

Il presente testo è disponibile in D/F/I/E, cfr. asm.ch/fr/coronavirus
La versione originale è quella tedesca.
Versione aggiornata 3.1 del 17 dicembre 2020

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

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

I. Situazione

II. Direttive

1. Ambito di applicazione
2. Principi etici fondamentali
3. Criteri per il triage (ricovero e permanenza) nel reparto di terapia intensiva in caso di scarsità di risorse
4. Decisioni a livello di triage
 - 4.1. Fasi
 - 4.2. 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

A causa della rapidità di diffusione del coronavirus (SARS-CoV-2), a marzo 2020 si è venuta a creare una situazione straordinaria¹ in cui l'elevato numero di contagi ha determinato per diverse settimane un massiccio afflusso di pazienti negli ospedali per malattie acute. Per fronteggiare tale emergenza, l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) e la Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) hanno redatto apposite direttive per il triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse. Durante questa prima ondata di infezioni da Covid-19, le limitazioni degli interventi di elezione², l'incremento della capacità dei reparti di terapia intensiva (in particolare in termini di posti letto dotati di respirazione assistita) e le misure di comportamento rivolte alla popolazione prescritte dalla Confederazione si sono rivelati sufficienti a evitare l'insorgere di una situazione di scarsità di risorse sul territorio svizzero. Non si è quindi presentata la necessità di applicare le direttive dell'ASSM.

L'evoluzione della pandemia registrata nel mese di ottobre ha reso necessario un adeguamento e aggiornamento delle direttive sulla base dell'esperienza accumulata da marzo in poi, concretizzatosi nella pubblicazione della terza versione del testo. Il principio guida secondo cui in tutta la Svizzera devono essere applicati criteri uniformi per il ricovero e la permanenza dei

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

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

pazienti in terapia intensiva rimane tuttora pienamente valido. La presente versione 3.1 si differenzia dalle precedenti in quanto chiarisce e illustra in maggiore dettaglio i principi etici applicati fin da marzo, oltre a precisare e approfondire vari aspetti di natura giuridica. Le raccomandazioni riguardo all'operato degli specialisti nei reparti di terapia intensiva e al processo decisionale da attuare all'occorrenza rimangono sostanzialmente invariate.

Responsabilità del mondo politico e della società

In linea con il parere espresso dalla Società svizzera di medicina intensiva il 17 novembre 2020³, si ritiene opportuno precisare che anche 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 e delle relative infrastrutture, ma presuppone un contributo attivo e una condivisione di responsabilità da parte della società e del mondo politico. Ciò implica la necessità di varare, attuare e rispettare misure di tutela che supportino al meglio il sistema sanitario ed evitino eventuali criticità dovute a carenze di risorse.

Coordinamento nazionale per il trasferimento dei pazienti⁴

In collaborazione con vari attori del settore, il Servizio sanitario coordinato della Confederazione (SSC) ha elaborato un piano per il coordinamento dei reparti di terapia intensiva a livello nazionale. Un apposito organo centralizzato dovrebbe garantire lo sfruttamento ottimale di tutte le capacità di trattamento medico intensivo sul territorio elvetico.⁵

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](#)»⁶, la responsabilità in merito al triage dei pazienti compete all'ospedale che li accoglie e al relativo reparto di terapia intensiva. Nel contempo, però, l'obbligo di ricovero da parte dei nosocomi e dei relativi reparti è oggettivamente limitato dalla loro capienza effettiva. L'ASSM e la SSMI propongono che l'organo di coordinamento nazionale si assuma il compito di stabilire a partire da quale momento, in Svizzera, debba ritenersi raggiunta una situazione tale per cui diviene indispensabile applicare decisioni a livello di triage conformemente ai criteri sanciti dalle presenti direttive. Si garantirebbe così che, prima di arrivare a compiere simili scelte presso singole strutture ospedaliere, le risorse disponibili sull'intero territorio elvetico siano state sfruttate appieno e nel modo più efficace.

Anche la decisione circa il valore soglia oltrepassato il quale le presenti direttive dovranno essere applicate sull'intero territorio elvetico dovrebbe competere all'organo di coordinamento. Qualora, benché tale valore non venga raggiunto a livello nazionale, sussista una grave scarsità di risorse nei reparti di terapia intensiva in singole aree o regioni e momentaneamente non sia possibile procedere né al trasporto dei pazienti, né al loro ricovero in un altro reparto analogo – nonostante l'incremento dei posti letto, la sospensione degli interventi elettivi e il coinvolgimento dell'organo di coordinamento nazionale per il trasferimento dei malati –, le presenti direttive vanno applicate per analogia nell'area o regione interessata. L'ASSM e la SSMI raccomandano alle strutture ospedaliere di informare l'organo di coordinamento nazionale circa l'applicazione delle direttive.

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

³ Cfr. SGI-SSMI, [COVID-19: Pleine utilisation des capacités de lits de soins intensifs certifiés et reconnus \(Esaurimento dei posti letto di terapia intensiva certificati e riconosciuti\)](#), parere del 17.11.2020.

⁴ La presente pubblicazione è redatta utilizzando esclusivamente la forma maschile, con la quale tuttavia si intende fare sempre riferimento a entrambi i sessi.

⁵ 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 15.12.2020).

⁶ Consultato il 15.12.2020.

II. Direttive

1. Ambito di applicazione

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

Il presente documento integra le direttive dell'ASSM «Provvedimenti di medicina intensiva» (2013). Le indicazioni in esso contenute, pertanto, vengono applicate in caso di scarsità di risorse solo a una minima parte dei pazienti, in particolare la categoria dei malati più gravi, che necessitano di trattamenti di terapia intensiva. L'attuazione delle direttive è decisa dagli specialisti in medicina intensiva, di comune accordo – a seconda del contesto – con colleghi di altre discipline quali la medicina d'urgenza, la medicina interna o la medicina palliativa.

2. Principi etici fondamentali⁷

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:⁸

Equità: le risorse disponibili devono essere distribuite senza operare discriminazioni, ovvero senza disparità di trattamento ingiustificate legate a età, sesso, luogo di residenza⁹, nazionalità, confessione religiosa, posizione sociale, situazione assicurativa o disabilità. La procedura di allocazione deve essere equa, obiettivamente motivata e trasparente. Anche in una situazione di forte scarsità di posti in terapia intensiva, a tutte le persone deve essere riconosciuta la stessa dignità. Se non è possibile garantire cure intensive, vanno messe a disposizione possibilità di trattamento e assistenza alternative, come ad esempio 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: questi soggetti¹⁰ sono particolarmente esposti al rischio di contrarre il coronavirus. Qualora dovessero infettarsi e fossero quindi costretti ad assentarsi dal lavoro, si creerebbe una situazione di forte carenza di personale che comporterebbe un numero ancora maggiore di decessi. Per questo il personale sanitario va protetto il più possibile dai contagi, nonché da un esaurimento psicofisico. Gli specialisti per cui un possibile contagio da coronavirus comporta un rischio sanitario particolarmente elevato vanno tutelati con misure specifiche, evitando di impiegarli nell'assistenza di pazienti affetti da Covid-19.

⁷ Per informazioni dettagliate sui principi etici fondamentali, cfr. «Provvedimenti di medicina intensiva». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013), cap. 2.

⁸ Cfr. anche Piano svizzero per pandemia influenzale 2018, Parte II, cap. 6.1. e in particolare la Parte III, sezione 6 «Questioni etiche».

⁹ I posti letto liberi in terapia intensiva devono essere notificati, cfr. l'art. 12 dell'ordinanza sui provvedimenti per combattere l'epidemia di COVID-19 nella situazione particolare del 19 giugno 2020 (versione del 12 dicembre 2020).

¹⁰ Naturalmente vale un principio analogo per tutte le persone che a causa dell'attività professionale che svolgono sono esposte a un rischio di contagio particolarmente elevato (ad es. addetti alle vendite, personale delle farmacie e congiunti curanti).

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

Le presenti direttive sono da intendersi come un supporto per le équipes 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 per mettere meglio a fuoco il parametro principale della prognosi a breve termine.

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 circostanze, ad esempio, il ricorso all'ECMO¹¹ dovrebbe essere limitato a situazioni particolari – come indicato nelle direttive della SSMI¹² – e subordinato a un'attenta valutazione delle risorse necessarie.¹³

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 devono garantire cure palliative adeguate.¹⁴ 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 delle istituzioni 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 criterio determinante a livello di triage è la **prognosi di sopravvivenza a breve termine**: vengono accettati in via prioritaria i pazienti che, se trattati in terapia intensiva, hanno buone probabilità di recupero, ma la cui prognosi¹⁵ sarebbe sfavorevole se non ricevessero il trattamento in questione; in altri termini, la precedenza viene data ai pazienti che possono trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva. L'obiettivo è prendere decisioni che consentano di salvare il maggior numero possibile di vite.

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 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

¹¹ ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (in italiano «ossigenazione extracorporea a membrana»).

¹² Cfr. SGI-SSMI, ECMO in COVID-19 related severe ARDS. ECMO Guidelines for non-ECMO Centers, 2020.

¹³ Cfr. Bartlett et al. 2020.

¹⁴ 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/).

¹⁵ Cfr. per maggiori dettagli il cap. 5.1 (Prognosi) in: «Provvedimenti di medicina intensiva». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013).

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.

Valutazione di ulteriori criteri. Nella letteratura specializzata¹⁷ 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.

4. Decisioni a livello di triage

4.1. Fasi

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

4.2. Criteri per il ricovero

In linea di principio, 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. Fra tali provvedimenti rientrano l'incremento dei posti letto in terapia intensiva sull'intero territorio svizzero, il coordinamento fra i reparti specializzati (cfr. pag. 2, Situazione) e la sospensione degli interventi elettivi, ma anche l'impegno a verificare la disponibilità di posti di terapia intensiva in collaborazione con autorità e strutture ospedaliere estere ed eventualmente, qualora le risorse sul territorio nazionale fossero sufficienti, ad accogliere pazienti bisognosi di cure intensive provenienti dai Paesi confinanti in difficoltà.

Qualora, nonostante i suddetti provvedimenti, i posti letto in terapia intensiva, compresi quelli distaccati, risultassero insufficienti, dovranno essere ricoverati esclusivamente pazienti che necessitano di ventilazione meccanica (o di un altro trattamento specifico di terapia intensiva, come ad es. supporto emodinamico con farmaci vasoattivi o terapia sostitutiva renale continuativa). In 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.¹⁸

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 far

¹⁶ Cfr. Hewitt et al. 2020.

¹⁷ Cfr. ad es. Persad G et al. 2009.

¹⁸ 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», www.sgnor.ch/home/covid-19

uscire dal reparto. Tali decisioni vanno prese in base ai criteri di **prognosi di sopravvivenza a breve termine** 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 somministrati 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.

4.3. Triage iniziale: criteri per il ricovero nei reparti di terapia intensiva¹⁹

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 sopra)

- 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).

Nei pazienti affetti da Covid-19 si può applicare anche il 4C Mortality Score. Un valore superiore a 15 indica un grado di mortalità elevato.²⁰

¹⁹ Cfr. Christian et al. 2006.

²⁰ Cfr. Knight et al. 2020.

Livello B (cfr. box sopra)

È prevista l'applicazione dei seguenti criteri supplementari a sfavore del ricovero:

- CFS in funzione dell'età ≥ 6 ed età > 65 anni
- 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
 - 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 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 $>$ II
 - CFS in funzione dell'età ≥ 5

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 quotidianamente e a livello interprofessionale.

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 palliativo. Ciò vale per tutti i pazienti, sia Covid che non Covid, ricoverati in terapia intensiva in una situazione di totale esaurimento delle risorse su cui può contare il reparto. I criteri di seguito specificati vengono applicati in maniera tanto più restrittiva quanto più scarsa è la disponibilità di risorse.

Fase 1

Presenza di un criterio per 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.

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.

Fase 3

Si attua sia al livello A che al livello B:

Al **livello A** (cfr. box sopra) 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

Al **livello B** (cfr. box sopra) 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

La presenza di uno dei criteri succitati e l'interruzione del trattamento di medicina intensiva determinano il passaggio a un'assistenza con cure palliative.

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 eccezionali). L'incertezza al riguardo sussiste in particolare nel caso di persone che sono state spostate dal reparto di terapia intensiva a causa della scarsità di risorse. Quando si presenta una simile carenza, per raggiungere gli obiettivi del salvataggio del maggior numero possibile di vite umane e dell'attuazione del criterio della prognosi di sopravvivenza a breve termine è necessario prendere decisioni a livello di triage sia al momento del ricovero in terapia intensiva, sia durante la permanenza in tale reparto.

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

Il processo decisionale deve essere diretto da persone che dispongono dell'adeguata esperienza. Nei limiti del possibile, le decisioni vanno sempre prese all'interno di équipe interprofessionali 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 legge²³ relative all'obbligo di notificare regolarmente il numero totale e l'occupazione dei posti letto per cure intense.


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


²³ Cfr. l'ordinanza sui provvedimenti per combattere l'epidemia di COVID-19 nella situazione particolare del 19 giugno 2020 (versione del 15 dicembre 2020).


III. Appendice


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


Clinical Frailty Scale*


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


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


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


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

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

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

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

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

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

Scoring frailty in people with dementia


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

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

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

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

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



La scala della fragilità clinica 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.²⁴ 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; su Internet è possibile reperire documentazione utile per la formazione al riguardo.²⁵

²⁴ Cfr. Flaatten et al. 2017; Muscedere et al. 2017; Rockwood et al. 2020; Surkan 2020.

²⁵ Cfr. www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html

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>

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>

The Hastings Center

Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. March 16, 2020.
www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf

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

The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health.* 2020;5(8):e444–51.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30146-8)

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

Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics.* Published online September 25, 2020.
<https://doi.org/10.1111/bioe.12805>

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

Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. *BMJ.* Published online September 9, 2020.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m3339>

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

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

Prof. Samia Hurst, Université de Genève, Genève, etica (direzione)
Prof. Thierry Fumeaux, ex presidente della SSMI, Nyon, medicina intensiva
Dr. Antje Heise, presidente medica della SSMI, Thun, medicina intensiva
Bianca Schaffert, MSN, vicepresidente della Commissione centrale di etica dell'ASSM, Schlieren, scienze infermieristiche
Prof. Arnaud Perrier, Directeur médical HUG, Genève, medicina generale e interna
Prof. Bernhard Rüttsche, ordinario di diritto pubblico e filosofia del diritto, Luzern, diritto
Prof. Tanja Krones, direzione etica clinica USZ, Zürich, etica
Dr. Thomas Gruberski, Bern, dipartimento Etica dell'ASSM
lic. theol., dipl. biol. Sibylle Ackermann, Bern, dipartimento Etica dell'ASSM
lic. iur. Michelle Salathé, Bern, dipartimento Etica dell'ASSM (fino a settembre 2020)
Daniel Scheidegger, vicepresidente dell'ASSM, Arlesheim (fino a novembre 2020)

Esperti interpellati

Prof. Eva Maria Belser, Fribourg
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Prof. Ralf Jox, Lausanne
Prof. Brigitte Tag, Zürich
Prof. Markus Zimmermann, Fribourg
Inclusion Handicap – associazione mantello delle organizzazioni svizzere delle persone con disabilità
Ufficio federale per le pari opportunità 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 3.1 è stata approvata dalla CCE, dal comitato direttivo dell'ASSM e dal Consiglio direttivo della SSMI in data 11 dicembre 2020.