

MODUS

settembre 2005

MODUS

vivendi

SCIENZA, NATURA E STILI DI VITA

BAMBINI Allarme salute al SUD

Lo stato di salute dei bambini del nostro Mezzogiorno è preoccupante. Dalle pagine della Public Library of Science la denuncia dell'Istituto Mario Negri di Milano.

MODUS *vivendi*

MENSILE DI SCIENZA, NATURA E STILI DI VITA

**Tutti
i mesi
in edicola**

con il supplemento



**il primo mensile
per chi cerca
un lavoro verde**

Abbonarsi conviene!

Con soli **25 euro** (anziché 38,50) riceverai 11 numeri di *Modus vivendi* + *Ecolavoro* direttamente a casa tua

Per ricevere *Modus vivendi* + *Ecolavoro* a casa propria per un anno (11 numeri) basta versare 25 euro sul c/c postale n. 88864004 intestato a Editoriale Eco, via Castelfidardo 26 • 00185 Roma oppure sul c/c bancario n. 1371/15 Banca del Credito Cooperativo di Roma ag. 21, Cab 03221, Abi 08327, Cin X, via dei Gigli d'Oro 17, Roma, intestato a Editoriale Eco, via Castelfidardo 26 • 00185 Roma

N. B. INDICARE NELLA CAUSALE IL PROPRIO INDIRIZZO

www.modusvivendi.it

Che fare per migliorare la salute dei bambini del Sud?

Anche in Italia i più poveri si ammalano più facilmente. Chi deve agire e come per affrontare una situazione allarmante

Maurizio Bonati, Rita Campi ▲

In occasione del Sana, Salone internazionale del naturale, alimentazione, salute e ambiente, pubblichiamo, in anteprima per il nostro paese, un'importante ricerca curata dai ricercatori del Mario Negri di Milano, apparsa sulla rivista americana Plos, sulle condizioni di salute dei bambini del Mezzogiorno.

In Italia due famiglie povere su tre vivono al Sud. Dei 20,7 milioni di abitanti del Sud Italia (pari al 36,1% della popolazione), 7,3 milioni (35,4%) sono da considerare poveri perché vivono con meno di 521 euro al mese. Di questi, 4,6 milioni (63,3%) sono estremamente poveri perché vivono con meno di 435 euro al mese^{1,2}. Per questa ragione, se si considerasse il Sud Italia come un paese a parte nel contesto europeo e si soppesasse il reddito nazionale di ciascun paese per le caratteristiche demografiche, risulterebbe quello con il più alto tasso di povertà. In questo articolo ci occupiamo delle disparità negli standard sanitari nel territorio nazionale, concentrando l'attenzione sulle



condizioni di estremo svantaggio visute dai bambini del Sud. Inoltre esamineremo alcune soluzioni da contrapporre a queste disparità³.

Come si pone l'Italia rispetto alla povertà nel quadro europeo? Nel 2001, nei venticinque paesi dell'Unione circa 68 milioni di persone vivevano al di sotto del 60 per cento del reddito medio della loro nazione di

appartenenza⁴. Di questi 68 milioni, 3,6 milioni erano bambini sotto il quinto anno di età⁴. La quota di persone a rischio di povertà, considerando la media europea pari a uno, varia da un minimo di 0,3 nella Repubblica slovacca a un massimo di 1,4 in Irlanda. La media italiana è pari a 0,6, ma diventa 0,4 nel nord Italia, 0,9 nel centro e 2,3 al Sud. L'Italia del Sud può, quindi, essere considerata il paese europeo a maggiore rischio di povertà. La quota di bambini sotto i cinque anni di età è il 6,4%, la maggiore percentuale dopo l'Irlanda e Cipro.

Salute a rischio per i bambini del sud

Monitorare e amministrare il benessere dei bambini è un aspetto decisivo per determinare lo stato di salute di una comunità e di una nazione in generale. A marcare le differenze sono principalmente i fattori sociali ed economici^{5,6}. A livello internazionale, le differenze economiche tra un paese e l'altro sono notoriamente alla base dello stato di salute della popolazione, soprattutto di quella infantile^{7,8}. Due terzi dei decessi che costituiscono il tasso di mortalità infantile (3,3 decessi per ogni 1.000 nascite) sono causati dalla mortalità neonatale, soprattutto nella prima

QUESTO ARTICOLO è uscito a fine agosto 2005 sulla rivista on line PLoS Medicine con il titolo "What can we do to improve child health in southern Italy?" (Plos Medicine, Volume 2, Issue 9, e250). © 2005 Bonati and Campi. La diffusione di questo articolo è disciplinata dalla Creative Commons Attribution License, che ne consente l'impiego, la circolazione e la riproduzione con ogni mezzo a condizione che venga citata la fonte originale.

Maurizio Bonati (E-mail: mother_child@marionegri.it) è responsabile e **Rita Campi** è ricercatrice del Laboratorio per la salute materno-infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano.

settimana di vita (mortalità neonatale precoce). La mortalità neonatale varia enormemente tra le regioni italiane, con una incidenza quattro volte più alta nel sud (in Sicilia e in Basilicata il tasso è 5,7 per 1.000 nascite) rispetto al nord (il tasso del Friuli Venezia Giulia è 1,3 per 1.000 nascite)⁹.

Anche se il peso del bambino alla nascita è uno dei fattori riconosciuti della morte post-parto, le variazioni nella distribuzione di questo fattore da regione a regione non sono significative. Tuttavia, il rischio di mortalità neonatale precoce per i nati di basso peso, per esempio, è nove volte più alto in Sicilia o in Abruzzo che in Valle d'Aosta (91,7 e 101,7 ogni 1.000 nati contro 11,4 per 1.000 nati vivi, rispettivamente). Una delle spiegazioni possibili potrebbe essere la diversa qualità dell'assistenza perinatale (sia per quanto riguarda le strutture che l'assistenza) associate con il fattore della latitudine¹⁰.

I tassi di ospedalizzazione sotto i 14 anni di età sono simili da regione a regione (in media, 151,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti) e sono più alti tra i neonati, tra i maschi e per disturbi legati all'apparato respiratorio. Tuttavia, più del 22% dei bambini ricoverati in Basilicata e Molise e più del 13 per cento di quelli ricoverati in Calabria e Abruzzo vengono ricoverati in strutture del centro o del nord Italia, un dato che suggerisce la mancanza di strutture pediatriche adeguate al sud, sia per quanto riguarda la qualità che la quantità⁹. Per ragioni riconducibili alla distribuzione non uniforme dei servizi sani-

tari nel sud, in molti casi i pazienti sono costretti a rivolgersi a strutture localizzate oltre i confini regionali e il nord è in questo senso l'opzione più semplice perché si ritiene generalmente che lì la qualità dei servizi sia migliore¹¹.

Le disparità sul territorio sono legate non solo alla diversità dei servizi di cura, ma anche delle pratiche di prevenzione. La somministrazione del vaccino contro il morbillo entro il secondo anno di età, per esempio, varia dal 54,9% in Calabria all'89,6% in Toscana¹². L'Italia man-

“ Monitorare e amministrare il benessere dei bambini è decisivo per determinare lo stato di salute di una comunità ”

tiene le più basse percentuali di copertura per quanto riguarda questo vaccino in Europa ed è recente il lancio di una campagna per raggiungere il 90%-95% dei bambini¹³.

Istruzione e integrazione sociale: variazioni geografiche

La disponibilità di servizi sociali e di istruzione sul territorio può avere effetti notevoli sul benessere dei bambini. Numerosi elementi suggeriscono che il sud dispone di risorse ina-

deguate da questo punto di vista. La Campania e la Sicilia, per esempio, che sono le regioni del sud con i più alti tassi di natalità (11,5 e 10,4 nascite ogni 1.000 abitanti), hanno tassi di accesso agli asili nido più bassi (2,2% e 4,7% per i bambini da 0 a 2 anni). Entrambe le regioni, insieme a Calabria e Puglia, mostrano tassi di abbandono scolastico 2,5 volte superiori rispetto al Friuli Venezia Giulia (24% contro 9%)¹⁴. Sono anche diversi i tassi di disoccupazione tra i giovani (vale a dire, il tasso relativo alla fascia 15-19 anni). Il dato varia tra il 65,2% e il 61,4% di Calabria e Sicilia e il 7,1% del Trentino Alto Adige.

I bambini del sud, quindi, subiscono una quantità di fattori di rischio, dall'alto tasso di abbandono scolastico alla disoccupazione giovanile, alla più alta probabilità di crescere in un ambiente familiare difficile (un aspetto che coinvolge la scarsa scolarità dei genitori, la povertà, il coinvolgimento degli adulti in attività illecite). Al nord i bambini sono oggettivamente meno esposti a questo genere di rischi¹⁵.

L'etica e la povertà minorile

Inevitabilmente, le disparità sociali sollevano questioni etiche. In particolare, risulta urgente affrontare la necessità di migliorare il dato relativo alla salute, in un quadro etico nel quale tener conto dei diritti umani fondamentali dei bambini e della loro dignità di esseri umani¹⁶. Le disuguaglianze delle quali stiamo parlando nascono dalla privazione di diritti come quello all'istruzione, al lavoro,

all'accesso ai servizi sociali; disparità significa anche impoverimento della dignità, che è profondamente legata alla povertà¹⁷. Il benessere, ovviamente, non è solo una questione di denaro e di status economico (vale a dire reddito e prodotto interno lordo) ma anche di diritti e di opportunità sociali, inclusi quelli relativi alla salute¹⁸. Il diritto alla salute dei bambini deve sempre essere una priorità, non solo nei paesi in via di sviluppo, almeno fino a quando emergeranno disparità come quelle di cui stiamo parlando¹⁹.

Le vie d'uscita

Anche se il governo ha manifestato dubbi sugli effetti del reddito sulla salute, le disparità di reddito hanno il loro indubitabile effetto anche in un paese come l'Italia, dove la sanità e l'istruzione sono principalmente gratuite e pubbliche e lo stato prevede forme di sostegno per i disoccupati²⁰. La riduzione di disparità di reddito non solo richiama interventi di promozione dell'occupazione ma anche iniziative che possano ridurre il disagio materiale in modo più immediato (attraverso il potenziamento di servizi come l'istruzione, la sanità, i trasporti, i controlli ambientali, l'accesso a prodotti alimentari sani e di qualità, edilizia popolare, sicurezza sul lavoro). In più, le disparità sociali possono tradursi in sentimenti negativi diffusi (stress, risentimento, sfiducia), che si traducono in malattia attraverso meccanismi psico-neuro-endocrino-immunologici e comportamenti dettati da stress, come il fumo e abitu-



“ Dei 20,7 milioni di abitanti del Sud Italia 7,3 milioni sono di fatto poveri perché vivono con meno di 521 euro al mese ”

dini alimentari scorrette²¹⁻²³.

È necessario pianificare e monitorare con cura le iniziative miranti a soddisfare i bisogni fin qui illustrati. Affrontare queste disparità richiede la collaborazione tra governo, altre amministrazioni, imprese private e società civile a livello nazionale, regionale e locale²⁴. L'eguaglianza resta un obiettivo etico e socioeconomico sempre attuale che richiede la mobilitazione di capacità e risorse adeguate per assicurare (o almeno tentare di assicurare) un risulta-

to accettabile. Le buone intenzioni non bastano, soprattutto se manca una mentalità favorevole all'uguaglianza e se le cause sociali, culturali e politiche della disuguaglianza non vengono rimosse²⁵. Se i cambiamenti annunciati dalla politica non prendono in considerazione la dignità delle persone e si continua a trascurare i diritti, i bambini sono destinati a rimanere uno dei gruppi più marginalizzati della società^{26,27}.

Quali sono, quindi, le condizioni per contrastare la disuguaglianza nello stato di salute dei bambini? Qualunque iniziativa dovrà tener conto della necessità di mettere in campo adeguate risorse finanziarie, umane, organizzative. Un punto di partenza irrinunciabile è il monitoraggio puntuale delle condizioni di salute, non solo prendendo a riferimento i livelli medi nazionali, ma anche indagini che facciano emergere le differenze all'interno di singole categorie socioeconomiche e geografiche, secondo metodi e indicatori riconosciuti a livello interna-

zionale⁵. Simili analisi devono essere prodotte e impiegate dagli amministratori locali e nazionali per fissare e perseguire obiettivi miranti al miglioramento delle condizioni di salute dei bambini²⁸.

Purtroppo il recente Programma sanitario nazionale in Italia (relativo agli anni 2003-2005; <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>) non prende in considerazione le ampie e inaccettabili differenze nella sanità pediatrica tra regione e regione. Non si fa cenno alla necessità di migliorare la disponibilità di strutture sanitarie o alla qualità dell'assistenza per quanto riguarda la sanità perinatale o gli ospedali pediatrici. Analogamente, la nuova riforma scolastica (<http://www.istruzione.it/normativa/2004/schemadec210504.shtml>) cita solo per principi generali i diritti e i doveri e ignora la drammatica realtà dell'abbandono scolastico del sud. Da ciò risulta che un approccio da ordinaria amministrazione, basato sulle medie nazionali piuttosto che sulle esigenze del territorio e assistito da risorse inadeguate, possa solo approfondire il fossato delle differenze piuttosto che appianarlo.

Conclusioni

La storia recente delle iniziative europee di contrasto alle forme di

Conclusioni

La storia recente delle iniziative europee di contrasto alle forme di



disuguaglianza relative alla salute è stata adeguatamente descritta²⁹⁻³⁴. Per esempio, la Rete europea per gli interventi e le politiche di riduzione delle disparità nelle condizioni di salute ha recentemente analizzato le politiche messe in campo in diversi paesi europei tra il 1990 e il 2001²⁹. A confronto con gli altri paesi europei, l'atteggiamento italiano rispetto alla salute dei bambini non risulta incoraggiante. In un paese con una popolazione che invecchia rapidamente e caratterizzato da un crescente divario tra le diverse regioni, lo sviluppo di programmi per la salute pubblica centrati sul monitoraggio e il miglioramento del benessere dei bambini dovrebbe essere una sfida prioritaria per tutti. Oltre a ciò, organizzare occasioni di scambio e di studio internazionali dedicate alla salute dei bambini può contribuire a migliorare la competenza degli operatori. ■

Note

¹ Italiana C, Zancan FE (2004) Vuoti a perdere - Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta. Milano: Feltrinelli.

² Istituto Nazionale di Statistica (2005) La povertà relativa in Italia nel 2003. <http://www.istat.it> (visitato il 2 settembre 2005).

³ Bonati M, Campi R (2005) Nascere e crescere oggi in Italia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

⁴ Eurostat (2004) The social situation in the European Union. http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2004/oct/socsit_2004_en.pdf (visitato il 2 settembre 2005).

⁵ United Nations International Children's Emergency Fund (2000) Child poverty in rich nations: Innocenti report card no. 1. Florence: United Nations International Children's Emergency Fund.

⁶ United Nations International Children's Emergency Fund (2005) Child poverty in rich countries: Innocenti report card no. 6. Florence: United Nations International Children's Emergency Fund.

⁷ Macinko JA, Starfi eld B (2002) Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 1: 1.

⁸ Sachs JD, McArthur JW (2005) The Millenium Project: A plan for meeting the Millenium Development Goals. *Lancet* 365: 347-353.

⁹ Bonati M, Bosetti C, Ferraro R, Miglio D, Sanvito E, et al. (1997) The southern Italy neonatal intensive care units network: Very low birth-weight outcomes for 1994. *J Epidemiol Biostat* 2: 171-178.

¹⁰ Campi R, Bonati M (2000) Diseguaglianza di mortalità infantile in Italia. *Prospettive Sociali Sanitarie* 219: 6-9.

¹¹ Ministero della Salute (2001) Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia. <http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/206/documento.pdf> (visitato il 2 settembre 2005).

¹² Ciofi Degli Atti ML, Rota MC, Bella A, Salmaso S, ICONA Study Group (2004) Do changes in policy affect vaccine coverage levels? Results of a national study to evaluate childhood vaccination coverage and reasons for missed vaccination in Italy. *Vaccine* 22: 4351-4357.

¹³ Ministero della Salute (2005) Campagna straordinaria MRP. <http://www.ministerosalute.it/servizio/campagna.jsp?idarc=9> (visitato il 2 settembre 2005).

tembre 2005).

¹⁴ Istituto Nazionale di Statistica (2004) Rapporto annuale 2004: Dati statistici. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.istat.it/dati/catalogo/rapporto2004/dati.htm> (visitato il 2 settembre 2005).

¹⁵ Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (2004) Indagine campionaria sulla dispersione scolastica nelle scuole statali elementari e medie Anno scolastico 2002-2003. <http://www.istruzione.it/mpi/publicazioni/2004/dispersione04.shtml> (visitato il 2 settembre 2005).

¹⁶ Horton R (2004) Rediscovering human dignity. *Lancet* 364: 1081-1085.

¹⁷ Schuffan C (2003) Poverty and inequity in the era of globalization: Our need to change and to reconceptualize. *Int J Equity Health* 2: 1-7.

¹⁸ Ruger JP (2004) Ethics of the social determinants of health. *Lancet* 364: 1092-1097.

¹⁹ Waterston T (2003) Inequity in child health as a global issue. *Pediatrics* 112: 739-741.

²⁰ Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, et al. (2004) [Inequalities in health in Italy.] *Epidemiol Prev* 28(Suppl 3): 1-161.



Laboratorio per la salute materno-infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

Il principale obiettivo è contribuire al miglioramento del benessere della madre e del bambino mediante un lavoro interdisciplinare e collettivo nell'ambito della Salute Pubblica. Quattro le aree di ricerca: il monitoraggio e la valutazione epidemiologica dell'uso razionale dei farmaci e dei vaccini; la ricerca nella pratica ospedaliera e nelle cure

primarie; lo studio delle variabili sociosanitarie associate alle condizioni di salute dei bambini; il trasferimento dell'informazione alla comunità.



Public Library of Science (PLOS) Associazione di scienziati senza scopo di lucro nata con l'obiettivo di fare del sapere scientifico un bene pubblico accessibile. Le pubblicazioni sono curate da professionisti dell'editoria scientifica secondo i più alti standard editoriali ma, a differenza delle pubblicazioni scientifiche tradizionali,

circolano gratuitamente e possono essere riprodotte liberamente alla sola condizione che vengano citati correttamente gli autori.



Modus vivendi Mensile di scienza, natura e stili di vita Dal 1997 sperimenta un giornalismo divulgativo e appassionato. Si rivolge al pubblico più vasto trattando argomenti specifici, dalle scienze naturali a quelle sociali. A partire dal

2005 ha dato vita all'inserto "Ecolavoro - professioni per l'ambiente", una rassegna di annunci di lavoro nel pianeta dell'economia "verde".

²¹ De Vogli R, Ministry R, Gnesotto R, Cornia A (2005) Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries. *J Epidemiol Community Health* 59: 158-162.

²² Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS (2000) Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 320: 1200-1204.

²³ Costello A, White H (2001) Reducing global inequalities in child health. *Arch Dis Child* 84: 98-102.

²⁴ Oliver A, Healey A, Le Grand J (2002) Addressing health inequalities. *Lancet* 360: 565-567.

²⁵ Berlinguer G (2004) Bioethics, health, and inequality. *Lancet* 364: 1086-1091.

²⁶ Spencer N (2003) Social, economic, and political determinants of child health. *Pediatrics* 112: 704-706.

²⁷ Wagstaff A (2003) Child health on a dollar a day: Some tentative cross-country comparisons. *Soc Sci Med* 57: 1529-1538.

²⁸ Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Abellan JJ, Carda C (2004) Assessing the social class of children from parental information to study possible social inequalities in health outcomes. *Ann Epidemiol* 14:

378-384.

²⁹ Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health (2003) Tackling socioeconomic inequalities in health: Analysis of European experiences. *Lancet* 362: 1409-1414.

³⁰ Doran T, Drever F, Whitehead M (2005) Is there a north-south divide in social class inequalities in health in Great Britain? Cross sectional study using data the 2001 census. *BMJ* 328: 1043-1045.

³¹ Graham H, Power C (2004) Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on life course research. *Child Care Health Dev* 30: 671-678.

³² Waterston T, Alperstein G, Stewart Brown S (2004) Social capital: A key factor in child health inequalities. *Arch Dis Child* 89: 456-459.

³³ West P, Sweeting H (2004) Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Soc Sci Med* 59: 13-27.

³⁴ Garcia-Gil C, Cruz-Rojo C, Alvarez-Giron M, Solano-Pares A (2004) Health inequalities in Seville, Spain: Use of indicators of social deprivation and mortality in small areas. *Public Health* 118: 11-20.

MODUS *vivendi*

mensile di scienza natura e stili di vita
suppl. al n. 8 anno xv • Settembre 2005

Diretto da **Marco Gisotti & Alberto Zocchi**
Garante del lettore **Fulco Pratesi**
Redazione: **Stefania Marra** (caporedattrice),
Rosamaria Mutarelli, Gaetano Prisciandelli
Segreteria di redazione **Anna Semproni**

Hanno collaborato **Maurizio Bonati e Rita Campi**.

Referenze fotografiche, cartografiche e illustrazioni
L. Mondino (responsabile), **Iberpress, M. Boccia, Panda Photo, Silca, Agenzia Sintesi, Olympia, Modus**. Per tutte le immagini per le quali l'editore non sia pervenuto ai diretti titolari del copyright, l'Editoriale Eco si dichiara disponibile a regolare eventuali legittime spettanze.

Progetto grafico, illustrazione, cartografia e impaginazione: **SAGP** srl, via Nomentana 175 - 00161 Roma. Ad: **Silvio Capponi** - Impag.: **Cristina Povoledo**

Stampa: **Union Printing** spa, ss Cassia nord, km 8 -Vt

Stampato su carta riciclata **E.2000**

Editore: **Editoriale ECO** società coop. giornalistica via Castelfidardo 26, 00187 Roma
Direttore responsabile: **Marco Gisotti**
Registrazione Tribunale di Roma n.296 del 10/05/1991

Distribuzione: **Cdm srl - centro diffusione media**, viale Don Pasquino Borghi, 172 - 00144 Roma

Redazione di **Modus vivendi**: Castelfidardo 26, 00185 Roma, a disposizione dei lettori lunedì-venerdì, tel. 06.99704200 fax 06.42016099 - e-mail: redazione@modusvivendi.it

Pubblicità: **Domenico Maddaloni**
tel. 339.4939595 e-mail: domenico.maddaloni@fastwebnet.it

Abbonamenti: 1 anno (11 numeri) 25 euro sul c/c postale n. 88864004 intestato a Editoriale Eco, via Castelfidardo 26 • 00185 Roma oppure: sul c/c bancario n. 1371/13 Banca del Credito Cooperativo di Roma ag. 21, Cab 03221, Abi 08327, Cin X, via dei Gigli d'Oro 17, Roma intestato a Editoriale Eco, via Castelfidardo 26 • 00185 Roma, (specificare nella causale con precisione il proprio indirizzo)

Arretrati: Richiederli a Modus vivendi, tel. 06.99704200, inviando anticipatamente l'importo, pari al doppio del prezzo di copertina. La disponibilità di copie arretrate è limitata, salvo numeri esauriti. Non si effettuano spedizioni in contrassegno.

Modus vivendi è associato all'Uspi

Garanzia di riservatezza per gli abbonati. L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto delle norme previste dal D.LGS 196/2003. Il trattamento viene svolto elettronicamente esclusivamente ai fini della gestione degli abbonamenti e per la promozione di attività e prodotti gestiti dall'editoriale Eco Soc. Coop. Ai sensi degli articoli 7, 8, 9 del citato decreto gli interessati possono in ogni momento esercitare i loro diritti rivolgendosi direttamente a: Editoriale Eco Soc. coop. giornalistica editrice - Via Castelfidardo 26 - 00185 Roma c.a. Responsabile dati personali

In copertina foto di Gentile/Ag. Sintesi

Chiuso in redazione lunedì 5 settembre 2005



www.plos.org