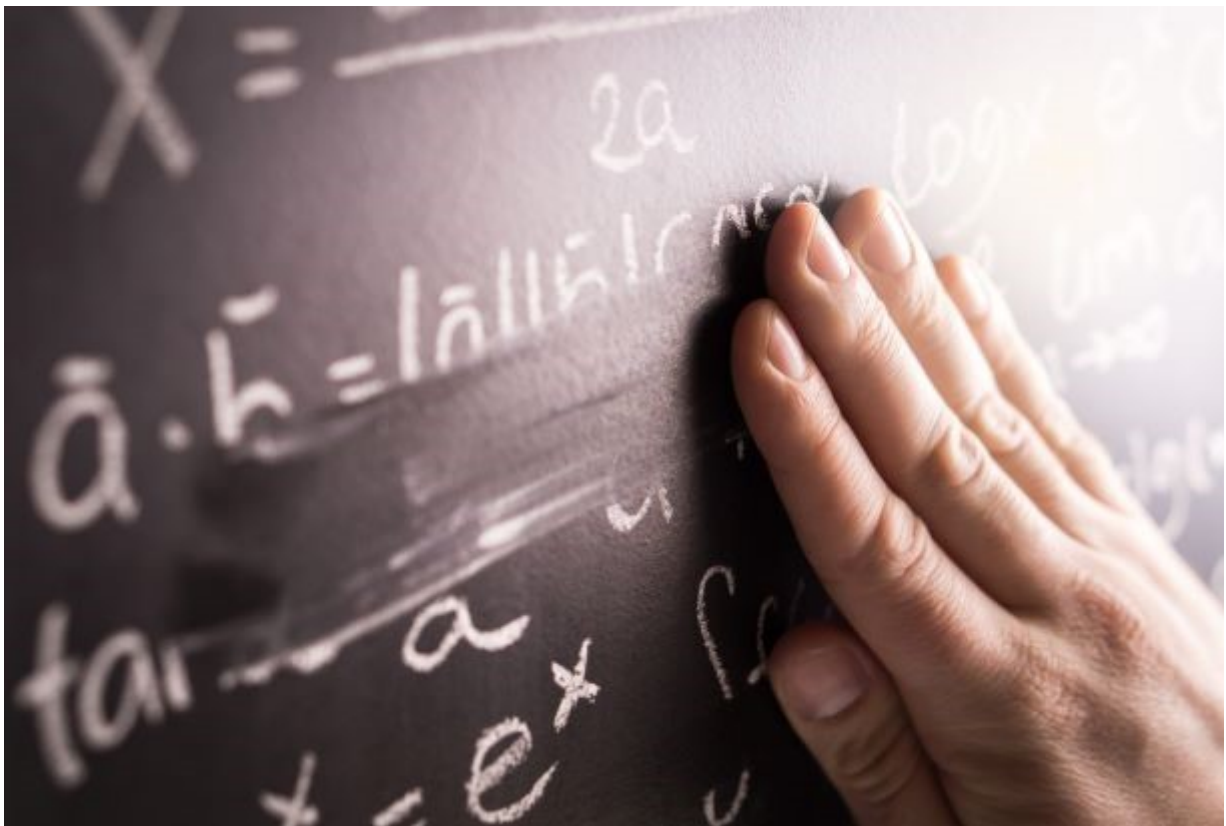


# Ricerca libera: araba fenice



Alessandro Campailla  
Jul 5 · 12 min read

## Part 2



### *Il ruolo del tecnico nel contesto scientifico attuale*

Non vi è dubbio che le scienze proseguano per prove ed errori e in tale meccanismo filosofico ci riconosciamo, per cui non si vorrebbe mettere in discussione la buona fede dei ricercatori, dei medici e degli scienziati che partecipano alle ricerche. Tuttavia, **in un senso**, appoggiandosi a pietre angolari della ricerca sociale (Illich, 1974)(11), è possibile scorgere il modo in cui gli apparati burocratici, le associazioni di categoria e gli ordini professionali legittimano, consapevolmente o meno sia economicamente sia in senso tecnico-formativo sia in senso politico, i metodi e le leggi che attraverso le ricerche vengono formulati (12). **In un altro senso** non possiamo evitare di

considerare i giganteschi interessi economici che tali ricerche garantiscono, sottostanti al mantenimento in vita di tali istituti e di come questi vengano, forse per un meccanismo ormai sovrastrutturale, ovvero un automatismo burocratico-tecnologico storicamente collaudato, protetti e promossi dalla stessa attività dei tecnici che vi partecipano, in una sorta di alimentazione biunivoca (Basaglia, 1975) (13).

Avendo vissuto personalmente la trasformazione dei servizi sanitari, avvenuta a seguito del DL 502/1992, a firma dell'allora ministro De Lorenzo — che inaugurò il primo passo verso l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche — potei notare il balzo quasi immediato compiuto dalla proliferazione dei bisogni diagnostici e quindi di prestazioni sanitarie, che di colpo comportarono l'affollamento delle sale d'attesa dei servizi pubblici, fino a poco tempo prima relativamente e agevolmente frequentate. La legislazione successiva, con la legge di Riforma Sanitaria Bindi 229/1999 o Riforma-ter, ha ridefinito la normativa introducendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), perfezionando tutti i ruoli tecnici e manageriali, il loro agire e creandone di nuovi, soprattutto di natura gestionale, rinforzando così gerarchie e controlli. I relativi statuti e i cavillosi regolamenti hanno accompagnato e tuttora angosciano il lavoro dei clinici.

L'effetto più visibile di questa trasformazione dell'istituzione sanitaria sta nel fatto che questo percorso di riforma ha determinato una notevole espansione del mercato della salute con tutto il suo indotto. In tutto questo ci sono stati anche dei vantaggi, ma verranno discussi in altra sede. Tuttavia la complessità degli apparati è tale che vantaggi e svantaggi risultano essere intrecciati da relazioni di natura non clinica, che sono entrate a far parte del costume e della consuetudine, elemento questo che facilita la rimozione psicologica dalla coscienza degli attori che vi partecipano, tecnici e pazienti (utenti), di aspetti critici del funzionamento istituzionale e dell'economia della cura.

L'apparato burocratico è divenuto così l'attore principale dei processi di gestione della salute pubblica, il protagonista, a discapito dei processi tecnici, che si sono via via dialetticamente impoveriti, dando luogo a radicalizzazioni del rapporto medico-paziente, a protocollazioni e distanziamenti, con il risultato di concretizzare tristemente la sostanziale incomunicabilità e crisi della fiducia tra medico e sofferente, trasformando l'ammalato in consumatore di servizi e moltiplicando i contenziosi legali tra consumatori e apparati. In questi giorni di Covid-19 assistiamo ancora a coraggiosi tentativi di critica e opposizione, portati avanti da individualità scientifiche e umane di spicco, tecnici e clinici che sulla base delle loro osservazioni o sperimentazioni sul

campo, si schierano contro le decisioni degli apparati. In risposta gli apparati stessi si affrettano in affannose delegittimazioni dei loro “figli” attraverso gli strumenti dell’informazione, della politica o per l’azione di tecnici e apparati di sostegno, spesso culturalmente vicini agli stessi professionisti che devono essere avversati e spesso in evidente conflitto di interessi, è esempio di questi giorni la costituzione di organismi *ad hoc* votati a questi scopi, come per esempio i patti tra scienziati insigniti di ufficialità mediatica o le *task forces* governative poste a sentinella dell’informazione (ma di quale?). I media, inoltre, definiti su base monopolista, puntano sull’assunto che tali professionisti siano soli e deboli istituzionalmente, ma anche sulla convinzione che una fanfara ripetuta all’ossesso detterà la sinfonia.

A chi non si interessa di politica sanitaria o storia delle istituzioni tali riflessioni potranno sembrare oziose, o peggio complottistiche, ma in realtà la storia insegna che la salute, per grossi istituti di capitale, può essere un lucroso affare e in tal senso non dobbiamo stupirci. Il potere economico e capitalistico, da quando ha stabilito i suoi meccanismi di autosostegno basati sul debito degli Stati, punta forte sul commercio della salute: per esempio, nel 500 il commercio del Guaiaco, una pianta ritenuta efficace nella cura della sifilide allora endemica, era totalmente detenuta e smerciata dai Fugger, i potenti banchieri di Carlo V (14). Banche e industria farmaceutica così mantengono uno stretto sodalizio fin dall’alba dell’era moderna.

In realtà non vi è l’intenzione di delegittimare i faticosi percorsi di costruzione di strategie e politiche di organizzazione dei servizi, che nella regione in cui vivo (l’Emilia Romagna), mantengono un rango e una storia (un ricordo) di efficienza, come anche non si vuole decontestualizzare il funzionamento di grossi organismi e apparati tecnici dalla complessità in cui sono immersi, si vuole invece interpretare tale complessità e denunciarne i meccanismi o inconsciamente perversi o sfacciatamente opportunistici. L’adesione del cittadino, a volte passiva a volte troppo zelante, a politiche non tanto rivolte alla salute e all’equilibrio psicofisico delle persone, quanto piegate piuttosto a necessità di bilancio, ad interessi particolari e a convenienze politiche pluristratificate, risulta un epifenomeno della complessità e della deriva del sistema sanitario pubblico.

### ***Il rapporto tra ricerca e sanità***

Nel campo della ricerca clinica le cose non vanno tanto meglio. Prendiamo ad esempio lo studio pubblicato da **The Lancet**, balzato da poche settimane agli onori della cronaca (Mehra, Desai, Ruskitzka, Patel, 2020) (15), il quale smentisce l’evidenza clinica, maturata in tanti ospedali italiani e del mondo durante i primi mesi di

epidemia, relativa all'utilizzo della **cloroquina** e dell'**idrossicloroquina**, farmaci antimalarici, che si erano dimostrati clinicamente efficaci, sia a scopo terapeutico in fasi iniziali di infezione da Sars-Cov-2, sia a scopo preventivo, come evidenziato dall'ampio utilizzo su personale sanitario (16). Questo studio ha sollevato notevoli interrogativi, da parte di diversi studiosi (17, 18), sull'etica della ricerca, sulla metodologia, sulla legittimazione delle fonti e dei *referral*, finanche sulla veridicità delle fonti informative relative ai dati forniti in origine (Surgisphere); non solo, tale studio ha rinforzato, di rimando, le innumerevoli voci massmediatiche e popolari, ma anche specialistiche, contrarie alla nuova frontiera della sperimentazione scientifica e farmaceutica nel campo dei vaccini, tra cui quelli di futura introduzione, la cui conformità a norme di sicurezza ed efficacia, ma soprattutto alla bioetica della persona, è messa scientificamente ed eticamente in dubbio (19, 20). Come è ovvio le criticità riguardano la correttezza deontologica di queste correnti di speculazione farmaceutica, la validità sperimentale, le sostanze nocive alla salute che tali vaccini conterrebbero e, non ultimo fattore, la libertà di scelta delle persone. Come è noto, lo studio di Mehra e *coll.* è stato sufficiente per sospendere l'utilizzo del farmaco antimalarico su indicazione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sia in Italia (21) che in Francia (21), riportando come attendibili quelle che sono state definite evidenze cliniche di dubbio valore.

### ***Cosa sono gli "Impact factors" ?***

Lo ammetto, non essendo un ricercatore nel senso convenzionale del termine, non mi ero mai preoccupato di chiarire il significato di *impact factor*, fino a quando non mi sono imbattuto nello studio sopraccitato di The Lancet. Ero convinto, tanto per pigrizia quanto per supponenza, che tale indice fosse relativo alla forza delle conclusioni di una ricerca, che fosse quindi un criterio per determinare la sua validità interna, oppure riferibile all'autorevolezza di una rivista scientifica, in senso generale. Riporto, invece, di seguito la definizione di *impact factor* formulata da addetti ai lavori che smentisce e ridefinisce le mie erronee credenze:

---

*"L'Impact Factor è un indice bibliometrico sviluppato dall'Institute for Scientific Information (ISI) nel 1961 e attualmente di proprietà dell'editore Thomson Reuters. Misura il numero medio di citazioni ricevute, nell'anno di riferimento considerato, dagli articoli pubblicati da una rivista scientifica nei due anni precedenti: è pertanto un indicatore della performance dei periodici scientifici, che esprime l'impatto di una pubblicazione sulla comunità scientifica di riferimento. L'Impact Factor di una rivista non esprime in sé un valore, ma va considerato rispetto ai valori raggiunti dai periodici del*

*medesimo ambito disciplinare (subject category nel Journal Citation Reports), poichè ogni comunità è caratterizzata da un comportamento citazionale specifico". (23)*

Come si comprende bene, l'*impact factor* **non è un indice di bontà della ricerca**. In sostanza se il sottoscritto producesse una sola ricerca in tutta la sua carriera di psicologo e detta ricerca risultasse tanto orientativa da essere citata 2000 volte su un numero abbastanza ampio di riviste nell'arco di due anni, periodo di riferimento per il calcolo, l'indice risulterebbe più o meno elevato in rapporto alla dimensione dei due fattori: più è elevato il numero delle citazioni in rapporto al numero di pubblicazioni che hanno citato la rivista, più è elevato il fattore di impatto. Se per esempio lo studio sulla cloroquina sopracitato venisse citato 5000 volte in 100 studi diversi che ne confutano la validità, ecco che l'*impact factor* della rivista in cui compare lo studio risulterebbe molto elevato .

Riporto l'esempio che calcola l'*Impact Factor* della rivista *Nature* nell'anno 2017(24) :

In sostanza, commettendo un errore, da questo principio "si scivola" nel valutare la qualità di una ricerca in relazione al fatto che questa è stata pubblicata su una rivista di prestigio, dal momento che più è elevato l'*impact factor* della rivista più è difficile farsi accettare uno studio: la rivista sulla base di un indice statistico "garantisce" e, diremo con la vulgata, "mette la faccia" per gli articoli che pubblica e per il prestigio dei ricercatori firmatari. Esistono, tuttavia, controverse motivazioni per non considerare l'*impact factor* come una misura qualitativa degli studi pubblicati e lo studio di The Lancet ne rappresenta una chiara dimostrazione.

Lo studio di Mehra e *coll.* rientra nella categoria degli studi osservazionali di registro, ovvero utilizza una tecnica retrospettiva che, per qualche motivo e per il giudizio di comitati di esperti nominati dai governi, è diventata **predittiva** del possibile comportamento clinico dei pazienti trattati con l'idrossiclorochina, pur non mostrando, per esempio, indici descrittivi dei dati iniziali. Certamente nel momento in cui ha influito sulle decisioni di politica sanitaria di interi Stati è diventata **normativa**, privando i medici di uno strumento dimostratosi clinicamente efficace nel contrasto degli effetti dell'infezione.

Su una cosa non possiamo sbagliarci e chi fa ricerca lo sa bene, **l'accettazione degli studi clinici è solitamente sottoposta a un fuoco di sbarramento severo**, rappresentato da giudici autonomi e indipendenti, che ne valutano in maniera anonima la validità, spesso su tempi molto più lunghi rispetto a quelli concessi allo studio in questione. Pertanto tale frettolosa legittimazione ha lasciato gli addetti ai lavori, quantomeno perplessi. Tra le criticità metodologiche più sospette emerge il dato numerico: questi ricercatori in pochi mesi hanno dichiarato di aver avuto accesso a 96032 osservazioni di soggetti trattati e a 81144 osservazioni di soggetti di controllo, raccolti in tutto il mondo. Non appare chiaro come sia possibile processare efficacemente una mole tanto grande di dati nel poco tempo riferito al limitato periodo di osservazione; se non attraverso tecniche di seriazione delle informazioni e complessi database, che in questo caso forniscono osservazioni *post-hoc* a sostegno di un risultato non sperimentale, statisticamente formulato. A differenza degli studi di coorte, per esempio, solitamente prospettici e basati su campioni di elevate dimensioni, su periodi di osservazione molto più lunghi, questo studio non mostrerebbe particolare forza predittiva e, come già detto, non vi sono garanzie di controllo sulle variabili iniziali di composizione del campione e le sue caratteristiche cliniche al momento della somministrazione del farmaco. Non approfondirò altre incongruenze legate all'andamento della curva epidemica, come anche alla verosimile inadeguatezza delle cure di terapia intensiva in corso di Covid-19, elementi ulteriori per i quali la sua validità è stata messa in discussione e che lascio volentieri ad esperti del settore, tuttavia colpisce l'enorme capacità di registrazione dei dati e la possibilità, come anche l'abilità, di utilizzarli a scopo speculativo, a riprova dell'utilizzo strategico delle informazioni sanitarie e personali e della nullità delle leggi di tutela della privacy nella determinazione di politiche e affari. L'aspetto conclusivo decisamente fuorviante di questo studio, come è stato rilevato dagli studiosi più attenti, sta nelle conclusioni che addebitano all'idrossiclorochina la causa della morte di migliaia di pazienti.

La cronaca, come sappiamo, ha poi registrato l'imbarazzante *dietrofront* della rivista The Lancet, "sensibilizzata" sulla dubbia provenienza dei dati stessi e questo ha fatto in modo che lo studio sia stato ritirato (25, 26). Il prestigio della rivista è definitivamente tramontato e ce ne faremo una ragione, ma nonostante ciò questo episodio solleva ancora una volta il velo sull'intreccio di interessi di potere, sulla forza di manipolazione di una ricerca disonesta, sulle sue ripercussioni politiche, sociali ed economiche e sull'impatto che tali informazioni, un tempo appannaggio solo dei tecnici, possono avere su un'opinione pubblica più sensibile che in passato. I casi di forzatura della mano dei ricercatori allo scopo di favorire particolari farmaci o per minimizzare i

*report* sugli effetti cancerogeni di sostanze immesse nei cibi — non ultimo il “caso glifosato” che ha costretto la multinazionale Bayer a rimediare ai danni causati dalla acquisita Monsanto, per una cifra di circa 10,5 miliardi di dollari — sono noti alla cronaca (27).

Dal momento che la ricerca, soprattutto in campo farmacologico, è massicciamente e pervasivamente finanziata dai colossi multinazionali del farmaco, non giunge nuovo il tentativo di condizionare le pubblicazioni o addirittura di contraffarle per scopi commerciali. A tal riguardo non stupisce il dato che ben il 41% degli introiti della stessa rivista *Lancet*, dato relativo al periodo 2005–2006, è stato favorito dall’acquisto di undici milioni di ristampe da parte delle case farmaceutiche, da destinare ad abbonamenti omaggio per i medici o acquistando ristampe di articoli specializzati. Allo stesso modo ingenti somme sono destinate alla pubblicità di articoli medico-scientifici pubblicati dalle riviste specializzate (28).

### ***Conclusioni: come non rinunciare ad essere scienziati***

La teoria e la filosofia della ricerca scientifica hanno postulato e fissato le tappe principali del processo scientifico nelle seguenti operazioni:

- a) Enunciazione di domande ben formulate cui è possibile rispondere
- b) Risposta provvisoria a queste domande, alla luce di ciò che è già noto o fondato nella scienza, in modo da poter rigettare quei tentativi di risposta chiamati ipotesi di ricerca, confrontandoli con ciò che esiste realmente
- c) Deduzione delle conseguenze empiriche associate a queste ipotesi
- d) Messa a punto di tecniche adeguate per confermarle o invalidarle
- e) Verifica della pertinenza o dell’adeguatezza delle tecniche escogitate come pure della loro fedeltà
- f) Verifica delle ipotesi e interpretazione dei risultati
- g) Valutazione della verosimiglianza delle ipotesi e delle tecniche impiegate alla luce dei risultati ottenuti
- h) Delimitazione dei campi ai quali si applicano queste ipotesi e queste tecniche, campi per i quali è possibile concludere, generalizzare e produrre nuovi problemi di ricerca

(29).

In qualità di psicologi e psicoterapeuti, nella nostra pratica clinica quotidiana possiamo effettuare “agevolmente” i primi tre passaggi del processo scientifico che sopra è esemplificato. In tal senso, oltre all’evidenza di non avere mai il tempo necessario per sistematizzare le osservazioni, insorge spesso la sensazione di perdita di informazione: è come se l’enorme quantità di dati raccolti nel lavoro clinico, mancasse di un contenitore adeguato per poter passare alla fase d) ed e) del processo. Con questa pubblicazione e altre che spero seguiranno mi propongo di costruire un contenitore agevole e capiente, creativo e aperto a vari contributi di psicologi, medici, operatori sociali e della salute che si vogliono misurare con il metodo di comunicazione che ci è proprio e che aspira a diventare comune, seppur con visioni e specializzazioni diverse. Promuovere una ricerca svincolata da interessi e apparati può favorire la crescita di identità professionali più coese e collaborative. Perseguire la restituzione di una direzione alla confusione, alle rincorse tra allarmi e smentite, al senso comune e al buon senso della gente, inibire le minacce che provengono da interessi di sistema, può dipendere anche da un lavoro di corretta informazione e documentazione scientifica attenta, nell’atto di presentare il proprio lavoro alla comunità ma soprattutto nell’intento di proteggere le radici della sua stessa sopravvivenza.

Se vuoi rispondere a questo articolo o pubblicare su LaTI® (<https://medium.com/laboratorio-teatro-dimpresa>), consulta il sito [www.acampailla.com](http://www.acampailla.com), effettua l’iscrizione alla piattaforma Medium.com e scrivimi all’indirizzo: [alessandrocampailla4@gmail.com](mailto:alessandrocampailla4@gmail.com).

Part 1

## ***Bibliografia***

11. Illich I. (1971). *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*. Bruno Mondadori, Milano.
12. [https://www.aboutpharma.com/blog/2020/04/23/medici-di-famiglia-protocollo-dintesa-tra-fimmg-simg-e-sanofi/#:~:text=Una%20nuova%20forma%20di%20collaborazione,\(Societ%C3%A0%20italiana%20medicina%20generale\)](https://www.aboutpharma.com/blog/2020/04/23/medici-di-famiglia-protocollo-dintesa-tra-fimmg-simg-e-sanofi/#:~:text=Una%20nuova%20forma%20di%20collaborazione,(Societ%C3%A0%20italiana%20medicina%20generale)).
13. Basaglia F.; Ongaro Basaglia F. (1975). *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all’oppressione*, A cura di, Baldini e Castoldi ed., Milano



(Ed.2013).

14. Cosmacini G. (1997). *L'arte lunga. Storia della medicina dal'antichità ad oggi.* Editori Laterza, Bari

15. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620311806>

16. [https://www.adnkronos.com/salute/farmaceutica/2020/06/01/covid-stop-idrossiclorochina-ecco-perche\\_emQSBrXCmHgiHUUwu1QBOI.html?fbclid=IwAR0xnP4LjUgz0wktOOZlODzsg3e\\_EnVvvQi2k1PH-TofGWP3LbZ-4Uajwqo](https://www.adnkronos.com/salute/farmaceutica/2020/06/01/covid-stop-idrossiclorochina-ecco-perche_emQSBrXCmHgiHUUwu1QBOI.html?fbclid=IwAR0xnP4LjUgz0wktOOZlODzsg3e_EnVvvQi2k1PH-TofGWP3LbZ-4Uajwqo)

17. <https://www.msn.com/it-it/notizie/politica/virus-il-mistero-sulla-clorochina-gli-scientiati-sbugiardano-loms/ar-BB14SdNR?fbclid=IwAR1ytyMGeN4JCevss5wNbLag-ipKwJB20jz3e14IIa-jiGui46jUYiFspI4>

18. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/05/30/idrossiclorochina-la-lettera-aperta-di-120-ricercatori-a-lancet-preoccupazioni-sullanalisi-statistica-e-sullintegrita-dei-dati/5818437/?fbclid=IwAR0xpk2wrUbSCR6217rVdmZKntIdm3RvzsewPIPTPo905To8wDEZRQ6QWLC>

19. Montanari S., Gatti A.M. (2016). New Quality-Control Investigations on Vaccines: Microand Nanocontamination. *International Journal of Vaccines and Vaccination*, 4 (1), 00072, p. 1–13.

20. Donzelli A., Agostini D., Bellavite P., Cattaneo A., Duca P., Serravalle E. (2020). Vaccinazione antinfluenzale: cosa dicono le prove scientifiche. Giovanni Fioriti Ed., Roma. <https://www.researchgate.net/publication/342145787>

20. <https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=21337>.

21. <https://www.agi.it/estero/news/2020-05-28/idrossiclorochina-uso-covid-8744559/>.

22. <http://biblioteche.unipv.it/home/risorse/indicatori-bibliometrici/impact-factor-if>

23. [https://en.wikipedia.org/wiki/Impact\\_factor](https://en.wikipedia.org/wiki/Impact_factor)

24. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/06/04/coronavirus-the-lancet-avvia-uninchiesta-sullo-studio-che-bocciava-lidrossiclorochina-preoccupati-gravi-questioni->

scientifiche-sono-state-portate-alla-nostra-attenzione/5824478/

25. [https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2020/06/04/news/idrossiclorochina\\_140\\_medici\\_contro\\_aifa-258468634/](https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2020/06/04/news/idrossiclorochina_140_medici_contro_aifa-258468634/)

26. Ratto P. (2020). L'industria della vaccinazione. Storia e contro-storia. Bibliotheka ed., Roma

27. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/06/30/monsanto-bayer-patteggia-sul-glifosato-ora-leuropa-non-puo-piu-far-finta-di-niente/5852057/>

28. A cura di M. Robert (1984). La ricerca scientifica in psicologia, Ed. Laterza Bari (ed. 2002)

Ricerca Scientifica   Psicologia   Informazione Libera

[About](#) [Help](#) [Legal](#)

Get the Medium app

