

Le donne diabetiche rischiano il cuore più degli uomini

Le donne con diabete hanno il 44 per cento più probabilità di sviluppare una malattia coronarica rispetto agli uomini. Lo studio



Cattive notizie per le donne con diabete arrivano da uno studio appena pubblicato su *Diabetologia*, la rivista della Associazione Europea per lo Studio del Diabete. Secondo la ricerca internazionale, infatti, le donne diabetiche avrebbero **il 44% più probabilità di sviluppare una malattia coronarica (CHD)** rispetto agli uomini con diabete, indipendentemente da altri fattori di rischio cardiovascolare.

Lo studio che ha trovato come le donne ne escano perdenti dalla presenza di una tra le patologie più diffuse tra la popolazione occidentale, è stato condotto da un team internazionale di ricercatori provenienti dalla School of Population Health dell'Università del Queensland (Australia), dall'Università di Cambridge (UK), l'University Medical Center di Utrecht (Paesi Bassi) e il George Institute for Global Health di Sydney (Australia). Si è trattato di **una revisione sistematica e una meta-analisi** che ha coinvolto circa 850.000 persone di entrambi i sessi.

Qui, il la prof.ssa Rachel Huxley, insieme alla dott.ssa Sanne Peters e il prof. Mark Woodward, hanno analizzato i dati relativi a 64 studi che coprono quasi cinquant'anni di ricerca (dal 1966 al 2011) e che riguardavano 858.507 persone e 28.203 eventi coronarici.

Le informazioni acquisite hanno rivelato che **le donne con diabete avevano avuto quasi 3 volte più probabilità di sviluppare una CHD** (con un effettivo rischio relativo di 2,82), rispetto alle donne senza diabete. Gli uomini con diabete invece avevano solo due volte più probabilità (effettivo rischio relativo pari a 2,16) di sviluppare una CHD, rispetto agli uomini senza diabete.

Combinando le due serie di dati si è trovato che le donne con diabete avevano il 44% in più di probabilità di sviluppare una malattia coronarica rispetto agli uomini con diabete, anche dopo che l'esame è stato considerato per le differenze di sesso e di altri fattori di rischio cardiovascolare.

«Presi insieme, questi dati forniscono prove convincenti che il diabete comporta un maggiore rischio relativo di malattie cardiovascolari nelle donne che non negli uomini», scrivono gli autori dello studio.

Le ipotesi sul perché le donne avrebbero la peggio quando sviluppano il diabete sono diverse. Per esempio, i ricercatori ritengono possibile che in passato vi sia stata **una minore attenzione per le cure**, soprattutto prima del 1985. Tuttavia, anche in più popolazioni contemporanee, quando il diabete è stato trattato nelle

donne al pari degli uomini, le donne hanno generalmente avuto meno probabilità di raggiungere gli obiettivi di trattamento.

Ora, gli autori – così come altri prima di loro – ipotizzano che le donne potrebbero vedersi metabolicamente deteriorare di più rispetto agli uomini quando sviluppano il diabete, per cui **partono già svantaggiate ancora prima di iniziare il trattamento**. Inoltre, nello stato prediabete, dove la tolleranza al glucosio potrebbe già essere compromessa, i livelli di fattori di rischio sono più elevati nelle donne che negli uomini. «E' dunque concepibile che l'eccesso di rischio di CHD correlato al diabete, nelle donne può essere dovuto a una combinazione di entrambi i fattori: un maggiore deterioramento nei livelli dei fattori di rischio cardiovascolare e **un profilo cronicamente elevato di rischio cardiovascolare** nello stato prediabete, guidato da maggiori livelli di adiposità nelle donne rispetto agli uomini», commentano i ricercatori.

«Se confermato, la realizzazione di interventi di genere specifici prima che il diabete si manifesti – come l'aumento di screening per il prediabete, soprattutto nelle donne, in combinazione con più rigorosi follow-up delle donne ad alto rischio per il diabete, come per esempio le donne con una storia di diabete gestazionale – potrebbe avere un impatto sostanziale sulla prevenzione della malattia coronarica», concludono gli autori.

<http://www.lastampa.it/2014/05/26/scienza/benessere/medicina/le-donne-diabetiche-rischiano-il-cuore-pi-degli-uomini-BOPuHHBZ32AWZlp6lbcz0H/pagina.html>

OMS: NESSUNA DECISIONE SU ULTIMI STOCK VIRUS VAIOLO

(ANSA) - GINEVRA, 24 MAG - Ancora nessuna decisione all'Organizzazione mondiale della Sanita' (Oms) sul destino degli ultimi stock del virus del vaiolo, malattia mondialmente debellata nel 1980. Riuniti in Assemblea annuale a Ginevra, i delegati dei Paesi membri hanno "preso nota" dell'ultimo rapporto del segretariato sulla distruzione degli stock del virus, senza pronunciarsi chiaramente sulla questione. Non vi e' ancora un "consenso forte" su cosa fare ed e' stato deciso di incaricare un gruppo di esperti di studiare ulteriormente alcuni aspetti, ha detto il portavoce dell'Oms Glenn Thomas. Nel rapporto approvato si ricorda che la maggioranza del Comitato consultivo dell'Oms era del parere che non vi e' necessita' di conservare il virus del vaiolo vivo per la messa a punto di strumenti diagnostici o vaccini. Ma anche che i progressi nelle tecnologie per il sequenziamento genetico e la sintesi biologica hanno potenziali implicazioni. Gli ultimi campioni del virus variola, causa del vaiolo, sono custoditi in due laboratori, uno in Russia (Koltsovo) e l'altro negli Stati Uniti (Atlanta). E' la sesta volta che riuniti in Assemblea i delegati dei 194 Paesi membri dell'Oms rinviando la decisione sulla loro distruzione. L'Assemblea mondiale della sanita', riunita dal 19 maggio ad oggi, e' l'organo decisionale supremo dell'Oms e si riunisce ogni anno in primavera. L'assemblea, in corso fino a tarda serata, ha quest'anno approvato, tra le altre, risoluzioni che invitano i Paesi a lottare contro la resistenza antimicrobica e sulla lotta mondiale per porre fine decessi ai neonatali evitabili e nati morti. Aprendo i lavori dell'Assemblea, la direttrice dell'Oms Margaret Chan ha inoltre annunciato una nuova iniziativa contro l'aumento dell'obesita' infantile e giovanile, con la creazione di una commissione di alto livello incaricata di elaborare un rapporto sui migliori approcci per invertire la preoccupante tendenza. (ANSA).



TUMORI: RENE POLICISTICO RIDUCE RISCHIO DI AMMALARSI

(AGI) - Washington, 24 mag. - I pazienti affetti da malattia policistica renale hanno un rischio ridotto di sviluppare il cancro rispetto ai pazienti con altre patologie renali, indipendentemente dall'aver subito o meno un trapianto. A scoprire l'associazione e' stato un nuovo studio pubblicato sul Journal of the American Society of Nephrology (JASN). Il rene policistico e' una malattia renale che si passa tra famiglie in cui si formano cisti nei reni. Le analisi sono state effettuate su un campione di pazienti vastissimo, oltre 120 mila persone. La ricerca, condotta da James B. Wetmore (University of Kansas Medical Center), ha scoperto che i pazienti con malattia policistica renale che hanno ricevuto un trapianto hanno il sedici per cento in meno delle possibilita' di sviluppare un cancro rispetto ai pazienti senza rene policistico che hanno subito un trapianto renale e un aumento del quarantotto per cento di insorgenza di tutti i tumori rispetto alla popolazione generale contro l'ottantasei per cento di rischio degli altri malati renali. La ragione di questo effetto protettivo contro il cancro del rene policistico non e' chiara. I ricercatori ipotizzano che la malattia fornisca alcuni meccanismi di difesa anti-neotumori che proteggono contro lo sviluppo del cancro.

Artrite reumatoide, troppo poca prevenzione per le malattie correlate

Spesso sottovalutato il rischio di osteoporosi e infezioni. Bene invece l'attenzione alle patologie cardiovascolari e l'adesione agli screening oncologici

di Marta Mies



Malattie cardiovascolari, diabete, influenza, cancro, depressione. Chi soffre di artrite reumatoide rischia di andare incontro a queste e altre malattie. Che spesso, però, tende a trascurare, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione. Lo ha dimostrato uno studio internazionale sulle comorbidità (la presenza di più patologie) nei pazienti con artrite reumatoide effettuato, tra il 2011 e il 2012, su 3.920 casi in 17 diversi Paesi in tutto il mondo, tra cui l'Italia.

Prevenzione non ottimale

Nonostante i dati varino da nazione a nazione e da malattia a malattia, la media dei virtuosi resta troppo bassa: «L'attenzione per i rischi che queste patologie comportano e per la loro prevenzione non è ottimale - spiega il professor [Carlo Maurizio Montecucco](#), responsabile della cattedra di Reumatologia dell'Università di Pavia, centro di coordinamento italiano per questa ricerca -. E l'Italia, purtroppo, rientra nella media».

Bene gli screening oncologici

Ciò che emerge dal progetto COMORA (*Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring*) è che l'atteggiamento dei pazienti con AR non si discosta molto da quello di chi non soffre di alcuna malattia: «Nel caso italiano - prosegue ancora Montecucco - è presente un'altissima attenzione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari (90% dei 250 pazienti inseriti nello studio) e una buona incidenza degli screening oncologici (44%, con punte del 61% per il cancro dell'utero). Mentre sono basse le percentuali di chi si è vaccinato contro l'influenza (26%) o di chi ha controllato i valori di vitamina D (40%). Un trend che segue la media della nostra nazione in generale».

Rischio osteoporosi e infezioni

Eppure le linee guida diffuse dall'Eular (la Società europea di Reumatologia) danno delle indicazioni diverse per chi soffre di artrite reumatoide: «Insistono molto sulla prevenzione dell'osteoporosi (e quindi su un'eventuale supplementazione di vitamina D), perché l'artrite reumatoide è legata a un maggior rischio di sviluppare questa malattia, che può inoltre essere provocata dal cortisone, uno dei farmaci più usati, almeno temporaneamente, nella cura dell'artrite». Ma anche le infezioni sono un forte fattore di rischio: «È per via dei farmaci che si devono assumere. I pazienti sono immunodepressi e questo significa che vanno incontro più di altri a vari tipi di infezioni. Per questo gli esperti raccomandano di sottoporsi a vaccinazioni», ricorda Montecucco. Cosa che però avviene solo in parte.

Ottima qualità della vita

Il perché di questo atteggiamento va cercato nella quotidianità: «Abbiamo fatto molti progressi per quanto riguarda la cura dell'artrite reumatoide - commenta il professore -, al punto che la qualità della vita nei pazienti è pressoché uguale a quella di chi non ne soffre». Il che spiega il comportamento in linea con la media nazionale. Con un'aggravante, però: «Per chi è già sottoposto a trattamenti, tutto ciò che comporta ulteriori esami (ed è il caso della prevenzione) viene visto come un carico sanitario aggiuntivo». Tuttavia chi soffre di questa malattia reumatica non è una persona qualsiasi: «Ha un disturbo di una certa gravità - avverte Montecucco -, assume costantemente dei farmaci ed è in cura da uno specialista. Dovrebbe seguire le linee guida ed evitare tutti i fattori di rischio che possono andare a incidere ulteriormente sulla propria patologia».

Nuove linee guida

Ma i dati non hanno sorpreso gli esperti: «Ce lo aspettavamo - confessa il reumatologo -. Solo che non esisteva uno studio su una casistica così ampia. Ora abbiamo scoperto che le cattive abitudini sono una costante ovunque». Le conseguenze a livello internazionale, quindi, non tarderanno ad arrivare: «Da questo studio "madre" ne nasceranno altri che permetteranno di raffinare i dati in modo da valutare il reale impatto di queste comorbidità. Per ora, e non è cosa da poco, abbiamo dei risultati mondiali per stilare nuove linee guida», prosegue Montecucco. Nella speranza che questa volta vengano seguite: «È necessario sviluppare e implementare programmi specializzati per prevenire le comorbidità nell'artrite reumatoide. Serve un approccio multidisciplinare, che sensibilizzi non solo il paziente, ma anche il personale medico e infermieristico, affinché la riduzione di queste patologie diventi fondamentale per l'allungamento e il miglioramento della vita di chi soffre di questa importante malattia reumatica».

http://www.corriere.it/salute/reumatologia/14_maggio_22/artrite-reumatoide-troppo-poca-prevenzione-le-malattie-correlate-b715bc6a-e1b8-11e3-8be9-3eb4fd26c19b.shtml

GIUSTIZIA E SENTENZE**Cassazione.** Risarcimento in caso di mancata informazione sul rischio di un nascituro malformato

Il ginecologo «paga» l'obiezione

Nel conto i danni futuri ed esistenziali - Anche il padre è parte lesa

Patrizia Maciocchi

Il ginecologo paga il danno patrimoniale anche futuro ed esistenziale per la nascita del bambino malformato se non avverte la madre del rischio. E il dolo preclude anche la possibilità di avvalersi della garanzia assicurativa.

La Corte di cassazione, con la sentenza 11364, afferma l'esclusiva responsabilità del medico nel determinare l'evento lesivo escludendo la condanna sia della clinica sia dell'assicurazione. I giudici prendono così le distanze dalla Corte d'appello che, pur avendo dato atto dell'invalidità quasi totale subita dal minore dal momento della nascita, aveva negato il danno futuro, circoscrivendo il risarcimento al periodo che andava dalla nascita alla data della sentenza.

I giudici di merito avevano accordato alla madre un contributo di 5 mila euro l'anno, per l'as-

sistenza prestata e la presumibile limitazione dell'attività lavorativa, mentre avevano stabilito che il marito, anche se era convivente e partecipe, non poteva pretendere nulla. Un giudizio bocciato dalla Cassazione «l'errore giuridico compiuto dalla Corte d'Appello attiene alla iniquità dei criteri liquidatori

GLI EFFETTI

Per i supremi giudici il medico ha agito con dolo

Indenne l'assicurazione che copre solo la colpa

di un danno patrimoniale certo e permanente, posto che la solidarietà familiare come è proseguita fino al tempo del decidere, proseguirà sino a quando i genitori sopravviveranno». Per la Cassazione non può conside-

rarsi giuridicamente corretta la somma riduttiva liquidata come retribuzione di un danno patrimoniale emergente e da lucro cessante, in una condizione «dove l'assistenza al menomato non può che essere continua con sacrifici economici rilevanti, che fanno carico non solo alla madre ma anche al padre convivente e presente».

La prova del danno economico si desume in via presuntiva secondo un criterio di equità solidale e sociale e non può ridursi a un «modesto obolo temporaneo» (sentenza 9779/2013).

La Corte d'Appello ha invece correttamente escluso la responsabilità dell'assicurazione, in base alla clausola inserita nella polizza che copriva il medico solo per i fatti colposi e non per le azioni dolose.

L'ombrello assicurativo tutela dunque il ginecologo che, operando spesso in condizioni di emergenza, può incorrere in

errori involontari in complicazioni che non possono essere previste né prevenute secondo lo stato dell'arte medica e i mezzi a disposizione.

Nel caso esaminato i giudici hanno invece ravvisato il dolo, all'interno della colpa civilmente rilevante, riscontrabile nella coscienza e nella volontà di determinare la nascita di un bimbo con gravi handicap costretto a una sopravvivenza incerta, ma certamente «lesiva in misura gravissima della salute e della stessa dignità della persona e con conseguenze patrimoniali disastrose per sé e per gli sventurati genitori».

La Cassazione precisa che per l'affermazione del dolo è irrilevante la giustificazione della riserva mentale dell'obiezione di coscienza, tra l'altro esternata solo nel corso della causa e non rivelata ai genitori del piccolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Sabato 24 MAGGIO 2014

Parto pretermine. Un test potrebbe aiutare a capire se sta realmente per avere inizio

Con una sensibilità del 70%, un test ematico è stato in grado di predire, in un gruppo di donne con segnali di parto pretermine (PTPL), se il parto stesse effettivamente per avere luogo. Infatti, gli scienziati stimano che solo il 5% delle donne ammesse in ospedale con PTPL stiano realmente per partorire. Lo [studio](#) su Plos One

Predire se, in presenza di segnali di parto prematuro, la nascita del bambino è davvero imminente: in futuro potrebbe forse diventare realtà grazie ad un particolare esame del sangue, studiato da un gruppo di ricercatori del Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute del Mount Sinai Hospital, a Toronto in Canada, insieme ad altri Istituti e Università. Dall'analisi dell'espressione genica mediante microarray, questo test è riuscito a stabilire, con una sensibilità del 70%, quali donne con segnali di parto pretermine (PTPL), in un gruppo di circa 150 partecipanti allo studio, stessero realmente per partorire.

In generale, infatti, i ricercatori riferiscono che soltanto il 5% delle donne ospedalizzate con tali segnali stiano effettivamente per dare alla luce un bambino. Il risultato dello [studio](#) è stato pubblicato sulla rivista open-source *Plos One*.

“Molte persone vengono ospedalizzate anche se non necessario”, spiega il Professor **Stephen Lye** dell'Istituto canadese, tra gli autori del paper. “Vogliamo sviluppare un test che sia in grado di differenziare tra i veri e i ‘falsi’ casi di parto, cosicché le donne che sono sul punto di partorire possano ricevere le cure mediche appropriate, mentre le donne che non stanno per affrontare il parto possano ricevere cure di supporto ed essere poi dimesse”.

Secondo i ricercatori, infatti, i test attuali per la diagnosi della presenza di parto pretermine (test della fibronectina fetale) in alcuni casi possono essere facilmente influenzati da fattori esterni e fornire falsi positivi.

In questo caso, gli scienziati hanno preso in considerazione 154 donne, analizzando profili di espressione genica mediante tecnica di microarray, in un tempo di 48 ore dall'ammissione in ospedale con PTPL: l'obiettivo di questa analisi era quello di individuare l'espressione dei geni associati a un parto pretermine spontaneo (sPTB) all'interno della finestra temporale di due giorni. L'analisi mediante microarray è stata anche confrontata con il test della fibronectina fetale, effettuata su circa 60 delle donne prese in considerazione nello studio.

In base ai risultati riferiti dai ricercatori, un set di nove geni, associati ai risultati sul sangue, potrebbero essere determinanti, nel 70% dei casi, per stabilire se il parto sta effettivamente per avere inizio (sensibilità 70,8%, specificità 75,5%). I tre geni su cui si focalizza la discussione degli scienziati sono DHHC19, HPGD and GPR84.

“Questo nuovo test evidenzia i vantaggi di un esame basato sul sangue per predire un parto pretermine spontaneo, analisi che può essere eseguita su tutte le donne e come parte di un'analisi del sangue di routine”, concludono gli scienziati.

Viola Rita



SALUTE

Sanità: Enpam volta pagina, advisor e controlli incrociati per investimenti trasparenti

La più grande cassa pensionistica privata italiana ha completato l'ultimo tassello, lanciando la gara europea per nominare un investment advisor per tutto il suo patrimonio di circa 15 miliardi di euro.

Consiglia Condividi Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Roma Advisor esterni scelti con gare internazionali, manager interni qualificati con lunga esperienza nel mercato, scelte sottoposte a procedure certificate e controlli incrociati: è questo il nuovo modello di gestione degli investimenti dell'Enpam che oggi entra a pieno regime. La più grande cassa pensionistica privata italiana ha infatti completato l'ultimo tassello, lanciando la gara europea per nominare un investment advisor per tutto il suo patrimonio di circa 15 miliardi di euro. La Cassa dei medici e degli odontoiatri ha anche rafforzato la propria struttura interna assumendo manager con una lunga esperienza nel mercato. A ricoprire il ruolo di Chief investment officer e responsabile del settore immobiliare è stato nominato Emilio Giorgi, in precedenza vice president di Merrill Lynch International Bank, mentre il servizio degli investimenti finanziari è stato affidato a Pierluigi Curti, in precedenza Chief financial officer della Fondazione Roma. Il percorso della nuova governance - spiegano gli esperti della Fondazione, che oggi a Roma ha organizzato una conferenza stampa per illustrare il piano - è cominciato nel 2011, quando l'attuale Consiglio di amministrazione decise di affermare un modello per gli investimenti per assicurare maggiore trasparenza e competenza e per superare le criticità del passato. Il meccanismo, messo a punto anche grazie a uno studio comparato dell'ex presidente del Consiglio Mario Monti, prevede un sistema di procedure e di controlli incrociati. Il nuovo modello di governance degli investimenti funziona così: Il Consiglio di amministrazione è responsabile delle scelte di investimento. Ma prima di arrivare sul tavolo del Cda, tutte le proposte devono essere vagliate dalla struttura tecnica interna e dall'investment advisor esterno, seguendo procedure sul cui rispetto vigila il comitato per il controllo interno dell'Enpam, che è attualmente presieduto da un magistrato della Corte dei Conti. Tutti gli investimenti sono inoltre monitorati dal risk advisor, recentemente nominato a seguito di un'altra gara europea. "Il nostro modello - spiega il presidente della Fondazione Enpam Alberto Oliveti - è ispirato alle migliori pratiche internazionali. Per questo incentiviamo la partecipazione anche di soggetti stranieri, compresi quelli che finora hanno avuto difficoltà a entrare nel mercato italiano". Il nuovo modello riafferma la centralità della previdenza. "I soldi dell'Enpam - aggiunge Oliveti - servono a

pagare le pensioni attuali e future, perciò la Fondazione deve fare scelte prudenti ed evitare investimenti tipici degli speculatori, che magari perseguono rendimenti elevati ma a costo di commissioni alte e di grandi rischi. Il ruolo del consiglio di amministrazione è proprio questo: assicurarsi che tutte le scelte siano coerenti con gli obiettivi previdenziali”.

GENTE LEGGE 40 AZZERATA. MA COME SARÀ IL FUTURO? PARLA IL MINISTRO DELLA SALUTE



DOVRÀ DECIDERE LE LINEE GUIDA
Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, 42 anni. Dovrà decidere le nuove linee guida sulla fecondazione medicalmente assistita.

di Francesco Gironi

La Consulta, il 9 aprile, ha dichiarato incostituzionale il divieto di effettuare la fecondazione eterologa, cioè attraverso l'utilizzo di ovociti o spermatozoi provenienti da una terza persona estranea alla coppia. Della controversa Legge 40, che dal 2004 regola la procreazione medicalmente assistita in Italia, resta ben poco: tra ricorsi al Tar e sentenze della Corte Costituzionale l'impianto originario è stato praticamente smontato. E ora cosa cambierà? Stando alle statistiche, fino a

oggi ogni anno 2.600 famiglie si recavano all'estero per sottoporsi a tecniche eterologhe. Subito dopo la sentenza, diversi centri fertilità hanno avuto migliaia di richieste di informazioni e il Comune di Milano per primo ha aperto uno sportello di consultazione. *Gente* ha chiesto al ministro della Salute Beatrice Lorenzin di fare chiarezza.

Quindi ministro, cosa cambia?

«Dobbiamo attendere le motivazioni della sentenza per comprendere cosa cambierà esattamente. Capisco che possa esserci chi vorrebbe anticipare, ma non stiamo parlando di come fare ad allacciarsi le scarpe: dobbiamo essere ri-

gorosi. Che non vuol dire essere lenti».

Quando le famiglie che desiderano un figlio potranno scegliere anche la tecnica eterologa?

«Non posso dare una scadenza, non sarei seria. E comunque mi ripeto: non stiamo parlando della scadenza di uno yogurt. Non accetto che mi venga tirata la giacca da nessuno, né da una parte né dall'altra, e non affronterò questo tema in modo ideologico o seguendo gli interessi di chi fa business, ma solo quelli delle coppie e la sicurezza dei pazienti e del nascituro. Quanto potrà essere deciso in base ad azioni amministrative, lo farò da sola; altro



FECONDAZIONE IN LABORATORIO
La fecondazione in vitro di un ovocita. L'ago inietta lo spermatozoo fecondando la cellula prodotta dalla donna.

L'ETEROLOGA NON SARÀ UN SUPERMERCATO

PRESTO ANCHE IN ITALIA SI POTRÀ DIVENTARE GENITORI AFFIDANDOSI AL SEME DI UN DONATORE. «MA NON DOVRÀ ESSERCI MERCIFICAZIONE», DICE BEATRICE LORENZIN

richiederà un consenso legislativo e bisognerà passare dal Parlamento».

Quindi, dopo la pubblicazione della sentenza sulla Gazzetta ufficiale non si potrà bussare a un centro fertilità chiedendo di procedere con un ovocita o uno spermatozoo proveniente da un'altra persona?

«No. In Italia mancano alcuni elementi. Per esempio, non abbiamo una banca pubblica dei gameti e, in teoria, non dovrebbero esserci neppure banche private dal

«ENTRO L'ANNO VERRANNO STILATE LE NUOVE REGOLE»

momento che fino a oggi l'eterologa non era permessa».

Si potrebbero importare come si fa con il sangue?

«In base a quali norme? Quali devono essere gli standard da rispettare? Non solo. Gli ovociti o gli spermatozoi li compra la coppia? In Italia la donazione di organi e fluidi è gratuita. Io non voglio una mercificazione della sanità, ma questo è un tema da affrontare in Parlamento. Comunque sia, io sono contraria ai cataloghi: non si va al supermercato».

Difficile pensare chi possa proporre il contrario...

«Vero, ma i problemi restano, soprat-

tutto per la donazione di ovociti. Per produrli, una donna deve essere sottoposta a un ciclo ormonale e può avere dei problemi, ma questo chi vuole un figlio lo mette in conto. E chi dona? Immaginiamo una donna che voglia fare qualcosa per altre donne, accetti di sottoporsi a un ciclo di ormoni e donare 10-11 ovociti. Per me deve restare un atto di donazione: al massimo si potrà ottenere un rimborso delle spese per le analisi e i medicinali».

E sugli altri punti?

«C'è la questione delle banche di ovociti e spermatozoi. Devono essere pubbliche oppure ogni istituto può ave- ▶

PARLA IL MINISTRO LORENZIN: «L'ETEROLOGA NON SARÀ UN SUPERMERCATO»

re la propria? Non so cosa sia meglio, ma è importante prendere una decisione, come è importante decidere se l'eterologa la faccia solo il servizio pubblico o no».

E lei cosa deciderà?

«Il servizio pubblico dovrebbe fornire l'eterologa».

Un altro problema importate è quello della tracciabilità del donatore. Come funzionerà?

«Quando si sceglie la procreazione assistita, il medico chiede una serie di analisi. Ebbene, tutte queste analisi devono valere ancora di più per l'eterologa. Si deve sapere chi è il donatore, senza rinunciare all'anonimato, e abbiamo anche la necessità di avere una sorta di registro delle donazioni».

Cioè?

«Visto che gli ovociti vengono congelati, in teoria tu potresti avere una sfilza di fratelli e sorelle senza saperlo. Vuol dire che in futuro potrebbero incontrarsi e avere rapporti sessuali anche consanguinei: sono scenari quasi inimmaginabili».

La soluzione?

«In Australia, il governo invia una lettera con il nome dei genitori biologici appena compiuti i 18 anni».

L'Italia dovrebbe seguire questo esempio?

«A me sembra una cosa terribile, preferirei che il compito fosse demandato ai genitori perché avvenga all'età più consona. Poter rintracciare un genitore biologico, come può accadere per gli adottati, è importante non solo per i problemi legati alla consanguineità, ma anche nei casi in cui fosse necessaria una donazione di sangue o un organo. Però anche in questo ambito c'è chi è contrario».

Il problema della "bontà" del do-

natore apre anche la questione della diagnosi pre-impianto sulla quale, tra l'altro, potrebbero presto arrivare altre sentenze.

«Non andrò oltre a quella che sarà la prescrizione della Corte. Io agisco *sub judice*, per cui se non ho indicazioni precise in questo senso non intervengo. Comunque questa è una materia parlamentare».

Già, ma i giudici sono intervenuti

di volta in volta imponendo diagnosi pre-impianto. Non sarebbe il caso che una famiglia possa affrontare un passaggio così complesso avendo delle certezze e non dipendere da questo o quel giudice?

«Non dovrebbero essere i giudici a esprimersi su queste materie. La legge 40 non vuole aprire la porta a soluzioni eugenetiche, che sono una deriva».

Però possiamo immaginare cosa possa significare essere a rischio, avere la possibilità di ridurre questo rischio al minimo

e non poter usare questa possibilità avendo come opzione solo l'aborto.

«Lei sta facendo una semplificazione che chi sceglie la procreazione medicalmente assistita non fa. La coppia che affronta la fecondazione assistita lo fa perché vuole avere un figlio, e vuole seguire il modo più naturale possibile. Si assume grandi rischi, soprattutto per la donna, ma con un grande desiderio di avere dei bambini. Non è che perché viene utilizzata una provetta si senta meno genitore».

Però c'è chi vorrebbe negare la diagnosi pre-impianto comunque.

«Ognuno è libero di avere le proprie idee. Le ripeto cosa penso da ministro: trovo umanamente comprensibile che due persone che sanno di essere porta-

tori di una malattia genetica, consapevoli che qualora avessero un figlio hanno la probabilità di trasmettergli questa malattia, vogliano utilizzare una tecnica che potrebbe dare qualche garanzia in più. Altro è applicare la stessa tecnica a tutti. La diagnosi pre-impianto, d'altro canto, può mettere a repentaglio la salute dell'embrione. Parliamoci chiaro. Non è che se tu hai un embrione e lo impianti questo si attacca e sopravvive. Soprattutto se sei una donna che ha difficoltà a produrre ovociti, e magari uno solo di quegli ovociti diventa un embrione, tu preghi che sia sano, che non si deteriori... È faticosissimo, è difficile. Tu segui l'iter per la procreazione assistita e affronti la gravidanza come la affrontano tutti i genitori, con una grandissima ansia. Fai l'amniocentesi come fanno tutti, sperando che il bambino sia sano».

Sembra di capire che questo punto le stia particolarmente a cuore.

«Guardi, se mi avessero detto: "Hai un embrione solo, facciamo la diagnosi, ma se la fai c'è il 70 per cento di possibilità che muoia", non so cosa avrei deciso. Non è come quando resti incinta "naturalmente" e te ne accorgi un mese dopo; quell'embrione l'hai talmente voluto, che è già "bambino" appena te l'hanno impiantato e spero solo di riuscire a portare avanti la gravidanza. Purtroppo accade solo nel 20 per cento dei casi».

Ha detto che di questo argomento se ne dovrà occupare il Parlamento. I tempi li conosciamo...

«Chiamerò i capigruppo per cercare un iter parlamentare più veloce. Vorrei che questo tema così delicato, proprio perché cambierà in modo profondo il modo che noi abbiamo di vedere il concepimento, venga affrontato in modo saggio, senza fare una guerra stupida. Bisognerà trovare delle soluzioni quanto più condivise, ma tutto si potrebbe fare in tre mesi».

Quindi, entro l'anno avremo le risposte a tutte queste domande?

«Penso proprio di sì».

Francesco Gironi



«DOVRÀ SEMPRE ESSERE POSSIBILE RISALIRE AI GENITORI BIOLOGICI DEI BAMBINI»