



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) V3

Update della versione V2 (base: guidelines ASSM/SSI update V3; 4.11.2020)

capitolo	contenuto	pagina
1	Premesse	2
2	Campo di applicazione	3
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	4
5	Triage	5
5.1	Principi	5
5.2	Definizioni	6
5.2.1	Livelli di risorse	6
5.2.2	Categorie degli ospedali di destinazione	6
5.3	Raccomandazioni	6
5.3.1	Carenza di risorse di livello A	6
5.3.2	Carenza di risorse di livello B	7
6	Procedure decisionale	8
7	Trasporti secondari	9
8	Riferenze	10
9	Note sulla preparazione della presente raccomandazione	11
10	Appendice	11

V3.0-IT 12.11.2020 [Le modifiche rispetto alla V2.0 sono indicate in blu](#)

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

1 Premesse

Il corso della pandemia COVID-19 ha spinto il governo svizzero a dichiarare la situazione eccezionale nella primavera del 2020¹. Durante questa prima ondata, le misure adottate (comportamento della popolazione, restrizioni allo svolgimento degli interventi elettivi) sono state sufficienti a superare una carenza di risorse, in particolare di posti di ventilazione nei reparti di terapia intensiva. [Non è stato quindi necessario applicare le linee guida per l'attuazione del capitolo 9.3 \(pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di terapia intensiva in caso di carenza di risorse; 20.3.2020\)²](#) sviluppate dall'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) in collaborazione con la Società svizzera di medicina intensiva (SSI). Nel corso dell'estate la situazione si è attenuata in modo da poter passare dalla situazione eccezionale a quella particolare. Lo sviluppo dell'attuale seconda ondata, iniziata a fine estate, ha posto ancora una volta la Svizzera in una situazione molto difficile. Il Consiglio federale ha deciso di continuare a seguire la situazione in stretta collaborazione con i Cantoni nel quadro della situazione particolare con diversi pacchetti di misure e di sorvegliarne l'impatto in modo vigile e critico³. Oltre al numero di nuove infezioni, sarà attentamente monitorata soprattutto la capacità delle unità di terapia intensiva (IPS) e delle unità di cura intermedia (IMC).

Nel caso della pandemia di COVID-19, il collo di bottiglia si verifica in particolare nel settore dei letti monitorati (IPS/IMC). La presa in carico preospedaliera ai pazienti come pure il settore dei trasporti sono rallentati dall'adozione delle necessarie misure di protezione e, se necessario, da un aumento dei trasporti secondari. Un'adeguata assistenza primaria per i pazienti in condizioni critiche è ancora possibile, ma si deve tener conto delle limitate possibilità del trattamento successivo a causa della mancanza di capacità libere negli ospedali a loro adatti.

[Sulla base delle conoscenze acquisite dal marzo 2020 e in vista della rinnovata intensificazione della situazione, l'ASSM e la SGI hanno ripubblicato le proprie linee guida in una terza versione aggiornata a partire dal 4 novembre 2020. I due livelli di risorse saranno mantenuti:](#)

livello A: posti letto di terapia intensiva disponibili, ma capacità limitate (⇒ triage di ammissione)

livello B: nessun posto letto di terapia intensiva disponibile (⇒ gestione delle risorse con decisioni di interruzione del trattamento).

[Inoltre rimangono invariati i "criteri per l'ammissione ai reparti di terapia intensiva". Mentre nella fase 2 del processo "criteri di non ammissione", in particolare la Clinical Frailty Scale \(CSF\)⁴ è considerata un importante fattore prognostico.](#)

[Un'importante innovazione è il concetto di coordinamento nazionale del trasferimento dei pazienti tra le unità di terapia intensiva, sviluppato dal servizio sanitario coordinato della Confederazione \(SSC\) insieme agli attori del sistema sanitario. Questo organismo dichiarerà anche il livello A o B.⁵ applicabile.](#)

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)*; note sull'applicazione del *capitolo 9.3 della direttiva ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva», terza versione aggiornata (04.11.2020)²*; *«Decisioni in merito alla rianimazione» (2017)*.

3 Principi etici fondamentali

I principi medico-etici fondamentali sono ripresi dalla menzionata direttiva ASSM²: «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 sono⁶:

- **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 **sovraregionali 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 SSC⁷ fintantoché i canali stabiliti sono funzionali. 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.

Se la capacità di terapia intensiva non è più sufficiente nonostante l'adeguamento obbligatorio del servizio ospedaliero e i pagamenti compensativi effettuati (nell'ambito della rete cantonale/ospedaliera), il reparto di terapia intensiva può, dopo aver consultato l'autorità cantonale competente, ricorrere in via sussidiaria al Coordinamento nazionale.

Il coordinamento si basa sull'analisi continua della capacità di terapia intensiva nelle 7 grandi regioni definite dall'Ufficio federale di statistica: Région lémanique, Espace Mittelland, Svizzera nordoccidentale, Zurigo, Svizzera orientale, Svizzera centrale e Ticino.

Dal punto di vista operativo, la centrale operativa della Rega 1414 è responsabile di questo coordinamento in collaborazione con gli organi specializzati della centrale nazionale di coordinamento. Questo "centro di coordinamento" può essere contattato al numero di telefono **058 654 39 51**. I dettagli dei processi e delle procedure si trovano nei documenti corrispondenti.⁵

- La valutazione preospedaliera del paziente o valutazione triage deve essere effettuata individualmente secondo criteri medici validi⁸. 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»⁹.
- 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 secondari¹⁰ (→ § 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.
- La fragilità (frailty) è un fattore prognostico rilevante nei pazienti in condizioni critiche. A differenza della restrizione appena formulata, nel settore preospedaliero le informazioni per una valutazione obiettiva della fragilità possono spesso essere raccolte direttamente o dai parenti. Al momento del ricovero in ospedale, queste informazioni sono spesso difficili da ottenere o da valutare. CAVE: I punteggi di fragilità sono in genere convalidati solo per persone > 65 anni di età. Essi sono destinati a indicare le condizioni del paziente prima del deterioramento acuto.
[La Clinical Frailty Scale \(CFS\) è ora inclusa nella versione 3 delle linee guida SAMW/SGI come criterio di non ammissione per le unità di terapia intensiva.](#)
- [Il punteggio di mortalità 4C menzionato nella linea guida SAMW/SGI V3, che può essere applicato anche in caso di incertezza, non è applicabile nel settore preospedaliero a causa dell'indisponibilità dei parametri di laboratorio \(urea, CRP\).](#)¹¹

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 critico¹².

[La decisione di un possibile ricovero ospedaliero deve tener conto della dinamica di un deterioramento respiratorio osservato \(SpO2\).](#)

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 ^{13,14}.

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 SAP¹²)

- 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: *Do not resuscitate* (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
 - comorbidità 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 *Return of Spontaneous Circulation* (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

- **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 *extracorporal Cardiopulmonary Resuscitation* (eCPR)
- **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
 - grave malattia neurodegenerativa, demenza grave o chiara evidenza di compromissione neurologica centrale irreversibile con un score di fragilità (CFS) ≥ 6 ¹⁵
 - preesistente ossigenoterapia a domicilio⁴
 - **Score di fragilità ≥ 7 e età >65 risp. ≥ 6 e età >85**
(Le disabilità congenite e post-traumatiche sono escluse dalla valutazione del CFS)
- **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 (→ 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 anestesiolgiche, 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} : CFS score ≥ 6 , età > 65 anni
 - Nessuna assegnazione a H_{Max}/H_{Intens} : CFS score ≥ 5 , età > 75 anni
 - In genere ospedalizzazione restrittiva in H_{Base} quando sono disponibili opzioni alternative di cura¹⁵
 - 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 *medicina d'urgenza preospedaliera/medico d'urgenza SSMUS*. Le note sull'applicazione del capitolo 9.3 approvate della direttiva ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva», dalla ASSM-SSMI (4.11.2020), 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

- ¹Inzwischen aufgehobene Verordnung 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 abstützend¹⁶. 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: 10.11.2020
- ²Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. (V 4.11.2020) der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013). www.samw.ch/de/corona. Letzter Zugriff: 10.11.2020
- ³Coronavirus: Massnahmen und Verordnungen 2 des Bundesrates zur Bekämpfung des Coronavirus <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/massnahmen-des-bundes.html>; letzter Zugriff: 10.11.2020
- ⁴Bagshaw SM et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicenter prospective cohort study. CMAJ 2014; 186: E95
- ⁵Nationale Koordination der Intensivstationen <https://www.vtg.admin.ch/de/organisation/astab/san/ksd/nki.html>; letzter Zugriff: 10.11.2020
- ⁶Bundesamt 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
- ⁷Informations- und Einsatz-System (IES) des Koordinierten Sanitätsdiensts. https://www.vzgv.ch/sites/vzgv.ch/files/20_04_20_-_informations-_und_einsatzsystem_ies_-_koordinierter_sanitaetsdienst_ksd.pdf (letzter Zugriff 12.11.2020)
- ⁸Consistency of Triage in Victoria's Emergency Departments Guidelines for Triage Education and Practice. July 2001- ISBN 0 7326 3006 1
- ⁹Murthy 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> (letzter Zugriff 12.11.2020)
- ¹⁰Totondo MF et al. Ressources for optimal care of the injured patient. Committee on trauma. American College of Surgeons; 2014
- ¹¹Knight SR, Ho A, Pius R et al. 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. BMJ2020; 370:m3339. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3339> (letzter Zugriff 10.11.2020)
- ¹²Arbeitsgruppe neues PLS Schweiz (2019). Gebrauchsanweisung PLS Schweiz, Ittigen Geschäftsstelle KSD.
- ¹³Persad 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)
- ¹⁴Biller-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
- ¹⁵Lee KC et al. Defining Serious Illness Among Adult Surgical Patients. J Pain Sympt Management 2019;58:844
- ¹⁶Bundesgesetz 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: 12.11.2020

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 et il Dr. med. Jan Bittnerper il feedback critico
- Il Prof. Dr. med. Bernhard Walder per il contributo sulla fragilità e il processo decisionale nei pazienti in condizioni critiche
- 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
- I Dr. med. Walter Hanhart, Vincent Ribordy e Roberto Cianella per la revisione delle traduzioni
- Allison Dwileski per il supporto con grafiche e traduzione
- 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_V3.0-IT_20201112
SGNOR-Empfehlung_Covid19-Triage_V2.0-IT_20200406
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

- 1 Versione breve delle raccomandazioni SGNOR-COVID-19 / Algoritmo
- 2 scala clinica fragilità (CFS)

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/>)

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

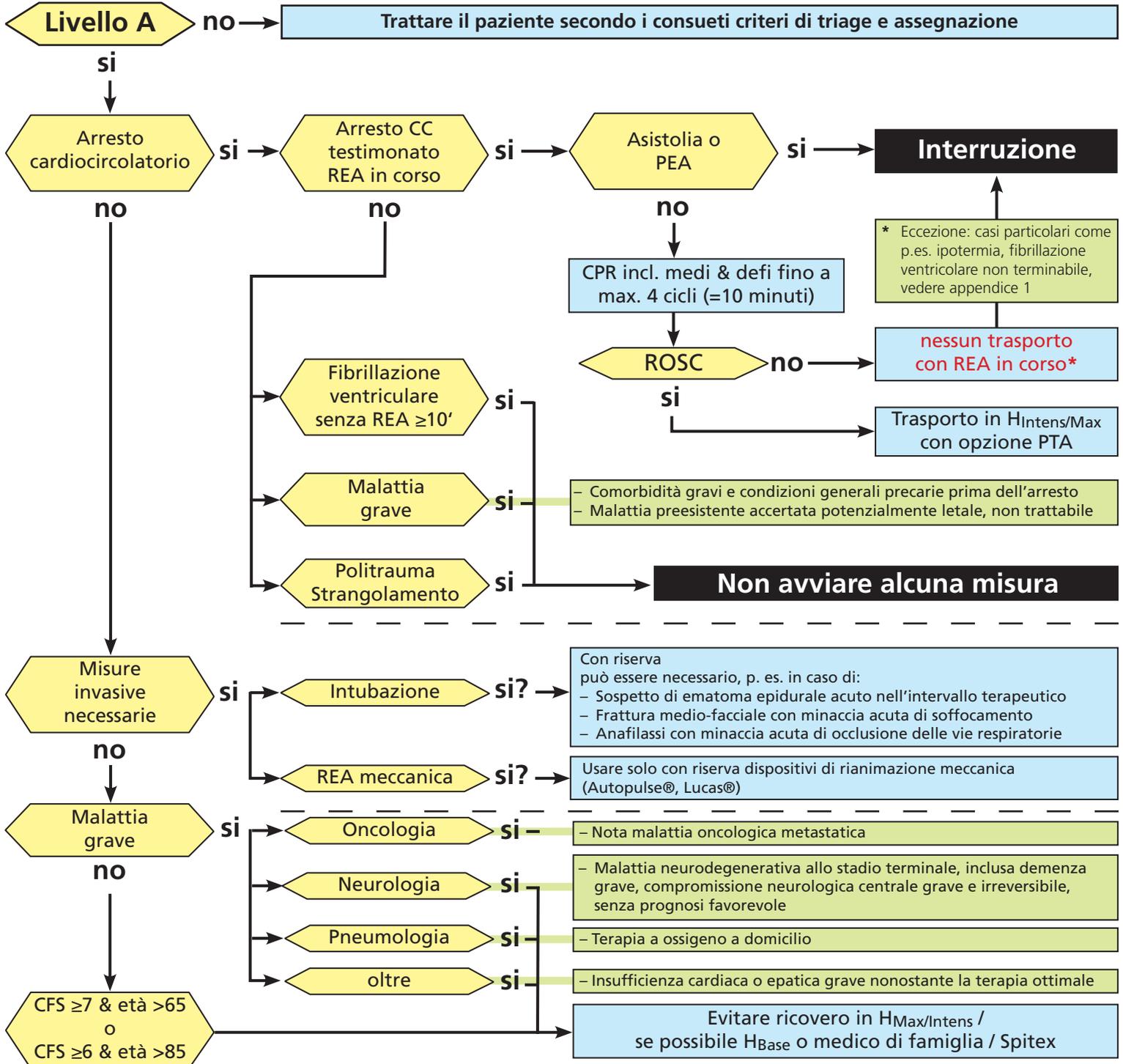
Sintesi delle raccomandazioni della SSMUS V3 del 12.11.2020 (testo originale: <https://www.sgnor.ch/home/covid-19/>)

– 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:
 - 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
 - H_{Max}** 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 H_{Intens}/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

Clinical Frailty Scale* (Scala clinica della fragilità*)



1 Molto in forma – Persone di robusta costituzione, attive, energiche e motivate. Abitualmente queste persone fanno regolarmente esercizi fisici. Sono tra quelle più in forma nella propria fascia d'età.



2 In buone condizioni – Persone che non hanno **alcun sintomo attivo della malattia**, ma sono meno in forma rispetto a quelle della categoria 1. Fanno spesso esercizi fisici o sono **occasionalmente molto** attive, p.es. stagionalmente.



3 Gestiscono bene la situazione – Persone **i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono regolarmente attive** al di fuori di abituali camminate.



4 Vulnerabili – Sebbene **non dipendano** da altri per aiuti nella vita quotidiana, sono spesso **limitate nelle loro attività da alcuni sintomi della malattia**. Una recriminazione comune è "mi sento rallentato nei miei movimenti", e/o "sono stanco durante il giorno".



5 Leggermente fragile – Queste persone danno spesso **segni più evidenti di rallentamento** nelle loro attività strumentali **più impegnative della vita quotidiana IADL** (finanze, trasporti, lavori domestici pesanti, medicazioni/cure mediche). Specificamente, la leggera fragilità impedisce progressivamente lo shopping, il camminare da soli all'esterno, la preparazione dei pasti e i lavori domestici.



6 Moderatamente fragile – Le persone hanno bisogno di assistenza in tutte le **attività esterne** e per la **cura della casa**. All'interno, hanno spesso problemi a salire le scale e necessitano di **aiuto per fare il bagno** e possono aver bisogno di una minima assistenza (alzare le braccia, sostegno) nel vestirsi.



7 Molto fragile – Completamente dipendente per la cura personale, qualunque sia la causa (fisica o cognitiva). Sembrano comunque stabili e non ad alto rischio di decesso (entro ~ 6 mesi).



8 Fragilità molto grave – Completamente dipendenti, si avvicinano alla fine della loro vita. Specificamente, non sarebbero in grado di riprendersi neppure da una leggera malattia o indisposizione.



9 Malato terminale – Si avvicina la fine della vita; questa categoria riguarda persone con **un'aspettativa di vita <6 mesi, anche se la loro condizione di fragilità non è così marcatamente visibile**.

Valutazione della fragilità in persone affette da demenza

Il grado di fragilità corrisponde al grado di demenza. **Sintomi comuni nella demenza di grado lieve** includono dimenticare i dettagli di un evento recente, anche se la persona ricorda senza aiuto l'evento, ripetere la stessa questione/storia e rinunciare alle attività sociali.

Nella **demenza di grado moderato**, la memoria recente è molto indebolita, anche se la persona sembrerebbe essere in grado di ricordare bene eventi della sua vita passata. Se stimolata può prendersi cura della propria persona.

Nella **demenza di grado grave**, la persona non può prendersi cura della propria persona senza un aiuto.

*Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

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.

