

Il presente testo è disponibile in D/F/I/E, cfr. assm.ch/fr/coronavirus

La versione originale è quella tedesca.

Terza versione aggiornata del 4 novembre 2020

Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse

Indicazioni per l'attuazione del capitolo 9.3 delle direttive dell'ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva» (2013)

I. Situazione

II. Direttive

1. Ambito di applicazione
2. Principi etici fondamentali
3. Criteri per il triage (ricovero e permanenza) nel reparto di terapia intensiva in caso di scarsità di risorse
4. Decisioni a livello di triage
 - 4.1. Fasi
 - 4.2. Inasprimento dei parametri
 - 4.3. Triage iniziale: criteri per il ricovero nei reparti di terapia intensiva
 - 4.4. Triage durante il ricovero in terapia intensiva
5. Processo decisionale

III. Appendice

1. Letteratura
2. Note sull'elaborazione delle presenti direttive

I. Situazione

A causa della rapidità di diffusione del coronavirus (SARS-CoV-2), a marzo 2020 si è venuta a creare una situazione straordinaria¹ che ha determinato per diverse settimane un massiccio afflusso di pazienti negli ospedali per malattie acute. Per fronteggiare tale emergenza, l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) e la Società svizzera di medicina intensive (SSMI) hanno redatto apposite direttive per il triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse. Durante questa prima ondata di infezioni da COVID-19, le limitazioni degli interventi elettivi,² l'incremento del numero di posti letto (in particolare quelli dotati di respirazione assistita) nei reparti di terapia intensiva e le misure di comportamento rivolte alla popolazione prescritte dalla Confederazione si sono rivelati sufficienti a evitare l'insorgere di una situazione di scarsità di risorse sul territorio svizzero. Non si è quindi presentata la necessità di applicare le direttive dell'ASSM.

¹ L'ordinanza 2 sui provvedimenti per combattere il coronavirus (COVID-19) del 13 marzo 2020 (versione del 17 marzo 2020), nel frattempo abrogata, si basava sull'articolo 7 della legge sulle epidemie, che disciplina la situazione straordinaria.

² «Le strutture sanitarie quali ospedali e cliniche, studi medici e dentistici devono rinunciare a interventi medici e terapie non urgenti» (art. 10a cpv. 2 dell'ordinanza di cui alla nota 1).

L'evoluzione della pandemia registrata nel mese di ottobre rende necessario un adeguamento e aggiornamento delle direttive sulla base dell'esperienza accumulata da marzo in poi. Il principio guida secondo cui in tutta la Svizzera devono essere applicati criteri uniformi per il ricovero e la permanenza dei pazienti in terapia intensiva rimane tuttora pienamente valido. Le presenti direttive creano una base di riferimento a tal fine.

Coordinamento nazionale per il trasferimento dei pazienti

In collaborazione con vari stakeholder del settore, il Servizio sanitario coordinato della Confederazione (SSC) ha elaborato un piano per il coordinamento dei reparti di terapia intensiva a livello nazionale. Un apposito organo centralizzato dovrebbe garantire lo sfruttamento ottimale di tutte le capacità di trattamento medico intensivo sul territorio elvetico.³

Valore soglia per le decisioni a livello di triage

Secondo quanto sancito dal documento «[Coordinamento nazionale per la gestione di afflussi elevati di pazienti nei reparti di terapia intensiva durante la pandemia COVID-19](#)»⁴, la responsabilità in merito al triage dei pazienti compete all'ospedale che li accoglie e al relativo reparto di terapia intensiva. L'ASSM e la SSMI propongono che l'organo di coordinamento nazionale si assuma il compito di stabilire a partire da quale momento, in Svizzera, debba ritenersi raggiunta una situazione tale per cui diviene indispensabile applicare decisioni a livello di triage conformemente ai criteri sanciti dalle presenti direttive. Si garantirebbe così che, prima di arrivare a compiere simili scelte presso singole strutture ospedaliere, le risorse disponibili sull'intero territorio elvetico siano state sfruttate appieno e nel modo più efficace. Anche la decisione circa il valore soglia oltrepassato il quale le presenti direttive dovranno essere applicate a livello nazionale dovrebbe competere all'organo di coordinamento.

Gli editori provvederanno a modificare le direttive qualora dovesse risultare necessario alla luce dell'esperienza pratica e di nuove conoscenze scientifiche. La versione più aggiornata sarà sempre disponibile su assm.ch/fr/coronavirus.

³ Maggiori informazioni e riferimenti per i contatti sono reperibili su www.vtg.admin.ch/de/organisation/astab/san/ksd/nki.html (in tedesco e francese, consultato il 3.11.2020).

⁴ In tedesco e francese, consultato il 2.11.2020.

II. Direttive

1. Ambito di applicazione

Le seguenti direttive riguardano i criteri decisionali per il triage nei reparti di terapia intensiva e trovano applicazione nel momento in cui sussiste una scarsità di risorse che impone la necessità di prendere decisioni di razionamento. Sono valide per tutte le categorie di pazienti. Le persone affette da Covid-19 e gli altri pazienti che necessitano di cure intensive vengono trattati in base ai medesimi criteri.

Le presenti direttive integrano le direttive dell'ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva» e riguardano solo una piccola parte dei pazienti affetti da coronavirus, in particolare la categoria dei pazienti più gravi, che necessitano di trattamenti di terapia intensiva.

2. Principi etici fondamentali⁵

I quattro classici principi medico-etici (beneficenza, non maleficenza, rispetto dell'autonomia e giustizia) sono determinanti anche in caso di scarsità di risorse. È importante chiarire preliminarmente la volontà del paziente riguardo ai trattamenti d'urgenza e di terapia intensiva, soprattutto se la persona rientra in una categoria a rischio. Le scarse risorse a disposizione non devono mai essere utilizzate per curare un paziente che non desidera essere assistito.

Se le risorse non sono sufficienti per curare tutti i pazienti in maniera ottimale, occorre applicare questi principi fondamentali in base alle seguenti regole di preferenza:⁶

Equità: le risorse disponibili devono essere distribuite senza operare discriminazioni, ovvero senza disparità di trattamento ingiustificate legate a età, sesso, luogo di residenza,⁷ nazionalità, confessione religiosa, posizione sociale, situazione assicurativa o invalidità cronica. La procedura di allocazione deve essere equa, obiettivamente motivata e trasparente. Rispettando il principio di equità nella suddetta procedura, si evita soprattutto di prendere decisioni arbitrarie.

Salvare il maggior numero possibile di vite umane: in condizioni di forte scarsità di risorse, tutte le misure devono rispondere all'obiettivo di ridurre al minimo i casi di decesso. Le decisioni vanno prese nell'ottica di contenere il più possibile il numero di malati gravi e morti.

Protezione degli specialisti coinvolti: questi soggetti⁸ sono particolarmente esposti al rischio di contrarre il coronavirus. Qualora dovessero infettarsi e fossero quindi costretti ad assentarsi dal lavoro, una forte carenza di personale comporterebbe un numero ancora maggiore di decessi. Per questo il personale sanitario va protetto il più possibile dai contagi, nonché da un esaurimento psicofisico. Gli specialisti per cui un possibile contagio da coronavirus comporta un rischio sanitario particolarmente elevato vanno tutelati con misure specifiche, evitando di impiegarli nell'assistenza di pazienti affetti da Covid-19.

⁵ Per informazioni dettagliate sui principi etici fondamentali, cfr. le direttive «Provvedimenti di medicina intensiva», cap. 2.

⁶ Cfr. anche Piano svizzero per pandemia influenzale, Strategie e misure di preparazione a una pandemia influenzale, 5ª edizione 2018, cap. 6.1. e in particolare la Parte III del Piano pandemico svizzero 2006 «Questioni etiche», parere della Commissione nazionale d'etica per la medicina NEK-CNE n. 12/2006.

⁷ I posti letto liberi in terapia intensiva devono essere notificati, cfr. l'art. 12 dell'ordinanza sui provvedimenti per combattere l'epidemia di COVID-19 nella situazione particolare del 19 giugno 2020 (versione del 2 novembre 2020).

⁸ Naturalmente vale un principio analogo per tutte le persone che a causa dell'attività professionale che svolgono sono esposte a un rischio di contagio particolarmente elevato (ad es. addetti alle vendite, personale delle farmacie e congiunti curanti).

3. Criteri per il triage (ricovero e permanenza) nel reparto di terapia intensiva in caso di scarsità di risorse

Fintanto che le risorse disponibili sono sufficienti, i pazienti che necessitano di un trattamento di medicina intensiva vengono ricoverati e curati secondo criteri convenzionali. Gli interventi che richiedono un impegno particolarmente elevato in termini di risorse andrebbero eseguiti solo nei casi in cui la loro utilità sia chiaramente comprovata. Nei pazienti affetti da Covid-19 il ricorso all'ECMO⁹ dovrebbe essere limitato a situazioni particolari – come indicato nelle direttive della SSMI – e subordinato a un'attenta valutazione delle risorse necessarie in termini di personale.¹⁰

È importante chiarire anticipatamente la volontà dei pazienti, se essi sono in grado di esprimerla, rispetto all'eventualità di complicanze (stato di rianimazione ed entità della terapia intensiva). Se si rinuncia a provvedimenti di medicina intensiva, si devono garantire cure palliative adeguate.¹¹

Se a causa di un totale sovraccarico del reparto specializzato si rende necessario respingere pazienti che necessitano di un trattamento di terapia intensiva, il criterio determinante a livello di triage è la **prognosi a breve termine**: vengono accettati in via prioritaria i pazienti che, se trattati in terapia intensiva, hanno buone probabilità di recupero, ma la cui prognosi¹² sarebbe sfavorevole se non ricevessero il trattamento in questione; in altri termini, la precedenza viene data ai pazienti che possono trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva.

L'età, una disabilità o una demenza in sé e per sé non costituiscono criteri applicabili, in quanto attribuiscono alle persone anziane o disabili un valore inferiore e violano in tal modo il principio costituzionale del divieto di discriminazione. Tali fattori, tuttavia, vengono considerati indirettamente nell'ambito del criterio principale «prognosi a breve termine», in quanto gli anziani presentano più frequentemente situazioni di comorbidità e anche le demenze e talune forme di disabilità possono incidere negativamente sulla prognosi a breve termine. Nelle persone affette da Covid-19, peraltro, i suddetti criteri rappresentano un fattore di rischio a livello di mortalità e occorre tenerne conto, così come deve avvenire per tutti gli altri fattori di rischio indipendenti identificati da marzo 2020.

La fragilità è un criterio importante da prendere in considerazione in caso di scarsità di risorse. Fra i vari strumenti che sono stati proposti per valutare tale parametro, quello maggiormente validato risulta essere la scala della fragilità clinica (cfr. pagina seguente, Clinical Frailty Scale).¹³

Valutazione di ulteriori criteri. In letteratura¹⁴ si discute circa l'opportunità di applicare ulteriori criteri quali l'estrazione a sorte, il principio «first come, first served», la priorità a persone con un elevato valore sociale ecc. Tali criteri non vanno presi in considerazione.

⁹ ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (in italiano «ossigenazione extracorporea a membrana»).

¹⁰ Cfr. Bartlett RH, Ogino MT, Brodie D, McMullan, DM, Lorusso R, et al. Initial ELSO Guidance Document: ECMO for COVID-19 Patients with Severe Cardiopulmonary Failure. ASAIO J. 2020; 66:472–4.

¹¹ Cfr. le linee guida di palliative.ch: [Mesures thérapeutiques chez les patients atteints de COVID-19 avec pronostic défavorable attendu](https://www.palliative.ch/) (www.palliative.ch).

¹² Cfr. per maggiori dettagli il cap. 5.1 (Prognosi) in: «Provvedimenti di medicina intensiva». Direttive mediche dell'ASSM (2013).

¹³ Cfr. Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P, et al. (COPE Study Collaborators). The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. Lancet Public Health. 2020 Aug;5(8):e444–51.

¹⁴ Cfr. ad es. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet 2009; 373: 423–31.

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009, Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

4. Decisioni a livello di triage

4.1. Fasi

- **Al momento del ricovero:** entità e durata della terapia, determinazione del percorso del paziente (ad es. trattamento in terapia intensiva, Intermediate Care, cure palliative).
- **Durante la permanenza in terapia intensiva:** valutazione giornaliera riguardo a prosecuzione del trattamento, limitazione dell'intensità o della durata del trattamento, cambiamento dell'obiettivo terapeutico e cure palliative.

4.2. Inasprimento dei parametri

Se le risorse del reparto, compresi eventuali letti ubicati fuori reparto, non sono più sufficienti per accogliere tutti i pazienti che necessitano di un trattamento di terapia intensiva, il primo provvedimento da adottare è l'**inasprimento del parametro della prognosi a breve termine**. L'obiettivo è quello di massimizzare l'utilità per il singolo paziente e per la totalità dei pazienti, ossia decidere in modo tale da salvare il maggior numero possibile di vite. In questo contesto, il criterio della prognosi favorevole a breve termine acquisisce un'importanza (ancora) maggiore.

In una situazione di continuo afflusso di massa, vengono ricoverati in base ai criteri di seguito descritti solo i pazienti che necessitano di ventilazione meccanica (o di un altro trattamento specifico di terapia intensiva, come ad es. supporto emodinamico con farmaci vasoattivi o terapia sostitutiva renale continuativa). In tale situazione non è raccomandabile la rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio.¹⁵ Tutte le terapie con grado di intensità inferiore andrebbero somministrate in unità di cure intermedie o in normali reparti di degenza.

In funzione dell'evolversi della situazione di sovraccarico nelle strutture sanitarie e dell'intensità dell'afflusso di pazienti, si rende necessario scegliere tra due livelli (A e B) di criteri decisionali per il triage. L'ASSM e la SSMI propongono che la decisione in merito competa all'organo di coordinamento nazionale (cfr. pag. 2, Situazione).

Livello A: letti in terapia intensiva disponibili, ma le risorse sul territorio svizzero sono limitate e sussiste il pericolo che nei giorni immediatamente successivi la disponibilità si esaurisca

→ triage per il ricovero/gestione delle risorse mediante decisioni circa l'interruzione dei trattamenti

Livello B: indisponibilità di letti in terapia intensiva

→ triage per il ricovero/gestione delle risorse mediante decisioni circa l'interruzione dei trattamenti

¹⁵ Cfr. anche le raccomandazioni della Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio SSMUS «Triage e assistenza preospedaliera in caso di carenze di risorse ospedaliere (specialmente in medicina intensiva) durante la pandemia di COVID-19», cfr. www.sgnor.ch/home/covid-19

4.3. Triage iniziale: criteri per il ricovero nei reparti di terapia intensiva¹⁶

Fase 1

Il paziente presenta uno dei seguenti criteri a favore del ricovero?

- Necessità di ventilazione meccanica invasiva
- Necessità di supporto emodinamico con farmaci vasoattivi (dose equivalente di noradrenalina >0,1 µg/kg/min)

Se sussiste un criterio per il ricovero → fase 2

Fase 2

Il paziente presenta uno dei seguenti criteri a sfavore del ricovero?

Livello A (cfr. box sopra)

- Volontà del paziente (direttive del paziente ecc.)
- Scala della fragilità clinica (Clinical Frailty Scale, CFS) ≥ 7 ¹⁷ ed età¹⁸ > 65 anni
- CFS ≥ 6 ed età > 85 anni
- Arresto cardiocircolatorio non osservato, arresto cardiocircolatorio ricorrente, arresto cardiocircolatorio senza ROSC
- Tumori solidi metastatici con un'aspettativa di vita < 12 mesi
- Malattia neurodegenerativa grave, demenza grave o danno neurologico irreversibile con CFS ≥ 6
- Malattie croniche:
 - insufficienza cardiaca di classe NYHA IV, nonostante terapia ottimale
 - COPD GOLD 4 (D) con più di 2 ospedalizzazioni correlate alla malattia nell'arco di un anno
 - cirrosi epatica di categoria C secondo la classificazione di Child Pugh o con MELD score > 15
 - Charlson co-morbidity score ≥ 5
- Grave insufficienza circolatoria resistente alle terapie nonostante l'aumento dei vasoattivi (ipotensione e/o persistenza di perfusione organica insufficiente).
- Sopravvivenza stimata < 12 mesi

In caso di dubbi si può applicare anche il 4C Mortality Score,¹⁹ ma esso non deve rappresentare l'unico criterio decisionale. Un valore superiore a 15 nel 4C MS indica un grado di mortalità elevato.

Livello B (cfr. box sopra)

È prevista l'applicazione dei seguenti criteri supplementari:

- CFS ≥ 6 ed età > 65 anni
- Trauma grave
- Ustioni diffuse (BSA > 40%) con inalazione²⁰
- Gravi deficit cerebrali persistenti dopo adeguata terapia acuta per ictus (NIHSS > 14)
- Malattie croniche:
 - insufficienza cardiaca di classe NYHA III o IV, nonostante terapia ottimale

¹⁶ Cfr. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ 2006; 175: 1377–81.

¹⁷ Sono escluse le disabilità congenite e post-traumatiche.

¹⁸ In relazione ai concetti di «età» e «CFS» (risp. demenza e disabilità) nei livelli A e B, cfr. le argomentazioni circa età, disabilità e demenza esposte nel cap. 3.

¹⁹ Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, et al. ISARIC4C investigators. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. BMJ. Pubblicato online il 9 settembre 2020.

²⁰ L'organo nazionale di coordinamento regola questa fattispecie in base alle risorse dei due reparti ustionati esistenti (USZ e CHUV).

- COPD GOLD 4 (D) o COPD A-D con: FEV1 < 25% o cuore polmonare o ossigenoterapia domiciliare (long-term oxygen therapy)
- cirrosi epatica con ascite refrattaria o encefalopatia > stadio I
- Charlson co-morbidity score ≥ 4
- Età > 75 anni e presenza di almeno uno dei seguenti criteri:
 - cirrosi epatica con Child-Pugh B o C
 - insufficienza renale cronica CKD stadio IV (KDIGO) (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²)
 - insufficienza cardiaca di classe NYHA > II
 - scala della fragilità clinica CFS ≥ 5
- Sopravvivenza stimata < 24 mesi

In presenza di uno dei criteri a sfavore del ricovero, il paziente non viene accettato nel reparto di terapia intensiva. In caso di dubbi si può applicare anche il 4C Mortality Score, ma esso non deve rappresentare l'unico criterio decisionale. Un valore superiore a 15 nel 4C MS indica un grado di mortalità elevato.

Al livello B non andrebbe effettuata alcuna rianimazione cardiopolmonare.

4.4. Triage durante il ricovero in terapia intensiva

I criteri di seguito specificati sono rilevanti per decidere in merito al prosieguo del trattamento in terapia intensiva. La valutazione dei pazienti ricoverati in reparto viene effettuata quotidianamente e a livello interprofessionale. L'utilità o l'assenza di prospettive in merito al trattamento di terapia intensiva devono essere valutate in base al decorso clinico, onde vagliare la possibilità di un eventuale «passo indietro» nell'applicazione delle misure terapeutiche e il ricorso a cure palliative. Ciò vale per tutti i pazienti, sia Covid che non Covid, ricoverati in terapia intensiva in una situazione di totale esaurimento delle risorse su cui può contare il reparto. I criteri di seguito specificati vengono applicati in maniera tanto più restrittiva quanto più scarsa è la disponibilità di risorse.

Fase 1

Presenza di un criterio per la dimissione dal reparto:

- paziente estubato o in condizioni di respirazione spontanea (o parziale supporto respiratorio) in seguito a tracheotomia → il paziente lascia il reparto il prima possibile

Fase 2

Dopo una fase di stabilizzazione commisurata alla patologia:

Presenza dei tre criteri seguenti:

- stabilizzazione o miglioramento di ossigenazione e ventilazione
- stabilizzazione o miglioramento delle condizioni emodinamiche
- stabilizzazione o miglioramento della disfunzione d'organo sottostante

Tutti e tre i criteri sono necessari per la prosecuzione del trattamento in terapia intensiva.

Fase 3

Benché siano soddisfatti i tre criteri enunciati nella fase 2, il sussistere di uno dei criteri indicati di seguito dovrebbe avere come conseguenza l'uscita del paziente dal reparto:

Livello A (cfr. box sopra)

- Arresto cardiaco ricorrente durante la permanenza in terapia intensiva nonostante inizialmente la rianimazione abbia avuto successo
- Insorgenza di una nuova significativa disfunzione d'organo durante la permanenza in terapia intensiva

Livello B (cfr. box sopra)

- Nessun miglioramento delle condizioni respiratorie o emodinamiche (la stabilizzazione non è sufficiente)
- Insorgenza di un arresto cardiaco durante la permanenza in reparto: al livello B non si dovrebbe tentare la RCP
- Presenza di una disfunzione persistente o progressiva di due organi oltre ai polmoni

La presenza di uno dei criteri succitati porta alla decisione di interrompere il trattamento di medicina intensiva, pertanto il paziente viene assistito con cure palliative.

5. Processo decisionale

Quando si applicano delle decisioni di triage, la fiducia va preservata anche nelle situazioni più gravi. Per questo è importante utilizzare sempre in modo trasparente criteri di razionamento e processi ispirati a principi di equità. Le motivazioni per la concessione o la mancata concessione di determinate priorità devono essere documentate descrivendole con chiarezza, nonché aggiornate man mano che la situazione evolve. Lo stesso vale per i processi attraverso tramite i quali tali decisioni vengono prese. Ogni singola decisione deve essere verificabile, ovvero documentata per iscritto indicando la motivazione e il nome di chi è stato chiamato a decidere. Qualsiasi deroga dai criteri stabiliti deve essere documentata in maniera analoga. Inoltre, è opportuno prevedere meccanismi per gestire eventuali conflitti a posteriori.

Il processo decisionale deve essere diretto da persone che dispongono dell'adeguata esperienza. Nei limiti del possibile, le decisioni vanno sempre prese all'interno di équipe interprofessionali. In ultima istanza, tuttavia, ne risponde direttamente il medico intensivista in loco più in alto nella gerarchia. Gli organi (ad es. supporto etico, équipe multiprofessionale) che affiancano le équipe curanti possono fornire un valido aiuto. Ciò nonostante, il reparto di terapia intensiva deve essere in grado in ogni momento di decidere autonomamente e in tempi rapidi riguardo ai pazienti da ricoverare e da trasferire. Vanno rispettate le prescrizioni di legge²¹ relative all'obbligo di notificare regolarmente il numero totale e l'occupazione dei posti letto ospedalieri di cure intense.

La decisione di non iniziare o di interrompere un trattamento di terapia intensiva per la situazione che si è venuta a creare a livello di triage deve essere comunicata in modo trasparente. Non è ammissibile addurre come motivazione alla base di tale scelta un'assenza di indicazione al trattamento quando invece, se le risorse fossero state sufficienti, si sarebbe deciso diversamente. Il paziente capace di discernimento o i congiunti con diritto di rappresentanza del paziente incapace di discernimento (art. 378 CC) devono essere informati apertamente circa il processo decisionale e se possibile si devono proporre loro ulteriori colloqui (assistenza spirituale in ospedale o simili).

²¹ Cfr. l'ordinanza sui provvedimenti per combattere l'epidemia di COVID-19 nella situazione particolare del 19 giugno 2020 (versione del 2 novembre 2020).

III. Appendice

1. Letteratura

Nota:

La **Società svizzera di medicina intensiva** (SSMI) mette a disposizione sul proprio sito le pubblicazioni più aggiornate sul SARS-CoV-2.

www.sgi-ssmi.ch

Bartlett RH, Ogino MT, Brodie D, McMullan DM, Lorusso R et al.

Initial ELSO Guidance Document: ECMO for COVID-19 Patients with Severe Cardiopulmonary Failure. *ASAIO J.* 2020;66(5):472–4.

<https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001173>

Bouadma L, Lescure FX, Lucet JC, Yazdanpanah Y, Timsit JF.

Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med.* 2020;46(4):579–82.

<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>

Cheung WK, Myburgh J, Seppelt IM, Parr MJ, Blackwell N et al.

A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. *Med J Aust.* 2012;197(3):178–81.

<https://doi.org/10.5694/mja11.10926>

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM et al.

Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ.* 2006;175(11):1377–81.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.060911>

The Hastings Center.

Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. March 16, 2020.

www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf

Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P et al. (COPE Study Collaborators).

The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health.* 2020;5(8):e444–51.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30146-8)

Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N.

Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics.* Published online September 25, 2020.

<https://doi.org/10.1111/bioe.12805>

Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, et al. ISARIC4C investigators.

Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. *BMJ.* Published online September 9, 2020.

<https://doi.org/10.1136/bmj.m3339>

Liao X, Wang B, Kang Y.

Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units – the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med.* 2020;46:357–60.

<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05954-2>

MacLaren G, Fisher D, Brodie D.

Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19. The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Jama*, 2020;323(13):1245–6.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.2342>

Murthy S, Gomersall C D, Fowler R A.

Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama*. Published online March 11, 2020.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762996>

Ñamendys-Silva SA.

Respiratory support for patients with COVID-19 infection. *Lancet*. Published online March 5, 2020.
[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30110-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30110-7)

Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI).

Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen. Statement der Arbeitsgruppe Ethik der ÖGARI vom 17.03.2020.
www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ.

Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373(9661):423–31.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Piano svizzero per pandemia influenzale. Strategie e misure di preparazione a una pandemia influenzale, 5ª edizione 2018, cap. 6.1. e in particolare la Parte III del Piano pandemico svizzero 2006 «Questioni etiche», parere della Commissione nazionale d'etica per la medicina NEK-CNE n. 12/2006.

www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/hygiene-pandemiefall/influenza-pandemieplan-ch.pdf.download.pdf/bag-pandemieplan-influenza-ch.pdf

Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J et al.

Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. Published online February 24, 2020.
[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)

Wu, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X et al.

Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020;180(7):934–43.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184>

Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y et al.

Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar 11.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

2. Note sull'elaborazione delle presenti direttive

Autori

Prof. Daniel Scheidegger, vicepresidente dell'ASSM, Arlesheim
Prof. Thierry Fumeaux, ex presidente della SSMI, Nyon
Bianca Schaffert, MSN, vicepresidente della Commissione centrale di etica, Schlieren
Prof. Samia Hurst, Université de Genève, Ginevra
Prof. Arnaud Perrier, Directeur médical HUG, Ginevra
lic. iur. Michelle Salathé, ASSM, Berna (fino a settembre 2020)
Dr. Thomas Gruberski, ASSM, Berna

Esperti interpellati

L'ASSM e la SSMI ringraziano i numerosi esperti che hanno preso posizione in merito alle presenti direttive nonché fornito indicazioni e suggerimenti importanti.

Approvazione

Le direttive sono state approvate dalla Commissione centrale di etica, dal comitato direttivo dell'ASSM e dal Consiglio direttivo della Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) e sono entrate in vigore il 20 marzo 2020. La terza versione rivista è stata approvata dalla CCE e dal comitato direttivo dell'ASSM il 2 novembre 2020 e dal Consiglio direttivo della SSMI il 3 novembre 2020.