

Neonato ucciso, gli indagati sono venti “Hanno cercato di nascondere l'errore”

Roma, gli ispettori accusano: conflitti nel reparto e cartelle modificate

MASSIMO LUGLI

ROMA—Un tentativo di nascondere tutto, una ricostruzione piena di lacune, cancellature e modifiche, personale insufficiente e lacerato da un clima di conflittualità, macchinari obsoleti, carenze di ogni genere. È un quadro drammatico quello che emerge dalla relazione degli ispettori ministeriali dopo sette ore di controllo al reparto di neonatologia del San Giovanni dove, il 29 giugno scorso, un bimbo prematuro è morto dopo l'incredibile scambio di due cateteri: quello del latte materno e quello dei farmaci. E dalla procura, in mattinata, una nuova raffica di avvisi di garanzia che portano a venti gli indagati per questa storia inconcepibile: ai 7 medici (tra cui i due direttori sanitari, Gerardo Corea e Salvatore Passafaro e Rita Chianuri che sostituiva la responsabile del reparto) si sono aggiunti 13 paramedici tra cui l'infermiera che ha scambiato le sonde.

L'autopsia verrà rifatta, su disposizione dei magistrati, per permettere agli indagati di nominare i loro consulenti. E sarà questo il nodo centrale dell'indagine: impossibile, per ora, stabilire se il piccolo Marcus è morto, effettivamente, a causa dei 20 cc di latte che gli sono entrati in circolazione alle 14 del 29 giugno quando (come si legge nella relazione del ministero della sanità) «la pompa dell'infusione è andata in allarme, con l'effetto di bloccare la somministrazione». La causa del decesso potrebbe essere il fatto che il bimbo è rimasto per diverse ore senza i farmaci o, semplicemente, un peggioramento

delle sue precarie condizioni di salute. Il piccolo, nato di 29 settimane, pesava 840 grammi e aveva avuto numerosi arresti cardiaci. Oltre all'omicidio colposo, il procuratore aggiunto Leonardo

Frisani e il pm Michele Nardi stanno valutando di ipotizzare altri reati come l'omissione di atti d'ufficio. I carabinieri del colonnello Giovanni Capasso, comandante del gruppo Roma del Nas, si stanno concentrando anche sul perché l'esame autoptico non sia stato effettuato direttamente in ospedale, come vuole la prassi. La motivazione ufficiale è che la madre si è opposta per motivi religiosi ma ci credono in pochi. L'impressione di chi indaga è che qualcuno abbia cercato di nascondere tutto accelerando i tempi della cremazione. In procura, ieri mattina, sono stati ascoltati anche i genitori del bambino: «Nessuno ci ha detto come è morto nostro figlio, l'abbiamo saputo dai giornali» accusa la coppia.

«Il prematuro è morto in data 29 giugno alle 4,35 e nessuno si è preoccupato di informarmi nonostante che in quel giorno festivo, come il 30 successivo, io sia stato in ospedale, né alcuno del reparto ha provveduto a inviare la necessaria modulistica prevista per la segnalazione degli eventi avversi», scrive il direttore sanitario Gerardo Corea in una

relazione al direttore generale Gian Luigi Bracciale. In ospedale, dopo gli avvisi di garanzia, bocche cucite su tutti i fronti ma l'impressione generale è quella di un «si salvi chi può» culminato in

uno scambio di accuse reciproche. «Al dottor Passafaro e alla professoressa De Carolis davo mandato di fare notifica dei fatti all'autorità giudiziaria» aggiunge il professor Corea.

Ma la ricostruzione più drammatica è quella degli ispettori inviati al San Giovanni dal ministro Balduzzi e girata immediatamente a palazzo di giustizia. Prima una puntigliosa ricostruzione dell'accaduto: «Il 27 giugno il neonato, che riceveva latte materno per via enterale e una soluzione fisiologica di Intralipid per via parenterale, dopo la pesata che richiedeva la disconnessione temporanea... veniva rimesso in incubatrice e riconnesso alle terapie. In questa occasione si è verificato lo scambio tra i cateteri... Nel pomeriggio il bimbo ha presentato un progressivo peggioramento». Il seguito è un elenco di lentezze e depistaggi. Qualche esempio: «Assenza al verificarsi dell'evento di procedure per il controllo dell'identificazione dei deflussori», «assenza di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici» «inadeguatezza della redazione del diario clinico», «clima di conflittualità tra il personale». E la mazzata finale: «emergono suggestioni che sembrano indicare la volontà di nascondere quanto accaduto». Questo, almeno per ora, sembra l'unico fatto certo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Oltre all'omicidio colposo si valuta se contestare anche l'omissione di atti d'ufficio



La pompa dell'infusione

Il 29 giugno verso le 14, in seguito alla somministrazione di latte la pompa dell'infusione è andata in allarme con l'effetto di bloccare la somministrazione. Il personale infermieristico ha segnalato l'accaduto al personale medico

Le incubatrici vecchie e superate

Si segnala la presenza di incubatrici datate, senza possibilità di pesata e conseguente necessità di scollegare continuamente gli infusori. Ripetute le richieste alla Regione in questo senso, l'ultima il 30 maggio 2011

La volontà di occultamento

Emergono suggestioni che sembrano indicare la volontà di nascondere quanto accaduto. Il criterio della temporalità nella documentazione sanitaria non viene rispettato, mancano gli orari e vi sono cancellature e modifiche

Il personale carente e diviso

Altro problema: numero limitato del personale sanitario addetto, inadeguata gestione e organizzazione, clima di conflittualità, assenza di procedure e protocolli diagnostici e terapeutici, carenze conoscitive diffuse



| L'INTERVISTA |

Balduzzi: «Stop ai cateteri a rischio errore»

Il ministro della Salute vieta l'acquisto dei dispositivi che non rispettano le norme Ue

di **FRANCESCA NUNBERG**

ROMA - Nessuna fatalità né accanimento del destino. Ecco contro cosa ha dovuto combattere il piccolo Marcus, 840 grammi, nei suoi pochi giorni di vita. «Incubatrici datate, assenza di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici, numero limitato del personale sanitario addetto, clima di conflittualità tra il personale stesso, redazione lacunosa della cartella clinica e, con riferimento al rischio clinico, carenze conoscitive diffuse».

Ministro Balduzzi, questo è il quadro del Reparto di terapia intensiva neonatale del San Giovanni descritto ieri dai suoi ispettori dopo 7 ore di controlli: che effetto le ha fatto leggerlo? Si aspettava una situazione così critica?

«Per la verità il nucleo di tutto sembra essere stato il tipo di dispositivo medico utilizzato. Non dovrebbero avere avuto grande rilevanza le incubatrici né la situazione del personale. Rispetto alle norme stabilite in sede tecnica, quel meccanismo utilizzato al San Giovanni si presta a pericolosi errori. Non garantisce a sufficienza la sicurezza delle prestazioni, nel caso specifico che il latte non vada in vena».

Quali sono stati i primi provvedimenti adottati, una volta letta la relazione degli ispettori?

«Innanzitutto con una disposizione urgente il ministero ha vietato l'acquisto di cateteri per uso neonatale che non rispettino la norma tecnica europea UNI EN 1615, "Cateteri e dispositivi di nutrizione enterale monouso e loro connettori". Questo dovrebbe eliminare il rischio che si ripetano episodi simili. E abbiamo avviato im-

mediatamente una mappatura di tutti i reparti per vedere come sono organizzati».

Può spiegarci meglio come funzionano queste apparecchiature?

«I cateteri sono attaccati a una macchina: da uno esce latte materno che va nello stomaco del neonato, dall'altro soluzione fisiologica che va in vena, di solito collocata sotto l'ascella nei bambini così piccoli. Il neonato al San Giovanni si trovava in un'incubatrice senza bilancia incorporata, quindi per pesarlo (operazione che viene ripetuta varie volte al giorno), era necessario staccarlo dalla macchina e riattaccarlo ogni volta. In questa circostanza pare si sia verificato lo scambio tra i due cateteri e il latte sia stato somministrato in vena».

Ma i nuovi cateteri quali vantaggi avranno?

«Non si tratta di nuovi o vecchi. La norma tecnica europea, che risale al 1997 e nel marzo del 2001 è stata acquisita dall'Italia senza che però fosse obbligatoria, in sostanza prevede che i cateteri abbiano un maschio e una femmina, che quindi sia impossibile scambiarli».

E di quelli ancora in dotazione cosa dovranno fare gli ospedali italiani?

«Il ministero ha raccomandato ai circa duecento reparti di terapia intensiva neonatale di utilizzare le scorte con estrema attenzione, in attesa di rinnovarli. E ho dato mandato ai carabinieri del Nas di verificare la piena attuazione della disposizione».

Ma gli altri paesi europei come si sono regolati?

«Francia e Gran Bretagna hanno trasformato in legge questa norma tecnica, in Italia sappiamo che una quindicina di reparti l'hanno già recepita, la mappatura che sarà completata entro la fine della settimana servirà a farci avere un quadro generale della situazione. E' già partito un questionario indirizzato ai circa duecento reparti di terapia intensiva neonatale».

Il rischio era presente ai medici? Non solo ai medici italiani?

«Negli ultimi vent'anni in Europa si sono registrati una novantina di casi del genere. In Spagna l'ulti-

mo, molto simile a quello italiano, non più di una settimana fa. E nei giorni scorsi la Polonia, evidentemente in procinto di prendere disposizioni in materia, ha chiesto a tutti gli altri paesi comunitari se avessero registrato casi analoghi. Abbiamo risposto di no, in Italia non era mai successo».

Il passo successivo del Ministero quale sarà?

«Predisporre linee guida specifiche per garantire ulteriormente la massima sicurezza dei neonati. E non rendere vana la morte del piccolo Marcus».

Cosa si può dire alla mamma, provata da un dolore così grande?

«Si può solo abbracciarla e starle vicino. Per quanto ci riguarda invece noi abbiamo il dovere di capire dove è stata



la disattenzione per evitare che si ripeta in futuro e capire perché si sia verificata».

Pare che ci sia stata comunque una concomitanza: da una parte dispositivi medici non perfettamente sicuri, ossia un catetere che poteva essere infilato dalla parte giusta e da quella sbagliata; dall'altra l'errore umano di qualcuno che lo ha effettivamente collocato nel posto sbagliato.

«Questo pare un caso di errore umano, anche se i particolari saranno oggetto di approfondimento da parte della magistratura, a cui ho immediatamente trasmesso la relazione degli ispettori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“

Entro la settimana mappatura completa

di tutti i reparti e poi le linee guida

”

L'obiettivo: evitare che si ripetano fatti simili e non rendere vana questa morte



Roma L'indagine sulla flebo sbagliata

Nessuno disse al dottore del latte in vena al neonato

Gli ispettori: cartella lacunosa

ROMA — Il piccolo Marcus De Vega è rimasto per oltre cinque ore senza che venisse avvertito il medico di turno dello scambio tra una flebo di soluzione fisiologica con del latte. Anzi: il medico ha visitato il prematuro, che nel frattempo aveva avuto una crisi respiratoria, ma nessuno gli ha detto che era avvenuto il tragico errore. Lo rivela un documento riservato di sei pagine inviato il 23 luglio ai vertici dell'Ospedale San Giovanni dal dottor Franco D'Ignazio, responsabile dell'«Unità operativa sul rischio clinico e la qualità» della stessa struttura, in merito al caso del piccolo, nato di sette mesi, poi morto il 29 giugno nell'ospedale romano. Intanto gli indagati dalla Procura sono saliti da sette a venti: tra loro i direttori sanitari, Gerardo Corea e Salvatore Passafaro, il primario di neonatologia, Carolina De Carolis, e altri medici e infermieri del reparto. Vengono dati per imminenti, inoltre, provvedimenti di sospensione per la dottoressa De Carolis e per l'infermiera responsabile dell'errore.

Dalla relazione degli ispettori consegnata ieri al **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, emerge un quadro preoccupante: «Le incubatrici sono datate, la cartella clinica è lacuno-

sa e mancano procedure e protocolli diagnostico-terapeutici».

Secondo la ricostruzione effettuata da D'Ignazio, il 27 giugno «erano presenti nella neonatologia nel turno di mattina — è scritto nella relazione — 9 infermieri, di cui 6 dedicati ai 12 letti di terapia intensiva e subintensiva e ai pazienti ricoverati nei letti della patologia e 3 dedicati al nido e alla sala parto, un medico di guardia che si occupava di tutto il reparto compresa la sala parto e la sala operatoria e due medici di supporto (solo la mattina)». Nei turni di pomeriggio e notte, invece, «gli infermieri sono 5 più 2 dedicati al nido e sala parto e un medico». La carenza di organico è testimoniata dal fatto che mancano «5 neonatologi», secondo un altro documento firmato sempre il 23 luglio dal direttore sanitario Corea. D'Ignazio però rivela anche che il personale in servizio nel reparto «nei primi 5 mesi di quest'anno, secondo la caposala, ha effettuato 4 mila ore di straordinario». Il documento è in mano ai carabinieri del Nas, alla Procura, alla Regione e alla Commissione parlamentare d'inchiesta sul servizio sanitario.

Il giorno dell'incidente «alle 12.30 Marcus viene staccato dalla nutrizione enterale (con il latte, ndr) e parenterale (tramite una vena, ndr) per essere pesato su una bilancia e successivamente riconnesso alle nutrizioni — precisa la relazione —. Alle 14 avviene il cambio turno degli infermieri. Alle 14.30 viene segnalato un allarme della pompa siringa che somministrava la nutrizione enterale e la nutrizione viene sospesa». Solo alle 18 «il medico di turno viene chiamato per una crisi respiratoria del piccolo — ricorda D'Ignazio — ma solo alle 19.45 lo stesso medico viene richiamato per un improvviso peggioramento del neonato» e in quell'occasione «gli viene riferito che qualche ora prima gli infermieri si erano accorti che la nutrizione enterale era stata riaccolata al catetere endovenoso». Nonostante siano state eseguite «tutte le terapie rianimatorie del caso», il neonato è morto il 29 giugno.

Tra i problemi emersi nel documento interno al San Giovanni, «l'inadeguatezza delle attrezzature e dei presidi assistenziali del reparto, l'insufficienza del personale, l'assenza di procedure e protocolli condivisi». In pratica le stesse criticità elencate, dopo 7 ore di accertamenti nella neonato-

logia, dagli ispettori di Balduzzi. Che hanno sottolineato come «da un esame di una relazione interna, emergono suggestioni che sembrano indicare la volontà di nascondere quanto avvenuto». Per aumentare la sicurezza il ministro ha vietato l'acquisto di cateteri per uso neonatale che non rispettino la normativa europea ed entro la settimana varerà «nuove procedure tecnico-organizzative» per le neonatologie.

Francesco Di Frischia

La relazione al ministero

«Incubatrici datate, mancano i protocolli diagnostici». Gli indagati salgono da 7 a 20, verso la sospensione del primario



Ore 14.30

Viene segnalato il primo allarme alla pompa siringa che somministra il latte e la nutrizione viene sospesa



Ore 19.45

Il medico di turno, già chiamato alle 18 per una crisi respiratoria del piccolo, viene richiamato per un improvviso peggioramento

Neonato morto, venti indagati «Volevano insabbiare il caso»

Roma, al San Giovanni gli ispettori del ministero: gravi inefficienze

Silvia Mastrantonio

■ ROMA

SONO DIVENTATI venti gli indagati per la morte, nell'ospedale San Giovanni Addolorata, di un neonato al quale sarebbe stato somministrato latte in vena. Oltre a sette medici sono stati iscritti sul registro della Procura 13 infermieri, tutti in servizio nelle ore in cui si sono svolti i fatti. L'ipotesi di reato è quella di omicidio colposo e domani sarà effettuata una nuova autopsia sul corpicino del bimbo spirato il 29 giugno.

Uno scambio di «tubicini» avrebbe provocato la tragedia. Ieri sul tavolo del **ministro della Salute Renato Balduzzi** è arrivata la relazione redatta dagli ispettori inviati al San Giovanni. Sette ore di controlli e una serie di conclusioni che sottolineano una certa «volontà di nascondere» i fatti. In più i funzionari insistono sulla redazione «lacunosa» della cartella clinica e su mancanze vistose come la non annotazione delle ore relative agli eventi. La relazione è stata girata ai magistrati.

LE CRITICITÀ indicate dagli ispettori riguardano non solo la cartella clinica con cancellature e modifiche «non sempre chiaramente identificate», ma anche macchinari e incubatrici datate. Prive, in particolare, della possibi-

lità di pesata con conseguenti manovre di distacco degli infusori. Modelli più nuovi sarebbero stati richiesti più volte dall'ospedale alla Regione Lazio che però nega di aver mai ricevuto tali sollecitazioni. Problemi di «conflittualità» tra il personale e «carenze conoscitive diffuse» con riferimento al rischio clinico. Secondo la ricostruzione degli ispettori la madre del piccolo Marcus De Vega, fu infor-

mata di quanto avvenuto nelle ore successive. La donna, però, ancora ieri ha riferito in Procura di aver appreso i fatti dalla lettura dei giornali. «Voglio fare il funerale — ha aggiunto —. Ma da giorni non me lo fanno vedere».

CI SONO molti interrogativi ai quali i magistrati devono rispondere. Il primo riguarda la terapia che fu tentata dopo la scoperta dell'errore. Il piccolo era arrivato al San Giovanni dal Grassi di Ostia il 29 maggio. Era nato pre-

maturato di 26 settimane e pesava 840 grammi. Le sue condizioni erano migliorate e il 15 giugno era stato «estubato». Il 27 giugno, il neonato, che riceveva latte materno per via enterale e una soluzione fisiologica per via parentale, dopo la pesata era stato nuovamente collegato ai tubicini. Ma a quelli sbagliati. Verso le 14 la pompa di infusione è andata in allarme e ha bloccato la somministrazione. Gli infermieri hanno avvertito i medici di quanto avvenuto ed è stata tentata una terapia di recupero. Alle 4,35 del 29 giugno Marcus è morto.

Ora si cerca di capire se la terapia intrapresa sia stata adeguata. Ma, soprattutto, occorre stabilire chi ha materialmente confuso gli infusori provocando la tragedia.

Alla luce di quanto avvenuto il **ministro Balduzzi** ha deciso una «mappatura» di tutti i reparti italiani di neonatologia e ha vietato l'uso di cateteri che non siano aderenti alle norme Ue.

IL DOLORE DELLA MAMMA

Ho saputo dai giornali che cosa era successo al mio bambino. Voglio fare il funerale,

ridatemelo al più presto

LE LACUNE

Il diario clinico

Secondo la relazione degli ispettori ministeriali:

«Inadeguatezza nella redazione del diario clinico e conseguenti difficoltà a chiarire i processi decisionali. Mancano gli orari e ci sono cancellature»

I macchinari

Gli ispettori segnalano:

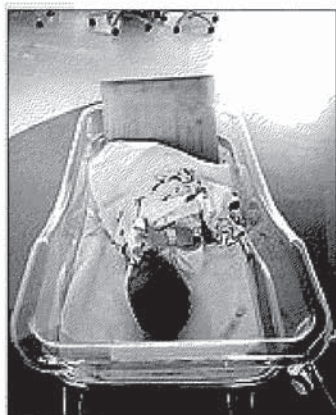
«La presenza di incubatrici datate, senza possibilità di pesata e la conseguente necessità di disconnessione continua degli infusori». E infine sottolineano: «Ripetute richieste alla Regione per cambiare i dispositivi»

Il personale

La relazione sottolinea «il numero limitato del personale e l'inadeguata organizzazione e gestione del personale, un clima di conflittualità tra il personale e carenze conoscitive sul rischio clinico»



CONTROMISURE
Il ministro della Salute
Balduzzi ha inviato gli
ispettori all'ospedale. La
relazione sui controlli è stata
durissima (Ansa)



Neonato morto, 20 sanitari indagati «Tentativo di insabbiare l'errore»

**Gli ispettori di Balduzzi
«Cartella clinica lacunosa
e conflittualità tra il personale»**

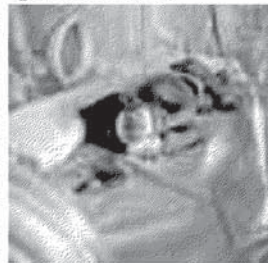
ROMA. Una cartella clinica «lacunosa», senza orari indicati, ma anzi con «cancellature e modifiche». E poi personale che litiga («clima di conflittualità») e non del tutto consapevole del rischio clinico («carenze conoscitive diffuse»). È nero su bianco, il dubbio che ci sia stata l'intenzione di insabbiare i dettagli sulla morte di un neonato di soli pochi giorni: «Emergono suggestioni che sembrano indicare la volontà di nascondere quanto avvenuto». È il quadro del reparto di Neonatologia del San Giovanni Addolorata di Roma che emerge dalla relazione degli ispettori del ministero della Salute, inviati dal ministro Renato Balduzzi nella struttura dove la notte del 29 giugno il piccolo Marcus De Vega è morto. Nelle sue vene è finito il latte che doveva arrivare invece all'apparato digerente.

E ora anche la Procura di Roma vuole sentire tutti coloro che il 27 giugno erano presenti quando si è verificata la fatale inversione delle cannule. Nel registro degli indagati per l'omicidio colposo di Marcus ci sono ora 20 nomi: oltre ai 7 medici anche 13 infermieri, e sul corpo del

bimbo sarà eseguita una nuova autopsia, giovedì, per permettere agli indagati di far assistere i loro consulenti di parte. Così ha disposto il procuratore aggiunto Leonardo Frisani. Ma oltre al presunto errore umano c'è anche un problema tecnologico, fanno notare gli ispettori di Balduzzi: le incubatrici, obsolete e senza bilancia interna. Un particolare non da poco: ogni volta che il bebè va pesato vanno staccati e riattaccati dal suo addome due tubicini. Ed è quindi accaduto questo, secondo gli ispettori: «uno scambio tra il catetere enterale e quello parenterale». E sì che, annotano, le nuove incubatrici sarebbero state chieste da tempo alla Regione Lazio, che però nega sia così. Nella relazione si sottolinea anche «il numero limitato del personale» e la sua «inadeguata organizza-

zione e gestione», «l'assenza di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici» che va ad aggiungersi a una «inadeguatezza della redazione del diario clinico e conseguente difficoltà a chiarire i processi decisionali». I pm poi sospettano che i tre giorni di ritardo con i quali i vertici dell'ospedale sono stati informati possano nascondere la volontà di mettere la storia sotto il tappeto, magari approfittando, è il terribile dubbio avanzato

dall'assessore Udc alla Famiglia Aldo Forte, della condizione di straniera della mamma, Jacqueline De Vega, colf filippina di un avvocato. La donna, è emerso, ha dovuto scoprire dai giornali cosa fosse davvero successo a suo figlio quasi un mese fa. A lei (che secondo il ministero «era stata informata nelle ore successive rispetto all'evento») era stata raccontata una versione non completa dei fatti.



”

Il caso

La mamma della vittima ha appreso dai giornali come ha perso la vita il suo piccolo bimbo



Il ricovero non esclude i permessi

Sì ai congedi quando l'assistenza è richiesta dall'ospedale

DI DANIELE CIRIOLI

Il prolungamento del congedo parentale (massimo 36 mesi) per assistere il figlio minore con grave disabilità decorre dal termine del periodo normale di congedo parentale teoricamente fruibile; spetta a condizione che il figlio non sia ricoverato a tempo pieno, salvo che la presenza del genitore sia richiesta dalla struttura sanitaria di ricovero. Lo precisa, tra l'altro, la circolare n. 100 dell'Inps con cui ieri l'istituto ha fornito nuove precisazioni sulla fruizione dei permessi della legge n. 104/1992, a un anno dalla riforma del dlgs n. 119/2011 (in vigore dall'11 agosto 2011). I chiarimenti, nonostante si rivolgano principalmente ai dipendenti dell'Inps, possono applicarsi in via di principio a ogni situazione. Tra l'altro, la circolare precisa i requisiti per il diritto ai per-

messi per assistenza nel caso di figli affetti da grave handicap. Spiega che tale diritto non può essere mai riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza allo stesso familiare disabile; e che l'unica possibilità è la fruizione alternativa tra i genitori di un figlio disabile, i quali nell'arco di uno stesso mese possono fruire, alternativamente e mai cumulativamente, dei permessi mensili, delle due ore di permesso giornaliero o del prolungamento del congedo parentale. Infatti, spiega l'Inps, la riforma (articolo 3 del dlgs n. 119/2011) ha integralmente sostituito il comma 1 dell'articolo 33 del dlgs n. 151/2001 prevedendo che, per ogni minore disabile, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre ha diritto, fino al compimento dell'ottavo anno d'età del figlio, al prolungamento del congedo parentale, da

fruire in maniera continuativa o frazionata, per un periodo massimo di 36 mesi (tre anni), comprensivo dei periodi di congedo parentale ordinario, con retribuzione al 30%. I periodi di prolungamento, precisa l'Inps, decorrono dalla conclusione del periodo ordinario del congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore che ne fa richiesta; e che il requisito essenziale per la concessione è l'assenza di ricovero a tempo pieno del figlio, salvo che la presenza del genitore venga richiesta dalla struttura sanitaria di ricovero. In tabella le singole fattispecie di età del figlio disabile e i relativi permessi fruibili dai genitori. L'Inps ribadisce che tutti i benefici possono essere fruiti solo alternativamente e mai cumulativamente tra i genitori nell'arco del mese.

—© Riproduzione riservata—

I PERMESSI DEI GENITORI (1)

ASSISTENZA A UN FIGLIO DISABILE MINORE DI TRE ANNI

- Due ore di permesso orario al giorno oppure un'ora di permesso al giorno per ciascun genitore per tutto il mese
- Assenze giornaliere a titolo di prolungamento del congedo parentale retribuito al 30% nella misura massima di 36 mesi (comprensivi del congedo parentale ordinario), da fruiti entro gli otto anni di età del bambino
- Uno o più giorni di permesso, fino a un massimo di tre giorni mensili, tra entrambi i genitori (per esempio: madre un giorno di permessa, padre due giorni)

ASSISTENZA A UN FIGLIO DISABILE DI ETÀ COMPRESA TRA I TRE E GLI OTTO ANNI

- Assenze giornaliere a titolo di prolungamento del congedo parentale retribuito al 30% nella misura massima di 36 mesi (comprensivi del congedo parentale ordinario)
- Uno o più giorni di permesso, fino a un massimo di tre giorni mensili
- Permessi nella misura minima di un'ora, fino a concorrenza delle 18 ore massime mensili

ASSISTENZA A UN FIGLIO DISABILE MAGGIORE DI OTTO ANNI

- Uno o più giorni di permesso, fino a un massimo di tre giorni mensili
- Permessi nella misura minima di un'ora, fino a concorrenza delle 18 ore massime mensili

(1) Permessi che i genitori possono fruire alternativamente (MAI cumulativamente) in uno stesso mese

Da Bruxelles una proposta di regolamento all'insegna di semplificazione e trasparenza

Nuove regole per i trial clinici

Procedure rapide e flessibili - Assicurazioni solo su rischi aggiuntivi

Giro di vite sui controlli Banca dati aperta al pubblico

Riforma in vista per i trial clinici, all'insegna di semplificazione e celerità ma con maggiori garanzie di trasparenza e nel rispetto delle norme del consenso libero e informato, soprattutto per le sperimentazioni condotte nei Paesi terzi. È il senso della proposta di regolamento formulata dalla Commissione europea il 17 luglio scorso.

Tra le novità principali: una procedura di autorizzazione per le sperimentazioni flessibile ed efficiente, che consentirà una valutazione celere e approfondita della domanda da parte di tutti gli Stati membri interessati e assicurerà una valutazione univoca; iter semplificati di rendicontazione che eviteranno inutili duplicazioni da parte dei ricercatori; maggiore trasparenza sui reclutamenti dei partecipanti e sui risultati della prova clinica stessa.

Per semplificare e facilitare il flusso di informazioni tra gli sponsor e gli Stati membri e tra gli Stati membri stessi, la Commissione deve infatti istituire e mantenere una banca dati accessibile mediante un portale. La banca dati deve contenere tutte le informazioni pertinenti relative alla sperimentazione clinica, a parte i dati personali dei soggetti che partecipano alla sperimentazione clinica.

Non manca un giro di vite sui controlli: oltre ai compiti di vigilanza da parte delle istituzioni nazionali, la Commissione avrà infatti la possibilità di effettuare controlli negli Stati membri e in altri Paesi per assicurare che le regole siano adeguatamente monitorate e fatte rispettare.

Il fatto che la nuova legislazione proposta dalla Commis-

sione si configuri come regolamento assicurerà che le regole per condurre le sperimentazioni cliniche siano identiche in tutta l'Ue. In particolare, ciò renderà più facile condurre sperimentazioni cliniche multinazionali in Europa.

La proposta legislativa verrà ora discussa al Parlamento europeo e al Consiglio. E dovrebbe entrare in vigore nel 2016. Il regolamento proposto, una volta adottato, rimpiazzerà la direttiva sulla sperimentazione clinica del 2001 (2001/20/Ec).

Questa norma, sottolinea la Commissione, ha garantito un livello elevato di sicurezza dei pazienti, ma il suo recepimento e la sua applicazione divergenti tra i vari partner comunitari hanno determinato un quadro normativo svantaggioso per i ricercatori clinici.

La direttiva è stata inoltre criticata da pazienti, ricercatori e industria sia per i suoi requisiti normativi troppo rigidi e sproporzionati sia per i costi elevati.

I costi di conduzione delle sperimentazioni cliniche sono infatti notevolmente aumentati negli anni: il personale necessario a gestire la procedura è più che raddoppiato rispetto alla situazione precedente all'entrata in vigore della direttiva vigente, i costi amministrativi sono aumentati del 98% e i premi assicurativi dell'800 per cento.

Su quest'ultimo aspetto, la proposta di regolamento interviene prevedendo forme di assicurazione ad hoc solo nel caso in cui il trial comporti effettivi rischi aggiuntivi per il paziente coinvolto: nei casi in cui il rischio aggiuntivo è trascurabile o inesistente, è sufficiente l'assicurazione indivi-

duale del medico o dell'istituzione o struttura coinvolte nella sperimentazione.

Nelle sperimentazioni cliniche che utilizzano medicinali in fase di sperimentazione non autorizzati, o in cui il tipo di intervento pone un rischio più che irrilevante per la sicurezza dei soggetti, è necessario assicurare un risarcimento dei danni riconosciuti conformemente alle leggi applicabili.

Attualmente, tale risarcimento danni è offerto sotto forma di copertura assicurativa. Tale assicurazione può coprire i danni che lo sponsor e lo sperimentatore sono tenuti a risarcire al soggetto qualora venga stabilita la responsabilità.

Il soggetto può anche essere risarcito direttamente senza che sia stabilita preventivamente la responsabilità dello sponsor o dello sperimentatore. L'esperienza indica che il mercato assicurativo è limitato e i costi per la copertura assicurativa sono esageratamente elevati.

Inoltre, poiché i regimi di responsabilità sono molto diversi tra gli Stati membri, per lo sponsor di una sperimentazione multinazionale è difficile e oneroso ottenere una copertura assicurativa conformemente a dette leggi nazionali. Pertanto ciascuno Stato membro deve stabilire un meccanismo di indennizzo nazionale che risarcisce i soggetti conformemente alle proprie leggi.

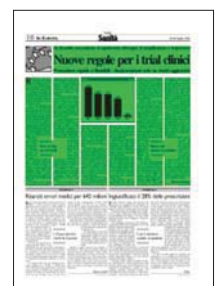
Oltre ai costi, anche il tempo medio d'attesa per avviare una sperimentazione clinica è aumentato del 90%, attestandosi a 152 giorni. Una serie di aggravii, quindi, decisamente insostenibili per le industrie del settore e gli enti di ricerca.

Non è un caso, quindi, se in Europa si è determinato un calo del 25% delle sperimentazioni cliniche condotte nel periodo tra il 2007 e il 2011 (si veda grafico in pagina): nel 2007,

erano state chieste più di 5.000 autorizzazioni per sperimentazioni cliniche, mentre nel 2011 il numero è calato a 3.800. Un trend che riduce notevolmente la competitività e l'attrattiva dell'Europa nel campo della clinical research.

Un settore di fatto strategico, con più di 20 miliardi di euro di investimenti all'anno e che rappresenta una componente fondamentale della politica di crescita sancita dall'agenda Europa 2020: «La proposta della Commissione - sottolinea **John Dalli**, Commissario europeo responsabile per la Salute e la politica dei consumatori - agevola in modo significativo la gestione delle prove cliniche mantenendo allo stesso tempo gli standard più elevati di sicurezza dei pazienti e la solidità e affidabilità dei dati delle sperimentazioni. In tal modo si potrebbero risparmiare 800 milioni di euro all'anno di costi amministrativi e incoraggiare la ricerca e lo sviluppo nell'Ue contribuendo in tal modo alla crescita dell'economia».

In termini di impatto sociale e sanitario, l'attuale "patchwork" di valutazione separata per ciascun Stato membro interessato non necessariamente assicura lo standard più elevato di valutazione nella Ue. Inoltre, lo

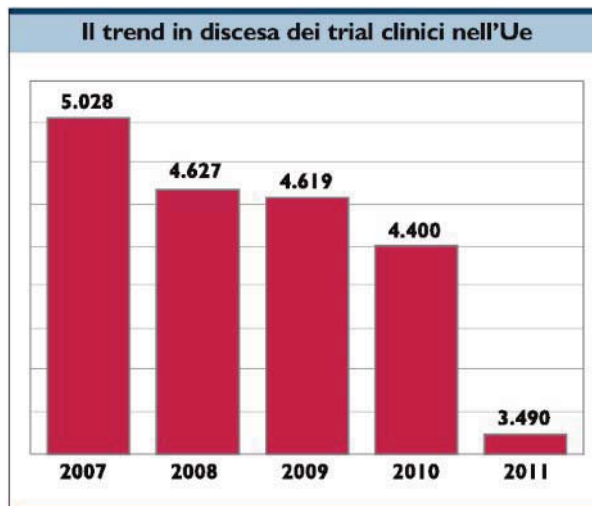


stesso trial può essere soggetto a diverse modifiche e aggiustamenti in sede di autorizzazione.

Queste divergenze possono avere un impatto sui dati generati nel processo di sperimentazione e se i dati divergono troppo, lo sponsor spesso decide di ritirare la clinical trial da uno o più Stati membri. Ciò significa che i pazienti di quegli Stati membri vengono privati dei benefici potenziali della ricerca clinica. Il che si traduce in evidenti disuguaglianze nella salute pubblica europea.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Contro la spending review

Farmacie chiuse per protesta

■■■ Farmacisti in sciopero il 26 luglio: lo annuncia Federfarma in risposta alla spending review, che ha aumentato il contributo dovuto allo Stato per la distribuzione dei **farmaci** previsti dal Servizio Sanitario Nazionale (quelli dalla ricetta rossa, per intenderci). La serrata coinvolgerà tutti gli esercizi privati italiani e quindi, in Lombardia, 630 farmacie nella provincia di Milano, 130 nella provincia di Monza e 57 nella provincia di Lodi. «La situazione è insostenibile: chiediamo che venga cambiato questo decreto legge» dice Annarosa Racca, presidente di Federfarma. «Le farmacie, già gravate da un aumento degli oneri approssimabile a 7 miliardi negli ultimi 10 anni per la diminuzione dei prezzi dei **farmaci** e l'aumento delle tratte», subiscono una politica di tagli «continui ed indiscriminati» che hanno portato a migliaia di chiusure. Eppure il settore fornisce servizio di eccellenza, capillare sul territorio, «con turni di guardia di 24 ore e festivi, e attività di prevenzione». Il tutto senza sfiorare il tetto di spesa previsto. «Bisognerebbe recuperare risorse eliminando gli sprechi di altri settori della sanità», aggiunge, e ridefinire la convenzione con lo Stato (scaduta nel '98 e mai rinnovata).



SALVIAMO L'EURO

Le misure interne



Al Senato ultimi ritocchi alla spending review

Atteso per stasera il sì della commissione, domani il testo va in Aula
Dopo le tensioni sui tagli Giarda precisa: nessun duello nel Governo

Ricerca, via la stretta sul 2012

Tagli solo selettivi per le società in house - Esodati, no a nuovi fondi

Marco Rogari

ROMA

■ Un alleggerimento degli tagli alla ricerca, in particolare sul 2012. È quello sul quale per tutta la giornata di ieri si sono concentrati i relatori al Senato del decreto sulla spending review insieme al Governo nell'ambito della definizione del ristretto pacchetto di modifiche da approvare in commissione Bilancio. Il correttivo abbozzato da Gilberto Pichetto Fratin (Pdl) e Paolo Giaretta (Pd) prevede l'eliminazione del taglio di 33 milioni per quest'anno ai fondi del settore (ma non degli 88 annui per il prossimo biennio) e il sostanziale salvataggio di alcuni enti di ricerca. A cominciare da Arcus (beni culturali). Ipotizzata anche la sistemazione di Promuovi Italia, attraverso l'Enit e la sopravvivenza dell'Istituto per il Microcredito ma con il dimezzamento dell'attuale contributo dello Stato.

Per quanto riguarda le altre modifiche, i margini per un'ulteriore estensione della platea degli esodati sono quasi inesistenti. «Al momento le risorse non ci sono e quindi un'allargamento del bacino è impossibile, a meno che il Governo non trovi i fondi», ha detto Pichetto Fratin. Ma i sindacati, e anche il Pd, insistono. E domani ci sarà la manifestazione di Cgil, Cisl e Uil per chiedere il salvataggio di tutti i lavoratori esodati.

Confermati invece l'allungamento dei tempi per la riduzione delle Province (si veda Il Sole 24 Ore di ieri), che diventerà pienamente operativo a inizio 2013, e il ricorso a un taglio di tipo selettivo per le società in house. Su quest'ultimo punto Pichetto Fratin e Giaretta hanno lasciato capire che l'intenzione è di riformula-

re completamente l'articolo 4 del decreto prevedendo meno automatismi, con verifiche e un piano preventivo per permettere alle società di motivare la loro esistenza.

Tra i ritocchi su cui ieri era in corso una riflessione in commissione Bilancio a Palazzo Madama c'era anche la questione del credito d'imposta per le aree dell'Emilia Romagna colpite dal terremoto. Quasi certa appare un'ottimizzazione del capitolo riguardante il rafforzamento del metodo Consip per la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi delle pubbliche amministrazioni. Si sta studiando un ritocco per garantire la salvaguardia del prezzo migliore in tutti i contratti (anche quelli mesi neri su bianco prima del decreto). Ieri, tra l'altro, Consip ha nominato il nuovo Cda: Domenico Casalino è stato con fermato amministratore delegato, i due nuovi consiglieri sono Giuseppina Baffi e Antimo Prospero.

Sempre ieri la commissione Bilancio ha cominciato a votare gli articoli del provvedimento. Anche se fino alla tarda serata risultavano accantonati i nodi principali: enti locali, lavoro e sanità. L'orientamento dei relatori era di affinare, d'intesa con il Governo, gli emendamenti su questi versanti nel corso della maratona notturna per poi presentarli nella mattinata di oggi. La Commissione conta di chiudere l'esame del provvedimento questa sera per passare domani il testo all'Aula dove il Governo ricorrerà alla fiducia. La blindatura, che servirà anche per inglobare nel provvedimento il decreto sulle dimissioni nella versione modificata dalle commissioni a Palazzo Madama, sarà votata domani stesso o, al più tardi, venerdì. Su-

bito dopo il testo passerà alla Camera, dove dovrebbe ottenere il via libera entro il 2-3 agosto.

Ieri il ministro dei Rapporti con il Parlamento, Piero Giarda, che il giorno prima aveva confidato nella saggezza del Senato nel modificare i tagli con parole interpretate come una velata critica alla strategia adottata dal Tesoro nello stendere il provvedimento, ha affermato: non c'è alcun «duello» nel Governo ma il testo «può essere migliorato nel corso dell'iter parlamentare».

Sull'allarme lanciato dalle Province sul pericolo di una mancata apertura del prossimo anno scolastico è intervenuto il ministro dell'Istruzione, Francesco Profumo, assicurando che l'avvio delle lezioni non è affatto a rischio. Proprio sulle Province è proseguito il lavoro per giungere a ritocchi calibrati del testo in Commissione. Dalla quale è arrivato un avvertimento preventivo dal presidente Antonio Azzollini (Pdl) ai numerosi rappresentanti di associazioni di categoria e i ministeri che affollavano il piano in cui si trova la piccola aula e che erano stati già al centro di polemiche durante l'esame del decreto liberalizzazioni: «Non chiamate in continuazione i senatori perché siamo impegnati nei lavori».

EMENDAMENTI IN ARRIVO

Nel menù più tempo per l'addio alle Province e restyling del pacchetto Consip, ma resta il nodo terremoto in Emilia



Le modifiche al decreto



IMAGOECONOMICA

RICERCA

Buone notizie in vista per gli enti di ricerca. Un emendamento dei relatori atteso per oggi potrebbe eliminare il taglio almeno per il 2012 che ammonta a 33 milioni di euro. Fino a tarda sera si è lavorato per cercare la copertura



IMAGOECONOMICA

PROVINCE

Confermato l'ampliamento dei tempi per l'accorpamento dei 50 enti a rischio (più 14 nelle regioni speciali). Le proposte dei Consigli delle autonomie locali dovranno arrivare entro settembre. Le Regioni avranno 15 giorni per ratificarle e poi toccherà alla legge statale



FOTODRAMMA

SOCIETÀ IN HOUSE

L'articolo 4 del decreto sulla spending review è destinato a essere ampiamente riscritto. Con uno o più emendamenti dei relatori la messa in liquidazione delle società in house dovrebbe lasciare spazio a tagli maggiormente selettivi delle Spa locali



IMAGOECONOMICA

ESODATI

La platea degli esodati contenuta nel Dl dovrebbe restare ferma a 55mila. Un contingente che si somma ai primi 65mila e che porta il totale dei lavoratori salvaguardati a 120mila. Difficile reperire le risorse per ulteriori ampliamenti



ENTI MINORI

A parte gli enti di ricerca dalla stretta del decreto potrebbero salvarsi altri enti. Ad esempio Promuovi Italia, con una sistemazione attraverso Enit, Arcus e l'Istituto per il Mediocredito per il quale il contributo dello Stato verrebbe dimezzato



Ok per due pillole anti-obesità Ma il farmaco perfetto è lontano

Decisione a sorpresa dell'ente Usa: "Tutte le condizioni per assumerle

ALIMENTAZIONE

GIANNA MILANO

Le pillole per perdere i chili di troppo sono la promessa per contrastare quella che gli esperti definiscono una nuova epidemia: l'obesità. Ma, finora, la storia di questi farmaci è stata travagliata, con interrogativi che riguardano non solo l'efficacia - definita dagli esperti «modesta» - ma gli effetti collaterali. Ora, però, a riaccendere le speranze è l'approvazione in meno di un mese da parte della Food and Drug Administration - l'agenzia Usa per il controllo dei farmaci - di due molecole antiobesità: Belviq (Lorcaserina cloridrato) e Qsimia (prima Qnexa).

Di lorcaserina si parlò già negli anni scorsi. Nel 2010 l'Fda ne respinse la commercializzazione, perché favoriva nei topi lo sviluppo di tumori. Ulteriori studi hanno poi liberato il campo dal sospetto. Per Qsimia, invece, l'Fda aveva respinto due anni fa l'approvazione, dicendosi preoccupata per i problemi cardiaci e i difetti alla nascita. Ora sia Belviq che Qsimia, con una decisione a sorpresa, vengono approvati come medicinali per perdere peso in chi abbia un indice di massa corporea (l'«Imc») di 30 o superiore (equivalente a un obeso) oppure di 27 o superiore (misurato in chi è sovrappeso) e, inoltre, che abbia almeno una condizione di rischio: pressione alta, diabete di tipo 2, colesterolo in eccesso (dislipidemia).

L'«Imc» misura il peso (in kg), diviso l'altezza al quadrato, ma - osserva Giovanni Cizza, endocrinologo ai "National Institutes of Health" di Bethesda - «è un parametro per valu-

tare l'obesità da molti criticato. Ci possono essere atleti muscolosi con un "Imc" anomalo, che in base a questa definizione si dovrebbero considerare obesi. Meglio sarebbe usare la circonferenza della vita, perché misura il grasso che si accompagna al rischio cardiovascolare».

D'altra parte - ha dichiarato Janet Woodcock, della Fda - «l'obesità rappresenta una minaccia globale e l'approvazione di Belviq e Qsimia, usati in modo responsabile in combinazione con uno stile di vita più sano, rappresenta un'opzione per tanti americani». Un terzo della popolazione, infatti, è obeso o sovrappeso.

Ma come funzionano i nuovi farmaci? Belviq - recita il documento dell'Fda - «sembra attivare il recettore 2C della serotonina nel cervello», quello che aiuta ad assumere minori quantità di cibo, dando un senso di sazietà. Sicurezza ed efficacia sono state valutate in tre studi randomizzati: il farmaco è stato confrontato con un placebo, ossia un finto medicinale, su 8 mila pazienti obesi e sovrappeso, che hanno modificato stile di vita, introducendo sia una dieta ipocalorica sia un'attività fisica. Lo stesso hanno fatto i 3700 pazienti coinvolti nei due studi con Qsimia, che unisce l'azione di un soppressore dell'appetito, la phentermina, con il topiramato, un anticonvulsivante: meno calorie e più movimento.

Il trattamento con Belviq fino a un anno è stato associato a una perdita di

peso medio del 3,5%, qualcosa come 2 kg in più rispetto a chi prendeva il placebo: il rapporto, quindi, è di 4-5 kg persi in un anno sotto terapia contro i 2-3 senza cura farmacologica. Quanto alle dosi giornaliere di Qsimia, hanno indotto un calo ponderale medio del 6,7 e 8,9%: una perdita superiore al 5% del peso iniziale, considerata dall'Fda importante. «Essendo stati studiati in associazione a cambiamenti di dieta e attività fisica, è difficile stabilire quan-

to del calo sia dovuto alla pillola - spiega Cizza -. E sulla sicurezza, Belviq può causare gravi effetti collaterali, tra cui sindrome serotoninergica, specie se assunto con antidepressivi». Quanto alle possibili anomalie della valvola cardiaca, queste non sembrano differire nei pazienti trattati con placebo o farmaco. «Ma, se nei piccoli numeri il rischio non si manifesta, quando il farmaco verrà assunto da milioni di persone le cose potrebbero cambiare», aggiunge Cizza. L'approvazione di Qsimia, comunque, è stata preceduta da una serie di linee-guida per i medici. E sono previsti studi di post-marketing per verificare i possibili effetti collaterali come infarto e ictus.

E' significativo che la questione delle cardiopatie aveva già travolto, nel '97, due sostanze anoressizzanti per controllare la fame, fenfluramina e dexfenfluramina, ritirate quando emerse che causavano danni alla valvola cardiaca. Problemi ci sono stati anche per la sibutramina,

che, dopo essere stata ritirata nel 2002 ed essere stata rimessa in vendita poco dopo, nel gennaio 2010 è stata nuovamente bandita in Europa. Nel '98 si era aggiunto un altro ritrovato, l'orlistat (a fronte della modesta perdita di peso, 2-3 kg, dà effetti come diarrea e incontinenza), mentre nel 2006 il Rimonabant venne approvato in Europa e ritirato dall'Agenzia per i farmaci nel 2009: i rischi superavano i benefici. La pillola perfetta anti-obesità resta ancora lontana.

Giovanni Cizza Endocrinologo

RUOLO: E' RICERCATORE PRESSO
I «NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH»
DI BETHESDA (USA)

IL SITO: WWW2.NIDDK.NIH.GOV/
NIDDKLABS/INTRAMURALFACULTY/
CIZZAGIOVANNI.HTM



Un'idea per salvare gli atenei da inefficienza e clientelismi

Nessuna università italiana è nel top mondiale

**Giovanni Abramo
Ciriaco A. D'Angelo**
Ingegneri

RUOLI: SONO CO-FONDATORI DEL LABORATORIO DI STUDI SULLA RICERCA E IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO ALL'UNIVERSITÀ DI ROMA «TOR VERGATA»



GIOVANNI ABRAMO E CIRIACO A. D'ANGELO
CNR - UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

Nell'economia della conoscenza il sistema universitario riveste un ruolo fondamentale nel forgiare il capitale umano, principale fattore dello sviluppo socio-economico. Rafforzarlo significa sostenere la crescita. Ecco, quindi, la nostra proposta, che punta a ridurre al tempo stesso la spesa pubblica e la disoccupazione dei giovani cervelli.

Il sistema universitario italiano - è noto - si è sviluppato in un contesto normativo privo di quei meccanismi competitivi che, da una parte, stimolano il miglioramento e la differenziazione qualitativa e, dall'altra, rappresentano un antidoto alle pratiche clientelari. Pur in assenza di università dedicate solo all'insegnamento, nelle scienze dure circa il 25% dello staff accademico (9700 unità) non produce alcun avanzamento scientifico, mentre il 23% ne produce il 77% del totale.

Gli improduttivi non solo mantengono il proprio posto di lavoro, ma addirittura una retribuzione equivalente a quella dei migliori. Questi ultimi, poi, a differenza di quanto

avviene in altri sistemi quali quelli anglosassoni, non sono concentrati in poche università, ma distribuiti, insieme con gli improduttivi, in modo più o meno uniforme, tra tutte le università pubbliche. Non è un caso che nessuna delle pur discutibili classifiche internazionali collochi un'università italiana al di sopra della 150ª posizione. Molto più grave, inoltre, è il mancato impatto sulla crescita culturale e socio-economica, nonché sulla mobilità sociale, che università cosiddette «world-class» avrebbero sul sistema Italia.

Il modo più efficace e rapido per rafforzare il sistema universitario italiano sarebbe quello di creare poche università «spin-off», distribuite uniformemente per area geografica, in cui concentrare i migliori talenti oggi dispersi nell'intero sistema ricerca. Come accade in altri Paesi, queste «università top» potrebbero sviluppare in breve tempo una reputazione in grado di calamitare altri docenti di talento, i migliori studenti, il management più capace e abbondanti risorse, dall'Italia e dall'estero. I risultati della ricerca e la qualità dei laureati attirerebbero sul territorio imprese high-tech e capitale di rischio in misura molto maggiore di quanto non accada al momento con le università indifferenziate, inducendo così tassi di sviluppo economico che studi su casi stranieri dimostrano nettamente superiori alla media nazionale.

Abbiamo simulato la creazione di un'università «spin-off», costituita dagli accademici più produttivi delle tre migliori università romane - Roma La Sapienza, Roma Tor

Vergata e Roma Tre - e con le facoltà di matematica, fisica, chimica, scienze della Terra e ingegneria: questa istituzione si classificherebbe al primo posto in Italia per produttività di ricerca, tra le 83 attive nelle medesime discipline, con un valore superiore del 75% rispetto a quello della prima università pubblica e pari al triplo della media nazionale.

La produttività media dello staff di ricerca (su una scala da 0 a 100) sarebbe 89 contro 70 della migliore università italiana e 49 della migliore romana. Il 59% dei 247 accademici della nuova università si collocherebbe al top 10% per produttività scientifica, mentre nella migliore università pubblica (una delle sei Scuole Superiori) la percentuale non supera il 32%. Il costo di un'operazione simile sarebbe minimo, trattandosi di meri trasferimenti, che permetterebbero, quindi, l'utilizzazione di infrastrutture che sono già esistenti.

Introducendo, poi, incentivi retributivi in funzione del merito e il taglio del personale improduttivo, si libererebbero risorse che potrebbero essere impiegate in parte per ridurre il debito pubblico e in parte per finanziare l'ingresso delle giovani menti più brillanti, che oggi non trovano altro sbocco se non quello di rafforzare, emigrando, i sistemi universitari stranieri.

