

Il presente testo è disponibile in D/F/I/E, cfr. assm.ch/fr/triage
La versione originale è quella tedesca.
Versione 4 aggiornata del 23 settembre 2021¹

Triage in medicina intensiva in caso di straordinaria 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 straordinaria scarsità di risorse
4. Decisioni a livello di triage
 - 4.1. Dimensioni del processo decisionale
 - 4.2. Criteri per il ricovero
 - 4.3. Triage iniziale: criteri per il ricovero nei reparti di terapia intensiva
 - 4.4. Triage durante la permanenza in terapia intensiva
5. Processo decisionale

III. Appendice

1. Scala della fragilità clinica (Clinical Frailty Scale, CFS)
2. Letteratura
3. Note sull'elaborazione delle presenti direttive

I. Situazione

Sono molti i fattori esterni (pandemie, catastrofi naturali, atti di guerra) che in tempi brevi possono portare il sistema sanitario a raggiungere i limiti della saturazione. Fra i reparti che in tali frangenti risentono in modo più marcato e repentino vi sono indubbiamente quelli di medicina intensiva. Quando il fabbisogno è superiore alle risorse esistenti, in termini di personale e materiali, diviene fondamentale impiegare i mezzi disponibili con la massima efficacia, equità, trasparenza e omogeneità. Se la scarsità di risorse rende necessario prendere decisioni a livello di triage, si deve sempre compiere in parallelo ogni sforzo possibile per aumentare la disponibilità di posti letto, infrastrutture e operatori.

Responsabilità della politica e della società

Occorre precisare che, dal punto di vista etico, la garanzia di una disponibilità sufficiente di risorse a livello di medicina intensiva non può essere considerata come compito esclusivo degli ospedali, bensì presuppone un contributo attivo e una condivisione di responsabilità da parte del mondo politico e della società. Le autorità federali e cantonali, insieme a tutti i nosocomi pubblici e privati, hanno il dovere – nel quadro dei fondamenti giuridici in vigore – di fare il possibile per prevenire o mitigare qualsiasi sovraccarico del sistema sanitario attraverso

¹ A marzo 2020, contestualmente all'elevatissimo numero di infezioni da coronavirus (SARS-CoV-2) contratte sul territorio svizzero, si è verificato 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 intensiva (SSMI) hanno redatto apposite direttive per il triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse. Durante la pandemia, tali direttive sono state aggiornate più volte sulla base dell'esperienza accumulata e delle nuove conoscenze scientifiche man mano acquisite. È possibile reperire tutte le versioni delle direttive su samw.ch/fr/triage-history

opportuni interventi. Nel caso di una pandemia, tale obbligo si traduce nell'attuazione di misure di protezione di comprovata efficacia volte a contrastare la diffusione dei contagi e decorsi gravi della malattia. Le misure possono includere anche il rinvio di trattamenti non urgenti.

Rinvio di trattamenti non urgenti

Anche il rinvio dei trattamenti è una forma di triage. In caso di scarsità di risorse, vanno posticipati in prima istanza i trattamenti il cui rinvio non dà motivo di temere un peggioramento della prognosi, un danno irreversibile alla salute o un decesso prematuro. Al momento non esistono criteri di posteriorizzazione unitari a livello nazionale; la loro definizione, in ogni caso, esula dal campo di applicazione delle presenti direttive. Qualora un trattamento venga posticipato, il paziente deve essere informato in maniera trasparente circa i motivi di tale rinvio e le possibili ripercussioni sul suo stato di salute. Inoltre deve essergli comunicata l'eventuale possibilità di sottoporsi al trattamento di cui necessita presso un'altra struttura ospedaliera.

Coordinamento nazionale per il trasferimento dei pazienti²

In collaborazione con vari attori del settore, il Servizio sanitario coordinato della Confederazione (SSC) ha elaborato un piano per il coordinamento delle risorse di medicina intensiva a livello nazionale, al fine di 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 dell'SSC, la responsabilità in merito al triage dei pazienti compete all'ospedale che li accoglie e al relativo reparto di terapia intensiva. È consentito procedere al triage solo nel caso in cui altri provvedimenti, quali la riduzione dei trattamenti non urgenti e il trasferimento verso reparti di terapia intensiva con posti disponibili⁵, non siano risultati sufficienti a tamponare la scarsità di risorse. Il singolo nosocomio non è in grado di stabilire se, a livello regionale o nazionale, sia stato raggiunto un valore soglia tale da giustificare l'applicazione delle presenti direttive. Per questo serve una panoramica a livello federale sui posti letto di terapia intensiva ancora liberi e sull'omogeneità delle percentuali di rinvio di trattamenti non urgenti nelle varie regioni. Le strutture ospedaliere sono tenute a notificare all'SSC le risorse effettive disponibili e a comunicare l'entità della riduzione dei trattamenti non urgenti. È auspicabile che i Cantoni sigolino accordi per il trasferimento dei pazienti oltre i confini dei sistemi sanitari locali, e che la Confederazione dia un supporto concreto per l'attuazione di questa forma di coordinamento, onde evitare che i criteri descritti nelle presenti direttive vengano applicati prima del necessario in singoli ospedali e che in talune regioni si arrivi a erogare prestazioni insufficienti, con conseguente aumento della mortalità, se ciò può essere evitato con una migliore distribuzione delle risorse e dei pazienti.

Spetta all'SSC, in veste di organo nazionale, il compito di determinare 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. Quando si verifica tale circostanza, l'SSC deve darne tempestivamente comunicazione alle direzioni cantonali della sanità e ai nosocomi. Per la tutela (giuridica) degli specialisti operanti nei reparti di medicina intensiva, sarebbe assolutamente auspicabile che la decisione di procedere a valutazioni di triage in seguito alla scarsità di risorse venisse manifestata da un'istanza cantonale e/o dall'ospedale.

² La presente pubblicazione è redatta utilizzando esclusivamente la forma maschile, con la quale tuttavia si intende fare sempre riferimento a entrambi i sessi.

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 21.9.2021).

⁴ Consultato il 21.9.2021.

⁵ In caso di situazioni particolarmente critiche va vagliata la possibilità di trasferimenti all'estero, verso i Paesi limitrofi. Per contro, qualora le risorse sul territorio nazionale fossero sufficienti, ci si dovrebbe rendere disponibili ad accogliere pazienti bisognosi di cure intensive provenienti dai Paesi confinanti in difficoltà.

Qualora il valore soglia critico non venga raggiunto a livello nazionale, ma sussista una grave scarsità di risorse nei reparti di terapia intensiva in singole aree o regioni – nonostante l'incremento dei posti letto (pur mettendo in conto un calo nella qualità del trattamento), la riduzione dei trattamenti non urgenti e il coinvolgimento dell'organo di coordinamento nazionale per il trasferimento dei malati –, occorre darne comunicazione al servizio del medico cantonale e all'autorità sanitaria cantonale, nonché procedere all'applicazione delle presenti direttive nell'area o regione interessata.

II. Direttive

1. Ambito di applicazione

Le presenti direttive riguardano i criteri da utilizzare per procedere al triage nei reparti di terapia intensiva e trovano applicazione nel momento in cui sussiste una scarsità di risorse che impone la necessità di ampliare il numero di posti disponibili e prendere decisioni di razionamento.

Sono valide per tutte le categorie di pazienti che necessitano di trattamenti di medicina intensiva; in altri termini, tutti i pazienti che potenzialmente potrebbero trarre beneficio da un ricovero in terapia intensiva vengono valutati e trattati in base ai medesimi criteri.

Le presenti direttive integrano le direttive dell'ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva» (2013) e sono da interpretarsi come disposizioni d'esecuzione da attuare in caso di straordinaria scarsità di risorse. Esse riguardano esclusivamente il ricovero e il trattamento nei reparti di terapia intensiva, e non vanno prese in considerazione per altre tipologie di pazienti.

L'applicazione delle direttive compete agli specialisti operanti nei reparti di medicina intensiva, che a seconda del contesto hanno facoltà di coinvolgere rappresentanti di altre discipline quali medicina d'urgenza, medicina interna, chirurgia o medicina palliativa.

2. Principi etici fondamentali⁶

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 vuole 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:⁷

Equità: le risorse disponibili devono essere distribuite senza operare discriminazioni.

Caratteristiche del paziente quali età, sesso, luogo di residenza, nazionalità, razza, confessione religiosa, posizione sociale, situazione assicurativa, colpa propria, stato vaccinale o invalidità non devono rivestire alcuna rilevanza in sede di triage. Nel contempo, però, alcune di queste caratteristiche possono avere un influsso sulla prognosi, a seconda del tipo di patologia o di lesione, e in tal senso vanno considerate come criterio rilevante dal punto di vista medico. La procedura di allocazione deve essere equa, obiettivamente motivata, trasparente e comprensibile. Anche in situazioni di estrema scarsità di posti in terapia intensiva, non si può prescindere dal fatto che tutti gli esseri umani hanno pari dignità. Se non è possibile garantire un trattamento di medicina intensiva, devono essere messe a disposizione opzioni terapeutiche e di assistenza alternative, in particolare le cure palliative.

Salvare il maggior numero possibile di vite umane: in caso di forte scarsità di posti in terapia intensiva, 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 dei morti.

Protezione degli specialisti coinvolti: sperimentare che a causa dello stress e della scarsità di risorse non è possibile somministrare a tutti i pazienti il trattamento medico di cui avrebbero bisogno, e contemporaneamente sopportare ritmi di lavoro pesantissimi e assistere alla morte di tanti pazienti gravi, mette a dura prova gli specialisti impegnati nei reparti di terapia intensiva. Questo insieme di circostanze viene descritto con il termine *moral injury*⁸. I processi decisionali (cfr. cap. 4.1.) devono essere strutturati in modo tale da proteggere il personale dalla *moral*

⁶ Per informazioni dettagliate sui principi etici fondamentali, cfr. «Provvedimenti di medicina intensiva». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013), cap. 2.

⁷ Cfr. anche il Piano svizzero per pandemia influenzale 2018, parte II, cap. 6.1. e in particolare parte III, cap. 6 «Questioni etiche».

⁸ Cfr. HeaR-MI 2021.

injury. L'équipe deputata alle cure e all'assistenza dovrebbe poter accedere a sessioni di debriefing e discussioni sui casi che aiutino a elaborare la prostrazione generata dal carico di lavoro e dalla gravità dei pazienti presi in cura; vanno, a questo scopo, messi a sua disposizione servizi di supporto, ad esempio di supervisione o gestione dello stress.⁹ Se la situazione di emergenza si protrae a lungo nel tempo, cresce il pericolo che qualche specialista lasci il posto di lavoro, e sostituirlo sarebbe molto difficile. Tutto ciò determinerebbe una riduzione dei posti letto effettivi, e quindi una più diffusa erogazione di prestazioni insufficienti, con il rischio che un numero ancora più alto di pazienti perda la vita. Vanno dunque adottate opportune misure per tutelare da malattia e burnout i vari specialisti, soprattutto quelli esposti a un rischio sanitario particolarmente elevato.

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

Le presenti direttive sono da intendersi come un supporto per le équipe curanti nell'ambito dei processi decisionali. Ogni triage, in realtà, implica una decisione a sé stante, nella quale il livello di esperienza dell'équipe svolge un ruolo decisivo. In taluni casi, infatti, può essere necessario considerare ulteriori criteri prognostici oltre a quelli indicati in questa sede.

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. In situazioni di grave scarsità di risorse, infatti, essi si porrebbero di fatto in contrasto con l'obiettivo di salvare il maggior numero possibile di vite. In simili frangenti, ad esempio, il ricorso all'ECMO¹⁰ dovrebbe essere limitato a circostanze particolari – come indicato nelle direttive della SSMI¹¹ – e subordinato a un'attenta valutazione delle risorse necessarie.¹²

È necessario chiarire anticipatamente la volontà dei pazienti, se essi sono in grado di esprimerla, rispetto all'eventualità di complicanze (stato di rianimazione ed entità del trattamento di terapia intensiva). Qualora i pazienti siano incapaci di discernimento, ci si deve basare sulla loro volontà presumibile, da appurare attraverso il dialogo con le persone autorizzate a rappresentarli. Se si rinuncia a provvedimenti di medicina intensiva, si deve garantire un'assistenza adeguata, compresa la somministrazione di cure palliative idonee presso posti letto opportunamente predisposti o presso istituti specializzati.¹³ Uno dei fattori decisivi per far sì che le unità di cure intensive non vengano a trovarsi in situazioni di sovraccarico insostenibili è la disponibilità dei reparti e degli istituti che prenderanno in carico i pazienti non ricoverati in terapia intensiva o dimessi dalla terapia intensiva a far fronte agli impegni assunti, in ottica di solidarietà.

Se a causa di un totale sovraccarico del reparto specializzato si rende necessario respingere pazienti che necessitano di un trattamento di terapia intensiva, **il primo e più importante criterio a livello di triage è la prognosi di sopravvivenza a breve termine**. Al momento del ricovero, vengono accettati in via prioritaria i pazienti che, se trattati in terapia intensiva, hanno buone probabilità di recupero, ma la cui prognosi¹⁴ sarebbe sfavorevole se non ricevessero il trattamento in questione; in altri termini, la precedenza viene data ai pazienti che possono

⁹ Cfr. «Provvedimenti di medicina intensiva». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013), cap 11.

¹⁰ ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (in italiano «ossigenazione extracorporea a membrana»).

¹¹ Cfr. SGI-SSMI, ECMO in COVID-19 related severe ARDS. ECMO Guidelines for non-ECMO Centers, 2020.

¹² Cfr. Bartlett et al. 2020.

¹³ Cfr. le linee guida di palliative.ch: [Mesures thérapeutiques chez les patients atteints de COVID-19 avec pronostic défavorable attendu \(www.palliative.ch\)](https://www.palliative.ch), consultato il 21.9.2021).

¹⁴ Cfr. per maggiori dettagli il cap. 5.1 (Prognosi) in: «Provvedimenti di medicina intensiva». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013).

trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva. L'obiettivo è prendere decisioni che consentano di salvare il maggior numero possibile di vite.

Occorre inoltre tenere conto del **dispendio atteso** legato al trattamento di medicina intensiva. Il tempo (length of stay) e l'impegno da profondere per approdare a una prognosi favorevole hanno un peso quando il criterio chiave è quello di salvare il maggior numero possibile di vite. Quindi, a parità di prognosi di sopravvivenza, gli interventi che lasciano sperare in un esito favorevole in tempi brevi hanno la precedenza su quelli che produrrebbero effetti dopo un lungo decorso.¹⁵

L'età, una disabilità o una demenza in sé e per sé non costituiscono criteri applicabili. Fondare una decisione esclusivamente su tali fattori rappresenterebbe una violazione del principio costituzionale del divieto di discriminazione, in quanto significherebbe attribuire alle persone anziane, disabili o dementi un valore inferiore rispetto alle altre. In generale, non è corretto giungere automaticamente alla conclusione secondo cui un paziente bisognoso di un ricovero in terapia intensiva presenti una prognosi a breve termine negativa solo per il fatto di avere una certa età o una disabilità o di essere affetto da demenza. Per l'assegnazione di un grado di priorità inferiore a un determinato paziente devono sempre sussistere fattori di rischio specifici che si traducono in una mortalità più elevata e quindi in una prognosi a breve termine negativa.

Uno degli elementi che implicano una maggiore mortalità, ad esempio, è la **fragilità dovuta all'età**. Nelle persone anziane, essa comporta una prognosi a breve termine non favorevole, pertanto costituisce un criterio rilevante di cui tenere conto in caso di risorse insufficienti. Fra i vari strumenti che sono stati proposti per valutare tale parametro, la scala della fragilità clinica risulta essere quello maggiormente validato¹⁶ (cfr. appendice, Clinical Frailty Scale, CFS).

Una **disabilità**, in quanto tale, non rappresenta un fattore rilevante a livello della prognosi; tuttavia, le persone disabili possono presentare comorbidità direttamente correlate con la loro condizione (ad es. insufficienza respiratoria in un soggetto con handicap multiplo) o indipendenti da essa (ad es. tumore in un soggetto tetraplegico). Per contro, il fatto che un disabile dipenda da altre persone per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana non incide in alcun modo sulla prognosi a breve termine. La scala della fragilità clinica non è validata per misurare la fragilità delle persone disabili, pertanto è irrilevante in questo contesto. Lo stato di salute deve essere valutato nello stesso modo in tutte le persone, indipendentemente dal sussistere di eventuali disabilità. Qualsiasi altro modo di procedere rappresenterebbe un atto discriminatorio ed è quindi da evitare.

Anche nei casi in cui la scarsità di risorse è dovuta a una malattia infettiva contro la quale esiste un vaccino efficace, lo **stato vaccinale** non può essere utilizzato come criterio ai fini del triage.¹⁷ Il rispetto del valore della vita di ciascun individuo impone che non si operino discriminazioni sulla base di opinioni, decisioni o azioni dei singoli. Sfavorire le persone non vaccinate sarebbe ingiusto anche perché la loro scelta è in linea con la decisione, assunta democraticamente, di non imporre alcun obbligo vaccinale.

Valutazione di ulteriori criteri. Nella letteratura specializzata¹⁸ si discute circa l'opportunità di applicare ulteriori criteri quali l'estrazione a sorte, il principio «first come, first served», la priorità a persone che presumibilmente hanno davanti a sé un'esistenza più lunga con una buona qualità di vita o a persone che rivestono una posizione importante a livello sociale. Tali criteri non vanno presi in considerazione.

¹⁵ Tuttavia, anche per i medici esperti è più facile capire se un paziente ha un'elevata probabilità di rimanere per poco tempo in terapia intensiva piuttosto che formulare già al momento del ricovero una prognosi di lunga degenza.

Cfr. Verburg et al. 2017; Vicente et al. 2004.

¹⁶ Cfr. Hewitt et al. 2020.

¹⁷ Cfr. anche CNE 39/2021.

¹⁸ Cfr. ad es. Persad et al. 2009.

4. Decisioni a livello di triage

4.1. Dimensioni del processo decisionale

- **Al momento del ricovero:** entità e durata del trattamento, determinazione del percorso del paziente (ad es. trattamento in terapia intensiva, Intermediate Care, reparto di degenza, cure palliative).
- **Durante la permanenza in terapia intensiva:** valutazione periodica riguardo a prosecuzione del trattamento, limitazione dell'intensità o della durata del trattamento, cambiamento dell'obiettivo terapeutico, trasferimento in reparto di degenza e cure palliative.
- **Rivalutazione periodica del numero di posti letto:** parallelamente all'attività di triage è necessario rivalutare ogni giorno il numero di letti occupati in terapia intensiva, in modo da non lasciare postazioni inutilizzate e garantire un livello qualitativo soddisfacente sul fronte terapeutico.

4.2. Criteri per il ricovero

Le autorità federali e cantonali competenti nonché gli ospedali dotati di reparti di terapia intensiva sono obbligati ad adottare tutti i provvedimenti ragionevolmente attuabili onde evitare una grave scarsità di risorse nelle unità di cure intensive (cfr. cap. 1, «Situazione»). Inoltre, la disponibilità di letti in terapia intensiva va ampliata anche mettendo in conto una riduzione della qualità del trattamento.

Qualora, nonostante i suddetti provvedimenti, i posti letto nei reparti di terapia intensiva, compresi quelli aggiuntivi, risultassero insufficienti, dovranno essere ricoverati esclusivamente pazienti che necessitano di trattamenti volti a supportare o sostituire il funzionamento di organi vitali (ventilazione meccanica, supporto emodinamico con farmaci vasoattivi, terapia sostitutiva renale continuativa ecc.). In tali frangenti, si dovrebbe ricorrere con estrema moderazione alla rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiocircolatorio, fatta eccezione per le situazioni in cui è prevedibile un outcome estremamente positivo.¹⁹

Qualora non sia possibile ricoverare in terapia intensiva tutti i pazienti che alla luce dei criteri sopra esposti ne hanno bisogno, è necessario scegliere chi accettare e/o eventualmente chi dimettere dal reparto. Tali decisioni vanno prese in base ai criteri della **prognosi di sopravvivenza a breve termine** e del **dispendio atteso legato al trattamento di medicina intensiva** di seguito esplicitati, differenziati in due livelli (A e B) secondo la gravità della situazione di sovraccarico. Tutti i trattamenti con grado di intensità inferiore andrebbero applicati in unità di cure intermedie o in normali reparti di degenza.

Livello A: posti in terapia intensiva disponibili, ma le risorse sul territorio svizzero sono limitate e sussiste il pericolo fondato che entro pochi giorni si esauriscano e che non si possa sopperire adeguatamente a tale mancanza nemmeno con trasferimenti all'estero.

Livello B: nessuna disponibilità di posti per trattamenti di medicina intensiva.

¹⁹ Cfr. 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» V3.0, www.sgnor.ch/home/covid-19 (consultato il 21.9.2021).

4.3. Triage iniziale: criteri per il ricovero nei reparti di terapia intensiva²⁰

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 (ad es. dose equivalente di noradrenalina > 0,1 µg/kg/min)
- Necessità di un altro trattamento specifico di terapia intensiva (ad es. terapia sostitutiva renale continuativa)

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 a pagina 7)

- Volontà del paziente (direttive del paziente ecc.) contro il trattamento in terapia intensiva
- Scala della fragilità clinica (Clinical Frailty Scale, CFS) in funzione dell'età ≥ 7 ed età > 65 anni
- CFS in funzione dell'età ≥ 6 ed età > 85 anni
- Arresto cardiocircolatorio non osservato, arresto cardiocircolatorio ricorrente, arresto cardiocircolatorio
- Malattia incurabile grave in rapida progressione (ad es. patologia neurodegenerativa o tumore) con mortalità a breve termine elevata, analoga a quella degli altri gruppi di pazienti menzionati al livello A
- Malattie croniche, ad esempio:
 - 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
 - Charlson co-morbidity score ≥ 5
- Grave insufficienza circolatoria resistente alle terapie nonostante il trattamento della fase acuta con concomitante aumento dei vasoattivi (ipotensione e/o persistenza di perfusione organica insufficiente)
- Prognosi sfavorevole con probabilità altissima di trattamento di medicina intensiva protratto per lungo tempo e contestuale elevato impiego di risorse

Livello B (cfr. box a pagina 7)

- Volontà del paziente (direttive del paziente ecc.) contro il trattamento in terapia intensiva
- CFS in funzione dell'età ≥ 6 ed età > 65 anni
- Arresto cardiocircolatorio non osservato, arresto cardiocircolatorio ricorrente, arresto cardiocircolatorio
- Malattia incurabile grave in rapida progressione (ad es. patologia neurodegenerativa o tumore) con mortalità a breve termine elevata, analoga a quella degli altri gruppi di pazienti menzionati al livello B
- Trauma grave con mortalità a breve termine elevata
- Ustioni diffuse con lesioni da inalazione²¹
- NIHSS > 14 dopo adeguata terapia acuta per ictus²²
- Malattie croniche:
 - insufficienza cardiaca di classe NYHA III o IV, nonostante terapia ottimale

²⁰ Cfr. Christian et al. 2006.

²¹ Questo criterio trova la sua motivazione nell'intensità delle risorse necessarie per curare i pazienti con ustioni gravi. Nel prendere la decisione occorre soppesare attentamente la prognosi di mortalità a breve termine del singolo paziente e valutarla alla luce delle risorse disponibili presso i due reparti ustionati esistenti (USZ e CHUV).

²² Cfr. Li et al. 2020.

- COPD GOLD 4 (D) o COPD A-D con: FEV1 < 25% o cuore polmonare o ossigenoterapia domiciliare (long-term oxygen therapy)
- cirrosi epatica di categoria B o C secondo la classificazione di Child Pugh 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 III o IV
 - CFS in funzione dell'età ≥ 5
- Prognosi sfavorevole con alta probabilità di trattamento di medicina intensiva protratto per lungo tempo e contestuale elevato impiego di risorse

Al livello B, in terapia intensiva, non andrebbe effettuata alcuna rianimazione cardiopolmonare.

4.4. Triage durante la permanenza in terapia intensiva

I criteri di seguito specificati sono rilevanti per decidere in merito al prosieguo del trattamento in terapia intensiva.

La valutazione dello stato di salute dei pazienti ricoverati in reparto viene effettuata con cadenza regolare e a livello interprofessionale. Al massimo dopo 72 ore dal ricovero ha luogo una prima verifica dei progressi ottenuti grazie al trattamento. Successivamente si procede, almeno a scadenza quotidiana, a una rivalutazione della situazione.

L'utilità medica o l'assenza di prospettive in merito al trattamento di terapia intensiva devono essere valutate in base al decorso clinico, anche al fine di vagliare la possibilità di un cambio di approccio terapeutico con il passaggio da un trattamento curativo a uno meno invasivo o palliativo. Ciò vale in egual misura per tutti i pazienti 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 l'uscita dal reparto:

- Accurata rivalutazione per appurare se il proseguimento del trattamento di terapia intensiva è in linea con la volontà (presunta) del paziente
- Paziente estubato o in condizioni di respirazione spontanea con tracheostoma
→ viene trasferito ad altro reparto il prima possibile per gli ulteriori trattamenti del caso.

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 delle disfunzioni d'organo soggiacenti

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

Fase 3

Si attua sia al livello A che al livello B:

Al **livello A** (cfr. box a pagina 7) si dovrebbe interrompere il trattamento di terapia intensiva nel momento in cui si verifica una delle seguenti condizioni, nonostante tutti e tre i criteri previsti alla fase 2 siano soddisfatti:

- 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, tale da peggiorare ulteriormente la prognosi a breve termine
- Prognosi sfavorevole con probabilità altissima di trattamento di medicina intensiva protratto per lungo tempo e contestuale elevato impiego di risorse

Al **livello B** (cfr. box a pagina 7) si dovrebbe interrompere il trattamento di terapia intensiva nel momento in cui si verifica una delle seguenti condizioni, nonostante tutti e tre i criteri previsti alla fase 2 siano soddisfatti:

- 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 andrebbe effettuata alcuna rianimazione cardiopolmonare
- Presenza di una disfunzione persistente o progressiva di due organi oltre ai polmoni
- Prognosi sfavorevole con alta probabilità di trattamento di medicina intensiva protratto per lungo tempo e contestuale elevato impiego di risorse

Se nonostante la posteriorizzazione dei pazienti con prognosi fortemente sfavorevole persiste una situazione di difficoltà che rende necessarie ulteriori decisioni a livello di triage, si attua un passaggio ancora successivo, ossia l'assegnazione di un grado di priorità inferiore a quei pazienti che si prevede richiederebbero un elevato dispendio di risorse per un periodo di tempo prolungato nel reparto di terapia intensiva, a favore dei pazienti con pari prognosi di sopravvivenza, ma che presumibilmente dovranno essere ricoverati in terapia intensiva per un lasso di tempo breve.

La presenza di uno dei criteri succitati e l'interruzione del trattamento di medicina intensiva determinano il trasferimento del paziente in un reparto di degenza e/o l'assistenza con cure palliative. Le motivazioni alla base delle decisioni sul cambio di terapia e sul trasferimento vanno documentate per iscritto. Di norma l'eventuale decesso del paziente non viene classificato come «morte avvenuta in condizioni eccezionali».

Nota: a livello giuridico non è chiaro se sul certificato di morte di una persona deceduta in seguito al mancato ricovero in terapia intensiva o allo spostamento in un reparto a intensità di cure inferiore, secondo quanto previsto dai criteri enunciati nelle presenti direttive, il medico debba o non debba apporre la dicitura «Morte non naturale» (ossia come decesso avvenuto in condizioni non chiare o eccezionali). Su questo argomento, l'ASSM e la SSMI sono favorevoli a un chiarimento giuridico, onde garantire la certezza del diritto a beneficio della classe medica. Al momento, l'ASSM e la SSMI raccomandano di documentare le circostanze concrete dei casi di decesso in questione, ma di non classificarli come eccezionali. Sono fatte salve le disposizioni e decisioni delle autorità o dei tribunali competenti che dovessero richiedere la segnalazione come caso di decesso avvenuto in condizioni eccezionali.

5. Processo decisionale










Quando si applicano decisioni di triage, la fiducia va preservata anche nelle situazioni più gravi. Per questo è importante, a livello sia locale che nazionale, utilizzare sempre in modo trasparente criteri di definizione delle priorità e processi ispirati a principi di equità. Le motivazioni per l'assegnazione o la mancata assegnazione di determinate priorità devono essere documentate descrivendole con chiarezza, nonché aggiornate costantemente con l'evolversi della situazione. Lo stesso vale per i processi attraverso i quali tali decisioni vengono prese. Ogni singola decisione deve essere verificabile, ovvero documentata per iscritto indicandone motivazione e nome di chi è stato coinvolto nella decisione. 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 e non da singole persone. 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 legge relative all'obbligo di notificare regolarmente il numero totale e il grado di occupazione dei posti letto di terapia intensiva.

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 devono essere informati apertamente circa il processo decisionale e se possibile si dovrebbero proporre loro ulteriori colloqui, ad esempio sotto forma di assistenza spirituale in ospedale, sostegno psicologico o simili. Anche l'équipe curante deve rimanere a disposizione per eventuali colloqui con i congiunti.

III. Appendice

1. Scala della fragilità clinica (Clinical Frailty Scale, CFS)

CLINICAL FRAILTY SCALE	
	<p>1 VERY FIT People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.</p>
	<p>2 FIT 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.</p>
	<p>3 MANAGING WELL People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.</p>
	<p>4 LIVING WITH VERY MILD FRAILITY Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. 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.</p>
	<p>5 LIVING WITH MILD FRAILITY People who often have more evident slowing, and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.</p>
	<p>6 LIVING WITH MODERATE FRAILITY People who 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.</p>
	<p>7 LIVING WITH SEVERE FRAILITY 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).</p>
	<p>8 LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>
	<p>9 TERMINALLY ILL Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise living with severe frailty. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)</p>

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally 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. In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

La scala della fragilità clinica (versione 2.0) è uno strumento che supporta i professionisti del settore sanitario nella valutazione della prognosi di sopravvivenza a breve termine per i pazienti anziani. La sua validità prognostica è documentata da numerose pubblicazioni.²³ Vi è tuttavia un'evidenza limitata in relazione ai primi livelli della scala, quelli che descrivono le condizioni di salute migliori, il che rende necessario un impiego prudente dello strumento, e senza mai prescindere da una buona capacità di giudizio clinico da parte degli specialisti. La scala deve pertanto essere utilizzata da professionisti del settore sanitario adeguatamente istruiti; in rete è possibile reperire documentazione utile per la formazione al riguardo.²⁴

²³ Cfr. Flaatten et al. 2017; Flaatten et al. 2021; Muscedere et al. 2017; Rockwood et al. 2020; Surkan et al. 2020.

²⁴ Cfr. www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html (consultato il 21.9.2021).

2. 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>

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)

Pandémie de COVID-19: l'égalité dans la prise en charge des personnes non vaccinées est une obligation. Nr 39, 26 août 2021.
www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK_Stellungnahme_Behandlung_Ungeimpfte_FR.pdf

Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas A et al. (VIP1 study group)

The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). *Intensive Care Med.* 2017;43(12):1820–8.
<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4940-8>

Flaatten H, Guidet B, Andersen FH, Artigas A, Cecconi M et al. (VIP2 study group)

Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. *Ann. Intensive Care.* 2021;11(22):1-7.
<https://doi.org/10.1186/s13613-021-00815-7>

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

Healing/Resolution of Moral Injury (Hear-MI).

How reframing distress can support your workforce and heal your organization. 2021.
https://fixmoralinjury.org/wp-content/uploads/2021/01/Moral-Injury-White-Paper_V17-FINAL.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>

Li QX, Zhao XJ, Fan HY, Li XN, Wang DL et al.

Application Values of Six Scoring Systems in the Prognosis of Stroke Patients. *Front Neurol*. Published online Januar 30, 2020.

<https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01416>

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 RA.

Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama*. Published online March 11, 2020.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762996>

Muscudere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG et al.

The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2017;43(8):1105–22.

<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4867-0>

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)

Rockwood K, Theou O.

Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):210–5.

<https://doi.org/10.5770/cgj.23.463>

Surkan M, Rajabali N, Bagshaw SM, Wang X, Rolfson D.

Interrater Reliability of the Clinical Frailty Scale by Geriatrician and Intensivist in Patients Admitted to the Intensive Care Unit. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):235–41.

<https://doi.org/10.5770/cgj.23.398>

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 «Questioni etiche» del Piano pandemico svizzero 2006, parere della Commissione nazionale d'etica per la medicina NEK-CNE n. 12/2006.

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

Vincente FG, Lomar FP, Mélot Ch, Vincent J-L.

Can the experienced ICU physician predict ICU length of stay and outcome better than less experienced colleagues? *Intensive Care Med*. 2004 Apr.

<https://doi.org/10.1007/s00134-003-2139-7>

Verburg IWM, Atashi A, Eslami S, Holman R, Abu-Hanna A et al.

Which models can I use to predict adult ICU length of stay? A systematic review. *Crit Care Med*. 2017 Feb.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002054>

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)

3. Note sull'elaborazione delle presenti direttive

Autori della presente versione

Prof. Samia Hurst, Université de Genève, Genève, etica (direzione)
lic. theol., dipl. biol. Sibylle Ackermann, Bern, dipartimento Etica dell'ASSM
Prof. Miodrag Filipovic, membro del Consiglio direttivo della SSMI, St. Gallen, medicina intensiva
Dr. Antje Heise, presidente medica della SSMI, Thun, medicina intensiva
Prof. Tanja Kronen, direzione etica clinica USZ, Zürich, etica
Prof. Bernhard Rüttsche, ordinario di diritto pubblico e filosofia del diritto, Luzern, diritto
Bianca Schaffert, MSN, vicepresidente della Commissione centrale di etica dell'ASSM, Schlieren, scienze infermieristiche

Esperti interpellati per la presente versione

Prof. Regina Aebi-Müller, ordinaria di diritto privato e diritto privato comparato, Luzern, diritto
Prof. Matthias Hänggi, membro del Consiglio direttivo della SSMI, Bern, medicina intensiva
PD Dr. Antoine Schneider, Service de Médecine Intensive Adulte CHUV, Lausanne, medicina intensiva
Prof. Reto Schüpbach, Institut für Intensivmedizin USZ, Zürich, medicina intensiva
Michael Wehrli, membro del Consiglio direttivo della SSMI, Basel, cure intense

Autori delle versioni precedenti

Prof. Thierry Fumeaux, ex presidente della SSMI, Nyon, medicina intensiva
Prof. Arnaud Perrier, Directeur médical HUG, Genève, medicina generale e interna
lic. iur. Michelle Salathé, Bern, dipartimento Etica dell'ASSM
Prof. Daniel Scheidegger, vicepresidente dell'ASSM, Arlesheim

Esperti interpellati per le versioni precedenti

Prof. Eva Maria Belser, Fribourg
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Prof. Ralf Jox, Lausanne
Prof. Brigitte Tag, Zürich
Prof. Markus Zimmermann, Fribourg
Ufficio federale per le pari opportunità delle persone con disabilità
Inclusion Handicap – associazione mantello delle organizzazioni svizzere delle persone con disabilità

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

Approvazione

Le direttive sono state approvate dalla Commissione centrale di etica (CCE), 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 versione rivista 4.0 è stata approvata dalla CCE, dal comitato direttivo dell'ASSM e dal Consiglio direttivo della SSMI in data 20 settembre 2021.