



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA  
EMILIA ROMAGNA

## Trattativa regionale LAVORI IN CORSO .... LENTO PEDE

DI MARIO STELLA

Come già riferito il confronto politico sindacale per l'accordo regionale procede nella nostra regione a rilento. In via prioritaria sono state risolte le urgenze economiche curando in modo particolare gli arretrati e la messa a regime del cedolino. Con le competenze del mese di gennaio, cioè a fine febbraio, dovremmo avere un cedolino a regime con tutte le voci aggiornate ed aggiornabili in attesa della definizione dell'accordo regionale vero e proprio.

Negli ultimi mesi abbiamo seguito le varie bozze del documento di Piano Sanitario regionale, e delle direttive applicative conseguenti per la riorganizzazione aziendale e distrettuale e per la partecipazione dei medici di m.g. nelle strutture organizzative e gestionali ai vari livelli di responsabilità aziendale, distrettuale e dipartimentale secondo quanto sancito dalla Legge regionale di riordino del S.S.R. dal nuovo ACN.

Pur nelle difficoltà di cui si è fatto cenno in premessa, sono stati fatti passi avanti ma purtroppo ancora non definitivi sui soliti punti critici del normativo, cercando, grazie alle norme cosiddette flessibili, di scalfire residue e, purtroppo, sempre tenaci, rigidità burocratiche, i cui perversi effetti scontiamo nel quotidiano con danni economici e crescente frustrazione.

Si fa riferimento alle operazioni selvagge di "pulizia" degli elenchi, i cronici ritardi e gli errori nelle revoche e nella riattribuzione delle scelte (trasferimenti, decessi, scelte temporanee), mancata applicazione delle procedure di garanzia nei recuperi economici passivi per i medici. Molta attenzione al principio della stabilità occupazionale, con modifiche flessibili del rapporto ottimale, per evitare la vergogna dell'occupazione "virtuale". Importanti aspetti da condividere in tema di limitazioni, libera professione, rapporti con il sostituto, snellimento delle procedure per l'atti-

vazione dell'ADI/ADP

Una nota consolante, dopo anni di pressioni, si comincia a vedere dalla ristrutturazione del cedolino e della sua comprensibilità. Non siamo ancora al top, ma alcune cose adesso ci sono più chiare e trasparenti e sempre meglio dovrebbe andare nei prossimi mesi. La parte più difficile, ma speriamo di farcela ai primi .... mesi dell'anno, riguarda l'accordo sui contenuti innovativi, dalla cui realizzazione ed applicazione si dovrebbero meglio cogliere gli effetti ed i benefici non solo economici ma anche professionali ed organizzativi sanciti dal nuovo ACN; alla faccia delle cassandre contrarie al modello organizzativo territoriale, alla modernizzazione della professione, pregiudizialmente ostili ai progetti di qualificazione dei consumi, di contenimento degli sprechi, in funzione dell'appropriatezza.

I tempi sono maturi e la nuova convenzione offre concrete prospettive ed opportunità, per sviluppare e completare la configurazione del NCP come modello organizzativo integrato, flessibile ed in grado di dare risposte assistenziali adeguate e tempestive ai cittadini nell'arco della giornata, invertendo l'impostazione ospedalocentrica dell'organizzazione assistenziale in funzione del Distretto come centro del sistema delle cure primarie. In tale senso si sta lavorando e sono già condivise le linee di massima per l'intesa:

- Rafforzare il ruolo dei MMG, nell'ambito delle cure primarie e realizzare pienamente la struttura organizzativa del distretto e dei nuclei di cure primarie, anche attraverso l'inserimento dei m.g. negli organigrammi aziendali, distrettuali e dipartimentali con specifiche attribuzioni e competenze.

- Promuovere lo sviluppo organizzativo dei nuclei di cure primarie, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del MMG, per le esigenze assistenziali anche urgenti nell'arco delle 24 ore in tutte quelle situazioni in cui non si rende necessario un appropriato ricovero ospedaliero.

- Individuare aree di autonomia e re-

*Segue a pag. 4*

LA  
FRER  
FIMMG  
AUGURA  
BUONE  
FESTE



## MOZIONE CONCLUSIVA DEL 58° CONGRESSO STRAORDINARIO FIMMG Roma, 3 dicembre 2005

Il 58° Congresso straordinario FIMMG, riunito a Roma in data 3 dicembre 2005, udita la relazione del Segretario Generale Nazionale Mario Falconi

### LA APPROVA.

In particolare il 58° Congresso, come già espresso nello scorso ottobre al 57° Congresso nazionale,

### RIBADISCE

- il grave pericolo che nel nostro Paese venga ad essere irrimediabilmente compromesso il diritto costituzionale alla tutela universale della salute ;
- la sempre maggiore disuguaglianza dei cittadini rispetto all'area geografica di appartenenza;
- che l'introduzione del federalismo, votato improvvisamente con un'esigua maggioranza dalla coalizione di centrosinistra, non ha minimamente ridotto tale disuguaglianza;
- che la legge devolutiva, votata dal centrodestra, certifica in via definitiva tale situazione compromettendo ogni possibilità di recuperare una vera solidarietà nazionale,

### RICONFERMA

- il proprio severo giudizio in merito alla: cronica incapacità del mondo politico ad affrontare in modo concreto e risolutivo i problemi che rischiano di portare all'asfissia il nostro SSN solidale, universale ed equo, in particolare rispetto al costante sottofinanziamento e all'insufficiente capacità di orientare le politiche di assistenza in particolare verso la domiciliarità e nei confronti dell'età anziana e della disabilità cronica;
- costante contraddizione fra le valutazioni ed affermazioni pubblicamente espresse dagli esponenti dei partiti politici e le concrete decisioni assunte in sede legislativa e di governo, in particolare rispetto alla centralità del cittadino e alla maggiore responsabilità dei professionisti nel governo del SSN;
- del tutto insufficiente attenzione, mostrata a livello nazionale e regionale, alle diverse proposte delle organizzazioni dei professionisti e dei cittadini orientate a costruire un futuro credibile al SSN, indipendentemente da interessi particolari, ad esclusivo beneficio di tutti i cittadini;
- ottusa perseveranza ad affrontare il problema della tutela della salute come un costo passivo, invece che come un investimento programmato a realizzare una grande impresa, competitiva anche sul piano internazionale, capace di produrre ricchezza in termini economici, di salute e di competenze,

### PRENDE ATTO

- che la stragrande maggioranza del mondo politico ha preferito osservare un rigoroso silenzio sulla provocazione lanciata al 57° Congresso nazionale della FIMMG nonostante l'ampia risonanza sui media e le numerose testimonianze di sostegno avanzate da singole personalità e diverse organizzazioni sociali e associazioni di malati;
- che la battaglia elettorale fra gli schieramenti partitici non lascia intravedere progettualità credibili ed innovative sul delicato tema della tutela della salute.

Il 58° Congresso della FIMMG,

### CONSIDERATO

che tale stato di fatto compromette radicalmente ogni prospettiva di sviluppo e progresso qualitativo della medicina italiana ed soprattutto delle cure primarie, condizioni indispensabili per la sostenibilità del SSN solidale, universale ed equo,

### RITIENE INDISPENSABILE

- la formazione nella società civile di un Movimento che, partendo dai diritti riconosciuti dalla Costituzione Italiana, primo fra tutti l'articolo 32 che sancisce il diritto alla tutela della salute dei cittadini, indipendentemente da pregiudizi ideologici, si impegni a contribuire alla loro concreta attuazione in un sistema coerente di welfare, con uno sguardo attento ai temi della "salute sociale" nell'ambiente, nella istruzione, nella giustizia, nel lavoro, nel rispetto dei valori culturali presenti ed emergenti nel nostro Paese;
- l'affermazione di tale Movimento, una vera e propria trasparente "lobby etica" per lo sviluppo e il rilancio del SSN, che, nel perseguire tale scopo, sappia ridare ruolo, dignità e funzioni a tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai medici di medicina generale;
- che la politica abbandoni definitivamente le logiche di persecuzione burocratica, ragionieristiche e fiscali che stanno progressivamente portando la classe medica verso una medicina difensiva che nulla ha a che vedere con la vera tutela della salute;
- che tale Movimento persegua la collocazione di propri candidati nel Parlamento Italiano.

Il 58° Congresso straordinario della FIMMG

### CONDIVIDE

la dichiarata volontà dal Segretario generale nazionale Mario Falconi di impegnarsi in prima persona per la costituzione di tale Movimento e,

### NEL RIBADIRE

il vincolo della FIMMG, affermato nel proprio Statuto, ad essere Sindacato e Associazione professionale libera, autonoma ed apartitica il cui scopo fondamentale è la tutela degli interessi professionali, morali, giuridici, economici, previdenziali ed assistenziali dei Medici convenzionati e dipendenti operanti nel territorio,

### INVITA

tutti i professionisti della sanità e i cittadini sensibili ai problemi della tutela della salute, in particolare i medici di medicina generale iscritti al Sindacato, a sostenere tale iniziativa nei modi e nei tempi che ciascuno in coscienza riterrà opportuni, nel rispetto assoluto delle individuali convinzioni politiche e

### RICONOSCE

al Segretario generale nazionale Mario Falconi la coerenza di principi ed azioni fino ad ora dimostrata al servizio del diritto dei cittadini alla tutela della loro salute, oltre che al servizio della categoria, e gli riconferma, non richiesta, piena fiducia nella sua carica attuale e in quanto potrà e vorrà in futuro esprimere, augurandosi e augurandogli il pieno successo dell'iniziativa nell'interesse del Paese.

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE  
**BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA**  
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: MARIO STELLA Direttore responsabile: RENZO LE PERA  
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,  
RAGAZZINI, SACCHETTI, SUBINI, ZINGONI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8  
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

**[e-mail emiliaromagna@fimmg.org](mailto:emiliaromagna@fimmg.org)**

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

## DALL'APPROPRIATEZZA NELLA CLINICA ALL'APPROPRIATEZZA DELL'ORGANIZZAZIONE

## L' I.N.A.M. NON C'E' PIU' !

DI FABIO M. VESPA

Il progetto regionale intorno alla creazione dei Nuclei delle Cure Primarie, il Piano socio sanitario regionale e soprattutto la prossima applicazione regionale dell'Accordo nazionale collettivo 2005, saranno l'occasione ed il terreno di confronto sul quale dovremo vedere confermate quelle scelte di politica sanitaria che hanno portato da un lato, il diffondersi dell'associazionismo dei MMG e dall'altro l'inizio dei processi di integrazione dei MMG nell'ambito dell'organizzazione delle aziende sanitarie.

Il mondo dell'organizzazione gestionale della sanità può oggi disporre di una strategia sufficientemente condivisa per giungere ad un difficile governo della domanda sanitaria. Associazionismo diffuso, formazione permanente, accordi decentrati e sistema premiale, sono le gambe di un nuovo futuro ed il Distretto sanitario territoriale può essere il luogo ove realizzare un progetto innovativo. Tale progetto non può però prescindere da una diffusa e decisa prospettiva di una reale integrazione tra la medicina di famiglia e le attività del Distretto sanitario. Anche nel D.Lgs. 229/1999, si sancisce il definitivo e deciso superamento di poliennali distanze tra organizzazione sanitaria e medicina di famiglia. Un medico di medicina generale può essere, infatti, nominato Direttore di Distretto ed un clinico del territorio, diviene membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Questo organismo, nelle intenzioni del legislatore, doveva essere un vero e proprio esecutivo distrettuale supportato, secondo il disposto dall'Accordo collettivo nazionale, da altri medici di famiglia, ai quali venivano affidate le funzioni di monitoraggio delle attività e di riflessione sull'appropriatezza (non solo quella della Medicina generale!) nell'uso delle risorse.

Nel Distretto quindi, l'apporto clinico pratico, la partecipazione dei medici di famiglia al monitoraggio, alla programmazione sanitaria ed alla committenza, sono l'affermazione organizzativa di una strategia complessiva, in cui le Cure primarie debbono produrre un vero e proprio percorso di razionalizzazione e competizione tra i diversi livelli assistenziali.

Purtroppo, all'interno delle Aziende sanitarie locali, non sempre è condiviso il possibile affermarsi di tale modello innovativo. Forse qualcuno teme per le attese di carriera, ruoli, mentre le consuetudini nelle relazioni sono talvolta messe in crisi dai progetti d'integrazione e soprattutto da un reale coinvolgimento, in tali processi, dei medici di famiglia.

Il rischio è che, in tal modo la Medicina di famiglia non prenda parte ai momenti di coordinamento complessivo neppure formalmente e resti esclusa dai momenti strategici e propositivi. Persino la negoziazione dei budget qualitativi dei Distretti e dei Dipartimenti delle cure primarie, sono definiti, paradossalmente, in assenza dell'apporto conoscitivo di chi poi gestisce la clinica territoriale.

E necessario invece considerare che l'appartenenza esclusiva dei Direttori di Distretto alla carriera sanitaria d'organizzazione, fa mancare l'apporto clinico professionale nei processi decisionali che in quegli ambiti si svolgono. In sostanza, la definizione dei bisogni dei cittadini è lasciata alla mediazione tra il mondo della politica locale e le Direzioni distrettuali o aziendali in assenza di un contributo clinico e ciò in evidente contrasto con il mandato all'essenzialità ed alla appropriatezza delle cure. Tutto ciò diversamente da quanto accade nelle altre macrostrutture delle aziende sanitarie locali, ove il ruolo clinico professionale ed il consenso dei professionisti è essenziale nella definizione di scelte, indirizzi, progetti ed investimenti.

Il Distretto quindi, privo della visione clinica, diviene sostanzialmente debole, in un sistema caratterizzato da una forte competizione progettuale sugli investimenti e sulle risorse complessive delle Aziende sanitarie.

Oggi, in una situazione di sostanziale estraneità dei Medici di famiglia dalle Aziende sanitarie, spesso le Direzioni generali non dispongono neppure di complete informazioni sulla Medicina territoriale. Le attuali fonti, infatti, d'informazione provengono oggi da categorie professionali

nei fatti spesso in contrapposizione ai Medici di Medicina generale, nei confronti dei quali sono spesso chiamate a svolgere un ruolo prevalentemente di controllo burocratico.

Le organizzazioni sanitarie come tutti i sistemi complessi, non sono portate a cambiare spontaneamente il proprio modo di operare, soprattutto sulla base di incostanti e spesso incerti orientamenti del mondo della politica.

Per molti l'I.N.A.M. è ancora il modello di riferimento!

E' solo modificando relazioni e rapporti interni alle organizzazioni che diviene possibile ottenere un nuovo modo di operare di un sistema complesso.

L'attuale organizzazione delle Aziende sanitarie, costituita da Medici funzionari, Clinici di provenienza esclusivamente dall'area ospedaliera e dal personale amministrativo, non sente sostanzialmente alcun bisogno di cambiamento e quindi non avverte alcun bisogno di rafforzare realmente il complesso delle attività territoriali.

La visione in genere rigida, tipica degli apparati burocratici si fonde e s'intende con un'organizzazione sostanzialmente egualmente rigida e gerarchica, come quella del mondo dell'ospedale. Entrambi questi mondi considerano estranea, diversa la Medicina generale e difficilmente tendono a processi spontanei di reale integrazione impedendo, in questo modo, l'evolvere di un ancora fragile progetto centrato sulle Cure primarie.

La differenza di stato giuridico dei Medici di famiglia, il rapporto convenzionale anziché di dipendenza, piuttosto che osservato come opportunità, è enfatizzato come incolmabile differenza nei valori di riferimento e negli interessi espliciti. Tale mancanza di riconoscimento rende sostanzialmente difficile l'evoluzione stessa del sistema.

Se le Direzioni generali pensano veramente di superare il modello tradizionale di organizzazione dell'offerta sanitaria, puntando realmente sulla definizione territoriale dei bisogni, dovranno, in qualche modo, incoraggiare il cambiamento un apparato burocratico fortemente cristallizzato e poco propenso ad ogni innovazione e scegliere, in modo concreto, tra "conservatori" e gli "innovatori" che pure esistono.

Fare entrare realmente, in modo paritario, nel mondo delle Aziende sanitarie anche la Medicina generale è un elemento necessario a creare nuovi sistemi di relazioni indispensabili ad un nuovo divenire del sistema. E' oggi compito precipuo delle Direzioni generali valorizzare quelle persone, all'interno del mondo delle Aziende sanitarie e nella medicina generale, concretamente disponibili al cambiamento ed all'innovazione.

I sistemi burocratici sono da sempre restii ai cambiamenti e da sempre sono capaci di replicare se stessi, stentano a trovare spontaneamente un nuovo operare e solo la capacità di managers realmente motivati ed abili, può costruire la base per far progredire un processo innovativo e quindi per motivare e dare chiarezza d'obiettivi al territorio nel suo complesso.

Separare, come oggi avviene in gran parte dei Distretti, la fase di programmazione e quella di controllo da quella strettamente professionale, è fonte di demotivazioni e disinteresse.

In sostanza pare difficile immaginare di poter perseguire obiettivi strategici sulla Medicina generale continuando far stilare annualmente le schede di budget distrettuali, persino sugli obiettivi qualitativi, ai Medici d'organizzazione, senza una collaborazione, una condivisione reale da parte dei professionisti clinici del territorio. Difficile pensare che tali impostazioni, rendano credibili sistemi di programmazione e controllo che evitano di confrontarsi con chi è realmente al centro dei processi di produzione professionale. Il rischio concreto è quello di produrre un sistema di *budget patologico* o in altre parole viziato da economicismi, o da incrementali automatismi.

Il faticoso affermarsi di strumenti del governo clinico e della conseguente appropriatezza clinica, tra le categorie di sanitari, non può non trovare riscontro nella appropriatezza e nella reale innovazione organizzativa del complesso delle Aziende sanitarie locali

Il Distretto è anche cosa e casa comune e ...**I.N.A.M. non c'è più!**

## TRATTATIVA REGIONALE

Segue da pag.1

sponsabilità, attraverso un percorso che tenga in giusto conto le caratteristiche proprie del NCP

- Sviluppare gli investimenti tecnologici per l'implementazione e il completamento della rete informativa anche con gli studi medici (progetto SOLE), la formazione, la ricerca e sperimentazione in M.G.

- Promuovere l'integrazione delle attività professionali sanitarie e sociali.

- Caratterizzare i NCP con una sede di riferimento che supporti con il servizio infermieristico e il servizio sociale, l'assistenza medica dei M.G e di pediatria di L.S. erogate sul territorio e la continuità assistenziale. La stessa sede sarà punto di riferimento dei MMG (A.P) dei Pls e dei medici di C.A., previa definizione delle modalità di integrazione dell'attività dei medici di continuità assistenziale con i MMG di assistenza primaria, i Pls, il sistema dell'emergenza. Alla sede potranno rivolgersi i cittadini di quell'ambito territoriale, per un problema ambulatoriale urgente e/o per assistenza mirata a determinate patologie. I MMG ed i MCA potranno svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura.

- La responsabilità del nucleo è affidata ad un Coordinatore, indicato dai medici che compongono il nucleo, con funzioni di programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionali, ai fini anche della rivalutazione delle risorse assegnate. Attraverso i coordinatori del NCP potranno trovare riconoscimento e sviluppo le peculiari specificità dell'approccio assistenziale della MG, i cui contenuti formativi ed i relativi modelli operativi, decisionali, relazionali ed ambientali non possono essere mutuati o riprodotti dall'esperienza assistenziale ospedaliera. In tale contesto sarà possibile promuovere la promozione della formazione integrata e la verifica dei bisogni formativi espressi dai MMG, avvalendosi anche della collaborazione del centro regionale per la formazione. Sarà infine possibile concordare gli obiettivi con il Direttore del Dipartimento CP e con il NCP in riferimento alle risorse assegnate, orientare il lavoro del NCP all'appropriatezza, promuovere l'organizzazione dei processi assistenziali e la valutazione dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali.

- Lo sviluppo evolutivo dell'associazionismo costituisce l'elemento determinante per il successo del progetto di integrazione. Le forme associative dei MMG, previste dall'ACN, possono essere considerate funzionali allo sviluppo del NCP. E' obiettivo condiviso promuovere, dove possibile, la trasformazione delle forme associative già attivate, verso forme più idonee, allo sviluppo della progettualità dei NCP, senza peraltro rinunciare alla capillare presenza del MMG sul territorio.

- Ultimo accenno al sistema delle risorse. L'ACN ha ristrutturato e semplificato le voci che compongono il trattamento economico, finalizzandolo verso un maggior riconoscimento delle prestazioni e del raggiungimento di obiettivi assistenziali programmati.

Con gli accordi regionali ed aziendali, conseguenti al nuovo ACN, la regione intende anche attraverso stanziamenti aggiuntivi, indirizzare le incentivazioni previste per i MMG alla loro partecipazione attiva nei NCP, al rafforzamento delle forme associative funzionali al NCP, allo sviluppo di modalità organizzative e strutturali a supporto dell'integrazione interprofessionale.

*Ben consapevoli che è difficile andare a nozze con i fichi secchi.*

## PRESCRIZIONE INFORMATICA DELLE RICETTE E FINANZIARIA LA FIMMG CHIAMA IN CAUSA IL MINISTRO STORACE

L'assurdo, pericoloso e, purtroppo, recidivante giochino di modificare in senso peggiorativo, con emendamento nella finanziaria, la norma convenzionale relativa alla percentuale minima di prescrizioni informatizzate per i medici di m.g. stato sventato grazie al l'immediato intervento della Fimmg nazionale presso il Ministro Storace.

Nulla invece è stato fatto per la trasmissione delle ricette con relative sanzioni prevista nella bozza per la Finanziaria 2006, perchè non imputabile ai medici di famiglia, bensì ai farmacisti.

La modifica annunciata dal Ministro, prevede l'obbligo per le regioni di subordinare, previo accordo regionale da stipularsi entro il 31 marzo 2006, il pagamento dell'indennità *al riscontro del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.*

Per quanto ci riguarda il limite del 70% nella nostra regione per la corresponsione dell'indennità informatica è stato previsto negli ultimi due accordi regionali.

## CONGRESSO STRAORDINARIO IL "PARTITO DELLA SALUTE" IL DOCUMENTO DELLA FRER

Il presente documento riassume la posizione della FRER - FIMMG quale doveroso contributo alla discussione nazionale sul tema, con quello spirito di chiarezza e di trasparenza che da sempre ci identifica.

Si premette che, data la carenza di informazioni di prima mano possedute, vengono sviluppate una serie di considerazioni che rappresentano più un'opinione sulle opportunità di rendere incisiva e cogente una corretta politica "per la salute", che una analisi di scelte i cui dettagli non sono del tutto noti.

E' auspicio della FRER FIMMG che le intenzioni del Segretario nazionale siano quelle di contribuire a dar vita ad un "MOVIMENTO" che coinvolga quelle associazioni di cittadini e di professionisti, che alla fine di un processo di analisi critica della gestione della politica sanitaria del Paese, condividano la delusione per la mancanza di una seria prospettiva di tutela, di programmazione, d'indirizzo e d'investimenti.

"MOVIMENTO" che, partendo dalla ricchezza di esperienza e di conoscenze dei propri costituenti, possa elaborare un programma di governo della sanità per i prossimi anni e sia in grado di proporlo pubblicamente, chiedendo un'adesione esplicita alla popolazione.

Il "MOVIMENTO" potrà così presentarsi trasversalmente agli schieramenti partitici ed influenzarne le scelte di politica sanitaria attraverso la proposizione di candidature, che partendo da presupposti di appartenenza al "movimento" stesso, espletino anche un ruolo di condivisione partitica coerente a scelte personali.

Si prospetterebbe così la rivisitazione di un'azione di "LOBBY", nobilitata dallo scopo istituzionale del "movimento" e dalla sua trasparenza e rafforzata da una presenza trasversale in un universo partitico, che attraverso un processo di condivisione potrebbe tentare una catarsi della propria inefficienza passata e prospettica in tema di salute, riconoscendo la validità e la forza della proposizione politica dello stesso "movimento"

Qualora invece con la definizione di "partito della salute" si dovesse intendere l'intenzione di fare germogliare dal Sindacato una vera e propria formazione partitica la FRER FIMMG indica il pericolo di un'azione lacerante nel seno dell'associazione ed un coinvolgimento improprio della stessa in un percorso insidioso ed incerto. Si esprime inoltre la convinzione che un "partito" si debba caratterizzare per una proposta complessiva di governo dei problemi del Paese e non debba essere monotematico.