

L'OSPEDALE ITALIANO

Il servizio di astanteria negli Ospedali



mis BOK 8/9

Nella maggior parte degli Ospedali l'ammalato è avviato direttamente dai locali di accettazione al reparto di assegnazione, e solo in alcuni grandi Ospedali, fra cui quelli che hanno rapporto con cliniche ed Istituti d'insegnamento, vi è un servizio di astanteria.

Non è qui il caso d'illustrare quanto sia importante un tale servizio nella gestione ospedaliera: mi limiterò a spiegare le ragioni per cui, un servizio che si deve considerare in linea generale di primaria importanza nella tecnica ospedaliera, manca invece nella maggioranza degli Ospedali stessi.

Il servizio di astanteria, o di sosta dei malati, risponde innanzi tutto ad una necessità di ordine sanitario, sebbene non manchi di rappresentare dal punto di vista amministrativo un vantaggio apprezzabile di ordine economico, come l'apprestamento capace di risolvere lo spinoso problema del personale di ordine complementare o ausiliario.

Nella istituzione del servizio di astanteria prevale senza dubbio l'interesse sanitario, in quanto nell'astanteria più accurate ed uniformi possono svolgersi e realizzarsi le operazioni di bonifica degli ammalati in accoglimento, e durante la sosta possono in modo più lesto e più facile essere completate le formalità di raccolta dei dati occorrenti per stabilire l'appartenenza e il domicilio di soccorso, evitando che queste necessità si continuino presso le Divisioni di cura.

Ma anche dal lato economico il servizio di astanteria offre interesse ed utilità, come ho sopra accennato: ove si pensi che nell'astanteria debba essere assolto il compito di pulizia personale del malato, di raccolta dei suoi vestii da parte del personale infermieristico, e possa essere fatta per parte dei sanitari l'annotazione in cartella nosologica

L'Autore

• Prof. LUIGI MOLINARI è Direttore incaricato degli Ospedali Civili Riuniti di Venezia.

dei dati anamnestici e dei rilievi obbiettivi necessari per orientare la diagnosi, ed ivi eventualmente iniziate anche le ricerche complementari di ordine radiologico, batteriologico, chimico-clinico, noi tosto possiamo apprezzare di quale somma di lavoro potrebbero essere sollevate le Divisioni.

Di solito, allorchè si considera e si contempla il fabbisogno di personale, sia di concetto che di opera, da assegnare alle Divisioni di cura, ci si trova costretti a considerare l'impegno derivante al personale dai malati in accoglimento.

Qualora invece gli ammalati pervenissero alle Divisioni di spettanza, già puliti, già esaminati, e chiariti anche sommariamente dal lato clinico, non è chi non veda quale risparmio di personale potrebbe essere realizzato nelle Divisioni.

Solo in questo modo si potrebbe ritenere in ogni caso sufficiente il turno dell'unità funzionale ospedaliera, impostata su 30 letti, la sezione, servita da una caposala e da tre infermiere. Diversamente, fra teoria e pratica, ci si dovrà sempre arrendere alla necessità d'integrare il personale effettivo assegnato alla sezione, con ausiliari di sala, che, nonostante la qualifica, costano e pesano sulla retta.

Purtroppo siamo in tempi in cui bisogna tenere molto conto degli elementi che concorrono e gravano nella retta di costo del malato: il problema non interessa solo le Amministrazioni, ma anche i Sanitari che, dovendo considerare il maggior bene del malato, in ordine alla prosperità dell'Ente, devono

suggerire o accettare gli accorgimenti atti a contenere la retta di costo.

E sotto questi punti di vista che il funzionamento di un servizio di astanteria può rappresentare effettivamente nell'Ospedale una istituzione utile nel campo sanitario, ed un accorgimento raccomandabile come fonte di economia dal lato amministrativo.

E allora perchè la maggior parte degli Ospedali ne è priva?

La risposta non può essere che questa: il problema benchè interessante e di indubbia utilità, è nello stesso tempo difficile a risolvere: prova ne sia la mancanza di direttive generali, in materia di astanteria, nell'ordinamento ospedaliero.

Quando si sia stabilito che negli Ospedali l'astanteria centrale è da considerare come provvedimento sanitariamente opportuno con funzione di filtro e di semplificazione dei servizi propri delle Divisioni, e accertato il grado di vantaggio economico che l'astanteria può dare nella gestione dell'Istituto, si dovrebbe procedere con un ordinamento uniforme.

Vediamo quali compiti principalmente dovrebbero essere attribuiti all'astanteria ospedaliera. È noto a chi ha pratica di cose ospedaliere che nei singoli Reparti affluiscono, secondo le ragioni di pertinenza, tutti i malati ammessi all'accoglimento, indipendentemente dalle loro condizioni; è noto che in questo modo si suddivide quotidianamente e continuamente un certo impegno in tutti i Reparti, dove, oltre alle incombenze derivanti dall'assistenza ai malati degenti, bisogna tener conto, nell'assegnare il personale, anche del lavoro derivante dagli accoglimenti nuovi, in modo che il personale vi è mantenuto in una determinata misura e per questo scopo, sia che entrino effettivamente, o no, nuovi malati.

Pertanto in ogni Reparto, oltre al bisogno di personale di assistenza in ragione dei posti letto, è giocoforza calcolare le faccende derivanti dai nuovi ingressi di malati, pei quali occorre procedere alle operazioni di pulizia (spogliazione, computo e segnatura

degli effetti, consegna di essi, bagno o doccia, eventualmente rasatura) senza sottrarre al servizio di infermeria propriamente detto il personale necessario al governo dei malati degenti.

Se tutto questo lavoro di accoglimento e bonifica dei malati non avvenisse nelle Divisioni ma centralmente nell'astanteria, è da ritenersi possibile la sottrazione di una certa aliquota (ad esempio, il cosiddetto diurnista) dagli elementi di servizio solitamente assegnati alle Divisioni.

Naturalmente occorre considerare che parte del personale risparmiabile nelle Divisioni se ne andrebbe impiegato nel servizio di astanteria, servizio che purtroppo bisogna prevedere pesante ed impegnativo, nel quale va assicurata costantemente una assistenza pronta e sbrigativa, tenuto conto che ivi si verificherebbe un quasi continuo affluire di malati da bonificare e mettere a letto.

Quando si parla di astanteria non bisogna limitarsi ad intendere questo servizio come un deposito dei malati, atto soltanto a semplificare il trasporto degli accolti alle Divisioni di assegnazione: un servizio di deposito risolverebbe solo il problema del personale impiegato in tale bisogna, e sarebbe quindi un espediente prevalentemente economico, mancante di qualsiasi funzione e finalità sanitaria, che pertanto non migliorerebbe il lato principale, quello sanitario, dell'opera ospedaliera, ed anzi potrebbe essere da questo lato, cagione d'inconvenienti.

La sala di deposito va infatti intesa come un locale di provvisoria degenza, attigua all'Ufficio di accettazione; in essa vengono fatti stazionare i malati in attesa di essere trasportati alla Divisione di cura.

Poichè il trasporto è fatto da portantini, questi dovrebbero continuare a svuotare il deposito dei malati ivi raccolti, con precedenza per i più gravi.

Non si può ristare dal fare subito alcune osservazioni:

1° La sala di deposito dovrebbe essere costituita da locali distinti per uomini e donne.

2° Dovendosi prevedere la riunione, in taluni momenti, di più persone in attesa di allogamento, dovrebbe essere assicurata nel deposito la presenza di un'infermiera, il che con le ragioni di turno lavorativo porterebbe ad un impegno di almeno tre infermiere.

3° Non essendo supponibile una sala di deposito a pancate, ma dovendosi prevedere la necessità di porre a letto taluni ammalati, è necessario considerare, oltre all'infermiera, un impegno di biancheria.

4° Il deposito mancherebbe di ogni funzione profilattica, anzi sotto questo riflesso potrebbe avere effetti antigienici.

È certo che il problema si presenta diverso a seconda che lo si consideri applicato ad un Ospedale moderno o ad un Ospedale di vecchia struttura ed organizzazione.

Negli Ospedali moderni le cose sono disposte in modo che il malato è dall'accogliamento passato alla Divisione di cura in modo rapido e quasi automatico (corridoi indipendenti, montalettighe ecc.) e in tal modo chi guida il malato ha un impegno di tempo e di opera relativo e controllabile.

Negli Ospedali sorti invece per adattamenti di vecchi conventi, o creati con la costruzione di padiglioni successivi, senza un preordinato piano, e risultanti dall'insieme disarmonico di edifici non collegati o male corrispondenti, i tragitti dall'accettazione alle Sale di degenza risultano talora lunghi, talora accidentati da rilievi, da scale, da scoperti, sicchè il trasferimento degli ammalati richiede un impegno notevole di personale.

È questa certamente una questione che merita attenzione, perchè economicamente onerosa.

In siffatte condizioni, poichè i cosiddetti porta-lettighe o guida-malati devono necessariamente essere rappresentati da elementi molto validi, il malato quando giunge alla Divisione è già passato per un servizio che costa assai all'Ospedale.

Non sarebbe dunque accettabile l'istituzione di una sala di deposito che non avesse funzioni di astanteria, nel suo più com-

pleto e più raccomandabile significato; e allora vediamo a quali finalità dovrebbe corrispondere una astanteria, quali vantaggi potrebbe dare e quali inconvenienti eventualmente determinare.

L'astanteria ospedaliera ha numerose finalità, fra cui le più importanti sono:

1° Rappresentare il servizio centrale nel quale si attuano sui malati quelle manualità che sono comuni per tutti (cambio degli effetti, pulizia, ecc.); il che in definitiva si risolve con un alleggerimento del lavoro nelle Divisioni.

2° Rappresentare il filtro sanitario agli effetti delle forme contagiose.

3° Rappresentare anche il posto di sosta e di smistamento che consenta la possibilità di impiegare un minor numero di guida-malati.

Necessariamente l'astanteria dovrebbe essere sistemata in locali attigui o meglio contigui alla Accettazione e Pronto Soccorso.

Essa dovrebbe essere naturalmente composta di più settori o sezioni disposte però in modo che il servizio ne risulti sempre facile: buona sarebbe la soluzione col sistema dei Boxes.

Gli uomini dovrebbero essere separati dalle donne, possibilmente i malati chirurgici distinti dai malati di ordine medico; ed in ogni caso dovrebbe essere realizzata la possibilità di sequestrare nel modo prescritto gli eventuali malati sospetti di forme infettive, come pure i venerei, destinando loro nell'astanteria locali di degenza separati coi servizi indipendenti: per questi malati sarebbe questione di speciali e prescritte attenzioni da parte del personale, ma essi non dovrebbero essere esclusi dalla astanteria.

Per quel che riguarda le gestanti invece sarebbe bene escluderle dal servizio di astanteria, fornendo all'uopo la divisione ostetrica di un locale di bonifica e prima sosta.

È discutibile se gli infortunati rientrano o meno nell'ambito comune: normalmente non dovrebbero essere esclusi dall'astanteria, ma a questo riguardo dovrebbe an-

che essere pacifico che per circostanze di eccezionale gravità, o quando vi sia la necessità di un pronto intervento di una certa importanza, qualsiasi malato possa e debba essere portato direttamente alla Divisione di cura.

A questo proposito ritengo opportuno citare il modo con cui è risolto il problema in taluni Ospedali: a Firenze vi è un pronto soccorso di astanteria, con guardia chirurgica permanente; a Milano, nel Nuovo Ospedale Maggiore, vi è un ampio servizio chirurgico per eventuale affluenza contemporanea di colpiti da incidenti collettivi, servizio, abitualmente chiuso, ma in grado di entrare in efficienza con la massima rapidità. In ogni caso una soluzione è possibile: basta riportarci alla estensione d'opera consentita al servizio di pronto soccorso.

Se il pronto soccorso è autorizzato a far tutto (come è il caso di Firenze) allora la bonifica avviene assieme all'accettazione, e precede l'intervento; se il pronto soccorso è ad azione limitata (come nella maggior parte degli Ospedali) sono d'avviso che, salvo eccezioni strettamente controllate, il malato grave debba passare direttamente alle Divisioni dove dovrà subire subito l'intervento necessario.

La soluzione dunque dipenderà dalla diversa importanza del centro ospedaliero, dalla natura della popolazione (industriale o no) cui l'Ospedale serve, ed infine dalla particolare distribuzione e coordinazione dei servizi, varie da ospedale ad ospedale.

Tutto questo, ancorchè sia dimostrato utile al malato, vantaggioso dal lato sanitario, proficuo dal lato economico, come potrebbe essere riguardato dai Sanitari preposti alle Divisioni?

Ritengo che il problema incontri in questo punto il lato debole e cioè la ragione, se non principale certamente non ultima, per cui nella quasi totalità degli Ospedali non è stato mai realizzato un tale servizio con le caratteristiche dovute.

La messa in funzione di una astanteria, coi necessari presupposti, tocca inevitabil-

mente gelose attribuzioni dei Primari, per i quali sarebbe ragione di eccezione il solo fatto che i malati prima di pervenire alle rispettive Divisioni devono passare per un servizio a funzione logistica semplificatrice ed economica, ma anche con attribuzioni cliniche.

Per quanto sia fuori di dubbio che per il buon andamento delle istituzioni ospedaliere conviene aver sempre consenzienti e cooperatori i Sanitari, la cui opera è tanto specifica e preminente nello svolgimento delle attività dell'Ospedale, tuttavia su queste difficoltà non è impossibile l'accordo e la intesa, in quanto è in gioco l'interesse generale del servizio.

In ogni caso spetterebbe necessariamente al Direttore Sanitario il controllo sul movimento di astanteria, ad evitare che degli ammalati di una certa pertinenza vengano sviati ad altra opera: si sa, ed è spiegabile come i Curanti tendano ad allargare il loro campo di azione! Ma alle opposizioni inevitabili non sarebbe estraneo un altro fattore: l'astanteria offrirebbe il modo di stabilire se un malato ammesso di urgenza all'Ospedale (i Medici di accettazione non hanno sempre il mezzo e il tempo di chiarire certe tendenze cliniche, e se non difettano di impegno nel farlo, sempre tendono a largheggiare a proprio sollievo e per liberalità verso i malati!) sia veramente bisognevole di degenza e cura ospedaliera.

È risaputo che, una volta arrivati nelle Divisioni i malati, è ben raro il caso che siano dichiarati non bisognosi di cura, e conseguentemente fatti dimettere: poco o molto riescono tutti a farsi trattenere, essendo anche spiegabile che il Medico sia stimolato all'investigazione anche nel campo della sintomatologia minore.

Quando poi pervengono le eccezioni da parte dei Comuni, i Sanitari, che naturalmente non hanno spiegato molta diligenza nella discriminazione nosografica del caso clinicamente semplice o indifferente al loro interesse diagnostico o terapeutico, non sono in grado di dare elementi atti a giustificare

l'avvenuto accoglimento e la più prolungata degenza, e tutte queste spedalità, che non appaiono legittimate, dopo essere state materia di contestazioni e di elucubrazioni in sede contenziosa, passano ad accrescere il cumulo di crediti sofferenti e spesso non esigibili, con sensibili ripercussioni sul bilancio.

Sotto questo riflesso una cernita in astanteria sarebbe assai vantaggiosa perchè in questa sede, e prima che il paziente acceda alla Divisione, vi sarebbe modo di accertare se esista veramente urgenza di ricovero o solo necessità di cura ospedaliera.

Facilmente risolvibile il quesito del tempo di giacenza del malato in astanteria: nella maggioranza dei casi 24 ore sarebbero sufficienti e si potrebbe adottare tale termine di tempo, salvo che si verificino altre necessità di ordine profilattico.

Più delicato invece è il punto riguardante il personale medico da preporre alla astanteria: l'assegnazione di Sanitari esclusivamente per quest'opera porterebbe fatalmente a contrasti, a frizioni, e a dissapori con i Sanitari delle Divisioni, cui non mancherebbero mai occasioni per contestazioni, per divarii di valutazione e di provvedimenti non condivisi ecc., e perchè il Medico di Accettazione potrebbe essere portato a dare suggerimenti o consigli non sempre accettabili dai Curanti successivi.

Allora si deve prospettare la opportunità che il servizio di astanteria sia diretto per le incombenze di ordine generale da un solo Sanitario, che potrebbe essere il Medico Direttore dell'Ospedale, o un Primario designato, e le pratiche riguardanti il malato come tale, siano invece attribuite direttamente ai Medici delle singole Divisioni, le quali in tal modo avrebbero in carico il malato fin dall'ingresso.

Esemplificando si potrebbe disporre che l'aiuto o l'assistente di una determinata Divisione, stata di turno in un determinato giorno per la recezione dei malati, si debba occupare di essi per il periodo di tempo in cui devono soggiornare in astanteria, ivi procedendo ai rilievi anamnestici, all'esame clinico, con stesura di cartella nosografica, ed ivi iniziando eventuali ricerche diagnostiche: ciò equivarrebbe a fare dell'astanteria una zona neutrale di degenza provvisoria.

Questo metodo toglierebbe di mezzo la possibilità di malintesi, facili a determinarsi fra medici in tema di ammalati.

Non v'ha dubbio in ogni modo che l'istituzione di un servizio ospedaliero di astanteria presenta molte difficoltà: ad alcune, più sostanziali, si potrà sempre ovviare regolando fin dal principio le finalità ed il funzionamento dell'astanteria, in modo da farne un apprestamento veramente utile al complesso ospedaliero e benefico per il malato, ma anche accetto ai Sanitari, che vi sono interessati con le loro particolari suscettibilità e coi loro spiegabili risentimenti; ad altre, minori, e non prevedibili in una disamina generale, si potrà mettere ripiego di volta in volta.

Rimane da vedere se i vantaggi che può offrire all'Ospedale e ai malati la realizzazione di tale servizio, siano proporzionati agli ostacoli tecnici e sentimentali da superare: a simile quesito non si potrebbe rispondere che dopo un attento esame sulla gestione di almeno un anno, riflettendo altresì che non tutte le attività ed i benefici di una astanteria sono calcolabili e riproducibili con la esattezza di cifre con cui è possibile prevedere la spesa di impianto e di conduzione di un tale servizio.

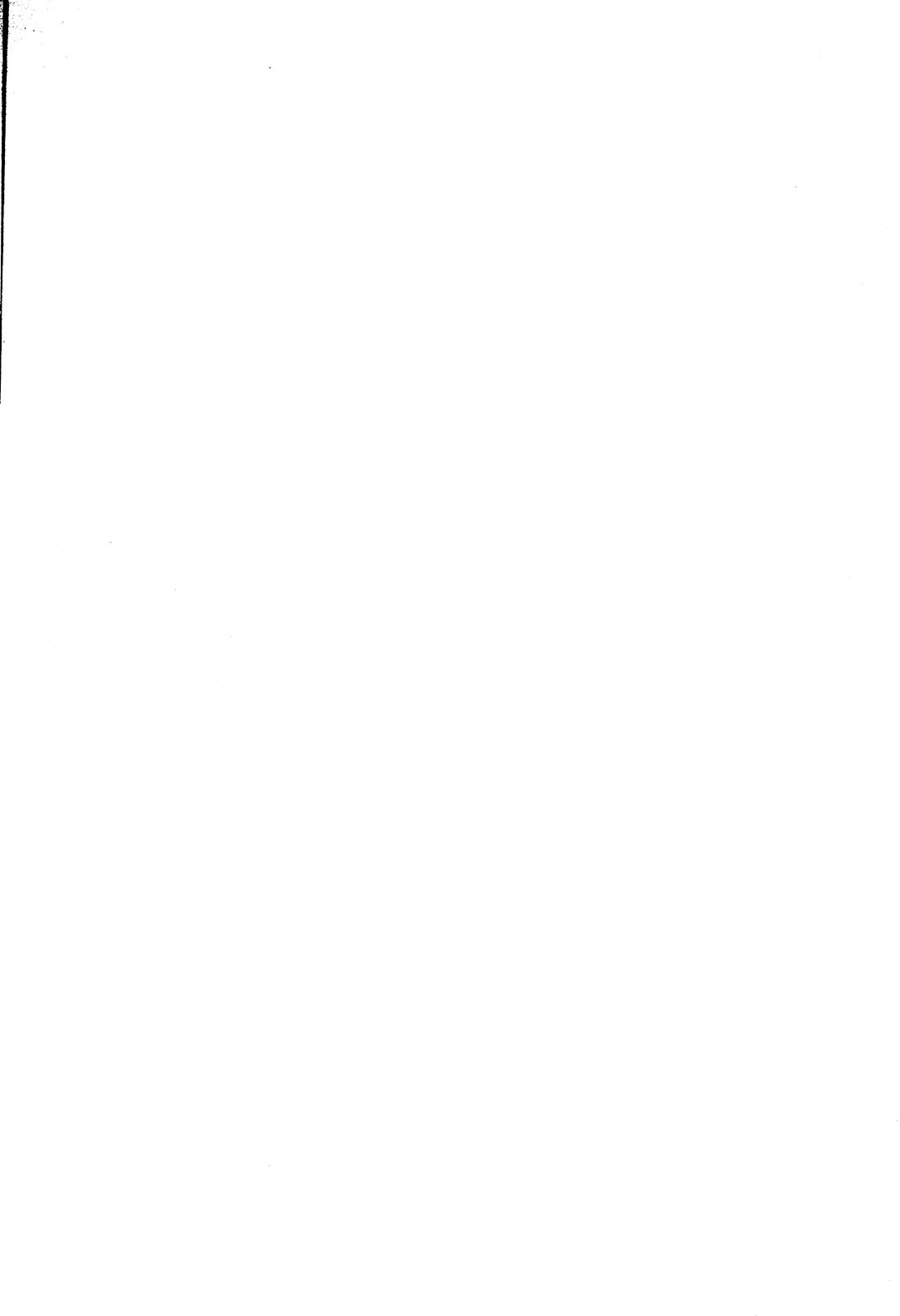
*Estratto da L'Ospedale Italiano,
giugno-agosto 1940. N° XIII, A. III, n. 3-4*

Roma - Tipografia del Senato del dott. G. Barili.



338841





60539

