

Principi attivi. Aschimfarma interviene

Farmaci low cost allarme dell'Italia

Roberto Turno

ROMA

A volte sono patacche contraffatte, spesso non rispettano alcuna regola di sicurezza e tanto meno i sani principi di «buona fabbricazione», con tutti i rischi del caso per la salute dei consumatori. Ma costano il 25%-30% in meno e ormai hanno conquistato il 63% del mercato europeo, solo il 37% invece negli Usa dove sono ben più severi. E ora è guerra contro i principi attivi per i farmaci che arrivano dall'est asiatico, in particolare da India e Cina. A dichiararla apertamente è l'industria italiana delle molecole, che è tra i leader mondiali. Che chiede regole omogenee per i fabbricatori extra Ue contro una concorrenza sleale e pericolosa per i cittadini.

A lanciare l'allarme e ad avanzare la sua proposta è stata ieri Aschimfarma, l'associazione di Federchimica che riunisce i nostri produttori di principi attivi. Come dire: 88 imprese, spesso medie e piccole, che fatturano 3,28 miliardi, con un export che vale l'85% della produzione (40% negli Usa, 18% in Giappone), quasi 10mila addetti, una produzione pari al 12% del totale di quella mondiale, il 3% del fatturato destinato alla ricerca. Numeri che testimoniano di un'eccellenza italiana in piena regola riconosciuta in tutto il mondo. E che però deve fare i conti con l'aggressività, scorretta e senza regole capaci di frenarla nella Ue, che arriva dall'est asiatico.

Ha spiegato ieri Gian Mario Baccalini, presidente di Aschimfarma: «Dove la legislazione è meno rigorosa, come avviene in Europa, aumenta il numero di fornitori meno qualificati. Aschimfarma chiede che l'ingresso in Europa di questi prodotti sia consentito solo a principi attivi extra Ue prodotti secondo le norme di buona fabbricazio-

ne». Basta dire che rispettare le regole e garantire alta qualità e sicurezza, vale per l'industria italiana il 25% dei costi di produzione: «I nostri concorrenti asiatici, che non si attengono alle stesse regole, mettono potenzialmente a rischio la salute dei cittadini e la competitività del settore», ha aggiunto Baccalini.

L'aspetto cruciale da risolvere è quello delle risorse necessarie per poter eseguire attività ispettive nei Paesi extra Ue. Negli Usa ad esempio è stato istituito un sistema a totale carico delle aziende. E Aschimfarma sostiene che tramite accordi di mutuo riconoscimento tra le Authority regolatorie - come avviene negli Usa, in Giappone, in Australia o Canada - si potrebbe garantire l'adozione della stessa misura senza costi aggiuntivi per le imprese. Frenando le scorrerie di concorrenti asiatici che per di più possono abbassare i prezzi per via del basso costo del lavoro, ma insieme diminuendo gravemente la qualità dei prodotti. E la nostra salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FILIERA LEADER

3,28 miliardi

Il giro d'affari
Il fatturato (in euro) dei produttori italiani di molecole

85%

L'export
Il valore della produzione esportata dall'industria italiana di settore è pari all'85% del totale

9.900

I dipendenti
Gli addetti nelle 88 imprese nazionali produttrici di principi attivi per i farmaci sono 9.900



LARGO CONSUMO**Italiani fedeli a medicinali e supermarket**

Il 77% dei consumatori italiani si dichiara "fedele" ai prodotti medicinali da banco contro il 66% della media europea e il 71% di quella mondiale. Al secondo posto si attestano i supermarket e i negozi al dettaglio (73% - media UE 71%) e al terzo i fornitori di servizi internet e telefonici, 71% identica percentuale per la media europea. È quanto emerge dalla Global Survey Loyalty, l'indagine condotta a livello globale da Nielsen, che ha coinvolto 17.345 intervistati, sul livello di loyalty dei consumatori rispetto a 16 diverse categorie di prodotto, tra beni di largo consumo, prodotti tecnologici, servizi e retailers.

Al quarto posto tra le categorie a cui gli italiani si dichiarano fedeli si attestano le Istituzioni bancarie e finanziarie indicate dal 69% degli intervistati, di qualche punto inferiore alla media UE (73%). Considerando la media mondiale, il dato raggiunge il 77%. Relativamente ai brand dei telefoni cellulari, in Italia emerge una minore fedeltà (67%) rispetto agli altri Paesi del Vecchio Continente (69% media UE). Analoga percentuale, 67%, si riscontra per la scelta degli operatori di telefonia mobile, ma superiore del 3% rispetto a quanto succede in Europa.



IL MINISTRO

**«SU METODO STAMINA
PRESTO CHIAREZZA»**

«La migliore cura palliativa per Noemi va cercata nei luoghi dove sono in corso sperimentazioni sulla sua malattia. Il problema del metodo Stamina è che non avendo mai iniziato la fase sperimentale non può essere considerato cura palliativa». La spiegazione è del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ospite ieri sera di Tv2000, in relazione alla richiesta avanzata dai genitori della bambina. Il ministro ha inoltre sottolineato che per ora non si può condividere il metodo Stamina con la comunità scientifica internazionale perché «la fondazione ci ha vincolato a un contratto di riservatezza chiedendoci, a fronte di significative richieste di risarcimento, di non pubblicarlo. Spero che avremo presto una parola di chiarezza definitiva. Ho chiesto l'acquisizione delle cartelle cliniche di tutti i casi trattati con questo metodo perché vengano valutate dall'Istituto superiore di sanità, dal Centro nazionale trapianti, dall'Aifa, dai maggiori esperti per una comparazione scientifica».



quotidiano**sanità**.it

Venerdì 14 NOVEMBRE 2013

Immigrazione. In Italia si stimano 5.186mila stranieri residenti. Ma la sanità non è uguale per tutti. Solo sette le Regioni in regola

La denuncia nel Dossier 2013 curato da IDOS. I residenti "ufficiali" sono 4.387.721, ma la stima reale sale a più di 5 milioni. Nel dicembre 2012 la Stato Regioni ha sancito un [accordo](#) per la corretta applicazione delle norme sull'assistenza sanitaria agli immigrati, ma la maggior parte non l'ha ancora recepito. [SINTESI DEL DOSSIER](#).

In Italia, solo 7, tra le Regioni e le Province Autonome (Lazio, Puglia, Campania, Calabria, Liguria, Friuli Venezia Giulia e la PA di Trento) hanno formalmente ratificato l'accordo approvato in seno alla Conferenza Stato Regioni del [20 dicembre 2012](#), finalizzato a superare le disuguaglianze di accesso degli immigrati ai servizi sanitari".

Lo denuncia l'edizione 2013 del Dossier statistico immigrazione, curato dal Centro Studi e Ricerche IDOS per conto dell'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali.

Ancora si riscontrano lentezze e indecisioni - si sottolinea - in assenza di direttive precise, nell'iscrizione al Servizio Sanitario dei minori figli di immigrati senza permesso di soggiorno. Un nodo irrisolto è anche quello dei minori comunitari in condizioni di fragilità sociale, non citati nel predetto accordo, ma che, secondo l'autorevole parere della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, non possono essere trattati in maniera peggiorativa.

Tornando all'accordo del 20 dicembre, il rapporto sottolinea che "Non è un accordo casuale o inaspettato, bensì il frutto di oltre 4 anni di lavoro tecnico e anche di mediazione, di ricerca ed analisi, di pressione politica e professionale. E' il frutto di un lavoro di rete istituzionale e non, che segna, a nostro avviso, un modello di relazioni e rapporti tra gli attori coinvolti (settore pubblico, privato sociale e volontariato, istituzioni) nel garantire operatività al mandato costituzionale dell'articolo 32 e della legge 833/78". "Uno strumento tecnico-operativo condiviso - sottolinea ancora il rapporto - unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e la PA, per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria e porsi a garanzia dell'equità nella tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia".

L'**Italia** si è affermata come rilevante area di sbocco per i flussi migratori internazionali soprattutto negli anni Duemila, ma anche nell'attuale periodo di crisi si continua a registrare un aumento della presenza straniera: da poco più di 3 milioni di **residenti stranieri** nel 2007 si è passati a **4.387.721** nel 2012, pari al 7,4% della popolazione complessiva.

Nello stesso arco di tempo i **soggiornanti non comunitari** sono passati da 2,06 milioni a **3.764.236** e, secondo la stima del *Dossier*, la **presenza straniera regolare complessiva** è passata da 3.987.000 persone a **5.186.000**, non solo per l'ingresso di nuovi lavoratori ma anche per via dei nati direttamente in Italia e dei ricongiungimenti familiari.

Particolarmente **contenuto è stato l'aumento nel 2012**: +8,2% tra i residenti (nel cui registro gli inserimenti possono anche essere tardivi, nonché sottoposti a verifica in conseguenza del

Censimento)

e +3,5% tra i soggiornanti non comunitari, come pure nella stima della presenza regolare complessiva elaborata dal *Dossier*.

Tra le **provenienze** continentali, secondo la stessa stima, prevale l'Europa con una quota del 50,3% (di cui il 27,4% da ricondurre ai comunitari), seguita dall'Africa (22,2%), dall'Asia (19,4%), dall'America (8,0%) e dall'Oceania (0,1%). Queste le grandi collettività non comunitarie: Marocco (513mila soggiornanti), Albania (498mila), Cina (305mila), Ucraina (225mila), Filippine (158mila), India (150mila) e Moldova (149mila). Tra i comunitari, invece, la prima collettività è quella romena (circa 1 milione).

Tra le **aree di residenza** continuano a prevalere le regioni del Nord (61,8%) e del Centro (24,2%), mentre le province di Milano e Roma, da sole, detengono un sesto dei residenti (16,9%).

All'origine del calo dei flussi in entrata c'è la crisi economica. Le **quote d'ingresso** per lavoratori non comunitari nel 2012, al netto degli stagionali, sono state molto ridotte: propriamente dall'estero sono state 2.000 per lavoratori autonomi, 100 per lavoratori di discendenza italiana, mentre 11.750 sono state le autorizzazioni alla conversione di titoli di soggiorno rilasciati per motivi diversi dal lavoro. Di conseguenza, sono diminuiti gli **ingressi per lavoro** e i visti rilasciati per motivi di lavoro subordinato sono scesi da 90.483 nel 2011 a 52.328 nel 2012 (in entrambi i casi meno che nel periodo pre-crisi). Naturalmente è rimasto libero l'ingresso per gli altamente qualificati o le categorie fuori quota, come gli infermieri (Carta Blu Ue e art. 27 T.U. Immigrazione).

Alla fine del 2012, inoltre, a due anni di distanza dall'ultimo provvedimento del genere, si è svolta una **regolarizzazione** in favore dei lavoratori non comunitari, in occasione della quale i datori di lavoro hanno presentato 135mila domande, meno della metà rispetto al 2009 (295mila).

Rilevante, anche nel 2012, è stato il numero dei bambini stranieri **nati** direttamente in Italia (79.894, il 14,9% di tutte le nascite), cui si affiancano i 26.714 figli di coppie miste (il 5% del totale).

Nell'insieme, tra nati in Italia e ricongiunti, i **minori** non comunitari sono 908.539 (il 24,1% dei soggiornanti) e si può stimare che almeno 250mila siano i comunitari.

Tumore del polmone

Costa meno e cura di più

«Il messaggio è inequivocabile: dopo un primo ciclo di chemioterapia, i malati di tumore polmonare non a piccole cellule, soprattutto se fumatori o ex fumatori, traggono maggiore beneficio dalla terapia tradizionale con i taxani rispetto a quella con i nuovi farmaci a bersaglio molecolare e, in particolare, con erlotinib; questo studio pone fine a molte ambiguità degli anni precedenti, perché è stato ben disegnato, e correttamente interpretato».

Non capita spesso di vedere uno studio italiano che, oltre a essere pubblicato su "Lancet Oncology", ottiene un'approvazione così incondizionata. È accaduto per una sperimentazione coordinata da Marina Garassino, dell'Istituto dei tumori di Milano, in collaborazione con gli ospedali Niguarda e Fatebenefratelli e l'Istituto Mario Negri, nella quale è stato verificato l'andamento della malattia in oltre 700 pazienti a partire dal 2007. La sopravvivenza globale è stata di 8,2 mesi per quelli trattati con il taxano e di 5,4 mesi per quelli sottoposti a erlotinib. I dati confermano dunque che i nuovi farmaci, costosissimi (due mesi di trattamento col docetaxel



costano poco meno di 900 euro, due mesi di erlotinib circa 3 mila) e non privi di effetti collaterali, non vanno bene per tutti e, in particolare, non sono adatti ai malati fumatori. E rafforzano l'importanza degli studi indipendenti dalle aziende (in questo caso il finanziamento è giunto dall'AIFA).

Agnese Codignola



Il pacemaker diventa wireless: il ritmo cardiaco regolato con una mini batteria nel cuore

Il nuovo dispositivo sarà impiantato anche in Italia con intervento mininvasivo e meno rischio di complicanze

NOTIZIE CORRELATE

Niente più fili nè tasche sottocutanee o nel pettorale: tutto ciò che serve per regolare il ritmo cardiaco sarà contenuto in una piccola batteria inserita direttamente nel cuore. È questa l'ultima generazione di pacemaker, una rivoluzione wireless che promette interventi mininvasivi, senza suture e un minor rischio di infezioni. L'idea, di una start-up statunitense recentemente acquisita da una delle multinazionali leader in dispositivi medici impiantabili, è già realtà e i pacemaker "leadless" hanno recentemente ottenuto il marchio CE per l'immissione nel mercato europeo. A valutarne il funzionamento e testare la procedura di impianto ed espanto nei pazienti saranno, nei prossimi mesi, alcuni centri di aritmologia selezionati in diversi paesi europei, tra cui l'Italia.

IL DISPOSITIVO- Dieci volte più piccolo degli attuali pacemaker, quello "senza fili" si aggancia alla camera ventricolare tramite una sonda inserita dalla vena femorale, nell'inguine. In tempi ridotti: solo 28 minuti in media, la metà rispetto all'intervento di posizionamento tradizionale. Lo ha cronometrato l'equipe ceco-statunitense che ha eseguito i primi impianti al mondo, su pazienti bradicardici, nello studio pilota presentato lo scorso maggio all'annuale congresso della Heart Rhythm Society. La tecnica mininvasiva si è dimostrata sicura nel 97% dei casi ed è del tutto analoga a quelle oggi adottate per inserire stent o clip mitraliche. Per i pazienti si accorciano i tempi di recupero post-operatorio perché non si deve attendere una cicatrizzazione dei tagli chirurgici. Si allunga la durata della batteria: 8-17 anni. Gli attuali pacemaker, invece, devono essere ricaricati ogni 5-7 anni.

IN ITALIA- A fare da apripista, nel nostro Paese, sarà il Centro Cardiologico Monzino di Milano che conta ogni anno oltre 700 pacemaker impiantati. Da gennaio i primi interventi, su un numero limitato di pazienti. «Selezioneremo esclusivamente i casi, in primo impianto, che necessitano di una stimolazione monocamerale, ovvero nel ventricolo. – spiega Claudio Tondo, a capo dell'Aritmologia dell'ospedale milanese - Sono i meno frequenti, in cui il pacemaker serve a sostenere il ritmo cardiaco e interviene solamente quando si verifica un severo rallentamento della frequenza cardiaca. Tra questi, alcune aritmie negli anziani come la fibrillazione atriale a bassa frequenza.» Degli oltre 24 mila italiani che ricorrono

ogni anno all'impianto salvavita per il cuore, oltre la metà necessita invece di una stimolazione sia atriale che ventricolare: il primo modello di pacemaker wireless, quindi, non è ancora in grado di offrire loro un beneficio terapeutico. «In futuro l'evoluzione di questo dispositivo consentirà di avere una stimolazione bicamerale e si potrebbe arrivare anche al defibrillatore, più elaborato rispetto al pacemaker», prosegue.

MENO INFEZIONI- Il punto debole dei pacemaker tradizionali è legato al filo elettrico che mette in comunicazione la batteria, nel petto, e il cuore: anche se la casistica è bassa, può danneggiarsi o infettarsi, così come la tasca in cui il chirurgo inserisce il generatore. Per evitare gravi conseguenze, l'unica opzione in caso di infezioni è la rimozione chirurgica dell'impianto, un intervento complesso e ad alto rischio per il paziente. Tolto il filo dal pacemaker, si punta a minimizzare queste complicanze «abbattendo i costi sanitari ad esse associati e controbilanciando così la spesa ospedaliera per i nuovi dispositivi: il doppio rispetto ai pacemaker attualmente in uso», conclude Tondo.

stampa | chiudi

IL SITO WEB GESTITO DA 55 CONTRACTOR È ANDATO IN TILT. LE COMPAGNIE ASSICURATIVE HANNO CANCELLATO I CONTRATTI A DUE MILIONI DI STATUNITENSIS

Sanità, Obama cede: "Cambio la riforma"

Guasti, pochi iscritti e costi più alti. La Casa Bianca si scusa con gli americani: potete tenere le vecchie polizze

Il presidente deve onorare gli impegni anche se ciò comporta una revisione della legge

Bill Clinton

Ex presidente statunitense
Democratico



La riforma dell'Obamacare non può essere aggiustata, deve essere cancellata

John Boehner

Speaker della Camera
Repubblicano



MAURIZIO MOLINARI
CORRISPONDENTE DA NEW YORK

La riforma della Sanità è costellata di errori e disguidi per milioni di americani innescando una tempesta politica sulla Casa Bianca a cui Barack Obama tenta di far fronte promettendo «rimedi rapidi», inclusa la possibilità di mantenere le polizze cancellate, ma la risposta delle assicurazioni private è dura: «Il risultato sarà l'aumento dei costi per gli assicurati».

La falsa partenza della riforma è descritta dai numeri: si proponeva di garantire l'assicurazione sanitaria a 41 milioni di cittadini che non ce l'hanno; nel primo mese di entrata in vigore la Casa Bianca puntava a 500mila iscrizioni ma ve ne sono state solo 106185 di cui appena 26794 attraverso il sito Internet governativo realizzato da ben 55 contractors privati. Come se non bastasse, oltre due milioni di cittadini si sono visti cancellare le polizze preesistenti dalle assicurazioni sanitarie - in quanto incompatibili con la riforma - sebbene la Casa Bianca avesse promesso che ciò non sarebbe stato possibile.

L'insoddisfazione popolare si rispecchia nel gradimento di Obama, scivolato al 39%, come nell'irritazione dei leader democratici del Congresso che premono per «risolvere in fretta gli errori» al fine di evitare di pagarne il prezzo nelle elezioni per il Congresso, il prossimo anno. Il nervosismo dei democratici è nel volto di Nancy Pelosi, stretta alleata di Obama al Congresso, che promette: «Entro le prossime ore avremo le risposte che aspettiamo».

Nel tentativo di riprendere l'iniziativa, Obama si presenta nella sala stampa della Casa Bianca, parlando per quasi un'ora. Ribadisce le «scuse» per il sito Internet difettoso ma ammette di «non poter promettere che tutto sarà risolto a fine mese». Assicura che «nessuno mi avvertì di questi problemi tecnici fino al lancio di HealthCare.gov». E ai milioni di cittadini raggiunti dalle lettere con la cancellazione delle polizze, dice: «Potete tenerle per un altro anno» sulla base di modifiche normative ad hoc.

È stato Bill Clinton a suggerirgli questo passo ma il presidente lo compie tradendo esitazioni, abbassando gli occhi.

Ripete spesso «mi sono scusato con gli americani»; ammette che «i democratici sono in crisi perché hanno la responsabilità della nostra riforma»; dice «abbiamo brancolato nel lancio della riforma». Ma non riesce a rassicurare né i reporter presenti né i cittadini che lo ascoltano in tv o via web.

Il presidente repubblicano della Camera, John Boehner, ha gioco facile a ribattere: «La riforma dell'Obamacare non può essere aggiustata, va cancellata». Dopo aver vinto tutte le battaglie politiche necessarie per la riforma - dal Congresso alla Corte Suprema - Obama sembra incapace di fronteggiare i problemi tecnici dell'entrata in vigore. È un segnale di manifesta debolezza che rischia di alienargli il suo partito. Anche perché le assicurazioni inferiscono. Karen Ignagni, ceo di «American's Health Insurance Plans», i piani assicurativi, reagisce così al passo del presidente: «Prolungare per un anno polizze annullate destabilizza il mercato e porterà a costi più alti per i consumatori». Come dire: saranno proprio i cittadini che Obama voleva tutelare a pagare il prezzo delle scelte della Casa Bianca.



Da cavallo di battaglia a un esordio disastroso

→ 2007-2008
CAMPAGNA ELETTORALE

1 Nei 21 mesi che precedono il voto la riforma è al centro del programma di Barack Obama

→ GENNAIO 2010
KO IN MASSACHUSETTS

2 Vince il repubblicano Scott Brown: il presidente perde la maggioranza qualificata al Senato

→ MARZO 2010
LA RIFORMA È LEGGE

3 Obama firma la legge «nel nome di mia madre che litigò con le assicurazioni anche in fin di vita»

→ GIUGNO 2012
ALLA CORTE SUPREMA

4 La riforma viene dichiarata costituzionale con cinque voti contro quattro

→ OTTOBRE 2013
A PIENO REGIME

5 Finalmente il via: la legge mira a estendere la copertura sanitaria a milioni di cittadini

Maternità surrogata, un sogno "all inclusive" da 30 mila euro

In Italia è vietata
Aumentano i viaggi
nei Paesi in cui
è ritenuta legale

STEFANO RIZZATO
MILANO

Il termine tecnico, più delicato rispetto a "utero in affitto", è maternità surrogata. Due parole che si portano dietro una complessa questione etica e politica, un gomitolo legale difficile da sciogliere e un turismo internazionale della fertilità. Dati ufficiali non ne esistono. Ma tutti gli

osservatori concordano nel definirlo un fenomeno in crescita. Ormai centinaia di coppie scelgono di avere un figlio così: con gli ovuli di una donna - la "donatrice" - e il grembo di un'altra donna, che accetta di affrontare la gravidanza.

Si fa per problemi di sterilità o di salute, ma il metodo è usato anche da alcuni genitori omosessuali che desiderano un figlio. In Italia, qualunque sia la ragione, non si può fare. E così aspiranti mamme e papà parto-

no per i Paesi dov'è legale: l'India, alcuni degli Stati americani e del Canada. E poi quelli più vicini e gettonati, Russia, Ucraina e Georgia. In teoria, si potrebbe anche in Inghilterra, ma solo

senza passaggi di denaro e con tante limitazioni.

In tutti gli altri Paesi ovuli e uteri si affittano davvero. Pagando. «Per l'Ucraina servono circa 50 mila euro, ma ci sono "pacchetti" anche per 30 mila euro», spiega l'avvocato Ezio Menzione, che da anni si occupa delle maternità surrogate. «Negli Stati Uniti costa almeno 100 mila dollari: il servizio, per così dire, è migliore e non ci sono intoppi legali, visto che il bambino, grazie allo ius soli, nasce cittadino americano».

In India si scende fino a 20 mila dollari e infatti il settore macina 400 milioni di dollari l'anno, con oltre 3mila cliniche specializzate. Fin troppo per Nuova Delhi, che ha già chiuso le porte alle coppie omosessuali. Il turismo della maternità è invece in piena espansione a Est. Lo dimostrano siti Web come il russo surrogacy.ru, che - in sei lingue - celebra la bontà delle madri surrogate locali e consiglia di prendere in affitto

un utero ucraino.

«I problemi legali - dice Menzione - nascono al momento di registrare allo stato civile italiano il figlio avuto all'estero, secondo le leggi del posto, da

una mamma surrogata. Ogni figlio nato in Ucraina riceve un certificato da apolide e per rimpatriarlo bisogna andare all'ambasciata italiana a Kiev. Lì, da qualche anno segnalano i casi di questo tipo alla Procura della Repubblica».

Da qui le denunce contro le coppie che hanno scelto la strada dell'Est per diventare genitori. Spiega l'avvocato: «È stata ripescata una vecchia norma, dei tempi in cui si facevano fare i figli alla serva: l'articolo 567 del

Codice penale, che punisce con pene quasi da omicidio - da 5 a 15 anni - ogni falsa certificazione di nascita. Ma finora ci sono state 14 pronunce tutte di proscioglimento o archiviazione. Alla fine, la legge italiana è costretta a prendere atto di un documento perfettamente legittimo emesso dalle autorità ucraine. Resta però l'incubo di un procedimento penale, delle perquisizioni alle 7 di mattina. Tutto per avere diritti che in Italia non sono riconosciuti».

6

le mete

Le mete preferite dagli italiani per la fecondazione eterologa sono Ucraina, Austria, Belgio, Grecia, Spagna e Svizzera

14

le sentenze

In Italia ci sono state 14 pronunce su casi di «maternità surrogata»: tutte di proscioglimento o di archiviazione

