

**UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE  
MILANO**

Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e Promozione  
della Salute:

Persona, Relazioni Familiari e di Comunità



**La pratica dell'utero in affitto:  
analisi del fenomeno secondo una prospettiva psico-giuridica**

Relatrice:

Prof.ssa Miriam PARISE

Correlatrice:

Prof.ssa Elena Camilla Rosa CANZI

Tesi di Laurea di:

Francesca LANZEROTTO

matr. n° 4914476

# Indice

<b>Abstract</b> .....	5
<b>Abstract (english version)</b> .....	6
<b>Introduzione</b> .....	7
<b>1. Maternità surrogata: inquadramento storico e definizione della pratica</b> ...10	
1.1. <i>Inquadramento storico</i> .....	10
1.2. <i>La terminologia</i> .....	11
1.3. <i>Uno sguardo alle statistiche</i> .....	19
1.4. <i>Il dibattito scientifico</i> .....	24
<b>2. Il file rouge tra etica e diritto</b> .....	28
2.1. <i>A fondamento della legge</i> .....	28
2.2. <i>Punti eticamente caldi</i> .....	30
2.3. <i>Una legislazione dinamica nel mondo</i> .....	37
2.4. <i>Il caso italiano</i> .....	50
<b>3. Maternità surrogata: outcomes psicologici. Una lettura individuale e relazionale</b> .....	55
3.1. <i>Una differente declinazione di “Genitorialità”</i> .....	55
3.2. <i>I diritti riproduttivi</i> .....	60
3.3. <i>I genitori committenti</i> .....	61
3.3.1. <i>Le motivazioni dei genitori</i> .....	61
3.3.2. <i>I fattori di stress correlati al processo della maternità surrogata dal punto di vista dei genitori committenti</i> .....	62
3.3.3. <i>Famiglie omoparentali</i> .....	64
3.3.4. <i>I vissuti psicologici di madri e padri committenti</i> .....	64

3.3.5. <i>Gli aspetti economici e il viaggio</i> .....	64
3.3.6. <i>Valutazione di idoneità dei genitori committenti</i> .....	69
3.4. <i>La madre gestante</i> .....	72
3.4.1. <i>Idoneità e sostegno psicologico</i> .....	72
3.4.2. <i>Selezione delle gestanti</i> .....	74
3.4.3. <i>L'accordo tra le parti e il compenso economico</i> .....	75
3.4.4. <i>I vissuti psicologici delle madri gestanti</i> .....	76
3.4.5. <i>Le motivazioni a divenire una madre gestante</i> .....	79
3.4.6. <i>L'esperienza della maternità surrogata raccontata dalle madri gestanti</i> .....	81
3.4.7. <i>Il ruolo dei donatori di gameti</i> .....	83
3.5. <i>Il figlio nato da madre surrogata</i> .....	84
3.5.1. <i>Outcomes medici e psicologici</i> .....	85
3.5.2. <i>Il tema delle origini</i> .....	88
3.5.3. <i>Il figlio biologico della madre surrogata</i> .....	89
3.6. <i>La maternità surrogata secondo una prospettiva relazionale</i> .....	90
3.6.1. <i>Relazione tra genitori sociali e madre surrogata</i> .....	91
3.6.2. <i>Contatto tra la madre surrogata e il bambino</i> .....	92
3.7. <i>Maternità surrogata e adozione</i> .....	94
<b>4. Un'indagine su opinioni e atteggiamenti dei giovani adulti italiani verso la maternità surrogata</b> .....	<b>97</b>
4.1. <i>Premessa</i> .....	97
4.2. <i>Metodo</i> .....	98
4.2.1. <i>Partecipanti e procedura</i> .....	98
4.2.2. <i>Strumenti</i> .....	99
4.3. <i>Risultati e discussione</i> .....	101
4.3.1. <i>Diffusione della maternità surrogata</i> .....	101
4.3.2. <i>Gli atteggiamenti dei giovani verso la pratica della maternità surrogata</i> .....	103
4.3.2.1. <i>Influenza dell'età</i> .....	106
4.3.2.2. <i>Influenza del genere</i> .....	107

4.3.2.3. <i>Influenza del titolo di studio</i> .....	107
4.3.2.4. <i>Influenza dell'area geografica</i> .....	108
4.3.2.5. <i>Influenza dell'orientamento politico</i> .....	109
4.3.2.6. <i>Influenza della religiosità</i> .....	111
4.3.2.7. <i>Influenza dell'essere genitori</i> .....	112
4.3.3. <i>Maternità surrogata rispetto alle altre tecniche di procreazione</i> .....	113
<b>Conclusioni</b> .....	118
<b>Bibliografia</b> .....	121

## **Abstract**

Il presente lavoro di tesi tratta il tema della maternità surrogata. L'obiettivo dell'elaborato è quello di approfondire la pratica descrivendola nei suoi metodi e nelle sue implicazioni etiche, delineando l'odierno scenario legislativo mondiale, ragionando sui risvolti psicologici delle persone coinvolte e considerando la loro esperienza da un punto di vista relazionale.

La prima sezione della tesi è dedicata alla descrizione delle tecniche di surrogazione, alla presentazione delle statistiche inerenti alla diffusione tra continenti e paesi, e delle normative vigenti; un approfondimento specifico viene proposto per la situazione legislativa italiana. Segue una presentazione della letteratura scientifica sui vissuti, pensieri e implicazioni psicologiche dei protagonisti della pratica. Infine, viene presentata una ricerca circa le opinioni e gli atteggiamenti dei giovani italiani verso la maternità surrogata.

## **Abstract (*english version*)**

This thesis deals with the topic of surrogacy. The goal is to deepen the practice by analyzing its methods and ethical implications, outlining today's legislative scenario, thinking about the psychological implications of the people involved and considering their experience from a relational perspective.

The first section focuses on the description of surrogacy techniques, it presents the related statistics, the spread between continents and countries, and regulations in force; a specific study is proposed for the Italian legislative situation. This is followed by a presentation of the scientific literature on the experiences, thoughts and psychological implications of the protagonists of the practice. Finally, research is presented on the opinions and attitudes of young Italians towards surrogacy.

## **Introduzione**

Il lavoro di tesi è volto ad approfondire la pratica della maternità surrogata, una tecnica di riproduzione medicalmente assistita, che permette ad una coppia o ad un singolo di poter soddisfare il desiderio di diventare genitori, altrimenti insoddisfatto a causa di problematiche mediche, sociali o connaturate alla tipologia di persona che essa sia single o implicata in una relazione omosessuale. La maternità surrogata apre a complesse problematiche di tipo legislativo, etico, sociale, medico, psicologico e antropologico. Essa provoca diverse discipline che trovano urgenza di esprimersi di fronte alla crescente diffusione della surrogacy nel mondo.

Ad oggi il panorama scientifico sul tema si presenta come frastagliato e molto diversificato a seconda della disciplina e tal volta della metodologia utilizzata per fare ricerca sul tema. La letteratura scientifica di matrice etico-filosofica pone delle importanti questioni morali sul valore della donna, sulla mercificazione del loro corpo, sul rendere il bambino oggetto del desiderio. Le ricerche condotte in ambito psicologico suggeriscono degli esiti tendenzialmente positivi rispetto al benessere di tutti i protagonisti implicati nella pratica, studi che tuttavia fanno riferimento a campioni limitati che danno luogo a bias metodologici da tenere in considerazione. Da un punto di vista giuridico si crea la necessità di seguire la rapidità dei cambiamenti che avvengono a livello sociale e tra diversi continenti e paesi al fine di poter tutelare gli attori che prendono parte al processo.

La maternità surrogata nonostante il suo diffondersi in tutto il mondo in modo dinamico e veloce risulta una pratica studiata in modo ancora limitato e segmentato rispetto ai diversi scenari che vengono a formarsi in ogni paese. Il seguente lavoro di tesi mira ad esplorare il tema attraverso la raccolta delle evidenze scientifiche in campo psico-giuridico. Viene proposta un'analisi della letteratura che si pone come

scopo quello di esaminare la questione cogliendo la complessità dei dibattiti etici, politici, psicologici e giuridici che apre.

Inoltre, la surrogacy, così come le altre tecniche di fecondazione assistita, ha creato un insieme di credenze e ideologie nel contesto sociale in cui viviamo che si ritiene interessante scoprire e studiare al fine di poter ricostruire l'immaginario sociale che si sta diffondendo. Essa infatti suscita pensieri, atteggiamenti e comportamenti che vengono in qualche modo veicolati dalle informazioni recepite quotidianamente dai media e dalla rete sociale di appartenenza, ma anche dalle emozioni e dalle riflessioni etiche che essa alimenta.

La tesi si struttura in due sezioni. Il tema è stato approfondito attraverso lo studio di fonti bibliografiche recentemente pubblicate a livello nazionale e internazionale al fine di poter costruire in modo il più possibile esaustivo lo scenario in cui si inserisce la pratica. Vasta è la letteratura inerente alle riflessioni etiche e giuridiche sulla questione, meno approfondita risulta essere la ricerca di matrice psicologica sui vissuti e gli outcomes psicologici dei protagonisti coinvolti.

Allo scopo di esplorare le opinioni e gli atteggiamenti delle persone verso la pratica è stato condotto uno studio con un campione composto da giovani adulti italiani attraverso la somministrazione di un questionario. È stato utilizzato un database raccolto per il Rapporto Giovani dall'Istituto Toniolo con la collaborazione della Fondazione CARIPO e di IPSOS LTD.

Il capitolo uno presenta un inquadramento storico e una definizione della pratica, viene fatto un affondo sui termini utilizzati per riferirsi alla maternità surrogata e vengono presentate le statistiche sulla diffusione della stessa.

Il secondo capitolo offre una prospettiva etico-giuridica, vengono trattate le questioni morali maggiormente dibattute, lo stato delle norme a livello mondiale, per poi sviluppare più nello specifico il caso italiano.

Il capitolo terzo prende in considerazione gli elementi psicologici della surrogacy attraverso una lettura individuale e relazionale, tratta il costrutto di "genitorialità", per poi approfondire i vissuti e gli outcomes psicologici dei genitori sociali, del figlio, dei donatori di gamete, della madre gestante, del partner di quest'ultima e



dei loro figli biologici.

Il quarto capitolo riporta i risultati dello studio sulle opinioni o sugli atteggiamenti dei giovani adulti italiani verso la maternità surrogata, viene indagata la diffusione della pratica, il modo in cui gli atteggiamenti del campione cambiano in base all'età, al genere, al titolo di studio, all'area geografica in cui si risiede, all'orientamento politico, alla religiosità e all'essere genitori.

Il seguente lavoro di tesi, dunque, è volto a rendere maggiormente consapevoli i professionisti interessati alla maternità surrogata. La ricerca si configura come un approfondimento ragionato circa le diverse sfaccettature che si aprono di fronte alla poliedricità della surrogacy. Lo scopo è quello di poggiare la prima pietra per la costruzione di un pensiero complesso e dinamico circa la questione presa in esame con l'auspicio che le future ricerche possano svilupparsi considerando le peculiarità culturali e i limiti metodologici.

# **1. Maternità surrogata: inquadramento storico e definizione della pratica**

## *1.1. Inquadramento storico*

Nel 1985 a Cleveland, Ohio, un gruppo di ricercatori scrive il primo report scientifico sul caso del trasferimento di un embrione, creato a partire da un ovulo di una donna sottoposta precedentemente ad isterectomia, nell'utero di un'altra donna, definita surrogata. La madre genetica aveva in passato usufruito dell'inseminazione medicalmente assistita di un embrione fecondato in vitro derivante dal suo stesso ovulo. Nonostante il successo dell'impianto nel grembo della donna, a 28 settimane di gestazione l'utero spontaneamente si ruppe e si rese necessario l'intervento di isterectomia. Il bambino morì a causa di una sindrome da stress respiratorio, lasciando nell'aspirante coppia genitoriale un forte desiderio inesaudito di avere un figlio geneticamente legato a loro. Fu chiesto alla clinica di considerare la possibilità di poter trasferire l'embrione nell'utero di un'amica completamente in salute, di anni 22 e madre di altri due bambini con gravidanza senza complicazioni. L'ovulo della futura madre venne fecondato con lo sperma del marito e fu impiantato nell'utero dell'amica con grande successo, creando la prima maternità surrogata. Gli studiosi nell'articolo sottolineano l'importanza che una scoperta scientifica di tale calibro può avere per le donne, desiderose di un figlio con legame genetico, ma con alle spalle ripetuti e inspiegabili aborti, anomalie uterine congenite, o qualsiasi malattia dell'utero che possa precludere la conclusione di una gravidanza avente successo (Utian, Sheean, Goldfarb, & Kiwi, 1985).

Nel corso del tempo la società, evolvendo, ha dato luogo ad uno sviluppo della tecnica, all'affinarsi delle metodologie, ma non solo: la tecnologia ha permesso di

offrire sostegno a coloro che per motivi medici, genetici, strutturali non possono intraprendere una gravidanza. Con un andamento direttamente proporzionale allo sviluppo della prassi, è andato evolvendosi un pensiero critico di natura psicologica, antropologica, sociale, ma soprattutto etica sulla surrogazione.

### *1.2. La terminologia*

Fondamentale risulta essere il delineare primariamente il significato che si cela dietro al linguaggio utilizzato per riferirsi alla pratica. Il termine maternità surrogata trova la sua traduzione inglese nel sostantivo *Surrogacy*, viene detta anche “*surrogacy motherhood*” o in italiano “surrogazione di maternità”, “sostituzione di maternità”, “utero in affitto” e “gestazione per altri” (Gpa). Ogni espressione sopraindicata fa riferimento alla medesima pratica, ciò che pone una differenza sostanziale nella scelta della terminologia da utilizzare è l’accezione eticamente intesa, positiva o negativa che si vuole far trasparire. “Maternità surrogata” viene inteso come termine neutro e scientificamente imparziale dal punti di vista etico; “gestazione per altri” viene utilizzato con il fine di donare alla pratica una connotazione positiva, per evidenziare che lo scopo dell’azione è caratterizzato da un animo altruistico e benevolo della donna che regala alla coppia la possibilità di iniziare un’esperienza di genitorialità, contornando l’azione della dolcezza del dono ad una coppia sfortunata; il termine “utero in affitto” ha invece un’accezione negativa, che viene usata per porre luce sulla mercificazione del corpo della donna e sulla riflessione etica circa il compenso economico dato alla madre biologica, aprendo ad uno scenario di tipo economico, di diritti e doveri (Sgorbati, 2016). Fondamentale risulta essere l’attenzione da porre nell’utilizzo di una terminologia come “gestazione per altri” la quale secondo Chini (2016) opacizza la persona, in quanto tale, decisa ad accogliere il nascituro, ubicandola in ombra rispetto all’azione che si porta a compiere. Inoltre, spesso viene utilizzata per delineare una maternità surrogata cosiddetta altruistica anche quando tale non è, sottolinea la studiosa.

La pratica si inserisce nella rosa delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA<sup>1</sup>). Le tipologie dei metodi che vengono fatti rientrare della denominazione PMA sono differenti e molteplici, e si possono suddividere nelle seguenti categorie:

- i. l'inseminazione artificiale *in vivo* o intracorporea delinea la procedura per cui avviene l'introduzione del liquido seminale maschile nell'apparato genitale femminile. Essa può essere omologa o eterologa, la prima definisce il caso in cui venga utilizzato lo sperma del congiunto o del partner convivente stabilmente (A.I.H., *Artificial Insemination Husband*), la seconda se lo sperma utilizzato è quello di un donatore (A.I.D., *Artificial Insemination by Donor*) (Sgorbati, 2016). I gameti maschili una volta prelevati vengono congelati sotto azoto liquido e conservati presso la banca del seme. Quest'ultima ha dato luogo al coinvolgimento, entro la pratica della PMA, di nuovi attori coinvolti nell'evolversi di una metodologia la quale di fatto donerà ai futuri genitori una vita di cui prendersi cura, ma ha permesso anche il diffondersi di un nuovo mercato all'interno dell'economia dei vari paesi. Le banche del seme si occupano di reclutare i donatori, gestiscono i prelievi dei gameti raccolti, li conservano e mediano con i potenziali clienti. Ogni paese ha delineato una legislazione specifica circa tale mercato, creando una differenza importante tra coloro che si cimentano a trattare i donatori come dei lavoratori e delle lavoratrici e chi si approccia loro come a delle persone caritatevoli e generose. I paesi europei che prevedono un compenso per i donatori si limitano di fatto a parlare di rimborso, altri invece si riferiscono al denaro consegnatogli come ad una retribuzione. Nel caso della legislazione in vigore negli Stati Uniti ad esempio vediamo come, dal 1984, i gameti non vengono considerati parti del corpo per i quali è vietata la vendita, ma tessuti rinnovabili, come il sangue, che ne rendono consentita la vendita, sino al punto, come detto poc'anzi, di considerare uomini e donne volenterosi di donare il proprio

---

<sup>1</sup> In inglese *Artificial Reproductive Technologies* (ART).

seme alle aziende, come dei lavoratori e delle lavoratrici a tutti gli effetti (Boldrin, 2019);

- ii. la fecondazione *in vitro* o extracorporea con il trasferimento dell'embrione nell'utero femminile viene detta F.I.V.E.T. Si tratta del prelievo di ovociti i quali vengono fecondati a livello extracorporeo, *in vitro* appunto, finalmente, l'ora sviluppatosi embrione, viene posto all'interno dell'utero materno. I vantaggi della tecnica sono numerosi, tra cui un'alta probabilità di successo della fecondazione in quanto permette di ottenere quest'ultima anche in condizioni di basso numero di spermatozoi e con una motilità ridotta. Negli ultimi anni si è reso possibile il prelievo dello sperma anche tramite intervento chirurgico direttamente dall'epididimo o dal testicolo. Allo stesso modo dell'inseminazione artificiale *in vitro*, può definirsi omologa nel caso in cui i gameti femminili o maschili appartengano alla coppia, eterologa se vengono coinvolte donazioni da parte di terzi;
- iii. la fecondazione può avvenire anche all'interno del corpo umano attraverso la pratica G.I.F.T., acronimo che sintetizza *Gametes Intra Falloppian Trasfert*. Questa metodologia prevede il trasferimento di gameti femminili e maschili nelle tube, perciò la fecondazione avviene propriamente all'interno dell'organismo che accoglie l'inseminazione. Anche in questo caso si pone una differenziazione tra omologa ed eterologa seguendo gli stessi criteri di definizione delineati in precedenza (Canestrari, 2001);
- iv. la maternità surrogata richiede l'ausilio di una donna che si proponga al fine di accogliere nel proprio utero l'embrione di una coppia committente. I gameti possono appartenere alla coppia stessa, a donatori terzi o una parte del patrimonio genetico può essere offerta dalla gestante stessa (Sgorbati, 2016). Facendo un affondo sull'eventuale prelievo del gamete femminile è possibile cogliere la complessità di tale donazione. Al fine di aumentare la probabilità di successo dell'inseminazione *in vitro* si è visto essere necessario l'aver a disposizione un numero elevato di ovuli. Il corpo femminile genera solo uno/due ovuli al mese, tuttavia al fine di poter

prelevare un maggior numero di gameti ed essendo l'intervento invasivo, viene somministrata una stimolazione ormonale con lo scopo di raggiungere una maggior produzione di ovuli, circa venti (Bandelli, 2021), che poi verranno prelevati sotto anestesia attraverso un prelievo transvaginale. I gameti maschili vengono consegnati autonomamente dagli uomini alla banca del seme, mentre la donna volenterosa di donare i propri ovociti dovrà siglare un accordo con la coppia committente e la madre surrogata in quanto al momento del prelievo donatrice e ricevente dovranno trovarsi nello stesso posto, nella stessa clinica, per poter garantire un maggior successo grazie alla freschezza degli ovuli. Con lo scopo di aumentare la probabilità di successo della pratica, si creano più embrioni, tuttavia essendo la gravidanza plurigemellare maggiormente rischiosa, è necessario valutare quanti embrioni selezionare e quanti altri congelarne (Sgorbati, 2016). Le linee guida dell'*American Society for Reproductive Medicine* nel 2006 esplicitano un prezzo degli ovociti che si aggira sui 10.000 dollari, 100 dollari per unità di seme (Boldrin, 2019). L'inseminazione può avvenire in vitro o in vivo, utilizzando una delle tecniche delineate precedentemente. Dopo qualche giorno, gli embrioni sono maturi al punto da poterli innestare all'interno dell'utero (Sgorbati, 2016). A seconda delle legislazioni vigenti nei diversi paesi è possibile valutare la qualità degli embrioni, così come per le altre tecniche di PMA; ad esempio in Italia se i genitori sono portatori di gravi malattie genetiche sono invitati a richiedere una diagnosi dell'embrione (Boldrin, 2019) – si parla chiaramente della PMA nel paese italiano escludendo la pratica della maternità surrogata. Gli accordi di maternità surrogata sono regolati da contratti e le madri surrogate vengono reclutate e selezionate da agenzie specializzate, nei paesi in cui esiste una regolazione che media le trattative. Le donne vengono scelte dai genitori committenti secondo le caratteristiche per loro importanti come il loro aspetto, la classe sociale, la religione e lo stile di vita. La donna che si presta ad ospitare l'embrione viene preparata farmacologicamente, oltre ad essere sottoposta ad una diagnosi genetica pre-impianto per assicurarsi che non ci

siano malattie genetiche che possano mettere a rischio l'embrione (Bandelli, 2021; Jacobson, 2020). Se, in seguito all'impianto degli embrioni un numero elevato di essi ha successo nell'attecchirsi alla parete uterina, la donna dovrà sottoporsi ad una riduzione selettiva delle cellule embrionali (Forman, 2015). La madre surrogata, alla conclusione della gravidanza, consegna alla coppia il bambino che ha fatto crescere nei nove mesi precedenti nel suo grembo (Sgorbati, 2016). La madre surrogata generalmente non allatta, ma in alcuni casi le viene chiesto di fornire il latte (Allen, 2018).

Le tecniche di PMA consentono di dar luogo al concepimento di un essere umano al di fuori dell'unione fisica e sessuale di un uomo e di una donna. La maternità surrogata è una pratica che richiede l'ausilio di una terza persona al di fuori della coppia che desidera avere un figlio: da questo deriva l'interesse scientifico, legislativo ed etico ad approfondire i risvolti biologici e, come in questa sede, psicologici della pratica stessa. Inoltre, i legami genetici e biologici all'interno del processo della *surrogacy* sono definibili ambigui: la relazione tra genitori biologici, committenti e figli biologici o adottivi muove un interesse psicologico importante dal punto di vista della formazione della famiglia e dei legami familiari, ma anche dal punto di vista medico-legale per quanto riguarda la responsabilità genitoriale dichiarata dagli accordi contrattuali tra madri surrogate e genitori committenti (Van Den Akker, 2000).

Al fine di cogliere maggiormente la poliedricità e la complessità della pratica risulta necessario un ulteriore affondo sulle differenti tecniche a cui è possibile ricorrere. La maternità surrogata si basa su tre tecnologie mediche, parliamo infatti di utilizzo dell'inseminazione artificiale, di fecondazione in vitro e di trasferimento di embrioni. Con l'avvento della tecnica si è iniziato a parlare di maternità surrogata cosiddetta "tradizionale" per indicare l'utilizzo nelle pratiche mediche dell'inseminazione artificiale. Successivamente, con l'aumento dei tassi di successo della FIVET e dei trasferimenti di embrioni si è passati alla maggiormente praticata maternità surrogata "gestazionale" (Guerzoni, 2020). Si parla di "donazione" nel

caso in cui il patrimonio genetico sia stato prestato in forma gratuita dalla donna o di “locazione d’utero” o “affitto d’utero” nel caso in cui sia stato previsto un corrispettivo in denaro. La “surrogazione per sola gestazione”, metodologia per cui i gameti femminili non sono stati prestati dalla donna; quest’ultima può, più nello specifico, svolgersi in forma eterologa oppure omologa a seconda che l’embrione accolto nel grembo della madre gestante si venga a formare tramite l’incontro dei gameti della coppia committente o di un membro della coppia e un donatore terzo. La “surrogazione per concepimento e gestazione” vedrà invece accogliere dalla madre surrogata, un embrione formatosi tramite l’incontro tra il gamete maschile della coppia committente e il gamete femminile appartenente alla donna medesima, generando un embrione legato alla madre gestante. La surrogazione può definirsi infine “totale” se la fecondazione avviene tra due gameti di persone terze, estranee sia alla coppia committente che alla gestante (Salone, 2016; Simopoulou et al., 2018).

La maternità surrogata viene descritta in letteratura come tecnica di procreazione assistita avente un tasso di successo maggiore rispetto ai cicli di portatrice non gestazionale, ma tassi di parto multiplo e pretermine più alti. I cicli di portatori gestazionali che utilizzano ovociti non donatori hanno avuto tassi più elevati di successo di impianto, di nati vivi e di parto pretermine rispetto ai cicli non gestazionali. I tassi di nascita multipla con l’utilizzo di ovociti appartenenti a donatori terzi erano più alti tra i cicli di portatori gestazionali rispetto ai cicli di portatori non gestazionali. Quest’ultimo dato è spiegato dai tassi maggiormente elevati di impianto di due o più embrioni che contribuiscono ad un rischio più elevato di gravidanza multipla. Nello specifico circa l’80% dei cicli ha comportato il trasferimento di due o più embrioni, e meno del 20% ha optato per il trasferimento singolo. Gli autori suggeriscono che i rischi sopra specificati possono essere mitigati dal trasferimento di un minor numero di embrioni, dato che le percentuali di successo sono più alte tra i cicli di portatori gestazionale (Perkins, Boulet, Jamieson, & Kissin, 2016).

Un’ultima sostanziale differenziazione è necessaria per riuscire a comprendere le varianti che caratterizzano la gestazione per altri. Si rende quindi necessario parlare



del sistema di reclutamento utilizzato. Se la coppia genitoriale commissionante pattuisce con la madre surrogata un accordo che implica un compenso in denaro, ci si riferisce di reclutamento di tipo “commerciale”. Si parla invece di reclutamento “altruistico” nel momento in cui la donna presta gratuitamente il suo servizio, ossia recepisce un mero rimborso spese per la gravidanza e il parto, comprese cure, interventi, visite mediche. Per alcuni autori la differenziazione che si opera nella categorizzazione della maternità surrogata secondo queste due differenti lenti è falsante, in quanto nonostante si tratti di un servizio gratuito, il rimborso spese costituisce comunque un compenso. Uno scopo di lucro, inoltre, possono averlo anche gli intermediari della pratica, quali cliniche, agenzie e studi legali che si occupano della gestione e delle conseguenze della condotta, ovvero coloro che a pagamento garantiscono i servizi necessari alla realizzazione della surrogazione. Ciò che rende commerciale la pratica non è, secondo gli studiosi, il mero pagamento o meno della gestazione alla madre surrogata, ma il suo inserimento nel mondo del mercato, contrapponendosi all’idea di gratuità basata sul fatto che la donna riceve un rimborso e non un compenso. Il carattere altruistico della surrogazione sarebbe riconoscibile solo nelle situazioni in cui viene meno il contesto di mercato e si predilige un’intermediazione spontanea in concrete relazioni personali (Niccolai, 2017). L’ESHRE *Task Force on Ethics and Law* suggerisce di fatto che in base al sistema di reclutamento delle madri surrogate, si possa distinguere tra un’organizzazione tipicamente commerciale in cui le donne sono state contattate tramite terze parti, a una non commerciale, in cui la maternità surrogata vede l’ausilio della famiglia o degli amici della coppia committente (Shenfield et al., 2005).

Nella dottrina giuridica viene fatta una distinzione terminologica non ancora riconosciuta ufficialmente dal diritto. Nello specifico, viene identificata come “madre genetica” la donna che mette a disposizione gli ovociti, come “madre uterina” o “biologica” o “gestazionale” o “portante” o “surrogata” o “sostituta” la donna che porterà avanti la gestazione e partorirà il figlio, infine come “madre committente” o “sociale” colei che in accordo con il proprio partner, commissiona alla madre gestazionale il compito di crescere nel proprio grembo il feto, di cui la

coppia committente si assumerà la responsabilità genitoriale in seguito alla nascita (Dell’Utri, 2010; Salone, 2016).

**Tabella 1. Termini utilizzati in riferimento alla maternità surrogata**  
(Armour, 2012)

**Madre biologica**

Detta anche “donatrice genetica”. Una donna che contribuisce con i suoi ovuli alla procreazione.

**Padre biologico**

Anche detto “donatore genetico”. Un uomo che contribuisce con il proprio sperma alla procreazione.

**Madre surrogata tradizionale**

La donna che ha donato il suo DNA tramite gli ovociti messi da lei a disposizione e che ha condotto la gestazione su commissione.

**Madre surrogata gestazionale**

La donna che ha condotto la gravidanza dalla fecondazione artificiale sino al momento del parto.

**Genitori designati**

Detti anche “genitori committenti”. Le persone che intendono divenire i genitori legali del nascituro cresciuto nel grembo della madre surrogata. Possono aver messo a disposizione il proprio patrimonio cromosomico ed essere geneticamente legati al bambino oppure non esserlo.

**Maternità surrogata tradizionale**

L’accordo tra le parti nella GPA di tipo tradizionale vede coinvolta la madre surrogata anche dal punto di vista genetico, oltre a quello biologico con la gestazione. Mette a disposizione il suo ovulo in quale verrà inseminato con lo

sperma del padre committente o di un donatore terzo. La fecondazione può avvenire in vitro o in vivo tramite l'inseminazione artificiale. In questo caso alla donna coinvolta verrà assegnata la qualità di madre biologica, genetica e gestazionale.

### **Maternità surrogata gestazionale**

La donna coinvolta come madre surrogata non mette a disposizione il proprio DNA, si presta a fornire, come viene comunemente denominato, “*a womb to rent*” sino alla nascita del figlio, momento nel quale rinuncerà a tutti i diritti parentali e lo affiderà ai genitori designati. Gli ovociti non apparterranno alla donna in questione, ma possono appartenere ai genitori committenti o ancora a persona terze, la tecnica di fecondazione artificiale è quella in vitro.

### *1.3. Uno sguardo alle statistiche*

La maternità surrogata ha rivoluzionato la possibilità di realizzare l'umano desiderio di genitorialità nella coppia che si trova a voler intraprendere questo percorso, ma che si trovano in condizioni che rendono impossibile la gravidanza. È il caso dell'infertilità, di specifiche condizioni mediche, dell'orientamento sessuale e di questioni di natura sociale che si pongono come limite al perseguire una gravidanza, come un volontario disimpegno agli oneri fisici, psicologici, lavorativi o finanziari che una gravidanza comporta (Simopoulou et al., 2018; Nakash & Herdman, 2007).

Per alcune coppie la maternità surrogata risulta l'unica opzione disponibile per crescere un bambino sin dalla sua nascita. In letteratura si trovano ricerche che cercano di spiegare e categorizzare le persone che potrebbero necessitare di una pratica come quella presa in esame. Dar e i suoi collaboratori (2015) includono nelle problematiche mediche che portano a necessitare della pratica le seguenti motivazioni: assenza di utero per cause congenite o post isterectomia, grave

anomalia di Müller<sup>2</sup>, perdita di gravidanza inspiegabili, trattamento fallito per perdite di gravidanza ricorrenti, ripetuti fallimenti di impianto tramite FIVET, condizioni mediche della donna che potrebbero minare alla sua salute in caso di gravidanza, farmaci utilizzati dalla madre che potrebbero influenzare la salute del figlio. Altre condizioni che possono influenzare la scelta di ricorrere alla maternità surrogata possono essere, ad esempio, far parte di una coppia composta da entrambi i partner di sesso maschile oppure essere uomini single. Tra le cause di infertilità si nominano ancora epilessia, placenta accreta, fibromi (Guseva & Lokshin, 2019). Dal punto di vista sociale vengono inclusi anche quei casi in cui personaggi influenti e donne lavoratrici decidono di delegare i nove mesi di gravidanza a persone terze, onde evitare la perdita del tempo lavorativo corrispettivo alla gravidanza (Bandelli, 2021). Approfondendo la casistica, Bandelli (2021) riporta anche il caso di una donna che nel 2018 ha utilizzato la maternità surrogata utilizzando il seme crioconservato del figlio di 27 anni morto a causa di un tumore cerebrale due anni prima.

Nakash e Herdman (2007) alla domanda “*Why surrogacy?*” primariamente attribuiscono all’infertilità primaria e secondaria le motivazioni delle coppie ad intraprendere un percorso di *surrogacy*. Tale infertilità è sperimentata da una coppia su dieci, specificando che i tassi di infertilità variano da paese a paese da >5% a >30%, con una maggioranza nei paesi in via di sviluppo. Le opzioni di fronte a questa condizione sono molteplici. Alcune coppie ricorrono a tecniche di riproduzione medicalmente assistita - molte di queste di fronte al fallimento dei numerosi tentativi di utilizzo delle tecniche mediche - , con un forte desiderio di genitorialità, e si trovano a scegliere tra due possibili opzioni: l’adozione o la maternità surrogata, la quale può in alcuni casi permettere loro di avere un legame genetico con il figlio.

Dalle ricerche (Di Nicola, 2016) si evince una diffusione relativamente comune, nonostante la legislazione in diversi paesi lo vieti. Il fenomeno, delineato da una

---

<sup>2</sup> L’anomalia Mülleriana è dovuta ad un’alterazione dello sviluppo dei dotti di Müller nel corso dell’embriogenesi portando un difetto malformativo all’apparato genitale femminile, nello specifico alle tube, alla cervice, all’utero e alla vagina. (Pellegrino, Maiorino, & Schonauer, 2010).

motivazione forte al punto da infrangere la legge del proprio paese, ha dato origine ad un interesse scientifico condiviso a livello mondiale manifestato tramite le numerose ma ancora probabilmente non sufficienti – al fine di poter carpire fino in fondo la pratica e le sue implicazioni - ricerche e studi pubblicati.

Le aree di studio e riflessioni emergenti attorno al tema della maternità surrogata sono molteplici e per loro natura implicano uno sguardo sociologico, psicologico, educativo, filosofico, etico e giuridico. I punti caldi accesi dal tema che si va affrontando partono dal ruolo delle donne e arrivano alle nuove forme di genitorialità e ai processi di non differenziazione di genere, così come alle relazioni tra nazioni ricche e povere.

La *surrogacy* viene infatti delineata come una nuova forma di colonialismo. Essa, grazie ai processi di globalizzazione che rendono il turismo riproduttivo facilmente agevole, contribuisce al proliferare delle differenze e del potenziale conflitto sociale tra i paesi. La pratica, considerata spesso commerciale, viene paragonata alla vendita degli organi, antica e consolidata pratica che implica lo sfruttamento delle persone abitanti i paesi poveri. Le due condotte accrescono la polarizzazione sociale e reddituale tra la popolazione ricca, che può permettersi di “comprare” la salute e i figli, e quella povera che non può godere di tale possibilità, e si trova al servizio della prima nella maternità surrogata e nella vendita di organi.

Negli ultimi 15 anni, il numero di cicli di gravidanze surrogate è aumentato di oltre il 470%. Una grande maggioranza delle cliniche, si parla del 69,4%, ora offre questo trattamento. L'utilizzo di ovociti di donatori o di genitori designati ha avuto grande successo nel processo di surrogazione con tassi di impianto, gravidanza clinica e nati vivi più elevati rispetto ai cicli di trattamento in cui il genitore designato ha portato la gravidanza (Kapfhamer & Van Voorhis, 2016). Viene individuato un potenziale guadagno dalla pratica della surrogazione di 153 milioni di dollari annui (Velázquez, 2018).

Jacobson nel testo scritto nel 2018 asserisce che non esistono numeri ufficiali circa le nascite dei bambini surrogati nel mondo, in quanto la maggior parte dei governi non raccoglie dati sulle nascite da maternità surrogata (United Nations General Assembly, 2019). De Aguirre (2019) riporta una stima di circa 20.000 bambini nati

attraverso la maternità surrogata riferendosi ad un rapporto della ONG *International Social Service* (ISS).

Prendendo in considerazione il paese degli Stati Uniti si osserva che la pratica è stata utilizzata nell'1% dei casi nel 2008, all'incirca 900 volte. Gli ovociti utilizzati prelevati da donne differenti dalla madre surrogata e dalla madre committente ammontano a circa il 12% dei cicli di surrogazione, raggiungendo 5.894 bambini nati mediante *surrogacy* in quell'anno (Centers for Disease Control and Prevention et al., 2010). Tra il 1999 e il 2013, su 2.071.984 cicli di riproduzione assistita, la maternità surrogata gestazionale è stata utilizzata in 30.927 casi, equivalente all'1,9%. Il numero di cicli di fecondazione assistita con l'uso di portatori gestazionali negli Stati Uniti è più che quadruplicato dal 1999, con un equivalente di 18.000 bambini nati. Secondo gli autori le ragioni di questo aumento non sono chiare, ma si ipotizza che sia causato dal numero crescente di stati che hanno stabilito recentemente un quadro giuridico inerente la maternità surrogata gestazionale. A questo si aggiunge una maggiore consapevolezza e accettazione della pratica e da un numero crescente di cliniche che esegue cicli di maternità surrogata (Perkins et al., 2016). In paesi considerati pionieri della pratica, il ricorso alle tecniche di maternità surrogata risulta dai dati essere altresì limitato: prendendo come esempio il caso della California, si stima che avvengano circa 100 nascite da maternità surrogata e 8.649 nascite da ICSI e IVF ogni anno (Sunderam et al., 2015). Guardando il contesto italiano, come riporta Balzano (2020), l'Osservatorio del Turismo Procreativo comunica nel 2011 un numero di partner che hanno viaggiato all'estero per terapie di riproduzione assistita con gameti di donatori pari a 4.000, mentre le persone che hanno viaggiato all'estero per la maternità surrogata sono 32.

Approfondendo la sfera delle coppie non residenti negli Stati Uniti che hanno ricorso alla pratica all'interno del paese, questa risulta essere diminuita tra il 1999 e il 2005, vedendo la percentuale di 9,5% diminuire sino al 3%, ma aumentare tra il 2006 e il 2013, passando dal 6,3% al 18,5%. Il numero in rapido aumento di persone che non sono residenti e che utilizzano la gestazione per altri negli Stati Uniti può essere dovuto al fatto che questo paese è uno dei pochi industrializzati

che non vieta federalmente la maternità surrogata gestazionale compensata (Perkins et al., 2016).

Passando alla letteratura circa la diffusione della pratica nel Regno Unito, si evince un'impossibilità di definire con precisione un numero delle nascite tramite gestazione per altri. Negli ultimi anni, il Regno Unito ha visto un aumento del numero di genitori intenzionati a viaggiare all'estero per la maternità surrogata, in particolare negli Stati Uniti, in India e nell'Europa orientale (Crawshaw, Blyth, & van den Akker, 2012; Gamble, 2016). Il centro per la ricerca sulla famiglia dell'università di Cambridge (Jadva, Prosser, & Gamble, 2018) ha utilizzato, al fine di monitorare tale dato, il numero di accordi di maternità surrogata richieste al Parental Order. Tale ente si occupa di assistere le parti nella stipulazione degli accordi tra la madre surrogata e la coppia committente, al fine di stabilire quali diritti e doveri si impegneranno a rispettare per accedere al percorso, inoltre si occupano di rilasciare il certificato di nascita nominando la coppia aspirante genitoriale come genitori a tutti gli effetti del nascituro. Tuttavia sono state mosse delle preoccupazioni circa il fatto che il numero di richieste di Parental Order potrebbero non riflettere accuratamente il numero complessivo di accordi di maternità surrogata, in quanto non sempre i genitori decidono di richiederlo. Specialmente se la pratica della maternità surrogata si è svolta all'estero e i genitori rientrano nel paese di provenienza con il loro nome sul certificato di nascita del bambino erogato nel paese di provenienza, il Parental Order in ogni caso non viene richiesto. Gli autori ipotizzano avvenga a causa di una mancanza di consapevolezza o per la scelta di ignorare il processo legale necessario nel Regno Unito al ritorno (Crawshaw et al., 2012; Gamble, 2012, 2016; Prosser & Gamble, 2016). Gli autori (Jadva et al., 2018; Viviani, 2020) riportano le statistiche più recenti disponibili nel sito web del *Children and Family Court Advisory and Support Service* (CAFCASS), il quale si occupa di registrare il numero di domande di Parental Order. Tali dati mostrano che nel totale delle domande riguardanti gli accordi di maternità surrogata presentate nel 2016 nel Regno Unito, sono emerse 179 richieste (51%), mentre 161 (46%) è il numero delle domande con accordo internazionale, di cui 78 degli USA, 63 dell'India e 9 casi registrati senza il luogo di nascita.

Pertanto, i genitori che attualmente richiedono i Parental Orders (2015-2016) sembrano essere divisi più o meno equamente tra gli accordi di maternità surrogata nel Regno Unito e quelli internazionali. La maggior parte delle domande nel 2016 sono state fatte da coppie eterosessuali, con un ammontare di 234 e 82 da coppie dello stesso sesso.

Gli autori asseriscono che la ragione più comune per perseguire la maternità surrogata nel Regno Unito sia il desiderio di avere una relazione con la madre surrogata (43%), mentre chi sceglie gli Stati Uniti lo farebbe per un quadro giuridico migliore (97%). Infine i genitori che sono tornati nel Regno Unito in seguito ad un ciclo di surrogazione condotta in paesi diversi dagli USA, hanno sperimentato un maggiore ritardo e difficoltà nell'ottenere i documenti necessari per il loro ritorno.

#### *1.4. Il dibattito scientifico*

Il discorso sulla maternità surrogata si pone come necessario data la crescente diffusione della pratica nei paesi presi in considerazione precedentemente. Il fine di tale approfondimento è quello di porre le fondamenta per ulteriori ricerche e dibattiti in campo psicologico, sociologico, politico e bioetico nel contesto transnazionale (Payne, Korolczuk, & Mezinska, 2020). Le informazioni circa le percentuali di successo, insuccesso delle gravidanze, delle relazioni e dello sviluppo più o meno funzionale del bambino possono portare ad una maggiore consapevolezza i professionisti che si occupano della pratica, dei genitori che vogliono proporsi come adottivi e della società portandola a compiere decisioni maggiormente informate circa la politica di tutela rivolta ai protagonisti coinvolti (Raziel et al., 2005; Perkins et al., 2016).

La *surrogacy* pone delle questioni fortemente dibattute, come il fatto che la pratica sia un elemento rafforzante i diritti riproduttivi della persona - lo vediamo nel diritto di scelta delle madri surrogate, nel diritto riproduttivo delle persone desiderose di un figlio ma con delle problematiche con non permettono loro di averne, e ancora nei diritti della comunità LGBTQ+ - o come il diritto delle surrogate di abortire o



di proseguire la gravidanza. Nel mondo politico la surrogazione impone riflessioni circa i rischi medici e psicologici dei figli, ma anche con questioni inerenti l'autonomia delle persone coinvolte, la tutela della madre e del figlio e dello sfruttamento (Payne et al., 2020).

Come sottolineano gli autori (Payne et al., 2020) viene riconosciuta un'esiguità di materiale scientifico circa il tema trattato, con una scarsità di articoli che analizzano gli effetti della maternità surrogata sulla madre che si presta come portatrice del figlio, sui genitori designati e sui bambini. Inoltre, l'aspetto relazionale della pratica rimane «*surprisingly understudied*» (p.184).

Una significativa revisione sistematica (Söderström-Anttila et al., 2016) è stata condotta focalizzandosi sui risultati degli studi condotti in ostetricia, medicina e psicologia sulle madri surrogata, sui bambini e sui genitori designati, confermando come inconcludenti i loro risultati, in quanto solo 55 studi su 1795 sono stati considerati di qualità sufficiente, ragione per cui i risultati esplicitati dalle suddette ricerche dovrebbero essere interpretati con cautela. Ciccarelli e Beckman (2005), tuttavia, asseriscono che, sebbene la maggior parte degli studi sia metodologicamente inadeguata, i risultati sono effettivamente univoci rispetto al fatto che le madri surrogate sono motivate principalmente dall'altruismo e hanno raramente problemi a rinunciare al bambino, e le relazioni tra surrogate e genitori designati sono vissute come soddisfacenti.

Teman (2008) conduce una revisione antropologica critica della ricerca psicosociale sulla maternità surrogata concludendo che gli studi presi in considerazione hanno affrontato la questione partendo da idee normative sulla maternità, sulle donne e sulla famiglia - come affermano Busby e Vun (2010) le preoccupazioni comuni come quelle dello sfruttamento e del legame della madre surrogata con il bambino sono messe in discussione dalla ricerca empirica esistente – argomentando la necessità di prendere in considerazione dal punto di vista scientifico l'esperienza narrata dalle madri surrogate, suggerendo nuovi approcci nella ricerca che potrebbero avere importanti implicazioni per la politica. Bisogna inoltre tener conto che i risultati delle *review* degli articoli attualmente esistenti sono notevolmente limitati a causa di un'invasiva presenza delle ricerche

nei paesi dove la disuguaglianza finanziaria tra la madre surrogata e i genitori designati è generalmente meno elevata rispetto alle disposizioni transnazionali sulla maternità surrogata nei paesi più poveri (Payne et al., 2020).

In accordo con Anna Moncelli (2018) è possibile affermare la necessità di affrontare la tematica della maternità surrogata con il fine ultimo di interrogarsi e ristabilire per quanto possibile una dialettica tra le dinamiche della coppia, della madre surrogata e del figlio, oltre alle implicazioni sociologiche, antropologiche, giuridiche, etiche e in tale contesto soprattutto psichiche inerenti al «sentire individuale e collettivo contemporaneo, e ai suoi nuovi orientamenti» (p. 59). Come viene sottolineato in letteratura, la pratica in questione esige di essere problematizzata. Ad essa dev'essere data maggior dignità, in quanto fertilità e formazione della famiglia sono temi emergenti del vivere sociale. A questo proposito Luca Guizzardi enfatizza «la legittimazione della *surrogacy* è la legittimazione – ossia il riconoscimento – della verità di ciò che essa è. È la verità che i genitori intenzionali cercano di costruire assieme alla portatrice attraverso le relazioni che vengono poste in essere – complesse, numerose e anche triadiche (per esempio, quella tra i due genitori e il figlio in riferimento alla portatrice), le quali non hanno una forma predeterminata a priori ma sono morfogenetiche nel tempo – grazie alle quali essi cercano di realizzare un autentico progetto genitoriale. È la verità di legami costruiti nell'intimità e nell'empatia con la madre surrogata e non mediati dall'agenzia di *surrogacy*, dai medici o dagli altri operati sanitari coinvolti. È la verità delle narrazioni autentiche e trasparenti dell'evento del concepimento e della storia della nascita trasmessa al figlio e fondamentale per la stabilità della sua identità» (Guizzardi, 2020a, p. 286).

La fecondazione, così come il concepimento, possono realizzarsi grazie alla PMA in tempi e spazi differenti, divenendo ambigue, ponendole sul piano di un ridimensionamento e di una ridiscussione che coinvolge anche i ruoli dei protagonisti delle pratiche. Rafforza inoltre alcuni elementi come l'importanza data alle connessioni biogenetiche, la motivazione a voler essere genitori e l'altruismo nel mettere a disposizione il proprio corpo con il fine di aiutare delle persone desiderose di avere un figlio proprio. La surrogazione per altri viene vista in tale

contesto come un complesso ma sofisticato nodo di relazioni, le quali trovano il loro principio d'inizio grazie al supporto delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Nel momento in cui la procreazione si sgancia dal rapporto sessuale si vengono a creare dei nuovi significati familiari, relazionali e personali tra un numero maggiore di soggetti facenti parte un progetto atto alla creazione di una nuova vita. Essa espande e amplia il concetto di parentela, di genitorialità, di figliolanza e di familiarità inteso tradizionalmente, implicando un cambiamento delle nozioni di intimità, gratitudine e naturalezza (Berend, 2016; Guerzoni, 2018). D'altra parte, come afferma Paola Di Nicola (2019), la diffusione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita promette la realizzazione del desiderio umano - negato da una peculiare condizione - di pianificare e controllare la propria progenie. Il crescente mercato del business riproduttivo tende ad alimentare questo sogno grazie alla tecnologia che raggiunge i punti a cui la natura non arriva, modificando l'immaginario sociale della procreazione e della generatività sulla base dell'individualismo crescente negli ultimi anni. «*The new social imaginary features a disproportionately greater freedom of choice and decision-making powers for adults (parents)*» (p. 131). La studiosa sottolinea che l'incremento della domanda è alimentata dalla presenza di un mercato riproduttivo privato in piena espansione, utilizzando spesso tecniche di marketing commerciale. Esso promette alle coppie e alle donne non solo di poter realizzare il loro desiderio di avere un figlio, ma di poter creare quello che l'autrice chiama il "figlio del loro desiderio".

Fondamentale risulta il problematizzare, l'indagare, l'accogliere i resoconti esistenti circa l'esperienza vissuta delle surrogate, dei genitori committenti e dei figli nati secondo una prospettiva relazionale. Si rende fondamentale passare attraverso il diritto e la legge che ruota intorno alla pratica, sottolineando le peculiarità di ogni paese nella gestione degli accordi e di tutela dei protagonisti, accennando ad alcune riflessioni etiche ed esplorando come questa pratica va a situarsi nella società odierna (Payne et al., 2020).

## **2. Il *fil rouge* tra etica e diritto**

### *2.1. A fondamento della legge*

La pratica della gestazione per altri investita della dinamica complessa e intricata che la caratterizza dal punto di vista biologico, psicologico, relazionale, si inerpica nell'odierno panorama sociale e politico accompagnato da numerosi significati etici e legislativi organizzati diversamente a seconda del contesto culturale che si va ad approfondire. Le tecniche di PMA a causa dei temi da esse toccati, come la naturalezza perduta nell'inseminazione e nella gravidanza, l'ambiguità dei ruoli tradizionalmente intesi di Madre e Padre, l'ausilio del denaro allo scopo di raggiungere il desiderio di accudire una persona che in qualche modo appartenga – geneticamente o fin dalla nascita – ai genitori, sono legate ad un ampio dibattito etico, medico e politico.

La maternità surrogata, nel caso specifico, emerge dal dibattito etico e legislativo in modo particolare, invitando a riflettere su questioni etiche ed umane come la libertà di scelta, la responsabilità (Balzano, 2017), la dignità, la moderazione, il controllo, l'incertezza e la performance (Viviani, 2020). Essa impatta il mondo sociale e culturale intrisa di un'interpretazione etica non sempre univoca e ugualmente intesa tra gli individui, andando necessariamente ad influire in primis su ciò che la morale più influenza nel concreto, ossia le azioni e i comportamenti delle persone; ciò si osserva nel fenomeno del turismo gestazionale in cui persone immerse in un contesto giudicante non morale la pratica decidono di appoggiarsi a delle organizzazioni non appartenenti al proprio paese d'origine; ma soprattutto influisce sulla questione politica e legislativa di ogni paese, creando una diversificazione significativa tra i paesi, portandone alcuni ad accogliere la pratica in modo indifferenziato senza applicare regolamento alcuno, altri a rifiutare la pratica e a punirla, altri ancora ad instaurare un sistema medico, economico e

sociale che possa permettere agli utenti di usufruire di tale servizio con una garanzia di tutela di ogni parte coinvolta.

A fondamento di tali decisioni si pone l'uso della ragione, sia del soggetto singolo che dei popoli guidati dalla politica, la quale ha la funzione di comprendere se le scelte e i comportamenti assunti dagli individui facenti parte la società possano contemplare tipi di pratiche come la Gpa, ponendosi come fine la realizzazione piena ed autentica della persona e se essi possono essere giudicati moralmente buoni o, al contrario, moralmente cattivi.

Nella legge decisa, organizzata e creata dall'uomo riecheggia necessariamente la concezione del bene morale, il quale funge da guida per decidere sull'uomo a partire da sé stesso. Inoltre, la legge pubblica, o diritto, viene a formarsi nel momento in cui più persone entrano in relazione. L'uomo è infatti un animale sociale per natura e per arrivare alla sua realizzazione ha l'esigenza di stabilire degli intrecci relazionali con i suoi simili. La famiglia, l'ambiente, il lavoro, la comunità, il paese e l'umanità, sono gli elementi, posti figurativamente in cerchi concentrici, della rete relazionale in cui si situa al centro l'uomo. L'urgenza dell'individuo di vivere in società si bilancia con l'insieme di beni e di valori che ognuno si appresta a difendere, venendo a creare il cosiddetto bene comune. Si tratta del livello comunitario del bene umano, il quale si esplicita attraverso servizi medici, economia, sicurezza, educazione, giustizia e tutela dei membri della collettività, e definisce, in base al tipo di bene comune perseguito, la società in cui si slatentizza (Commissione Teologia Internazionale, 2009).

Tale premessa risulta necessaria allo scopo di comprendere le ragioni e le scelte che si celano al di sotto della scelta politica e sociale di legiferare in favore o contro il tema che si va affrontando. La maternità surrogata è stata attraversata nel corso del tempo da numerose questioni moralmente intese andanti ad influenzare i diritti e i doveri dei cittadini di ciascuno stato, declinandosi a seconda del giudizio eticamente positivo o, viceversa, eticamente negativo. La *surrogacy* viene descritta come «un affronto alla “natura”, come una pratica che distrugge l'unità della maternità – madri genetiche, madri sociali, madri di pancia -, nonché come strumento di dominio patriarcale volto a cancellare l'esistenza della funzione

materna» (Guerzoni, 2018, p. 428). Secondo gli autori le riflessioni che si susseguono circa il tema trattato derivano in parte anche dalle differenti connotazioni pratiche di cui si bagna la tecnica di procreazione. Nello specifico è possibile mettere in campo la Gpa con fine terapeutico, ossia un intervento volto ad aiutare il soggetto avente un problema di salute, quindi un deficit fisico che impedisce la procreazione, all'opposto può essere trattato come mera tecnologia, ossia pur essendo implicato nel fare germogliare il benessere dell'individuo, secondo Debora Viviani (2020) che riporta il pensiero di Hans Jonas, non è più soggetta alla natura, oltre a ribaltarne il ruolo. A causa del dibattito ancora aperto sulla differenza che si interpone tra curare e migliorare il benessere della persona si apre il giudizio etico e morale sul valore della tecnologia utilizzata come dimostrazione del potere dell'uomo che agisce in modo indipendente dal valore del bene e del male che tale azione genera.

## 2.2. *Punti eticamente caldi*

Il primo tema attraverso il quale gli autori si fanno guidare al fine di formulare una propria posizione in merito alla GPA è la scissione del ruolo di madre, in natura unitario, nelle formulazioni diversificate a seconda della tecnica utilizzata che la pratica prevede. Viene a modificarsi la visione della madre da *mater semper certa est* a madre frammentata, che essa si esplicita attraverso la donazione di ovuli, madre genetica, oppure proponendo il proprio corpo come accogliente il figlio nei nove mesi della gravidanza, madre surrogata, o ancora che sia la donna che decide di adottare il figlio e crescerlo lungo l'arco della sua vita, dalla nascita in poi, madre sociale. Problematica sociale, quella del riconoscimento della figura materna, che si riflette secondo gli autori (Salone, 2016) anche nella visione della figura genitoriale da parte del figlio, il quale con difficoltà riesce ad integrare la madre come simbolo univoco nella sua vita, come si è normativamente abituati a fare, ma al contrario ha come riferimento una figura che si sfuma tra la madre adottiva e la madre uterina da cui viene allontanato dopo il parto e con la quale ha

precedentemente instaurato un profondo legame durante la gravidanza, creando un forte disequilibrio psichico.

Gli autori si chiedono «Pensando ancora una volta al figlio, come si orienterà la sua psiche in rapporto all'identificazione genitoriale? E spostando l'attenzione alla madre, quale sarà la percezione della sua maternità? Quale rapporto instaurerà la madre uterina nei confronti di un figlio che non è biologicamente suo e che tuttavia ha vissuto con lei nella profonda simbiosi che ogni gravidanza comporta?» (Salone, 2016, p. 42).

Considerando ora la questione delle madri surrogate gli autori (Saxena, Mishra, & Malik, 2012) si interrogano sugli aspetti etici che tale pratica comporta in quanto le persone che aderiscono a questi programmi sono donne generalmente povere, analfabete che vengono portate dentro a questi meccanismi dal coniuge o da entità terze con il fine di un guadagno facile. Viene definita da Velázquez (2018) una vera e propria forma di schiavitù in quanto la maggior parte delle donne che si rendono disponibili a partecipare alla pratica non lo fanno in totale libertà, ma entro delle forme di sfruttamento e di violenza; anche nel caso in cui venissero rispettati i termini del consenso informato, la madre gestazionale non viene messa al corrente di ogni rischio che potrebbe correre, come l'aumento della possibilità del tumore alle mammelle, la diminuzione della fertilità, la perdita dell'utero o addirittura la morte. La donna viene vista come una persona non avente diritto di decidere del proprio corpo e della propria vita. Secondo gli autori in alcuni paesi queste donne che aderiscono alla chiamata delle agenzie commerciali vengono trasferite in ostelli in cui rimarranno per l'intera durata della gravidanza al fine di usufruire delle cure prenatali, viene riferito che le reali motivazioni che spingono a ciò sono principalmente lo stigma sociale in cui potrebbe rimanere intrappolata la donna e che la emarginerebbero dalla società e il bisogno di protezione. Nel contempo le donne gravide si interfacciano e si assumono la responsabilità anche della famiglia e dei figli al di fuori delle mura della struttura. Le uscite permesse sono prettamente mediche, mentre la famiglia viene incontrata la domenica. Inoltre, le persone iniziano questo iter senza avere un supporto psicologico o una consulenza legale prima di iniziare il percorso o una volta terminato. Si tratta di un elemento

fondamentale secondo gli autori in vista soprattutto del fatto che in caso di esito sfavorevole della gravidanza è improbabile che vengano pagate, inoltre non è presente nessuna assicurazione o supporto medico e psicologico post-gravidanza per loro (Saxena et al., 2012).

Proseguendo con la riflessione sul ruolo della madre surrogata, si toccano due fondamentali punti di vista che appaiono opposti l'uno dall'altro, due concezioni radicali dalle quali nascono alcune delle conderazioni sul tema: da un lato vediamo la rappresentazione sociale della madre gestante ridotta a “fornetto”, quindi alla sua mera dimensione biologica, dall'altro quella della madre gestante elevata ad una persona “santa” che si dedica con altruismo agli altri sino a donare un figlio ad un'altra coppia che non può averne (Niccolai, 2015).

Con il superare dell'interpretazione biologistica dell'utero materno come mero contenitore si è giunti ad una consapevolezza differente circa la dignità femminile e la libertà. Lo sviluppo della pratica genera delle preoccupazioni, come il rischio che l'acquisizione di un sistema economico che regolamenti la maternità surrogata porti ad una commercializzazione del corpo della donna e lo renda nuovamente un contenitore biologico senza un legame, un'emozione che leghi lei al figlio e viceversa e la cui modalità di concepimento e nascita rimarrà un segreto con il fine di proteggerlo (Moncelli, 2018).

Il capitale, un tempo esplicitato unicamente con la produzione di beni materiali, per meglio dire di cose, o di servizi, si è oggi impadronito di un bene appartenente alla sfera delle persone, con un'organizzazione di compravendita dei gameti, della gestazione e del prodotto umano personificato dal nascituro, abbattendo il confine tra la merce e quello che non era ritenuto possibile ritenerlo tale. Gli autori (Velázquez, 2018) parlano di un sistema economico che diviene, toccando questi servizi, bioeconomia. La stagione di lotte femministe al grido di “l'utero è mio, me lo gestisco io” è tramontato, lasciando spazio allo slogan “l'utero è tuo e puoi affittarlo a chi vuoi” influenzato dall'onda capitalistica.

Andando ad approfondire la tematica del nominare la pratica della *surrogacy* “utero in affitto”, si individua nell'espressione una modalità di contratto che ricorda e a cui si ispira la temporanea assegnazione di un appartamento, ritenendo il grembo



materno della donna che si offre come madre gestazionale un mero alloggiamento per la necessaria crescita biologica del figlio. Il contratto stipulato tra le parti per dare inizio alla pratica, pone la donna firmataria in qualità di madre surrogata come un'individualità slegata dalla funzione di madre durante i nove mesi di gravidanza, in cui il suo grembo viene decontestualizzato e scisso dalla sua persona, come se ciò non compromettesse a livello fisico, sociale e psicologico la donna (Velázquez, 2018).

La maternità surrogata rimane per il femminismo un argomento tagliente che divide i membri del movimento tra il vedere la pratica come una conquista o una sconfitta per la donna, quest'ultima dettata dalla sensazione che la donna, vista in modo sineddotico come mero utero, venga reso strumento della potenza maschile privandole della propria libertà, oppure, al contrario, la tecnica può essere vista e costruita a livello culturale come una trasformazione dell'odierno patriarcato con l'emancipazione delle donne.

Guizzardi, (2020a) a sostegno della sua tesi, porta in esame il caso in cui la Gpa venga sviluppata con la madre surrogata facente parte della rete familiare di uno dei due partner, un'azione da parte di quest'ultima che potrebbe essere vista come autenticamente gratuita e derivante da una decisione elaborata in completa autonomia di pensiero, tuttavia, afferma l'autore, il rischio è quello di dar luogo a scenari incestuosi dettati anche dai condizionamenti causati dal legame tra le parti. «Dunque, se si può concludere che la Gpa gratuita non sia, per forza, sempre positiva mentre quella commerciale non sia, per forza, sempre disumanizzante, la ragione di ciò è da ricercare nel significato che viene attribuito al denaro che circola tra le parti coinvolte» (Guizzardi, 2020a, p.273); quest'ultimo, secondo l'autore, non è importante che venga utilizzato ma più nello specifico il quesito dovrebbe concentrarsi su quale sia effettivamente lo scopo di questo scambio, che sia come compenso, a titolo gratuito o come rimborso.

L'ultimo punto caldo in merito alla maternità surrogata su cui si focalizzano gli autori è il tema del compenso per la consegna del bambino. Esso si pone come mezzo di scambio per il servizio offerto dalla madre gestazionale, la quale fa del suo corpo uno strumento per mercificare la funzione materna di gestazione e parto

(Salone, 2016). Peterson (2016) afferma che la Gpa non mette in pericolo la salute della donna e del feto, ma la fede nella sacralità delle cose, l'autore parla di vita e di dare la vita, concetti ed azioni che non possono avere degli equivalenti monetari.

Il figlio, nato secondo il contratto redatto dalle parti interessate, viene considerato, se all'interno di una logica economicistica, come sostengono gli autori (Velázquez, 2018), mero oggetto della compravendita degli adulti, attraverso lo stabilire «prezzi, condizioni di fornitura e addirittura garanzie di “autità” come per un qualsiasi prodotto commerciale» (p.24). Questo comportamento, in particolar modo se la donna in questione è economicamente debole e bisognosa, fagocita il sistema delle persone a quello delle cose (Salone, 2016).

Per alcuni autori il pagamento dei servizi è inaccettabile, tenendo in considerazione come unica forma eticamente valida il rimborso delle spese mediche o comunque qualsiasi versamento inerente la gravidanza, e l'eventuale risarcimento per la perdita del reddito effettivo (Shenfield et al., 2005).

La questione della remunerazione in denaro risulta essere un problema etico riguardante ogni forma di prestazione inerente la vita che coinvolga uno scambio di denaro, facendo così rientrare la pratica della gestazione per altri tra le difficoltà di classe, di scambio impari e di relazioni di potere sociale ed economico (Velázquez, 2018).

In Italia, il Comitato Nazionale per la Bioetica [CNB] il 18 marzo 2016 pubblica una mozione con il titolo “Maternità surrogata a titolo oneroso”. Spesso si è espresso contro la mercificazione del corpo umano declinata alla pratica dell'utero in affitto, «la maternità surrogata è un contratto lesivo della dignità della donna e del figlio sottoposto come un oggetto a un atto di cessione. [...] tale ipotesi di commercializzazione e di sfruttamento del corpo della donna nelle sue capacità riproduttive, sotto qualsiasi forma di pagamento, esplicita o surrettizia, sia in netto contrasto con i principi bioetici fondamentali» (CNB, 2016, p. 3). Nello stesso documento Carlo Flamigni ha pubblicato un testo di dissenso di fronte alla mozione del CNB. Parole con cui denuncia una dichiarazione esplicitata dal Ministro della salute il 4 febbraio 2016 la quale ritiene la maternità surrogata una delle peggiori forme di prostituzione. Un insulto, come definito dall'autore, che l'ha mosso ad

esprimersi in merito alla maternità sostitutiva affermando quanto egli sia d'accordo con la congettura che si pone contro la mercificazione del corpo umano in tutte le sue forme; tuttavia, quello che l'autore chiama anche "dono del grembo" dovrebbe essere percepito come un potenziale strumento di autodeterminazione. Nello stesso documento si ramifica un'altra dichiarazione e sostegno del voto contrario alla mozione in questione in cui si afferma: «È vero anche che la globalizzazione aumenta i rischi di sfruttamento e alienazione, e certo bisogna far sì che le donne e la loro libertà trovino una tutela adeguata. [...] Stabilire che "la maternità surrogata è un contratto lesivo della dignità della donna e del figlio", significa negare che intorno alla nascita di quei bambini ci sia un tessuto umano, di investimenti, di pensieri, di desideri, di sentimenti, in primo luogo da parte della madre gestante. Significa cioè negare soggettività alle donne, per considerarle ancora una volta come corpi "muti", oggetto di prescrizioni, a partorire o non partorire, secondo volontà altre da loro» (p. 7).

Così come affermato dal Payne e i suoi collaboratori (Payne et al., 2020) tenendo in considerazione il paradigma dei diritti riproduttivi, la maternità surrogata risulta intrinsecamente né etica né non etica, vale a dire che il suo status etico deve essere valutato contestualmente e peculiarmente in ciascuna situazione secondo alcune caratteristiche fondamentali, come il poter negoziare interessi potenzialmente conflittuali, il garantire i diritti riproduttivi e i bisogni di tutti i protagonisti coinvolti in modo da sviluppare in proprio benessere o costruire una relazione che sia sostenibile per i genitori designati, i surrogati e il figlio concepito, prima durante e dopo la nascita di quest'ultimo.

Inquadrando la questione entro l'ottica della cosiddetta etica relazionale, le persone sono viste come agenti autonomi ed esseri umani coinvolti in delle relazioni – a diversi livelli, come la famiglia, i gruppi sociali, la società - e queste influenzano le decisioni individuali assieme alla peculiarità della persona avviata al processo decisionale. Debra Satz argomenta che la capacità riproduttiva e quella sessuale delle donne facciano parte di un tipo di bene che deve essere tutelato rispetto alle logiche del mercato, sostenendo una tesi di asimmetria tra i modi di trattare il lavoro riproduttivo e le altre tipologie di lavoro secondo i principi di dignità e rispetto per

la donna. In opposizione a questa logica si pone il pensiero secondo cui la retribuzione per lavori inerenti l'arte, la scrittura e l'insegnamento non viene percepita come degradante, così come le capacità sessuali o riproduttive. Secondo Carole Pateman si tratta di una logica culturalmente veicolata riflessa nella volontà di controllare le donne e la loro sessualità (Serughetti, 2016a).

La riflessione sulla tutela delle persone coinvolte in una pratica che, come afferma Miriam Mafai, rompe in modo definitivo un legame considerato naturale, unico, nutrito di sogni e di sangue della madre e di quello che viene chiamato "frutto del ventre tuo", scorre necessariamente attraverso alcuni gravi episodi, i quali hanno posto i professionisti nella condizione di instaurare un acceso dibattito in molti Paesi. Un uomo di nazionalità australiana ha concepito tramite maternità surrogata due figlie, la gravidanza è stata condotta in un paese asiatico, mentre gli ovuli utilizzati per la fecondazione appartenevano ad una donatrice proveniente dall'Ucraina. L'unico scopo che l'uomo ha dichiarato di avere per portare a termine la pratica era di abusare sessualmente delle bambine. Un caso più lieve ma non di minor preoccupazione riguarda il caso di una coppia australiana a cui è stato concesso di far parte di un progetto di gestazione per altri adottando una bambina thailandese nonostante le precedenti condanne del padre per abusi su minori (Sgorbati, 2016).

Il pensiero che si cela dietro al dibattito giuridico circa una tecnica di procreazione medicalmente assistita così discussa come la maternità surrogata, che crea maggiori domande che risposte, la quale mette in crisi il sistema di riferimento a cui si accede abitualmente, come quello della supremazia della scienza sopra ogni altra speculazione, genera una domanda portata in superficie dalla ricercatrice Angela Balzano: «*what is the ultimate aim of the law when it engages with life sciences and technologies? The imposition of a moral or rather the promotion and protection of techno-scientific freedom and self-determination?*» (2020, p. 669).

### 2.3. Una legislazione dinamica nel mondo

Passando attraverso le precedenti riflessioni circa il tema preso in esame risulta fondamentale toccare ed approfondire la modalità con cui viene gestita la messa in pratica della maternità surrogata nei vari paesi. Vengono prese in esame quelle culture che hanno considerato e organizzato un ordinamento riferito alla Gpa, coloro che si distanziano da essa tramite l'attribuzione di un titolo di illegalità, infine quei paesi in cui la *surrogacy* viene praticata da un tempo sufficientemente lungo da permettere l'elaborazione di protocolli di protezione, tutela e controllo per le parti coinvolte. Mentre alcuni paesi e stati riportano leggi favorevoli a queste tecnologie riproduttive, altri sono molto restrittivi o addirittura poco chiari. Tuttavia, ad oggi non sono ancora entrati in vigore, a livello internazionale, convenzioni o trattati per la regolamentazione della pratica (Parlament of India, 2021). Questo vuoto legislativo può dar luogo a incomprensione della legge da parte dei cittadini, a illegittimità della filiazione e a diverse interpretazioni da parte dei tribunali all'interno dello stesso paese, oltre a favorire lo sviluppo del mercato in senso transnazionale. Il quadro giuridico mondiale, così differenziato e specifico, è in continua evoluzione, come si sviluppa in modo rapido e repentino il suo mercato, creando un'urgenza continua ad elaborare nuove leggi (Bandelli, 2021).

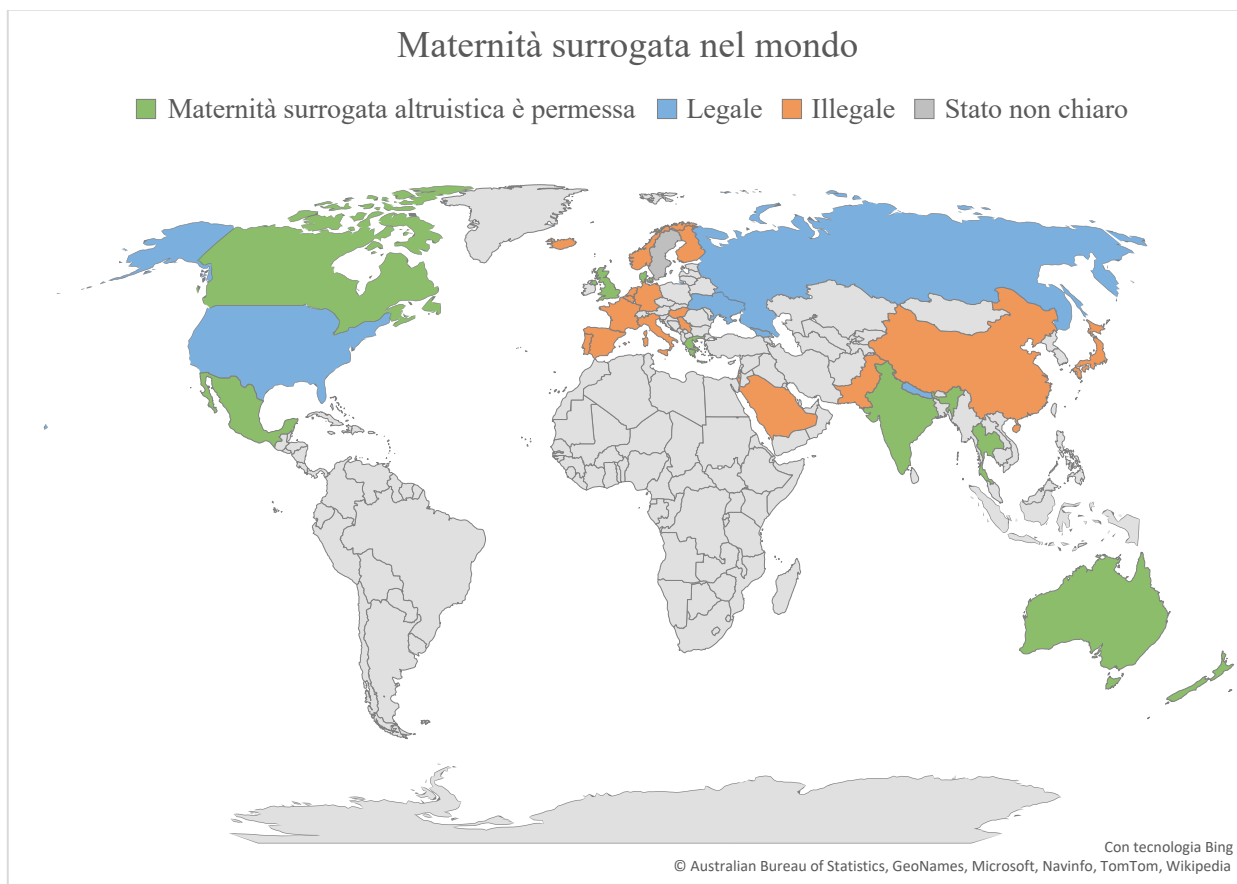


Grafico 1. Armour, (2012); Bandelli (2021); Gamble (2009); Jayabalan et al., (2020); Nakash & Herdman (2007).

Il grafico (1) esplicita in modo semplice ed immediato la situazione legislativa della maternità surrogata nel mondo, permettendo di dare forma alle scelte politiche ed etiche che caratterizzano ogni paese. Ucraina, Nepal, Russia, Georgia, New Hampshire, Nepal, alcuni stati in USA come California, Illinois, Arkansas, Maryland, dichiarano la *surrogacy*, sia di tipo commerciale che altruistica, legale. Illegale viene considerata all'interno dei seguenti paesi: Francia, Germania, Italia, Belgio, Olanda, Arabia Saudita, Finlandia, Hong Kong, Ungheria, Islanda, Giappone, Pakistan, Portogallo, Serbia, Spagna, Svizzera, Australia in alcuni stati, Israele, Norvegia, Cina. Mentre viene accettata la maternità surrogata altruistica ma non commerciale in paesi quali Canada, Nuova Zelanda, Thailandia, Australia in alcuni stati, Danimarca, Grecia, Regno Unito, Messico in alcuni paesi, e tra parenti in India. Stando alle evidenze scientifiche presenti in letteratura, Svizzera e

Malaysia non si possono inserire all'interno delle tre categorie sopra utilizzate. La ragione di questa difficoltà, prendendo in esempio la Malaysia, risiede nel fatto che all'interno del paese non esistono leggi specifiche che vietano gli accordi di maternità surrogata, ancor più la tecnica attacca alcuni valori umani che la popolazione percepisce in maniera preponderante e che farebbero risultare la pratica immorale o contro l'ordine pubblico, portando all'annullamento degli accordi presi (Bandelli, 2021; Jayabalan et al., 2020). In Ucraina e in Kazakistan la legge permette di accedere a tale tecnica solo alle coppie sposate. In Russia e Vietnam viene richiesto alla madre committente di certificare dei problemi di salute per i quali avere una gravidanza potrebbe comportare un rischio per la sua stessa vita e quella del bambino; in molti paesi il riconoscimento della filiazione avviene esclusivamente se almeno una parte del patrimonio genetico appartiene ai genitori committenti, Thailandia, India e lo Stato messicano di Tabasco vietano l'accesso alla pratica ai cittadini provenienti dall'estero. Inoltre, il riconoscimento della maternità e della paternità varia da paese a paese: in Ucraina vengono considerati legalmente genitori al momento del concepimento, in altri paesi la madre gestante che darà alla luce il figlio figurerà nel certificato di nascita.

Prendiamo ora in considerazione il caso particolare e differente per ogni paese degli **Stati Uniti**: tra gli anni '80 e i primi anni '90 solo quindici erano gli stati che avevano organizzato una regolamentazione specifica sulla maternità surrogata (Andrews, 1992), ad oggi ancora non esiste una legislazione federale sui contratti di maternità surrogata. Si evince come in Michigan, New York e Washington i contratti commerciali sono penalizzati, in altri paesi, come in Arizona, Indiana e Nebraska, la legislazione sulla maternità surrogata non è chiara, al punto da venirsi a creare ostacoli legali, oltre a contratti considerati inapplicabili. Alcuni stati, come la California, il Connecticut e l'Oregon sono favorevoli alla maternità surrogata. Nei suddetti paesi la legge riconosce l'intenzione di determinare la paternità e la maternità dei genitori designati, permettendogli di acquisire un documento legale che lo attesti prima della nascita del bambino, chiamato "*pre-birth order*" (Guerzoni, 2020). Grazie agli ultimi sviluppi internazionali, come il cambiamento della legislazione in India, Thailandia e Messico, si è assistito ad un

reindirizzamento di una parte del traffico internazionale verso gli Stati Uniti, aumentando la domanda di madri surrogate, con la diretta conseguenza di una crescita esponenziale degli enti intermediari, tra cui cliniche e agenzie non regolamentate (Berend & Guerzoni 2019). Un'ulteriore problematica si esplicita in quella porzione di bambini nati tramite accordi di maternità transfrontaliera. Il problema legale in questione si ritiene essere lo status dei figli di quei genitori designati che scelgono un paese diverso rispetto a quello d'origine proprio per concepire un figlio tramite *surrogacy*. Gli Stati Uniti, tramite il 14° emendamento<sup>3</sup>, assicurano la cittadinanza ai bambini nati entro i confini americani da madri surrogate americane. Nel caso invece di cittadini di altre nazioni che cercano la maternità surrogata negli stati americani come la California, l'Illinois o il Massachusetts, il 14° emendamento non garantisce lo stesso diritto e poiché non viene riconosciuta ai bambini la cittadinanza nel paese dei loro genitori, in molti casi le loro nazioni non li riconoscono neppure come genitori legali. Vengono riportati anche casi in cui ad un bambino nato all'estero, come in India o in Thailandia, all'entrata negli Stati Uniti con i genitori committenti, non gli venga riconosciuta la cittadinanza e la paternità alla coppia genitoriale. Spesso quest'ultima problematica legale si presenta ai due adulti desiderosi di avere un figlio solo nel momento del rientro nel proprio paese accompagnati dal bambino, lasciando quest'ultimo sostanzialmente apolide, ossia privo di alcuna cittadinanza, senza il riconoscimento di quella d'origine o di quella di arrivo in seguito alla nascita. Gli autori citano esempi di bambini nati per desiderio di genitori provenienti da Giappone, Germania, Israele, Regno Unito, Francia, Irlanda e Stati Uniti e nati in paesi altri ai quali non è stata assegnata alcuna cittadinanza (Kindregan & White, 2016).

Per quanto riguarda gli accordi e i contratti stipulati all'interno degli Stati Uniti, nella maggior parte dei casi, è disponibile una valida consulenza legale. L'ordine

---

<sup>3</sup> «SECTION 1. All persons born or naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States and of the State wherein they reside. No State shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens of the United States; nor shall any State deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws.» (The constitution of the United States of America, 2007, p. 16).



degli avvocati americani ha sviluppato dei servizi legali competenti nel campo delle tecnologie di riproduzione assistita (ART), al fine di dare un supporto legale adeguato alle famiglie che decidono di intraprendere tale percorso. L'attività di consulenza riguarda non solo le pratiche svolte interamente all'interno degli USA, ma anche gli accordi che coinvolgono persone fuori dallo stato, come India, Ucraina, Russia, dei quali gli avvocati degli Stati Uniti conoscono l'ordinamento in modo da permettere ai propri clienti un'assistenza globale e completa. I professionisti implicati nella pratica desiderano la stipulazione di un trattato universalmente riconosciuto circa la maternità surrogata, ammettendone tuttavia l'inattuabilità dato il rifiuto e l'ostilità crescente da parte di numerosi paesi, lasciando così irrisolta la questione dei bambini apolidi.

Una possibile soluzione per far fronte all'emergenza di stato di cui si parla è quella di un investimento maggiore da parte dei paesi per informare i propri cittadini dei potenziali pericoli in cui si può incorrere nel momento dell'attivazione di un accordo di maternità surrogata transfrontaliera. Attività svolta in modo soddisfacente dal Dipartimento di Stato americano, il quale si è impegnato a fornire adeguate informazioni per i cittadini americani che desiderano ottenere servizi di maternità surrogata in altri paesi (Armour, 2012).

Bruce Hale (2013) suggerisce nel suo articolo un altro approccio, ossia impegnarsi a regolamentare l'accettazione dei documenti di maternità e paternità tra stati, oppure stipulare una convenzione tra più stati in grado di stabilire delle regole in accordo con i diversi paesi al fine di raggiungere maggior legittimità e riconoscimento giuridico dei bambini nati tramite gestazione per altri e come effetto collaterale la creazione di un linguaggio comune e condiviso tra territori. È stato stimato che circa 1.000 surrogate partoriscono ogni anno negli Stati Uniti, anche se i dati statistici non indicano specificamente se le nascite sono gestazionali o surrogate tradizionali. In linea generale è noto che il 19% delle donne ingaggiate come madri surrogate sono mogli di militari (Nosheen & Schellmann, 2010) e che si tratta del paese con i maggiori costi al mondo per attuarla (Boldrin, 2019). Si evidenzia come il preferire gli Stati Uniti come paese in cui investire in un percorso di maternità surrogata commerciale sia dato dal considerarlo il paese con il quadro

giuridico migliore (Jadva et al., 2018), ragion per cui il paese ha goduto di una rapida crescita del numero di genitori intenzionati, provenienti da paesi esteri, che si recano negli Stati Uniti per la maternità surrogata gestazionale (Perkins et al., 2016). Lo stato della California risulta il luogo più ambito in quanto offre una buona assistenza sanitaria, accordi del percorso procreativo molto aperti e liberali rispetto agli altri stati, e contempla tipologie di genitori designati che altri paesi riterrebbero non idonei e garantisce la cittadinanza americana ai nascenti. Si individua in letteratura il dato risalente al 2014 circa i costi di un accordo di maternità surrogata con l'inclusione di ovuli nello stato della California: tra i 75.000 e i 120.000 dollari vengono richiesti per risarcire e compensare la donna che decide di intraprendere il percorso di madre surrogata e per pagare le agenzie, le cliniche, gli specialisti che mediano tra le parti, garantendo assistenza medica e pratica necessaria per portare a termine la procedura (Boldrin, 2019).

Nell'aprile del 2020 lo stato di New York approva il *Child-Parent Security Act* (CPSA), il quale legifera sull'ufficialità della paternità e della maternità dei figli nati o concepiti tramite procreazione medicalmente assistita. L'*Uniform Parentage Act* è stato promulgato nello stato del Rhode Island con l'obiettivo di entrare in vigore nel gennaio del 2021. Esso regolamenta alcune procedure della PMA, come l'accesso alle informazioni sui donatori di gameti, e legifera sugli accordi commerciali di maternità surrogata, riconoscendo i genitori committenti come genitori legali fin dalla nascita.

Nel 1985 il **Regno Unito** diviene il primo paese al mondo a promulgare una legislazione particolare sulla gestazione surrogata attraverso il *Surrogacy Arrangement Act*, legge che specifica la possibilità di prendere accordi di maternità surrogata esclusivamente in forma altruistica, ossia prevenendo un rimborso e non un compenso per la donna implicata nella pratica. A partire dal 2008 viene data la possibilità anche a coppie non sposate e coppie omosessuali di accedere alla pratica, con unico vincolo il domicilio nel Regno Unito (Boldrin, 2019). La ragione più comune per perseguire la maternità surrogata altruistica nel Regno Unito è il desiderio di avere una relazione con la madre surrogata, secondo le ricerche, servizio garantito nel paese in questione (Jadva et al., 2018). Negli ultimi anni, il

paese ha visto un aumento del numero di genitori intenzionati a viaggiare all'estero per la maternità surrogata, in particolare negli Stati Uniti, in India e nell'Europa orientale (Gamble, 2016; Crawshaw, Blyth, & van den Akker, 2012). In Inghilterra è il governo che si occupa di trasferire i diritti legali della madre surrogata ai genitori e, se il processo viene portato a termine, viene rilasciato un nuovo certificato di nascita in cui si certifica la nomina a genitori legali della coppia committente. L'atto legale di cui si parla è il *Parental Order*<sup>4</sup>, quest'ultimo può attualmente essere concesso solo a coppie, uno dei due partner deve essere il genitore genetico del bambino, l'altro deve essere domiciliato nel Regno Unito. Inoltre, viene richiesto il consenso della madre surrogata ed eventualmente del suo coniuge (Jadva et al., 2018). Il governo britannico ha recentemente modificato la legge per consentire ai genitori single di richiedere la maternità surrogata, concessa nel Regno Unito in caso di genitura biologica e di maternità surrogata a titolo gratuito (Latham, 2020).

Uno studio del 2012 (Sama, 2012) riporta che la retribuzione percepita da una gestante in **India** va dai 5000 ai 7000 dollari. I pochi studi che hanno esaminato le esperienze di maternità surrogata dei genitori committenti in India hanno evidenziato le difficoltà nell'ottenere certificati di nascita validi e nel negoziare tra le leggi indiane e quelle nazionali sulla filiazione legale (Deomampo, 2015). Fino al 2018, così come viene sottolineato in letteratura, l'ambiguità della legislazione indiana, la limitatezza di informazioni circa la pratica, i contratti tra le parti, la poca importanza data alla salute delle persone coinvolte, e la mancanza di un contatto diretto con la madre gestante, sono elementi che hanno sollecitato nei genitori committenti un'emozione di forte stress dovuto anche, ad esempio, all'incertezza di cosa si sarebbe andato a fare, al modo in cui si sarebbe svolta la procedura, con quali sacrifici emotivi e materiali, oltre a metterli a rischio di frode o di sfruttamento finanziario (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016; Fronek, 2018). Il 19 marzo 2020 il *Department-related parliamentary standing committee on health and family welfare* pubblica il report nominato *The assisted reproductive technology*

---

<sup>4</sup> Di cui si è accennato all'interno del capitolo primo dello stesso scritto.

(*regulation*) bill (Parliament of India, 2021). La centoventinovesima relazione redatta dal Rajya Sabha<sup>5</sup> si dedica alla regolamentazione della legge sulla tecnologia riproduttiva assistita e delle banche ad essa adibite, oltre alla prevenzione dell'abuso, alle questioni etiche e alla sicurezza legislativa e biologica delle parti coinvolte. «*The Bill intends to protect the affected women and children from exploitation, support the oocyte donor with an insurance cover, regulate multiple embryo implantation and protect the children born through ART*» (p.1). Il documento ha presentato la necessità di essere redatto nel momento in cui, come nei paesi trattati precedentemente, si è venuta a riscontrare una rapida crescita della tecnologia di riproduzione assistita nel paese e ad una concomitante mancanza di misure di sicurezza e procedure standardizzate. Le cliniche in India offrono quasi tutti i servizi ART: donazione di gameti, inseminazione intrauterina (IUI), fecondazione in vitro (IVF), iniezione intracitoplasmatica di sperma (ICSI), test genetici pre-impianto (PGT) e surrogazione per gestazione. Come emerge dallo scritto non si tratta tuttavia di una legge ma di semplici linee guida ancora ritenute inadeguate. Le raccomandazioni esplicitate dalla commissione, rispetto al *Surrogacy (Regulation) Bill 2019* (Minister of Health and Family Welfare, 2019), mettono in luce l'urgenza di occuparsi primariamente della regolamentazione delle PMA che coinvolgono la *surrogacy*, in quanto vengono coinvolte le cliniche adibite alla procreazione medicalmente assistita anche per la pratica presa in esame. La proposta di legge del 2019 tratta altresì di maternità surrogata nella sua peculiarità, nata anch'essa dall'urgenza di regolamentare un'industria in forte crescita, capace di generare un guadagno di oltre 2 miliardi di dollari annui (Parliamentary Standing Committee, 2017). Esso delinea un protocollo per punti delle condizioni sociali, economiche, biologiche caratterizzanti i genitori committenti, la madre gestante e il futuro nascituro. Alcune delle voci presenti nel documento specificano: le procedure mediche devono aver luogo solo presso le cliniche di maternità surrogata certificate, è vietato indurre la donne a divenire gestanti attraverso la pubblicità o

---

<sup>5</sup> L'organo legislativo indiano si compone di Rajya Sabha (corrispondente al *Council of States*) e al Lok Sabha (*House of the People*), i quali corrispondono rispettivamente alla camera alta e alla camera bassa del parlamento indiano (Kaushik & Pal, 2012).

altri mezzi, la selezione del sesso nei bambini surrogati è vietata, così come il condurre aborti sulle madri senza il loro esplicito consenso, la madre surrogata dovrà ottenere il certificato di idoneità medica, psicologica e deve soddisfare i criteri esplicitati – come essere sposata, appartenere alla fascia d'età tra i 25 e i 35 anni, avere un figlio proprio -, può diventare madre surrogata solo una volta nella vita, la madre surrogata non può fornire i propri gameti, ammettendo solo la *surrogacy* gestazionale ed escludendo quella tradizionale, la coppia committente dovrà ottenere un “*certificate of essentiality*”, che attesti la comprovata infertilità della coppia, e un “*certificate of eligibility*”, ottenuto in quanto cittadini indiani, sposati da almeno cinque anni, la coppia deve essere composta da due persone di sesso opposto, la moglie deve avere un'età compresa tra i 23 e i 50 anni, mentre il marito tra i 26 e i 55 anni. Inoltre non è ammesso l'abbandono del figlio da parte della coppia, a prescindere da qualsiasi difetto genetico o di nascita, qualsiasi condizione medica sviluppata successivamente, dal sesso del nascituro o il concepimento di più di un bambino, nato in India o all'estero (Srivastava, 2021). Le linee guida e le raccomandazioni presentate nel documento indiano possono rappresentare un importante progresso verso la regolamentazione della MS, tuttavia le critiche mosse nei confronti di queste ultime sono molteplici. In particolar modo si evidenzia uno spiccato interesse da parte degli organi di stato finalizzato a limitare il danno sociale e finanziario dovuto all'irregolarità della pratica; tuttavia la promozione all'autonomia e all'autodeterminazione della donna coinvolta volontariamente in degli accordi di maternità surrogata viene meno, imponendole la norma sociale del matrimonio come vincolo al proprio diritto di autodeterminazione: ella è tenuta infatti a richiedere il consenso del marito. Inoltre, nel tentativo di prevenire le questioni legali di custodia e di parentela, il progetto di legge riduce la madre surrogata a mera portatrice gestazionale, impedendole di usare il proprio gamete e negandole qualsiasi incentivo di maternità come l'indennità di maternità o l'assistenza post-partum. Ciò che concludendo propone il *Surrogacy Bill* 2019 è l'eliminazione di qualsiasi tipo di retribuzione riservata alla donne che si presta ad accogliere il bambino dei genitori committenti, rendendo legalmente accettata unicamente la maternità di tipo altruistico (Gola, 2021).

In **Francia** la pratica della gestazione per altri è vietata dal 1994 dalla legge sulla bioetica e dal codice civile del paese. Inoltre, si è deciso per il non riconoscimento della genitorialità delle coppie provenienti dall'estero con un bambino nato tramite *surrogacy*, permettendo la registrazione della figliolanza solo alla donna che gli ha dato biologicamente la vita. Dal 2017, tramite l'intervento della Corte di Cassazione francese si è deciso di riconoscere la genitorialità al partner del genitore biologico del figlio. Il caso *Menesson* del 2019 è una chiara esemplificazione dell'attuale dinamica politica francese mentre si interfaccia con la maternità surrogata: due genitori hanno adottato in USA due gemelli avuti 19 anni prima e solo grazie ad un intervento da parte della Corte Europea per i Diritti Umani (CEDU) si è deciso di assolvere la coppia per il reato commesso, dato che la pratica si è svolta all'estero e non su suolo francese, non riconoscendo tuttavia a livello legale la loro genitura (Crivelli, 2019; Srivastava, 2021). La CEDU è stata coinvolta in altri casi di maternità surrogata ritenuta illegale nel paese di provenienza dei genitori adottivi, la Corte ha riconosciuto la paternità legale in quei casi in cui la protezione degli interessi del bambino veniva meno<sup>6</sup>, rifiutando al contrario i casi in cui il paese di provenienza avesse legiferato contro la maternità surrogata, azione ritenuta dalla CEDU utile agli interessi pubblici, riconoscendo come adeguato il rifiuto dello Stato a non riconoscere l'accordo di gestazione per altri, proponendo in seguito una soluzione alternativa all'entrata in famiglia del bambino, ossia un'adozione da parte di una famiglia differente dalla coppia committente<sup>7</sup>. Il fattore discriminante i casi presi in esame risulta essere il legame biologico, totalmente assente nell'ultimo accordo di maternità gestazionale (Srivastava, 2021).

La **Thailandia** è riconosciuta come una delle principali destinazioni per il turismo procreativo, ragione per cui venne denominata "l'utero del mondo" (Sgorbati, 2016). Il desiderio di recarsi nel paese al fine di avere un bambino tramite surrogazione di maternità è dovuto ad un'industria di lunga esperienza e ben strutturata, con eccellenti infrastrutture e una spiccata ospitalità nei confronti dei

---

<sup>6</sup> Application No. 9063/14 ECHR; Application No. 10410/14 ECHR (Srivastava, 2021).

<sup>7</sup> Application No 25358/12 ECHR (Srivastava, 2021).

genitori committenti provenienti da altri paesi. Le aziende collaboranti, al fine di fornire il servizio di gestione degli accordi di maternità surrogata, si sono trovate inizialmente in competizione con l'India in quanto a numero di turisti con scopi procreativi - poiché la legislazione indiana riteneva determinante per l'assegnazione dello stato di maternità e paternità, l'acquisto dell'embrione fecondato, divenendo, all'acquisto dello stesso, automaticamente i genitori legali del bambino - oltre ai prezzi molto competitivi che il paese offriva (ICMR, 2005; Hibino, 2020). Nel 2012 l'India ha iniziato ad imporre delle restrizioni al mercato turistico, portando i genitori interessati alla pratica ad approdare in Thailandia. In seguito ad una serie di scandali che hanno riecheggiato nel mondo - come il caso "Baby Gammy", un ragazzo disabile nato tramite *surrogacy* è stato abbandonato dai genitori committenti australiani (Whittaker, 2016) - la maternità surrogata commerciale è stata vietata in tutto il paese, permettendo solo la gestazione per altri altruistica tra parenti (Hibino, 2020). Le coppie omosessuali e le persone single sono escluse dagli aventi diritto alla pratica (Balzano, 2020).

L'**Australia** nel giugno del 2020 adotta l'*Assisted Reproductive Treatment Amendment Act 2020*, rielaborando così l'*Assisted Reproductive Treatment Act 2008*. Concretamente ciò che viene ridiscussa è la possibile eliminazione dei controlli della polizia e dell'ente per la protezione dei minori, requisito necessario per iniziare dei trattamenti di riproduzione assistita per una donna, introducendo il coinvolgimento eventualmente del partner nella scelta (Parliament of India, 2021).

Nelle **Filippine** si è iniziato a considerare un progetto di legge che elimini le distinzioni tra figli "legittimi" e figli "illegittimi" per i bambini nati tramite procreazione medicalmente assistita che coinvolga un donatore terzo e tramite la pratica della maternità surrogata altruistica.

In **Grecia** sino al 2014 un contratto di maternità surrogata era accordato nel solo caso in cui entrambe le parti, genitori designati e madre gestante, fossero provvisti di cittadinanza o domicilio all'interno del paese. Ad oggi è sufficiente che solo uno dei due firmatari disponga del requisito di residenza, che sia permanente o temporaneo.

Dal 2016 in **Israele** è permessa la maternità surrogata a coppie eterosessuali sposate e donne single con l'unica condizione che forniscano il loro ovulo (Bandelli, 2021).

Si evidenzia infine un aumento globale di casi di **maternità surrogata transfrontaliera**, che vede molti genitori disposti a viaggiare all'estero a causa del divieto di maternità surrogata nel loro paese di provenienza (Söderström-Anttila et al., 2016), oppure in quanto gli aspiranti genitori non soddisfano i requisiti legali per il trattamento nel loro paese d'origine - a causa dell'età o dello stato civile (Ferraretti, Pennings, Gianaroli, Natali, & Magli, 2010) - o ancora a causa del numero limitato di donatori o surrogati in alcuni paesi, o l'accesso a migliori standard di assistenza in altri paesi (Palattiyil, Blyrth, Sidhva, & Balakrishnan 2010). Più in generale, gli studi sulle persone che decidono di viaggiare all'estero per il trattamento della fertilità, compresa la FIVET e la donazione di gameti, hanno evidenziato alcune delle ragioni che hanno influenzato la loro scelta, tra le più comuni: una maggiore disponibilità di donatori, migliori tassi di successo, tempi di attesa più brevi, costi più economici, maggiore qualità delle infrastrutture mediche, semplicità delle procedure legali, pratiche burocratiche maggiormente agevolate per il riconoscimento del certificato di nascita del bambino, coincidente etica delle procedure mediche offerte rispetto all'ideologia dei genitori, oltre ad alcune considerazioni di tipo geografico e culturale (Bandelli, 2021; Blyth, 2010; Culley, Hudson, Rapport, Blyth, Norton, & Pacey, 2011; Ferraretti et al., 2010; Jacobson, 2020; Pennings et al., 2008). Per inciso è stato riscontrato che la maggior fonte di informazione per i genitori che decidono di viaggiare all'estero per stipulare un contratto di *surrogacy* risulta essere internet (Jackson, Millbank, Karpin, & Stuhmcke, 2017). Inoltre lo spostamento transnazionale ai fini dello svolgimento della pratica non riguarda esclusivamente i genitori committenti, ma coinvolge anche i gameti, gli embrioni e le surrogate tenute a viaggiare all'estero per l'impianto degli embrioni, oppure per il parto, o ancora per tutto il periodo che le coinvolge (Schurr, 2018; Bandelli, 2021).

Il 15 luglio 2019 è stato pubblicato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il report dello *Special Rapporteur* (United Nations General Assembly, 2019) il quale afferma nuovamente l'urgenza di sviluppare standard, studi empirici e



ulteriori ricerche sull' impatto a lungo termine della tecnica su tutte le parti interessate, specialmente sui bambini, oltre a sottolineare quanto risulti problematico ammettere degli accordi di maternità surrogata effettuati all'estero nati in contrapposizione con le leggi di divieto all'interno del rispettivo paese. La proposta è che si valuti l'accordo di filiazione caso per caso, con unico scopo quello di considerare l'interesse superiore del bambino, promuovendo gli approcci legislativi e politici nazionali basati sulla garanzia dei diritti umani per tutte le parti coinvolte, eliminando il rischio di sfruttamento, delegando ad ogni stato la questione della determinazione dell'interesse superiore del bambino a seconda delle peculiarità del caso. Durante la trentasettesima sessione del Consiglio di diritti umani delle Nazioni Unite (UNHRC, 2018) la reporter speciale raccomanda nel suo scritto di legiferare in modo chiaro e completo sulle modalità di accesso e di svolgimento della pratica, al fine di contrastare la compra/vendita e il traffico di bambini sia nella gestazione per altri di tipo commerciale, che altruistica. Viene segnalata la necessità di vietare la maternità commerciale nel caso in cui non vengano adottate delle politiche adeguate alla protezione e alla tutela della madre surrogata e del bambino, impegnando a tale scopo il Comitato per i diritti del bambino e il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne. In caso di accordo di maternità surrogata che prevede un compenso per la madre gestante si ritiene necessario identificarla come genitrice legale dalla nascita sino al momento della completa ricezione della somma pattuita come ricompensa. Il rapporto suggerisce infine di concentrarsi sul "Diritto del bambino" e non sul "Diritto ad un bambino". Entrambi gli atti (UNHRC, 2018; United Nations General Assembly, 2019) incoraggiano i governi a sancire delle norme seguendo il modello del progetto della Conferenza dell'Aia di diritto internazionale privato sulla filiazione/surrogazione, costruendo le fondamenta per quelli che potranno essere dei ponti legislativi tra le varie nazioni. Sono elencate infine delle raccomandazioni che si impegnano a sviluppare degli standard minimi al fine di salvaguardare i diritti dei bambini nati mediante maternità gestazionale, poggiando così le basi per un linguaggio comune e condiviso circa la pratica della maternità surrogata.

#### 2.4. Il caso italiano

La legge n. 40 del 2004, art. 12/6 vieta la maternità surrogata in territorio italiano. Essa prevede una sanzione penale di un peso considerevole: multa da 600.000 a un milione di euro e reclusione da tre mesi a due anni. Quest'ultima può essere applicata alle cliniche, al personale sanitario coinvolto, alla coppia committente, alla madre surrogata e a chiunque realizzi, organizzi o pubblicizzi la pratica (Salone, 2016; Sgorbati, 2016). Il regolamento limita l'uso delle tecniche alle coppie eterosessuali in età fertile e con diagnosi di sterilità o infertilità, limita a tre il numero massimo di embrioni che possono essere impiantati e vieta di congelare gli embrioni e di condurre ricerche scientifiche su di essi (Bandelli & Corradi, 2019). Inoltre, la stessa legge, vieta l'accesso alle tecniche di procreazione a single e omosessuali (Balzano, 2020). Di maggiore complessità si tinge la questione del bambino nato all'esterno, tramite maternità surrogata, su commissione di due genitori italiani, i quali torneranno in patria in seguito al parto. La problematica che si viene a porre in questo contesto è quella del riconoscimento della filiazione del minore ai genitori designati, ossia se il rapporto di filiazione tra i tre protagonisti certificato nello stato estero in cui è nato il bambino possa essere convalidato anche in territorio italiano. Inoltre, l'art. 1321 del nostro codice civile in proposito al contratto stipulato tra le parti coinvolte per dar luogo al processo di gestazione per altri, stabilisce che l'unico contratto ammesso in quanto tale sia a favore di un rapporto giuridico patrimoniale, il contratto redatto in un rapporto giuridico con fine la *surrogacy* difetterebbe del requisito di patrimonialità sollecitato dalla legge, bensì si prefigge di trattare le posizioni giuridiche familiari personalissime (Salone, 2016). In altre parole, il nuovo nato non può essere considerato un bene giuridico, tanto quanto l'accordo non si prefigge di regolamentare l'offerta dell'utero a fini gestazionali ma legifera la consegna e il riconoscimento del figlio per la coppia e la rinuncia del nascituro per la gestante, status personali a loro volta indisponibili (Sgorbati, 2016). Tale documento non ha il potere di modificare e di sancire alcun rapporto di filiazione differente da quello tradizionale, delineando il riconoscimento della maternità e della paternità del

minore sulla base del regolamento vigente. In ragione di ciò si riprende l'art. 9, co.3 della legge n. 40/2004, nel quale si afferma che solo la donna che ha partorito viene riconosciuta come madre del nascituro, confermando la maternità riservata alla gestante, rendendo giuridicamente irrilevante la provenienza dell'embrione e i gameti da cui è nato. La madre committente, che ha eventualmente fornito i propri ovuli per l'inseminazione, non acquisisce alcun diritto giuridico di parentela con il minore, venendo esclusa da ogni rapporto di maternità con il nascituro (Salone, 2016). All'interno della dottrina si diramano differenti posizioni in merito all'assegnazione della qualità di madre tra le due donne coinvolte: la maggioranza dei giuristi ritiene necessario assegnare il ruolo di madre alla donna partorente, mantenendosi fedeli all'art. 269 del codice civile, puntualizzando che il concetto materno non si ravvede esclusivamente del rapporto biologico con il figlio, ma anche del profondo legame coltivato durante la gestazione; in contraddizione si trovano argomentazioni opposte, esse propongono la stessa etichetta al di là del mero dato biologico, problematizzando quindi anche la volontà e la decisione di generare una nuova esistenza e assumersene la responsabilità, vedendo nella commissione della madre sociale il fondamento della relazione madre-figlio (Sgorbati, 2016). «Ne segue che il concetto giuridico di maternità – se si eccettua beninteso il caso dell'adozione, dove peraltro a venire in rilievo non è il diritto, in quanto tale, degli adulti ad avere un figlio, bensì quello del minore ad una famiglia “sostitutiva” di quella di sangue che si sia dimostrata “incapace” di assolvere al suo compito – conserva, allo stato attuale della legislazione, un irriducibile riferimento al dato biologico, che l'ordinamento richiede tuttora che si accompagni al dato “spirituale” dell'assunzione di responsabilità nei confronti del nascituro. Così non è, invece, almeno non più necessariamente, per la linea paterna, visto che, per effetto della ritenuta ammissibilità nel nostro sistema giuridico della fecondazione artificiale eterologa in seguito al recente pronunciamento del giudice delle leggi (Corte cost. n. 162/2014), il rapporto giuridico di paternità può sussistere anche in mancanza di un legame biologico con il nato.» (Salone, 2016, p.51). Quest'ultimo inciso sottolinea la differenza tra il riconoscimento del padre sociale del bambino nato da surrogazione di maternità e la maternità della donna committente,

esplicitando la possibilità di certificare il rapporto di filiazione da parte del padre designato che egli sia o non sia il genitore biologico del nuovo nato.

Nel 2005 la legge 40/2004 ha dato vita ad un acceso dibattito tra partiti politici e società civile, dando luogo ad un referendum mosso dalla porzione laica della società, sostenitrice della scienza come mezzo per affermare il diritto di essere genitori. Il fronte cattolico ebbe tuttavia la meglio in quanto ha trovato ampio consenso grazie al suo obiettivo di difendere i diritti umani dell'embrione, promuovendo l'astensione dalla pratica (Bandelli & Corradi, 2019).

Il gruppo “Se Non Ora Quando – Libere” ha il merito di aver portato per la prima volta la maternità surrogata, o meglio il cosiddetto “utero in affitto”, sul piano sociale all'interno del contesto italiano. Nel dicembre 2015 lancia un appello che provoca delle dissonanze tra le donne appartenenti alla comunità, creando schieramenti politici opposti alleati, ora con la Chiesa, ora con le componenti del femminismo (Serughetti, 2016b). Nel Febbraio del 2016 il governo italiano, in seguito all'approvazione da parte del Senato, inizia a discutere circa la messa al bando dalla pratica a livello internazionale. La base etica su cui poggia la mozione presentata da Anna Finocchiaro<sup>8</sup> è la dignità della persona e i diritti dei bambini. Discussione governativa avvenuta in concomitanza con l'approvazione della legge sulle unioni civili<sup>9</sup> la quale ha portato con sé un acceso dibattito mosso dalle voci conservatrici del governo: dato il divieto di gestazione per altri in territorio italiano, con l'approvazione della legge in questione, si sarebbe dato luogo ad una migrazione da parte delle coppie omosessuali<sup>10</sup> all'estero al fine di poter godere della tecnica grazie al riconoscimento della loro unione che agevola i genitori

---

<sup>8</sup> Mozione 1-00516 presentata da Anna Finocchiaro, 9 febbraio 2016, seduta n. 574.

<sup>9</sup> Legge 20 maggio 2016, n. 76.

<sup>10</sup>La migrazione non ha coinvolto solo le coppie omosessuali, ma anche i single. La regolamentazione che permette la maternità surrogata alle coppie dello stesso sesso e agli individui singoli è diversificata per ogni paese. Belgio, Bulgaria, Danimarca, Finlandia, Gran Bretagna, Estonia, Spagna ammettono le coppie omosessuali; mentre Finlandia, Francia, Grecia, Slovenia, Svizzera, Gran Bretagna non richiedono il matrimonio e/o la convivenza della coppia come requisito di accesso alle tecniche; inoltre, Belgio, Bulgaria, Danimarca, Ungheria, Estonia, Russia, Spagna, Finlandia, Gran Bretagna, Grecia ammettono le donne single (Balzano, 2020).

committenti nel poter accedere al servizio. L'11 maggio 2016 il testo sulle unioni civili viene approvato, con la clausola di non garantire il diritto delle coppie omosessuali alla *stepchild adoption* (Serughetti, 2016a). Il D.d.l. S. 2296 in merito alla *Disciplina del divieto di maternità surrogata* viene presentato dal partito Nuovo Centrodestra al fine proporre un aumento della pena prevista della legge 40/2004, oltre a punire coloro i quali intraprendono un percorso di maternità surrogata fuori dalla giurisdizione italiana. Come riportato da Serughetti (2016a, p.45) il disegno di legge «esclude dal conto della punibilità la madre, perché soggetto che anzi deve essere protetto in quanto vittima di sfruttamento a fini di procreazione e frequentemente in condizioni di difficoltà economiche, se non addirittura di povertà», ponendo ancora una volta la gestante vittima di un processo che non ha scelto, sul quale non ha potuto autonomamente e con dignità prendere parola e costretta dalla sua condizione di povertà. Nasce da questa visione la questione della responsabilità penale di fronte alla violazione dei diritti della madre surrogata, coinvolgendo i genitori committenti, medici, infermieri e altri professionisti sanitari, legali, cliniche e agenzie come fautori del crimine in questione. La politica si rivolge così alla protezione del corpo delle donne, sfruttato dall'industria e dai mercati di riproduzione, a causa di un meccanismo di dominazione familiare, del sessismo, del capitalismo e dello svantaggio geopolitico in cui sono immerse, costantemente veicolate da una pressione di provenienza esterna a sé, mai mosse da una forza di azione e di pensiero personale e autonoma (Serughetti, 2016a). Gli interessi che vengono minati dalla pratica in questione sono quindi quelli della donna che si offre nel ruolo della madre gestante, portando a ledere la sua dignità a causa della vendita e dell'implicazione dei suoi comportamenti procreativi all'interno di un contratto economico. Inoltre si sottolinea in letteratura il danno all'infante, il quale verrà privato della conoscenza della proprie origini così come prevede il contratto (Niccolai, 2017). «La gpa resterebbe l'unica 'tecnica' di PMA in cui non l'oggetto, ma lo *strumento* è la persona umana.» (Niccolai, 2017, p. 52). Balzano (2020) riporta nel suo studio il rapporto intitolato *A Comparative Study on the Regime of Surrogacy in EU Member States*, esso sottolinea ed esplicita quanto

il divieto di maternità surrogata, nonostante la severità nella pena e la rigidità normativa, manchi al suo scopo, non riesce a funzionare come deterrente al ricorso della tecnica da parte dei cittadini. Si riporta un numero di nascite tramite surrogazione di maternità pari a 200 su un totale di 85.487 cicli di fecondazione assistita in Francia nel 2012, in cui la maternità surrogata è vietata in tutte le sue forme. Nel Regno Unito la tecnica è ammessa in forma altruistica e si contano 149 casi su 62.155 totali. Viene dimostrato quindi quanto in Italia e negli altri paesi in cui vige il divieto di maternità surrogata la giurisprudenza nel corso degli anni sia comunque riuscita ad aggirare la legge<sup>11</sup>, e quanto non si riesca ad andare oltre alle possibilità e alle opportunità che un contesto fluido e variabile come quello mondiale circa la pratica possa permettere, sottolineando ancora una volta l'urgenza di discutere di una norma o di accordi validi a livello internazionale, se non eticamente e legalmente comuni, almeno che siano in grado di condividere un linguaggio e creare una sinergia tale da poter permettere una lettura e una discussione interna a proposito del riconoscimento della genitorialità che rispetti le esigenze di tutela dei diritti fondamentali di ogni parte coinvolta (Rivera, 2020), del certificato di nascita e della parentela dichiarata nel rispetto di una normativa estera tra genitori sociali, madre gestante e bambino nato da questo specifico accordo.

---

<sup>11</sup> La Corte di Cassazione (Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 1325 del 10.03.2016 - dep. 05.04.2016) nel 2016 decide per l'assoluzione dai reati decretati dagli articoli 121.40/2004, 495, 476, 567 del codice penale, di una coppia italiana che ha commissionato ad una donna Ucraina la gestazione di un bambino frutto del loro desiderio. Gli ovuli utilizzati sono di una terza donna donatrice, i gameti maschili dell'uomo della coppia imputata. La corte ha deciso di ritenere i reati non configurabili, in quanto la coppia ha semplicemente richiesto la convalidazione del certificato di nascita emesso e permesso nel paese di provenienza del bambino (Sgorbati, 2016).

### **3. Maternità surrogata: outcomes psicologici. Una lettura individuale e relazionale**

#### *3.1. Una differente declinazione di “Genitorialità”*

La maternità surrogata rompe le tradizionali immagini di madre e padre, spezzando in due, talora in tre nel caso in cui fosse presente una terza donna donatrice del gamete, la figura della madre. Ha rotto la regolarità del binarismo familiare, inserendo così terze e quarte persone nel processo di procreazione, inteso naturalisticamente in senso duplice, e permettendo, grazie a queste relazioni tra persone, a individui singoli di riprodursi, a coppie omosessuali di poter accedere concretamente al desiderio di filiazione e a coppie eterosessuali di poter beneficiare della tecnica scientifica per superare una difficoltà corporea che impedisce la procreazione. Salone (2016) pone sotto una luce giuridica e bioetica la pratica surrogatoria riflettendo sul modo in cui le problematiche etiche e biologiche si riflettono nel campo del diritto.

Le tecniche di fecondazione artificiale pongono delle importanti scissioni nella lettura della genitorialità all'interno di una famiglia, prima fra tutte la cesura tra sessualità e concepimento: esse permettono di poter procreare senza che ci sia necessariamente un atto sessuale tra i due aspiranti genitori, possono essere svolte in vitro oppure in vivo. Nella fecondazione artificiale tra gameti viene reso non più necessario l'unione tra corpi maschili e femminili. Il secondo taglio avviene nel momento in cui vengono utilizzati dei gameti diversi da quelli appartenenti alla coppia genitoriale, includendo nella fecondazione materiale genetico appartenente a terze persone; ciò implica una differenziazione tra la genitura “genetica” e quella “sociale”. La maternità surrogata infine pone una duplice cesura tra fecondazione, gravidanza e parto rispetto a quello che l'autore definisce maternità in senso naturalistico. Avviene nello specifico una separazione tra la persona che donerà o

metterà a disposizione i suoi ovociti, tra colei che accoglierà nel suo grembo il feto e lo partorirà, e colei che accoglierà il nascituro subito dopo il parto. Salone (2016) definisce la cesura multiforme implicata dalla maternità surrogata come una «sostanziale destrutturazione dell'identità materna e, conseguentemente, dell'identità del figlio, il quale prima o poi dovrà porsi il problema di quale sia la figura materna da assumere come riferimento tra le tante coinvolte nel processo generativo» (p.42).

Un rilievo importante a tal proposito viene esplicitato dalla neuropsichiatra Binetti (2016) nel momento in cui, parlando del ruolo materno, afferma il grande problema che si colora innanzi agli occhi degli studiosi, dei legali, delle madri e dei padri, e a chiunque decida di inoltrarsi nelle reti intricate della maternità surrogata. Una questione in particolare si pone per la prima volta nella storia del diritto: essa mette in crisi il principio *mater semper certa est*. La tecnica sembra cancellare la certezza che la maternità naturale – intesa come la maternità che la natura rende possibile tramite l'unione sessuale di un uomo e di una donna – donava all'identificazione del ruolo di madre, padre e figlio.

Moncelli (2018), psicologa e analista, parla della perdita della certezza come «un mutamento radicale di cui è importante essere consapevoli, poiché là dove non c'è referente non c'è limite, non c'è norma, orizzonte, identità da salvare, differenze da mantenere per orientarsi» (p. 60). La domanda che la studiosa si pone riguarda la possibilità di riscontrare nella pratica una trasformazione dell'identità del singolo in una sostanza fluida e inafferrabile.

Approfondendo un'ulteriore questione, studiosi come Serughetti (2016) si trovano in contrapposizione con la visione più positiva della pratica. In particolare, nello scritto etico-filosofico (Serughetti, 2016) circa i problemi teorici e pratici del nostro tempo in materia di gestazione per altri e di prostituzione, l'autrice asserisce che entrambe le pratiche si riferiscono ad un'offerta di servizio corporale da parte della donna, che opera in assenza di un coinvolgimento emotivo o sentimentale. L'assimilazione della prostituzione alla maternità surrogata risale al dibattito incentrato sulla donna in cui le femministe liberali rivendicavano la piena libertà nell'uso del proprio corpo, del far valere i propri diritti di espressione tramite questa



tipologia di azioni ma anche del riconoscimento della dignità delle cosiddette *sex-workers*. Le femministe radicali, invece, vedono nella prostituzione uno sfruttamento patriarcale e la pratica della surrogazione come uno sfruttamento riproduttivo.

In entrambe le visioni, tuttavia, viene opacizzata la figura del bambino, che perde visibilità e riconoscimento. Il focus viene posto unicamente sul ruolo dell'uomo e – spesso unicamente – della donna, riducendo così la complessità e la portata di una pratica come quella della maternità surrogata, portando il fenomeno procreativo a mera questione femminile, assumendo uno sguardo adulto-centrico, afferma Bandelli (2021), facendo venir meno la figura del bambino protagonista e centro della pratica, e discostandosi dal problematizzare il risultato ultimo della pratica, la creazione di una famiglia.

L'elemento di fondamentale importanza che viene modificato e di conseguenza posto a questione tramite lo studio della pratica di surrogazione è il concetto di genitorialità. Esso si pone nel panorama accademico come un concetto culturale che si viene a formare a partire dall'esperienza soggettiva ed emotiva fatta primariamente tramite il corpo, i quali elementi emotivi vanno a costituire la rappresentazione del sé e dell'altro. Una volta interiorizzati essi andranno a fondare la base sulla quale la singola persona, nelle successive fasi di vita, riproporrà le immagini, come forme narrative personalmente orientate, degli elementi che formano dentro ognuno di noi il costrutto di genitorialità. La genitorialità del bambino e il suo mondo rappresentazionale si riproporranno nell'adulto nel momento in cui sarà lui stesso a porsi come *caregiver* riattivando quelle funzionalità e meccanismi assimilati, integrati e ridiscussi sin dalla sua nascita (Bastianoni, 2009).

La genitorialità, all'interno del processo della maternità surrogata, si pone come scopo dei genitori committenti, raggiungibile tramite una terza persona esterna al proprio ambito familiare. L'elemento "genitorialità", come afferma Lorenzetti (2015), si pone tra i protagonisti della pratica come un sentimento latente: è latente nel processo di immedesimazione nella figura genitoriale da parte della coppia committente, è latente nel pensiero della madre biologica, nel partner di

quest'ultima, viene definita latente anche in quegli attori coinvolti come parte secondaria all'interno della relazione, come i parenti e i tribunali che vengono coinvolti al fine di poter autenticare il riconoscimento del figlio da parte dei genitori adottivi.

Pezzini (2017) sottolinea l'importanza di riflettere circa il nesso tra la riproduzione e la genitorialità, ponendo quest'ultima come la questione che descrive l'assunzione di responsabilità da parte di un adulto o di una coppia di adulti nei confronti di un minore che viene accolto come figlio e viene accompagnato nel suo percorso di vita sino alla piena riuscita della propria autonomia. La riproduzione invece viene descritta come il processo biologico e relazionale che ha inizio con la fecondazione tra ovulo o spermatozoo, l'autrice sottolinea: «ma la cui componente essenziale resta *l'esperienza relazionale irriducibile della gravidanza*, che non può essere messa in ombra né recisa neppure dalla eventuale alterità dei gameti al corpo della madre gestante» e prosegue dicendo: «il corpo gravido per nove mesi è una *donna che intesse una relazione* ed in quanto tale si tratta di una esperienza che non può essere rimossa o sottovalutata» (p. 195). Tale argomentazione si pone cronologicamente – rispetto alla crescita del bambino – alla base delle altre possibili problematiche delineate in letteratura circa il concetto di maternità e di famiglia. Come, ad esempio, i problemi psicologici identificati nella separazione dei legami genetici, gestazionali, ma anche sociali e interpersonali tra genitori e figli (Snowdon, 1994).

Ponendo la società, la politica e il cittadino innanzi alla necessità di dover interpretare in modo diverso e nuovo la famiglia, accogliendo il cambiamento portato dal progresso scientifico nel campo della procreazione, Olga van den Akker (2020) riporta la concezione di Stacey risalente al 1990, ma considerata ancora attuale. Stacey conia il concetto di famiglia post-moderna indicando quell'insieme di persone componenti un gruppo, chiamato famiglia, che dal ventesimo secolo è caratterizzato da indecisione e ambivalenza circa gli accordi di genere e di parentela. La famiglia nucleare tradizionale si discosta dalle odierne declinazioni della stessa, come le famiglie monoparentali, omosessuali, divorziate, ricostituite, adottive, conviventi non sposate. Gli studiosi della famiglia post-moderna, come

afferma van den Akker (2020), attribuiscono alla famiglia la caratteristica di diversità in modo permanente e non eccezionale. La libertà riproduttiva, che si esprime anche tramite la pratica della maternità surrogata, si pone quindi come fattore determinante la ridefinizione dei confini parentali e la rielaborazione, da parte dei membri della stessa, dei ruoli interni ad essa. L'ambiguità e l'incertezza di queste nuove e difficilmente definibili forme di famiglia possono suscitare alcuni quesiti e preoccupazioni di fronte ad un panorama così poliedrico: *“This freedom is accompanied by new fear: are test tubes mixed up, who is the donor, are the adopted, donor or surrogate children reflections of our own identity? Where is the tradition, predictability, familiarity, and how can cognitive consistency be accomplished?”* (van den Akker, 2020, p. 1850).

Le problematiche e le questioni da mettere al vaglio sulla maternità surrogata sono molteplici e caratterizzate da un alto livello di complessità. Le discipline che la tecnica tocca e coinvolge, il diritto, l'etica, la medicina, l'ostetricia, vengono interpellate in modo continuo e quotidiano, attraversando progressivamente i vari livelli di approfondimento della ricerca.

La ricerca psicologica in letteratura è ancora limitata. La ricerca sugli esiti psicologici delle parti coinvolte, l'assetto familiare, i ruoli genitoriali, i risvolti relazionali all'interno della famiglia nucleare, tra parenti, con la madre surrogata e con altri possibili donatori coinvolti, lo sviluppo psichico del bambino, il suo modo di vivere all'interno di una famiglia caratterizzata da questa peculiarità, risulta fiorente ma tuttavia non ancora esaustiva a causa anche dei vincoli geografici e culturali che la pratica implica. Condizioni come le piccole dimensioni del campione o la selezione poco accurata dello stesso rendono la maggior parte degli studi significativamente limitati a livello metodologico. In particolare, si nota un basso tasso di risposta negli studi che prevedono un follow-up psicologico, introducendo al rischio di bias di selezione. Inoltre la letteratura in merito alla maternità surrogata risulta essere scarsa a causa anche delle difficoltà ad ottenere sufficienti finanziamenti per la ricerca: un'argomentazione controversa evocante opinioni spesso opposte trova difficoltà nell'incontrare degli investimenti adeguati. Inoltre, tracciare il numero di bambini nati, superare lo stigma sociale di essere

dovuti ricorrere alla pratica, o ancora sacrificare la propria privacy per partecipare ad una ricerca, risulta molto complesso in questo campo (Cicarelli & Beckman, 2005; Söderström-Anttila et al., 2016; Sunkara, Antonisamy, Selliha, & Kamath, 2017). L'importante responsabilità della ricerca è tuttavia la possibilità di approfondire l'argomentazione, interpellare, tramite delle ipotesi, le possibili sfumature che emergono da un punto di vista medico, ginecologico, ostetrico, etico, psicologico, con il fine di porre delle basi empiriche per guidare i professionisti della salute mentale coinvolti, per mitigare i rischi dei protagonisti coinvolti, per chiarire dei dubbi di un individuo, il quale decide di interfacciarsi o viene indirettamente toccato dalla maternità surrogata e dalle sue molteplici implicazioni umane ed etiche, o ancora per poter decidere della politica di un paese o di una clinica (Kapfhamer & Van Voorhis, 2016).

### *3.2. I diritti riproduttivi*

Il desiderio di avere dei figli viene considerato un elemento a fondamento dell'esperienza umana. Nonostante tale desiderio si esprima in misura diversa per ogni individuo - alcuni lo considerano non prettamente essenziale, per altri si tratta di un'esperienza riservata a determinati individui - è possibile individuarlo nella maggior parte delle persone, rendendolo universale.

Il diritto riproduttivo, soddisfacendo la condizione di rispettare gli altri valori costituzionali, garantisce il diritto ad avere dei figli riconoscendolo come elemento essenziale della vita umana. Diritto assicurato anche alla coppia sterile o infertile, la quale può servirsi del progresso scientifico per affermare la propria libertà e autodeterminazione (Balzano, 2020; Pezzini, 2017). I diritti riproduttivi, riconosciuti e promulgati in sede della Conferenza internazionale delle Nazioni Unite tenutasi nel 1994, riconoscono il diritto fondamentale di tutte le coppie e gli individui, senza alcuna discriminazione, coercizione o violenza, a decidere autonomamente ed in piena libertà, circa il numero, la crescita temporale e la separazione dei propri figli. Inoltre, assicura il diritto ad avere informazioni e mezzi

per raggiungere la massima salute riproduttiva e sessuale<sup>12</sup>. Ogni specifico continente e paese, tuttavia, decide quali diritti garantire ai propri cittadini. Le tecniche di PMA fanno appello al diritto umano di poter ricorrere alla tecnologia e al progresso scientifico al fine di poter godere al diritto alla procreazione. La maternità surrogata, in particolare, interpella gli studiosi nel ragionare sulla dimensione umana della scienza, problematizzandola. La questione avanza su un suolo incerto e scivoloso in quanto fa vacillare il diritto riproduttivo che beneficia del progresso scientifico a causa di una mancanza di chiarezza circa la legislazione che regola la pratica presa in esame (Bianchi, 2017).

### 3.3. I genitori committenti

#### 3.3.1. Le motivazioni dei genitori committenti

Entrando ora nel merito dei tre principali protagonisti della pratica – genitori committenti, madre surrogata e minore – risulta necessario anzitutto individuare la motivazione attraverso cui la coppia committente decide di muoversi in tale direzione.

Una grave anomalia Mülleriana, un'assenza congenita di utero e/o di vagina, la sindrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) caratterizzata da un fenotipo e un genotipo femminile e da un'aplasia congenita dell'utero e della vagina, un'assenza di utero e ovaie causate da un'insensibilità completa agli androgeni, un'isterectomia, la sindrome di Turner, aborti ricorrenti o il fallimento del trattamento all'infertilità, fanno parte delle molteplici cause mediche per cui una donna o una coppia decide di intraprendere la strada della *surrogacy*. Oltre ad alcune possibili ragioni sociali, come già affrontato nel primo capitolo dello stesso

---

<sup>12</sup> I diritti riproduttivi specifici delle donne includono inoltre: il diritto ad un aborto legale e sicuro, il diritto alla contraccezione, il diritto di accedere ad un'assistenza sanitaria riproduttiva di buona qualità, il diritto all'accesso all'istruzione femminile per poter fare scelte riproduttive libere e informate nei riguardi della pianificazione familiare. Tratto dal Report delle Nazioni Unite della 4° Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, Il Cairo, 5-13 settembre 1994 (Bianchi, 2017).

scritto, quali: la volontà di non interrompere una tanto motivata carriera, il timore dello stress vissuto dalla madre designata circa i cambiamenti fisici, o ancora il disagio affrontato dalla percezione della gravidanza e del parto. La maternità surrogata può infine soddisfare il desiderio di coppie appartenenti allo stesso sesso e di una persona singola desiderosa di avere un figlio, persone alla quale viene legalmente preclusa la possibilità di poter divenire genitori tramite adozione, rendendo la tecnica spesso l'unica opzione percorribile (Simopoulou et al., 2018). In letteratura si individua inoltre una delle primarie motivazioni psicologiche che spingono gli aspiranti genitori ad intraprendere la strada dalla gestazione per altri, piuttosto di perseguire opzioni differenti, come ad esempio l'adozione, ossia il desiderio di avere un legame genetico con i propri figli (Langdrige, Connolly, & Sheeran, 2000). Inoltre è possibile tramite tale pratica costruire una relazione con il bambino fin dalla nascita e seguirlo durante tutto il suo sviluppo, a partire, ove la vicinanza geografica alla madre surrogata lo permette, dalla gravidanza.

### *3.3.2. I fattori di stress correlati al processo della maternità surrogata dal punto di vista dei genitori committenti*

Gli elementi stressogeni che coinvolgono i genitori designati sono molteplici e coinvolgono i partner durante tutto il processo. Tra i fattori di stress primari ritroviamo la diagnosi di infertilità o dalla costatazione della presenza di una condizione biologica che li rende incapaci di avere figli. Si individuano inoltre i fattori di stress secondari in associazione all'iter della *surrogacy*. Tra questi si individua: la ricerca della madre surrogata, la relazione da costruire con lei durante la gestazione, e la gestione dello stigma sociale e della percezione dei propri familiari circa la scelta di aver intrapreso il percorso (Edelmann, 2004; MacCallum, Lycett, Murray, Jadv, & Golombok, 2003; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016). La compatibilità tra i genitori designati e la madre gestante emerge come principale fattore di stress, sino alla possibilità di poter causare un burnout emotivo associato alla ricerca e alle trattative con le candidate. Specialmente nel caso in cui gli interessi tra le parti non corrispondano e l'accordo non raggiunga un livello

soddisfacente per entrambi, i genitori potrebbero aver subito un impatto emotivamente negativo sin dalla fase iniziale. Tuttavia, l'impatto psicologico maggiormente significativo per i genitori si verifica in fase di impianto e di gestazione.

Si elicitano, inoltre, altre preoccupazioni comuni tra i genitori, quali: la possibilità che la surrogata gestazionale sia sfruttata finanziariamente, la medicalizzazione durante la gravidanza, la paura di non ricevere il bambino dopo la nascita, lo stigma emotivo, legale e sociale, il legame genetico nei casi in cui solo un membro della coppia è stato donatore, oltre a varie preoccupazioni sul benessere del bambino durante la gravidanza e dopo la nascita (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016). La ricerca sottolinea l'importanza di identificare i suddetti fattori di stress e di considerarli in modo tempestivo al fine di contenere e alleviare i sentimenti negativi che possono crescere dalla relazione con la madre surrogata.

La maternità surrogata svolta su piano transnazionale implica necessariamente complessità e nuovi fattori stressogeni. In particolare, per coloro che si appoggiano a paesi nei quali la legislazione risulta ambigua o ancora non regolamentata, e decidono di prendere contatto con delle donne residenti, ad esempio, in India, emerge un'influenza negativa dei media sul processo, data anche dalla mancanza di informazioni e di contatto diretto con la madre surrogata e dalla limitata sorveglianza medica. Tuttavia, poiché le popolazioni studiate non sono rappresentative di tutti i tipi di maternità surrogata transnazionale, i risultati delle suddette ricerche devono essere interpretati con attenzione (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016).

Si individuano altresì delle similitudini nelle variabili che influenzano il benessere dei genitori committenti con quelle che caratterizzano le coppie che decidono di intraprendere un percorso di adozione internazionale. La mancanza di controllo, l'ansia dovuta alla distanza e i sentimenti di impazienza e frustrazione sono gli elementi comuni individuati dalla ricerca. La letteratura, nonostante non esistano degli studi empirici che lo chiariscano, ipotizza che i livelli di fiducia nella surrogata e nei professionisti legali e della salute coinvolti, siano elementi che modulano i

fattori di stress che influenzano il benessere e la qualità della vita dei genitori designati (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016).

### *3.3.3. Famiglie omoparentali*

Negli Stati Uniti alcuni anni fa, prima dell'introduzione della legislazione per consentire i matrimoni tra persone dello stesso sesso, sono state condotte delle ricerche (Bergman, Rubio, Green, & Padròn, 2010; Mitchell & Green, 2008) che hanno sottolineato le difficoltà inerenti alla pratica della maternità surrogata declinata specificatamente alle coppie omosessuali. Esse riportano l'esistenza di fattori di stress, oltre a quelli associati alla maternità surrogata gestazionale stessa, come, ad esempio, il rifiuto da parte della comunità eterosessuale sulla base di stereotipi preconcepiuti riguardanti la struttura familiare. Secondo l'opinione pubblica, di fatto, per realizzare questo desiderio, una coppia omosessuale è costretta a fare scelte che sollevano una grande varietà di questioni che vanno dalla dimensione etica al rapporto con la natura, dalla cultura dei diritti individuali ai limiti del controllo e della manipolazione della natura (Di Nicola, 2016). Si è, in ogni caso, registrato negli anni un aumento continuo della paternità tra gli uomini gay che utilizzano la maternità surrogata gestazionale (Dempsey, 2013; Riggs & Due, 2014; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016).

### *3.3.4. I vissuti psicologici di madri e padri committenti*

La letteratura sino ad ora pubblicata, nonostante i limiti metodologici che essa presenta, consente di approfondire i vissuti psicologici sperimentati da madri e padri committenti, peculiari della pratica della maternità surrogata, attraverso molteplici angolazioni. Viene approfondita l'esperienza delle madri, dei padri, delle coppie eterosessuali e delle coppie omosessuali, considerando anche il differente paese di provenienza dei genitori adottivi o di origine della madre gestante.

Olga van den Akker (2000) ha posto le basi per l'indagine a carattere psicologico inerente il vissuto emotivo delle donne divenute madri grazie alla maternità surrogata, approfondendo l'importanza del legame genetico esistente o assente con



il bambino. Lo studio, il quale considera un campione di ventinove donne residenti nel Regno Unito, documenta il fatto che le donne che potevano usare il proprio materiale genetico tendevano a credere che un legame genetico fosse importante, coloro le quali non potevano usare il proprio materiale genetico risultavano meno uniformi nelle loro convinzioni sull'importanza di un legame genetico. L'incapacità di creare una famiglia e la condizione di infertilità sono state vissute dal gruppo in modo estremamente negativo. La maggior parte delle donne ha detto che avrebbe fatto quasi tutto per avere una famiglia, quasi tutte si erano sottoposte ad una serie di indagini per l'infertilità e alcune si erano sottoposte al trattamento FIVET. Ai partecipanti è stato chiesto quale fosse l'opzione preferita per superare l'assenza di figli dopo la diagnosi. La maternità surrogata è stata l'opzione più spesso riportata; mentre l'affido, l'adozione e la FIVET non sono risultate scelte popolari; una piccola parte (7%) ha pensato inizialmente di provare a convivere con la propria infertilità: la metà del campione (52%) ha preso la decisione di entrare in contatto con un'agenzia di maternità surrogata o si è accordata con un parente per procedere all'accordo. Tutte le donne coinvolte nella ricerca hanno affermato che la loro vita era incompleta senza un proprio figlio ed era dominata dalla ricerca dei modi per poter ottenere lo status di famiglia.

La pratica della gestazione essendo molto apprezzata ed utilizzata in alcuni paesi, ma disapprovata da alcune culture, suscita sentimenti, emozioni, pensieri contrastanti anche nell'esperienza dei genitori committenti. Nella società ghanesi, ad esempio la famiglia è sottoposta a molta pressione da parte della famiglia e della società per riprodursi. Tale condizione costringe le coppie con diagnosi di sterilità o infertilità a ricorrere ad una tecnica giudicata in modo particolarmente negativo dalla società in cui sono immersi. Tale contrasto di opinioni interne ed esterne – rispettivamente dei genitori e della comunità sociale – suscita nei genitori praticanti la maternità surrogata vissuti fortemente negativi, vivendo periodi di depressione e affrontando gli stigmi sociali e gli stereotipi di genere che possono condurre sino al suicidio (Adinkrah, 2012).

Le ricerche approfondiscono, da un punto di vista più generale e meno culturalmente influenzato, i fattori psicologici implicati nel ruolo di genitore

designato nel processo di maternità surrogata. Riprendendo la questione del legame tra genitori e figlio, l'utilizzo dei propri gameti da parte dei due partner favorirebbe i loro sentimenti di connessione percepita con il bambino, grazie alla probabilità che la prole assomigli per i tratti fisici e caratteriali a loro. Conoscere esattamente la provenienza dei gameti o conoscere la donna che porterà in grembo il bambino riduce il sentimento di ansia e allevia le preoccupazioni dei futuri genitori rispetto alle questioni che riguardano i donatori anonimi, come la possibilità che trasmettano malattie sessualmente trasmissibili o difetti genetici (Lonardi, 2020). Alcune coppie hanno menzionato il difficile investimento emotivo richiesto durante la gravidanza della madre gestante e la mancanza di supporto e comprensione da parte del personale ospedaliero (Jadva et al., 2018).

Uno studio ha operato un confronto tra la genitorialità in seguito ad un accordo di maternità surrogata e quella venutasi a formare tramite donazione di ovuli o processo naturale di concepimento: Golombok e il gruppo di ricerca (Golombok, Murray, Jadva, MacCallum, & Lycett, 2004) individuano dopo un anno dalla nascita, un maggior benessere psicologico e di adattamento alla paternità nelle coppie che hanno intrapreso un percorso di maternità surrogata, rispetto alle altre coppie. Inoltre, tali coppie sono caratterizzate da: livelli più bassi di stress legato alla genitorialità, livelli più bassi di sintomatologia depressiva nel caso delle madri, un comportamento di attaccamento più adattivo e una maggiore soddisfazione della genitorialità, specialmente nel caso dei padri. Al compimento di due anni i risultati risultano simili, le coppie che hanno ricorso alla maternità surrogata riportano una qualità della relazione con i figli superiore e livelli più bassi di stress rispetto ai genitori che hanno concepito naturalmente o con donazione di ovuli (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016).

Le madri sociali hanno mostrato minor difficoltà nell'esercizio della genitorialità rispetto alle madri naturali e hanno riferito una maggiore accettazione dei loro figli adolescenti e meno problemi nelle relazioni familiari nel loro complesso. Questi risultati si possono considerare inaspettati, dato che la maternità surrogata è considerata la forma più controversa di donazione riproduttiva e si presume che comporti maggiori rischi psicologici rispetto ad un concepimento naturale: nella

maternità surrogata non solo i bambini vengono abbandonati dalla donna che li ha messi al mondo, ma prevalgono anche atteggiamenti sociali negativi verso la maternità surrogata (Golombok et al., 2017).

Andando ad approfondire le problematiche pratiche delle coppie committenti dovute ad accordi di tipo transnazionale si individua la difficoltà ad essere presenti alla nascita del proprio figlio a causa del parto anticipato rispetto alla data prevista e l'impossibilità di poter modificare il piano di viaggio in tempo per la nascita. La difficoltà principale riferita dai genitori designati nel rientro nel paese di provenienza, oltre alla inevitabile distanza e al mancato supporto di amici e familiari, è stato il tempo di attesa prima di poter ottenere la cittadinanza e il passaporto per il bambino (Jadva et al., 2018). Jadva, Prosser e Gamble (2018) riportano le affermazioni dei genitori designati che sono stati toccati da queste difficoltà: «*“Our daughter was granted British citizenship within 8 days, but it took 6 months to get a passport. The passport office did not communicate with us and gave us false information. It was a very very difficult process and in the end we got home with the help of a legal team.” (Heterosexual couple returning from India)*» (p. 112).

### 3.3.5. Gli aspetti economici e il viaggio

In Norvegia sono state indagate le caratteristiche socioeconomiche delle famiglie facenti ricorso alla PMA ed è stata documentata l'appartenenza di queste ultime ad una fascia di popolazione avente il più alto livello di reddito e di istruzione, sposati, con maggiori probabilità di raggiungere l'anzianità. Tale condizione evidenzia importanti e persistenti disuguaglianze sociali nell'uso delle tecniche di procreazione (Goisis, Håberg, Havenik, Magnus, & Kravdal, 2020).

Lo studio di Jadva, Prosser e Gamble (2018) riporta la raccolta dei dati inerenti la spesa media dei genitori designati affidatisi a differenti paesi: i genitori che avevano intrapreso la maternità surrogata negli USA avevano speso più soldi, circa £120,000, rispetto a coloro che sono approdati in Thailandia e in India, rispettivamente £55,000 e £50,000. Mentre coloro che avevano avuto la maternità

surrogata nel Regno Unito avevano speso la minor quantità di denaro, £25,000. Più del 40% di coloro che si sono sottoposti a maternità surrogata in India o in Thailandia ha riferito di non sapere quanto ha percepito la donna surrogata della somma depositata, spiegando che questo aspetto è stato interamente gestito dall'agenzia o dalla clinica. I futuri genitori che hanno avuto accesso alla maternità surrogata in India hanno affermato di aver ottenuto informazioni da siti web consigliati, mentre più di due terzi hanno parlato con altri delle loro esperienze in India, indicando che hanno raccolto informazioni da più fonti prima di intraprendere il loro accordo di maternità surrogata. I genitori che hanno perseguito il percorso negli Stati Uniti, si sono invece serviti delle agenzie professionali per acquisire informazioni (Jadva et al., 2018).

Durante il periodo della pandemia Covid-19 le condizioni per viaggiare all'estero e partecipare alla gravidanza della madre surrogata sono peggiorate. I professionisti della salute impiegati nelle cliniche che documentano formalmente i tassi di nascita hanno indicato che solo una piccola percentuale di bambini nati sono stati consegnati ai genitori committenti, grazie alla tempestività delle coppie di accedere ai voli prima del blocco istituito tra i paesi. Altri genitori committenti hanno rischiato la loro salute e sicurezza, percorrendo ampie distanze con veicoli a motore per essere uniti ai loro bambini. In un caso i genitori committenti sono stati in grado di raccogliere la loro figlia attraverso un'ambulanza aerea che l'ha trasportata da una città all'altra dell'India. Gli autori segnalano: «*The number of babies unable to be united with their respective commissioning parents is concerning. Available reports indicate that babies either remain in hospitals or are taken into care by assigned relatives (Raja, 2020). Of the remaining babies, there are serious concerns about the limited capacity of medical personnel to address each child's physical and psychological health.*» (Goswami, Larmar, & Boddy, 2021, p. 474-475).

L'impatto psicologico nei neonati rimasti intrappolati nel limbo che permette il passaggio tra la madre gestante e quella sociale è da prendere in considerazione e da non sottovalutare, al punto che gli studiosi affermano la necessità di far appello al governo, in questo caso indiano, di fornire tempestiva assistenza affinché figli e

genitori si possano unire. Mentre, in contesti come l'Ucraina, è possibile, a pagamento, garantire l'assistenza postnatale ai nuovi nati (Goswami et al., 2021).

### 3.3.6. Valutazione di idoneità dei genitori committenti

L'*American Society for Reproductive Medicine* pubblica nel 2017 (Pfeifer et al., 2017) un documento completo con alcune raccomandazioni e linee guida per la valutazione dei genitori designati e delle portatrici gestazionali. Una guida per lo screening e i test<sup>13</sup> da sottoporre ai protagonisti al fine di ridurre le complicazioni legali e psicologiche, e per fornire un supporto ai genitori genetici, sociali, alla madre gestante e al bambino innanzi alle complesse questioni mediche e psicologiche che la pratica implica. Viene indicata la necessità di sottoporre i genitori genetici ad un'adeguata valutazione sui rischi genetici, virali e patologici. Una puntualizzazione viene fatta per il trasferimento del numero di embrioni all'interno dell'utero, sottolineando la necessità di ridurre il rischio di una gravidanza multipla trasferendo un singolo embrione e di proseguire con l'impianto di secondi ovuli fecondati dopo un'adeguata consulenza e l'accordo di tutte le parti, in base all'età del genitore genetico, nel tentativo di migliorare le probabilità di gravidanza.

La formazione psicosociale per i genitori designati è considerata uno dei punti delle linee guida che li coinvolge. Il medico dovrebbe fortemente raccomandare la formazione e la consulenza da parte di un professionista della salute mentale. Essere profondamente consapevoli di cosa si sta per affrontare può giovare ad una scelta ragionata e autentica. La valutazione dovrebbe includere un'intervista clinica e se necessario dei test approvati dall'*American Psychological Association*. Inoltre, dovrebbe essere esplorato il potenziale impatto della relazione tra i genitori sociali e la madre surrogata, al fine di poter garantire un'esperienza positiva e accrescitiva per entrambe le parti. La consulenza psicosociale include un colloquio clinico e una

---

<sup>13</sup> La pratica standard nello screening psicologico delle candidate negli Stati Uniti include tipicamente un colloquio clinico e la somministrazione di Personality Self-Report, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) o Personality Assessment Inventory (PAI). I test esaminano le motivazioni, le caratteristiche interpersonali e la presenza o assenza di psicopatologia. Ad oggi tuttavia non esiste un'interpretazione univoca delle linee guida (Riddle, 2020).

valutazione psicologica in cui si tratta principalmente la storia di infertilità dei genitori e di come hanno affrontato tale condizione, la gestione durante la gravidanza delle aspettative e del rapporto con la portatrice gestazionale e la sua famiglia, il comprendere il diritto della portatrice gestazionale di fare scelte per il suo corpo e i metodi per risolvere eventuali conflitti, o ancora la potenziale reazione ai tentativi falliti di impianto dell'embrione. È necessario inoltre informare i genitori designati dei potenziali problemi psicologici e dei rischi associati al processo gestazionale.

A proposito della valutazione psicologica pre-trattamento, in Australia sono divenuti obbligatori, a livello legale, la consulenza e l'assessment da parte di uno psicologo, indipendente rispetto alle cliniche, con tutte le parti coinvolte nel percorso, compresi i partner delle donne surrogate. Questo differisce dalle giurisdizioni degli Stati Uniti, dove la valutazione psicologica è di routine per i portatori gestazionali, ma è solo raccomandata per i genitori designati che per di più si trovano talvolta nella circostanza in cui la donna che si offre per portare avanti la gravidanza è di fatto un membro della famiglia.

Inoltre, è stato notato come la storia dei problemi di salute riproduttiva nelle madri committenti, indica la necessità di un'indagine psicologica approfondita in quanto può essere compromessa una componente importante dell'immagine di sé, data anche l'abitudine della persona a ricoprire il ruolo di paziente. A livello psicologico tale storia clinica può indicare un certo grado di vulnerabilità, ragion per cui si ritiene necessario un rinvio per una consulenza terapeutica aggiuntiva.

Per quanto riguarda la componente maschile delle coppie eterosessuali che decidono di intraprendere tale percorso, i dati mostrano funzionamenti psicologici individuali adeguati, grazie anche ad una stretta rete familiare e amicale che funge da supporto (Montrone, Sherman, Avery, & Rodino, 2020; Nakash & Herdiman, 2007). Questo dato risulta importante in quanto apre alla necessità di garantire che i bisogni psicosociali, anche del partner maschile, siano almeno considerati durante la consulenza, in quanto spesso non sono coinvolti nella valutazione. Il benessere e il sostegno del partner sono elementi fondamentali nella riuscita di una buona relazione tra i protagonisti dell'iter (Montrone et al., 2020).

Le linee guida redatte dal gruppo di ricerca americano (Pfeifer et al., 2017) proseguono con il delineare le questioni legali e il consenso informato. I genitori designati hanno diritto ad una consulenza legale per tutto il periodo che si ritiene necessario da parte di un professionista legale adeguatamente qualificato che abbia esperienza con la riproduzione e che sia abilitato ad esercitare la professione nello stato di origine o, in caso di accordo internazionale, anche nel paese di nascita del minore. Il compenso alla portatrice gestazionale dovrebbe essere concordato per iscritto nel contratto legale tra i futuri genitori e la portatrice prima di iniziare qualsiasi trattamento. Successivamente viene condotta una consulenza sulla gestione dell'iter da parte della portatrice gestazionale e della sua famiglia. Quest'ultimo include informare la potenziale portatrice gestazionale e il suo partner riguardo ai potenziali problemi psicologici e i rischi associati al processo, come affrontare la gravidanza, come gestire la relazione con i genitori designati, o ancora parlare dei rischi di attaccamento al bambino e del modo in cui i figli della gestante possono essere implicati psicologicamente. Viene offerto un supporto di gruppo o individuale con dei professionisti della salute mentale qualificati e una consulenza e la rappresentanza da parte di un legale. Viene redatta la sua cartella clinica completa dell'anamnesi psichiatrica, inclusi precedenti ricoveri, tentativi di suicidio o assunzione di farmaci, viene riportata la storia professionale, finanziaria, quella sessuale e riproduttiva, se ha abusato di sostanze, di fumo o ha subito abusi fisici, emotivi o sessuali. Viene inoltre indagato lo stile di personalità, le abilità di coping, la capacità empatica, la motivazione a diventare una madre surrogata e la rete sociale nella quale è inserita<sup>14</sup>. Il fine ultimo è quello di rendere l'esperienza della maternità surrogata positiva per tutti i protagonisti, affiancandoli nel costruire un ambiente in cui poter sentirsi sostenuti e dove è possibile contenere i fattori di stress dovuti all'iter. Tutto questo richiede un approccio multidisciplinare che implica una collaborazione unica e sinergica tra i medici, i professionisti della salute mentale, il

---

<sup>14</sup> Per un ulteriore approfondimento circa le linee guida redatte dall'*American Society for Reproductive Medicine* si rimanda all'articolo Pfeifer, S., Butts, S., Fossum, G., Gracia, C., La Barbera, A., Mersereau, J., Odem, R., Paulson, R., Penzias, A., Pisarska, M., Rebar, R., Reindollar, R., Rosen, M., Sandlow, J., & Vernon, M. (2017). Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 107(2), e3–e10.

personale delle cliniche e quello delle agenzie, gli avvocati, la madre gestante, i genitori designati, gli eventuali operatori delle case per madri surrogate l'ostetrica e l'ospedale dove avviene il parto (Dar et al., 2015).

### 3.4. La madre gestante

#### 3.4.1. Idoneità e sostegno psicologico

Secondo i criteri stabiliti dal comitato etico del *Create Fertility Centre* situato in suolo canadese, tutte le aspiranti madri surrogate devono avere un'età compresa tra i 21 e i 45 anni e aver avuto una o più gravidanze a termine non complicate che hanno portato alla nascita di almeno un bambino. Sono sottoposte ad un'anamnesi dettagliata e ad un esame medico, a screening per verificare la presenza di immunità alle più comuni malattie trasmissibili. Viene garantita una consulenza medica dettagliata alla gestante e, se presente, al partner, durante la quale vengono informati di tutti gli aspetti dell'essere una madre surrogata.

Si trattano in modo particolare temi come: gli esiti indesiderati della procedura - cicli falliti, aborti spontanei, gravidanze ectopiche e il potenziale di anomalie fetali -, il numero di embrioni da trasferire con relativo rischio di gravidanza multipla, le complicazioni che generalmente possono caratterizzare la gravidanza, il potenziale riposo a letto e ricovero ante-partum, i problemi di modalità di parto e i problemi di alimentazione e di stile di vita durante la gravidanza (Dar et al., 2015). Inoltre c'è il rischio di incorrere in disturbi ipertensivi, emorragia, parto cesareo e isterectomia peri-partum (Perkins et al., 2016; Simopoulou et al., 2018).

In Canada e in Australia la consulenza psicologica è obbligatoria per tutti i protagonisti coinvolti (Dar et al., 2015; Montrone et al., 2020). Madre surrogata insieme all'eventuale partner e ai genitori designati sono visti in un primo momento separatamente per assicurare la confidenzialità e per stabilire la fiducia in quanto gli argomenti trattati sono di forte impatto emotivo; in seguito, verrà organizzata una sessione congiunta tra tutte le parti per fornire un'opportunità di condividere



obiettivi, aspettative e strategie. L'idoneità della donna verrà valutata attraverso una valutazione psicoeducativa: il suo background, le sue strategie di coping, il potenziale attaccamento ad un feto in via di sviluppo, la sua motivazione personale, le sue aspettative come portatrice, la sua rete di supporto, le questioni di controllo, fiducia, invidia, distacco o eccessivo attaccamento durante la gravidanza. Alla fine della gravidanza vengono esaminate le questioni riguardanti il piano di nascita e di restituzione del bambino, così come la futura relazione con i genitori adottivi e il bambino. Inoltre, durante tutta la sessione di consulenza, vengono sottolineati i temi del rispetto reciproco e lo sviluppo di strategie di comunicazioni fluide, con la garanzia di un supporto emotivo e psicologico per tutta la durata del percorso (Dar et al., 2015).

La surrogata intraprende la gravidanza in modo libero e autonomo, per tale ragione è richiesto che lei si comporti come una donna incinta consapevole, prendendo tutte le precauzioni consigliate nelle moderne cure prenatali - vitamine, niente fumo, uso moderato di alcol (Shenfield et al., 2005). In alcuni casi, le donne incinte trascorrono la gravidanza nella propria casa, con la propria famiglia, in altri si allontanano dalla propria comunità e trascorrono sei/sette mesi insieme ad altre surrogate in cliniche, dormitori o piccole case in affitto (Bandelli, 2021).

I rischi medici, evidenziati in letteratura (Bandelli, 2021), di cui la madre gestante dovrebbe essere informata si riferiscono principalmente ai fattori correlati alla procreazione artificiale – fecondazione in vitro, iniezione intracitoplasmatica di sperma e impianto di embrioni – essi sono: pre-eclampsia, placenta previa, parto prematuro, restrizione della crescita del feto e basso peso alla nascita, anomalie congenite strutturali, ipertensione e problemi cardiovascolari, danni cerebrali, pressione intracranica, e disturbi dell'imprinting. Inoltre, il trattamento della fertilità aumenta anche il rischio di aborti, nati morti, la possibilità per la prole di sviluppare neoplasie e tumori, in particolare leucemie e tumori del fegato. Viene inoltre sottolineato che l'allattamento al seno, assente nella maternità surrogata, insieme al contatto pelle a pelle ha la funzione di mantenere il legame materno-fetale stabilito durante la gravidanza, aiuta la donna a riprendersi dal parto, aiuta il sistema immunitario del neonato, fornisce protezione dalle infezioni, aiuta la digestione e

l'assorbimento dei nutrienti, e contribuisce a proteggere il bambino da malattie polmonari, intestinali e tumorali negli anni a venire.

Nel caso in cui le donne non venissero informate di tali rischi è possibile che incorrano in un dolore, causato dall'allontanamento del neonato, imprevisto e che questo possa influire anche sulle relazioni interne alla famiglia di appartenenza della donna (Bandelli, 2021).

### *3.4.2. Selezione delle madri gestanti*

La selezione delle donne tramite agenzia viene basata su criteri quali un reddito che non appartenga alla fascia più bassa, secondo gli studiosi (Bandelli, 2021), in quanto la loro salute potrebbe essere compromessa dalle cattive condizioni abitative, oppure il loro aspetto potrebbe non rassicurare i genitori, potrebbero essere malnutrite ad esempio. Bandelli (2021) riporta una ricerca condotta su 96 surrogate indiane circa la loro situazione sociale. Dallo studio emerge che il gruppo di donne appartenevano ad un retaggio educativo, lavorativo ed economico superiore alla popolazione media delle donne dai 20 ai 34 anni in India. Dai seguenti risultati si è ipotizzato che la causa risieda nel fatto che mentre inizialmente il reclutamento<sup>15</sup> delle donne avveniva tramite passaparola o venivano ricercate tra gli elenchi di ex surrogate o di donatrici di ovuli, oggi le agenzie promuovono la pratica tramite stampa e televisione, accedendo alla popolazione che ha la possibilità di fruire le informazioni tramite tali mezzi.

Guerzoni (2018) offre una sintetica panoramica dello status socioeconomico delle madri surrogate in California. Le loro professioni vanno da infermiera, a counselor, segretarie, assistenti medici e casalinghe. Mentre il reddito delle stesse donne spazia da 20.000 dollari a 50.000 dollari annui.

---

<sup>15</sup> Negli ultimi anni c'è stato un aumento delle donazioni di gameti e degli accordi di maternità surrogata con conoscenti dei riceventi, introducendo, come mezzo di reclutamento, il far riferimento ai propri amici e familiari. Questi conoscenti possono essere amici maschi o femmine, ma più spesso sono membri della famiglia, entrando così nella sfera della donazione intrafamiliare. Procedura che non solo non evita le questioni etiche, ma che apre a nuove domande e argomentazioni a favore e contro. Per un approfondimento si rimanda a Lonardi, C. (2020). Intrafamilial Surrogacy: Motivations, Imaginary and Current Reality. *Italian Sociological Review*, 10 (3), 605-629.

### 3.4.3. *L'accordo tra le parti e il compenso economico*

Approfondendo, in chiave giuridica, la modalità con cui è possibile stilare l'accordo tra genitori sociali e madre surrogata, prendiamo come esempio la situazione canadese. I contratti di *surrogacy* non sono stati oggetto di contenzioso in Canada e quindi le clausole al loro interno non sono state considerate giudizialmente. Di conseguenza, gli avvocati preferiscono riferirsi ad essi come "accordi" piuttosto che "contratti". Sono quindi considerati come una dichiarazione scritta di intenzione che fornirà la prova, se necessario, dell'intesa delle parti. Una clausola fondamentale presente in ogni accordo è che la custodia legale, sociale e fisica del bambino sarà data ai genitori sociali immediatamente dopo la nascita. Un'altra clausola prevede che tutte le parti riconoscano di essere a conoscenza di tutte le questioni mediche e dei rischi connessi, nonché degli esami medici da effettuare prima della procedura e durante la gravidanza. Tutte le parti accettano di firmare una lettera di presentazione all'ospedale che include informazioni sull'accordo, richiede i braccialetti di identificazione per i futuri genitori, riconosce che la donna gestante è una paziente indipendente dai genitori designati e per questo in grado di prendere decisioni per la sua cura, ancora prevede che le parti concordino che la coppia prenderà decisioni per il bambino solo dopo il taglio del cordone ombelicale. Alcune lettere richiedono anche che i genitori adottivi siano presenti alla nascita, a meno che non si proceda ad un taglio cesareo (Dar et al., 2015).

Nel caso della tipologia di maternità surrogata che prevede un compenso – anche se secondo gli autori (Bandelli, 2021; Stoicea-Deram, 2016; Van Zyl & Walker, 2012) nel caso della maternità surrogata altruistica si renda comunque necessario parlare di compenso, magari sotto forma di dono o ad ogni modo pagando i professionisti implicati nella pratica – la quantità di denaro ricevuto varia da paese a paese e in base al numero di feti: ad esempio negli Stati Uniti, le surrogate guadagnano tra i 20.000 e i 60.000 dollari, in India, ricevono tra i 3.500 e i 6.000

euro, soldi che guadagnerebbero in 5-7 anni lavorando qualsiasi altro tipo di lavoro (Bandelli, 2021).

#### *3.4.4. I vissuti psicologici delle madri gestanti*

Approfondendo la questione in chiave psicologica, gli studi hanno documentato che l'esperienza vissuta dalle madri surrogate è stata considerata da loro positiva, senza, nella maggior parte dei casi, difficoltà emotive nel portare avanti una gravidanza di un bambino che poi dovranno consegnare ad altri (Jadva et al., 2003; Jadva & Imrie, 2014; van den Akker, 2007). Il tipo di maternità surrogata, commerciale o altruistica, tradizionale o gestazionale, non sembra influenzare la soddisfazione per l'esperienza, poche di loro si pentono della loro decisione di divenire surrogate (Blyrth, 1994; Imrie & Jadva, 2014; Jadva et al., 2003; van den Akker, 2003). Uno studio condotto su un campione di surrogate nel Regno Unito (van den Akker, 2005) ha rivelato che, dal punto di vista del benessere psicologico, non sono emersi problemi di salute dopo 6 mesi dalla nascita e nemmeno dopo un anno (Jadva et al. 2003; van den Akker, 2015). È stato riscontrato che alcune madri surrogate riportano piccole difficoltà nelle settimane successive al parto. Tuttavia, queste sembrano diminuire nel tempo (Jadva et al., 2003).

Nel momento in cui la pratica della maternità surrogata aveva iniziato ad essere maggiormente diffusa, si era ipotizzato che le donne volenterose di offrirsi come gestanti soffrissero psicologicamente. Baverman e Corson (1992) hanno invece documentato l'assenza di psicopatologie nelle surrogate. Addirittura alcune ricerche riportano che il gruppo di surrogate mostrerebbero livelli più bassi di ansia e tensione, e maggiore resilienza allo stress rispetto ad un campione femminile normativo (Pizitz, McCullaugh, & Rabin, 2013). Più approfondito il lavoro di Jadva e Imrie (2014) che attraverso un meticoloso lavoro di ricerca approfondiscono la storia psicologica delle surrogate: dieci partecipanti hanno riferito di aver sperimentato depressione nel periodo precedente alla prima gravidanza per surrogazione, sette di queste hanno concluso con successo gli accordi di maternità. Dato che, secondo gli autori, potrebbe risignificare il criterio di rifiuto istituito

dall'*American Society for Reproductive Medicine* secondo cui una donna che ha sperimentato depressione lungo la sua vita non può avere un'esperienza positiva di maternità surrogata. Il numero delle gestanti che hanno riferito di aver ricevuto una diagnosi psicopatologica risulta essere molto alto rispetto alle 34 partecipanti allo studio. Secondo gli autori, tuttavia, i problemi di salute psicologica registrati non sono da considerarsi peculiari l'attività di surrogazione, altresì tendono a rispecchiare i tassi di prevalenza nazionale individuati. Da segnalare è il piccolo numero - cinque partecipanti – di gestanti che hanno riportato di aver avuto un'esperienza negativa, attribuendo i problemi di salute psicologica alla pratica della maternità surrogata e riferendo di non essere in grado di poter intraprendere ulteriori accordi.

Seppur i suddetti studi restituiscano un quadro positivo circa la pratica, la possibilità che la maternità surrogata causi problemi psicologici merita ulteriori indagini per scoprire gli aspetti specifici dell'esperienza surrogata che possano contribuire alla presenza di problemi di salute psicologica (Jadva & Imrie, 2014). Nel complesso, le gestanti surrogate riportano un benessere positivo, le ricerche (Jadva et al., 2015) suggeriscono risultati circa un'elevata autostima, la mancanza di segni di depressione e una qualità delle loro relazioni con i loro partner buona o superiore alla media, oltre a sentimenti di gioia, realizzazione, orgoglio e soddisfazione durante il periodo della rinuncia (Yau et al., 2021).

Maggiormente preoccupante risulta essere il quadro psicologico delle donne Indiane. In uno studio condotto precedentemente alle nuove linee guida<sup>16</sup> promulgate in India, si ipotizza un rischio psicologico connaturato alla condizione delle donne surrogate aventi un basso reddito, in quanto le donne delle popolazioni a basso reddito nelle nazioni in via di sviluppo soffrono di alti livelli di problemi emotivi, soprattutto depressione prenatale e postnatale, rispetto alle donne delle nazioni a più alto reddito (Lamba, Jadva, Kadam, & Golombok, 2018; OMS, 2017).

Tra le critiche generalmente avanzate alla maternità surrogata si situa la

---

<sup>16</sup> Cfr. paragrafo 2.3.

preoccupazione circa il distacco tra il figlio e la madre che lo ha messo al mondo. Il profondo legame che si instaura tra i due fin dalla gravidanza risulta essere influenzato dall'accordo di maternità surrogata, negli Stati Uniti le madri gestanti sono risultate significativamente meno attaccate al nascituro rispetto alle madri in attesa non surrogate (Fischer & Gillman, 1991). Mentre le donne surrogate francesi hanno mostrato livelli di attaccamento al feto assimilabili ai valori delle altre gestanti (Lorenceau, Mazzucca, Tisseron, & Pizitz, 2015). Si ipotizza che anche il pagamento, nel caso della maternità surrogata commerciale, contribuisca a mantenere una certa distanza emotiva dal feto in via di sviluppo (Baslington, 2002). Nel complesso, le ultime ricerche (Lamba et al., 2018; Imrie & Jadva, 2014; van den Akker, 2003) hanno documentato che la maggior parte delle surrogate è in grado di consegnare il bambino che porta in grembo ai genitori sociali.

Si ritiene tuttavia necessario sottolineare che le ricerche condotte in occidente non sono comparabili a quelle condotte in oriente a causa delle grandi differenze culturali di interpretazione della pratica e della legislazione. I diversi vissuti della società innanzi alla maternità surrogata variano, non solo rispetto al continente orientale o occidentale, ma anche a seconda del paese e del contesto sociale e legislativo a cui di fa riferimento (Lamba et al., 2018; Söderström-Anttila et al., 2016). In India, ad esempio, la maternità surrogata è spesso tenuta segreta alla famiglia in quanto considerata immorale. La comunità giudica e critica aspramente le donne che intraprendono tale percorso, portando ad isolarle dalla loro rete sociale e familiare. La stigmatizzazione può inficiare il benessere psicologico delle surrogate, portandole ad esperire depressione e ansia, nascondendo il pancione e isolandosi dalla comunità che dovrebbe fungere da supporto (Lamba et al., 2018).

Gli studi che si impegnano ad esplorare l'esperienza delle surrogate non sono numerosi (Guerzoni, 2018). Oltre al limitato campione che viene generalmente preso in esame dalle ricerche analizzate, le interviste, i questionari e i test sperimentati possono essere influenzati da bias di selezione, dati ad esempio dal reclutare le persone all'interno delle cliniche specializzate. Le surrogate potrebbero aver timore di esprimere qualsiasi disaccordo circa l'alloggio, il pagamento o l'assistenza medica, se l'intervista è stata condotta all'interno della clinica,

rispondendo in modo socialmente desiderabile (Lamba et al., 2018; Serughetti, 2016b).

#### *3.4.5. Le motivazioni a divenire una madre surrogata*

Guizzardi (2020) si concentra sul tema delle motivazioni che spingono la surrogate ad intraprendere un percorso così particolare. Per molte la spinta emotiva principale è quella di poter aiutare una persona che non può avere figli attraverso il proprio contributo; il denaro in pochissimi casi viene menzionato come prima motivazione. Il ricercatore, di fronte a tale asserzione, considera l'idea femminista di sfruttamento tramite la maternità surrogata, "una falsa coscienza che non trova fondamento nei fatti" (p. 275). Il denaro dato dai genitori sociali, anche in caso di maternità surrogata commerciale, non quantifica il prezzo del figlio; le donne si sentono legate ai genitori designati da un profondo legame, non dal ruolo di venditrici o di serve (Guizzardi, 2020).

Un altro importante contributo circa le diverse interpretazioni socialmente attribuite alle madri surrogate è quello dell'antropologa Teman (Guerzoni, 2018). La studiosa afferma che generalmente le dimensioni che si intrecciano nelle opinioni pubbliche attraversano i continuum della naturalezza e della normalità. Le donne surrogate sono considerate persone anormali, in quanto la normalità è attribuita a coloro che desiderano tenere il bambino che crescono per nove mesi. La dimensione della normalità non appartiene loro in quanto si presuppone che l'unico elemento che le motiva ad iniziare tale percorso sia il ritorno economico, non una valida e buona motivazione. Il terzo assunto riguarda la naturalezza: le madri sono naturalmente portate ad esperire sentimenti negativi, ansia e depressione a causa del distacco dal bambino nato dal loro grembo. Teman (2008) prosegue asserendo che non sono stati individuati, negli ultimi vent'anni, studi che abbiano concluso scoprendo dei tratti di personalità "anormali" nelle surrogate. Tramite i suddetti studi è possibile delineare il profilo delle aspiranti gestanti: persone adulte, intelligenti, consapevoli e stabili, altresì lontane dal dimostrare dei tratti psicopatologici, persone con i piedi per terra, ottimiste, assertive, in controllo.

La motivazione delle madri sembra essere guidata da altruismo e un senso di dono verso la coppia, non si sentono rispecchiate dall'etichetta “*money makers*”. L'esperienza è vissuta come un dovere e un privilegio allo stesso tempo. Sentono di trasportare un “*precious cargo*” e dichiarano di essere “solo un forno” (Guerzoni, 2018, 2020). Quest'ultima affermazione potrebbe essere associata ad un sentimento negativo, l'essere solo un forno richiama alla mente l'intendere la donna come mero utero, accezione da cui si tende a prendere le distanze data la riduzione a oggetto della donna che, diversamente, offre sé stessa, nella sua interezza di persona, alla pratica. La definizione data dalle surrogate «deve necessariamente essere accompagnata da una trasposizione culturale che decifri e veicoli le espressioni sottese alle rappresentazioni di queste donne, che offra un'interpretazione alle “ragnatele di significati” che i soggetti [...] hanno tessuto» (Guerzoni, 2018, p.436). L'espressione utilizzata vuole indicare una distanza emotiva e sociale dall'essere madre, il forno accoglie, prende cura, nutre una vita che è già stata creata – in questo caso un embrione che viene inserito in utero dopo l'inseminazione. Nessuna donna ha mai accennato all'aver dato al mondo un figlio, ma si sono sempre riferite al parto come ad una restituzione fatta ai genitori, desiderosi di prendersi cura del bambino (Guerzoni, 2018).

Guerzoni (2020) procede ad un meticoloso lavoro di analisi del valore del dono all'interno della logica narrativa della maternità surrogata negli Stati Uniti. Dall'analisi della letteratura, l'autrice individua un marcato riferimento al dono da parte delle surrogate e della rete di supporto, come professionisti, familiari o amici. Le cliniche e le agenzie educano le parti coinvolte nel percorso descrivendo cosa dovranno aspettarsi, come si procederà e suggerendo lo scambio di alcuni regali anche durante la gestazione<sup>17</sup>. Tuttavia, la logica del dono pronunciata dalle cliniche e delle agenzie veniva presto sopperita dalla parte economica. Il modo in cui veniva presentato il percorso, il dono, la generosità e l'altruismo, veniva meno se messo a confronto con il modo in cui sono state reclutate le donne: ogni settimana, tutte le

---

<sup>17</sup> Album di foto, diario della gravidanza da parte della madre gestante, al fine di creare una sinergia tra le parti adeguata al fine di poter assecondare la formazione di una relazione positiva tra loro (Guerzoni, 2020).



surrogate già ingaggiate ricevevano un messaggio generato dal computer che ricordava loro un bonus di 1.000 dollari per ogni potenziale surrogata che reclutavano con successo per la clinica. Atteggiamento giustificato dai professionisti come una necessità, al fine di poter reclutare un numero di surrogate sufficienti rispetto alla grande richiesta da parte dei genitori intenzionali. Guerzoni indaga anche il punto di vista delle madri gestanti, riportando degli stralci di intervista delle stesse. Vicky ad esempio, 26 anni, Asiatica, impiegata in un'agenzia assicurativa, afferma: «*It's like saying you're doing charity and you don't know them. It's the same heart and it doesn't matter if you know them or not. It's about your heart. It is more about what your heart says, where your passion is, that you will help them. It doesn't matter if you know them or not. It's like saying you help the homeless; how can you give them a blanket without knowing them? You can. This is about your heart, your passion and what you love to do*» (Guerzoni, 2020, p. 572). Per Molly, 28 anni, Caucasica, segretaria, la sensazione è quella di essere impiegata in un lavoro, che tuttavia non consente vacanze o ore di pausa, si sente assorbita al 100%. Ritene che il compenso percepito sia sbilanciato rispetto allo stipendio che una persona può guadagnare con un lavoro. Ragion per cui le donne riferiscono di sentire la pratica distante da un lavoro con un adeguato ritorno economico, ritenendo quest'ultimo una delle ragioni, ma non certo la principale, per decidere di ingaggiarsi in un accordo di maternità surrogata (Guerzoni, 2020; Guizzardi, 2020b). Il compenso per le loro fatiche e il rimborso delle spese vengono letti alla luce degli ideali di uguaglianza e reciprocità, si tratta di mezzi finanziari per garantire che le surrogate e le loro famiglie non subiscano disagi indebiti per aver aiutato gli altri. Viene visto, perciò, come un mezzo per ricambiare quella che loro vivono come una donazione, piuttosto che un'azione che mina i valori morali (Guizzardi, 2020b).

#### 3.4.6. *L'esperienza della maternità surrogata raccontata dalle madri gestanti*

Jacobson (2021), al fine di far luce sul vissuto emotivo e sulla rielaborazione cognitiva delle madri circa l'esperienza di maternità surrogata, riporta nel suo

studio le preoccupazioni e le percezioni delle stesse tramite delle frasi estrapolate dalla interviste condotte. Il compito della madre surrogata è vissuto dalle donne come un ruolo di grande responsabilità. Le persone che si rivolgono loro hanno storie riproduttive problematiche, con numerosi tentativi di gravidanza falliti, riconoscendo un investimento importante di tempo, denaro, sforzo emotivo e fisico per raggiungere l'obiettivo di ottenere un parto in vivo. Le madri surrogate hanno riconosciuto il ruolo strumentale che ricoprivano, motivando in loro una forte dedizione nel portare a termine il proprio compito in maniera ottimale. Una di loro afferma: «“... *surrogacy pregnancies are so much different than your own because when it's my own I'm just like, 'Whatever. Okay.'* You just go about your business, you do everything you need to do. You just assume everything is great. And when you're doing it for somebody else, you're paranoid. You feel like, 'OK [the intended parents] are counting on me. I've got to make this work! Their hopes and their dreams are right here, resting in me.”» (Jacobson, 2021, p. 201). Un'altra sottolinea la percezione di dover essere più concentrata e attenta ai suoi comportamenti e ai segnali del suo corpo dovendo far riferimento a persone esterne rispetto a lei e all'eventuale partner. Durante la sua gravidanza afferma di essersi assunta più rischi, si è per esempio esposta al fumo passivo degli amici, mentre durante la gestazione surrogata si era imposta di non sollevare pesi o fare attività faticose. Le surrogate intervistate dall'autore si riferiscono al loro compito come lontano sia dalla maternità, riflettendo un distacco emotivo dal bambino e minori preoccupazioni rispetto al momento della “restituzione”, sia da un'occupazione in senso tradizionale. È vissuta dalle donne, in questo caso gestanti americane, come una “ricerca egoistica”, che spesso coinvolge anche i familiari, oltre ad un grande sforzo fisico ed emotivo per loro stesse, il loro scopo principale è quello di seguire i propri interessi e i propri desideri. Molte di loro riferiscono che la pratica ha anche avuto un forte impatto sulla loro rete familiare, spesso le surrogate non erano a casa, a causa delle visite mediche ad esempio, non potevano così partecipare agli eventi familiari, non potevano lavorare, occuparsi della casa o delle altre attività che solitamente svolgevano con il partner o i figli. In merito a questo alcune agenzie preventivano agli aspiranti genitori anche un contributo che risani la partecipazione

delle donne, andando a contribuire al pagamento di pulizie domestiche o delle babysitter per i bambini - anche se spesso viene riferito che richiedere un rimborso per questa attività suscitava nelle gestanti un senso di colpa che le portava a rifiutarlo. Le interviste condotte dall'autore proseguono con degli stralci delle parole delle donne che tendono ad indicare un forte coinvolgimento emotivo, che le porta a stare bene e ad amare la condizione di gravidanza: «*“Emotionally it's been the greatest experience of my life, truly.” [...] “And part of it is a little selfish too because I love feeling pregnant. And I always feel so great when I'm pregnant, not that I don't when I'm not, but I really feel better when I'm pregnant. I know that sounds weird! The hormones are good for me or something!”*» (Jacobson, 2021, p. 203). Questi sentimenti di godimento della gravidanza, di soddisfazione e di realizzazione personale (Riddle, 2020) derivanti dall'aiutare gli altri risuonavano in tutte le interviste condotte da Jacobson, ribaltando il concetto di dono venduto dalle agenzie e dalle cliniche.

Una grande preoccupazione di alcune surrogate era quella di esser stata poco presente nella vita della propria famiglia durante i nove mesi della gravidanza, sentimento che le ha portate poi a regalare loro, con i soldi ricavati dalla pratica, un articolo di lusso, una visita ad un parco a tema, il deposito del denaro per permettere ai figli di andare all'università o il pagamento dei debiti familiari (Berend, 2020; Jacobson, 2021).

#### *3.4.7. Il ruolo dei donatori di gameti*

Un ruolo fondamentale, che si ritiene importante prendere in considerazione, è quello della donna che presterà gli ovuli in caso di maternità surrogata gestazionale. I rischi in cui è possibile incorrere riguardano la procedura medica per sollecitare la produzione di gameti, con la possibilità di provocare sindrome da iperstimolazione ovarica che potrebbe portare a problemi di infertilità (Bandelli, 2021). Le persone che decidono di diventare donatori hanno anche diverse motivazioni per farlo: per altruismo, inteso come un atto di dare senza aspettarsi nulla in cambio, al fine di aiutare un membro della famiglia ad avere una propria

famiglia, desiderano alleviare la sofferenza causata dall'infertilità o sterilità, o dai ripetuti tentativi falliti di rimanere incinta o di avere un parto vivo, ma anche per permettere di avere un bambino ad una coppia formata da due uomini o da un uomo solo, nei casi più estremi, tuttavia, possono arrivare a tale decisione a causa di un certo sentimento di obbligo verso lo coppia o verso la propria famiglia, che si trova a richiedere un contribuito (Lonardi, 2020).

Da un punto di vista psicologico, Ragoné (Guizzardi, 2020a) pone parola sulla questione dell'anonimato del donatore. Secondo la studiosa il lasciare senza nome colui che presta i suoi gameti contribuisce ad una seconda frammentazione della riproduzione, riconfermando il modello della mercificazione. Tanto quanto una donna decide autonomamente, in quanto persona pensante, con libertà di scelta e forza di azione, di mettere a disposizione il proprio corpo al fine di portare avanti una gravidanza per altre persone, la persona che dona i suoi gameti ha il diritto di portare la sua persona, nella sua interezza, all'interno della relazione, in quanto fondamentale anello del legame. Così anche la donna gestante che ha la possibilità di autodeterminarsi in modo vero ed autentico prestando la sua capacità di poter portare avanti la gravidanza per conto di altri è immersa in una relazione simmetrica con gli altri protagonisti della pratica.

### *3.5. Il figlio nato da madre surrogata*

La mancanza di una legislazione adeguata che sia in grado di moderare l'offerta e la domanda circa la maternità surrogata contribuisce alla commercializzazione dei nuovi nati e delle donne che si prestano a divenire gestanti su commissione, dando luogo, a causa della fiorente richiesta, alla proliferazione di “*baby factories*” (Okoli & Eze, 2021). Come descritto in precedenza<sup>18</sup>, la normativa differisce da paese in paese. Il panorama frastagliato offre, tuttavia, un'ampia visione dei possibili scenari declinati a seconda del piano legislativo in vigore a livello nazionale. Partendo dalla

---

<sup>18</sup> Cfr. paragrafo 2.2 dello stesso scritto.

Nigeria, paese in cui si manifesta un alto tasso di illegalità legato ad accordi di maternità surrogata non contemplati dalla legge, andando incontro alle problematiche annesse all'illegittimità della filiazione e della cittadinanza - come la situazione dei bambini apolidi -, le controversie sull'eredità, la questione della responsabilità genitoriale in caso di separazione della coppia; sino alla Gran Bretagna, in cui le ordinanze parentali fungono come mezzo attraverso il quale i genitori possono essere dichiarati legalmente tali (Jadva et al., 2018; Okoli & Eze, 2021).

### *3.5.1. Outcomes medici e psicologici*

Da un punto di vista medico il tasso di nascita pretermine nei figli unici surrogati varia tra lo 0 e l'11,5% rispetto al 14% dei nati tramite fecondazione in vitro (Söderström-Anttila et al., 2016). Nel più grande studio di coorte (Gibbons, Cedars, & Ness, 2011) che includeva 1180 figli unici da maternità surrogata, l'età gestazionale media era di 37,2 settimane rispetto a 37,7 settimane per i figli unici da fecondazione in vitro. Il tasso di gravidanze multiple nella maternità surrogata variava dal 2,6% al 75%.

Pochi sono gli articoli inerenti ai risvolti psicologici derivanti dall'essere nato in seguito ad un accordo di maternità surrogata. La maggior parte di essi si concentra sul ruolo del legame biologico instauratosi durante i nove mesi di gravidanza, altri trattano il tema della rivelazione delle origini, il modo in cui è stato percepito e rielaborato da parte dei minori, altri ancora esaminano lo sviluppo cognitivo ed emotivo nel medio e lungo termine.

Il gruppo di ricerca di Simopoulou (2018) dedica uno studio ai fattori di rischio della madre surrogata e del bambino, secondo una prospettiva medica e psicologica. Considerando che i livelli di stress della madre surrogata durante la gestazione potrebbero giocare un ruolo dannoso per il bambino, è stato indagato se esistessero in letteratura delle ricerche che mettessero in luce questo aspetto. Studi prenatali su neonati provenienti da madri altamente ansiose hanno registrato un pianto persistente durante i primi sette mesi di vita e neonati caratterizzati da irritabilità,

funzioni biologiche irregolari, dimostrando un'associazione tra stress materno e basso peso alla nascita o prematurità (Mulder et al., 2002). Tuttavia, dal gruppo di ricerca, non sono stati riportati studi che evidenziano un livello di stress materno maggiore nella gravidanza da parte di una surrogata, rispetto ad una non surrogata. La psicologia prenatale e perinatale dimostra che ogni stimolo registrato alla coscienza del bambino determina significativamente il suo comportamento e la sua salute psicofisica da adulto. D'altra parte, i dati sul progresso delle gravidanze indesiderate mostrano che i loro bambini, all'età di sette mesi presentavano un pianto persistente e funzioni biologiche irregolari. Il follow-up di questi bambini all'età di nove anni ha riportato un comportamento aggressivo da parte degli stessi, mentre la loro attenzione era facilmente disturbata<sup>19</sup>. Una buona comunicazione e sentimenti di accettazione risiedono alla base di una buona relazione tra madre e feto, di conseguenza contribuiscono a importanti aspetti dello sviluppo che si estendono anche alla capacità di parlare del bambino. Sulla base di queste affermazioni risulta fondamentale indagare circa le differenze nello sviluppo del bambino tra una madre non surrogata e una madre surrogata, alla luce del differente investimento da loro manifestato nei confronti del bambino che portano in grembo. Gli autori (Simopoulou et al., 2018) si domandano se sia possibile affermare che i fattori che mettono a rischio lo sviluppo peri e post natale del bambino dovuti al rapporto con una madre risultante particolarmente ansiosa, si manifestino anche nel caso di una gravidanza surrogata in cui il bambino sarà influenzato non solo dal legame pre-natale con la gestante, ma anche dai genitori adottivi. Le ricerche che si focalizzano sulle differenze nello sviluppo dei bambini nati da madre surrogata o non surrogata riferiscono che i primi non differiscono dagli altri nel loro comportamento. Questi bambini, all'età di due anni, non sembrano avere difficoltà nella loro integrazione sociale e nel loro sviluppo cognitivo ed emotivo (Golombok et al., 2006). Più tardi, all'età di tre, sette e dieci anni, il loro sviluppo psicologico è stato trovato agli stessi livelli degli altri bambini (Golombok et al., 2006; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016; Simopoulou et al., 2018; Söderström-

---

<sup>19</sup> Come affermano Burrell e Edozien (2014) può valere la pena esplorare la possibilità che la persona che si prende cura del bambino durante la vita possa esercitare influenze epigenetiche su di esso.

Anttila et al., 2016). Solo alcuni studi (Golombok, Ilioi, Blake, Roman, & Jadva, 2017; Stams, Juffer, Rispens, & Hoksbergen, 2000) documentano che i bambini nati attraverso la maternità surrogata hanno mostrato livelli più alti di difficoltà di adattamento rispetto ai bambini concepiti naturalmente all'età di 7 anni, ma erano al di sotto del cut-off per i problemi clinici, mentre non si differenziavano dai bambini concepiti naturalmente all'età di 10 anni. Viceversa, dopo uno, due e sette anni dalla nascita gli individui che hanno creato una famiglia tramite accordi di maternità surrogata sono risultati avere un maggiore benessere psicologico, un migliore adattamento alla paternità e minori livelli di stress rispetto agli individui che hanno seguito un processo naturale di concepimento o sono diventati genitori tramite donazione di ovuli (Golombok, MacCallum, Murray, Lycett, & Jadva, 2006; Golombok et al, 2004; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016). I ricercatori hanno attribuito questi risultati al fatto che i genitori avevano un forte desiderio di un figlio, oltre a mostrare un alto grado di motivazione per la genitorialità. Ciò li ha resi coinvolti nella cura e fortemente attaccati al bambino, migliorando il benessere dei genitori, del bambino e dell'unità familiare (Golombok et al., 2004).

Infine, una revisione sistematica dell'adattamento psicologico degli adolescenti concepiti attraverso la riproduzione assistita non ha trovato differenze tra gli adolescenti concepiti attraverso la donazione di ovuli o sperma e quelli concepiti naturalmente (Ilioi e Golombok, 2015). I ragazzi si esprimono così: «*I was really confused [when first told] but then afterwards I felt quite special*» [...] *“It’s cool, I think it’s cool [laughs]. I quite like talking about it because it’s an interesting fact about me... My friends thought it was cool as well [laughs]”* [...] *“[I] don’t really mind. It doesn’t really affect my daily life”* [...] *“Sometimes I can go, ‘Is it natural? Is it normal? Is it...a normal thing to happen?’ but kind of assure myself that it is fine”*» (Zadeh et al., 2018, pp. 1101-1102).

Ad oggi i risultati proposti dalla letteratura scientifica possono definirsi ancora limitati rispetto agli strumenti di indagine e all’esiguo campione: questi rendono gli studi metodologicamente deboli e risultano necessari ulteriori sviluppi nella ricerca in campo psicologico.

### *3.5.2. Il tema delle origini*

L'importanza di conoscere le proprie radici e la propria identità si è resa sempre più consapevole tra professionisti e famiglie, sino a giungere alla modifica della normativa italiana, in questo caso sulle adozioni. La legge 184/1983 è stata arricchita nel 2001 dall'obbligo per i genitori adottivi di rendere consapevole il figlio circa la sua condizione di adottato, seguendo tempi e modi ritenuti opportuni. Una volta compiuti i venticinque anni il figlio avrà diritto a conoscere le informazioni circa l'identità dei propri genitori biologici – con l'approvazione della madre biologica al momento della nascita o dell'adozione - e riguardanti la sua origine, previa autorizzazione da parte del Tribunale per i minorenni (Sgorbati, 2016).

Uno studio svolto a livello europeo da Golombok dimostra che solo l'8,6% dei genitori ha parlato ai loro figli, raggiunti gli 11-12 anni, della loro procedura di concepimento. Un'altra ricerca ha, tuttavia, mostrato che, una volta informati, oltre l'80% dei figli è propenso a ricercare l'identità e a contattare i donatori (Nakash & Herdman, 2007). Altri studi (Carone et al., 2018), condotti su un campione di bambini con genitori dello stesso sesso, descrivono un interesse limitato da parte dei figli alla modalità del loro concepimento – mostrando tuttavia una chiara comprensione delle modalità dello stesso – suggerendo che la maternità surrogata non era per loro un pensiero così immediato.

Molti studi registrano una reazione positiva del bambino quando vengono rilasciate informazioni sulla maternità surrogata, sia tradizionale che gestazionale (Jadva & Imrie, 2014; Simopoulou et al., 2018). Jadva e Imrie (2014) nel loro studio hanno esaminato i processi familiari, come il calore, la comunicazione tra i membri e il conflitto nelle famiglie che hanno ricorso alla pratica. All'età di uno, due e tre anni, i bambini erano complessivamente inconsapevoli del modo in cui erano nati e le relazioni familiari sembravano essere più calde e piacevoli, in confronto ai processi familiari riguardanti i bambini concepiti naturalmente. Più tardi, all'età di sette anni, i bambini presentavano un rapporto più positivo con le loro madri, in contrasto con le famiglie di concepimento naturale. Lo studio ha inoltre riferito che la struttura della famiglia, per esempio, famiglie omosessuali o eterosessuali, sembra non



influenzare la psiche dei bambini.

Alcuni dei bambini nati tramite *surrogacy* che hanno partecipato alle ricerche manifestano una forte gratitudine nei confronti della madre surrogata. Nessuno di loro ha mostrato sentimenti negativi verso il loro concepimento durante l'infanzia. I sentimenti erano anche rispecchiati dai termini usati dai bambini per definire queste donne, con la maggior parte che considerava la madre surrogata una "zia" e la donatrice una "signora gentile", la loro "mamma uovo" o "solo una donatrice". Molti ricordano il momento in cui è stato detto loro per la prima volta del loro concepimento. Alcuni bambini riferivano sentimenti di rabbia per non conoscere la donatrice e perché le loro famiglie non erano in contatto con lei e desideravano conoscerla (Carone et al., 2018). Jadva e il suo gruppo di ricerca (Jadva, Blake, Casey, & Golombok, 2012) riportano degli stralci di intervista fatti ai bambini di anni dai sette al dieci, al fine di comprendere tramite le loro parole il significato che attribuiscono alla loro esperienza da figli di madri surrogate: «*“[She] was really kind about [...] like carrying me in her tummy. I think she is kind and she’s lovely and funny” [...] “Um, I feel fine. I don’t feel bad or cross in anyway. It’s just pretty much nature so I can’t do anything about it. I wouldn’t like to do anything about it”*» (pp. 3011-3012).

### 3.5.3. Il figlio biologico della madre surrogata

Meritevole di un'adeguata attenzione è il ruolo dei figli biologici delle donne che si presteranno ad essere delle madri surrogate. Come afferma Guerzoni: «non solo perché fungono da immaginari simbolici per tracciare confini e costruire comparazioni con i bambini portati in grembo, ma anche perché divengono i soggetti con i quali costantemente le surrogate patteggiano i significati di gravidanza, maternità e filiazione» (2018, p. 434). Un'opportuna elaborazione emotiva delle differenze tra le due gravidanze è mirata a rendere consapevoli le madri, e tramite la loro guida, anche i figli biologici, che il rapporto tra i bambini in questione non appartiene alla sfera della fratellanza. Ragion per cui le donne cercano una distanza tra i due ruoli dei minori in questione nominandoli "*surro-*

*baby*” o *“belly buddy”* e non come *“surro-son”*. Le storie e le narrazioni dei figli biologici delle donne risultano utili elementi per comprendere in che modo i minori fanno sintesi di ciò che stanno sperando, ma anche per comprendere il senso e il significato che ciascuna donna dà del compito che sta portando a termine. Thomas, di sei anni, ad esempio, riferisce che la madre sta per avere un bambino, ma non sarà suo fratello, la famiglia non lo terrà, ma lo sta solo cucinando per poi consegnarlo ad un'altra madre che ha lo stomaco rotto (Guerzoni, 2018). Le rispettive madri surrogate hanno riferito di aver percepito nei bambini un atteggiamento positivo durante la gravidanza, al momento del passaggio del neonato surrogato e un anno dopo il passaggio. In generale i figli delle donne non presentano una salute psicologica o un funzionamento familiare negativi. Dimostrano di avere una visione positiva della maternità surrogata si sentono orgogliosi della loro madre, in quanto in questo modo ha potuto aiutare qualcuno. Anche i figli dei surrogati possono mantenere i contatti e sviluppare relazioni positive con i genitori prospettivi e il figlio della madre surrogata, tuttavia molti di loro dichiarano di non essere in contatto con il bambino, mentre alcuni non sapevano se il bambino fosse stato informato delle sue origini surrogate e dell'identità della madre surrogata. Tuttavia, la maggior parte dei bambini che non erano in contatto con il bambino surrogato erano felici di questa decisione. Questo può essere letto come un riflesso del modo in cui la madre surrogata si sente in merito al contatto con i genitori designati (Jadva & Imrie, 2014).

### *3.6. La maternità surrogata secondo una prospettiva relazionale*

In tale contesto, Relazionale è, non solo la tipologia di rapporto che si viene a creare tra le parti coinvolte nella pratica - i genitori designati, la madre surrogata, il figlio nato tramite surrogazione, i figli legittimi della gestante surrogata, il potenziale partner di questa e i professionisti sanitari e legali –, ma anche una modalità pensiero, differente da quella riferita all'individuo come monade slegata dal sistema in cui è inserita, che i professionisti della salute mentale, i legali, i

medici, le ostetriche possono assumere. È necessario utilizzare una prospettiva più ampia di quella personalistica, che colga la dinamica del complesso sistema in cui le persone sono immerse, contesto umano che necessariamente le influenza e che, del resto, si rende necessario (Golombok et al., 2017; Yau et al., 2021).

### *3.6.1. Relazione tra genitori sociali e madre surrogata*

Il primo incontro che avviene tra i protagonisti della maternità surrogata si configura nel momento della ricerca da parte dei genitori desiderosi di crescere un bambino, di una donna che abbia la volontà di offrirsi nella sua interezza di persona, come madre surrogata. È noto come il primo incontro tra i genitori committenti e la madre surrogata influenzerà notevolmente la relazione che instaureranno durante la gravidanza e dopo il parto. Lo stress e l'ansia manifestato dalla due parti sarà modulato nel caso in cui le basi del rapporto siano buoni e la comunicazione aperta e sincera. Ragion per cui è possibile affermare che il loro incontro si configura come uno dei più importanti fattori predittivi del loro benessere relazionale (Imrie & Jadvá, 2014; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016). Risulta necessario ricordare che gli studi con una prospettiva relazionale si focalizzano principalmente sulle relazioni instaurabili grazie ad una vicinanza geografica sufficiente per poter permettere una certa presenza da parte dei genitori designati durante la gestazione e negli anni successivi alla nascita per la madre surrogata. In India e in Asia, ad esempio, difficilmente le surrogate incontrano i bambini in seguito alla nascita. Questo a causa delle barriere linguistiche, geografiche e alla spersonalizzazione operata dalle agenzie che non permette alle donne di prendere il loro spazio in una relazione con la famiglia - spesso i protagonisti non vengono fatti incontrare dalle agenzie nemmeno alla nascita (Lamba et al., 2018; Jadvá, Gamble, Prosser, & Imrie, 2019).

Durante la gravidanza, ci può essere o meno interazione tra la madre surrogata e i genitori designati, di persona, per via telefonica o tramite internet. Dopo il parto la madre surrogata non è solitamente presente nella vita del bambino, alcuni genitori designati possono scrivere o fare videochiamate per tenersi aggiornati a vicenda sul

benessere del bambino e sulla vita della madre surrogata (Yee & Librach, 2019). In ogni caso alcuni studi (Ciccarelli & Beckman, 2005; Edelmann, 2004) hanno mostrato che le surrogate possono costruire relazioni positive e a lungo termine con i genitori designati. Inoltre, anche se la frequenza dei contatti diminuisce nel tempo, la qualità della relazione sembra essere simile nella qualità anche dopo dieci anni (Jadva et al., 2015). In America e nel Regno Unito, ad esempio, viene riconosciuto l'effetto positivo di una sana relazione, per questo le surrogate sono incoraggiate a conoscere i genitori committenti, motivandole a socializzare e ad organizzare delle visite a domicilio (Jacobson, 2021; Jadva et al., 2012).

Discutere preventivamente circa la formazione e lo sviluppo della relazione tra madri surrogate e genitori committenti può ridurre il rischio di incontrare difficoltà durante il percorso. Prima del parto, alcune gestanti trovano utile avere il sostegno dei genitori adottivi durante tutta la gravidanza. Allo stesso modo, i due partner spesso vogliono condividere l'esperienza ed essere coinvolti nella gravidanza, ad esempio partecipando all'ecografia o agli appuntamenti della clinica prenatale. Dopo il parto, in alcuni casi, il contatto cessa di comune accordo non appena il bambino viene consegnato ai genitori sociali - tranne che per la comunicazione necessaria per il trasferimento della filiazione legale del bambino. In altri casi, i genitori designati non si preoccupano di inviare la fotografia del bambino o di fargli conoscere la madre surrogata e la sua famiglia, come la donna che l'ha partorito desidererebbe (Nakash & Herdman, 2007; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2016). Alcuni studi (Baslington, 2002; van den Akker, 2007) sottolineano che le madri surrogate sono spesso avvolte in un sentimento di tristezza per il termine dell'esperienza e per il timore di andare a perdere i contatti con i genitori adottivi e il bambino.

### *3.6.2. Contatto tra la madre surrogata e il bambino*

Anche il benessere del bambino sembra essere associato al mantenimento di una relazione con la madre surrogata e alla quantità dei contatti con loro (Jadva & Imrie, 2014). In uno studio (Jadva et al., 2012) emerge come i bambini dai 7 ai 10 anni e

gli adolescenti nati in seguito ad un accordo di maternità surrogata considerino il rapporto con la donna che li ha partoriti in modo positivo, mentre meno del 10% del campione riferisce una certa insoddisfazione e ostilità nel loro rapporto. Forse non sorprende che il contatto più stabile e duraturo nel tempo sia stato mantenuto con le madri surrogate che erano parenti e amici, in quanto possono vivere nelle immediate vicinanze della famiglia e queste relazioni erano ben stabilite prima che la maternità surrogata avesse luogo (Jadva et al., 2012; Zadeh, Ilioi, Jadva, & Golombok, 2018). In ogni caso il rapporto tra bambini e madri surrogate è probabile sia stato modulato dalla coppia genitoriale. Essi, in alcuni casi, sono arrivati a limitarlo nel tempo come risultato di un tentativo di allontanare la madre surrogate dal loro bambino, specialmente nel caso in cui questi ultimi siano tra loro collegati da un legame biologico (Jadva et al., 2012).

Concludendo, anche la letteratura (Payne et al., 2020) all'interno del contesto giuridico, propone di seguire una logica relazionale della giustizia riproduttiva. Essa si prefigge di guardare oltre le semplicistiche nozioni di libertà di scelta e le idee di sfruttamento e manipolazione delle donne. Cerca di approfondire la pratica tenendo conto dell'autonomia delle surrogate, della potenziale vulnerabilità dei genitori designati e delle questioni etiche che si esplicitano nel caso in cui, nel processo, vengono coinvolte persone abitanti paesi meno ricchi del mondo.

La massima esplicitazione della relazione tra madre sociale e madre surrogate è quella che Teman esprime con il concetto di “*dyadic body project*”. La gravidanza diviene quindi, non solo un processo biologico volto alla procreazione, ma un luogo corporeo nel quale è possibile intraprendere un lavoro sull'identità. Questa visione della gestazione situa la pratica lontana dal mero dato biologico e del cambiamento corporeo, significandola all'interno in un processo interattivo. La *relazione* si configura quindi come chiave di lettura essenziale al fine di comprendere il significato, le dinamiche e gli effetti di un iter come quello della surrogazione di maternità (Guerzoni, 2018). «La *surrogacy* si basa su un sofisticato intreccio di relazioni che danno senso e forma alle pratiche messe in atto da tutti gli attori coinvolti in questi percorsi riproduttivi. La relazione si costruisce in una

triangolazione tra surrogate, genitori di intenzione e l'idea di dare alla luce una nuova vita» (Guerzoni, 2018, p. 442).

### *3.7. Maternità surrogata e adozione*

L'adozione viene spesso vista come un processo simile alla gestazione per altri: avviene una frammentazione della genitorialità, vengono coinvolti i tribunali, la filiazione diviene un'azione impicante degli individui esterni rispetto al nucleo familiare; emergono tuttavia delle basilari differenze. Tuttavia, l'adozione si pone come rimedio volto a dare una famiglia ad un minore che ne è stato privato, la maternità surrogata, così come le altre tecniche di PMA, ha lo scopo di dare un figlio ai genitori che ne sono privi, trasformando i diritti del figlio in figlio, oggetto del diritto degli altri. A differenza dell'adozione, nella GPA il bambino si trova nelle fantasie dei genitori ben prima di iniziare il lungo iter riproduttivo. Egli si trova immerso nel progetto condiviso e in una rete affettiva genitoriale prima ancora che il suo corpo possa prendere forma (Guerzoni, 2018).

Dal punto di vista psicologico e sociale, risulta necessario approfondire i punti comuni e discordanti tra la pratica della gestazione per surrogazione e l'adozione. La teoria dell'adozione può guidare lo studio della maternità surrogata, sebbene le due questioni non siano completamente assimilabili. La madre gestante, nel caso della maternità surrogata, inizia la gravidanza con la consapevolezza e l'esplicitazione in un accordo legale, di dover consegnare il bambino ai genitori committenti, l'adozione è la soluzione per fornire al bambino dei genitori quando quelli biologici non possono o non vogliono prendersi cura di lui: il bambino esiste in ogni caso, indipendentemente dall'intenzione dei genitori adottivi (Jadva, Imrie, & Golombok, 2015; Salone, 2016; van den Akker, 2000). Nell'adozione la responsabilità dello Stato verso il bambino esistente è fondamentale, in particolare quando il bambino è sotto la custodia dello Stato. La maternità surrogata, d'altra parte, è un'opzione terapeutica per le persone con diagnosi di sterilità o infertilità

(Hale, 2013). Le madri che hanno deciso di dare il proprio figlio in adozione provano un senso di colpa, di perdita e di tristezza dopo la rinuncia, sentimenti non attribuibili alle donne che si propongono come madri surrogate. Spesso la maternità surrogata non implica un legame genetico tra il bambino e la donna, ragion per cui viene meno la sensazione di aver perso una parte di sé, come avviene nel caso dell'adozione. Nessuna madre ha mai sentito "suo" il figlio. Non esistono attualmente ricerche per comprendere se sul lungo termine i sentimenti di perdita che spesso portano ad ansia e depressione sono simili a quelli osservati nelle madri naturali che hanno dato in adozione il proprio bambino. Ad oggi, quello che è emerso è che le surrogate che erano precedentemente conosciute dai genitori designati, cioè un membro della famiglia o un'amica, erano più propensi a sentire un legame speciale verso il bambino rispetto alle surrogate che erano precedentemente sconosciute e avevano incontrato la coppia designata specificamente ai fini della maternità surrogata (Jadva et al., 2015).

La maternità surrogata è, concludendo, preferita all'adozione per vari motivi: il legame genetico che i genitori designati possono avere con il bambino, l'aver una relazione con lui fin dai primi giorni di vita, le procedure burocratiche che nel caso dell'adozione prevedono controlli psicologici della coppia, i tempi di attesa più brevi, e un maggiore controllo sull'origine, la salute e le caratteristiche del bambino. Inoltre, in molti paesi, l'adozione non è una strada percorribile per le coppie omosessuali e per i single, categorie di persone per le quali la maternità surrogata diventa l'unica opzione (Bandelli, 2021).

Al proposito, risultano essere interessanti gli stralci di intervista riportati da Viviani (2020) tratti dalle risposte dei partecipanti allo studio. Alcuni di essi riconoscendo quanto fossero diverse l'adozione e la maternità surrogata, hanno espresso una preferenza verso quest'ultima, mentre altri ritenevano che l'adozione fosse preferibile alla maternità surrogata: «*I would go for adoption ... because, you know, there are so many children who unfortunately live in difficult conditions and knowing that you could give a child a better life that way ... But as I said before, I would find it a bit scary. I mean, if there was no chance of having a child I don't know ... I think I would feel adoption was the best option*' (no. 35, 32 yrs old,

*married, children)» (p. 639).*

Guizzardi (2020b) allo stesso modo riporta una riflessione fatta da Bartolomeo, un partecipante alla sua ricerca: *«surrogate motherhood is a term that I have always linked to the world of adoption, couples who want a child but can't, the man who adopts his partner's child or the woman who gives her uterus to allow a couple to have a child. Now that I'm talking about it with you, I realise that it's not the same thing as adoption. But, in fact, surrogacy is practically a kind of pre-adoption. Ultimately, that child will be yours, but not necessarily biologically, or it may be, but not necessarily» (p. 580).* Le risposta data dal ragazzo sembra mancare di alcune informazioni circa la maternità surrogata, rendendo fragile la sua comprensione della pratica e andando ad inficiare il consenso o dissenso espresso rispetto alla pratica (Guizzardi, 2020b). Ciò potrebbe delineare una comprensione ancora poco approfondita della maternità surrogata nella popolazione, rendendo necessaria una divulgazione di informazioni maggiormente puntuale e chiara.



## **4. Un'indagine su opinioni e atteggiamenti dei giovani adulti italiani verso la maternità surrogata**

### *4.1. Premessa*

La maternità surrogata si pone alla politica, ai professionisti e alla società, come una questione complessa. Pone dei quesiti legali, etici, umanitari e sociali ai quali non si è ancora riusciti a trovare delle risposte univoche. Le diverse declinazioni che assume la pratica vengono ulteriormente frammentate da ogni paese. Essa infatti può essere dichiarata illegale, legale solo in forma altruistica, consentita anche in forma commerciale, possono essere promossi gli accordi intrafamiliari, può essere permessa anche a coppie dello stesso sesso o a donne e uomini singoli. La frammentazione esistente a livello mondiale - diversità emergente non solo tra continente occidentale e orientale, ma anche tra singole nazioni - da un punto di vista etico, sociologico, psicologico e legale, complica maggiormente l'elaborazione di un'opinione coerente del singolo cittadino.

Lo studio che viene proposto si pone in continuità con un più ampio progetto di ricerca promosso dal Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia e supportato dall'Istituto Giuseppe Toniolo. Esso ha lo scopo di approfondire le opinioni e gli atteggiamenti dei giovani adulti italiani verso la pratica della maternità surrogata.

Il seguente studio si pone l'obiettivo di descrivere le opinioni e gli atteggiamenti assunti dalle persone, in particolare dei giovani di età compresa tra i 20 e i 35 anni, all'interno del contesto italiano – il quale presenta un numero limitato di indagini sul tema.

Nello specifico, si prefigge di: i) analizzare la diffusione della pratica di maternità surrogata all'interno del campione; ii) indagare gli atteggiamenti dei giovani verso il ricorso alla pratica della surrogata, ovvero il loro grado in cui consiglierebbero

tale pratica ad un/una amico/a che ha una relazione di coppia con una persona di sesso opposto e ad un/una amico/a che ha una relazione con una persona dello stesso sesso rispetto alla maternità surrogata; iii) valutare l'impatto di alcune variabili socio-demografiche sugli atteggiamenti dei giovani nei confronti della maternità surrogata: genere, fascia d'età ( $\leq 27$  anni e  $> 27$  anni), titolo di studio, provenienza geografica, religiosità e orientamento politico; iv) valutare se avere o meno figli influenza gli atteggiamenti dei giovani nei confronti della maternità surrogata; v) valutare se la maternità surrogata è più o meno consigliata rispetto ad altre forme di riproduzione assistita e rispetto al suggerimento di *Cercare di avere una buona vita di coppia anche senza figli*.

## 4.2. Metodo

### 4.2.1. Partecipanti e procedura

Il campione è composto da 2.256 giovani e giovani adulti dai 20 ai 35 anni, con una percentuale di femmine pari al 49,2% e di maschi pari al 50,8%. I giovani che risiedono all'esterno sono 5, il 42% del campione proviene dal Nord-Italia, il 19% dalle regioni del Centro e il 38,8% dal Sud e dalle Isole. Il 53,2% degli intervistati si dichiara un lavoratore, mentre il 29,1% è uno studente. La maggioranza degli intervistati, il 49,5%, ha ottenuto il diploma di scuola secondaria di primo grado, il 18% la laurea. 1.813 partecipanti non hanno figli, corrispondente all'80,4%, il 17,4% (N = 393) ne ha almeno uno, mentre il 2,2%, corrispondente ad N = 50 intervistati, è in attesa del primo figlio. Il 27,6% dei giovani partecipanti dichiara di dare molta o moltissima importanza alla religione, il 24,6% abbastanza importanza, mentre il 47,8% da poca o nessuna importanza. Per quanto riguarda l'orientamento politico, il 33,2% degli intervistati ritiene di essere più vicino alla Sinistra, il 33,6% alla Destra, mentre il 33,2% dichiara di non collocarsi in nessuno dei due orientamenti politici o di non essere interessato alla politica.

Per la conduzione di questo studio ci si è serviti del database raccolto per il *Rapporto Giovani* dall'Istituto Toniolo con la collaborazione della Fondazione CARIPLO e di IPSOS LTD (Canzi, Danioni, Rosnati, Scabini & Barni, 2020; Scabini, Canzi & Lombi 2018).

La survey è stata somministrata in modalità mista: primariamente sono stati intervistati i partecipanti tramite CATI – *Computer Assisted Telephone Interviewing* e CAPI – *Computer Assisted Personal Interviewing*, ossia l'intervistatore ha posto le domande, rispettivamente, al telefono o di persona, all'intervistato, riportando le risposte sul PC; successivamente, per le domande di maggiore introspezione, si è utilizzata la modalità CAWI – *Computer Aided Web Interviewing*, momento in cui i partecipanti accedevano al questionario messo a disposizione su internet.

Le persone che hanno partecipato allo studio sono state precedentemente messe al corrente degli scopi dello studio. Inoltre è stata loro richiesta la presa visione del consenso informato, sottolineando che la loro partecipazione è libera e volontaria. Lo studio svolto dall'equipe è stato approvato dalla commissione scientifica del Centro d'Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia ed è stato svolto seguendo le linee guida etiche per la ricerca in campo umano stilate dall'APA.

#### 4.2.2. Strumenti

Al fine di valutare la diffusione della pratica all'interno del campione, è stato chiesto ai giovani se conoscessero personalmente persone che hanno fatto ricorso a tecniche di riproduzione assistita (1= Sì, io stesso ne ho fatto uso personalmente, 2= Sì, conosco delle altre persone che ne hanno fatta uso, 3= No). E' stato poi chiesto loro quale tipo di tecnica avessero utilizzato o personalmente o le persone che conoscono (1= Assistita omologa, 2= Assistita eterologa con donazione di sperma, 3= Assistita eterologa con donazione di ovulo, 4= Assistita eterologa con donazione di embrione, 5= Maternità surrogata).

Per valutare gli atteggiamenti verso la maternità surrogata, è stato chiesto ai partecipanti di immaginare di avere un amico o un'amica, coinvolti in una relazione, ora eterosessuale, ora con un partner dello stesso sesso, con difficoltà o impossibilità a concepire. È stato chiesto loro di indicare il grado di accordo rispetto al consigliare di ricorrere alla pratica della maternità surrogata su una scala Likert a 5 punti (1= Completamente in disaccordo, 2= In disaccordo, 3= Né in accordo, né in disaccordo, 4= In accordo e 5= Completamente d'accordo).

E' stato anche chiesto ai giovani di esprimere una preferenza tra diverse opzioni: 1= Di cercare di avere una buona vita di coppia anche senza figli, 2= Adozione, 3= Affidamento, 4= Fecondazione omologa, 5= Fecondazione eterologa con donazione di sperma, 6= Fecondazione eterologa con donazione di ovulo, 7= Fecondazione eterologa con donazione di embrione, 8= Maternità surrogata. Le modalità di risposta variano in base alla tipologia di coppia, per la coppia omosessuale composta da due uomini sono state escluse dalle possibili risposte la fecondazione omologa e le tre tipologie di fecondazione eterologa. Per la coppia composta da due donne non sono state incluse la fecondazione omologa e la fecondazione eterologa con donazione di ovulo.

L'importanza data alla religione è stata misurata attraverso un item con risposta su scala Likert a 5 punti, da 1= Poco importante e 5= Molto importante, dando la possibilità di situarsi in uno spazio neutro, corrispondente al punto 3. La domanda che è stata posta ai partecipanti è: *Quanto è importante la religione per te?*

L'orientamento politico è stato misurato attraverso un item - *In politica si parla spesso di "sinistra " e di "destra." Considerando le tue idee politiche, Dove ti collocheresti?* - con scala di risposta Likert a 10 punti ponendo l'orientamento politico di sinistra in prossimità del punto 1 e quello di destra al punto 10, il punto 11 corrisponde alla risposta *Non mi colloco da nessuna parte, non mi interessa.*

Le analisi statistiche sono state condotte tramite il software *Statistical Package for Social Science – SPSS Statistics.*

### 4.3. Risultati e discussione

#### 4.3.1. Diffusione della maternità surrogata

Si è voluto primariamente analizzare la diffusione della pratica della maternità surrogata all'interno del campione al fine di rispondere alla prima domanda di ricerca. Del campione totale degli intervistati (N=2.256), 382 persone hanno figli (16,9%), l'81,5% non ne ha, il 2,3% è attualmente in attesa di un figlio: 48 persone hanno dichiarato di aver utilizzato tecniche di fecondazione assistita, 11 persone (il 23,2% dei rispondenti, 0,5% del campione totale) hanno ricorso alla maternità surrogata; 4 persone hanno preferito non rispondere. Mentre l'8,5%, ossia 76 persone (3,4% del campione totale), ha dichiarato di aver conosciuto qualcuno che ha utilizzato la maternità surrogata. In Tabella 1 e Tabella 2 sono riportati i dati completi delle statistiche descrittive già brevemente descritte.

**Tabella 2. Diffusione della maternità surrogata all'interno del campione tra coloro che hanno ricorso ad almeno una tecnica di procreazione medicalmente assistita.**

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale tra i rispondenti</i>	<i>Percentuale su chi riporta di avere figli o essere in attesa del primo figlio</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Persone che hanno utilizzato la maternità surrogata</i>	11	23,2%	2,5%	0,5%

<i>Persone che non hanno utilizzato la maternità surrogata</i>	33	69,2%	7,45%	1,5%
<i>Persone che preferiscono non rispondere</i>	4	7,6%	0,9%	0,2%
<i>Totale</i>	48	100%	10,84%	2,1%

**Tabella 3. Diffusione della maternità surrogata all'interno del campione tra coloro che conoscono qualcuno che ha ricorso ad almeno una tecnica di procreazione medicalmente assistita.**

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale tra i rispondenti</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Persone che hanno utilizzato la maternità surrogata</i>	76	8,5%	3,4%
<i>Persone che non hanno utilizzato la maternità surrogata</i>	659	73,2%	29,2%
<i>Persone che non sanno che tecnica è stata utilizzata</i>	165	18,3%	7,3%
<i>Totale</i>	900	100%	39,9%

#### 4.3.2. *Gli atteggiamenti dei giovani verso la pratica della maternità surrogata*

Al fine di valutare gli atteggiamenti dei giovani verso la pratica della maternità surrogata, è stato loro chiesto se immaginando la situazione in cui un loro amico/a implicato ora in una relazione eterosessuale, ora in una relazione omosessuale, incontrasse delle difficoltà ad avere un figlio e gli chiedesse un consiglio in merito alla modalità per averlo, fossero d'accordo o meno con il consiglio *“Di cercare di avere un figlio, ricorrendo anche a maternità surrogata”*.

Per quanto riguarda il consiglio dato ad un amico/a eterosessuale si registrano i seguenti dati: il campione complessivamente riporta un punteggio medio di accordo pari a  $M= 2.71$ ,  $ds= 1,172$ . Nello specifico, il 19,8% è completamente in disaccordo, il 22,3% si è espresso in disaccordo, la maggioranza (30,5%) è né in accordo, né in disaccordo, il 21,8% in accordo e il 5,6% completamente in accordo.

Il campione totale dei rispondenti ha espresso opinioni simili per le coppie composte da partner dello stesso sesso: per le coppie omosessuali di componenti maschili il punteggio medio di accordo è pari a  $M= 2.62$ ,  $ds= 1.239$ , nello specifico il 26,7% del campione è completamente in disaccordo, il 16,3% è in disaccordo, la maggioranza (32,7%) né in accordo, né in disaccordo, il 17,4% in accordo, il 6,9% completamente d'accordo; così come per quelle composte da due donne il punteggio medio di accordo è pari a  $M= 2.55$ ,  $ds= 1.223$ , il 28% è completamente d'accordo, il 17,5% è in disaccordo, il 16,6% è in accordo e il 5,9% completamente d'accordo.

I suddetti dati sono riportati rispettivamente nella Tabella 4 per le coppie eterosessuali, nella Tabella 5 e 6 per quelle omosessuali.

**Tabella 4. Frequenze dell'accordo e del disaccordo nel consigliare la maternità surrogata ad amici coinvolti in una relazione eterosessuale.**

	<i>N</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Completamente in disaccordo</i>	446	19,8%
<i>In disaccordo</i>	502	22,3%
<i>Né in accordo, né il disaccordo</i>	689	30,5%
<i>In accordo</i>	492	21,8%
<i>Completamente d'accordo</i>	127	5,6%
<i>Totale</i>	2256	100%

**Tabella 5. Frequenze dell'accordo e del disaccordo nel consigliare la maternità surrogata ad un amico coinvolto in una relazione omosessuale.**

	<i>N</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Completamente in disaccordo</i>	602	26,7%
<i>In disaccordo</i>	367	16,3%
<i>Né in accordo, né il disaccordo</i>	739	32,7%



<i>In accordo</i>	392	17,4%
<i>Completamente d'accordo</i>	156	6,9%
<i>Totale</i>	2256	100%

**Tabella 6. Frequenze dell'accordo e del disaccordo nel consigliare la maternità surrogata ad un'amica coinvolta in una relazione omosessuale.**

	<i>N</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Completamente in disaccordo</i>	631	28%
<i>In disaccordo</i>	395	17,5%
<i>Né in accordo, né il disaccordo</i>	723	32%
<i>In accordo</i>	374	16,6%
<i>Completamente d'accordo</i>	134	5,9%
<i>Totale</i>	2256	100%

Più del 40% dei giovani si esprime in disaccordo rispetto al consigliare la pratica della maternità surrogata in tutte e tre le situazioni immaginate. Si osserva inoltre una diminuzione del grado di accordo dei giovani rispetto al consigliare la pratica alle coppie omosessuali rispetto a quella eterosessuale. Prendendo in

considerazione le singole medie di ciascun item si osserva come per le coppie eterosessuali sia tendenzialmente più accettato il ricorrere alla pratica, mentre l'atteggiamento dei giovani è più indeciso rispetto al consiglio dato alle coppie omosessuali.

Si è voluto successivamente valutare l'influenza di alcune variabili demografiche, come l'età, il titolo di studio, la provenienza geografica e altri fattori di natura più culturale, come la religiosità e l'orientamento politico, sugli atteggiamenti dei giovani.

#### *4.3.2.1. Influenza dell'età*

La prima variabile presa in esame è l'età. Essa è stata ricodificata in due classi, la prima identifica i giovani con più di 27 anni, ossia coloro nati dal 1889 al 1882, la seconda ( $\leq 27$  anni) racchiude gli anni di nascita dal 1997 al 1990.

È stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Età, a 2 livelli:  $> 27$  anni,  $\leq 27$  anni) sulla variabile atteggiamento verso la maternità surrogata per le **coppie eterosessuali**, al fine di verificare l'effetto della variabile età sull'atteggiamento verso la maternità surrogata. Il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = 4.263$ ;  $p = .039$ ;  $\eta^2 = .002$ ]. In particolare i giovani con più di 27 anni ( $M = 2.76$ ;  $ds = 1.158$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una **coppia eterosessuale** maggiormente rispetto ai più giovani  $\leq 27$  anni ( $M = 2.65$ ,  $ds = 1.17$ ). In altri termini i partecipanti alla ricerca sembrerebbero essere maggiormente propensi ad accettare la maternità surrogata con il crescere dell'età, probabilmente perché vivono come più prossimo il desiderio di diventare genitori.

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = .537$ ;  $p = .464$ ;  $\eta^2 = .000$ ].

Anche il test degli effetti per le **coppie composte da due donne** mostra un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = 2.037$ ;  $p = .154$ ;  $\eta^2 = .001$ ].

#### 4.3.2.2. *Influenza del genere*

Si è voluta indagare l'influenza Genere (1 = uomo; 2 = donna) sugli atteggiamenti dei giovani verso la maternità surrogata.

Per le **coppie eterosessuali** è stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Genere, a 2 livelli: uomo, donna) sulla variabile atteggiamento verso la maternità surrogata, al fine di verificare l'effetto della variabile genere sull'atteggiamento verso la maternità surrogata. Il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = 2.774$ ;  $p = .096$ ;  $\eta^2 = .001$ ].

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(2, 2269) = .772$ ;  $p = .38$ ;  $\eta^2 = .000$ ].

Anche il test degli effetti per le **coppie composte da due donne** mostra un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = .074$ ;  $p = .786$ ;  $\eta^2 = .000$ ].

È possibile perciò affermare che non esiste nessuna differenza statisticamente significativa tra uomo e donna sul consigliare la maternità surrogata ad una coppia eterosessuale o ad una coppia omosessuale. Questo dato colpisce in quanto generalmente il desiderio di maternità è più spiccato rispetto al desiderio di paternità. Nel caso della maternità surrogata la posizione di uomini e donne appare invece simile.

#### 4.3.2.3. *Influenza del titolo di studio*

Il titolo di studio è stato ricodificato secondo il seguente schema:

- Post-laurea (dottorato, master, specializzazione) = 1, Laurea (vecchio ordinamento), laurea di 2° livello = 2, Diploma universitario, laurea di 1° livello = 3, sono state sintetizzate in Laurea = 1;
- il Diploma di scuola media superiore (4-5 anni) corrisponde al codice 2;

- in Altro titolo di studio = 3 vengono racchiuse le voci Qualifica di scuola media superiore (2-3 anni) = 5, Licenza di scuola media inferiore = 6, Licenza elementare = 7 e Nessun titolo di studio = 8.

Per le **coppie eterosessuali** è stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Titolo di studio, a 3 livelli: laurea, diploma 4-5 anni, altro titolo di studio) sulla variabile atteggiamento verso la maternità surrogata, al fine di verificare l'effetto della variabile titolo di studio sull'atteggiamento verso la maternità surrogata. Il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(2, 2268) = .474; p = .623; \eta^2 = .000$ ].

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(2, 2268) = .712; p = .491; \eta^2 = .001$ ].

Il test degli effetti per le **coppie composte da due donne** mostra un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(2, 2268) = 2.311; p = .099; \eta^2 = .002$ ].

È possibile perciò affermare che il livello di istruzione dei giovani italiani non influenza statisticamente il loro consigliare la maternità surrogata ad una coppia eterosessuale o ad una coppia omosessuale.

#### 4.3.2.4. *Influenza dell'area geografica*

È stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Area geografica, a 4 livelli: nord, centro, sud e isole, estero) sulla variabile atteggiamento verso la maternità surrogata per le **coppie eterosessuali**, al fine di verificare l'effetto della variabile area geografica di residenza sull'atteggiamento verso la maternità surrogata. Il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .01$  [ $F(3, 2267) = 4.001; p = .007; \eta^2 = .005$ ]. Il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani provenienti dal Sud e dalle isole d'Italia ( $M=2.78; ds=1.15$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia eterosessuale maggiormente rispetto ai giovani del Centro-Italia ( $M=2.55;$

ds=1.23). Non esistono differenze significative nel consiglio dei giovani provenienti dal Nord-Italia e dall'estero.

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .001$  [ $F(3, 2267) = 5.839$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .008$ ]. Il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani provenienti dal Sud e dalle sole d'Italia ( $M=2.72$ ;  $ds=1.28$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia composta da due uomini con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani del Centro-Italia ( $M=2.42$ ;  $ds=1.24$ ). Non esistono differenze significative nel consiglio dei giovani provenienti dal Nord-Italia e dall'estero.

Anche per le **coppie omosessuali composte da due donne** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .001$  [ $F(3, 2267) = 4.432$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .006$ ]. Anche in questo caso il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani provenienti dal Sud e dalle isole d'Italia ( $M=2.63$ ;  $ds=1.23$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia composta da due uomini con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani del Centro-Italia ( $M=2.39$ ;  $ds=1.28$ ). Non esistono differenze significative nel consiglio dei giovani provenienti dal Nord-Italia e dall'estero.

In generale i risultati suggeriscono una propensione maggiore da parte delle persone residenti al Sud e nelle isole d'Italia a consigliare la maternità surrogata per ciascuna tipologia di coppia rispetto alle persone ubicate nel Centro-Italia.

#### 4.3.2.5. *Influenza dell'orientamento politico*

Agli intervistati è stato chiesto di rispondere alla domanda *In politica si parla spesso di "sinistra" e di "destra." Considerando le tue idee politiche, dove ti collocheresti?* in una scala Likert a 10 punti. I punteggi posizionati nella parte sinistra della scala rappresentano la vicinanza alla "sinistra", mentre i punti dal 6 al 10 la vicinanza alla "destra". Il punto 11 dalla possibilità di poter esprimere una preferenza diversa dalle prime due, come il non collocarsi da nessuna parte o il non essere interessato alla politica. Al fine di rendere sintetizzabili i risultati raccolti i punti dal 1 al 5 sono stati ricodificati in un unico punto nominato Preferenza per la

Sinistra = 1, i punti dal 6 al 10 in Preferenza per la Destra = 2, il punto 11 è stato mantenuto tale.

È stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Politica, a 3 livelli: prevalenza sinistra, prevalenza destra, non interessato) sulla variabile atteggiamento verso la maternità surrogata per le **coppie eterosessuali**, al fine di verificare l'effetto della variabile politica sull'atteggiamento verso la maternità surrogata. Il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .001$  [ $F(2, 2268) = 7.949$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .007$ ]. Il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani più vicini alla sinistra politica ( $M=2.85$ ;  $ds=1.19$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia eterosessuale con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani vicini alla destra politica ( $M=2.64$ ;  $ds=1.16$ ) e a coloro che si dichiarano non interessati o non aderenti ai primi due orientamenti politici ( $M=2.64$ ,  $ds=1.14$ ).

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .001$  [ $F(2, 2268) = 11.658$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .01$ ]. Il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani più vicini alla sinistra politica ( $M=2.78$ ;  $ds=1.22$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia omosessuale con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani vicini alla destra politica ( $M=2.57$ ;  $ds=1.25$ ) e a coloro che si dichiarano non interessati o non aderenti ai primi due orientamenti politici ( $M=2,48$ ;  $ds=1,23$ ).

Per le coppie **omosessuali composte da due donne** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .001$  [ $F(2, 2268) = 13.321$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .012$ ]. Anche in questo caso il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani più vicini alla sinistra politica ( $M=2.73$ ;  $ds=1.23$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia composta da due donne con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani vicini alla destra politica ( $M=2.47$ ;  $ds=1.21$ ) e a coloro che si dichiarano non interessati o non aderenti ai primi due orientamenti politici ( $M=2.43$ ,  $ds=1.20$ ).

I risultati delle analisi sull'orientamento politico suggeriscono che i giovani italiani che si rispecchiano nella definizione di sinistra politica tendono ad avere una

maggiore propensione ad accogliere la maternità surrogata come opzione procreativa.

#### 4.3.2.6. *Influenza della religiosità*

La variabile Religiosità è stata indagata ponendo agli intervistati la domanda: *Quanto è importante la religione per te?* in una scala Likert a 5 punti, rappresentante il continuum tra Per niente e Moltissimo. Le risposte ottenute sono state ricodificate in Poco importante = 1 (corrispondenti ai punteggi da 1 e 2), Mediamente importante = 2 (punteggio 3) e Molto importante = 3 (punteggi 4 e 5).

È stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Religiosità, a 3 livelli: poco importante, mediamente importante, molto importante) sulla variabile atteggiamento verso la maternità surrogata, al fine di verificare l'effetto della variabile religiosità sull'atteggiamento verso la maternità surrogata.

Il test degli effetti tra i soggetti per le **coppie eterosessuali** risulta significativo per  $\alpha < .001$  [ $F(2, 2268) = 7.148; p < .001; \eta^2 = .006$ ]. Il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani che ritengono la religione poco importante ( $M=2.80; ds=1.13$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia eterosessuale con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani che ritengono la religione mediamente importante ( $M=2.63; ds=1.13$ ) e a coloro che dichiarano di ritenere la religione molto importante ( $M=2.61, ds=1.25$ ).

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto significativo per  $\alpha < .01$  [ $F(2, 2268) = 4.92; p = .007; \eta^2 = .004$ ]. Il Test a post hoc DSD di Tukey mostra che i giovani meno vicini alla religione ( $M=2.68; ds=1.23$ ) consiglierebbero la maternità surrogata ad una coppia omosessuale con un accordo significativamente maggiore rispetto ai giovani vicini alla religione ( $M=2.49; ds=1.35$ ), coloro che ritengono la religione mediamente importante non differiscono in modo significativo dalle altre due categorie.

Per le coppie **omosessuali composte da due donne** il test degli effetti tra soggetti

evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(2, 2268) = 3.001$ ;  $p = .05$ ;  $\eta^2 = .003$ ].

I risultati ottenuti mostrano una certa correlazione tra la religiosità e l'atteggiamento verso la maternità surrogata, le analisi dei dati relative alla coppia eterosessuale e alla coppia omosessuale composta da due uomini sembrano suggerire una relazione inversamente proporzionale tra importanza della religione e il grado di accordo verso il consigliare la pratica ad un amico: al crescere della religiosità diminuisce l'approvazione verso la pratica della maternità surrogata. Future ricerche potrebbero focalizzarsi sul cercare di comprendere quali sono le idee di fondo che incidono sulla decisione di consigliare la *surrogacy* o quali questioni vengono sollevate da coloro per cui la religione ha un ruolo importante.

Un'associazione tra gli orientamenti religiosi e l'atteggiamento verso la maternità surrogata è stata evidenziata anche da altri studi presenti in letteratura: le persone più religiose sembrano essere meno inclini ad utilizzare la maternità surrogata per risolvere i problemi di fertilità (Chliaoutakis et al., 2002). Si è inoltre individuato tra i fattori influenzanti l'opinione sulla maternità surrogata anche la preoccupazione di problemi medici della madre surrogata durante il processo (Suzuki, Sawa, Muto, Kusuda, Banno & Yamagata, 2011).

#### 4.3.2.7. *Influenza dell'essere genitori*

Si è voluto poi indagare se ci fossero differenze tra gli atteggiamenti dei giovani che hanno figli rispetto a chi non ne ha. La variabile presa ora in esame fa riferimento alla domanda *Hai figli?* con possibilità di risposta Si = 1, No = 2 e No, ma sono attualmente in attesa del primo figlio = 3. Le tre opzioni di risposta sono state ricodificate in due unendo i punteggi di coloro che hanno figli e coloro che sono prossimi ad averne (Si o sono attualmente in attesa del primo figlio = 1 e No = 2).

È stata condotta sui 2256 partecipanti un'analisi della varianza a un fattore between (Essere genitori, a 2 livelli: si o sono attualmente in attesa del primo figlio, no) sulla



variabile atteggiamento verso la maternità surrogata per le **coppie eterosessuali**, al fine di verificare l'effetto della variabile età sull'atteggiamento verso la maternità surrogata. Il test degli effetti mostra un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = .511; p = .475; \eta^2 = .000$ ].

Per le coppie **omosessuali composte da due uomini** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = .781; p = .377; \eta^2 = .002$ ].

Per le **coppie omosessuali composte da due donne** il test degli effetti tra soggetti evidenzia un effetto non significativo per  $\alpha < .05$  [ $F(1, 2269) = 3.044; p = .081; \eta^2 = .001$ ].

È possibile perciò affermare che essere genitori non influenza statisticamente il consigliare la maternità surrogata ad una coppia eterosessuale o ad una coppia omosessuale.

#### *4.3.3. Maternità surrogata rispetto alle altre tecniche di procreazione*

Al fine di far emergere ulteriori differenze tra gli atteggiamenti dei giovani, è stato chiesto agli intervistati di esprimere una preferenza tra le possibili tecniche di procreazione medicalmente assistita in caso di impossibilità ad avere figli naturalmente, chiaramente differenti per ogni tipologia di coppia.

Per le **coppie eterosessuali** la risposta con la maggior frequenza è risultata *Di cercare di adottare un figlio* (35,7%), mentre la maternità surrogata è stata scelta dal 2,4% (54 persone) degli intervistati.

Per le **coppie omosessuali composte da due uomini** il 44% ha scelto la risposta *Di cercare di adottare un figlio*, mentre 198 intervistati, ossia l'8,8%, consiglierebbero la maternità surrogata.

Infine, la maggioranza degli intervistati consiglierebbero alle **donne** coinvolte in una relazione omosessuale *Di cercare di avere una buona vita di coppia anche senza figli* (37,5%), il 35,9% suggerirebbe di cercare di adottare un figlio, mentre 102 persone, pari al 4,5% consiglierebbe la maternità surrogata.

**Tabella 7. Frequenze descrittive della domanda *Immaginati tra qualche anno: hai un caro amico o una cara amica che ha una relazione con una persona di sesso opposto e non riesce ad avere un figlio e ti chiede un consiglio. Se dovessi sceglierne solo una?* relativa alla scelta della tecnica che gli intervistati preferiscono consigliare ad amici coinvolti in una relazione eterosessuale.**

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale tra i rispondenti</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Avere una buona vita di coppia anche senza figli</i>	508	22,5%	22,5%
<i>Adozione</i>	806	35,7%	35,7%
<i>Affido</i>	106	4,7%	4,7%
<i>Fecondazione omologa</i>	350	15,5%	15,5%
<i>Fecondazione eterologa con donazione di sperma</i>	139	6,1%	6,1%
<i>Fecondazione eterologa con donazione di ovulo</i>	91	4%	4%
<i>Fecondazione eterologa con donazione di embrione</i>	202	9%	9%
<i>Maternità surrogata</i>	54	2,4%	2,4%
<i>Totale</i>	2256	100%	100%

**Tabella 8. Frequenze descrittive della domanda *Immaginati tra qualche anno: hai un caro amico che ha una relazione con una persona dello stesso sesso e vuole avere un figlio e ti chiede un consiglio. Se dovessi sceglierne solo una? relativa alla scelta della tecnica che gli intervistati preferiscono consigliare ad un amico coinvolto in una relazione omosessuale.***

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale tra i rispondenti</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Avere una buona vita di coppia anche senza figli</i>	907	40,2%	40,2%
<i>Adozione</i>	993	44%	44%
<i>Affido</i>	157	7%	7%
<i>Maternità surrogata</i>	198	8,8%	8,8%
<i>Totale</i>	2256	100%	100%

**Tabella 9. Frequenze descrittive della domanda *Immaginati tra qualche anno: hai una cara amica che ha una relazione con una persona dello stesso sesso e vuole avere un figlio e ti chiede un consiglio. Se dovessi sceglierne solo una? relativa alla scelta della tecnica che gli intervistati preferiscono consigliare ad un'amica coinvolta in una relazione omosessuale.***

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale tra i rispondenti</i>	<i>Percentuale sul totale</i>
<i>Avere una buona vita di coppia anche senza figli</i>	846	37,5%	37,5%

<i>Adozione</i>	810	35,9%	35,9%
<i>Affido</i>	154	6,8%	6,8%
<i>Fecondazione eterologa con donazione di sperma</i>	194	8,6%	8,6%
<i>Fecondazione eterologa con donazione di embrione</i>	151	6,7%	6,7%
<i>Maternità surrogata</i>	102	4,5%	4,5%
<i>Totale</i>	2256	100%	100%

I risultati suggeriscono una tendenza generale a consigliare altre forme di procreazione rispetto alla maternità surrogata. Solo nel caso delle coppie omosessuali composte da due uomini la percentuale sembra maggiore rispetto ad altre tecniche. Si ritiene tuttavia necessario ricordare che le opzioni procreative per gli uomini omosessuali sono inferiori, non potendo ricorrere alle tecniche di fecondazione omologa ed eterologa.

I risultati ottenuti sono in linea con quanto emerge dalla letteratura. In particolare Ruiz-Robledillo e Moya-Albiol (2016) analizzano alcuni studi clinici condotti nelle popolazioni americane e canadesi raccolti negli anni ed osservano che la maggior parte delle persone intervistate disapprova il processo considerandolo uno dei modi meno accettabili per avere figli (Dunn, Ryan, & O'Brien, 1988; Krishnan, 1994; Weiss, 1992). Nonostante l'evoluzione della società, l'aumento del numero di famiglie diverse da quella tradizionale e il progresso della scienza in materia di riproduzione medicalmente assistita, gli studi (Chliaoutakis, Koukouli, & Papadakaki, 2002; Murphy, Jones, Hallam, Martin, Hakin & van den Akker, 2002) non mostrano un cambiamento significativo nell'atteggiamento delle persone verso gli accordi di maternità surrogata.

Ad oggi i risultati dei sondaggi circa gli atteggiamenti verso la maternità surrogata descrivono uno scenario sociale in cui la maggioranza disapprova la pratica (Edelman, 2004) e tende a ritenere la maternità surrogata come la meno accettabile tra le tecnologie riproduttive (Ciccarelli & Beckman, 2005).

Tuttavia uno studio (Constantinidis & Cook, 2012) ha indagato l'influenza delle caratteristiche demografiche, psicologiche e cognitive nella percezione della maternità surrogata in un campione composto da 195 persone dai 18 ai 76 anni. La ricerca è stata condotta in Australia ed ha indicato livelli di sostegno alla maternità surrogata molto più alti del previsto, anche se, come previsto, il sostegno alle altre tecniche di PMA era significativamente più alto di quello alla maternità surrogata. È stato osservato inoltre come gli atteggiamenti variavano in relazione al tipo di maternità surrogata, con un sostegno significativamente maggiore indicato per la maternità surrogata gestazionale rispetto a quella tradizionale.

Ulteriori ricerche potrebbero focalizzarsi sulle variabili individuali - ad esempio l'empatia, l'altruismo - e contestuali - il ruolo dei media, lo stigma sociale - che si ipotizza possano influenzare gli atteggiamenti delle persone nei confronti della maternità surrogata.

## Conclusioni

Il presente lavoro di tesi ha inteso proporre una riflessione articolata sul tema della maternità surrogata, per aiutare i professionisti interessati alla questione ad essere maggiormente consapevoli della complessità della pratica. In particolare, si è voluto analizzare la pratica da un punto di vista psico-giuridico, accennando anche alle problematiche mediche, etiche e antropologiche.

È stato esplorato il tema attraverso una ricerca bibliografica, andando ad approfondire i vissuti e gli outcomes psicologici dei protagonisti implicati nella pratica, avendo l'attenzione di includere anche le ricerche, seppur limitate, dedicate agli attori più marginali, come il partner della gestante surrogata o i figli biologici di questi ultimi. Sono state prese in considerazione sia le ricerche focalizzate sull'individuo, sia quelle che hanno cercato di cogliere il valore della relazione all'interno di un iter così complesso e variegato.

Uno sguardo sistemico è servito anche al fine di poter costruire lo scenario legislativo a livello mondiale in materia di maternità surrogata, analizzando anche le problematiche peculiari di tale pratica e la possibilità di poter essere sviluppata anche in senso transnazionale.

Si è reso necessario approfondire anche le questioni eticamente calde rispetto alla *surrogacy*, riportando riflessioni filosofiche e politiche degli autori, facendo riferimento alle leggi costituzionali e ai diritti riproduttivi.

Il tema preso in esame ha toccato direttamente o indirettamente anche il cittadino italiano, il quale attraverso l'esperienza personale, i media, il web o la rete sociale in cui è inserito ha iniziato a costruire una propria opinione circa la pratica. Ragion per cui risulta interessante poter ricostruire l'immaginario sociale che si sta diffondendo a livello nazionale.

La tesi non ha lo scopo di essere esauriente rispetto al tema trattato, essa propone una raccolta ragionata delle più recenti evidenze scientifiche pubblicate in campo psicologico, giuridico, medico ed etico. L'auspicio è di essere riusciti a far luce sul tema cogliendo le caratteristiche peculiari della pratica attraverso diversi punti di vista. Si pone il lettore nella condizione di poter elaborare un pensiero critico e argomentato al fine di poter giungere ad una chiarezza concettuale sulla maternità surrogata. Una comprensione che potrebbe influenzare anche la politica, la società in generale e dare un possibile contributo ai dibattiti bio-etici.

C'è un forte bisogno di regolamentare la *surrogacy* anche in quei paesi in cui non è legale, ciò al fine di creare una certa continuità legislativa tra le nazioni in cui è legale e quelle in cui non lo è, per poter garantire una tutela dei diritti della donna e del minore ed evitare la condizione apolide a quest'ultimo. Inoltre dovrebbero essere implementate linee guida di accompagnamento basate sulle evidenze scientifiche in quei paesi in cui la pratica è legale. Una regolamentazione che risulta necessaria al fine di poter quantomeno diminuire il numero delle vittime che una pratica abusiva può creare, a condizione, tuttavia, che essa sia nata da un dibattito e da un confronto attento e puntuale tra discipline, in modo da creare una sinergia tra professionisti che tengano conto delle implicazioni etiche, mediche, antropologiche, economiche, legali e psichiche.

Da un punto di vista psicologico, la ricerca desidera mettere i professionisti nella condizione di potersi interrogare sul tema. Lo scopo è quello di cercare la ricostruzione di una dialettica tra le dinamiche psichiche dei soggetti coinvolti, identificando i principali fattori di rischio e protettivi per il benessere e la soddisfazione dei membri della triade e delle altre persone che vengono toccate durante l'iter. Il fine dev'essere quello di poter garantire il benessere psichico delle persone implicate rispettando la loro volontà di autodeterminazione, spesso fagocitata da una logica punitiva verso quelle pratiche ritenute dannose per le donne e per i bambini prima ancora di comprendere i vissuti e le esperienze di coloro che agiscono. Cerca inoltre di porre le basi per una tutela ottimale dello sviluppo del bambino.

Ulteriori ricerche potrebbero focalizzarsi sul tema affinando la metodologia utilizzata, analizzando i risultati sulla salute psicologica di gestante e bambino attraverso studi longitudinali, implementando ed esaminando i protocolli di valutazione psicologica. Si ritiene importante condurre solidi studi scientifici per stabilire strategie di valutazione, di prevenzione di fronte alle eventuali difficoltà e di intervento per tutte le persone coinvolte, sviluppare e attuare strategie di intervento psicosociale, o ancora analizzare se l'influenza della cultura e del contesto legislativo in cui si è immersi ha un ruolo sulla costruzione di opinioni, atteggiamenti o comportamenti verso la maternità surrogata.



## Bibliografia

- Adinkrah, M. (2012). Better dead than dishonored: Masculinity and male suicidal behavior in contemporary Ghana. *Social Science & Medicine*, 74, 474–481.
- Allen, A. A. (2018). Surrogacy and limitations to freedom of contract: Toward being more fully human. *Harvard Journal of Law & Public Policy*, 41(3), 753–811.
- Ali, L., & Kelley, R. (2008). The curious lives of surrogates. *Newsweek*, 151(14), 45–51.
- Andrews, L. (1992). Surrogacy Wars. *California Lawyer*, 12 (10), 42-50.
- Armour, K. L. (2012). An Overview of Surrogacy Around the World: Trends, Questions and Ethical Issues. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 231–236.
- Balzano, A. (2017). In bilico tra mercificazione del biologico e autodeterminazione delle donne: oltre il divieto di *surrogacy*. *Politeia*, XXXIII, 128, 22-41.
- Balzano, A. (2020). Biology commodification and women self-determination. Beyond the surrogacy ban. *Italian Sociological Review*, 10(3), 655–677.
- Bandelli, D. (2021). POLICY BRIEF. FACING THE DIFFUSION OF GESTATIONAL SURROGACY, Dipartimento di Sociologia - LUMSA UNIVERSITY; Italia.
- Bandelli, D., & Corradi, C. (2019). Abolishing or regulating surrogacy. The meanings of freedom according to Italian feminism. *Salute e Società*, XVIII(1), 11–25.
- Baslington, H. (2002). The social organization of surrogacy: relinquishing a baby

- and the role of payment in the psychological detachment process. *Journal of health psychology*, 7, 57–71
- Bastianoni, P. (2009). Funzioni di cura e genitorialità. *Rivista italiana di educazione familiare*, 1, 37–53.
- Berend, Z. (2016). “We are All Carrying Someone Else’s Child!”: Relatedness and Relationships in Third-Party Reproduction. *American Anthropologist*, 118(1), 24-36.
- Berend, Z. (2020). «Surrogates all make that choice to help»: Surrogacy in the neoliberal reproductive market. *Italian Sociological Review*, 10(3), 537–559.
- Berend, Z., & Guerzoni, C.S. (2019). Reshaping Relatedness: the Case of US Surrogacy. *Antropologia*, 6(2), 83-99.
- Bergman, K., Rubio, R. J., Green, R. J., & Padrón, E. (2010). Gay men who become fathers via surrogacy: The transition to parenthood. *Journal of GLBT Family Studies*, 6, 111–141.
- Bianchi, M. M. (2017). La tutela internazionale dei diritti riproduttivi femminili. Tesi non pubblicata, Dipartimento di Scienze Politiche - LUISS; Italia.
- Binetti, P. (2016). La maternità surrogata: un figlio a tutti i costi. Roma: Edizioni Magi.
- Blyth, E. (1994). “I wanted to be interesting. I wanted to be able to say ‘I’ve done something interesting with my life’”: interviews with surrogate mothers in Britain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 189–198
- Blyth, E. (2010). Fertility patients’ experiences of cross border reproductive care. *Fertility and Sterility*, 94, e11–e15.
- Boldrin, P. (2019). Fecondazione eterologa e gestazione surrogata: procreazione tecnologica e sfide etiche per la società. *Salute e Società: Vol. XVIII*(1).
- Braverman, A., & Corson, S. (1992). Characteristics of participants in a gestational carrier program. *Journal of reproductive and infant psychology*, 9, 353–357.

- Burrell, C., & Edozien, L.C. (2014). Surrogacy in modern obstetric practice. *Seminars in fetal and neonatal medicine*, *19*, 272–278.
- Busby, K., & Vun, D. (2010). Revisiting The Handmaid's Tale: feminist theory meets empirical research on surrogate mothers. *Canadian Journal of Family Law*, *26*, 13–94.
- Canestrari, S. (2001). Verso una disciplina penale delle tecniche di procreazione medicalmente assistita? Alla ricerca del bene giuridico tra valori ideali e opzioni ideologiche. In G. Fornasari & S. Canestrari (A cura di), *Nuove esigenze di tutela nell'ambito dei reati contro la persona* (pp.1000–1029). Bologna: CLUEB.
- Canzi, E., Danioni, F., Rosnati, R., Scabini, E., & Barni, D. (2020). Attitudes towards procreative options in the event of infertility: The role of personal values and religiosity. *The Open Psychology Journal*, *13*, 341–350.
- Capanna, C., Vecchione, M., & Schwartz, S.H. (2005) La misura dei valori. Un contributo alla validazione del Portrait Values Questionnaire su un campione italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, *246*, 29-41.
- Carone, N., Baiocco, R., Manzi, D., Antonucci, C., Caricato, V., Pagliarulo, E., & Lingiardi, V. (2018). Surrogacy families headed by gay men: Relationships with surrogates and egg donors, fathers' decisions over disclosure and children's views on their surrogacy origins. *Human Reproduction*, *33*(2), 248-257.
- Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, & Society for Assisted Reproductive Technology. (2010). *2008 Assisted Reproductive Technology Success Rates: National Summary and Fertility Clinic Reports* - U.S. Department of Health and Human Services; Atlanta.
- Chini, C. (2016). Maternità surrogata: nodi critici tra logica del dono e preminente interesse del minore. *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, *1*, 173–187.
- Chliaoutakis, J. E., Koukouli, S., & Papadakaki, M. (2002). Using attitudinal

- indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Human Reproduction*, 17, 2995–3002.
- Ciccarelli, J.C., & Beckman, L.J. (2005). Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. *Journal Social Issues*, 61, 21–43.
- Comitato Nazionale per la Bioetica [CNB]. (2016). *Mozione: MATERNITA' SURROGATA A TITOLO ONEROSO*. Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Commissione Teologia Internazionale. (2009). *Alla ricerca di un'etica universale: nuovo sguardo sulla legge naturale*. Città del Vaticano, 52, 57-102.
- Constantinidis, D., & Cook, R. (2012). Australian perspectives on surrogacy: the influence of cognitions, psychological and demographic characteristics. *Human Reproduction*, 27(4), 1080-1087.
- Crawshaw, M., Blyth, E., & van den Akker, O. (2012). The changing profile of surrogacy in the UK –Implications for national and international policy and practice. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 34, 267–277.
- Crivelli, E. (2019). Il primo parere in attuazione del Protocollo n. 16 Cedu: Alcuni chiarimenti in tema di maternità surrogata. *Quaderni Costituzionali*, 39(3), 709–712.
- Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W., & Pacey, A.A. (2011). Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Human Reproduction*, 26, 2373–2381.
- Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, S. I., Sojecki, A., & Librach, C. L. (2015). Assisted reproduction involving gestational surrogacy: An analysis of the medical, psychosocial and legal issues: Experience from a large surrogacy program. *Human Reproduction*, 30(2), 345–352.
- de Aguirre, C. M. (2019). International surrogacy arrangements: A global “Handmaid’s Tale”? In Mostowik, P. (A cura di) *Fundamental legal problems of surrogate motherhood: Global perspective* (pp.449-485) Warsaw:

Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwosci

- Dell’Utri, M. (2010). Maternità surrogata, dignità della persona e filiazione. *Giurisprudenza di merito*, 2, 359.
- Dempsey, D. (2013). Surrogacy, gay male couples and the significance of biogenetic paternity. *New Genetics and Society*, 32, 37–53.
- Deomampo, D. (2015). Defining parents, making citizens: Nationality and citizenship in transnational surrogacy. *Medical Anthropology*, 34, 210–225.
- Di Nicola, P. (2016). Babies are not born under a cabbage leaf. *Italian Sociological Review*, 6(2), 293–308.
- Di Nicola, P. (2019). The desire for children, the children of one’s desire. The meaning of medically assisted procreation and technological family planning. *Italian Sociological Review*, 9(1), 131–159.
- Dunn, P. C., Ryan, I. J., & O’Brien, K. (1988). College students’ acceptance of adoption and five alternative fertilization techniques. *Journal of Sex Research*, 24, 282–287.
- Edelmann, R. J. (2004). Surrogacy: The psychological issues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 123–136.
- Erickson, T. M. (2010). Fertility law. *GPSolo*, 27(1), 56–59.
- Ferraretti, A.P., Pennings, G., Gianaroli, L., Natali, F., & Magli, M.C. (2010). Cross-border reproductive care: A phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies. *Reproductive Biomedicine Online*, 20, 261–266.
- Fischer, S., & Gillman, I. (1991). Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry*, 54, 13–20.
- Forman, D. (2015). Abortion clauses in surrogacy contracts: Insights from a case study. *Family Law Quarterly*, 49(1), 29-53.
- Fronek, P. (2018). Current perspectives on the ethics of selling international

- surrogacy support services. *Medicolegal and Bioethics*, 8, 11–20.
- Gamble, N. (2009). Crossing the line: The legal and ethical problems of foreign surrogacy. *Reproductive BioMedicine online*, 19(2), 151–152.
- Gamble, N. (2012). Made in the U.S.A.: Representing U.K. parents conceiving through surrogacy and ART in the United States. *Family Law Quarterly*, 46, 155–168.
- Gamble, N. (2016). A better legal framework for United Kingdom surrogacy? In S. Golombok, R. Scott, J.B. Appleby, M. Richards, & S. Wilkinson, S. (A cura di), *Regulating reproductive donation* (pp.140–162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gibbons, W.E., Cedars, M., & Ness, R.B. (2011). Toward understanding obstetrical outcome in advanced assisted reproduction: varying sperm, oocyte, and uterine source and diagnosis. *Fertility and Sterility*, 95, 1645–1649.
- Goisis, A., Håberg, S. E., Hanevik, H. I., Magnus, M. C., & Kravdal, Ø. (2020). The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country. *Human Reproduction*, 35(6), 1441–1450.
- Gola, S. (2021). One step forward or one step back? Autonomy, agency and surrogates in the Indian Surrogacy (Regulation) Bill 2019. *International Journal of Law in Context*, 17(1), 58–74.
- Golombok, S., Ilioi, E., Blake, L., Roman, G., & Jadva, V. (2017). A longitudinal study of families formed through reproductive donation: Parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Developmental Psychology*, 53(10), 1966–1977.
- Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadva, V. (2006). Surrogacy families: Parental functioning, parent–child relationships and children’s psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47, 213–222.
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families

- created through surrogacy arrangements: Parent–child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*, 40, 400–411.
- Goswami, L., Larmar, S. A., & Boddy, J. (2021). The impacts of the Covid-19 pandemic on surrogacy in India: The role of social work. *Qualitative Social Work*, 20(1–2), 472–478.
- Guerzoni, C. S. (2018). «They make it, i bake it». Pregnancy, maternity and parenthood in the context of gestational surrogacy in the United States. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 3, 427–448.
- Guerzoni, C. S. (2020). Gift narratives of US surrogates. *Italian Sociological Review*, 10(3), 561–577.
- Guizzardi, L. (2020a). Surrogacy: Some Remarks. *Iride*, XXXIII(2), 269–287.
- Guizzardi, L. (2020b). What we talk about when we talk about surrogacy. The symbolic representations of surrogate motherhood among gays. *Italian Sociological Review*, 10(3), 579–603.
- Guseva, A., & Lokshin, V. (2019). Medical conceptions of control in the field of commercial surrogacy in Kazakhstan. *Salute e Società*, 18(1), 26–43.
- Kapfhamer, J., & Van Voorhis, B. (2016). Gestational surrogacy: a call for safer practice. *Fertility and Sterility*, 106(2), 270–271.
- Hale, B. (2013). Regulation of International Surrogacy Arrangements : Do We Regulate the Market , or Fix the Real Problems ? *Suffolk Transnational Law Review*, 36(3), 501–526.
- Hibino, Y. (2020). Non-commercial Surrogacy in Thailand: Ethical, Legal, and Social Implications in Local and Global Contexts. *Asian Bioethics Review*, 12, 135–147.
- ICMR [Indian Council of Medical Research]. (2005). National Guidelines for Accreditation, Supervision & Regulation of ART Clinics in India. New Delhi: Indian Council of Medical Research.
- Ilioi, E. C., & Golombok, S. (2015). Psychological adjustment in adolescents

- conceived by assisted reproduction techniques: a systematic review. *Human reproduction update*, 21, 84–96.
- Imrie, S., & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online*, 29, 424–435.
- Jackson, E., Millbank, J., Karpin, I., & Stuhmcke, A. (2017). Learning from cross-border reproduction. *Medical Law Review*, 25, 23–46.
- Jacobson, H. (2018). A limited market: The recruitment of gay men as surrogacy clients by the infertility industry in the USA. *Reproductive Biomedicine and Society Online*, 7, 14–23.
- Jacobson, H. (2020). Cross-border reproductive care in the USA: Who comes, why do they come, what do they purchase? *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 11, 42–47.
- Jacobson, H. (2021). Commercial surrogacy in the age of intensive mothering. *Current Sociology*, 69(2), 193–211.
- Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: Relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human Reproduction*, 27(10), 3008–3014.
- Jadva, V., Gamble, N., Prosser, H., & Imrie, S. (2019). Parents' relationship with their surrogate in cross-border and domestic surrogacy arrangements: comparisons by sexual orientation and location. *Fertility and Sterility*, 111(3), 562–570.
- Jadva, V., & Imrie, S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*, 27(1), 90–96.
- Jadva V., Imrie, S., & Golombok, S. (2015), Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the



- parents and child. *Human Reproduction*, 30(2), 373-379.
- Jadva, V., Prosser, H., & Gamble, N. (2018). Cross-border and domestic surrogacy in the UK context: an exploration of practical and legal decision-making. *Human Fertility*, 12(1).
- Jayabalan, S., Randawar, D. K., & Hashim, N. (2020). *Surrogacy: A commodification that needs legislative attention*. CSSR 2018, 5th International Conference on Science and Social Research, 297–302.
- Kapfhamer, J., & Van Voorhis, B. (2016). Gestational surrogacy: a call for safer practice. *Fertility and Sterility*, 106(2), 270–271.
- Kaushik, A., & Pal, R. (2012). How representative has the Lok Sabha been? *Economic and Political Weekly*, 47(19), 74–78.
- Kindregan, C. P., & White, D. (2016). International Fertility Tourism: the Potential for Stateless Children in Cross-Border Commercial Surrogacy Arrangements. *Suffolk Transnational Law Review*, 36(3), 527–626.
- Krishnan, V. (1994). Attitudes toward surrogate motherhood in Canada. *Health Carefor Women International*, 15, 333–357.
- Lamba, N., Jadva, V., Kadam, K., & Golombok, S. (2018) The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4), 646-653.
- Langdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: A net- work analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 321–338.
- Latham, S. R. (2020). The United Kingdom Revisits Its Surrogacy Law. *Hastings Center Report*, 50(1), 6–7.
- Lonardi, C. (2020). Intrafamilial surrogacy: Motivations, imaginary and current reality. *Italian Sociological Review*, 10(3), 605–629.
- Lorceau, E. S., Mazzucca, L., Tisseron, S., & Pizitz, T.D. (2015). A cross-cultural study on surrogate mother's empathy and maternal–foetal attachment. *Women*

*and Birth*, 28, 154–159.

- Lorenzetti, A. (2015). Coppie same-sex e fecondazione assistita: la progressiva decostruzione del paradigma familiare. In M. Azzalini (A cura di), *La procreazione assistita, dieci anni dopo. Evoluzioni e nuove sfide* (pp.103-129). Ariccia: Aracne.
- MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadva, V., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: The experience of commissioning couples. *Human Reproduction*, 18, 1334–1342.
- Manzi, C., Vignoles, V., Regalia, C., & Scabini, E. (2006). Cohesion and enmeshment revisited: Family differentiation, identity, and psychological well-being in two European cultures. *Journal of Marriage and the Family*, 68, 673-689.
- Minister of Health and Family Welfare, H. V. (2019). *The Surrogacy (Regulation) Bill, 2019*. Surrogacy: Medicolegal Issues, Bill No. 156.
- Mitchell, V., & Green, R. J. (2008). Different storks for different folks: Gay and lesbian parents' experiences with alternative insemination and surrogacy. *Journal of GLBT Family Studies*, 3, 81–104.
- Moncelli, A. (2018). Nascere per procura: riflessioni su un nuovo paradigma. *Centro italiano di psicologia analitica - istituto di roma e dell'italia centrale*, 59–63.
- Montrone, M., Sherman, K. A., Avery, J., & Rodino, I. S. (2020). A comparison of sociodemographic and psychological characteristics among intended parents, surrogates, and partners involved in Australian altruistic surrogacy arrangements. *Fertility and Sterility*, 113(3), 642–652.
- Mulder, E. J. H., Robles De Medina, P. G., Huizink, A. C., Van Den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, (1-2), 3–14.

- Nakash, A., & Herdiman, J. (2007). Surrogacy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(3), 246–251.
- Niccolai, S. (2015). MATERNITÀ OMOSESSUALE E DIRITTO DELLE PERSONE OMOSESSUALI ALLA PROCREAZIONE SONO LA STESSA COSA? UNA PROPOSTA DI RIFLESSIONE. *Costituzionalismo.it*, 3, 1–53.
- Niccolai, S. (2017). Alcune note intorno all'estensione, alla fonte e alla ratio del divieto di maternità surrogata in Italia. *GenIus*, 5(2), 49–59.
- Nosheen, H., & Schellmann, H. (2010). The most wanted surrogates in the world. *Glamour*, 226–236.
- Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS]. (2017). Mental health: Maternal mental health.
- Okoli, A. C., & Eze, C. (2021). «Baby factories» versus the objectification of surrogacy cum child adoption in Nigeria. *Human Affairs*, 31, 212–222.
- Palattiyil, G., Blyth, E., Sidhva, D., & Balakrishnan, G. (2010). Globalization and cross-border reproductive services: Ethical implications of surrogacy in India for social work. *International Social Work*, 53, 686–700.
- Parliament of India. (2021). THE ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY (REGULATION) BILL, 2020. In Public Grievances, Law and Justice: Report No. 129.
- Payne, J. G., Korolczuk, E., & Mezinska, S. (2020). Surrogacy relationships: a critical interpretative review. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 125(2), 183–191.
- Pellegrino, M., Maiorino, R., & Schonauer, S. (2010). Il ruolo di WNT4 nella genesi delle malformazioni mulleriane: rassegna della letteratura. *Giornale italiano di Ostetricia e Ginecologia*, 32(3), 142–148.
- Perkins, K. M., Boulet, S. L., Jamieson, D. J., & Kissin, D. M. (2016). Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. *Fertility and Sterility*, 106(2), 435–442.

- Peterson, J. (2016). Baby M: American feminists respond to a controversial case. *Journal of Women's History*, 28(2) 103-125.
- Pezzini, B. (2017). Nascere da un corpo di donna: un inquadramento costituzionalmente orientato dall'analisi di genere della gravidanza per altri. *Costituzionalismo.it*, 1, 183–245.
- Pfeifer, S., Butts, S., Fossum, G., Gracia, C., La Barbera, A., Mersereau, J., et al. (2017). Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 107(2), e3–e10.
- Pizitz, T.D., McCullaugh, J., & Rabin, A. (2013). Do women who choose to become surrogate mothers have different psychological profiles compared to a normative female sample? *Women Birth*, 26, e15–e20.
- Prosser, H., & Gamble, N. (2016). Modern surrogacy practice and the need for reform. *Journal of Medical Law and Ethics*, 4, 257–274.
- Raziel, A., Schachter, M., Strassburger, D., Komarovsky, D., Ron-El, R., & Friedler, S. (2005). Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme. *Reproductive Biomedicine Online*, 11, 254–258.
- Riddle, M. P. (2020). Psychological assessment of gestational carrier candidates: current approaches, challenges, and future considerations. *Fertility and Sterility*, 113(5), 897–902.
- Riggs, D. W., & Due, C. (2014). Gay fathers' reproductive journeys and parenting experiences: A review of research. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 40, 289–293.
- Rivera, I. (2020). La complessa questione della maternità surrogata tra rispetto dell'ordine pubblico e protezione del best interest of the child: un percorso ermeneutico non sempre coerente. *Sociologia del Diritto*, 1, 201-222.
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25, 187–193.
- Salone, B. (2016). La maternità surrogata in Italia: profili di diritto interno e risvolti

- internazionalprivatistici. *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2, 39–71.
- Sama [Resource Group for Women and Health]. (2012). *Birthing a market: a study on commercial surrogacy*, New Delhi.
- Saxena, P., Mishra, A., & Malik, S. (2012). Surrogacy: Ethical and legal issues. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(4), 211–213.
- Scabini, E., Canzi, E., & Lombi, L. (2018). LA RISPOSTA ALL'INFERTILITÀ DI COPPIA NELLA PERCEZIONE DEI GIOVANI ITALIANI. In *La condizione giovanile in Italia. Rapporto Giovani 2018* (pp.183–210). Milano: il Mulino. ([www.istitutotoniolo.it](http://www.istitutotoniolo.it))
- Schurr, C. (2018). The baby business booms: Economic geographies of assisted reproduction. *Geography Compass*, 12(8), 1–15.
- Serughetti, G. (2016a). Maternità surrogata, oltre l'alternativa tra proibizionismo e laissez-faire. *Alternative per il Socialismo*, 39, 173-183.
- Serughetti, G. (2016b). Prostituzione e gestazione per altri: Problemi teorici e pratici del neo-proibizionismo. *Studi sulla Questione Criminale*, XI(2), 43–63.
- Sgorbati, B. (2016). Maternità surrogata, dignità della donna e interesse del minore. *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2, 111–129.
- Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., Devroey, P., de Wert, G., & Tarlatzis, B. (2005). ESHRE task force on ethics and law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*, 20(10), 2705–2707.
- Simopoulou, M., Sfakianoudis, K., Tsioulou, P., Rapani, A., Anifandis, G., Pantou, A., Bolaris, S., Bakas, P., Deligeoroglou, E., Pantos, K., & Koutsilieris, M. (2018). Risks in surrogacy considering the embryo: From the preimplantation to the gestational and neonatal period. *BioMed Research International*, 2018.
- Snowdon, C. (1994). What makes a mother? Interviews with women involved in egg donation and surrogacy. *Birth*, 21, 77-84.
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate

- mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260–276.
- Srivastava, A. (2021). The Surrogacy Regulation (2019) Bill of India: A Critique. *Journal of International Women's Studies*, 22(1), 140–151.
- Stams, G. J., Juffer, F., Rispen, J., & Hoksbergen, R. A. (2000). The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1025–1037.
- Stoicescu, A. (2016). Introduction: What is surrogacy for (East-European) feminism? Analyze. *Journal of Gender and Feminist Studies*, 6, 3-11.
- Sunderam, S., Kissin, D.M., Crawford, S.B., Folger, S.G., Jamieson, D.J., Warner, L., Barfield, W.D., & Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2015). 'Assisted reproductive technology Surveillance – United States, 2013, *MMWR Surveillance Summaries*, 64(11), 1-25.
- Sunkara, S. K., Antonisamy, B., Selliah, H. Y., & Kamath, M. S. (2017). Perinatal outcomes after gestational surrogacy versus autologous IVF: analysis of national data. *Reproductive BioMedicine Online*, 35(6), 708–714.
- Suzuki, K., Sawa, R., Muto, K., Kusuda, S., Banno, K., & Yamagata, Z. (2011). Risk perception of pregnancy promotes disapproval of gestational surrogacy: Analysis of a nationally representative opinion survey in Japan. *International Journal of Fertility & Sterility*, 5, 78.
- Teman, E. (2008). The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. *Social Science and Medicine*, 67, 1104–1112.
- The constitution of the United States of America, Document No. 110-50. United States, Government Printing Office, Washington (2007).
- United Nations General Assembly. (2019). Sale and sexual exploitation of children, including child prostitution, child pornography and other child sexual abuse material: Vol. A/74/162.

- Utian, W., Sheean, L., Goldfarb, J., & Kiwi, R. (1985). Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *The New England Journal of Medicine*, 1351–1352.
- van den Akker, O. (2000). The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Human Reproduction*, 15(8), 1849–1855.
- van den Akker, O. (2003). Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 145–161.
- van den Akker, O. (2005). A longitudinal pre pregnancy to post delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence gynecology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(4), 277-284.
- van den Akker, O. (2007). Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*, 22, 2287–2295.
- Van Zyl, L., & Walker, R. (2013). Beyond altruistic and commercial contract motherhood: the professional model. *Bioethics*, 27(7), 373-81.
- Velázquez, L. (2018). Mercificazione del corpo femminile e gestazione surrogata. *Studia Bioethica*, 11(3), 22–26.
- Viviani, D. (2020). Surrogacy: The apotheosis of control. *Italian Sociological Review*, 10(3), 631–654.
- Weiss, G. L. (1992). Public attitudes about surrogate motherhood. *Michigan Sociological Review*, 6, 15–27.
- Whittaker, A. (2016). From 'Mung Ming' to 'Baby Gammy': A local history of assisted reproduction in Thailand. *Reproductive Biomedicine Online*, 2, 71–78.
- Yau, A., Friedlander, R. L., Petrini, A., Holt, M. C., White, D. E., Shin, J., Kalantry, S., & Spandorfer, S. (2021). Medical and mental health implications of

gestational surrogacy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(3), 264–269.

Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Analysis of gestational surrogates' birthing experiences and relationships with intended parents during pregnancy and post-birth. *Birth*, 46, 628– 637.

Zadeh, S., Ilioi, E. C., Jadva, V., & Golombok, S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099–1106.