

Principi etici fondamentali

- **Conoscenza precoce della volontà del paziente** per quanto riguarda la terapia d'urgenza e la terapia intensiva. Nessun trattamento se un paziente desidera non avvalersene.
- **Giustizia = parità di trattamento**
La distribuzione delle risorse deve essere equa, oggettivamente motivata e trasparente: nessuna decisione arbitraria!
- **Salvare il maggior numero possibile di vite umane:** prospettiva comunitaria!
- **Protezione del personale qualificato** coinvolto da contagi, ma anche da sovraccarichi fisici e psicologici.

Considerazioni sull'assistenza primaria preclinica di pazienti durante la pandemia di COVID-19

- Collo di bottiglia riguardante soprattutto la terapia intensiva, non il soccorso preospedaliero.
- Adeguata assistenza primaria per i pazienti critici ancora possibile → Tener conto delle limitate possibilità del trattamento successivo.
- L'assistenza ai pazienti e il settore dei trasporti sono rallentati dalle necessarie misure di protezione.
- RCP: Probabile rischio di aerosol → coprire il volto del paziente, inizialmente solo compressioni toraciche
- Per la sistemazione sempre più difficile dei pazienti sono decisive le condizioni sovraregionali e non quelli locali, fino a che sono disponibili capacità di trasporto.
- I pazienti **COVID-19** sono trattati **allo stesso modo** dei pazienti **non COVID-19**
- In caso di congestione totale dei posti letto di terapia intensiva (livello B, vedi appendice 2)
 - Miglior trattamento possibile in una categoria ospedaliera subordinata
 - In situazione palliativa, se necessario collaborazione con il medico di famiglia / Spitex → evitare l'ospedalizzazione

ATTENZIONE:

- » Le informazioni disponibili in fase preospedaliera sono spesso minime o addirittura contraddittorie.
- » Le possibilità diagnostiche sono molto limitate.
- » Le condizioni del paziente sono inizialmente sovrapposte e spesso dinamiche: ipotensione, ipotermia, intossicazione ecc.
 - Decisioni fondate sono spesso possibili solo in una fase successiva e con ulteriori informazioni / conoscenze diagnostiche.
 - L'ospedalizzazione nei reparti di emergenza è spesso necessaria nonostante la mancanza di capacità di terapia intensiva, soprattutto nei casi di deterioramento respiratorio osservato (SpO₂).

Procedura decisionale

La fiducia nel sistema sanitario deve essere mantenuta nonostante le decisioni di triage, pertanto:

- criteri di razionamento equi processi trasparenti
- documentazione dei motivi per la concessione o meno di priorità

IMPORTANTE:

- » Eventuali deviazioni dai criteri predefiniti
 - o devono rimanere possibili
 - o devono essere documentate
- » processo decisionale → nei limiti del possibile, all'interno della squadra
- » conflitti → prevedere meccanismi di elaborazione dei

Trasporti secondari

- Allocazione equa delle risorse per i pazienti e sgravio solidale di strutture ospedaliere che hanno raggiunto il limite delle loro capacità
 - utilizzare le capacità di trasporto fintantoché disponibili
- Tener conto dell'aumento del rischio per il personale qualificato coinvolto e garantire la funzionalità delle attrezzature di soccorso
 - trasferire in primo luogo i pazienti non COVID-19 con obbligo di terapia intensiva

COVID-19: triage e assistenza preospedaliera in caso di carenza di risorse in ambito ospedaliero

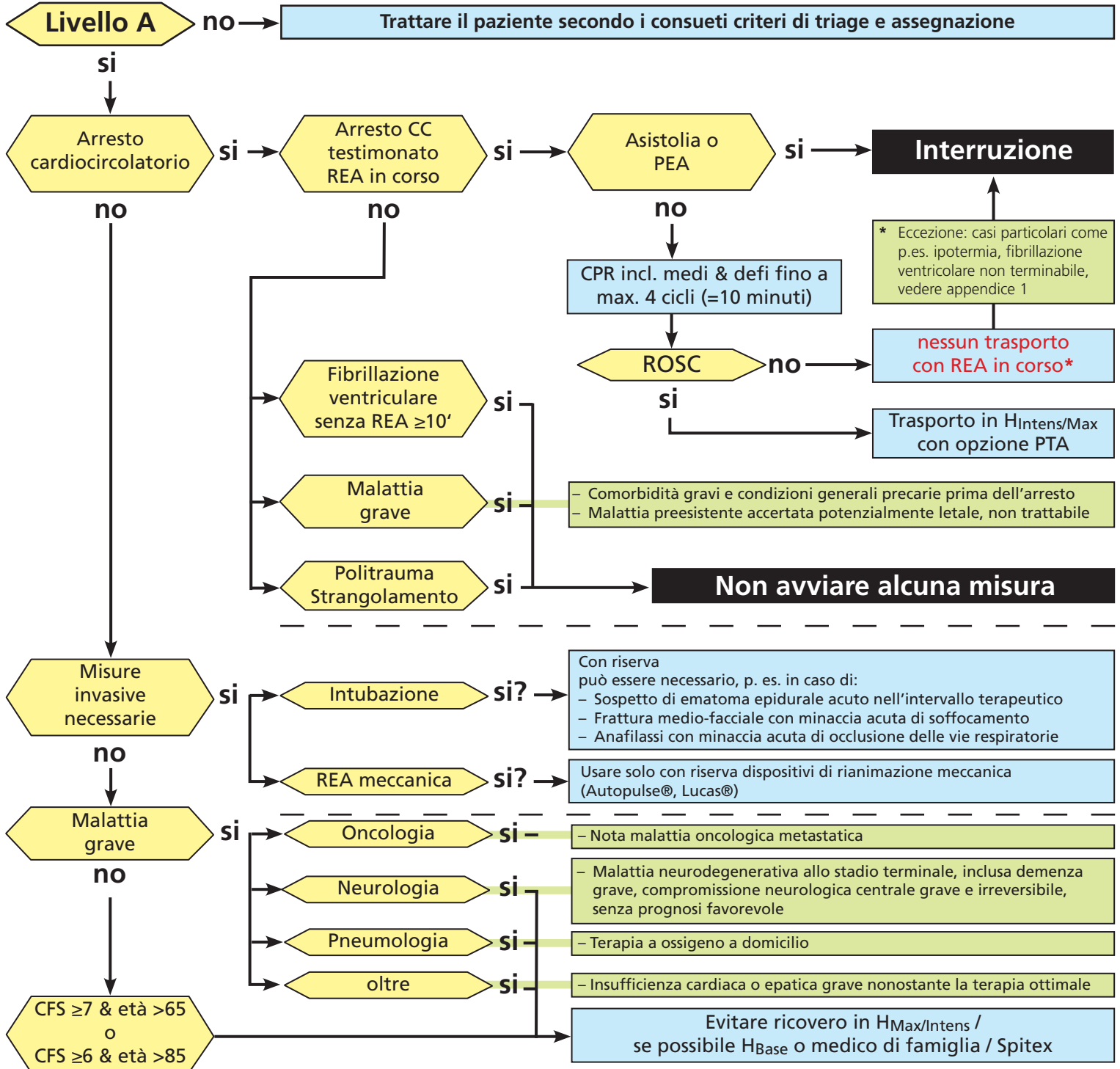
Sintesi delle raccomandazioni della SSMUS V3 del 12.11.2020 (testo originale: <https://www.sgnor.ch/home/covid-19/>)

– Queste raccomandazioni si applicano solo se una carenza di risorse nelle unità di terapia intensiva è stata dichiarata come segue:

Livello A: posti letto di terapia intensiva disponibili, ma capacità limitate

Livello B: nessun posto letto di terapia intensiva disponibile

- Categorie degli ospedali di destinazione:
 - HBase** Ospedale regionale, ospedale cantonale senza reparto di terapia intensiva o senza banca del sangue propria
 - HIntens** Ospedale con reparto di terapia intensiva, attività h24 di chirurgia/laboratorio/radiologia, banca del sangue propria
 - HMax** Ospedale universitario/ospedale di massima assistenza (p. es. centro traumatologico)
- Decisioni di assegnazione d'intesa con la CASU in conformità con le disposizioni cantonali/regionali. Va presa in considerazione l'assegnazione sovraregionale, a seconda della capacità nazionale in base al SII.
- Triage senza medico d'urgenza: dopo consultazione di un medico esperto



Livello B si →

- Stessi criteri del livello A, ma in aggiunta:
- nessuna ospedalizzazione in HIntens/Max :
 - CFS ≥ 6 ed età > 65
 - CFS ≥ 5 ed età > 85
- estrema riserva per l'intubazione endotracheale
- nessun impiego di sistemi di rianimazione meccanica (Autopulse®, Lucas®)
- assegnazione agli ospedali di destinazione d'intesa con la CeOp secondo le disposizioni cantonali / regionali da parte di medici cantonali / Task Force Covid degli ospedali coinvolti