

Il giornalino



Bimestrale - numero 2/2005 aprile

dell'ASSOCIAZIONE MATERANA DEGLI AMICI DEL CUORE
ASSOCIAZIONE ONLUS - ADERENTE AL CO.NA.CUORE

INFORMAZIONE PREVENZIONE ATTIVITA' SOCIALE CONVEGNISTICA

Poste italiane - Spedizione in A.P. - Art.2 comma 20/C Legge 662/96 - Aut. DCO/DCMT/295/2002 del 03/06/02

Direttore Responsabile: *Stefano Mele*

Numero di c/c bancario 18460 Banca Popolare del Materano Numero di c/c postale 10348753 Amici del cuore Matera

Cari amici,

una grande sfida ci attende: aiutare il dottor Bartolomeo Silvestri a rendere funzionale l'unità dello Scompenso cardiaco. Nel nostro interesse innanzitutto, ma anche per dimostrare che in questi periodi di magra non si può organizzare un servizio e poi cercare di risparmiare senza assegnare un ruolo ai volontari degli Amici del cuore. Utile leggere l'articolo della presidentessa di Grassano per capire cosa fare.

Il nostro amico Sergio Caparrotti è il nuovo cardio-chirurgo del San Carlo di Potenza: riconderete che è stato nostro ospite un paio di anni fa. Siamo lieti della sua nomina e certi che questa decisione comporterà un miglioramento del servizio di cardio-chirurgia nella nostra regione: quando gli abbiamo telefonato per rallegrarci con lui ci siamo dati appuntamento a Matera prima dell'estate per un convegno di presentazione del suo nuovo reparto potentino.

La piccola Eriselda sta bene: fa la dialisi tre volte la settimana a Bari presso il Giovanni XXIII. Non vi è più pericolo per la sua vita, ma occorre adesso preoccuparsi di farle vivere una vita normale, di farle frequentare la scuola, di trovare un lavoro dignitoso ed una sistemazione a tutta la sua famiglia albanese.

Stiamo cercando di affrontare tutte queste necessità: forza, diamoci una mano!

Entro la prossima estate faremo partire il corso di formazione per volontari, finalizzato soprattutto a creare un nuovo gruppo da affiancare al dottor Silvestri per l'assistenza ospedaliera e domiciliare degli scompensati. Pensiamo di impegnarvi non più di tre ore a settimana, ripartite in due incontri: sarete meglio informati dal prossimo giornalino. Da ora sono aperte le iscrizioni.

Vi ricordiamo che il 17 aprile prossimo alle ore 10,30 presso la Villa Schiuma, recentemente ristrutturata, terremo l'Assemblea Generale annuale per l'approvazione del bilancio 2004 e l'elezione del nuovo Consiglio direttivo: quanti volessero dare un contributo di tempo e di impegno si facciano avanti.

Dopo l'Assemblea, alle ore 13, seguirà la Festa di Primavera: per soli 30 euro un bel pranzo allietato da tanta musica e da una lotteria. Prenotate chiamando la segretaria del dottor Bradascio (0835312331) nelle ore di ufficio o contattando Franco Acito (3388445987).

La nostra associazione è una Onlus, pertanto ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 460/97 ogni donazione è detraibile dalle imposte fino ad un massimo di euro 2.065,83 per qualsiasi contribuente e deducibile fino al 2% del reddito di impresa o fino ad un massimo di euro 2.065,83 per le aziende.

Potreste fare un bonifico che vale anche come documento giustificativo alla detrazione: il nostro conto corrente è il n.18460 Banca Popolare del materano Ag.1 via Nazionale 1 Matera (ABI 5398 CAB 16101).

Quando si dice la Verità, non bisogna dolersi di averla detta. La Verità è sempre illuminante, ci aiuta ad essere coraggiosi.

(Aldo Moro)

Rinnovate l'iscrizione (20 euro) avrete in dono un ombrellino con il logo della nostra associazione

**Domenica
17 aprile**

Assemblea
Generale
alle ore 10,30
presso
Villa Schiuma:
seguiranno
pranzo,
ballo e lotteria
con premi
al costo di
30 euro

Perché una Cardiologia Riabilitativa?

a cura del dott. Bartolomeo Silvestri *



Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di malattia e morte, con drammatiche ricadute dal punto di vista della salute pubblica e dell'ingente assorbimento di risorse. Questa è una definizione già nota a tutti da molti anni,

ma quello che invece è meno noto è che la prima causa di morte per malattie cardiovascolari non è più la cardiopatia ischemica (come causa diretta), bensì lo scompenso cardiaco. Infatti il miglioramento delle cure per le fasi acute del-

le malattie cardiovascolari e fra queste in primis dell'infarto miocardico, ha portato ad avere un elevato numero di pazienti che sopravvivono ad eventi fino a qualche tempo fa fatali.

Le nuove tecnologie e le nuove terapie hanno prolungato la vita dei pazienti, ma il danno miocardico occorso è comunque causa, spesso, di inabilità e, cosa ancor più drammatica è il fatto che spesso questa inabilità colpisce soggetti giovani anagraficamente e comunque biologicamente e che, quindi, molto possono ancora dare alle loro famiglie ed alla società.

Nuove strategie terapeutiche hanno permesso il miglioramento della qualità della vita dei pazienti che hanno subito un danno che provoca riduzione della performance cardiaca, della capacità funzionale e quindi insufficienza cardiaca cronica e nuove strategie gestionali stanno permettendo, come nella esperienza della Unità Scompenso Cardiaco in funzione presso il nostro Ospedale, di spostare l'assistenza a que-

sti pazienti verso il Territorio e quindi in un ambiente più naturale, assegnando all'Ospedale solo un ruolo di "consulenza" per il Medico di Medicina Generale. Ma questo può non essere sufficiente, perché rimangono ancora scoperti due grossi settori di intervento:

1. la Cardiologia Preventiva, con il fondamentale ruolo di prevenire l'insorgenza del danno cardiaco attraverso la correzione dei fattori di rischio evitabili (diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, fumo, ecc.). Questo settore di intervento, attraverso l'educazione sanitaria e un trattamento terapeutico efficace secondo le Linee Guida comunemente accettate dalla comunità scientifica, agendo su larghi strati di popolazione, può ridurre

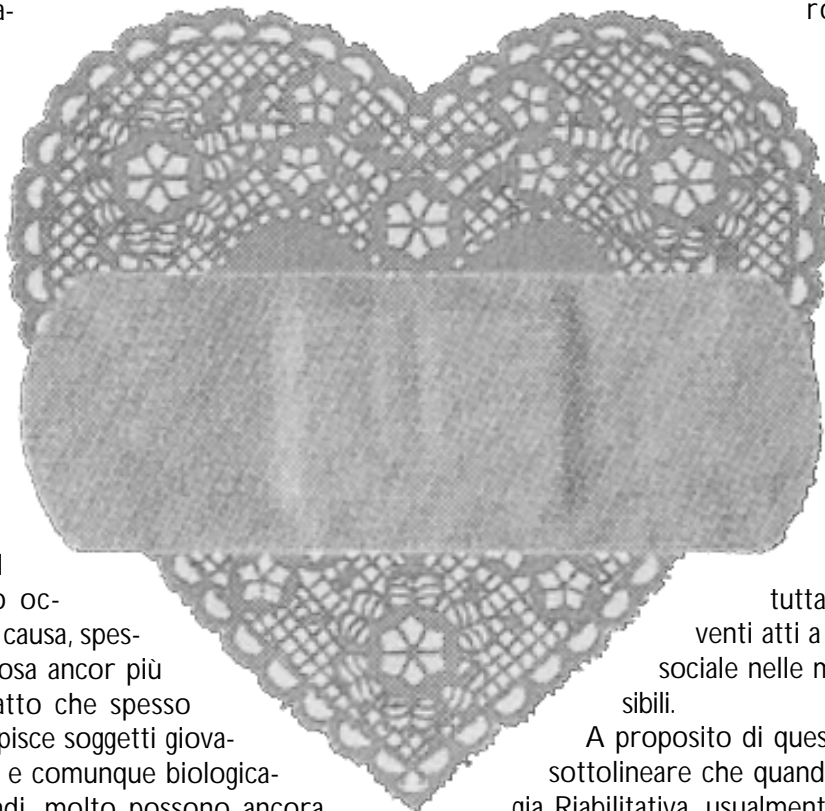
in maniera decisiva il numero

di coloro che andrebbero invece incontro a malattia cardiovascolare e quindi ad alimentare il serbatoio della futura popolazione affetta da insufficienza cardiaca;

2. la Cardiologia Riabilitativa grazie alla quale un gran numero di pazienti, ormai colpiti dalla malattia, potrebbero giovare di

tutta quella somma di interventi atti a restituirli alla loro vita sociale nelle migliori condizioni possibili.

A proposito di quest'ultimo punto, è utile sottolineare che quando si parla di Cardiologia Riabilitativa, usualmente il pensiero corre ad una palestra, con signori in tuta da ginnastica che compiono esercizi alla cyclette o su un tapis roulant o che viceversa corrono in gruppo lungo i bordi della strada. Questo è un luogo comune che va corretto non solo nell'immaginario collettivo degli utenti, ma anche di molti operatori sanitari e che ha portato all'equivoco che la Riabilitazione Cardiologia deve essere effettuata obbligatoriamente dai Fisiatri, quasi che fosse una variante della riabilitazione Ortopedica



o Neurologica, la cui finalità è unicamente il recupero della motilità.

Nulla di più falso, fuorviante e ... pericoloso!

Secondo le Linee Guida Europee, la riabilitazione dei pazienti con malattia cardiovascolare è definita come "somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società".

Questa definizione in primo luogo identifica il soggetto della riabilitazione nel paziente affetto da cardiopatia post-acuta o cronica, ed in secondo luogo definisce che l'obiettivo dell'intervento è riassumere e conservare una condizione la più vicina possibile allo "stato di salute", prevenendo effettivamente la progressione della malattia, promuovendo quindi la riduzione degli eventi cardiovascolari (prevenzione secondaria) e favorendo nel contempo il processo di recupero.

La riabilitazione cardiovascolare (RCV), combinando la prescrizione dell'attività fisica con la modificazione dei fattori di rischio, ha come fine ultimo quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre l'incidenza di successivi eventi cardiovascolari e le disabilità conseguenti alla cardiopatia.

Gli obiettivi della RCV sono quindi di ridurre i sintomi legati alla malattia, di migliorare la capacità funzionale, ridurre la disabilità, favorire il reinserimento lavorativo, in altri termini migliorare la qualità di vita.

Questi obiettivi si realizzano mediante approccio globale diagnostico-valutativo e di trattamento, di cui l'esercizio fisico costituisce solo una componente.

Questo è lo spirito che ha portato la nostra ASL, prima in Basilicata e non solo, ad associare, in un approccio globale al paziente post-acuto e cronico la Cardiologia Riabilitativa, nella stessa Unità Operativa che ha già avviato un lavoro "dedicato" nei confronti dei soggetti affetti da Scopenso Cardiaco, spesso punto di arrivo di gran parte delle patologie cardiovascolari e tutto ciò senza trascurare la prevenzione primaria.

L'augurio è che questa struttura venga implementata adeguatamente per aumentare l'offerta di servizi verso una fascia di pazienti "delicata" con miglioramento della loro qualità di vita e delle loro possibilità di reinserimento nella vita sociale e familiare e con, particolare da non trascurare, un ingente risparmio nelle risorse impiegate in sanità.

* Responsabile della Unità Operativa "Scopenso Cardiaco e Cardiologia Riabilitativa" Ospedale Madonna delle Grazie - Matera



Il dottor Sergio Caparrotti dal 1 febbraio 2005 è Direttore dell'U.O. di Chirurgia Cardio-Vascolare dell'Ospedale San Carlo di Potenza

FORMAZIONE

- Laurea in medicina e chirurgia presso la II Facoltà dell'Università di Napoli
- Specializzazione in Cardio-angio-chirurgia presso l'Università di Bari
- Tirocinio pratico ospedaliero in Cardiochirurgia presso l'Ospedale Monaldi di Napoli
- Tirocinio pratico ospedaliero in Chirurgia Generale presso il Policlinico Universitario di Bari

ESPERIENZE PROFESSIONALI

Cardiochirurgia Università di Zurigo, Cardiochirurgia Ospedale Monaldi di Napoli, Cardiochirurgia Ospedale San Carlo di Potenza, Casa di Cura Santa Maria di Bari.

Da Settembre 1982 a Dicembre 1983 assistente strutturato presso il Dipartimento di Chirurgia Cardiaca e Vascolare dell'Ospedale St. Antonus di Utrecht (Olanda) dove si realizzavano 1500 interventi l'anno. Da Settembre 2001 responsabile del reparto di Chirurgia Cardio-Toraco-Vascolare dell'Unità Funzionale di Chirurgia Cardiaca ad alta complessità dell'Anthea Hospital Gruppo Villa Maria in Bari. Consulente Cardiochirurgo presso l'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo.

Idoneità Nazionale a Primario di Cardiochirurgia nella sessione dell'anno 1989

Alla data del 15/10/2004 ha all'attivo 4.401 interventi di chirurgia cardiaca e vascolare per le più svariate patologie dell'adulto

SCOMPENSO CARDIACO E PROPOSTE IN AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TERZA ETÀ'

Sviluppare l'assistenza domiciliare integrata riducendo i ricoveri in ospedale

La pandemia annunciata per i prossimi anni è lo scompenso cardiaco, con tutto il carico di problemi sanitari e socio-assistenziali che comporta. Essa richiama l'urgenza di studiare e realizzare strumenti e strutture idonee, compatibili economicamente con le necessità di uno Stato sociale avanzato ed attento ai bisogni di ogni cittadino. La base imprescindibile è che ad ogni cittadino europeo sia garantito il diritto alla salute in ogni parte dell'Europa, senza alcuna discriminazione. Un obiettivo siffatto, senz'altro costoso, implica una razionalizzazione delle risorse, la lotta agli sprechi, alle duplicazioni di servizi, di strutture e via di seguito.

Gli ottimi risultati che si conseguono in ambito cardiovascolare, nello specifico nella cardiopatia ischemica (infarto del miocardio e sindromi coronariche acute), nella cardiopatia ipertensiva e nella cardiopatia valvolare, fanno sì che sempre un maggior numero di cardiopatici potrà guadagnare la terza età, portandosi dietro la cardiopatia di base che prima o poi potrà andare incontro a uno scompenso cardiaco.

La risposta non può essere oggi, e ancor meno domani, quella dell'ospedalizzazione tout court del paziente scompensato. L'ospedalizzazione sarà riservata a casi selezionati, in regime di ricovero standard, per quegli aspetti gravi dello scompenso cardiaco che richiedano cure specialistiche intensive ed un monitoraggio attento e costante in ambiente protetto.

Negli altri casi cosa fare, come gestire questi pazienti? Si tratta di affrontare quelle situazioni borderline in cui il paziente necessita di un controllo più attento e costan-



te, ma che dal punto di vista sanitario potrebbe essere gestito a domicilio del paziente: se egli è allettato o se presenta segni fisici di scompenso che ne limitino fortemente l'autonomia sociale, occorre un sistema che lo "copra" finché non riacquisti la sua autonomia.

Le soluzioni possono essere diversificate. Il contesto generale deve essere rappresentato dalla tutela della salute del paziente anziano, con particolare riguardo alle esigenze indotte dalla perdita di autonomia per malattia, fino alla ripresa dell'autonomia stessa. Un progetto implica valutazioni ed interventi da parte di vari settori, istituzionali e non, quali quello medico, sociale (Comune, Provincia, Regione, Stato, Comunità Europea, SSN, Aziende Sanitarie, Distretti sanitari), privato. Occorre, perciò, un'integrazione fra i vari soggetti interessati. Ed allora come assistere a domicilio un paziente con scompenso cardiaco, magari solo o convivente con altro anziano di certo non idoneo ad un'assistenza sanitaria attiva, pur se temporanea? Dove non ci sono strutture adeguate, centri di assistenza diurna o notturna, RSA, ospedali di comunità, come ci si comporta? Ritorniamo alla necessità sociale di un ricovero standard

che potrebbe essere evitato? Una soluzione potrebbe essere quella di favorire da parte della Regione un programma sociale basato sulla "adozione" di un anziano da parte di una famiglia, di un'associazione, di una cooperativa.

Il progetto di adozione deve prevedere due opzioni: l'anziano non autosufficiente, o l'anziano che temporaneamente perda l'autonomia a causa di una malattia intercorrente, viene ospitato da una famiglia, che si fa carico dell'assistenza per il periodo necessario; parte dei componenti di quel nucleo familiare si trasferiscono presso l'abitazione dell'anziano non autosufficiente per il periodo necessario. Identica opzione per una badante, per una cooperativa, o per un'associazione di volontariato che voglia farsi carico di tali problematiche. Altra opzione, non alternativa, ma integrativa al provvedimento di adozione dell'anziano con perdita di autonomia per malattia, è quella di creare centri polivalenti. Occorre prevedere all'interno del centro polivalente, strutturato essenzialmente come centro diurno, oltre a un controllo in senso lato dell'anziano anche un'assistenza sanitaria di breve periodo.

Si potrebbero poi creare all'interno alcune camere di degenza, finalizzate a un'assistenza intensiva sociale e sanitaria, per quegli anziani che in seguito ad una malattia contingente (bronchite cronica riacutizzata, broncopolmonite, perdita di compenso cardiocircolatorio) perdano temporaneamente la loro autonomia e abbisognino per un breve periodo di un'assistenza intensiva sotto forma di: assistenza sociale, che provveda alla cura del corpo, all'alimentazione, all-

l'approvvigionamento dei viveri, al ritiro ed alla somministrazione dei farmaci; assistenza sanitaria, laddove siano richieste prestazioni infermieristiche e/o riabilitative; assistenza medica garantita dal proprio medico di fiducia.

Per l'assistenza sociale dovrebbe intervenire il Comune sia direttamente, sia tramite cooperative o associazioni di volontariato, sia tramite strutture pubblico-private;

per la parte sanitaria dovrebbe intervenire il Distretto attivando l'assistenza domiciliare integrata. Infine, sarebbe opportuno sviluppare sinergie con il mondo della scuola, soprattutto con gli istituti che formano personale qualificato che andrà ad operare nel sociale, coinvolgendo nell'insegnamento anche medici di medicina generale e specialisti (in primis geriatri, neurologi, cardiologi, medici del territorio), in modo da integrare l'insegna-

mento con i fondamentali delle patologie anche in relazione ai bisogni che queste possono determinare. È chiaro che un progetto siffatto implica la disponibilità di risorse finanziarie. Altresì importante il mantenimento di sistemi sanitari nazionali omogenei su tutto il Paese, in modo da stimolare un'omogeneità a livello europeo. È possibile coniugare razionalizza-

zione di risorse, di strutture, di apparecchiature ad altissima tecnologia con un'equità in campo sanitario che permetta ad ogni persona di avere pari opportunità nella malattia.

La durata media della vita tende ad allungarsi. I progressi della medicina permettono oggi e permetteranno ancor più in futuro ad un numero notevole di pazienti con patologie anche importanti di vivere

anagrafica ed alle disponibilità finanziarie dello Stato in tema di sanità? Si discute anche in ambito squisitamente medico sull'opportunità di alcune opzioni particolarmente costose in relazione all'aspettativa di vita.

Occorre coniugare progressi, vita media e risorse. Un dato dovrebbe essere condiviso ed accettato da tutti: che una qualsiasi valutazione deve essere condotta a



a lungo e raggiungere un'età avanzata. La patologia di base potrà in un certo periodo della vita scompensarsi, magari per un breve lasso di tempo. Questo crea vari problemi. Chi deve farsi carico di questi cittadini più indifesi? Dobbiamo porre dei limiti alle cure in base all'età? Dobbiamo diversificare l'approccio medico, farmacologico, riabilitativo, sociale in relazione all'età

prescindere dal reddito e da altre variabili individuali. Non si può accettare, in una società che voglia dirsi civile, la "variabile denaro" quale discriminante per un approccio terapeutico. Possiamo dare una risposta positiva, lavoriamo insieme per non farci trovare impreparati.

Lucia Bolettieri
Presidentessa dell'Associazione
Amici del cuore di Grassano

ASSEMBLEA ORDINARIA

Ai signori soci - Loro sedi

Oggetto: convocazione Assemblea Ordinaria

Ti invito a partecipare all'Assemblea Ordinaria indetta in prima convocazione per il giorno 16 Aprile 2005 alle ore 23,59 presso la Sala Schiuma a Matera ed in seconda convocazione presso la stessa sede il giorno 17 Aprile 2005 alle ore 10,30, per deliberare sul seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1- Relazione del Presidente sull'attività svolta nell'anno 2004
- 2- Approvazione del bilancio consuntivo del 2004
- 3- Nomina del nuovo Consiglio Direttivo

Data la rilevanza fondamentale degli argomenti, ti prego vivamente di non mancare

IL PRESIDENTE
Dottor Luigi Bradascio

DELEGA

Il sottoscritto.....impossibilitato a prendere parte all'Assemblea Ordinaria, indetta per il giorno.....dall'Associazione materana degli Amici del cuore, delega il signor.....

A rappresentarlo per tutte le decisioni da assumere, ritenendo sin da ora per rate e ferme le scelte da lui operate.

Matera.....

(Firma del delegante)

LA SANITA' LUCANA CREA UN ALTRO CENTRO DI ECCELLENZA

A compimento di un percorso iniziato alcuni anni fa, il 15 febbraio scorso al 4° piano dell'Ospedale San Carlo di Potenza, è stato inaugurato il Reparto di Degenza e di Day - Hospital del Dipartimento di Reumatologia con otto posti letto per patologie complesse e quattro posti per day - hospital, per chi deve sottoporsi a cure periodiche. In tutta la regione non esisteva niente di simile. Il nuovo reparto sarà un buon motivo per non essere costretti ad andare a curarsi fuori regione, soprattutto perché si tratta di un progetto che vede la collaborazione di tutte le Asl e che comprende anche altri presidi sanitari presenti sul territorio, attraverso una rete di ambulatori nei quali sarà possibile effettuare le diagnosi (Venosa, Melfi, Rionero, Stigliano, Pescopagano, Muro Lucano).

All'importante meeting presso l'Auditorium del San Carlo erano presenti autorità politiche e sanitarie tra cui il Prof. Giampiero Pasero, Presidente della Società Italiana di Reumatologia. Presenti anche due associazioni di volontariato: L'Apmar, Associazione Pugliese dei Malati Reumatologici rappresentata da Antonella Celano e il Gils, Malati di Sclerodermia, rappresentato da Primarosa Ledda.

Il reparto, egregiamente diretto dal dott. Ignazio Olivieri, avrà sette medici specialisti, tredici infermieri ed una caposala.

Primarosa Ledda
Referente GILS della Basilicata

BILANCIO CONSUNTIVO AL 31/12/2004

ALL.	DESCRIZIONE	USCITE	ENTRATE
	Bilancio apertura : saldo disponibile al 31/12/2003		999,92
1	Partite di giro x servizi resi	1.056,00	1.056,00
1	Minute e varie	193,05	
2	Spese tenuta C/c:		
	Postale	60,20	
	Bancario	234,90	
3	Interessi attivi su c/c postale		8,40
3-3	Contributi diversi		3.350,10
3	Contributi a fronte spese sociali :		
	Assoc. Lega Tumori		1.508,37
	Assoc.ADVOS Fidas		1.537,41
4	Spese di Rappresentanza	863,78	
5	Spese sociali: Utilizzo sede,pulizia,materiale vario,ecc.	3.877,90	
5	Costo stampa " GIORNALINO "	100,00	
6	Spese postali	302,12	
7	Bollette: Acqua € 60,00-luce € 408,61	1.552,11	
	- GAS € 445,50 Telefono € 638,00		
8	Spese per stampati e cancelleria + materiale per PC	178,22	
9	Spese occorse x convegni e manifestazioni	2.746,00	
10	Quote iscrizioni ad Associazioni	10,00	
10	Sottoscrizioni quote associative		5.360,00
11	Spese sostenute per VOLONTARIATO	276,00	
	TOTALE MOVIMENTI	11.450,78	13.820,20
	Saldo disponibile a pareggio al 31/12/04	2.369,42	
	Cassa Contanti 1,95		
	C/C Bancario 677,89		
	C/C Postale 1.689,58		
	TOTALI GENERALI A PAREGGIO	13.820,20	13.820,20
	Gestione c/ Terzi :	40.991,39	40.991,39
	Progetto Albania -MD € 13.472,86 – MA € 40.991,39		
	Saldo € 27.518,53		
	Progetto chiesa : MD € 5.862,91 - MA € 5.862,91	5.862,91	5.862,91
	TOTALI COMPLESSIVI	60.674,50	60.674,50

Nicola Cristallo



ASSOCIAZIONE MATERANA AMICI DEL CUORE

ONLUS (d.g.r. 1760 del 3/8/1999). Aderente al CONA-cuore e al Coordinamento Meridionale Cuore del Sud
Gemellata con il Villaggio del fanciullo e con l'Associazione di disabili Dumbo

Via Nazionale 42 tel 0835259485 fax 0835314714 tel 0835312331 www.amicidelcuore.info



CONACUORE

COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI CUORE



FINALITA'

1) Promuovere la prevenzione delle malattie cardiovascolari tramite:

- L'organizzazione di lezioni integrate con i programmi di scienze nella scuola pubblica per la più seria delle prevenzioni: quella effettuata nell'età giovanile.
- La programmazione di screening di massa, per la misurazione del colesterolo, della glicemia, della pressione e contestuali consulenze del cardiologo e del dietologo.
- La convenzione con il Sistema 118 di Basilicata per l'addestramento al primo elementare soccorso in caso di arresto cardio-respiratorio.

2) Promuovere e stimolare la solidarietà mediante:

- Il sostegno a persone ed a bambini cardiopatici bisognosi.
- Il gemellaggio con il Villaggio del Fanciullo dei Padri Rogazionisti di Matera
- Il gemellaggio con DUMBO Associazione di disabili psico-fisici
- Il volontariato quotidiano nella Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Madonna delle Grazie

3) Diffondere informazione, conoscenza e un diverso regime di vita mediante:

- La programmazione di Forum annuali su cardiologia, cardiocirurgia, riabilitazione, soccorso e prevenzione primaria e secondaria.
- L'organizzazione di incontri e dibattiti pubblici sul tema dell'educazione alla salute.
- La pubblicazione del periodico sociale "Il Giornalino"

4) Ospitare e sostenere il Coordinamento Nazionale dei sodalizi del Cuore (CONA-Cuore)

SE SONO VALIDE RAGIONI PER ADERIRE, ISCRIVITI

(quota associativa per il 2005 Euro 20,00)