Salta al contenuto principale

Ricerca

- Esplora le riviste
- Fatti pubblicare
- A proposito di BMC
- Accesso

Menù

- Esplora le riviste
- Fatti pubblicare
- A proposito di BMC
- Accesso

Cerca in tutti gli articoli BMC

Ricerca

Filosofia, etica e discipline umanistiche in medicina

- Casa
- Di
- Articoli
- Linee guida

Scarica il pdf

- Ricerca
- Accesso libero
- Pubblicato: 18 settembre 2019

Un confronto etico tra donazione di rene vivente e maternità surrogata: comprendere la dimensione relazionale

- Katharina Beier e ORCID: orcid.org/0000-0002-0948-0341[1]
- Sabine Wöhlke[1]

Filosofia, etica e discipline umanistiche in medicina **volume 14** , Numero articolo: 13 (2019) Cita questo articolo

- 2745 Accessi
- 9 Altmetric
- Metrica dettagli

Astratto

sfondo

I dibattiti bioetici riguardanti la donazione da viventi e la maternità surrogata ruotano attorno a questioni etiche e concetti morali simili. Tuttavia, i discorsi etici in entrambi i campi sono cresciuti in gran parte isolati l'uno dall'altro.

Metodi

Basato su una revisione della ricerca etica, sociologica e antropologica, questo documento mira a collegare i discorsi etici sulla donazione di rene vivente e la maternità surrogata fornendo un'analisi comparativa della dimensione relazionale delle due pratiche rispetto a tre aspetti, ovvero il ruolo normativo delle dinamiche relazionali , norme sociali e ruoli di genere e reciprocità. Sulla base di questa analisi, deriviamo conclusioni per la definizione della donazione di organi viventi e della maternità surrogata nella teoria e nella pratica etica.

Risultati

In primo luogo, la nostra analisi sottolinea l'importanza di riconoscere le complesse implicazioni relazionali della donazione di reni viventi e della maternità surrogata. Sottovalutare questa dimensione relazionale può non solo portare a crisi individuali, ma mettere in pericolo le relazioni familiari esistenti e quelle emergenti. In secondo luogo, segnaliamo le differenze nella valutazione normativa delle norme sociali e dei ruoli di genere nei dibattiti etici sulla donazione di reni viventi e sulla maternità surrogata. In particolare, mostriamo come differenti valutazioni dell'altruismo influenzano la comprensione dell'autonomia in entrambi i contesti. Inoltre, ci sensibilizziamo per percezioni distorte dei ruoli di genere. Infine, sosteniamo che le sfide derivanti dalla reciprocità irrisolta sono un problema nella donazione di reni viventi e nella maternità surrogata indipendentemente dal fatto che lo scambio di parti del corpo o servizi corporei sia considerato un dono o uno scambio commerciale. Sottolineando i limiti della compensazione finanziaria, sottolineiamo l'importanza delle ricompense relazionali e non materiali come potenziale rimedio.

introduzione

L'uso di parti del corpo o funzioni corporee per il bene degli altri è un campo eticamente contestato. In particolare, quando sono coinvolti organi o funzioni corporee di persone viventi, come ad esempio la donazione di organi viventi o la maternità surrogata, ciò solleva questioni etiche fondamentali. La donazione da vivente implica il trapianto di un organo o di parti di esso da una persona vivente a un paziente affetto, ad esempio, da insufficienza renale allo stadio terminale o da diverse malattie del fegato. Maternità surrogata nella sua definizione più generale significa che una donna (madre surrogata) dà alla luce un figlio per un'altra coppia o una persona single. Sebbene le pratiche di donazione di organi viventi e di maternità surrogata differiscano l'una dall'altra sotto diversi aspetti, è sorprendente che i discorsi bioetici ruotino attorno a questioni etiche e concetti morali simili. Ad esempio, le sfide relative all'autonomia [1 , 2], la commercializzazione [3 , 4 , 5 , 6] o lo sfruttamento [7 , 8 , 9 , 10] sono utilizzati per entrambe le pratiche. Nonostante queste sfide convergenti, i discorsi etici sulla donazione di viventi e sulla maternità surrogata sono cresciuti in gran parte isolati l'uno dall'altro. Semmai, i confronti tra i due dibattiti sono tracciati in modo superficiale e con intenzioni strategiche, ad esempio, per giustificare la commercializzazione della donazione di organi [11] o, viceversa, per promuovere un inquadramento altruistico della maternità surrogata [12].

In questo contesto, miriamo a collegare i discorsi etici sulla donazione di viventi e la maternità surrogata. Il punto di ancoraggio centrale per la nostra analisi comparativa è che entrambe sono pratiche realmente relazionali. Tuttavia, le conseguenze etiche di questa dimensione relazionale sono ancora sottoesplorate. Questo non significa che la donazione da vivente e la maternità surrogata siano pratiche identiche; piuttosto il nostro obiettivo è evidenziare i *paralleli e le divergenze* esistentiper quanto riguarda il ruolo normativo e le implicazioni etiche delle relazioni personali in entrambi i campi. In particolare, forniamo un'analisi comparativa della dimensione relazionale delle due pratiche rispetto a tre aspetti e deriviamo alcune conclusioni per la struttura di queste pratiche nella teoria e nella pratica etica. Metodologicamente, la nostra analisi si basa su un'ampia rassegna della ricerca etica, sociologica e antropologica sulla donazione da vivente e sulla maternità surrogata.

Di seguito, ci concentreremo principalmente sulla donazione di reni viventi (LKD) nell'ambito delle relazioni personali per due motivi.[Nota 1 In] primo luogo, i reni sono i trapianti di organi più comuni perché i reni rappresentano l'insufficienza d'organo più comune. Allo stesso tempo, la LKD ha un rischio relativamente basso. In secondo luogo, molti paesi limitano la LKD a parenti o amici intimi a causa dell'elevata compatibilità dei tessuti (corrispondenza HLA tra membri della famiglia) e al fine di evitare il traffico di organi [15]. Per quanto riguarda la maternità surrogata, limitiamo la nostra analisi alla gestazione commerciale[Nota 2] maternità surrogata tra (ex) sconosciuti in quanto questa è considerata la pratica più comune a livello globale. Sebbene i quadri normativi distinguano tra compensazione per le spese di maternità surrogata e pagamenti effettivi a madri surrogate, è importante notare che esiste una linea sottile tra i due tipi [16]. Nella nostra analisi della maternità surrogata, ci riferiamo quindi ai risultati empirici di entrambi i contesti.

Per il confronto tra LKD e maternità surrogata introduciamo tre aspetti (sezione 2). Per prima cosa mappiamo dinamiche relazionali specifiche in entrambi i campi e discutiamo le implicazioni normative e pratiche (sezione 2.1). In secondo luogo, analizziamo il ruolo delle norme sociali, degli stereotipi di genere e dei concetti corporei che sono alla base delle pratiche correnti e dei discorsi etici correlati su LKD e maternità surrogata (sezione 2.2). Terzo, descriviamo le sfide specifiche che derivano dalla reciprocità (irrisolta) in entrambi i campi e discutiamo i potenziali rimedi (sezione 2.3). Infine, traiamo alcune conclusioni riguardanti la struttura etica e pratica di LKD e maternità surrogata (sezione 3).

Analisi comparativa

La rilevanza morale delle relazioni e delle dinamiche familiari

Nei dibattiti etici sugli aspetti relazionali della LKD non ha giocato un ruolo molto importante perché la protezione dei donatori è stata considerata per lungo tempo la questione più importante [17 , 18 , 19]. In particolare, le relazioni strette come un contesto interpersonale complesso da cui derivano le decisioni sulla donazione di viventi sono rimaste sconsiderate [20]. In effetti, donatori e riceventi venivano descritti come individui che agiscono e decidono come agenti indipendenti e autonomi. Questa percezione è ancora riflessa dagli attuali requisiti procedurali. Ad esempio, la legge tedesca sui trapianti richiede che ogni donazione da vivente sia esaminata da una commissione appositamente nominata.[Nota 3] Il suo compito principale è garantire la volontarietà della donazione ed escludere il commercio di organi. A causa di questa focalizzazione, il processo decisionale, in particolare per quanto riguarda le dinamiche familiari coinvolte, è rimasto a lungo una scatola nera e mancano ancora dati a lungo termine sullo sviluppo delle relazioni familiari dopo la donazione da vivente.

Come hanno dimostrato gli studi, anche i donatori di organi viventi e gli stessi riceventi non riconoscono necessariamente l'importanza delle dinamiche decisionali intrafamiliari e le loro implicazioni. Ad esempio, quando è stato chiesto ai donatori e ai riceventi di rene tedeschi sulla volontarietà della loro decisione, hanno adottato il punto di vista del quadro giuridico, che considera la prevenzione del traffico di organi come l'unico fattore che compromette la volontarietà. Da un lato, donatori e riceventi hanno espresso la loro fiducia che il processo di ispezione richiesto dalla legge sia efficace nell'escludere pratiche illegali come il commercio di organi. D'altra parte, hanno anche indicato i limiti specifici di questa ispezione sottolineando che la volontarietà all'interno del processo decisionale familiare è difficile da verificare. Infatti,13]. A questo proposito, il processo di ispezione da parte della commissione è ritenuto problematico da donatori e riceventi di organi [18 , 21].

In studi recenti, si sta aumentando la consapevolezza per le complessità del processo decisionale familiare sulla donazione di viventi [21 , 22]. Le decisioni familiari, per natura, sono determinate da preoccupazioni relazionali che non sono adeguatamente colte in termini di autonomia e volontarietà individuali [23 , 24]. La cosa più sorprendente è che i valori morali dei membri della famiglia influiscono sul processo decisionale. Ciò può innescare dinamiche intrafamiliari specifiche nel periodo che precede la donazione da vivente. Ad esempio, data la loro disponibilità a donare un organo, i donatori spesso assumono un ruolo dominante nel processo decisionale. Inoltre, inquadrando la loro donazione come un dono, i donatori attribuiscono a quest'ultimo un alto valore morale che rende difficile per i destinatari rifiutare la loro offerta [20, 25].

Il rapporto del donatore di rene e del ricevente è influenzato dalle preoccupazioni sul mantenimento dell'organo donato dopo il trapianto. Tali preoccupazioni includono l'aspettativa del donatore che il ricevente maneggi l'organo con cura al fine di garantire che non venga rifiutato dall'organismo del ricevente. È importante notare, tuttavia, che la LKD influisce sulle relazioni familiari in modi diversi. Le relazioni genitore-figlio, ad esempio, tendono a diventare più intime [18 , 19], mentre le coppie di fratelli o le coppie sposate hanno maggiori probabilità di affrontare conflitti nelle loro relazioni, ad esempio a causa del controllo o del comportamento che limita l'autonomia [26]. Tra i fratelli, ad esempio, un semplice gesto di saluto, in cui il donatore chiede al ricevente "come stai?" ha dimostrato di essere interpretato dal ricevente come una sorta di controllo, se vive una vita attenta alla salute con il rene donato [27]. In generale, vi è evidenza che lo scambio corporeo di organi porta ad un'intensificazione delle dinamiche relazionali preesistenti tra i membri della famiglia - nel bene e nel male [17 , 28]. Inoltre, gli ideali familiari possono anche implicare un obbligo di donazione di organi per specifici membri della famiglia. Ancora una volta, questo sottolinea la natura complessa del processo decisionale intra-familiare - un fatto che, tra gli altri, richiede percezioni più sfumate della volontarietà nella LKD [29].

La maternità surrogata, per natura, ha implicazioni relazionali che si estendono oltre le barriere legali dei contratti [30] e "(a) transazioni di mercato liberale di lunga durata" [31]. In particolare, durante la gravidanza, la madre surrogata si lega inevitabilmente al bambino. A sua volta, la “narrazione dell'esistenza” del bambino [32] è irreversibilmente legata al contributo della madre surrogata. In uno studio condotto da Zadeh et al. [33] la maggior parte degli adolescenti desiderava conoscere la propria madre surrogata ed essere in contatto con lei. Tuttavia, a causa dell'ideale ancora pervasivo della famiglia nucleare su base genetica e del desiderio di un'assegnazione inequivocabile di maternità / genitorialità [31] le madri surrogate e gli aspiranti genitori sono spesso percepiti come parti (legali) distinte i cui

interessi devono essere garantiti l'uno contro l'altro [34]. In pratica, la madre surrogata viene poi rimossa dai "copioni dell'intimità familiare" [35] e il suo rapporto speciale con il bambino viene trascurato [36]. Come gli studi hanno dimostrato, tuttavia, per rendere la maternità surrogata un'esperienza soddisfacente per tutte le parti, inclusa la madre surrogata, l'esistenza di una relazione in corso oltre la nascita del bambino è importante [37 , 38]. In effetti, se c'è spazio per un contatto continuo tra surrogati e figli, questo può includere anche i figli e i nipoti della madre surrogata [33].

La maternità surrogata crea anche una relazione tra il bambino e gli aspiranti genitori. Il solo fatto di considerarli come commissari sembra inconcludente dal punto di vista del bambino. Il bambino non è solo “concepito mentalmente” da loro [10]; ma, almeno nella maternità surrogata gestazionale, anche i futuri genitori contribuiscono fisicamente all'esistenza del bambino. Quindi, dato il loro "ruolo causale moralmente trasformativo" [10] nella creazione del bambino, sono più che semplici donatori di gameti [39]. Tuttavia, se la maternità surrogata è praticata in paesi che assegnano la maternità alla donna che partorisce, è probabile che la relazione dei genitori intenzionati con il bambino rimanga non riconosciuta.

Anche le dinamiche relazionali giocano un ruolo nella maternità surrogata. In particolare, la madre surrogata, promettendo di portare un figlio per un'altra persona o coppia, e gli aspiranti genitori, richiedendo e / o accettando questo eccezionale contributo fisico, entrano inevitabilmente in una relazione [36 , 40 , 41]. Almeno, studi dal Regno Unito e dagli Stati Uniti mostrano che la decisione di iniziare con la maternità surrogata viene presa solo dopo un contatto precedente e l'esistenza di reciproca simpatia [42 , 43].

Tuttavia, anche la maternità surrogata può sorgere sfide relazionali. Ad esempio, la potenziale "annessione" del corpo / vita dell'altro che è stata descritta per LKD può verificarsi anche in maternità surrogata. Mentre in LKD, è il donatore che potrebbe essere tentato di interferire con la vita del ricevente in maternità surrogata, è piuttosto il "donatore", cioè la madre surrogata, che rischia di affrontare il controllo da parte dei riceventi, cioè i genitori previsti. In particolare, il loro desiderio di prendere parte alla gravidanza (ad esempio accompagnando la madre surrogata a controlli e ultra-scansioni) può essere vissuta dalla madre surrogata come intrusione nella sua sfera privata. D'altra parte, è stato dimostrato che le madri surrogate hanno interesse a continuare la relazione con i genitori designati, e in particolare la madre designata, anche dopo la maternità surrogata [40]. Pertanto, mentre i donatori di organi viventi affrontano la sfida di "lasciare andare l'altro", gli attori in maternità surrogata devono essere preparati a "lasciare che l'altro si avvicini" ea gestire le complesse relazioni familiari che questa pratica comporta.

Di conseguenza, è necessario preparare gli attori coinvolti nella LKD e negli accordi di maternità surrogata per queste sfide relazionali, ad esempio mediante consulenza. Nella misura in cui la volontarietà all'interno delle famiglie è difficile da verificare, l'avvio di un dialogo aperto sulla dimensione relazionale del processo decisionale può aiutare donatori e riceventi di rene ad affrontare questa esperienza. In particolare, la determinazione di un determinato membro della famiglia come donatore che, a prima vista, potrebbe apparire senza alternative, potrebbe essere messa in discussione durante la consulenza e in questo modo allargare l'orizzonte del processo decisionale familiare e della volontarietà. Nella maternità surrogata, è importante discutere le reciproche aspettative delle madri surrogate e dei futuri genitori, in particolare per quanto riguarda il coinvolgimento e il contatto familiare futuro [36]. Inoltre, la consulenza non dovrebbe includere solo tutte le parti coinvolte, ma anche essere offerta come un *processo* che dura anche dopo il trapianto o la nascita di un bambino rispettivamente. Sebbene la valutazione psicosociale nel periodo precedente alla LKD sia ampiamente consolidata e che esista la consapevolezza per le dinamiche delle relazioni donatore ricevente [44], l'attenzione principale è ancora sulla valutazione dei donatori piuttosto che sulle dinamiche reciproche tra donatori e riceventi [45 , 46]. Di conseguenza, è necessario includere questo aspetto in modo più sistematico nel processo di valutazione psicosociale che precede la donazione da vivente. Nel contesto della maternità surrogata, vi è una crescente consapevolezza dell'importanza della consulenza. Ad esempio, nel Regno Unito l'Autorità per la fecondazione umana e l'embriologia richiede nel suo codice di condotta [47] che la "consulenza sulle implicazioni" dovrebbe essere offerta a tutte le parti coinvolte in un accordo di maternità surrogata. Il Comitato Etico dell'American Society for Reproductive Medicine raccomanda la consulenza come "aggiunta all'accordo legale per aiutare ogni partecipante a comprendere e comunicare i propri bisogni e / o aspettative" [48]. Inoltre, anche per la maternità surrogata in paesi come l'India ci sono richieste di "consulenza approfondita di tutte le parti coinvolte in accordi di maternità surrogata" [49]. In pratica, tuttavia, la consulenza è ancora limitata e opaca. Ad esempio, spesso dipende dalle cliniche se, in che misura ea chi viene offerta la consulenza. In particolare, laddove la maternità surrogata è lasciata alle regole del mercato, la consulenza si riduce all'esortazione delle surrogate ad adempiere ai propri doveri contrattuali. In questo contesto non sembra esserci spazio per l'assunzione di una prospettiva lungimirante che coinvolga le reciproche preoccupazioni dei futuri genitori *e*madri surrogate. I divieti legali sulla maternità surrogata mostrano un ulteriore ostacolo alla fornitura di consulenza adeguata. In Germania, ad esempio, la criminalizzazione dell'assistenza professionale alla maternità surrogata include anche la fornitura di consulenza psicosociale. Pertanto, se i futuri genitori tedeschi fanno uso della maternità surrogata all'estero, c'è il rischio che non solo le surrogate ma anche loro stessi non siano sufficientemente preparati per le complessità relazionali di questa pratica.

Norme sociali, ruoli di genere e concetti del corpo

L'opzione medica di LKD ha sviluppato un proprio slancio. L'aspettativa di donare un organo non è più vista come un atto individualizzato, ma una questione di solidarietà sociale. Nel discorso pubblico il focus è su: "Come possono essere trapiantati più organi?" [50]. Allo stesso modo, la LKD è rappresentata prevalentemente come un'azione positiva nelle rappresentazioni pubbliche e mediali. In tal modo l'organo donato è sempre più percepito come qualcosa che è dotato di un parente prossimo in caso di emergenza medica o anche qualcosa che si dovrebbe dare [27]. Nel contesto della donazione intrafamiliare, le nozioni di obbligo reciproco assumono una forma specifica sullo sfondo dei ruoli stabiliti all'interno della famiglia [51]. Infatti, studi incentrati sui genitori che hanno donato un organo ai loro figli rivelano che non tutte le potenziali opzioni familiari per la donazione sono state discusse all'interno della famiglia nella misura in cui le madri spesso si considerano l'unica opzione per garantire la sopravvivenza del loro bambino [17 , 26] . Soprattutto le donne con una comprensione tradizionale dei ruoli di genere considerano la LKD un'espansione dei loro obblighi familiari [27 , 29]. Ciò si riflette non da ultimo dal fatto che due terzi dei reni donati ogni anno provengono da donne [52].[Nota 4]

Le aspettative sociali per la donazione sono in larga misura costituite anche da un riferimento a concetti di corpo di genere. Come è stato dimostrato, le donne tendono ad alludere a concetti corporei olistici. In particolare, sottolineano la capacità riproduttiva del proprio corpo facendo confronti diretti tra nascita, maternità e relazione madre-figlio [27]. A questo proposito, l'immagine familiare della madre che si sacrifica funziona come un meccanismo culturale che consente il trapianto [55]. Tuttavia, la decisione di una madre di diventare donatrice non deve essere considerata nemmeno come "un altro mezzo di sfruttamento di genere" [55] (ibid., 7) né come violazione della sua autonomia. Nello specifico, Crowley-Matoka e Hamdy sottolineano che "le donne che si definivano innanzitutto madri spesso esprimevano pura euforia e sollievo alla notizia di poter donare i loro reni ai loro figli malati" [55] (ibid.). Il fatto che le madri possano trarre vantaggio dalla donazione, ad esempio, sperimentando un elevato riconoscimento sociale e prestigio all'interno del loro contesto sociale, mostra un altro argomento che sfida la nozione di sfruttamento [56]. Per quanto riguarda l'autonomia delle madri ma anche degli altri familiari, la decisione di queste ultime di donare un organo è spesso inquadrata come una questione di autonomia relazionale [27 , 57]. Come è stato notato “essere autonomi, in senso relazionale, significa essere reattivi e responsabili verso gli altri, e interdipendenti all'interno di reti complesse di relazioni, che non sempre si accorderanno facilmente con le pratiche e le aspettative che abbiamo normalizzato nelle culture che hanno elevò "l'individuo" ”[58]. Da questo punto di vista, quindi, l'amore, l'affetto e la preoccupazione per i bisogni degli altri non sono visti come un limite all'autonomia ma come un abilitante [17 , 59]. Tuttavia, non è inevitabile che le madri diventino donatrici dei loro figli. Riferendosi a uno studio francese che ha rivelato che il personale medico era più propenso a sollecitare i padri a servire come donatori viventi perché "le madri hanno già fatto la loro parte", Gauthier sottolinea la disponibilità di concezioni alternative di responsabilità corporea [60].

In quanto contributo esclusivamente femminile, anche la maternità surrogata coinvolge specifiche norme sociali e di genere. Tuttavia, la loro valutazione differisce dal contesto della LKD. In particolare, la nozione di altruismo appare almeno ambivalente. Da un lato, in contrasto con la maternità surrogata commerciale, la maternità surrogata derivante da una motivazione altruistica è vista come un atto socialmente ed eticamente accettabile. Questo apprezzamento dell'altruismo, tuttavia, ha un prezzo, in particolare per le surrogate nei paesi in via di sviluppo. Nello specifico, le agenzie commerciali traggono un vantaggio strategico dalla norma socialmente accettata dell'altruismo enfatizzando il desiderio dei surrogati di aiutare una coppia senza figli e minimizzando la dimensione commerciale. Come conseguenza,61]. D'altra parte, la nozione di "donne altruiste" è esaminata in modo molto più critico che nel contesto della LKD. In particolare, l'altruismo nella maternità surrogata è problematizzato come una norma di genere stereotipata che presuppone una disposizione naturale delle donne a dare [62]. A questo proposito, gli accordi altruistici sono criticati perché sfruttano almeno quanto quelli commerciali [63]. Segue un sospetto generale sull'autonomia dei surrogati [64]. In particolare, si sospetta che i surrogati agiscano per "falsa coscienza", ad esempio, a causa di sentimenti di colpa o di preoccupazione per i bisogni degli altri, che limiterebbero la loro autonomia [65 , 66]. Sebbene sia stato dimostrato che i surrogati, almeno a livello individuale, traggono anche un senso di orgoglio e di realizzazione personale dalla loro azione [67], in contrasto con LKD non c'è un riconoscimento sociale paragonabile per loro. Piuttosto, le surrogate tendono ad essere screditate come "cattive madri" che rinunciano ai loro figli. Ovviamente, la norma sociale di essere una madre "buona", implica un doppio legame nel contesto della maternità surrogata. In particolare, se una donna si assume il compito di maternità surrogata al fine di fornire da vivere ai suoi figli - qualcosa che di solito è associato all'essere una buona madre - questo le richiede allo stesso tempo di rinunciare al bambino di maternità surrogata. La mancanza di sostegno sociale o anche la discriminazione sociale e la stigmatizzazione, tuttavia, rendono le madri surrogate ulteriormente vulnerabili [68].

Poiché la LKD e la maternità surrogata implicano l'attraversamento dei confini del corpo, i concetti del corpo giocano un ruolo in entrambi i contesti, sebbene con accentuazioni diverse. I donatori di rene invocano spesso concezioni olistiche del corpo [27]. Questi ultimi implicano l'idea che esista una connessione tra l'identità di una persona e i suoi organi. Nella maternità surrogata, al contrario, la parte del corpo "fornita", cioè l'utero, tende a essere separata dal resto del corpo. Questa frammentazione corporea non è solo una strategia applicata dalle agenzie di maternità surrogata al fine di

garantire l'abbandono del bambino [69], ma i surrogati interiorizzano questa percezione per se stessi al fine di lasciare intatta la loro identità di madri ai propri figli [40]. Ricerche recenti hanno dimostrato, tuttavia, che questa percezione frammentata del corpo non è scontata nella maternità surrogata. Usando la metafora del "corpo mutevole" Teman descrive il "processo di disgiungere l'incarnazione incinta dal sé incarnato della surrogata e ricongiungersi all'esperienza incarnata della madre designata" [38]. Secondo questa interpretazione, la realizzazione delle agende individuali delle due donne dipende dal loro rapporto reciproco. "La madre surrogata non può disincarnare la gravidanza e allontanare il feto senza il contenimento e il sostegno reciproci della madre prevista" [38]. Come sostiene Teman, il concetto di "corpo in movimento" potrebbe essere "utile per pensare alle interazioni dei donatori viventi con i riceventi dei loro organi". In effetti, questo è anche un processo "che richiede a ciascuna parte di subire ridefinizioni dei legami tra corpo e sé" [38].

La sfida della reciprocità irrisolta

La struttura etica e la pratica della LKD sono fortemente influenzate dall'ideale del dono altruistico e altruistico in contrasto con le pratiche commercializzate. Tuttavia, va notato che i regali, come regola culturale, non sono mai incondizionati ma stabiliscono inevitabilmente un obbligo del destinatario nei confronti del donatore. Fox e Swazey (1992) hanno illustrato in modo evidente quanto sia difficile e disperato questo obbligo già per il destinatario di un organo post mortem e hanno descritto questo fenomeno come la "tirannia del dono" [70]. La regola culturale di offrire un dono di ritorno come espressione di gratitudine è ancora più presente e, allo stesso tempo, più invisibile nella donazione da vivente. Infatti, il concetto di donazione che enfatizza la desiderata norma di altruismo denota, nella sua forma di base, un atto unilaterale. Tuttavia, nella LKD questo nasconde il fatto che la decisione di donare un rene è inserita in una complessa rete di dinamiche reciproche [27 , 59 , 70]. Tuttavia, anche donatori e riceventi non sono necessariamente consapevoli delle implicazioni della reciprocità all'interno della sfera privata della famiglia. Le dinamiche reciproche stimolate da sentimenti di gratitudine, soprattutto dopo il trapianto, possono quindi portare all'irritazione nelle persone colpite [71]. In particolare, il desiderio di reciprocità tra i destinatari rimane spesso insoddisfatto. I destinatari riferiscono di tanto in tanto che desiderano poter contrastare l'enorme pressione sociale provocata dall'atto di donazione attraverso una compensazione finanziaria [21]. Sebbene i pagamenti siano legalmente esclusi per la LKD nella maggior parte dei paesi, si discute se un "regalo ricompensato", ovvero dare una compensazione finanziaria ai donatori, possa essere utile per sollevare i destinatari da dinamiche potenzialmente problematiche, come reciprocità irrisolta, colpa o pressione sociale all'interno della famiglia [6 , 72].

A questo proposito, i dibattiti sulla compensazione potrebbero prendere una nuova direzione nella misura in cui la compensazione come mezzo per ripristinare la simmetria nei rapporti familiari può essere moralmente distinta dalla compensazione come incentivo per aumentare il numero di donatori [27 , 73]. In particolare, alla luce del primo motivo, i pagamenti sarebbero un mezzo per gestire le tensioni intra-familiari che derivano da una reciprocità irrisolta piuttosto che un segno di commercializzazione moralmente dubbia [74 , 75 , 76]. Allo stesso tempo, è importante notare che le importanti dicotomie tra dono e merce e altruismo e mercato sono inadeguate a riflettere le complesse motivazioni relazionali presenti nella donazione da vivente [6 ,77]. Vari studi sulla LKD hanno evidenziato come le persone spogliano parti del loro corpo e le convertono in beni economici [4 , 73 , 78]. A questo proposito, il dono non è più l'epitome dell'azione altruistica, proprio come le merci rappresentano solo un'azione finalizzata [72].

Il ruolo complesso della reciprocità è oscurato anche nella maternità surrogata. In particolare, lo scambio di servizi riproduttivi con denaro promuove l'impressione che i genitori surrogati e gli aspiranti genitori siano alla pari tra loro. Secondo questa comprensione, la madre surrogata non ha alcun compito ulteriore rispetto alla gestazione del bambino e gli aspiranti genitori non le devono nulla oltre i soldi. Questa percezione è illustrata dall'affermazione di un genitore intenzionale che "la SM [la madre surrogata] era stata pagata per tutti i suoi servizi, e non c'era bisogno di sentirsi indebitati o contattarla ulteriormente" [79]. Tuttavia, sebbene la maternità surrogata commerciale comporti una forma di scambio reciproco, ciò potrebbe non essere sufficiente per evitare la sfida di una reciprocità irrisolta. Mentre nella LKD questo è principalmente un problema da parte del ricevente, nella maternità surrogata i problemi di reciprocità irrisolta sorgono piuttosto da parte del donatore, cioè dalla parte della madre surrogata. Nello specifico, riferendosi alla loro azione come un “dono”, i surrogati sottolineano che il risarcimento “può essere insufficiente a cancellare certe relazioni, e che l'elemento relazionale può continuare a sopravvivere nonostante lo scambio monetario” [80].[Nota 5] In questo modo non solo acquisiscono un argomento morale per mantenere un rapporto costante con la famiglia appena creata, ma contrastano anche lo stigma del "baby-selling" [61]. Allo stesso tempo, tuttavia, l'aspettativa del surrogato di indebitamento duraturo, invocata dalla metafora del dono, può entrare in conflitto con la percezione della maternità surrogata da parte dei futuri genitori come una vera e propria transazione commerciale [81 , 82]. In particolare, potrebbero non condividere la comprensione della maternità surrogata come dono trascendentale che arriva con un senso di reciprocità più ampio [83].

Mentre in LKD, la compensazione finanziaria viene discussa come mezzo per aumentare l'agenzia del destinatario dando qualcosa in cambio al donatore, la compensazione in maternità surrogata serve come mezzo per rendere conto del donatore, cioè il contributo della madre surrogata. Tuttavia, nella maggior parte della legislazione, il pagamento per la

fornitura di parti del corpo o servizi fisici è soggetto a critiche morali e quindi anche legalmente vietato. Quando si guarda dal punto di vista delle relazioni, tuttavia, il ruolo dello scambio monetario richiede un ulteriore esame. Ad esempio, i pagamenti in maternità surrogata possono consentire relazioni più simmetriche liberando le donne dall'aspettativa di essere "donatrici naturali". Inoltre, è stato affermato che "data l'enormità del dono [delle madri surrogate], sarebbe sbagliato per i genitori intenzionati a non ricambiare dando qualcosa di sostanziale in cambio" [83]. La questione è, tuttavia, se "qualcosa di sostanziale in cambio" possa mai essere sufficientemente espresso solo in termini economici. Almeno da un punto di vista morale, sembra che la reciprocità dovrebbe andare oltre, riconoscendo il ruolo speciale della madre surrogata nell'accordo e in particolare il suo rapporto con il bambino [31 , 36 , 84]. Poiché le persone fanno parte di reti sociali complesse che implicano entrambi, aspetti di intimità ed economia [82] può essere persino ostruttivo percepire la maternità surrogata come altruistica *o*atto commerciale. Per questo motivo, compensare le madri surrogate per i loro sforzi non può di per sé espellere motivazioni altrui come il desiderio di aiutare un'altra coppia [82 , 85].

Conclusioni

La nostra analisi comparativa ha rivelato diverse sovrapposizioni per quanto riguarda le implicazioni relazionali di LKD e maternità surrogata. In particolare, dalla nostra analisi si possono trarre le seguenti conclusioni.

Innanzitutto, è necessario riconoscere le complesse implicazioni relazionali della LKD e della maternità surrogata. Sottovalutare questa dimensione relazionale - sia prendendo le relazioni come base incrollabile come nella LKD o mascherandole come nel contesto della maternità surrogata commerciale - può non solo portare a crisi individuali, ma mettere in pericolo le relazioni familiari esistenti e quelle emergenti di recente. Indipendentemente dal fatto che si verifichino pratiche di scambio fisico tra intimi o estranei, non è solo la volontarietà che conta, ma anche la stabilità delle relazioni e la loro adattabilità a nuove situazioni. Dato che la LKD e la maternità surrogata hanno implicazioni relazionali di vasta portata, le decisioni devono essere ben ponderate in anticipo. Ciò sembra particolarmente rilevante alla luce dei recenti sviluppi nel trapianto di utero vivo [86]. Dato che i donatori sono tipicamente familiari o amici intimi, l'intrinseca dimensione relazionale della donazione, rafforzata dalla natura stessa della riproduzione, non deve essere sottovalutata. Pertanto, al fine di resistere alle tensioni relazionali nella LKD e nella maternità surrogata, si consiglia una relazione continua e stabile, nonché una comunicazione chiara tra tutte le parti coinvolte. Ciò fornisce un argomento a favore della consulenza psicosociale professionale dei donatori e dei destinatari piuttosto che del controllo unilaterale degli accessi. Tuttavia, è consigliabile fornire consulenza in LKD e maternità surrogata con un'enfasi diversa. Nella LKD è importante preparare donatori e riceventi a gestire sentimenti di colpa potenzialmente gravosi e aspettative di indebitamento all'interno della loro relazione. In maternità surrogata,

In secondo luogo, il nostro confronto delle norme sociali e dei ruoli di genere nei dibattiti etici su LKD e maternità surrogata rivela differenze nella valutazione normativa dell'altruismo che influiscono sulla comprensione dell'autonomia in entrambi i contesti. Nei dibattiti sulla LKD, dare un organo non solo è considerato conciliabile con l'autonomia, ma quasi visto come un atto naturale tra i membri della famiglia, in particolare le madri. I dibattiti sulla maternità surrogata, al contrario, invocano il sospetto di influenze che riducono l'autonomia anche se praticata tra gli intimi. Inoltre, partorire un figlio per gli altri è problematizzato in termini di frammentazione fisica e psicologica delle donne che può andare a scapito dei bambini e quindi contraddire la norma di essere una buona madre. Tuttavia, questa percezione "in bianco e nero" della maternità surrogata può essere sconsiderata. Al fine di evitare la condanna delle madri surrogate e la stigmatizzazione dei bambini nati dalla maternità surrogata, è importante ottenere un quadro più sfumato delle motivazioni coinvolte. In questo contesto sarebbe anche importante valutare criticamente se queste diverse valutazioni dell'altruismo e dell'agire delle donne nella LKD e nella maternità surrogata siano moralmente giustificate.

In terzo luogo, dalla nostra giustapposizione di norme sociali e di genere prevalenti nella LKD e nella maternità surrogata, si possono derivare due ulteriori intuizioni. Per prima cosa, la problematizzazione delle ipotesi implicite sulla naturale disposizione delle donne a dare nel contesto della maternità surrogata aiuta a sensibilizzare sul fatto che non esiste nemmeno tale disposizione per le donne con LKD. Poiché la donazione da viventi, in linea di principio, può essere realizzata da uomini e donne, vi è motivo di incoraggiare una maggiore parità di genere nella donazione. D'altra parte, il confronto tra LKD e maternità surrogata ci spinge a ripensare la nostra percezione di quest'ultima come un'esperienza di per sé frammentante. Sebbene la LKD sia stata descritta come un'esperienza che può rafforzare e mettere in pericolo le relazioni, non c'è motivo di aspettarsi solo effetti relazionali dannosi dalla maternità surrogata. Infatti,87] richiedono anche percezioni più sfumate della maternità surrogata.

Infine, la nostra analisi rivela che la reciprocità, e in particolare le lotte che derivano da una reciprocità irrisolta, è una questione indipendente dal fatto che lo scambio di parti del corpo o servizi sia inteso come dono o scambio commerciale. Di conseguenza, nel periodo che precede la LKD e la maternità surrogata, è importante affrontare le implicazioni morali della reciprocità. Inoltre, i risultati della nostra analisi comparativa contribuiscono alla discussione in corso sulla remunerazione nella donazione da viventi. Anche se questo potrebbe essere efficace per sollevare i destinatari dalla "tirannia del dono", non è chiaro se ciò sarebbe altrettanto soddisfacente per i donatori. Almeno, ci sono

prove dal contesto della maternità surrogata che le madri surrogate, che assumono il ruolo di donatore in questo contesto, si aspettano ancora un atto di reciprocità al di là delle ricompense finanziarie. Quindi, un risarcimento materiale può non essere sufficiente per risolvere la questione della reciprocità irrisolta. Non essendoci un controdono predeterminato, né per la donazione di un organo né per la nascita di un figlio per altri, siamo ricondotti alla relazione stessa. Tuttavia, le forme non materiali di reciprocità non sono ancora sufficientemente stabilite. Mentre la reciprocità nella LKD è gestita almeno a livello individuale, nella maternità surrogata la reciprocità oltre la compensazione monetaria è difficilmente discussa. Un cambiamento a questa situazione richiederebbe il riconoscimento delle complesse relazioni familiari che derivano dalla maternità surrogata e fornire un ruolo accettabile per tutte le parti coinvolte. Tuttavia, le forme non materiali di reciprocità non sono ancora sufficientemente stabilite. Mentre la reciprocità nella LKD è gestita almeno a livello individuale, nella maternità surrogata la reciprocità al di là della compensazione monetaria è difficilmente discussa. Un cambiamento a questa situazione richiederebbe il riconoscimento delle complesse relazioni familiari che derivano dalla maternità surrogata e fornire un ruolo accettabile per tutte le parti coinvolte. Tuttavia, le forme non materiali di reciprocità non sono ancora sufficientemente stabilite. Mentre la reciprocità nella LKD è gestita almeno a livello individuale, nella maternità surrogata la reciprocità al di là della compensazione monetaria è difficilmente discussa. Un cambiamento a questa situazione richiederebbe il riconoscimento delle complesse relazioni familiari che derivano dalla maternità surrogata e fornire un ruolo accettabile per tutte le parti coinvolte.

Disponibilità di dati e materiali

Tutti i dati generati e analizzati durante questo studio sono inclusi nell'articolo pubblicato.

Appunti

1. 1.

   Mentre la maggior parte dei paesi limita la LKD alle relazioni personali, compresi i parenti prossimi, ma anche agli amici (ad esempio Germania, Paesi Bassi) [13], ci sono anche paesi che accettano donazioni tra donatori non imparentati (ad esempio Iran, Filippine) [7]. Esiste un'ulteriore differenziazione per quanto riguarda se gli organi viventi possono essere donati direttamente a un destinatario specifico o indirettamente a un pool di organi da cui vengono distribuiti secondo criteri predefiniti (ad esempio Stati Uniti) [14].

2. 2.

   La maternità surrogata gestazionale implica che la madre surrogata non ha alcun legame genetico con il bambino; i gameti derivano dai genitori previsti o dai donatori di gameti.

3. 3.

   https://www.dso.de/homepage-english

4. 4.

   Questa differenza di genere nei tassi di donazione non è solo un fenomeno tedesco, ma può essere osservata in tutti i paesi con strutture altruistiche (cioè non commerciali) [25 , 53 , 54].

5. 5.

   I genitori intenzionati usano la metafora del dono in particolare nel contesto della maternità surrogata tradizionale. Ragoné spiega questo con l'importanza dei legami genetici che costituiscono le relazioni di parentela - un aspetto che, secondo le norme culturali prevalenti, è più difficile da negare [69].

Abbreviazioni

HLA:

Antigeni leucocitari umani

LKD:

donazione di reni viventi

Riferimenti

1. 1.

   Straehle C. Esiste il diritto alla maternità surrogata? J Appl Philos. 2016; 33 (2): 146–59.

   Articolo Google Scholar

2. 2.

   Saunders B. Altruismo o solidarietà? I motivi della donazione di organi e due proposte. Bioetica. 2012; 26 (7): 376-81.

   Articolo Google Scholar

3. 3.

   Anderson ES. Il lavoro delle donne è una merce? Philos Public Aff. 1990; 19 (1): 71–92.

   Google Scholar

4. 4.

   Radcliffe RJ. Vendita di organi, gameti e servizi di maternità surrogata. In: Rhodes R, Francis LP, Sivers A, editori. La guida di Blackwell all'etica medica. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing; 2007. p. 254–68.

   Google Scholar

5. 5.

   Inthorn J, Wöhlke S, Schmidt F, Schicktanz S. Impatto dell'istruzione di genere e professionale sugli atteggiamenti verso gli incentivi finanziari per la donazione di organi: risultati di un sondaggio tra 755 studenti di medicina ed economia in Germania. Etica Medica BMC. 2014; 15:56.

6. 6.

   Schweda M, Wöhlke S, Schicktanz S. Comprendere lo scetticismo del pubblico nei confronti della donazione di organi e della sua commercializzazione: l'importante ruolo della reciprocità. Trapianto Proc. 2009; 41 (6): 2509-11.

   Articolo Google Scholar

7. 7.

   Bagheri A. Donazione di rene compensata: una revisione etica del modello iraniano. Kennedy Inst Ethics J. 2006; 16 (3): 269–82.

   Articolo Google Scholar

8. 8.

   Matas AJ. Il caso della vendita di reni viventi: logica. Obiezioni e dubbi Am J Transplant. 2004; 4 (12): 2007–17.

   Articolo Google Scholar

9. 9.

   Beier K. Obiezioni etiche sulla maternità surrogata nei dibattiti tedeschi: un'analisi critica. In: Mitra S, Patel T, Schicktanz S, editori. Prospettive incrociate sulla maternità surrogata e sulle donazioni di gameti: gli intrecci della macro e della micro-politica in India, Israele e Germania. Cham: Palgrave Macmillan; 2018. p. 255–76.

   Google Scholar

10. 10.

Wilkinson S. Sfruttamento negli accordi internazionali di maternità surrogata retribuita. J Appl Philos. 2016; 33 (2): 125–45.

Articolo Google Scholar

11. 11.

Friedman AL. Il pagamento per la donazione di organi viventi dovrebbe essere legalizzato. BMJ. 2006; 333 (7571): 746–8.

Articolo Google Scholar

12. 12.

Roksandić Vidlička S, Hrstic D, Zrinka K. Sfide bioetiche e legali della maternità surrogata nella Repubblica di Croazia. JAHR: Europski časopis za bioetiku. 2012; 3 (1): 37–67.

Google Scholar

13. 13.

Hvidt NC, Mayr B, Paal P, Frick E, Forsberg A, Büssing A. A favore e contro la donazione e il trapianto di organi: intricati facilitatori e barriere nella donazione di organi percepiti da infermieri e medici tedeschi. J Transp Secur. 2016. https://doi.org/10.1155/2016/3454601 .

Articolo Google Scholar

14. 14.

Lachenmeier P. Rechtliche Fragen der Lebendspende. In: Becci P, Bonfolfi A, Kostka U, Seelman K, editori. Die Zukunft der Transplantation von Zellen, Geweben und Organen. Basilea: Schwabe Verlag; 2007. p. 171–93.

Google Scholar

15. 15.

Veatch R, Ross L. Transplantation ethics. 2a ed. Washington DC: Georgetown University Press; 2015.

Google Scholar

16. 16.

Jadva V. Maternità surrogata: problemi, preoccupazioni e complessità. In: Golombok S, Scott R, Appleby JB, Richards M, Wilkinson S, editori. Regolamentazione della donazione riproduttiva. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p. 126–9.

Google Scholar

17. 17.

Crouch RA, Elliott C. Agenzia morale e famiglia. Il caso del trapianto di organi viventi. Camb. Q. Healthc. Etica. 1999; 8 (3): 275–87.

Articolo Google Scholar

18. 18.

Lock M, Crowley-Makota M. Situazione della pratica della donazione di organi in un contesto familiare, culturale e politico. Transplant Rev.2008; 22 (3): 154–7.

Articolo Google Scholar

19. 19.

Franklin PM, Crombie AK. Trapianto renale correlato al vivo: questioni psicologiche, sociali e culturali. Trapianto. 2003; 76 (8): 1247–52.

Articolo Google Scholar

20. 20.

Biller-Andorno N, Agich GJ, Doepken K, Schauenburg H. Chi può dare? Donatori di organi viventi e concetto di autonomia. Theor Med Bioeth. 2001; 22 (4): 351-68.

Articolo Google Scholar

21. 21.

Wöhlke S. Autodeterminazione nella donazione di organi viventi: un contributo empiricamente informato alle questioni etiche nel processo decisionale. Dilemata. 2017; 23: 1–18.

22. 22.

Wilkinson TM. Etica e acquisizione di organi. La stampa dell'università di Oxford; 2011.

Google Scholar

23. 23.

Gerrand N. La nozione di donazione e donazione di organi. Bioetica. 1994; 8 (2): 128–50.

Articolo Google Scholar

24. 24.

Mackenzie C, Stoljar N. Autonomia relazionale. Prospettive femministe sull'autonomia, l'agire e il sé sociale. Oxford: Oxford University Press; 2000.

Google Scholar

25. 25.

Schicktanz S, Rieger JW, Lüttenberg B. Geschlechterunterschiede bei der Lebendnierentransplantation. Ein Vergleich bei globalen, mitteleuropäischen und deutschen Daten und deren ethische Relevanz. Transplantationsmedizin. 2006; 2: 83–90.

Google Scholar

26. 26.

Zeiler K, Guntram L, Lennerling A. Racconti morali della donazione di reni viventi dei genitori: un imperativo morale della genitorialità e la sua rilevanza per il processo decisionale. Med Health Care Philos. 2010; 13 (3): 225–36.

Articolo Google Scholar

27. 27.

Wöhlke S, Inthorn J, Schicktanz S. The Role of Body Concepts for Donation Willingness. Approfondimenti da un sondaggio con studenti tedeschi di medicina ed economia. In: Jox RJ, Assadi G, Marckmann G, editori. Donazione di organi in tempi di carenza di donatori. Sfide e soluzioni. Heidelberg: Springer; 2015. p. 27–51.

Google Scholar

28. 28.

Schweda M, Wöhlke S. Legami duraturi e nuove connessioni: opinioni pubbliche sulla relazione donatore-ricevente e loro implicazioni per l'etica del trapianto di organi. In: Zahra A, Lauri MA, editori. Donazione e trapianto di organi: un approccio interdisciplinare. New York: Nova; 2013. p. 271–88.

29. 29.

Motakef M, Wöhlke S. Ambivalente Praxen der (Re) Produktion. Eine geschlechtersoziologische Perspektive auf die Lebendorganspende. Genere: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 2013; 5 (3): 94–114.

30. 30.

Avvisa G. Differenza legittima. Interpretazione nella controversia sull'aborto e altri dibattiti pubblici. Berkley, Los Angeles, Londra: University of California Press; 1999.

Google Scholar

31. 31.

Shanley ML, Jesudason S. Surrogacy. Reinscrivere o pluralizzare le concezioni della famiglia? In: Cutas D, Chan S, editori. Famiglie - oltre l'ideale nucleare. Londra, New York: Bloomsburg Publishing Plc; 2014.

Google Scholar

32. 32.

Lindemann NH, Lindemann NJ. Il paziente in famiglia. Un'etica della medicina e delle famiglie. New York, Londra: Routledge; 1995.

Google Scholar

33. 33.

Zadeh S, Ilioi EC, Jadva V, Golombk S. Le prospettive degli adolescenti concepiti utilizzando la maternità surrogata, la donazione di ovuli o sperma. Hum Reprod. 2018; 33 (6): 1099-106.

Articolo Google Scholar

34. 34.

van Zyl L, Walker R. Maternità surrogata, compensazione e parentela legale: contro il modello di adozione. J Bioethical Inq. 2015; 12 (3): 383–7.

Articolo Google Scholar

35. 35.

Kroløkke C, Petersen MN. Mantenerlo in famiglia: dibattito sulla biointimità dei trapianti uterini e della maternità surrogata commerciale. In: Shaw RM, editore. Bioetica oltre l'altruismo. Donazione e trasformazione di materiali biologici umani. Cham: Palgrave Macmillan; 2017. p. 189–213.

Google Scholar

36. 36.

Beier K. Maternità surrogata: un approccio basato sulla fiducia. J Med Philos. 2015; 40 (6): 633–52.

Articolo Google Scholar

37. 37.

Golombok S. Famiglie moderne. Genitori e figli in nuove forme familiari. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.

Google Scholar

38. 38.

Teman E. Incarnare la maternità surrogata: la gravidanza come progetto diadico del corpo. Body Soc. 2009; 15 (3): 47–69.

Articolo Google Scholar

39. 39.

Oultram S. Una mamma troppo poche: stato materno in regime di maternità surrogata ospite. J Med Ethics. 2015; 41 (6): 470-3.

Articolo Google Scholar

40. 40.

Teman E. La costruzione sociale della ricerca sulla maternità surrogata: una critica antropologica alla borsa di studio psicosociale sulla maternità surrogata. Soc Sci Med. 2008; 67 (7): 1104-12.

Articolo Google Scholar

41. 41.

Mitra S, Schicktanz S. Concezioni surrogate fallite: aspetti sociali ed etici delle interruzioni del preconcetto durante la maternità surrogata commerciale in India. Philos. Etica Humanit. Med. 2016. https://doi.org/10.1186/s13010-016-0040-6 .

42. 42.

König A. Genitori in movimento. Le esperienze dei genitori intenzionati tedeschi con Surrogay transnazionale. In: Mitra S, Schicktanz S, Patel T, editori. Confronti interculturali su maternità surrogata e donazione di ovociti: prospettive interdisciplinari da India, Germania e Israele, vol. 2018. Cham: Palgrave Macmillan; 2018. p. 277–300.

Google Scholar

43. 43.

MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couple. Hum Reprod. 2003; 18 (6): 1334–42.

Articolo Google Scholar

44. 44.

Sajjad I, Baines LS, Salifu M, Jindal RM. Le dinamiche delle relazioni ricevente-donatore nel trapianto di rene vivente. Sono J Kidney Dis. 2007; 50 (5): 834–54.

Articolo Google Scholar

45. 45.

Il gruppo di lavoro sulla donazione da viventi. Cassetta degli attrezzi Donazione di reni viventi. In: Piano d'azione sulla donazione e il trapianto di organi (2009-2015): Cooperazione rafforzata tra gli Stati membri. Unione europea. 2016. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/eutoolbox_living_kidney_donation_en.pdf . Accesso 30 giugno 2019.

46. 46.

Frade IC, Fonseca I, Dias L, Henriques AC, Martins LS, Santos J, et al. Valutazione dell'impatto nella donazione di rene vivente: aspetti psicosociali nel donatore. Trapianto Proc. 2008; 40 (3): 677-81.

Articolo Google Scholar

47. 47.

Autorità per la fecondazione umana e l'embriologia. Codice di condotta. 8a edizione. Londra. 2017. https://www.hfea.gov.uk/code-of-practice/ . Accesso 6 settembre 2018.

48. 48.

Comitato Etico dell'American Society for Reproductive Medicine. Considerazione del portatore gestazionale: un parere del comitato etico. Fertil Steril. 2012; 110 (6): 1017–21.

Google Scholar

49. 49.

Patel NH, Jadeja YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Approfondimento sui diversi aspetti delle pratiche di maternità surrogata. J Hum Reprod Sci. 2018; 11 (3): 212–8.

Articolo Google Scholar

50. 50.

Hansen SL, Eisner MI, Pfaller L, Schicktanz S. "Sei dentro o sei fuori ?!" appelli morali al pubblico nelle campagne di poster sulla donazione di organi: un'analisi multimodale ed etica. Salute Commun. 2017; 33 (8): 1020–34.

Articolo Google Scholar

51. 51.

Schicktanz S, Schweda M, Wöhlke S. Questioni di genere nella donazione di organi viventi: aspetti medici, sociali ed etici. In: Klinge I, Wiesemann C, editori. Sesso e genere in biomedicina. Gottinga: Universitätsverlag; 2010. p. 33–57.

52. 52.

Healy K. Fare un regalo. In: Healy K, editore. Ultimi regali migliori: l'altruismo e il mercato del sangue e degli organi umani. Chicago e Londra: The University of Chicago Press; 2006. p. 21–42.

Google Scholar

53. 53.

Scheper-Huges N. La tirannia del dono: violenza sacrificale nei trapianti di donatori viventi. Sono J Transplant. 2007; 7 (3): 507-11.

Articolo Google Scholar

54. 54.

Kayler LK, Rasmussen CS, Dykstra DM, Ojo AO, Port FK, Wolfe RA, et al. Squilibrio di genere e risultati nel trapianto renale da donatore vivente negli Stati Uniti. Sono J Transplant. 2003; 3 (4): 452–8.

Articolo Google Scholar

55. 55.

Crowley-Matoka M, Hamdy SF. Generare il dono della vita. Politica familiare e donazione di reni in Egitto e Messico. Med. Anthropol. 2016; 35 (1): 31–44.

Articolo Google Scholar

56. 56.

Komter AE. Il dono: una prospettiva interdisciplinare. Amsterdam: Amsterdam University Press; 1996.

Google Scholar

57. 57.

Verkerk MA, Lindemann H, McLaughlin J, Scully JL, Kihlbom U, Nelson J, et al. Dove famiglie e sanità si incontrano. J Med Ethics. 2015; 41 (2): 183–5.

Articolo Google Scholar

58. 58.

Jackson E, Sclater SD. Introduzione: autonomia e vita privata. In: Day Sclater S, Ebtehaj F, Jackson E, Richards M, editori. Autonomia regolatrice. Sesso, riproduzione e famiglia. Oxford, Portland: Hart Publishing; 2009. p. 1–16.

Google Scholar

59. 59.

Zeiler K. Solo amore nella donazione di organi dal vivo. Med. Health Care Philos. 2008; 12 (3): 323–31.

Articolo Google Scholar

60. 60.

Gauthier F. Il punto di vista di un chirurgo trapiantista pediatrico francese. Parigi: paper presentato a Les Enjeux Ethiques des Trasplantations Hepatiques Avec Donneur Vivant; 2004.

Google Scholar

61. 61.

Pande A. "Almeno non vado a letto con nessuno": resistere allo stigma della maternità surrogata commerciale in India. Fem. Perno. 2010; 36 (2): 292–312.

Google Scholar

62. 62.

Raymond JG. Riprodurre doni e fare regali: la donna altruista. Hast Cent Rep. 1990; 20 (6): 7-11.

Articolo Google Scholar

63. 63.

Roach AS. Rafforzare le norme di genere: maternità surrogata commerciale e altruistica. Acta Sociol. 1990; 33 (1): 63–74.

Articolo Google Scholar

64. 64.

Cottier M. Die instrumentalisierte Frau: Rechtliche Konstruktionen der Leihmutterschaft. JURIDIKUM: Zeitschrift für Kritik - Recht - Gesellschaft. 2016; 2: 188–98.

Google Scholar

65. 65.

Tieu MM. Maternità surrogata altruistica: la necessaria oggettivazione delle madri surrogate. J Med Ethics. 2009; 35 (3): 171–5.

Articolo Google Scholar

66. 66.

Jørgensen HK. Paternalismo, maternità surrogata e sfruttamento. Kennedy Inst. Etica J. 2000; 10 (1): 39–58.

Google Scholar

67. 67.

Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experience of surrogate mothers. Hum Reprod. 2003; 18 (10): 2196-204.

Articolo Google Scholar

68. 68.

Lambda N, Jadva V, Kadam K, Golombok S. Il benessere psicologico e il legame prenatale dei surrogati gestazionali. Hum Reprod. 2018; 33 (4): 646-53.

Articolo Google Scholar

69. 69.

Ragoné H. Maternità surrogata: concepimento nel cuore (strutture istituzionali del sentimento). Oxford, San Francisco: Westview Press; 1994.

Google Scholar

70. 70.

Fox RC, Swazey JP. Pezzi di ricambio. Sostituzione di organi nella società americana. New York: Oxford University Press; 1992.

Google Scholar

71. 71.

Schicktanz S, Wöhlke S. L'enunciabile e indicibile significato antropologico del corpo nel contesto del trapianto di organi. Dilemata. 2017; 23: 107–27.

72. 72.

Motakef M. Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende. Bielefeld: trascrizione; 2011.

Google Scholar

73. 73.

Hoeyer K, Schicktanz S, Deleuran I. Atteggiamenti del pubblico nei confronti dei modelli di incentivi finanziari per gli organi: una revisione della letteratura suggerisce che è tempo di spostare l'attenzione dagli "incentivi finanziari" alla "reciprocità". Transpl Int. 2013; 26 (4): 350–7.

Articolo Google Scholar

74. 74.

Rothman SM, Rothman DJ. Il costo nascosto della vendita di organi. Sono J Transplant. 2006; 6 (7): 1524–8.

Articolo Google Scholar

75. 75.

Gneezy U, Meier S, Rey-Biel P.Quando e perché gli incentivi (non) funzionano per modificare il comportamento. J Econ Perspect. 2011; 25 (4): 191–209.

Articolo Google Scholar

76. 76.

Malmqvist E. I divieti sulla vendita di reni sono ingiustificatamente paternalistici? Bioetica. 2014; 28 (3): 110–8.

Articolo Google Scholar

77. 77.

Waldby C, Mitchell R. Tissue economies. Sangue, organi e linee cellulari nel tardo capitalismo. Durham: Duke University Press; 2006.

Google Scholar

78. 78.

Hogle LF. Trasformare "parti del corpo" in strumenti terapeutici: un rapporto dalla Germania. Med Anthropol Q. 1996; 10 (4): 675-82.

Articolo Google Scholar

79. 79.

Saravanan S. Un approccio etnometodologico per esaminare lo sfruttamento nel contesto della capacità, della fiducia e dell'esperienza della maternità surrogata commerciale in India. Philos. Etica Humanit. Med. 2013. https://doi.org/10.1186/1747-5341-8-10 .

Articolo Google Scholar

80. 80.

Ragoné H. Il dono della vita: maternità surrogata, donazione di gameti e costruzioni di altruismo. In: Cook R, Sclater SD, Kaganas F, editori. Maternità surrogata: prospettive internazionali. Portland: Hart Publishing; 2003. p. 209–26.

Google Scholar

81. 81.

Vora K. Potenziale, rischio e ritorno nella maternità surrogata gestazionale indiana transnazionale. Curr Anthropol. 2013; 54 (S7): 97-106.

Articolo Google Scholar

82. 82.

Laufer-Ukeles P. Mothering for Money: Regulating Commercial Intimacy. Indiana Law J. 2013; 88 (4): articolo 6.

Google Scholar

83. 83.

van Zyl L, Walker R. Oltre la maternità contrattuale altruistica e commerciale: il modello professionale. Bioetica. 2013; 27 (7): 373-81.

Articolo Google Scholar

84. 84.

Lane M. Problemi etici negli accordi di maternità surrogata. In: Cook R, Sclater SD, Kaganas F, editori. Maternità surrogata: prospettive internazionali. Portland: Hart Publishing; 2003. p. 21–39.

Google Scholar

85. 85.

Walker R, van Zyl L. Altruismo e generosità nella maternità surrogata. In: Grix M, Dare T, editori. Questioni contemporanee nella ricerca etica applicata e professionale. Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2016. p. 121–33.

Google Scholar

86. 86.

Brännström M, Johannesson L, Bokström LH, Kvarnström N, Mölne J, Dahm-Käler P, et al. Livebirth dopo il trapianto di utero. Lancetta. 2015; 385 (9968): 607-16.

Articolo Google Scholar

87. 87.

Toledano SJ. Condividere l'esperienza incarnata della gravidanza. Il caso della maternità surrogata. In: Malmqvist E, Zeiler K, editori. Scambi fisici, bioetica e valichi di frontiera. Londra, New York: Routledge; 2016. p. 102-18.

Google Scholar

Scarica i riferimenti

Ringraziamenti

Riconosciamo con gratitudine i commenti e i suggerimenti utili di Silke Schicktanz e Nitzan Rimon-Zarfaty a una versione precedente di questo capitolo. Siamo in debito con Julia Perry per il supporto editoriale.

Finanziamento

Nessuna fonte di finanziamento è stata coinvolta.

Informazioni sull'autore

Affiliazioni

1. Dipartimento di etica medica e storia della medicina, Centro medico universitario, 37073, Gottinga, Germania

   Katharina Beier e Sabine Wöhlke

Autori

1. Katharina Beier
   Visualizza le pubblicazioni dell'autore

   Puoi anche cercare questo autore in PubMed Google Scholar

2. Sabine Wöhlke
   Visualizza le pubblicazioni dell'autore

   Puoi anche cercare questo autore in PubMed Google Scholar

Contributi

KB e SW hanno contribuito in egual misura alla progettazione, all'analisi generale e alla scrittura dell'articolo. Entrambi gli autori hanno letto e approvato il manoscritto finale.

autore corrispondente

Corrispondenza a Katharina Beier .

Dichiarazioni etiche

Approvazione etica e consenso alla partecipazione

Non applicabile.

Consenso alla pubblicazione

Non applicabile.

Interessi conflittuali

Gli autori dichiarano di non avere interessi in gioco.

Informazioni aggiuntive

Nota dell'editore

Springer Nature rimane neutrale riguardo alle rivendicazioni giurisdizionali nelle mappe pubblicate e nelle affiliazioni istituzionali.

Diritti e autorizzazioni

Accesso aperto Questo articolo è distribuito secondo i termini della Licenza internazionale Creative Commons Attribution 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), che consente l'uso, la distribuzione e la riproduzione illimitati con qualsiasi mezzo, a condizione che credito appropriato all'autore / agli autori originali e alla fonte, fornire un collegamento alla licenza Creative Commons e indicare se sono state apportate modifiche. La rinuncia a Creative Commons Public Domain Dedication (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) si applica ai dati resi disponibili in questo articolo, salvo diversa indicazione.

Ristampe e autorizzazioni

A proposito di questo articolo

Check for updates

Cita questo articolo

Beier, K., Wöhlke, S. Un confronto etico tra donazione di reni viventi e maternità surrogata: comprensione della dimensione relazionale. *Philos Ethics Humanit Med* **14,** 13 (2019). https://doi.org/10.1186/s13010-019-0080-9

Scarica citazione

- Ricevuto: 19 luglio 2019
- Accettato: 29 agosto 2019
- Pubblicato: 18 settembre 2019
- DOI: https://doi.org/10.1186/s13010-019-0080-9

Condividi questo articolo

Chiunque condividi il seguente link sarà in grado di leggere questo contenuto:

Ottieni link condivisibile

Spiacenti, al momento non è disponibile un link condivisibile per questo articolo.

Copia negli appunti

Fornito dall'iniziativa di condivisione dei contenuti Springer Nature SharedIt

Parole chiave

- Famiglia
- Relazioni personali
- Altruismo
- Maternità
- Reciprocità
- Commercializzazione
- Riproduzione assistita di terze parti
- Confronto

Scarica il pdf

- Sezioni
- Riferimenti

- Astratto
- introduzione
- Analisi comparativa
- Conclusioni
- Disponibilità di dati e materiali
- Appunti
- Abbreviazioni
- Riferimenti
- Ringraziamenti
- Finanziamento
- Informazioni sull'autore
- Dichiarazioni etiche
- Informazioni aggiuntive
- Diritti e autorizzazioni
- A proposito di questo articolo

1. Straehle C. Esiste il diritto alla maternità surrogata? J Appl Philos. 2016; 33 (2): 146–59.

   Articolo Google Scholar

2. Saunders B. Altruismo o solidarietà? I motivi della donazione di organi e due proposte. Bioetica. 2012; 26 (7): 376-81.

   Articolo Google Scholar

3. Anderson ES. Il lavoro delle donne è una merce? Philos Public Aff. 1990; 19 (1): 71–92.

   Google Scholar

4. Radcliffe RJ. Selling organs, gametes, and surrogacy services. In: Rhodes R, Francis LP, Sivers A, editors. The Blackwell guide to medical ethics. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing; 2007. p. 254–68.

   Google Scholar

5. Inthorn J, Wöhlke S, Schmidt F, Schicktanz S. Impact of gender and professional education on attitudes towards financial incentives for organ donation: results of a survey among 755 students of medicine and economics in Germany. BMC Med Ethics. 2014;15:56.

6. Schweda M, Wöhlke S, Schicktanz S. Understanding Public Skepticism Toward Organ Donation and Its Commercialization: The Important Role of Reciprocity. Transplant Proc. 2009;41(6):2509–11.

   Article Google Scholar

7. Bagheri A. Compensated kidney donation: an ethical review of the Iranian model. Kennedy Inst Ethics J. 2006;16(3):269–82.

Article Google Scholar

8. Matas AJ. The case for living kidney sales: rationale. Objections and Concerns Am J Transplant. 2004;4(12):2007–17.

Article Google Scholar

9. Beier K. Ethical objections about surrogacy in German debates: a critical analysis. In: Mitra S, Patel T, Schicktanz S, editors. Cross-comparative perspectives on surrogacy and gamete donations: The Entanglements of Macro- and Micro-politics in India, Israel and Germany. Cham: Palgrave Macmillan; 2018. p. 255–76.

Google Scholar

10. Wilkinson S. Exploitation in international paid surrogacy arrangements. J Appl Philos. 2016;33(2):125–45.

Article Google Scholar

11. Friedman AL. Payment for living organ donation should be legalised. BMJ. 2006;333(7571):746–8.

Article Google Scholar

12. Roksandić Vidlička S, Hrstic D, Zrinka K. Bioethical and legal challenges of surrogate motherhood in the Republic of Croatia. JAHR : Europski časopis za bioetiku. 2012;3(1):37–67.

Google Scholar

13. Hvidt NC, Mayr B, Paal P, Frick E, Forsberg A, Büssing A. For and against organ donation and transplantation: intricate facilitators and barriers in organ donation perceived by German nurses and doctors. J Transp Secur. 2016. https://doi.org/10.1155/2016/3454601.

Article Google Scholar

14. Lachenmeier P. Rechtliche Fragen der Lebendspende. In: Becci P, Bonfolfi A, Kostka U, Seelman K, editors. Die Zukunft der Transplantation von Zellen, Geweben und Organen. Basel: Schwabe Verlag; 2007. p. 171–93.

Google Scholar

15. Veatch R, Ross L. Transplantation ethics. 2nd ed. Washington DC: Georgetown University Press; 2015.

Google Scholar

16. Jadva V. Surrogacy: issues, concerns, and complexities. In: Golombok S, Scott R, Appleby JB, Richards M, Wilkinson S, editors. Regulating reproductive donation. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p. 126–9.

Google Scholar

17. Crouch RA, Elliott C. Moral agency and the family. The case of living related organ transplantation. Camb. Q. Healthc. Ethics. 1999;8(3):275–87.

Article Google Scholar

18. Lock M, Crowley-Makota M. Situating the practice of organ donation in familial, cultural, and political context. Transplant Rev. 2008;22(3):154–7.

Article Google Scholar

19. Franklin PM, Crombie AK. Live related renal transplantation: psychological, social, and cultural issues. Transplantation. 2003;76(8):1247–52.

Article Google Scholar

20. Biller-Andorno N, Agich GJ, Doepken K, Schauenburg H. Who shall be allowed to give? Living organ donors and the concept of autonomy. Theor Med Bioeth. 2001;22(4):351–68.

Article Google Scholar

21. Wöhlke S. Self-determination in living organ donation: an empirically informed contribution to ethical issues in decision making. Dilemata. 2017;23:1–18.

22. Wilkinson TM. Ethics and the Acquisition of Organs. Oxford: University Press; 2011.

Google Scholar

23. Gerrand N. The notion of gift-giving and organ donation. Bioethics. 1994;8(2):128–50.

Article Google Scholar

24. Mackenzie C, Stoljar N. Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency and the social self. Oxford: Oxford University Press; 2000.

Google Scholar

25. Schicktanz S, Rieger JW, Lüttenberg B. Geschlechterunterschiede bei der Lebendnierentransplantation. Ein Vergleich bei globalen, mitteleuropäischen und deutschen Daten und deren ethische Relevanz. Transplantationsmedizin. 2006;2:83–90.

Google Scholar

26. Zeiler K, Guntram L, Lennerling A. Moral tales of parental living kidney donation: a parenthood moral imperative and its relevance for decision making. Med Health Care Philos. 2010;13(3):225–36.

Article Google Scholar

27. Wöhlke S, Inthorn J, Schicktanz S. The Role of Body Concepts for Donation Willingness. Insights from a Survey with German Medical and Economics Students. In: Jox RJ, Assadi G, Marckmann G, editors. Organ Donation in Times of Donor Shortage. Challenges and Solutions. Heidelberg: Springer; 2015. p. 27–51.

Google Scholar

28. Schweda M, Wöhlke S. Lasting Bonds and New Connections: Public Views on the Donor-Recipient-Relation and their Implications for the Ethics of Organ Transplantation. In: Zahra A, Lauri MA, editors. Organ Donation and Transplantation: An Interdisciplinary Approach. New York: Nova; 2013. p. 271–88.

29. Motakef M, Wöhlke S. Ambivalente Praxen der (Re)Produktion. Eine geschlechtersoziologische Perspektive auf die Lebendorganspende. Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 2013;5(3):94–114.

30. Warnke G. Legitimate differences. Interpretation in the abortion controversy and other public debates. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press; 1999.

Google Scholar

31. Shanley ML, Jesudason S. Surrogacy. Reinscribing or pluralizing understandings of family? In: Cutas D, Chan S, editors. Families - beyond the nuclear ideal. London, New York: Bloomsburg Publishing Plc; 2014.

Google Scholar

32. Lindemann NH, Lindemann NJ. The patient in the family. An ethics of medicine and families. New York, London: Routledge; 1995.

Google Scholar

33. Zadeh S, Ilioi EC, Jadva V, Golombk S. The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. Hum Reprod. 2018;33(6):1099–106.

Article Google Scholar

34. van Zyl L, Walker R. Surrogacy, compensation, and legal parentage: against the adoption model. J Bioethical Inq. 2015;12(3):383–7.

Article Google Scholar

35. Kroløkke C, Petersen MN. Keeping it in the Family: Debating the Bio-intimacy of Uterine Transplants and Commercial Surrogacy. In: Shaw RM, editor. Bioethics Beyond Altruism. Donating And Transforming Human Biological Materials. Cham: Palgrave Macmillan; 2017. p. 189–213.

Google Scholar

36. Beier K. Surrogate Motherhood: A Trust-Based Approach. J Med Philos. 2015;40(6):633–52.

Article Google Scholar

37. Golombok S. Modern families. Parents and children in new family forms. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.

Google Scholar

38. Teman E. Embodying surrogate motherhood: pregnancy as a dyadic body-project. Body Soc. 2009;15(3):47–69.

Article Google Scholar

39. Oultram S. One mum too few: maternal status in host surrogate motherhood arrangements. J Med Ethics. 2015;41(6):470–3.

Article Google Scholar

40. Teman E. The social construction of surrogacy research: an anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. Soc Sci Med. 2008;67(7):1104–12.

Article Google Scholar

41. Mitra S, Schicktanz S. Failed surrogate conceptions: social and ethical aspects of preconception disruptions during commercial surrogacy in India. Philos. Ethics Humanit. Med. 2016. https://doi.org/10.1186/s13010-016-0040-6.

42. König A. Parents on the move. German intended parents' experiences with transnational Surrogay. In: Mitra S, Schicktanz S, Patel T, editors. Cross-cultural comparisons on surrogacy and egg donation: interdisciplinary perspectives from India, Germany and Israel, vol. 2018. Cham: Palgrave Macmillan; 2018. p. 277–300.

Google Scholar

43. MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. Hum Reprod. 2003;18(6):1334–42.

Article Google Scholar

44. Sajjad I, Baines LS, Salifu M, Jindal RM. The dynamics of recipient-donor relationships in living kidney transplantation. Am J Kidney Dis. 2007;50(5):834–54.

Article Google Scholar

45. The Working Group on Living Donation. Toolbox Living Kidney Donation. In: Action Plan on organ donation and transplantation (2009-2015): Strengthened Cooperation between Member States. European Union. 2016. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/eutoolbox_living_kidney_donation_en.pdf. Accessed June 30 2019.

46. Frade IC, Fonseca I, Dias L, Henriques AC, Martins LS, Santos J, et al. Impact assessment in living kidney donation: psychosocial aspects in the donor. Transplant Proc. 2008;40(3):677–81.

Article Google Scholar

47. The Human Fertilisation and Embryology Authority. Code of Practice. 8th Edition. London. 2017. https://www.hfea.gov.uk/code-of-practice/. Accessed September 6 2018.

48. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: an ethics committee opinion. Fertil Steril. 2012;110(6):1017–21.

Google Scholar

49. Patel NH, Jadeja YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Insight into different aspects of surrogacy practices. J Hum Reprod Sci. 2018;11(3):212–8.

Article Google Scholar

50. Hansen SL, Eisner MI, Pfaller L, Schicktanz S. "Are you in or are you out?!" moral appeals to the public in organ donation poster campaigns: a multimodal and ethical analysis. Health Commun. 2017;33(8):1020–34.

Article Google Scholar

51. Schicktanz S, Schweda M, Wöhlke S. Gender issues in living organ donation: medical, social, and ethical aspects. In: Klinge I, Wiesemann C, editors. Sex and Gender in Biomedicine. Göttingen: Universitätsverlag; 2010. p. 33–57.

52. Healy K. Making a gift. In: Healy K, editor. Last best gifts: altruism and the market for human blood and organs. Chicago and London: The University of Chicago Press; 2006. p. 21–42.

Google Scholar

53. Scheper-Huges N. The tyranny of the gift: sacrificial violence in living donor transplants. Am J Transplant. 2007;7(3):507–11.

Article Google Scholar

54. Kayler LK, Rasmussen CS, Dykstra DM, Ojo AO, Port FK, Wolfe RA, et al. Gender imbalance and outcomes in living donor renal transplantation in the United States. Am J Transplant. 2003;3(4):452–8.

Article Google Scholar

55. Crowley-Matoka M, Hamdy SF. Gendering the Gift of Life. Family Politics and Kidney donation in Egypt and Mexico. Med. Anthropol. 2016;35(1):31–44.

Article Google Scholar

56. Komter AE. The gift: an interdisciplinary perspective. Amsterdam: Amsterdam University Press; 1996.

Google Scholar

57. Verkerk MA, Lindemann H, McLaughlin J, Scully JL, Kihlbom U, Nelson J, et al. Where families and healthcare meet. J Med Ethics. 2015;41(2):183–5.

Article Google Scholar

58. Jackson E, Sclater SD. Introduction: Autonomy and Private Life. In: Day Sclater S, Ebtehaj F, Jackson E, Richards M, editors. Regulating Autonomy. Sex, Reproduction and Family. Oxford, Portland: Hart Publishing; 2009. p. 1–16.

Google Scholar

59. Zeiler K. Just love in live organ donation. Med. Health Care Philos. 2008;12(3):323–31.

Article Google Scholar

60. Gauthier F. The point of view of a French pediatric transplant surgeon. Paris: Paper presented at Les Enjeux Ethiques des Trasplantations Hepatiques Avec Donneur Vivant; 2004.

Google Scholar

61. Pande A. “At Least I Am Not Sleeping with Anyone”: Resisting the Stigma of Commercial Surrogacy in India. Fem. Stud. 2010;36(2):292–312.

Google Scholar

62. Raymond JG. Reproducing gifts and gift giving: the altruistic woman. Hast Cent Rep. 1990;20(6):7–11.

Article Google Scholar

63. Roach AS. Reinforcing gender norms: commercial and altruistic surrogacy. Acta Sociol. 1990;33(1):63–74.

Article Google Scholar

64. Cottier M. Die instrumentalisierte Frau: Rechtliche Konstruktionen der Leihmutterschaft. JURIDIKUM: Zeitschrift für Kritik – Recht – Gesellschaft. 2016;2:188–98.

Google Scholar

65. Tieu MM. Altruistic surrogacy: the necessary objectification of surrogate mothers. J Med Ethics. 2009;35(3):171–5.

Article Google Scholar

66. Jørgensen HK. Paternalism, surrogacy, and exploitation. Kennedy Inst. Ethics J. 2000;10(1):39–58.

Google Scholar

67. Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Hum Reprod. 2003;18(10):2196–204.

Article Google Scholar

68. Lambda N, Jadva V, Kadam K, Golombok S. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. Hum Reprod. 2018;33(4):646–53.

Article Google Scholar

69. Ragoné H. Surrogate motherhood: conception in the heart (institutional structures of feeling). Oxford, San Francisco: Westview Press; 1994.

Google Scholar

70. Fox RC, Swazey JP. Spare parts. Organ replacement in American society. New York: Oxford University Press; 1992.

Google Scholar

71. Schicktanz S, Wöhlke S. The utterable and unutterable anthropological meaning of the body in the context of organ transplantation. Dilemata. 2017;23:107–27.

72. Motakef M. Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende. Bielefeld: Transcript; 2011.

Google Scholar

73. Hoeyer K, Schicktanz S, Deleuran I. Public attitudes to financial incentive models for organs: a literature review suggests that it is time to shift the focus from 'financial incentives' to 'reciprocity'. Transpl Int. 2013;26(4):350–7.

Article Google Scholar

74. Rothman SM, Rothman DJ. The hidden cost of organ Sale. Am J Transplant. 2006;6(7):1524–8.

Article Google Scholar

75. Gneezy U, Meier S, Rey-Biel P. When and why incentives (don't) work to modify behavior. J Econ Perspect. 2011;25(4):191–209.

Article Google Scholar

76. Malmqvist E. Are bans on kidney sales unjustifiably paternalistic? Bioethics. 2014;28(3):110–8.

Article Google Scholar

77. Waldby C, Mitchell R. Tissue economies. Blood, organs, and cell lines in late capitalism. Durham: Duke University Press; 2006.

Google Scholar

78. Hogle LF. Transforming “body parts” into therapeutic tools: a report from Germany. Med Anthropol Q. 1996;10(4):675–82.

Article Google Scholar

79. Saravanan S. An ethnomethodological approach to examine exploitation in the context of capacity, trust and experience of commercial surrogacy in India. Philos. Ethics Humanit. Med. 2013. https://doi.org/10.1186/1747-5341-8-10.

Article Google Scholar

80. Ragoné H. The gift of life: surrogate motherhood, gamete donation and constructions of altruism. In: Cook R, Sclater SD, Kaganas F, editors. Surrogate motherhood: international perspectives. Portland: Hart Publishing; 2003. p. 209–26.

Google Scholar

81. Vora K. Potential, risk, and return in transnational Indian gestational surrogacy. Curr Anthropol. 2013;54(S7):97–106.

Article Google Scholar

82. Laufer-Ukeles P. Mothering for Money: Regulating Commercial Intimacy. Indiana Law J. 2013;88(4):Article 6.

Google Scholar

83. van Zyl L, Walker R. Beyond altruistic and commercial contract motherhood: the professional model. Bioethics. 2013;27(7):373–81.

Article Google Scholar

84. Lane M. Ethical issues in surrogacy arrangements. In: Cook R, Sclater SD, Kaganas F, editors. Surrogate motherhood: international perspectives. Portland: Hart Publishing; 2003. p. 21–39.

Google Scholar

85. Walker R, van Zyl L. Altruism and generosity in surrogate motherhood. In: Grix M, Dare T, editors. Contemporary issues in applied and professional ethics research. Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2016. p. 121–33.

Google Scholar

86. Brännström M, Johannesson L, Bokström LH, Kvarnström N, Mölne J, Dahm-Käler P, et al. Livebirth after uterus transplantation. Lancet. 2015;385(9968):607–16.

Article Google Scholar

87. Toledano SJ. Sharing the embodied experience of pregnancy. The case of surrogate motherhood. In: Malmqvist E, Zeiler K, editors. Bodily Exchanges, Bioethics and Border Crossing. London, New York: Routledge; 2016. p. 102–18.

Google Scholar

Filosofia, etica e discipline umanistiche in medicina

ISSN: 1747-5341

Contattaci

- Richieste di invio: accedi qui e fai clic su Contattaci
- Richieste generali: info@biomedcentral.com

- Leggi di più sui nostri blog
- Ricevi le newsletter BMC
- Gestisci gli avvisi sugli articoli
- Modifica della lingua per autori
- Redazione scientifica per autori

- Politiche
- Accessibilità
- Centro stampa

- Supporto e contatto
- Lascia un feedback
- Carriere

Segui BMC

- Pagina Twitter di BMC
- Pagina Facebook di BMC
- Pagina BMC Weibo

Utilizzando questo sito Web, accetti i nostri Termini e condizioni , l' Informativa sulla privacy della California , l' Informativa sulla privacy e la Politica sui cookie . Gestisci i cookie / Non vendere i miei dati che utilizziamo nel centro preferenze.

SPRINGER NATURE

© 2020 BioMed Central Ltd se non diversamente specificato. Parte di Springer Nature .

Katharina Beier

View ORCID ID profile

- Department of Medical Ethics and History of Medicine, University Medical Center, 37073, Göttingen, Germany
- Contact Katharina Beier

View author publications

You can also search for this author in PubMed Google Scholar

Close

Sabine Wöhlke

- Department of Medical Ethics and History of Medicine, University Medical Center, 37073, Göttingen, Germany

View author publications

You can also search for this author in PubMed Google Scholar

Close