

# L'ACOS CORSI



Notiziario dell'Associazione Cattolica Operatori Sanitari 



*(Er presepio, Trilussa)*

*Ve ringrazio de core, brava gente,  
pé 'sti presepi che me preparate, ma  
che li fate a fa? Si poi v'odiate,  
si de st'amore non capite gnente...*

*Pé st'amore sò nato e ce sò morto,  
da secoli lo spargo dalla croce,  
ma la parola mia pare 'na voce  
sperduta ner deserto, senza ascolto.*

*La gente fa er presepe e nun me  
sente; cerca sempre de fallo più  
sfarzoso, però cià er core freddo e  
indifferente e nun capisce  
che senza l'amore è cianfrusaja  
che nun cià valore.*

## Sommario

<b>Guernica: Una storia senza fine.....</b>	<b>pag. 1</b>
<b>Moral Distress: una riflessione etica.....</b>	<b>pag. 3</b>
<b>Risultati sul questionario "Italian Moral Distress Scale-Revised"....</b>	<b>pag.4</b>

<b>INSERTO: Quali sono i vantaggi della terapia aerosolica? .....</b>	<b>pag. 7</b>
<b>Questione di pelle... ..</b>	<b>pag. 11</b>
<b>ACOS presente al Festival della Salute a Siena.....</b>	<b>pag. 13</b>
<b>Appuntamenti associativi .....</b>	<b>pag. 15</b>

# GUERNICA: una storia senza fine...



Durante la guerra civile spagnola (1936-1939), il 26 aprile del 1937, ventotto mesi prima della seconda guerra mondiale, la cittadina basca di Guernica venne bombardata ad opera dell'aviazione nazi-fascista. Si trattò di un attacco aereo a tappeto, durato tre interminabili ore, uno dei primi della storia europea: la città venne rasa al suolo per il 70%, vi furono 1654 morti e 889 feriti. L'episodio ebbe una vasta risonanza nell'opinione pubblica internazionale, ma non bastò a suscitare la reazione dei governi democratici.

I repubblicani spagnoli lanciarono quindi un appello agli intellettuali. Risposero in molti, tra questi Picasso.

Pablo Picasso (1881-1973) pittore, scultore e litografo spagnolo, è a Parigi dove risiede dal 1904. Appresa la notizia del bombardamento decide di manifestare il proprio sdegno e il proprio impegno politico con l'unica arma in suo possesso: l'arte.

Per denunciare e commemorare la strage di Guernica, Picasso realizza un dipinto immenso per dimensioni (tempera su tela 351 x 782 cm) e qualità espressiva, forse il suo più grande capolavoro. Ideato e creato in soli 33 giorni è esposto stabilmente al Museo Reina Sofia di Madrid ed è oggi l'emblema del Golgota moderno e della distruzione dell'uomo dei nostri giorni.

Per incarico del governo repubblicano spagnolo era destinato a decorare il padiglione spagnolo durante l'esposizione mondiale di Parigi del 1937.

Le enormi dimensioni furono scelte perchè questo quadro doveva anche rappresentare una sorta di manifesto che narrasse al mondo la crudeltà e l'ingiustizia della guerra, qualunque essa fosse. Il dipinto, che raffigura il momento del bombardamento, viene realizzato in bianco e nero perchè l'assenza di colore simboleggia l'assenza di vita. Sulla tela si stagliano immagini di estrema sofferenza: al centro la figura di un cavallo che reca in bocca la sagoma di una bomba, ai lati una donna che si disperava con in

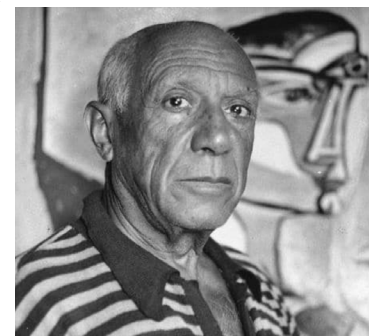
braccio il figlio morto e una figura che, terrorizzata, si divincola tra le fiamme. L'opera, che ha lo stesso nome della città distrutta, è diventata nel corso degli anni un simbolo di denuncia contro gli orrori della guerra e le orribili conseguenze che ogni genere di conflitto procura all'umanità.

Guernica è un racconto immerso nella storia e allo stesso tempo un messaggio senza tempo. È un appello alle coscienze, a non voltarsi dall'altra parte, a essere nel mondo, sull'esempio di Picasso, Hemingway, Éluard, Orwell, Lorca e di tanti altri di cui non sapremo mai il nome. Non possiamo distogliere lo sguardo dal punto essenziale della storia umana: nulla è cambiato, l'uomo ha continuato a forgiare una Guernica dopo l'altra, come dimostra ciò che è accaduto e continua quotidianamente a verificarsi in Ucraina, Gaza e in tante altre parti del mondo.

E' disarmante la riflessione di Einstein: "L'uomo ha inventato la bomba atomica, ma nessun topo al mondo costruirebbe una trappola per topi." La citazione latina "Homo homini lupus (ogni uomo è un lupo per un altro uomo)", così cara al filosofo Hobbes, sembra ancora attuale. E' proprio vero che "Abbiamo imparato a volare come gli uccelli, a nuotare come i pesci, ma non abbiamo ancora imparato la semplice arte di vivere insieme come fratelli" (Martin Luther King).

E' tempo, prima che sia troppo tardi, di guardare meglio nel mondo dei bambini alla ricerca della stella cometa che guidi l'umanità verso una storia di pace e di buon senso!

(Giuseppe Marcianò)



# "Moral distress: una riflessione etica"

dal Convegno Nazionale dell'ACOS  
Lucca 15 Maggio 2023



Don Simone Valerani  
Consulente Ecclesiastico ACOS Nazionale

L'esperienza di molti operatori sanitari durante la pandemia da COVID-19 ha portato ad emergere il tema del moral distress (MD); tema abbastanza 'nuovo' nel nostro Paese sebbene il primo studio risalgia al 1984 ad opera di Andrew Jamenton. Con questo termine si intende la percezione, da parte dell'operatore stesso, di un forte disagio dovuto al fatto che egli conosce ciò che eticamente corretto e che dovrebbe fare, ma limiti ed ostacoli organizzativi/istituzionali glielo impediscono. È quindi necessario distinguerlo da altre forme di disagio che può sperimentare come ad esempio quelle che scaturiscono dallo sperimentare un dilemma etico o dal disaccordo con i colleghi, dalla pressione quotidiana e dallo stress del lavoro/organizzazione; non è neppure un semplice distress emotivo, compassion fatigue o burn-out.

Il MD è caratterizzato quindi dalla presenza di un conflitto tra i valori dell'operatore e quelli della struttura in cui opera e che genera dei vincoli rispetto alla sua stessa azione. Tali vincoli possono essere sia interni (paura di perdere il lavoro, ansia di creare conflitto, mancanza di fiducia, percezione di impotenza) che esterni (squilibri di potere tra i membri del team sanitario, scarsa comunicazione tra i membri del team e bassa capacità di accettare critiche, pressione per ridurre i costi, paura di azioni legali, politiche ospedaliere in conflitto con le esigenze di cura del paziente, mancanza di tempo dovuta anche all'aumento della burocrazia) all'operatore. Significativo inoltre che con l'aumento dell'età il MD diventa più frequente ma lo si avverte con minore intensità. Il MD tende inoltre a perdurare nel tempo ed il ripetersi di episodi di MD, anche a fronte della risoluzione della situazione scatenante, genera il cosiddetto moral residue, un long-term effect, che in una dinamica di reinforcing da origine al crescendo effect: l'accumulo del moral residue che si incrementa aumentando così il senso di impotenza e di compromissione morale dell'operatore. Oltre a tale compromissione morale, che crea un vulnus nell'integrità morale dell'operatore stesso, diversi altri sono gli effetti riscontrabili: sentimento di rabbia e frustrazione, senso di solitudine/isolamento, fatica, esaurimento, problemi di sonno, palpitazioni,

mal di testa, dolore al collo e all'addome, scarsa soddisfazione lavorativa e scarsa soddisfazione per la qualità di cura offerta, operatori moralmente insensibili alle problematiche etiche, deresponsabilizzazione ed infine burn-out e abbandono della professione.

Ecco perché è necessario individuare precocemente, attraverso strumenti oggi validati, la presenza di MD negli operatori ed attuare gli interventi necessari ad una sua risoluzione. Nel 2005 l'Association of Critical Care Nurses ha proposto una modalità di intervento detta delle 4A. ASK: rivedi la definizione e i sintomi del MD e chiediti se quello che stai provando è MD. I tuoi colleghi mostrano segni di MD? AFFIRM: Dichiarare i tuoi sentimenti riguardo al MD. Quale aspetto della tua integrità morale è minacciato? Quale ruolo potresti/dovresti giocare? ASSESS: inizia a mettere insieme alcuni fatti. Qual è la fonte del tuo MD? Quale pensi sia l'azione "giusta" e perché lo è? Cosa si sta facendo in questo momento e perché? Chi sono gli attori in questa situazione? Sei pronto ad agire? ACT: creare un piano d'azione e attualo.

Pensa a potenziali insidie e strategie per aggirarle. Jamenton inoltre suggerisce di abbandonare la prospettiva di lettura della situazione di MD a partire dallo schema vittima (l'operatore)-carnefice (la struttura sanitaria) per porsi invece in quella della responsabilità: «Invece di mantenere la prospettiva dell'oppresso o della vittima, dovremmo assumere la prospettiva dell'attore responsabile nei confronti dell'iniziale distress: "L'attore chiede: 'Cosa devo fare? Di che cosa devo assumermi la responsabilità? Di che cosa devo ritenere gli altri responsabili?'» Wendell (1990) sottolinea che questa prospettiva è utile, anche quando le opzioni sono limitate. La prospettiva reindirizza l'infermiera dalle domande circa la colpa a domande di scelta attiva» (JAMETON, A. 1993. Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practices, in AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing, February 1993, 547).

Vorrei concludere ricordando il possibile ruolo che gli Ordini delle professioni sanitarie e le Associazioni che

a vario titolo raggruppano operatori sanitari potrebbero avocare a sé. Innanzitutto quello di una moral suasion nei confronti dei policy maker andando così ad agire su uno dei poli del MD, i vincoli/ostacoli istituzionali ed organizzativi.

Inoltre potrebbe essere loro affidato il compito di advocacy degli operati perché l'esperienza del MD non sia ignorata ma ritenuta degna di interesse, valutazione ed intervento nelle diverse strutture sanitarie.



## Risultati dal questionario "Italian Moral Distress Scale-Revised"

Dr.ssa Chiara Marini, Assistente Sanitaria,  
borsista ricerca presso Università di Firenze

Dr.ssa Maria Cristina Orsi,  
Consigliere Nazionale ACOS e Vice Presidente Gruppo ACOS Lucca

Supervisione: Dr.ssa Stefania Cecchi,  
Vice Presidente Nazionale ACOS, Presidente ACOS Regione Toscana

In occasione del Convegno Nazionale dell'ACOS dal tema: "Moral Distress: una riflessione etica", i partecipanti sono stati invitati a partecipare a un'esercitazione che prevedeva anche la compilazione del questionario "Italian Moral Distress" (1), basato su scala validata (Lamiani, 2016) e finalizzato ad **esplorare le questioni etiche emergenti nella pratica clinica, misurandone l'entità**.

In particolare, in linea con gli argomenti trattati durante la giornata, si è cercato di indagare diverse dimensioni:

- la dimensione etica del lavoro in sanità;
- le situazioni di potenziale conflitto morale;
- le conseguenze del disagio etico nell'ambiente di lavoro.

Il questionario, infatti, riportava alcune situazioni che si sarebbero potute verificare nella pratica clinica, chiedendo all'operatore quante volte le ha vissute e il livello di intensità di disagio che ha provato.

Le informazioni date per la compilazione del questionario sono state le seguenti:

- Per ogni situazione elencata si indaga la "Frequenza" (es. quanto viene vissuta la situazione, colonna a sinistra) e il "Disagio" provato (es. quanto è disturbante la situazione, colonna a destra);

Questionario "Italian Moral Distress"

	Frequenza					Disagio				
	Mai		Molto Spesso			Nessuno		Molto		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Vedere professionisti che danno al paziente o ai familiari "false speranze".										
2. Assecondare il desiderio dei famigliari di continuare le cure salva vita anche se ritengo ciò non sia nel miglior interesse del paziente.										
3. Avviare azioni salva vita ad ampio spettro quando ritengo che possano soltanto prolungare la morte.										
4. Assecondare il desiderio dei famigliari di non discutere della morte imminente con un paziente terminale che ne fa richiesta.										
5. Sentirsi pressato da altri a prescrivere esami e cure che non ritengo necessari.										
6. Continuare a curare un paziente terminale, dipendente dal punto di vista ventilatorio, quando so che nessuno prenderà la decisione di sospendere le cure.										
7. Non fare niente pur sapendo che un medico o un infermiere ha commesso un errore e non lo ha riferito.										
8. Lavorare con un medico o un infermiere che a mio parere non è competente.										
9. Aumentare le dosi di farmaci sedativi/opiacei che credo possa accelerare il decesso di un paziente in coma.										
10. Non intervenire in una problematica etica perché i colleghi coinvolti o qualche responsabile vi hanno chiesto di non fare nulla.										
11. Assecondare i desideri dei famigliari rispetto all'assistenza del paziente, anche se non sono d'accordo, per timore di un'azione legale.										
12. Vedere che le cure al paziente risentono a causa della mancanza di continuità assistenziale.										
13. Assistere a una diminuzione della qualità delle cure a causa di una scarsa comunicazione tra colleghi.										
14. Ignorare situazioni in cui ai pazienti non sono state fornite informazioni adeguate per assicurare il consenso informato.										

Ha mai pensato di lasciare la sua posizione lavorativa a causa del disagio etico sperimentato nel suo ambiente di lavoro?

- No, non ho mai pensato di lasciare la mia posizione  
 Sì, ho pensato di lasciare la mia posizione ma non l'ho fatto  
 Sì, ho già lasciato precedentemente una posizione

Attualmente sta pensando di lasciare la sua posizione lavorativa?  Sì  No

- Se la persona non ha mai sperimentato quella specifica situazione riporta una crocetta sotto lo "0" (=mai) nella colonna della Frequenza. Anche se una situazione non fosse mai capitata, è necessario indicare quan-

to potrebbe disturbare, qualora dovesse accadere;

- Infine, altri due item riferiti all'abbandono della posizione lavorativa.

### Risultati

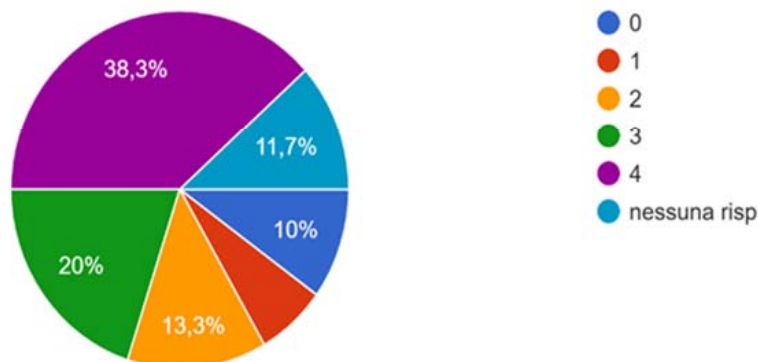
I risultati, seppur limitati al numero di questionari compilati, che sono stati 60, da operatori che svolgono la loro attività in contesti diversi e con differenti qualifiche, ci hanno favorevolmente orientato verso l'utilizzo di questo strumento, di facile compilazione, grazie anche alla chiarezza interpretativa delle domande. In generale, non sono emerse evidenti situazioni di Moral Distress, in termini di "Frequenza". Si è rilevato, invece, in alcuni casi, la percezione di situazioni di "Disagio".

Riportiamo di seguito, alcune risposte sul "Disagio" manifestato alle **domande n. 12 e n. 13** che ci sono sembrate più significative. Sono state espresse graficamente per una loro più facile lettura.

In questo caso il personale sanitario percepisce molto disagio nel rendersi conto della mancanza di continuità delle cure nell'assistenza al paziente. Il 38,3% dà il massimo punteggio. Ma vediamo anche un 20% e un 13,3% che individua tale carenza. Mancanza di personale? Turn over elevato del personale? Personale con qualifiche inadeguate a dare assistenza ai malati? Sovraccarico di lavoro? Scarsa organizzazione? Occorrerebbe fare una riflessione più approfondita.

#### 12. Vedere che le cure al paziente risentono a causa della mancanza di continuità assistenziale.

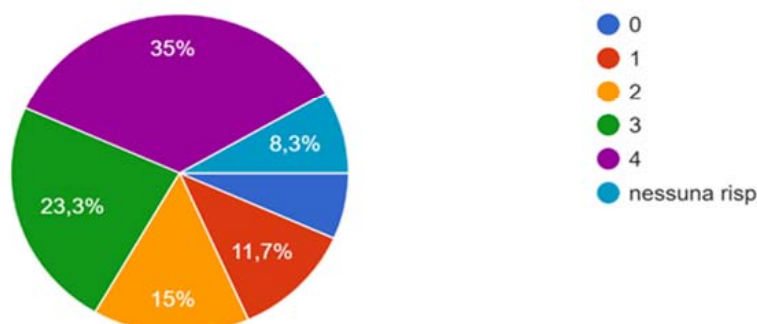
60 risposte



Le risposte alla domanda n. 13 riportano che il 35% del personale sanitario prova molto disagio nell'assistere ad una riduzione della qualità delle cure, dovuta ad una insufficiente comunicazione tra i colleghi. Anche in questo caso abbiamo un ulteriore 23,3% ed un 15% che rende il dato ancora più significativo. Occorre domandarci il perché di questa scarsa comunicazione. Forse un carico assistenziale troppo elevato?

#### 13. Assistere a una diminuzione della qualità delle cure a causa di una scarsa comunicazione tra colleghi.

60 risposte



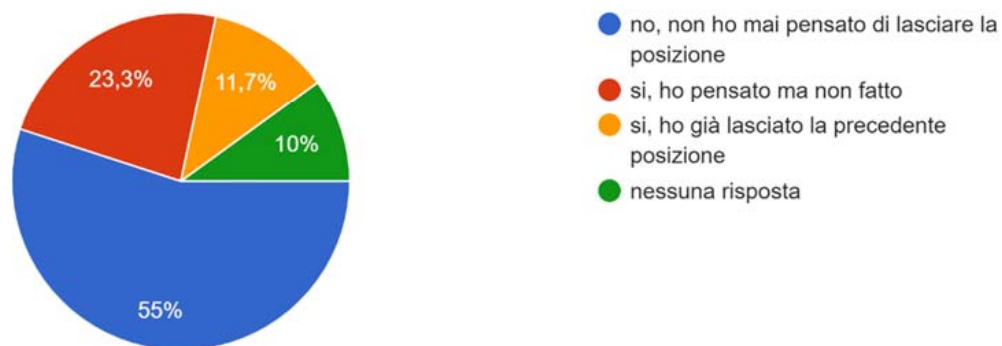


La mancanza di strumenti e metodi adeguati a facilitare la comunicazione fra colleghi?  
 La poca dimestichezza nell'utilizzo della comunicazione scientifico-assistenziale fra gli operatori sanitari?  
 O ancora il rapido turn over del personale sanitario? Ci sono gli spazi e i tempi adeguati per favorire questa comunicazione? E chi dovrebbe costruirli?

Il 35% dei partecipanti ha pensato di lasciare la propria posizione a causa del disagio etico sperimentato sul luogo di lavoro. Tra questi, l'11,7% ha lasciato la precedente posizione e il 23,3% mantiene la propria posizione, avvertendo però disagio.

#### 15. Ha mai pensato di lasciare la sua posizione lavorativa a causa del disagio etico sperimentato nel suo ambiente di lavoro?

60 risposte



Questi risultati, seppur nei limiti del campione dei partecipanti, ci suggeriscono di proseguire in percorsi formativi a supporto dei professionisti, per riflettere sulle scelte assistenziali da fare in percorsi che presentano un'elevata complessità assistenziale.

Resta ineludibile l'obbligo di favorire una buona comunicazione e un'intensa attività riflessiva, possibilmente entro scambi relazionali con gli altri con cui esiste una relazione professionale significativa. Potrebbe diventare una modalità di lavoro da ottimizzare e pianificare attraverso la formazione, l'utilizzo di Audit e M&M nella pratica clinica, per il miglioramento dell'assistenza alla persona e alla famiglia.

Possiamo supportare e prevenire situazioni di Moral Distress attraverso proposte operative che indichino strumenti concreti di intervento per fronteggiare e migliorare condizioni critiche di disagio.

Questo è stato solo un primo passo perché, dalla presa di coscienza di un disagio, di una criticità, gli operatori sanitari, ora più consapevoli, trovino vie nuove di operosità.

1) *Tesi Dr. ssa Giulia Marta Lamiani "Moral distress among critical care clinicians: Protective factors and consequences on clinicians' well-being and quality of care - AA 2015 - 2016, Università degli Studi di Pavia.*

# Quali sono i vantaggi della terapia aerosolica ?

Dr. Andrea Melani, Dirigente medico di Malattie dell'Apparato Respiratorio  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

**I medici raccomandano la via aerosolica perché consente di portare il farmaco direttamente nelle vie aeree, minimizzando od evitando effetti collaterali sistemici**

## **Perché usare un nebulizzatore per problemi broncopolmonari.**

Un aerosol terapeutico per malattie broncopolmonari è prodotto da inalatori pressurizzati (anche Soft Mist Inhalers), da inalatori di polveri, o da nebulizzatori. L'utilizzatore di aerosolterapia ha molti vantaggi, perché i farmaci assunti in questo modo sono depositati direttamente nel naso, nella trachea, nei bronchi con azione curativa sicura, rapida ed efficace rispetto alle altre modalità di somministrazione. Ma deve imparare a gestire il device necessario a produrre l'aerosol. Se ti è stato prescritto un inalatore non dare per scontato di saperlo usare bene: molti pensano di utilizzare bene il proprio inalatore, ma ad un esame pratico attento circa un terzo esegue errori di utilizzo che ne riducono o ne annullano gli effetti; fatti sempre controllare dal tuo medico o dal tuo farmacista se usi il tuo inalatore in modo adeguato. In alcuni casi, come in bambini, o grandi anziani, o in presenza di gravi malattie è difficile usare bene un inalatore e fare un aerosol con nebulizzatore rappresenta un momento importante per la soluzione o il miglioramento dei problemi respiratori e può essere anche una misura curativa salvavita. L'indicazione all'uso del nebulizzatore può essere temporanea e limitata a periodi critici come durante ricattizzazioni bronchitiche, crisi acute o malattie intercorrenti. L'uso di nebulizzatori può essere quindi alternato o anche associato ad inalatori.

In conclusione, il medico di solito consiglia l'uso del nebulizzatore a persone che non possono o non riescono ad usare bene altri inalatori o che sono abituati ad utilizzare questo tipo di terapia e la preferiscono decisamente. Se il nebulizzatore non ti è stato prescritto da uno pneumologo e, qualora si usi non occasionalmente un nebulizzatore, è consigliabile eseguire una visita specialistica pneumologica e una valutazione della funzionalità respiratoria.

## **L'aerosolterapia con nebulizzatori è un trattamento complesso?**

Sì, l'aerosolterapia con nebulizzatori è un trattamento complesso per varie ragioni: In primo luogo non tutti i nebulizzatori che esistono in commercio riescono a portare il farmaco prescritto dal medico nei bronchi in quantità apprezzabile. Poiché esistono molti modelli in commercio e non tutti sono idonei al tuo caso, chiedi sempre al medico quale nebulizzatore è adatto a te prima di acquistarlo o verifica se quello che hai a casa è idoneo. Anche se hai acquistato il nebulizzatore "giusto", per sfruttarne al massimo le capacità devi saperlo usare bene e eseguire regolarmente e in modo appropriato la manutenzione e la igiene. Una igiene non adeguata può predisporre a infezioni ricorrenti. La manutenzione non eseguita o eseguita male può ridurre le prestazioni del sistema e non è sempre semplice capirlo. Molti pensano correttamente che un aumento della durata di nebulizzazione per uno stesso farmaco rappresenti un indice di malfunzionamento, ma a volte il tempo rimane invariato e le prestazioni possono comunque ridursi. Segui sempre scrupolosamente le indicazioni riportate nel libretto di istruzioni sull'uso e la manutenzione del tuo nebulizzatore e sui tempi di utilizzo dopo i quali le componenti del sistema vanno sostituite o revisionate.

## **Quali sono i principali vantaggi e svantaggi dei nebulizzatori rispetto agli inalatori?**

### *Vantaggi dei nebulizzatori*

- Sono facili da usare, richiedono solo una respirazione semplice e normale senza trattenere il respiro
- Sono adatti a tutte le età e condizioni, come neonati, bambini, grandi anziani, mal vedenti, postumi motori di ictus, malattie neurologiche o articolari, persone non autosufficienti o con gravi malattie respiratorie che non riescono a coordinare erogazione con inspi-

razione o non hanno un flusso inalatorio adeguato ad innescare una efficiente inalazione

- Sono adatti a situazioni d'emergenza. Se sei andato in pronto soccorso o in ospedale per acuti vedrai che spesso per fare una aerosolterapia si usa un nebulizzatore. Al contrario, negli ultimi anni come terapia domiciliare di mantenimento si preferisce usare inalatori sia perché con essi sono disponibili farmaci a lunga durata d'azione riducendo il numero delle somministrazioni quotidiane per "coprire" l'intera giornata, sia perché se ben usati, più comodi da utilizzare.

#### *Svantaggi dei nebulizzatori*

- Maggiore ingombro rispetto agli inalatori
- Necessità di una fonte di alimentazione per il funzionamento (corrente elettrica o batteria)
- Tempi lunghi per somministrazione, preparazione e manutenzione
- Scarsa efficienza della maggior parte dei nebulizzatori e larga variabilità nella dose erogata che dipende sia dall'apparecchio, ma anche da come respira il paziente, dal modo di uso e manutenzione
- Necessità di regolare igiene e manutenzione
- Costo dell'apparecchio che deve essere acquistato singolarmente dai farmaci rispetto agli inalatori che invece sono commercializzati assieme ai farmaci.

#### **Quali farmaci si possono usare con il nebulizzatore?**

Usa solo i farmaci prescritti dal medico alla dose e con la frequenza da lui indicate; se ti sono prescritti contemporaneamente più farmaci chiedi al medico se puoi miscelarli. Fatti indicare se devi aggiungere



un solvente, come la soluzione fisiologica, e in quale quantità. Quando è possibile devono essere preferite confezioni monodose di farmaco e di solvente, poiché riducono il rischio di contaminazioni batteriche degli aerosol e di errori posologici rispetto alle confezioni multidose. Sono sconsigliate nebulizzazioni a base di sciroppi antitosse, oli, emollienti, sostanze a base di erbe e in generale usa solo farmaci appositamente studiati e testati per l'uso aerosolico: prodotti empirici non testati in modo scientifico nel migliore dei casi sono poco utili, ma, specie in soggetti ipersensibili, possono anche dare irritazione alle vie aeree o episodi di broncospasmo. Prepara e immetti nell'ampolla i farmaci per la nebulizzazione subito prima dell'uso.

#### **Come si esegue la nebulizzazione e la manutenzione?**

- La nebulizzazione prevede varie fasi che vanno eseguite scrupolosamente secondo le indicazioni del medico e le istruzioni allegate all'apparecchio.
- Riempire l'ampolla con la dose e la quantità indicata del/i farmaco/i prescritto/i e l'eventuale soluzione fisiologica subito prima di iniziare l'aerosol. Possibilmente utilizza confezioni mono-dose di farmaco e di solvente e controlla sempre la loro scadenza. Scegliere il bocchaglio o la mascherina più adatta al viso. Verificare che i tubi siano tutti connessi e non vi siano perdite. Inserire la spina di alimentazione nella presa elettrica (o nel caso di strumenti a batteria, verificare che la carica della batteria sia sufficiente a garantire l'intera somministrazione del farmaco)
- Accendere l'apparecchio
- Mettere il bocchaglio in bocca e chiudere bene le labbra, o indossare la mascherina. Salvo casi particolari (neonati, soggetti non coscienti) si preferisce per la cura delle malattie broncopolmonari l'uso di un bocchaglio chiedendo di respirare con la bocca e non con il naso, perché quest'ultimo è un "filtro" in grado di bloccare molto farmaco aerosolizzato. Alcuni consigliano di usare una molletta stringinaso per evitare che anche inavvertitamente si respiri con il naso e non con la bocca. Se devi usare una mascherina, come in neonati, devi porre attenzione che si conformi perfettamente al viso; esistono molti tipi di maschere e alcune sono anche disegnate per evitare che il neonato si impaurisca e pianga; con l'uso del nebulizzatore nel neonato evitare l'impiego mentre piange e magari usano quando dorme
- Inalare con calma e lentamente per il tempo previsto senza pause e tenendo sempre le labbra serrate sul



boccaglio e senza parlare. Evitare con attenzione che l'aerosol vada negli occhi perché alcuni farmaci possono essere nocivi, specialmente in caso di pressione elevata negli occhi (glaucoma). È consigliabile periodicamente scuotere durante l'uso ampolla, in modo da favorire il ricircolo del farmaco ed evitarne lo spreco. Il tempo di nebulizzazione non dovrebbe superare 8-10 minuti

- Di regola la nebulizzazione si considera conclusa solo quando tutta la soluzione è stata consumata. In alcuni casi, se il medico lo prescrive espressamente, la nebulizzazione si può interrompere dopo un tempo definito e gettare la soluzione residua. Lavare bene il viso e le mani al termine della nebulizzazione per evitare problemi alla pelle e agli occhi
- Quando è finita la nebulizzazione spegnere il nebulizzatore
- Dopo l'uso del nebulizzatore, nel caso si sia usata la mascherina, lavare l'area del viso in cui è stata applicata. Pulire i denti, risciacquare la bocca, mangiare o bere qualcosa per rimuovere del cavo orale i residui del farmaco inalato.
- Smontare sempre ogni componente dell'apparecchio e eseguire regolarmente una rigorosa igiene del nebulizzatore come da foglio illustrativo del produttore. Segui attentamente le indicazioni del libretto di istruzioni per la disinfezione delle varie parti del nebulizzatore. Alcune ampolle possono essere poste in pentola a pressione o in lavastoviglie (verifica nel libretto per evitare che siano danneggiate). In generale dopo ogni nebulizzazione tutte le parti devono essere disassemblate e lavate attentamente con acqua calda corrente per eliminare i residui di farmaco e poi lasciate asciugare all'aria. Se necessario collega l'ampolla vuota con i tubi di connessione al compressore e accendi l'apparecchio per qualche minuto sino a quando tutto diventa completamente asciutto. L'operazione di asciugatura è particolarmente importante, perché i residui acquosi che rimangono nell'ampolla e nei tubi tendono spesso a contaminarsi con germi. Ultimata la manutenzione lavati nuovamente le mani
- Riporre lo strumento in un luogo sicuro, lontano da fonti di calore e protetto dalla polvere dell'ambiente.

### **Cosa è un nebulizzatore, come funziona e quale è adatto al tuo caso?**

I nebulizzatori usati per la cura delle malattie broncopolmonari sono in grado di trasformare una formulazione liquida medicata in una nube aerosolica di particelle con dimensioni così piccole che quando

inalate dal paziente permettono al farmaco che vi è contenuto di raggiungere e depositarsi elettivamente a livello broncopolmonare. Auspicabilmente il nebulizzatore deve essere rapido, facile da usare e da pulire, efficace, non rumoroso, economico e purtroppo questo modello ideale non esiste.

Esistono molti modelli di nebulizzatore e dovrai farti consigliare dal tuo medico quale è il più adatto per te; la scelta del nebulizzatore dipende anche dalla malattia che deve essere curata, dall'età e caratteristiche dell'utilizzatore e dai farmaci prescritti. Spesso un nebulizzatore che può portare farmaci a livello broncopolmonare è anche adatto a trattare malattie delle prime vie aeree e del naso, mentre non è sempre vero il contrario.

Fra i modelli di apparecchi aerosolici disponibili in commercio vi sono due grandi famiglie di nebulizzatori: quelli ultrasonici e a gas compressi (in realtà oggi vi sono anche nebulizzatori a membrana vibrante, ma questi hanno alto costo e sono indicati solo in malattie particolari come la fibrosi cistica per uso di farmaci molto costosi).

I nebulizzatori ultrasonici sono dotati di un cristallo piezoelettrico in grado di trasformare l'impulso elettrico in vibrazioni che, a contatto con la formulazione liquida, producono un aerosol simile a quello che vediamo quando le onde del mare si infrangono sugli scogli. I nebulizzatori ad ultrasuoni hanno alcune indicazioni elettive in ambito diagnostico per indurre la espettorazione. In commercio sono disponibili nebulizzatori ultrasonici di dimensioni relativamente piccole, poco rumorosi e costo paragonabile agli aerosolizzatori ad aria compressa, ma vi sono pochi studi che ne chiariscano appieno le modalità ottimali di uso e manutenzione e sono poco indicati per nebulizzare cortisonici; per questo di solito sono non frequentemente consigliati dai medici.

I nebulizzatori a gas compresso sono molto più diffusi. In questi sistemi una pompa comprime e spinge con forza l'aria nell'ampolla dove è posta la formulazione liquida promuovendone per effetto Venturi la nebulizzazione. Sono essenzialmente quattro le componenti di questi nebulizzatori: il compressore, l'ampolla nebulizzatrice, il sistema dei tubi di connessione e l'interfaccia con l'utente. Esistono compressori a membrana e a pistone. I modelli a pistone hanno un motore che sviluppa una maggiore potenza per cui abitualmente assicurano tempi di nebulizzazione più rapidi, ma di solito sono anche più costosi. L'energia

per attivare il compressore è quella elettrica o talora una pila o la batteria dell'auto. Se il paziente usa domiciliariamente ossigeno, può usarlo come fonte di gas compresso per la nebulizzazione al posto del compressore, ma a flussi di almeno 6 litri per minuto ed è meglio chiedere al medico se questo possa comportare per lui dei rischi. L'ampolla nebulizzatrice non è



soltanto il contenitore ove si versa la soluzione da nebulizzare, ma bensì la componente più importante del nebulizzatore. Esistono ampolle di vetro e in materiale plastico. Quelle di vetro sono desuete e non sono più consigliate perché difficili da pulire e con performances minori e di maggiore variabilità rispetto a quelle in materiale plastico. Esistono ampolle disegnate appositamente per nebulizzare in particelle estremamente piccole soluzioni molto viscosi. Esistono molte buone ampolle fornite da varie ditte ed è consigliabile che ogni medico si orienti verso i modelli di cui conosce efficacia, modalità di uso e manutenzione e ne fornisca indicazione ai pazienti per l'acquisto al momento della prescrizione.

Ogni ampolla ha un volume iniziale consigliato della formulazione da nebulizzare; se hai dubbi consulta le istruzioni di uso o chiedi al medico se devi diluire il farmaci/i con un solvente (di solito soluzione fisiologica, meglio usando fialoidi mono-dose e mai con

acqua distillata o di rubinetto) e in quale quantità. Di solito la formulazione iniziale è circa di 4-5 ml in totale e il volume residuo al termine della nebulizzazione di 2 ml. Il sistema di collegamento è dato abitualmente da tubi in materiale plastico che connettono compressore, ampolla e sistema di interfaccia dal quale il paziente inalerà l'aerosol; fai sempre attenzione affinché la tenuta del sistema sia ottimale al fine di evitare una caduta nelle prestazioni dell'apparecchio.

### **Le parti del nebulizzatore che si rovinano con l'uso e vanno sostituite**

Tutte le componenti del nebulizzatore non possono essere usate indefinitamente e vanno sostituire periodicamente secondo le indicazioni scritte nel libretto di istruzioni. Esistono ampolle monouso che devono essere usate solo una o poche volte, mentre altre sono riutilizzabili, ma anche queste devono essere regolarmente pulite e disinfettate e non possono essere usate indefinitamente sino a quando si rompono. Alcune ampolle mantengono adeguate prestazioni con una corretta manutenzione nel tempo e possono essere sostituite anche dopo 250-300 nebulizzazioni complessive. Non attendere che i tubi di connessione divengano con l'uso troppo rigidi e perdano tenuta ed elasticità, sostituiscili prima. Anche il compressore deve avere una manutenzione e va periodicamente controllato e revisionato, come indicato dal produttore o anche quando la durata della nebulizzazione si allunga o se cambia rumore con l'uso. I compressori di solito contengono filtri che sono solitamente bianchi o di colore chiaro; segui per sostituirli tempi e modi indicati dal produttore e in generale evita che perdano brillantezza o divengano troppo sporchi e grigio-scuri. Ricorda che le prestazioni del nebulizzatore sono testate e garantite solo con pezzi originali



## Questione di pelle...

Gabriela Chereches  
Infermiera

Ciao, sono Gabriela, per i pochissimi amici Gabri, e vivo a Siena da quasi 20 anni.

Nel mese di marzo di quest'anno ho fatto un piccolo intervento chirurgico alla spalla destra per asportare quello che tutti credevamo fosse solo una formazione cistica. Premetto che era in sede, apparentemente stabile e invariata, da prima della pandemia... forse dall'inizio del 2019. Ma ad un certo punto la zona circostante diventa più arrossata e questa ciste inizia a cambiare l'aspetto e ad essere dolente al tatto, ogni tanto dando anche un lieve prurito.

In poche settimane da questo primo intervento arriva la risposta del primo esame istologico: DERMOFIBROSARCOMA PROTUBERANS SCLEROSANTE.



Il Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) è un tumore maligno e raro della pelle, localmente aggressivo e caratterizzato da elevata tendenza alle recidive dopo l'asportazione chirurgica. DFSP può sembrare una normale cicatrice, ciste o livido e svilupparsi in qualsiasi parte del corpo, ma si trova più comunemente sulle braccia, gambe o busto. Nel tempo, può crescere fino a diventare un grosso nodulo sotto la pelle. Questo tipo di tumore è un sarcoma infiltrante i tessuti molli che cresce lentamente ma può penetrare in profondità, nel derma e infiltrarsi nel tessuto adiposo e circostante. La chirurgia rappresenta l'approccio terapeutico d'elezione. È importante sottolineare che il tumore è scarsamente delimitabile e per questo le

recidive sono frequenti dopo asportazione incompleta o insufficiente.

Ho ricevuto la notizia tramite una comunicazione telefonica, dove venivo informata dell'esito del primo esame istologico e quanto diventava urgente ed importante presentarsi subito in ospedale per un colloquio con il medico dermatologo.

Ricordo molto bene la voce preoccupata ma gentile e tutta la conversazione fino al punto in cui mi manca il fiato... e non sento più le gambe.

Poi ad un tratto mi ritrovo in ginocchio con il telefono in mano e una domanda che ripetevo continuamente: a chi posso telefonare?

A mio marito che era ancora in turno in Emodialisi? no, assolutamente no. Non era questo il modo giusto di dirglielo.

Allora penso a lei, Stefania, vicina di casa, infermiera in Nefrologia e amica. E mentre cerco il suo numero prego che non sia anche lei in turno. Pochi minuti dopo era già accanto a me... ed è rimasta durante tutto questo tempo.

Avviso poi i colleghi di lavoro, ma tra lacrime e singhiozzi riesco malapena ad esprimere ciò che mi stava accadendo. Ho trovato tanta empatia, disponibilità e comprensione da parte loro e ne sono veramente grata per il sostegno che mi hanno dimostrato.

Poi, una volta rimasta sola, decido di uscire di casa e mi avvio verso la fermata del pullman per aspettare il mio figlio che doveva rientrare da scuola. Era ancora presto ma in casa sentivo che mi mancava l'aria...

Ricordo la camminata e l'affanno, il cielo immensamente blu, l'erba di un verde molto acceso tempestate di tanti piccoli e delicati fiori bianchi e un'altra domanda che mi risuonava nella testa: come si fa a ricevere una notizia talmente brutta in una giornata così bella?

Nello stesso giorno viene costituito anche il team di specialisti che mi prendono in carico: Dott. Andrea Andreassi-Dermatologia, Dott. Anna Maria Di Giacomo-Immunoterapia Oncologica e Dott. Vinno Savelli-Chirurgia Oncologica.

**Non conoscevo nessuno di loro ma, a pelle e per la mia pelle mi sono fidata immediatamente.**



Difficile trovare le giuste parole per ringraziare tutti coloro che si sono presi cura di me, persone e professionisti eccezionali che ho conosciuto durante questo percorso in tutti i settori.

Nei giorni successivi iniziano gli accertamenti: esami ematici, ecografie, radiografia, mammografia e biopsia, tante visite specialistiche.

Il 12 di maggio divento ufficialmente un paziente oncologico, proprio nella giornata mondiale degli infermieri. Ricordo che mi sono detta: beh, non poteva essere diversamente! D'altronde io sono un'infermiera e considero il mio lavoro una vera e propria vocazione che svolgo con passione, amore e dedizione.

Sono infermiera nell'area materno infantile, mamma di uno splendido e delizioso dodicenne e moglie di un infermiere. Mio marito Michele, persona meravigliosa e speciale, mi è sempre stato accanto nel modo più co-

raggiato, dolce, attento e premuroso che possa esistere. In seguito alla risposta del primo esame istologico ho dovuto affrontare altri 2 interventi chirurgici di allargamento o radicalizzazione. Sono stati i mesi più duri e complessi della mia vita, ma ho accanto una famiglia stupenda che mi ha sostenuta e continua a farlo in maniera eccezionale.

Ad oggi abbiamo, finalmente, un referto istologico negativo. Non ho dovuto affrontare la radioterapia e quindi è stato avviato il follow-up oncologico. In attesa dei prossimi controlli, mi piace pensare che affronto con resilienza questa nuova realtà e ho voluto condividere con voi la mia esperienza.

Ho capito quanto è importante ogni singola parola e a volte il silenzio.

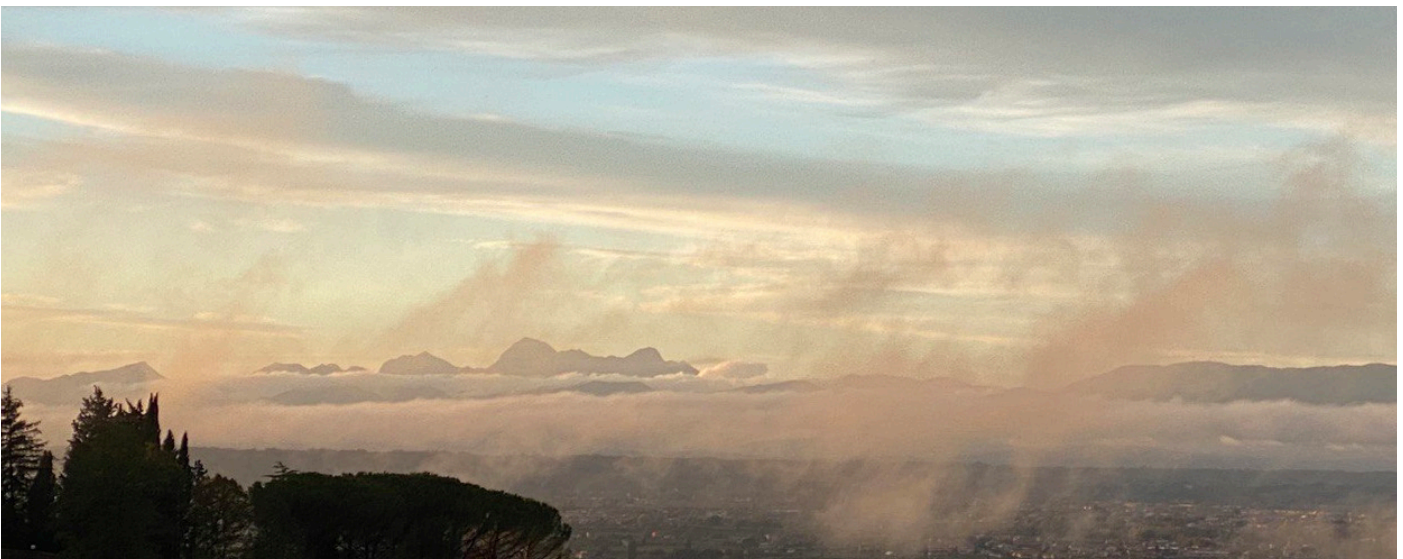
O come afferma Angela, la mia bravissima counselor: **...le parole migliori sono quelle che non si dicono**...

E quanto vale uno sguardo, una carezza, una stretta di mano e un abbraccio durante tale percorso così complicato. Fanno parte della terapia e vorrei tanto che ci fosse più consapevolezza.

È facile immaginarsi quanto considero fondamentale e consiglio vivamente prendersi cura della propria pelle... il limite tra l'ambiente esterno e l'ambiente interno del nostro corpo... prendersi cura di se. La vera cura della pelle, che va oltre i canoni estetici e apparenza, fatta di attenta osservazione e prevenzione, di controlli e visite specialistiche tempestive.

Ricordiamoci sempre che...

“Quello che c'è di più profondo nell'essere umano è la pelle.”(Paul Valéry)



## L'ACOS presente alla serata di apertura del Festival della Salute a Siena

*Manola Pomi, presidente diocesana dell'Acos di Siena ha preso parte alla giornata di apertura del Festival della Salute che si tiene ogni anno, da 16 anni, a Siena, nel periodo autunnale. Il Festival ha lo scopo di far riflettere la cittadinanza, le autorità, le associazioni sul tema della salute. Quest'anno il tema proposto è UN NUOVO UMANESIMO PER LA SALUTE DI TUTTI.*

*Nella prestigiosa Aula Magna del Rettorato dell'Università alla presenza del Sindaco di Siena, Nicoletta Fabio, del Magnifico Rettore, Roberto Di Pietra, si è dibattuto il tema alla luce della celebre frase di Charlie Chaplin "Più che di intelligenza abbiamo bisogno di dolcezza e bontà". Alla tavola rotonda, oltre Manola Pomi, hanno preso parte i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, e della Usl Toscana Sud Est, il Direttore della UOC di Cardiocirurgia del Policlinico Gemelli di Roma e Padre Philip Larrey docente di Intelligenza Artificiale al Boston College.*

*Proponiamo qui la riflessione di Manola Pomi che dopo una breve presentazione dell'associazione ha riflettuto sull'importanza della relazione con il paziente.*

Alcune riflessioni: sicuramente per umanizzare le cure occorre ripartire dal volto dell'altro. Nei luoghi di cura infatti di fronte a noi non abbiamo un numero, ma una persona, che per quanto malato, ha una propria storia, è un padre, una madre. Dobbiamo ripartire da questo incontro perché solo così possiamo tendere verso l'umanizzazione della relazione e delle

cure in generale. Spesso per arrivare a questo è necessaria una unitarietà di intenti con i colleghi, sia nello svolgimento dell'attività lavorativa, sia nei momenti di formazione. Tutto questo per fare in modo che la persona che è in un letto malata, anche fosse per un minuto, si dimentichi la malattia.

Un'altra considerazione mi è stata sollecitata dalle parole riportate nel manifesto del festival della salute e che richiamano la canzone "Esseri umani" di Marco Mengoni. Sono state proprio le parole di questa canzone che nel 2019, in occasione dell'evento formativo per la Giornata Mondiale del Malato, che ha aperto i nostri lavori congressuali. Il titolo dell'evento era "Salute, bene universale da tutelare e difendere nel rispetto della vita: la gratuità del prendersi cura". Al termine, forse non banali ma certamente non originali, abbiamo chiuso la giornata con un'altra canzone, "La cura" di Franco Battiato che ci ricorda che "...sei un essere speciale ed io avrò cura di te".

Un'ultima riflessione prendendo spunto dalle parole che caratterizzano il titolo della giornata di oggi: scienza, che sappiamo essere l'insieme delle discipline fondate sull'osservazione e l'esperienza, ricerca, cioè ogni attività di studio, credo sia auspicabile che gli uomini e le donne di scienza, mettendo la loro creatività al servizio della persona e lavorando per migliorare la qualità della vita, possano riappropriarsi di quella naturale umanità che conduce sicuramente verso l'auspicata umanizzazione delle cure.



## Scatti dalla gita del 21 ottobre



## Il ricordo di Gabriella Gonzi nella testimonianza di Daniela

*“Avevo tanto desiderato fare l’infermiera... in 35 anni di servizio mi ha dato tante soddisfazioni e sarei pronta a sceglierlo di nuovo”.*

Voglio ricordare Gabriella con queste sue parole, che ho raccolto durante il nostro primo incontro, per la realizzazione del libro “Tra storia e memoria”.

Ci eravamo trovate in sintonia da subito, e talvolta, quando capitava in ospedale per qualche controllo, mi chiamava: per un saluto, per informarsi sulle novità dell’ACOS o per prendere un libro da regalare.

Anche nelle diverse occasioni organizzate dall’ACOS non mancava mai di partecipare, siano state gite o celebrazioni, comprese le occasioni di presentazione di quel libro che l’aveva vista tra i testimoni con il suo amato Alfredo.

Siamo tutti consapevoli che senza di lei l’ACOS è sicuramente più povera e che ci mancheranno la sua presenza, la sua voce e il suo sguardo pieni di dolcezza e di attenta sollecitudine verso tutti.

Personalmente non potrò mai dimenticare quelle bellissime parole, che fecero commuovere mia figlia, nella Chiesa della Santissima Annunziata, proprio in quel luogo che l’aveva vista giovane ed entusiasta infermiera.

Grazie di cuore Gabriella



# Appuntamenti

**domenica 17 dicembre 2023**

ore 16,30

Siena  
Cappella  
Ospedale Santa Maria alle Scotte

**S.Messa degli auguri  
e a seguire  
rinnovo delle tessere associative  
con omaggio agli iscritti**

**18 dicembre 2023**

ore 12,00

Siena  
Ospedale Santa Maria alle Scotte

**L' ACOS offre un dono di Natale  
ai malati delle Medicine  
dell'AOUS**

**22 dicembre 2023**

ore 16,00

Siena  
Ospedale Santa Maria alle Scotte  
Aula Magna  
piano 1, lotto didattico

**S. Messa degli auguri  
per i malati,  
il personale ospedaliero e i visitatori  
con S.E. Cardinale di Siena**

**venerdì 29 dicembre 2023**

**Pranzo di Fine Anno**

ore 9,50 appuntamento  
presso Via Banchi di sotto, 52  
Archivio di Stato  
per la visita guidata alle Biccherne  
vedi box nella pagina successiva

ore 12,30 pranzo sociale

**iscrizione entro il 11 dicembre o fino esaurimento  
posti disponibili.**

informazioni: Donatella Coppi 3491276509

presenza in sede:

27/11 - ore 15.30-17.30

28/11 - ore 10.00-12.00

04/12 - ore 15.30-17.30

05/12 - ore 10.00-12.00

11/12 - ore 10.00-12.00

## Le Biccherne - Archivio di Stato - Siena

Le tavolette di Biccherne sono le copertine dei registri di amministrazione della più importante ed antica magistratura finanziaria del Comune di Siena, la Biccherne appunto.

Inizialmente erano intitolate semplicemente all'esercizio considerato, a volte segnate con lo stemma di un amministratore nobile.

Su queste copertine gli ufficiali di Biccherne dal 1257 cominciarono a far realizzare delle pitture con immagini che rappresentavano scene sacre, profane e vita senese. Le tavolette furono commissionate in seguito anche da altre magistrature del Comune di Siena: la Gabella, il Concistoro, la Camera del Comune, l'amministrazione dei Casseri e delle Fortezze, nonché da diversi enti cittadini: l'Ospedale Santa Maria della Scala, l'Opera Metropolitana, la Compagnia di S. Giovanni Battista della Morte.

La collezione delle Biccherne è esposta per intero: 106 tavole dal 1258 al 1682. Molti gli artisti più famosi del periodo, i Lorenzetti, Paolo di Giovanni Fei, Giovanni di Paolo, Sano di Pietro, Francesco di Giorgio, Francesco Vanni, Ventura Salimbeni, Francesco Rustici detto "il Rustichino", ecc.

Le Biccherne sono conservate (esposte e visibili) negli Archivi dello Stato Senese e rappresentano, oltre all'opera d'arte in se stessa, uno spaccato interessante e documentato della vita senese del periodo.

Le opere sono esposte in cinque sale del bellissimo Palazzo Piccolomini, di cui tre sono ambienti adibiti anche a deposito archivistico; con questa scelta si è voluto sottolineare la dimensione archivistica delle Biccherne, il loro nascere cioè come semplici segnature archivistiche, il loro essere all'inizio solo copertine di registri di conti, registri che costituivano ovviamente degli archivi.



### Direttore responsabile:

Giuseppe Marcianò

### Comitato di Redazione:

Donatella Coppi, Marina Bossini

### Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Capperucci

### Collaborazioni e foto:

Daniela Fabbri, Marcello Boscagli,

### Direzione:

Piazza Abbadia, 6 - 53100 Siena

### Stampa:

Venti Media Print

Numero chiuso il 10 novembre 2023

Spedizione in A. P.

Legge 662/96 art. 2 comma 20/C Fil. di Siena  
Reg. Tribunale di Siena n. 276 del 15/11/1965

ACOS - Piazza Abbadia, 6 - 53100 Siena

Carissimo,

l'adesione all'Acos è importante perché è attraverso di essa che possiamo riaffermare il nostro impegno di operatori sanitari cattolici e portare un contributo di idee e di presenza nel mondo sanitario odierno. L'Acos non ha risorse economiche ed è solo grazie al contributo di tutti e anche tuo che ci dai questo appoggio che riusciamo tutti insieme a portare avanti, nello spirito dello statuto, i valori per i quali operiamo. Il periodico "La Corsia" è un sussidio inviato gratuitamente agli iscritti, che si propone come mezzo di informazione, formazione e collegamento tra gli aderenti. Non ti nascondo le difficoltà economiche che si presentano ogni volta per realizzare un numero, ma coscienti della sua importanza ci impegniamo nel realizzarlo; ogni contributo di idee, articoli, suggerimenti è ben accetto, sia da abbonati, simpatizzanti o lettori. Per trasmetterli oltre al servizio postale puoi utilizzare il nostro recapito e-mail: [acos-siena@libero.it](mailto:acos-siena@libero.it).

Quota di adesione all'ACOS anno 2024:

**quota ordinaria: € 25,00**

sostenitori: € 50,00

quota simpatizzante: € 20,00

studenti: € 12,00

La quota potrà essere versata attraverso CCP 10591535 intestato a ACOS Siena o tramite bonifico bancario (IBAN IT57 Z076 0114 2000 000 10591535 indicando nella causale il nome e cognome del socio) o direttamente in sede associativa.