

## Plasticità e stati d'animo. Sotto la dimensione cognitiva della perdita di autonomia

Giuseppe A. Micheli

Istituto di Studi su Popolazione e Territorio, Università Cattolica, Milano

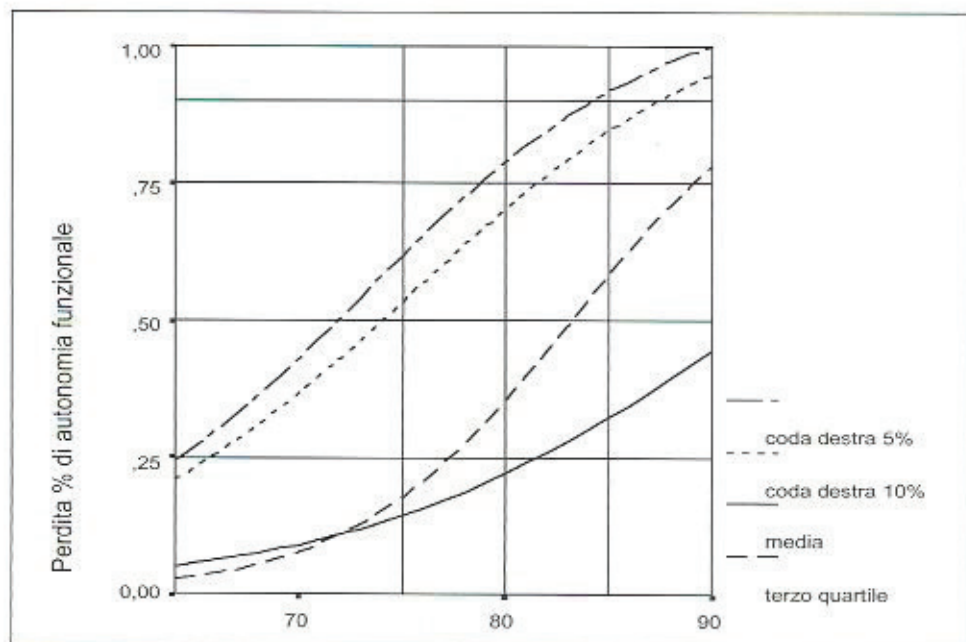
### STATI OGGETTIVI E STATI D'ANIMO

Dalla ricerca longitudinale in psicologia (Baltes e Schaie, 1976; Baltes, 1996) emerge un risultato importante: la sostanziale stabilità della capacità plastica a livello cognitivo fino ad età anziana, in assenza di patologie specifiche, almeno fino alla nuova soglia della vecchiaia, a 80 anni; perché una soglia di entrata nella vecchiaia continua ad esserci, come continua a sussistere una condizione biologica ed esistenziale della vecchiaia. Sotto quella soglia, la capacità plastica dell'individuo è sostenuta da un robusto radicamento del self. L'identità di una persona si costruisce nel punto di intersecazione delle cerchie di vita, entro quelle membrane dell'Umwelt che consentono di esperire corporeamente il vissuto (e che l'analfabetismo italiano nelle politiche dello spazio ha gradatamente divelto). Così si innesca un meccanismo di reazione a catena: il collasso delle cerchie sociali produce un collasso di "senso della vita" nei nuovi "giovani anziani", che li rende a rischio quando essi raggiungeranno la soglia degli ottant'anni.

Sono appunto i meccanismi di accelerazione del decadimento e della discronia tra età biologica, funzionale e sociale, i processi di deriva della popolazione anziana del nuovo secolo. Prende piede un processo epidemico di "disabilità progressiva" (Guaita, 2000): "Si affaccia al biso-

gno di sostegno e di servizi un nuovo soggetto, che porta con sé le caratteristiche dell'età più avanzata: le fragilità diventano plurime, vi è spesso una associazione tra più problemi, compare più spesso la cosiddetta "disabilità progressiva" rispetto alla "disabilità catastrofica". Esplorando il decadimento funzionale di chi invecchia a Milano e nel Nord-Ovest d'Italia (grazie a un database integrato di consistenti dimensioni<sup>1</sup>) sono state stimate alcune curve ('lisciate' attraverso la interpolazione con una funzione logistica) del tasso di perdita di autonomia funzionale, valutato con la batteria IADL (Lawton e Brody, 1969), per età tra i 65 e i 90 anni. La curva più bassa segue l'andamento delle medie condizionate, la successiva corrisponde al tasso di perdita dell'individuo che si colloca a tre quarti nella distribuzione vincolata per ciascuna età, la terza e la quarta definiscono in qualche modo una sorta di confine della condizione "normale" di perdita di autonomia per ogni età (esse individuano i confini superiori delle bande di confidenza al 90% e al 95% della probabilità di accadimento, e lasciano statisticamente al di fuori rispettivamente solo il 5% e il 2,5% nella regione di rifiuto superiore). Il limite superiore nella norma, partendo da un tasso di perdita di autonomia del 40% intorno ai 70 anni, cresce fino a raggiungere il 100% in vicinanza dei 90 anni. Intersecando le curve con le due linee divisorie orizzontali poste al

<sup>1</sup>Quattro Social Survey mirate alla popolazione anziana realizzate in Nord Italia tra il 1995 e il 1998 hanno utilizzato lo stesso strumento di valutazione funzionale, l'IADL index di Lawton e Brody (1969), nella versione proposta dall'OARS. Le caratteristiche del test, per semplicità di utilizzo e metodologia di costruzione della scala di valutazione finale, lo rendevano particolarmente adatto ad un impiego nell'ambito di una social survey su popolazioni anziane. Le quattro ricerche hanno coperto una regione (Piemonte), due province (Cremona e Como) e una metropoli del nord-ovest d'Italia (Milano), per un monte complessivo di 2752 interviste a persone sopra i 64 anni (Micheli, 2002).



**Figura 1** - Perdita % di autonomia funzionale (IADL) per età. Interpolante logistica delle medie vincolate per età, del terzo quartile e del limite della regione di rifiuto al 5% e al 10% (fonte: database integrato).

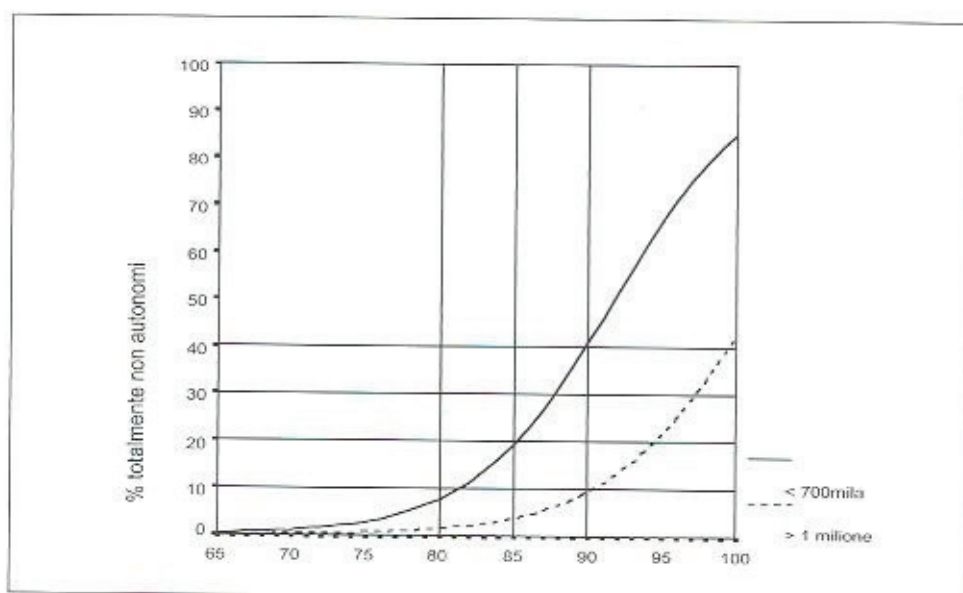
75% (tasso di perdita corrispondente grossomodo alla definizione di "non autonomia parziale") e al 90% (corrispondente alla definizione di "non autonomia totale"), possiamo dire che la condizione di non autonomia parziale "diventa norma" già qualche anno prima degli 80, mentre a 85 anni "diventa norma" la condizione di non autosufficienza totale (Fig. 1).

La definizione della soglia della scala IADL a cui l'individuo è davvero parzialmente o totalmente non autonomo è del tutto personale, ma è utile per cogliere le differenze lungo le età e tra gruppi caratterizzati da status differenti. Per esempio la curva di non autonomia totale ha pendenza marcatamente maggiore per gli uomini, sfiorando a 90 anni i 10 punti percentuali. Il "lisciamento" con una funzione parametrica sembra ridurre a legge rigida una regolarità tendenziale collocata entro un pulviscolo di situazioni individuali tutte dotate di una propria specificità. In realtà nessuno sostiene che la curva di perdita di autonomia (stato oggettivo) dipenda esclusivamente da un *explanans* biologico, di cui l'età sia una misura affidabile. È risaputo per esempio che il grado di autonomia è direttamente correlato al livello di istruzione raggiunto. Anche il Progetto Finalizzato Invec-

chiamento del CNR raggiungeva risultati analoghi nel 1997, attribuendo la più diffusa disabilità fisica per età degli anziani a bassa scolarità a meccanismi di ritardo diagnostico (CNR, 1997). Il database integrato conferma un risultato già noto in letteratura. A parità di età la perdita media di autonomia declina al crescere del livello di diploma conseguito o della condizione economica dell'individuo (specie per la disabilità totale).

Già a 80 anni risulta evidente che l'invecchiamento funzionale e biologico non è uguale per tutti: tra i più benestanti le percentuali di totalmente non autonomi e di almeno parzialmente non autonomi sono circa del 5% e del 7%, mentre tra i più disagiati tali percentuali crescono rispettivamente intorno al 10% e al 15%. Se si sale negli anni la situazione diventa ancora più sperequata: a 85 anni i tassi di diffusione sono rispettivamente intorno al 12% e 15% per i più abbienti, intorno al 23% e (addirittura) al 46% per i meno abbienti (Fig. 2): un dato che rende con chiarezza la forte connotazione sociale della non autonomia parziale dei grandi anziani.

Per rendere in modo ancora più intuitiva la dipendenza di un processo funzionale-biologico da variabili sociali e biografiche si può ricorrere a un artificio contabile.



**Figura 2 -** Quota (%) di totalmente non autonomi per età e reddito equivalente (fonte: database integrato).

Determinato per ogni individuo lo scostamento del grado di autonomia personalmente totalizzato rispetto a quello teorico che egli avrebbe dovuto "aspettarsi" di ottenere, in base a un modello teorico che lega autonomia ad età, si riconverte questo scostamento in termini di surplus (o deficit) di anni virtuali a disposizione dell'individuo stesso. Risulta che le donne hanno a disposizione 1 anno e 2 mesi virtuali di autonomia funzionale in più rispetto agli uomini; le persone benestanti godono di 4 anni e 7 mesi in più rispetto ai meno abbienti; ai laureati spettano 5 anni e 8 mesi in più dei loro coetanei senza licenza elementare; e anche agli anziani residenti nella propria abitazione da molto tempo spettano 16 mesi in più che agli anziani da poco trasferiti. Per tutti questi casi di forte divaricazione dei differenziali di autosufficienza funzionale, diversificazione cioè di uno "stato oggettivo" non riconducibile a fattori puramente fisiologici (come l'età) e d'altra parte difficile da liquidare come mera "residualità", mancano adeguati modelli interpretativi.

### FATTORI DI "INSTRADAMENTO" O DELLA PLASTICITÀ

La linea di esplorazione più elementare consiste nel ricondurre la diversificazione dei parametri oggettivi di

capacità funzionale ad altre "condizioni oggettive" di background, i patrimoni di risorse strumentali di base dell'individuo che servono per fronteggiare momenti critici. Per l'insieme di tutte queste condizioni oggettive, si parla di "fattori di vulnerabilità". E tuttavia i fattori "vulneranti" hanno un punto debole: essi non sfociano necessariamente in una traiettoria di deriva, in assenza di un qualche meccanismo detonante. Ma quale? Cosa fa sì che - a parità di condizioni di vulnerabilità e di eventi critici - alcuni individui accelerino il proprio decadimento sociale ed anche biologico, altri invece reggano situazioni cronicamente pesanti?

Brown e Harris (1978) distinguono tre tipi di fattori agenti nei processi di formazione della depressione femminile (peraltro estensibili ad ogni altro processo di disagio conclamato). I primi due tipi sono gli eventi precipitanti e i fattori di background o (come dicono gli autori) fattori "immunodepressivi": sono questi gli stessi due fattori che abbiamo già discusso in precedenza. Ma ad essi si aggiunge un terzo tipo di agenti, che i due autori definiscono "fattori di formazione dei sintomi" e noi chiamiamo "fattori di instradamento strategico". Sono proprio questi i fattori che fanno sì che identiche condizioni di crisi, con identiche precondizioni strutturali, possono produrre strategie di risposta "sintomi" differenti da caso a caso, smistando l'individuo verso rea-

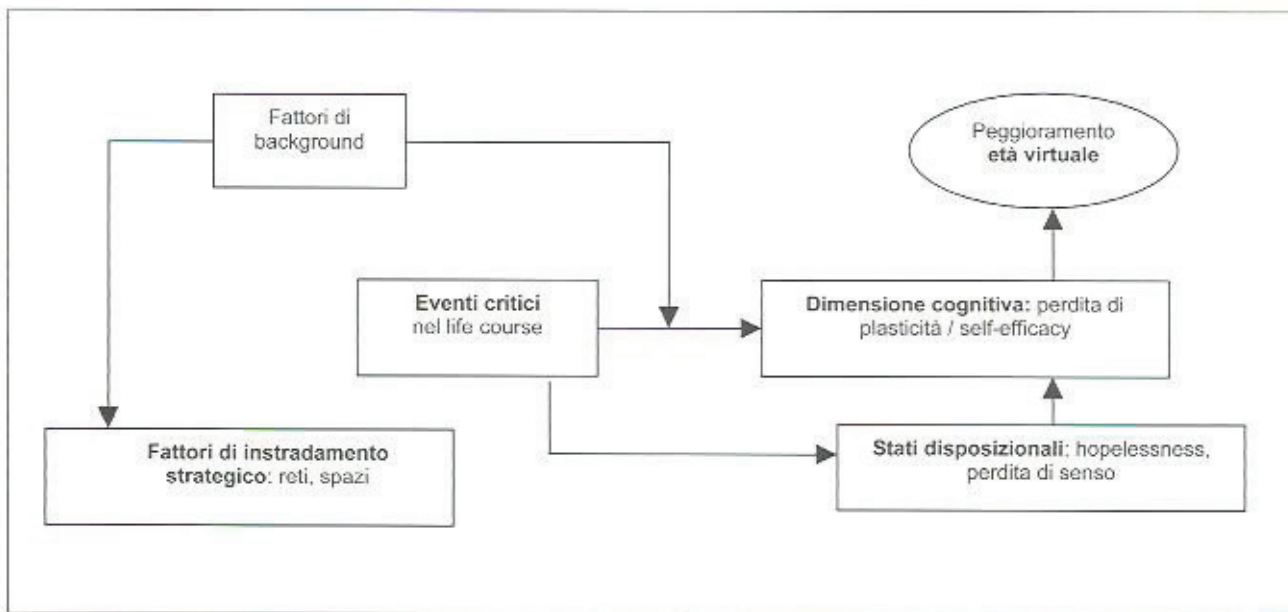


Figura 3 - La catena causale "fattori di instradamento → stati disposizionali → peggioramento età virtuale".

zioni "sintomatiche" di differente severità o tipo. Così le differenze tra forme neurotiche e psicotiche di depressione sono formulate in termini di perdita di speranza (*hopelessness*), misura cioè in cui una persona "si lascia andare", rinuncia a combattere.

Anche nella riflessione scientifica sulla condizione anziana c'è traccia di questa biforcazione tra dimensione cognitiva e affettiva. Vandenplas-Holper (1998) distingue strategie incentrate sul problema, che "mirano a gestire o modificare la situazione da cui il problema è posto, e consistono nel definire il problema, elaborare soluzioni alternative, sceglierne una e metterla in pratica", e strategie incentrate sulle emozioni tese a "cambiare il significato della situazione". E tra i 67 items del "Questionario relativo ai diversi modi di far fronte a un problema", allegato a Lazarus e Folkman (1984), frasi come "Tracciavo un piano d'azione e cercavo di seguirlo", "Tenevo duro e mi battevo per ciò che volevo", "Sapevo che cosa bisognava fare; così ho raddoppiato i miei sforzi per fare andare bene le cose", fanno riferimento alle prime, mentre frasi come "Tentavo di dimenticarmi di tutto", "Accettavo la situazione, perché non si poteva farci niente", o ancora "Tentavo di sentirmi meglio mangiando, bevendo, fumando, prendendo droghe o medicine", fanno riferimento alle seconde. Ancora, Kinicki e Lattack (1990) parlano di strategie (attive)

orientate in funzione del controllo e strategie di fuga ed elusione.

La psicologia dell'età evolutiva definisce perdita di autonomia strategica o perdita di "plasticità" la perdita della di capacità di riorganizzare diversamente la propria vita di fronte a un punto di crisi, di riadattarsi al mutare delle situazioni da fronteggiare: "nell'ambito dell'intellectual functioning la plasticità è intesa come "capacità di sviluppo di riserva" rispetto agli standard di età e all'ambito di funzionamento" (Heckausen, 1999). Plasticità significa dunque (come nella "teoria cognitiva dell'aggiustamento all'ageing" di Thomae, 1976) capacità di ridefinire "in corso d'opera", in corrispondenza di un punto di crisi, le coordinate della propria traiettoria di vita.

Possiamo allora riadattare al decadimento funzionale degli anziani il modello interpretativo proposto per la depressione femminile che riformuliamo (Fig. 3) in quattro punti:

Una forte componente soggettiva, di iniziativa strategica, dell'individuo (scrivevano Thomas e Znaniecki, 1968: "se gli uomini definiscono le situazioni come reali, esse sono reali nelle loro conseguenze") contribuisce a innescare o ad accelerare il processo di decadimento funzionale e di marginalizzazione sociale. Si può tracciare un parallelo tra questa capacità di iniziativa strategica e la categoria cognitiva di self-efficacy elaborata da Ban-

dura (1997): "la percezione di self-efficacy consiste nel grado in cui si crede alle proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre dati risultati".

La capacità cognitiva di iniziativa strategica dell'anziano dipende da un substrato di stati disposizionali, che incentivano o al contrario intercettano l'attivazione strategica; a tale substrato la psicologia dell'ageing assegna il nome unificante di plasticità, una sindrome che include varie sfaccettature centrate su una sostanziale perdita di senso.

Come situazioni "oggettivo" influenzano il processo "oggettivo" di decadimento funzionale, così altre situazioni "oggettivo" possono costituire terreni adeguati di coltura per il formarsi di quegli stati disposizionali (o stati d'animo) di plasticità che bloccano o liberano la capacità di iniziativa strategica dell'individuo, instradandolo verso comportamenti eufunzionali o disfunzionali al persistere del suo radicamento sociale.

Tra questi fattori di instradamento rientrano il patrimonio culturale o subculturale in possesso dell'individuo, l'eredità del clima affettivo vissuto nelle prime fasi di vita, ma anche (su questi ultimi concentriamo la nostra attenzione) la configurazione e il tipo di supporto dei legami forti e la forma degli spazi di vita e dello spazio vissuto.

### LE RETI E GLI SPAZI: ALCUNI RISULTATI

Nella *social survey* sulla popolazione anziana milanese che è parte del database integrato già citato (Micheli, 2002) la presenza di legami solidi risulta determinante in molti modi nei processi di deriva dell'anziano. Se si considerano le persone senza alcun legame forte, la propensione media alla deriva triplica per gli uomini e quadruplica per le donne. Anche la quota di persone che dichiarano perdita di senso della vita (3-4% sul campione nel complesso) raddoppia tra le donne con minimo supporto emotivo e quadruplica tra le donne con supporto assente. La percezione di perdita del senso della vita quadruplica tra gli anziani non autonomi. Si potrebbe sospettare che la relazione tra rete e propensione a lasciarsi andare sia spuria, dipendendo dal grado di perdita di autonomia funzionale e l'età. Ma a parità di grado di autonomia l'assenza di legami fa impennare la propensione alla deriva: essa triplica tra i totalmente non autonomi e quintuplica tra i parzialmente non autonomi (ma si moltiplica addirittura per sette -e questo è sorprendente- anche tra gli indi-

vidui totalmente autonomi o quasi). Analogamente, il freno ai processi di deriva potrebbe discendere non tanto dall'esistenza o meno di una rete di relazioni forti quanto dall'esistenza di un nucleo familiare convivente, che della rete è il nocciolo. Ma considerando solo gli individui non pienamente autosufficienti, mentre il 20% di chi ha in famiglia almeno un'altra persona mostra manifestazioni di deriva, tale percentuale sale al 47% tra chi è solo pur dichiarando altri legami forti, al 75% tra chi è solo e dichiara di non avere altri legami forti. Se isoliamo coloro che convivono con una sola altra persona, chi è privo di legami mostra segni di deriva con frequenza quattro volte superiore rispetto a chi possiede qualche legame forte. E il rapporto sale a cinque a uno se l'anziano vive solo.

Il radicamento di una popolazione nel suo territorio dipende da una ragnatela di relazioni intersoggettive. Ma non solo. Altrettanto cruciale è il ruolo delle forme dell'habitat, nel produrre o nel contribuire a mantenere legami. Molte ricerche (Gehl e Gemoe, 1996; Skyaeveland e Garling, 1997; Plas e Lewis, 1996; Migliorini e Venini, 2001) suggeriscono l'esistenza di una relazione diretta tra conformazione degli spazi urbani e articolarsi delle relazioni sociali. Noi ci soffermiamo su una particolare configurazione degli spazi, quella degli "spazi collettivi non pubblici": camminamenti interni all'edificio ed esterni alla singola abitazione, cortili di servizio privato e collettivo insieme, aree non a filo strada e recintate, o soluzioni architettoniche particolari, ripescate dalla cultura e dalle tradizioni locali, anche ad alto degrado urbano ma dotati di due qualità strategiche: la capacità di fare da incubatrici all'instaurarsi di relazioni, e un elevato "coefficiente di riconoscibilità" che consente il radicamento in un ambiente conosciuto e inconfondibile. Sono le due età estreme, dell'infanzia e della vecchiaia, quelle in cui gli spazi intermediari diventano cruciali per la produzione di legami: sono gli spazi collettivi non pubblici. Le survey citate in Micheli (2002) mostrano come, qualunque sia il livello di scolarità o la tipologia urbana, la dimensione del network è maggiore là dove esiste uno spazio intermedio. E a parità di dimensione della famiglia convivente è proprio la presenza di uno spazio intermedio che consente alla rete di legami forti un surplus di espansione delle relazioni.

In realtà uno spazio ruvido, dotato di regioni interstiziali, non agisce solo da incubatrice di relazioni interpersonali; esso instaura anche un equilibrio dinamico con l'ambiente, "come il ragno con la tela" (Norberg-

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Schulz, 1982). Altman e Low (1992) sottolineano come intensi legami affettivi innescano nel soggetto forti emozioni e lo legano a specifici luoghi. Nelle diverse tappe del ciclo di vita il radicamento può assumere per un individuo le stesse manifestazioni dell'attaccamento alle persone significative (Bowlby, 1969), svolgendo un'analoga funzione di produzione di salute mentale. Proshansky et al. (1993) parlano di "identità di luogo" come insieme di cognizioni sull'ambiente fisico in cui l'individuo vive, che servono a definire, mantenere e proteggere l'identità di una persona, e comprende l'attaccamento emotivo a particolari luoghi. Come ogni altro sistema cognitivo, l'identità di luogo influenza ciò che l'individuo vede, pensa e sente nelle sue transazioni con il mondo: contribuisce insomma alla sua capacità di definire la propria situazione. La "competenza ambientale" di Proshansky è traducibile nel concetto di plasticità introdotto dagli psicologi dello sviluppo, che abbiamo fatto nostro.

Risulta così (Micheli, 2002) che chi non fruisce di spazi intermediari è più facilmente indotto a negare senso alla propria vita: la % di persone che dichiarano una perdita di senso della vita (circa il 3% nell'intero campione) sale al 9% se non possiedono spazi intermediari. La concatenazione dei fattori di deriva produce così un effetto moltiplicativo. Tra gli intervistati con autonomia molto ridotta (un grande anziano su 6) ma dotati di spazi intermediari la tendenza alla perdita di significato della vita si riduce da sei a 1 (dal 17% al 3%). Il radicamento dell'individuo in una nicchia sociale o fisica (comunque esterna) è dunque un elemento fondamentale di identità che gioca pesantemente nella formazione dei comportamenti di passaggio. È il radicamento, fenomenologicamente, che produce coscienza di sé. Solo appoggiando il percorso strategico interiore dell'anziano si può trovare una soluzione al problema dell'accompagnamento civile della ineluttabilità dell'ageing. E solo radicando l'anziano in una rete e in uno spazio ruvido di stimoli logico-affettivi si può sperare di rimettere in moto la capacità plastica dell'anziano di ridefinire la propria situazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Altman I e SM Low, *Place Attachment*, Plenum, New York, 1992.
- Baltes PB, *Foreword*, in K. Warner Schaie, *Intellectual Development in Adulthood. The Seattle Longitudinal Study*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- Baltes PB e Schaie KW, *On the plasticity of intelligence in adulthood and old age: where Horn and Donaldson fail*, *American Psychologist*, 31, 1976.
- Bandura A, *Self-efficacy. The exercise of control*, New York, Freeman & Co. 1997.
- Bowlby J, *Attachment and Loss: Attachment*, Basic Books, New York, 1969.
- Brown GW e Harris T, *Social origins of depression*, Tavistock publ., London, 1978.
- CNR - *Progetto finalizzato invecchiamento (1997)*, ILSA - Studio longitudinale sull'invecchiamento, Resource Data Book.
- Gehl J e Gemoe L, *Public Space Public Life*, Architekten Forlag, Copenhagen, 1996.
- Guaita A, *La salute*, in IReR, *Anziani: stato di salute e reti sociali*, Guerini, Milano, 2000.
- Heckhausen J, *Developmental Regulation in Adulthood. Age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges*, Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
- Kinicki AJ, Latack JC, *Explication of the construct of coping with involuntary job loss*, *Journal of vocational behavior*, 36, 1990.
- Lawton MP e Brody EM, *Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*, *Gerontologist*, 9, 1969.
- Lazarus RS e Folkman S, *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York, 1984.
- Micheli GA, *La nave di Teseo. La condizione anziana e l'identità nel cambiamento*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Migliorini L e Venini L, *Città e legami sociali. Introduzione alla psicologia degli ambienti urbani*, Roma, Carocci, 2001.
- Norberg-Schulz C, *Esistenza spazio e architettura*, Officina, Roma, 1982.
- Plas JM e Lewis S, *Environmental Factors and Sense of Community in a Planned Town*, *American Journal of Community Psychology*, 24, 1, 1996.
- Proshansky HM, Fabian A, Kaminoff R, *Place Identity: Physical World and Socialization of the Self*, *Journal of Environmental Psychology*, 3, 1983.
- Skyaeveland O e Garling T, *Effects of Interactional Space on Neighbouring*, *Journal of Environmental Psychology*, 17, 1997.
- Thomae H (a cura di), *Patterns of aging. Findings from the Bonn longitudinal study of aging*, *Human Development*, 1976.
- Thomas WJ e Znaniiecki F, *Il contadino polacco in Europa e in America*, Ed. Comunità, Milano, 1968.
- Vandenplas-Holper C, *Maturité et sagesse. Le développement psychologique à l'âge adulte et pendant la vieillesse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1998.

## Demenza reversibile da iperplasia paratiroidea

Daniele Villani

Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR)

### INTRODUZIONE

La demenza reversibile è una condizione di deterioramento cognitivo patologico sostenuto da una causa nota e caratterizzato dalla potenziale guarigione qualora si intervenga in maniera tempestiva ed efficace. La prevalenza della demenza reversibile varia dal 4.1 al 17.4% in rapporto al setting di rilevazione (Carbonin e Antonelli Incalzi, 2002). Tra le cause di demenza reversibile la disfunzione delle paratiroidi va sempre considerata come possibile fattore eziologico. Il paratormone (PTH), ormone secreto dalle paratiroidi, ha il compito di mantenere stabile la concentrazione di calcio nel liquido extracellulare, agendo direttamente sull'osso e sul rene, e indirettamente sull'intestino tramite la sua azione sulla sintesi della  $1\alpha$  25-diidrossivitamin D3. L'iperparatiroidismo primitivo (PHP), che ha una prevalenza dell'1-3% negli ultra65enni (Molaschi, 1994), va sospettato in assenza di altre cause evidenti di ipercalcemia: neoplasie, insufficienza renale cronica, intossicazione da vit. D. ecc. Il PHP nella sua espressione completa si manifesta con sintomi a carico dell'apparato urinario (calcolosi), osseo (osteite fibroso-cistica), muscolare (mialgia, ipotonia, ipostenia), SNC (depressione, deterioramento cognitivo), gastroenterico (ulcera). L'ipersecrezione di PTH (primitiva o secondaria) si esprime, sul piano bioumorale, con ipercalcemia e ipofosfatemia.

### IL CASO

Una donna di 77 anni si è presentata nel giugno 2002 all'ambulatorio per le demenze (Unità di Valutazione Alzheimer) del nostro istituto, accompagnata dal figlio,

per un deterioramento cognitivo esordito circa sei mesi prima. Casalinga, con scolarità di quattro anni, destrimane, senza familiarità di demenza, la signora viveva sola dal 1999, anno in cui era rimasta vedova. Sino alla fine del 2001 provvedeva autonomamente alla propria persona e alla gestione della casa. Nell'anamnesi remota: ipertensione lieve in trattamento farmacologico, menopausa chirurgica a 48 anni (istrectomia totale per fibromatosi), diabete mellito in trattamento dietetico, ulcera duodenale guarita farmacologicamente nel 1997, gozzo normofunzionante. Nel gennaio 2002 iniziò a soffrire di cervicotalgia, assumendo una postura flessa del capo; la deambulazione divenne incerta; in concomitanza depressione e difetti mnemonici lentamente ingravescenti, con ripercussione negativa su alcune attività di base (igiene personale) e strumentali (assunzione dei farmaci, cura della casa). Alla nostra prima visita, nel giugno dello stesso anno, la signora presentava deterioramento cognitivo di grado moderato-severo già evidente al colloquio (e confermato dalla testistica: MMSE corretto 13/30, MODA corretto 47.8/100), depressione, ipotonia dei muscoli del tronco, miopatia prossimale; la deambulazione era incerta, con anteropulsione lombare e retropulsione del tronco. La TAC dell'encefalo mostrava segni di ipoafflusso vascolare nella sostanza bianca periventricolare. Dagli esami di laboratorio ipercalcemia (12 mg/dl, v.n. 8.4-9.7) e ipofosfatemia (1.8 mg/dl, v.n. 2.7-4.5), con normalità della funzione tiroidea, dell'acido folico, della vit. B12 e degli altri esami routinari. Il PTH 1-84 (CAP) risultava elevato: 243.1 pg/ml, v.n. 5-39. In assenza di altre possibili cause di iperparatiroidismo, ci si orientava verso un iperparatiroidismo primitivo. La scintigrafia delle paratiroidi non risultava dirimente, per cui si concordava con

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

il chirurgo l'esplorazione chirurgica del collo. L'intervento esplorativo metteva in evidenza, oltre al noto gozzo multinodulare, un ingrandimento della paratiroide superiore destra (1.7 x 0.4 x 0.3 cm.). Il chirurgo procedeva a tiroidectomia totale e paratiroidectomia subtotale. All'analisi microscopica la paratiroide asportata aveva le caratteristiche dell'iperplasia adenomatosa.

Dopo l'intervento chirurgico, avvenuto nell'agosto, la paziente aveva un graduale recupero fisico e mentale, con ripresa completa delle attività svolte prima della malattia. Visitata da noi a fine dicembre 2002, appariva in buone condizioni, con regressione della sintomatologia muscolare e di quella cognitiva. Il MMSE corretto era 24/30.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Una demenza reversibile va sempre sospettata di fronte a un deterioramento cognitivo, in particolare se le caratteristiche cliniche sono diverse rispetto a quelle della m. di Alzheimer (ad esempio il decorso accelerato). L'esecuzione routinaria di esami di laboratorio (tra cui la calcemia), TAC/RMN e EEG o altri accertamenti secondo le indicazioni del caso, può consentire di individuare una causa reversibile di demenza (Van Crevel et al., 1999). L'iperparatiroidismo primitivo è sostenuto nella maggior parte dei casi da un'adenoma, più raramente da un'iperplasia (Orvhall et al., 1994), ed è diagnosticabile sulla base di ipercalcemia, ipofosfatemia, aumento del paratormone; il deterioramento cognitivo può essere associato a sintomi e segni a carico dell'apparato muscolare, gastroenterico, osseo e urinario. La localizzazione preoperatoria dell'iperplasia o dell'adenoma non è facile, e il trattamento chirurgico è efficace in oltre il 90% dei casi (Orvhall et al., 1994). In una serie di 108 casi di PHP in anziani sopra i 79 anni, 72 dei quali sottoposti a intervento chirurgi-

co, Orvhall e al. riportano bassa mortalità e morbilità, normalizzazione della calcemia nel 95% dei pazienti e riduzione/scomparsa della sintomatologia nel 62% (Orvhall et al., 1994).

L'iperparatiroidismo primitivo (PHP) può essere responsabile negli anziani e particolarmente nelle donne di una forma di demenza che, opportunamente trattata, regredisce. La letteratura internazionale suggerisce, in analogia con il caso da noi descritto, di intervenire chirurgicamente anche in età avanzata (Orvhall et al., 1994; Formiga et al., 2000; Heath et al., 1980; Spivak et al., 1989; Hayabara et al., 1987).

## BIBLIOGRAFIA

Carbonin FU, Antonelli Incalzi R. Le demenze "reversibili". In: Trabucchi M. Le demenze (3° ed.). Torino, UTET 2002.

Formiga F, Mascarò J, Chivite D, Pujol R. Reversible dementia due to two coexisting diseases. *Lancet* 2000; 355: 1154.

Hayabara T, Hashimoto K, Izumi H, Morioka E, Hosokawa K. Neuropsychiatric disorders in primary hyperparathyroidism. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1987;41(1):33-40.

Heath DA, Wright AD, Barnes AD, Oates GD, Dorricott NJ. Surgical treatment of primary hyperparathyroidism in the elderly. *Br Med J* 1980; 280:1406-8.

Molaschi M, Ponzetto M, Romin R, Cerrato P, Gangemi D. Neuropsychologic symptoms of primary hyperparathyroidism. Report of a clinical case. *Minerva Endocrinol* 1994; 19 (4): 169-174.

Orvhall U, Akerstrom G, Ljunghall S, Lundgren E, Juhlin C, Rastad J. Surgery for sporadic hyperparathyroidism in the elderly. *World J Surg* 1994; 18(4): 612-8.

Spivak B, Radvan M, Ohring R, Weizman A. Primary hyperparathyroidism, psychiatric manifestations, diagnosis and management. *Psychother Psychosom* 1989;51(1):38-44.

Van Crevel H, Van Gool WA, Walstra GJ. Early diagnosis of dementia: which tests are indicated? What are their cost? *J Neurol* 1999; 246:73-78.

Zaharani AA, Levine MA. Primary hyperparathyroidism. *Lancet* 1997; 349:1233-1238.