

L'OSPEDALE ITALIANO

Giornale di Scienza e di Tecnica Ospedaliera
Organo Ufficiale dell'Associazione Nazionale degli Ospedali Italiani



Necessità di nuovo orientamento nelle costruzioni di Ospedali Pediatrici

I progetti di costruzioni ospedaliere vengono preparati secondo il criterio di rendere più che sia possibile perfetto, pratico e spedito lo svolgimento della tecnica assistenziale. Quasi sempre tale criterio è congiunto a quello di ottenere i migliori risultati insieme con una ragionevole economia nella costruzione.

Il progetto, dunque, segue utilitariamente un fine logico (che, tuttavia, può variare secondo contingenze di proporzioni, di luogo, ecc.) determinato dalla destinazione della costruzione, cioè dagli scopi che si devono raggiungere in rapporto alle speciali categorie di malati che essa dovrà ospitare.

Sebbene, in linea generale, il suesposto concetto sia seguito ovunque, pure, per quanto riguarda l'edilizia degli Ospedali pediatrici, si trascura ancor oggi di tenere nella debita considerazione un particolare di speciale danno sanitario comune a tutti i luoghi di cura per bambini, il quale può essere eliminato, a mio avviso, solo se si adotta un nuovo tipo di orientamento costruttivo.

Questo importante particolare è relativo alla trasmissione intraospedaliera di malattie contagiose, eventualità tutt'altro che rara.

Chi ha pratica di Ospedali pediatrici sa bene che, malgrado la perfetta osservazione dei malati al momento della accettazione e la sosta di alcuni infermi nel reparto di osser-

• Prof. Dott. CARLO BIFULCO, Direttore Generale Sanitario del R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze, docente di Igiene e di Patologia medica.

vazione, allo scopo di definire la diagnosi talvolta dubbia, non di rado si manifestano casi di morbillo, parotite epidemica, pertosse, difterite, varicella ecc. nelle sezioni di ricovero comune dei reparti pediatrici di chirurgia e di medicina.

Senza voler parlare dell'influenza la cui profilassi, per ora, in linea generale, in tutti gli Ospedali per acuti riveste carattere doveroso ma di non facile attuazione, si possono considerare come maggiormente frequenti gli episodi epidemici di morbillo, purtroppo non esenti da mortalità (che risulta superiore a quella che si verifica in ambiente extra ospedaliero nello stesso periodo di tempo e dovuta precipuamente a complicazioni broncopolmonari) quelli non rari di pertosse con le stesse gravi complicazioni, di parotite epidemica, di difterite, ecc.

Più raro, sebbene non eccezionale, è il manifestarsi di casi di scarlattina e di altre malattie infettive (febbre tifoide, poliomielite a. a., ecc.).

Alcune infezioni, in modo speciale il morbillo e la pertosse, predispongono alla tubercolosi che, non di rado, insorge subito dopo il loro decorso. Esse sono mag-

giornante da temersi nei debilitati e rispettivamente negli ospedali pediatrici sia per le complicazioni, sia per la predisposizione che possono determinare.

Non mi dilungo negli esempi perchè l'argomento dei contagi interni negli ospedali per bambini è noto, come sono noti i danni sofferti da alcuni piccoli infermi, con conseguente perdita di fiducia pubblica verso l'Ente di ricovero il quale, da incidenti del genere, può riportare anche danno finanziario per pagamenti di indennità ai danneggiati.

A parte ogni considerazione sulle gravi responsabilità morali e civili che all'ospedale spettano in queste evenienze, non può esser dubbia la necessità di condurre con grande severità la profilassi delle malattie infettive in tutti i luoghi di cura, ma specialmente in quelli per bambini nei quali esse trovano terreno favorevole alla loro diffusione.

Circa lo studio dei mezzi diretti ad evitare il grave inconveniente poco o nulla si è fatto e si continuano a costruire gli ospedali pediatrici senza tener conto adeguato di questo particolare il quale, purtroppo, è tutt'altro che teorico.

Le rare volte che l'argomento è stato messo in discussione si son tratte conclusioni non efficaci e tanto meno pratiche.

Di guisa che, anche ora, nella grandissima maggioranza degli ospedali, quando in una sezione pediatrica si manifesta un caso di malattia infettiva, dopo aver inviato il malato al reparto di isolamento, si è costretti a vietare l'ingresso di altri infermi nella sezione per un periodo di giorni equivalente al periodo di incubazione della malattia constatata. Questa misura temporanea (specie quando non si dispone di locali proporzionati per numero e adatta disposizione) apporta spesso notevoli dissesti nella funzione del ricovero che, tuttavia, continua ad essere richiesto da altri malati. E il dissesto della gestione sanitaria si prolunga se, dopo un numero di giorni uguale alla durata del periodo di incubazione, si hanno nuovi casi, evenienza frequente nel morbillo (casi a catena con maglie di dieci giorni).

Durante la quinta conferenza di medicina preventiva pediatrica, tenutasi a Basilea nel settembre del 1935 (1), fu messo in discussione il modo di tener lontano le malattie infettive dagli Ospedali pediatrici.

In quella occasione, Husler (Monaco) espose in proposito l'idea che una buona esposizione dell'Ospedale, l'aria buona e la buona illuminazione nonchè una tecnica esatta da parte dei medici ed infermieri siano di grande importanza.

Lust (Bruxelles) si mostrò partigiano della massima attenzione nei dettagli. Egli ritenne che i dispensari debbano essere assolutamente separati dalle sale di ricovero e sospettò i visitatori dei bimbi quali diffusori di infezioni. Pertanto, consigliò di fare indossare ai visitatori camici e maschere durante le visite ai bambini.

Debrè (Parigi) propose che un assistente fosse incaricato di investigare nel domicilio del bambino malato allo scopo di scoprire casi di malattie infettive ed ordinare le misure preventive necessarie prima dell'ammissione del bambino nell'ospedale.

Schick (New-York) affermò che il problema è più difficile a risolversi in ospedali per malattie croniche che in quelli ordinari. Per la prevenzione della difterite, secondo lui, è preferibile praticare abitualmente l'immunizzazione a mezzo di tossina-antitossina nei bambini grandicelli o usare l'anatossina nei piccoli. Se bambini deboli iponutriti possono essere curati a casa è meglio non ammetterli nelle sale.

I contagi principali vengono, a suo avviso, da chi circonda i bambini, cioè genitori o infermieri.

La conferenza adottò le seguenti conclusioni:

« È assolutamente necessario combattere contro le malattie infettive negli ospedali a mezzo della organizzazione di adeguate condizioni e della esatta sorveglianza del personale, dei bambini e delle cose che essi usano e toccano. Anche la tecnica delle

(1) Riportato in *Jour. Of Amer. Ass.*, anno 1936, n. 780.

ammissioni deve essere esatta, l'azione dei sanitari scrupolosa e si deve praticare una indagine nella casa dei bambini malati. Le infermiere devono essere specializzate, e, finchè è possibile, non devono essere cambiate troppo spesso. Ogni membro del personale deve essere esaminato periodicamente. È da raccomandare l'imposizione della maschera per i visitatori dei piccoli e una limitazione delle visite. L'affollamento delle sale e l'insufficienza del personale sono pericolose ».

Le idee dei ricordati sanitari confermano la difficoltà del problema di tener lontane le malattie infettive dagli ospedali per bambini, ma indicano aspetti poco pratici e complicati in rapporto allo scopo da raggiungere.

È da osservare, infatti, che, quando il bambino deve essere ammesso d'urgenza in ospedale, l'inchiesta domiciliare non può essere fatta che successivamente. Soltanto in rari casi, poi, l'insorgenza di malattie infettive può essere attribuita a portatori di microbi o malati provenienti dall'esterno oppure alla scorretta tecnica dell'assistenza. Negli ospedali in cui il personale di cura e di assistenza addetto agli infettivi è completamente separato, per servizio ed alloggio, dalle sale di ricovero per malati di medicina e chirurgia generali e dall'altro personale, si sono verificati egualmente episodi epidemici nei reparti comuni di chirurgia e medicina generali.

In ogni caso, poi, se è facilmente attuabile l'imposizione di sopravvesti ai visitatori non è pratico costringere questi a portare la maschera: primo perchè i bambini male li riconoscerebbero e molti di essi resterebbero spaventati; secondo perchè, malgrado il divieto, alcuni visitatori si toglierebbero la maschera per baciare i bambini.

Quanto alle vaccinazioni antidifteriche si può dire che esse richiedono alcun tempo prima di conferire l'immunità. Il massimo numero di episodi epidemici in sale di pediatria insorge in seguito all'ammissione di bambini entrati quando erano in periodo di incubazione e, pertanto, non riconoscibili come contagiosi.

In effetti, gli Ospedali pediatrici dispongono del reparto di osservazione dove vengono generalmente inviati quei malati a diagnosi non definibile al momento dell'accettazione, i quali destano sospetto di malattia infettiva.

Ciò non impedisce che bambini malati di forme comuni di medicina e chirurgia generale e contemporaneamente in periodo di incubazione di una malattia infettiva, vengano accolti in sezione comune dove, sviluppatasi l'infezione, essi sono causa di contagio per altri infermi.

La massima parte dei contagi intraospedalieri ha questa origine (a meno che non si voglia pensare ad errori di diagnosi al momento dell'accettazione) e, soltanto raramente, si potrà attribuire importanza alla azione dei visitatori o alla tecnica insufficiente delle infermiere.

« La frequenza dei contagi negli Ospedali di bambini, scrivono Putzeys e Maukels nel *Traité de technique sanitaire* (t. V, pag. 18, Béranger edit., Paris, 1928) ha portato i clinici più competenti a reclamare per i piccoli malati le misure di isolamento che si impongono nei padiglioni riservati agli infettivi. Da un lato le affezioni bronco-polmonari, gastro-intestinali e cutanee che colpiscono soprattutto la prima età sono trasmissibili, e d'altra parte si deve temere l'apparizione inaspettata di malattie contagiose: morbillo, scarlattina, difterite, pertosse, varicella, febbre tifoide in bambini che non ne presentavano i sintomi perchè si trovavano in periodo di incubazione al momento dell'ammissione in ospedale di medicina infantile ».

Secondo gli AA. nominati, nel progetto di un padiglione di medicina infantile, bisogna tener conto dei rischi che i bambini corrono e:

1° sopprimere la sala comune, focolaio di contagio;

2° adottare l'isolamento individuale nel box ad un letto, che è l'elemento fondamentale di lotta contro i contagi ospedalieri.

Questi principii sono raccomandati in Belgio dal Consiglio Superiore dell'Igiene Pubblica e dal Ministero dell'Igiene e sono

conformi ad un voto redatto da Nobecourt, Delille, Hellé, Lesné, Weill-Hellé e adottato all'unanimità dalla Società di Pediatria di Parigi.

«Essendo ammesso questo principio - scrivono Putzeys e Maukels - ne deriva che non è il caso:

« 1° di prevedere in un progetto di padiglione destinato ad un nuovo servizio di pediatria, per rendere agevole il servizio, delle camere a più letti per degenze dei cardiaci, nefritici, nervosi, . . .

« 2° di prevedere ad uso di questi piccoli malati un refettorio ed una sala da pranzo ».

Invero, isolare per tutta la lunga durata della malattia i piccoli malati, sarebbe, dal punto di vista teorico, eccellente; ma bisogna pensare che, se è facile tener fermi a letto dei bambini febbricitanti o in periodo acuto di malattia, altrettanto non facile è trattenerli isolati in box quando sono affetti da forme afebrili di lunga durata. Inoltre, non è possibile non pensare che essi sarebbero assai infastiditi da una lunga permanenza in box la quale si ridurrebbe ad un effettivo stato di prigionia, mentre, invece, i bambini hanno naturale tendenza a riunirsi. Si deve pensare, poi, che molti bambini, anche in periodi acuti di malattia, si giovano enormemente della stazione ad aria aperta e possono essere tenuti in giardino sia in letto sia vestiti, insieme ai convalescenti, e questo fatto complicherebbe non poco l'isolamento nei giardini.

A mio avviso, occorre trovare una soluzione intermedia.

Il problema può essere risolto qualora tutti gli accolti in ospedale siano inviati al reparto di osservazione per un periodo di tempo praticamente efficace e, solo quando si è reso impossibile da parte loro il contagio verso altri bambini, vengano ricoverati in sala comune.

Questo concetto comporta un orientamento diverso da quello in base al quale sono attualmente ordinati i reparti di osservazione. Questi, a mio avviso, dovrebbero

mutare l'attuale loro funzione di ricovero eccezionale e temporaneo destinato solo ad alcuni malati sospetti di infezioni ed assumere il carattere di vero reparto di degenza nei primi giorni di ricovero indistintamente per qualsiasi malato di chirurgia o di medicina generale, dando tuttavia le migliori possibilità di isolamento dei bambini in boxes.

Devono, dunque cambiare l'attuale loro carattere e diventare contemporaneamente nucleo principale di primo ricovero pediatrico e di isolamento individuale, lasciandosi alle sezioni di ricovero definitivo una funzione non meno importante per la cura, ma secondaria in rapporto allo sviluppo e allo ordinamento dei locali.

Il tipo di costruzione di un siffatto reparto di osservazione richiede la massima praticità in rapporto al fine dell'isolamento dei piccoli infermi e ritengo che sarebbe opportuno utilizzare l'isolamento a boxes in vetro invece che a camerette, ciò che faciliterebbe anche la sorveglianza dei malati, eviterebbe la spesa relativa ad un personale di assistenza molto numeroso e apporterebbe economia nella costruzione.

In rapporto all'orientamento dei boxes bisognerebbe tener presente la modalità che può apportare il massimo dell'isolamento compatibile con l'impostazione di essi nello stesso ambiente.

Occorre, in altri termini, che ogni box non presenti l'apertura-ingresso verso altri boxes, ma in senso del tutto contrario.

Ciò si può ottenere solo quando i boxes vengano disposti in due file divise da una ampia vetrata posta sulla linea mediana della sala, in modo che essa risulti comune a tutti i boxes delle due file. In questa maniera, le pareti laterali del box costituite anche in vetro, lasciano libera un'apertura verso le pareti lunghe della grande sala, apertura che deve essere chiusa con vetrata, metà della quale disposta su porta scorrevole su *coulisse* (1).

(1) Una diversa situazione dei boxes comporterebbe, del resto, la possibilità di disporre di una sola fila al centro della

La larghezza di ogni box può essere limitata a m. 2,50, calcolando che il letto sia largo da cm. 80 a 90 ed abbia vicino un comodino-armadio largo almeno cm. 45 (per medicinali, clisteri, termometri, borse di acqua calda, borse da ghiaccio, ecc.); il tutto segnato con numero corrispondente a quello del letto e da servire ad uso esclusivo del box).

Quanto a lunghezza, considerato che il letto per bambino ordinariamente non è più lungo di cm. 180, è da ritenere che anche essa potrebbe essere limitata a m. 2,50.

Le pareti divisorie in vetro fra i boxes potrebbero essere alte solo m. 2,50-3. Allo scopo di facilitare il ricambio di aria nei piccoli ambienti non è opportuno che il box abbia soffitto di vetro; tuttavia è necessario che esso sia coperto da retina metallica a maglie fini. È da ritenere opportuno che anche la porta del box sia prevalentemente costituita da rete.

Le reti non impediranno il rinnovo dell'aria e proteggeranno i piccoli malati da mosche e zanzare durante la stagione calda.

In effetti, in un grande ambiente lungo m. 25 e largo m. 9 *che dispone di ampie vetrate, adatto riscaldamento e possibilità di ottima ventilazione*, troverebbero posto 16 boxes (due file di 8) rimanendo corridoi laterali e spazi agli estremi della sala ciascuno di m. 2. Ciascun box deve disporre di un lavandino con acqua corrente da utilizzare anche come vuota-acqua ed è da tener presente che, quando si volesse spostare il letto verso una delle due pareti invece di tenerlo, come di abitudine, alquanto lontano da esse allo scopo di facilitare l'assistenza da parte dell'infermiera, si potrebbe disporre di spazio sufficiente per introdurre dentro il box alla occorrenza un bagno portatile lungo anche m. 1,50-1,60 (da disinfettare subito dopo l'uso).

sala, oppure contro una delle pareti lunghe di questa. Qualora si volesse addossare una fila di boxes rispettivamente a ciascuna parete lunga della sala si otterrebbe anche uno svantaggio in rapporto alla situazione delle finestre e, quindi, dell'illuminazione naturale e della ventilazione normale dell'ambiente.

Ogni sezione di osservazione dovrebbe avere servizi generali indipendenti e la promiscuità di essi relativamente ai boxes non sarebbe nociva, se si considera che bagni e cessi sono disinfettabili, che ad essi non affluiscono bambini in istato acuto di malattia e gli orinali e le padelle (numerate) possono ritornare al box dopo la disinfezione.

In rapporto al numero dei posti-letto, e, quindi, delle sezioni di cui ciascun reparto di osservazione dovrebbe essere costituito, bisogna tener presenti due elementi di calcolo.

Uno di essi è costituito dalla media giornaliera degli ospedalizzabili o, se si tratta di rinnovamento di ospedale, dalla media degli ospedalizzati quale si può desumere dalle osservazioni dei tre anni precedenti.

Il secondo è costituito dalla durata di osservazione dei malati necessaria a raggiungere lo scopo che ci proponiamo.

Quanto alle medie di accettazione giornaliera, bisogna fare delle distinzioni di ordine restrittivo. La prima di esse è relativa alla doverosa condizione di ogni ospedale pediatrico generale di disporre di un reparto di malattie infettive contagiose (con propria sezione di osservazione) e di un reparto per lattanti.

I malati che si presentano all'ospedale per malattie diagnosticabili al momento dell'accettazione come contagiose, vengono smistati al reparto isolamento al quale devono essere inviati anche i sospetti (questi nella sezione osservazione infettivi).

Diminuisce, perciò, il numero degli infermi da considerare per il nostro calcolo; e la cifra media diminuisce ancora se consideriamo che una parte notevole di malati sono lattanti e devono essere ricoverati nell'apposita sezione (1) anche costituita di boxes, ciascuno dei quali deve disporre di oggetti necessari al trattamento del singolo bambino.

Sappiamo, inoltre, che i lattanti, in genere, sono meno predisposti alle malattie

(1) Divisibile in sottosezioni.

infettive contagiose, e anche questo concetto può avvalorare l'idea di inviare dall'accettazione direttamente i malati lattanti alla apposita sezione.

Se noi facciamo la media degli ospedalizzabili o dei ricoverati per malattie contagiose o lattanti, vediamo che, negli ospedali generali di pediatria, ad esempio il nostro Ospedale « A. Meyer » di Firenze, essa si aggira e, in qualche anno oltrepassa, il 50 % dei malati accolti per malattie mediche e chirurgiche generali. Allora, per il nostro scopo, potremmo fondarci, come minimo, sulla metà della media giornaliera degli ammessi.

Anche il secondo fattore relativo alla durata del periodo di osservazione deve essere calcolato logicamente, altrimenti ci troveremo ad avere dei reparti di osservazione con un numero eccessivo di posti-box e dovremmo disporre di somme maggiori in rapporto alla costruzione.

Fra le malattie infettivo-contagiose solite a dilagare negli ospedali pediatrici le più frequenti sono il morbillo, la pertosse, la difterite, la parotite e la varicella.

In ordine minore e decrescente si possono considerare la scarlattina, la febbre tifoide, la poliomielite a. a., ecc.

Conviene allora, dal punto di vista pratico, fare una distinzione relativa alla durata dei periodi di incubazione di queste malattie e considerare in ordine alla frequenza di episodi epidemici, il morbillo come tipo per il nostro calcolo, tanto più che il suo periodo di incubazione è di 10 giorni circa ed è più lungo di quello della difterite, della scarlattina, della pertosse, della poliomielite a. a., malattie maggiormente temibili.

Ma, il periodo prodromico del morbillo (in media tre giorni) potrebbe sfuggire al medico qualora si trattasse di coesistenza con altra malattia comune, specialmente se febbrile. È conveniente, allora, considerare come periodo-campione quello di giorni 14 di osservazione generale per tutti i ricoverati (morbillo fino alle prime manifestazioni dell'esantema).

In conclusione, il periodo necessario alla più attenta osservazione in rapporto ad eventuale sviluppo di malattie contagiose dovrebbe essere esteso a giorni 14.

Durante tale periodo, la Direzione dell'ospedale avrebbe ogni possibilità per esaminare sistematicamente se i ricoverati sono portatori di bacillo difterico, di praticare eventualmente altre indagini di laboratorio e di condurre un'inchiesta domiciliare e scolastica (a mezzo di un sanitario oppure di un'assistente sanitaria visitatrice) in rapporto all'eventualità di malattie contagiose nell'ambiente frequentato dal bambino ospedalizzato. La direzione ospedaliera potrebbe eventualmente prolungare entro i giusti limiti, caso per caso, la durata dell'osservazione qualora il bimbo fosse stato a contatto con parotitici, varicellosi, ecc., considerato che i periodi di incubazione della parotite, varicella, ecc. hanno durata superiore ai 14 giorni considerati.

In complesso, il numero minimo di posti-box di un reparto osservazione per malati comuni dovrebbe essere stabilito moltiplicando per 14 la metà della cifra che indica la media degli ospedalizzati giornalmente nei tre anni precedenti o degli ospedalizzabili in ogni giorno.

Esempio: l'Ospedale pediatrico « A. Meyer » dipendente del nostro Regio Arcispedale, dispone di 264 postiletto così divisi: 102 per malattie infettive, 40 per lattanti, 32 per medicina generale, e 76 per chirurgia generale e il restante per le balie. Esso ha la media di 8 ammessi al giorno dei quali, in genere, metà contagiosi o lattanti.

Pertanto, nei reparti di medicina generale e chirurgia generale affluiscono, per lo più, 4 malati al giorno. Di guisa che la cifra minima dei posti-box che il reparto di osservazione di tale ospedale dovrebbe avere per i malati comuni risulterebbe di 56.

Non sarebbe opportuno che i reparti di osservazione avessero una media di boxes superiore a 16. Pertanto, un reparto di osservazione generale dovrebbe avere diverse sezioni a seconda delle singole necessità.

Naturalmente potrebbe avere una sezione osservazione per medicina generale, una sezione osservazione per chirurgia asettici e una sezione per chirurgia settici.

A queste ultime sezioni dovrebbero essere rispettivamente aggregate le sale di operazione e medicazione per asettici e per settici.

È da considerare che, nelle sezioni di osservazione generale, le quali più propriamente sarebbero da chiamarsi *sezioni di primo ricovero*, non tutti i malati resterebbero 14 giorni perchè una parte di essi lascerebbe prima il luogo di cura in seguito a guarigione, altra per decesso. Quindi si avrebbe sempre una disponibilità di posti-boxes molto superiore a quella che deriverebbe soltanto dal calcolo avanti indicato.

Tuttavia sarebbe bene calcolare un numero di posti-box superiore al minimo in modo da non aver difficoltà nei periodi di massima affluenza dei malati.

Affinchè il periodo di osservazione sia esente da pericolo di contagio occorrerebbe non solo la separazione dei malati in boxes, ma anche, come si è accennato, che ciascun box disponesse, ad uso esclusivo del malato che viene ricoverato, di tutto quanto è necessario al trattamento (borse di ghiaccio, da acqua calda, termometro, siringhe, ecc.) e sarebbe necessario che il personale di assistenza fosse particolarmente addestrato alla perfetta conoscenza e alla perfetta osservanza del fine da raggiungere, cioè di evitare qualsiasi trasmissione di eventuale malattia infettiva.

Quando si dispone di personale di assistenza ben addestrato e disciplinato si può contare sulla sua collaborazione.

Naturalmente, in casi di manifestazioni di malattie contagiose, il malato sarà inviato al reparto di isolamento e il box sarà disinfettato.

Quanto allo sviluppo da dare alla *sezione di ricovero definitivo* bisogna tener presente che solo parte degli infermi vi verrebbero trasferiti.

La media di permanenza negli Ospedali pediatrici si aggira sui 25, 26 giorni e sarà

facile calcolare il numero dei posti-letto necessari sulla base delle percentuali medie di bambini che superano i 14 giorni di degenza.

Di conseguenza le sezioni di ricovero definitive possono essere ridotte, nelle dimensioni come nel numero di posti-letto, in confronto di quelle attualmente esistenti negli ospedali pediatrici.

Dal tipo comune delle sezioni definitive di ricovero dovrebbero differire le sezioni per gastro-enteritici, costituite in boxes e dotate di aria condizionata.

Quanto alle sezioni di malattie infettive, esse, per ovvie ragioni relative alla possibilità di infezioni interne o di infezioni miste, dovrebbero essere divisibili in sotto-sezioni. Le sezioni e le sottosezioni destinate ad alcune malattie dovrebbero essere costituite di boxes. Specialmente ciò è necessario per i difterici, allo scopo di tenere separati i bronco-polmonitici in ogni momento evolutivo della complicazione, i colpiti da infezione mista, i laringitici per i quali si richiede una maggiore umidità dell'aria, ecc.

Si potrà obiettare che il suesposto criterio di valorizzare al massimo grado i reparti di osservazione per gli ammalati comuni rendendo in essi numerosi i posti-letto, apporta un aumento notevole della spesa della costruzione.

Si risponde che:

1. La gestione tecnico-sanitaria pediatrica si renderebbe scevra di inconvenienti in rapporto alle eventuali infezioni intraospedaliere. Pertanto, siccome l'innovazione apporterebbe un serio miglioramento tecnico, non vi sarebbe alcuna buona ragione per trascurarla, anche se, per metterla in atto, occorresse un aumento della spesa di costruzione.

2. Senonchè, aumentando questa per l'istituzione del reparto o delle sezioni di osservazione nel senso indicato, si può ritenere che si otterrebbero economie non trascurabili delle costruzioni in rapporto alle sezioni di ricovero definitivo, inquantochè queste richiederebbero uno sviluppo limi-

tato, e numero di posti-letto, come avanti si è detto, minore di quello che sarebbe necessario per le stesse sezioni qualora non esistesse il reparto di osservazione nel senso indicato, cioè di primo ricovero pediatrico.

3. In rapporto alle spese di gestione non esisterebbero aumenti per biancheria, e personale di assistenza. Ogni sezione di osservazione impiegherebbe, in via ordinaria, lo stesso numero di infermiere e serventi per ogni turno di lavoro, quante ne occorrerebbero per la gestione di una comune sezione a parità di numero di posti-letto.

Per la frequente pulizia delle ampie vetrature si renderebbe necessario, tuttavia, l'impiego di qualche faticante.

Ma il reparto di osservazione, pur acquistando una nuova concezione in rapporto alla funzione di primo ricovero, raggiungerebbe, negli ospedali pediatrici, il suo vero significato e la sua vera ragion d'essere, impedendosi, a suo mezzo, ogni contagio interno dovuto a bambini ammessi mentre erano in periodo di incubazione di malattie contagiose.

La profilassi intraospedaliera delle malattie infettive deve essere, però, completata da un'altra misura oltre che dalla scelta di infermiere attente, colte, intelligenti, e consapevoli del danno che le eventuali disattenzioni possono apportare relativamente alla propagazione di malattie infettive.

Sebbene la fonte principale di infezioni intraospedaliere sia costituita dagli stessi ricoverati, pure è stata attribuita una certa importanza, come ho già detto, ai visitatori degli infermi.

Questa eventualità potrebbe facilmente essere evitata proibendo ogni visita di estranei all'ospedale. Ma tale proibizione può provocare (anzi provoca, come la pratica mi ha dimostrato) la rarefazione dei ricoverati in quanto che specialmente le madri e le nonne male si acconciano all'idea di sapere il bambino in ospedale senza possibilità almeno di vederlo spesso.

Quanto all'imposizione di vesti e di maschere essa risulterebbe, come si è detto,

poco pratica ed efficace e, poi, le infezioni potrebbero essere trasmesse anche a mezzo delle mani o di giocattoli portati ai malati. La spesa delle maschere non sarebbe indifferente perchè nessuno gradirebbe di adoperare quelle già usate da altri.

Tuttavia, lo scopo potrebbe essere facilmente raggiunto se, eccettuati per ovvie ragioni i casi di bambini gravissimi, si consentisse ai visitatori di vedere i bambini nelle sezioni di primo ricovero definitive attraverso i vetri rispettivamente del box e dei balconi.

Io ho già sperimentato con successo questo sistema nell'ospedale per malattie infettive della Grazia in Venezia (1).

Ritengo che, se le sezioni fossero fornite di terrazzi (coperti) dai quali fosse possibile ai visitatori di vedere i bambini avvicinandosi, per quanto più è possibile, ai loro letti, questo obbiettivo sarebbe facilmente raggiungibile. La tendenza attuale a disporre i letti al centro delle sale con la parte podalica di essi rivolta alle finestre favorirebbe l'attuazione di questa misura.

° ° °

In definitiva, or dunque, l'Ospedale pediatrico generale dovrebbe essere costituito da:

1° un reparto lattanti con sezioni a boxes per prematuri e lattanti con cucina dietetica propria;

2° un reparto di isolamento per malati contagiosi con una propria sezione di osservazione per i casi dubbi, con sezioni di ricovero (divisibili in sottosezioni e alcune di queste costituite in boxes), con stazione di disinfezione da servire a tutto l'ospedale;

3° un reparto di osservazione per malati di medicina o chirurgia generali costituito di boxes e, occorrendo, suddiviso in sezioni.

(1) È da rilevare che nel progetto dell'Ospedale Gozzadini di Bologna, fatto nel 1907 sotto la guida del prof. C. Comba, furono previsti per l'esterno di ogni padiglione dei terrazzi allo scopo di vietare l'ingresso nelle sale di ricovero ai visitatori, consentendo a questi, però, di vedere i bambini attraverso le vetrature.

Questo reparto funziona come luogo di primo ricovero durante 14 giorni almeno. Le sezioni possono servire per i malati di medicina, di chirurgia settici o chirurgia asettici e queste ultime devono aver vicino le rispettive sale di operazione e di medicazione;

4° sezioni di ricovero definitivo per malati di chirurgia asettici, chirurgia settici, medicina generale;

5° sezione per gastroenteritici (a boxes e con aria condizionata);

6° servizi generali.

In complesso, sebbene non sia facile disporre la profilassi delle malattie contagiose negli ospedali pediatrici nei limiti di estrema sicurezza, dipendendo essa da un complesso notevole di fattori, pure le misure d'ordine preventivo avanti proposte, facili ad attuarsi, sono tali da risultare praticamente efficaci in rapporto al problema che si ha il dovere di risolvere nell'interesse dei ricoverati.

Queste misure si riferiscono precipuamente all'orientamento edilizio ospedaliero e, a mezzo di esse, si può, senza spese eccessive, ottenere la possibilità di isolare durante un tempo sufficiente ogni malato ammesso in ospedale e di condizionare le visite dei parenti degli infermi.

Se a tali misure si aggiungerà una tecnica corretta e l'intelligente sorveglianza da parte di tutto il personale ospedaliero, specie quello di assistenza diretta, si potrà affermare con tranquillità che il complesso di esse vale ad impedire i contagi negli ospedali pediatrici senza gravare fastidiosamente sui piccoli infermi, nè sulla gestione sanitaria.

RIASSUNTO

I casi di contagi intraospedalieri sono tutt'altro che rari.

Nella quasi totalità, se si eccettuano gli incompatibili errori di diagnosi, essi si avverano a causa di malati accolti negli Ospedali allorchè erano in incubazione di malattie infettive.

Il mezzo più adatto per evitarli consiste nel mutare sostanzialmente l'ordinamento

attuale degli ospedali pediatrici, costruendo in essi delle sezioni o dei reparti di primo ricovero da utilizzare per osservazione di malati di medicina e chirurgia generali durante un periodo di 14 giorni.

Le sezioni di osservazione, di numero vario a seconda delle contingenze ospedaliere, devono essere costituite da sale con boxes (possibilmente ciascuna con non più di 16 boxes). Quelle di chirurgia asettici e di chirurgia settici devono avere in aderenza rispettivamente sale di operazione e di medicazione per asettici e sale di operazione e medicazione per settici.

Il numero complessivo minimo dei boxes occorrenti, può esser calcolato su circa la metà della cifra media degli ospedalizzabili e degli ospedalizzati negli ultimi tre anni, moltiplicata per il numero 14 che indica la somma del periodo di incubazione e del periodo prodromico del morbillo, malattia fra le più frequenti a penetrare negli ospedali infantili e che, dall'inizio dell'incubazione fino allo sviluppo del periodo esantematico, richiede un tempo il quale supera quello di incubazione delle altre malattie infettive maggiormente temibili in ambiente pediatrico.

Sebbene molti bambini lascino l'ospedale prima di 14 giorni, e resterebbe, quindi, sempre un margine di posti a disposizione, pure è bene calcolare il numero dei posti-box con certa larghezza tenendosi presente che, in certi momenti, si ha un grado massimo di affluenza di malati.

L'accettazione dei malati dev'essere così effettuata: i lattanti e i contagiosi devono essere smistati direttamente negli appositi reparti rispettivi e i malati per i quali vi è dubbio di malattie infettive devono essere accolti in sezioni di osservazione del reparto infettivi. Al reparto di osservazione e primo ricovero devono essere inviati tutti i malati di medicina e chirurgia generali.

Durante il periodo di primo ricovero di 14 giorni, i bambini debbono essere sottoposti sistematicamente all'esame del muco nasofaringeo (ricerca dei portatori di bacilli differici) ed eventualmente ad altre ricerche

di laboratorio. Nello stesso tempo, la Direzione ospedaliera può praticare un'inchiesta domiciliare e scolastica per sapere se, nell'ambiente frequentato dal bambino specializzato, esistono casi di malattie che di norma hanno periodo di incubazione superiore ai 14 giorni (ad es. parotite, varicella).

La costruzione dei reparti e delle sezioni di osservazione nei sensi indicati apporterebbe un aumento di spesa. Questa sarebbe giustificata dall'utilità; in compenso, però, si otterrebbe una economia nello sviluppo e,

quindi, nella spesa delle sezioni di ricovero definitivo in quanto che queste richiederebbero minor numero di posti letto. Infatti, ad esse accederebbero soltanto i bambini la cui degenza supera i 14 giorni.

L'entrata dei visitatori nelle sale di ricovero dovrebbe essere proibita (tranne in caso eccezionale di gravità del bambino); ma i visitatori dovrebbero essere ammessi a vedere i loro piccoli attraverso vetrate, misura facilmente attuabile qualora, all'esterno delle sezioni, fosse costruito un terrazzo.

59186

329795

 *Esatto da l'Ospedale Italiano,
ottobre-dicembre 1958-XI^{II}, A. I, n. 2-5.*



