

**SORVEGLIANZA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB (MCJ)  
E SINDROMI CORRELATE**

**Scheda informativa per il consenso all'indagine genetica  
(prelievo, utilizzo di sangue a scopo diagnostico)**

Gentile Signora/e,

Nell'ambito delle indagini per la diagnosi della Sua malattia/del Suo parente/del Suo tutelato) verrà eseguita l'analisi del gene della proteina PrP (*PRNP*) per la ricerca delle alterazioni, chiamate mutazioni, associate con le forme ereditarie delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) o malattie da prioni. Questo test può essere d'aiuto per stabilire precisamente la causa dei suoi sintomi.

Circa il 10-20% dei casi di TSE è di origine genetica: le forme genetiche di MCJ, la malattia di Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS) e la insonnia fatale familiare (FFI). Queste forme sono legate alla presenza di mutazioni, cioè difetti del gene che codifica la proteina PrP. Tutti ereditiamo due copie del gene della PrP una dal padre e una dalla madre. Le forme genetiche si trasmettono alle generazioni successive per via autosomica dominante. Questo significa che è sufficiente una sola copia difettosa del gene per sviluppare la malattia. Una persona che sia portatrice del gene mutato ha il 50% di probabilità di trasmetterla a ciascun figlio. Il rischio per ciascun figlio è sempre del 50% e non ha influenza su questa probabilità il fatto che uno dei fratelli o nessuno di loro sviluppi la malattia. La probabilità di ereditare il gene mutato è dunque del 50%, ma non tutti i portatori della mutazione sviluppano la malattia. Poiché non tutti gli individui portatori di mutazioni sviluppano un'encefalopatia spongiforme, non è ancora completamente noto il ruolo predittivo di queste mutazioni per lo sviluppo della malattia. Questo può essere in parte dovuto al fatto che l'età d'insorgenza dei sintomi è variabile. Le manifestazioni cliniche possono comparire in età diverse in soggetti della stessa famiglia, a volte anche in età molto avanzata, per cui la persona può morire per altre cause prima di sviluppare la malattia o tali manifestazioni possono non comparire affatto. Per questo, a volte, la malattia può saltare una generazione o nella storia familiare possono non essere mai stati presenti casi simili. A volte invece accade che sia noto che alcuni familiari nelle generazioni precedenti siano morti in giovane età per malattie del sistema nervoso. La sintomatologia delle forme genetiche di EST può ricordare altre malattie, per esempio la malattia di Alzheimer, di Parkinson o la Sclerosi Multipla e, nel passato, prima che i test genetici fossero a disposizione, i familiari affetti da sintomatologia neurologica possono aver ricevuto un'altra diagnosi.

Il test genetico è utile anche nelle forme non associate ad alterazioni del gene della PrP, come la forma sporadica di MCJ che è la più frequente, per determinare il polimorfismo al codone 129 del gene della PrP (metionina/metionina, metionina/valina, valina/valina) che aiuta a caratterizzare meglio clinicamente il caso di MCJ: oltre il 70% dei casi sporadici è metionina/metionina, al codone 129 del gene della PrP anche se la malattia si può sviluppare in soggetti portatori degli altri due polimorfismi.

Si procederà al prelievo di 10 ml di sangue da una vena del braccio per l'analisi delle alterazioni del gene *PRNP* associate alle EST. Il prelievo di sangue potrebbe comportare dei minimi effetti collaterali legati alla puntura venosa, ma questi effetti collaterali sono uguali a quelli che possono verificarsi per il prelievo di sangue per gli esami di routine.

Data di stesura 19-10-2007

Mod

Rev.1 28-03-2012

“Studio delle forme genetiche di Encefalopatie spongiformi Trasmissibili (EST)”  
Responsabile Maurizio Pocchiari

La principale utilità di questo test è che la presenza di una mutazione del gene *PRNP* permette di individuare la causa dei Suoi sintomi.

Il test genetico può comportare degli svantaggi:

- 1) L'eventuale presenza di una mutazione nel gene della PrP implica la possibilità che la stessa mutazione sia presente in altri consanguinei, e che pertanto altri familiari possano sviluppare la stessa malattia.
- 2) Questi disagi includono ansia, stress e depressione dovute all'attesa del risultato del test o dal ricevere una risposta che dimostri la presenza di una forma genetica di MCJ.
- 3)

Prima di decidere l'esecuzione del test Lei deve valutare se il vantaggio di avere un test diagnostico supera gli eventuali svantaggi.

Il campione di sangue sarà inviato all'Istituto Superiore di Sanità per l'esecuzione del test genetico e il tempo necessario per ottenere questo risultato è di circa 1 mese.

Solo il dottor \_\_\_\_\_, che ha raccolto il consenso informato potrà comunicarle il risultato del test genetico. Altre persone coinvolte nello studio non sono in grado di fornire informazioni sul test. Se consentirà all'esecuzione del test genetico per se stesso/per il signor \_\_\_\_\_ sarà informato del risultato solo se desidera saperlo. Il prelievo del materiale biologico e l'avvenuta esecuzione delle analisi genetiche non limita infatti la libertà dell'interessato a revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso all'esecuzione dei test genetici e alla notifica dei risultati dei test. In questo caso l'interessato dovrà comunicare le proprie decisioni al dottor \_\_\_\_\_ che ha raccolto il consenso informato.

Per garantire la confidenzialità dei dati, il campione di sangue verrà conservato in maniera anonima, cioè gli sarà attribuito un codice identificativo e solo il personale autorizzato potrà avere accesso all'identità dei campioni per fornire la risposta dell'esame genetico.

Il risultato del test genetico è strettamente confidenziale e protetto ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.L. del 30 giugno 2003 n. 196)

**Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate**  
**Dichiarazione di consenso per il test genetico diagnostico (prelievo, conservazione ed**  
**utilizzo del materiale biologico sangue)**

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

(Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n°

\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

In caso di persona non in grado di esprimere il proprio consenso:

tutore/rappresentante legale

(il parente più prossimo specificare \_\_\_\_\_) di:

Nome e Cognome Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a

(Prov \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**dichiaro** di aver letto il documento con le informazioni relative al test genetico e al prelievo di sangue e di aver potuto porre delle domande e di aver ricevuto informazioni chiare e dettagliate sulle caratteristiche cliniche e genetiche della malattia per la quale verrà eseguita l'indagine genetica e sulle implicazioni del prelievo e del test genetico. Pertanto

**acconsento**                       **non acconsento**      al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione delle **indagini genetiche a scopo diagnostico** da me stesso/dal mio parente /dal mio tutelato (nome e cognome - in stampatello):

\_\_\_\_\_ o

Il sottoscritto **dichiara** di (si prega di segnare le soluzioni scelte):

**volere**       **non volere**      essere informato sui risultati delle analisi genetiche tramite il medico richiedente

**volere**       **non volere**      rendere partecipe la mia famiglia dei risultati delle analisi genetiche (eventuali restrizioni \_\_\_\_\_)

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha raccolto il consenso

\_\_\_\_\_