

CONFLITTO MATERNO-FETALE

Lucia Gentilucci, Solmas Talebi Shavar, Andrea Luigi Tranquilli

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Lucia Gentilucci - Ancona
Via Gramsci 19, 62024 Matelica (MC) Italia
tel: +39 339 2696678; e-mail: luciagentilucci@libero.it

ABSTRACT

The term “Maternal-fetal conflict” denotes any situation where maternal wellness or intensions are in contrast with fetal wellness and vice versa or when physician’s moral trusts towards mother are in conflict with them towards fetus. Apparently the maternal-fetal conflict doesn’t exist because the interests of both mother and fetus are in the most of cases the same, but actually there are situations whereas these interests diverge: maternal therapy (antihypertensive, cortisonic, insulinic therapy for gestational diabetes, antithyroid, fetal arhythmias and their therapy), cancer during pregnancy, voluptuary behaviours, occupational conditions, mother’s cerebral death, acute fetal suffering, fetal pathology of the big premature, unbalanced cyanogen cardiopathy. Nowadays the Obstetrician has to interact with two individuals instead of a unique and complex patient: he has the protection’s responsibility of two individuals’ wellness. Mother and fetus, although biologically jointed are two defined entities . Physician’s behaviours could be ethical or based on “benevolence”, but in any case they have to take inspiration by scientific evidences and competent counselling in order to build up a decisional route with consciousness and knowledge.

Key words: *benevolence; autonomy; pregnancy*

RIASSUNTO

Il termine “Conflitto materno- fetale” si riferisce ad ogni situazione nella quale il benessere materno o le sue volontà contrastano con il benessere fetale e viceversa o quando gli obblighi morali del medico verso la madre entrano in conflitto con quelli verso il feto. Poiché nella maggior parte dei casi gli interessi materno-fetali coincidono, il conflitto tra i due apparentemente non esiste, ma di fatto esistono situazioni in cui tali interessi divergono: terapia materna (antipertensiva, cortisonica, terapia insulinica per diabete gestazionale, antitiroidea, aritmie fetali e loro terapia), cancro in gravidanza, abitudini voluttuarie di vita, condizioni lavorative, morte cerebrale materna, sofferenza fetale acuta / TC, patologia fetale in epoca di grande prematurità o previtale, cardiopatie cianogene scompensate. Attualmente l’Ostetrico non si trova più di fronte ad un unico paziente complesso ma ha di fatto la responsabilità della tutela della salute di due individui, i quali, ancorché biologicamente legati, sono due distinte individualità. Le possibili condotte mediche possono basarsi sul piano etico piuttosto che benefica o viceversa, ma in ogni caso devono essere sempre supportate da evidenze scientifiche, ove esistano, oltre che da un accurato counseling con la paziente, in modo da costruire, insieme con l’assistita, un percorso decisionale consapevole e documentato.

Parole chiave: *screening; cervicocarcinoma*

INTRODUZIONE

Il termine “Conflitto materno- fetale” si riferisce ad ogni situazione nella quale il benessere materno o le sue volontà contrastano con il benessere fetale e viceversa o quando gli obblighi morali del medico verso la madre entrano in conflitto con quelli verso il feto.[1]

L’esistenza di un conflitto materno-fetale sembra paradossale, è opzione comune infatti un atteggiamento materno protettivo e conservativo nei confronti del feto, nella massima parte dei casi le gestanti accettano anche dei rischi sulla propria salute a beneficio del buon esito fetale. Esistono tuttavia casi dove gli interessi divergono.[2]

Quali sono i possibili panorami di conflitto materno-fetale?

Le principali condizioni in cui lo stato o l’atteggiamento materno si riflette sul feto sono:

- Terapia antipertensiva, cortisonica, antitiroidea...
- Cancro in gravidanza

- Abitudini voluttuarie di vita
- Condizioni lavorative
- La morte cerebrale materna
- Taglio cesareo “ a richiesta”

Le principali condizioni in cui lo stato fetale impone scelte materne sono:

- Terapia insulinica per diabete gestazionale,
- aritmie fetali e loro terapia,
- sofferenza fetale acuta / TC,
- patologia fetale in epoca di grande prematurità o previtale,
- Cardiopatie cianogene scompensate

Dalla letteratura il concetto di "conflitto" emerge solo dopo gli anni '80.

Benchè la relazione biologica materno-fetale non abbia subito cambiamenti, l'approccio medico a tale relazione è andato via via modificandosi ponendo un 'confine'. Negli ultimi anni i progressi compiuti in medicina e l'evoluzione incalzante della tecnologia hanno spinto le possibilità di intervento medico a livelli sempre più estremi. I progressi nelle tecniche di imaging, di diagnostica prenatale, screening genetici e chirurgia fetale hanno determinato una trasformazione dello status clinico del feto: l'organismo fetale non è più dedotto solamente attraverso la semeiotica tradizionale bensì è osservato attraverso quello materno. [3-4]

Uno dei settori che ha risentito della specializzazione crescente è proprio la capacità di assistenza neonatale che ha portato il limite di sopravvivenza di un neonato ad una soglia sempre più precoce di gestazione. Se negli anni '70-'80 si riteneva che per sopravvivere un neonato dovesse avere almeno 28 settimane gestazionali ed un peso minimo alla nascita di circa 1000 gr, oggi, grazie alla possibilità di profilassi cortisonica per la maturazione polmonare, la somministrazione di surfactante e le nuove tecniche di respirazione artificiale, la soglia di sopravvivenza si è abbassata di fatto alla 24^a settimana gestazionale.

CASO CLINICO 1:

Sig.ra L. R. 36 anni, I gravida a 21 sg e familiarità per ipertensione arteriosa, fumatrice da più di 10 anni, esegue ecografia ostetrica che mostra: biometria fetale regolare in accordo con l'epoca gestazionale secondo le curve di accrescimento di Hadlock (DBP=51-mm; CC= 182 mm ; CA= 160 mm; LF= 35 mm) ed i seguenti indici flussimetrici: RI arteria uterina destra: 0,73 e RI arteria uterina sinistra: 0,74. Giunge all'osservazione dei medici di un centro di III° livello alla 25+0 sg per rialzo pressorio pari a 160/110mmHg accompagnata a cefalea. Si prelevano quindi i seguenti esami ematochimici (Hb:11g/dl; PTL:209000/mmc; PT:100%; PTT: 21sec.; Fibrinogeno: 645mg/dl; LDH: 350U/l ; AST/ALT: 15/13U/l; Proteinuria= 163mg/l) e viene eseguita ecografia ostetrica con flussimetria materno-fetale: (DBP= 63mm; CC= 218mm (10°pc); CA=171mm (<5°pc); LF= 37mm(<5°pc); Placenta normoinserita sulla parete uterina laterale destra; AFI= 129mm(30°pc); PI AO= 1,70; PI MCA=1,46; RI UA dx= 0,70 con Notch; RI UA sn= 0,72 con Notch; RI UA medio= 0,71) ed in regime di ricovero si imposta terapia con calcioantagonista orale (Nifedipina 30mg x 2 al giorno) e si inizia profilassi corticosteroidica. Nei giorni seguenti la pressione arteriosa oscillava intorno ad una media di valori di 150/90mmHg e la gravidanza è stata monitorata per mezzo di flussimetria e controllo del liquido amniotico ogni due giorni; All'epoca di 26+1 settimane gestazionali la paziente riferisce cefalea persistente e scotomi; la flussimetria fetale evidenziava segni compromissione fetale: assenza di flusso diastolico nell'arteria ombelicale e segni di vasodilatazione cerebrale: MCA= 1,0; mentre gli esami ematochimici mostrano: Hb:10,8g/dl; PTL:140000/mmc; PT:92%; PTT: 24sec; Fibrinogeno: 645mg/dl; LDH: 510U/l; AST/ALT: 83/42U/l; Proteinuria delle 24h= 450mg/24h. Alla luce del quadro clinico e laboratoristico, illustrate alla donna le possibili tragiche conseguenze sulla propria salute e su quella del feto legata anche all'estrema prematurità, si decide per espletamento del parto per via addominale. Nasce feto di sesso maschile di gr 540 con Apgar 5/7/7.

Gli alti tassi di mortalità e di morbosità che si riscontrano in questi casi fanno sì che proprio nella assistenza dei neonati prematuri ai limiti della capacità di sopravvivenza sorgano sovente dei dubbi etici tutt'altro che irrilevanti. Siamo di fronte a casi clinici con problematiche molto complesse, con prognosi quanto mai incerta e in condizioni tali da non mettere il medico nella condizione di dare risposte adeguate, sia sotto il profilo giuridico che deontologico. E' assai difficile definire in modo obiettivo il limite della capacità di sopravvivenza, anche perché i criteri scientifici sono formulati in termini piuttosto imprecisi e dipendono molto dalle risorse tecnologiche disponibili e dalla possibilità di eseguire terapie intensive sicché variano molto a seconda dei tempi e dei luoghi. Ecco perché ci si trova spesso alle prese con implicazioni etiche che vanno ben oltre gli aspetti meramente biologici che tecnici di un trattamento, e sulla scorta dei quali vanno analizzate le scelte cliniche.

La percezione sociale della gravidanza, dunque, negli ultimi anni è mutata ed al contempo quella fetale. In passato l'atto medico era guidato dal principio del "Nil nocere" e "Salus aegroti", rivolti solamente alla figura materna. In realtà il conflitto materno-fetale è sempre esistito ma concepito e risolto solo in funzione del benessere materno senza considerare il confine materno-fetale.[5]

Oggi l'Ostetrico ha di fatto la responsabilità della tutela della salute di due individui, i quali, ancorché biologicamente legati, sono due distinte individualità. Questo nuovo approccio porta con se implicazioni complesse etiche, sociali e legali.[6-7]

Così come l'atteggiamento del medico, pur basandosi sul principio della beneficiabilità, è cambiato nei confronti della gestione della gravidanza, anche la donna acquisisce potere decisionale nella gestione del proprio stato di salute non affidandosi più solamente e completamente alle decisioni del medico. Nell'etica contemporanea prende piede il principio di "autonomia" che prevede una informazione adeguata secondo la dottrina del consenso informato, che rende la donna consapevole e capace di compiere una decisione autonoma nella scelta di un qualsiasi atto terapeutico.[8]

Tuttavia, nella gestione del rapporto materno fetale l'autonomia non può valere come principio assoluto proprio perché esiste una dualità in cui il feto inizia ad avere propri diritti che non possono essere sovrastati dall'autonomia materna. Quindi il medico deve garantire la beneficiabilità pur rispettando l'autonomia materna, ma talvolta la beneficiabilità nei confronti della madre comporta un non rispetto della autonomia e della beneficiabilità fetale.[9-10]

CASO CLINICO 2:

Gravida alla 32^a settimana di gestazione, riscontra casualmente un nodulo di circa quattro centimetri alla mammella destra, viene eseguito l'esame citopatologico che mostra focolai di carcinoma duttale infiltrante scarsamente differenziato, grado 3 secondo Elston-Ellis, con aspetti di diffusione intraduttale e cancerizzazione dei lobuli. Il Ginecologo e la paziente, come convenuto con l'Oncologo, decidono per espletamento del parto per via cesarea, poiché lo stato della malattia tumorale necessita di un trattamento di chemioterapia con inizio entro 2-3 settimane. Avendo eseguito profilassi cortisonica della RDS neonatale ed avendo necessità della terapia oncologica, si è concordato per l'espletamento del parto nel corso della 32^a settimana gestazionale, epoca di

marginale sicurezza neonatale che permette l'inizio della terapia in tre settimane.

Individuato il conflitto materno-fetale, cioè la situazione in cui gli interessi non convergono, il medico assume un ruolo di "Avvocato di due mondi" e può seguire una delle seguenti condotte:

- **CONDOTTA ETICA:** Anche se una decisione autonoma della donna non è benefica per il feto, l'Ostetrico deve rispettare l'autonomia decisionale della stessa, continuare ad assisterla e non intervenire contro la volontà della paziente indipendentemente dalle conseguenze.
- **CONDOTTA BENEFICIALE:** L'Ostetrico deve trovare i motivi di convincimento, ed incoraggiare la scelta per il trattamento più idoneo proposto.
- **CONDOTTA TERAPEUTICA FORZATA:** Qualora il mancato trattamento non sia compatibile con la vita, l'ostetrico obbliga la gestante a sottoporsi al trattamento più idoneo consigliato richiedendo un intervento giuridico.

Tuttavia la legge non obbliga il medico a richiedere un intervento giuridico nei confronti di una gestante capace di intendere e di volere per tutelare la salute del feto o viceversa; qualora il medico richieda un intervento legale, deve assumersi ogni responsabilità etica inerente la scelta.

E' buon senso che nella pratica comune la valutazione del medico avvenga su due fronti:

- valutazione medica
- valutazione etica

e dunque la condotta che sia benefica per entrambi.

Il medico ha la responsabilità di informare completamente la donna, di consigliare con empatia e pazienza e di fornire ogni servizio di supporto che necessita; deve tenere a mente che la conoscenza medica ha limitazioni ed il giudizio medico è fallibile e deve perciò essere attento a presentare una valutazione equilibrata degli outcomes attesi per la madre ed il feto.[11-12]

Dovrebbe inoltre anche considerare il contesto sociale e culturale in cui queste decisioni sono maturate e chiedersi se quelle decisioni sono influenzate da disuguaglianze di genere, classe o razza, o convincimenti religiosi, culturali, o finalità edonistiche.[13-14]

CASOCLINICO 3:

I gravida a 39+5 settimane di età gestazionale, giunge alla osservazione dei medici del Pronto soccorso Ostetrico-Ginecologico per modiche perdite ematiche dai genitali esterni ed attività contrattile sporadica. Alla visita si reperta un collo centralizzato pervio ampiamente al dito, parte presentata cefalica non impegnata, membrane integre. Si esegue CTG di controllo che mostra frequenza cardiaca fetale di base di 170bpm con variabilità < 5 bpm; assenza di accelerazioni piccole e grandi e presenza di due decelerazioni con nadir pari a 70bpm e durata 3 minuti; attività contrattile uterina non presente. Si propone alla paziente l'espletamento del parto per via addominale ma rifiuta il consenso al taglio cesareo per motivi estetici legati alla cicatrice chirurgica. Dopo aver illustrato alla paziente i rischi fetali legati al suo rifiuto e spiegata la possibilità di poter eventualmente ricorrere alla 'magistratura in urgenza', la paziente accorda il suo consenso. Si esegue taglio cesareo. Nasce feto di sesso femminile con due giri di cordone stretti

intorno alla gamba, di 3085 gr ed Apgar 5/7/8.

Secondo l'articolo 5 del codice civile: "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica."

Attraverso un "rapporto empatico", il curante dovrebbe creare nella paziente un bagaglio conoscitivo, obiettivo reso possibile dalla "medicina basata sulle evidenze" e successivamente quello di seguire la gestazione con partecipazione ed umanità.

L'OMS parla di "salute non come assenza di malattia ma come completo benessere fisico, psichico e sociale", perciò se la donna dovesse continuare risolutamente a sostenere la sua posizione è dovere del ginecologo valutare l'aspetto psicologico della paziente per capire se la richiesta si inserisce in un quadro di psicopatologia che darebbe liceità ad eseguire un determinato trattamento, in quanto la richiesta sarebbe evasa per la salute della donna.

CASO CLINICO 4:

I gravida alla 40^a settimana gestazionale con decorso fisiologico della gestazione si reca dal proprio curante per richiedere espletamento del parto per via addominale. L'ostetrico indagando le motivazioni che portano la paziente a tale scelta, riscontra motivazioni psicologiche legate alla morte della madre della stessa dopo il parto della sorella minore. Dopo aver illustrato che la via addominale non è scevra da rischi e aver provato a trovare spunti di convincimento ma senza successo, decidono per richiedere una consulenza psicologica che attesti la necessità in tale paziente di eseguire la procedura richiesta. Dopo la visita con lo psicologo che certifica la reale fobia dell'assistita all'espletamento del parto vaginale e i possibili risvolti psicologici sulla stessa nell'affrontare questo percorso, si programma espletamento del parto per via addominale.

In che maniera e con quale forza il medico può provare a dissuadere la paziente che rifiuta un determinato trattamento?

Nel caso in cui la condotta del medico sia benefica piuttosto che etica/forzata, il tentativo di persuasione va graduato secondo due fondamentali criteri:

- evidenze scientifiche
- gravità del quadro clinico

E' chiaro che se la letteratura non fornisce evidenze numerose ma solo case-report, è auspicabile dopo accurato counselling e una accurata ricerca di documentazione scientifica, costruire un percorso insieme alla paziente e documentarlo per mezzo di un consenso informato.[15]

CASO CLINICO 5:

Il gravida I para alla 32^a settimana gestazionale, porta in visione esami ecografici che mostrano quadro compatibile con aneurisma della vena ombelicale, diagnosticato alla 22^a settimana gestazionale. Dopo ripetuti controlli ecografici, ecocardio e flussimetria fetale che mostrano nel tempo un quadro fetale stabile nel tempo, la paziente giunge alla nostra osservazione per una consulenza ostetrica. Il medico dopo aver documentato in letteratura un unico case-report che descriveva morte fetale alla 36^a settimana gestazionale a causa dell'improvvisa rottura dell'aneurisma, previa consulenza neonatologica, consiglia espletamento del parto per via addominale al compimento della 34^a settimana gestazionale per consentire la maturazione polmonare. Ciononostante la paziente rifiuta la possibilità di eseguire taglio cesareo e richiede espletamento del parto per via vaginale e decide di richiedere

un altro consulto medico. Si ripresenta alla nostra attenzione alla 33^a settimana gestazionale accordando espletamento di parto per viao-dominale alla 34^a settimana. Il percorso decisionale e la scelta della paziente vengono documentati per iscritto nel consenso informato. Alla 34^a settimana gestazionale da taglio cesareo nasce feto di sesso maschile di 2170 gr. Apgar 8/9/9.

Secondo l'articolo 32 della Costituzione: "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Ma fino a che punto il medico può o deve assecondare le richieste della paziente? E' chiaro che anch'egli può manifestare il suo dissenso ad una richiesta non motivata da giustificazioni etiche o mediche. [16]

CASO CLINICO 6:

Pz di 50 anni con cicli mestruali regolari si reca dal proprio curante per richiedere una stimolazione ovarica. Nell'inquadramento anamnestico della donna emerge che la sua richiesta è motivata dalla volontà di esaudire il desiderio del proprio partner di 35 anni di aver due figli gemelli. La donna infatti, informatasi adeguatamente sulle modalità di esecuzione di tale pratica e degli annessi rischi, avrebbe voluto beneficiare di un noto "effetto collaterale", ovvero la possibile insorgenza di una gravidanza gemellare. Il medico decide di rifiutare il trattamento in quanto, non sussistendo alcuna indicazione terapeutica, non conferirebbe liceità all'atto medico. Egli infatti tutelando lo stato di salute della sua assistita può esercitare il proprio diritto di "esercitare la professione medica secondo il principio di responsabile libertà scientifica".

DISCUSSIONE

Il termine "Conflitto materno-fetale" venne introdotto per la prima volta nel 1987 ad opera di Allen AE del Comitato Etico dell'ACOG per poi essere sostituito alla fine degli anni '90 con la definizione di "Relazione materno-fetale", ponendo così l'accento sull'intima relazione che si instaura tra gestante e feto [1]. In realtà, per la maggior parte dei casi gli interessi materno-fetali coincidono e dunque il conflitto apparentemente sembra non esistere, ma come abbiamo visto, ci sono situazioni in cui tali interessi divergono.

Un tempo, la diade materno fetale era pensata come un unico paziente complesso. In questa visione i benefici combinati materno-fetali venivano contrapposti ai rischi combinati.

Chapman E et al sostengono che, così come i progressi delle tecnologie mediche, i processi innovativi ed i dibattiti culturali e politici continuano a influenzare il rapporto medico-paziente, allo stesso modo la conoscenza medica ed i dibattiti etici sulla relazione materno-fetale continuano a crescere e sono destinati a diventare parte sempre più importante della gestione della paziente ostetrica[4].

Le tecnologie mediche attuali rivelano il feto in tutta la sua anatomia, fisiologia e biochimica ma, come Fasouliotis SJ descrive, la relazione biologica materno-fetale non ha subito cambiamenti, è l'approccio medico a tale relazione che ha posto un confine [3]: l'organismo fetale non è più dedotto, bensì osservato attraverso quello materno e viene così considerato da FA e McCullough LB, un paziente distinto con diritti propri. Le possibilità di intervento diagnostico e terapeutico fetale e neonatale hanno tracciato un "confine" e la diade è divenuta una dualità [7].

I possibili scenari di conflitto sono molteplici e pongono il medico in una posizione assai complessa; egli pertanto si trova ad assumere il ruolo chiave dovendo prima valutare le motivazioni che spingono al conflitto e poi bilanciare una condotta che sia il più possibile benefica per entrambi. Tuttavia il principio di beneficalità, ispiratosi al singolo individuo, non valuta benefici e rischi su due distinte individualità e non può quindi applicarsi da solo al binomio madre-feto.

La FIGO (International Federation of Gynecologist and Obstetricians) ha stilato delle linee guida sugli interventi da eseguirsi per il benessere fetale secondo le quali, in caso di conflitto materno-fetale, il team medico ha la responsabilità di informare completamente la donna, di consigliare con empatia e di fornire ogni servizio di supporto che necessita, ma la decisione finale riguardante il trattamento raccomandato può essere presa solo ed esclusivamente dalla donna. Nessuna persona può essere costretta a sottoporsi ad un intervento medico non desiderato poichè verrebbe violata la sua autonomia ed i suoi diritti umani fondamentali.

Il focus quindi si sposta in tutt'altra direzione rispetto a quanto accadeva nell'ultimo ventennio del secolo scorso negli Stati Uniti dove numerose sono state le ordinanze emesse dalla Corte d'Appello autorizzando l'esecuzione di interventi contro la volontà materna finalizzati ad aumentare l'outcome fetale. Sulla base di queste linee guida, le sentenze emanate dai tribunali sono state criticate come un'invasione della privacy della donna, come una limitazione della sua autonomia e come una violazione al diritto al consenso informato. Nel 2005 anche il Comitato Etico dell'ACOG si è opposto all'approccio coercitivo e punitivo enfatizzando un atteggiamento incoraggiante e positivo dell'Ostetrico ma soprattutto di rispetto della donna e della sua autonomia decisionale. Il medico non deve intervenire contro la volontà materna, indipendentemente dalle possibili conseguenze sul feto, tenendo a mente che anche la conoscenza medica ha limitazioni ed il giudizio medico è fallibile. La legge non obbliga il medico a richiedere un intervento giuridico nei confronti di una gestante capace di intendere e di volere per tutelare la salute del feto. Il ricorso all'autorità giudiziaria ed eventuali misure coatte andrebbero evitate nel rispetto dei Diritti della persona e dell'autonomia decisionale della donna. Tuttavia qualora il medico richieda un intervento legale, deve assumersi ogni responsabilità etica inerente la scelta. Il medico deve inoltre considerare sempre il contesto sociale e culturale nel quale la donna vive assicurandosi che le decisioni non scaturiscono da ineguaglianza di genere, classe o razza. L'obiettivo attuale è quello di creare un modello atto a valorizzare le esigenze comuni piuttosto che i bisogni mutuamente esclusivi. Il confronto con altri colleghi e l'eventuale istituzione di un Comitato Etico potrebbero risultare utili.

Ciononostante rimangono aperti dubbi e perplessità legate proprio alle risorse tecnologiche disponibili attualmente che sì, hanno un grande potenziale, ma non hanno di fatto un valore assoluto; ciò determina un limite di incertezza che rende assai difficile sia la costruzione di un processo decisionale che la scelta finale. Fino a dove è possibile spingersi? A chi spetta la scelta definitiva sul da farsi? E quanto il medico ispirato dai principi di scienza e etica può manifestare il proprio dissenso pur tutelando lo stato di salute della propria assistita?

La relazione materno-fetale è di tipo simbiotico ed in essa la madre assume il ruolo di guardiano morale. Il medico può soltanto affiancarsi ad essa e con empatia, rispetto e competenza guidarla verso la presumibile scelta migliore.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen AE. *In Re AC an affirmation on ACOG committee opinion number 55: Womens Health Issues.* 1990;1:37-40.
2. Ethics Committee of the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Patient choice and the maternal-fetal relationship.* *Int J Gynaecol Obstet.* 1999; 65:213-5.
3. Fasouliotis SJ, Schenker JG. *Maternal-fetal conflict.* *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 89:101-7.
4. Chapman E. *Difficult decisions: social and ethical implications of changing medical technology.* *Community Genet.* 2002;5:110-9.
5. Pinkerton JV, Finnerty JJ. *Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts.* *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:289-95.
6. Dickens BM, Cook RJ. *Ethical and legal approaches to 'the fetal patient'.* *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;83:85-91.
7. Chervenak FA, McCullough LB. *The fetus as a patient: an essential concept for the ethics of perinatal medicine.* *Am J Perinatol.* 2003;20:399-404.
8. Whitehead J, Wheeler H. *Patients' experience of privacy and dignità. A literature review.* *Br J Nurs.* 2008; 17: 381-5.
9. Oduncu FS, Kimmig R, Hepp H, Emmerich B. *Cancer in pregnancy: maternal-fetal conflict* *J Cancer Res Clin Oncol* 2003; 129:133-146.
10. Moran BJ, Yano H, Al Zahir N, Farquharson M. *Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy.* *Lancet Oncol.* 2007; 8: 536-44.
11. Harris LH, *Rethinking maternal-fetal conflict: gender and equality in perinatal ethics.* *Obstet Gynecol,* 2000; 96:786-9.
12. Chervenak FA, McCullough LB, Levene MI. *An ethically justified, clinically comprehensive approach to peri-viability: gynaecological, obstetric, perinatal and neonatal dimensions.* *J Obstet Gynaecol.* 2007;27:3-7.
13. Tranquilli AL, Giannubilo SR. *International Journal of Gynecology and Obstetrics Cesarean delivery on maternal request in Italy* 2004; 84:179-180.
14. Minkoff H. *The ethics of cesarean section by choice.* *Semin Perinatol.* 2006;30:309-12.
15. ACOG Committee Opinion No. 363: *patient testing: ethical issues in selection and counseling.* *Obstet Gynecol.* 2007;109:1021-3.
16. ACOG Committee Opinion 321, *Maternal decision making, ethics and the law.* *Obstet Gynecol.* 2005; 106 (5Pt 1): 1127-37.