



Prevenzione delle perdite di calore alla nascita nel neonato pretermine



In Italia circa il 30% dei neonati con peso molto basso (VLBWI) presenta una temperatura nei limiti di normalità (36.5 - 37.5°C) all'ingresso in terapia intensiva neonatale (TIN)

di **Daniele Trevisanuto**¹
Anna Opocher²
Camilla Gizzi²

La classificazione della temperatura corporea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede 5 livelli (Figura 1). In Italia circa il 30% dei neona-

ti con peso molto basso (VLBWI) presenta una temperatura nei limiti di normalità (36.5 - 37.5°C) all'ingresso in terapia intensiva neonatale (TIN). Il 45% circa presenta ipotermia lieve (36.0 - 36.4°C) e circa il 25% soffre di ipotermia mode-

rata-severa (<36°C) [dati VON]. L'ipotermia al ricovero in TIN in neonati con peso molto basso alla nascita è significativamente associata ad esiti neonatali avversi come morte, emorragia intracranica, enterocolite necrotizzante e sepsi ad esordio tar-

divo. Un recente studio canadese dimostrava che nei VLBWI la più bassa probabilità di esiti avversi era associata ad una temperatura di ricovero in TIN compresa tra 36.5°C e 37.2°C. In particolare, ve-

continua a pag. 2 >>

La "Lotus Birth" Aspetti medici e legali

di **Mario De Curtis**

*Prof. Ordinario di Pediatria, Università di Roma La Sapienza
Direttore UOC di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva
Neonatale Policlinico Umberto I, Roma*

La Lotus Birth è una modalità di parto caratterizzata dalla mancata recisione alla nascita del cordone ombelicale con la conseguenza che la placenta e gli annessi fetali rimangono attaccati

continua a pag. 7 >>

in questo numero

**Lotus Birth,
il parere legale**

pag. 8

**Parto in casa
La posizione SIN**

pag. 10

GdS RC&SAF

pag. 11

**GdS Nutrizione e
Gastroenterologia**

pag. 12

Edicola

pag. 13

Corsi e convegni

pag. 14

**Opportunità di
lavoro**

pag. 14

continua a pag. 4 >>

lo studio

La transizione del neonato ELGAN: una nuova sfida per il neonatologo

di **Flavia Petrillo**¹
e **Antonio Del Vecchio**^{1,2}

Crescenti evidenze indicano che seguire attentamente la transizione dalla vita intrauterina a quella extrauterina, con un approccio mirato alla gestione simultanea ed ottimale di più aspetti assistenziali, possa migliorare la qualità degli outcomes dei neonati ELGAN (EG ≤ 27 settimane). Una survey condotta nel 2013 dal GdS di Pneumologia della SIN ha evidenziato che questi neonati rappresentano nel nostro Paese lo 0.3% di tutti i nati vivi. L'adozione di un protocollo sul management gentile in sala parto, caratterizzato da una assistenza non invasiva a questa delicata categoria di neonati, mostra un effetto positivo in termini di

clinica

La precoce colonizzazione intestinale del neonato

di **Giacomo Biasucci**
*Dipartimento Ospedaliero
Materno-Infantile,
UO Pediatria
e Neonatologia,
Ospedale Guglielmo
da Saliceto di Piacenza*

Il microbiota intestinale comprende oltre 100000 miliardi di batteri, appartenenti a più di mille specie: è un vero e proprio organo funzionale con funzione immuno-metabolica ed endocrinologica, che inizia a formarsi in epoca fetale e la cui composizione è influenzata da numerosi fattori già in epoca perinatale e neonatale.¹ Secondo la "fetal origin hypothesis" di Barker, un evento in epoca perinatale può influenzare lo sviluppo in epoca neonatale e nei primi anni di vita, ipotesi applicabile anche allo sviluppo del microbiota nel nuovo nato. Nei primi "1000 giorni" di vita, infatti, si possono evidenziare alcuni "periodi critici" per lo sviluppo (periodo dell'allattamento al seno, del divezzamento e, ancora prima della nascita, periodo della gravidanza).² Numerosi studi

continua a pag. 6 >>

professione

La “Lotus Birth”

Aspetti medici e legali

Questa procedura non è compresa in nessuna linea guida ministeriale.

La SIN esclude la possibilità di praticarla

continua dalla prima pagina

al neonato anche dopo il secondamento. La separazione del neonato dalla placenta, se non viene reciso il cordone ombelicale, avviene generalmente dopo 3-10 giorni quando il cordone si secca e si distacca spontaneamente dall'ombelico. In questo periodo la placenta, trasportata sempre con il neonato, viene conservata in un sacchetto o in una bacinella e a volte viene coperta con sale grosso per favorirne l'essiccamento e con qualche goccia di olio profumato per mascherarne il cattivo odore. Il nome deriva da Clair Lotus Day, infermiera californiana, che riteneva di avere la particolare dote di vedere un'aura attorno alle persone. Essa affermava che l'aura di chi non aveva ancora subito il taglio del cordone fosse più vibrante e integra. Al momento della nascita di suo figlio nel 1974 chiese di non recidere il cordone, inaugurando così questa pratica che si è diffusa da allora in vari Paesi. I fautori di questa procedura ritengono che con la Lotus birth il distacco avviene quando bambino e placenta hanno realmente concluso il loro rapporto e decidono sia giunto il momento della separazione. Ritengono che in tal modo ci sia un modo più dolce, sensibile e rispettoso per entrare nella vita.¹ Questa procedura inizia ad essere

richiesta da alcune donne anche nel nostro Paese. A parte le motivazioni ideologiche e mistiche di discutibile condivisione, va in modo chiaro sottolineato che al momento non esiste alcuna ricerca che abbia dimostrato un possibile beneficio. I vantaggi ipotizzati con la Lotus birth di un maggiore passaggio di sangue dalla placenta al neonato vengono meno dopo i primi minuti quando il cordone cessa di pulsare, mentre elevato può essere il rischio di infezione.

Il Dott. Patrick O'Brien, portavoce del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Regno Unito ritiene che la placenta poco dopo la nascita diviene un tessuto morto ed è particolarmente suscettibile di andare incontro ad un'infezione che può diffondersi al neonato.² È stato segnalato recentemente un caso

a Modena di un nato a termine da parto spontaneo a casa che, su richiesta dei genitori, non ha avuto alla nascita il cordone clampato e tagliato. La placenta è stata mantenuta collegata al bambino per tre giorni in un sacchetto. Questo neonato ha sviluppato a 25 giorni un'epatite che è stata associata alla Lotus birth.³ Alcuni importanti ospedali italiani, ai quali era stata fatta richiesta di effettuare il parto con la Lotus birth, hanno ritenuto che questa procedura non può essere praticata perché non consente il rispetto delle norme igienico-sanitarie vigenti e perché il rischio infettivo è reale. Inoltre questa procedura non è compresa in nessuna linea guida ministeriale e come tale non è riconosciuta. Va anche ricordato che la placenta non può essere portata al di fuo-

ri dall'ospedale in quanto rifiuto speciale che, come tale, va smaltito secondo norme precise.^{4,5,6} Anche l'eventuale sottoscrizione del consenso informato da parte dei genitori, secondo il parere di uno studio legale contattato dalla SIN, potrebbe essere ritenuto non idoneo ad annullare la responsabilità del medico curante e della struttura per un ipotetico giudizio insorto in seguito a danni prodotti al neonato.

In base a quanto su indicato, per la mancanza di evidenze scientifiche di un vantaggio per la mamma e per il neonato, per i pericoli fondati di infezione, per le norme sanitarie e amministrative in vigore, la SIN esclude la possibilità di effettuare la Lotus birth.

Se questa procedura venisse in ogni caso effettuata, per esempio a casa, la SIN raccomanda un attento e

stretto controllo del neonato per identificare precocemente segni clinici di una possibile infezione.

Bibliografia

1. <http://www.lotusbirth.it/>
2. <https://www.rcog.org.uk/en/news/rcog-statement-on-umbilical-non-severance-or-lotus-birth/>
3. Tricarico A, Bianco V, Di Biase AR, Lughetti L, Ferrari F, Berardi A. Lotus Birth associated with idiopathic neonatal hepatitis. *Pediatr Neonatol.* 2016 Jun 22. pii: S1875-9572(16)30075-4. doi: 10.1016/j.pedneo.2015.11.010
4. Normativa sullo smaltimento dei rifiuti sanitari, Decreto Legge 152/2006
5. Classificazione e gestione dei rifiuti sanitari (GSA igiene urbana N. 3, 2012)
6. Normativa sullo smaltimento dei rifiuti sanitari, DPR 254, luglio 2003



Pubblichiamo per intero il parere legale richiesto sulla Lotus Birth dalla SIN ed elaborato dallo Studio Granata di Milano

STUDIO GRANATA

LEGALI ASSOCIATI

20122 MILANO - VIA BESANA N. 5

TEL. 0039/ 02.55.16.671 - FAX 02.55.01.18.75

E-MAIL granata.slt@tiscali.it

AVV. GIUSEPPE GRANATA

AVV. MATTEO GRANATA

AVV. SUSANNA GRANATA

Milano, 23 gennaio 2017

Spett.

Società Italiana Neonatologia

Alla cortese attenzione del

PROF. DOTT. MAURO STRONATI

A mezzo mail

Parere in merito alla Tecnica di parto denominata "LOTUS BIRTH"

Egregio Professore,

ho visionato la documentazione che mi ha trasmesso e svolto alcune ricerche in merito alla percorribilità della Lotus Birth e Le comunico che a mio avviso tale Procedura non può essere praticata all'interno di una Struttura Sanitaria organizzata, per i motivi di seguito riportati.

In primo luogo, tale Procedura non è ricompresa in nessuna delle Linee Guida Ministeriali e come tale non è riconosciuta a livello nazionale, tale circostanza rilevarebbe in caso di contenzioso che dovesse sorgere per ipotetiche conseguenze negative che tale procedura dovesse portare alla madre e/o al neonato.

Difatti, il medico che assume di aver rispettato le regole di diligenza e i protocolli ufficiali deve allegare le linee guida alle quali egli ha conformato la propria condotta, al fine della verifica della loro correttezza e scientificità. Secondo la sentenza n. 40708/2015 della Cassazione, soltanto nel caso di linee guida conformi alle regole della miglior scienza medica è, infatti, possibile utilizzare le medesime come parametro per l'accertamento dei profili di colpa ravvisabili nella condotta del medico.

Inoltre, in tema di responsabilità medica la Legge Balduzzi prevede espresse esenzioni di responsabilità in caso di comportamento conforme alle linee guida, presupponendo che le stesse siano scientificamente e operativamente corrette e congrue per il trattamento sanitario effettuato.

Sotto altro profilo, si deve considerare che la placenta di per se stessa richiede un trattamento e smaltimento specifico, che non può essere derogato.

Attualmente, esiste un protocollo che impone di considerare la placenta un "rifiuto speciale", come anche rilevato nella comunicazione della Mangiagalli, e sino ad una modifica normativa non ritengo che la Struttura Ospedaliera possa derogare a tali prescrizioni.



Quand'anche la madre dichiarasse di provvedere in autonomia al corretto smaltimento del rifiuto speciale, assumendosene l'onere, non ritengo che l'Ospedale possa essere pienamente manlevato da tale dichiarazione, considerato che le parti del contratto sanitario (medico/paziente o Struttura/paziente) non possono derogare a disposizioni normative, che per tali questioni non sono modificabili per mera iniziativa e/o volontà delle parti.

Peraltro, i processi di smaltimento dei rifiuti speciali richiedono passaggi ed adempimenti molto stringenti, con conseguenti costi, che dubito un privato possa essere in grado di rispettare/voglia rispettare, con conseguente ulteriore rischio che la placenta non venga correttamente trattata e smaltita.

Passando poi al profilo dell'utilità clinica o scientifica di tale processo, da quanto ho potuto comprendere e verificare, non esiste alcuna evidenza scientifica della bontà di tale parto; eventuali benefici sono meramente "esoterici" e di sentimento; al contrario, il rischio di conseguenze pregiudizievoli per il neonato è reale e probabile.

Sul punto, ritengo che l'eventuale sottoscrizione del consenso informato da parte dei genitori, anche nell'ipotesi richiamasse tutti i possibili rischi, potrebbe essere ritenuto non idoneo per azzerare responsabilità in capo all'operatore ed alla Struttura, in un ipotetico giudizio insorto a seguito di danni originati al neonato. Il Magistrato potrebbe infatti affermare il principio che il diritto alla salute del neonato è sovraordinato al diritto del genitore a decidere il protocollo terapeutico, soprattutto, nel caso i cui il genitore non abbia alcuna specifica competenza in merito.

La questione è evidentemente delicata, in quanto il rapporto medico/paziente si è molto evoluto passando da un ruolo di imposizione del piano cura ad un fin troppo ampio coinvolgimento del paziente, che ha degli evidenti limiti e deficit di conoscenza.

Per queste ragioni, sono convinto che permettere la Lotus Birth esporrebbe medici e Strutture a rischi di conseguenze pregiudizievoli, nonché esporrebbe il neonato ad un rischio di danni non giustificato scientificamente.

Inoltre, il ridotto numero di richieste di tale modalità non legittimerebbe l'adozione di specifici protocolli ospedalieri o l'intervento delle funzioni ministeriali per regolamentare una procedura che possa tutelare tutte le parti coinvolte.

Per tutto quanto sopra, ritengo che le Strutture debbano chiaramente escludere la procedura in oggetto, inibendo così al medico di dover "valutare" se procedere o meno secondo la richiesta della puerpera.

L'Associazione potrebbe inoltre sollecitare una presa di posizione a livello ministeriale, così da avere un avallo pubblico risolutivo.

Resto a disposizione per eventuali chiarimenti o per quant'altro possa occorrere e porgo cordiali saluti.

Avv. Giuseppe Granata