



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio
Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine

Questo testo è disponibile in DE/FR/IT, vedi <https://www.sgnor.ch/home/covid-19/>
La versione tedesca è la versione madre

Triage e assistenza preospedaliera in caso di carenza di risorse ospedaliere (specialmente in medicina intensiva) durante la pandemia di COVID-19

Raccomandazioni della Società svizzera per la medicina d'urgenza e di salvataggio (SSMUS)

capitolo	contenuto	pagina
1	Premesse	2
2	Campo di applicazione	2
3	Principi etici fondamentali	3
4	Considerazioni sull'assistenza primaria preospedaliera di pazienti in caso di carenza di risorse nel settore della medicina intensiva ospedaliera	3
5	Triage	4
5.1	Principi	4
5.2	Definizioni	5
5.2.1	Livelli di risorse	5
5.2.2	Categorie degli ospedali di destinazione	5
5.3	Raccomandazioni	5
5.3.1	Carenza di risorse di livello A	5
5.3.2	Carenza di risorse di livello B	6
6	Procedure decisionale	7
7	Trasporti secondari	8
8	Riferenze	8
9	Note sulla preparazione della presente raccomandazione	9

V1.1 / 25.03.2020

Il seguente testo riguarda sempre tutti i generi dei gruppi di persone menzionate

1 Premesse

L'attuale pandemia di COVID-19 ha fatto entrare la Svizzera in una situazione eccezionale¹. Al fine di far fronte a un elevato afflusso di pazienti, vengono adottate a livello ospedaliero varie misure (limitazione degli interventi elettivi², trasferimento di pazienti³ in Intermediate Care Unit, allestimento di ulteriori posti letto con respirazione assistita, rinuncia a trattamenti con intenso impiego di personale)³. Non appena le risorse supplementari saranno esaurite, non tutti i pazienti potranno accedere alle terapie effettivamente necessarie.

Nel caso della pandemia di COVID-19, il collo di bottiglia si verifica in particolare nel settore della terapia intensiva. La presa in carico preospedaliera ai pazienti come pure il settore dei trasporti sono rallentati dall'adozione delle necessarie misure di protezione. Un'adeguata assistenza primaria per i pazienti in condizioni critiche è ancora possibile, ma si deve tener conto delle limitate possibilità del trattamento successivo. La sistemazione di questi pazienti in ospedali dedicati è enormemente limitata.

La Società svizzera di medicina intensiva (SSMI), unitamente all'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM), ha approvato in data 20.3.2020 *integrazioni al capitolo 9.3 della direttiva ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva» (2013)*. Questa direttiva descrive i criteri e il processo di assegnazione o mantenimento dei pazienti in un reparto di terapia intensiva. In questo processo si distinguono due livelli: **livello A**: posti letto di terapia intensiva disponibili, ma capacità limitate (⇒ triage di ammissione) e **livello B**: nessun posto letto di terapia intensiva disponibile (⇒ gestione delle risorse con decisioni di interruzione del trattamento). Anche se al momento non è chiaro come vengano autorizzati questi livelli o se questi siano una conseguenza della realtà, la SSMUS ritiene importante condividere questo approccio graduale a due livelli allo scopo di avere una «unité de doctrine».

In una situazione di scarsità di risorse, l'applicazione di criteri omogenei su tutto il territorio nazionale svizzero è importante non solo per il ricovero e la permanenza in un reparto di terapia intensiva, ma anche per i processi decisionali a livello centrale nella fase preospedaliera. Ciò riguarda la portata degli interventi e delle misure preospedaliere, ma in particolare la scelta dell'ospedale di destinazione.

Date le attuali circostanze, le raccomandazioni vengono redatte in tempi strettissimi. Esse saranno poi adattate, qualora ciò si dimostri necessario sulla base dell'esperienza pratica e delle nuove conoscenze scientifiche.

2 Campo di applicazione

Le seguenti raccomandazioni si applicano in caso di carenza di risorse nel settore ospedaliero (posti letto di terapia intensiva) che non possono essere colmate né a livello nazionale né con il sostegno dei paesi vicini, nonché in presenza di uno dei livelli di cui al § 1:

- **livello A**: posti letto di terapia intensiva disponibili, ma capacità limitate
- **livello B**: nessun posto letto di terapia intensiva disponibile.

Le decisioni di razionamento si applicano a tutte le categorie di pazienti (pazienti affetti da COVID-19 nella stessa misura degli altri pazienti) per i quali vi è l'indicazione del medico d'urgenza nella fase preospedaliera o per i quali in ambiti senza medico d'urgenza vengono attuate misure che in situazioni normali richiedono cure successive di medicina intensiva.

Le presenti raccomandazioni si basano sulle seguenti direttive ASSM pubblicate: «*Provvedimenti di medicina intensiva*» (2013); *Integrazioni al capitolo 9.3 della direttiva ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva» (20.3.2020)*; «*Decisioni in merito alla rianimazione*» (2017).

3 Principi etici fondamentali

I principi medico-etici fondamentali sono ripresi dalla menzionata direttiva ASSM⁴: «I quattro principi medico-etici ampiamente riconosciuti (beneficenza, non maleficenza, rispetto dell'autonomia e giustizia) sono cruciali anche in caso di scarsità di risorse».

Altri punti rilevanti sono⁵:

- **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 motivata: età, sesso, luogo di residenza (città/paese), struttura ospedaliera regionale (ospedale centrale/ospedale cantonale/ospedale regionale), nazionalità, etnia, appartenenza religiosa, status sociale, status assicurativo, disabilità cronica. La procedura di allocazione deve essere equa, motivata oggettivamente e trasparente, questo allo scopo di evitare decisioni arbitrarie.
- **Salvare il maggior numero possibile di vite umane**
Obiettivo: le decisioni prese devono contribuire a ridurre al minimo il numero di persone che si ammalano gravemente o muoiono.
- **Protezione del personale qualificato coinvolto**
È necessario proteggere il personale da contagi, ma anche da sovraccarichi fisici e psicologici. Il personale qualificato che in relazione alla COVID-19 rientra in un gruppo a rischio deve essere particolarmente protetto. Per questo motivo, se per l'allocazione di risorse vengono trasferiti pazienti di terapia intensiva tra istituti diversi, si devono preferibilmente trasportare i pazienti non COVID-19.

4 Considerazioni sull'assistenza primaria preospedaliera di pazienti in caso di carenza di risorse nel settore della medicina intensiva ospedaliera

- Finché sono disponibili risorse sufficienti, si applicano i consueti algoritmi e i principi di trattamento «allo stato dell'arte». In caso di carenza di risorse regionale imminente o in atto in ambito ospedaliero, si applicano le condizioni **sovra-regionali e non quelle locali**, fintantoché sono disponibili capacità di trasporto. La verifica dei posti letto ospedalieri liberi viene condotta dalla CASU tramite il SII del SSC⁶. In alternativa, le varie CASU si scambiano informazioni dinamicamente attraverso una comune piattaforma/hotline/ecc. per quanto riguarda i posti letto di terapia intensiva ancora esistenti e la disponibilità di personale, in particolare dei Pronto Soccorso. Questo implica una comunicazione attiva tra gli ospedali e le rispettive CASU responsabili. Le CASU forniscono così supporto logistico ai team in loco.

- La valutazione preospedaliera del paziente o valutazione triage deve essere effettuata individualmente secondo criteri medici validi ⁷. È importante che l'assistenza preospedaliera in loco e durante il trasporto si basino sulle esigenze e sulle necessità del paziente. Tuttavia, le restrizioni nel settore ospedaliero influenzano le decisioni riguardanti l'ospedale di destinazione (vedi § 5).
- L'età cronologica di per sé non è un criterio principale da applicare nel processo decisionale. Essa attribuisce meno valore agli anziani che ai giovani (cfr. § 3). Tuttavia, l'età è indirettamente tenuta in considerazione nel criterio principale «prognosi a breve termine»⁸.
- I pazienti positivi alla COVID-19 sono trattati allo stesso modo dei pazienti negativi alla COVID-19, a condizione che sia garantita l'autoprotezione.
-
- Nell'allocazione dell'ospedale di destinazione è fondamentale la visione sovraregionale. È importante non solo ridurre al minimo la perdita di tempo per il trattamento del paziente, ma anche tenere conto delle strutture ospedaliere sovraccariche ed evitare trasporti secondari⁹ (→ § 5 livello B).
- I pazienti in condizioni critiche che non possono essere assegnati a un ospedale che soddisfi l'appropriata categoria di cure in una situazione normale devono essere trattati nel miglior modo possibile nelle categorie ospedaliere subordinate. In uno scenario palliativo, si possono eventualmente prestare cure adeguate anche in collaborazione con un medico di famiglia responsabile, evitando l'ospedalizzazione.
- Le informazioni disponibili nell'assistenza preospedaliera sono spesso minime o addirittura contraddittorie. Le opzioni diagnostiche sono molto limitate. Inoltre, le condizioni del paziente (soprattutto in un quadro con ipotensione, ipotermia, intossicazione ecc.) possono migliorare o peggiorare in modo molto dinamico. Di conseguenza, possono essere prese decisioni fondate ed eque solo in una fase successiva, dopo aver ottenuto informazioni supplementari. Per questi motivi, le persone gravemente malate o ferite spesso devono essere portate in Pronto Soccorso anche in caso di nota mancanza di posti letto di terapia intensiva.

5 Triage

5.1. Principi

In presenza di una carenza di risorse di livello A o B, nell'assistenza preospedaliera del paziente ci si deve attenere ai criteri e considerazioni citati qui sotto (5.3.1 e 5.3.2).

Tali considerazioni e criteri riguardano l'avvio di cure mediche, la loro omissione o l'eventuale interruzione di interventi già avviati. In questa situazione, come nel caso di un elevato afflusso preclinico di pazienti, l'inizio di interventi in caso di prognosi molto sfavorevole va messo in discussione in modo critico¹⁰.

In casi giustificati, nonostante la grande carenza di risorse in ambito ospedaliero, si può derogare alle limitazioni proposte.

Le considerazioni e i criteri riguardano in particolare **la zona di ospedalizzazione**: i pazienti che in condizioni normali verrebbero inviati in centri di massima assistenza

potrebbero eventualmente non ricevere queste cure ottimali in caso di carenza di risorse. L'obiettivo è massimizzare il beneficio per tutti i pazienti ^{11,12}.

La decisione di portare un paziente in un ospedale di destinazione con un livello di cure inadeguato (§ 5) deve essere presa dal medico (medico d'urgenza o medico di guardia) e documentata di conseguenza.

5.2. Definizioni

5.2.1 Livelli di risorse

- Carenza di risorse di livello A: posti letto di terapia intensiva disponibili, ma capacità limitate
- Scarsità di risorse di livello B: nessun posto letto di terapia intensiva disponibile

5.2.2 Categorie degli ospedali di destinazione

(Classificazione degli ospedali di destinazione in base alle categorie di cura secondo il gruppo di lavoro nuovo SAP¹⁰)

- H_{Base} Ospedale regionale, ospedale cantonale senza reparto di terapia intensiva o senza banca del sangue propria
- H_{Intens} Ospedale con reparto di terapia intensiva, attività h24 di chirurgia/laboratorio/radiologia, banca del sangue propria (limitata capacità di sostituti del sangue)
- H_{Max} Ospedale universitario/ospedale di massima assistenza (p. es. centro traumatologico)

5.3 Raccomandazioni

5.3.1 Carenza di risorse di livello A

Occorre tener conto delle considerazioni e dei criteri seguenti:

- **Volontà del paziente** (disposizioni del paziente ecc.) con richiesta: DNR*/nessuna ventilazione meccanica/nessun trattamento di medicina intensiva
-
- **Misure di rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio**
 - Non iniziare alcuna manovra nei casi seguenti:
 - arresto cardiovascolare senza misure di rianimazione efficaci per più di 10 minuti
 - asistolia o attività elettrica senza polso (PEA) come ritmo iniziale
 - comorbidity gravi note e/o cattive condizioni di salute prima dell'arresto cardiocircolatorio
 - condizioni specifiche dell'arresto cardiocircolatorio con prognosi scadente (p. es. politrauma, strangolamento)
 - Rianimazione:
 - iniziare in caso di arresto testimoniato (personalmente o da astanti) con misure di rianimazione avviate immediatamente
 - prosecuzione in caso di ritmo defibrillabile fino a max. 4 cicli (= 10 minuti)
 - senza ROSC**, la rianimazione deve essere interrotta in loco; durante la rianimazione il paziente non deve essere portato in sala anti-shock
 - ROSC: ospedalizzazione → H_{Intens} / H_{Max} con opzione PTA

* DNR = Do not resuscitate / ** ROSC = Return of Spontaneous Circulation

- **Altre misure invasive**
 - Riserva riguardo all'intubazione endotracheale (ETI).
L'ETI può tuttavia essere necessaria in situazioni specifiche, p. es. nei seguenti casi:
 - sospetto di ematoma epidurale acuto nell'intervallo terapeutico
 - frattura medio-facciale con minaccia acuta di soffocamento
 - anafilassi con minaccia acuta di occlusione delle vie respiratorie
 - Riserva nell'uso di sistemi di rianimazione meccanica (Autopulse®, Lucas® ecc.)
 - Nessun uso preospedaliero di sistemi eCPR*
**extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*
- **Scelta dell'ospedale di destinazione**
 - Nella fase in cui le risorse di medicina intensiva sono ancora molto limitate, l'assegnazione sovraregionale riveste la massima importanza. Per quanto possibile, la categoria ospedaliera deve soddisfare le esigenze di cura del paziente.
 - Ricovero ospedaliero restrittivo nelle categorie H_{Max}/H_{Intens} in caso di cattiva prognosi a lungo termine, p. es.:
 - nota malattia oncologica metastatica
 - nota malattia neurodegenerativa allo stadio terminale, demenza grave
 - chiara evidenza di compromissione neurologica centrale irreversibile
- **Scelta di opzioni alternative di trattamento/assistenza**
Si deve verificare se non sia possibile fornire un'assistenza adeguata nel luogo di residenza (a domicilio/in istituto) con il coinvolgimento di fornitori di prestazioni di base locali nonché Spitex/altri servizi di assistenza. A questo proposito occorre garantire almeno l'attuazione di misure palliative.
Se questa forma di assistenza non può essere prestata affatto o entro un tempo ragionevole, il paziente viene indirizzato in un ospedale di destinazione di categoria H_{Base}.

5.3.2 Carenza di risorse di livello B

In caso di congestione totale dei posti letto di terapia intensiva, la prioritizzazione delle misure e dell'allocazione della categoria dell'ospedale di destinazione deve essere basata primariamente sulla **prognosi a breve termine**. Ciò significa che le misure preospedaliere e i successivi interventi ospedalieri, da soli o insieme a un trattamento intensivo esclusivamente di breve durata, stabilizzano le condizioni del paziente e lasciano ipotizzare un buon esito. La previsione a lungo termine è già considerata nel catalogo di criteri proposto (cfr. § 5.3.1).

Per la maggior parte **dei pazienti traumatizzati** le decisioni che precedono l'ospedalizzazione devono focalizzarsi principalmente sulla terapia chirurgica operatoria. Questo vale anche per **i pazienti ustionati** con prognosi non letale: l'estensione della superficie ustionata può di solito essere stimata affidabilmente solo dopo la valutazione di chirurghi esperti. La respirazione assistita postoperatoria necessaria fino alla stabilizzazione può eventualmente essere garantita da misure anestesologiche, evitando il trattamento intensivo.

Oltre ai criteri già menzionati per il livello A, si raccomandano le seguenti restrizioni:

- **Misure invasive**
 - **Estrema** riserva per l'intubazione endotracheale (ETI)
 - **Nessun impiego** di sistemi di rianimazione meccanica (Autopulse®, Lucas® ecc.)
- **Scelta dell'ospedale di destinazione**

Nella fase in cui le risorse di medicina intensiva non sono più disponibili a livello nazionale (inclusi i paesi confinanti), l'assegnazione di un paziente con necessità assoluta di terapia intensiva comporta uno stress estremo per le équipes responsabili dei reparti di pronto soccorso e terapia intensiva, poiché questo nuovo paziente deve essere valutato rispetto al collettivo di pazienti di medicina intensiva già selezionato.

Per la scelta della categoria di ospedalizzazione ne risultano le seguenti raccomandazioni.

 - Ospedalizzazione estremamente restrittiva in H_{Max}/H_{Intens}
 - Nessuna assegnazione a H_{Max}/H_{Intens} : età > 85 anni e obbligo di respirazione assistita
 - Considerare la riduzione del livello di cura ($H_{Max} \rightarrow H_{Intens}$ risp. $H_{Intens} \rightarrow H_{Base}$)
 - In definitiva, l'assegnazione agli ospedali di destinazione avviene in conformità alle disposizioni cantonali/regionali che vengono segnalate alla rispettiva CeOp (medico cantonale/Task Force Covid degli ospedali coinvolti). Idealmente, gli ospedali vengono serviti in sequenza per distribuire l'enorme sovraccarico per le équipes responsabili dei reparti di pronto soccorso e di terapia intensiva.

6 Procedura decisionale

- Quando si applicano le decisioni di triage, si deve mantenere la fiducia nel sistema di soccorso e nella sanità pubblica nonostante le gravissime circostanze. Per questo motivo, i criteri di razionamento devono essere equi e le procedure prestabilite devono essere sempre trasparenti. Per la concessione o meno di priorità devono essere documentati motivi chiari. Eventuali deviazioni dai criteri predefiniti devono essere possibili e documentate di conseguenza.
- Le decisioni di triage con elementi di razionamento che si ripercuotono direttamente sulla qualità delle cure del paziente richiedono un elevato livello di competenza professionale. I medici d'urgenza dislocati in Svizzera sono spesso ancora in fase di perfezionamento professionale per il conseguimento dell'attestato di capacità di *medico d'urgenza preospedaliera/medico d'urgenza SSMUS*. L'integrazione al capitolo 9.3 della direttiva ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva», adottata dalla ASSM-SSMI il 20.3.2020, prevede che il processo decisionale sia diretto da persone esperte. Al fine di garantire tale principio di anzianità anche nella fase preospedaliera, in caso di incertezze riguardanti le decisioni di triage di cui al § 5 devono essere possibilmente consultati per telefono i responsabili medici (o i quadri medici designati) dei servizi

di salvataggio. Se è necessaria una valutazione in loco, i medici d'urgenza responsabili, se non stanno intervenendo nella loro funzione effettiva, possono in alternativa assumere il ruolo di supporto dei responsabili medici dei servizi di salvataggio. Se nessuna di queste opzioni è disponibile, il supporto dei team preclinici deve essere organizzato dalla CASU 144 responsabile di zona (per lo meno con la possibilità della consultazione telefonica di un medico esperto).

- Nei limiti del possibile, le decisioni devono essere prese all'interno della squadra interprofessionale.
- Devono essere previsti meccanismi di elaborazione postuma dei conflitti.

7 Trasporti secondari

In una situazione eccezionale con carenza di risorse in ambito ospedaliero, la momentanea capacità di trasporto del servizio di salvataggio non è completamente impegnata, al contrario di una situazione con elevato numero di pazienti a livello preospedaliero. Per garantire un'equa allocazione di risorse secondo un principio di solidarietà condivisa con l'intera popolazione svizzera, rimarranno necessari trasporti secondari.

Al fine di garantire il massimo rispetto dell'autoprotezione del personale specializzato coinvolto di cui al § 3, in primo luogo si devono trasferire in altri ospedali i pazienti non COVID-19 con obbligo di terapia intensiva.

8 Riferimenti

¹Verordnung 2 des Bundesrats über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19) vom 13. März 2020 (Fassung vom 16. März 2020), sich auf Artikel 7 des Epidemiengesetzes abstützend. Dieser Artikel regelt die Ausserordentliche Lage. Art 10a Abs. 2. verfügt, dass Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten müssen.
<https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2020/783.pdf>; letzter Zugriff: 22.3.2020

²Erläuterungen zur Verordnung 2 des Bundesrates vom 13. März 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19-Verordnung 2), Fassung vom 20. März 2020:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/massnahmen-des-bundes.html>; letzter Zugriff: 22.3.2020

³Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (Stand am 1. Januar 2017)
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20071012/index.html#a7>; letzter Zugriff: 23.3.2020

⁴Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien
Intensivmedizinische Massnahmen (2013). www.samw.ch/de/corona. Letzter Zugriff: 23.3.2020

⁵Bundesamt für Gesundheit (BAG). Influenza-Pandemieplan Schweiz, Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza- Pandemie, 5. Auflage 2018, Kap. 6.1. sowie insb. Teil III «Ethische Fragen des Influenza-Pandemieplan Schweiz 2006», Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission NEK-CNE Nr. 12/2006.
<https://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>. Letzter Zugriff: 23.3.2020

⁶Informations- und Einsatz-System (IES) des Koordinierten Sanitätsdiensts.
<https://www.vtg.admin.ch/de/organisation/astab/san/ksd/mehr-zum-ksd/ueber-den-ksd.html#informations-und-einsatzsystem-ies> *Letzter Zugriff: 23.3.2020*

⁷Consistency of Triage in Victoria's Emergency Departments Guidelines for Triage Education and Practice. July 2001- ISBN 0 7326 3006 1

⁸Murthy 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>

⁹Totondo MF et al. Resources for optimal care of the injured patient. Committee on trauma. American College of Surgeons; 2014

¹⁰Arbeitsgruppe neues PLS Schweiz (2019). Gebrauchsanweisung PLS Schweiz, Ittigen Geschäftsstelle KSD.

¹¹Persad G, Wertheimer A, Emanuel E J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009;373:423–31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)

¹²Biller-Andorno N, Monteverde S, Krones T, Eichinger T (Ed). *Medizinethik. Grundsätze für die Allokation knapper medizinischer Interventionen*. Springer 2020. ISBN 978-3-658-27696-6

9 Note sulla preparazione della presente raccomandazione

Autori

PD Dr. med. Mathias Zürcher, SGNOR, SZRNK (Leitung)
Dr. med. Thomas von Wyl, SGNOR
Dr. med. Kaspar Meier, SGNOR
Prof. em. Dr. med. Wolfgang Ummenhofer SGNOR

Ringrazimenti

Ringraziamo

- L'ASSM e la SSMI nonché i loro esperti per l'ampio lavoro preparatorio
- Il Prof. Dr. med. Thomas Gross per il feedback critico
- Il Dr. med. Jan Bittner
- I membri del Comitato della SSMUS seguenti per il loro feedback critico: Dr. med. Walter Hanhart, Prof. Dr. med. Dagmar Keller, Dr. med. Stefan Müller
- Il Dr. med. Walter Hanhart e Roberto Cianella per la revisione delle traduzioni
- Gabriela Kaufmann per il Layout ed il supporto amministrativo

Autorizzazione

Le raccomandazioni sono state approvate dal Comitato della Società svizzera di medicina d'urgenza e di salvataggio (SSMUS) e pubblicate il 23 marzo 2020

Versione

SGNOR-Empfehlung_COVID19-Triage_V1.1_IT

Disclosure Statement

Gli autori non hanno conflitti d'interesse di natura finanziaria o personale da dichiarare.

Indirizzo da corrispondenza

PD Dr. med. Mathias Zürcher
Membro del Comitato SSMUS
Direttore Swiss Center for Rescue-, Emergency- and Disaster Medicine (SCRED)
Klinik für Anästhesie, Präklinische Notfallmedizin und Schmerztherapie
Universitätsspital Basel
Spitalstr. 21
CH – 4031 Basel

mathias.zuercher@sgnor.ch

Tel.: +41 31 332 41 11

10 Appendice

Algoritmo/versione breve delle raccomandazioni SGNOR-COVID-19

Ethische Grundprinzipien

- **Frühe Kenntnis des Patientenwillens** bezüglich Notfall- und Intensivbehandlung.
Keine Behandlung, wenn ein Patient diese nicht in Anspruch nehmen möchte
- **Gerechtigkeit = Gleichbehandlung**
Die Ressourcenverteilung muss fair, sachlich begründet und transparent sein:
Keine Willkürentscheidungen!
- **Erhalten möglichst vieler Menschenleben:** Kollektiver Blickwinkel !
- **Schutz der involvierten Fachpersonen** vor Ansteckung, aber auch von physischer und psychischer Überbelastung

Überlegungen zur präklinischen Primärversorgung von Patienten bei COVID-19-Pandemie

- Engpass vor allem bei der Intensivbehandlung, nicht prähospital.
- Adäquate Primärversorgung kritischer Kranker weiterhin möglich → Rücksicht auf die eingeschränkten Möglichkeiten der Folgebehandlung
- Die Patientenversorgung und der Transportsektor sind durch die notwendigen Schutzmassnahmen belastet
- Für die zunehmend schwierige Unterbringung der Patienten sind überregionale und nicht die lokalen Gegebenheiten entscheidend, solange Transportkapazitäten vorhanden sind
- **COVID-19-Patienten werden gleich behandelt wie Nicht-COVID-19-Patienten**
- Totalüberlastung der Intensivkapazitäten (Stufe B, siehe S. 2)
 - bestmögliche Behandlung in einer untergeordneten Spitalkategorie
 - in Palliativsituation ev. Kooperation mit zuständigem Hausarzt / Spitex → Hospitalisation vermeiden

CAVE:

- » prähospital vorliegende Informationen sind häufig minimal oder sogar widersprüchlich.
- » diagnostische Möglichkeiten sind sehr begrenzt.
- » Zustand des ist Patienten initial überlagert und oft dynamisch: Hypotension, Hypothermie, Intoxikation etc.
 - Seriöse Entscheidungen sind oft erst später und mit zusätzlichen Informationen / diagnostischen Erkenntnissen möglich.
 - Hospitalisation auf Notfallstation ist oft trotz fehlender Intensivkapazität notwendig.

Entscheidungsverfahren

Vertrauen ins Gesundheitssystem muss trotz Anwendung von Triage-Entscheiden erhalten bleiben, deshalb:

- faire Rationierungskriterien
- transparente Prozesse
- Dokumentation von Gründen für Gewährung oder Nichtgewährung von Prioritäten

WICHTIG:

- » Abweichungen von festgelegten Kriterien
 - o müssen möglich bleiben
 - o müssen dokumentiert werden
- » Entscheidungsfindung → wenn immer möglich im interprofessionellen Team
- » Konflikte → Mechanismen zur nachträglichen Aufarbeitung vorsehen

Sekundärtransporte

- Faire Ressourcenzuweisung für Patienten und solidarische Entlastung überforderter Spitalstrukturen
 - solange Transportkapazitäten vorhanden sind, diese in Anspruch nehmen
- Erhöhte Gefährdung involvierter Fachpersonen und Funktionalität der Rettungsmittel sicherstellen
 - in erster Linie intensivpflichtige Nicht-COVID-19-Patienten verlegen

COVID-19: Prähospitaler Triage und Versorgung bei Ressourcenknappheit im Hospitalbereich

Kurzfassung der SGNOR-Empfehlungen vom 23.03.2020 (Originaltext: <https://www.sgnor.ch/home/covid-19/>)

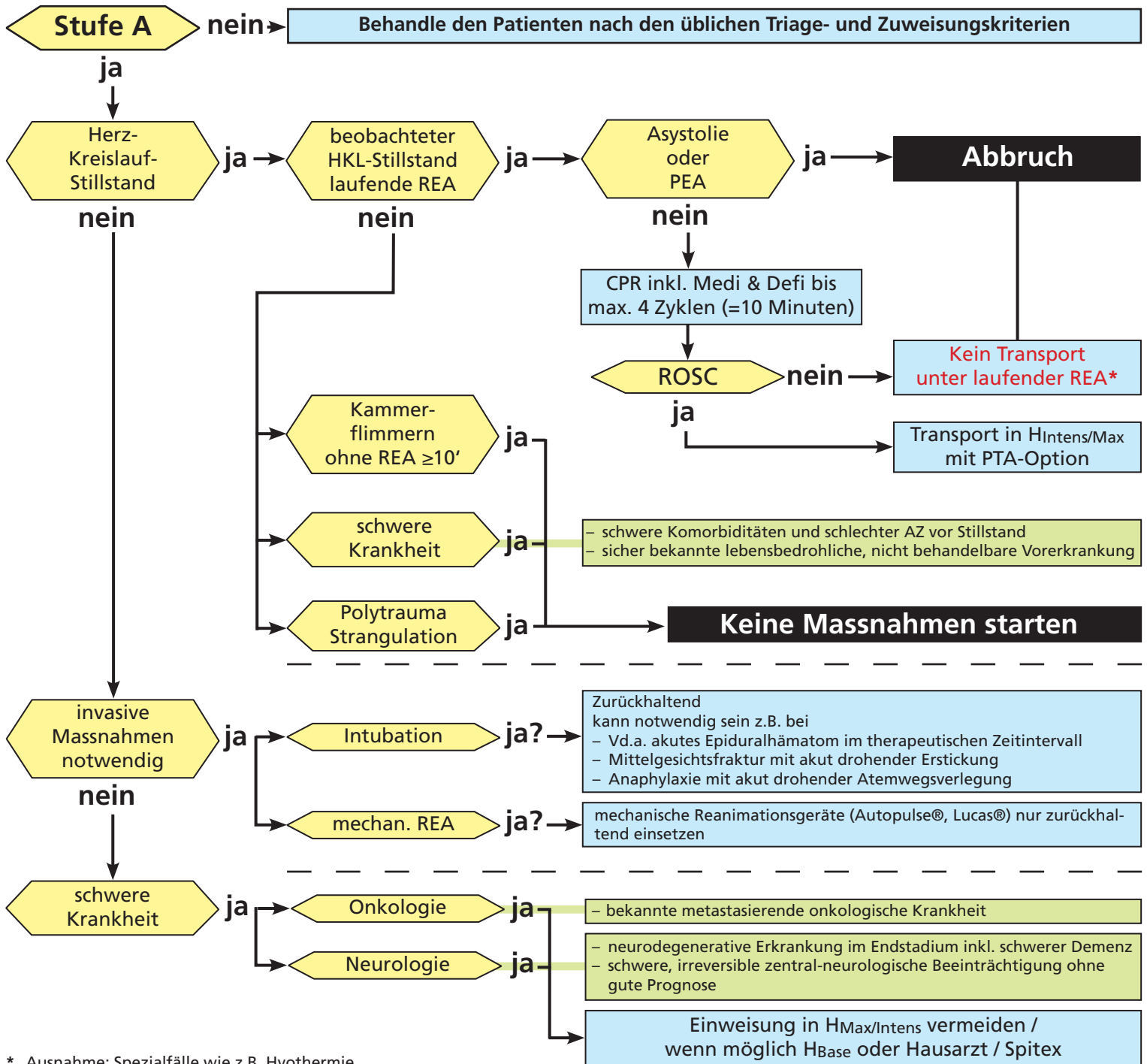
– Diese Empfehlungen gelten nur, wenn eine Ressourcenknappheit auf Intensivstationen wie folgt deklariert wurde:

Stufe A: Betten für die Intensivpflege verfügbar, aber begrenzte Kapazitäten

Stufe B: Keine verfügbaren Intensivpflegebetten

- Zielspitzkategorien: **H_{Base}** Regionalspital, Kantonsspital ohne Intensivstation resp. ohne eigene Blutbank
- H_{Intens}** Spital mit Intensivstation, 24h OP/Labor/Rx-Betrieb, eigene Blutbank
- H_{Max}** Universitätsspital / Spital der Maximalversorgung (z.B. Trauma-Center)

- Zuweisungsentscheidungen in Absprache mit SNZ gemäss kantonalen/regionalen Vorgaben. Überregionale Zuweisung muss in Betracht gezogen werden, ausschlaggebend ist die nationale Kapazität gemäss IES.
- Triage ohne Notarzt: in Rücksprache mit erfahrenem Arzt



* Ausnahme: Spezialfälle wie z.B. Hypothermie, nicht terminierbares Kammerflimmern, siehe Anhang 1

