

Dr. Laura Ghiringhelli  
Medic Chirurg  
Specialist în Psihiatrie  
Specialist în Criminologie Clinică  
și Psihiatrie Medico-legală  
ASST Vest Milano  
Via Papa Giovanni Paolo II  
20025 Legnano  
[laura.ghiringhelli@asst-ovestmi.it](mailto:laura.ghiringhelli@asst-ovestmi.it)

**TRIBUNALUL ORDINAR MILANO**

**Secția V Penală – Curtea de Apel**

**Procedura MAE 140/2023**

**Ilustrul Judecător, Giuseppina BARBARA**

În data de 11/01/2024 la ora 09:32, Curtea de Apel Milano, secția V Penală alcătuită din domnii judecători: Președinte - Giuseppina Barbara, consilieri - Roberto Arnaldi și Roberto Peroni Ranchet, cu intervenția Procurorului General reprezentat de Procurorul Adjunct General, Laura Gay, a solicitat subsemnatei, numită ca expert în data de 15/11/2023, următoarele: „Să spună expertul, în urma examinării actelor și obținând de la părți și de la comunitățile în care se află persoana orice documentație ulterioară sanitară, și consultând persoana expertizată, dacă numitul IORGULESCU GINO MARIO, în raport cu condiția sa fizică și psihică actuală este capabil să participe cu conștiinciozitate la procedura în cadrul căreia i s-ar solicita să își exprime acordul cu privire la predarea sa în favoarea României și cu privire la o eventuală renunțare la principiul de specialitate; În cazul în care răspunsul este negativ, dacă această condiție este ireversibilă”.

La cererea procurorului general și cu acceptul apărării, această chestiune este completată cu următorii termeni: „în cazul în care se constată capacitatea numitului IORGULESCU GINO MARIO de a participa cu conștiinciozitate la procedură, să spună expertul de ce fel de îngrijiri sanitare și de asistență are nevoie persoana expertizată”.

Inițial au fost solicitate și acordate 90 de zile, ca urmare a internării în cadrul Le Betulle a numitului IORGULESCU, supus unei intervenții chirurgicale de colecistectomie și ulterior, după vizita în cadrul Comunității Noviglio, cu necesitatea de a numi un consultant neuropsihologic, am solicitat o amânare ulterioară care mi-a fost acordată.

## **EXAMINAREA ACTELOR**

Pe lângă documentația deja cunoscută, prezentă în dosarul procedurii, respectiv expertizele anterioare redactate de Marina Carla Verga și fișa medicală, s-a evaluat documentația adăugată ulterior în acești ultimi ani, și, în special, efectuarea și repetarea examenelor paraclinice (PET):

După cum am declarat mai sus, s-a considerat oportun să se solicite în data de 5 aprilie 2024 ajutorul unui expert autorizat, Prof Stefano Zago, care, fiind autorizat în acest sens, a întâlnit persoana expertizată și a consultat documentația sanitară și evaluările neuropsihologice anterioare, cuprinse în raportul de expertiză al Dr. Verga. Inclusiv comunitatea l-a supus pe pacient la teste neuropsihologice cu MMPI. Scopul a fost, pe lângă evaluarea cognitivă a presupusei afectări prefrontale, și acela de a-l supune la un test de simulare, în scopul evaluării și de a nu neglija această ipoteză.

Informații suplimentare au fost colectate de medicii curanți întâlniți atât la Le Betulle, cât și în cadrul structurii în care este găzduit, *Comunitatea Terapeutică Rezidențială „Il Molino”* din Mairano di Noviglio (MI).

În Le Betulle a fost consultat în data de 14.2.2024 și s-a purtat o discuție cu Dr. Levi, medic specialist neurochirurg, care, în trecut, a monitorizat pacientul în cadrul structurii la indicația Dr. Somaini, medic psihiatru. Colegul, Dr. Levi, vorbește despre o „incapacitate de a prevedea consecințele propriilor acțiuni și l-a supus unui examen PET cu elemente semnificative identificate, comparativ cu un CT de bază care se prezintă în limite normale”. Își susține părerea printr-o anamneză cu elemente de discalculie și dificultăți școlare, dar bănuiește și faptul că ar exista o suspiciune disfuncțională anterioară traumei frontale suferite în urma accidentului din România. Examenul PET din 2019 este el însuși semnificativ, în absența unor leziuni anatomice decelabile. Inclusiv în 2022 se confirmă elementul PET în „evoluție”, dar și dintr-un RMN slab semnificativ rezultă o „ușoară accentuare a șanțurilor corticale cu convexități bi-emisferice la nivel frontal în raport cu vârsta”.

Ultimul PET din 14.2.2024. „Examen efectuat prin tehnica 3D și CT integrată pentru corecția atenuării, pe nemâncate și la 30 de minute de administrarea FDG.

Elemente: Se consultă investigațiile efectuate anterioare într-o altă structură în 2019 și 2022, cu care este posibilă numai o comparare calitativă.

## EVALUARE CALITATIVĂ

În contextul unor indicii tomoscintigrafice de atrofie difuză bilaterală, investigația evidențiază o fixare redusă a glucozei radiotrasoare analoge la nivel cortical frontal bilateral, ușor mai evidentă la dreapta.

Accentuarea zonelor de fixare redusă a traserului la nivel parietal superior și inferior bilateral, mai mare la dreapta. Inițial hipometabolizare în regiunea precuneusului.

Accentuare pronunțată a reducerii profilului metabolic glucidic în regiunea corticală occipitală bilateral, mai evidentă tot la dreapta.

Captare neomogenă a traserului în celelalte regiuni corticale, fără alte regiuni de hipometabolizare.

Nu se identifică anomalii de distribuire a traserului la nivelul structurilor cerebrale subcorticale sau cerebelare. Concluzii: Investigație PET care sugerează un profil metabolic glucidic redus în zonele corticale menționate mai sus, preponderent în emisfera dreaptă.”

S-a efectuat o consultație ulterioară în comunitate în data de 3.4.2024.

Toate consultațiile cu o durată de ore în datele de 14.2.2024 și 3.4.2024, iar discuțiile s-au purtat în prezența colegilor și consultanților părinților, Dr. Franco Martelli și Dr. Mario Mantero, consultant și în apărările anterioare din 2021 și 2022, și împreună am stabilit necesitatea unei evaluări neuropsihologice și a unei ulterioare solicitări de amânare, care a fost acordată.

### **Anamneza și istoricul persoanei expertizate**

Sunt prezentate datele anamnestiche deja ilustrate în trecut și care sunt în esență neschimbate și pe care, nemeritând să fie repetate ulterior, voi încerca să le sintetizez.

Gino Mario IORGULESCU este născut la București în data de 30 mai 1995 și este singur la părinți. Părinții trăiesc și locuiesc în România: tatăl persoanei expertizate este o persoană cu o anumită notorietate în țara de origine, fiind în trecut un jucător de fotbal renumit la echipa națională și alte echipe; ulterior a fost, după spusele fiului, proprietarul unor echipe de fotbal și antreprenor în domeniul restaurantelor. Rezultă a fi o persoană de succes și care a asigurat familiei un nivel de trai foarte ridicat.

Mama persoanei expertizate este licențiată în Medicină și Psihologie și predă la Universitatea din București.

Ambii părinți vin în Italia să îl vadă pe Gino Mario o dată la două-trei luni.

În ceea ce îl privește, lui Gino Mario nu îi face plăcere să vorbească despre părinți. Inițial încearcă să evite acest lucru, apoi afirmă că nu a avut o relație bună, în special cu mama, cu care s-a certat de foarte multe ori. Tatăl este descris ca fiind mai relaxat și neutru. Reiese o senzație de abandon și de profundă solitudine a tânărului, împreună cu semnale de disconfort deja prezente în preadolescență și aparent neconsiderate ca fiind suficiente.

Își amintește că a fost monitorizat de un psihiatru sau de un psiholog, dar nu i-au fost prescrise medicamente. Crede că motivul a fost că nu se înțelegea „bine” cu părinții și în special cu mama.

Din documentele de la dosar nu rezultă că relația cu părinții ar reprezenta un beneficiu pentru pacient, cel puțin în timpul vizitelor în structurile în care acesta este internat și deci nu s-a considerat oportună o confruntare între aceștia, preferând în schimb opinia medicilor curanți, educatorilor și disponibilitatea unchiului care a oferit documente recente. Pacientul confirmă povești despre o viață la București caracterizată de o viață socială și nocturnă semnificativă și diversificată, plină de petreceri și discoteci.

Petrecerile cu prietenii durau chiar și câteva zile, două-trei zile fără somn și cu cantități semnificative de alcool. Spune, 150 de litri de vin la o petrecere pentru 20 de persoane.

Afirmă că nu s-a simțit niciodată rău după abuzul de alcool și că s-a trezit întotdeauna lucid. În anumite ocazii „nu își mai amintea nimic”.

Și afirmă că a început să consume alcool de la vârsta de 13 ani, vin și votcă.

După 13 ani, mai târziu, a început să consume și substanțe.

Cocaina pare să fie drogul de elecție, chiar dacă nu se definește ca fiind dependent.

Afirmă că obișnuia să consume două-trei prize la final de săptămână. A încercat și alte substanțe, dar fără o plăcere deosebită. În schimb, consumul de cocaină este amintit ca o alegere activă și plăcută.

Persoana expertizată a frecventat școlile obligatorii, în limba engleză, aparent fără un mare succes sau ușurință, dar le-a dus la bun sfârșit.

Ulterior, a urmat un curs universitar, Business Administration and Financial Business la Geneva.

Nu a finalizat ciclul de studii ca urmare a unei probleme cu legea.

În acest sens, menționează un proces suferit ca urmare a unei încălțări, în care a fost martor și nu parte activă și în care inițial ar fi fost achitat, dar ulterior condamnat la trei ani și jumătate. Povestește confuz despre o situație în care faptul că ar fi împiedicat o persoană să iasă dintr-un apartament ar fi fost catalogat drept „sechestrare”.

Persoana expertizată povestește că a petrecut 30 de zile într-o închisoare din România; spune că nu s-a simțit prea rău și că persoanele cu care împărțea spațiul l-au protejat și ajutat. Nu pare să aibă amintiri negative.

Nu are amintiri foarte negative de relatat, astfel că s-a gândit la oportunitatea de a se întoarce în România la închisoare.

Singurul subiect și moment care pare să îi trezească un anumit tip de emoție este atunci când vorbește despre iubita lui, motivul pentru care a luat mașina în noaptea accidentului. Se certaseră și era furios. A luat mașina, un Aston Martin pe care îl avea de o săptămână, așteptat timp de cinci luni, și, deși consumase alcool, s-a așezat la volan.

După un timp de la accident a cerut-o pe iubita lui de soție, aceasta i-a răspuns afirmativ și apoi l-a părăsit fără nicio explicație. Pare dezamăgit de acest comportament și nu îl poate motiva, părănd să o judece pe fată ca pe o ingrată. Adaugă apoi că acum vorbește prin mesaje cu o fostă prietenă, dar așa și așa. Totuși, exprimă o idee clară în ceea ce privește relația sa cu femeile: susține că simte nevoia să aibă o prietenă, a avut întotdeauna femei și nu poate sta fără ele. Are nevoie de ele, a fost întotdeauna obișnuit să aibă femei în viața lui”.

Povestește că a fost sportiv, dar datele care susțin această afirmație sunt puține: ar fi jucat fotbal în liceu, cu talent, după cum spune el, dar nu a mai continuat apoi.

Foarte bogată viața socială și nocturnă, din care își amintește excese sub toate aspectele, alcool, femei, activități, etc., își amintește excese cu comportamente auto-mutilante, conștienți fiind că se taie sau își sparg pahare în cap și mai puțin conștienți că au avut diferite incidente cu diferite mijloace (jetski, wakeboard, etc.), incidente în care, din narațiune, rezultă evident excesul: de viteză, de încredere și superficialitatea (povestește că s-a rănit într-un incident cu jetski-ul pe lacul unde au o casă pentru că scria un mesaj).

La consultații nu au reieșit date diforme și cu atât mai puțin adiționale: puține alte lucruri semnificative par să se adauge la propria poveste.

În data de 31.5.2024 am fost convocată de Judecător care mi-a dat un stick USB cu documentele clinice și traducerea documentației sanitare și de internare de la momentul accidentului (Fișa pacientului numărul 43749 din 08/09/2019, este anexată continuarea examenelor medicale începând cu data de 8/9 până la 23/09/2019 departamentul de chirurgie/terapie intensivă). Aceste documente au fost împărtășite cu colegii și cu Prof. Zago.

Se consultă documentul de numire a administratorului provizoriu de urgență din data de 5/2/2020 (Tribunalul Ordinar din Varese).

## **Examen psihic**

Țin să precizez că din curiozitate personală am solicitat să vizitez pacientul în două medii sau „set-up”-uri total diferite, prima vizită fiind într-o cameră single, confortabilă din Clinica Le Betulle, și într-o stare de sedare, inclusiv din cauza intervenției de colecistectomie suferită cu câteva zile înainte; cea de-a doua, la câteva luni după, în cadrul comunității în care este găzduit. Comunitatea scrie „controlul din 16.2.2024: cadru neschimbat, în continuare îngrijorat de chestiunea legală, se simte mai bine atunci când revine acasă, în timp ce, în structură, îi revine disconfortul, simptomatologia anxioasă-depresivă, treziri în timpul nopții, neagă agresivitate, în continuare nu știe ce face, nu știe ce tratament face. La întoarcerea acasă îi sunt încredințate medicamentele pe care le ia: sertralina 50 miligrame 1 cp, pregabalin 75 1 comprimat x2, quetiapina 50 miligrame 3 comprimate, valdorm 15 mg 1 comprimat”. Diagnosticul pus de comunitate este de „Tulburare de

personalitate, tulburare post-traumatică de stres, sindrom frontal (ca urmare a unui accident cu politraumatism, fiind caracterizat de reduse capacități cognitive mnezice, de concentrare și de mentalizare, cu o slabă ideație spontană și capacitate critică stimulată redusă)”.

Din punct de vedere obiectiv, examenul psihic este în acord și cu ceea ce rezultă din observația clinică a Prof. Zago, pacientul manifestându-se întotdeauna lucid, orientat în parametrii spațio-temporali și asupra propriei persoane. Discursul său este informativ, dar cu necesitate de stimulare: se exprimă fluent în limba italiană, nu prezintă anomalii de formă sau de conținut. În limite normale este și înțelegerea orală, dar au fost identificate deficite mnezice precum dificultate în reevocarea anumitor fapte, dificultăți de concentrare și dificultăți în a duce la bun sfârșit anumite sarcini, manifestând și deficit de atenție. Confruntat cu aceste dificultăți, tinde să devină neliniștit, enervându-se, ridicându-se, activându-se din punct de vedere fizic. Uneori reușește să verbalizeze senzația de tensiune și „lipsă de rezistență”, alteori reacționează urât, impulsiv și într-un mod necontrolat pe care apoi îl regretă. Îi este greu să selecteze stimuli, dându-le o prioritate, o ordine. Cu o ușoară îngreunare, dă dovadă de o oarecare staticitate în mișcări care corespunde unei mimici sărace și unei lipse de expresivitate semnificativă: această caracteristică îl face pe tânăr să fie greu interpretabil, întrucât este greu de descifrat starea de spirit a acestuia și de atribuit emoții corecte acestuia. Rezultă numai relativ informat, nu din cauza unei colaborări deficitare, ci din cauza modalității impresioniste de povestire, la care se adaugă și un aspect de critică redusă și capacitate strategică redusă care îl determină să facă anumite declarații care, deși genuine, rezultă în mod evident că nu îi oferă niciun avantaj, ci, din contră, se pot dovedi nefavorabile. Uneori spune ceva, apoi spune contrariul, într-un mod provocator, nerăbdător, plictisit. Acest aspect pare să sugereze o capacitate strategico-executivă redusă și deficitară, agravată de impulsivitatea care deja îl caracteriza și care în prezent apare prezentă majoritar.

Pacientul a înțeles întotdeauna într-un mod pasiv și mai degrabă apatic scopul vizitelor, manifestându-și dezacordul în anumite ocazii în care alunecă în paranoia și în complotism față de persoana lui sau confundând planul clinic cu cel juridic. Pare să aibă dificultăți în a evalua gravitatea propriei situații clinice. Consideră că ceea ce îi este necesar poate fi obținut și acasă, cu un „educator”, ca viața sa s-ar putea rezolva găsindu-și o prietenă și lucrând la propria lui aplicație. Dă dovadă de o gândire foarte concretă, cu dificultăți în a trece la un plan mai simbolic și metaforic. Comportamentul său se manifesta în vizitele trecute și în continuare pare în mod global și superficial adecvat, deși, după cum s-a spus, există și comportamente impulsive.

Persistă o frivolitate care își are originea într-o lipsă de participare și capacități evidente de a atribui prioritate sau importanță lucrurilor.

Pare a fi conștient de propria situație juridică și de acuzațiile care i se aduc; susține că regretă cele petrecute, dar fără o participare emotivă reală, ca și cum nu ar percepe la nivel profund caracterul dramatic real al celor petrecute, în ceea ce privește consecințele atât ale accidentului propriu-zis, cât și la nivelul condiției sale; după cum s-a afirmat mai sus, se observă o carență de empatie față de Celălalt, care îl face să măsoare fiecare lucru numai și exclusiv în raport cu propria dorință și nevoie, inclusiv într-un mod care ar putea fi definit ca perseverent. Nu reușește să elaboreze o gândire introspectivă și alunecă în conținuturi difuz persecutorii, precum convingerea că există o anumită înverșunare împotriva sa, cu motivațiile deja ilustrate că, deși au o origine care poate fi înțeleasă, în extremizarea lor devin slab realiste și grandioase, la fel cum sunt convingerile pe care persoana expertizată le are asupra propriei persoane și asupra posibilităților viitoare în care se vizualizează ca om de afaceri, capabil să ajungă până în Statele Unite, Japonia și Rusia cu peste 100 de aplicații care să îl transforme în „cel mai bogat om din lume”. Aceste afirmații sunt, după părerea mea, defensive față de conștientizarea propriei situații și au fost observate și în expertizele anterioare, nemodificate și dure precum granitul care, ca un dig, ar trebui să îl protejeze de o destrămare a sinelui.

Dispoziția sa este caracterizată de apatie, inițiativă redusă și capacitate de implicare redusă, pierderea intereselor cu tristețe în momentul în care își conștientizează limitările (fie că sunt interne sau externe), asociate cu schimbări radicale cu grandomanie și impulsivitate, care par a fi adesea imprevizibile.

Rămâne observația că pare capabil să treacă de la observații evident nerealiste și nerealizabile la observații mult mai realiste, precum cele cu privire la situația sa juridică actuală, fără a dovedi o mișcare emotivă deosebită, ci, mai ales, făcând afirmații absolut suprapozabile și stereotipale față de cele precedente și aducând în sprijinul propriilor convingeri elemente extrem de superficiale și generice.

Dă dovadă așadar de o capacitate redusă de argumentare.

Nu acuză și nu se observă deficiențe de percepție auditive sau vizuale.





**FUNDAȚIA IRCCS CA' GRANDA  
SPITALUL MAJOR POLICLINIC**



**UNIVERSITATEA DIN MILANO**

### **Stefano Zago PhD**

Director Psiholog Nivelul I – Neuropsiholog

Departamentul de Neuroștiințe și Sănătate Mentală

S.C. Neurologie, IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico

Profesor pe bază de contract de Neuropsihologie Clinică, Psihometrie

Universitatea din Milano

Cabinet 02-55033854 - Telefon mobil 349-6188966

e-mail [stefano.zago@unimi.it](mailto:stefano.zago@unimi.it)

### **TRIBUNALUL ORDINAR MILANO**

#### **Secția V Penală – Curtea de Apel**

Procedura MAE 140/2023

Ilustrul Judecător, Giuseppina BARBARA

### **EVALUARE NEUROPSIHOLOGICĂ**

A numitului

#### **IORGULESCU Mario Gino**

Născut la București (România), în data de 30 mai 1995

Expert: Dr. Laura GHIRINGHELLI

Specialist în Psihiatrie, Psihiatrie Medico-legală și Criminologie

\*\*\* \*\*

1.

## NUMIREA

În data de 5 aprilie 2024, **Dr. Laura GHIRINGHELLI**, medic chirurg și Specialist în Psihiatrie, Psihiatrie Medico-legală și Criminologie, în calitate de expert numit de Tribunalul din Milano, a solicitat să fie autorizată să apeleze la ajutorul subsemnatului, **Dr. Stefano ZAGO**, psiholog și neuropsiholog clinic, în scopul de a efectua o investigație cu privire la funcțiile cognitive și comportamentale ale numitului **IORGULESCU Gino Mario**. Ilustrul Judecător, dna. **Giuseppina BARBARA**, a autorizat această sarcină în data de 8 aprilie 2024.

2.

## PREZENTARE ANAMNESTICĂ MEDICALĂ, NEUROLOGICĂ ȘI NEUROPSIHOLOGICĂ A NUMITULUI IORGULESCU GINO MARIO

IORGULESCU Gino Mario s-a născut la București (România), în data de 30 mai 1995 și urmează să împlinească 29 de ani. A trăit preponderent în România, dar a petrecut perioade de vacanță în Italia, împreună cu părinții, astfel că a dobândit o discretă competență atât în ceea ce privește exprimarea, cât și înțelegerea limbii italiene. A obținut o diplomă în cadrul *Liceului Financiar* din Elveția.

Din *dosarul* clinic nu reies afecțiuni semnificative pe plan medical intern. Este indicat un pattern de personalitate alterat cu *onset* în copilărie. Din câteva consultații psihiatrice efectuate în ultimii ani, rezultă o tulburare de personalitate gravă NAS cu caracteristici *borderline*. Se semnalează, de asemenea, dependență de tutun, consum de substanțe stupefiante (cocaină) și ocazional consum de băuturi alcoolice, în special în weekend. Din certificate nu reiese că ar exista membri ai familiei cu

probleme psihiatrice și/sau neurologice, aspect subliniat și de numitul IORGULESCU în cadrul examinării.

În data de 8 septembrie 2019, în jurul orelor trei dimineața, numitul IORGULESCU a fost implicat în calitate de conducător auto într-un accident rutier în localitate, *Str. Chitila*, nr. 345, în București (România). Condițiile la momentul accidentului erau grave, iar numitul IORGULESCU a fost intubat și ventilat mecanic și transportat la *Spitalul de Urgență Elias*, din București, unde a fost internat pe *secția de Terapie Intensivă*. Rezultă o examinare clinică efectuată la ora 3:40 care documentează că numitul IORGULESCU era agitat, necooperant și neadaptat situației, incoerent și numai parțial orientat pe plan temporo-spațial. La externare, în data de 23 septembrie 2019, diagnosticul era de:

*„Politraumatism ca urmare a unui accident rutier (conducător). Hemoperitoneu masiv ca urmare a ruperii mezenterului (ilion distal) și ruperea mezocolonului sigmoidian. Șoc hemoragic. Traumatism toracic grav cu contuzie pulmonară bilaterală. Fracturi costale bilaterale VII-IX. Insuficiență respiratorie acută ARDS. Anemie secundară”.*

Numitul IORGULESCU a ajuns în Italia în 2020, unde a fost internat la „*Casa di Cura Le Betulle*” din Appiano Gentile (CO). Din august 2020 datează un raport semnat de Dr. Luigi CROCE, psihiatru și psihoterapeut, medic consultant în cadrul „*Corte Margonara*” din Mantova, care sublinia că, în ciuda unei ameliorări a stării fizice, exista:

*„... persistența unei psihopatologii (ca urmare a unei tulburări posttraumatice de stres, gravă tulburare de personalitate caracterizată pe versant borderline) care evoluează într-un cadru de dizabilitate mentală, cu repercusiuni asupra adaptării personale, relaționale și sociale, asupra capacității critice și de judecată, cu necesitatea unui program semnificativ de îngrijire, asistență și reabilitare pe o durată de mai mulți ani”.*

O notă actualizată cu privire la starea psiho-fizică a numitului IORGULESCU în octombrie 2020, atesta:

*„... necesitatea pentru pacient de a continua un program semnificativ de îngrijire, asistență și reabilitare de desfășurat pe termen scurt, mediu și lung (de ordinul mai multor ani) într-un mediu protejat și confirma impactul asupra planului comportamental a problematicii psiho-organice cu*

*deja subliniatele compromiteri ale funcționalității cognitive, cu repercusiuni asupra adaptării personale, relaționale și sociale, asupra capacității critice și de judecată...”.*

De o deosebită importanță în scopul prezentei evaluări este și investigația neuropsihologică efectuată în data de 2 decembrie 2020 în cadrul *Companiei Socio-Sanitare Teritoriale, Neurologie*, din Mantova, care conchidea astfel:

*„Evaluarea a indicat un deficit de atenție susținută și de memorie de lucru, dar și dificultăți la nivel de memorie episodico-verbală și planning, la pacient cu traumatism cranian anterior ca urmare a unui accident rutier și cu probleme de abuz anterioare. Chiar și cu o parțială administrare de teste, cadrul rezultă compatibil cu un deficit cognitiv ca urmare a unui traumatism frontal.”*

În data de 11 mai 2021, Curtea de Apel din Milano, Secția V Penală a Tribunalului din Milano a dispus o expertiză cu rolul de a stabili condițiile psihice și fizice ale numitului IORGULESCU și capacitatea acestuia de a se prezenta în instanță. A fost numită în calitate de expert Dr. Marina VERGA, Specialist în Psihiatrie care, în data de 23 septembrie 2021, a depus raportul de expertiză conchizând cu privire la incapacitatea de a participa la proces din cauza condiției sale de:

*„... deficit cognitiv ușor însoțit de manifestări mai degrabă psihiatrice [...] Sintetizând, se poate afirma că: - numitul Mario Gino IORGULESCU prezintă aspecte compatibile cu diagnosticul de decădere cognitivă ușoară ca urmare a unui traumatism cerebral grav, însoțit de simptomatologie psihiatrică precum alterări ale conținutului gândirii și impulsivitate; - această simptomatologie s-a adăugat la un teren vulnerabil, deja afectat de tulburare de personalitate Nas cu proprietăți borderline, narcisiste și trăsături de imaturitate semnificative [...]. Mario Gino IORGULESCU pare o persoană care în prezent nu prezintă capacități suficiente pentru a putea fi considerat capabil să se prezinte în instanță...”.*

În data de 16 decembrie 2021, *Tribunalul din Mantova* a decretat în ceea ce îl privește pe IORGULESCU numirea unui Administrator în persoana tatălui, George Gino IORGULESCU.

În data de 30 decembrie 2021, *Institutul de Asigurări Sociale (INPS)* din Mantova l-a declarat pe numitul IORGULESCU *„Invalid în proporție de 100% cu incapacitate de muncă totală și*

permanentă” pe baza diagnosticului de: „Tulburare de personalitate, sindrom frontal, tulburare post-traumatică de stres”.

În data de 24 martie 2022, numitul IORGULESCU a fost supus unui examen PET-encefal cu 18-FDG 282 Mbq. Examenul a fost comparat cu o investigație analogă efectuată în decembrie 2019 de care nu dispunem în prezentul raport. S-au transcris următoarele:

*„... La controlul din data de astăzi persistă zone de deficit de fixare a medicamentului radiofarmaceutic cu caracter disfuncțional la nivelul cortexului frontal bilateral, cu o moderată creștere a extinderii deficitului în special în emisfera stângă. Apariția unor zone de hipofixare la nivelul cortexului parietal bilateral, în special în emisfera stângă. Nu se identifică anomalii de distribuire a traserului la nivelul structurilor cerebrale subcorticale. Concluzii: Persistența unor zone de hipometabolizare glucidică cu caracter disfuncțional la nivelul cortexului frontal bilateral, moderat mai extinse la o comparație cu PET din 12.2019, în special în emisfera stângă, apariția unor zone circumscrise de hipometabolizare glucidică la nivelul cortexului parietal bilateral”.*

În data de 21 mai 2022, Dr. VERGA a depus un raport psihiatric de actualizare, formulând următoarele concluzii:

*„... Mario prezintă semne și simptome persistente compatibile cu leziunile traumatice cerebrale suferite în septembrie 2019. [...] nu pare să fie capabil să susțină stresul corespunzător prezenței, concentrării și gestiunii diferitelor etape procesuale, cu înțelegerea și profunzimea necesare și nici de a face în mod corespunzător alegeri strategice, dar și de a desfășura o strategie defensivă. [...] Condiția persoanei expertizate este așadar în acest moment confirmată ca persoană incapabilă să participe la proces din cauza capacităților deficitare de planificare/decizie, judecată și evaluare a consecințelor, însoțite de dificultăți de concentrare și reținere a materialului nou. Această condiție nu pare, în acest stadiu de cunoaștere medicală, să poată beneficia de modificări pozitive (și există aspecte cu prognostic negativ), astfel încât să restituie capacitatea de a se prezenta în instanță, rezultând astfel în prezent ireversibil, acolo unde menținerea capacităților reziduale ar putea reprezenta pe termen scurt și mediu cel mai bun rezultat posibil...”.*

În data de 11 ianuarie 2023, Dr. Luigi CROCE, psihiatru și psihoterapeut, și medic consultant în cadrul „Corte Margonara” din Mantova, acolo unde numitul IORGULESCU era găzduit, a eliberat al doilea certificat din care rezultau următoarele:

*„Pe baza datelor colectate prin observație continuă, investigația psihopatologică confirmă și subliniază identificarea unui diagnostic de tulburare gravă de personalitate, în prezent mai caracterizată pe versantul borderline mai degrabă decât narcisist. Acest diagnostic constituie un indiciu de prognostic nefavorabil de la momentul reprezentat de presupusul antecedent de factor de risc explicit față de episoade recurente de decompensare psihotică liberă, care nu sunt absente în perioada trecută de la ultima certificare. Absența unui context favorabil în termeni de limitare asistențială și educativă a impulsivității asociate cu interpretări delirante (în temă de grandomanie, la care s-au adăugat componente depresive și auto-vătămătoare) și în absența unui tratament farmacologic adecvat și administrat într-o respectare riguroasă a prescripției și administrării tratamentului în curs, configurează și generează cadre psihopatologice și probleme comportamentale mai explicite. Confirmă impactul pe planul comportamental al problematicii psihoorganice cu deja subliniata compromitere a funcționalității cognitive, cu repercusiuni asupra adaptării personale, relaționale și sociale, asupra capacității critice și de judecată. Această condiție indică necesitatea de a continua în mod semnificativ programul de îngrijire, asistență și reabilitare. Cadrul clinic este confirmat de înrăutățirea cadrului structural identificat prin neuroimagistică. Fără limitarea oferită de actualul mediu de îngrijire, pacientul prezintă o situație de risc pentru propria sa siguranță și nu este capabil să descurce singur. De asemenea, condițiile actuale nu permit pacientului să participe în mod conștient la activitățile procedurale care l-ar putea implica”.*

În data de 6 mai 2023, Dr. Francesco SOMAINI, specialist în neuropsihiatrie, în persoana dlui. Fabrizio Luigi RUSCONI a dispus tratamentul sanitar obligatoriu (TSO) pentru numitul IORGULESCU, în regim de internare spitalicească:

*„... dată fiind evidentă alterarea psihică, care necesită intervenții terapeutice urgente, care nu au fost acceptate voluntar de persoana infirmă și neexistând condiții și circumstanțe care să permită adoptarea unor măsuri sanitare extra spitalicești imediate și corespunzătoare”.*

### 3.

#### **ACTUALA EXAMINARE NEUROPSIHOLOGICĂ**

Investigația neuropsihologică cu IORGULESCU a fost efectuată în data de 20 aprilie 2024 în cadrul *Comunității Terapeutice Rezidențiale „Il Molino”* din Mairano di Noviglio (MI).

Întâlnirea a durat aproximativ o oră și jumătate și s-a desfășurat începând cu ora 10:30, conform celor stabilite cu instituția gazdă.

În cadrul examinării, numitul IORGULESCU a părut atent, cu o atitudine globală de colaborare, dar cu un comportament marcat de o epuizare cognitivă rapidă și adesea concentrare redusă – fără însă o atitudine de renunțare francă – care a necesitat multiple solicitări pentru a duce la bun sfârșit probele testelor. Nu au fost identificate deficiențe comportamentale grosolane în termeni de dezinhibare, idei agresive sau alte aspecte contradictorii. Nu rezultă din examinare tematici ideo-productive sau fenomene psiho-senzoriale anormale. Au fost identificate însă rapide schimbări ale stării de spirit cu un ton, în ansamblu, cu o amprentă depresivă și anumite verbalizări în acest sens („... sunt foarte deprimat”, „... stau tot timpul în pat”, „... îmi trec multe gânduri prin cap”, „... nu am chef să fac nimic”). Evident și o stare de anxietate cu un consum excesiv de țigări în cursul examinării (a fumat opt țigări!). De menționat că la un moment dat în cursul examinării, numitul IORGULESCU a solicitat să continue examenul afară, în ciuda unui vânt puternic, lucru acceptat pentru a nu favoriza fenomene de opoziție. Numitul IORGULESCU a părut să înțeleagă numai parțial motivele întâlnirii din cadrul acestei expertize, care sunt ilustrate în deschiderea discuției preliminare executării testelor.

A rezultat corect orientat din punct de vedere temporal, spațial și personal. Vorbirea spontană a rezultat fluentă în limba italiană și este lipsită de aspecte semnificative de tip afazic și/sau disartric. Din punct de vedere clinic, înțelegerea orală este în limite normale. Informal, a semnalat prezența actuală a unor dificultăți mnezice în ceea ce privește fapte recente și îndepărtate („... atunci când citesc o carte, trebuie să o citesc în continuu, pentru că dacă mă opresc chiar și numai o clipă, apoi nu îmi mai amintesc totul... trebuie întotdeauna să scriu un rezumat pentru a-mi aminti... am uitat atât de multe lucruri făcute înainte de accident”), de atenție („... atunci când mă uit la un film, îmi

revin gândurile... cele despre problema mea și nu mă mai concentrez... nu mă mai pot concentra ca înainte”) și de exprimare lingvistică („... atunci când sunt într-un moment în care mă apucă gândurile, îmi scapă cuvintele”).

I-am aplicat numitului IORGULESCU anumite teste calibrate și standardizate de uz consolidat în cadrul neuropsihologiei, cu scopul de a evalua funcționarea cognitivă globală (*Mini Mental State Examination, MMSE*), atenția selectivă și de atenție-executivă (*Testul Matricilor de Atenție, Trail Making Test*), raționamentul logico-deductiv (*Matricile Progresive Colorate Raven*), recuperarea lexicală (*Boston Naming Test, Fluența verbală pe bază fonemică și categorială*), memoria pe termen scurt și lung (*Interval de cifre direct și invers, Interval de cursuri direct și invers, Evocarea unei scurte povestiri*), completarea unor configurații vizuale (*Testul Street*), praxia constructivă (*Test pentru Apraxia Constructivă*) și abilitățile executiv-frontale (*Test Rapid de Eficiență Frontală, FAB, Testul Estimărilor Cognitive, Testul Turnul Londrei, Testul Analogiilor Verbale, Testul Weigl, Clock Drawing Test*). I-am propus, de asemenea, un test cu scopul de a evalua simularea unui deficit mnezic<sup>1</sup>. În continuare o scurtă descriere a testelor aplicate.

### Teste neuropsihologice aplicate

#### Mini Mental State Examination (MMSE)

MMSE reprezintă cel mai cunoscut instrument din lume cu scopul examinării globale a funcțiilor cognitive. Acesta a fost tradus oficial în peste 68 de limbi, iar articolul original semnat de Folstein, Folstein și McHugh (1975) reprezintă cea mai citată lucrare de medicină din lume. Este alcătuită din cinci secțiuni care evaluează următoarele: (1) orientarea în timp și spațiu, (2) memoria; (3) atenția și calculul; (4) limbajul; (5) praxia constructivă. Fiecare test are un punctaj variabil de la 0-3, iar punctajul maxim care poate fi obținut este 30. În țara noastră sunt disponibile patru calibrări ale acestui test. 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, aplicabil persoanelor cu vârste de până la 79 de ani. Magni, E., Binetti, G., Bianchetti, A., et al (1996). Mini-Mental State Examination: a normative study in Italian elderly population. *European*

---

1

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



*Journal of Neurology*, 3, 198-202, aplicabil persoanelor cu vârste de până la 89 de ani. 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, aplicabil persoanelor cu vârste de până la 79 de ani. 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 de atenție

Matricile de atenție evaluează atenția selectivă. Sunt prezentate persoanei examinate trei matrici, fiecare alcătuită din 13 rânduri și 10 numere de la 0 la 9, dispuse într-o secvență aleatorie. Subiectul trebuie să taie toate numerele egale cu cele tipărite în vârful matricei (5 în I, 2-6 în II, 1-4-9 în III). Matricile sunt prezentate de la cea mai simplă la cea mai dificilă. Timpul maxim pentru fiecare matrice este de 45 de secunde. Articol de referință: Spinnler, H., Tognoni, G. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Supl. 8), 0-20, 1987.

### Trail Making Test

*Trail Making Test* este un test conceput pentru a evalua atenția selectivă și atento-executivă. Testul este alcătuit din două versiuni, A și B, și o verificare de comparație între cele două condiții A-B. Fiecare sub-test este precedat de un pre-test de acces la test. În partea A a Trail Making Test, 25 de numere trebuie să fie ordonate în succesiune (1, 2, 3, etc.). În partea B a Trail Making Test țintele sunt atât numere, cât și litere, iar persoana examinată trebuie să le ordoneze, alternându-le, în ordine crescătoare (1-A, 2-B, etc.). Performanța se măsoară ținând cont de timpul utilizat de persoana examinată pentru a completa sarcina. În evaluarea funcției atento-executive, se consideră indicativă diferența dintre timpii de la partea B și cei de la partea A. Articol de referință: Giovagnoli, A.R., Del Pesce, M., Mascheroni, S., et al., *Italian Journal of Neurological Sciences*, 17, 305-309, 1996.

### Test de fluentă verbală pe bază fonemică, semantică și alternată

Este un test care evaluează capacitatea de acces la lexic pe bază fonologică și semantică. De asemenea, o variantă pe bază alternată cimentează componenta „executivă” a sarcinii. Examinatorul

solicită persoanei examinate să spună cel mai mare număr de cuvinte care încep cu o anumită literă a alfabetului. Se testează 3 litere și trei categorii cu un timp de un minut aflat la dispoziție pentru fiecare literă și categorie semantică. Se numără cuvintele prezentate de persoană. În cazul fluenței pe bază alternată, persoana trebuie să enunțe cel mai mare număr de perechi, alternând cuvintele plecând de la o literă cu un cuvânt aparținând unei alte categorii. Articol de referință: 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 progresive colorate Raven (1947)

Matricile Progresive Raven color sunt utilizate la persoanele adulte și investighează raționamentul logico-deductiv și abstract pe baza unor stimuli vizuali. PM47 standard sunt alcătuite din trei serii fiecare împărțită în 12 elemente scrise cu cerneală colorată pe fondal alb. Fiecare item este alcătuit dintr-o figură stimul incompletă. Sarcina persoanei examinate constă în indicarea singurului stimul care completează corect figura-stimul dintre diferitele alternative. Articol de referință: 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

Este un test clasic de denumire a stimulilor vizuali. Mai exact, testul este alcătuit din 60 de desene care trebuie să fie arătate persoanei examinate care trebuie să spună numele comun a ceea ce vede ilustrat. *Cut-off* a fost calculat pe o populație normală de control cu vârste cuprinse între 25 și 85 de ani. Datele normative se regăsesc în cadrul S.C. de Neurologie a IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico.

### Interval verbal direct și invers

#### Interval Verbal (Digit Span) direct și invers

*Digit span* direct și invers evaluează memoria pe termen scurt auditiv-verbală și respectiv memoria de lucru verbală (*working memory*), prin memorarea unor cifre în ordine normală și inversă. Examinatorul citește o secvență numerică (un număr pe secundă), iar atunci când secvența este repetată corect pe persoana examinată, examinatorul continuă cu secvența următoare, care este mai lungă cu un număr față de cea anterioară, și continuă până atunci când pacientul greșește consecutiv două secvențe cu aceeași lungime sau până când o serie cu o lungime maximă de 9 cifre este repetată corect. Intervalul este dat de lungimea ultimei serii de cifre repetată corect. Articol de referință: Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., e Carlesimo, G.A., (2013). *Neurological Sciences*, 34, 749-754.

### Interval spațial direct și invers

Intervalul spațial direct și invers evaluează memoria pe termen scurt spațială și memoria de lucru spațială (*working memory*) prin memorarea unei serii de secvențe de cuburi atinse de examinator pe o tablă de lemn pe care sunt lipite 9 cuburi de culoare albă. (*Test de Cursuri*). Examinatorul arată o secvență de cuburi atinse (un cub odată la două secunde), iar sarcina persoanei examinate constă în a reproduce secvența în aceeași ordine. Atunci când secvența este repetată corect de persoana examinată, examinatorul continuă cu secvența următoare, care este mai lungă cu un număr față de cea anterioară și se continuă până când pacientul greșește consecutiv două secvențe cu aceeași lungime sau până când o serie cu o lungime maximă de 9 cuburi este repetată corect. Intervalul spațial este dat de lungimea ultimei serii de cifre repetată corect. Articol de referință: Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., e Carlesimo, G.A., (2013). *Neurological Sciences*, 34, 749-754.

### Învățarea unor perechi de cuvinte

Este un test de memorie episodică anterogradă în care examinatorul citește persoanei examinate zece perechi de cuvinte. După prezentare, examinatorul citește primul membru al perechii, iar persoana examinată trebuie să răspundă cu al doilea membru al perechii. Procedura este repetată de trei ori, schimbând ordinea de prezentare și de reevocare a stimulilor. O jumătate dintre perechi

(„ușoare”) sunt alcătuite din cuvinte asociate din punct de vedere semantic (ex.: lună-an) și deci pentru un răspuns corect sunt oferite 0,5 puncte față de perechile neasociate cărora le este atribuit 1 punct. Punctajul maxim este de 22,50. Articol de referință: Spinnler, H., Tognoni, G. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987.

#### Evocarea unei scurte povestiri

Este un test care evaluează memoria episodică anterogradă verbală. Examinatorul citește o scurtă povestire, iar persoana examinată trebuie să o evoce imediat după terminarea prezentării. Ulterior, examinatorul recitește povestea, iar persoana examinată trebuie să reevoce povestirea în modalități diferite, după un interval de timp de zece minute ocupat cu sarcini cognitive de tip non verbal și deci neinterferente. Testul povestirii scurte este împărțit vizual în unități ideative utile pentru calculul punctajului. Se atribuie un punct fiecărui element al povestirii evocat corect. Punctajul este reprezentat de media punctajelor obținute imediat și după un timp, împărțită la doi. Articol de referință: datele normative, extinse ale versiunii Novelli, G., Papagno, C., Capitani, E., et al, (1986). Trei teste clinice de memorie verbală pe termen lung. Calibrare pe persoane normale. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 2, 278-296, sunt disponibile în cadrul *IRCSS Fondazione Ospedale Policlinico* din Milano.

#### Test rapid de eficiență frontală (FAB)

FAB este un test de screening sau de prim nivel pentru examinarea funcționării executive globale alcătuită din teste cognitive și comportamentale. Articol de referință: 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)

*Clock Drawing Test* este un test scurt utilizat pentru a evalua funcțiile executive, abilitățile praxo-constructive și capacitățile vizuale și spațiale. Persoanei examinate i se prezintă o fișă pe care este desenat un cerc și i se cere să își imagineze că este cadranul unui ceas. Persoana examinată trebuie să deseneze orele așa cum sunt dispuse în mod normal pe ceas și apoi să deseneze limbile și să indice ora șase și cinci minute. Conform calibrării utilizate aici, punctajul maxim este 13. Articol de

referință: Caffarra, P., Gardini, S., Zonato, F., Concari, L., Dieci, F., Copelli, S., ... e Venneri, A. (2011). Italian norms for the Freedman vers

### Testul Turnului Londrei

Este un test renumit pentru evaluarea integrității memoriei de lucru și abilităților de problem-solving non verbale. Este considerat și un test de programare și de memorie procedurală. Materialul de testare constă într-o bază din lemn cu trei pini de diferite înălțimi și trei mingii găurite de culoare roșie, verde și albastră, având un orificiu cu același diametru ca al pinilor. Sunt propuse probleme de dificultate crescătoare și fiecare problemă este propusă de mai multe ori. Un test este considerat promovat dacă persoana ajunge la configurația dorită în timpul și modalitățile prevăzute. Punctajul este atribuit ținând cont de timpul necesar și de numărul de mutări (range 0-36).

### Testul estimărilor cognitive

Testul estimărilor cognitive este o sarcină care evaluează raționamentul bazat pe strategii de cercetare și comparație critică de informații din repertoriul cunoștințelor dobândite. Este alcătuit din 21 de întrebări care nu prevăd un răspuns univoc și precis (de exemplu „*Cât cântăresc pantofii cu toc?*”), la care este necesară oferirea unui răspuns oral de estimare numerică. Estimările vizează diferite categorii (de ex. greutate, lungime, capacitate, viteză, etc.). Pentru fiecare întrebare, răspunsurile sunt clasificate pe o scală de la 0 la 2 puncte, în funcție de amploarea devierii răspunsului față de răspunsul considerat acceptabil (*interval total: 0-42*). Din test se obțin două punctaje: punctajul de eroare absolută și punctajul de ciudățenie care vizează răspunsurile profund „deviante” față de cele acceptabile. Articol de referință: 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.

### Testul analogiilor verbale

Testul analogiilor verbale (SVAT) este o scurtă sarcină neuropsihologică care necesită puține minute de aplicare și care explorează gândirea abstractă inductivă. Pacientului i se cere să rezolve probleme de tipul: *Paris se află în Franța, la fel cum Roma se află în ... sau coarda stă pe chitară așa cum claviatura stă pe...* Testul a indicat o bună specificitate și sensibilitate în discriminarea controalelor normale la pacienți suspecionați că ar fi afectați de Boala Alzheimer. Memoria de lucru verbală, semantică și capacitatea de a găsi cuvintele sunt implicate și în realizarea de analogii. Sunt disponibile date obținute de la un eșantion de controale normale și corectarea punctajelor brute și a punctajelor echivalente. Articol de referință: 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.

### Testul Weigl

Testul Weigl sau *Weigl's Sorting test* este un test de gândire categorială care evaluează abilitatea de a identifica asemănarea dintre diferiți stimuli. Materialul de testare este alcătuit din 12 stimuli din lemn clasificabili în următoarele cinci categorii: (1) formă (4 cercuri, 4 pătrate, 4 triunghiuri); (2) culoare (3 verzi, 3 galbene, 3 albastre, 3 roșii); (3) aspect (4 cu pătrățele, 4 cu inimi, 4 cu trefle); grosime (4 stimuli au o grosime de 4 mm, 4 au o grosime de 8 mm, 4 au o grosime de 12 mm); dimensiune (un pătrat, un triunghi dreptunghic și un cerc au latura, cateta și respectiv diametrul de 30 mm, dimensiunile celorlalte trei categorii posibile fiind 60, 90 și 120 mm). Se dispun în mod aleatoriu cele 12 jetoane în fața persoanei examinate, dându-i următoarele instrucțiuni: „*După cum puteți vedea, în fața Dvs. sunt 12 jetoane diferite, cu toate acestea ele pot fi grupate astfel încât toate componentele aceluiași grup să aibă cel puțin o caracteristică în comun. Sarcina Dvs. va fi tocmai aceea de a face aceste grupări*”. În scopul colectării punctajului, testul prevede două modalități de execuție: (a) modalitatea activă, în care persoana examinată trebuie să îndeplinească sarcina impusă; (2) modalitatea pasivă, în care sarcina este desfășurată de examinator, iar persoana examinată trebuie doar să identifice criteriul aplicat de acesta. Punctajul este atribuit astfel: 3 puncte pentru fiecare categorie determinată liber (modalitate activă), 1 punct pentru fiecare categorie identificată în modalitate pasivă și 0 puncte în caz de răspuns greșit sau lipsă (Range 0-15). Timpul

de aplicare a testului este de aproximativ 10-15 minute. Articol de referință: Spinnler, H., Tognoni, G. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987.

### Testul celor 15 Itemi ai lui Rey

Această probă este utilizată pentru a identifica tendința de simulare sau agravare a deficitelor de memorie episodică anterogradă vizuală. Persoanei examinate i se arată o configurație de stimuli care aparent pare greu de memorat, dar care, în realitate, este destul de simplă în ceea ce privește caracteristicile materialului. Intră așadar în așa-numita 'Floor Effect Strategy' sau „Metoda nivelului minim”. Testul constă în prezentarea unei configurații de 15 itemi pentru aproximativ 10 secunde. Ulterior, configurația este ascunsă vederii persoanei examinate pentru alte 10 secunde, ulterior i se cere să reproducă pe o foaie stimulii examinați anterior. Este prevăzută și o probă de recunoaștere pentru a conferi o mai mare sensibilitate testului. Punctajul este calculat pe baza numărului total de itemi reprodusi imediat din memorie și de itemi recunoscuți în cea de-a doua probă. Articol de referință: 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.

Punctajele obținute la teste de numitul IORGULESCU au fost corectate prin prisma vârstei (28 ani) și gradului de educație (Liceul Financiar, 13 ani de școlarizare), pentru a elimina influența variabilelor de vârstă, grad de educație și gen asupra opiniei diagnostice. Interpretarea valorilor obținute la fiecare test este menționată alături de punctajul obținut de numitul IORGULESCU (în limite normale, limita inferioară, deficitar) și se bazează în principal pe așa-numitele Punctaje Echivalente (PE) care se referă la curba normală și au un range 0-4, acolo unde punctajul 0 este alocat unui procent de 5% din punctajele corectate inferioare față de distribuția normativă ( $z < -1,86$ ) și indică o performanță patologică, 4 este atribuit jumătății mai bune a punctajelor corectate obținute de persoane normative și indică o prestație pe deplin în limite normale. Punctajele de la 1 la 3 se situează, pe bază de interval, între  $z > -1,86$  și  $z = 0$ . O prestație este considerată patologică dacă acest punctaj se regăsește la mai puțin de 5% din populația de control. Cu toate acestea, și punctajele

care se situează la limita inferioară față de normal pot fi considerate patologice, în funcție de contextul clinic și de prestația în ansamblu a persoanei examinate.

## REZULTATELE TESTELOR NEUROPSIHOLOGICE

Punctaj corectat	Cut-off	Interval	Test aplicat	P.E.	Interpretare
<b>FUNCȚIONARE COGNITIVĂ GLOBALĂ</b>					
26.90	> 26.02	0-30	Mini Mental State Examination	1	<u>Limita inferioară</u>
4/5	----	0-5	Orientare în timp	---	În limite normale
5/5	----	0-5	Orientare în spațiu	---	În limite normale
<b>FUNCȚII DE ATENȚIE</b>					
47.25	> 31.00	0-60	Matrici de atenție	3	În limite normale
			Trail Making Test		
55	< 126	0-∞	Partea A	2	În limite normale
166	< 293	0-∞	Partea B	2	În limite normale
112	< 162	0-∞	Partea B-A	1	<u>Limita inferioară</u>
18.70	> 12.70	0-∞	Fluență verbală pe bază alternată	2	În limite normale
0.58	> 0.38	0-∞	Composite Shifting Score	2	În limite normale
<b>RAȚIONAMENT LOGICO-DEDUCTIV</b>					
27.50	> 18.00	0-36	Matricile progresive Raven (47)	2	În limite normale
<b>LIMBAJ</b>					
30	> 43	0-60	Boston Naming Test	---	<b>Deficitar</b>
36.34	> 17.77	0-∞	Fluență verbală pe bază fonemică	4	În limite normale
29.36	> 28.34	0-∞	Fluență verbală pe bază semantică	1	<u>Limita inferioară</u>
<b>MEMORIE</b>					
5.44	> 4.26	0-9	Interval de cifre direct	3	În limite normale
0.00	> 2.65	0-8	Interval de cifre inversat	0	<b>Deficitar</b>



3.49	> 3.46	0-9	Interval de cursuri direct	1	<u>Limita inferioară</u>
0.00	> 3.08	0-9	Interval de cursuri inversat	2	În limite normale
10.00	> 6.50	0-22.50	Învățarea unor perechi de cuvinte	2	În limite normale
6.50	> 8.00	0-28	Evocarea unei scurte povestiri	0	<b>Deficitar</b>
<b>PRAXIE CONSTRUCTIVĂ</b>					
11.50	> 8.00	0-14	Test pentru Apraxia Constructivă	3	În limite normale
<b>FUNCȚII VIZUALE ȘI DE PERCEPȚIE</b>					
3.00	> 2.25	0-14	Testul Street	1	<u>Limita inferioară</u>
13	> 6.55	0-13	Clock Drawing test	4	În limite normale
<b>FUNCȚII EXECUTIVO-FRONTALE</b>					
13.78	> 12.03	0-18	Frontal Assessment Battery	1	<u>Limita inferioară</u>
15.55	> 13.92	0-20	Testul analogiilor verbale	1	<u>Limita inferioară</u>
29	> 20	0-13	Testul Turnul Londrei	---	În limite normale
			Testul Estimărilor Cognitive		
19.97	< 18.00	0-42	Răspunsuri totale	---	<b>Deficitar</b>
05	< 04	0-21	Ciudățeni	---	<b>Deficitar</b>
5.50	> 5.00	0-15	Testul Weigl	1	<u>Limita inferioară</u>
<b>DETECTAREA SIMULĂRII</b>					
30	> 20	0-30	15-Item di Rey - ripr. + ricon.		negativ

Valoare corectă: Punctaj corect pe baza variabilelor de vârstă, școlarizare și uneori sex. Cut-off: Valoare sub care prestația este considerată deficitară. P.E.: Punctaje echivalente obținute din testele calibrate pe eșantioane de populație italiană capabile să compare prestațiile în cadrul diferitelor teste. 0 = Patologic. 1,2,3 = Intermediare; 4 = peste sau egal cu media grupului de control. Punctajele echivalente egale cu 1 pot fi uneori considerate ca indicând deficit cognitiv, evaluând contextul clinic și prestația globală a pacientului.

**Sursele calibrărilor:**

Mini Mental State Examination (Foderaro, G., Isella, V., Mazzone, A., et al., Neurological Sciences, 43, 3053-3063, 2022).

Testul Matricilor de Atenție (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 Raven (Basso A, Capitani E, Laiacona M. Functional Neurology 2, 189-194, 1987).

Testul Jetoanelor (Spinnler, H., Tognoni, G.. Italian Journal of Neurological Sciences, 6 (Suppl. 8), 0-20, 1987).

Interval verbal direct (Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., e Carlesimo, G.A., Neurological Sciences, 34, 749-754, 2013)

Învățarea unor perechi de cuvinte, date normative prezente în cadrul S.C. de Neurologie a IRCSS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Evocarea unei Scurte Povestiri, date normative prezente în cadrul S.C. de Neurologie a IRCSS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Testul Apraxiei Constructive (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).

Test Rapid de Eficiență Frontală (Apollonio, I., Leone, M., Isella, V., et al., Neurological Sciences, 26, 108-116, 2005).

Testul Estimărilor Cognitive (Della Sala, S., MacPherson, S.E., Phillips, L.H., Spinnler, H. Neurological Sciences, 24, 10-15, 2003).

Testul Analogiilor Verbale (Gallassi, R., Sambati, L., Stanzani Maserati, M., et al., Aging Clinical Experimental Research, 26, 67-71, 2014).

15-item al lui Rey (Boone, K.B., Salazar, X., Po, L. et al., Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24, 561-573).

#### 4.

### CONCLUZII

În cadrul examinării, numitul IORGULESCU s-a dovedit vigilent, într-o ușoară stare anxioasă și cu un rapid și excesiv consum de țigări în cursul examinării, atitudinea a rezultat în ansamblu cooperantă, chiar dacă s-a observat o epuizare cognitivă rapidă și o fluctuație a nivelurilor de atenție

selectivă și susținută în timp și, de asemenea, cu evidente și rapide variații ale stării de spirit. Nu s-au identificat neconcordanțe comportamentale semnificative de tipul dezinhibării, ideilor agresive, opoziție față de evaluare sau altele și nu au rezultat tematici ideo-productive sau fenomene psihosenzoriale anormale. Numitul IORGULESCU a dat dovadă de o exactă cunoaștere a localizării, timpului și situației personale, chiar dacă a părut să înțeleagă numai parțial motivațiile întâlnirii în scopul evaluării, prezentate în discuția preliminară testării. Vorbirea spontană a rezultat fluentă în limba italiană și este lipsită de aspecte semnificative de tip afazic și/sau disartric, înțelegerea orală fiind, de asemenea, în limite normale. S-a considerat că se poate desfășura evaluarea în limba italiană, fără mediator lingvistic și cultural.

Structura testării a evidențiat, după corecțiile necesare aferente vârstei, nivelului de educație și genului, valori deficitare sau care îndeplinesc numai criteriul minim de „normă” pe scala de funcționare cognitivă globală (*Mini Mental State Examination*) și la testele care cimentează funcțiile atento-executive (*partea B-A din Trail Making Test*), recuperarea lexicală (*Boston Naming Test*, *Fluență verbală pe bază semantică*), memoria în dimensiuni pe termen scurt vizuală-spațială (*Interval de cursuri direct*), *working memory* (*Interval de cifre invers*) și episodică anterogradă verbală (*Evocarea unei scurte povestiri*), integrarea unor configurații vizuale (*Testul Street*) și Eficacitatea cognitivă pre-frontală (*Frontal Assessment Battery*, *Testul Analogiilor Verbale*, *Testul estimărilor cognitive cu ciudățenii*, *Testul analogiilor verbale*, *Testul Weigl*). Nu s-au înregistrat intenții de simulare la testul de detectare a simulării.

În sinteză, **examenul clinic psihometric a evidențiat prezența unor deficite/dificultăți la nivelul competențelor atento-executive, de recuperare lexicală, mnezice pe termen scurt de tip spațial, de *working memory* și de memorie episodică anterogradă, de integrare vizuală și, mai ales, de eficacitate cognitivă pre-frontală. Nu a rezultat tendință de simulare a unui deficit cognitiv, iar cadrul se va considera genuin. În ansamblu, aceste constatări sunt în acord cu ceea ce s-a constatat la verificarea neuropsihologică anterioară din decembrie 2020 și indică un deficit cognitiv de grad ușor-moderat în contextul unui dublu factor etiologic (psihopatologie primară cu tulburare de personalitate, sindrom posttraumatic cranian) cu alterări frontale persistente, documentate prin examinare PET-encefal.**

### Considerații generale și răspunsuri la întrebări

Prima considerație este că nu s-au observat, față de evaluările anterioare, elemente critice nici în ceea ce privește metodologia aplicată, nici în ceea ce privește concluziile la care s-a ajuns. Toți psihiatrii care au avut ocazia să îl consulte au fost de acord asupra diagnosticului de matrice organică apărută după accident.

Oportunitatea de a dispune de traducerea fișei clinice de internare la Spitalul Universitar de Urgență Elias din România permite confirmarea că în data de 8 septembrie 2019, la ora 04:02, a fost internat într-o stare foarte gravă ca urmare a unui politraumatism prin accident rutier și a fost operat de urgență și apoi transferat în unitatea de terapie intensivă într-o stare generală gravă. Bilanțul leziunilor și măsurile terapeutice au fost consemnate în fișa pacientului, iar starea generală a acestuia a rămas gravă, cu momente de conștiență, dar care nu au permis informarea suspectului cu privire la calitatea sa de suspect și cu privire la acuzațiile care i se aduc pe baza dovezilor (Dosarul nr. 88/P/2019 din 19/09). Inițial, pacientul a fost externat împotriva opiniei medicale, la cererea tatălui, pentru a doua opinie medicală în Italia, la Milano, în cadrul Policlinicii San Donato. În scrisoarea de externare se menționează politraumatism ca urmare a unui accident rutier, hemoperitoneu masiv, ca urmare a ruperii mezenterului, ruperea mezocolonului sigmoidian. Diagnostic secundare: șoc hemoragic grav, traumatism toracic cu contuzie pulmonară bilaterală, fracturi costale bilaterale VII-IX, insuficiență respiratorie acută, anemie secundară cu transfuzie. S-a efectuat o intervenție chirurgicală de urgență sub anestezie generală cu laparatomie exploratorie. S-a efectuat CT, însă rezultatul examenului este puternic caracterizat de artefacte de mișcare a pacientului. La CT encefal, examen cerebral ventricular cu CT nu se evidențiază modificări densitometrice ilizibile sau extra-cerebrale. Dată fiind simptomatologia acută și necesitatea intervenției chirurgicale, este justificat faptul că evaluarea neurologică nu a reprezentat o prioritate, ulterior pacientul a fost externat și monitorizat în Italia unde, în schimb, s-a putut evalua și aprecia componenta organică frontală care, în cursul anilor, s-a manifestat și menținut cu anomalii de comportament și emoționale care s-au suprapus peste tulburarea de personalitate preexistentă, complicând-o și substituind-o.

Cea de-a doua observație are legătură tocmai cu discrepanța care există în compararea unui examen paraclinic morfologic precum CT sau RMN (efectuată la un timp distanță și, în orice caz, neevident patologică) față de un examen de funcționalitate precum PET.

Ne aflăm în domeniul neuro-imagisticii. Metodele de neuro-imagistică sunt un ansamblu de tehnici care permit crearea unor imagini ale sistemului nervos, în special a unor imagini cu creierul uman „in vivo”. În ultimii douăzeci de ani, s-au dezvoltat în mod semnificativ metode avansate pentru studiul atât al structurilor anatomice, cât și al funcționării acestora în repaus sau în timpul desfășurării unor sarcini specifice motorii, senzoriale și cognitive. Neuro-imagistica anatomică include, pe lângă radiografia convențională, și CT în uz de cincizeci de ani, iar astăzi utilizate exclusiv în scop clinic, rezonanța magnetică ale cărei dezvoltări tehnologice și științifice au permis implementarea unor tehnici avansate capabile să studieze modul în care cu o mai mare precizie structurile corticale sunt conectate între ele. În schimb, un alt lucru este neuro-imagistica funcțională care include metodele de medicină nucleară precum PET sau tomografia și emisia de pozitroni și tomografia cu emisia unui singur foton SPECT. Funcționalitatea cerebrală este strâns legată de aportul sanguin constant de oxigen și glucoză, principala sursă de energie pentru creier: așadar există o strânsă asociere între activitatea funcțională cerebrală cu flux sanguin normal și consumul de oxigen și de glucoză, așadar nivelul activității funcționale cerebrale poate fi descris de irigarea cerebrală și metabolismul cerebral. În imaginile de irigare precum cele PET, se identifică cu ușurință principalele zone corticale cerebrale, nucleele bazei și talamusurilor, de exemplu, pentru un diagnostic de Boală Parkinson este esențial studiul cu SPECT pentru sistemul dopaminergic nigro-striatal la o persoană care ar putea avea un CT-encefal de bază în limite normale. În cazul analizat, avem un RMN în care se evidențiază numai „o ușoară accentuare a șanțurilor corticale ale convexităților bi-emisferice la nivel frontal, în raport cu vârsta”, dar și un follow-up prin PET care confirmă o funcționare specifică alterată și localizată în zona pre-frontală.

În prezent, consider că este oportun să descriu ceea ce în literatură se înțelege prin sindrom prefrontal. Din punct de vedere istoric, există o întreagă literatură despre leziunea la nivelul lobului frontal și tulburările psihiatrice începând cu anul 1868, când Harlow descrie modificările comportamentale ca urmare a unei vătămări frontale extinse la un pacient care a suferit un accident de muncă, lovit de o bară de fier care a pătruns în partea inferioară a creierului, afectând regiunile orbito-mediale ale ambilor lobi frontali. Înainte de acest traumatism, pacientul era descris ca un bărbat eficient, ulterior a fost descris ca fiind inconstant, capricios, volubil, ireverențios, cu tendință spre cele mai extreme obscenități, intolerant față de constrângeri și sfaturi, încăpățânat<sup>2</sup>.

---

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

Sindromul prefrontal poate fi diagnosticat prin examene de funcționalitate a creierului și nu prin examinări morfologice, necesită evaluare neuro-cognitivă și de personalitate, întrucât acest diagnostic este utilizat pentru a indica un grup eterogen de deficite care sunt legate de diferite etiologii cu localizări și extinderi ale leziunii în lobul frontal. Cadrul simptomelor acestui sindrom este vast și îmbracă numeroase forme, implicând deficitele prezente și manifestate și în cadrul altor zone cerebrale, din cauza numeroaselor interconexiuni emisferice ale zonelor frontale. Pacienții cu afectare frontală pot să nu manifeste semne ale acestui sindrom sau pot să nu manifeste toate simptomele motorii, cognitive, de atenție, de percepție și pot avea, în teorie, un comportament normal în fața examinatorului, dar, observați în viața de zi cu zi, acești pacienți au dificultăți în începerea unei sarcini sau o abandonează înainte de a fi finalizată, sunt incontrolabili, fără acțiunea unor filtre sau inhibiției, zona prefrontală având o acțiune INHIBITOARE.

O altă considerație din sfera anamnezei este că pacientul are elemente de neadaptare a personalității, cu aspecte borderline și narcisiste pe care nimeni nu le neagă, însă au fost fals clasificate prin prisma tulburării neurologice. În mod analog, și informațiile anamnestice conform cărora în trecut a consumat alcool și cocaină, în prezent sunt marginale și completează diagnosticul principal neurologic.

Acest sindrom prefrontal, așa cum au evidențiat, de asemenea, monitorizările funcționale și nu morfologice nu este în regresie.

În ceea ce privește răspunsul la întrebări, utilizând și evaluarea neurocognitivă și datele investigațiilor paraclinice efectuate, dar și consultând documentația de la momentul faptelor, este posibilă confirmarea **diagnosticului de tulburare prefrontală posttraumatică** cu elemente de dezinhibare și pierderea controlului de tip impulsiv, aspecte paranoice cu evident disconfort și depreciere a funcționalității sociale și profesionale, însă acest disconfort nu este perceput cu o critică valabilă a persoanei examinate, care, prin modalități defensive stângace pune în aplicare gânduri grandioase de antreprenariat și de activități viitoare, fără a ține cont de disconfortul mental existent. Uneori, s-a asistat la crize violente și pantoclastice care au necesitat internarea în TSO, uneori reușește să dea semnale că își pierde răbdarea. Un diagnostic de certitudine a tulburării se bazează pe prezența a cel puțin două caracteristici, iar în el se identifică în mod obiectiv reducerea persistentă a capacităților de a persevera în activități, în special cele care necesită lungi perioade de timp și o gratificare diferită, alterarea sferei emoționale cu trecere la iritabilitate și ușoare crize de agresivitate; tendință la exprimarea nevoilor și impulsurilor fără a ține cont de consecințe și de convențiile sociale; tulburări ale sferei cognitive precum o suspiciune și o ideație paranoidă.

Persoana se va considera incapabilă să se prezinte în instanță întrucât nu are spirit critic, oscilează de la o poziție antitetă la alta și nu înțelege consecințele faptelor și alegerilor sale, adesea impulsive: se confirmă necesitatea de a continua un program semnificativ de îngrijire, asistență și reabilitare de desfășurat pe termen lung (de ordinul mai multor ani) în mediu protejat cu tratament, asistență și reabilitare cu impact ridicat, în scopul de a asigura o mai mare conștientizare. Cadrul clinic este confirmat de înrăutățirea cadrului structural identificat prin neuro-imagistică. Fără limitarea actualului mediu de îngrijire, pacientul prezintă o situație de risc pentru siguranța sa și nu este capabil să își poarte singur de grijă. De asemenea, condițiile actuale nu permit pacientului să participe în mod conștient la activitățile procedurale care l-ar putea implica și deci nu este capabil să se exprime în ceea ce privește principiul de specialitate pe tema mandatului european de arestare.

Acest cadru este ireversibil.

25.09.2024

Laura Ghiringhelli

*Semnătură indescifrabilă*

**\*\*\*Sfârșitul traducerii\*\*\***

Subsemnata, **PESCARU ALEXANDRA**, interpret și traducător autorizat pentru limbile străine **Franceză, Italiană**, în temeiul Autorizației nr. **38047** din data de **22/01/2016**, eliberată de Ministerul Justiției din România, certific exactitatea traducerii efectuate din limba **ITALIANĂ** în limba **ROMÂNĂ**.

**INTERPRET ȘI TRADUCĂTOR AUTORIZAT  
PESCARU ALEXANDRA**

