

- Federnotizie - <http://www.federnotizie.it> -

La capacità di agire e di testare. Le patologie che incidono sulle capacità di comprendere ed autodeterminarsi nell'attività testamentaria 2/3

Scritto da *Redazione Federnotizie* il 21 giugno 2016 @ 8:56 - Archiviato in: Accesso e Scuole, Approfondimento giuridico

Dott. ssa Roberta Carrossino [1]

La valutazione dell'incapacità naturale del testatore costituisce un accertamento difficile, poiché, trattandosi di indagare sullo stato di salute mentale di una persona in vita o defunta, necessita dell'utilizzo di conoscenze e di mezzi di prova talvolta altamente specialistiche, che presuppongono uno studio circostanziato caso per caso.

Le indicazioni specifiche rubricate all'art. 591 c.c. in merito alle condizioni di incapacità a testare, prevedono la dimostrazione di una *qualsiasi causa anche transitoria, che rende il soggetto incapace di intendere o di volere nel momento in cui fece testamento ...*".

E' bene precisare, richiamando la Cass. civ, n. 26002., 2008, che tale norma non si sovrappone alla mera individuazione dell'"incapacità naturale" ex art. 428, poiché non identifica una *generica alterazione del normale processo di formazione ed estrinsecazione della volontà, ma richiede che, a causa dell'infermità, al momento della redazione del testamento, il soggetto sia assolutamente privo della coscienza del significato dei propri atti e della capacità di autodeterminarsi così da versare in condizioni analoghe a quelle che, con il concorso dell'abitualità, legittimano la pronuncia di interdizione*"^[2].

E pertanto è necessaria non una semplice anomalia o alterazione delle facoltà psichiche ed intellettive, bensì la prova che, a cagione di una infermità transitoria o permanente, ovvero di altra causa perturbatrice, il soggetto sia stato privo in modo assoluto, al momento della redazione del testamento, della coscienza dei propri atti ovvero della capacità di autodeterminarsi^[3].

Tale vizio volitivo, che nella legislazione penale statunitense prende il nome di *Volitional Impairment* sulla base della Sentenza della Corte Suprema in *Kansas v. Crane* (2002), 534 US 407 (2002), si concretizza nell'impossibilità di operare libere e autonome scelte, quando le decisioni sulle quali sono basate le disposizioni testamentarie, non rappresentano il risultato della volontà formatasi coscientemente e liberamente, bensì sono frutto di una minorata facoltà di autodeterminazione, anche transeunte ma contestuale alla stipula dell'atto.

Le origini di tale vizio hanno eziologia multifattoriale e riduttivo sarebbe, dal punto di vista medico, circostanziare le cause in anomalie strutturali neuronali, anche perché la capacità di intendere e volere è il frutto di una complessa collaborazione tra stimoli sensoriali e associazioni con idee precostituite formatesi nell'evoluzione dell'individuo e di risposte

consequenziali.

Senza addentrarsi nella materia, è opportuno richiamare alcuni concetti di neurofisiopatologia al fine di evidenziare le strutture e i meccanismi cerebrali deputati all'autonomia volitiva del soggetto e comprendere di conseguenza come la capacità discrezionale possa essere inficiata da alcune patologie che si interpongono nel normale funzionamento.

Tali condizioni possono essere il presupposto per la circonvenibilità dell'individuo che si accinge a disporre testamento[4], perchè trovandosi in una situazione di minorazione, può venir abusato dei suoi bisogni, passioni e della sua dipendenza fisica ed inesperienza per procurare ad altri o a se stesso un profitto non autodeterminato perché viziato da intenzionalità altrui.

In merito all'individuazione del bene giuridico tutelato dal reato di circonvenzione di incapace, si prende in considerazione, nella presente disamina, l'orientamento "personalistico" della dottrina, secondo il quale il bene giuridico protetto dalla norma penale, coinciderebbe con la dignità e la libertà di autodeterminazione dell'incapace, per cui ad essere leso non sarebbe tanto il patrimonio quanto l'interesse dello stesso alla libera esplicazione delle sue attività (cfr. in dottrina: Siniscalco, Antolisei, Ferrante, Ronco; in giurisprudenza: Cass. n. 1427/2004; Trib. Lecce 13.5.1991).

Ritornando al tema in oggetto, la capacità di intendere e volere presuppone il corretto funzionamento di tutti i processi psicologici necessari per mettere in atto comportamenti adattativi e orientati verso obiettivi futuri (Stuss, Knight, 2002[5]), come può essere ad esempio la stipula dell'atto.

Tali sono le "funzioni esecutive" umane.

Anche se l'insieme dei processi considerati cambia nelle diverse descrizioni, le funzioni esecutive generalmente riguardano processi di alto livello, quali la working memory, l'attenzione selettiva e sostenuta, lo shifting attentivo, la pianificazione, il problem solving, il decision-making, la flessibilità cognitiva, l'automonitoraggio e la rilevazione di errori, l'inibizione di risposte automatiche e l'autoregolazione (Alvarez, Emory, 2006[6]; Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter, Wager, 2000[7]; Robbins, 1998[8])

Tali funzioni appaiono particolarmente critiche quando devono essere generate, organizzare sequenze di risposte e quando nuovi programmi d'azione devono essere formulati ed eseguiti.

Nella prospettiva della neuropsicologica cognitiva, l'insieme dei processi che costituiscono il dominio delle funzioni esecutive può essere scomposto in "unità" cognitive parzialmente differenziabili (per una review, Grossi e Trojano, 2005[9]).

Comprendono:

Le capacità di pianificazione e valutazione delle strategie efficaci in relazione ad un fine specifico connesse con le abilità di problem-solving e la flessibilità cognitiva;

Il controllo inibitorio e i processi decisionali che supportano la selezione della risposta funzionale e la modificazione della risposta (comportamento) in relazione al cambiamento delle contingenze ambientali (es. rinforzo);

Il controllo attenzionale riferito alla capacità di inibire stimoli interferenti e di attivare l'informazione rilevante;

La memoria di lavoro che si riferisce a quei meccanismi cognitivi che consentono il mantenimento on-line e la manipolazione dell'informazione necessaria per l'esecuzione di operazioni cognitive complesse quali ad esempio il linguaggio, la comprensione e il ragionamento (Baddeley, 1986[10]). È pertanto ritenuta funzione trasversale rispetto alle precedenti, poichè consente di coordinare le attività necessarie al raggiungimento di un obiettivo: formulare intenzioni, sviluppare piani di azione, implementare strategie per la messa in atto di tali piani, monitorare la performance e valutarne gli esiti.

Le neuroscienze cognitive [11] hanno evidenziato, grazie ai dati resi disponibili dagli studi di neuro-imaging sullo sviluppo cerebrale, come dal punto di vista psicopatologico, alterazioni morfo-funzionali delle aree cerebrali deputate alle funzioni esecutive, impediscono al soggetto di adeguare il comportamento alle circostanze sociali, etiche, adattative in cui è inserito, generando peculiari disturbi osservabili dal comportamento e valutabili con prove formalizzate.

Tali studi, supportati dai dati raccolti su pazienti con danni neurologici, indicano la corteccia prefrontale come una delle principali stazioni dei circuiti neurali implicati nei processi decisionali.

A partire dal famoso caso di Phineas Gage[12], la casistica di pazienti con danni di origine traumatica o vascolare in sede frontale, soprattutto ventro-mediale, ha sottolineato come le lesioni interessanti tali aree, determinarono un deficit a livello decisionale, spesso descritto come "miopia o cecità per il futuro", cioè l'incapacità di valutare ed evitare le possibili conseguenze negative delle proprie azioni (Bechara, Damasio, Anderson, 1994[13]; Bechara, Tranel, Damasio, 2000[14]; Fellows; 2006[15]; per una revisione vedi Fellows, 2007[16]; Krawczyk, 2002[17]; Kringselbach, Rolls, 2004[18]; Stuss, Levine 2002[19]).

Anche in disturbi degenerativi come la malattia di Parkinson, in cui la distruzione dei neuroni nel ganglio della base "striato" causa una diminuzione delle afferenze dopaminergiche alla corteccia prefrontale, si osservano spesso deficit decisionali (Brand, Labudda, Kalme, Hilker, Emmans, Fuchs, Kessler, Markiowitsch, 2004[20]; Mimura, Oeda, Kawamura, 2006[21]).

Se questi studi ci mostrano un deficit nei processi decisionali quando la corteccia prefrontale non funziona come dovrebbe, le moderne tecnologie di neuro-imaging funzionale oggi disponibili, principalmente la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), permettono di individuare i correlati neurali del Decision making in cervelli sani.

Sulla base di queste nuove possibilità empiriche, è nato addirittura un settore interdisciplinare di ricerca, la neuro-economia, che raccoglie e sintetizza i contributi delle neuroscienze e dell'economia. Le scienze economiche apportano modelli teorici sulle prese di decisione e la

valutazione dei rischi; le neuroscienze apportano conoscenze empiriche sui molteplici circuiti neurali coinvolti durante differenti tipologie di decisione (Camerer, Loewenstein, Prelec, 2004[22]; Sanfey, Loewenstein, McClure, Cohen, 2006[23]).

Per esempio il premio Nobel per l'economia Daniel Kahneman (2003)[24] propone questo modello a due sistemi: il Sistema 1 è caratterizzato da processi mentali automatici, intuitivi e affettivi esenti dal controllo cosciente dell'individuo; il Sistema 2 è caratterizzato da processi ponderati, deliberati e cognitivi e quindi risulta basato su processi di elaborazione cognitiva delle informazioni che avviene sotto il controllo deliberato dell'individuo.

I tradizionali modelli teorici sul decision making hanno a lungo ignorato l'influenza del Sistema 1, cioè dell'elaborazione emotiva. Anzi, spesso tale componente è stata giudicata come controproducente, considerando il processo decisionale tanto più efficace quanto più razionale e non "sporcatto" dalle emozioni. Solo a partire dagli anni '90 si è avviata una rivalutazione del ruolo delle emozioni: Damasio (1994) sostiene infatti che, durante i processi decisionali, ci siano dei segnali somatici, basati su un'elaborazione emotiva, automatica e intuitiva delle informazioni in gioco, che aiutano l'individuo nella scelta di un'opzione piuttosto che un'altra (Bechara, Damasio, 2005[25]; Bechara, Damasio, Tranel, Damasio, 2005[26]) (Maia, McClelland, 2005[27]).

Sin qui pertanto le strutture e le basi concettuali dell'elaborazione degli stimoli che poi si concretizzano in capacità di discernimento e di autodeterminazione.

Le principali patologie che compromettono l'adeguato funzionamento delle funzioni esecutive possono essere suddivise a seconda dell'età di chi compie il negozio giuridico.

Benchè possa, in prima battuta, apparire semplice identificare condizioni patologiche incidenti sulla facoltà di discernimento del soggetto, ad un'analisi più attenta emergerà subito come, nella maggior parte dei casi, la criticità maggiore è rappresentata dall' individuazione degli stati psichici non francamente patologici ma borderline, misconosciuti e/o dissimulati.

Mentre in generale, nei confronti del soggetto maggiorenne che si appresta a testare, è opportuno valutare gli effetti di insulti vascolari e traumatici a carico delle strutture cerebrali con sintomatologia ad esordio transeunte, alcune forme di patologia dell'umore quali i quadri depressivi, i disturbi bipolari e alcune fasi del disturbo schizofrenico, in età senile, che rappresenta l'oggetto della presente trattazione riferendosi ad atti di disposizioni effettuati soprattutto in *limine vitae*, è bene porre particolare attenzione ai processi degenerativi encefalici, ai disturbi psicotici, a quadri depressivi, distimici inveterati e ai disturbi d'ansia che frequentemente pongono il soggetto in uno stato di minorazione che lo rende dipendente pregiudicandone le volontà.

Prima di passare in rassegna le varie patologie psichiche, è bene evidenziare come, dal punto pratico, le varie patologie sotto descritte, trovano comunione in una serie di sintomi caratteristici dell'anomalo funzionamento di cui si parlava nei paragrafi precedenti.

Si annoverano pertanto alterazioni della:

Senso-percezione (illusioni, allucinazioni): processo mentale per cui gli stimoli sensoriali vengono riconosciuti confrontati e collocati in parametri spazio temporali di realtà.

Memoria (amnesie, ipermnesie, alloamnesie) meccanismo di rievocazione delle informazioni immagazzinate che implica la capacità di riproduzione di un'esperienza passata consentendo la storicizzazione e la fissazione dell'esperienza stessa.

Pensiero (dissociazioni, deragliamenti, ossessioni, deliri): processo mentale mediante il quale il soggetto identifica e diversifica da sé i soggetti e gli oggetti della realtà.

Tralasciando le franche patologie psichiatriche con sintomatologia conclamata, si è scelto di approfondire la vasta materia delle condizioni psicopatologiche borderline perché spesso misconosciute, con particolare riferimento ai deficit maggiormente riscontrati in età senile (>65 anni).

In generale[28], comunque, è possibile sostenere che le *Sindromi psico-organiche* occupano certamente una posizione di spicco.

Esse sono caratterizzate da alterazioni psichiche con eziologia organica sicura e prevalente, originata da un processo patologico che interessa in modo estensivo, cronico e progressivo, le strutture cerebrali.

Il quadro caratteristico e sintomo cardinale delle sindromi psico-organiche è rappresentato da un deficit delle funzioni cognitive (attenzione, memoria, linguaggio) tale da alterare la vita del soggetto e da compromettere pertanto la sua capacità volitiva.

La prima entità nosografica, inserita in questo gruppo, è rappresentata dal ***Delirium***, condizione morbosa acuta, caratterizzata da alterazioni dello stato di coscienza, del comportamento e da segni e sintomi organici indicativi di rapporti patogenetici con patologie somatiche.

Le cause di *Delirium* possono quindi essere molteplici, da sole o in associazioni tra loro. Se ne riconoscono di natura tossica (CO, metalli pesanti); farmacologica (psicofarmaci, anticomiziali, antiparkinsoniani, antiipertensivi, glicosidi cardioattivi, salicilati, steroidi, etc..); neoplastica (tumori intra od extra cranici); intossicazioni o astinenza da sostanze, infezioni del Sistema nervoso centrale (meningiti, encefaliti, HIV e sindromi correlate, etc.); infezioni sistemiche con febbre e sepsi; traumi cranici, emorragie subaracnoidee; epilessia e stati post-ictali; fattori dismetabolici (squilibri acido-base, ipossia, disidratazione, malnutrizione, squilibrio idro-elettrolitico, ipo/iperglycemia, encefalopatia uremica od epatica, deficit di tiamina etc.); insufficienza cerebrovascolare (cardiopatia congestizia, ipovolemia, aritmie, anemia marcata, ischemia transitoria); disfunzioni endocrine (ipofisarie, pancreatiche, surrenali, paratiroidi, tiroidei); decorso post-operatorio in generale; fattori ambientali, deprivazione sensoriale o deprivazione di sonno.

Si tratta di un disturbo che interessa sia l'età senile che adulta ed è agevolato, se non causato/concausato da condizioni di disconfort per il soggetto, come la permanenza all'interno di case di cura o istituti.

I fattori eziopatogenetici sopraelencati, causano un'alterazione diffusa del metabolismo cerebrale che diviene più evidente in età senile per il fisiologico invecchiamento cerebrale e conclamato in caso di assunzione di particolari farmaci in grado di alterare alcuni neurotrasmettitori[29].

Classicamente i soggetti affetti manifestano alterazioni della coscienza con ridotta capacità di focalizzare, mantenere o spostare l'attenzione; alterazioni cognitive con alterazioni del linguaggio e della memoria, oltre che percettive. Caratteristica peculiare è la rapida comparsa di sintomi (nel giro di poche ore o giorni) con frequenti fluttuazioni sintomatologiche circadiane; domina infatti uno stato confusionale che è, però, caratteristicamente fluttuante, anche nell'arco di poche ore, con alternanza di fasi di lucidità più o meno completa, con gravi alterazioni della coscienza, più evidenti alla sera (fenomeno del *Sundowning*) e che vanno dallo stato oniroide, al sopore sino al coma o alla amenza; evidenti sono le ripercussioni sul ciclo sonno-veglia costantemente frammentato, che poi motivano la presenza della costante disfonia.

Talora l'insorgenza acuta è preceduta, specie negli anziani da sonnolenza, angoscia, irrequietezza motoria e insonnia, sintomi che poi divengono più evidenti nella condizione di stato.

Gli individui possono presentare pallore o rossore, midriasi, tachicardia, iperidrosi, nausea, iperpiressia con contestuali sintomi neurologici quali tremori e stereotipie motorie.

Se sino ad ora si è discusso di una sindrome psico-organica ad insorgenza acuta, il capitolo delle **Demenze** si contrappone nettamente.

Si tratta di entità nosografica sempre psico-organica con eziologie diverse, talora molteplici, come per il *Delirium*, ma caratterizzata, al contrario, da un significativo e persistente disturbo della memoria e dallo sviluppo progressivo di deficit cognitivi come le alterazioni del funzionamento esecutivo (astrazione, pianificazione, elaborazioni di sequenze comportamentali complesse) e che conducono a gravi difficoltà relazionali e sociali sino alla perdita della capacità di vita autonoma.

Circa le demenze è bene specificare, al contrario di quanto si possa esser soliti pensare, come possano interessare varie classi di età sulla base della causa scatenante. Si annoverano demenze vascolari, degenerative tipo Alzheimer o secondarie ad altra condizione medica quali ipotiroidismo, M. di Parkinson e patologia neoplastica. Si sottolinea come l'abuso di sostanze stupefacenti o alcool possa determinare una forma di demenza persistente particolarmente insidiosa.

In tali patologie le capacità di critica, di giudizio, di introspezione e la consapevolezza delle proprie condizioni sono spesso assai carenti e ciò conduce a sottovalutare i rischi connessi ad attività che richiedono coordinazione, attenzione, memoria o abilità specifiche.

Talvolta prevale una notevole alterazione della memoria per i fatti recenti che contrasta vivacemente con una buona partecipazione affettiva e l'apparente integrità delle altre funzioni

intellettive.

In questi casi i malati riescono, talvolta a dissimulare il deficit mnesico prendendo l'iniziativa del discorso, accompagnandolo, poi, con varie ed abbondanti confabulazioni. Si tratta di un quadro clinico particolare che Wernicke descrisse con il termine di *Presbiofrenia*.

In altri casi può evidenziarsi un comportamento estremamente disinibito ed inadeguato, come mostrare familiarità eccessiva con persone sconosciute, trascurare l'igiene intima e personale, esprimere motteggi, schemi o ilarità inappropriata, qualche volta irritabilità esasperata, ira frequente, sino a violenze minacciate od agite su persone o cose.

Frequenti sono le convinzioni deliranti, specie a sfondo persecutorio, che possono divenire veri e propri deliri strutturati, talora accompagnati da allucinazioni congrue.

Caratteristicamente si presenta con deficit di memoria per cui il soggetto ha difficoltà ad apprendere nuove informazioni o a ricordare informazioni già acquisite ed alterazioni cognitive esecutive: manca pertanto di capacità di pianificazione, organizzazione e di astrazione.

Tutto ciò causa una compromissione del funzionamento sociale dell'individuo, che si trova avulso dal contesto nel quale è inserito.

Si annoverano due forme di demenza.

La **D. tipo Alzheimer** rappresenta sino al 60% di tutte le demenze ed è caratterizzata da esordio precoce, evoluzione graduale e progressiva verso il completo declino cognitivo.

È quella demenza correlata, oltre che a infezioni virali, traumi cranici, carenza dietetica di sostanze neuro-protettive, soprattutto ad anomalie funzionali di geni che codificano la sintesi di amiloide, sostanza di deposito che intacca irrimediabilmente le strutture cerebrali.

Evidenti infatti alle prove di neuro-imaging l'atrofia cerebrale diffusa e l'appiattimento dei caratteristici solchi encefalici. Questi, insieme all'esordio, all'evoluzione continua, e ai test neuropsicologici (MMSE, WAIS), consentono la diagnosi.

La patologia può avere esordio precoce prima dei 65 anni o tardiva; può presentare una prevalenza di sintomi deliranti, di alterazioni comportamentali, o di flessione del tono dell'umore, o una combinazione di sintomi tale da facilitare ritardi diagnostici.

A questa si affianca la **Demenza vascolare o multi infartuale**, che rappresenta il 10-20% di tutte le demenze con una prevalenza che è ampiamente correlata all'incidenza delle patologie cerebrovascolari e dell'aterosclerosi.

Qui l'insorgenza è tipicamente brusca, secondaria ad un evento vascolare acuto con andamento caratteristicamente fluttuante a gradini, con rapide modificazioni del funzionamento e comparsa di deficit cognitivi "a scacchiera" [30].

Come nella demenza precedente, possono essere presenti sintomi deliranti, alterazioni gravi

del comportamento e disturbi dell'umore.

La modalità di esordio, l'evoluzione clinica, la natura dei deficit psichici e neurologici, la frequente consapevolezza del deterioramento cognitivo da parte del paziente, l'anamnesi positiva per malattie vascolari, i reperti strumentali, ECG e doppler, le lesioni lacunari alle neuro-immagini, sono tutti elementi che solitamente rendono agevole l'identificazione.

Negli anziani, i disturbi mentali[31] si presentano con quadri minori, slavati, anche nascosti, improntati alle caratteristiche individuali, integrati nell'assetto esistenziale della senescenza, così da essere facilmente trascurati, sottostimati, interpretati non come emergenza patologica, ma come ovvia, scontata modalità dell'essere vecchi.

Le prestazioni psichiche dell'anziano dipendono sia da fattori cognitivi (memoria, attenzione, apprendimento, etc.) sia da fattori psicologici (emotivi, affettivi, volitivi, etc.) che pur fra loro collegati, non escludono possibili sfasature, così da potersi osservare anziani con capacità cognitive integre ma spenti e disinteressati a ciò che li circonda, o al contrario soggetti ancora attivi e vitali nonostante evidenti deficit mnesici.

La componente cognitiva delle prestazioni mentali dell'anziano sembra quella direttamente collegata all'involuzione strutturale del Sistema nervoso centrale (p.e. rarefazione neuronale, riduzione sinaptiche, modificazioni dei neuro-trasmettitori) mentre la componente psico-emozionale sarebbe più correlata alla struttura caratteriale, alle vicende della storia personale, all'assetto del tono timico di base e all'organizzazione della personalità.

La patologia del cervello, si connota in modo diverso a seconda della fase di compromissione: è banale osservare che le stesse cause, le stesse aggressioni producono effetti clamorosamente differenti.

Vi è quasi sempre la coesistenza di patologie somatiche molteplici, simultanee ed interattive, anch'esse talvolta correlate allo stile di vita.. Ad esempio i danni da stress sono nell'anziano più frequenti e più gravi perché precari sono i meccanismi ormonali che presiedono alla risposta di adattamento ottimale, più deboli gli organi bersaglio e più estesa la varietà degli stimoli.

Al di là della malattia, del disturbo, non bisogna mai dimenticare l'esistenza di un ampio alone di malessere, di sogni irrealizzati, di delusioni, di difficoltà relazionali, di disadattamento, di inquietudine, di riduzione dell'autonomia, in grado di modificare sostanzialmente lo stato funzionale e di benessere a parità di diagnosi anatomo-clinica.

È importante pertanto non perdere la visione unitaria della persona con la sua storia, il suo bagaglio culturale, il suo assetto relazionale, le sue convinzioni morali, ideologiche.

Le sindromi deliranti nell'anziano sono un esempio chiaro di come la sintomatologia viene arginata dalla personalità: i rapporti con la realtà; al di fuori del delirio, rimangono significativamente stabili, con tendenza a razionalizzare anche i contenuti deliranti più assurdi, il comportamento si mantiene di solito corretto ed è conservata una viva risonanza

affettiva.

Il disturbo più frequentemente accusato è la diminuzione della memoria.

Sovente, piuttosto che gravi impedimenti a recepire nuovi input ed elaborarli (disturbo più francamente ascrivibile ad una patologia della memoria) si osserva una riduzione dell'elasticità del sistema, che determina un allungamento dei tempi necessari a comprendere e ad apprendere.

Da quanto detto consegue che, nell'analisi delle capacità volitive senili, giochi un ruolo essenziale la valutazione tecnica specialistica che consente sia di quantificare l'esistenza o meno di un danno delle funzioni cognitive, sia di testare il decorso del processo involutivo, tenendo conto che, eventuali comportamenti inabituali percepiti, non sono necessariamente indicativi di riduzione delle capacità di intendere e di volere ma solo il frutto di un rallentamento generalizzato.

In passato veniva attribuita minore attenzione alla psicopatologia senile, non tanto perché sfuggisse l'elevata incidenza delle manifestazioni psicopatologiche, anche se sovente ad insorgenza subdola e atipica rispetto ad età precedenti, ma piuttosto perché spesso ritenute un inevitabile corollario della vecchiaia.

Le manifestazioni psicopatologiche della terza età hanno alcune caratteristiche. Innanzitutto la spiccata multi-fattorialità che, insieme all'espressività clinica molto variabile, rendono non univoco l'inquadramento nosografico; a questo si associa la compresenza di disturbi organici con ruolo precipitante concausale che possono temporaneamente nascondere i sintomi.

Gli anziani si ammalano più dei giovani, per motivazioni metaboliche e degenerative, e raramente presentano una patologia paucisintomatica: è piuttosto la regola osservare una commistione sia di sintomi somatici e psichici, sia di sintomi psichici tra loro differenti.

Tralasciando i disturbi psico-organici già discussi sopra poiché non esclusivi dell'età senile ma evidenziabili anche in età adulta, si limita di seguito la trattazione a quei quadri clinici che presentano nell'anziano aspetti peculiari.

I *Disturbi psicotici* (schizofrenia paranoide e disturbo delirante cronico) esorditi in età adulto-senile non sono un evento raro.

Si manifestano prevalentemente in soggetti con modesto danno cerebrale organico e/o deficit sensoriali (soprattutto uditivo) e caratteristiche pregresse paranoidi slatentizzate da fattori psicosociali quali la mancanza di relazioni affettive significative e l'isolamento sociale.

I Sintomi caratteristici sono le idee deliranti, per lo più persecutorie, eventualmente accompagnate da allucinazioni uditive (mentre quelle visive, più rare, suggeriscono un possibile danno cerebrale concomitante). Difficilmente sono presenti sintomi catatonici [32]; rari sono anche l'incongruità e l'appiattimento affettivo, la dissociazione e gli altri disturbi del pensiero.

In generale si può affermare che quando un disturbo di questo tipo compare in età avanzata, la disgregazione delle funzioni psichiche. Si giudica che il disturbo potrebbe essere sottostimato per una generale maggiore tolleranza verso le tipiche 'fissazioni' dell'anziano, per cui i casi conclamati sono quasi sempre quelli in cui si sono verificati comportamenti clamorosi o violenti.

Patologia particolarmente frequente nella terza età è anche la *Depressione* che acquisisce però poca risonanza rispetto all'età adulta.

Diversi fattori possono concorrere ad un mancato riconoscimento della depressione senile e quindi ad una sua sottostima: *in primis* la condizione di ritiro sociale e di demotivazione senili.

La depressione può poi essere "mascherata" da malattie fisiche o preoccupazioni ipocondriache o addirittura può essere intesa come reattiva ad una grave malattia o ad un lutto[33].

L'anedonia, la perdita di interessi, la riduzione della speranza e della progettualità per il futuro, la sensazione di morte imminente come anche il rallentamento psicomotorio, la caduta dell'autostima e il pessimismo, da un osservatore meno attento, possono essere considerati espressione dell'invecchiamento psicologico anziché sintomi-chiave di un disturbo depressivo.

È chiaro pertanto come in una situazione di degrado interno quale quello sopra esposto, le capacità di critica di autodeterminazione non possano che venir inficiate e talvolta riconosciute da terzi.

Si riscontrano, poi, le *Sindromi ansioso-depressive* che rappresentano la patologia affettiva più frequente nella terza età, in cui i soggetti, al fine di ottenere più attenzione ed accudimento, polarizzano sul corpo la propria condizione di disagio, alleviando il proprio dolore mentale. Oltre che essere frequentemente espressa con sintomi somatici (p.e una sensibile perdita di peso), è poi connotata da una forte impronta ansiosa, per cui è più facile osservare sintomi quali irrequietezza, agitazione, lamentosità, che non rallentamento e inibizione psicomotoria.

La compresenza, poi, di sintomi cognitivi (disturbi dell'attenzione, concentrazione e memoria), rari nella depressione dell'età giovanile-adulta, testimonia una componente psico-organica demenziale.

Se invece i sintomi cognitivi, come può accadere, non sono legati ad un'eziologia organica accettabile, tale condizione clinica, viene definita *Pseudo-demenza*, disturbo dell'attività cognitiva, della memoria e dell'ideazione (deliri) non primariamente correlabile ad un'eziologia organica, ma secondario a turbe psichiatriche diverse. In essa i deficit cognitivi sono prevalenti sui sintomi depressivo ansiosi, ma senza che gli accertamenti clinico-strumentali depongano per una vera compromissione demenziale.

Infine si menzionano i *Disturbi d'ansia* (Disturbo fobico, disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo acuto da stress e post-traumatico da stress). Questi,

benchè inizino generalmente nell'età giovanile-adulta, possono talora comparire per la prima volta in pazienti ultrasessantenni.

Spesso, più che di autentici esordi psicopatologici, si tratta di slatentizzazioni di quadri precedentemente in fase di miglior compenso, che potrebbero cioè essersi manifestati in forme sfumate in epoche precedenti della vita del soggetto e non avere mai generato la necessità di cure psichiatriche, mentre ora, nella particolare fragilità della condizione senile possono divenire conclamati, dando la falsa impressione di un disturbo insorto acutamente in un soggetto precedentemente sano.

A fronte di quanto detto, evidenziate le principali patologie che possono interferire con la capacità di autodeterminazione e volitiva del soggetto che si appresta a testare, e dopo aver dimostrato, data l'eterogeneità, come nella maggior parte delle situazioni, i quadri patologici vengano talvolta dissimulati o possano passare totalmente inosservati agli occhi di un profano della materia, è fondamentale specificare, proprio in funzione di quello che è l'atto testamentario e quindi il frutto di una volontà concreta, attuale, e motivata, che l'eventuale riconoscimento di patologie, anche psichiche, che compromettono i processi neuronali suddetti, non è comunque sufficiente per affermare la nullità dell'atto, in quanto la capacità d'intendere o di volere può essere mantenuta anche nel contesto di condizioni mentali alterate.

Si pensi, al proposito, che la stessa legge prevede che l'inabilitato possa anche testare.

Come affermava Franchini, *“dal punto di vista medico legale non sarà sufficiente ricostruire uno stato generico di non sanità di mente, o anche di vera e propria infermità, per considerare nullo un testamento. Anche in questi casi sarà necessario applicare il metodo induttivo per valutare la condotta dell’individuo, i fatti concreti della sua vita ed in particolare il rapporto tra le sue condizioni mentali e la più o meno logica motivazione dell’atto testamentario”* ^[34].

Tuttavia, in analogia con quanto ricordato circa l'incapacità naturale ex art. 428 c.c., anche in questo caso non è necessaria la prova che il soggetto, nel momento del compimento del negozio, versasse in uno stato tale da far venir meno, in modo totale e assoluto le facoltà psichiche, essendo sufficiente accertare che tali facoltà erano perturbate al punto da impedire al soggetto il formarsi di una volontà cosciente.

[1] Medico Legale, Consulente del Centro Medico Legale SRL e Collaboratrice dell' Italian Journal of Legal Medicine. info@centromedicolegale.it

[2] Cass. civ., sez. II, 29 ottobre 2008, n. 26002.

[3] Cass. civ., sez. II, 6 maggio 2005, n. 9508.

[4] **art. 643 c.p.** e integrato quando “chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto,

abusando dei bisogni, delle passioni o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato d'infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso".

[5] Stuss D.T., Knight R.K. (2002). *Principles of Frontal Lobe Function*. New York: Oxford University Press.

[6] Alvarez J.A., Emory E. (2006). Executive Function and the Frontal Lobes: A Meta-Analytic Review, *Neuropsychology Review*, 16, 1, 17-42.

[7] Miyake A., Friedman N.P., Emerson M.J., Witzki A.H., Howerter A., Wager T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.

[8] Robbins T.W. (1998). Dissociating executive functions of the prefrontal cortex. In A.C.

[9] Grossi, D. E., & Trojano, L. (2005). *Neuropsicologia dei lobi frontali*. *Il Mulino Editore, Bologna*.

[10] Baddeley, A., Logie, R., Bressi, S., Sala, S. D., & Spinnler, H. (1986). Dementia and working memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 38(4), 603-618.

[11] Michele Poletti Accademia di Neuropsicologia dello Sviluppo (Parma) UOC Neurologia, Ospedale Versilia, Lido Di Camaiore (LU)

[12] Si tratta di uno dei casi neurologici più celebri. L'episodio si svolse nel 1848 quando Phineas Gage, capocantiere addetto alla costruzione di un tratto di ferrovia nel Vermont, ebbe un infortunio sul lavoro: una barra di ferro, utilizzata per pressare la polvere da sparo, si introdusse nella guancia del soggetto, attraversò l'orbita di sinistra e, trapassando i lobi frontali, uscì dalla volta cranica, ricadendo a 25 m di distanza, provocando un vasto trauma cranico. Phineas miracolosamente sopravvisse all'incidente. In poco più di un mese di convalescenza si riprese del tutto dal trauma, recuperando in pieno le sue capacità fisiche. L'unico cambiamento fu riscontrato nella sua personalità: descritto come personaggio prima mite, divenne irascibile, blasfemo e privo di freni inibitori.

[13] Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex, *Cognition*, 50, 7-15.

[14] Bechara A., Tranel D., Damasio H. (2000). Characterization of decision making deficits in patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123, 2189-2202.

[15] Fellows L.K. (2006). Deciding how to decide: ventromedial frontal lobe damage affects information acquisition in multi-attribute decision making. *Brain*, 129, 944-952.

[16] Fellows L.K. (2007). Advances in understanding ventromedial prefrontal function. The accountant joins the executive. *Neurology*, 68, 991-995.

- [17] Krawczyk D.C. (2002). Contributions of the prefrontal cortex to the neural basis of human decision making. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 26, 631-664.
- [18] Kringelbach M.L., Rolls E. (2004). The functional neuroanatomy of the human orbitofrontal cortex: evidence from neuroimaging and neuropsychology. *Progress in Neurobiology*, 72, 341-372.
- [19] Stuss D., Levine B. (2002). Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Reviews of Psychology*, 53, 401-433.
- [20] Brand M., Labudda K., Kalbe E., Hilker R., Emmans D., Fuchs G., Kessler J., Markowitsch H.J. (2004). Decision-making impairments in patients with Parkinson's disease. *Behavioural Neurology*, 15, 77-85.
- [21] Mimura M., Oeda M., Kawamura R. (2006). Impaired decision making in Parkinson Disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 12, 169-175.
- [22] Camerer G., Loewenstein C., Prelec D. (2004). Neuroeconomia: ovvero come le neuroscienze possono dare nuova forma all'economia. *Sistemi Intelligenti*, XVI, 3, 334-418.
- [23] Sanfey A.G., Loewenstein G., McClure S.M., Cohen J. (2006). Neuroeconomics: cross currents in research on decision making. *Trends in Cognitive Sciences*. 10, 3 108-116.
- [24] Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *American Psychologist*. 58, 697-720.
- [25] Bechara A., Damasio A. (2005). The somatic marker hypothesis: a neural theory of economic decision. *Games and Economic Behaviour*, 52, 336-372.
- [26] Bechara A., Damasio H., Tranel D., Damasio A. (2005). The Iowa gambling task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 4, 159-162.
- [27] Maia T.V., McClelland J.L. (2005). Somatic marker hypothesis: still many questions but no answers. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 4, 162-164.
- [28] Manuale di Psichiatria (2009). Gilberti F., Rossi R. Piccin Editore.
- [29] Neurotrasmettitori quali l'Acetil-colina, l'Acido gamma-ammino-butirrico, la Dopamina e la Serotonin.
- [30] La compromissione delle funzioni cognitive inizialmente viene definita "a scacchiera" in quanto alcune funzioni possono essere maggiormente e più precocemente compromesse rispetto ad altre.
- [31] Patologia psichiatrica dell'anziano. Barucci M. *Manuale di psichiatria* (1994). UTET Editore.

[32] Alterazioni motorie, negativismo, postura fissa e/o movimenti stereotipati, ecolalia, Il paziente assume sembianze da statua, con immobilità, inespressività, inaccessibilità. Tale inattività è però solo apparente, in quanto è invece sostenuta da un intenso impegno di opposizione negativista, che può andare dallo sforzo di tensione muscolare al mutismo.

[33] Si ricorda la *Depressione Organica*, disturbo depressivo secondario a malattie somatiche, non esclusivo, ma più frequente nell'età senile ad insorgenza contestuale a numerose patologie neurologiche (p.e. M. di Parkinson, tumori cerebrali primitivi e metastatici, sclerosi multipla, etc.) e internistiche (p.e. disendocrinie tiroidee e surrenaliche, anemie carenziali neoplasie, etc.)

[34] FRANCHINI A., op. cit..

Il presente articolo è il testo scritto di una delle relazioni del convegno dal titolo "La valutazione delle capacità di agire e testare: il supporto medico legale all'attività del Notaio" organizzato dal Consiglio Notarile dei Distretti Riuniti di Genova e Chiavari il 27 novembre 2015.

Argomenti simili:

Riforma del registro imprese: il notaio strumento di rilancio

Articolo pubblicato su Federnotizie: **<http://www.federnotizie.it>**

URL articolo: **<http://www.federnotizie.it/le-patologie-neuropsichiatriche-piu-comunemente-incidono-sulle-capacita-comprendere-ed-autodeterminarsi-nellattivita-testamentaria-notarile/>**

Copyright © 2016 Federnotizie. Tutti i diritti riservati.