

Digest

DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE, NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA, IN CAMPANIA

CIRILLO G, BONATI M, CAMPI R, DECAMPORA E, SIANI P
Casalnuovo di Napoli: Phoebus Edizioni, 2007

Per la seconda volta, quest'anno, Digest sceglie l'avventura di "digerire" un libro, in omaggio a quei movimenti di rivisitazione delle dinamiche della pediatria, in particolare di quella italiana, che porteranno quasi inevitabilmente a un rinnovamento più o meno profondo della specialità; ma anche in omaggio al lavoro che da più di 10 anni, con costanza e assieme con originalità, il gruppo dell'ACP di Napoli persegue, in teoria e concretezza, nella propria Regione.

Il libro (libretto) ha una solida impostazione epidemiologica, e porta solidi numeri di rilevazione, in sostegno alle sue tesi. In un certo senso, a parte il suo particolarismo "campano", può essere considerato come un punto di riferimento per l'indagine di quello che non va e potrebbe (forse) essere corretto, nella cura dei bambini italiani. Ma questo delle disuguaglianze non è solo un problema italiano. Dal 1990 l'Unione Europea ha identificato l'indagine sulle differenze nella salute come una delle più grandi difficoltà da affrontare.

E vediamo le differenze, in Italia prima, in Campania dopo. Nel testo questo è espresso in tabelle particolareggiate, molto utili da consultare nei particolari, anche se qui in recensione non si potrà andare troppo per il sottile.

Copertura vaccinale (2003) per "obbligatorie" e "raccomandate": al primo posto la Valle d'Aosta, verso il 100% di copertura in tutti e due i segmenti, all'ultimo la Calabria, sul 90%, con una bassa copertura per Hib (64%), vicina a quella del Lazio (65%) e della Campania (70%) e abbastanza lontana dal resto d'Italia (> 90%). In Italia, la copertura più bassa si ha per morbillo (76,9%) e per pertosse (78,8%). Il gap campano per il morbillo, responsabile dell'epidemia 2002-2003, si è colmato. Il testo sottolinea le differenze geografiche in tema di offerte e di calendario vaccinale e quelle storiche di raggiungimento di buona copertura nelle diverse ASL campane; ma i risultati attuali sono, ci sembra, più che di soddisfacente omologazione.

Ricoveri ospedalieri < 14 anni per 1000 abitanti, 2003: si va dal 176,6% dell'Abruzzo e dal 145,3% della Lombardia all'88,6% della Venezia Giulia e al 72,7% della Valle d'Aosta (il 232,6% del Lazio e il 250,5% della Liguria debbono essere, crediamo, effetto del Bambin Gesù e del Gaslini). In Italia, comunque, si è ben alti quanto a numero di ricoveri, circa 3 volte che negli altri Stati europei: in media 148,3/1000 (in Campania 142), di cui 3/4 in regime ordinario e 1/4 in regime di DH, anche qui con molte differenze regionali, in genere poco DH dove c'è il tasso di ricoveri totale più elevato.

Nei diversi Distretti Sanitari della città di Napoli si osservano marcate differenze nei tassi di ricovero, e accettabili indicazioni di diversa appropriatezza/inappropriatezza, in funzione, naturalmente, della situazione socio-economica del contesto abitativo.

Ricorso al PS (2003): attorno al 20% in Italia e dappertutto, senza grandi squilibri.

Emigrazione sanitaria (2003): bassa (< 5%) per Sardegna e Sicilia (effetto mare?); molto alta per Molise, Basilicata e Valle d'Aosta (> 25%; piccolezza del territorio e vicinanza di grandi Regioni?). Per l'Italia, in media 6,2%, come per la Campania.

Mortalità infantile: 1000 (2002): squilibrio importante tra Sicilia (6,8) e Puglia (6) da una parte, con Umbria (1,5), Toscana (2,4) e FVG (2,5) dall'altra. Media italiana 4,3; Campania 4,9. Ai dati di mortalità infantile si allineano quelli di mortalità neonatale totale (Sicilia 5,3; Puglia 4,3; Umbria 1,3; Toscana 1,2; FVG 1,9; Italia 3,2; Campania 3,7) che sembrano indicare con molta chiarezza che le disparità riguardano prevalentemente se non esclusivamente il controllo e la gestione della gravidanza e del parto.

Questi sono i dati "bruti", al 2002-2003, per gli indicatori "forti". Considerando probabile una loro parziale correzione al 2008, dovremmo dire che gli squilibri all'interno del Paese ci sembrano contenuti e i valori medi accettabili (restando peraltro altissime e peculiari rispetto all'Europa le cifre di ospedalizzazione pediatrica).

Per gli *outcome* più deboli, e per le differenze di salute meno dure (dieta, maltrattamento, dispersione scolastica, obesità, abitudine al fumo, salute mentale, insufficiente protezione sanitaria), mancano cifre locali certe e interpretabili.

Tuttavia, il libro ci fornisce indicazioni della letteratura internazionale riguardanti le connessioni provate tra la salute e i suoi determinanti distali, essenzialmente socio-economici (reddito, istruzione, occupazione, rapporti sociali, capitale sociale, ambiente). A rischio di patologia psicosomatica, di malessere, di cronicità, sono i figli di immigrati, di single, di famiglie ricostruite, di disoccupati, di basso reddito, di basso livello di istruzione (variabili spesso concomitanti). Il capitale sociale, cioè la rete di conoscenza reciproca e di cooperazione spontanea, di valori condivisi (senso civico) all'interno di una comunità costituiscono un importante fattore di protezione. I determinanti distali della salute, come la povertà e il gap economico tra gruppi di popolazione, sono in crescita in Italia (le famiglie "povere" sono passate da 10,8% nel 2003 a 11,7% nel 2004) e al Sud molto più che al Nord (25-30% in meridione, 4-6% nell'Italia Nord-orientale; reddito disponibile pro capite in Campania 72% del reddito nazionale; tasso di occupazione, tra 25 e 29 anni, 62,2% mediamente in Italia; 42,2% a Benevento; 38,9% a Caserta; 35,8% a Napoli; 41,9% a Salerno; 48,3% ad Avellino).

Concomitantemente e parallelamente si modificano le determinanti prossimali, che sono poi le abitudini di salute; queste a loro volta potranno esitare in differenze di attesa di vita in età adulta, sempre con larghe differenze tra poveri e ricchi e tra Sud e Nord del Paese. Nessuna attività fisica per il 14% dei bambini e adolescenti del Sud, aumento del tabagismo, specie tra le ragazze, e del consumo di alcol, diminuito consumo di verdura e aumento del consumo di cibi proteici e grassi tra gli adolescenti, crescita dell'obesità (36% in Campania, 14,3% in Valle d'Aosta).

Il libro si conclude con una rassegna delle esperienze internazionali di intervento sulle fasce disagiate e sui loro effetti, misurabili, nel breve e nel lungo termine: reddito minimo alle donne in gravidanza, visite domiciliari per le giovani fa-

Digest

miglie in difficoltà (*Elmira Project*), programmi di nutrizione e buoni pasto (*Food Stamp Program*), interventi prescolari di apprendimento (*Highscoop*), sostegno alla genitorialità (*Bristol Program*; Programma Adozione Sociale-Sostegno Precoce alla Genitorialità, Napoli).

Commento

Il commento dovrà essere breve, e non solo per ragioni di spazio. Il libretto può illudere e deludere, ma anche aiutare. Sta a metà strada tra la ricerca epidemiologica sul campo e il pamphlet. È fortemente ideologico; molta parte del suo contenuto è nota e non recentissima (2004); tuttavia la visione "telescopica", dal macro al micro, della salute pediatrica in Italia e delle sue disuguaglianze, così come le indicazioni utili e il richiamo della pediatria a uno sforzo per la loro riduzione, restano ineludibili.

Una lettura meno ideologica ci porterebbe a dire che il bicchiere della nostra sanità è molto più pieno che vuoto, che la sanità fa (quasi) il suo dovere, e che spetterebbe all'economia e alla politica (e ai valori del "capitale umano" della nazione) colmare, nei limiti del possibile, le dolorose (ma ineliminabili) disuguaglianze. E che queste, in fondo, sono quasi inezie in confronto a quelle del mondo globale (di cui pure facciamo parte).

Ma una lettura più "aperta" ci dice che, comunque, la sanità può fare di più, e che i medici possono fare di meglio. Ci indica una strada, per dare un senso al nostro mestiere. Meglio di un tentativo di commento monco sarà forse opportuno recuperare alcune frasi della prefazione di GC. Biasini, che indicano, del messaggio, il significato e i limiti.

Se è vero che la povertà continua a essere la malattia più grave del mondo [...], ebbene allora i percorsi sociosanitari non possono mancare nella formazione del medico, di fami-

glia, di comunità o ospedaliero. [...] Un operatore della sanità ha il diritto-dovere di ricercare la possibilità e la speranza che il lavoro da lui iniziato [...] abbia una continuità, una possibile completezza di percorso rispetto alla persona [...], nei confronti della quale esercita la sua "missione". [...] Il problema non è tanto quello della falsificabilità del modello medico, ma del suo essere onnicomprensivo rispetto all'evento malattia della persona. [...] Ciò appare più evidente nelle fasce di utenza sanitaria più vicine al disagio sociale. [...] Ciò che colpisce di più del Sistema Sanità è che, se da una parte il sistema diagnostico che più si afferma è quello della multifattorialità, dall'altra l'organizzazione continua a essere costituita da compartimenti stagni che quasi mai condividono il progetto per il paziente. [...] Nel migliore dei casi la procedura consiste nella giustapposizione di interventi separati. [...] Il riflesso di questo frazionamento oggettivo del fare è la specializzazione dell'uomo [...], che si specchia in uno dei sistemi parziali dalla cui connessione scaturisce il prodotto nel quale è custodito il senso del fare. [...] L'organizzazione in rete è un sistema procedurale che sta trovando sempre più spazio [...], ma nella pratica il limite operativo si riscontra nella inutile egemonia del centro di eccellenza. [...] L'incoerenza di questa organizzazione è più vistosa nel Sud, dove il paziente [...] deve inventarsi da solo la continuità del percorso sanitario. [...] Vi sono casi di ricoveri inutili e ripetuti [...] che potrebbero essere evitati [...], se vi fosse una condivisione certa [...] di un progetto tra reparto ospedaliero, pediatra, operatore del Distretto, operatore del Servizio Sociale di zona. [...] Vi è necessità allora di un'organizzazione sistemica a rete [...], ma in una rete aperta, competente, coerente e umana. [...] L'operatore sanitario accanto a una formazione specifica [...] deve recuperare una formazione olistica [...].

Eccefera. Lo spazio è finito.

ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO E SVILUPPO DI SINTOMI ATOPICI

BREAST-FEEDING DURATION AND INFANT ATOPIC MANIFESTATION, BY MATERNAL ALLERGIC STATUS, IN THE FIRST 2 YEARS OF LIFE (KOALA STUDY)

SNIJDERS BE, THUIS C, DAGNELIE PC, ET AL.
J Pediatr 2007;151:347-51

SOLID FOOD INTRODUCTION IN RELATION TO ECZEMA: RESULTS FROM A FOUR-YEAR PROSPECTIVE BIRTH COHORT STUDY

FILIPAK B, ZUTAVERN A, KOLETZKO S, AT AL.; GINI-GROUP
J Pediatr 2007;151:352-8J

Alcuni recenti lavori ripropongono il tema della relazione tra alimentazione del bambino nel primo periodo di vita e sviluppo di sintomi atopici.

□ Il primo, uno studio di coorte pubblicato su *J Pediatr* e realizzato in Olanda, si è posto l'obiettivo di verificare il potenziale effetto dello stato allergico materno sulla relazione tra durata dell'allattamento materno e sviluppo di mani-

TIMING OF SOLID FOOD INTRODUCTION IN RELATION TO ECZEMA, ASTHMA, ALLERGIC RHINITIS, AND FOOD AND INHALANT SENSITIZATION AT THE AGE OF 6 YEARS: RESULTS FROM THE PROSPECTIVE BIRTH COHORT STUDY LISA

ZUTAVERN A, BROCKOW I, SCHAAF B, AT AL.; LISA STUDY GROUP
Pediatrics 2008;121:e44-e52

EFFECT OF EARLY NUTRITIONAL INTERVENTIONS ON THE DEVELOPMENT OF ATOPIC DISEASE IN INFANTS AND CHILDREN: THE ROLE OF MATERNAL DIETARY RESTRICTION; BREASTFEEDING; TIMING OF INTRODUCTION OF COMPLEMENTARY FOODS, AND HYDROLIZED FORMULAS

GREER FR, SICHERER SH, BURKS AW, AND THE COMMITTEE ON NUTRITION AND SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY
Pediatrics 2008;121:183-91

festazioni atopiche nei primi 2 anni di vita. Per questo motivo sono stati utilizzati i dati della coorte "Koala" e quelli relativi a un gruppo di bambini nati da madri con stile di vita definito "alternativo" e identificate grazie a contatti con negozi di cibo biologico, con medici e infermiere antroposofici e con scuole steineriane. Le informazioni sono state raccolte grazie a questionari somministrati alla 34a settimana

di gestazione e a 3, 7, 12 e 24 mesi dopo la nascita. Le IgE totali e specifiche materne e del bambino venivano valutate rispettivamente durante la gravidanza e a 24 mesi. L'esposizione all'allattamento materno è stata definita in base alla durata (mai allattato al seno, da 0 a 3 mesi, da 4 a 7 mesi, da 7 a 9 mesi, più di 9 mesi); per la storia di allergia della madre sono state identificate tre categorie: 1) non allergica e non asmatica; 2) allergica ma non asmatica; 3) asmatica, a prescindere da altre malattie allergiche.

Sono stati arruolati 2705 bambini, di cui il 93% (2516) ha completato il questionario a 2 anni e il 30% (818) ha ricevuto la visita domiciliare (con prelievo per IgE); 476 soggetti provenivano dal gruppo "alternativo" e 2229 da quello "convenzionale". 185 bambini alimentati con formule ipoallergeniche tra la nascita e i primi 3 mesi sono stati esclusi dalle analisi. In questo gruppo, infatti, era presente un rischio maggiore di eczema nei primi 2 anni di vita rispetto ai neonati che non hanno ricevuto tali formule: questo dato poteva essere spiegato da un meccanismo di causalità inversa (il latte ipoallergenico veniva introdotto dopo la comparsa delle manifestazioni cutanee).

I risultati dell'analisi multivariata hanno messo in evidenza che una maggior durata dell'allattamento al seno era associata a un rischio più basso di eczema nei bambini di mamma non allergica o asmatica (p per trend = 0,01) e a una modesta riduzione del rischio nei bambini di madri allergiche ma non asmatiche (p per trend = 0,14). Nessuna associazione è stata invece evidenziata per le madri asmatiche. Un allattamento al seno prolungato diminuiva il rischio di wheezing ricorrente indipendentemente dallo stato allergico della madre.

Gli Autori concludono che la relazione tra allattamento al seno e eczema nei primi due anni di vita è modificata dallo stato allergico della madre. L'effetto protettivo del latte materno sul wheezing ricorrente può essere spiegato dalla protezione nei confronti delle infezioni respiratorie.

Lo studio ha il limite importante di aver definito l'allattamento materno solo in base alla sua durata, non tenendo in alcun conto il problema dell'esclusività o meno. L'esposizione all'allattamento al seno non può in questo modo essere valutata in maniera appropriata, e quindi i risultati del lavoro sono fortemente limitati.

Un editoriale di accompagnamento sottolinea i limiti del lavoro e ne presenta i risultati alla luce delle altre evidenze disponibili sull'argomento. Viene in particolare sottolineato che esistono due revisioni sistematiche della letteratura del 2001, che affermano con forza il possibile ruolo protettivo del latte materno nei bambini con atopia.

□ Il secondo lavoro, anch'esso tratto da *J Pediatr*, è uno studio prospettico realizzato su una coorte di neonati in Germania, con l'obiettivo di valutare l'associazione tra tempo di introduzione di cibi solidi nei primi 12 mesi e la comparsa di eczema nei primi 4 anni di vita.

La coorte è costituita da due gruppi: il primo (definito gruppo di intervento) era stato coinvolto in un precedente trial controllato randomizzato (von Berg A, Koletzko S, Grühl A et al. The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: the German Infant Nutri-

tional Intervention Study, a randomized double-blind trial. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:533-40), che aveva studiato l'effetto di tre formule idrolizzate sullo sviluppo di allergia. In questo trial erano stati reclutati 2252 bambini con storia familiare di allergia. Le madri erano state incoraggiate ad allattare al seno per almeno 4 mesi, a non introdurre nella dieta del bambino alimenti solidi nei primi 4 mesi e successivamente a introdurre solo un nuovo alimento alla settimana, evitando nel primo anno quelli potenzialmente allergizzanti (latte vaccino, latticini, uovo, pesce, pomodoro, noci). Alla sospensione dell'allattamento materno i bambini ricevevano in maniera randomizzata una formula comune e tre diverse formule idrolizzate. Il secondo gruppo era costituito da 3759 lattanti senza storia familiare di allergia o i cui genitori non avevano accettato di partecipare al trial. Questo gruppo non aveva ricevuto alcuna raccomandazione sull'alimentazione. I bambini sono stati seguiti fino al 4° anno di vita con questionari annuali.

Due sono stati gli esiti valutati: l'eczema diagnosticato da un medico e l'eczema sintomatico (prurito), presente nelle sedi classiche di dermatite atopica, ricorrente o di durata > 6 mesi nel 1° anno e > 2 settimane dal 2° al 4° anno di follow-up. L'esposizione (allattamento al seno e introduzione di cibi solidi) è stata valutata in maniera retrospettiva alla fine del 1° anno di vita. La perdita al follow-up è stata abbastanza elevata (complessivamente del 21%, 14% nel gruppo di intervento e 25% nell'altro). I due gruppi erano chiaramente diversi per storia familiare di allergia e per pratiche di alimentazione.

I risultati hanno messo in evidenza una maggiore frequenza di eczema (sia diagnosticato da un medico che sintomatico) nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,001$). L'analisi multivariata non ha evidenziato associazione tra eczema e tempo di introduzione dei cibi solidi o diversità dei solidi introdotti.

Gli Autori concludono che, rispetto alla prevenzione dell'eczema, i risultati dello studio non supportano né l'utilità di una ritardata introduzione dei cibi solidi oltre il 4° mese, né quella di una ritardata introduzione dei cibi solidi più potenzialmente allergenici oltre il 6° mese di vita.

Lo studio presenta diversi problemi metodologici (la raccolta retrospettiva delle informazioni sull'alimentazione, la perdita al follow-up, l'inclusione di un gruppo di intervento che ha ricevuto formule speciali). Anche questo lavoro è commentato nell'editoriale di *J Pediatr* già segnalato. Viene sottolineato che le evidenze in letteratura sono discordanti, e segnalato che due revisioni sistematiche del 2006 riportano come una più precoce introduzione nella dieta del lattante di cibi solidi (ad esempio nei primi 4 mesi) sia un possibile fattore di rischio per lo sviluppo di eczema, con evidenze più incerte rispetto alle altre forme di atopia.

□ *Pediatrics* ha pubblicato uno studio molto simile al precedente, di coorte, sempre realizzato in Germania.

Sono stati studiati 2073 bambini della coorte LISA, reclutati alla nascita e seguiti fino all'età di 6 anni con questionari somministrati a 6 mesi e poi a 1, 1,5, 2, 4 e 6 anni. A 2 e 6 anni i bambini sono stati anche visitati ed è stato eseguito un prelievo per IgE specifiche. Oltre all'eczema (sintomatico e

Digest

diagnosticato da un medico) venivano raccolte con questionario informazioni su asma e rinite allergica. La storia alimentare veniva valutata a 6 mesi (allattamento al seno, tempi e modalità di svezzamento). Sono state raccolte informazioni su stato allergico dei genitori e sulla loro scolarità. La coorte reclutata alla nascita comprendeva 3097 neonati mentre informazioni complete sull'alimentazione e sugli esiti di atopia erano disponibili per 2073 bambini (perdita del 33%). Informazioni sulla sensibilizzazione a inalanti erano invece disponibili a 6 anni per 1123 bambini (perdita del 64% rispetto alla coorte originale).

I risultati hanno messo in evidenza come l'introduzione ritardata di cibi solidi (dopo i 4 o 6 mesi) non fosse associata con una probabilità ridotta di asma, rinite allergica o sensibilizzazione verso cibi o inalanti all'età di 6 anni. La relazione tra il tempo di introduzione dei cibi solidi ed eczema non è risultata chiara. Anche questo studio quindi conferma l'incertezza esistente su questo tema.

□ Infine, un "clinical report" pubblicato su *Pediatrics* riassume i principali aspetti relativi alla prevenzione dell'atopia nel bambino attraverso interventi dietetici precoci. Il documento è stato predisposto dal *Committee on Nutrition* e dalla *Section on Allergy and Immunology* dell'*American Academy of Pediatrics*.

Non sono riportati dettagli su come sia stata realizzata la revisione della letteratura.

Le evidenze al momento disponibili sono riassunte dai seguenti punti:

- 1) ci sono evidenze insufficienti sul ruolo di restrizioni dietetiche della madre in gravidanza o durante l'allattamento al seno nella prevenzione delle malattie atopiche nel bambino;
- 2) per il bambino ad alto rischio di atopia e per i primi 2 anni di vita ci sono evidenze a favore di un ruolo protettivo dell'allattamento al seno esclusivo per almeno 4 mesi (rispetto all'alimentazione con formula comune) sullo sviluppo di dermatite atopica e allergia al latte vaccino;
- 3) ci sono evidenze che l'allattamento al seno esclusivo per almeno 3 mesi protegga rispetto al wheezing nel primo periodo di vita; nei bambini ad alto rischio di atopia non ci sono invece evidenze convincenti rispetto alla protezione verso l'asma allergico dopo i 6 anni di vita;
- 4) nei bambini ad alto rischio non allattati al seno in modo esclusivo per 4-6 mesi o alimentati con formula, ci sono modeste evidenze che l'uso di formule idrolizzate (soprattutto se spinte) possano ritardare o prevenire la dermatite atopica;
- 5) non ci sono evidenze convincenti sul ruolo di formule a base di soia nella prevenzione dell'allergia;
- 6) pur con la raccomandazione di non introdurre cibi solidi

prima di 4-6 mesi di vita, non ci sono evidenze convincenti che una loro introduzione ritardata oltre questo periodo porti a un effetto protettivo significativo sullo sviluppo di atopia; questa considerazione vale anche per gli alimenti considerati altamente allergizzanti (pesce, uova ecc.);

- 7) dopo i 4 e 6 mesi di vita ci sono dati insufficienti a supporto dell'effetto protettivo di qualsiasi intervento dietetico.

Commento

I quattro lavori riportati affrontano un problema quotidiano per il pediatra, dibattuto in letteratura da lunga data, ma con prese di posizione e comportamenti molto difformi nelle raccomandazioni e nella pratica (si veda a riguardo la Controversia di Medico e Bambino, pubblicata nel numero di gennaio 2008: Miceli Sopo S. I cibi solidi nella dieta del bambino. Serve tardarne l'introduzione ai fini della prevenzione delle allergie? Medico e Bambino 2008;27:21-6; Fiocchi A. Alimenti solidi, evidenze liquide? Non direi. Medico e Bambino 2008;27:27-31).

È auspicabile che la nuova presa di posizione del Committee on Nutrition e della Section on Allergy and Immunology dell'American Academy of Pediatrics, riassunta nei 7 punti indicati, riconduca il problema nei confini dell'assoluta ragionevolezza, in modo autorevole e basato sull'evidenza.

Poche cose servono: allattare al seno, non introdurre cibi solidi prima di 4 mesi, meglio non prima di 6; il resto è inutile e probabilmente solo confondente.

Tratto da: *Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra.*

La newsletter è prodotta da un gruppo di pediatri di famiglia, ospedalieri di primo livello, in formazione e con interesse in sanità pubblica ed epidemiologia clinica:

Redazione: T. Burmaz, S. Di Mario, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Marchetti, M.G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini, M. Stradi

Gruppo di lettura di Milano: E. Casiraghi, R. Cazzaniga, C. Costato, L. Crespi, G. Del Bono, G. Doro, G. Lietti, G. Meregalli, A. Pirola, P. Rogari, M.T. Tartero, F. Zanetto

Gruppo di lettura di Vicenza: F. Andreotti, E. Benetti, F. Fusco, R. Gallo, V. Murgia, A. Pasinato, A. Penzo, B. Ruffato, D. Sambugaro, W. Spanevello, G. Ziglio

Gruppo di lettura di Verona: M. Agostani, F. Antoniazzi, M. Baldissera, M. Bolognini, P. Brutti, C. Chiamenti, M. Cipolli, M. Fornaro, M. Gaffuri, M. Gangemi, M.S. Leopardi, M. Maselli, M. Nardi, M. Previti, F. Raimo, P. Santuz, M. Tommasi, F. Valletta, S. Zanini

Per informazioni: www.csbonlus.org (sezione "Risorse")