: Della Sala, S., MacPherson, S. E., Phillips, L.H., Sacco, L., & Spinnler, H. J. N. S. (2003). How many camels are there in Italy? Cognitive estimates standardised on the Italian population. *Neurological Sciences*, 24, 10-15.

Test delle Analogie Verbali

Il test delle analogie verbali semplici (SVAT) è un breve compito neuropsicologico che richiede pochi minuti di somministrazione che esplora il pensiero astratto induttivo. Al paziente viene richiesto di risolvere quesiti del genere: *Parigi sta a Francia come Roma sta a . . .* oppure *corda sta a chitarra come tastiera sta a . . .* Il test ha dimostrato una buona specificità e sensibilità nel discriminare i controlli normali dai probabili pazienti con malattia di Alzheimer. Memoria di lavoro verbale, semantica e la capacità di trovare le parole. sono coinvolte anche nell'esecuzione di analogie. Sono disponibili dati ricavati da un campione di controlli normali e correggere i punteggi grezzi e i punteggi equivalenti e dei punteggi equivalenti. Articolo di riferimento: Gallassi, R, Sambati, L., Stanzani Maserati, M., Poda, R., Oppi, F., De Matteis, M., e G. Marano. (2014). Simple verbal analogies test: normative data on a short task exploring abstract thinking. *Aging Clinical and Experimental Research* 26, 67-71.

Test di Weigl

Il Test di Weigl o *Weigl's Sorting test* è un test di pensiero categoriale che valuta l'abilità di cogliere una somiglianza fra stimoli diversi. Il materiale del test è costituito da 12 stimoli in legno classificabili nelle seguenti cinque categorie: (1) forma (4 cerchi, 4 quadrati, 4 triangoli); (2) colore (3 verdi, 3 gialli, 3 blu, 3 rossi); (3) seme (4 con i quadri, 4 con i cuori, 4 con le picche); spessore (4 stimoli sono spessi 4 mm, 4 sono spessi 8 mm, 4 sono spessi 12 mm); dimensione (un quadrato, un triangolo rettangolo e un cerchio hanno rispettivamente lato, cateto e diametro di 30 mm, le dimensioni delle altre tre categorie possibili sono 60, 90 e 120 mm). Si dispongono in modo casuale i 12 gettoni davanti al soggetto, dando le seguenti istruzioni: *'Come può vedere, davanti a lei ci sono 12 gettoni tutti diversi, tuttavia possono essere raggruppati in modo che tutti i componenti di ogni gruppo abbiano almeno una caratteristica in comune. Il suo compito sarà proprio quello di fare questi raggruppamenti'*. Ai fini della raccolta del punteggio il test prevede due modalità di esecuzione: (a) modalità attiva, in cui il soggetto deve svolgere il compito richiesto; (2) modalità passiva, in cui il compito è svolto dall'esaminatore e l'individuo deve soltanto esplicitare il criterio da lui applicato. Il punteggio viene attribuito come segue: 3 punti per ogni categoria liberamente determinata (modalità attiva), 1 punto

per ogni categoria individuata in modalità passiva e 0 punti in caso di risposta errata o mancante (Range 0-15). Il tempo di somministrazione è all'incirca di 10-15 minuti. Articolo di riferimento: Spinnler, H., Tognoni, G. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987.

Test dei 15 Item di Rey

Questa prova viene utilizzata per individuare la tendenza a simulare o aggravare deficit di memoria episodica anterograda visiva. All'esaminato viene mostrata una configurazione di stimoli che apparentemente sembra difficile da memorizzare, ma che in realtà è assai semplice per le caratteristiche del materiale. Rientra pertanto nella cosiddetta 'Floor Effect Strategy' o 'Metodo del livello Minimo'. Il test consiste nella presentazione di una configurazione di 15 item per circa 10 secondi. Successivamente la configurazione viene nascosta allo sguardo dell'esaminato per altri 10 secondi, quindi gli viene chiesto di riprodurre su un foglio gli stimoli esaminati in precedenza. È prevista anche una prova di riconoscimento per conferire maggiore sensibilità al test. Il punteggio è calcolato sulla base del numero totale di item riprodotti immediatamente a memoria e gli item riconosciuti nella seconda prova. Articolo di riferimento: Boone, K.B., Salazar, X., Po, L., Chacon, K.W., Razani, J. (2002). The Rey 15-item recognition trial: a technique to enhance sensitivity of the Rey 15-item memorization test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 561-573.

I punteggi ottenuti ai test da IORGULESCU sono stati corretti per l'età (28 anni) e il suo grado di istruzione (Liceo Finanziario, 13 anni di scolarità) in modo da eliminare l'influenza delle variabili età, grado di istruzione e genere sul giudizio diagnostico. L'interpretazione dei valori ricavati ai singoli test è riportata a fianco del punteggio conseguito da IORGULESCU (nella norma, al limite inferiore della norma, deficitario) ed è basata per lo più sui cosiddetti Punteggi Equivalenti (PE) che fanno riferimento alla curva normale e hanno un range 0-4, dove il punteggio 0 viene assegnato al 5% dei punteggi corretti peggiori della distribuzione normativa ($z < -1,86$) e indica una performance patologica, 4 alla metà migliore dei punteggi corretti ottenuti dai soggetti normativi e indica una prestazione pienamente nella 'norma'. I punteggi da 1 a 3 si situano, in modo intervallare, tra $z > -1,86$ e $z = 0$. Una prestazione è considerata patologica in quanto tale punteggio si riscontra in meno del 5% della popolazione di controllo. Tuttavia, anche punteggi che si collocano al limite inferiore della norma possono talvolta essere considerati patologici valutando il contesto clinico e la prestazione complessiva del soggetto.

RISULTATI DELLE PROVE NEUROPSICOLOGICHE

Punteggio Corretto	Cut-off	Range	Test Somministrato	P.E.	Interpretazione
FUNZIONAMENTO COGNITIVO GLOBALE					
26.90	> 26.02	0-30	Mini Mental State Examination	1	<u>limite inferiore</u>
4/5	-----	0-5	orientamento temporale	-----	nella norma
5/5	-----	0-5	orientamento spaziale	-----	nella norma
FUNZIONI ATTENZIONALI					

47.25	> 31.00	0-60	Matrici Attenzionali	3	nella norma
			Trail Making Test		
55	< 126	0-∞	parte A	2	nella norma
166	< 293	0-∞	parte B	2	nella norma
112	< 162	0-∞	parte B-A	1	<u>limite inferiore</u>
18.70	> 12.70	0-∞	Fluenza Verbale su base alternata	2	nella norma
0.58	> 0.38	0-∞	Composite Shifting Score	2	nella norma
RAGIONAMENTO LOGICO DEDUTTIVO					
27.50	> 18.00	0-36	Matrici Progressive di Raven (47)	2	nella norma
LINGUAGGIO					
30	> 43	0-60	Boston Naming Test	-----	deficitario
36.34	> 17.77	0-∞	Fluenza Verbale su base fonemica	4	nella norma
29.36	> 28.34	0-∞	Fluenza Verbale su base semantica	1	<u>limite inferiore</u>
MEMORIA					
5.44	> 4.26	0-9	Span di Cifre diretto	3	nella norma
0.00	> 2.65	0-8	Span di Cifre inverso	0	deficitario
3.49	> 3.46	0-9	Span di Corsi diretto	1	<u>limite inferiore</u>
0.00	> 3.08	0-9	Span di Corsi inverso	2	nella norma
10.00	> 6.50	0-22.50	Apprendimento di Coppie di parole	2	nella norma
6.50	> 8.00	0-28	Ricordo di un Breve Racconto	0	deficitario
PRASSIA COSTRUTTIVA					
11.50	> 8.00	0-14	Test per l'Aprassia Costruttiva	3	nella norma
FUNZIONI VISUO-PERCETTIVE					
3.00	> 2.25	0-14	Test di Street	1	<u>limite inferiore</u>
13	> 6.55	0-13	Clock Drawing test	4	nella norma
FUNZIONI ESECUTIVO-FRONTALI					
13.78	> 12.03	0-18	Frontal Assessment Battery	1	<u>limite inferiore</u>
15.55	> 13.92	0-20	Test delle Analogie Verbali	1	<u>limite inferiore</u>
29	> 20	0-13	Test della Torre di Londra	-----	nella norma
			Test delle Stime Cognitive		
19.97	< 18.00	0-42	risposte totali	-----	deficitario
05	< 04	0-21	bizzarrie	-----	deficitario
5.50	> 5.00	0-15	Test di Weigl	1	<u>limite inferiore</u>
DETEZIONE DELLA SIMULAZIONE					
30	> 20	0-30	15-Item di Rey – ripr. + ricon.	-----	negativo

Valore corretto = Punteggio corretto in base alle variabili età, scolarità e talvolta sesso. Cut-off = Valore al di sotto del quale la prestazione è considerata deficitaria. P.E. = Punteggi equivalenti ricavati da test tarati su campioni di popolazione italiana in grado di rendere comparabili prestazioni a test diversi. 0 = patologico; 1,2,3 = intermedi; 4 = superiore o uguale alla mediana del gruppo di controllo. I punteggi equivalenti pari a 1 possono essere talvolta considerati indicativi di un deficit cognitivo valutando il contesto clinico e la prestazione complessiva del paziente.

Fonti delle Tarature

Mini Mental State Examination (Foderaro, G., Isella, V., Mazzone, A., et al., *Neurological Sciences*, 43, 3053-3063, 2022).
Test delle Matrici Attenzionali (Spinnler, H., Tognoni, G., *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987).
Trail Making Test (Giovagnoli, A.R., Del Pesce, M., Mascheroni, S., et al., *Italian Journal of Neurological Sciences*, 17, 305-309, 1996).
Matrici Progressive Colorate di Raven (Basso A, Capitani E, Laiacona M. *Functional Neurology* 2, 189-194, 1987).
Test dei Gettoni (Spinnler, H., Tognoni, G., *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987).
Span Verbale diretto (Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., e Carlesimo, G.A., *Neurological Sciences*, 34, 749-754, 2013)
Apprendimento di Coppie di Parole, dati normativi presenti presso la S.C. di Neurologia dell'IRCSS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.
Ricordo di un Breve Racconto, dati normativi presenti presso la S.C. di Neurologia dell'IRCSS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.
Test dell'Aprassia Costruttiva (Spinnler, H., Tognoni, G., *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987).
Clock Drawing Test (Caffarra, P., Gardini, S., Zonato, F., et al., *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 982-988, 2010).
Batteria Rapida di Efficienza Frontale (Apollonio, I., Leone, M., Isella, V., et al., *Neurological Sciences*, 26, 108-116, 2005).
Test delle Stime Cognitive (Della Sala, S., MacPherson, S.E., Phillips, L.H., Spinnler, H. *Neurological Sciences*, 24, 10-15, 2003).
Test delle Analogie Verbal (Gallassi, R., Sambati, L., Stanzani Maserati, M., et al., *Aging Clinical Experimental Research*, 26, 67-71, 2014).
15-item di Rey (Boone, K.B., Salazar, X., Po, L. et al., *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 561-573).

4.

CONCLUSIONI

Nell'ambito dell'accertamento IORGULESCU è apparso vigile, in lieve stato ansioso e con un rapido ed eccessivo consumo di sigarette nel corso dell'esame, l'atteggiamento è risultato nel complesso cooperante anche se con il riscontro di una facile esauribilità cognitiva e fluttuazione dei livelli di attenzione selettiva e sostenuta nel tempo, evidenti inoltre rapide variazioni d'umore. Non si sono rilevate significative inadeguatezze comportamentali di tipo frontale tipo disinibizione, spunti aggressivi, opposizione alla valutazione testistica o altro, e non sono emerse tematiche ideoprodotte né fenomeni psicosensoriali abnormi. IORGULESCU ha dimostrato un'esatta conoscenza dell'ubicazione, tempo e situazione personale anche se è sembrato comprendere solo in parte le motivazioni dell'incontro peritale, espone nel colloquio preliminare ai test. L'eloquio spontaneo è apparso normofluente in lingua italiana e privo di significativi aspetti di stampo afasico e/o disartrico e anche la comprensione orale è risultata clinicamente nella norma. Si è pertanto ritenuto di poter svolgere la valutazione in lingua italiana senza mediatore linguistico-culturale.

L'assessment testistico ha evidenziato, dopo le opportune correzioni per età, livello di istruzione e genere, valori deficitari o che raggiungono solo il criterio minimo di 'norma' alla scala di funzionamento cognitivo globale (*Mini Mental State Examination*) e in test che cimentano le funzioni attentivo-esecutive (*parte B-A del Trail Making Test*), il recupero lessicale (*Boston Naming Test, Fluenza Verbale su base semantica*), la memoria nelle dimensioni a breve termine visuo-spaziale (*Span di corsi diretto*), di *working*

memory (Span di Cifre inverso) ed episodica anterograda verbale (Ricordo di un Breve Racconto), l'integrazione di configurazioni visive (Test di Street) e l'efficienza cognitiva pre-frontale (Frontal Assessment Battery, Test delle Analogie Verbali, Test delle Stime Cognitive con bizzarrie, Test delle Analogie Verbali, Test di Weigl). Non si sono registrati intenti simulatori alla prova di detezione della simulazione.

In sintesi, l'esame clinico-psicometrico ha evidenziato la presenza di deficit/difficoltà a carico delle competenze attentivo-esecutive, recupero lessicale, mnesiche nelle dimensioni a breve termine spaziale, di *working memory* ed episodica anterograda, di integrazione visiva e soprattutto di efficienza cognitiva pre-frontale. Non è emersa una tendenza a simulare un deficit cognitivo e il quadro è da ritenersi genuino. Nel complesso tali risultanze sono in linea con quanto rilevato nella precedente verifica neuropsicologica risalente a dicembre 2020 e delineano un deficit cognitivo di grado lieve-moderato nel contesto di un duplice fattore eziologico (psicopatologia primaria con disturbo di personalità, sindrome post-trauma cranico) con documentate persistenti alterazioni 'frontali' alla PET-encefalo.

Milano, 02 agosto 2024

Dott. Stefano Zago



WWW.LUMEAJUS.IT

Considerazioni generali e risposta ai quesiti

La prima considerazione è che non si sono osservati, rispetto alle valutazioni precedenti, elementi di critica né rispetto alla metodologia applicata né rispetto alle conclusioni cui si è giunti. Tutti gli psichiatri che hanno avuto modo di visitarlo hanno concordato sulla diagnosi di matrice organica insorta dopo l'incidente.

L'opportunità di avere la traduzione della cartella clinica del ricovero presso Ospedale universitario di pronto soccorso Elias in Romania, permette di confermare che in data 8 settembre 2019 alle 04:02 è stato ricoverato in gravissime condizioni a seguito di un politrauma da incidente stradale che è stato operato d'urgenza e poi trasferito nell'unità di terapia intensiva in gravi condizioni generali. Il bilancio di lesioni e le misure terapeutiche si sono registrate dalla cartella durante il ricovero e condizioni generali del paziente sono rimaste gravi con momenti di coscienza ma che non hanno permesso di portare all'attenzione dell'indagato, la qualità di indagato e le accuse come evidenza rivolte (Fascicolo n 3588/P/2019 del 19/09). Inizialmente il paziente è stato dimesso contro il parere medico ma su richiesta del padre per un secondo parere medico in Italia Milano presso il Policlinico San Donato. Nella lettera di dimissione si legge politrauma da incidente stradale emoperitoneo massivo da rottura del mesentere, rottura del mesocolon sigmoideo. Diagnosi secondarie shock emorragico grave trauma toracico con contusione polmonare bilaterale fratture costali bilaterali VII-IX, insufficienza respiratoria acuta anemia secondaria con trasfusione. Eseguito intervento chirurgico d'urgenza in anestesia generale con laparotomia esplorativa. Eseguita TAC ma il risultato dell'esame è intensamente caratterizzato da artefatti di movimento del paziente. Alla TAC encefalo esame cerebro ventricolare con TC non evidenza modifiche densitometriche illeggibile o extra cerebrale. Data la sintomatologia acuta e la necessità di intervento chirurgico è da ritenersi giustificato che la valutazione neurologica non sia stata la priorità, in seguito poi il pz è stato dimesso e monitorato in Italia ove invece si è potuto valutare e apprezzare la componente organica frontale che nel corso degli anni si è manifestata e mantenuta con anomalie del comportamento ed emotive che si sono accavallate al disturbo di personalità antecedente, complicandolo e sostituendolo.

La seconda osservazione rientra proprio nella discrepanza che c'è dal confronto di un esame strumentale morfologico come la TAC o la RMN (eseguita solo tempo dopo e comunque non evidentemente patologica) rispetto ad un esame di funzionamento come la PET.

Siamo nel campo delle neuroimmagini. Le metodiche di neuroimmagini sono insieme di tecniche che consentono di creare delle immagini del sistema nervoso in particolare delle immagini del cervello umano "in vivo". Negli ultimi vent'anni sono aumentate significativamente le metodologie avanzate per studiare sia le strutture anatomiche sia il loro funzionamento a riposo o durante lo svolgimento di specifici compiti motori, sensoriali e cognitivi. Le neuroimmagini anatomiche comprendono oltre la radiografia convenzionale la tac in uso da cinquant'anni e oggi utilizzate quasi esclusivamente a scopo clinico, la risonanza magnetica il cui sviluppi tecnologici e scientifici hanno permesso l'implementazione di tecniche avanzate in grado di studiare come con maggiore precisione le strutture corticali e le fasce di connessione tra essi. Altra cosa invece sono i neuroimaging funzionali che comprendono le metodiche di medicina nucleare quale la PET ovvero la tomografia e immissione di positroni e la tomografia emissione di un singolo fotone SPECT. Il funzionamento cerebrale è strettamente legato all'apporto sanguigno costante di ossigeno e glucosio la principale fonte di energia per il cervello: quindi vi è una stretta associazione tra attività funzionale e normo flusso sanguigno e consumo di ossigeno e glucosio di conseguenza il livello di attività funzionale cerebrale può essere descritto da per fusione cerebrale metabolismo cerebrale. Nelle immagini di perfusione come la Pet sono ben individuabili le principali aree corticale cerebrali, i nuclei della base e i talami per esempio per una diagnosi di morbo di Parkinson è essenziale lo studio con la SPECT per il sistema dopaminergico nigro striatale in un soggetto che potrebbe avere una TAC Encefalo basale nella norma. Nel caso in esame abbiamo una RMN in cui si evidenzia solo "lieve accentuazione dei solchi corticali della convessità biemisferiche in sede frontale in rapporto all'età", ma un follow - up di PET che confermano un alterato funzionamento specifico e localizzato nell'area prefrontale.

Ora mi sembra opportuno descrivere quella che in letteratura si intende per sindrome prefrontale. Storicamente esiste tutta una letteratura sulla lesione del lobo frontale e disturbi psichiatrici a partire dal 1868 in cui Harlow descrive le modificazioni comportamentali conseguenti a un esteso danno frontale in un paziente durante un incidente sul lavoro, colpito da una sbarra di ferro che penetra nella parte inferiore del cervello lesionando le regioni orbito mediali di entrambi i

lobi frontali. Prima di questo trauma il paziente era stato descritto con un uomo efficiente, successivamente fu descritto come un incostante, capriccioso, volubile, irriverente incline alle più pesanti oscenità, intollerante alle costrizioni e consigli, ostinato.²

La sindrome prefrontale è diagnosticabile con esami di funzionamento del cervello e non con esami di morfologia, necessita di valutazione neurocognitiva e personologica in quanto tale diagnosi nosograficamente viene usata per indicare un gruppo eterogeneo di deficit che sono in relazione a diverse eziologie con localizzazioni ed estensioni della lesione del lobo frontale. Il quadro dei sintomi della sindrome è vasto e multiforme e coinvolge deficit presenti e manifesti di altre aree cerebrali per le numerose interconnessioni emisferiche delle zone frontali. I pazienti con danno frontale possono non manifestare segni di questa sindrome ovvero non manifestare tutti i sintomi motori, cognitivi, attentivi, percettivi e avere in teoria un comportamento normale di fronte all'esaminatore, ma se li si osservano nella vita quotidiana questi pazienti hanno difficoltà ad iniziare un compito o lo abbandonano ancora quando non completato, sono incontrollati senza azioni di filtro e di inibizione, avendo l'area prefrontale una azione INIBITORIA.

Altra considerazione anamnestica è che il soggetto ha elementi disadattativi di personalità con aspetti borderline e narcisistici che nessuno vuole negare ma sono stati surclassati dal disturbo neurologico. Analogamente anche il dato anamnestico che in passato ha fatto uso di sostanze alcol, e cocaina, ad oggi è marginale e fa da corollario alla diagnosi principale neurologica.

Tale sindrome prefrontale come peraltro hanno evidenziato i follow-up funzionali e non morfologici non è in regressione.

Per quanto riguarda la risposta ai quesiti, avvallandomi anche della valutazione neurocognitiva e degli esami strumentali eseguiti, nonché della presa visione della documentazione anche al momento del fatto è possibile confermare la **diagnosi di disturbo prefrontale post traumatico** con elementi di disinibizione e discontrollo impulsivo, aspetti paranoicali con evidente disagio e menomazione del funzionamento sociale e lavorativo, ma tale disagio non è percepito con valida critica dal periziando che con goffe modalità difensive mette in atto pensieri grandiosi di imprenditorialità e di attività future pur di non fare i conti con il

² Frontal lobe injuries and psychiatric disorders, Psychatological -clinical review and current diagnostic nomenclature of mental disorders . Nardini Bellomo Journal of Psychopathology Issue 3-1999.

disagio mentale in atto. A volte si è assistito anche a crisi violente e pantoclasiche che hanno motivato ricovero in TSO, a volte riesce a dare segnali che si sta spazientendo. Una diagnosi di certezza del disturbo è basata sulla presenza di almeno due caratteristiche e in lui oggettivamente si riscontra la riduzione persistente della capacità di perseverare in attività finalizzate soprattutto quelle che richiedono lunghi tempi e periodi ed una gratificazione differita, alterazione della sfera emozionale con passaggio a irritabilità e brevi scopi di aggressività; tendenza ad esprimere bisogni e impulsi senza considerazione delle conseguenze delle convenzioni sociali; disturbi della sfera cognitiva come sospettosità ideazione paranoide.

Il soggetto è da ritenersi incapace di stare in giudizio in quanto non ha critica, oscilla su posizioni antitetiche e non comprende le conseguenze di atti e scelte spesso impulsive: si conferma la necessità di continuare significativo programma di cura, assistenza e riabilitazione da svolgere su lungo periodo (ordine di grandezza poliennale) in ambiente protetto ad alto impatto di trattamento, assistenza e riabilitazione al fine di consentire una maggiore consapevolezza. Il quadro clinico è confermato dal peggioramento del quadro strutturale rilevato con le neuroimmagini. Senza il contenimento dell'attuale ambiente di cura il paziente presenta una situazione di rischio per la salvaguardia di sé e non sarebbe in grado di autogovernarsi. Inoltre, le condizioni attuali non consentono al paziente la partecipazione consapevole alle attività processuali che potrebbero coinvolgerlo e quindi non è in grado di esprimersi sul principio di specialità in tema di mandato di arresto europeo.

Tale quadro risulta irreversibile.

25.09.2024

Laura Chiringhelli

