

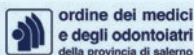


**A.N.I.Ma.S.S. - ODV -**

Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjögren

# **Conoscere la Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica per curarla**

*Se conosciamo i diversi sintomi dolorosi  
possiamo avere il sospetto diagnostico  
di una complessa patologia degenerativa  
rara e invisibile*



ordine dei medici  
e degli odontoiatri  
della provincia di salerno



# Sindrome di Sjögren e sue complicanze

## LA PATOLOGIA

La **Sindrome di Sjögren (SS)** è una malattia autoimmune, sistemica e degenerativa, caratterizzata da infiltrazione linfocitaria delle ghiandole esocrine con conseguente xerostomia e xeroftalmia. Si

La **Sindrome di Sjögren Primaria** determina un danno a carico delle ghiandole esocrine, ma può causare anche manifestazioni extraghiandolari, tra cui soprattutto artriti ed è tra le malattie autoimmuni quella col più alto rischio di linfoproliferazioni (44 volte superiore alla popolazione normale), e può degenerare in linfoma con una mortalità del 5/8%.

distingue **una forma Primaria**, in cui vengono colpiti occhi e bocca; nella

**forma Primaria Sistemica** possono essere aggrediti stomaco, fegato, reni, cuore, pelle, organi genitali, esofago, pancreas, polmoni e intestino. Inoltre l'apparato osteo-articolare, cardiovascolare, polmonare e coinvolto il sistema nervoso centrale e periferico; e **una forma**

**Secondaria** se associata ad altre malattie immunomediate, per esempio l'artrite reumatoide (AR), il lupus eritematoso sistemico (LES) o la sclerosi sistemica.

La **Sindrome di Sjögren**, inoltre, può potenzialmente interessare qualunque organo e apparato con manifestazioni cliniche pleiomorfe.

## EPIDEMIOLOGIA E PATOGENESI

La **Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica** colpisce soprattutto le donne (9 a 1) e può colpire qualsiasi persona di qualsiasi età con due picchi di incidenza da 20 a 30 anni e durante la menopausa (40-50 anni). Colpisce inoltre anche la fascia pediatrica. Ha una prevalenza secondo il report epidemiologico nazionale sulla Sindrome di Sjögren Primaria di 3.8 malati ogni 10.000 abitanti in Italia. La forma Sistemica è ancora più rara. La malattia ha una predisposizione genetica e quando subentrano fattori virali, fattori batterici, ormonali o ambientali, la risposta immunitaria viene alterata e i linfociti, come impazziti, si rivolgono contro l'organismo stesso. Essa è rara e per la sua gravità e complessità necessita di essere inserita nei LEA.

## SINTOMI

La **Sindrome di Sjögren** è difficile da diagnosticare perché può essere confusa con altre patologie ed è poco conosciuta anche per la complessità dei sintomi: **secchezza oculare** (xerofalimia) da almeno 3 mesi; **sensazioni ricorrenti di sabbia negli occhi, bruciore, fotofobia**; frequenti infezioni e disagio come **congiuntiviti e blefariti**; **secchezza orale** (xerostomia), ulcere e afte nella bocca e nel cavo orale che creano difficoltà nell'alimentarsi e nel deglutire e forti danni alle gengive e ai denti con carie; **secchezza della pelle** con dermatiti allergiche, atopiche, desquamazione, ulcere e porpora; **secchezza vaginale** con vaginiti e ulcere; **secchezza dell'esofago**; **secchezza del naso, orecchie**; **dolori osteo-articolari**; **dolori cranici con manifestazioni dolorose del trigemino**; **dolori neurologici**; **dolori muscolari**; **difficoltà digestive**; **colon irritabile**; **dolori agli arti estremi con fenomeno di Raynaud**.

## **SUGGERIMENTI PER ALLEVIARE I SINTOMI**

1. **Aumentare il livello di umidità dell'aria con un umidificatore.**
2. **Utilizzare occhiali protettivi quando c'è vento o luce intensa.**
3. **Applicare impacchi caldi sulle palpebre e lavare i bordi con lozioni idonee a stabilizzare la componente lipidica delle lacrime.**
4. **Fare delle pause frequenti durante la lettura, l'uso del computer o TV e utilizzare colliri per equilibrare la deumidificazione oculare.**
5. **Cercare di smettere di fumare.**
6. **Bere più acqua.**
7. **Se ha la bocca asciutta, curare particolarmente l'igiene orale lavando i denti dopo ogni pasto e utilizzare un collutorio antisettico; se necessario si può anche usare saliva artificiale spray, consultare più frequentemente il dentista.**
8. **Per ovviare alla secchezza vaginale si possono usare gel lubrificanti o saponi neutri.**

## CONSIGLI UTILI

Molti farmaci riducono la produzione di lacrime: antidepressivi, antipertensivi (betabloccanti o diuretici), ansiolitici, antistaminici, antiparkinsoniani, anticolinergici, analgesici, contraccettivi orali, tranquillanti: assumendone qualcuno parlarne con il medico. Essendo la **Sindrome di Sjögren Primaria**, una malattia sistemica dove può spesso essere coinvolto l'apparato gastro-intestinale, è consigliabile una alimentazione corretta ed equilibrata a base di frutta, verdura e cercando di evitare grassi animali, fritture e le spezie che potrebbero irritare le mucose. Ogni persona poi adatterà l'alimentazione alle sue esigenze personali e alle risposte del suo organismo e in base anche alle eventuali allergie o intolleranze che si manifesteranno in corso di SSP.

## DIAGNOSI

Per la **Sindrome di Sjögren** non esistono criteri diagnostici definiti, ma solo diversi criteri classificativi. Recentemente l'American-European Consensus Group ha elaborato una serie di criteri classificativi che risultano quelli più impiegati allo stato attuale (tabella 1).

### **Tabella 1 - CRITERI CLASSIFICATIVI EUROPEO-AMERICANI per la Sindrome di Sjögren\***

**I. Sintomi oculari:** una risposta positiva ad almeno una delle seguenti domande:

1. Ha una sensazione giornaliera e fastidiosa di secchezza oculare da almeno 3 mesi?
2. Ha una sensazione ricorrente di sabbia negli occhi?
3. Fa uso di colliri più di 3 volte al giorno?

**II. Sintomi orali:** una risposta positiva ad almeno una delle seguenti domande:

1. Ha una sensazione giornaliera di secchezza da almeno 3 mesi?
2. Ha avuto in età adulta episodi ricorrenti e persistenti di tumefazione delle ghiandole salivari?
3. È costretto a bere frequentemente quando mangia cibi secchi?

**III. Segni oculari:** evidenza di impegno oculare documentato dalla positività di almeno uno dei seguenti test:

1. Test di Schirmer I (<5 mm in 5 min)
2. Test di Rosa Bengala (score >4 secondo van Bijsterveld)

**IV. Istopatologia:** un focus score > 1 nelle ghiandole salivari minori

**V. Impegno delle ghiandole salivari:** evidenza di impegno delle ghiandole salivari documentato dalla positività di almeno uno dei seguenti test:

1. Scintigrafia salivare
2. Scialografia parotidea
3. Flusso salivare non stimolato (<1,5 ml in 15 min)

**VI. Autoanticorpi:** presenza nel siero dei seguenti autoanticorpi:

Anti-Ro (SSA) e/o Anti-La (SSB)

Note: \* sensibilità 96,1% specificità 94,2%

## **MANIFESTAZIONI CLINICHE**

I sintomi cardine sono rappresentati dalla xerostomia e dalla xeroftalmia, che in molti pazienti sono associati a un'estensione della "sindrome secca" alle altre ghiandole esocrine: della mucosa vaginale con dispareunia, delle vie respiratorie con conseguente xerotrachea, del tratto gastrointestinale con atrofia della mucosa dell'esofago, dello stomaco e del colon. Le manifestazioni extra-ghiandolari si riscontrano in circa un terzo dei pazienti (tabella 2).

**Tabella 2 - PRINCIPALI MANIFESTAZIONI EXTRAGHIANDOLARI IN CORSO DI SS**

<i>Manifestazioni</i>	<i>%</i>
1. Artralgie / Artriti	60-70
2. Fenomeno di Raynaud	35-40
3. Linfadenopatia	15-20
4. Coinvolgimento polmonare	10-20
5. Coinvolgimento renale	10-15
6. Vasculite	5-10
7. Coinvolgimento epatico	5-10
8. Linfoma	5-8
9. Neuropatie periferiche	2-5
10. Miosite	1-2

Artriti possono colpire il 60/70% dei pazienti affetti da **SS Primaria Sistemica**. Hanno caratteristiche simili a quella dell'AR anche se l'artrite non è erosiva. L'interessamento polmonare è stato recentemente descritto in numerosi studi clinici e sembrerebbe riguardare più la componente bronchiale e bronchiolare che l'interstizio; non mancano situazioni di gravità respiratoria in soggetti che vengono curati con chemioterapici, la vasculite interessa in genere i piccoli vasi e determina una porpora palpabile, in associazione o meno con una crioglobulinemia. Più raramente si può avere una vasculite dei vasi di medio calibro o fenomeni di trombosi venosa e arteriosa. Altre manifestazioni cutanee possono consistere in pelle disidratata con desquamazione, dermatiti atopiche, ulcere, porpora, alopecia, vitiligine e linfoma cutaneo.

## **COMPLICANZE RENALI NELLA SINDROME DI SJÖGREN\***

Il coinvolgimento renale si riscontra in una percentuale variabile di pazienti che va dal 16 al 67%. Diverse ragioni possono spiegare questa discrepanza. La prima è che solo piccoli

\* Contributo del Prof. Giambattista Capasso, Direttore di Nefrologia, Policlinico di Napoli.

gruppi di pazienti con Sindrome di Sjögren sono stati studiati in relazione al coinvolgimento renale. La seconda riguarda la mancanza di criteri ben definiti e comunemente accettati per la diagnosi di **Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica**. Astenia, debolezza muscolare associati a ipopotassiemia ed acidosi metabolica, storia di coliche renali con nefrocalcinosi, poliuria, insufficienza renale e/o anomalie urinarie sono i sintomi che più frequentemente potrebbero condurre un paziente affetto da Sindrome di Sjögren all'attenzione del nefrologo. Tali manifestazioni, nella maggior parte dei casi, conseguono a difetti della funzione tubulare, che trovano il rispettivo equivalente istologico nel quadro di nefrite tubulo-interstiziale cronica che può determinare acidosi tubulare. Sicuramente più raro e tardivo, ma comunque contemplato, è il coinvolgimento glomerulare. È stato inoltre riportato un singolo caso di amiloidosi secondaria (AA) associata a sindrome nefrosica ed insufficienza renale in paziente con Sindrome di Sjögren di lunga durata. I corticosteroidi rappresentano un pilastro nel trattamento della nefrite tubulo-interstiziale in associazione a supplementazione di bicarbonati o elettroliti; l'approccio con terapie immunosoppressive alternative è condizionato soprattutto dal reperto riscontrato alla biopsia renale.

## **L'IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE DELLE PERSONE CON SINDROME DI SJÖGREN PRIMARIA**

La Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento dell'Università di Verona, insieme alla UOC di Psicosomatica e Psicologia Medica dell'AOUI di Verona, ha condotto uno studio che ha coinvolto i soci dell'Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjögren - A.N.I.Ma.S.S. ODV, che ha anche finanziato lo studio. L'obiettivo dello studio era quello di valutare quale fosse l'impatto della Sindrome di Sjögren

Primaria Sistemica (pSS) sulla qualità della vita e in che modo i sintomi della patologia incidano sul benessere mentale delle persone colpite.

Il campione è stato valutato attraverso la piattaforma online Lime-Survey (<https://www.limesurvey.org/>).

Lime-Survey è un sistema affidabile che garantisce la protezione e la riservatezza dei dati.

Ai pazienti soci A.N.I.Ma.S.S. ODV è stato chiesto di rispondere ad un questionario informativo di base per raccogliere i dati sociodemografici e la storia clinica (durata della malattia, specialista che ha sospettato per primo della presenza della Sindrome di Sjögren, specialista che ha diagnosticato la Sindrome).

I sintomi della depressione e dell'ansia sono stati valutati attraverso la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; Annunziata et al., 2011), un questionario di autovalutazione composto da sette item per i sintomi d'ansia e sette item per i sintomi depressivi. Mentre, lo Short Form-36 Health Survey (SF-36) (Brazier et al., 1992; Apolone, 1997) è stato usato per misurare la

**In  
conclusione:  
tutti i sintomi  
esposti: secchezza  
oculare, secchezza orale,  
secchezza della pelle,  
secchezza vaginale, colon  
irritabile con le conseguenti  
sintomatologie dolorose e  
spesso con l'associazione  
di altre malattie autoimmuni  
o con il coinvolgimento  
dell'apparato osteo-articolare,  
gastrointestinale e del  
morbo di Raynaud finiscono  
con il creare oltre ad una  
sofferenza fisica cronica un  
disagio profondo psichico  
con manifestazioni  
ansiose, depressive e  
con attacchi di panico  
e difficoltà di  
relazione con  
gli altri.**

qualità della vita. Si tratta di un questionario composto da 36 item raggruppati nei seguenti otto domini: 1) Funzionamento fisico, 2) Ruolo-fisico, 3) Dolore corporeo, 4) Salute generale, 5) Vitalità, 6) Funzionamento sociale, 7) Ruolo-emotivo, 8) Salute mentale. Un totale di 216 donne con pSS hanno completato il sondaggio. L'età media delle pazienti era di 54 anni ed è interessante notare come il 22% circa è costituito da persone tra i 25 ed i 44 anni. La durata media della malattia era di 14 anni e mezzo. Di solito, un reumatologo, un immunologo o un internista (82%) diagnostica la pSS, ma solo nel 40% dei casi questi specialisti hanno il primo sospetto diagnostico (Tabella 1).

**Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle donne con pSS (n = 216).**

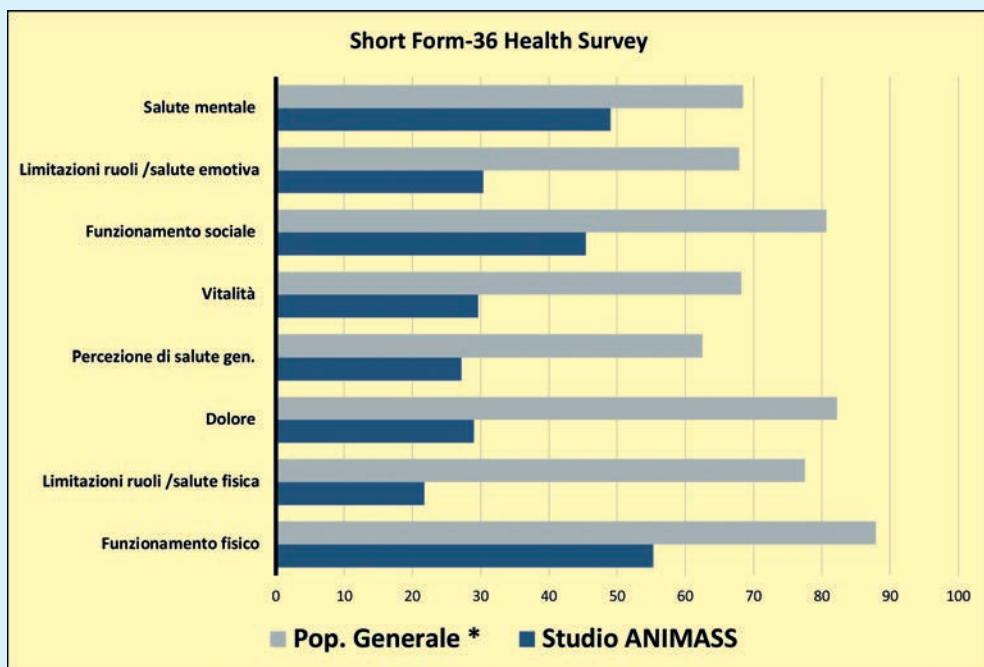
Età (anni)	N	%
18-24	1	0.5
25-44	47	21.8
45-64	128	59.3
65+	40	18.5
<b>Durata della malattia</b> (anni con la pSS)		
<10	113	52.3
≥10	103	47.7
<b>Specialista che ha diagnosticato la pSS</b>		
Reumatologo, Immunologo, Internista	170	82.1
Altri specialisti *	28	13.5
Oculista	8	3.9
Paziente stesso	1	0.5
<b>Specialista che ha avuto il sospetto diagnostico</b>		
Reumatologo, Immunologo, Internista	86	40.4
Altri specialisti **	52	24.4
Oculista	29	13.6
Medico di medicina generale	16	7.5
Otorinolaringoiatra	10	4.7
Ematologo	9	4.2
Paziente stesso	8	3.8
Figure non sanitarie	3	1.4

\*Ematologo, endocrinologo, otorinolaringoiatra, allergologo, chirurgo maxillo-facciale, epatologo, gastroenterologo, neurologo, neurochirurgo, cardiologo, fisiatra, medico generico, infettivologo, traumatologo, pneumologo.

## QUALITÀ DELLA VITA

Le pazienti con pSS hanno mostrato un punteggio molto basso in tutti gli otto domini dell'SF-36 che ha misurato la qualità della vita correlata alla salute. I valori più alti sono quelli relativi al funzionamento fisico ( $55,32 \pm 24,86$ ), seguiti da salute mentale ( $49,06 \pm 18,71$ ) e funzionamento sociale ( $45,43 \pm 22,97$ ), mentre quelli più bassi sono quelli relativi alle limitazioni dovute a problemi fisici ( $21,76 \pm 33,25$ ), seguiti dal dominio della salute generale ( $27,17 \pm 15,82$ ). Se si confrontano questi dati con i valori medi di riferimento della popolazione generale italiana (Figura 1), si vede come la qualità della vita sia ridotta in maniera drammatica dalla Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica.

**Figura 1. La Qualità della Vita nei pazienti con pSS confrontata con la popolazione generale italiana.**

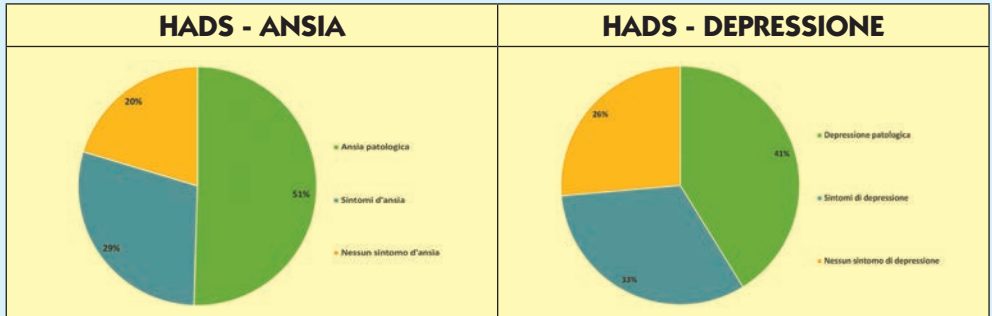


\* Apolone e Mosconi, 1998

## ANSIA E DEPRESSIONE

Le risposte alla HADS (Figura 2) hanno rivelato un livello patologico di ansia in circa il 50% delle pazienti che hanno risposto al questionario e di depressione nel 41%.

**Figura 2. Ansia e depressione nei pazienti con pSS**



## CONCLUSIONI

Come riportato nella sezione risultati, la maggior parte di coloro che diagnosticano e/o sospettano la diagnosi della pSS sono reumatologi, immunologi e internisti. Tuttavia, non sono gli unici; infatti, spesso arriva alla diagnosi, o ha il sospetto, un'altra figura professionale a cui il paziente si è rivolto per un sintomo difficile da inquadrare in una categoria diagnostica precisa. Questa elevata eterogeneità dei professionisti potrebbe essere spiegata dalla sintomatologia multiorgano che produce una latenza nel giungere alla diagnosi definitiva se non c'è una adeguata formazione sulla pSS (Goules et al., 2014; Shiboski et al., 2016; Vitali et al., 2002).

I nostri dati hanno rivelato una bassa qualità della vita e alti punteggi di ansia e depressione nei pazienti con pSS, che è coerente con altri studi italiani (Morreale et al., 2014; Priori et al., 2015). Ciò è anche in linea con una revisione sistematica e meta-analisi della letteratura internazionale che ha mostrato che i pazienti con pSS avevano una peggiore qualità della vita e un livello più elevato di ansia e depressione rispetto ai controlli sani (Al-Ezzi et al., 2016). Se si confronta la qualità della vita delle pazienti

con pSS con quella della popolazione italiana sana (Apolone & Mosconi, 1998) si comprende quanto questa patologia sia grave ed invalidante. In tutte le dimensioni, i risultati del gruppo con pSS mostrano una qualità della vita ridotta almeno del 50% e, in alcune dimensioni come il dolore e le limitazioni funzionali, la riduzione è a un terzo.

Inoltre, i nostri risultati hanno mostrato una correlazione negativa tra qualità della vita (SF-36) e ansia e depressione (HADS), il che significa che il declino della qualità della vita è significativamente correlato all'ansia e alla depressione. L'ansia e la depressione esercitano un effetto negativo non solo nella dimensione psicologica ma anche in quella fisica. Pertanto, la diagnosi precoce e l'intervento adeguato per i sintomi di ansia e depressione nei pazienti con pSS sono importanti per migliorare la loro qualità di vita. Inoltre, per la maggior parte delle pazienti con pSS, la Sindrome esordisce durante il periodo peri-menopausale quando già le donne possono sperimentare sbalzi d'umore ed ansia e si trovano di fronte a un importante cambiamento di vita (Liu et al., 2017).

Nell'approccio alle donne con pSS, è necessario tenere presenti non solo i problemi legati alle funzioni e agli organi ma anche gli aspetti psicologici, relazionali e familiari dell'individuo che, come abbiamo osservato, interagiscono con gli altri e possono influire sull'evoluzione ed il decorso della malattia. Dovrebbe quindi essere prioritario stabilire una collaborazione tra diversi specialisti, inclusi anche i professionisti della salute mentale (psichiatra, psicologo, assistente sociale, terapisti della riabilitazione psichiatrica) per una presa in carico integrata dei pazienti. Le singole figure professionali dovrebbero avere una visione che non sia limitata alla propria area di competenza, perché solo un approccio integrato consentirà di ottenere un ottimo risultato terapeutico e ridurre gli effetti della malattia sulla qualità della vita dei pazienti.

Il Dipartimento ha ricevuto un contributo di 4.000 € dall'Associazione A.N.I.Ma.S.S. ODV per la realizzazione di questo studio. Si ringrazia l'Associazione e i soci che hanno partecipato.

Francesco Amaddeo, Eleonora Prina, Federico Tedeschi -Sezione di Psichiatria, Dipart. di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona- UOC di Psicomatica e Psicologia Medica, AOUI di Verona

## INTERESSAMENTO GASTROENTEROLOGICO

**A causa di continui malesseri il malato rischia di perdere anche il lavoro, essendo spesso in malattia trattandosi di una patologia molto invalidante, sistemica e degenerativa. A ciò va aggiunto che non ci sono farmaci specifici in quanto non c'è ricerca di base ma solo palliativi con forti controindicazioni ed effetti collaterali. Ne deriva che la qualità di vita delle persone colpite dalla Sindrome di Sjögren è molto scadente.**

A livello gastroenterologico è ampiamente documentata una associazione con la cirrosi biliare primitiva ed è descritta una maggiore prevalenza di malattia celiaca rispetto alla popolazione generale; si può riscontrare intolleranza al glutine, al lattosio e allergia al nichel; si può avere inoltre, atrofia della mucosa gastro-esofagea secondaria a deficit secretivo; con interessamento del colon che risulta in molti pazienti irritable. I pazienti con **SS Primaria Sistemica** hanno un elevato rischio di sviluppare una linfoproliferazione maligna con un rischio relativo pari a circa 44 volte.

La forma istologica più frequente è il linfoma della zona marginale a cellule B che può svilupparsi sia a livello d'organi linfatici che a livello extralinfatico. Una neuropatia periferica può coinvolgere sia i nervi cranici, soprattutto il trigemino, che i nervi periferici con una neuropatia sensitiva. Infine, mentre il riscontro di mialgie è un evento molto frequente, la presenza di una vera e propria polimiosite rappresenta un evento possibile ma non frequentissimo. C'è anche il coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare, nonchè il rischio di arteriosclerosi. La **SS Primaria** è una malattia auto-immunitaria sistemica che condivide molti aspetti con LES, quali positività per anticorpi

antinucleo, ipergamma-globulinemia, leucopenia, fenomeno di Raynaud, sierosite, poliartrite non erosiva. La **SS** ricorda anche l'artrite reumatoide, non solo per l'elevata prevalenza di fattore reumatoide circolante, ma anche perché entrambe le condizioni sono caratterizzate da interessamento flogistico cronico, articolare nell'AR e alle ghiandole a secrezione esocrina nella **SS**.

La **SS Primaria Sistemica** quindi, rappresenta un interessante modello per valutare l'impatto delle patologie auto-immunitarie sui processi di arterosclerosi. Essa infatti colpisce generalmente giovani donne, scarsamente soggette all'influenza dei tradizionali fattori di rischio cardiovascolari; inoltre, la **SS** presenta spesso un decorso indolente, che richiede molto più di rado l'utilizzo della tradizionale terapia immunosoppressiva o corticosteroidica comunemente impiegata nelle altre patologie del connettivo; ciò consente di valutare con maggiore sicurezza il contributo dato dall'infiammazione cronica e/o dalla disregolazione autoimmunitaria nel determinismo della arterosclerosi, indipendentemente da altri fattori confondenti.

Questo opuscolo ha lo scopo di informare le persone con la malattia e i loro familiari. Inoltre vuole informare e sensibilizzare medici, operatori sanitari e paramedici affinché, considerata la rarità della patologia, possano non solo riconoscere la malattia ma anche creare attorno al malato della **Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica** l'ambiente adatto per permettergli di vivere meglio, non sentirsi solo e accolto. L'**Associazione A.N.I.Ma.S.S. ODV** fondata il 18/04/2005 a Verona si prefigge di far conoscere la **Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica** e di tutelare le persone malate nel loro diritto alla salute (Art. 32 della Costituzione). Collabora e sensibilizza le istituzioni per la ricerca delle soluzioni idonee al più adeguato inserimento nella vita civile delle persone affette dalla **Sindrome di Sjögren Primaria Sistemica**, finanzia la ricerca e si batte per l'inserimento della patologia come rara nei LEA.

## Come puoi aiutarci?

Devolvendo il 5 per 1000 nel 730 o Cud alla nostra Associazione A.N.I.Ma.S.S. ricordandoti di aggiungere il nostro Codice Fiscale **93173540233** sotto "Organizzazioni di utilità sociale - ONLUS - ODV"

## Per tesseramento e donazioni

IBAN IT 87 L 05034 11711 0000 00008899  
intestato ad ANIMASS ODV  
presso Banca Popolare di Verona

**SCRIVICI UNA E-MAIL  
PER SAPERNE... DI PIÙ**



# **A.N.I.Ma.S.S.** - ODV -

**Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjögren**

**Presidente: Dott.ssa LUCIA MAROTTA**

*Sede operativa e legale:*

Via S. Chiara, 6 - 37129 VERONA

Tel. 045 9580027

[animass.sjogren2005@gmail.com](mailto:animass.sjogren2005@gmail.com)

[www.animass.org](http://www.animass.org)

