

Numero 1, gennaio 2011



### OCCHIALI PREMONTATI: IN ARRIVO LA REVISIONE DELLA NORMA EUROPEA

Hanno avuto grande successo perché sono pratici, economici e in Italia sono di libera vendita. Tuttavia esistono sul mercato molti occhiali premontati inadeguati e l'esigenza di regolamentare questo settore era nata

anche per evitare la proliferazione di occhiali premontati che andassero oltre il loro giusto utilizzo, in particolare al fatto che questi occhiali sono destinati unicamente all'uso per la visione da vicino e alla lettura e che devono avere un paio di lenti unifocali, di uguale potenza sferica positiva, in cui la sagomatura non è effettuata in risposta diretta a una prescrizione scritta di un medico qualificato.

Infatti, secondo la norma tecnica UNI EN 14139 il termine "occhiali premontati" è limitato agli occhiali che hanno o incorporano lenti monofocali. La motivazione di tale restrizione è che le lenti per occhiali diverse dalle lenti monofocali (per esempio lenti bifocali, multifocali e progressive) non sono raccomandate per uso negli occhiali premontati a causa della necessità della prescrizione di un professionista qualificato.

Gli occhiali premontati non possono e non devono essere intesi come se fossero degli occhiali da vista.

Gli occhiali da vista premontati conformi alla normativa europea sono quelli che hanno, ad esempio, le lenti di uguale potere sferico



co nel campo che va da +1,00 a +3,50 diottrie.

Sempre secondo la norma il fabbricante deve fornire una serie di informazioni/avvertenze che accompagnano gli occhiali premontati; in particolare:

- deve indicare la distanza di centratura, in mm, che deve essere marcata sulla montatura o sulla targhetta appesa o sull'adesivo applicato;

- deve fornire l'avvertenza di non idoneità per la guida o l'uso su strada, mediante apposito simbolo specificato nella norma.

Inoltre, gli occhiali devono essere marcati in modo permanente con le seguenti informazioni minime:

- a) nome o marchio commerciale del fabbricante o del distributore;
- b) potere sferico, in diottrie, dichiarata dal fabbricante.

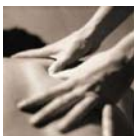
La norma richiede inoltre di fornire un avviso leggibile nella lingua nazionale del Paese di destinazione, sotto forma di etichetta affissa o targhetta appesa, volto a sconsigliare l'uso in determinati ambiti (per la guida, come occhiale di protezione, inadatto alla visione a distanza ecc..).

La norma elenca in modo preciso il contenuto delle avvertenze da fornire.

*Rivista "Unificazione & Certificazione" - Ottobre 2010*

#### Sommario:

Occhiali premontati: in arrivo la revisione della norma europea UNI EN 14139	1
Fisioterapisti e tecnici ortopedici abusi e ordine professionale	2
Sanità, il doppio rischio dell'abusivismo	2
Medici generici: obbligatorio rimuovere le barriere architettoniche per i disabili	3
In calo gli ambulatori, lo dice l'Istat	3
Responsabilità odontoiatrica, l'onere della prova non grava solo sul medico	4
Consenso informato: a chi spetta l'onere probatorio?	4
Una interrogazione parlamentare con risposta fa il punto circa la situazione dei masso fisioterapisti annuali e biennali	5
Odontotecnici	6
L'infermiere generico non è professione sanitaria	7
Norme tecniche di recente emanazione	7
L'apposizione della marcatura CE su ogni singolo dispositivo di protezione individuale	8
L'istituzione della banca-dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici acquistati dal SSN	8
Farmacia: professione da declinare nel territorio	9
La farmacia guarda al futuro; quattro temi clou: remunerazione, riordino, convenzione e servizi	9
Farmacie: chiediamo regole senza deregulation	10
Il laser permette di incerare meglio gli impianti	10



## FISIOTERAPISTI E TECNICI ORTOPEDICI: LOTTA AGLI ABUSIVI ED ORDINE PROFESSIONALE

Nel mondo della sanità ci sono 19 professioni con 550 mila iscritti che dal '99 aspettano di avere il riconoscimento di un proprio Ordine professionale.

Si tratta di professioni tutte confluite nel Conaps (Coordinamento nazionale associazioni professioni sanitarie) e ne fanno parte, tra gli altri, fisioterapisti, logopedisti, dietisti, tecnici ortopedici.

Si tratta di categorie «afflitte» dall'abusivismo e dalla concorrenza sleale: unico caso in Italia in cui gli abusivi sono il dop-

pio dei professionisti: un milione di furbi contro 550 mila regolarmente laureati. Per questo da più di dieci anni queste categorie chiedono di avere un Ordine professionale che le tuteli e le protegga.

Resta da capire perché la regolamentazione di questo settore si sia trascinata dal '99 a oggi.

«Purtroppo — spiega Antonio Bortone, presidente del Conaps — siamo stati strumentalizzati dalla lobby degli Ordini più antichi: quando si è aperta la discussione per l'istituzione dei nuovi or-

ganismi, la capacità di pressione dei poteri forti ha fatto sì che si facesse un unico calderone con la riforma di quelli già esistenti».

Quest'anno però la «maledizione» sembrava sfatata, considerato che il progetto di istituzione dei nuovi Ordini era stato approvato da tutte le commissioni parlamentari competenti.

Eppure, ancora una volta, si è arenato nelle secche parlamentari di fine anno.

*Corriere della Sera, 21/12/2010*



## SANITÀ, IL DOPPIO RISCHIO DELL'ABUSIVISMO

Minori tutele per la clientela, che soprattutto con fisioterapisti e dentisti rischia la propria salute ma anche per i «colleghi» che si vedono portar via assistiti a prezzi stracciati. E la legge non tutela.

Lotta agli abusivi. Non sono pochi i professionisti a doversi difendere da questo fenomeno. I più esposti sono quelli dell'area medica: fisioterapisti, per esempio, hanno perfino proposto quattro mosse anti abusivismo ai propri colleghi in modo da difendersi da un fenomeno in continua ascesa. I numeri forniti dall'Associazione italiana fisioterapisti sono impressionanti e indicativi: in Italia ci sono 50 mila fisioterapisti riconosciuti e 100 mila «millantatori» che senza titoli e competenze svolgono attività riabilitativa su inconsapevoli cittadini.

### La denuncia, le regole

«Chiediamo ai nostri colleghi medici — spiega il presidente nazionale dell'Aifi, Antonio Bortone — di tenere sempre in allerta il paziente su questo rischio, di consigliare direttamente il nome di un fisioterapista vero, abilitato, serio».

E allora ecco le quattro regole fondamentali che possono aiutare i cittadini ad avere una ragionevole certezza di essere in buone mani, e non in senso

metaforico: che il titolo di laurea sia stato rilasciato o da un'Università italiana e, in caso di titolo estero, che abbia ottenuto il riconoscimento dal Ministero della Salute;

verificare se, durante la visita, è richiesta la visione della documentazione clinica; chiedere sempre il rilascio della corrispondente ricevuta fiscale.

A peggiorare la situazione ci si è messa una «vocina» inserita nell'ultimo decreto «mille- proroghe».

Prima, nel caso venisse accertata una situazione di abusivismo, scattava un provvedimento disciplinare che poteva portare a una sospensione anche di un anno.

«Adesso è tutto azzerato — spiega Roberto Callioni, past President dell'Associazione nazionale dentisti italiani — grazie al colpo di mano nel milleproroghe anche i dentisti colti in flagrante non possono essere sottoposti a provvedimento disciplinare. E dire che il rischio di non poter esercitare la profes-



Antonio Bortone, Presidente AIFI, Associazione Italiana Fisioterapisti



Roberto Callioni, past President ANDI, Associazione Nazionale Dentisti Italiani

sione per un anno era un bel deterrente.

Il colpo è stato particolarmente duro per una categoria che da tempo denuncia almeno 15 mila abusivi su tutto il territorio. «Sono

anni che chiediamo ai governi di intervenire — continua Callioni — perché chi esercita in maniera abusiva incorre nell'articolo 348 del codice penale e se la cava con qualche centinaio di euro di multa.

Anche se, come è già successo, scoviamo imbianchini a fare impianti dentali. La beffa è che il risultato di tanta protesta è un provvedimento che opera un colpo di spugna sui dentisti conniventi». Un doloroso colpo di spugna, dritto sui denti.

*Corriere della Sera, 01/11/2010*



## MEDICI GENERICI: OBBLIGATORIO RIMUOVERE LE BARRIERE ARCHITETTONICHE PER I DISABILI

Secondo il combinato disposto dell'art. 22 Dpr 270/2000 e dell'art. 24 della legge 104/1992, gli studi medici di medicina generale, poiché destinati allo svolgimento di un servizio pubblico (art. 36, Accordo del 20 gennaio 2005), vanno considerati locali «aperti al pubblico» e, quindi, sottoposti all'obbligo di eliminazione delle barriere architettoniche. Lo stabilisce la terza sezione del Tar Sicilia, sede di Palermo, nella sentenza n. 9199/2010.

La pronuncia prende avvio dall'impugnazione, da parte di due condomini di uno stabile, della dichiarazione di inizio lavori presentata da un medico che intendeva rendere l'abitazione idonea all'uso quale studio di medicina di base associata. I ricorrenti contestavano l'assenso del Comune al mutamento di destinazione, deducendo che era stato accordato senza il loro consenso e chiedendo l'annullamento della concessione con «ripristino della destinazione precedente».

Per contro, i medici sottolineavano che nell'appartamento non avrebbero dato luogo a un «presidio sanitario privato», in quanto, ai sensi del Dpr 270/2000, lo studio medico può essere inserito in un appartamento di civile abitazione, lì Comune sosteneva che l'abbattimento delle barriere architettoniche non riguarderebbe gli studi di medicina generale che, in quanto studi privati, non soggiacerebbero a tale obbligo, previsto solo per gli studi specialistici accreditati.

Secondo il giudice, dall'impianto normativo sopra riportato è dato evincersi come la qualificazione di «servizio pubblico» recata dagli accordi collettivi sia da ritenere incompatibile con l'assenza di esclusione dal campo di applicazione della disciplina sulle barriere architettoniche, e ciò alla stregua di quanto previsto per ogni altra struttura sanitaria accreditata.

Una diversa interpretazione, prosegue la sentenza, incontrerebbe due limiti oggettivi: il primo, dato dalla condizione di insanabile contrasto di tale lettura con i principi espressi dalla legge 67/2006 in tema di discriminazioni, a nulla rilevando neppure la previsione di cui al Dpr 270/2000, richiamata nella memoria dell'Asl, secondo la quale, a richiesta, il medico è tenuto a recarsi presso il domicilio del disabile non deambulante; il secondo dato dagli accordi collettivi, in applicazione di un rigoroso criterio di competenza nel rapporto tra fonti normative, a regolare fattispe-

cie, quale quella in argomento, che attengono unicamente alla sfera legislativa, e, in residua parte, a quella regolamentare locale.

La sentenza, in sintesi, sostiene che dopo l'entrata in vigore della legge 67/2006 in applicazione del principio di non discriminazione di cui all'art. 3 della Costituzione, devono ritenersi superate le clausole limitative della libertà del disabile e quindi anche il suo diritto alla circolazione e accesso ai servizi.

La pronuncia, non c'è da dubitare, farà sicuramente giurisprudenza nelle controversie condominiali laddove i regolamenti interni prevedono il divieto di apertura di «attività aperte al pubblico» in quanto sarà sicuramente utilizzata nelle assemblee per impedire che i nuovi studi medici di medicina generale si installino negli edifici.

Sarà quindi opportuno che i sanitari, prima di sottoscrivere i contratti di locazione, verifichino i regolamenti al fine di evitare lunghi contenziosi successivi.

La qualificazione di ambiente aperto al



pubblico per gli studi medici di medicina generale è però criticabile, anche alla luce della giurisprudenza precedente, in quanto si deve distinguere l'"ambulatorio", ovvero qualsiasi struttura aziendale destinata alla diagnosi e/o alla terapia medica extraospedaliera, dallo "studio medico", ovvero ogni locale dove è esercitata una attività sanitaria in cui il

carattere professionale prevale in modo preponderante su quello organizzativo.

Lo studio medico tradizionalmente inteso, in cui l'opera intellettuale (art. 2229 Cc) è prevalente, può essere inserito anche in immobili di civile abitazione.

E' comunque da rilevare che dal 2006 gli studi di nuova apertura vengono normalmente autorizzati solo in presenza delle attrezzature per i disabili mentre la deroga resta in vigore per gli studi aperti precedentemente. Va ricordato, inoltre, che la legge 13/1989 ha imposto per le nuove costruzioni l'eliminazione delle barriere architettoniche al fine di permettere l'accesso ai disabili.

*Il Sole 24 Ore Sanità, 16-22/11/2010*



## IN CALO GLI AMBULATORI, LO DICE L'ISTAT

In Italia i medici di base sono circa 47.000, con una media di 8 medici ogni 10 mila abitanti. Ammontano invece a circa 17 ogni 100 mila abitanti gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati, in lieve calo negli ultimi 3 anni. I dati sono contenuti nell'Annuario statistico italiano 2010 dell'Istat che si sofferma anche sulla percezione di salute degli italiani, complessivamente buona. Nel 2010, infatti, sette residenti in Italia su dieci hanno valutato positivamente il proprio stato di salute, gli uomini più delle donne (75% contro 66,5%). Quanto alle patologie croniche, il 38,6% delle persone dichiara di esserne affetto, l'86,7% fra gli "over 75". Le malattie croniche più diffuse sono

l'artrosi/artrite (17,3%), l'ipertensione (16%), le malattie allergiche (9,8%), l'osteoporosi (7%), la bronchite cronica e asma bronchiale (6,1%) e il diabete (4,9%). L'Istat poi fa una disamina delle abitudini alimentari degli italiani: nel 2010 il pranzo si conferma il pasto principale per oltre due terzi della popolazione di 3 anni e più, molto spesso consumato a casa. E' fortemente diffusa anche l'abitudine a fare una sana e corretta colazione al mattino: 182,2% delle donne e il 76,5% degli uomini abbina al caffè o al tè alimenti più nutrienti come latte, biscotti e pane. Quanto al vizio del fumo risulta stabile negli ultimi anni.

*Doctor News*





## RESPONSABILITÀ ODONTOIATRICA, L'ONERE DELLA PROVA NON GRAVA SOLO SUL MEDICO

L'impossibilità di provare il nesso causale tra i disturbi accertati sulla paziente e la condotta del sanitario, esclude la responsabilità di quest'ultimo.

È quanto sancito dal Tribunale di Bari con la sentenza del 3 settembre 2010.

Nel caso di specie, una paziente affermava di essersi affidata alle cure di un odontoiatra che le confezionava e applicava una protesi dentaria non del tutto adatta alla sua bocca e perciò causa di gravi impedimenti e inconvenienti.

Secondo la paziente, per ovviare alle problematiche, il medico interveniva sulla dentatura attraverso "un'operazione di limatura e riduzione degli incisivi", dalla quale però non derivavano gli effetti sperati, ma al contrario, forti dolori gengivali e mandibolari.

Al fine di accertare la responsabilità del medico, la paziente decideva così di agire in giudizio chiedendo il risarcimento del danno biologico, esistenziale, estetico e da mancato guadagno derivante dalle lesioni patite.

Il Tribunale di Bari rigettava però la domanda di risarcimento del paziente.

Il giudice dichiara infatti (seppure la



Suprema Corte sembra essere orientata in maniera un po' diversa) che, pur sollevando il paziente-creditore dall'onere di dimostrare l'inadempimento della controparte, richiede tuttavia che lo stesso offra prova non solo del titolo in forza del quale agisce e dei danni lamentati ma anche del nesso di causalità fra danni e condotta del debitore.

Nel caso di specie, non è controverso che fra le parti sia intercorso un rapporto avente ad oggetto una serie di prestazioni odontoiatriche, fra le quali la realizzazione e applicazione di protesi dentarie, risultate causa di fastidi di vario genere e pertanto nel tempo sostituite nel tentativo di raggiungere un risultato soddisfacente.

Veniva invece decisamente contestato dall'odontoiatra che egli, o altro professionista operante nel suo studio, avesse eseguito l'intervento di limatura degli incisivi posto a fondamento dei successivi disturbi di salute.

Ai fini di risoluzione della controversia, il giudice disponeva una consulenza tecnica d'ufficio da cui emergeva la difficoltà di stabilire l'avvenuta esecuzione dell'intervento in discorso.

Pertanto, dall'impossibilità di provare uno dei fatti costitutivi della pretesa attorea, ovvero il nesso causale tra i disturbi accertati sulla paziente e la condotta del sanitario, è conseguito il rigetto della domanda.

Dott.ssa Claudia Patti

*Tribunale di Bari con la sentenza del 3 settembre 2010*



## PODOLOGIA

E' attualmente in discussione presso la Conferenza delle Regioni un provvedimento per l'equivalenza dei vecchi pedicure al profilo professionale del podologo universitario.

CNA, ed in particolare l'Unione Benessere e Sanità è impegnata a seguire l'iter del provvedimento per risolvere una situazione che si trascina da parecchi anni con risvolti anche di carattere legale che hanno fortemente condizionato la categoria.

Daniele Dondarini



## CONSENSO INFORMATO: A CHI SPETTA L'ONERE PROBATORIO?

La sentenza che qui si commenta si pone sul solco della recente Cass 2847/2010 (c.d. Sentenza Amatucci, dal nome del relatore) che ha delineato le regole dell'onere della prova relativamente al consenso informato.

Il caso è questo: una donna si sottopone ad un intervento di chirurgia estetica (mastoplastica additiva e mastopepsi) all'esito del quale, in ragione dei deludenti risultati estetici che adduce di aver conseguito, domanda al tribunale di Bari il risarcimento dei danni subiti sull'assunto che, la dott.ssa che aveva materialmente eseguito l'operazione non si era preoccupata di fornirle informazioni complete riguardo ai possibili

risultati dell'intervento, portando la paziente ad un aspetto fisico peggiore del precedente. Affinché il difetto di informazione produca in capo al medico, dunque alla struttura a cui fa riferimento, conseguenze risarcitorie bisogna chiedersi se il paziente, qualora il sanitario lo avesse correttamente informato, si sarebbe sottoposto comunque all'intervento. Nel rapporto medico-paziente è il danneggiato a dover provare l'esistenza del contratto, l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, gravando invece sul medico la prova della dovuta diligenza nell'esecuzione, ovvero dell'evento imprevisto. Tornando alla vertenza in esame nonostante sia

stata dal giudice appurata la scarsa completezza di informazione fornita al paziente (è stato infatti esibito un modulo standard contenente informazioni del tutto generiche) è stata dal medesimo rigettata la domanda di risarcimento avanzata dalla donna proprio perché non sono stati da quest'ultima allegati tutti gli elementi validi a sostenere che la condotta positiva (corretta informazione) omessa dal medico avrebbe evitato l'evento (lesione della salute).

Avv. Silvia Stefanelli

*Tribunale di Bari con la sentenza n. 3135 del 19/10/2010*



## L'APPROFONDIMENTO

### INTERROGAZIONE PARLAMENTARE CON RISPOSTA FA IL PUNTO CIRCA LA SITUAZIONE DEI MASSOFISIOTERAPISTI ANNUALI E BIENNALI

**Interrogazione a risposta scritta 4-05540 presentata da PAOLO GRIMOLDI**

**martedì 22 dicembre 2009, seduta n.261**

GRIMOLDI - Al Ministro della salute.

Per sapere - premesso che:

il profilo professionale del massofisioterapista è stato disciplinato dal decreto ministeriale 7 settembre 1976, il quale ha stabilito che «Il massofisioterapista è in grado di svolgere tutte le terapie di massaggio e di fisioterapia in ausilio all'opera dei medici sia nel libero esercizio della professione sia nell'impiego in enti pubblici e privati, nell'ambito delle disposizioni di legge. Pertanto esegue ed applica tutte le tecniche del massaggio e della fisioterapia sull'ammalato secondo le istruzioni del sanitario, a livello di personale ausiliario e di terapeuta della riabilitazione»;

l'articolo 1 della legge 19 maggio 1971, n. 403, ha stabilito che la professione sanitaria ausiliaria di massaggiatore e massofisioterapista è esercitabile soltanto dai massaggiatori e massofisioterapisti diplomati da una scuola di massaggio e massofisioterapia statale o autorizzata con decreto del Ministro per la sanità, sia che lavorino alle dipendenze di enti ospedalieri e di istituti privati, sia che esercitino la professione autonomamente;

nel territorio nazionale diverse scuole, al termine di un ciclo di studi biennale, hanno rilasciato un diploma di «massofisioterapista» ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 403 del 19 maggio 1971, norma che ha istituito l'allora «professione sanitaria ausiliaria» di massaggiatore e massofisioterapista;

a norma della legge-quadro sulla formazione professionale, legge n. 845 del 1978, rientra nella competenza regionale l'attuazione delle iniziative formative dirette alla acquisizione di «specifiche competenze professionali» per coloro che siano in possesso del diploma di scuola secondaria superiore;

l'articolo 1, primo comma, della legge n. 42 del 26 febbraio 1999, («Disposizioni in materia di professioni sanitarie») ha stabilito che la denominazione di

«professione sanitaria ausiliaria» nel testo unico delle leggi sanitarie, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione «professione sanitaria» (la qualifica di professione sanitaria ausiliaria era stata espressamente riconosciuta ai massaggiatori e massofisioterapisti ciechi dalla precedente legge n. 1098 del 1940);

soltanto nel 2006, a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 43 del 1 febbraio 2006, e del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, è stata posta (articolo 1 della legge n. 43 del 2006 ed articolo 4-quater del decreto-legge n. 250 del 2005) la necessità del titolo abilitante rilasciato dallo Stato (ossia il diploma universitario) per l'esercizio delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione;

la norma di chiusura della medesima legge n. 43 del 2006, l'articolo 7, è chiara nell'affermare: «Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge» - e quindi anche ai massofisioterapisti - «continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge»;

l'articolo 4 della precitata legge n. 42 del 1999, ha stabilito l'equipollenza, ai fini (tra l'altro) dell'esercizio professionale, tra i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che avevano permesso (l'iscrizione ai relativi albi professionali) l'attività professionale, sia autonomamente svolta che in regime di lavoro dipendente, ed i diplomi universitari istituiti con il decreto legislativo n. 502 del 1992 (si veda la sentenza del Consiglio di Stato n. 5225/2007 - la quale sancisce definitivamente l'equipollenza del titolo di massofisioterapista a quello del fisioterapista, purché la formazione sia stata triennale);

il Tribunale amministrativo regionale dell'Umbria, con sentenza n. 340/2001, ha riconosciuto, anche in considerazione del diverso livello formativo, che la nuova figura del fisioterapista non ha assorbito la preesistente figura di mas-

siofisioterapista e che soltanto alcune attività del fisioterapista rientrano in quelle proprie del massofisioterapista;

con la sentenza n. 1919 del 2007 il Tribunale amministrativo regionale Lombardia, in data 19 aprile 2007, ha, tra l'altro, incontestabilmente riconosciuto che:

a) i titolari degli abilitanti diplomi professionali di massofisioterapista, conseguiti al termine del ciclo di studi istituito ai sensi della precedente normativa e fino al biennio scolastico 2004/2006 incluso, sono legittimati a svolgere la loro attività professionale sia in forma autonoma che subordinata;

b) essendo la categoria in una fase transitoria ad esaurimento, la disciplina normativa applicabile è quella di cui alle rispettive fonti di riconoscimento (legge n. 403 del 1971 - professione sanitaria);

c) l'espressione in via di esaurimento, utilizzata dal legislatore, evidenzia una fase di transizione non ancora esaurita, ove possono senz'altro trovare ancora spazio i corsi disciplinati dalla precedente normativa, riconducibili alle professioni sanitarie;

il Consiglio di Stato, con pronuncia n. 5225/2007, ha riconosciuto come la professione del massofisioterapista, non essendo stata coinvolta nel processo di riordinamento del relativo corso di formazione (né essendo stata soppressa), sia rimasta soggetta alle regole del vecchio ordinamento, con conseguente conservazione dei relativi corsi di formazione;

le regioni si trovano attualmente in una situazione di stallo, non riuscendo ad esprimere una soluzione univoca al problema del riconoscimento della validità dei titoli rilasciati a coloro che hanno conseguito il diploma dal 1999 fino all'ultimo biennio corsuale 2004/2006;

la Regione Lombardia, in particolare, ha disciplinato, con decreto della Direzione generale istruzione, formazione e lavoro R.L. n. 8486 del 30 luglio 2008, il profilo professionale di «massaggiatore e operatore della salute», determinandone il percorso formativo con il successivo decreto della medesima direzione n. 11533 del 17 ottobre 2008;

il Tribunale amministrativo regionale Lombardia, con pronuncia n. 4642/2009, previa sospensione, ha annullato i suddetti provvedimenti regionali della regione Lombardia;

tale situazione rischia di creare ulteriore incertezza tra gli operatori del settore e gli stessi utenti dei servizi resi dai massofisioterapisti:

quali iniziative il Ministro interrogato abbia adottato o intenda adottare al fine di fornire definitiva soluzione al problema dell'applicazione del principio dell'equivalenza dei titoli (che oggi si rende improrogabile dopo le ultime pronunce del Consiglio di Stato, di cui in premessa), come previsto dal secondo comma dell'articolo 4 della legge n. 42 del 26 febbraio 1999, per tutti i massofisioterapisti, in possesso del relativo titolo professionale abilitante ai sensi della legge n. 403 del 1971, rilasciato fino all'ultima edizione corsuale 2004/2006, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base normativamente previsti.

Atto Camera dei Deputati

**Risposta scritta pubblicata lunedì 5 luglio 2010 nell'allegato B della seduta n. 347**

All'Interrogazione 4-05540 presentata da PAOLO GRIMOLDI

Risposta. - Negli ultimi 10 anni si è tentato di dare attuazione al dettato dall'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

Questo Ministero, per dare attuazione alla legge citata, avrebbe dovuto emanare un decreto, d'intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (Miur), indicante i criteri e le modalità per riconoscere l'equivalenza fra i titoli conseguiti in vigenza del pregresso ordinamento e gli ex diplomi universitari (attualmente lauree).

Tuttavia, a seguito dell'entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, è venuta meno la competenza statale a regolamentare le professioni sanitarie mediante decreti ministeriali, aventi natura di regolamenti, dal momento che è intervenuto un nuovo riparto di competenze fra lo Stato e le regioni e le province autonome.

Fu pertanto perseguita la via dell'accordo in sede di conferenza Stato-regioni, ai sensi del quale le regioni avrebbero dovuto istruire le pratiche inerenti le professioni, trasmettendo poi la docu-

mentazione a questo Ministero il quale, preso atto della positiva istruttoria conclusa dagli enti locali, avrebbe dichiarato l'equipollenza alle lauree dei titoli valutati.

Successivamente al raggiungimento dell'accordo, tuttavia, le regioni ne manifestarono l'oggettiva difficoltà di attuazione, al punto che, di fatto, l'accordo in questione è rimasto inapplicato.

Per non pregiudicare ulteriormente la situazione dei possessori di titoli pregressi che non hanno beneficiato dell'equipollenza si è, quindi, proceduto, d'intesa con le regioni e le province autonome, alla redazione di un nuovo schema di accordo che, introducendo alcune modifiche proposte dalle regioni medesime, sostituisce il vecchio atto d'intesa e consentisse agli enti locali di avviare la prescritta istruttoria. Sul nuovo schema di accordo il Miur ha già espresso parere favorevole.

È attualmente in corso l'esame da parte delle organizzazioni sindacali, a cui il testo è stato sottoposto in considerazione dell'impatto che la disciplina avrà sull'attività lavorativa per gli effetti sulle qualifiche professionali di alcuni operatori del Servizio sanitario nazionale.

Una volta ultimata la fase istruttoria, si potrà dunque procedere alle ulteriori fasi procedurali, finalizzate all'approvazione del nuovo accordo, che consentirà di dare finalmente attuazione all'articolo 4, comma 2, della legge n. 42 del 1999.

In merito, specificamente, alla professione dei massofisioterapisti, questo Ministero ha emanato una specifica circolare in data 22 gennaio 2010, indirizzata alle regioni.

In essa viene ribadito l'orientamento di questo Ministero, già espresso in più occasioni, di affermare che la figura del massofisioterapista con formazione biennale non è equipollente alla professione sanitaria di fisioterapista. Come tale, essa è da considerarsi figura sanitaria non riordinata ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Tale titolo, conseguito presso istituti regolarmente autorizzati dalla Regione di competenza, abilita all'esercizio della relativa professione ai sensi della legge 19 maggio 1971, n. 403.

Questo orientamento ha trovato conferma nella sentenza n. 5225 del 2007 del Consiglio di Stato, secondo cui solo i titoli di massofisioterapista con formazione triennale, conseguiti prima dell'entrata in vigore della legge n. 42 del 1999, possono

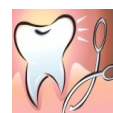
considerarsi equipollenti alla laurea in fisioterapia.

Per quanto attiene ai percorsi formativi abilitanti all'esercizio della professione di massofisioterapista, ai fini del conseguimento di un titolo abilitante è sufficiente il superamento di un corso di durata biennale. Gli eventuali anni aggiuntivi rispetto al biennio sono da considerarsi come un puro accrescimento del bagaglio culturale e nozionistico degli studenti, ma non aggiungono nulla ai fini dell'abilitazione professionale degli stessi, che è e rimane quella riconosciuta al massofisioterapista biennale.

Tale professione è, peraltro, riconosciuta ad esaurimento dal contratto collettivo nazionale del lavoro del comparto sanità del 9 aprile 1999 e, pertanto, non è più possibile bandire concorsi pubblici per l'assunzione di detti professionisti.

Pertanto, il massofisioterapista, in base alla normativa vigente ed alla luce della citata sentenza n. 5225 del 2007 del Consiglio di Stato, può svolgere la propria attività in regime libero professionale o in regime di dipendenza presso strutture non appartenenti al servizio sanitario regionale, fatti salvi i casi di coloro che erano già stati assunti con detta qualifica prima dell'entrata in vigore del citato contratto collettivo nazionale del lavoro.

Il Ministro della salute: Ferruccio Fazio.



## ODONTOTECNICI

Con l'avvento della nuova Direttiva 2007/47/CE si è completata la revisione della direttiva sui medical devices 93/42/CE con i nuovi adempimenti per i fabbricanti.

La revisione della normativa vigente impone ai fabbricanti di rivedere alcuni aspetti della fascicolazione tecnica dei dispositivi e, in particolare, introduce l'obbligo di gestire l'attività di monitoraggio after-market dei dispositivi realizzati.

Presso le sedi provinciali di CNA Benessere e Sanità sono disponibili contributi relativi ai nuovi adempimenti per i laboratori odontotecnici.

Daniele Dondarini







## L'INFERMIERE GENERICO NON E' PROFESSIONE SANITARIA

Il sottosegretario di Stato per la salute, Eugenia Roccella, ha risposto all'interrogazione Binetti n. 3-01201, concernente iniziative volte a disciplinare i requisiti per l'esercizio delle professioni di infermiere generico e psichiatrico e di puericultrice affermando quanto segue:

EUGENIA ROCCELLA, Sottosegretario di Stato per la salute. Signor Presidente, in merito ai quesiti formulati nell'interrogazione parlamentare in esame, si segnala che il Ministero della salute, per quanto di competenza, ha sempre posto in essere gli atti necessari a dare attuazione al precetto di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

A tal proposito, si precisa che, in ossequio al mutato riparto di competenze fra Stato e regioni seguito all'entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, è stato stipulato l'Accordo della Conferenza Stato-regioni del 16 dicembre 2004, recante i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dei titoli conseguiti anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali, di cui alla citata norma. Detto accordo è attualmente oggetto di discussione con le stesse regioni, al fine di modificarne alcune parti.

Ciò posto, si osserva, altresì, che l'equivalenza in questione può essere riconosciuta esclusivamente a quei titoli che hanno conferito ai relativi possessori conoscenze e competenze riconducibili

ad una delle professioni sanitarie regolamentate successivamente all'entrata in vigore del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nel caso di specie, le figure dell'infermiere generico, dell'infermiere psichiatrico e della puericultrice non possono considerarsi assimilabili a nessuna professione sanitaria. In effetti, tanto l'infermiere generico quanto quello psichiatrico, sono figure che hanno da sempre una loro specificità, rimanendo distinte dall'infermiere.

A tal proposito, si osserva infatti che le figure ora citate, oltre ad essere state poste ad esaurimento dal contratto collettivo nazionale del lavoro del comparto sanità, hanno beneficiato di provvedimenti specifici, come la legge 3 giugno 1980, n. 243, dal titolo «Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici».

Inoltre, l'infermiere generico, a differenza dell'infermiere, ha conservato il proprio mansionario, posto che il Titolo V del decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, non è stato abrogato.

Quanto alla puericultrice, si osserva che, diversamente dall'allora professione sanitaria ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, il cui diploma di Stato abilitava sia all'assistenza del bambino sano sia a quella del bambino malato, questa arte ausiliaria delle professioni sanitarie era competente esclusivamente nell'assistenza del bambino sano.

Inoltre, la relativa licenza di abilitazione, rilasciata al termine di un anno di corso, non è in alcun modo riconducibile, quanto a contenuti formativi e a numero di ore, né all'attuale professione sanitaria di infermiere pediatrico né ad altra professione sanitaria.

Peraltro, il Ministero della salute ha ben presenti le oggettive difficoltà che incontrano le figure professionali oggetto della presente interrogazione. Tali difficoltà hanno determinato, tra l'altro, la nota del 19 marzo 2010, trasmessa a firma del Ministro della salute ai competenti referenti regionali per individuare soluzioni condivise.

Nella suddetta nota si evidenzia la necessità che il patrimonio professionale di questi operatori non venga disperso, evitando casi di demansionamento o di allontanamento dai compiti assistenziali di loro competenza, sia per garantire un giusto rispetto della loro dignità professionale, sia, più in generale, ai fini di un corretto utilizzo del personale, che certamente resta una delle principali risorse per il miglior funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Viene pertanto avanzata la proposta di individuare una soluzione che potrebbe essere di natura retributiva, ad esempio prevedendo nella contrattazione collettiva integrativa aziendale un differenziale economico - quale una specifica e nuova indennità - per gli operatori appartenenti al profilo professionale di infermiere generico, che svolgono attività di assistenza diretta alla persona.



## NORME TECNICHE DI RECENTE EMANAZIONE

Numero	Data	Titolo
UNI EN 1639:2010	20/07/2010	Odontoiatria—Disp. med. per odontoiatria— Strumenti
UNI EN 1640:2010	20/07/2010	Odontoiatria-Disp. med, per odontoiatria— Attrezzatura
UNI EN 1640:2010	20/07/2010	Odontoiatria-Disp. med, per odontoiatria— Materiali
UNI EN 1642:2010	20/07/2010	Odontoiatria-Disp. med, per odontoiatria— Impianti dentali
UNI EN ISO 10342:2010	05/08/2010	Strumenti oftalmici—Rifrattometri
UNI EN ISO 12867:2010	05/08/2010	Strumenti oftalmici—Montature di prova
UNI EN ISO 21987:2009	03/08/2010	Ottica oftalmica—Lenti per occhiali montate
UNI EN ISO 28319:2010	05/08/2010	Odontoiatria—Saldatura laser

## SICUREZZA SUL LAVORO



### L'APPOSIZIONE DELLA MARCATURA "CE" SU OGNI SINGOLO DISPOSITIVO DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

L'art. 12, comma 3 deL D.Lgs. 4/12/1992 n. 475 (d'attuazione detta Direttiva 89/686/CEE in materia di dispositivi di protezione individuale), nel testo sostituito dall'art. 8 del D.Lgs. 2/1 /1 997 n. 10 (d'attuazione delle Direttive 93/95/CEE e 96/58/CE recanti modifiche alla succitata Direttiva 89/686/CEE), prescrive che La "marcatrice CE deve essere apposta su ogni DPI in modo visibile, leggibile ed indelebile per tutto il prevedibile periodo di durata del DPI.

Tuttavia se ciò risulta impossibile date le caratteristiche del prodotto, la marcatura CE può essere apposta sull'imballaggio". Da ciò ne consegue che la mancata apposizione della marcatura CE su ogni singolo D.P.I.

(dispositivo di protezione individuale), nel caso specifico rappresentato da guanti per uso sanitario, deve dipendere da una effettiva "impossibilità" che il giudice definisce come "impedimento tecnico assoluto e non mera difficoltà o onerosità", impossibilità che peraltro non può essere 'certificata' dal produttore né dalla stazione appaltante ma deve risultare attestata da un organismo notificato di controllo del settore.

Nel caso di specie, pertanto, La mancata apposizione della marcatura CE su ogni singolo guanto, motivata dal produttore in ragione della necessità di una particolare "aderenza" del D.P.I., anche se accettata come giustificazione dalla Stazione appaltante non può, nondimeno, configurare un corretto agire

della P.A. che, al contrario, doveva escludere [a società concorrente che si era limitata ad apporre la marcatura solo sulla parte esterna dell'imballaggio, in quanto tale modalità non può ritenersi sufficiente ad integrare il requisito richiesto dalla specifica normativa di settore.



*Consiglio Stato, V, 10/9/2010, N. 6544*



### L'ISTITUZIONE DELLA BANCA-DATI PER IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI DEI DISPOSITIVI MEDICI ACQUISTATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

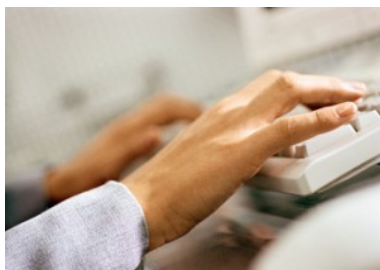
Con Decreto del Ministero della Salute, pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana alla fine di Luglio 2010, è stata istituita la nuova banca-dati per il monitoraggio dei dispositivi venduti al SSN; in forza di tale decreto tutte le Regioni sono tenute, trimestralmente, ad inviare i dati relativi agli acquisti di DM.

Più esattamente i dati da inviare (e che confluiranno in detta banca-dati) sono i seguenti:

- dati relativi al contratto: identificativo del contratto, data di stipula e durata. Inoltre, per ciascuno dei dispositivi medici cui il contratto si riferisce, occorre indicare i seguenti dati: identificativo d'iscrizione al repertorio, quantità ag-

giudicata, prezzo unitario aggiudicato, aliquota IVA ed eventuale servizio in conto deposito.

- dati relativi ai dispositivi medici consegnati alle unità operative delle strutture sanitarie, con riferimento al codice identificativo dell'unità operativa, al



numero identificativo d'iscrizione al repertorio, alla destinazione d'utilizzo del dispositivo consegnato all'unità operativa, alla quantità distribuita ed al costo.

Tutte le Regioni possono accedere ai dati inseriti in banca-dati; in questo modo le Regioni potranno verificare e confrontare i contratti ed i prezzi applicati nelle altre regioni.

Il sistema parte a gennaio 2011 con i dati relativi al trimestre precedente.

*DM 11 giugno 2010  
(pubblicato in G.U. 29 luglio 2010)*

Per informazioni ed aggiornamenti sulle principali iniziative organizzate da

CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna visita il sito: [www.cnaemiliaromagna.it](http://www.cnaemiliaromagna.it)



## FARMACIA



### PROFESSIONE DA DECLINARE NEL TERRITORIO

Il parere favorevole ai decreti applicativi del DI 153/2009 (o legge 69/2009) rilasciato dalla Conferenza Stato-Regioni segna un passaggio fondamentale per le farmacie. Come è noto, i decreti hanno subito alcune modificazioni di dettaglio, che non ne alterano la sostanza ma, per molti versi, rafforzano la caratteristica principale della farmacia dei servizi: un presidio che supporta la tutela della salute sul territorio senza sovrapporsi al ruolo dei laboratori e degli ambulatori. E' il caso, per esempio, dell'eliminazione di alcuni test che afferiscono più alla diagnosi differenziale che non allo screening generalizzato.

Un traguardo importantissimo, dunque, ma non il traguardo finale. Infatti, abbiamo di fronte il compito di declinare i principi generali in funzione delle realtà locali, dei servizi di cui le singole Regioni hanno necessità in base alle caratteristiche ma anche organizzative. Di per sé questo è già un compito impegnativo, perché finora le farmacie italiane almeno in linea di principio hanno sempre avuto un modello unico su tutto il territorio nazionale, mentre ora si prospetta la necessità di sviluppare una sorta di specializzazione, in funzione delle necessità della Sanità locale, pur considerando che la dispensazione dei medicinali è e sarà sempre la prima missione della farmacia.

Allo stesso tempo bisognerà accelerare la spinta all'associazionismo, perché le Regioni saranno incentivate ad avviare le convenzioni con le farmacie soltanto se queste si presenteranno numerose all'appuntamento.

Ma non si tratta soltanto di questo. Alla svolta nel ruolo delle farmacie di comunità occorre prepararsi, sia individualmente come farmacisti, sia attraverso l'impegno della rappresentanza professionale per mettere a punto linee guida e buone pratiche per l'erogazione dei nuovi servizi. Del resto è un passaggio fondamentale, perché il risultato delle prestazioni rese dalla farmacia, in particolare per le indagini diagnostiche e strumentali, dovrà essere validato e riproducibile, in modo che il medico possa utilizzare con sicurezza il dato fornito, anche se si tratta di indagini di prima istanza.



E questo passaggio è fondamentale non soltanto per l'attività resa in regime di Servizio sanitario nazionale, ma anche nella prospettiva, aperta dalla nuova normativa, dell'offerta di servizi a pagamento diretto dei cittadini, come prova la strada imboccata, per esempio, dai farmacisti francesi, che prima di noi si sono confrontati con queste tematiche dopo l'approvazione, nel 2008, della legge Hpst (Ospedale, paziente, salute, territorio). E vero che ormai da un decennio le indagini dei più diversi istituti segnalano il servizio reso dal farmacista che lavora in farmacia al vertice del gradimento dei cittadini, ma questo patrimonio di fiducia deve essere esteso anche alle nuove funzioni e lo si potrà fare soltanto se si assicurano prestazioni di alta qualità con la massima professionalità possibile.

La fase che si apre ora è cruciale non soltanto per garantire la tutela della salute in una società sempre più anziana, nella quale occorre ottimizzare l'uso delle risorse, ma anche per assicurare lo sviluppo futuro del servizio farmaceutico e mantenere i farmacisti al centro del processo di cura. Un compito che vede e vedrà la Federazione in prima linea.

Andrea Mandelli (Presidente Fofi)

*Il Sole 24 Ore Sanità, 30/11-6/12/2010*



### LA FARMACIA GUARDA AL FUTURO QUATTRO TEMI CLOU: REMUNERAZIONE, RIORDINO, CONVENZIONE E SERVIZI

Il riordino del sistema distributivo, oggetto di spinte contrapposte da parte di chi vorrebbe "liberalizzare" ancora e di chi vorrebbe invece "sanare" e "congelare" l'esperienza del post-Bersani, oggetto di inesaurevoli polemiche; il nuovo sistema di remunerazione, previsto dalla manovra estiva è indispensabile per l'attuazione dei nuovi servizi.

La nuova convenzione, che dovrà sostituirne quella scaduta 12 anni fa in un

### REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:



GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)

Tel. 0521 227280

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)

Tel. 0542 632611

CUCCARO DARIO (CNA Riccione)

Tel. 0541/601655

FREGNI AZIO (CNA Modena)

Tel. 059 418573

MALAVASI SONIA (CNA Bologna)

Tel. 051 299330

ROBBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)

Tel. 0532 749111

RUFFILLI REMO (CNA Forlì-Cesena)

Tel. 0543 770285

SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)

Tel. 0522 356395

SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)

Tel. 0544 298634

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)

Tel. 0523 572211

un clima pieno di aspettative ma anche di incertezze; i nuovi servizi, trofeo appena incassato ma ancora tutto da declinare e contrattare con gli interlocutori istituzionali nazionali e locali.

*Il Sole 24 Ore Sanità, 30/11-6/12/2010*



## FARMACIE: CHIEDIAMO REGOLE SENZA DEREGULATION

La convention nazionale Federfarma di Milano è servita ad aprire un confronto all'interno, tra i titolari di farmacia, e all'esterno, con le istituzioni, sulle questioni più importanti per il futuro della farmacia.

Il tema più urgente da affrontare è quello della remunerazione. La legge 12212010, accogliendo la richiesta di Federfarma, ha previsto l'apertura di un tavolo per la definizione di una nuova remunerazione della farmacia sui farmaci Ssn, non più direttamente legata al prezzo del farmaco. Si potrà così arginare il processo di progressiva erosione del margine della farmacia, determinato dal costante calo dei prezzi, a seguito dei tagli, della diffusione dei farmaci equivalenti, della distribuzione diretta. Un altro modo è quello del riordino del servizio; la presenza delle farmacie è calibrata sulle esigenze della popolazione, individuate in base a parametri certi (numero degli abitanti, distanza tra le farmacie, caratteristiche

del territorio, viabilità).

Volendo andare incontro alle reali esigenze del cittadino, sarebbe opportuno consentire la vendita di una lista di medicinali di automeccicazione, senza la presenza obbligatoria del farmacista, come in altri Paesi europei. -

C'è poi la questione del rinnovo della convenzione. L'ultima risale al 1998. In questi 12 anni tante cose sono cambiate, le regole devono essere rinnovate, per rendere più moderno il contesto in cui la farmacia opera, eliminando gli ostacoli che oggi rendono complicato il suo lavoro. Cito solo la questione dei ritardi nei pagamenti, una piaga che tuttora colpisce diverse realtà locali e dovrà essere risolta con il recepimento della normativa europea in materia.

La normativa sui servizi ha compiuto un importante passo in avanti con il via libera definitivo da parte della Conferenza Stato-Regioni ai decreti attuativi. Il passaggio successivo sarà la stipula

della nuova convenzione che dovrà definire le concrete modalità di svolgimento dei nuovi servizi e la relativa remunerazione.

Se supererà queste sfide la farmacia italiana continuerà a essere viva e vitale. E necessario però che le istituzioni e il mondo politico comprendano che la farmacia è un'azienda, piccola, ma complessa, il cui assetto va visto nella sua globalità, tenendo conto dei vari aspetti che la compongono. Per questo i titolari di farmacia sostengono la necessità di un confronto a tutto tondo sulla farmacia del futuro, con l'obiettivo di garantirle un assetto normativo certo, stabile, equilibrato e basi economiche solide.

Annarosa Racca  
Presidente Federfarma

*Il Sole 24 Ore Sanità, 30/11-6/12/2010*



## ODONTOIATRIA: IL LASER PERMETTE DI INCERARE MEGLIO GLI IMPIANTI

L'Istituto Fraunhofer per la tecnologia laser LT presenta impianti su misura biodegradabili. Sono stati prodotti con Selective Laser Melting (SLM), un processo generativo di produzione Laser. Attraverso il sistema di pori interconnettivo, gli impianti in betatricalciodifosfato mostrano un migliorato processo di inceratura di vasi e cellule connettivali. Vengono presentati inoltre gli impianti porosi in lega di titanio, prodotti con SLM. Un ulteriore settore di applicazione del laser nella tecnica

medicale è la lucidatura di metalli. Il laser fonde la superficie fino a circa 5 mm di profondità.

La tensione di superficie fa in modo che il metallo liquido scorra in modo uniforme e si solidifichi senza deformazioni. Il processo è adatto per tutti i componenti medici con superficie metallica che necessitano di una scabrosità ridottissima.

Per prodotti tecnici medicali in plastica il Fraunhofer ILT presenta un efficiente

processo di saldatura. Con il processo TransTwist (Transmission Welding by an Incremental Scanning Technique) si possono collegare tra loro due componenti trasparenti in sovrapposizione tramite raggio laser, senza aggiunta di assorbitori. Contrariamente alla saldatura laser convenzionale, non sono più necessari pre-trattamenti dispendiosi. Con la saldatrice laser TransTwist si possono realizzare giunzioni di qualità che soddisfino i requisiti per il risultato finale.

### Per informazioni



Emilia Romagna  
CNA Benessere e Sanità

**Daniele Dondarini**

**Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna**

**Via Rimini, 7—40128 Bologna**

**tel. 051/21.33.124—Fax 051/21.33.330**

**E-mail: [benesseresanita@cnaemiliaromagna.it](mailto:benesseresanita@cnaemiliaromagna.it)**

**[www.cnaemiliaromagna.it](http://www.cnaemiliaromagna.it)**



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento