



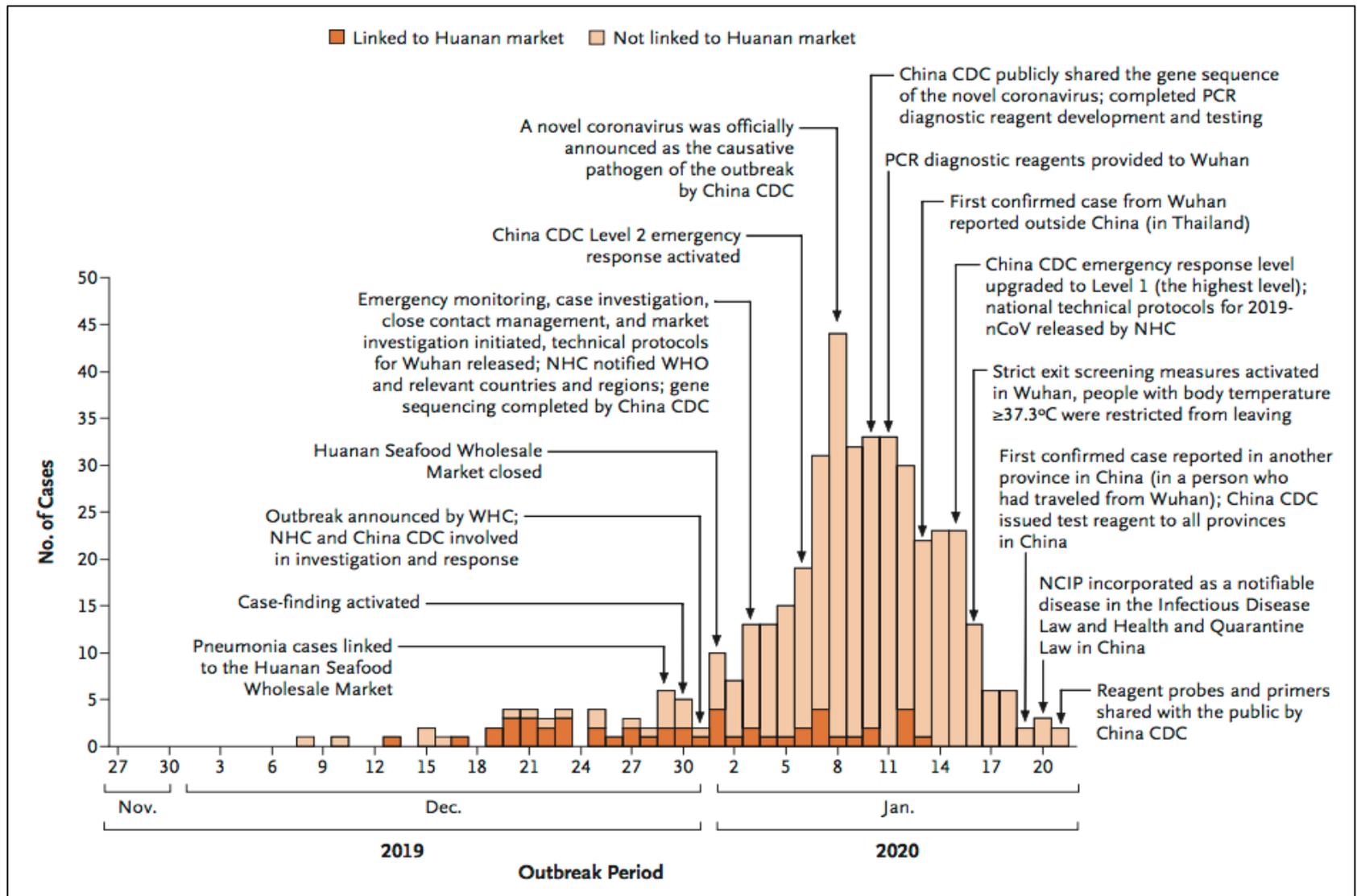
DRAFT marzo 2022

Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) e malattia provocata COVID-19

- ✓ SARS-CoV-2 e COVID-19
- ✓ Quadro epidemiologico
- ✓ Aspetti di prevenzione e protezione



Onset of Illness among the First 425 Confirmed Cases of Novel Coronavirus (2019-nCoV)-Infected Pneumonia (NCIP) in Wuhan, China



A Novel Coronavirus Emerging in China: Key Questions for Impact Assessment

Pathogenicity and Transmissibility Characteristics of Recently Emerged Viruses in Relation to Outbreak Containment.

Virus	Case Fatality Rate (%)	Pandemic	Contained	Remarks
2019-nCoV	Unknown*	Unknown	No, efforts ongoing	
pH1N1	0.02–0.4	Yes	No, postpandemic circulation and establishment in human population	
H7N9	39	No	No, eradication efforts in poultry reservoir ongoing	
NL63	Unknown	Unknown	No, endemic in human population	
SARS-CoV	9.5	Yes	Yes, eradicated from intermediate animal reservoir	58% of cases result from nosocomial transmission
MERS-CoV	34.4	No	No, continuous circulation in animal reservoir and zoonotic spillover	70% of cases result from nosocomial transmission
Ebola virus (West Africa)	63	No	Yes	

* Number will most likely continue to change until all infected persons recover.

✓ COVID-19



I Corona Virus costituiscono un'ampia famiglia di virus che comprende diversi ceppi tra cui, il SARS-CoV-2 individuato nel 2019 in Cina.

Molto spesso, la diffusione da persona a persona avviene tra contatti stretti.

La trasmissione da persona a persona avviene principalmente attraverso *droplets* ovvero "goccioline" respiratorie prodotte quando una persona infetta tossisce o starnutisce, in modo analogo a ciò che avviene per l'influenza stagionale. Per la trasmissione, le goccioline devono depositarsi su una mucosa (cavità orale, naso, congiuntiva oculare ecc...).

Il WHO ha fornito un stima preliminare del numero di riproduzione di base (R0) del SARS-CoV-2 di 1,4-2,5. L'R0 è un numero che quantifica quanti casi secondari sono attesi in seguito ad una singola infezione in una popolazione completamente suscettibile e quando è maggiore di 1 indica una epidemia (per il Morbillo R0 è compreso tra 12 e 17).

COVID-19

Disease caused by the SARS-CoV-2 virus

Novel coronavirus

Coronaviruses are viruses that **circulate among animals** but some of them are also known to affect humans.

The 2019 novel coronavirus was identified in China at the end of 2019 and is a new strain that has not previously been **seen in humans.**

✓ Periodo di incubazione

Comprendere il **periodo di incubazione** (periodo tra il potenziale contatto efficace e la manifestazione dei sintomi) è molto importante per le autorità sanitarie in quanto consente loro di introdurre sistemi di confinamento/isolamento più efficaci

Article

Incubation Period and Other Epidemiological Characteristics of 2019 Novel Coronavirus Infections with Right Truncation: A Statistical Analysis of Publicly Available Case Data

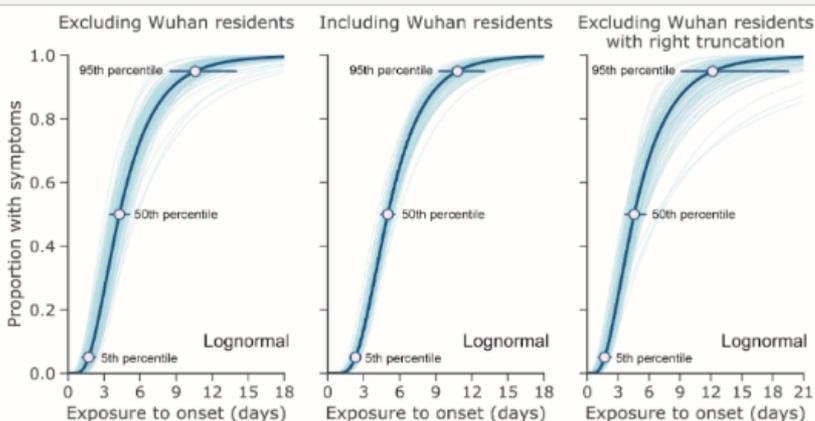
Natalie M. Linton ^{1,†}, Tetsuro Kobayashi ^{1,†}, Yichi Yang ¹, Katsuma Hayashi ¹, Andrei R. Akhmetzhanov ¹, Sung-mok Jung ¹, Baoyin Yuan ¹, Ryo Kinoshita ¹ and Hiroshi Nishiura ^{1,2,*}

Gli Autori riportano come il periodo di incubazione del COVID-19 sia compreso **tra 2 e 14 giorni (IC 95%)** nell'area endemica di Wuhan (Provincia di Hubei Cina). Il periodo di incubazione mediano è stato riportato essere di circa 5 giorni.

Il tempo medio dall'insorgenza della malattia conclamata al ricovero ospedaliero (per il trattamento e / o l'isolamento) è stato stimato essere pari a in **3-4 giorni e 5-9 giorni** a seconda della tipologia di dati utilizzati/analizzati.

Sulla base dei dati sopra riportati gli Autori raccomandano che la durata della **quarantena** (intesa come confinamento/isolamento in seguito a un contatto efficace) **debba essere di almeno 14 giorni**.

Figure 2. Estimated cumulative distribution for the incubation period of COVID-19 infections from outbreak cases reported through 31 January 2020. The data are from public case reports. Left and center: non-truncated estimates excluding ($n = 52$) and including ($n = 158$) Wuhan residents. Right: right-truncated estimates excluding Wuhan residents ($n = 52$).





Search by Country, Territory, or Area

Covid-19 Response Fund
i | | [Donate](#)

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard

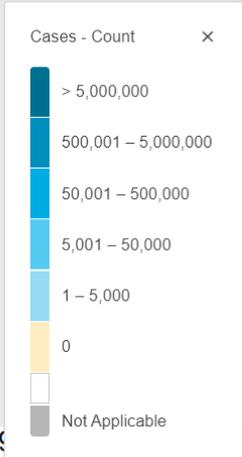
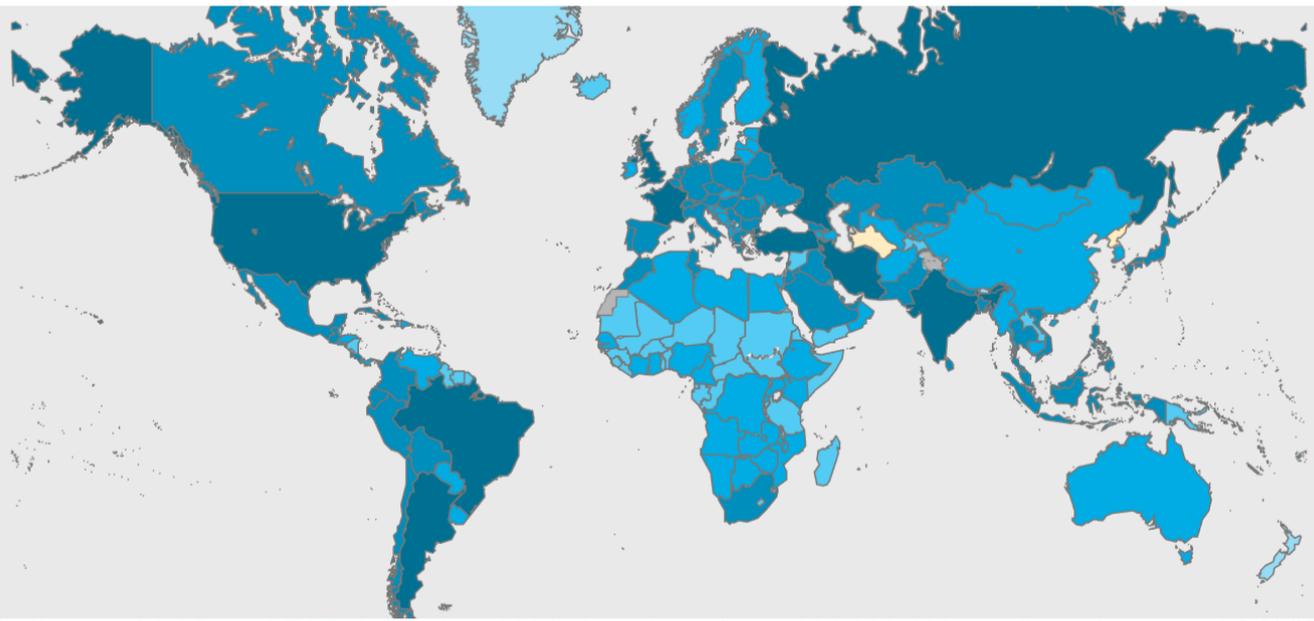
[Overview](#) | [Measures](#) | [Data Table](#) | [Explore](#)

Cases
Total

257,122
new cases in last 24hrs

234,809,103
cumulative cases

4,800,375
cumulative deaths



Globally, as of **6:36pm CEST, 4 October 2021**, there have been **234.809.103 confirmed cases** of COVID-19 including **4.800.375 deaths**, reported to WHO. As of **3 October 2021**, a total of **6.188.903.420 vaccine doses** have been administered.



Search by Country, Territory, or A



Overview

Measures

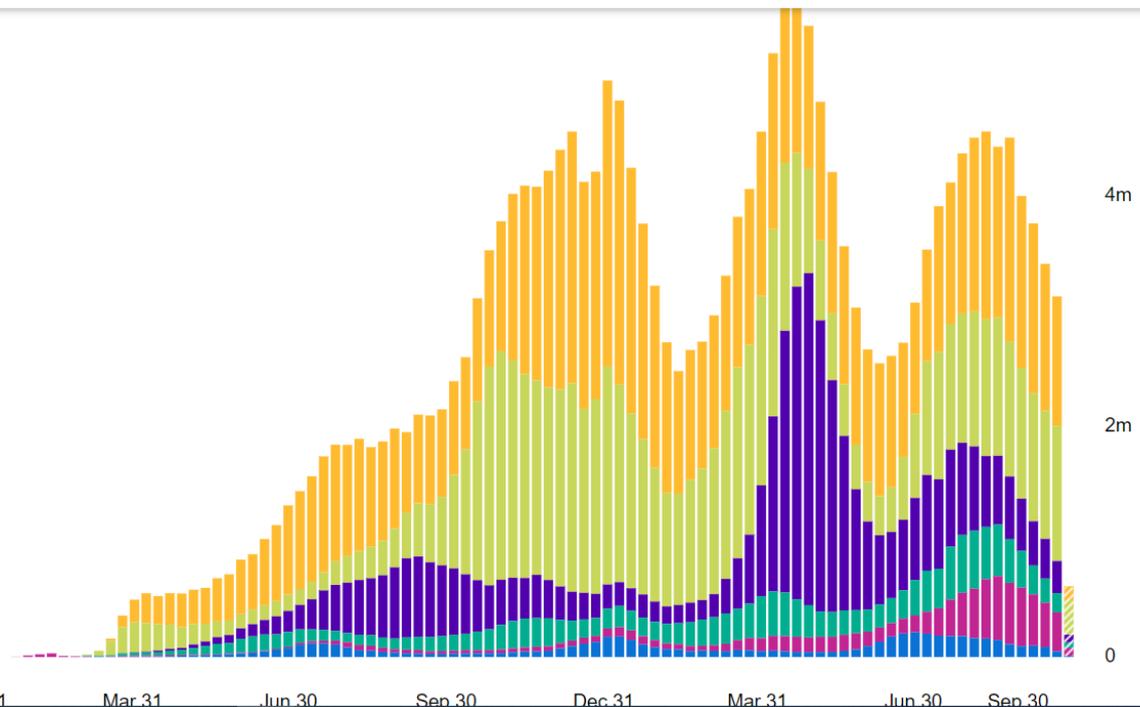
Data Table

Explore

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard

Back to top

	confirmed
Europe	70,896,282 confirmed
South-East Asia	43,189,962 confirmed
Eastern Mediterranean	15,871,955 confirmed
Western Pacific	8,680,923 confirmed
Africa	6,056,076 confirmed



Source: World Health Organization

Epidemia COVID-19



Aggiornamento nazionale
8 settembre 2021 – ore 12:00

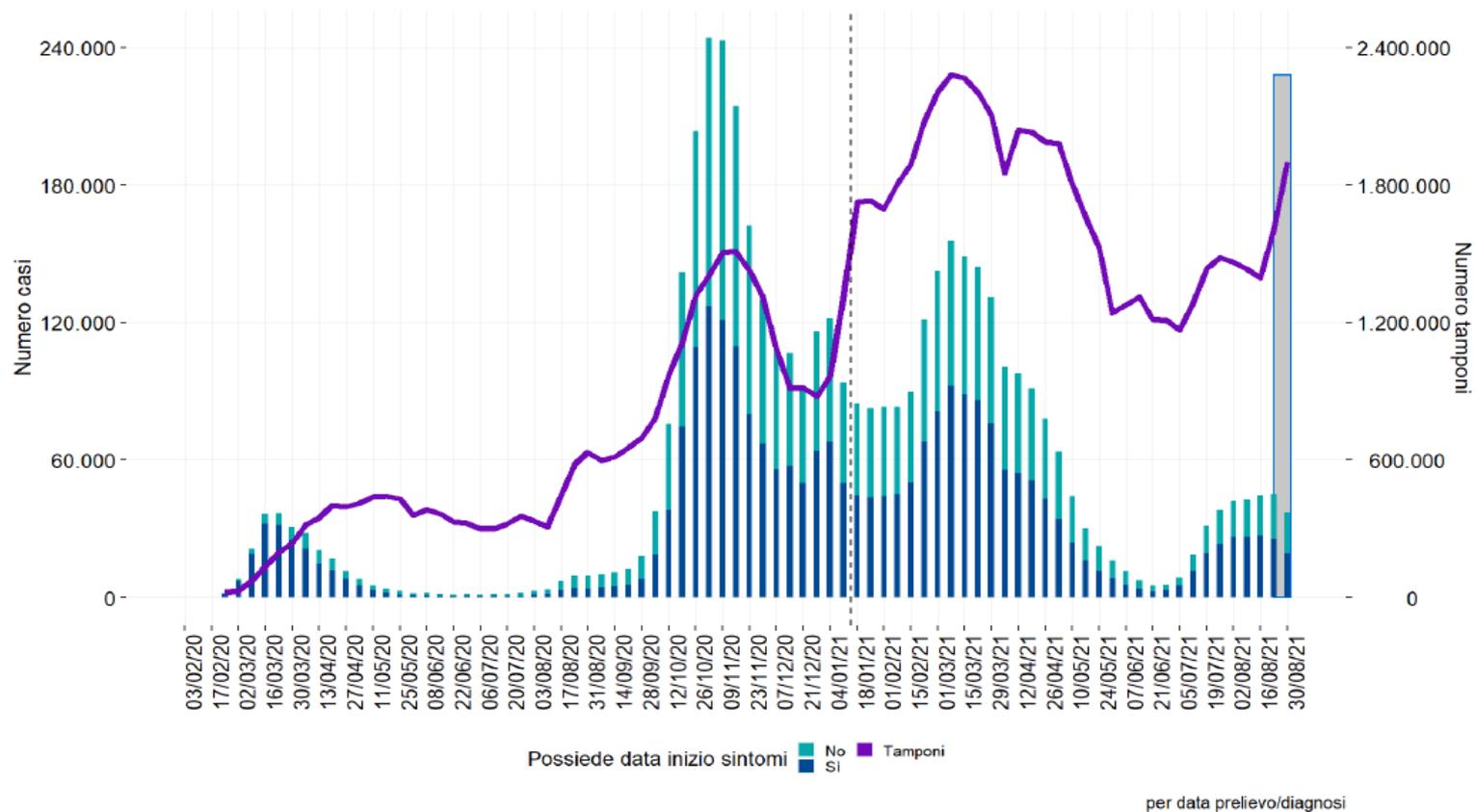


FIGURA 2 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI (A SINISTRA) (N=4.581.713) E NUMERO DI TAMPONI EFFETTUATI (A DESTRA)



Search by Country, Territory, or Area



Overview

Measures

Data Table

Explore

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard

2022 - gennaio

Back to top

Situation by WHO Region



Daily Weekly

Cases Deaths

Count

Europe 121.418.640 confirmed

Americas 120.010.936 confirmed

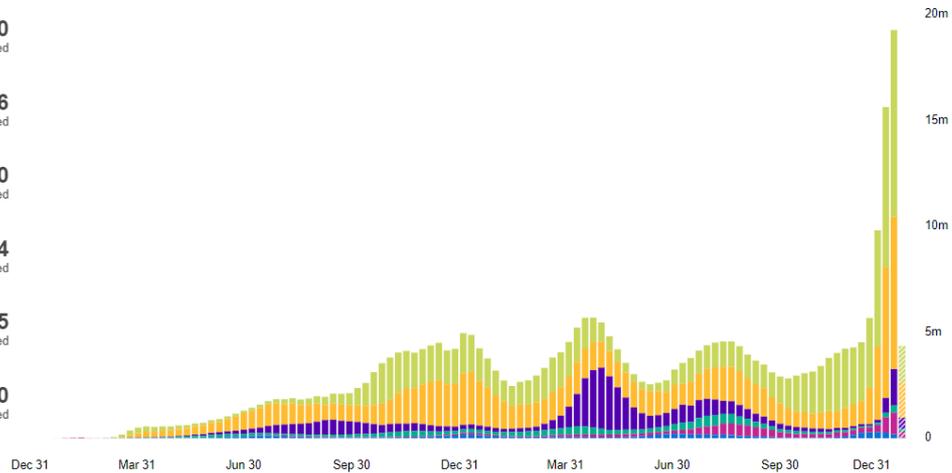
South-East Asia 47.989.190 confirmed

Eastern Mediterranean 17.862.914 confirmed

Western Pacific 13.424.725 confirmed

Africa 7.825.760 confirmed

Source: World Health Organization
Data may be incomplete for the current day or week.



[csAggiornamento EPI e valutazione del rischio 23 febbraio 2022.pdf](#)

Tasso di letalità: $\frac{\text{N}^\circ \text{ soggetti deceduti x la malattia}}{\text{totale malati}}$

Tasso di mortalità: $\frac{\text{N}^\circ \text{ soggetti deceduti x la malattia}}{\text{totale esposti}}$

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

✓ **Modalità di trasmissione**

L'attuale comprensione di come si diffonde il virus che causa la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) si basa in gran parte su ciò che è noto su coronavirus simili.

Diffusione da persona a persona

Molto spesso, la diffusione da persona a persona avviene tra contatti stretti (ovvero in contatti avvenuti in prossimità di 1,5-2 metri).

Via goccioline respiratorie “*droplets*” prodotte quando un soggetto infetto tossisce o starnutisce.

Questi *droplets* possono entrare in contatto con le mucose nasali od orali di soggetti che si trovano nelle vicinanze o che possono essere inalate.

Diffuso dal contatto con superfici o oggetti contaminati

Potrebbe essere possibile che una persona possa contrarre COVID-19 toccando una superficie o un oggetto su cui è presente il virus e quindi toccando la propria bocca, il naso o eventualmente gli occhi, ma questo non è considerato il modo principale in cui il virus si diffonde/trasmette.

Quando si verifica la trasmissione?

Si pensa che i soggetti siano maggiormente contagiosi quando sono in fase francamente sintomatica. La possibilità che il virus sia trasmesso da un soggetto infetto in fase non sintomatica non può essere esclusa, tuttavia non si ritiene che questa sia la principale modalità di trasmissione alla base della diffusione del virus in comunità.

Clinical syndromes associated with 2019-nCoV infection - WHO

Uncomplicated illness	Patients with uncomplicated upper respiratory tract viral infection, may have non-specific symptoms such as fever, cough, sore throat, nasal congestion, malaise, headache, muscle pain or malaise. The elderly and immunosuppressed may present with atypical symptoms. These patients do not have any signs of dehydration, sepsis or shortness of breath.
Mild pneumonia	Patient with pneumonia and no signs of severe pneumonia. Child with non-severe pneumonia has cough or difficulty breathing + fast breathing: fast breathing (in breaths/min): <2 months, ≥ 60 ; 2–11 months, ≥ 50 ; 1–5 years, ≥ 40 and no signs of severe pneumonia.
Severe pneumonia	Adolescent or adult: fever or suspected respiratory infection, plus one of respiratory rate >30 breaths/min, severe respiratory distress, or $SpO_2 <90\%$ on room air (adapted from [1]). Child with cough or difficulty in breathing, plus at least one of the following: central cyanosis or $SpO_2 <90\%$; severe respiratory distress (e.g. grunting, very severe chest indrawing); signs of pneumonia with a general danger sign: inability to breastfeed or drink, lethargy or unconsciousness, or convulsions. Other signs of pneumonia may be present: chest indrawing, fast breathing (in breaths/min): <2 months, ≥ 60 ; 2–11 months, ≥ 50 ; 1–5 years, ≥ 40 . ² The diagnosis is clinical; chest imaging can exclude complications.
Acute Respiratory Distress Syndrome⁷⁻⁹	Onset: new or worsening respiratory symptoms within one week of known clinical insult. Chest imaging (radiograph, CT scan, or lung ultrasound): bilateral opacities, not fully explained by effusions, lobar or lung collapse, or nodules. Origin of oedema: respiratory failure not fully explained by cardiac failure or fluid overload. Need objective assessment (e.g. echocardiography) to exclude hydrostatic cause of oedema if no risk factor present. Oxygenation (adults): <ul style="list-style-type: none"> Mild ARDS: $200 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$,⁷ or non-ventilated⁸) Moderate ARDS: $100 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$,⁷ or non-ventilated⁸) Severe ARDS: $PaO_2/FiO_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$,⁷ or non-ventilated⁸) When PaO_2 is not available, $SpO_2/FiO_2 \leq 315$ suggests ARDS (including in non-ventilated patients) Oxygenation (children; note OI = Oxygenation Index and OSI = Oxygenation Index using SpO_2): <ul style="list-style-type: none"> Bilevel NIV or CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ via full face mask: $PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ or $SpO_2/FiO_2 \leq 264$ Mild ARDS (invasively ventilated): $4 \leq OI < 8$ or $5 \leq OSI < 7.5$ Moderate ARDS (invasively ventilated): $8 \leq OI < 16$ or $7.5 \leq OSI < 12.3$ Severe ARDS (invasively ventilated): $OI \geq 16$ or $OSI \geq 12.3$
Sepsis^{10,11}	Adults: life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to suspected or proven infection, with organ dysfunction*. Signs of organ dysfunction include: altered mental status, difficult or fast breathing, low oxygen saturation, reduced urine output, fast heart rate, weak pulse, cold extremities or low blood pressure, skin mottling, or laboratory evidence of coagulopathy, thrombocytopenia, acidosis, high lactate or hyperbilirubinemia. Children: suspected or proven infection and ≥ 2 SIRS criteria, of which one must be abnormal temperature or white blood cell count.
Septic shock^{10,12}	Adults: persisting hypotension despite volume resuscitation, requiring vasopressors to maintain MAP $\geq 65 \text{ mmHg}$ and serum lactate level $>2 \text{ mmol/L}$. Children (based on [12]): any hypotension (SBP $<5^{\text{th}}$ centile or >2 SD below normal for age) or 2-3 of the following: altered mental state; tachycardia or bradycardia (HR <90 bpm or >160 bpm in infants and HR <70 bpm or >150 bpm in children); prolonged capillary refill (>2 sec) or warm vasodilation with bounding pulses; tachypnea; mottled skin or petechial or purpuric rash; increased lactate; oliguria; hyperthermia or hypothermia.

Abbreviations: ARI, acute respiratory infection; BP, blood pressure; bpm, beats/minute; CPAP, continuous positive airway pressure; FiO_2 , fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; NIV, noninvasive ventilation; OI, Oxygenation Index; OSI, Oxygenation Index using SpO_2 ; PaO_2 , partial pressure of oxygen; PEEP, positive end-expiratory pressure; SBP, systolic blood pressure; SD, standard deviation; SIRS, systemic inflammatory response syndrome; SpO_2 , oxygen saturation. *If altitude is higher than 1000m, then correction factor should be calculated as follows: $PaO_2/FiO_2 \times \text{Barometric pressure}/760$.

¹ The SOFA score ranges from 0 to 24 and includes points related to 6 organ systems: respiratory (hypoxemia defined by low PaO_2/FiO_2), coagulation (low platelets), liver (high bilirubin), cardiovascular (hypotension), central nervous system (low level of consciousness defined by Glasgow Coma Scale), and renal (low urine output or high creatinine). Sepsis is defined by an increase in the Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment (SOFA) score¹³ of ≥ 2 points. Assume the baseline score is zero if data are not available



Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

Clinical Presentation

There are a limited number of reports that describe the clinical presentation of patients with confirmed COVID-19, and most are limited to hospitalized patients with pneumonia. Frequently reported signs and symptoms include **fever (83–98%), cough (46%–82%), myalgia or fatigue (11–44%), and shortness of breath (31%) at illness onset.** [2–4] **Sore throat** has also been reported in some patients early in the clinical course. **Less commonly reported symptoms include sputum production, headache, hemoptysis, and diarrhea.** **Some patients have experienced gastrointestinal symptoms such as diarrhea and nausea prior to developing fever and lower respiratory tract signs and symptoms.** **The fever course** among patients with COVID-19 is not fully understood; it may be **prolonged and intermittent.** Asymptomatic infection has been described in one child with confirmed COVID-19 and chest computed tomography (CT) abnormalities. [5]

Risk factors for severe illness are not yet clear, although older patients and those with chronic medical conditions may be at higher risk for severe illness. **Most reported cases have occurred in adults (median age 59 years).**[1] In one study of 425 patients with pneumonia and confirmed COVID-19, 57% were male. [1] Approximately **one-third to one-half of reported patients had underlying medical comorbidities, including diabetes, hypertension, and cardiovascular disease.** [2–3] In another study, compared to patients not admitted to an intensive care unit, critically ill patients were older (median age 66 years versus 51 years), and were more likely to have underlying co-morbid conditions (72% versus 37%). [3]

Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China

Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention

Zunyou Wu, MD, PhD
Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing, China.

Jennifer M. McGoogan, PhD
Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing, China.

N=72.314 pazienti. Tra questi più del 60% erano casi confermati di Covid-19, il 14,6% erano stati confermati dal punto di vista clinico anche se mancava una conferma di laboratorio.

Tassi di letalità standardizzati per età:
tra i 10 e i 39 anni rischio dello 0,2%

Tra i 40 e i 49 anni 0,4%

Tra i 50 e i 59 anni 1,3%

Tra i 60 e i 69 anni 3,6%

Tra i 70 e i 79 anni 8%

Dagli 80 anni 14,8%

Box. Key Findings From the Chinese Center for Disease Control and Prevention Report

72 314 Cases (as of February 11, 2020)

- Confirmed cases: 44 672 (62%)
- Suspected cases: 16 186 (22%)
- Diagnosed cases: 10 567 (15%)
- Asymptomatic cases: 889 (1%)

Age distribution (N = 44 672)

- ≥80 years: 3% (1408 cases)
- 30-79 years: 87% (38 680 cases)
- 20-29 years: 8% (3619 cases)
- 10-19 years: 1% (549 cases)
- <10 years: 1% (416 cases)

Spectrum of disease (N = 44 415)

- Mild: 81% (36 160 cases)
- Severe: 14% (6168 cases)
- Critical: 5% (2087 cases)

Case-fatality rate

- 2.3% (1023 of 44 672 confirmed cases)
- 14.8% in patients aged ≥80 years (208 of 1408)
- 8.0% in patients aged 70-79 years (312 of 3918)
- 49.0% in critical cases (1023 of 2087)

Health care personnel infected

- 3.8% (1716 of 44 672)
- 63% in Wuhan (1080 of 1716)
- 14.8% cases classified as severe or critical (247 of 1668)
- 5 deaths

Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China

Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention

Zunyou Wu, MD, PhD
Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing, China.

Jennifer M. McGoogan, PhD
Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing, China.

Il CFR (tasso di mortalità del caso) era elevato tra in soggetti con comorbidità preesistenti:

10,5% per malattie cardiovascolari;
7,3% per diabete;
6,3% per malattie respiratorie croniche;
6,0% per ipertensione;
5,6% per neoplasie.

Tra i 44.672 casi confermati nello studio, n=1716 erano operatori sanitari (3,8%), di cui n=1080 erano a Wuhan (63%).

Complessivamente, il 14,8% dei casi tra gli operatori sanitari sono stati classificati come gravi o critici e n=5 soggetti sono deceduti.

Box. Key Findings From the Chinese Center for Disease Control and Prevention Report

72 314 Cases (as of February 11, 2020)

- Confirmed cases: 44 672 (62%)
- Suspected cases: 16 186 (22%)
- Diagnosed cases: 10 567 (15%)
- Asymptomatic cases: 889 (1%)

Age distribution (N = 44 672)

- ≥80 years: 3% (1408 cases)
- 30-79 years: 87% (38 680 cases)
- 20-29 years: 8% (3619 cases)
- 10-19 years: 1% (549 cases)
- <10 years: 1% (416 cases)

Spectrum of disease (N = 44 415)

- Mild: 81% (36 160 cases)
- Severe: 14% (6168 cases)
- Critical: 5% (2087 cases)

Case-fatality rate

- 2.3% (1023 of 44 672 confirmed cases)
- 14.8% in patients aged ≥80 years (208 of 1408)
- 8.0% in patients aged 70-79 years (312 of 3918)
- 49.0% in critical cases (1023 of 2087)

Health care personnel infected

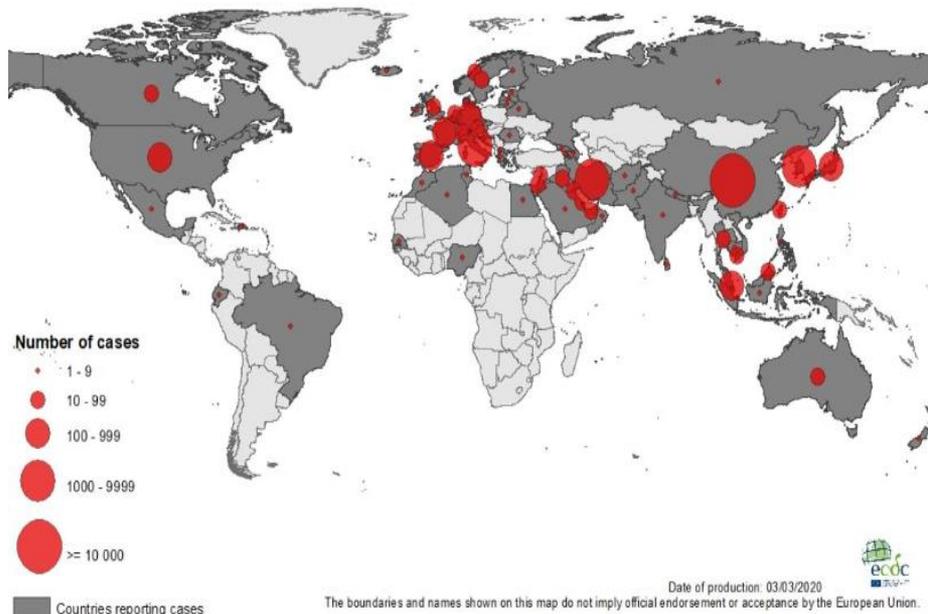
- 3.8% (1716 of 44 672)
- 63% in Wuhan (1080 of 1716)
- 14.8% cases classified as severe or critical (247 of 1668)
- 5 deaths

Coronavirus

Focolaio di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2

Attenzione: in queste pagine si parla di una situazione in rapida evoluzione e quindi le informazioni (che sono in linea con quelle riportate dalle autorità internazionali, come OMS ed ECDC) potrebbero non risultare sempre allineate con i dati e le informazioni più recenti disponibili.

- ✓ **Quadro epidemiologico a livello globale : *update* 3 marzo 2020**
- ✓ **Link cliccabile aggiornato quotidianamente**



Africa: Algeria (3), Egypt (2), Morocco (1), Nigeria (1), Senegal (1) and Tunisia (1).

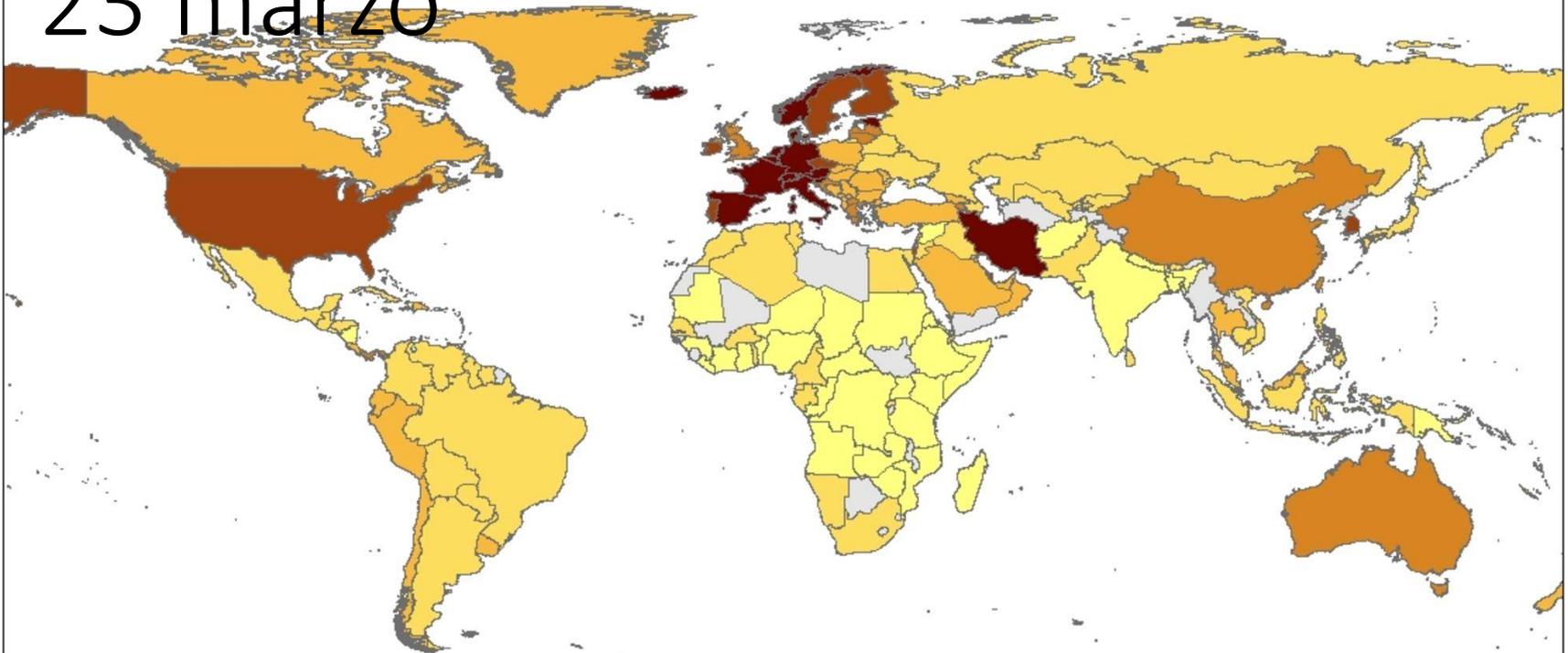
Asia: China (80 261), South Korea (4 812), Iran (1 501), Japan (254), Singapore (108), Kuwait (56), Bahrain (47), Thailand (43), Taiwan (41), Malaysia (29), Iraq (21), United Arab Emirates (21), Vietnam (16), Lebanon (13), Israel (10), Oman (7), India (5), Pakistan (4), Philippines (3), Qatar (3), Indonesia (2), Afghanistan (1), Cambodia (1), Jordan (1), Nepal (1), Saudi Arabia (1) and Sri Lanka (1).

America: United States of America (103), Canada (27), Ecuador (7), Mexico (5), Brazil (2) and Dominican Republic (1).

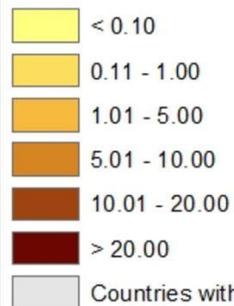
Europe: Italy (1 835), France (178), Germany (157), Spain (114), United Kingdom (40), Switzerland (30), Norway (25), Austria (18), Netherlands (18), Sweden (15), Belgium (8), Croatia (8), San Marino (8), Greece (7), Finland (6), Iceland (6), Czech Republic (5), Denmark (5), Azerbaijan (3), Georgia (3), Romania (3), Russia (3), Portugal (2), Andorra (1), Armenia (1), Belarus (1), Estonia (1), Ireland (1), Latvia (1), Lithuania (1), Luxembourg (1), Monaco (1) and North Macedonia (1).

Oceania: Australia (33) and New Zealand (1).

23 marzo



**Cumulative number of reported
COVID-19 cases per 100 000**



The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union.

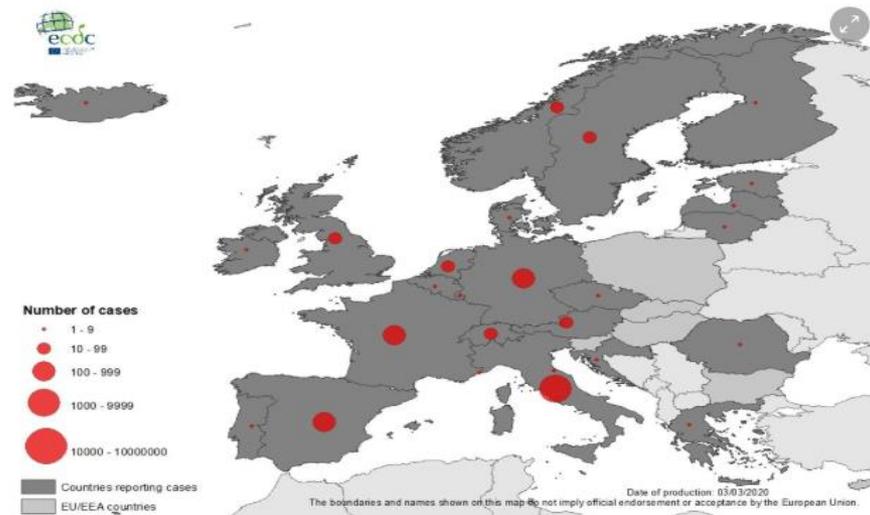
Date of production: 23/03/2020



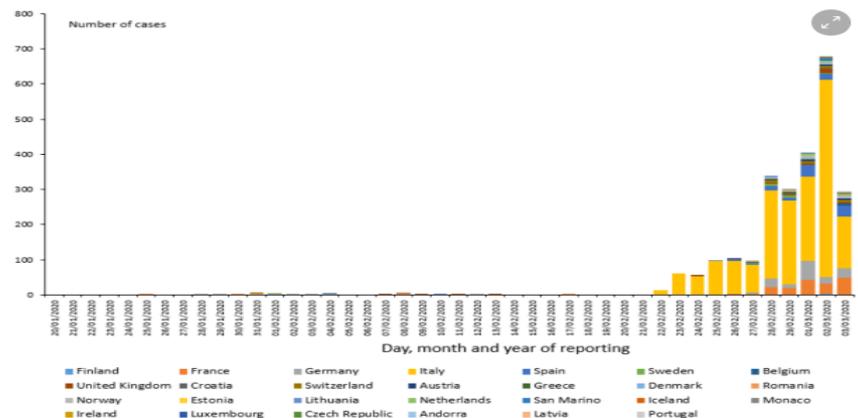
✓ **Quadro epidemiologico a livello europeo: *update* 3 marzo 2020**
 ✓ **Link cliccabile aggiornato quotidianamente**

EU/EEA, the UK, San Marino, Monaco, Switzerland, Andorra	Cases	Deaths
Italy	1835	52
France	178	3
Germany	157	0
Spain	114	0
United Kingdom	40	0
Switzerland	30	0
Norway	25	0
Netherlands	18	0
Austria	18	0
Sweden	15	0
San Marino	8	1
Belgium	8	0
Croatia	8	0
Greece	7	0
Iceland	6	0
Finland	6	0
Czech Republic	5	0
Denmark	5	0
Romania	3	0
Portugal	2	0
Andorra	1	0
Lithuania	1	0
Monaco	1	0
Latvia	1	0
Ireland	1	0
Estonia	1	0
Luxembourg	1	0
Total	2495	56

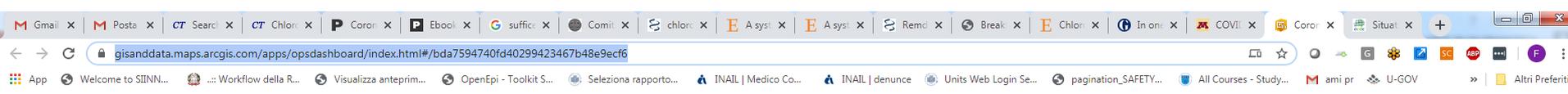
Geographic distribution of COVID-19 in the EU/EEA and the UK, as of 3 March 2020



Distribution of laboratory confirmed cases of COVID-19 in the EU/EEA and the UK, as of 3 March 2020



<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

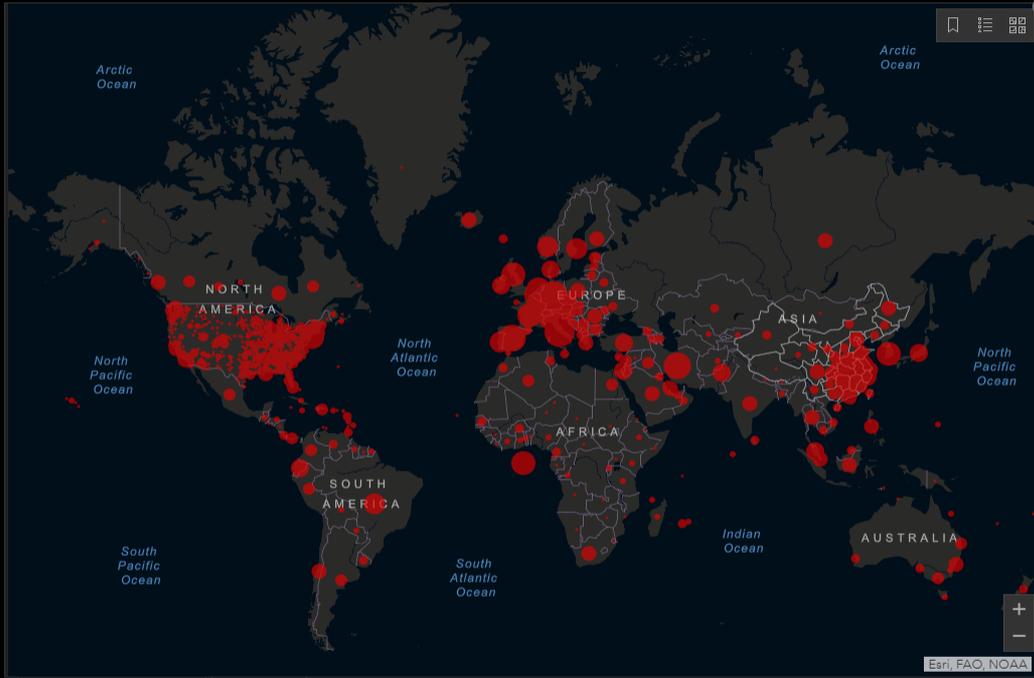


Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)

Total Confirmed
367.457

Confirmed Cases by Country/Region/Sovereignty

81.496	China
63.927	Italy
41.511	US
33.089	Spain
28.865	Germany
23.049	Iran
16.937	France
8.961	Korea, South
8.547	Switzerland
5.911	United Kingdom
4.764	Netherlands
4.306	Austria
3.743	Belgium
2.547	Norway
2.060	Portugal
2.046	Sweden
1.682	Australia



Cumulative Confirmed Cases Active Cases

168
countries/regions

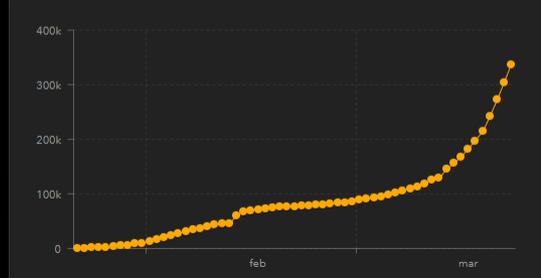
Lancet Inf Dis Article: [Here](#). Mobile Version: [Here](#). Visualization: JHU CSSE. Automation Support: [Esri Living Atlas team](#) and [JHU APL](#). Contact US: [FAQ](#).
Data sources: [WHO](#), [CDC](#), [ECDC](#), [NHC](#), [DXY](#), [1point3acres](#), [Worldometers.info](#), [BNO](#), state and national government health departments, and local media reports. Read more in this [blog](#).
Downloadable database: [GitHub](#): [Here](#). Feature layer: [Here](#).

Total Deaths
16.113

6,077	deaths	Italy
3,153	deaths	Hubei China
2,206	deaths	Spain
1,812	deaths	Iran
674	deaths	France
335	deaths	United Kingdom
213	deaths	Netherlands
118	deaths	Germany
118	deaths	Switzerland

Total Recovered
100.879

59,882	recovered	Hubei China
8,376	recovered	Iran
7,432	recovered	Italy
3,355	recovered	Spain
3,166	recovered	Korea, South
2,200	recovered	France
1,332	recovered	Guangdong China
1,250	recovered	Henan China
1,221	recovered	Zheiliana China



Last Updated at (M/D/YYYY)
3/23/2020, 6:48:33 PM



<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

PDFescape - Free Online PDF E x | Corso Preposti per la Sicurezza x | Gmail - Spazio di archiviazione x | covid - francesca.laresefilon@ x | Coronavirus COVID-19 (2019-r x

gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6

App | Welcome to SIINN... | Workflow della R... | Visualizza antepri... | OpenEpi - Toolkit S... | Seleziona rapporto... | INAIL | Medico Co... | INAIL | denunce | Altri Preferiti

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University ...

Total Confirmed

5.716.271

Confirmed Cases by Country/Region/Sovereignty

1.699.933	US
411.821	Brazil
379.051	Russia
268.619	United Kingdom
236.259	Spain
231.139	Italy
183.038	France
181.918	Germany
159.797	Turkey
158.897	India

Admin0

Cumulative Confirmed Cases

Esri, FAO, NOAA

Global Deaths

356.042

100.442 deaths	US
37.542 deaths	United Kingdom
33.072 deaths	Italy
28.599 deaths	France
27.117 deaths	Spain

US State Level Deaths, Recovered

29.484 deaths, 64.632 recovered	New York US
11.339 deaths, 25.552 recovered	New Jersey US
6.547 deaths, recovered	Massachusetts US
5.334 deaths, 33.168 recovered	

Confirmed | Logarithmic | Daily Cases

188 countries/regions

Last Updated at (M/D/YYYY)
5/28/2020, 12:32:26 PM

Lancet Inf Dis Article: [Here](#). Mobile Version: [Here](#).
Lead by JHU CSSE. Technical Support: [Esri Living Atlas team](#) and [JHU APL](#). Financial Support: [JHU](#) and [NSF](#). [FAQ](#). Read more in this [blog](#). [Contact US](#).

Scrive qui per eseguire la ricerca

12:51
28/05/2020

14 settembre 2020

gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)

Global Cases

29.075.608

Cases by Country/Region/Sovereignty

6.526.143	US
4.846.427	India
4.330.455	Brazil
1.064.438	Russia
729.619	Peru
716.319	Colombia
668.381	Mexico
649.793	South Africa
566.326	Spain
555.537	Argentina
434.748	Chile
419.557	France
404.648	Iran
370.930	United Kingdom
339.332	Bangladesh
326.258	Saudi Arabia
302.020	Pakistan
291.162	Turkey
290.309	Iran

Arctic Ocean, North Atlantic Ocean, Indian Ocean, Southern Ocean, South Pacific Ocean, North Pacific Ocean

EUROPE, ASIA, AFRICA, NORTH AMERICA, SOUTH AMERICA, AUSTRALIA

Esri, FAO, NOAA

Global Deaths

925.284

US State Level Deaths, Recovered

194.155 deaths US	33.023 deaths, 75.767 recovered New York US
131.625 deaths Brazil	16.031 deaths, 34.430 recovered New Jersey US
79.722 deaths India	14.405 deaths, 577.832 recovered Texas US
70.821 deaths Mexico	14.386 deaths, recovered California US
41.717 deaths United Kingdom	12.642 deaths, recovered Florida US
35.624 deaths Italy	9.210 deaths, 107.501 recovered Massachusetts US
30.924 deaths France	8.541 deaths, recovered Illinois US
30.710 deaths Peru	7.829 deaths, 117.920 recovered Pennsylvania US

Cumulative Cases | Active Cases | Incidence Rate | Case-Fatality Ratio | Testing Rate

188

countries/regions

Lancet Inf Dis Article: [Here](#), Mobile Version: [Here](#), Data sources: [Full list](#), Downloadable database: [GitHub](#), [Feature Layer](#), Lead by JHU CSSE, Technical Support: [Esri Living Atlas team](#) and [JHU APL](#), Financial Support: [JHU](#), [NSF](#), [Bloomberg Philanthropies](#) and [Stavros Niarchos Foundation](#), Resource support: [Slack](#), [Github](#) and [AWS](#). Click [here](#) to **donate** to the CSSE dashboard team, and other JHU COVID-19 Research Efforts. [FAQ](#). Read more in this [blog](#). [Contact US](#).

Cases and Death counts include confirmed and probable (where reported).

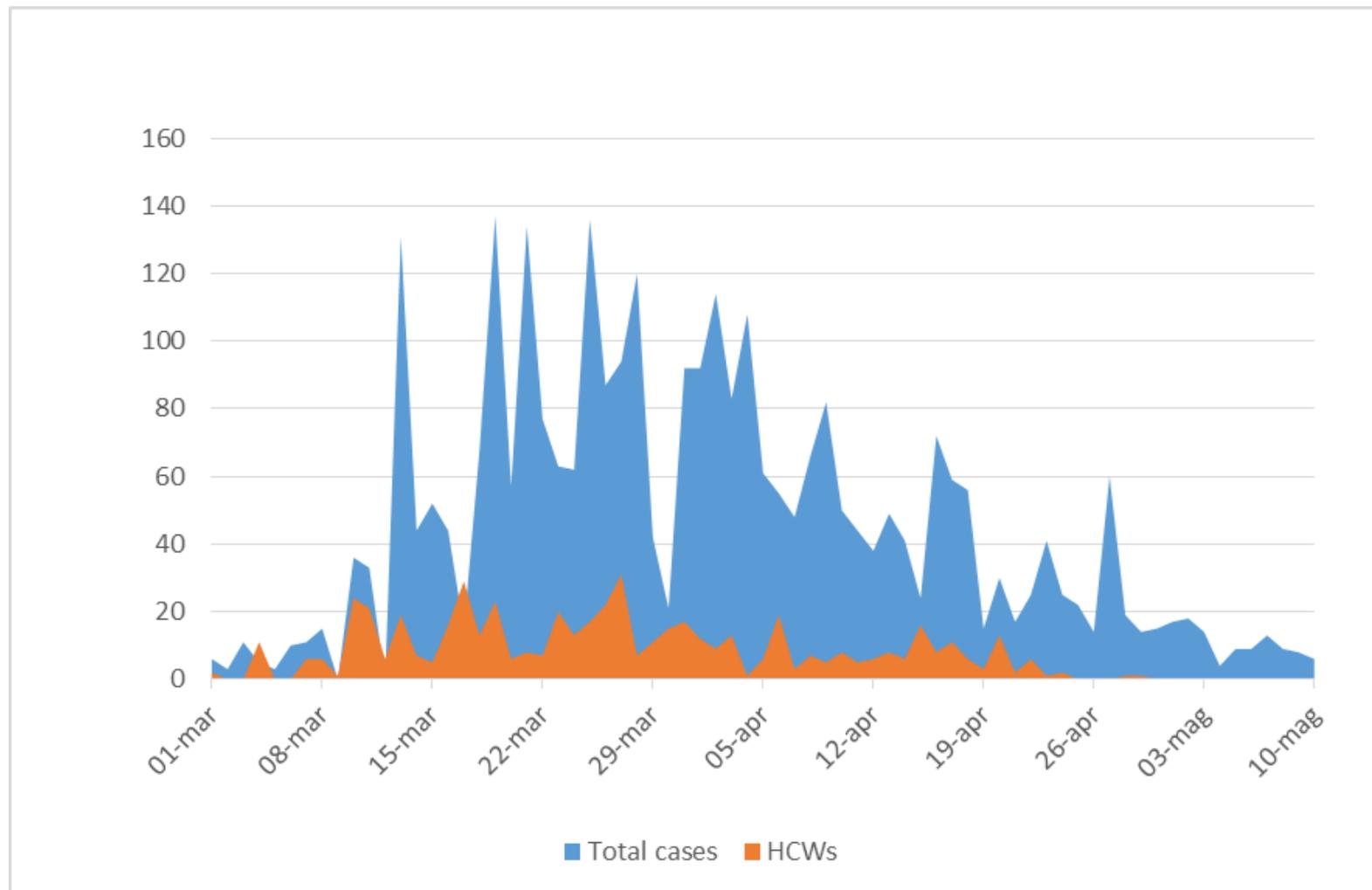
Daily Cases

350k, 300k, 250k, 200k, 150k, 100k, 50k, 0

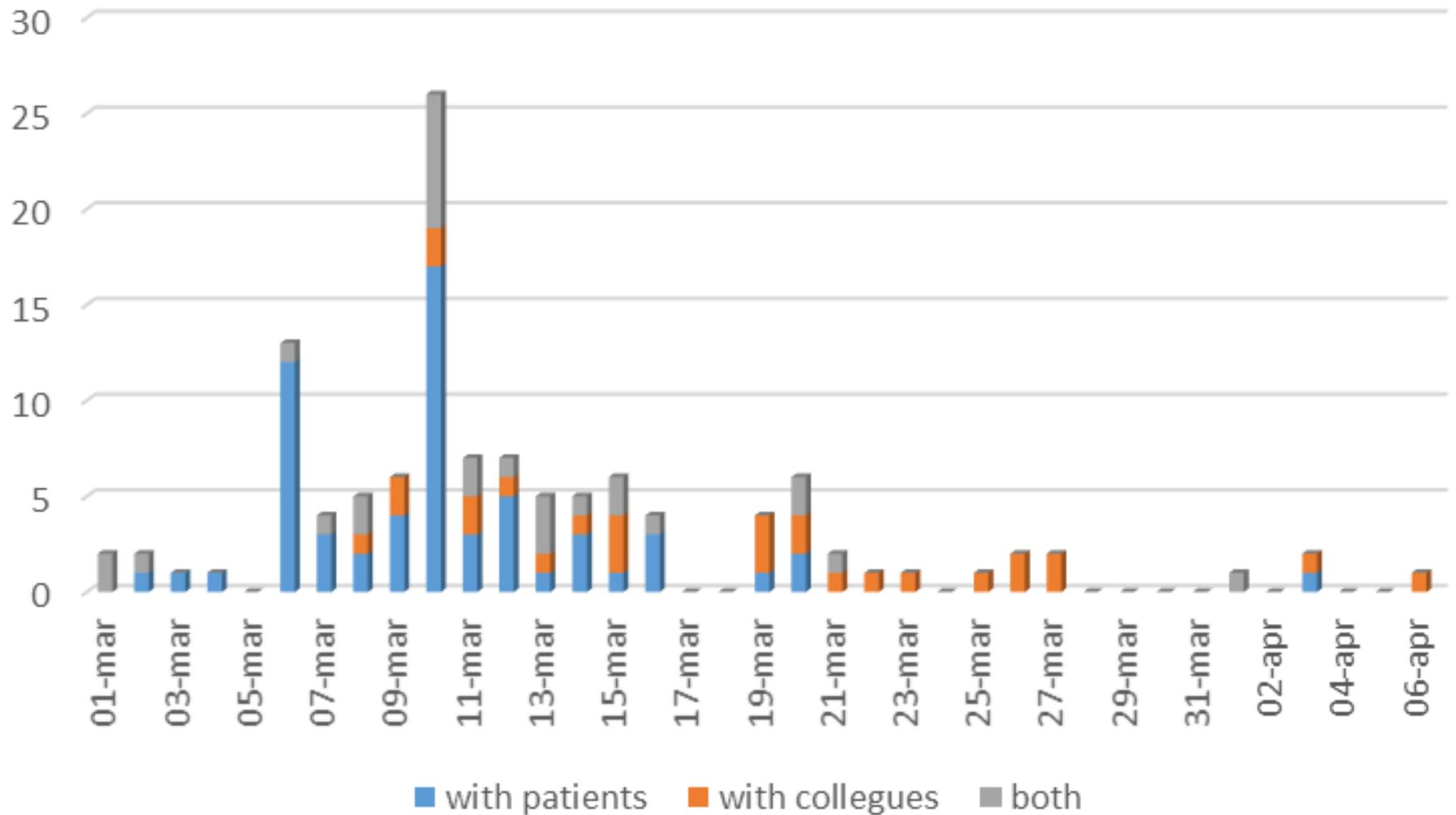
mar, mag, lug, set

IT 18:41 14/09/2020

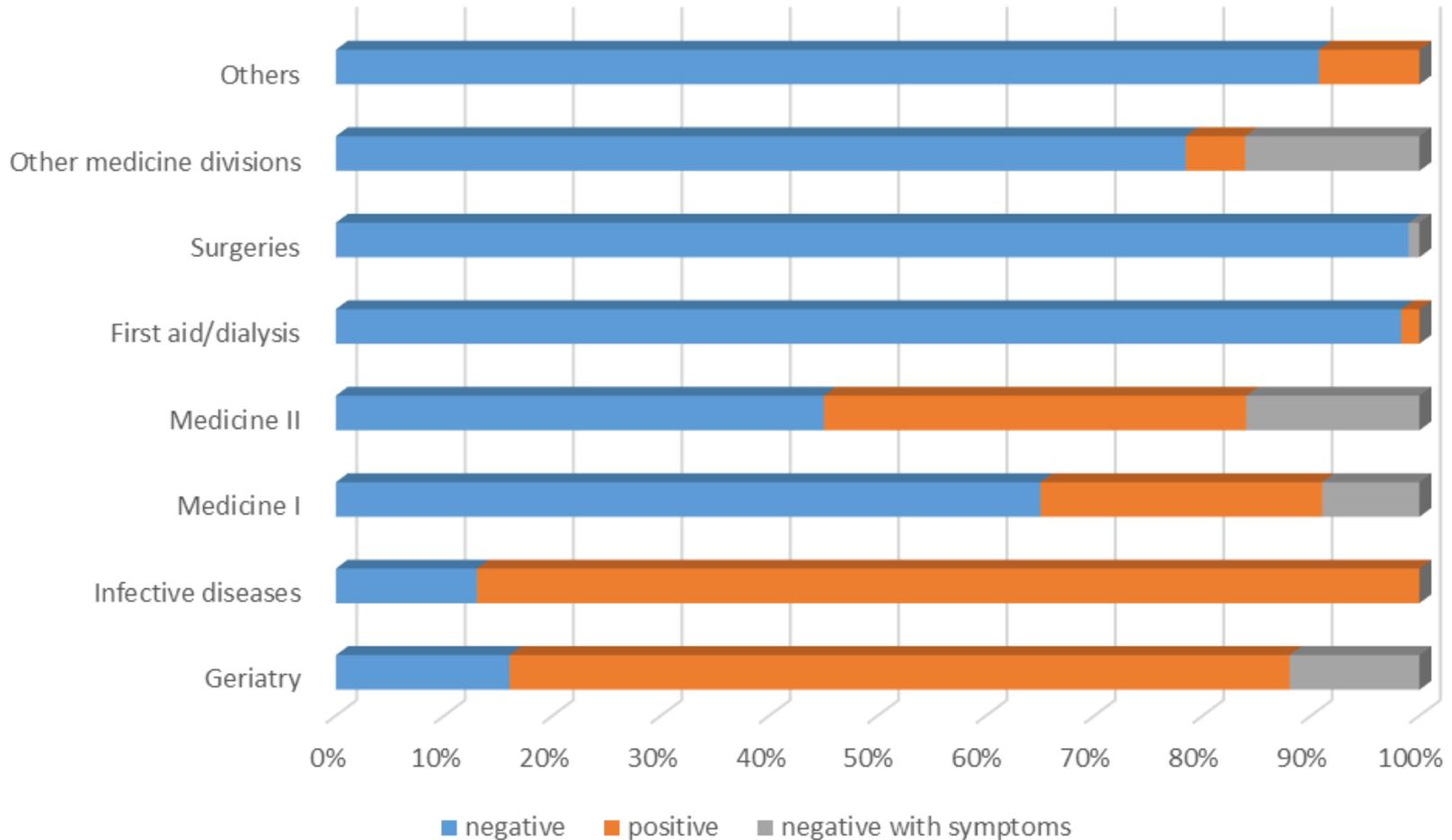
Durante il lock down 2020



Number of contacts



Covid-19 diffusion in hospital after contacts



<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 12, 2021

VOL. 385 NO. 7

Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant

Jamie Lopez Bernal, F.F.P.H., Ph.D., Nick Andrews, Ph.D., Charlotte Gower, D.Phil., Eileen Gallagher, Ph.D., Ruth Simmons, Ph.D., Simon Thelwall, Ph.D., Julia Stowe, Ph.D., Elise Tessier, M.Sc., Natalie Groves, M.Sc., Gavin Dabrera, M.B., B.S., F.F.P.H., Richard Myers, Ph.D., Colin N.J. Campbell, M.P.H., F.F.P.H., Gayatri Amirthalingam, M.F.P.H., Matt Edmunds, M.Sc., Maria Zambon, Ph.D., F.R.C.Path., Kevin E. Brown, M.R.C.P., F.R.C.Path., Susan Hopkins, F.R.C.P., F.F.P.H., Meera Chand, M.R.C.P., F.R.C.Path., and Mary Ramsay, M.B., B.S., F.F.P.H.

BACKGROUND

The B.1.617.2 (delta) variant of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), the virus that causes coronavirus disease 2019 (Covid-19), has contributed to a surge in cases in India and has now been detected across the globe, including a notable increase in cases in the United Kingdom. The effectiveness of the BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccines against this variant has been unclear.

METHODS

We used a test-negative case-control design to estimate the effectiveness of vaccination against symptomatic disease caused by the delta variant or the predominant strain (B.1.1.7, or alpha variant) over the period that the delta variant began circulating. Variants were identified with the use of sequencing and on the basis of the spike (S) gene status. Data on all symptomatic sequenced cases of Covid-19 in England were used to estimate the proportion of cases with either variant according to the patients' vaccination status.

Table 2. Vaccine Effectiveness against the Alpha Variant or S Target–Negative Status and the Delta Variant or S Target–Positive Status, According to Dose and Vaccine Type.*

Vaccination Status	Test-Negative Status		<u>Alpha Variant or S Target–Negative Status</u>		<u>Delta Variant or S Target–Positive Status</u>		Adjusted Vaccine Effectiveness (95% CI) %
	Controls	Cases	Case:Control Ratio	Adjusted Vaccine Effectiveness (95% CI) %	Cases	Case:Control Ratio	
	no.	no.			no.		
Unvaccinated	96,371	7313	0.076	Reference	4043	0.042	Reference
Any vaccine							
Dose 1	51,470	2226	0.043	48.7 (45.5–51.7)	1493	0.029	30.7 (25.2–35.7)
Dose 2	23,993	143	0.006	87.5 (85.1–89.5)	340	0.014	79.6 (76.7–82.1)
<u>BNT162b2 vaccine</u>							
Dose 1	8,641	450	0.052	47.5 (41.6–52.8)	137	0.016	35.6 (22.7–46.4)
Dose 2	15,749	49	0.003	93.7 (91.6–95.3)	122	0.008	88.0 (85.3–90.1)
<u>ChAdOx1 nCoV-19 vaccine</u>							
Dose 1	42,829	1776	0.041	48.7 (45.2–51.9)	1356	0.032	30.0 (24.3–35.3)
Dose 2	8,244	94	0.011	74.5 (68.4–79.4)	218	0.026	67.0 (61.3–71.8)

* The adjusted analysis of vaccine effectiveness was adjusted for period (calendar week), travel history, race or ethnic group, sex, age, index of multiple deprivation, clinically extremely vulnerable group, region, history of positive test, health or social care worker, and care home residence. CI denotes confidence interval.

✓ Glossario e definizioni (I)

LE PAROLE CHIAVE DELL'EPIDEMIA:

<https://www.iss.it/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=5206>

➤ **Focolaio epidemico**

Si parla di focolaio epidemico quando una malattia infettiva provoca un aumento nel numero di casi rispetto a quanto atteso all'interno di una comunità o di una regione ben circoscritta, come sta accadendo in questi giorni in alcune aree del Nord Italia con il SARS-CoV-2. Per individuare l'origine di un focolaio è necessario attivare un'indagine epidemiologica dell'infezione tracciando una mappa degli spostamenti delle persone colpite.

➤ **Pandemia**

La pandemia è la diffusione di una malattia in più continenti o comunque in vaste aree del mondo. L'OMS definisce cinque fasi di una pandemia: in ordine la fase interpandemica, la fase di allerta, la fase pandemica, la fase di transizione prima di ritornare alla fase interandemica. La fase pandemica è caratterizzata da una trasmissione alla maggior parte della popolazione. Al momento secondo l'Oms quella da SARS-CoV-2 non è una pandemia.

✓ Glossario e definizioni (II)

➤ **Soggetto “asintomatico”**

È un soggetto che, nonostante sia affetto da una malattia, non presenta alcun sintomo apparente. Esiste un periodo chiamato “incubazione” in cui una malattia infettiva è già presente senza mostrare alcun sintomo: l’incubazione è quindi “asintomatica” e termina quando il paziente avverte i primi sintomi, momento in cui la malattia da “asintomatica” diventa “sintomatica “.Una malattia può rimanere asintomatica per periodi brevi o lunghi; alcune malattie possono rimanere asintomatiche per sempre. La presenza di pazienti asintomatici affetti da coronavirus sembra possibile anche nel caso del SARS-CoV-2, tuttavia, secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, le persone sintomatiche sono attualmente la causa più frequente di diffusione del virus. (fonte Oms)



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

✓ Glossario e definizioni (III)

IN PROGRESS.....

➤ “Contatto stretto”

Il contatto stretto di un caso possibile o confermato è definito come:

1. una persona che vive nella **stessa casa** di un caso di COVID-19;
2. una persona che ha avuto un **contatto fisico** diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
3. una persona che ha avuto un **contatto diretto non protetto con le secrezioni** di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
4. una persona che ha avuto un **contatto diretto** (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, **a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti**;
5. una persona che si è trovata in **un ambiente chiuso** (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) **con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri**;
6. **un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta** ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 **senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei**;
7. **una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione**, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Sulla base dell'Ordinanza “Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19” del 21 febbraio 2020, le Autorità sanitarie territorialmente competenti devono applicare ai contatti stretti di un caso confermato la misura della quarantena con sorveglianza attiva, per quattordici giorni



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

✓ Glossario e definizioni (IV)

IN PROGRESS...

Caso sospetto di COVID 19 che richiede esecuzione di test diagnostico

Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) che richiede o meno il ricovero ospedaliero

E

che soddisfi almeno uno dei seguenti criteri epidemiologici (riferiti al periodo di tempo dei 14 giorni precedenti la comparsa dei segni e dei sintomi):

- essere un **contatto stretto** di un caso confermato o probabile di COVID-19
- oppure**
- essere stato **in zone con presunta trasmissione comunitaria** (diffusa o locale)*.

In presenza di soggiorno in zone con presunta trasmissione comunitaria si distinguono due scenari:

- una persona con infezione respiratoria acuta, che richieda o meno il ricovero in ospedale e che ritorni da aree con presunta trasmissione comunitaria diffusa* soddisfa i criteri per l'esecuzione del test;
- una persona con infezione respiratoria acuta, che richieda o meno il ricovero in ospedale e che ritorni da aree con presunta trasmissione comunitaria locale* o a bassa intensità necessita di valutazione clinica caso per caso, basata sulla situazione epidemiologica nazionale. Per l'esecuzione del test tenere conto del "*Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test diagnostico*" elaborato dal Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità.

* <https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-community-transmission-2019-ncov>

✓ Glossario e definizioni (V)



IN PROGRESS.....

➤ **Caso probabile**

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

➤ **Caso confermato**

Un caso con una conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.



✓ Glossario e definizioni (VI)

➤ Quarantena

È un periodo di isolamento e di osservazione di durata variabile al quale vengono sottoposte persone che potrebbero portare con sé germi responsabili di malattie infettive. L'origine del termine quarantena si riferisce alla durata originaria di quaranta giorni, che in passato si applicava rigorosamente soprattutto a chi proveniva dal mare. Oggi, il tempo indicato per la quarantena è stato ridotto e varia a seconda delle varie malattie infettive, in particolare relativamente al periodo d'incubazione identificato per quella malattia infettiva. Per il coronavirus la misura della quarantena, con sorveglianza attiva, è stata fissata a **14 giorni**, e si applica agli individui che abbiano avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva COVID-19. (Ordinanza del Ministro della Salute, Gazzetta Ufficiale 22 febbraio 2020, immediatamente in vigore.)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/02/22/44/sg/pdf>



CS 314937-E 02/05/2020



2019-nCoV: What the public should do

The goal of CDC's aggressive ongoing public health response is to prevent spread of 2019-nCoV in in the United States.



Ministero della Salute

DECRETO-LEGGE 23 febbraio 2020, n. 6

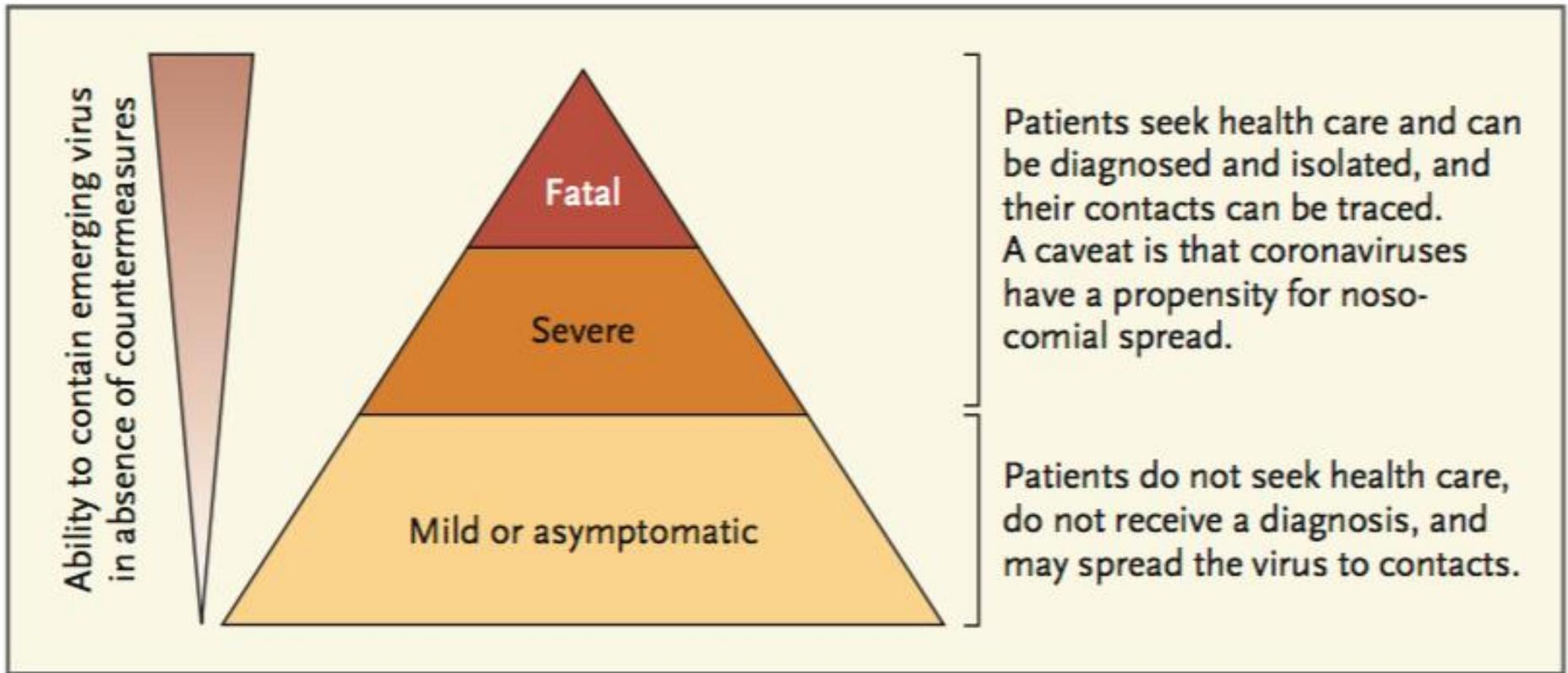
Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00020)

Art. 1

Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19.

1. Allo scopo di evitare il diffondersi del COVID-19, nei comuni o nelle aree nei quali risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione o comunque nei quali vi e' un caso non riconducibile ad una persona proveniente da un'area gia' interessata dal contagio del menzionato virus, le autorità competenti sono tenute ad adottare ogni misura di contenimento e gestione adeguata e proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica.

Sars CoV-2-2019: Outbreak Containment



Surveillance Pyramid and Its Relation to Outbreak Containment.

The proportion of mild and asymptomatic cases versus severe and fatal cases is currently unknown for 2019-nCoV — a knowledge gap that hampers realistic assessment of the virus's epidemic potential and complicates the outbreak response.

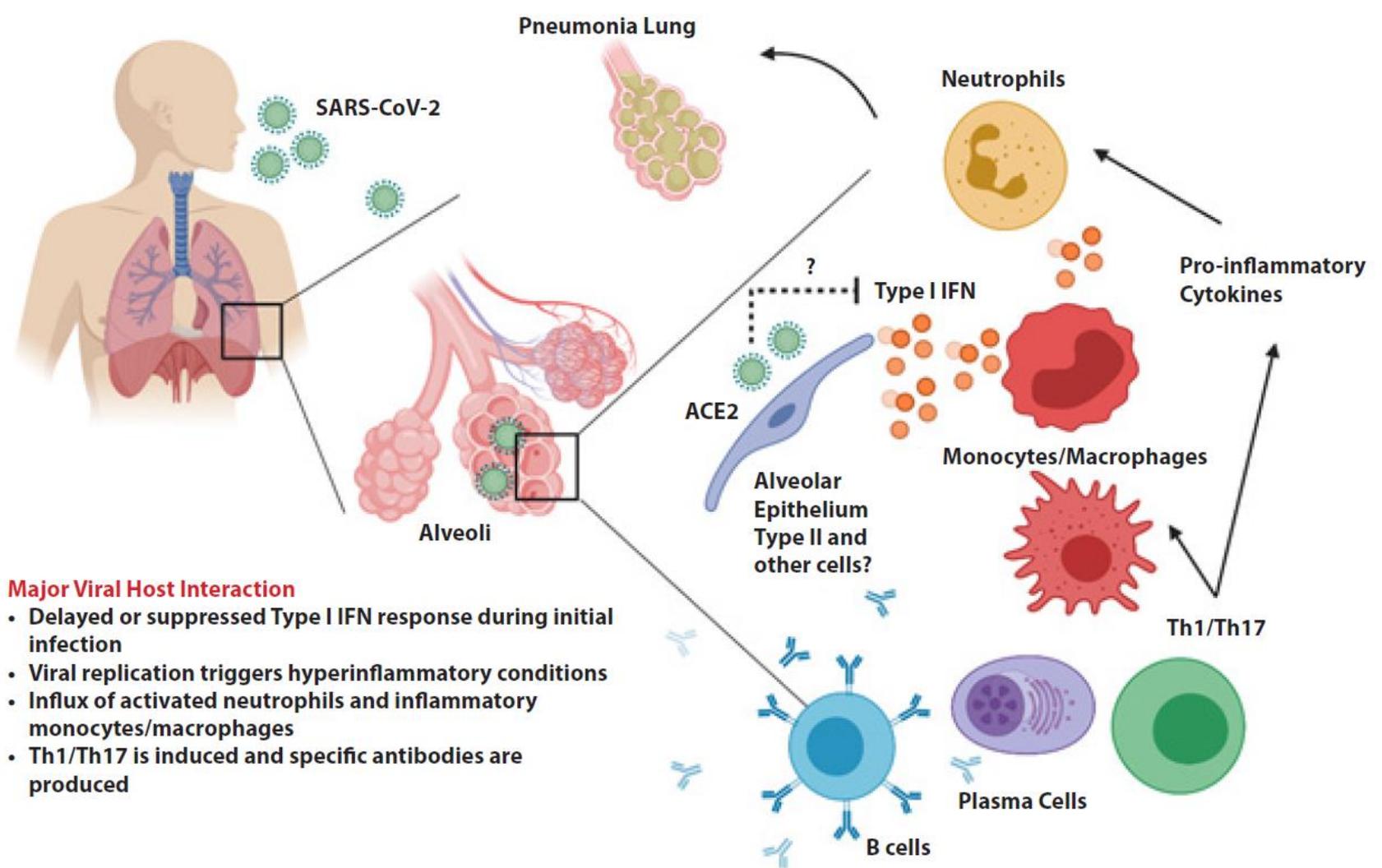


Figure 2. Proposed host immune responses during SARS-CoV-2 infection

Aerosolized uptake of SARS-CoV-2 leads to infection of ACE2 expressing target cells such as alveolar type 2 cells or other unknown target cells. Virus may dampen anti-viral IFN responses resulting in uncontrolled viral replication. The influx of neutrophils and monocytes/macrophages results in hyperproduction of pro-inflammatory cytokines. The immunopathology of lung may be the result of the “cytokine storms”. Specific Th1/Th17 may be activated and contributes to exacerbate inflammatory responses. B cells/plasma cells produce SARS-CoV-2 specific antibodies that may help neutralize viruses. The question marks indicated events that are still speculative or unknown. Figure is made with biorender (<https://biorender.com/>).



*Asian Pacific Journal of
Allergy and Immunology*

REVIEW ARTICLE

Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic

Eakachai Prompetchara,^{1,2,3} Chutitorn Ketloy,^{1,2} Tanapat Palaga^{4,5}

SARS-CoV infection induces seroconversion as early as day 4 after onset of disease and was found in most patients by 14 days. Long lasting specific IgG and neutralizing antibody are reported as long as 2 years after infection.³³ For MERS-CoV infection, seroconversion is seen at the second or third week of disease onset. For both types of coronavirus infections, delayed and weak antibody response are associated with severe outcome.³² A limited serology details of SARS-CoV-2 was reported. In a preliminary study, one patient showed peak specific IgM at day 9 after disease onset and the switching to IgG by week 2.²⁵ Interestingly, sera from 5 patients of confirmed COVID-19 show some cross-reactivity with SARS-CoV, but not other coronavirus. Furthermore, all sera from patients were able to neutralize SARS-CoV-2 in an *in vitro* plaque assay, suggesting a possible successful mounting of the humoral responses.²⁵ Whether the kinetic/titer of specific antibody correlates with disease severity remains to be investigated.

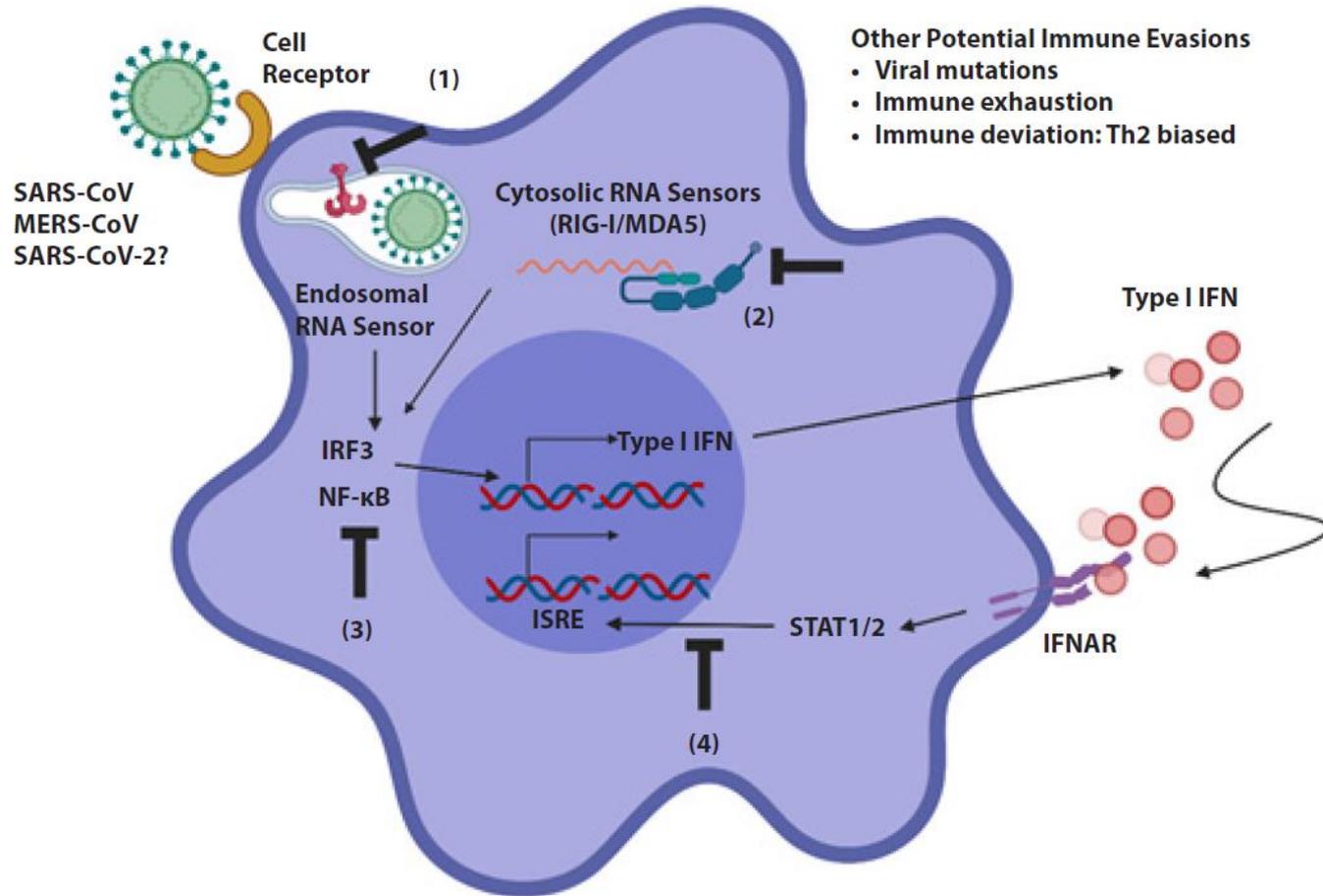


Figure 3. Potential immune evasion mechanisms shared by SARS-CoV, MERS-CoV and SARS-CoV-2.

Coronaviruses interfere with multiple steps during initial innate immune response, including RNA sensing (1 and 2), signaling pathway of type I IFN production (3), STAT1/2 activation downstream of IFN/IFNAR (4) as indicated by suppressive marks. This delayed or dampening type I IFN responses impinge upon adaptive immune activation. Prolonged viral persistence exacerbates inflammatory responses that may lead to immune exhaustion and immune suppression as a feedback regulatory mechanism. Biased Th2 type response also favors poor outcome of the disease.

Definire le priorità per orientare gli sforzi

Gli obiettivi strategici identificati dall'OMS in quest'ambito sono:

- • Limitare la trasmissione da uomo a uomo inclusa la riduzione delle infezioni secondarie tra contatti stretti e operatori sanitari, prevenendo gli eventi con effetto di amplificazione della trasmissione e impedendo ulteriore diffusione del virus dalla Cina*;
- • Identificare, isolare e fornire assistenza ai pazienti, compresa l'ottimizzazione delle cure per i pazienti infetti;
- • Identificare e ridurre la trasmissione da fonte animale;
- • Affrontare le criticità relative alla gravità clinica dei casi, all'entità della trasmissione e dell'infezione, alle opzioni di trattamento e all'ottimizzazione delle tempistiche della diagnostica e al loro relativo sviluppo in parallelo all'identificazione di terapie e vaccini efficaci;
- • Comunicare informazioni critiche sui rischi e sull'avvicinarsi degli eventi a tutte le comunità al fine di contrastare la disinformazione;
- • Ridurre al minimo l'impatto sociale ed economico attraverso approcci combinati tra le Istituzioni

*A tal fine viene favorita l'implementazione di misure combinate e poli-disciplinari di sanità pubblica, quali l'identificazione rapida dei casi, la diagnosi e la gestione dei casi, l'identificazione e il *follow-up* dei contatti, la prevenzione e il controllo delle infezioni nei contesti sanitari, l'attuazione di misure sanitarie per i viaggiatori, la sensibilizzazione della popolazione e la comunicazione del rischio.

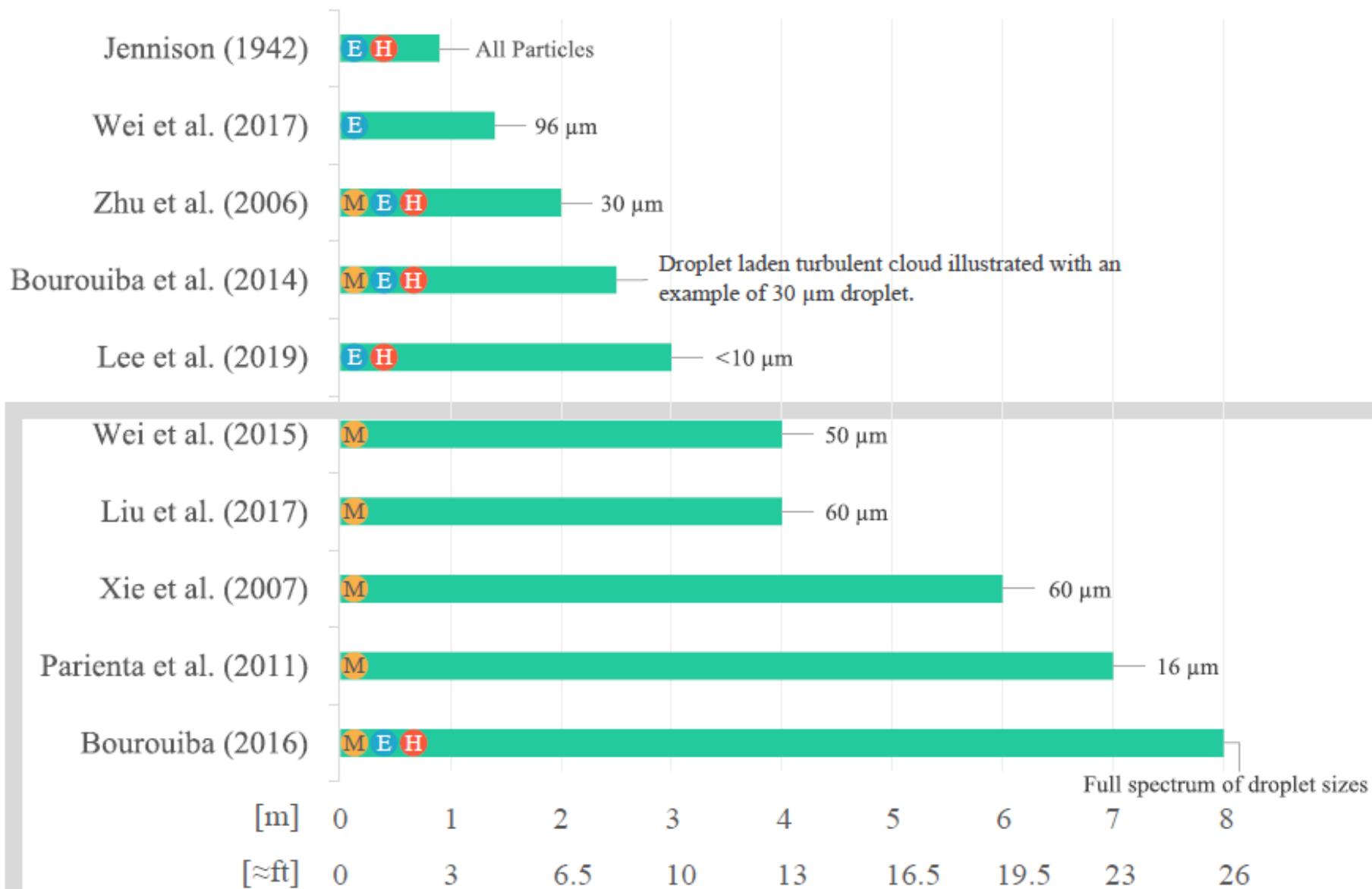
Trasmissione

https://www.youtube.com/watch?v=_DdHLS-MIQ

<https://www.youtube.com/watch?v=pJ8PuUrOUAY>

Airborne or droplet precautions for health workers treating COVID-19?

Experimental studies; H: Human subjects



We found that the evidence base for current guidelines is sparse, and the available data do not support the 1 - 2 m (\approx 3 - 6 ft) rule of spatial separation.

Of ten studies on horizontal droplet distance, eight showed droplets travel more than 2 m (\approx 6 ft), in some cases more than 8 meters (\approx 26 ft).

Several studies of SARS-CoV-2 support aerosol transmission and one study documented virus at a distance of 4 meters (\approx 13 ft) from the patient.

Moreover, evidence suggests infections cannot neatly be separated into the dichotomy of droplet versus airborne transmission routes.

Available studies also show that SARS-CoV-2 can be detected in the air, 3 hours after aerosolisation.

The weight of combined evidence supports airborne precautions for the occupational health and safety of health workers treating patients with COVID-19.

Fig. 2 Example of enhanced droplet/airborne personal protective equipment incorporating use of powered air purifying respirator (PAPR) for intubation of a simulated patient with 2019-nCoV. Healthcare staff wearing PAPR blower unit with incorporated filter on belt (rear view on left), attached to full hood with hose. Gown and gloves used to avoid droplet or contact contamination. Note that in this case, a fit-tested N95 respirator is being worn under the PAPR hood to protect against inhalation of airborne viral particles during removal of personal protective equipment (PPE), helpful in settings without appropriate individual airborne isolation rooms with anterooms



Can J Anesth/J Can Anesth
<https://doi.org/10.1007/s12630-020-01591-x>



REVIEW ARTICLE/BRIEF REVIEW

Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients
Directives concrètes à l'intention des équipes de soins intensifs et d'anesthésiologie prenant soin de patients atteints du coronavirus 2019-nCoV

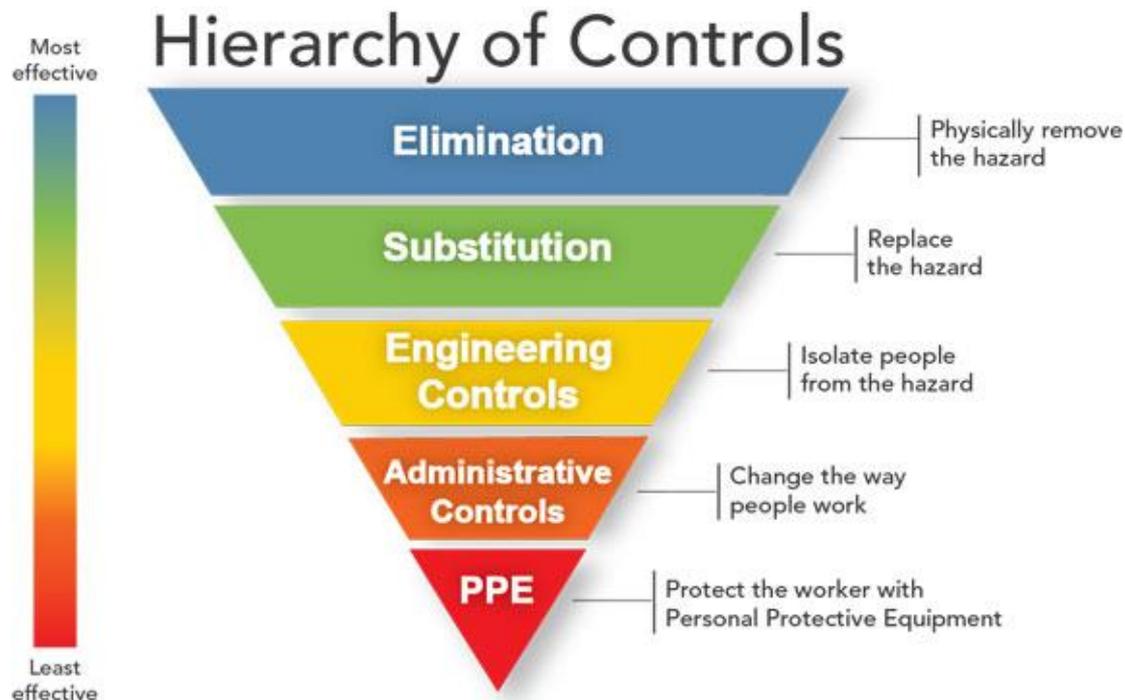
Randy S. Wax, MD, MEd, FRCPC, FCCM · Michael D. Christian, MD, MSc (Public Health), FRCPC, FCCM

✓ **Infection prevention control (IPC)** **contesto sanitario**

Le procedure di controllo delle infezioni, comprese le misure di prevenzione amministrative, i controlli ambientali, le corrette pratiche di lavoro e l'uso appropriato dei dispositivi di protezione individuale (DPI) sono tutte misure che contribuiscono a prevenire la diffusione di infezioni durante l'assistenza di casi sospetti/confermati.

Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) or Persons Under Investigation for COVID-19 in Healthcare Settings

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html>



✓ *Infection prevention control (IPC)*

Norme generali di comportamento e buone prassi da adottare per la popolazione generale (I)

- ❑ Il lavaggio e la disinfezione delle mani sono decisivi per prevenire l'infezione. Le mani vanno lavate con acqua e sapone per almeno 20 secondi. Se non sono disponibili acqua e sapone, è possibile utilizzare anche un disinfettante per mani a base di alcol al 60%. Lavarsi le mani elimina il virus;
- ❑ Mantieni almeno un metro di distanza dalle altre persone, in particolare quando tossiscono o starnutiscono o hanno la febbre, perché il virus è contenuto nelle goccioline di saliva e può essere trasmesso a distanza ravvicinata;
- ❑ Il virus si trasmette principalmente per via respiratoria, ma può entrare nel corpo anche attraverso gli occhi, il naso e la bocca, quindi evita di toccarli con le mani non ben lavate. Le mani, infatti, possono venire a contatto con superfici contaminate dal virus e trasmetterlo al tuo corpo;
- ❑ Se hai un'infezione respiratoria acuta, evita contatti ravvicinati con le altre persone, tossisci all'interno del gomito o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, indossa una mascherina e lavati le mani. Se ti copri la bocca con le mani potresti contaminare oggetti o persone con cui vieni a contatto;
- ❑ Allo stato attuale non ci sono evidenze scientifiche che l'uso dei farmaci antivirali prevenga l'infezione da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2). Gli antibiotici non funzionano contro i virus, ma solo contro i batteri. Il SARS-CoV-2 è, per l'appunto, un virus e quindi gli antibiotici non vengono utilizzati come mezzo di prevenzione o trattamento, a meno che non subentrino co-infezioni batteriche.

✓ *Infection prevention control (IPC)*

Norme generali di comportamento e buone prassi da adottare per la popolazione generale (II)

- ❑ I disinfettanti chimici che possono uccidere il nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) sulle superfici includono disinfettanti a base di candeggina / cloro, solventi, etanolo al 75%, acido peracetico e cloroformio. Il tuo medico e il tuo farmacista sapranno consigliarti;
- ❑ L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di indossare una mascherina solo se sospetti di aver contratto il nuovo coronavirus, e presenti sintomi quali tosse o starnuti, o se ti prendi cura di una persona con sospetta infezione da nuovo coronavirus (viaggio recente in Cina e sintomi respiratori);
- ❑ L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato che le persone che ricevono pacchi dalla Cina non sono a rischio di contrarre il nuovo coronavirus, perché non è in grado di sopravvivere a lungo sulle superfici. A tutt'oggi non abbiamo alcuna evidenza che oggetti, prodotti in Cina o altrove, possano trasmettere il nuovo coronavirus (SARS-CoV-2);
- ❑ Il periodo di incubazione del nuovo coronavirus è compreso tra 1 e 14 giorni. Se sei tornato da un viaggio in Cina da meno di 14 giorni, o sei stato a contatto con persone tornate dalla Cina da meno di 14 giorni, e ti viene febbre, tosse, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, stanchezza chiama il numero verde 1500 del Ministero della Salute per avere informazioni su cosa fare. Indossa una mascherina, se sei a contatto con altre persone, usa fazzoletti usa e getta e lavati bene le mani;
- ❑ Al momento, non ci sono prove che animali da compagnia come cani e gatti possano essere infettati dal virus. Tuttavia, è sempre bene lavarsi le mani con acqua e sapone dopo il contatto con gli animali da compagnia.

✓ **Infection prevention control (IPC)**

**Norme generali di comportamento e buone prassi da adottare per la popolazione generale:
Focus igiene delle mani (I)**



Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

Prevention & Treatment

Lavati spesso le mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi, soprattutto dopo essere andato in bagno; prima di mangiare; e dopo esserti soffiato il naso, dopo aver tossito o starnutito.

Se il sapone e l'acqua non sono prontamente disponibili, utilizzare un disinfettante per le mani a base di alcol con almeno il 60% di alcol. Lavati sempre le mani con acqua e sapone se le mani sono visibilmente sporche.

Particolare attenzione deve essere posta a **superfici con alta densità di esposizione** (ovvero di frequenza di contatto come il maniglione di una porta o di un WC o di ingresso in contesti ad alta densità di popolazione) e a superfici con **alta quantità di esposizione** (intesa in termini temporali come ad esempio un appiglio di un mezzo pubblico o un carrello del supermercato).

[LINK VIDEO WHO – LAVAGGIO MANI CON GEL ALCOLICO:](https://www.youtube.com/watch?v=ZnSjFr6J9HI)

<https://www.youtube.com/watch?v=ZnSjFr6J9HI>



✓ Infection prevention control (IPC)

Norme generali di comportamento e buone prassi da adottare per la popolazione generale: Focus igiene delle mani (II)



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_339_allegato.pdf

Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**

⌚ Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.

frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

⌚ Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi



Bagna le mani con l'acqua



applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

✓ *Infection prevention control (IPC)*

**Norme generali di comportamento e buone prassi da adottare per la popolazione generale:
Norme di buona igiene respiratoria / *cough etiquette***

Respiratory Hygiene/Cough Etiquette



Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

Le seguenti misure per contenere le secrezioni respiratorie sono raccomandate per tutti gli individui con segni e sintomi di un'infezione respiratoria.

- ❖ Copri la bocca e il naso con un fazzoletto quando tossisci o starnutisci;
- ❖ Utilizzare il contenitore per rifiuti più vicino per smaltire il tessuto dopo l'uso;
- ❖ Eseguire l'igiene delle mani (es., lavaggio delle mani con acqua e sapone, frizione con liquido a base di alcol) dopo aver avuto contatto con secrezioni respiratorie e oggetti / materiali contaminati

<https://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm>

ECDC TECHNICAL REPORT

Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19

February 2020

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings>

Scope of this document:

This document provides support to healthcare workers managing suspected or confirmed cases of novel coronavirus 2019 (COVID-19). The general objectives of the document are:

- to present the minimal set of personal protective equipment (PPE) required for managing suspected or confirmed COVID-19 cases;
- to make healthcare workers aware of the critical aspects of the donning and doffing of PPE; and
- to strengthen occupational safety in healthcare workers for patients suspected of, or confirmed with, COVID-19.

This document is based on current COVID-19 knowledge and PPE best practices.

ECDC will update this document based on the evolving situation and if new relevant information arises.

Table 1. Minimal composition of a set of PPE for the management of suspected or confirmed cases of COVID-19

Protection	Suggested PPE
Respiratory protection	FFP2 or FFP3 respirator (valved or non-valved version)*
Eye protection	Goggles (or face shield)
Body protection	Long-sleeved water-resistant gown
Hand protection	Gloves

* In case of shortage of respirators, the use of face masks (surgical or procedural masks) is recommended. When this type of PPE is used, the limitations and risks connected to its use should be assessed on a case-by-case basis.

Respiratory protection

The respirator protects from the inhalation of droplets and particles. Because different types of respirators fit differently between users, the respirator requires a fitting test.

ECDC suggests the use of class 2 or 3 filtering face-piece (FFP) respirators (FFP2 or FFP3) when assessing a suspected case or managing a confirmed case. A FFP3 respirator should be always used when performing aerosol-generating procedures.

Face masks (surgical masks) mainly protect from exhaled droplets; their use is recommended in case of shortage of respirators and on a case-by-case assessment. Surgical masks do not require fit testing.

✓ *Infection prevention control (IPC)*

**Norme generali di comportamento e buone prassi da adottare per la popolazione generale:
*Indicazioni e modalità d'utilizzo della mascherina chirurgica***



Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks

When to use a mask

- If you are healthy, you only need to wear a mask if you are taking care of a person with suspected 2019-nCoV infection.
- Wear a mask if you are coughing or sneezing.
- Masks are effective only when used in combination with frequent hand-cleaning with alcohol-based hand rub or soap and water.
- If you wear a mask, then you must know how to use it and dispose of it properly.

[LINK VIDEO WHO – Come indossare, usare, togliere e smaltire una mascherina](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks)

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

Minimize Chance for Exposures

Take steps to ensure all persons with symptoms of suspected COVID-19 or other respiratory infection (e.g., fever, cough) adhere to respiratory hygiene and cough etiquette, hand hygiene, and triage procedures throughout the duration of the visit. **Consider posting visual alerts (e.g., signs, posters) at the entrance and in strategic places (e.g., waiting areas, elevators, cafeterias) to provide patients and HCP with instructions** (in appropriate languages) about hand hygiene, respiratory hygiene, and cough etiquette. Instructions should include how to use facemasks or tissues to cover nose and mouth when coughing or sneezing, to dispose of tissues and contaminated items in waste receptacles, and how and when to perform hand hygiene.

Identify a separate, well-ventilated space that allows waiting patients to be separated by 6 or more feet, with easy access to respiratory hygiene supplies.

Implement triage procedures to detect persons under investigation for COVID-19 during or before patient triage or registration.

Inform infection prevention and control services, local and state public health authorities, and other healthcare facility staff as appropriate about the presence of a person under investigation for COVID-19.

Patient Placement (I)

Place a patient with known or suspected COVID-19 in an AIIR Airborne Infection Isolation Rooms.

AIIRs are single patient rooms at negative pressure relative to the surrounding areas, and with a minimum of 6 air changes per hour (12 air changes per hour are recommended for new construction or renovation). Air from these rooms should be exhausted directly to the outside or be filtered through a high-efficiency particulate air (HEPA) filter before recirculation.

Room doors should be kept closed except when entering or leaving the room, and entry and exit should be minimized. Facilities should monitor and document the proper negative-pressure function of these rooms.

If an AIIR is not available, patients who require hospitalization should be transferred as soon as is feasible to a facility where an AIIR is available. If the patient does not require hospitalization they can be discharged to home (in consultation with state or local public health authorities) if deemed medically and socially appropriate. Pending transfer or discharge, place a facemask on the patient and isolate him/her in an examination room with the door closed. Ideally, the patient should not be placed in any room where room exhaust is recirculated within the building without HEPA filtration.

Once in an AIIR, the patient's facemask may be removed. Limit transport and movement of the patient outside of the AIIR to medically-essential purposes. **When not in an AIIR (e.g., during transport or if an AIIR is not available), patients should wear a facemask to contain secretions.**

Patient Placement (II)

Use dedicated or disposable noncritical patient-care equipment (e.g., blood pressure cuffs). **If equipment will be used for more than one patient, clean and disinfect such equipment before use on another patient according to manufacturer's instructions.**

HCP entering the room soon after a patient vacates the room should use respiratory protection.

Standard practice for pathogens spread by the airborne route (e.g., measles, tuberculosis) is to **restrict unprotected individuals, including HCP, from entering a vacated room until sufficient time has elapsed for enough air changes to remove potentially infectious particles.**

We do not yet know how long COVID-19 remains infectious in the air. In the interim, it is reasonable to apply a similar time period before entering the room without respiratory protection as used for pathogens spread by the airborne route (e.g., measles, tuberculosis). In addition, the room should undergo appropriate cleaning and surface disinfection before it is returned to routine use.

Review

Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents

G. Kampf^{a,*}, D. Todt^b, S. Pfaender^b, E. Steinmann^b

^a *University Medicine Greifswald, Institute for Hygiene and Environmental Medicine, Ferdinand-Sauerbruch-Straße, 17475 Greifswald, Germany*

^b *Department of Molecular and Medical Virology, Ruhr University Bochum, Universitätsstrasse 50, 44801 Bochum, Germany*

ARTICLE INFO

Article history:

Received 31 January 2020

Accepted 31 January 2020

Available online xxx

The analysis of 22 studies reveals that **human coronaviruses** such as Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) coronavirus, Middle East Respiratory Syndrome (MERS) coronavirus or endemic human coronaviruses (HCoV) **can persist on inanimate surfaces like metal, glass or plastic for up to 9 days, but can be efficiently inactivated by surface disinfection procedures with 62-71% ethanol, 0.5% hydrogen peroxide or 0.1% sodium hypochlorite within 1 minute.** Other biocidal agents such as 0.05-0.2% benzalkonium chloride or 0.02% chlorhexidine digluconate are less effective. **As no specific therapies are available for SARS-CoV-2, early containment and prevention of further spread will be crucial to stop the ongoing outbreak and to control this novel infectious thread.**

Procedure ad aumentato rischio

Procedure generanti aerosol

Alcune procedure eseguite su pazienti con COVID-19 potrebbero generare aerosol, **(es., induzione dell'espettorato, aspirazione di secreti delle vie respiratorie).**

È raccomandato eseguire queste procedure in un AIIR. Il personale dovrebbe usare tutti i DPI raccomandati e attenersi alle relative procedure per il loro corretto utilizzo. **Limitare il numero di operatori sanitari** presenti durante la procedura solo a quelli essenziali per la cura/assistenza del paziente e il supporto procedurale. Igienizzare e disinfettare prontamente le superfici dell'ambiente.

Raccolta di campioni respiratori

La raccolta di campioni respiratori (es., tampone rinofaringeo) può indurre tosse o starnuti. Gli operatori presenti durante la procedura dovrebbero essere ridotti al minimo necessario all'esecuzione della procedura.

Gli operatori sanitari che raccolgono campioni per l'identificazione di SARS-CoV-2 da pazienti con COVID-19 noto o sospetto devono aderire alle precauzioni standard, per contatto e per droplet, incluso l'utilizzo degli occhiali di protezione.

Queste procedure dovrebbero svolgersi in un AIIR o in locali con porte chiuse.

Dispositivi di protezione individuale I

Guanti

Eseguire l'igiene delle mani, quindi **indossare guanti monouso non sterili (nitrile / vinile) all'ingresso nella stanza** del paziente o nell'area di cura/assistenza. Sostituire i guanti se strappati o contaminati. **Rimuovere e gettare i guanti all'uscita dalla stanza del paziente o dall'area di cura/assistenza ed eseguire immediatamente l'igiene delle mani.**

Indumenti

Indossare un indumento (es., camice impermeabile monouso a maniche lunghe) all'ingresso nella stanza del paziente o nell'area di cura/assistenza. Rimuovere e smaltire l'indumento in un contenitore dedicato **prima di lasciare la stanza** del paziente o l'area di cura/assistenza. Gli indumenti monouso devono essere eliminati dopo l'utilizzo. Gli indumenti di stoffa devono essere lavati dopo ogni utilizzo.

Protezione per gli occhi

Indossare una protezione per gli occhi (ad es. **occhiali protettivi, visiera monouso che copra la parte anteriore e i lati del viso) all'entrata nella stanza del paziente o nell'area di cura/assistenza.** Rimuovere il dispositivo **prima di lasciare la stanza** del paziente o l'area di cura/assistenza. La protezione degli occhi riutilizzabile (ad es. occhiali) deve essere igienizzata e disinfettata secondo le istruzioni di ritrattamento del produttore. La protezione monouso, invece, deve essere eliminata dopo l'utilizzo.

Dispositivi di protezione individuale II

Filtranti facciali

Usare un filtrante facciale che sia con certificazione di almeno FFP2/N95 prima dell'ingresso nella stanza del paziente o nell'area di cura/assistenza e in occasione di assistenza a un caso sospetto di COVID-19. Laddove si eseguano procedure generanti aerosol, si raccomanda l'utilizzo di filtrante facciale con certificazione di almeno FFP3/N99.

I filtranti facciali monouso devono essere rimossi e smaltiti dopo aver lasciato la stanza del paziente o l'area di cura/assistenza e dopo aver chiuso la porta. Eseguire l'igiene delle mani dopo aver smaltito il DPI.

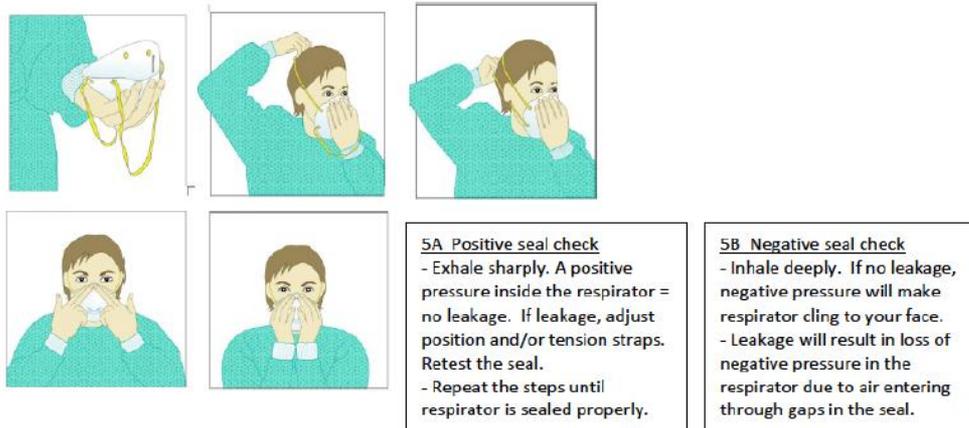
Se vengono utilizzati respiratori riutilizzabili (ad es. respiratore con purificatore d'aria alimentato / PAPR), i dispositivi devono essere igienizzati e disinfettati secondo le istruzioni di ritrattamento del produttore prima del riutilizzo.

Laddove si utilizzino filtranti facciali/respiratori (es., FFP2), il personale deve essere sottoposto a *fit-test* e addestrato al corretto utilizzo, alla rimozione e allo smaltimento in sicurezza degli stessi, nonchè informato circa le controindicazioni mediche all'utilizzo.

Dispositivi di protezione individuale III

L'intervento di formazione e addestramento può avere un impatto positivo anche sul *fit check*, ovvero sul controllo che il lavoratore applica circa il corretto utilizzo e posizionamento del filtrante facciale. Le metodiche identificate per il *fit check* sono definite a pressione positiva e a pressione negativa: se il soggetto che indossa il filtrante avverte la fuoriuscita di aria intorno alla guarnizione del dispositivo durante l'espirazione o se il respiratore non viene aspirato verso il viso durante l'inspirazione, il *check* non ha avuto esito positivo e risulta pertanto di minor efficienza. Questa tipologia di controllo non rappresenta un valido strumento per la sostituzione del *fit-test*, tuttavia rappresenta un metodo fruibile e riproducibile che può rappresentare uno spunto per la valutazione del filtrante facciale utilizzato.

N95 Mask Fitting – Do a seal check before you enter the room!



Facial Hairstyles and Filtering Facepiece Respirators



*If your respirator has an exhalation valve, some of these styles may interfere with the valve working properly if the facial hair comes in contact with it.
 This graphic may not include all types of facial hairstyles. For any style, hair should not cross under the respirator sealing surface.
 Source: OSHA Respiratory Protection Standard
https://www.osha.gov/ots/oc1/whsecom/wdosp/flow_doc/whsecomp_safety_standard/rgg_id-12216
 Further Reading: NIOSH Respirator Trusted-Source Webpage
[https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/](https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/https://www.cdc.gov/niosh/npr/)



Centers for Disease Control and Prevention
 National Institute for Occupational Safety and Health

Maschera FFP1

È la maschera meno filtrante tra i 3 tipi. Viene utilizzata principalmente come maschera contro polveri e liquidi senza tossicità particolare (molto efficace per il [fai-da-te](#)): polvere di [carbone](#), [silice](#), [minerali di ferro](#), [zinco](#), [alluminio](#), [cemento](#). Le polveri possono infatti causare malattie polmonari, come [silicosi](#), [antracosi](#), [asbestosi](#) e [siderosi](#). I produttori utilizzano elastici [gialli](#) per identificare questa tipologia.

- Percentuale di filtraggio: **minimo 80%**.
- Percentuale di fuoriuscita verso l'esterno: massimo 22%.[\[19\]](#)

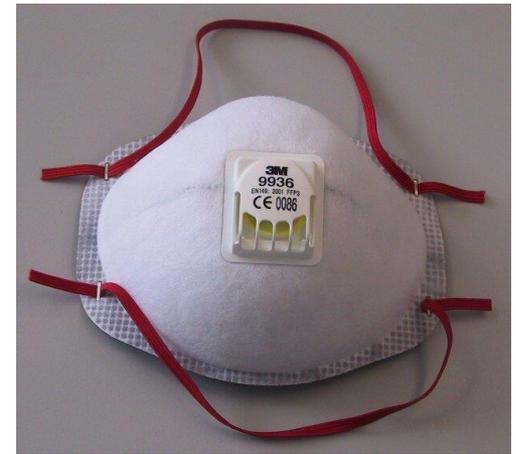
Maschera FFP2

Questa maschera protegge dalle sostanze chimiche in polvere, utile in lavori afferenti a vari settori come l'industria del vetro, la fonderia, l'edilizia, l'industria farmaceutica e l'agricoltura: utilizzata quindi per particelle provenienti da [vernici](#), pitture senza [piombo](#) e superfici metalliche, e per la pulizia di superfici che presentano [funghi](#) e [resine](#). I produttori utilizzano elastici [bianchi](#) o [blu](#) per identificarla.

- Percentuale di filtraggio: **minimo 94%**.
- Percentuale di fuoriuscita verso l'esterno: massimo 8%.^[19]

Questo tipo di mascherina è stata utilizzata per evitare il contagio di agenti patologici dell'influenza ([influenzavirus A](#)), [influenzavirus B](#), [influenza aviaria](#), [coronavirus](#) ([SARS-CoV](#), [MERS-CoV](#), [SARS-CoV-2](#)), [Yersinia pestis](#) e [tubercolosi](#).^[21]

È indicata, infatti, anche per la protezione respiratoria di tutti gli operatori sanitari o delle persone esposte in particolari attività come l'accesso alle stanze in isolamento respiratorio, personale di emergenza e consultazioni per pazienti potenzialmente contagiosi, lavori in aziende e laboratori in cui i micobatteri vengono lavorati e analizzati.^[22]



Maschera FFP3

La maschera FFP3 è la più filtrante: protegge da particelle molto fini come quelle di [amianto](#) o [silice](#) ([asbestosi](#) e [silicosi](#)) ma non i [gas](#) nocivi come quelli emessi dai veicoli urbani ([ossidi di azoto](#) o [monossido di carbonio](#)). I produttori utilizzano elastici [rossi](#) per identificarla.

- Percentuale di filtraggio: minimo 99% per EN 149-FFP3 e 99,95% per EN 143-P3.
- Percentuale di fuoriuscita verso l'esterno: massimo 2%.[\[19\]](#)

https://www.youtube.com/watch?v=Q_uZv-XwKdI&t=231s

<https://www.youtube.com/watch?v=cvllqkCW-mE>

Type of setting	Target personnel in setting	Type of activity	Type of PPE
Healthcare facilities			
Inpatient facilities			
Patient room	Health care workers	Direct care of COVID-19 patient(s)	Medical mask Gown Gloves Eye protection (goggles or face shield)
		Aerosol generating procedures (AGP) on COVID-19 patient(s)	Respirator N95 or FFP2 Gown Gloves Eye protection Apron
	Cleaners	Entering room of COVID-19 patient(s)	Medical mask Gown Heavy duty gloves Eye protection (if risk of splash of organic material or chemicals) Boots or closed work shoes
	Visitors**	Entering the COVID-19 patient room	Medical Mask Gown Gloves
Other areas of patient transit (wards, corridors)	All staff, including health care workers	Any, <u>not involving</u> contact with COVID-19 patient(s)	No PPE required
Triage	Health care workers	Preliminary screening not involving direct contact [§]	Spatial distance of at least 1 meter. No PPE required
	Patients with respiratory symptoms	Any	Spatial distance of at least 1 meter. Medical mask if tolerated
	Patients without respiratory symptoms	Any	No PPE required
Laboratory	Lab technician	Manipulation of respiratory samples	Medical mask Gown Gloves Eye protection (if risk of splash)
Administrative areas	All staff, including health care workers	Administrative tasks without contact with COVID-19 patient(s)	No PPE required

Recommended type of Personal Protective Equipment (PPE) in the context of COVID-19, according to the type of setting, target personnel and type of activity

Outpatient facilities			
Consultation room	Health care workers	Physical examination of patient with respiratory symptoms	Medical mask Gown Gloves Eye protection
	Health care workers	Physical examination of patients without respiratory symptoms	PPE according to standard precautions and risk assessment
	Patients with respiratory symptoms	Any type	Medical mask if tolerated
	Patients without respiratory symptoms	Any	No PPE required
	Cleaners	After/between consultations with patient with respiratory symptoms	Medical mask Gown Heavy duty gloves Eye protection (if risk of splash of organic material or chemicals) Boots or closed work shoes
Waiting room	Patients with respiratory symptoms	Any	Medical mask <i>Immediate placement of person in an isolation room or separate area away from others. If not feasible, spatial distance of at least 1 meter from other patients</i>
	Patients without respiratory symptoms	Any	No PPE required
Administrative areas	All staff, including health care workers	Administrative tasks	No PPE required
Triage	Health care workers	Preliminary screening not involving direct contact [§]	Spatial distance of at least 1 meter No PPE required
	Patients with respiratory symptoms	Any	Spatial distance of at least 1 meter Medical mask if tolerated
	Patients without respiratory symptoms	Any	No PPE required

eISSN: 1975-5937

Open Access



Editorial

J Educ Eval Health Prof 2020; 17:10 • <https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.10>

Jeehp

Journal of Educational Evaluation
for Health Professions

How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case

Sun Huh*

Department of Parasitology and Institute of Medical Education, College of Medicine, Hallym University, Chuncheon, Korea

Table 1. Recommendations for personal protective equipment to be used by health personnel to prevent SARS-CoV-2 infection

Situation or behavior	Respiratory protection			Whole body protection			Eye protection
	Surgical mask	Respirator protector equivalent to N95 or equal level	Powered air-purifying respirator	Disposable glove ^{a)}	Disposable long-arm gown	Whole body protective clothing including slippers	Safety glasses (or face shield)
Quarantine (epidemiological investigation)		R		R		R	R
Screening desk		R		R	R		
Reception and guide for quarantine clinics		R		R	R		
Treatment and nursing care in quarantine clinics		R		R	R	R	R
Transport (ambulance driver) ^{b)}		R		R			
Transport (quarantine officer, health center officer, and emergency medical technicians)		R		R		R	R
Disinfection of ambulance		R		R		R	R
Visiting, treatment, and nursing care for suspected case		R		R	R	R	R
Processes that produce aerosols ^{c)}		R	R	R	R	R	R
Radiological exams		R	R	R	R	R	R
Respiratory sampling		R	R	R	R	R	R
Sample handling (laboratory) ^{d)}		R	R	R	R	R	R
Transport of well-packaged specimens				R			
Transport of cadavers		R		R		R	
Cleaning and disinfection of hospital rooms		R		R	R	R	R
Packaging and handling of medical waste		R		R	R	R	R
Transport of medical waste	R			R	R		

R, recommended.

^{a)}Double gloves should be worn considering the risk of tear of gloves or risk of exposure to infections when conducting medical treatment, nursing care, testing, and cleaning of suspected and confirmed patient areas. ^{b)}If the driver's seat is not shielded or if there is a chance of contact with a suspected or confirmed patient, wear whole body protective clothing, including shoes, KF94 equivalent respirator, and gloves (add safety glasses or face shield if necessary). ^{c)}Processes that produce aerosols include endotracheal intubation, cardiopulmonary resuscitation, bronchoscopy, airway aspiration, tracheostomy care, necropsy, continuous positive air pressure, nebulizer therapy, and induction of sputum discharge. ^{d)}The selection, use, and management of personal protective equipment in specimen handling laboratories shall be following the Laboratory Biosafety Guidelines (Biological Safety Evaluation Division, National Institute of Health, Korea Centers for Diseases Control and Prevention). Wearing a long-arm gown and disposable glove is required to work in the Biosafety desk of class II level [6].

Procedure di vestizione e svestizione - Circolare del Ministero della salute. COVID-2019, nuove indicazioni e chiarimenti

Si raccomandano le seguenti procedure di vestizione/svestizione, rispettando le sequenze di seguito indicate.

Vestizione: nell'anti-stanza/zona filtro:

1. togliere ogni monile e oggetto personale. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
2. controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
3. indossare un primo paio di guanti;
4. indossare sopra la divisa il camice monouso;
5. indossare idoneo filtrante facciale;
6. indossare gli occhiali di protezione;
7. indossare secondo paio di guanti.

Svestizione: nell'anti-stanza/zona filtro:

Regole comportamentali

- evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore nell'area di svestizione;
- decontaminare i DPI riutilizzabili;
- rispettare la sequenza indicata:
 1. rimuovere il camice monouso e smaltirlo nel contenitore;
 2. rimuovere il primo paio di guanti e smaltirlo nel contenitore;
 3. rimuovere gli occhiali e sanificarli;
 4. rimuovere la maschera FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore;
 5. rimuovere il secondo paio di guanti;
 6. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

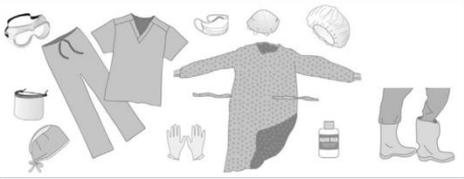
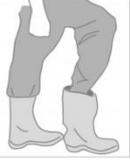
Non sono consentite visite al paziente con COVID-19.

Tutte le persone che debbono venire a contatto con un caso confermato di COVID-19 devono indossare appropriati DPI, devono essere registrate e monitorate per la comparsa di sintomi nei 14 giorni successivi all'ultima visita al caso confermato.

I casi confermati di COVID-19 devono rimanere in isolamento fino alla guarigione clinica che dovrebbe essere supportata da assenza di sintomi e tampone naso-faringeo ripetuto due volte a distanza di 24 ore e risultati negativi per presenza di SARS-CoV-2 prima della dimissione ospedaliera.

Procedure di vestizione e svestizione - WHO

Steps to put on personal protective equipment (PPE)

- Always put on essential required PPE when handling either a suspected, probable or confirmed case of viral haemorrhagic fever.
- The dressing and undressing of PPE should be supervised by another trained member of the team.
- Gather all the necessary items of PPE beforehand. Put on the scrub suit in the changing room.
 
- Put on rubber boots. If not available, make sure you have closed, puncture and fluid resistant shoes and put on overshoes.
 

OR, IF BOOTS UNAVAILABLE


- Place the impermeable gown over the scrubs.
 
- Put on face protection:
 - Put on a medical mask.
 
 - Put on goggles or a face shield.
 

- If available, put a head cover on at this time.
 
- Perform hand hygiene.
 
- Put on gloves* (over cuff).
 
- If an impermeable gown is not available, place waterproof apron over gown.
 

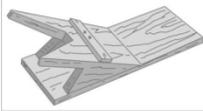
While wearing PPE:

- Avoid touching or adjusting PPE
- Change gloves between patients
- Remove gloves if they become torn or damaged
- Perform hand hygiene before putting on new gloves

* Use **double gloves** if any strenuous activity (e.g. carrying a patient or handling a dead body) or tasks in which contact with blood and body fluids are anticipated. Use **heavy duty/rubber gloves** for environmental cleaning and waste management.



Steps to remove personal protective equipment (PPE)

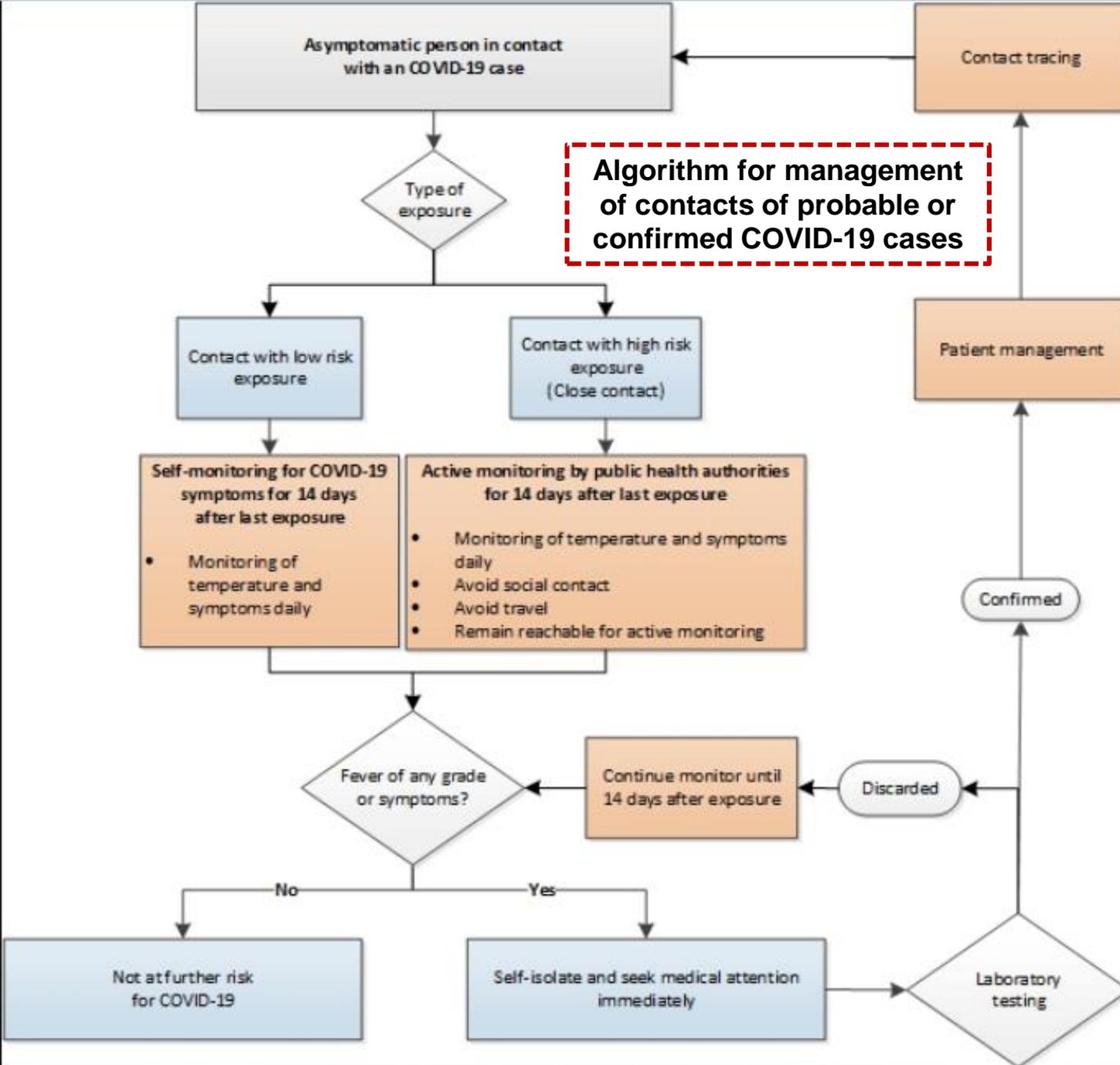
- Remove waterproof apron and dispose of safely. If the apron is to be reused, place it in a container with disinfectant.
 
- If wearing overshoes, remove them with your gloves still on (if wearing rubber boots, see step 4).
 
- Remove gown and gloves and roll inside-out and dispose of safely.
 
- If wearing rubber boots, remove them (ideally using the boot remover) without touching them with your hands. Place them in a container with disinfectant.
 
- Perform hand hygiene.
 
- If wearing a head cover, remove it now (from behind the head).
 
- Remove face protection:
 - Remove face shield or goggles (from behind the head). Place eye protection in a separate container for reprocessing.
 
 - Remove mask from behind the head. When removing mask, untie the bottom string first and the top string next.
 
- Perform hand hygiene.
 

Source: Modified from Clinical Management of Patients with Viral Haemorrhagic Fever: A pocket Guide for the Front-line Health Worker. World Health Organization, 2014



Procedure di Vestizione e svestizione

https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/covid_19.html



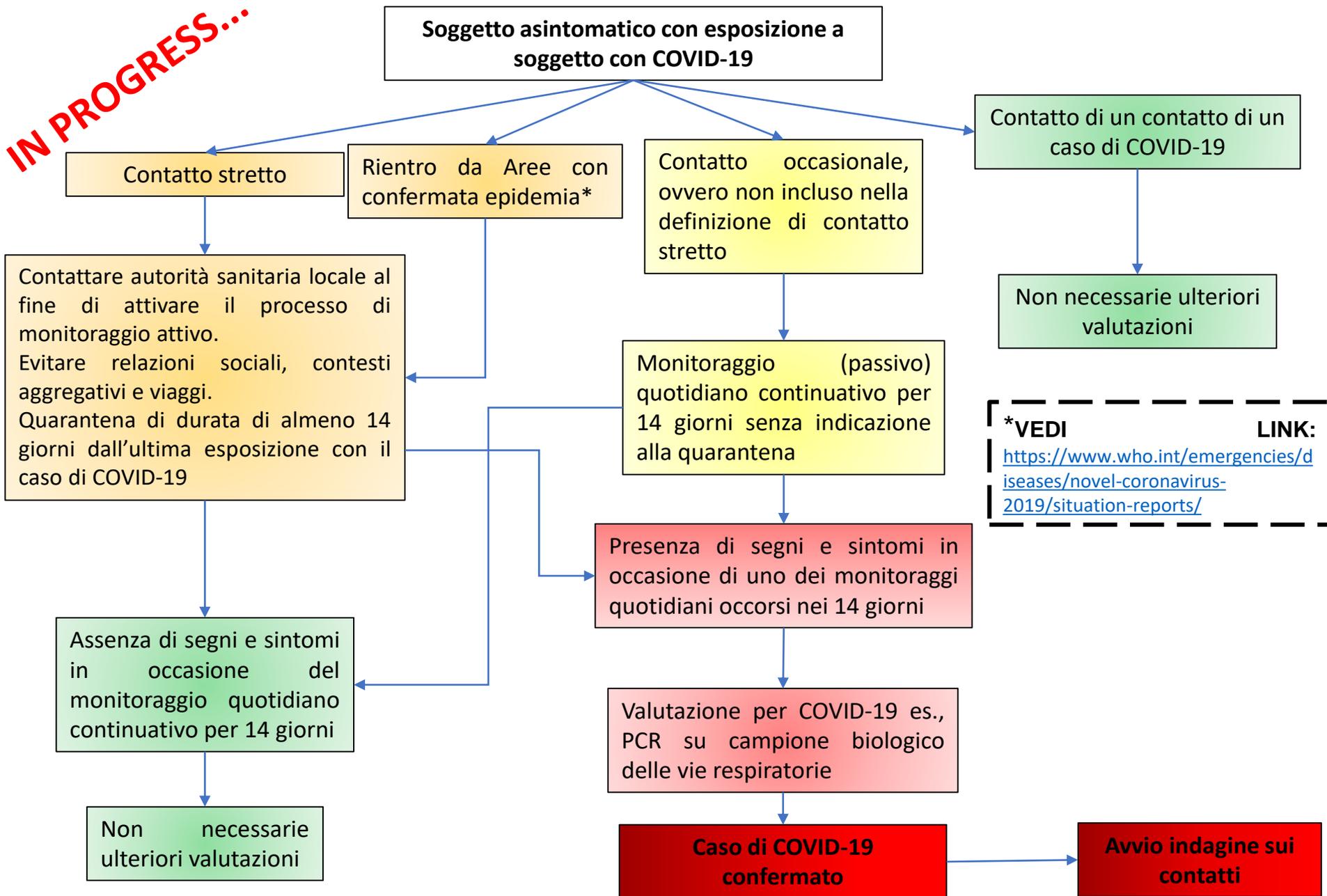
Algorithm for management of contacts of probable or confirmed COVID-19 cases



European Centre for Disease Prevention and Control
An agency of the European Union

Proposta di algoritmo per la gestione dei contatti di casi probabili/confermati di COVID-19

IN PROGRESS...



**In box blu:
momenti di
valutazione da
parte del MC**

Operatore sanitario o soggetto a esso equiparato
esposto a caso probabile/confermato di COVID-19

IN PROGRESS...

Utilizzo dei DPI opportuni (guanti E mascherina a protezione degli occhi E abiti adatti E guanti E filtranti facciali indicati) in conformità alle procedure ministeriali vigenti

NO

SI

Tipologia d'esposizione

Contatto stretto

Contatto occasionale, ovvero
non incluso nella definizione
di contatto stretto

Follow-up (passivo) di segni e sintomi compatibili con COVID-19 per i 14 giorni successivi all'ultima esposizione. Non ci sono indicazioni circa possibili limitazioni

Astensione dal lavoro e indicazione alla quarantena per 14 giorni successivi all'ultima potenziale esposizione efficace

Non ci sono indicazioni circa possibili limitazioni. L'astensione e l'autoisolamento possono essere raccomandati in determinate circostanze sulla base di una valutazione del rischio e valutate caso per caso

Proposta algoritmo per la gestione dei contatti di casi probabili/confermati di COVID-19 nel contesto sanitario

Contattare autorità sanitaria locale al fine di attivare il processo di monitoraggio attivo.

Ulteriori aspetti da includere nella valutazione del rischio:

- (i) contesto lavorativo (es. caratteristiche epidemiologiche locali e del contesto lavorativo)
- (ii) mansione specifica/procedura assistenziale eseguita
- (iii) condizioni di iper-suscettibilità individuale del lavoratore (es., immunosoppressione, malattie respiratorie croniche)



Epidemiologic Risk Classification for Asymptomatic Healthcare Personnel Following Exposure to Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection or their Secretions/Excretions in a Healthcare Setting, and their Associated Monitoring and Work Restriction Recommendations

Fonte: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Inail video sulla protezione

- <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/multimedia/video-gallery/videogallery-tutorial-conoscere-rischio.html>



World Health
Organization

WHO Director- General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 3 March 2020

“...We can't stop COVID-19 without protecting our health workers...”