

# Monopolio della verità scientifica, governo della pandemia e cure contro il Coronavirus

Gabriella Paolucci\*

SCIENTIFIC TRUTH MONOPOLY AND EARLY TREATMENTS IN COVID-19

ABSTRACT: The paper addresses some critical issues emerged during the management of the coronavirus pandemic in Italy. In particular, the health policy on early care and the censorship of the opinions and practices that criticize the official narrative are analyzed. The interpretation proposed is connected to the processes of construction of the monopoly of scientific truth and to the aims it pursues, which possibly come from outside the medical and scientific field.

KEYWORDS: Scientific truth monopoly; Covid-19; early treatments; science based policies; government of pandemic

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. Il contesto: un sistema sanitario al collasso – 3. «È un modello di business sostenibile curare i pazienti?» – 4. Verità e monopolio dell'autorità scientifica.

*Ogni società ha il suo regime di verità, la sua politica generale della verità, cioè i tipi di discorso che essa accoppia e fa funzionare come veri*  
M. Foucault, *Verità e potere*

*La visione ufficiale della scienza è una ipocrisia collettiva capace di garantire il minimo di credenza comune che è necessario al funzionamento di un ordine sociale*  
P. Bourdieu, *Il mestiere di scienziato*

## 1. Premessa

**M**entre scrivo queste riflessioni, il nostro Paese è attraversato dal dibattito intorno all'imposizione di un lasciapassare che attesta l'avvenuta vaccinazione contro il Covid-19, il possesso del quale permette di accedere alla gran parte delle attività sociali, lavoro compreso. Alla narrazione ufficiale, secondo la quale il green-pass sarebbe uno strumento in grado di salvaguardare la salute collettiva, si oppone la convinzione che si tratti di un dispositivo privo di alcun solido fondamento scientifico<sup>1</sup>, avendo ben poco a che fare con i motivi sanitari adottati, mentre

\* Professore associato di Sociologia - Università di Firenze. Mail: [gabriella.paolucci@unifi.it](mailto:gabriella.paolucci@unifi.it). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

<sup>1</sup> Per un panorama dell'ampio spettro di questioni che solleva il green-pass, può essere utile vedere le audizioni dedicate alla questione dalla Commissione Affari Costituzionali del Senato il 6 e 7 ottobre 2021, [https://webtv.senato.it/webtv\\_comm?video\\_evento=238657](https://webtv.senato.it/webtv_comm?video_evento=238657).

presenta tutte le caratteristiche di uno strumento di controllo sociale<sup>2</sup>. Dispositivo tra i più discutibili nell'insieme delle misure che hanno caratterizzato e continuano a caratterizzare il governo della pandemia, il *green-pass* non è, peraltro, che una delle numerose manifestazioni che destano perplessità nella strategia politico-sanitaria adottata per contrastare la diffusione del virus<sup>3</sup>. Prima che si possa conferire intelligibilità a questa misura, e alla sua collocazione nel quadro complessivo della gestione politico-sanitaria della crisi pandemica, dovrà tuttavia passare ancora del tempo. Solo quando avremo la possibilità di disporre di tutti gli elementi necessari per costruire una visione più completa delle strategie messe in atto in questi mesi, potremo comprendere forse meglio quanto è avvenuto e sta avvenendo.

Ci sono alcune circostanze, tuttavia, che possono comunque essere già indagate con la certezza di poter raggiungere un sufficiente grado di fondatezza. Tra di esse possiamo annoverare alcune misure di carattere sanitario che – benché circoscritte ad un ambito specifico della risposta che il SSN ha dato (o, più precisamente, ha mancato di dare) – hanno fatto emergere con forza non solo le carenze del governo nel contrasto al virus, ma anche la questione di portata ben più ampia delle modalità di costruzione e di gestione del monopolio dell'autorità scientifica.

Come studiosa dei fenomeni sociali, ritengo sia utile l'adozione di uno sguardo che riesca a comprendere i legami che si instaurano tra campi diversi del mondo sociale. Ciò non significa che intenda fare incursioni in ambiti del sapere estranei alle mie competenze, né dare risposte la cui attendibilità non sarei certamente in grado di legittimare né di fondare scientificamente. La riflessione che propongo in questa sede intende unicamente interrogare alcuni dei fenomeni che ci accompagnano dal marzo 2020 e che a mio avviso hanno un rilievo tale da richiedere una puntuale analisi critica. Scopo di queste pagine è dunque fondamentalmente quello di formulare dei quesiti, o, se si vuole, di migliorare la qualità delle domande da porre al governo politico e sanitario della crisi pandemica.

Le questioni sulle quali vorrei concentrare l'attenzione attengono alla mancata gestione della cura precoce della malattia e alla concomitante messa in atto di dispositivi di censura, quando non di vera e propria criminalizzazione, nei confronti dell'operato di quei medici che si sono spesi per curare precocemente i primi sintomi di Covid. Uno degli aspetti più singolari che sono ancora in essere, a quasi due anni di distanza dai primi casi di Covid, è infatti il rifiuto, da parte degli organi regolatori, di prendere in considerazione in modo rigoroso la possibilità di curare il primo manifestarsi della malattia con terapie di tipo domiciliare. L'orientamento è stato – e continua ad essere – assai severo, ma anche estremamente ondivago. Da un lato, il rifiuto di considerare tali terapie è stato motivato dalla supposta inesistenza di standard rigorosi nella valutazione delle terapie farmacologiche – «atteggiamento che paradossalmente porta a escludere quasi ogni possibile terapia in nome di una malintesa “medicina basata sulle evidenze”»<sup>4</sup>. Dall'altro, si è assistito a pronunciamenti contraddittori e caotici, sia da parte

---

<sup>2</sup> Tra i numerosi interventi critici su questo tema, cfr. W. BUKOWSKI, *L'arte di governare nel torbido. Due ipotesi su Green Pass e (assenza di) obbligo vaccinale*, 10.8.21, <https://www.wumingfoundation.com/giap/2021/08/governare-nel-torbido/#more-47156>.

<sup>3</sup> In questo testo uso la nozione di “pandemia” nella sua accezione dossica, ben consapevole, tuttavia, che sarebbe necessario un uso più accorto, che richiederebbe però uno spazio maggiore di quanto non sia possibile utilizzare in questa sede.

<sup>4</sup> Intervista a M. COSENTINO, *Il professor Marco Cosentino fa il punto sulle cure e sui vaccini*, in *ippocrate.org*, 15.1.2021, <https://ippocrateorg.org/2021/01/15/il-professor-marco-cosentino-fa-il-punto-sulle-cure-e-sui->

degli organi governativi italiani, che da parte dell'OMS, circostanze che non hanno certo contribuito a rendere efficace l'intervento medico-sanitario, e a fugare i dubbi sulla fondatezza scientifica delle norme che via via sono state emanate. L'intera vicenda presenta risvolti tali da porre il problema delle modalità con le quali la "verità" scientifica è stata costruita e diffusa, nonché degli esiti cui ha dato luogo.

A fronte dell'ampiezza e della portata dei problemi che il diffondersi del virus ha posto sul tappeto, si potrebbe essere indotti a pensare che la messa a tema di questi aspetti non possa offrire che scarsi elementi per comprendere il quadro complessivo. Cercherò di mostrare, al contrario, che l'esame del disposto combinato delle modalità di gestione extra-ospedaliera della Covid-19, da un lato, e delle censure poste in essere contro alcune risposte di carattere medico-farmacologico non in linea con il dettato governativo, può rivelarsi un utile strumento per iniziare a interpretare l'assetto generale del governo politico e sanitario della crisi.

## 2. Il contesto: un sistema sanitario al collasso

Quando, nel marzo 2020, la pandemia da Coronavirus che si è abbattuta sul Paese, ha trovato un sistema sanitario al collasso. A determinare questa situazione hanno contribuito in modo determinante due fenomeni concomitanti: da un lato, il processo di aziendalizzazione, che, introducendo criteri di funzionamento privatistici, ha completamente snaturato la riforma del 1978, e, dall'altro, il progressivo definanziamento del sistema pubblico. Nel solo secondo decennio del Duemila, il definanziamento ha sottratto oltre €37 miliardi al sistema sanitario pubblico<sup>5</sup>, e per gli anni 2019-2022 le previsioni non sono più incoraggianti.

Una lunga serie di interventi legislativi, susseguitisi nel corso degli anni, ha impedito alla riforma sanitaria non solo di raggiungere gli obiettivi che si era posta, ma finanche di decollare, grazie all'impegno indefesso del settore privato per modificare i principi sui quali la riforma si fondava, e alla sostanziale subordinazione dei vari governi alle richieste del business medico-sanitario privato. Il decreto-legge 502 del 1992, che può essere considerato l'esito infausto di queste spinte, ha finito per snaturare l'impianto iniziale con l'introduzione della logica aziendale-privatistica e l'attribuzione alle Regioni della determinazione dei principi organizzativi dei servizi, dell'attività destinata alla tutela della salute e,

---

[vaccini](#). Aggiunge Cosentino: «Un tale rigore non pare venga esercitato per i vaccini, autorizzati in emergenza e in assenza di informazioni essenziali per apprezzarne al meglio le potenzialità e i rischi. Se si può comprendere e perfino giustificare la scelta "emergenziale" sui vaccini, riesce difficile spiegare l'atteggiamento "rigorista" sui farmaci, specie su quelli di uso maggiormente consolidato e per cui esiste quanto meno una chiara evidenza di sicurezza».

<sup>5</sup> Nel periodo 2010-2019 il finanziamento del Ssn è aumentato di soli €8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,90% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%). In altre parole, l'incremento del FSN nell'ultimo decennio non è stato neppure sufficiente a mantenere il potere di acquisto (Cfr. Osservatorio Gimbe, *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Report Osservatorio Gimbe*, 7, 2019). Ciò ha significato una riduzione del 10% delle risorse pro capite della sanità pubblica, a fronte di un aumento del 20% in Francia e Germania (cfr. C. GIORGI, F. TARONI, *Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia. Passato e futuro delle politiche per la salute*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 29.4.2020, OCSE, Osservatorio Europeo delle politiche e dei sistemi sanitari, *Italia. Profilo della sanità 2019*; Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, in *Focus tematico*, 6, 2019; C. GIORGI, *La traiettoria delle politiche sanitarie italiane*, in F.R. PIZZUTI, M. RAITANO, M. TANCIONI (a cura di), *Rapporto sullo Stato sociale 2021*, 2021).

soprattutto, dei criteri di finanziamento delle Usl, smembrate in Asl (Aziende sanitarie locali) e Ao (Aziende ospedaliere). In tal modo, tra l'altro, uno dei principi cardine della riforma del '78, e cioè la stretta connessione tra attività territoriale e attività ospedaliera, è stato completamente affossato. Un altro colpo determinante al sistema sanitario pubblico va ascritto al decreto-legge 229 del 1999 (noto come "Decreto Bindi") – che ha fortemente incrementato il processo di privatizzazione attraverso l'accreditamento delle strutture private, un vero e proprio grimaldello per la distruzione della sanità pubblica a favore di quella privata.

La precisa intenzione di proseguire su questa strada è chiaramente attestata anche dagli interventi finanziari che si sono susseguiti a ridosso dello scoppio della pandemia, che hanno determinato riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL<sup>6</sup>. Inizialmente imputabile alla crisi economica, il definanziamento della sanità si è trasformato così in una costante irreversibile, inequivocabile manifestazione delle intenzioni politiche dei governi che si sono succeduti nel corso degli ultimi trenta anni<sup>7</sup>. Non c'è stato governo che, al di là delle dichiarazioni, abbia agito in modo diverso. Circostanza, questa, che mette seriamente in questione l'autonomia politica delle decisioni relative alla sanità e al *Welfare* in generale. La spesa del *Welfare* – e in particolare la Sanità – è rimasta indicizzata sull'equilibrio finanziario (e cioè sul livello di rendita richiesto dagli oligopoli), per garantire il quale il sistema ha dovuto adeguarsi – per lo più al ribasso – alle esigenze dei "mercati". Il denaro risparmiato – che, come si è visto, si conta in miliardi – è stato messo a disposizione delle imprese che sviluppano rendita. Sono questi dispositivi di produzione del profitto e della rendita – come è stato osservato recentemente – che hanno messo in ginocchio il sistema sanitario e indebolito le capacità di fronteggiare le urgenze sanitarie<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Il 9 aprile 2019 il Consiglio dei Ministri ha approvato il DEF 2019, secondo il quale nel triennio 2020-2022 il PIL nominale dovrebbe crescere in media del 2,5% per anno e l'aumento della spesa sanitaria attestarsi sul tasso medio annuo dell'1,4%. In termini finanziari la spesa sanitaria sarebbe aumentata dai € 119.953 milioni stimati per il 2020 ai € 121.358 nel 2021 ai € 123.052 milioni nel 2022. Per il 2019, invece, a fronte di una crescita del PIL nominale dell'1,2%, il DEF 2019 stimava una spesa sanitaria di €118.061 milioni che corrisponde ad una crescita del 2,3% rispetto ai € 115.410 del 2018. In altri termini, la crescita media della spesa sanitaria dell'1,4% stimata per il triennio 2020-2021 nella migliore delle ipotesi avrebbe potuto garantire al Ssn lo stesso potere di acquisto solo se la ripresa economica avesse rispettato previsioni più che ottimistiche, ovvero una crescita media del PIL del 2,5% per il triennio 2020-2021. Le previsioni sul rapporto spesa sanitaria/PIL sono identiche a quelle dei DEF (e dei Governi) precedenti, dove all'incremento atteso della crescita economica ha sempre corrisposto a una riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL. Da notare, tra l'altro, che il livello di spesa sanitaria, sia pro capite, sia in percentuale sul PIL, è nettamente inferiore a quello dei maggiori Stati europei (cfr. Istat, *Rapporto annuale*, capitolo 2, *Sanità e salute di fronte all'emergenza Covid-19*, 2020).

<sup>7</sup> Infatti, a partire dal DEF 2017 si conferma in maniera netta rispetto al passato una scelta allocativa ben precisa, ovvero che l'eventuale ripresa dell'economia non avrebbe determinato alcun rilancio del finanziamento pubblico della sanità. In altri termini, se nel 2010-2015 il Ssn si è fatto pesantemente carico della crisi, la ripresa economica del Paese non ha avuto e non avrà un corrispondente positivo impatto sulla spesa sanitaria. L'analisi dei DEF 2017, 2018 e 2019 dimostra che il rapporto spesa sanitaria/PIL nel medio termine viene sempre rivisto al ribasso, documentando sia la tendenza a spostare in avanti le previsioni di crescita economica, sia la precisa intenzione di non rilanciare il finanziamento della sanità pubblica.

<sup>8</sup> M. LAZZARATO, *It's the capitalism, stupid!*, in *Sinistrainrete*, 14 aprile 2020, <https://www.sinistrainrete.info/neo-liberismo/17483-maurizio-lazzarato-it-s-the-capitalism-stupid.html>. Lazzarato prosegue: «In questione non sono soltanto i tagli alle spese sanitarie cifrati in miliardi di dollari (37 negli ultimi dieci anni in Italia), il non reclutamento di medici e personale sanitario, la chiusura continua di ospedali e la concentrazione delle attività restanti

Un tale quadro, pur così scarno e certamente incompleto, può tuttavia restituire un'immagine sufficientemente eloquente della distanza che separa l'assetto del sistema sanitario che la legge 833 del 1978 aveva concepito – un servizio pubblico in grado di garantire, attraverso la fiscalità generale, la gratuità universale dell'accesso alla cura (e alla prevenzione) – dalle condizioni in cui versava il Ssn nel momento dello scoppio della pandemia. Basti considerare la drastica diminuzione dei posti letto negli ospedali<sup>9</sup>: uno degli effetti più pesanti del definanziamento del sistema sanitario, che ha inciso non poco sulla risposta alla diffusione del virus. Già il dato complessivo è significativo: i posti letto (nelle strutture private e pubbliche) sono passati dai 93 per ogni diecimila abitanti nel 1981 ai 35 nel 2016<sup>10</sup>. Cifre che non danno ragione, tuttavia, del processo di radicale ridimensionamento della cura ospedaliera prestata nel settore pubblico rispetto al privato. La scure, infatti, si è abbattuta prepotentemente sul primo, riducendo del 56% i posti letto, mentre le cliniche private hanno visto incrementare il proprio peso relativo, passando dal 15% al 20%. Tra il 2000 e il 2009 il ridimensionamento dei posti negli ospedali pubblici è tre volte quello effettuato nel settore privato (17,2% rispetto al 5,3%). Tutto ciò, in un quadro di riassetto del Ssn che ha visto il prevalere del ruolo degli ospedali, a fronte del progressivo indebolimento dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

La strategia politica che ha favorito la Sanità privata ha avuto, inoltre, com'è ovvio, l'effetto di incrementare la spesa diretta delle famiglie per cure e farmaci e la conseguente crescita delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi, sia in termini territoriali, sia sociali. A ciò si aggiunge un fortissimo carico di lavoro gravato sulle spalle degli operatori sanitari, la cui consistenza complessiva è diminuita, nel settore pubblico, del 9,5%, mentre nel settore privato si è registrato un aumento del 15%<sup>11</sup>.

Le previsioni per il futuro non sono incoraggianti, dal momento che dei 222 miliardi del *Recovery Plan*, soltanto una parte esigua è destinata alla sanità pubblica.

---

per aumentare la produttività, ma soprattutto il criminale «zero bed, zero stock» del New Public Management. L'idea è di organizzare l'ospedale secondo la logica dei flussi *just in time* dell'industria: nessun letto deve restare inoccupato perché costituisce una perdita economica. Applicare questo management alle merci (senza parlare dei lavoratori!) era già problematico, ma estenderlo ai malati è da pazzi. Lo zero stock riguarda anche il materiale medico (le industrie sono nella stessa situazione per cui non hanno dei respiratori disponibili in stock, ma devono produrli), i medicinali, le maschere ecc. tutto deve essere *just in time*».

<sup>9</sup> Il sindacato dei medici ANAAO Giovani fornisce un quadro molto preciso della progressiva contrazione dei posti letto su scala nazionale e del concomitante slittamento dal pubblico al privato nel settore ospedaliero. Cfr. ANAAO Giovani, Ospedali. *L'inesorabile declino del pubblico. Confronto 2010/2017*, in *Quotidiano Sanità*, 4 febbraio 2020.

<sup>10</sup> Se scorporiamo questi dati, possiamo notare che tra il 2000 e il 2009 è stato tagliato il 15% dei posti letto, scendendo progressivamente dai 5,1 di posti letto ogni 1000 abitanti, a 4,2 del 2009 (di cui, 3,6 per patologie acute e 0,6 per patologie croniche), ai 3,6 nel 2017. Cfr. N. Buzzi, *Rapporto Sanità 2018. 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale*, Centro Studi Nebo, 2018.

<sup>11</sup> I medici e gli infermieri hanno conosciuto riduzioni rispettivamente del 2,3% e dell'1,6%. In conseguenza, si è registrata una riduzione degli oneri per il personale dipendente del Ssn in percentuale della spesa sanitaria totale dal 31,4% al 30% tra il 2014 e il 2017, per effetto anche del blocco dei rinnovi contrattuali e delle retribuzioni. Di fatto il *turnover* è rimasto costantemente al di sotto del livello di sostituzione.

### 3. «È un modello di business sostenibile curare i pazienti?»<sup>12</sup>

La crisi clinica generata dalla pandemia si è innestata dunque su un sistema sanitario già al collasso, che non poteva riuscire, come non è riuscito, a fronteggiare adeguatamente un carico che andava oltre le capacità di risposta, come un'ampia letteratura critica non ha mancato di mettere in luce.

Tra le manifestazioni più eclatanti dell'inadeguatezza mostrata dal sistema sanitario a rispondere all'insorgenza dell'epidemia non possiamo non ricordare l'incredibile vicenda del *Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale*, la cui redazione spetta al CCM (*Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie* del Ministero della salute). Nel momento stesso in cui l'urgenza dettava la necessità di attingere alle indicazioni del *Piano*, ci si è accorti che non c'era alcun *Piano* cui fare riferimento. L'ultima versione risaliva infatti al 2006<sup>13</sup>, mentre avrebbe dovuto essere aggiornato ogni tre anni, come prescrivono le linee guida dell'OMS. Com'è evidente, dall'aggiornamento costante del *Piano* dipende in larga misura la qualità della risposta immediata agli eventi pandemici, sia in termini di analisi delle risorse disponibili e delle risorse aggiuntive necessarie, che in termini di messa a punto dei programmi di emergenza in grado di assicurare la funzionalità di tutti i livelli del sistema sanitario. La mancata attivazione del *Piano* ha contribuito non poco alla catastrofica gestione dell'epidemia, contribuendo a favorire, tra l'altro, la centralità dell'ospedale come luogo di cura contro il virus. Una parte considerevole delle indicazioni del *Piano* – se fossero state attuabili – avrebbero dovuto riguardare, in effetti, i servizi territoriali e il loro intervento nelle fasi precoci della malattia. Il territorio, con i suoi medici di famiglia e i presidi ambulatoriali, sono stati così lasciati allo sbando, soli e senza una guida efficace e attendibile, sia sotto il profilo medico che organizzativo.

Anche l'intricata vicenda delle *Linee Guida* per l'intervento medico precoce, che ancora oggi è al centro di aspre polemiche, può essere considerata, almeno sotto un certo profilo, come uno degli effetti del caos organizzativo e cognitivo prodotto dalla mancanza di una pianificazione dell'intervento territoriale. È tuttavia necessario aggiungere che le gravi carenze emerse in relazione alla determinazione delle cure precoci non va addebitato unicamente a fattori meramente organizzativi. Le indicazioni protocollari relative all'intervento domiciliare – confuse, carenti e in alcuni casi scarsamente fondate scientificamente – rappresentano non solo la cartina di tornasole delle inadempienze degli organi preposti alla gestione della pandemia, ma anche una delle manifestazioni più eclatanti dei dispositivi messi in atto per mettere a tacere, censurare e finanche criminalizzare le numerosissime esperienze sul campo di medici di base, nonché le impostazioni alternative alla narrativa dominante riguardo ai trattamenti farmaceutici nella fase precoce della malattia da Covid-19.

Vediamo sinteticamente di cosa si è trattato. Sebbene la vicenda abbia un rilievo internazionale, quanto è avvenuto e sta ancora avvenendo nel nostro Paese – che, è il caso di ricordarlo, ha registrato uno dei numeri più alti di decessi attribuiti al virus a livello mondiale – è sufficientemente indicativo. A

<sup>12</sup> S. RICHTER, *The Genome Revolution*, Report Goldman Sachs, 11.4.2018, <https://cnb.cx/3muxtno>.

<sup>13</sup> L'ultima versione, che porta la data del 2017, è solo un maldestro copia e incolla della versione del 2006, tanto che un membro del Comitato Tecnico Scientifico (che ha chiesto di rimanere anonimo) ha dichiarato: «Dopo la dichiarazione dello stato d'emergenza guardi i documenti a disposizione, ci chiedevamo: da cosa partiamo? Bene, abbiamo detto: c'è questo piano. E invece lo apri e lo chiudi perché è del tutto inutile. [...] Quello del Ministero della salute era un piano che a livello operativo valeva zero» (Cfr. C. CICOLELLA, G. VALESINI, *Virus e segreti di Stato*, in *Report*, 02.11. 2020).

fronte delle politiche – globali – di salute pubblica, che si sono concentrate esclusivamente sui vaccini, fin dai primi mesi del 2020 un numero crescente di medici ha ritenuto che il virus, nella grande maggioranza dei casi, si potesse curare tempestivamente al di fuori degli ospedali con trattamenti multi-farmaco, evitando in tal modo l'aggravarsi della malattia e la conseguente ospedalizzazione<sup>14</sup>. Ma chi ha sostenuto questa tesi, e poi l'ha messa anche in pratica, non solo non ha ricevuto alcun ascolto da parte degli organi regolativi, ma ha trovato ostacoli di ogni genere: ostracismo, sanzioni, minacce di radiazione dall'Ordine dei medici e denunce penali.

In Italia il titolare degli indirizzi terapeutici per l'intervento contro il virus è, come è noto, il CTS dell'AIFA, che fin dall'inizio ha dato come indicazione esclusiva per le cure domiciliari l'ormai notissima formula "Tachipirina e vigile attesa", escludendo in via di principio e di fatto di considerare l'efficacia di terapie domiciliari in uso in molte regioni italiane e che, nella maggior parte dei casi, si sono rivelate risolutive contro l'aggravarsi della malattia. Sebbene incalzato da pressioni informali e formali – come ad esempio il ricorso al TAR del Lazio da parte di medici organizzati in comitati e associazioni<sup>15</sup> – il CTS ha sostanzialmente confermato, nel tempo, l'indirizzo iniziale. La formula "Tachipirina e vigile attesa" è stata successivamente sostituita con una espressione formalmente differente ma sostanzialmente identica, allo scopo di superare la sospensiva del TAR, che ha accolto l'istanza promossa dal "Comitato cura domiciliare C-19". Costante è dunque rimasto l'impianto di base. È stato confermato l'impiego del paracetamolo, che molti insigni farmacologi sostengono essere l'unico farmaco privo di significatività anti-infiammatoria, mentre altri preparati (come le vitamine B e D) sono stati esplicitamente sconsigliati, benché una quantità ormai innumerevole di contributi scientifici ne abbia documentato l'efficacia.

<sup>14</sup>Tra le numerose indagini che attestano l'efficacia e l'importanza di un intervento tempestivo alla comparsa dei primi lievi sintomi della malattia, mi limito a citare lo studio clinico per il trattamento domiciliare dei pazienti Covid-19 ideato dal professor Fredy Suter, primario dell'Unità di Malattie infettive degli allora Ospedali Riuniti e oggi primario emerito dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, e dal professor Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS. Lo studio, che è frutto anche della collaborazione di un gruppo di medici di famiglia di Varese e di Teramo, è stato pubblicato sulla rivista *EClinicalMedicine*, il magazine fa capo alla testata inglese *The Lancet* (Cfr. F. SUTER, E. CONSOLARO, G. REMUCCI et al., *A simple, home-therapy algorithm to prevent hospitalisation for COVID-19 patients: Retrospective observational matched-cohort study*, in *EClinicalMedicine*, 37, July 2021, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021002212>).

<sup>15</sup> È utile richiamare sinteticamente la vicenda dell'istanza cautelare promossa dal "Comitato cura domiciliare Covid-19" contro la nota del 9 dicembre 2020 del CTS, contenente i "principi di gestione dei casi Covid-19 nel setting domiciliare", che prevedeva nei primi giorni di malattia, la sola "vigile attesa" e la somministrazione di Fans e paracetamolo (o eparina per gli allattati) e ponendo indicazioni di non utilizzo di altri farmaci generalmente usati dai medici di medicina generale per la cura del Coronavirus. Nel marzo '21 il Tar Lazio ha accolto il ricorso, sospendendo di fatto le linee guida. Come si legge nell'ordinanza, il tribunale ha ritenuto il ricorso "fondato" in relazione alla giusta richiesta dei medici «di far valere il proprio diritto/dovere, avente giuridica rilevanza sia in sede civile che penale, di prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni secondo scienza e coscienza», e che non può essere «compreso nell'ottica di una attesa, potenzialmente pregiudizievole sia per il paziente che, sebbene sotto profili diversi, per i medici stessi». Il Tar ha quindi sospeso, con effetto immediato, l'efficacia del provvedimento emanato da Aifa e rinviato la trattazione del merito al 20 luglio prossimo. Ma cosa accade tra marzo e luglio? Il Ministero della Salute fa ricorso contro la sospensiva del Tar e il 23 aprile il Consiglio di Stato, con provvedimento del 23/4/2021, ha riformato l'ordinanza cautelare del TAR Lazio, ripristinando le indicazioni dell'Aifa. L'appello proposto dal Ministero della Salute ha ottenuto quindi di ripristinare un protocollo, che di fatto si traduce in una dichiarazione di impossibilità di cura.

In questo complicato panorama di divieti, occupa un posto a sé l'intricata vicenda dell'Idrossiclorochina e della Clorochina, farmaci utilizzati da decenni contro la malaria e le patologie di natura reumatica. Il medicinale ha iniziato ad essere utilizzato da molti medici nel trattamento precoce fin da marzo 2020 e i risultati sembrano essere stati incoraggianti. Su questa base, il 31 marzo l'Agenzia del Farmaco ne ha consentito l'utilizzo. Fino al 22 maggio, quando sorprendentemente sono stati pubblicati due studi allarmanti su autorevoli riviste inglesi<sup>16</sup>. Detti studi mostravano, sulla base di un'indagine condotta su 96.032 pazienti affetti da Covid-19, che i derivati della china peggiorano notevolmente la situazione clinica, riducendo la sopravvivenza a causa di gravi aritmie ventricolari. Sperimentazioni e studi clinici su questi farmaci sono stati così immediatamente interrotti. L'OMS ha messo al bando il farmaco, come è accaduto in molti Paesi, compresa l'Italia<sup>17</sup>. Ma i due studi hanno fatto sorgere più di un dubbio sulla loro validità, cosa che ha spinto il giornale inglese "The Guardian" a condurre un'inchiesta sui metodi utilizzati nella raccolta dei dati, dai quali iniziavano già a trapelare le prime anomalie. Di fronte alle difficoltà opposte dalla *Surgisphere* – la ditta intestataria dell'elaborazione delle informazioni pubblicate negli articoli – a fornire i dati e le loro fonti, il giornale inglese ha condotto un'inchiesta parallela, al termine della quale è emerso con chiarezza che quello che può essere considerato lo studio più influente sulla pandemia a livello internazionale non aveva alcun fondamento scientifico. Tre dei quattro autori che avevano posto il loro nome accanto a quello di Sapan Desai si sono dissociati dalle conclusioni sugli effetti letali dell'idrossiclorochina e gli articoli sono stati infine ritirati<sup>18</sup>.

A questo punto ci si sarebbe aspettati che l'AIFA avesse riconsiderato la propria posizione, come è stato fatto dall'OMS, che ha riavviato la sperimentazione e il cui Comitato di monitoraggio ha dichiarato la non sussistenza del rischio di morte per chi, malato di Covid-19, avesse assunto il farmaco. Invece l'AIFA ha confermato la sospensione dell'utilizzo off-label dell'idrossiclorochina sia per uso terapeutico che per uso profilattico<sup>19</sup>. Sospensione ribadita, con le stesse motivazioni addotte dopo l'uscita dei due articoli incriminati, nell'ultimo aggiornamento, datato 26 aprile 2021<sup>20</sup>.

<sup>16</sup> S.S. DESAI, A. KUY, M.R. MEHRA, A.N. PANEL, *Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19*, in *The New England Journal of Medicine*, 1.5, 2020; S.S. DESAI, M.R. MEHRA, A.N. PATEL, F. RUSCHITZKA, *Hydroxychloroquine or chloroquine with or without macrolide for treatment of Covid-19: a multinational registry analysis*, in *The Lancet*, 22.5.2021. I dati da cui muovono i due studi sono stati raccolti ed elaborati da una start-up fondata nel 2008 dal medico Sapan S. Desai, la *Surgisphere*.

<sup>17</sup> *Aifa sospende l'autorizzazione all'utilizzo di idrossiclorochina per il trattamento del Covid-19 al di fuori degli studi clinici*, Aifa, 26.5.20, [www.aifa.gov.it](http://www.aifa.gov.it).

<sup>18</sup> L'intera vicenda è ricostruita nei dettagli da P. BACCO e A. GIORGIANNI, *Strage di Stato*, 287-290.

<sup>19</sup> Nella scheda relativa all'uso del farmaco si afferma, inoltre, che la conferma del divieto si basa «evidenze che si sono progressivamente accumulate e che dimostrano la completa mancanza di efficacia a fronte di eventi avversi, seppur non gravi. L'utilizzo nelle fasi iniziali della malattia può essere consentito solo nell'ambito di studi clinici randomizzati» (Aifa limita l'uso di Remdesivir in casi selezionati e consente idrossiclorochina sono in studi clinici randomizzati a domicilio, AIFA, 26.11.2020).

<sup>20</sup> «L'utilizzo di clorochina o idrossiclorochina non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono per una sostanziale inefficacia del farmaco a fronte di un aumento degli eventi avversi, seppure non gravi. Ciò rende negativo il rapporto fra i benefici e i rischi dell'uso di questo farmaco» (AIFA, *Raccomandazioni Aifa sui farmaci per la gestione domiciliare di COVID-19*, Vers. 2 – Agg. 26.4.2021). Come si vede, le motivazioni alla base della posizione di Aifa dell'aprile 2021 sono le stesse che stavano alla base del divieto del maggio 2020, dopo l'uscita dei due articoli incriminati. È utile ricordare, in ogni caso, che l'11 dicembre 2020 il Consiglio di Stato, accogliendo il ricorso presentato da un gruppo di medici, ha definito «irragionevole la sospensione del suo utilizzo sul territorio nazionale da parte



Il caso dell'idrossiclorochina non è l'unico a suscitare perplessità sulla fondatezza scientifica delle linee guida adottate dall'ente regolatore. Oltre a quelle citate, si potrebbero considerare anche altre vicende, come il caso dell'utilizzo della terapia con plasma iperimmune convalescente, prima permesso e successivamente sospeso, così come è accaduto per altri farmaci. Tutte terapie che, con l'avanzare della vaccinazione di massa, non sono state consentite, o comunque in vario modo ostacolate.

Tutto ciò restituisce un quadro delle modalità di governo della pandemia che pone non poche domande. Perché prese di posizione tanto rigide sulle cure precoci?

«Per quale motivo – come si chiede Marco Cosentino – non esist[e] a oggi un'iniziativa istituzionale di ricerca e sviluppo di trattamenti precoci per il Covid: perché il tema [deve] essere lasciato ai litigi di cortile dei social e oltre tutto avendo l'impressione che l'opportunità di un trattamento che eviti le ospedalizzazioni quasi infastidisca taluni?»<sup>21</sup>.

Non è forse fuori luogo ricordare, a questo riguardo, che il Regolamento CE n. 507/2006 in tema di autorizzazione all'utilizzo di farmaci sperimentali (come i vaccini in circolazione) afferma che l'autorizzazione all'immissione in commercio di un farmaco può essere rilasciata anche quando non siano stati forniti dati clinici completi in merito alla sicurezza e all'efficacia del medicinale, purché tra le altre condizioni il medicinale risponda ad "esigenze mediche insoddisfatte". Il comma 2 del medesimo articolo specifica che con la locuzione «esigenze mediche insoddisfatte» si intende

«una patologia per la quale non esiste un metodo soddisfacente di diagnosi, prevenzione o trattamento autorizzato nella Comunità o, anche qualora tale metodo esista, in relazione alla quale il medicinale in questione apporterà un sostanziale vantaggio terapeutico a quanti ne sono affetti»<sup>22</sup>.

#### 4. Verità e monopolio dell'autorità scientifica

Come ho accennato sopra, le vicende che ho richiamato (ed altre analoghe) sono state occasione – e continuano ad esserlo – di scontri assai violenti tra coloro che hanno costruito la "narrazione dell'immane"<sup>23</sup> o che vi hanno aderito, e coloro che la considerano non condivisibile, nei vari modi e negli specifici campi in cui ciò è stato pubblicamente manifestato. Più precisamente, abbiamo assistito all'attivazione di dispositivi di censura e di criminalizzazione che non hanno risparmiato alcun mezzo pur di escludere dal dibattito pubblico punti di vista e prospettive non allineate, e conquistare così un monopolio della verità scientifica che, ampiamente spettacolarizzato, ha portato al banco degli accusati tutti

---

dei medici curanti" stabilito l'utilità dell'uso del farmaco a scopo terapeutico», ed ha rimesso «all'autonomia decisionale e alla responsabilità del singolo medico in scienza e coscienza».

<sup>21</sup> Intervista a M. COSENTINO, *Covid, i farmaci in arrivo e quelli già usati. A che punto è la ricerca: dagli antivirali ai cortisonici*. Il professor Cosentino: "Ognuno di questi va impiegato in maniera appropriata", in *Il fatto Quotidiano*, <https://bit.ly/33UDzqL>.

<sup>22</sup> REGOLAMENTO (CE) N. 507/2006 DELLA COMMISSIONE del 29 marzo 2006 relativo all'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dei medicinali per uso umano che rientrano nel campo d'applicazione del regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, in *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea*, 30.3.2006.

<sup>23</sup> Cfr. S. PORTA, *Note personali sulla pandemia. Di come Covid-19 sia un'influenza e questa non necessariamente sia una buona notizia, ma certamente una notizia necessaria* (aprile 2020), <https://bit.ly/3yS5P8T>; Id., *Narrazione dell'immane e notte della ragione: considerazioni sulla pandemia e sul domani* (marzo 2021), <https://bit.ly/3pmRJcv>.

coloro che hanno espresso dubbi sulla narrativa mainstream e sulle indicazioni degli organi regolatori e governativi<sup>24</sup>. Opinioni che dovrebbero essere oggetto di dibattito e che non è fruttuoso diffamare e censurare. Gli artefici di questa operazione sono molteplici ed eterogenei, tutti accomunati da richiami di natura dogmatica e di stampo fideistico nei confronti della Scienza.<sup>25</sup>

C'è da chiedersi quale sia la spinta che muove una tale strategia censoria, manifestamente inconsapevole delle dinamiche che informano il campo scientifico e che rendono possibile il progresso della conoscenza scientifica. Potremmo anche domandarci, in realtà, se si tratti davvero di mancata consapevolezza dell'utilità del dubbio e del dibattito, oppure se non sia in gioco altro. Ben sappiamo, infatti, che il dato scientifico, socialmente riconosciuto come tale, è l'esito di lotte che si svolgono non solo all'interno del campo della scienza, ma anche all'esterno, nel mondo sociale. La lotta tra ortodossia e eterodossia per la conquista del monopolio della rappresentazione legittima, non costituisce, cioè, solo una battaglia di natura epistemologica, poiché si lega più o meno direttamente all'assetto delle lotte che si svolgono negli altri campi, e in particolare in quello economico e del potere politico. L'autorità scientifica, variabile dipendente dell'autonomia della scienza, è dunque un risultato storicamente determinato, piuttosto che un dato meramente epistemologico<sup>26</sup>.

Ciò è particolarmente pertinente per campi come la scienza medica e i sistemi sanitari, in cui le domande e le agende sono spesso formulate in relazione a obiettivi, priorità e finanziamenti governativi.

«Tutto fa pensare – osserva Bourdieu – che le pressioni dell'economia vadano facendosi ogni giorno più forti, soprattutto in quegli ambiti in cui i prodotti della ricerca sono altamente redditizi, come la medicina, la biotecnologia e, più generalmente, la genetica [...]. Per questo molti ricercatori o gruppi di ricerca cadono sotto il controllo delle grandi società industriali, attente ad acquisire, attraverso i brevetti, il monopolio di prodotti ad alto rendimento commerciale. [...] Gli scienziati disinteressati, che conoscono come unico programma quello che emerge dalla logica della loro ricerca, rischiano di essere via via emarginati, a causa dell'insufficienza del sostegno pubblico, a tutto vantaggio di vasti gruppi quasi industriali dediti a soddisfare le richieste subordinate agli imperativi del profitto»<sup>27</sup>.

L'analisi delle modalità con cui è stata praticata la monopolizzazione dell'autorità scientifica, insieme alla costruzione sociale della paura messa in atto con vecchi e nuovi dispositivi politici, legittima l'ipotesi che la lotta in difesa della verità scientifica, che sembrerebbe costituire una questione di ordine

<sup>24</sup> Esempio è il caso del *Patto Trasversale per la Scienza* (fondato, tra gli altri, da Roberto Burioni e Guido Silvestri) che nel marzo 2020 ha denunciato alla Procura della Repubblica il dr. Stefano Montanari e tutte le emittenti che lo hanno intervistato (tra le quali, Byoblu) «per le gravi affermazioni sulla diffusione, contenimento e cura del SARS-CoV-2 e della malattia COVID 19 e per le tesi complottistiche anti-vaccinali, contenute in vari video ed interviste dello stesso», come si legge sul sito web dell'associazione, <https://www.pattoperlascienza.it/2020/03/25/coronavirus-abbiamo-denunciato-stefano-montanari/>. Tra le altre iniziative censorie del *Patto per la Scienza*, va annoverata la costante campagna contro le associazioni di medici che si occupano delle cure domiciliari precoci. In particolare è stata violentemente stigmatizzato il dibattito che si è tenuto su questo tema in Senato nel settembre 2021. L'articolo porta il titolo «Cure domiciliari. Basta bufale», <https://www.pattoperlascienza.it/2021/09/16/cure-domiciliari-basta-bufale/>.

<sup>25</sup> Si noti quanto frequentemente viene utilizzata la lettera maiuscola nella parola "scienza", uso che è ormai diventato epidemico. Lo si ritrova, per fare solo uno degli innumerevoli possibili esempi, a suo modo assai significativo, anche nel sito web del *Patto Trasversale per la Scienza* (cit.).

<sup>26</sup> Cfr. P. BOURDIEU, *Il mestiere di scienziato*, Milano, 2003; Id., *Les usages sociaux de la science*, Versailles, 2018.

<sup>27</sup> P. BOURDIEU, *Il mestiere di scienziato*, cit., 7-8.

epistemologico e peccare di dogmatismo, sia invece qualcosa di più inquietante e di profondamente diverso: un velo ideologico per mascherare la subordinazione del campo medico-sanitario a fini imposti dall'esterno, dal campo del potere economico e politico<sup>28</sup>.

Focus on

---

<sup>28</sup> Per questa ipotesi interpretativa, cfr., tra gli altri, F. VIGHI, *Paradigma Covid: collasso sistemi e fantasma pandemico*, 22.6.2021; Id. *Il Covid lungo dei banchieri centrali*, 9, 11, 2021. Sul tema del rapporto tra scienza, medicina e capitalismo, cfr. K.S. RAJAN, *Biocapital: The Constitution of Post-Genomic Life*, Durham, 2006; Id., *Pharmocracy: Value, Politics and Knowledge in Global Biomedicine*, Durham, 2017; M. COOPER, *Biotechnology and Capitalism in Neoliberal Era*, Seattle.

