

Conoscere per curare

Il trattamento dei dati sanitari e l'organizzazione del servizio sanitario

Di Serena Sileoni e Lucio Scudiero

Dati sanitari: una minaccia alla privacy o una miniera di informazioni utili?

Negli ultimi anni è cresciuta la quantità di informazioni generata e raccolta nel contesto della ricerca e dell'innovazione tecnologica in campo medico, nonché in quello dell'erogazione di servizi di cura e assistenza sanitaria, e insieme a questa è aumentata esponenzialmente anche la mole di dati relativi alla salute e agli stili di vita generati da dispositivi indossabili, che siano utilizzati per svago, come gli *smart watches* che misurano i battiti cardiaci o la regolarità del sonno, o veri e propri dispositivi medici, come quelli che monitorano la camminata e la pressione esercitata dal piede dei malati di Alzheimer.

Da un lato, dunque, sono ampiamente aumentate le informazioni sulla salute della popolazione a disposizione degli operatori sanitari e delle imprese che lavorano nel settore, grazie a una facilità di raccolta e archiviazione dei dati fino a poco tempo fa inimmaginabile. Dall'altro, l'invenzione di applicazioni di tipo sanitario, anche di uso casalingo, consente l'eventuale trattamento di dati non solo agli operatori del settore, ma anche a internet providers e piattaforme informatiche. È un fenomeno già icasticamente descritto come *Internet of Bodies*, collocato all'intersezione tra l'*Internet of Things* e il *Big Data*, che promette di analizzare e predire stili di vita, stati di salute, propensione allo sviluppo di malattie, per modellare l'offerta di servizi quando non proprio gli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria sulle esigenze attuali o future delle persone. Il dato relativo alla salute, inteso come dato personale attinente alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria che rivelano informazioni relative al suo stato di salute (art. 4, par. 1, n. 15 GDPR), proviene dunque da numerose fonti, dai dispositivi indossabili ai grandi *dataset* pubblici e privati, e colleziona informazioni il cui utilizzo può servire a scopi diversissimi, non legati a interventi specifici o specifici progetti di ricerca.

Si tratta quasi sempre di informazioni a carattere personale o personalissimo, per le quali l'ordinamento giuridico europeo e italiano apprestano una tutela così elevata da apparire come strutturalmente incompatibile con il loro trattamento su scala massiva.

D'altro canto, l'attenzione sull'uso dei dati personali, tra cui anche quelli sanitari che, come si vedrà, sono classificabili in parte come dati particolari, si mescola indistintamente alla preoccupazione di un loro abuso, prefigurando una profila-

Serena Sileoni è Vice Direttore Generale dell'Istituto Bruno Leoni. Lucio Scudiero è Senior Associate dello studio legale associato Legance, Direttore Esecutivo dell'associazione Lex Digital e Fellow dell'Istituto Bruno Leoni.

zione tale da azzerare la libertà delle persone e costruire una società di individui inconsapevolmente veicolati dalle capacità predittive dei titolari del trattamento dei dati, oltre che, ancor più realisticamente, una profilazione tale da generare rischi di discriminazione. Si pensi soltanto all'accesso alle informazioni di tipo sanitario in ambito assicurativo o nel mercato del lavoro.

Ma è davvero e solo così?

In realtà, ridurre la questione del trattamento dei dati personali esclusivamente ai rischi connessi rischia di metterne in secondo piano le grandi potenzialità. A fronte della diffusa, non sempre fondata, percezione di scarsa garanzia e tutela dei dati, occorre sottolineare che uso e protezione dei dati non necessariamente debbono essere ridotti a un gioco a somma zero. I dati possono costituire una fonte preziosa sia per la ricerca sia per lo sviluppo di nuove cure e terapie sia per l'individuazione di soluzioni gestionali e organizzative del sistema sanitario più rispondenti ai reali bisogni della popolazione interessata, e possono farlo riducendo i rischi relativi a un indebito trattamento attraverso un adeguato ricorso alle misure di sicurezza. La forza statistica dei dati sanitari, laddove raccolti e "trasformati" in *big data*, potrebbe infatti essere utile non solo alla ricerca medica, ma anche a fotografare lo stato della domanda di servizi di prevenzione, assistenza e cura sanitaria e anticiparne i trend nell'ottica di una modulazione degli interventi di governo socio-sanitario su di essa, così da riqualificare o ridurre la spesa sanitaria nazionale. Se difatti nel concetto di profilazione rientra il trattamento automatizzato di dati personali che valutano aspetti concernenti anche la salute, è altresì vero che la conoscenza e il trattamento dei dati sanitari possono essere utili a conseguire finalità connesse alla stessa salute delle persone, finalità che non riguardano solo, come intuitivo, la ricerca scientifica e clinica, ma anche una migliore organizzazione dei servizi e dei sistemi di assistenza sanitaria e sociale, un migliore gestione e supervisione degli stessi e una più adeguata continuità tra servizi affini ma diversi, come quelli assistenziali e sanitari.

In queste pagine, proveremo brevemente a sottolineare proprio questo aspetto, ponendo l'attenzione ai limiti e agli scopi entro i quali utilizzare l'enorme mole di dati personali sinteticamente ricompresi nella locuzione di dati relativi alla salute, al fine di poter organizzare il servizio sanitario in modo più adeguato alla domanda di salute.

La delimitazione dell'indagine al solo trattamento per finalità di organizzazione del sistema sanitario dipende da due circostanze. In primo luogo, la materia dei dati personali è una materia estremamente ampia e trasversale. Poterne parlare con un minimo grado di approfondimento vuol dire doversi concentrare su un singolo, ben definito aspetto. Volendo contribuire a sottolineare, in maniera naturalmente fondata e solida, che il trattamento dei dati personali non è solo una minaccia a un diritto individuale, ma è anche un'opportunità di conoscenza, sotto ogni punto di vista, si è scelto di concentrarsi sull'uso dei dati a fini di programmazione e valutazione dell'offerta sanitaria e sul relativo compromesso tra protezione e trattamento dei dati. Un servizio sanitario universale, completo e al tempo stesso finanziariamente sostenibile si potrà tanto più realizzare quanto più si sarà in grado di conoscere la sottostante "domanda" di salute. In questo, la conoscenza veicolata dai dati sanitari potrà contribuire a un'"offerta" sanitaria che risponda ai principi amministrativi di efficacia, efficienza e economicità.

Ai fini della presente ricostruzione normativa, l'analisi sarà dunque delimitata al trattamento di dati personali generati e conservati nel momento della prestazione di servizi di prevenzione e assistenza da parte del servizio sanitario, dunque da parte di enti pub-

blici e privati convenzionati al servizio sanitario nazionale. Verrà pertanto considerata la possibilità di trattamento su larga scala dei dati sanitari per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria (art. 2-sexies, comma 2 lett. u del D.lgs. 196/2003 - Codice Privacy), che costituisce motivo di interesse pubblico rilevante nei termini previsti dall'articolo 9, comma 2 let. g) GDPR.

Verranno quindi esplorate le possibili basi giuridiche offerte dal diritto europeo e dalla legislazione nazionale per le finalità appena indicate. La disciplina multilivello dimostra come un approccio consapevole delle positive potenzialità del trattamento dei dati in ambito sanitario possa essere sviluppato, a beneficio della collettività, con il necessario e responsabile concorso di tutti gli operatori coinvolti, pubblici e privati, chiamati a garantire l'adempimento delle misure di sicurezza e degli standard necessari a equilibrare diritti e interessi in gioco.

Dati sanitari e organizzazione del servizio sanitario: questioni definitorie e margini di liceità

Prima di analizzare il quadro giuridico del trattamento dei dati per finalità di programmazione e valutazione del servizio sanitario, è opportuno introdurre brevemente alcuni concetti giuridici di base per meglio comprendere i termini di una questione, quella relativa all'uso dei dati personali e sensibili, che è avvertita come una delle sfide della nostra epoca e che, in una diffusa percezione quasi allarmistica, rischia di confondere obiettivi legittimi a obiettivi tecnicamente realizzabili e, soprattutto, punti critici e punti di forza del trattamento dei dati. Per evitare il perpetuarsi di tale confusione, sembra quindi necessario partire dal corretto uso delle parole.

Il trattamento dei dati personali è oggetto, come noto, di una pervasiva legislazione europea e italiana.

Il regolamento europeo 2016/679 sulla protezione e libera circolazione dei dati personali (reg. UE 2016/679, cd. GDPR) distingue i dati personali tra "comuni" e "particolari"; alla prima categoria appartengono ad esempio le informazioni tipo il nome e cognome di una persona, il suo numero di cellulare, la sua posizione nello spazio, il suo peso e la sua altezza; alla seconda fa invece capo un più ristretto numero di informazioni considerate più sensibili dal legislatore, quali ad esempio i dati relativi alla salute di una persona, le sue impronte digitali (dati biometrici), il suo DNA, i dati che ne indicano opinioni politiche ovvero convinzioni filosofiche e religiose. Non è sempre facile distinguere gli uni e gli altri, soprattutto perché il trattamento su scala massiva dei dati, ovvero il fenomeno dei *big data*, si giova proprio della commistione tra diverse categorie di informazioni trattate per finalità sempre mutevoli, quasi sempre sconosciute al momento della raccolta originaria dell'informazione. Le informazioni, inoltre, si possono raccogliere direttamente dalle persone cui si riferiscono, come nel caso del battito cardiaco misurato da un FitBit indossato da uno sportivo, o da terzi, come nel caso di uno studio medico osservazionale condotto da un ospedale o istituto di ricerca che, per aumentare l'accuratezza delle inferenze mediche ritraibili nell'ambito della ricerca, attinga anche a banche dati formate da un altro ospedale.

Tralasciando in questa sede i dati sulla salute veicolati dalle applicazioni, ci si vuole soffermare brevemente sulla finalità di trattamento dei dati sulla salute che riguarda il governo socio-sanitario: come detto, la conoscenza della "domanda" sanitaria potrebbe consentire all'"offerta" di organizzarsi in maniera adeguata e concretamente rispondente ai bisogni della popolazione.

Per questa finalità, il principio generale del consenso informato e liberamente prestato

dall'interessato può difficilmente applicarsi.

Non è infatti pensabile che i trattamenti di dati personali e sanitari necessari per tale obiettivo si fondino sul consenso degli interessati, perché nel contesto dei *big data* si tratterebbe di un consenso viziato da mancanza di specificità, non informato e non libero.

Tuttavia, la legislazione consente deroghe a tale base giuridica. Il GDPR prevede infatti che il trattamento dei dati possa basarsi, in alternativa al consenso, sul diritto dell'Unione o degli Stati membri che costituisca una misura necessaria e proporzionata in una società democratica per salvaguardare, in particolare, importanti obiettivi di interesse pubblico generale. In questo caso, il titolare del trattamento dovrebbe poter sottoporre i dati personali a ulteriore trattamento a prescindere dalla compatibilità delle finalità.

Al contrario, la finalità di governo socio-sanitario rientra tra le finalità di interesse pubblico rilevante, o, meglio, l'interesse pubblico alla sanità pubblica giustifica il trattamento dei dati a prescindere dal consenso dell'interessato, fatte salve specifiche e appropriate misure di sicurezza a tutela dei diritti e delle libertà delle persone interessate al trattamento.

Cosa si intenda per sanità pubblica lo si ricava direttamente dal preambolo del regolamento europeo, laddove, mutuando il concetto già espresso, in via di armonizzazione del diritto degli Stati membri, dal regolamento (CE) 1338/23008, la si definisce come comprensiva di tutti gli elementi relativi alla salute, ossia lo stato di salute, morbilità e disabilità incluse, i determinanti aventi un effetto su tale stato di salute, le necessità in materia di assistenza sanitaria, le risorse destinate all'assistenza sanitaria, la prestazione di assistenza sanitaria e l'accesso universale a essa, la spesa sanitaria e il relativo finanziamento e le cause di mortalità.

Il trattamento dei dati sulla salute per finalità di sanità pubblica si distingue a seconda che si tratti di dati sanitari comuni o particolari.

Per i primi, la base giuridica risulta dal combinato disposto tra l'art. 6 comma 1 let. e) e comma 3 let. b) GDPR, nonché gli artt. 2-ter e 2-quinquiesdecies del d.lgs. 196/2003, come aggiornato dal d.lgs. 101/2018 (cd. Codice).

In particolare, il GDPR prevede, per quel che qui interessa, che il trattamento sia lecito se necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. In aggiunta al quadro giuridico europeo, la legislazione italiana prevede la liceità della comunicazione fra titolari che effettuano trattamenti di dati personali, ovvero sia la possibilità della diffusione e comunicazione di dati per finalità diverse ma sempre per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, con le misure di sicurezza previste dalla legge ma soprattutto sotto la vigilanza delle autorità nazionali di controllo. Sul punto, il Garante per la protezione dei dati personali è infatti investito di poteri di autorizzazione generale, di deliberazione di misure generali di sicurezza per i trattamenti svolti per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico che possono presentare rischi elevati, nonché di consultazione obbligatoria e sostegno all'autoregolamentazione (si veda art. 2-quinquiesdecies del Codice).

Per quanto invece concerne i dati particolari, lo stesso GDPR prevede la possibilità di ancorarne il trattamento ad ipotesi di interesse pubblico rilevante previste da leggi europee o nazionali (art. 9, comma 2, lett. g. GDPR). Ipotesi parzialmente integrata dal Codice Privacy, il cui articolo 2-sexies, comma 2 lett. v, annovera tra tali motivi le finalità di "programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, ivi incluse l'instaurazione, la gestione, la pianificazione e il controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti ac-

creditati o convenzionati con il servizio sanitario nazionale". Si tratta, a ben vedere, di una norma ponte, nel senso che prefigura un motivo di interesse pubblico rilevante che tuttavia un'altra legge (europea o italiana), ovvero un regolamento dalla legge delegato, deve disciplinare, avendo cura di specificare "i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e il motivo di interesse pubblico rilevante, nonché le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato" (art. 2-sexies, comma 1 del Codice Privacy, che ricalca la medesima formula prevista dalla sovraordinata norma europea dell'art. 9 comma 2 lett. g del GDPR).

La previsione di un contenuto minimo per i regolamenti delegati dalla legge è un dettaglio non secondario nella esplicazione di ciò che vuole intendersi per *privacy by design*: anche il legislatore, non solo le imprese, deve conformare la propria azione al superiore canone della protezione dei dati personali, discendente direttamente dall'articolo 7 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE; pertanto, quando introduce delle regole, e in special modo se sono regole abilitative di trattamenti rischiosi, ha l'obbligo di dettagliarne i limiti operativi, a maggior tutela dei diritti e delle libertà degli interessati.

Le possibilità di trattamento dei dati per finalità di governo sanitario ad ordinamento (italiano) vigente

Nel frammentario mondo delle fonti, anche secondarie e atipiche, che disciplinano l'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario nazionale, la disciplina del trattamento dei dati per finalità di governo e valutazione del servizio sanitario sembra poco sistematizzata, anche perché frutto di una stratificazione di norme, sia nel tempo sia con riferimento agli attori coinvolti.

Ciò non toglie che gli obblighi di protezione a carico del responsabile e del titolare del trattamento siano già ben definiti e talora anche, ormai, consolidati. Il GDPR, in particolare, ha esteso tali obblighi attraverso la previsione di misure di sicurezza non solo tecniche, ma anche organizzative, in tal modo responsabilizzando il titolare nella progettazione del trattamento prima ancora che nella sua esecuzione (obbligo che, sinteticamente, è condensato nel principio della *protection by design*). Questa prospettiva nuova introdotta dal regolamento europeo consente, sul piano dogmatico, di considerare le misure di sicurezza non solo nell'ottica protettiva dei dati, ma anche in quella giustificativa del trattamento lecito di quei dati, di cui il responsabile e il titolare del trattamento assumono la responsabilità del corretto uso anche attraverso le misure di sicurezza procedurali come la valutazione di impatto o l'adozione di strumenti di certificazione o di codici di condotta. Queste originali misure sono affiancate, sempre dal punto di vista organizzativo e metodologico, da quelle più tradizionali, come la minimizzazione, ossia l'uso dei dati per le finalità strettamente necessarie per il raggiungimento dello scopo per i quali sono stati raccolti, le modalità di accesso selettivo o di trasferimento a terzi.

Accanto a questi nuovi strumenti, restano sempre valide e soprattutto capaci di evolvere all'evolvere anche della tecnologia le più classiche misure tecniche di sicurezza. Si pensi, a titolo esemplificativo, alla cifratura, ossia al ricorso a metodi per crittografare i dati per poi renderli disponibili in un secondo momento; alla pseudonimizzazione, che impedisce di attribuire automaticamente e direttamente i dati a uno specifico interessato; all'anonimizzazione, che impedisce definitivamente di risalire all'interessato.

In definitiva, l'uso e il perfezionamento, anche tecnologico, delle misure di sicurezza consente più agevolmente che l'utilizzo dei dati possa essere una fonte straordinariamente

preziosa di conoscenza, senza necessariamente aggredire diritti individuali. Proprio in tale ottica sembra essersi sviluppata la legislazione europea, per quanto ponderosa.

Conclusioni

In un paese diviso a metà, in cui una parte della popolazione è costretta a viaggiare (da Sud a Nord) per accedere alle migliori cure, con una mobilità sanitaria che sposta circa 5 miliardi di euro l'anno dalle regioni aventi un sistema sanitario inadeguato alle regioni aventi un sistema sanitario più efficace e efficiente, i dati sanitari della popolazione possono rappresentare un fondamentale strumento predittivo per organizzare al meglio il servizio sanitario su scala locale.

Conoscere e interpretare i dati sanitari, raccogliere dati individuali e usarli, una volta trattati, come *big data* in grado di fornire una conoscenza statistica dei bisogni socio-sanitari della popolazione è una grande opportunità offerta dalla tecnologia. I dati sanitari non sono importanti solo perché consentono una migliore e più approfondita assistenza sanitaria, ma anche perché, appunto, consentono di costruire una offerta di servizi sanitari più aderente alla domanda, in maniera diametralmente opposta a quanto accade finora.

Per quanto sia difficile, per il sistema sanitario, non solo raccogliere correttamente ma anche interpretare i dati dei pazienti, la letteratura scientifica si sta ponendo già il quesito di come utilizzarli, nel rispetto dei diritti connessi alla riservatezza, al fine di una organizzazione sanitaria segmentata, che non è altro che una scala maggiore dell'idea, già presente in teoria, della medicina personalizzata. Una pubblicazione del 2015 riferisce ad esempio di un progetto condotto dalla Duke University per costruire dati medici integrati con informazioni di tipo geografico per individuare a monte le variabili sociali della salute e poter quindi organizzare su tale base la gestione sanitaria (Branustein, *Practitioner's guide to health informatics*, Springer, 2015)

La letteratura scientifica riconosce già che la segmentazione della popolazione, con tutte le cautele quanto a misure di sicurezza e tutela dei dati personali, rappresenta un potenziale enorme per cure centrate e mirate in base alla "domanda" di salute, anche se concretamente un approccio simile è ancora relativamente nuovo (da ultimo Chong, J.L., Lim, K.K. & Matchar, D.B. Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review. *Syst Rev* 8, 202 (2019)). Si tratta di una doppia sfida per il nostro sistema sanitario, sia in termini di cambiamento di prospettiva (dalla capacità di offerta del servizio all'indagine sulla domanda del servizio), sia in termini concreti e tecnologici di saper raccogliere e saper interpretare e trattare correttamente i dati. Ma è una sfida che, per un sistema sanitario sempre sull'orlo dell'affanno anche per le sempre maggiori esigenze di cura, vale forse la pena di cogliere, a livello dirigenziale e a livello politico.

Nel 2017, la legge cd. Gelli-Bianco (l. 24/2017) ha introdotto ulteriori obblighi di trasparenza per le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private, prevedendo tra l'altro la pubblicazione nel proprio sito internet dei "dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (art. 4 comma 3)".

Appare evidente come la norma in questione si ponga in un solco di continuità con quell'apparato legislativo che negli ultimi anni ha inteso incrementare il livello di trasparenza (e *accountability*) di alcune importanti agenzie di intermediazione di risorse pubbliche, tra le quali si colloca certamente il servizio sanitario nazionale, imponendo loro la pubblicazione di dati

e informazioni di natura economica e organizzativa perché divenissero oggetto di controllo diffuso da parte dei cittadini. Architrave di tale quadro normativo è il decreto legislativo 33/2013 (cd. decreto Trasparenza) che, tra i vari, impone alle strutture sanitarie l'obbligo di pubblicare le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.

Sarebbe di grande impatto sul buon andamento del servizio sanitario nazionale se, oltre alla trasparenza finalizzata al controllo diffuso sull'uso delle risorse pubbliche, la conoscenza della realtà andasse anche in senso opposto, e si desse all'amministrazione la possibilità di conoscere sistematicamente e utilizzare il patrimonio informativo accumulato in occasione del servizio alla salute, per consentire una migliore conoscenza dei bisogni relativi alla salute e quindi una migliore organizzazione e programmazione del servizio sanitario, naturalmente nel rispetto delle opportune garanzie per i diritti e le libertà dei pazienti interessati e con la condivisione degli attori coinvolti (ministero, regioni, asl e erogatori privati accreditati) e del Garante per la protezione dei dati personali.

L'uso dei dati sanitari, non solo per finalità primarie di cura e ricerca scientifica ma anche, più pragmaticamente, a scopo gestionale, non può banalmente essere illimitato. Proprio per tale motivo, la legislazione deve fornire un quadro di standard di sicurezza che permetta di bilanciare le esigenze di pubblico interesse con i diritti individuali. Non è in gioco soltanto il diritto alla riservatezza e alla privacy. Si pensi, infatti, alle implicazioni anche sulla parità di trattamento e sulla possibilità, ovviamente illecita, di discriminare le persone a seconda della loro profilazione sanitaria. Non a caso, il Codice italiano prevede (art. 2-*septies*) che i dati particolari in ambito sanitario, ossia i dati genetici, biometrici e relativi alla salute, possono essere oggetto di trattamento in conformità alle misure di garanzia disposte dal Garante e dal Ministero della salute, tenendo conto anche dell'evoluzione scientifica e tecnologica.

La strada giuridicamente più sicura per usare e interpretare i *big data* in ambito sanitario al fine di una migliore gestione e organizzazione del sistema sanitario presuppone necessariamente un intervento normativo nazionale che coinvolga anche il Garante per la protezione dei dati personali attraverso la deliberazione delle misure specifiche di sicurezza, ma, secondo il più generale principio della *privacy by design*, presuppone in radice un approccio metodologico che responsabilizzi fin da subito l'amministrazione e anche il legislatore, chiedendo a entrambi di valutare l'impatto dei trattamenti di dati sanitari che immaginano. È proprio nella valutazione di tale impatto, e non in apodittici divieti o in usi indiscriminati, che può individuarsi, nel concreto dipanarsi di procedimenti molto complessi come quelli inerenti il trattamento dei dati, il corretto bilanciamento tra protezione e privacy da un lato e conoscenza dall'altro, senza cadere né in timori infondati né in prassi dannose.

IBL Focus

Chi Siamo

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

Cosa Vogliamo

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.