



RASSEGNA STAMPA

a cura dell'Ufficio Protocollo dell'A.O.U. Federico II

25 LUG 2017

Reporti con la Pa. In Gazzetta ufficiale il decreto che delimita il perimetro delle amministrazioni coinvolte

Da oggi split payment solo con e-fattura

Dubbi sull'applicabilità della clausola di salvaguardia su quanto già emesso



Matteo Balzanelli
Massimo Sirri

La mancanza di istruzioni ufficiali sull'estensione della disciplina dello split payment, in vigore per le fatture emesse dal 1° luglio 2017, sta rendendo la vita difficile alle imprese e ai loro consulenti.

L'emanazione di due decreti attuativi a distanza di pochi giorni (27 giugno e 13 luglio), con l'ulteriore complicazione data dal fatto che il secondo provvedimento si applica alle fatture per le quali l'esigibilità dell'imposta si verifica a partire dal giorno successivo alla sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (avvenuta ieri), sta facendo entrare in fibrillazione l'intero sistema delle relazioni clienti/fornitori. Il tutto amplificato dalla rivisitazione degli elenchi delle società controllate/quotate. Gli ultimi elenchi (quattro e non più cinque) sono consultabili sul sito del dipartimento delle Finanze dal 14 luglio scorso, ma sono ancora soggetti a revisione (scaduto il primo termine per la segnalazione degli errori, spirato il 6 luglio, è stato possibile far presenti mancate o errate inclusioni nelle liste fino al 19 luglio):

Nel frattempo molti soggetti (in particolare, società controllate/quotate) presenti nella prima versione degli elenchi e successivamente esclusi, hanno ricevuto fatture recanti l'indicazione che l'operazione

è soggetta alla "scissione dei pagamenti". Come comportarsi in questi casi? È applicabile la cosiddetta "clausola di salvaguardia" contenuta nell'articolo 2 del Dm 13 luglio? Esaminando questo aspetto, si osserva che la norma prevede che sono salvi i comportamenti dei contribuenti che hanno applicato lo split payment alle fatture emesse dal 1° luglio fino alla data (compresa) di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di tale decreto (24 luglio). Ci si può allora domandare se la franchigia copra solo le situazioni che sono state modificate per effetto del provvedimento o abbia invece una va-

INCERTEZZA SUI SOGGETTI

Riserve anche sugli elenchi delle amministrazioni interessate che, pur essendo stati pubblicati, sono ancora soggetti a revisione

lenza generale. Nel primo caso, essa farebbe salve solo le fatture emesse in scissione dei pagamenti nei confronti di soggetti "pubblici" ai sensi della precedente versione dell'articolo 5 bis del Dm 23 gennaio 2015 (pubbliche amministrazioni incluse nel conto economico consolidato Istat) i quali, tuttavia, non siano destinatari dell'obbligo di fatturazione elettronica per gli acquisti e sono pertanto esclusi dal regime. In forza del Dm 13 luglio, infatti, entrano in split payment solo le Pa destinatarie delle norme sulla fattura elettronica.

Quest'impostazione avrebbe il pregio di confinare eventuali complicazioni al mondo del "pubblico" con soluzioni che potrebbero ispirarsi a quelle individuate in passato (CM n. 1/E e n. 15/E del 2015). Quanto alle fatture emesse in split payment a società controllate/quotate, presenti negli elenchi al momento della fatturazione e poi uscite dalle liste, potrebbe essere autorizzata l'emissione di apposite note di variazione e la ri-emissione delle fatture in regime ordinario, secondo modalità che rientrino nella normale prassi aziendale e che determinano un aggravio tutto sommato modesto.

Aderendo alla seconda tesi, invece, sarebbero legittime, in quanto coperte dalla clausola di salvaguardia, anche le fatture emesse in split payment nei confronti di una società (controllata/quotata) che non è più presente negli elenchi definitivi, pur essendo al momento della fatturazione. Con inevitabili complicazioni, però, per la società destinataria la quale, magari solo per pochi documenti, dovrebbe adottare sistemi di registrazione e versamento (nei casi in cui ciò sia dovuto) del tutto autonomi rispetto alle normali procedure (e che andrebbero abbandonati subito dopo), con inevitabili costi amministrativi.

In questo pasticcio, se l'imposta viene assolta, ancorché irregolarmente, non dovrà esserci alcuna penalizzazione per i contribuenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Modello 730. L'Agenzia può bloccare i crediti quando sono superiori a 4.000 euro o nel modello si evidenziano elementi di incoerenza

Rimborsi con l'incognita-controlli

Mario Cerofolini
Lorenzo Pegorin

Non sempre il rimborso spettante a seguito del regolare invio del modello 730 avviene in busta paga. L'articolo 5 del Dlgs 175/2014 al comma 3 bis detta le regole per il blocco dei crediti Irpef al verificarsi di alcune condizioni specificatamente individuate. Nei casi in cui scatterà l'altolà dalle Entrate, il rimborso potrà avvenire solo a cura dell'Agenzia al termine di una verifica preventiva (mediante controllo della documentazione) da eseguirsi entro quattro mesi dalla scadenza prevista per l'inoltro delle dichiarazioni (7 o 23 luglio), ovvero dalla data della trasmissione, se questa è successiva a detto termine.

In particolare il blocco scatta, solo in caso di presentazione diretta (o tramite datore di

lavoro), quando l'utente procede alla modifica del modello precompilato e in presenza delle seguenti circostanze:
■ elementi di incoerenza fissati dal Provvedimento n. 108815 del 09 giugno 2017;
■ rimborso Irpef 2017 superiore a 4.000 euro.

In relazione a tali previsioni va preliminarmente specificato che la norma usa volutamente il verbo potere, affermando che al ricorrere delle condizioni sopra individuate l'Agenzia «può effettuare controlli preventivi». Si tratta, quindi, di una facoltà rimessa alla volontà delle Entrate e non di una regola fissa.

Del resto già in sede di compilazione del modello, da quest'anno, è possibile verificare che in caso di credito superiore a 4.000 euro, il sistema gestisce in automatico la com-

pilazione della casella «rimborso a cura del datore di lavoro» e non quella prevista con la liquidazione a cura dell'agenzia delle Entrate, segno evidente che pur in presenza di un credito sopra soglia, il blocco del rimborso potrebbe anche non avvenire.

Quanto all'identificazione degli elementi di incoerenza, nel provvedimento del 9 giugno scorso, infatti, vengono genericamente individuati dei criteri di «ordine sistematico», peraltro non identificati in maniera puntuale che lasciano dunque ampia discrezionalità alle Entrate di poter intervenire preventivamente sul modello. Tra questi rileveranno eventuali scostamenti per importi significativi dei dati risultanti nei modelli di versamento, nelle certificazioni uniche e nelle dichiara-

Le disposizioni

01 | QUANDO INTERVIENE

Il blocco scatta, solo in caso di presentazione diretta (o tramite datore di lavoro), quando l'utente procede alla modifica del modello precompilato e se ci sono elementi di incoerenza, fissati dal Provvedimento n. 108815 del 09 giugno 2017, e se il rimborso Irpef 2017 è superiore a 4.000 euro.

02 | TOLLERANZA

La norma afferma, volutamente, che al ricorrere delle condizioni sopra individuate l'Agenzia «può effettuare controlli preventivi». Si tratta quindi di una facoltà rimessa alla volontà delle Entrate e non di una regola fissa.

zioni dell'anno precedente, o nella presenza di altri elementi di significativa incoerenza rispetto ai dati presenti nel modello precompilato dalle Entrate.

In questi casi si ricorda che il rimborso sarà liquidato dalla stessa Agenzia non oltre il sesto mese successivo al termine previsto per la trasmissione della dichiarazione, ovvero dalla data della trasmissione, se questa è successiva a detto termine. Infine si ricorda che, stando al contenuto dell'articolo 1, comma 4 del decreto legislativo 175/2014, non è soggetto ad alcun blocco preventivo nemmeno il modello precompilato presentato tramite Caf o intermediario abilitato, al contrario di quanto potrebbe accadere in caso di consegna con i canali e le modalità ordinarie dove invece potrebbe verificarsi un controllo preventivo da parte delle Entrate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cassazione. Non derogabile nemmeno con accordo

Cambio di mansioni, la storia professionale deve essere rispettata

Giuseppe Bulgarini d'Elci

Al fine di verificare se le nuove mansioni attribuite al lavoratore non costituiscano una forma di dequalificazione professionale è irrilevante che il nuovo incarico sia formalmente equivalente alle precedenti attività, in quanto a essere dirimente è la omogeneità sul piano sostanziale tra le mansioni successivamente attribuite.

La Corte di cassazione afferma questo principio con sentenza 18031/2017, nella quale ribadisce che il legittimo esercizio dello *ius variandi* prescinde del tutto dal fatto che le nuove mansioni siano incardinate nello stesso livello di inquadramento al quale il lavoratore già apparteneva.

Vecchie e nuove regole

Il dato essenziale cui si deve fare riferimento per valutare la legittimità delle nuove rispetto alle vecchie mansioni, prosegue la Corte, è quello di una verifica preventiva sull'equivalenza sostanziale, tale per cui le nuove attività siano omogenee in concreto rispetto a quelle precedenti, accertando ulteriormente che esse garantiscano non soltanto lo svolgimento, ma anche l'accrescimento delle capacità professionali sviluppate dal dipendente in costanza del rapporto.

La distanza che questa pronuncia esprime rispetto alle nuove disposizioni in materia di variazione delle mansioni introdotte dall'articolo 3 del Dlgs 81/2015 è siderale, in quanto il nuovo impianto dell'articolo 2103 del Codice civile espressamente prevede che tutte le mansioni riconducibili allo stesso livello e categoria legale siano esigibili.

Siamo in presenza di una sentenza che dimostra quanto radicalmente sia mutata, per effetto delle nuove disposizioni introdotte dal Jobs act, la disciplina di legge sulla gestione delle attività assegnate ai lavoratori in costanza di rapporto, perché oggi la valutazione cui sono chiamati

il datore di lavoro (in primis) e il giudice è essenzialmente incentrata sulla verifica circa l'appartenenza delle nuove mansioni al medesimo livello in cui è inquadrato il lavoratore.

Limite non valicabile

Il caso sul quale è stata chiamata a pronunciarsi la Cassazione è relativo a una vicenda che si è esaurita prima che entrassero in vigore le disposizioni del nuovo articolo 2103. È in questo contesto che si colloca l'affermazione per cui il divieto di variare *in peius* le mansioni dei dipendenti comporta che non possano essere attribuite al lavoratore attività sostanzial-

CAMBIO DI PROSPETTIVA

La decisione si basa sulle regole in vigore prima del Dlgs 81/2015 che consente la fungibilità all'interno dello stesso livello

mente inferiori a quelle precedenti, anche se le une e le altre sono formalmente riconducibili nel medesimo livello di qualificazione.

La circostanza che, nella fattispecie esaminata, la riclassificazione del personale fosse il frutto di un accordo con le organizzazioni sindacali non può modificare questa conclusione, ad avviso della Corte, in quanto integra gli estremi della dequalificazione professionale l'attribuzione di nuove mansioni che, benché coerenti con il nuovo sistema di classificazione, sono incompatibili con la storia professionale del lavoratore.

Se la stessa vicenda fosse avvenuta dopo l'entrata in vigore del Dlgs 81/2015, la sentenza avrebbe conosciuto un esito opposto, in quanto il parametro centrale di riferimento dal legittimo esercizio dello *ius variandi* è oggi costituito dal sistema di classificazione previsto dai contraenti collettivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Legge Severino. Niente copertura per l'europarlamentare che prende indebite utilità nell'esercizio della funzione

Corruzione senza immunità

La garanzia è valida solo per gli atti legati all'attività parlamentare

Patrizia Maciocchi
ROMA

L'immunità non impedisce al giudice di perseguire il parlamentare per il reato di corruzione per l'esercizio della funzione. Un reato, previsto dall'articolo 318 del Codice penale (legge Severino) che non comporta un sindacato sull'esercizio della funzione se la "condotta" si traduce in accordo tra il corruttore e il parlamentare in cambio di una qualche utilità indebita promessa o concessa.

La Corte di cassazione (sentenza 36769) accoglie il ricorso del Pubblico ministero contro la decisione del Gup di non procedere nei confronti dell'ex deputato dell'Udc, Luca Volontè, accusato di aver ricevuto da politici Azeri una tangente di 2 milioni e 390 mila euro per orientare il proprio voto come membro dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa. Il sostituto procuratore contestava la

posizione del Gup che aveva ritenuto inutile andare in dibattimento, considerando insindacabili, le attività addebitate a Volontè, perché "coperte" da immunità.

La Cassazione è d'accordo con il Pm. Per far scattare il reato previsto dall'articolo 318 del Codice penale, basta il "patto" con il quale la funzione pubblica diventa oggetto di un "negozio" dietro compenso "indebitato", a prescindere dall'esecuzione di atti specifici. L'articolo 318, che "punisce" la corruzione nell'esercizio della funzione, si distingue dall'articolo 319 che sanziona la corruzione per atti contrari ai doveri d'ufficio: solo in quest'ultimo caso è infatti, richiesto un sindacato sul contenuto dell'atto. Il nuovo articolo 318, unifica la corruzione "prima" e "dopo" sanzionando allo stesso modo dazioni promesse per l'esercizio delle funzioni, anche se arrivano dopo il compimento dell'atto d'ufficio.

Chiarito che il reato è configurabile anche in virtù del semplice accordo, indipendentemente dall'esercizio della pubblica funzione, per i giudici resta da chiarire se l'attività svolta da un membro del Parlamento italiano che agisce come membro dell'Assemblea del Consiglio d'Europa può essere considerata pubblico servizio. La Cassazione, partendo dalla ripartizione dei poteri di Montesquieu, arriva a una risposta affermativa. In base agli articoli 357 e 358 del Codice penale l'attività del rappresentante italiano all'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa è qualificabile come svolta da pubblico ufficiale, o quanto meno da incaricato di pubblico servizio, in quanto esercita anche le funzioni di membro del Parlamento italiano. Il passaggio successivo è capire se c'è l'immunità. E questa volta la risposta è no.

La norma, posta dalla Carta a garanzia dell'autodetermina-

zione, assicura l'immunità ai componenti di una Camera per gli atti tipici o anche non tipici ma connessi alla funzione parlamentare. Altrimenti prevale la "grande regola" dello stato di diritto. La parola deve passare alla giurisdizione. La sentenza viene annullata e gli atti tornano al Gup. La Cassazione invita a valutare con attenzione il profilo dell'utilità ai fini della qualificazione come "indebita". Con l'avvertenza però che quando l'attività politica diventa costante composizione di interessi di parte «in tale ambito non può ritenersi rientrare la ricezione di utilità, anche estremamente rilevante, come ad esempio cospicue somme di denaro a titolo personale». In tal caso si è fuori dai compiti di rappresentanza e anche di "compromesso" politico e si entra nella logica di uno sfruttamento privato dell'altissimo ufficio ricoperto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PREMIER GENTILONI: «ENTRO LA FINE DEL MESE UN DOSSIER COMPETITIVO» Agenzia del Farmaco, Milano ci crede

MILANO. «Presenteremo entro fine mese un dossier molto competitivo». Lo ha detto il presidente del Consiglio, Paolo Gentiloni (nella foto), in occasione della conferenza stampa di presentazione della candidatura di Milano a nuova sede dell'Agenzia europea del farmaco in era post Brexit.

«È un dossier competitivo, in cui è stato messo a valore quello che il territorio può offrire» ha spiegato, evidenziando di essere consapevole che «oggi la competizione si gioca sulle eccellenze, sulla capacità di attrarre lavoro, investimenti e imprese».

«La presentazione del dossier sulla candidatura di Milano, è un po' un calcio di inizio di questa partita. Registro un lavoro importante fatto in questi mesi e devo dire che è stato un ottimo lavoro», ha sottolineato Gentiloni. Portare

a Milano Ema, «è una grande opportunità per il Paese e per Milano e la Lombardia, ma è una grande opportunità che Milano e il nostro Paese mettono a disposizione dell'Europa», ha dichiarato. «La candidatura di Milano

ha i requisiti per essere una occasione per l'Europa», ha ribadito Gentiloni, facendo riferimento, in particolare, alla continuità operativa che si garantirebbe a Ema, alla capacità di interconnessione e ancora alla «qualità della vita, aspetto che sarà fondamentale per i ricercatori che dovranno trasferirsi».

«Ce la giochiamo per vincere. Le partite si vincono e si perdono, ma questa partita Milano, la Lombardia e l'Italia la giocano per vincere», ha assicurato. «Abbiamo le condizioni per



farlo, e penso alle risorse che abbiamo messo in campo, al gioco di squadra. Con tutto il rispetto dello spirito olimpico, non saremo decoubertiniani, e ce la giochiamo per vincere», ha concluso Gentiloni.

Il sindaco di Milano, Giuseppe Sala, alla conferenza stampa di presentazione del dossier, ha detto: «Ci aspettiamo che il presidente del Consiglio lotti come un leone per portare a casa Ema. Siamo convinti che Milano - ha aggiunto - abbia davvero le carte in regola. Merita questo riconoscimento».

Cristina Marconi

LONDRA. Non ci sono più le condizioni per combattere: il piccolo Charlie Gard non arriverà a quel 4 agosto in cui la sua breve e tormentata vita avrebbe raggiunto il traguardo del primo compleanno. Gli ultimi referti medici mostrano una situazione così compromessa che gli stessi genitori, Connie Yates e Chris Gard, hanno deciso di porre fine alla lunga battaglia legale intavolata da mesi con i medici del Great Ormond Street Hospital, il grande centro pediatrico londinese che già da mesi sostiene che, dopo aver tentato tutte le strade, non resti che accompagnare il bambino verso una morte il più possibile indolore. Chris e Connie volevano che Charlie potesse essere sottoposto ad un trattamento sperimentale negli Stati Uniti, un trattamento mai testato sugli umani che però a detta del dottor Michio Hirano, professore di neurologia al Columbia University Medical Center, avrebbe avuto almeno il 10% di possibilità di migliorarne la qualità della vita, sul piccolo grava una malattia genetica rara e spietata, la sindrome da deplezione mitocondriale, che lo ha reso incapace di respirare, alimentarsi, muoversi e vedere.

Il calvario di Charlie, che è anche sordo, soffre di epilessia e ha avuto una grave encefalopatia, è iniziato quando aveva appena due mesi e aveva smesso di crescere e muoversi normalmente come gli altri bambini. Da allora vive ricoverato al Great Ormond, dove i medici han-

**L'accusa
Famiglia
in lacrime
«Si è perso
tempo»
Scoppia
la polemica
tra medici**

no tentato numerose terapie, tra cui una forma di quella al nucleoside proposta dal dottor Hirano, prima di arrivare alla loro triste conclusione, impugnata dai genitori, che attraverso una raccolta fondi hanno racimolato 1,3 milioni di sterline per portarlo negli Stati Uniti, e confermata da ben tre sentenze dei giudici britannici, sentenze su cui la Corte europea dei diritti dell'uomo ha deciso di non intervenire.

Davanti alle pressioni per non permettere la fine delle cure per Charlie - da papa Francesco a Donald

La tragedia

Charlie, i genitori cedono «Ora vada con gli angeli»

Niente viaggio in Usa, ritirata la richiesta: «Troppo tardi»

Trump, sono stati molti gli appelli - i vertici del Great Ormond hanno deciso di rivolgersi nuovamente al giudice Nicholas Francis, lo stesso che «col cuore spezzato» aveva emesso la prima sentenza, per chiedergli cosa fare davanti alle dichiarazioni di alcuni medici di tutto il mondo, tra cui quelli del Bambin Gesù, secondo cui ci sarebbero state delle vie ancora da percorrere per migliorare la situazione del bambino. Francis si sarebbe dovuto pronunciare oggi, ma i genitori hanno deciso prima, già nel weekend, di fare un passo indietro. «Non c'è più tempo», ha spiegato l'avvocato della famiglia, annunciando la decisione di non insistere oltre nella richiesta di portare il bimbo negli Stati Uniti per sottoporlo alla cura sperimentale proposta dal dottor Michio Hirano, un professore di neuro-

cal Center, dopo che dalle ultime analisi di venerdì scorso è apparso un quadro estremamente compromesso delle condizioni del bambino, con un'atrofia muscolare irreversibile che a detta del medico renderebbe impossibile procedere. «In quanto genitori devoti e affezionati di Charlie abbiamo deciso che non è più nei suoi interessi portare avanti una terapia e che lasceremo il nostro bimbo andare con gli angeli», ha spiegato la coppia di trentenni, con gli occhi rossi dalla commozione. «Una quantità enorme di tempo è stata sprecata», hanno detto i genitori, il cui avvocato ha spiegato che il dottor Hirano ha fatto un passo indietro dopo aver visto i risultati delle radiografie al cervello della settimana scorsa: non ci sono più speranze. L'ospedale ha risposto con una critica durissima al medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La cura dell'Aids è ancora difficile

Adriano Lazzarin*

Il caso della «guarigione» della bimba sudafricana Hiv positiva è uno dei pochissimi aneddotici episodi che tengono viva la speranza (il sogno?) che il virus Hiv sia eradicabile.

Alcuni studi clinici hanno dimostrato - in pazienti trattati con successo con i farmaci antivirali, con il completo controllo della carica virale ed il ritorno alla normalità delle difese immunitarie - che sospendendo la cura, anche in assenza di terapia Hiv, il virus non si è più replicato. Ma purtroppo, nella quasi totalità dei casi, a distanza mediamente di un paio di settimane, il virus ha cominciato nuovamente a replicarsi e i pazienti hanno dovuto riprendere la terapia antiretrovirale. Le poche eccezioni a tutt'oggi riportate dalla letteratura su questo appassionante problema riguardano persone sieropositive che hanno cominciato la cura all'insorgenza dell'infezione (primary Hiv infection) o per l'appunto i tre bambini - l'ultimo è il caso sudafricano - che sono stati messi in trattamento antivirale appena nati, pochi giorni dopo che il virus è stato loro trasmesso dalla madre sieropositiva. In tutti gli altri casi il virus è apparentemente controllato ma in realtà in alcuni reservoir naturali della malattia (linfonodi, apparato gastroenterico, sistema nervoso centrale) è rimasto quiescente integrato nel genoma della cellula target, inattaccabile dai farmaci antiretrovirali e in grado di ricominciare nuovamente il ciclo replicativo diffondendosi nel sangue. Purtroppo dobbiamo probabilmente rassegnarci al fatto che, salvo fortunate e stocasti-

che eccezioni, un modello reale che sia riproducibile nei più di 19 milioni di casi trattati non esiste, quasi certamente perché l'Hiv ha trovato innumerevoli ed efficientissime vie per sfuggire al controllo delle difese immunitarie dell'organismo che lo ospita. Se la speranza di ottenere la eradicazione del virus, un suo controllo in assenza di farmaci per lunghissimo tempo (cura funzionale) o per qualche mese (remissione temporanea,) in assenza di interventi terapeutici complementari è quasi definitivamente tramontata; al contrario, la ricerca di nuove strategie terapeutiche finalizzate al raggiungimento della cura funzionale o della eradicazione stanno avendo un rinnovato interesse.

Un esempio (a tutt'oggi unico) di eradicazione della infezione è Timothy Brown, il famoso paziente di Berlino, che per curare una malattia linfoproliferativa, è stato sottoposto ad un trapianto di cellule staminali che pur funzionalmente attive avevano «il difetto» di avere il recettore per Hiv con la delezione Delta 32, quindi non recettivo ad Hiv. Dal caso di Berlino in poi, soprattutto negli ultimi tempi, la ricerca di base e la ricerca clinica sono focalizzate più che sull'attacco al virus, intensificando al massimo la terapia antiretrovirale, sulla possibilità di snidarlo dai reservoir dove si è nascosto (shock and Kill strategy) e sull'azione diretta contro i meccanismi genetici che nell'uomo consentono ad Hiv di dare seguito ad un ciclo repli-

cativo completo oppure sul potenziamento delle difese immunitarie contro il retrovirus. I risultati delle vaccinazioni terapeutiche praticate prima di interrompere la terapia antivirale, allo scopo di riattivare le risposte immunitarie specifiche, non hanno dato risultati convincenti; mentre promettenti seppur preliminari sono i risultati ottenuti con anticorpi monoclonali in grado di neutralizzare il virus.

Più complesso il trasferimento nella pratica clinica degli eccitanti scenari che la «gene editing strategy» lascia intravedere anche in questo campo: in altre patologie sta facendo passi avanti con rapidità, speriamo di vederne la applicazione anche in questa infezione. Il clamore che i singoli casi curati da Hiv sollevano è sproporzionato rispetto alla concreta possibilità che si tratti di scoperte mirabolanti ed è per contro direttamente proporzionale all'attesa di poter smettere un giorno una terapia che, benché efficace e ben tollerata, proiettata su in tempo indefinito appare onerosa per il singolo e per la collettività. Impegnarsi a trovare un'alternativa al trattamento antivirale «per sempre» è un dovere: non dobbiamo dimenticarci però che per ora l'obiettivo prioritario è garantire l'accesso alla cura per tutti e far sì che sia efficace nella quasi totalità dei casi.

* Direttore della Divisione di malattie infettive
Irccs San Raffaele

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il movimento**Nasce «Scet-up»
Fabbrocini erede
del rettore Calabrò**

Si chiama «Scet-up», acronimo di «Società civile e territorio - uniti per la politica», la nuova creatura andata a battesimo nei giorni scorsi a Napoli al circolo Rari Nantes. L'iniziativa è di Gabriella Fabbrocini, docente di dermatologia della Federico II, che raccoglie il testimone dell'impegno sociale e politico di Raffaele Calabrò recentemente dimessosi da parlamentare di Ap per ricoprire la carica di rettore del Campus biomedico di Roma. «Scet-up - spiega la docente - è una piattaforma multimediale che, utilizzando i social, punta a velocizzare l'integrazione di informazioni ed esperienze per iniziative concrete. L'obiettivo è creare un dialogo tra istituzioni, professioni e cultura su temi centrali della vita civile: il lavoro, lo sviluppo, l'ambiente, la sanità, l'istruzione».

La sanità, il caso

Mosche in corsia, chiude il San Giovanni Bosco

Ospedale in funzione solo per i codici rossi. A rilento i lavori di restyling del pronto soccorso

Ettore Mautone

Nuova disinfestazione dagli insetti, al San Giovanni Bosco, programmata per fine luglio dalla direzione sanitaria del presidio. A distanza di un mese dall' analogo intervento effettuato il 26 giugno scorso, quando fu avvistata una blatta nella medicheria del pronto soccorso e nugoli di zanzare assediavano le corsie, viene dunque ripetuta la sanificazione delle aree circostanti l'ospedale. «Dalle ore 22 della sera del 31 luglio per tre ore, fino all'una del giorno successivo - scrive Luigi De Paola, vertice sanitario dell'ospedale della Doganella, in una nota inviata al 118, alla direzione strategica della Asl e agli altri responsabili della rete ospedaliera cittadina - il pronto soccorso resterà inaccessibile per un intervento di demuscazione e pertanto sarà consentito solo il passaggio dei codici rossi in immediato pericolo di vita». Intervento che, ovviamente, riguarda anche formiche, zanzare, blatte e altri insetti. «Per tutta l'estate - aggiunge De Paola - abbiamo deciso di attuare un intervento al mese. I risultati ottenuti finora sono ottimi e, anche grazie alla zanzariere, siamo riusciti a minimizzare un fastidio insidioso e un rischio per la salute di centinaia di malati. Le zanzare sono radicalmente diminuite e di blatte non se ne vedono più - aggiunge - anche se quello documentato il mese scorso ritengo sia stato un caso isolato, legato magari a un

trasporto inconsapevole su zaini o borse dei visitatori».

L'intervento di sanificazione, così come quello di fine giugno, sarà effettuato dal servizio di bonifica urbana del Dipartimento di prevenzione della Asl Napoli 1. Previsto l'utilizzo di soluzioni insetticide a base di piretro «sparato» con un cannone atomizzatore su tutte le zone esterne del presidio, in particolare quelle prospicienti le aree tecnologiche di servizio in diretto collegamento con il pronto soccorso. Una tecnica ormai collaudata anche all'ospedale San Paolo dopo l'increscioso episodio dell'invasione di formiche in un letto di degenza verificatosi un mese e mezzo fa. Ma quello degli insetti non è l'unico problema che affligge il San Giovanni Bosco. L'ospedale è tornato ad essere un cantiere per riprendere i fili di lavori di ristrutturazione e adeguamento degli impianti del pronto soccorso che vanno avanti da anni. «Opere mai pienamente concluse - spiega de Paola - gli operai della ditta assegnataria dopo uno stop di quasi un anno hanno finalmente cominciato il collaudo e riparato l'impianto di condizionamento». La direzione dell'ospedale continua a registrare intoppi nella manutenzione dei bagni dell'utenza con pezzi di ricambio e minuterie che non arriva-



I disagi
Lo stop
la notte
del 31 luglio
Il direttore
sanitario:
sulle zanzare
passi in avanti

no mai intralciando così le normali attività sanitarie. Prese elettriche da adeguare, un'area di pulizia e lavaggio dei pazienti sporchi priva di vasca, attrezzi incompleti fanno pensare a un'inaugurazione del nuovo reparto emergenze e del triage che avverrà non prima di ottobre. Tutto è nelle mani del responsabile unico del procedimento e del direttore dei lavori. Tra l'altro, a quanto si apprende, l'ufficio tecnico interno della Asl non può intervenire in quanto prima della consegna non ha alcun titolo per farlo. Esi affaccia l'ipotesi che servano altri finanziamenti per adeguare il repa-

to emergenze alle nuove norme. Lavori in corso anche nella Radiologia che dalle pessime condizioni in cui è oggi entro Natale dovrebbe diventare un gioiello tecnologico accompagnando il decollo della nuova Neurologia, Neuroradiologia interventistica e Pediatria. La Asl Napoli 1, intanto, ha un nuovo direttore amministrativo: si tratta di Salvatore Guetta, proveniente dal Santobono che prende il posto di Ornella Nappi. Con il completamento della squadra che affianca il nuovo manager Mario Forlenza dovrebbero arrivare in porto le modifiche promesse dal manager nel nuovo atto aziendale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Infarto, svolta nella rete da agosto diagnosi sul luogo del soccorso

La roadmap

I pazienti con maggiori rischi saranno trasferiti nei centri attrezzati in tutta la regione

Nuovo giro di vite alla rete dei soccorsi tempo dipendente per l'infarto, partita sperimentalmente agli inizi di luglio a Napoli e provincia: dal primo agosto tutte le autoambulanze del 118 dovrebbero essere in grado di effettuare la diagnosi nel luogo dei soccorsi. Il tracciato sarà inviato in teletrasmissione, per la refertazione, alla centrale operativa del policlinico Federico II o al Monaldi e da qui ritrasmessa all'ambulanza. I pazienti con sospetto infarto saranno trasferiti tutti, in base alla diagnosi, nei centri Hub di II livello (dotati di Utic ed emodinamica interventistica e dislocati al Cardarelli, alla Mediterranea, a Villa dei Fiori di Acerra e al Loreto Mare, cui si aggiungeranno a regime Pozzuoli e Nola le cui emodinamiche oggi funzionano a mezzo servizio). In alternativa potranno essere spostati ne-

gli Hub di II livello (Policlinico, Monaldi e a regime Ospedale del Mare in cui, oltre a un'emodinamica, è sempre disponibile anche un'unità di Cardiocirurgia). Tali centri sono sempre attivi in coppie e in turni alternati nel corso della settimana: Policlinico e Mediterranea (il primo per Napoli nord e Napoli sud e l'altra per Napoli città), Cardarelli e Villa Dei Fiori di Acerra (che coprono rispettivamente il territorio di Napoli centro e quello della provincia), quindi Loreto Mare e Monaldi (di guardia per Napoli città e per le periferie a nord e sud della città): il coordinatore della rete è Giovanni Esposito, emodinamista, docente associato di malattie dell'apparato cardiovascolare del policlinico di via Pansini. Intanto ci sono nuovi scogli all'orizzonte: sono i trasporti secondari dagli ospedali periferici cosiddetti spoke dotati solo di una Utic. Qui dopo la diagnosi in caso d'infarto acuto deve scattare il trasferimento a un centro più attrezzato. Il nodo da sciogliere è la carenza di uomini e mezzi (autoambulanze che ogni ospedale della rete dovrebbe avere disponibili con un cardiologo o un ane-



I nodi
Mancano uomini e mezzi il programma di riordino del 118 resta al palo

stesista a bordo). Nell'ultimo vertice svoltosi nei giorni scorsi in Regione, alla presenza del direttore dell'assessorato Antonio Postiglione e della funzionaria referente Laura Barresi, si è deciso di garantire alle Asl le risorse che mancano anche in vista del decollo della rete per gli ictus.

Ma i tempi non saranno brevi. Carenze che comunque riguardano anche il 118 che dovrà assolvere a questa nuova funzione con l'obiettivo finale di garantire a ogni persona colpita da un infarto o ictus cure salvavita omogenee nei tempi massimi previsti (90 minuti per l'infarto, 6-8 ore per l'ictus). Su questo fronte il presidente De Luca nell'ultimo vertice con l'intersindacale dei medici ha fatto balenare la possibilità di ricorrere a un modello di gestione pubblico-privato delle ambulanze per rendere sostenibili, in questa fase, i circa 50 milioni di euro che servono per potenziare la rete dei trasporti. Su questo punto i camici bianchi hanno espresso forti perplessità. Il 118, a fronte delle 17 ambulanze attive a Napoli (di cui 12 medicalizzate compresa quella dislocata a Capri), in base al decreto ministeriale 70 del 2015 sugli standard ospedalieri ne prevede 24 (una ogni 60mila abitanti). Il nodo da sciogliere riguarda anche il personale di bordo (che ruota con quello delle centrali operative) sottodimensionato rispetto al fabbisogno con ampie sacche di precariato.

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BATTIPAGLIA, PER LAVORI ALLE PORTE DI ACCESSO AI LOCALI DELLE SALE OPERATORIE: I CENTRI LIMITROFI ALLERTATI

Stop ai ricoveri al "Santa Maria della Speranza": interventi trasferiti

BATTIPAGLIA. Stop a partire da oggi dei ricoveri ordinari presso le Unità Operative di Chirurgia, Ortopedia, Chirurgia delle Patologie del rachide cervicale presso il presidio ospedaliero "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia. Il provvedimento è stato predisposto per permettere l'esecuzione dei lavori di sostituzione delle porte automatiche di accesso ai locali adibiti a sale operatorie al secondo piano. Le urgenze ortopediche - traumatologiche per il cui trattamento è necessario l'uso della sala operatoria, saranno dirottate, dopo aver acquisito il relativo posto letto, nei presidi ospedalieri limitrofi a Battipaglia, che sono stati opportunamente allertati. Le urgenze chirurgiche delle Unità operative di Chirurgia saranno trattate esclusivamente nei locali al terzo piano, adibiti a sala operatoria di Ginecologia, mentre gli interventi ortopedici-traumatologici che non richiedono l'utilizzo dell'amplificatore di brillantezza verranno eseguiti nei locali al terzo piano. Non appena conclusi i lavori, sarà comunicata la ripresa dell'attività.

L'intervento

Cure migliori con l'Umanesimo sociale e sanitario

di Pietrina Bianco

Dal 26 giugno al 22 luglio la Asl Napoli 2 Nord ha realizzato il suo primo stage di formazione sui «Budget di Salute». Strumento volto ad innescare processi di capacitazione individuale e sociale attraverso piani terapeutici individualizzati, in grado di dare ad ogni persona, in stato di bisogno, percorsi di benessere psicofisico, di autonomia individuale e di inclusione sociale in modo condiviso,

contrattualizzato ed oggettivo, in un circolo virtuoso di economie. La centralità della persona e il valore dei legami di comunità sono gli assunti che sostengono le linee d'intervento della progettualità individuale.

A parlare della necessità di un «nuovo Umanesimo sociale e sanitario per rimontare ogni forma di disuguaglianza e disumanizzazione delle cure» è Angelo Righetti, medico specializzato in psichiatria, neurologia, epidemiologia e farmacologia. Ideatore ed attua-

tore dei «Budget di Salute».

Righetti attacca il sistema della delega e dell'autoreferenzialità nell'assunzione della responsabilità di fronte alla sofferenza. Denuncia la delega al privato dell'assistenza *quod vitam*, per rilanciare un welfare in grado di incrementare la capacità dei soggetti, secondo i principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà.

Un passaggio da un sistema di protezione e passivizzazione sociale a forme di presa in carico, nelle quali le perso-

ne con disabilità sociale riassumano la loro funzione di risorsa e non di peso per la comunità.

Tre sono le principali determinanti aggregative, attraverso le quali ideare progetti di salute in una cogestione responsabile tra pubblico e privato: la dimora, il lavoro e l'affettività. Tutte e tre queste determinanti sono importanti per una prognosi positiva per una persona che ha una grave malattia, dalla quale non potrà guarire ma si potrà curare.

In Italia ci sono circa novecentomila anziani nelle case di riposo, definiti non autosufficienti, che ricevono prestazioni anomiche che vengono remunerate, e ottantacinquemila persone dai 18 ai 60 anni con malattia mentale passivizzate in strutture. Difendendo «il diritto vero e superiore» di tutelare le opportunità e mai l'inferme condizione di malattia della persona, Righetti parla di prognosi favorevole solo se gli operatori sanitari saranno in grado di modificare le determinanti

della malattia e «sommministrare se stessi nei processi di cura, puntando sul valore intrinseco della intersoggettività e della relazione d'oggetto».

Infine cita Freud per ricordarci quello che il padre della psicoanalisi indicò come cura indiscussa del bene dell'uomo: *Lieben und arbeiten*. Amare e lavorare è ciò che rende l'uomo soggetto e protagonista della sua vita, e gli consente di ex-sistere, cioè di venire fuori con tutte le sue emozioni, i desideri e la capacità di realizzare il bene sia privato.

Psicologo Psicoterapeuta
Asl Napoli 2 Nord

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ Scambi di metodologie e dati con l'ospedale di Pechino. A Napoli tre specialisti orientali All'istituto Pascale si parla cinese

NAPOLI. Il Pascale parla cinese. Da ieri una delegazione di medici dell'ospedale An Zhen di Pechino, in visita nei reparti dell'Istituto dei tumori di Napoli, ha ufficialmente dato il via alla collaborazione tra la Terra dei ciliegi e il più grande polo oncologico del Mezzogiorno. La professoressa Gu Hong e le dottoresse Cnao Qin Shao e Sun Lei hanno visitato alcuni

reparti del Pascale dopo essere state ricevute dai direttori generale e scientifico dell'Istituto, Attilio Bianchi e Gerardo Botti. Medici e ricercatori hanno, inoltre, illustrato le attività che si esercitano nell'Istituto e le ricerche avviate a livello internazionale e che fanno del Pascale un polo oncologico riconosciuto in tutto il mondo. La visita della delega-

zione cinese anticipa l'arrivo a ottobre di 450 specialisti tra medici, chirurghi, ricercatori, radiologi, radioterapisti provenienti da ogni parte della Cina. L'accordo



è stato firmato il primo maggio, a margine di una missione a Pechino e Shangai effettuata dal direttore generale dell'Istituto, Attilio Bianchi, che ha guidato la delegazione italiana composta dal direttore sanitario Rosa Martino, da Paolo Muto, Direttore della Radioterapia dell'Istituto e da Franco Naccarella, professore di Cardiologia dell'Università di

Bologna e rappresentante legale della Società EuroChina per la Salute Srl.

Il primo gruppo di specialisti arriverà a ottobre. Affiancheranno gli specialisti del Pascale e si confronteranno su metodologie di lavoro e condivisione di protocolli. Ogni gruppo verrà ospitato per 3 mesi. Poi scatterà il turn over. Ma quali sono i termini del patto Pascale-Cina? «Il primo accordo - dice Bianchi - riguarda il potenziamento della cooperazione internazionale in ambito medico, tramite programmi di educazione selettiva e condivisione di esperienze in ambito clinico e di formazione e promozione delle scienze mediche e la ricerca in management sanitario. Siamo ovviamente orgogliosi che una delegazione cinese abbia individuato il nostro Istituto come sede di training per i propri oncologici e questo rappresenta per noi tutti un impegno permanente ad essere all'altezza della fiducia che ci hanno dimostrato».

**CITTÀ DELLA SCIENZA**

La Fondazione Idis-Città della Scienza (Maurizio Bifulco) e il Comune di Pollica (Stefano Pisani) hanno sottoscritto un protocollo di intesa mirato a un programma di attività sulla dieta mediterranea. Saranno avviati progetti per una corretta alimentazione.

**ALLARME ANDROLOGIA**

«Troppi giovani acquistano "pillole" dell'amore sul web». A lanciare l'allarme è Fabrizio Iacono (foto sopra), docente di Urologia alla Federico II: «Tanti ragazzini acquistano farmaci tramite web per farne un uso "ricreativo" e pericoloso»

FORMAZIONE ALLA VANVITELLI

Un percorso di formazione di eccellenza per dieci futuri medici. L'ateneo Vanvitelli lancia un percorso di eccellenza, in cui lo studente studierà e farà ricerca dal II al VI anno. Quelli selezionati non pagheranno tasse e riceveranno una borsa mensile di mille euro.

**CONCORSO A CASERTA**

Attivate le procedure concorsuali per l'assunzione di 16 nuovi medici. Lo ha annunciato il manager dell'ospedale di Caserta Sant'Anna Mario Ferrante (sopra, nella foto), a pochi giorni dal suo insediamento.

AIOP CAMPANIA

Gli amministratori delle case di cura della Campania aderenti all'Aiop hanno riconfermato nel ruolo di presidente regionale Sergio Crispino: è il quarto mandato consecutivo.



I maggiori specialisti di endoginecologia a Castel dell'Ovo dal 14 al 16 settembre per "Endometriosis", congresso internazionale promosso da Mario Malzoni (foto), direttore della Chirurgia pelvica avanzata ad Avellino e presidente della Società italiana di endoscopia ginecologica. Presenti alcuni tra i maggiori esperti mondiali, fra i quali il brasiliano Mauricio Abrao, lo statunitense Harry Reich e il francese Arnaud Wattiez.



Agop: gli angeli del volontariato tra i bambini in oncologia

GIUSEPPE DEL BELLO

UNA grande famiglia, disponibile all'aiuto reciproco e capace di prendere a cuore i bisogni dei bimbi malati. È l'Agop, l'Associazione genitori oncologia pediatrica, dal 1985 attiva nell'Oncologia pediatrica dell'Ateneo Vanvitelli (ex Sun). Fondata e gestita in collaborazione col volontariato e con gli operatori sanitari sul fronte sanitario, psicologico, sociale, affettivo. Ed è così che è stato possibile istituire un servizio di assistenza psicologica che in reparto e in day hospital svolge attività di accoglienza e ludico-ricreativa. Anche dandosi da fare con l'acquisto di tutto ciò che può servire per alleviare la degenza.

Non è tutto: grazie alla collaborazione instaurata da tempo con la struttura scolastica, bambini e ragazzi possono continuare l'attività didattica anche in corsia. A dare legittimità al lavoro svolto dall'Agop c'è una convenzione a suo tempo stipulata con il rettore di durata quinquennale, e accolta con

favore dalle autorità accademiche che nel lavoro dell'associazione di volontariato riconosce il contributo necessario alla risoluzione dei problemi relativi all'assistenza.

I turni nel reparto sono coperti mattina e pomeriggio da decine di persone, tra cui molti giovani a titolo gratuito: svolgono attività di animazione e di compagnia sia con i pazienti ricoverati che con i familiari. Ma il volontariato si estrinseca attraverso più bracci operativi. Ecco perché, insieme all'Agop e ad altre strutture di sostegno spontaneo, lavorano soprattutto l'Associazione Abio (Bambino in Ospedale) e altre sigle spontaneistiche che si occupano di clown terapia.

I fondi raccolti finora sono stati utilizzati per attrezzare, all'interno del reparto, una cucina, dove mamme e papà dei piccoli ricoverati possono preparare i pasti. Una quota è stata messa a disposizione per consentire, in un terrazzo adiacente al reparto, di svolgere le attività ludiche per l'estate, e per assicurare momenti di relax. Insomma, di tut-

to per sentirsi in famiglia. «La testimonianza del contributo sociale arriva ogni anno da un calendario su cui sono stampati e riprodotti lavori e disegni dei nostri piccoli pazienti - spiega il segretario dell'Agop Ciro Pellegrino - e così, attraverso i proventi raccolti dalla vendita viene realizzato il "Progetto Accoglienza". Tra le iniziative, ci sono anche gite fuori porta per i bambini e le loro famiglie. Per trascorrere almeno una gior-

nata oltre l'ambiente ospedaliero. Inoltre viene pubblicato un giornalino utile a divulgare le novità del reparto e di Agop. In 32 anni, l'associazione ha raccolto circa 2,5 milioni di euro, con una media di spesa annua non inferiore ai 100mila euro. «In particolare, ricordo la consueta pesca di beneficenza che si tiene al Majestic, capitanata da Renata Chianese e dal suo staff».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



Al Santobono la rivoluzione del Day Surgery

NIENTE esami di sangue, senza radiografia del torace e facendo a meno dell'elettrocardiogramma. È la rivoluzione del Day Surgery del Santobono, possibile solo per casi selezionati e accuratamente valutati. Così si opera nel 21esimo secolo col minimo di traumi per genitori e pazienti. Attivo da 16 anni, continua a fare progressi il Day Surgery del Santobono. Il reparto è in funzione dal 2001, grazie a due specialisti, il chirurgo Ugo De Luca e l'anestesista Edgaro Blessich, che dice: «In questi anni il servizio è cresciuto notevolmente e si è consolidato sia sul piano quantitativo che su

quello qualitativo».

Ma cosa si fa in un Day surgery pediatrico? Tutti quei protocolli che non prevedono ricoveri più lunghi di una giornata: chirurgia del canale inguinale, del collo, laparoscopia, chirurgia plastica, ortopedica e odontoiatrica. «Fin dall'inizio abbiamo cercato di ridurre al minimo gli accertamenti preoperatori laboratoristici e strumentali - rivela lo specialista - abolendo ad esempio la radiografia del torace che esponeva inutilmente a radiazioni». Ma lo step successivo, cioè l'abolizione totale dei test diagnostici strumentali ed ematochimici nel bambino ritenuto

sano dopo attenta valutazione anamnestica, è diventata una lunga battaglia per superare, con argomentazioni scientifico-culturali, resistenze fondate su abitudini consolidate e remore medico-legali. «Alla fine ci siamo riusciti, confortati da linee guida di società internazionali - continua Blessich - tra cui quelle di anestesia neonatale e pediatrica. E così, da circa sei mesi i bambini convocati per un primo accesso al Pausilipon arrivano con una relazione del pediatra curante che ne illustra la storia e le condizioni di salute attuali. Ai genitori viene poi sottoposto un questionario da compilare, mentre successivamente i piccoli vengono visitati dall'anestesista. Se l'esame clinico è negativo e non emergono elementi che facciano sospettare patologie meritevoli di approfondimento, ai bambini con più di un anno non sarà praticato alcun test. Saranno invece eseguiti in modo mirato, solo di fronte a dubbi diagnostici». Il nuovo iter semplificato ha consentito di ridurre il disagio dei piccoli pazienti e di snellire i percorsi senza mettere a rischio la loro sicurezza. «Questo approccio semplificato - aggiunge il chirurgo Giovanni Gaglione - spaventa una parte delle mamme, preoccupate per un eventuale maggior rischio operatorio. Ma spieghiamo lo-

Niente esami del sangue, radiografia del torace ed elettrocardiogramma nel pre-operatorio dei bimbi sani

ro che con questa procedura il rischio non aumenta. E i più contenti sono proprio i bambini, spesso terrorizzati dal prelievo e dall'elettrocardiogramma piuttosto che dall'intervento. Così, arrivano in sala operatoria, non senza dolore e anche senza avere subito alcun trauma psicofisico».

(g.d.b.)

REPRODUZIONE RISERVATA

FEDERICO II
**Conclusioni
del progetto
"BioPolis"**

NAPOLI. Domani alle ore 10 si terrà la conferenza stampa conclusiva del progetto BioPolis "La bioplastica, il materiale green che viaggia in auto". L'Aula Pessina dell'Università degli Studi di Napoli Federico II ospita la conferenza finale dell'ampio progetto avviato nell'aprile 2014. L'incontro sarà incentrato sulla presentazione dei risultati-chiave conseguiti nell'ambito del progetto avviato nell'aprile del 2014 e conclusosi lo scorso 30 giugno 2017. Come valorizzare le risorse agricole e territoriali, ripristinando la fertilità dei suoli degradati? Come sviluppare e ottimizzare le tecnologie di produzione di biochemicals partendo da materie prime rinnovabili? In che modo valorizzare i prodotti dei processi relativi ai biopolimeri e ai materiali avanzati? Su queste, e su molte altre domande, si è focalizzato il progetto BioPolis - Biochemicals per i nuovi materiali - che ha consentito di realizzare lo sviluppo di tecnologie green per la produzione di biochemicals per la sintesi e la loro applicazione industriale di materiali polimerici, partendo da biomasse agricole ottenute da sistemi culturali sostenibili nella Regione Campania. Grazie ad una partnership tra 10 organismi pubblici e privati, coordinati dall'Università Federico II, il progetto avrà un impatto nel settore agronomico, in quello biotecnologico e quello dei materiali plastici, senza dimenticare l'alta formazione grazie al corso di formazione interno in "Esperto nella gestione di bioraffinerie".