LO DICE LA FIMMG
La salute di famiglia
Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 11 di Maggio 2024

POST-PANDEMIA: PERCHE' SI CONTINUA A DUBITARE SULL'EFFICACIA VACCINALE?

Una riflessione è doverosa: con molta probabilità se non ci fossero stati i vaccini a contenere la terribile potenza virale del covid-19, ad oggi non saremmo qui a ragionare su come riprogrammare la Sanità post pandemia. La letteratura scientifica è colma di studi sull'indubbia efficacia vaccinale, per citarne uno tra tanti: il progetto Global COVID Vaccine Safety (GCoVS), istituito nel 2021 dalla multinazionale Global Vaccine Data Network™ (GVDN®), che conferma la completa sicurezza dei vaccini. Questo studio mira a valutare il rischio di eventi avversi a seguito della vaccinazione COVID-19 da 10 siti in otto Paesi. Utilizzando un protocollo comune, questo studio osservazionale di coorte ha confrontato i tassi osservati con quelli attesi di 13 effetti collaterali selezionati in base agli esiti neurologici, ematologici e cardiaci. I tassi attesi sono stati ottenuti da centri partecipanti utilizzando dati sanitari pre-vaccinazione COVID-19 stratificati per età e sesso fin dall'inizio del programma di vaccinazione COVID-19. Le reazioni avverse verificatisi fino a 42 giorni dopo la vaccinazione con m-RNA (BNT162b2 e mRNA-1273) e vettore dell'adenovirus (ChAdOx1) sono stati inclusi nell'analisi primaria. I rischi sono stati valutati utilizzando i rapporti osservati rispetto a quelli attesi con intervalli di confidenza al 95%. I potenziali segnali di sicurezza prioritari erano quelli con il limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% (LBCI) maggiore di 1,5. Questa analisi multinazionale ha confermato i segnali di sicurezza prestabiliti per miocardite, pericardite, sindrome di Guillain-Barré e trombosi del seno (…) **Continua all'ultima pag.**

L'EDITORIALE
"Che fine ha fatto la programmazione?"

di Eleonora Grimaldi

Programmazione: concetto molto difficile da comprendere da parte di chi decide sulla Sanità italiana. Dalla formazione medica fino al riassetto della medicina territoriale, questa grande sconosciuta! Eppure quante criticità si risolverebbero se i decisori della sanità prendessero in considerazione seriamente che sia le risorse umane che le risorse economiche vanno razionate a lungo termine per garantire un solido Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Non occorre l'occhio clinico per comprenderlo, eppure la grande assente della Sanità italiana è sempre la programmazione, Continua all'ultima pag.

DATI EUROSTAT: SI CONFERMANO BIG KILLER IN EUROPA LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI E I TUMORI

Eurostat segnala come nel 2021 nell'Unione europea si siano registrati 5,3 milioni di decessi. Le morti legate a malattie circolatorie ammontano a 1,71 milioni nel 2021 (il 32% di tutti i decessi). Il cancro è stata la seconda causa più comune, con 1,14 milioni di cause di morte (22%). Il COVID-19 è al terzo posto con 0,57 milioni (11%). Insieme, queste 3 malattie costituiscono il 65% delle cause di tutti i decessi nel 2021. Altre principali cause di morte sono state le malattie respiratorie (0,32 milioni; 6%), le cause esterne di morbilità e mortalità (0,23 milioni; 4%), le malattie dell'apparato digerente (0,21 milioni; 4%), i disturbi mentali e comportamentali (0,19 milioni ; 4%) e malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (0,17 milioni; 3%). In Italia sono stati registrati 706 mila decessi. Il tasso di mortalità standardizzato dell'UE per COVID-19 è stato di 115,5 decessi ogni 100.000 persone nel 2021. Le 3 regioni dell'UE con il tasso di mortalità standardizzato più alto si registrano in Bulgaria; le 3 regioni con i tassi di mortalità standardizzati più bassi sono state Pohjois-ja Itä-Suomi (8,86) e Länsi-Suomi (10,07) in Finlandia e Syddanmark (12,89) in Danimarca. In Italia il tasso è stato di 81,85.

audio CENTRI ACUSTICI experience
Apparecchi acustici per il benessere uditivo.
06 86 87 30 20
www.audioexperience.it

Laboratori analisi
Centri specialistici
Cerba HealthCare
Trova il centro più vicino su :
https://www.cerbahealthcare.it

La sindrome della vittima secondaria: quando il chirurgo è la vittima secondaria di una complicanza operatoria

La sindrome della vittima secondaria (SVS) è il trauma vissuto da chi assiste un paziente in seguito al verificarsi di una complicazione o di un errore medico. Si stima che quasi il 50% dei curanti ne faccia esperienza almeno una volta nella propria carriera. E fino al 20% dei pazienti ricoverati può subire una complicanza. Alcune specializzazioni sono particolarmente esposte alla SVS, tra queste la chirurgia, l'anestesia, la pediatria e l'ostetricia e ginecologia. Le manifestazioni sono variabili con conseguenze emotive prolungate, con un impatto sulla vita personale e sulla pratica professionale. Le conseguenze possono essere psicologiche (vergogna, senso di colpa, ansia, dolore, depressione), cognitive (mancanza di empatia, burnout, stress post-traumatico), sociali, culturali, spirituali e fisiche. Esistono dati sulla frequenza della SVS ma ci sono pochi studi qualitativi. La maggior parte dei lavori pubblicati non riguarda le specialità chirurgiche, anche se i chirurghi affrontano quotidianamente situazioni stressanti e sfide tecniche che li espongono in particolare alla SVS. La solidità e il controllo emotivo fanno parte dello stereotipo abituale del chirurgo. Di conseguenza, il più delle volte il verificarsi di una complicanza chirurgica viene affrontato esclusivamente da un punto di vista tecnico, senza accettarne le conseguenze emotive. Un'analisi condotta da un team di Singapore riporta i dati pubblicati relativi alla SVS in ambiente chirurgico (3). Sono stati selezionati tredici studi qualitativi, trasversali o sotto forma di resoconti di interviste semi-strutturate, condotti negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Canada e in Francia. Lo studio ha riguardato una coorte di 1.069 chirurghi di tutte le specialità. È stata fatta una distinzione tra le ripercussioni psicologiche, fisiche e professionali della SVS, (…) LEGGI QUI

RAPPORTO OECD SULLO STATO DI SALUTE IN EUROPA: In Italia COVID-19 è stata la principale causa singola di morte nel 2020

Nell'ultimo decennio, l'aumento della speranza di vita in Italia è stato principalmente attribuibile alla riduzione della mortalità legata alle malattie cardiovascolari e, in misura minore, al cancro. Ciononostante, le malattie cardiovascolari e i tumori hanno mantenuto il primato come principali cause di morte nel 2020, responsabili di oltre il 30 % di tutti i decessi. Per quanto riguarda le cause singole di morte, la COVID-19 è risultata la principale causa di morte in Italia durante il primo anno della pandemia, responsabile per 78 600 decessi, più di uno ogni 10 registrati in Italia nel 2020. Il 43 % di questi decessi si è verificato tra persone di età pari o superiore a 85 anni, una percentuale in linea con la media dell'UE. L'indicatore di mortalità in eccesso, definito come l'aumento del numero complessivo di decessi (per qualsiasi causa) rispetto a un valore di riferimento basato sui livelli pre-pandemia, offre un quadro più completo dell'impatto della pandemia sulla mortalità. Le oltre 227.000 morti in eccesso verificatesi in Italia tra il 2020 e il 2022 rappresentano un livello di mortalità superiore del 12,2 % rispetto al valore di riferimento storico, situandosi leggermente al di sotto del 12,6 % di mortalità in eccesso osservato in media nell'UE. Durante i primi tre anni della pandemia, la mortalità in eccesso in Italia ha seguito un andamento relativamente anomalo. Dopo il picco del 2020, si è ridotta nel 2021 per poi registrare un leggero aumento nel 2022, nonostante una diminuzione di oltre il 15% nei casi segnalati di decessi dovuti alla COVID-19 rispetto all'anno precedente. Questo andamento inaspettato è parzialmente attribuibile all'elevato numero di decessi causati dalla grave ondata di caldo che ha colpito il paese durante l'estate del 2022, che ha registrato circa un terzo della mortalità in eccesso totale per quell'anno (ISTAT, 2023). Altri elementi che potrebbero aver contribuito a questo andamento includono le prolungate interruzioni dell'accesso ai servizi sanitari nel periodo immediatamente successivo alla fase acuta della pandemia, oltre all'impatto dei ritardi nelle diagnosi e nei trattamenti del 2020, che hanno comportato un aggravamento delle patologie irrisolte.

Gli effetti della privatizzazione sanitaria sulla qualità dell'assistenza

Un interessante articolo pubblicato su *The Lancet* mostra come negli ultimi 40 anni, molti sistemi sanitari che un tempo erano di proprietà o finanziati dallo Stato si sono spostati verso la privatizzazione dei propri servizi, principalmente attraverso l'outsourcing al settore privato. Ma quale è stato l'impatto della privatizzazione sulla qualità dell'assistenza? Uno degli obiettivi chiave di questa transizione è migliorare la qualità dell'assistenza attraverso una maggiore concorrenza di mercato insieme ai vantaggi di un settore privato più flessibile e incentrato sul paziente. Tuttavia, sono state sollevate preoccupazioni sul fatto che queste riforme potrebbero comportare un peggioramento dell'assistenza sanitaria, in parte perché è più facile ridurre i costi che aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria. Molte di queste riforme hanno avuto luogo decenni fa e sono stati condotti numerosi studi che ne hanno esaminato gli effetti sulla qualità delle cure ricevute dai pazienti. E' stata esaminata la letteratura, concentrandosi sugli effetti dell'outsourcing dei servizi sanitari nei paesi ad alto reddito. Gli ospedali che passano dallo status di proprietà pubblica a quella privata tendono a realizzare profitti più elevati rispetto agli ospedali pubblici che non si convertono, principalmente attraverso l'assunzione selettiva di pazienti e la riduzione del personale. Inoltre, gli aumenti aggregati delle privatizzazioni spesso corrispondono a risultati sanitari peggiori per i pazienti. Pochissimi studi hanno valutato questa importante riforma e ci sono molte lacune nella letteratura. Tuttavia, sulla base delle prove disponibili, questa revisione fornisce prove che mettono in discussione le giustificazioni della privatizzazione dell'assistenza sanitaria e conclude che il supporto scientifico per un'ulteriore privatizzazione dei servizi sanitari è debole. La maggior parte degli studi contenuti in questa revisione suggeriscono che la privatizzazione riduce la qualità dell'assistenza e peggiora i risultati sanitari dei pazienti trattati in contesti sanitari privatizzati. Mentre i governi valutano come rispondere alle conseguenze in corso della pandemia di COVID-19 sui sistemi sanitari, nonché alle risposte a lungo termine all'invecchiamento della popolazione e ai budget limitati, potrebbero cercare un'unica e semplice soluzione che prometta una migliore qualità dell'assistenza sanitaria a un costo inferiore. Tuttavia, i dati contenuti in questa analisi suggeriscono che esiste il rischio che i governi cerchino riduzioni a breve termine a scapito dei risultati a lungo termine, in parte perché la privatizzazione attraverso l'esternalizzazione dei servizi al settore privato non sembra fornire sia cure migliori sia cure più economiche. Questa revisione ha anche potenzialmente implicazioni per le argomentazioni teoriche più ampie avanzate a favore della privatizzazione in molte aree. Le prove qui raccolte non sono in linea con le aspettative dei mercati misti, vale a dire che migliorerebbero la qualità aumentando la concorrenza. Le prove presentate in questa revisione non minano il meccanismo teorico di base, ma suggeriscono piuttosto che alcune aree del welfare, come l'istruzione e l'assistenza sanitaria, potrebbero essere strutturati in modo da renderli meno suscettibili al tipo di incentivi che operano in altri mercati. Ad esempio, trovare innovazioni che migliorino la qualità nel contesto sanitario potrebbe essere più difficile che in altri settori dell'economia e ciò potrebbe diminuire gli incentivi a competere sulla qualità. L'apprezzamento di questa variazione potrebbe indurre i governi a riflettere prima di perseguire obiettivi costosi e in termini di tempo. Ci sono alcune limitazioni a questa revisione, incluso il fatto che nessuno studio sulla privatizzazione è stato condotto in un trial randomizzato, il che significa che i risultati sono necessariamente aperti a potenziali bias nella loro validità interna. Questa revisione conclude che il supporto scientifico per un'ulteriore privatizzazione dei servizi sanitari è debole. LEGGI L'ARTICOLO

ISTAT: RAPPORTO BES, nel 2023 aumentano i cittadini che rinunciano alle cure e le disparità sociali e di genere

I dati contenuti nel rapporto Bes dell'Istat dimostrano che con 372 mila persone in più si raggiunge un contingente di circa 4,5 milioni di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso. Tale incremento può attribuirsi a conseguenze dirette e indirette dello shock pandemico, come il recupero delle prestazioni in attesa differite per il COVID-19 o la difficoltà di riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria. La quota della rinuncia a prestazioni sanitarie cresce all'aumentare dell'età. Nel 2023, partendo dall'1,3% rilevato tra i bambini fino ai 13 anni, la quota mostra un picco nell'età adulta tra i 55-59enni, dove raggiunge l'11,1%, per restare elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%). Tuttavia, l'incremento tra il 2022 e il 2023 riguarda solo la popolazione adulta (18-64 anni), che passa dal 7,3% all'8,4%. Si confermano le ben note differenze di genere: la quota di rinuncia è pari al 9,0% tra le donne e 6,2% tra gli uomini, con un divario che si amplia ulteriormente nell'ultimo anno per l'aumento registrato tra le donne adulte. Sul territorio, l'incremento del 2023 rispetto all'anno precedente si concentra soprattutto al Centro (dal 7,0% all'8,8%) e al Sud (dal 6,2% al 7,3%), cosicché riemergono i differenziali geografici delle macroaree, che si erano attutiti tra il 2020 e il 2021 e completamente annullati nel 2022: nel Centro si registra la più alta quota di rinuncia (8,8%), segue il Mezzogiorno con il 7,7%, mentre il Nord con 7,1% mantiene lo stesso livello del 2022. Sono poche le regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019, sebbene qualcuna sia anche riuscita a ridurli ulteriormente. Nel Mezzogiorno, spicca la Calabria che ha ridotto la quota di persone che rinunciano a prestazioni rispetto al 2019 (-3 p.p.), con livelli di consumo di servizi sanitari già molto più contenuti rispetto al resto delle regioni (nel 2019 era seconda solo alla Sardegna). La Sardegna, con i più alti tassi di rinuncia già nel 2019 (11,7%), continua ad aumentarli (13,7% nel 2023), pur avendo parzialmente recuperato il livello più elevato mai raggiunto da nessuna regione nel 2021, ossia il 18,3%. Tra le regioni del Centro, a parte la Toscana che torna al valore del 2019, il Lazio raggiunge il 10,5% (era 6,9% nel 2022 e 7,6% nel 2019) e le Marche il 9,7% (era circa il 7% sia nel 2022 sia nel 2019). Nel Nord il tasso di rinuncia maggiore si registra in Piemonte con l'8,8%, seguito dalla Liguria, con il 7,8% (entrambe le regioni aumentano di 3 p.p. rispetto al 2019). Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo fa per motivi economici. Rispetto al 2019, la quota di rinuncia causata dai tempi di attesa raddoppia quasi (era 2,8%), mentre si riallinea la rinuncia a prestazioni per motivi economici (era infatti 4,3%). Rispetto al 2022, si consolidano quindi i noti problemi delle liste di attesa (+0,7 p.p.), ma cresce soprattutto la quota di chi rinuncia per motivi economici, che guadagna 1,3 punti percentuali in un solo anno. Diventa residuale la quota di chi rinuncia per problemi dovuti al COVID-19 (0,1%, era 5,9% nel 2021). Nel 2023, le disuguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano differenziali minori rispetto al periodo pre-COVID e si annullano del tutto tra gli adulti di 45-64 anni: 10,4% tra coloro che hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo e 10,6% tra chi ha conseguito almeno una laurea. Il benessere psicologico è un indicatore che mostra un peggioramento nelle donne e la differenza con gli uomini in tutte le fasce d'età, ma è particolarmente accentuata tra i più giovani e tra i più anziani. Mentre tra i più anziani l'ampiezza del gap si può almeno in parte imputare alla maggiore longevità delle donne, tra i più giovani l'aumento del divario si è accentuato negli ultimi anni, caratterizzati da un contesto sociale e ambientale molto più precario. Già nel 2021 si era osservato un maggior impatto delle conseguenze della pandemia sulle donne.

LA CELIACHIA
dalla Rubrica “La Salute di famiglia”
a cura della dott.ssa Eleonora Grimaldi

La celiachia è una malattia che comporta infiammazione permanente della mucosa della prima porzione dell’intestino tenue: il duodeno. E’ provocata in soggetti geneticamente predisposti dall’ingestione di glutine, la frazione proteica del grano. Nelle persone affette, le cellule del sistema immunitario attaccano la mucosa del duodeno, arrivando gradualmente a distruggere i villi intestinali responsabili dell’assorbimento di nutrienti e minerali. Questo danno determina, nei casi più gravi, una sindrome da malassorbimento e uno stato di malnutrizione. Può manifestarsi a qualunque età e con segni e sintomi estremamente variabili per intensità e per localizzazione. La malattia classica si manifesta con la tipica sintomatologia intestinale, ma sono ormai note forme di celiaca atipiche caratterizzate da sintomi extra-intestinali, che causano problemi osteoarticolari e del cavo orale. Tuttavia non sono ancora noti i fattori che scatenano la malattia dopo anni di tolleranza al glutine. Il primo step per la diagnosi è il sospetto clinico posto dal medico curante in seguito al riscontro di segni e sintomi suggestivi. L’unica terapia, ad oggi disponibile, è un corretto e rigoroso regime alimentare “gluten free”. I celiaci devono escludere dalla dieta tutti gli alimenti a base di cereali contenenti glutine compresi quelli dove questo è aggiunto come additivo durante i processi industriali di trasformazione. Gli alimenti contenenti glutine, sia come ingrediente sia come additivo, devono obbligatoriamente indicare in etichetta la presenza del glutine. È necessario chiarire che con il termine "sensibilità al glutine" o "Gluten sensitivity" si definisce una sindrome caratterizzata dalla presenza di sintomi simil-celiachia con l’ingestione di alimenti contenenti glutine in pazienti in cui la celiachia e l’allergia alle proteine del frumento siano già state escluse.

C’è da dire che l'esistenza di questa sindrome è fortemente dubbia. Sicuramente è fondamentale combattere l'autodiagnosi ed evitare che i pazienti escludano il glutine dalla dieta prima di un consulto medico poiché tale comportamento impedisce l'accertamento della diagnosi. Per saperne di più consultate fonti di informazione sicura come il sito del ministero della salute e dell’AIC, Associazione Italiana Celiachia.

30 Maggio: Giornata Mondiale della Sclerosi Multipla

Il 30 maggio è la giornata Mondiale della Sclerosi Multipla. Si tratta di una patologia infiammatoria del sistema nervoso centrale, insorge ad ogni età e le donne sono doppiamente colpite rispetto agli uomini. La diagnosi precoce è fondamentale per evitare che la malattia evolva nella forma progressiva più pericolosa. Questa giornata è un’occasione per sensibilizzare il sostegno alla ricerca, anche attraverso le numerose iniziative che AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla ha organizzato nel corso di questi giorni e che sempre riescono ad attivare una connessione tra le persone. Con l’occasione pubblichiamo il racconto scritto dalla dott.ssa **Eleonora Grimaldi** che ha partecipato alla 1° edizione del Premio letterario della FNOMCEO “Il sollievo dalla sofferenza”, rivolto a medici chirurghi e odontoiatri, il cui tema per l’anno 2024 è “Quando vidi in quel volto gli occhi di mia madre”. L’obiettivo è quello di far emergere all’interno del rapporto medico-paziente quei sentimenti ed emozioni che sono parte importante dell’umanizzazione delle cure e costituiscono per il medico lo strumento per comprendere la sofferenza. **LEGGI QUI**

POST-PANDEMIA: PERCHE' SI CONTINUA A DUBITARE SULL'EFFICACIA VACCINALE?

(…) segue… venoso cerebrale. Inoltre, sono stati identificati altri potenziali segnali di sicurezza che richiedono ulteriori indagini. Sicuramente è necessario dimostrare il nesso causale con l'ipotetico effetto collaterale. Oggi il tema viene strumentalizzato da no-vax e negazionisti del covid, che inneggiavano alla dittatura sanitaria e che con l' obbligatorietà vaccinale non si sono sentiti protetti e sicuri, ma violentati dalla Sanità, dai medici e dallo Stato! Pensieri pericolosi per il bene e la salute collettiva, purtroppo ancora ben radicati nella società e nell'opinione pubblica. Consideriamo studi molto utili, che dimostrano come gli stessi effetti collaterali connessi ai vaccini sono complicanze 10 volte più frequenti causate dallo stesso covid. Sebbene miocardite e pericardite non siano state considerate come eventi avversi negli studi sul vaccino contro la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), sono stati riportati numerosi casi sospetti in seguito alla vaccinazione nella popolazione generale. In Inghilterra tra il 1° dicembre 2020 e il 24 agosto 2021 è stato intrapreso uno studio su una popolazione di età pari o superiore a 16 anni vaccinate per COVID-19 per valutare eventuale ricovero ospedaliero o morte per miocardite, pericardite e aritmie cardiache nei giorni successivi da 1 a 28 giorni dopo il vaccino e relativi a test SARS-CoV-2 positivo. Dunque, appaiono molto più utili studi che dimostrano quanto queste complicanze siano relative all'infezione SARS-Cov-2 piuttosto che pretendere indennità dallo Stato che in emergenza ha messo in campo tutte le armi a disposizione per tutelare la vita dei cittadini.

Bibliografia

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X24001270
- https://www.nature.com/articles/s41591-021-01630-0

L'EDITORIALE
"Che fine ha fatto la programmazione?"
di Eleonora Grimaldi

(…) segue… frutto di visioni miopi reiterate nel tempo o di incompetenza nel calcolo matematico delle risorse investite negli anni? Fatto sta che la formazione dei giovani medici è fallita per mancanza di programmazione; lo dimostrano le borse di studio per le scuole di specializzazione andate deserte ed altre non sufficienti, tradotto in frustrazione formativa-professionale e cervelli in fuga ed è in procinto di fallire il riassetto del personale sanitario nel Territorio al netto dei fondi del PNRR e sempre per lo stesso motivo, perché non c'è nessuno che programmi ciò che è veramente necessario per il futuro della Sanità! Ma per colpa di chi? Non cerchiamo un capro espiatorio, ma iniziamo dalla base: come si fa la programmazione sanitaria? Partendo dal piano sanitario nazionale (PSN), che per legge è alla base della programmazione sanitaria regionale, la quale ha il compito di individuare gli strumenti per assicurare lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete e dei servizi sociosanitari territoriali. Si apre un grande vulnus per i cittadini dal momento che ad oggi è completamente assente un PSN da ben 15 anni non predisposto né approvato (l'ultimo è scaduto nel 2008) ed avrebbe durata triennale! D'altro canto le regioni non rinnovano il loro piano sanitario perché di fatto non esiste quello nazionale non ancora approvato dal Governo su proposta del ministero della salute. Più che autonomia regionale in sanità potremmo parlare di anarchia delle singole realtà regionali fra loro sconnesse e forzatamente confliggenti perché non governate dal collante comune del SSN.

LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

Mensile telematico della Fimmg Roma

Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004 del 27 /05/2004

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma

E mail : redazione@fimmgroma.it

SEGRETARIO PROVINCIALE : **Pier Luigi Bartoletti**

DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro

CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi