



Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e DM77: quali implicazioni per la Pediatria di famiglia

Antonio D'Avino

*Presidente nazionale
Federazione Italiana Medici Pediatri*

Padova, 19 febbraio 2025

L'Italia ha presentato il 30 aprile 2021 il proprio Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'UE del 13 luglio 2021.



MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



15,63

Totale

**M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE** 7,00

**M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE** 8,63

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta esiti sanitari adeguati, un'elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul Pil risulti inferiore rispetto alla media UE.

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

OBIETTIVI GENERALI:



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

7,00
Mld
Totale

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

OBIETTIVI GENERALI:



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

8,63
Mld

Totale

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard
per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- Pubblicato in G.U. – 22 giugno 2022

Il decreto, a firma del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, avvia la Riforma per lo sviluppo dell’assistenza territoriale prevista dal PNRR nella Missione 6 Componente 1.

Il DM è composto di 4 articoli e di 3 Allegati.

Articolo 1 - Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale.

Stabilisce che:

- gli Allegati sono parte integrante del DM. L' Allegato 1 ha valore "descrittivo" e l'Allegato 2 ha valore "prescrittivo";
- entro sei mesi, le regioni e Province Autonome devono adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del DM;
- le regioni e PA provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al DM, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR (*qui non sono stabiliti tempi di attuazione*).

Articolo 2 – Monitoraggio:

- istituisce il monitoraggio semestrale, da parte del Ministero della Salute tramite una Relazione AGENAS, per verificare lo stato di implementazione del DM in ogni singola regione e PA. Per il monitoraggio degli standard relativamente ai LEA si rinvia all'Allegato 1 (Elenco degli Indicatori LEA) del DM Salute 12.3.2019 per il “Nuovo Sistema di Garanzia LEA”;
- la verifica dell'attuazione del Regolamento è considerata adempimento ai fini dell'accesso integrativo al finanziamento per le singole regioni ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Articolo 4 - Clausola di invarianza finanziaria:

- *non si prevedono nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica*; la riforma trova finanziamenti da risorse già previste dal Fondo Sanitario Nazionale e dal PNRR.

Con questa previsione il Finanziamento resta insufficiente.

Senza l'assunzione stabile dei professionisti sanitari e sociali le stesse misure per il potenziamento della rete dei servizi territoriali sono inefficace

(preludio ad una inaccettabile privatizzazione dell'assistenza?)

1. PREMESSA

Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*” del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel documento analitico del PNRR – Missione 6, Component 1.

2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e **Pediatr**i di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

5. CASA DELLA COMUNITÀ

Standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

5. CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della *governance* dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra *CdC hub* e *CdC spoke* al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

Il modello e le funzioni attribuite alla Casa della Comunità appaiono coerenti con un modello di salute comunitaria ad alta integrazione fra sociale e sanità

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola.

Standard:

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

15. TELEMEDICINA

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Schillaci: Va ripensata la professione del medico di famiglia. La soluzione sta nel lavoro in team nelle Case della Comunità

«Solo nell'ottica di un confronto costante e costruttivo che veda dialogare la categoria nel suo complesso con le istituzioni, mettendo al centro i bisogni di salute dei cittadini, si può riuscire a ridurre il carico burocratico e fare in modo che l'evoluzione digitale sia realmente una risorsa e non la forma 3.0 della burocrazia».

segue

Fonte **DottNet** 6/12/2024

fimp  Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*

Schillaci: Va ripensata la professione del medico di famiglia. La soluzione sta nel lavoro in team nelle Case della Comunità

Il Ministro ha poi specificato che *«siamo assolutamente in linea con gli obiettivi del PNRR che fissa a giugno 2026 la piena funzionalità delle Case di Comunità e degli Ospedali di comunità che daranno un forte contributo per alleggerire il carico sugli ospedali. Ricordo che abbiamo anche già stanziato le risorse per assumere il personale necessario al loro funzionamento: 250 milioni per il 2025 e 350 nel 2026».*

Fonte **DottNet** 6/12/2024

Case della comunità e il rischio cattedrali nel deserto

Il tempo stringe: tra un anno e mezzo se tutto va bene apriranno 1420 Case di comunità per far decollare finalmente la Sanità territoriale, ma le nuove strutture rischiano di diventare delle «cattedrali nel deserto» come ha sottolineato lo stesso Schillaci.

Fonte ilsole24ore.com, 7/1/25

Case della comunità e il rischio cattedrali nel deserto

Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Agenas aggiornato a giugno 2024 finora ne sono attive soltanto 413, concentrate in 11 Regioni e con il grave handicap che dentro c'è poco personale sanitario che ci lavora, in un quarto addirittura zero medici.

In pratica spesso sono delle scatole vuote.

Fonte ilsole24ore.com, 7/1/25

Case della comunità e il rischio cattedrali nel deserto

Il monitoraggio mostra infatti come il vulnus più grande sia la presenza ancora molto limitata di personale medico: in ben 120 Case di comunità delle 413 attive non è prevista neanche l'attività di medici di assistenza primaria e in 137 non ci sono pediatri.

Soltanto in 175 Case di comunità la presenza di medici è prevista tra 50 e 60 ore a settimana e in 141 quella dei pediatri.

Fonte ilsole24ore.com 7/1/25

INVESTIRE SUI MEDICI PER SALVARE IL SSN



ANAAO ASSOMED

FEDERAZIONE
CIMO FESMED

GIOVANI MEDICI per l'ITALIA

ALS
fattore24

FIMMG

fimp
Federazione Italiana Medici Pediatrici

Sumai
Società Italiana di Medicina Generale

SMI
Sindacato Medici Italiani

SNAMI
Società Nazionale Medici Internisti

F.M.T.
Federazione Medici Terapeuti

SABATO 25
GENNAIO
2025

ORE 10.00

ORE 11.00

CENTRO CONGRESSI
ROMA EVENTI

PIAZZA DI SPAGNA (VIA ALIBERT, 5/A) - ROMA

CONFERENZA STAMPA

INCONTRO DELLE
DIREZIONI NAZIONALI

MODERA ANDREA PANCANI, GIORNALISTA

ANAAO ASSOMED

CIMO-FESMED

ALS

GMI

FIMMG

FIMP

SUMAI

SMI

SNAMI

FMT

CON IL SOSTEGNO DELLA
FNOMCEO

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

CON LA PARTECIPAZIONE DI
CITTADINANZATTIVA

Cittadinanzattiva

fimp
Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*i

Parte la mobilitazione dei medici: iniziative in tutte le regioni e manifestazione a Roma a maggio

Una grande manifestazione unitaria a maggio prossimo che vedrà sfilare per le vie di Roma i medici, dipendenti e convenzionati, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, i medici del territorio e gli specializzandi, riuniti sotto lo slogan INVESTIRE SUI MEDICI PER SALVARE IL SSN.

Fonte **DottNet** 27/1/25

fimp  Federazione
Italiana
Medici *Pediatri*

Parte la mobilitazione dei medici: iniziative in tutte le regioni e manifestazione a Roma a maggio

Uno sguardo particolare va anche ai pazienti pediatrici. "Oggi - ha dichiarato **Antonio D'Avino**, Presidente Nazionale **FIMP** - bambini e adolescenti sono fragili, anime di cristallo non immediatamente visibili. È proprio su queste fragilità e sulla salute mentale che come Pediatri di Famiglia saremo chiamati a intervenire. Ma non possiamo farlo senza risorse e strumenti in grado di valorizzare il medico e l'atto medico, attrarre nuove generazioni di professionisti e costruire una sanità sostenibile nel lungo periodo".

Fonte **DottNet** 27/1/25

fimp  Federazione
Italiana
Medici *Pediatri*



Grazie per l'attenzione