

**RACCOMANDAZIONI OPERATIVE
PER IL CORRETTO ED OMOGENEO
UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI
PROTEZIONE RESPIRATORIA E IL
CONTENIMENTO DEL RISCHIO
INFETTIVO NEGLI STUDI DI
MEDICINA GENERALE E
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

03 maggio 2023

SOMMARIO

PREMESSA	3
INDICAZIONI GENERALI	4
CRITERIO EPIDEMIOLOGICO	4
CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
INDICAZIONI OPERATIVE	7
TRIAGE, PROCESSO DECISIONALE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	7
MODALITA' DI ACCESSO IN STUDIO	7
<i>APPUNTAMENTI</i>	7
<i>SALA DEDICATA A PAZIENTI SINTOMATICI</i>	7
<i>DISPOSIZIONE E SCELTA DEGLI ARREDI</i>	8
<i>PROMOZIONE USO DEI SISTEMI INFORMATICI</i>	8
<i>EDUCAZIONE DEI PAZIENTI</i>	8
<i>MISURE DI DISTANZIAMENTO</i>	8
CONCLUSIONI	9
SCHEMA RIEPILOGATIVO	10
BIBLIOGRAFIA	12
GRUPPO DI LAVORO	14

PREMESSA

L'attuale situazione epidemiologica¹ ha determinato la possibilità di attenuare (*Ordinanza Ministero della Salute del 28 aprile 2023*)² le precedenti disposizioni relative all'uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie per l'accesso alle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Poiché tale ordinanza lascia alla discrezione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta la decisione sull'utilizzo di detti dispositivi per l'accesso agli studi medici, FIMMG e FIMP hanno deciso di condividere i criteri e le conseguenti procedure, che sarà utile applicare in maniera omogenea negli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, al fine di contenere il rischio di trasmissione del Virus Sars-Cov-2.

Considerato inoltre che molti studi effettuati dall'inizio della pandemia³⁻⁶ hanno dimostrato che l'uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie deve essere integrato anche da altre misure preventive, attinenti all'organizzazione dello studio, quali la creazione di percorsi separati per pazienti sintomatici, il distanziamento fisico, l'adeguata areazione degli ambienti, l'educazione dei pazienti a comportamenti quali l'igiene delle mani e la *respiratory etiquette*, il presente documento descriverà le soluzioni operative ed organizzative di cui l'esperienza maturata in questi 3 anni ha individuato una particolare efficacia nel prevenire o mitigare il rischio di trasmissione del Virus Sars-Cov-2 nel setting della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta.

Tali procedure appaiono altrettanto efficaci anche verso le altre malattie infettive trasmissibili con le medesime modalità e quindi saranno utili a contenere il rischio di infezioni per gli assistiti che afferiscono ai nostri studi, ma anche a proteggere i medici ed i loro collaboratori.

Il documento guarda al futuro ed alla possibilità che ci si trovi ad affrontare nuove epidemie o pandemie, consentendo ai singoli medici di mettere in campo una risposta rapida, modulabile ed efficace, improntata alla migliore organizzazione possibile.

A partire da un approccio "One care", tipico dell'azione fiduciaria e di rapporto individuale e personalizzato del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, si mira quindi ad una risposta che possa considerare da subito aspetti emergenti sulla salute pubblica, con azioni che riducano - ove possibile - l'impatto ambientale legato all'utilizzo continuo e persistente dei dispositivi di protezione respiratoria, in equilibrio con le emergenze sanitarie derivanti dai cambiamenti climatici con conseguenze nuove e non ancora espresse in ambito sanitario. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta puntano ad essere resilienti e proattivi rispetto ai nuovi scenari, promuovendo le migliori scelte organizzativo-professionali e gestionali per rafforzare presa in carico e prossimità dei livelli di cura dell'assistenza territoriale. Comportamenti che consentiranno di tenere il passo, in attesa di una vera politica di sviluppo "One Health", che dovrà entrare nella cultura dei cittadini attraverso un costante incremento delle loro competenze di salute, grazie ad un nuovo ruolo dei medici e pediatri di famiglia.

INDICAZIONI GENERALI

Per i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) rimane fortemente consigliato l'utilizzo dei dispositivi di protezione respiratoria durante tutte le attività di studio, domiciliari e/o residenziali, la cui tipologia andrà individuata in base alla valutazione del contesto epidemiologico ed organizzativo. La necessità di aggiungere ulteriori presidi di protezione (guanti, schermo facciale, camici monouso, tute integrali, copricapo, soprascarpe) andrà considerata in relazione all'intensità assistenziale di cura ed alla tipologia di paziente⁷ (esecuzione di tamponi, vaccinazioni, visita di un sintomatico, procedure di diagnostica di primo livello, POCT).

Analoga valutazione andrà condotta per il personale di studio.

I MMG/PLS, sia singoli che in associazione, dovranno richiedere l'utilizzo della mascherina per accedere allo studio tenendo presente in via generale due elementi: criterio epidemiologico e contesto organizzativo.

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO

L'utilizzo dei dispositivi di protezione respiratoria rappresenta un presidio di prevenzione per tutte le malattie diffuse e contagiose che si possono presentare con picchi isolati di incidenza e prevalenza come nel caso del Sars-Cov-2⁸ o con andamento stagionale come nel caso del Virus Influenzale⁹ e del Virus Respiratorio Sinciziale¹⁰.

Pertanto, nel primo caso è necessario avere conoscenza del contesto epidemiologico e di comunità attraverso, ad esempio, il valore di un Rt uguale o superiore ad 1 la cui presenza richiede la forte raccomandazione di utilizzare la mascherina FFP2¹¹.

Nel secondo caso risulta altrettanto importante individuare i picchi di incidenza e prevalenza della influenza e degli altri virus stagionali che, come è noto, orientativamente si collocano dalla 50^a fino alla 12^a settimana con un picco epidemiologico solitamente evidente tra 50-52^a e 10 – 12^a settimana¹².

Le informazioni necessarie potranno essere ricavate dalla sorveglianza InFluNet&RespiVirNet¹³, il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dei casi di sindromi simil-influenzali, dei virus influenzali, di SARS-CoV-2 e di altri virus respiratori, avendo cura di controllare i rapporti regionali visto che il contesto epidemiologico può variare da regione a regione¹⁴.

Si sottolinea inoltre l'importanza di creare un coordinamento informativo dei MMG/PLS con i Dipartimenti di Prevenzione di appartenenza, al fine di operare in sinergia ed integrazione, valorizzando in tal modo sia la funzione di "sentinelle epidemiologiche" sia di "utilizzatori professionali" del dato epidemiologico aggregato.

Nella seguente tabella sono indicate le condizioni nelle quali l'uso della mascherina è fortemente raccomandato:

FASE A BASSA TRASMISSIONE COMUNITARIA (AD ES. APRILE – OTTOBRE O RT STABILE)
Mascherine tipo FFP2 per sintomatici (mal di gola, tosse, febbre, raffreddore, nausea, diarrea) e loro accompagnatori/ <i>caregiver</i>
Mascherine tipo FFP2 per soggetti ad alto rischio (immunodepressi, fragili) e loro accompagnatori/ <i>caregiver</i>
FASE A MEDIA TRASMISSIONE COMUNITARIA (AD ES. OTTOBRE – NOVEMBRE O RT IN RAPIDA ASCESA)
Mascherine tipo FFP2 per sintomatici (mal di gola, tosse, febbre, raffreddore, nausea, diarrea) e loro accompagnatori/ <i>caregiver</i>
Mascherine tipo FFP2 per soggetti a rischio (immunodepressi, fragili) e loro accompagnatori/ <i>caregiver</i>
Mascherine chirurgiche per i soggetti asintomatici che accedono in studio
Mascherine tipo FFP2 per medici e collaboratori di studio
FASE AD ELEVATA TRASMISSIONE COMUNITARIA (AD ES. DICEMBRE – MARZO O $RT \geq 1$)
Mascherine tipo FFP2 per tutti i soggetti afferenti agli studi medici
Mascherine tipo FFP2 per medici e collaboratori di studio
Nota bene: Sono esonerati dall'uso dei dispositivi di protezione respiratoria i soggetti di età inferiore a sei anni

CONTESTO ORGANIZZATIVO

I Medici singoli, come anche quelli che operano nelle varie forme associative, dovranno porre attenzione alle caratteristiche degli spazi dove esercitano la propria attività, ovvero la presenza di più sale di attesa e la disponibilità di un ambulatorio dedicato ai pazienti sintomatici, la modalità di accesso su appuntamento o libero, numero di finestre, uscite, dispositivi per il ricambio d'aria, presenza di più ingressi che consentano di diversificare il flusso di entrata e quello di uscita, la presenza di personale di studio in grado di informare i pazienti sulle modalità di utilizzo della mascherina, visual informativi per tale scopo predisposti.

Risulta evidente che l'accesso di un paziente sintomatico negli studi comporta utilizzo della mascherina, percorso dedicato, accesso in spazi o slot temporali dedicati, formando adeguatamente il personale di studio che dovrà conoscere e favorire il rispetto della procedura.

In ogni caso, il medico potrà decidere di consigliare l'utilizzo del dispositivo di protezione respiratoria per i pazienti fragili, oncologici, immunodepressi, trapiantati ed i loro *caregiver* anche indipendentemente dalla stagionalità e dall'andamento epidemiologico delle malattie infettive trasmissibili.

ACCESSO DEI PAZIENTI SINTOMATICI NELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI STUDI MEDICI	
STUDI MEDICI SINGOLI CON UNICA SALA D'ATTESA	Calendarizzare l'accesso dei soggetti sintomatici (sintomi respiratori e/o gastrointestinali) separatamente dagli asintomatici preferibilmente al termine della seduta di studio per facilitare procedure di sanificazione prima dell'accesso di altri pazienti
STUDI MEDICI ASSOCIATI CON SALA VISITA DEDICATA AI SINTOMATICI ED UNICA SALA D'ATTESA	Calendarizzare l'accesso dei soggetti sintomatici con accesso diretto nella stanza dedicata e non in sovrapposizione tra loro
STUDI MEDICI ASSOCIATI CON SALA VISITA DEDICATA AI SINTOMATICI E MULTIPLE SALE D'ATTESA	Differenziare i percorsi di accesso e uscita e le sale d'attesa per pazienti 'sintomatici' ed 'asintomatici'
STUDI MEDICI ASSOCIATI CON MULTIPLE SALE D'ATTESA	Differenziare i percorsi per sintomatici ed asintomatici, prevedendo, se non è possibile evitarla, l'attesa in luoghi separati, e prediligendo le aree d'attesa con maggior ricambio di aria per la sosta dei soggetti sintomatici.

In funzione del numero di finestre, uscite e/o dispositivi per il ricambio d'aria il medico potrà modulare l'esigenza di indossare mascherine chirurgiche o FFP2, ed indicarne l'utilizzo per il personale di studio e per i pazienti che accedono allo studio.

Si consiglia comunque la frequente aerazione dei locali.

INDICAZIONI OPERATIVE

TRIAGE, PROCESSO DECISIONALE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il triage appare strumento indispensabile a garantire l'accesso in studio in sicurezza sia dei pazienti asintomatici che di quelli sintomatici, contenendo la possibilità di contagi all'interno delle sale d'attesa e/o degli studi. Consente infatti di valutare il livello di potenziale rischio infettivo ancor prima dell'accesso in studio del paziente, di individuare precocemente i pazienti sintomatici, di orientare il processo decisionale rispetto alla modalità di presa in carico, di evidenziare la necessità di eventuale approfondimento con test diagnostico, e definirne l'accesso protetto allo studio¹⁵.

Ove presente, è utile provvedere anche alla formazione del personale di studio, al fine di calendarizzare correttamente l'appuntamento per la visita nella sala e/o nello slot temporale più idoneo alle condizioni del paziente.

Tale tipo di formazione dovrà riguardare:

- modalità di gestione degli accessi alla sala di attesa e allo studio;
- precoce individuazione di condizioni di rischio nei pazienti presenti o che chiedono di accedere;
- corretta informazione sulle norme di comportamento;
- adeguata modalità di gestione degli appuntamenti, anche attraverso l'utilizzo di strumenti appositamente predisposti, come un breve questionario telefonico;
- codici di priorità;
- *visual e/o leaflet* informativi da fornire a pazienti e accompagnatori;
- uso di applicazioni da remoto.

MODALITA' DI ACCESSO IN STUDIO

APPUNTAMENTI

È sconsigliato l'accesso libero all'ambulatorio, ed occorre prevedere l'attività di studio esclusivamente su appuntamento¹⁶⁻¹⁷. Tale scelta è finalizzata ad implementare la capacità di organizzazione del lavoro professionale e delle attività assistenziali, oltreché al contenimento del rischio infettivo.

Preferibilmente, gli appuntamenti andranno divisi secondo la sintomatologia dei pazienti, prevedendo pertanto nella seduta degli slot temporali dedicati ai sintomatici ma avendo cura di dedicare la parte terminale della seduta di studio ai soggetti potenzialmente contagiosi.

L'accesso in studio dovrà essere organizzato in modo tale da determinare la presenza nella sala d'attesa di un numero di pazienti compatibile alle dimensioni dei locali disponibili, riducendo ogni possibile occasione di contatto fra soggetti sintomatici e soggetti asintomatici. In particolare, sarà necessario ridurre il numero di accompagnatori per ciascuna seduta, limitandoli ad un *caregiver*/congiunto o a un genitore per minore.

SALA DEDICATA A PAZIENTI SINTOMATICI

Sia per il medico singolo che per i Medici in gruppo o in associazione, qualora possibile, è utile dedicare un ambiente specifico ai soggetti sintomatici, e differenziare il percorso dei soggetti asintomatici da quelli sintomatici.

È necessario, inoltre, prevedere aerazione adeguata nelle stanze/studi dove accedano/sostino soggetti sintomatici.

DISPOSIZIONE E SCELTA DEGLI ARREDI

Gli arredi dovranno essere quanto più possibile a superficie piana e con materiali semplici da pulire e disinfettare. Occorre evitare sulle superfici esposte la presenza di soprammobili, suppellettili, giocattoli e qualsiasi oggetto non necessario all'attività clinica, prediligere mobili con sportelli per proteggere la strumentazione medica e il materiale di medicazione da polvere e agenti di contaminazione.

PROMOZIONE USO DEI SISTEMI INFORMATICI

Al fine di ridurre quanto più possibile gli accessi evitabili agli studi medici, è necessario:

- incentivare l'utilizzo della prescrizione dematerializzata di farmaci e di accertamenti strumentali/visite specialistiche;
- favorire l'attivazione da parte del paziente del proprio fascicolo sanitario elettronico, ed incentivare l'utilizzo dello stesso per la ricezione delle prescrizioni mediche;
- promuovere l'utilizzo dei sistemi informatici (fascicolo sanitario elettronico ove presente, piattaforme dedicate per la condivisione del dato medico, ed eventuali applicazioni) per l'invio e la condivisione dei dati sanitari con modalità che garantiscano la tutela della privacy del paziente e la protezione dei suoi dati sensibili.

EDUCAZIONE DEI PAZIENTI

Lo sviluppo di adeguate competenze nei pazienti (*empowerment*) che accedono allo studio e dei loro *caregiver* (*Family learning*) rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per la gestione della sicurezza sanitaria degli ambienti dello studio e della salute dei pazienti che vi afferiscono.

Igiene delle mani, corrette modalità di accesso allo studio, promozione dell'utilizzo di strumenti informatici e da remoto per esigenze di natura non clinica o per richiedere direttamente una visita medica, modalità di utilizzo dello strumento telefono, conoscenza delle principali condizioni che devono essere riferite al medico e/o al personale di studio sono elementi la cui focalizzazione educativa risulta di fondamentale importanza.

Per tale motivo il medico titolare dello studio potrà fornire strumenti come *visual*, *leaflet* informativi e sussidi appositamente preparati. In questa importante opera dovrà essere coinvolto il personale di studio adeguatamente formato, che si trova in una posizione favorevole per supportare comportamenti virtuosi da parte dei pazienti.

MISURE DI DISTANZIAMENTO

Nonostante la riduzione dell'incidenza dell'infezione da SARS-COV2, prevedere eventuali procedure di distanziamento nel periodo invernale/epidemico può contribuire a ridurre il rischio anche della diffusione di altri virus negli studi medici, come il virus influenzale, parainfluenzale e VRS che determinano alti tassi di ospedalizzazione⁹⁻¹².

Possono esser consigliate come strategie di distanziamento, in relazione alla trasmissione comunitaria dei virus coinvolti:

FASE A BASSA TRASMISSIONE COMUNITARIA (AD ES. APRILE – OTTOBRE O RT STABILE)	Non necessario distanziamento, fatta eccezione per soggetti sintomatici.
FASE A MEDIA TRASMISSIONE COMUNITARIA (AD ES. OTTOBRE – NOVEMBRE O RT IN RAPIDA ASCESA)	Prevedere distanziamento in caso di sedute vaccinali e situazioni nelle quali è previsto un elevato afflusso di soggetti anziani/fragili presso gli studi medici
FASE AD ELEVATA TRASMISSIONE COMUNITARIA (AD ES. DICEMBRE – MARZO O RT_≥1)	Prevedere distanziamento in sala d’attesa (> 1m. di distanza) invitando gli assistiti a non sostare in sala d’attesa e non afferirvi senza precedente contatto telefonico con il personale di studio o il medico.

CONCLUSIONI

La recente ordinanza del Ministero della Salute² circa l’obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie negli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta rimanda ai Titolari degli studi la decisione sull’utilizzo di detti dispositivi di protezione delle vie respiratorie. Tale valutazione posta in capo al Medico/i titolare/i dello Studio rappresenta un chiaro orientamento circa le funzioni del MMG/PLS in ordine al ruolo di prevenzione e tutela della salute della collettività e il riconoscimento in questo ambito delle sue autonome capacità professionali, organizzative e gestionali.

La declinazione di questa funzione secondo due macro-criteri indicati in questo documento, ovvero quello epidemiologico e di contesto organizzativo, contribuisce a definire la funzione della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta nel contesto di salute della comunità e della persona.

Tali decisioni, con questi criteri, potranno essere orientate ad una maggiore omogeneità, evidenziando come la discrezionalità indicata in questo ambito rappresenta il riconoscimento al MMG/PLS della capacità di valutazione in relazione al suo ruolo, al contesto organizzativo e all’andamento epidemiologico.

Queste modalità, inoltre, non saranno esenti da un costante processo di revisione circa i criteri di utilizzo delle mascherine e la organizzazione delle attività negli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, sia alla luce di eventuali nuove indicazioni ministeriali, sia alla luce dei dati di prevalenza e incidenza che via via accompagneranno le condizioni epidemiologiche della popolazione, sia nell’individuazione di nuovi modelli professionali, anche al fine di non trascurare il possibile impatto ambientale dell’utilizzo continuo e persistente dei dispositivi di protezione respiratoria¹⁸ e delle scelte organizzative e gestionali¹⁹.

Inoltre, la sinergia tra prevenzione vaccinale ed utilizzo appropriato delle mascherine FFP2 rappresenta una strategia di controllo delle principali infezioni respiratorie efficace ed economicamente sostenibile²⁰ in grado di rappresentare un approccio proattivo alle malattie infettive che il setting della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, se ben organizzato e dotato dei necessari strumenti, riesce a sviluppare in maniera diffusa ed appropriata in tutta la popolazione.

Strumenti come queste Raccomandazioni potranno rafforzare anche la rete di scambio informativo e di integrazione operativa tra Territorio e Dipartimenti di Prevenzione, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, primarie sentinelle territoriali della salute pubblica, rispondendo in pieno al concetto della “*collaborative surveillance*”, pilastro del piano strategico OMS appena emanato²¹.

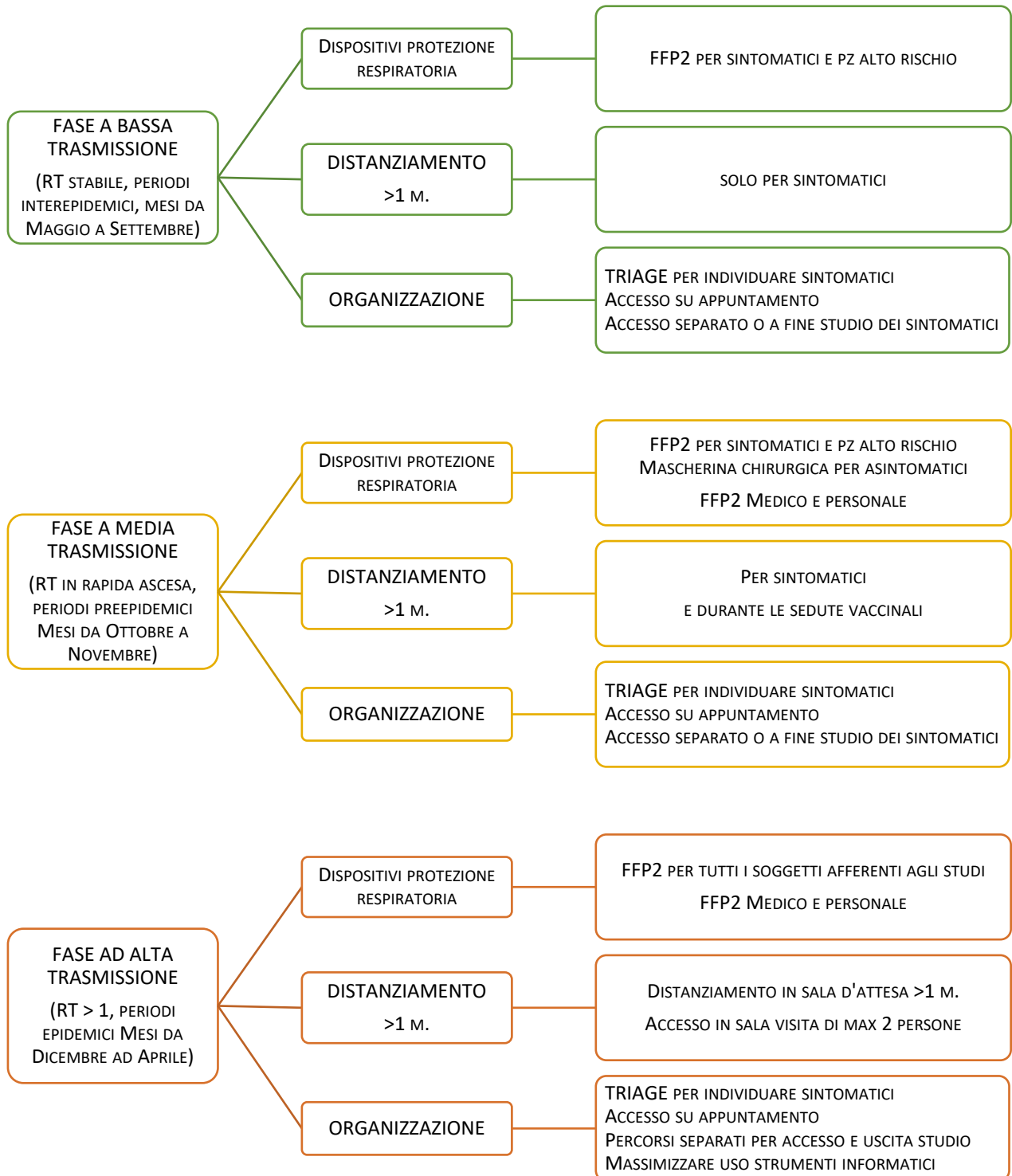
SCHEMA RIEPILOGATIVO

Schema riepilogativo stampa a colori



N.B.: Sono esonerati dall'uso dei dispositivi di protezione respiratoria i soggetti di età inferiore a 6 anni.

Schema riepilogativo stampa B/N



N.B.: Sono esonerati dall'uso dei dispositivi di protezione respiratoria i soggetti di età inferiore a 6 anni.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute. Bollettino settimanale area Covid 19, n. 26 del 28/04/2023. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_bollettini_28_fileBollettino.pdf
2. Ordinanza Ministero della Salute del 28 aprile 2023- Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernente utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie. GU n.100 del 29.04.2023
3. Li Y, Liang M, Gao L, Ayaz Ahmed M, Uy JP, Cheng C, Zhou Q, Sun C. Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control*. 2021 Jul;49(7):900-906. doi: 10.1016/j.ajic.2020.12.007. Epub 2020 Dec 19. PMID: 33347937; PMCID: PMC7748970.
4. Tabatabaeizadeh SA. Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res*. 2021 Jan 2;26(1):1. doi: 10.1186/s40001-020-00475-6. PMID: 33388089; PMCID: PMC7776300.
5. Sugimura M, Chimed-Ochir O, Yumiya Y, Ohge H, Shime N, Sakaguchi T, Tanaka J, Takafuta T, Mimori M, Kuwabara M, Asahara T, Kishita E, Kubo T. The Association between Wearing a Mask and COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 30;18(17):9131. doi: 10.3390/ijerph18179131. PMID: 34501719; PMCID: PMC8431493.
6. Hemmer CJ, Hufert F, Siewert S, Reisinger E. Protection From COVID-19–The Efficacy of Face Masks. *Dtsch Arztebl Int*. 2021 Feb 5;118(5):59-65. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0119. PMID: 33785117; PMCID: PMC8188409.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations for infection prevention and control in relation to respiratory viral infections in healthcare settings. 6 February 2023. ECDC: Stockholm; 2023.
8. Kwon S, Joshi AD, Lo CH, Drew DA, Nguyen LH, Guo CG, Ma W, Mehta RS, Shebl FM, Warner ET, Astley CM, Merino J, Murray B, Wolf J, Ourselin S, Steves CJ, Spector TD, Hart JE, Song M, VoPham T, Chan AT. Association of social distancing and face mask use with risk of COVID-19. *Nat Commun*. 2021 Jun 18;12(1):3737. doi: 10.1038/s41467-021-24115-7. PMID: 34145289; PMCID: PMC8213701.
9. Liang M, Gao L, Cheng C, Zhou Q, Uy JP, Heiner K, Sun C. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Jul-Aug; 36:101751. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101751. Epub 2020 May 28. PMID: 32473312; PMCID: PMC7253999.
10. Gastaldi A, Donà D, Barbieri E, Giaquinto C, Bont LJ, Baraldi E. COVID-19 Lesson for Respiratory Syncytial Virus (RSV): Hygiene Works. *Children (Basel)*. 2021 Dec 6;8(12):1144. doi: 10.3390/children8121144. PMID: 34943339; PMCID: PMC8700687.
11. Chou R, Dana T, Jungbauer R, Weeks C, McDonagh MS. Masks for Prevention of Respiratory Virus Infections, Including SARS-CoV-2, in Health Care and Community Settings: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6;173(7):542-555. doi: 10.7326/M20-3213. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32579379; PMCID: PMC7322812.
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021 – 2023. GU Suppl Ord n.7 Serie Generale n.23 del 29-01-2021.
13. ISS – Ministero della Salute. Sistema di Sorveglianza Sentinella delle sindromi similinfluenzali, dei virus influenzali, del virus SARS-CoV-2 e di altri virus respiratori. *InfluNet & RespiVirNet*. Protocollo Operativo Stagione 2022 /23. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3267_allegato.pdf.

14. ISS – Ministero della Salute. Rapporto Epidemiologico Influnet N.17 del 24 febbraio 2023. Stagione Influenzale 2022-2023, settimana dal 6 al 12 febbraio 2023. Risultati Regionali, pagg. 6-7.
15. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Winter Planning Toolkit. <https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-resources/practice-tools/test-toolkit>.
16. Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'Art.8 del D.LGS.N.502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni – Triennio 2016 – 2018.
17. Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'Art.8 del D.LGS.N.502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni – Triennio 2016 – 2018.
18. Dharmaraj S, Ashokkumar V, Hariharan S, Manibharathi A, Show PL, Chong CT, Ngamcharussrivichai C. The COVID-19 pandemic face mask waste: A blooming threat to the marine environment. *Chemosphere*. 2021 Jun; 272:129601. doi: 10.1016/j.chemosphere.2021.129601. Epub 2021 Jan 9. Erratum in: *Chemosphere*. 2022 Jan;287(Pt 4):132411. PMID: 33497928; PMCID: PMC7836388.
19. Sivarajasingam V. General practice after COVID-19: lessons learned. *Br J Gen Pract*. 2021 May 27;71(707):268-269. doi: 10.3399/bjgp21X716009. PMID: 34045252; PMCID: PMC8163477.
20. Bartsch SM, O'Shea KJ, Chin KL, Strych U, Ferguson MC, Bottazzi ME, Wedlock PT, Cox SN, Siegmund SS, Hotez PJ, Lee BY. Maintaining face mask use before and after achieving different COVID-19 vaccination coverage levels: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2022 Apr;7(4):e356-e365. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00040-8. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35276093; PMCID: PMC8903840.
21. World Health Organization. Strategic Preparedness and Response Plan: April 2023–April 2025. From Emergency Response To Long-Term COVID-19 Disease Management: Sustaining Gains Made During The COVID-19 Pandemic.- 3 May 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2023.1>

Gruppo di lavoro

Componenti FIMMG

Mirene Anna Luciani

Massimo Magi

Tommasa Maio

Silvestro Scotti

Roberto Venesia

Componenti FIMP

Martino Barretta

Antonio D'Avino

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
Sede Nazionale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
www.fimmg.org

Federazione Italiana Medici Pediatr
Sede Nazionale: Via Parigi, 11/A - 00185 Roma
www.fimp.pro

Metis srl
metis@fimmg.org
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma 06-54896627

ISBN 978-88-947094-2-1
ISBN-A 10.978.88947094/21



I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento anche parziale, con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.

Non sono assolutamente consentite le fotocopie senza il permesso scritto dell'Editore.

Edizione: maggio 2023