

Ai sensi dei dettami della carta costituzionale, della normativa vigente in tema di cure mediche e trattamenti sanitari e delle convenzioni internazionali per la tutela dei diritti della donna e del bambino

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritta

nata il _____ a _____ prov.

residente a _____ prov.

indirizzo _____ nr _____ Cap _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nei confronti del nascituro minore: nome

cognome _____ nel periodo in cui si dovesse

trovare in ambiente ospedaliero o fosse sottoposto a cure mediche ed interventi sanitari:

CONSENSO INFORMATO

1. Voglio che il cordone ombelicale rimanga sempre intatto e che non vengano effettuate mai su di esso manovre incongrue (clampaggio, recisione, spremitura, compressione) prima del secondamento fisiologico (tranne eventuale prelievo di pochi ml di sangue per esami ematochimici urgenti e sempre a cordone ombelicale intatto). Unica eccezione in caso di rottura accidentale di funicolo, bisogna clampare immediatamente entrambi i monconi (neonatale e placentare) e raccogliere il sangue neonatale presente nella parte placentare in modo da reinfonderlo immediatamente al neonato dopo la nascita oppure qualora si trovasse in condizioni critiche o grande prematurità.

2. Voglio che dopo la nascita mia/o figlia/o rimanga unita/o alla sua placenta il più a lungo possibile a cordone ombelicale intatto, preferibilmente fino alla naturale, biologica, fisiologica e spontanea separazione (Lotus Birth®). Prima della recisione voglio essere esplicitamente informata con annotazione dell'orario e delle generalità di chiunque effettui il clampaggio e la recisione del cordone ombelicale.

3. Voglio che eventuali manovre rianimatorie a carico del neonato vengano effettuate con circolazione placentare / cordone ombelicale sempre intatti fino a completa ripresa della reattività e delle funzioni vitali, a questo punto voglio che gli operatori sanitari che si sono occupati di mia/o figlia/o ritornino alle cure previste dal punto 2.

4. Voglio che in caso di neonato critico gli operatori sanitari debbano prima stabilizzare le vie aeree e organizzare le fasi successive del supporto intensivo e successivamente possono pensare a clampare e recidere (il più tardi possibile) il cordone ombelicale. Voglio che le manovre rianimatorie a cordone ombelicale intatto siano effettuate ad oltranza fino alla ripresa delle funzioni vitali o fino alla constatazione di decesso o di assenza di vita del neonato. Tali manovre non devono essere interrotte dopo pochi minuti, secondo quanto in atto è considerato "ethic" dalle correnti linee guida che ammettono e considerano di prassi consueta il clampaggio e la recisione del cordone ombelicale.

5. Voglio, in via eccezionale e solo per estrema necessità, che in caso di distacco intempestivo di placenta precoce o tardivo si possa clampare il cordone ombelicale solo se appaia esangue, pallido,

flaccido e che il suddetto cordone ombelicale venga tagliato il più lungo possibile. Non voglio che venga clampato se vi siano ancora apprezzabili pulsazioni delle arterie ombelicali o vi sia ancora sangue o flusso ematico nella vena ombelicale.

6. Voglio che nel caso di neonato critico, specie prematuro, esso rimanga con la circolazione placenta ed il cordone ombelicale intatti anche durante il ricovero in TIN (terapia intensiva neonatale). In tal caso voglio che il supporto idrico-nutrizionale-farmacologico venga preferenzialmente fornito tramite sondino nasogastrico o accesso venoso periferico oppure PICC (catetere periferico percutaneo) piuttosto che CVO (catetere venoso ombelicale).

7. Voglio che nel caso di parto cesareo si possa effettuare la seguente procedura o altra procedura similare approvata in codesto ospedale per consentire la nascita con la placenta a mia/o figlia/o:

“Nel caso di taglio cesareo in cui si decide di lasciare intatto il cordone ombelicale e la placenta attaccata al neonato (microlotus, minilotus, Lotus Birth®) deve essere sviluppata una procedura intraoperatoria concordata con i ginecologi. La sequenza di azioni potrebbe essere la seguente: Il primo operatore estrae il feto / neonato e lo deposita su un telo sterile che giace tra le gambe della mamma con la testa verso i piedi materni. Il secondo operatore supervisiona il neonato sostenendo ed allineando le vie aeree (ponendo una mano dietro la regione nucale) in caso di apnea o ipotonia, mentre il primo operatore esegue la spremitura uterina od il secondamento manuale. Una volta che la placenta è stata rimossa dall'utero, essa viene avvolta in un panno sterile tenuto dal secondo operatore e tenuto sopra la posizione del bambino. Quando l'ostetrica prende il neonato avvolto nella stoffa e lo tiene saldamente in contatto con il proprio corpo, la placenta viene posta sui piedi del neonato o posta nello stesso punto in cui si trovava in precedenza, e da qui raccolta dall'ostetrica con l'altra mano rispetto a quella che tiene il bambino in grembo, tra le sue braccia. **Nel parto cesareo la placenta deve essere sempre mantenuta ad un livello più alto o uguale a quello del neonato, mai inferiore** (aspetto importante). Poiché nel parto cesareo vi è un distacco di placenta artificiale, quindi non fisiologico, i flussi nei vasi ombelicali potrebbero portare ad un'uscita del sangue dal neonato verso la placenta, con relativa ipovolemia neonatale. A questo punto l'ostetrica, con il neonato in braccio e la placenta sopra di esso, può andare verso la madre per un primo contatto utile a favorire qualche forma di colonizzazione con il microbioma materno, o metterli accanto, placenta e neonato, sull' isola neonatale. La sicurezza nei gesti è molto importante, soprattutto in sala operatoria e nella sala parto, per l'ovvio motivo di non trazionare bruscamente il cordone ombelicale o far cadere la placenta. Evitare di manipolare troppo la parte dei cotiledoni, cioè la faccia materna della placenta, e provvedere a mettere la placenta stessa in contatto con una traversa di cotone assorbente una volta rimossa dalla copertura della sala operatoria. Se c'è sangue nei vasi sanguigni del cordone ombelicale, è utile mantenere sospesa la placenta sopra il neonato, “come una flebo”. Il neonato può altresì essere posizionato in un contenitore o un carrello per essere trasportato dalla madre per il “pelle a pelle” in sala operatoria o fuori dalla sala parto per altre necessità. Si può infine effettuare il passaggio del neonato dal campo sterile al petto della madre con altre modalità di volta in volta individuate dall'equipe operatoria. La placenta attaccata al neonato può essere anche contenuta in una sacca porta visceri.

Il razionale delle suindicate disposizioni si basa sui benefici accertati e su quelli ipotizzati dell'assunzione di sangue neonatale, da cordone ombelicale e contenuto in placenta, che è ricevuto dal neonato finché vi è flusso nella vena ombelicale. Tale assunzione di sangue ottimizza il processo di adattamento del neonato alla vita extrauterina, soprattutto in condizioni d'emergenza. Il sangue neonatale da cordone ombelicale è ricco di cellule staminali emopoietiche. Esistono altresì le cellule staminali mesenchimali che si trovano disperse nella gelatina di Wharton in sede extravascolare e possono essere assunte attraverso l'apertura ombelicale se la placenta rimane attaccata al neonato fino alla naturale e spontanea separazione. Di certo si può affermare che una volta clampato e reciso il cordone ombelicale, l'assunzione di cellule staminali da parte del neonato

