

Innovazione tecnologica in salute e commodification

Verso un nuovo dovere di protezione dell'individuo?

CARLO BOTRUGNO

Abstract: This work aims at critically assessing the relationship between technological innovation in healthcare and commodification. To achieve this objective, the notion of *homo medicus* is recalled and framed into the current, feverish development of the information and communication technologies for healthcare and health-related purposes. In addition, the aforementioned relationship is assessed in the light of further trends affecting contemporary healthcare systems such as medicalisation and health consumerism. Looking at the interplay of these phenomena may shed light on the shift medical epistemology is undergoing towards a quantitative-statistical model based on collection of (ever more digitalised) data. Finally, it is also addressed a suggestion on the potential rise of a new duty of protection of the individual by the State against the excessive exposure to technological commodification in healthcare. The taking of this role by the State may also contribute to invert the trend towards loss of national sovereignty, i.e. by building a policy for technological innovation cleared from the agenda set up by medical and technological corporations.

[**Keywords:** commodification, medicalisation, technological innovation in healthcare, medical epistemology, public health systems]

1. Introduzione

Nel giugno del 2018 ho avuto l'opportunità di prendere parte a un *expert meeting* indetto dal Regional Office for Europe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e avente per oggetto la costruzione di una *Roadmap for the Digitalization of National Health Systems in Europe*¹. All'incontro hanno partecipato i funzionari governativi dei paesi interessati che in quel momento avevano competenze in materia di sanità digitale e informatizzazione della pratica medica. Ognuno di loro ha contribuito a tracciare il quadro della situazione interna, per poi concludere con l'auspicio che lo sviluppo delle rispettive politiche nazionali per la digitalizzazione dei sistemi sanitari potesse procedere

¹ Il report del meeting è consultabile al sito <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/380897/DoHS-meeting-report-eng.pdf?ua=1> 20 maggio 2020.



sollecitamente, anche, eventualmente, grazie al supporto della stessa OMS. Sorprendentemente, tuttavia, fatto salvo un accenno (obbligato) al tema della protezione dei dati personali, nel corso dell'incontro non è stata sollevata alcuna problematica o questione critica in materia di digitalizzazione in sanità, e ciò nonostante una letteratura ampia e trasversale abbia messo in evidenza che le implicazioni di questa forma di innovazione debbano essere ancora adeguatamente valutate, soprattutto da un punto di vista etico-giuridico². Inoltre, con riferimento alla convenienza economica degli innovativi servizi digitali, non appare superfluo ricordare che i costi richiesti per la loro introduzione nella pratica di *routine* restano considerevoli al netto delle promesse di risparmio che sovente li accompagnano, così come confermato dalla letteratura più attenta in questo settore³. Nel corso dell'incontro, alcuni hanno segnalato l'opportunità di sfruttare la rete internet per rafforzare le "competenze" dei pazienti – qui il riferimento d'obbligo è al tanto discusso *empowerment*. In particolare, tra le varie proposte avanzate al riguardo, si è sottolineata l'esigenza di rendere il sapere medico facilmente accessibile online, in modo che chiunque – "attraverso una semplice ricerca su Google" – potesse avere un riscontro relativo al proprio caso senza dover necessariamente ricorrere al medico.

Ad avviso di chi scrive, questa proposta rimanda a una visione *naïve* tanto dell'epistemologia quanto della stessa pratica medica, una visione all'interno della quale il corpo del paziente è concepito cartesianamente alla stregua di una "macchina", e la malattia non rappresenta altro che un "guasto" a cui è possibile porre rimedio "meccanicamente", attraverso interventi di tipo chirurgico o farmacologico⁴. All'interno

² Cfr. F. Lateef, "The Practice of Telemedicine: Medico-Legal and Ethical Issues", *Ethics and Medicine*, 27 (2011), 1, pp. 17-24; B. Kaplan, "Telemedicine needs ethical guidelines", *The Hastings Center* (2016), consultabile al sito <<https://www.thehastingscenter.org/telemedicine-needs-ethical-guidelines/>> 20 maggio 2020; C. Botrugno, "Towards an ethics for telehealth", *Nursing Ethics*, 26 (2017), 2, pp. 357-67.

³ A questo proposito, sia sufficiente considerare l'orientamento espresso al riguardo dalla Commissione europea nell'ambito del Digital Single Market, "eHealth for triple win" (2014), consultabile al sito <<http://www.ehr4cr.eu/9april2014/presentations/EHR4CR%20-%20April%209%20-%20Timmers.pdf>> 20 maggio 2020.

⁴ Sul riduzionismo del paradigma biomedico si tornerà più diffusamente *infra*, ma qui si rimanda, *ex multis*, a T. Wilson, T. Holt, "Complexity and clinical care", *British Medical Journal*, 323 (2001), pp. 685-688. Con riferimento al rapporto tra corpo e medicalizzazione si rinvia alle considerazioni puntuali svolte da A. Evans, S. Riley, M. Robson, "Postfeminist healthism: Pregnant with anxiety in the time of contradiction", pubblicato all'interno di questo numero monografico (cfr. *supra*).



di tale visione, inoltre, l'innovazione tecnologica è intesa in senso determinista⁵, ovvero da una parte, come un processo lineare consistente nell'introduzione di un oggetto x in un contesto y , che a sua volta genera un effetto z ; dall'altra, come un fenomeno di carattere "neutrale", ovvero privo di valori e scevro di interessi ulteriori rispetto al progresso della società, genericamente inteso⁶.

Al di là dell'episodio dianzi accennato, questo tipo di visione rileva ai fini della presente riflessione nella misura in cui la stessa appare espressione diretta di un afflato politico che scaturisce dall'intersezione fra orientamenti istituzionali, strategie pubbliche, interessi privati e una mole sempre più cospicua di letteratura di stampo medico e ingegneristico-informatico. Inconsapevolmente o meno, da quest'intersezione prende forma una "retorica dell'innovazione tecnologica" che esalta le potenzialità della tecnologia a discapito delle ripercussioni che la sua introduzione può indurre a livello economico, politico, sociale, culturale, etico e giuridico. Come argomentato nel prosieguo di questa riflessione, tale retorica è talmente pervasiva da sortire l'effetto di un enorme *bias* pubblico che, nella maggior parte dei casi, agevola gli interessi dei soggetti che contribuiscono alla sua definizione, favorendo una diffusione acritica delle nuove tecnologie, con il risultato di promuovere una ristrutturazione profonda dei sistemi sanitari contemporanei e, soprattutto, dei rapporti tra pubblico e privato⁷.

In questo contesto, pertanto, l'obiettivo principale di questo lavoro è quello di mettere in relazione siffatta visione tecnologico-determinista, e la correlata retorica dell'innovazione, con una tendenza che da almeno un ventennio si è insinuata in tutti i livelli di organizzazione, gestione e funzionamento dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati, la c.d. *commodification*. Questo termine si è consolidato nella sua specificità all'interno di una vasta letteratura⁸, designando la tendenza alla trasformazione

⁵ Così anche S. Jasanoff, *La scienza davanti ai giudici*, Milano, Giuffrè, 2001, p. 28.

⁶ L. Suchman, L. Bishop, "Problematizing 'Innovation' as a Critical Project", *Technology Analysis & Strategic Management*, 12 (2000), 3, pp. 327-333.

⁷ A questo proposito si veda E.D. Pellegrino, "The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic", *Journal of Medicine and Philosophy*, 24 (1999), 3, pp. 243-266; B. Lown, "The commodification of healthcare" *PNHP*, 2007, consultabile al sito <https://www.pnhp.org/publications/the_commodification_of_health_care.php> 20 maggio 2020.

⁸ A mero titolo esemplificativo, si veda R. Jasso-Aguilar, H. Waitzkin, "Multinational Corporations, the State, and Contemporary Medicine", *Health Sociology Review*, 20 (2012), 3, pp. 245-257; E.R. Shaffer, J.E. Brenner, "Trade and Health Care: Corporatizing Vital Human Services", in M. Fort *et al.* (a cura di),



di risorse o beni, materiali o immateriali, incluso l'accesso agli stessi, in una *commodity*, ovvero una merce o un servizio, e, pertanto, in qualcosa che può essere prodotto e acquistato sul mercato. La chiave prescelta per riflettere su questa relazione in una prospettiva critica è quella offerta dalla nozione di *homo medicus*, la quale evoca un individuo che, in misura progressivamente crescente, è chiamato a farsi carico delle proprie condizioni di salute-malattia attraverso il coinvolgimento in una serie di attività – come forme di “prevenzione attiva” e monitoraggio dei parametri vitali – che tendono a sfumare i confini convenzionali tra la cura che ogni persona ha di sé e la fruizione di servizi sanitari tradizionalmente intesi⁹.

Per le finalità proprie di questo lavoro, tuttavia, tale nozione sarà ricalibrata in prospettiva “digitale”, ovvero ripensata al fine di cogliere il peso delle trasformazioni derivanti dalla diffusione dei servizi sanitari mediati dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (d'ora in avanti, più brevemente, tecnologie dell'informazione), al pari delle relazioni di significato che il loro utilizzo instaura rispetto alle tendenze inscrivibili nell'arco della *commodification* in salute.

Nel secondo paragrafo, si ripercorrono sinteticamente le caratteristiche principali della *commodification* in salute al fine di ricongiungerle ad altre due tendenze che interessano i sistemi sanitari contemporanei, ovvero la medicalizzazione e l'*health consumerism*. Nel terzo paragrafo la nozione di *homo medicus* è declinata in termini digitali, ovvero alla luce della crescente diffusione di tecnologie e servizi che richiedono al paziente di “attivarsi a distanza”, assumendo di conseguenza un ruolo significativo nel circuito di produzione-consumazione di dati e servizi sanitari. Nel quarto paragrafo, la pervasività delle tendenze di *commodification* in salute è messa in relazione ai processi di innovazione tecnologica intesi quali forme di riorganizzazione dell'assetto dei sistemi sanitari, e di conseguenza, all'impatto che tali fattori esercitano tanto sull'epistemologia quanto sulla pratica medica. Infine, nelle conclusioni, si lavora sulla suggestiva correlazione tra la crescente esposizione alla tecno-*commodification* e la possibile

Sickness and Wealth: The Corporate Assault on Global Health, Cambridge (Ma), South End Press, 2004, pp. 79-94; T. Philip *et al.*, “Challenging the Globalisation of Biomedical Psychiatry”, *Journal of Public Mental Health*, 4 (2004), 3, pp. 23-32; L. Esposito, F. Perez, “Neoliberalism and the Commodification of Mental Health”, *Humanity & Society*, 38 (2014), 4, pp. 414-442.

⁹ P. Peretti-Watel, J. Moati, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009.



emersione di un nuovo dovere di protezione da parte dello Stato nei confronti dell'individuo, ovvero una forma di prevenzione contro l'erosione di quel nucleo di protezione "irriducibile", garantito dagli ordinamenti costituzionali sotto forma di diritto alla salute¹⁰. Tale suggestione, tra l'altro, si ricollega anche all'idea di un recupero – almeno parziale – del ruolo statale di indirizzo e governo delle politiche pubbliche in materia di innovazione tecnologica, ponendosi dunque come un'opportunità per svincolarsi dalla retorica alimentata da soggetti che hanno interesse a rappresentare i processi di innovazione alla stregua di un fenomeno ineluttabile e intrinsecamente eufunzionale, che debba essere promosso a prescindere da qualsiasi valutazione di natura critica (e pubblica) volta a determinarne i costi, i benefici e gli effetti.

2. *Commodification* e medicalizzazione: una logica di tipo incrementale

La *commodification*, così come descritta nell'introduzione di questo lavoro, deve essere considerata nella sua dimensione processuale, ovvero alla stregua di un fenomeno per mezzo del quale risorse e beni che in un determinato momento sono "nella disponibilità" del pubblico – e quindi a questo accessibili, seppure a determinate condizioni – sono convertiti in una "merce" (*commodity*) o in un servizio prodotti in serie, divenendo oggetto di profitto per coloro che li offrono e voce di spesa per coloro che sono costretti o indotti ad acquisirli sul mercato¹¹.

Quando si pensa alla *commodification* in salute, è opportuno precisare che l'oggetto di questo fenomeno può essere molteplice, dal momento che un sistema sanitario consta di un complesso di risorse (umane, materiali e immateriali), beni, servizi,

¹⁰ Mi riferisco qui alla componente pretensiva del diritto alla salute, ovvero, alla posizione giuridica di vantaggio conferita ai singoli rispetto all'ottenimento di una prestazione sanitaria erogata dal sistema sanitario pubblico.

¹¹ Una vasta messe di studi ha affrontato il tema della *commodification* in salute da svariate prospettive. A mero titolo esemplificativo si veda I. Christiansen, "Commodification of healthcare and its consequences", *World Review of Political Economy*, 8 (2017), 1, pp. 82-103, che lo ripercorre in una prospettiva marxista; S. Timmermans, R. Almeling, "Objectification, standardization, and commodification in health care: A conceptual readjustment", *Social Science & Medicine*, 69 (2009), 1, pp. 21-27, che ridiscutono la *commodification* in relazione ai processi di standardizzazione e oggettivizzazione del sapere medico; M. McKee, D. Stuckler, "Revisiting the Corporate and Commercial Determinants of Health", *Ajph Perspectives*, 108 (2018), 9, pp. 1167-1170; J.S. Millar "The Corporate Determinants of Health: How Big Business Affects Our Health, and the Need for Government Action!", *Canadian Journal of Public Health*, 104 (2013), 4, pp. e327-e329, che analizzano la *commodification* in rapporto ai determinanti (commerciali) della salute.



conoscenze, pratiche e valori, la cui organizzazione è volta a garantire la salute delle persone, nelle diverse declinazioni che l’attuazione di questo obiettivo può richiedere in concreto¹². Come noto, le società contemporanee destinano un’ingente quota delle proprie risorse economiche alla produzione e distribuzione di beni, attività, servizi, risorse e mezzi volte a prevenire, curare e mantenere la salute della popolazione.

In questo senso, è possibile affermare che la “salute” rappresenta un’industria¹³, il che permette di comprendere quanto possa essere stringente il nesso che lega la *commodification* all’organizzazione dei moderni sistemi sanitari. D’altra parte, va ricordato che l’emersione stessa della *commodification* può farsi risalire alla crisi economica che ha colpito le economie occidentali a cavallo degli anni Ottanta, e quindi al correlato consolidamento di logiche liberiste che hanno contribuito a ristrutturare profondamente l’idea, il peso e l’azione complessiva dei sistemi sanitari pubblici, aprendo spazio per l’operato di soggetti privati che offrono beni e servizi in regime di concorrenza, ovvero a scopo di lucro¹⁴. Sebbene non sia possibile in questa sede ripercorrere nel dettaglio l’emersione e il consolidamento di tali logiche, nondimeno, è opportuno ricordare che, soprattutto nelle ultime tre decadi, la traslazione di beni e servizi dal raggio di azione e copertura dei sistemi sanitari pubblici alla sanità privata è cresciuta per volume e importanza, come testimoniato dal progressivo incremento della spesa *out-of-pocket* da parte dei cittadini, anche in paesi dai sistemi sanitari a vocazione universalistica quale il nostro¹⁵.

¹² Tuttavia, come afferma E.D. Pellegrino, “The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic”, cit., p. 247, il perno dell’assistenza sanitaria è costituito dalla relazione di cura tra il professionista e il paziente, il che implica che beni e servizi utilizzati all’interno di questa relazione siano meramente ausiliari al suo svolgimento. In questo senso, inoltre, si veda R.G. Evans e G.L. Stoddart, “Producing health, consuming healthcare”, *Soc Sci Med*, 31 (1990), 12, pp. 1347-1363, in particolare p. 1347, laddove si ricorda che la salute rappresenta “una merce molto particolare”, dal che discende che essa non possa essere trattata come ogni altra merce scambiata in un mercato concorrenziale, e quindi soggetto alle leggi della domanda e dell’offerta.

¹³ R.G. Evans, G.L. Stoddart, “Producing health, consuming healthcare”, cit., p. 1347.

¹⁴ M.R. Ferreira, A.N. Mendes, “Commodification in the reforms of the German, French and British health systems”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (2018), 7, pp. 2159-2170; G. Balandi, “La salute e il mercato”, *Il Mulino*, 97 (1997), 5, pp. 882-893.

¹⁵ In particolare, nel nostro paese questa traslazione di beni e servizi dal sistema pubblico a quello privato rappresenta l’effetto di un progressivo defianziamento del Servizio Sanitario Nazionale, unito ai generosi incentivi concessi alla sanità integrativa e di recente al sostegno del c.d. *welfare* aziendale. Sul punto si veda il report 2019 curato dalla Fondazione GIMBE, consultabile al sito <https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.01_Sanita_integrativa.pdf> 20 maggio 2020. Inoltre, si veda il 53° *Rapporto sulla situazione sociale del paese* curato dal Censis, all’interno del quale si



Secondo alcuni autori¹⁶, il rafforzamento delle tendenze di *commodification* in salute deve essere messo in relazione all'emersione della *managed care*, un modello apparso verso la fine del XX secolo negli Stati Uniti. Nella prospettiva della *managed care* l'assistenza sanitaria è offerta alle stesse condizioni di qualsiasi altro bene reperibile sul mercato, il che implica che i *providers* di beni e servizi competano liberamente offrendo ai pazienti, in quanto consumatori, la possibilità di scegliere di quanti e quali di tali beni e servizi usufruire. Il funzionamento di questo modello appare espressione diretta della teorizzazione di Adam Smith, in base alla quale il perseguimento di interessi individuali si traduce, nel lungo periodo, in un più ampio vantaggio per la collettività¹⁷. In questa sede, tuttavia, deve essere rimarcato come, a differenza di altre attività pubbliche, che pure possono essere attratte nell'orbita della *commodification*, l'assistenza sanitaria si connota, da una parte, per il totale coinvolgimento biologico, psico-sociale e spirituale intrinseco all'esercizio stesso della pratica medica e, dall'altra, correlativamente, per la condizione di vulnerabilità esperita dal paziente, la quale conduce quest'ultimo a confrontarsi con l'idea di finitudine dell'essere umano¹⁸.

Il dispiegamento della *commodification* all'interno dei sistemi sanitari contemporanei può assumere forme evidenti – qui il riferimento è soprattutto ad alcune tecniche di *marketing*, tra cui le pratiche di *influencing* e *targeting* commerciale o, più semplicemente, la concessione di sponsorizzazioni ed elargizioni monetarie – o di forme surrettizie, tra cui va annoverato l'accesso a posizioni che consentono di partecipare ai processi decisionali e alla definizione delle regole che presiedono al funzionamento e all'organizzazione dei sistemi sanitari. Queste forme di condizionamento, infatti, possono incidere su aspetti fondamentali, tra cui la definizione dei rapporti tra pubblico e privato, l'adozione di determinate politiche sanitarie e persino la stessa definizione di ciò che deve essere considerato come salute e malattia¹⁹. È ormai noto, a questo proposito, che il potere

evidenzia la crescita di una logica combinatoria per effetto della quale una quota consistente dei pazienti che hanno usufruito di una prestazione erogata dal SSN (62% circa) si rivolge comunque alla sanità privata.

¹⁶ Così, in particolare, E.D. Pellegrino, "The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic", cit. p. 245.

¹⁷ Si veda in particolare, A. Smith, *The Theory of Moral Sentiments*, Philadelphia, Anthon Filey, 1817, tr. it., *La teoria dei sentimenti morali*, Milano, Rizzoli, 1995.

¹⁸ E.D. Pellegrino, "The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic", cit., p. 245.

¹⁹ Così L. Esposito, F. Perez, "Neoliberalism and the Commodification of Mental Health", cit.



economico detenuto dalle grandi *corporations*²⁰ – nel settore della salute e non solo – sia tale da condizionare quella che è stata definita come la “finestra del discorso”²¹, ovvero le narrative dominanti dalle quali può dipendere tanto la definizione delle politiche pubbliche quanto l’adozione di comportamenti e scelte da parte del singolo. D’altra parte, il rapporto che tali soggetti intrattengono con le istituzioni e i poteri pubblici resta di carattere ambivalente. Invero, se per un verso i soggetti privati sono solitamente portatori di istanze di *deregulation* – volte a rimuovere il maggior numero possibile di ostacoli per la propria attività economica –, per un altro, tuttavia, questi ultimi devono comunque poter “fare affidamento” sul potere regolativo delle istituzioni pubbliche per tutta una serie di circostanze relative, ad esempio, all’autorizzazione e commercio dei prodotti e servizi offerti²².

2.1. Medicalizzazione, *disease mongering* e *health consumerism*

Così come descritta all’interno di questo lavoro, la *commodification* deve essere indagata insieme a un’ulteriore tendenza a quella strettamente correlata, la “medicalizzazione”. In senso generico, quest’ultima allude alla definizione di un determinato problema o di una determinata questione in termini medici, trattandosi, solitamente, di un disturbo o condizione patologica²³. Più nello specifico, tuttavia, la nozione di medicalizzazione si è consolidata in senso critico grazie alla riflessione teorica elaborata a partire dagli anni

²⁰ Per quanto riguarda l’area sanitaria, Y. Donders, “The right to enjoy the benefits of scientific progress: in search of state obligations in relation to health”, *Med Health Care and Philos*, 14 (2011), 4, pp. 371-381, in particolare a p. 380, segnala: “Le maggiori case farmaceutiche, per esempio, hanno più risorse di alcuni governi nazionali. Di conseguenza, la ricerca scientifica e il progresso sono spesso orientati al conseguimento di interessi commerciali piuttosto che rivolti a proteggere i diritti fondamentali” (traduzione dall’originale in inglese). Più in generale, per quanto riguarda i rapporti tra Stato e mercato alla luce delle dinamiche della globalizzazione, si rinvia a M.R. Ferrarese, *Diritto sconfinato. Inventiva giuridica e spazi nel mercato globale*, Roma-Bari, Laterza, 2006; E. Santoro, *Diritto e diritti. Lo Stato di diritto nell’era della globalizzazione*, Torino, Giappichelli, 2008; S. Sassen, *A Sociology of Globalization*, New York, W.W. Norton & Co Inc, 2007, tr. it. *Una sociologia della globalizzazione*, Torino, Einaudi, 2008.

²¹ N.J. Russell, “An introduction to the overtone window of political possibilities”, Mackinac Center for Public Policy, (2010), consultabile al sito <<https://www.mackinac.org/7504>> 20 maggio 2020.

²² M. McKee, D. Stuckler, “Revisiting the Corporate and Commercial Determinants of Health”, cit., p. 1168.

²³ La medicalizzazione può essere messa in relazione con la sovradiagnosi, sebbene a livello concettuale se ne distingue nettamente in quanto quest’ultima è la rilevazione di anormalità che non sono destinate a sfociare in sintomi o condizioni patologiche. Sul punto si veda W. van Dijk *et al.*, “Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine”, *International Journal of Health Policy and Management*, 11 (2016), 5, pp. 1-4; H. Welsh, L. Schwartz, S. Woloshin, *Ovediagnosed: Making people sick in the pursuit of health*, Boston (Ma), Beacon Press, 2011.



Settanta da autori come Peter Conrad²⁴, Thomas Szasz²⁵ e Ivan Illich²⁶. Come noto, quest'ultimo in particolare ha descritto la medicalizzazione delle società contemporanee alla stregua di una “nemesi”, ovvero una vendetta della stessa arte curativa i cui eccessi si rivolgono, infine, contro gli stessi pazienti. Riacciandosi a questo tipo di prospettiva, Silvio Garattini definisce la medicalizzazione come

impiego di diagnostica, terapia e riabilitazione senza evidenza di efficacia; [la medicalizzazione] nasce dalla convinzione che vi sia un rimedio per ogni stato di malessere, insoddisfazione o disagio; si esprime anche come accanimento terapeutico quando non vi sono più speranze di ottenere un beneficio²⁷.

Per converso, alcuni autori hanno messo in rilievo come l'espansione dell'intervento medico ad ambiti in precedenza esclusi dallo stesso non debba essere vista necessariamente in un'accezione negativa²⁸. Altri ancora hanno opportunamente evidenziato che la medicalizzazione fa riferimento a processi dal carattere complesso, ambigui e non univoci, dal che discende l'insufficienza di analisi fondate sulla mera dominanza della classe medica sui pazienti²⁹.

A livello concettuale, tuttavia, si può affermare che la medicalizzazione ha trovato un terreno fertile nella progressiva dissoluzione del confine tra normale e patologico che ha fatto da *pendant* all'emersione dell'idea di vigilanza sanitaria – o anche “medicina di sorveglianza” – avvenuta all'inizio del XX secolo³⁰. Secondo David Armstrong, in

²⁴ P. Conrad, *The Medicalization of Society*, Baltimora (Maryland), The Johns Hopkins University Press, 2007.

²⁵ T. Szasz, *The Medicalization of Everyday Life*, Syracuse (NY), Syracuse University Press, 2007.

²⁶ I. Illich, *Medical Nemesis: The expropriation of health*, New York, Pantheon, 1976, tr. it. *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977.

²⁷ S. Garattini, “Medicalizzazione”, consultabile al sito <https://www.partecipasalute.it/cms/files/Medicalizzazione_Silvio%20Garattini.pdf> 20 maggio 2020.

²⁸ Cfr. W. van Dijk *et al.*, “Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine”, cit., p. 1.

²⁹ In questo senso si veda A. Faulkner, *Medical Technology into Healthcare and Society: A sociology of devices, innovation, and governance*, Hampshire, Palgrave Macmillan, 2009, p. 29.

³⁰ D. Armstrong, “The rise of surveillance medicine”, *Sociology of health & Illness*, 17 (1995), 3, pp. 393-404, in particolare p. 395. Inoltre, è appena il caso di ricordare che all'analisi di tale discriminazione sarà volta la lucida riflessione di Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1964, tr. it. *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998, che a partire dalla seconda metà del Novecento metterà in evidenza come il criterio fisiologico della norma, per quanto fissato in termini quantitativo-numeriche, implicasse in ogni caso il riferimento a un giudizio di valore, un soggettivo, un non-assoluto.



particolare, gli sforzi volti alla dissoluzione della dicotomia normale-patologico³¹ sono evidenti nel secondo dopoguerra, soprattutto laddove si consideri il fascino esercitato dall'indebolimento della distinzione tra paziente e persona, insieme alla correlata logica binaria che separava la salute dalla malattia. In questa prospettiva, la constatazione in base alla quale “il paziente era inseparabile dalla persona” avrebbe portato a trasformare ogni individuo in un potenziale paziente, il che, a sua volta, avrebbe funto da presupposto fondamentale per l'inclusione di una più ampia platea di soggetti nell'ambito dell'investigazione medica. Non è un caso, infatti, che la medicalizzazione in salute sia stata sovente associata al c.d. *disease mongering*³², il che allude, letteralmente, alla creazione di nuove malattie attraverso la trasformazione di condizioni intrinseche allo sviluppo e/o all'invecchiamento umano in sintomi e stati patologici³³.

Sebbene concettualmente distinti, infatti, è possibile affermare che medicalizzazione e *commodification* rappresentano fenomeni che si connotano entrambi per una “logica incrementale”. Invero, se la prima si basa essenzialmente su un'espansione del raggio d'azione della pratica medica, la seconda, condivide la medesima logica di accumulazione propria dell'economia capitalista, traendo linfa da razionalità che si ispirano direttamente al mercato come principio regolatore (e deregolatore), nonché come meccanismo per la più efficiente allocazione delle risorse disponibili³⁴. Pertanto, sia la medicalizzazione che la *commodification* evocano una visione in base alla quale si è portati a ritenere che la fruizione di un maggior numero di servizi sanitari possa equivalere a una migliore tutela della salute umana. In questo senso, si può affermare che entrambi i fenomeni alimentano una prospettiva di carattere consumeristico, che confluisce nelle tendenze manageriali recentemente consolidatesi all'interno dei sistemi sanitari pubblici nelle ultime due decadi³⁵. A uno sguardo attento, infatti, l'operare congiunto di tali fenomeni – *commodification*, medicalizzazione e

³¹ D. Armstrong, “The rise of surveillance medicine”, cit., p. 396.

³² Così L. Esposito, F. Perez, “Neoliberalism and the Commodification of Mental Health”, cit., p. 428.

³³ Cfr. R. Moynihan, I. Heath, D. Henry, “Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering”, *British Medical Journal*, 324 (2002), pp. 886-891; R. Smith, “Clinical Review: In search of “non-disease”, *British Medical Journal*, 324 (2002), pp. 883-885.

³⁴ Si veda L. Esposito, F. Perez, “Neoliberalism and the Commodification of Mental Health”, cit.; R. Jasso-Aguilar, H. Waitzkin, “Multinational Corporations, the State, and Contemporary Medicine”, cit.

³⁵ Si veda E.D. Pellegrino, “The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic”, cit.; T. Correia, “The interplay between managerialism and medical professionalism in hospital organisations from the doctors' perspective: A comparison of two distinctive medical units”, *Health Sociology Review*, 22 (2013), 3, pp. 255-267.



consumerism – ha fatto sì che il rapporto tra paziente e sistema sanitario si connotasse sempre di più alla stregua di una relazione contrattuale, quella tra utente ed ente erogatore di un servizio, il che ha anche contribuito a incrementare la separazione tra la malattia e i fattori politici, economici, culturali e sociali che la co-costituiscono. In questa prospettiva, la malattia è svincolata dal contesto in cui l'individuo si trova immerso – il suo “mondo vitale” – e convertita in una condizione individuale, da trattare attraverso il sapere offerto da una scienza, quella medica, troppo ingenuamente concettualizzata come un sapere oggettivo e scevro da interessi ulteriori rispetto a quello della cura³⁶.

3. *Homo medicus* e *prosumer*: oltre la retorica dell'attivazione digitale

Nell'introduzione a questo lavoro si è anticipato che la chiave di lettura prescelta per riflettere sulla relazione tra innovazione tecnologica e *commodification* è quella offerta dalla nozione di *homo medicus*, una figura che evoca metaforicamente un paziente che diviene *manager* della propria salute, o per richiamare Michel Foucault, imprenditore di sé stesso³⁷. Invero, se fino a pochi anni fa il paziente era visto come un “contributore acquiescente”³⁸, essendo il suo ruolo limitato a contribuire alla raccolta di sintomi da parte del medico, per converso, il paziente è oggi sempre più indotto a intraprendere innovativi percorsi di cura-gestione-responsabilizzazione all'interno dei quali sono ricomprese attività di diversa natura e finalità – educazione, promozione della salute e prevenzione. L'adesione a tali percorsi presuppone il possesso di determinate *skills* (*health literacy*, capacità di autodeterminarsi, ecc.) e di determinate opportunità (accesso all'informazione, risorse economiche e sociali, ecc.). Questa strategia di “attivazione” si richiama in maniera enfatica, e sovente retorica, non solo all'idea della cura centrata sul paziente, ma più in generale, a quella per cui quest'ultimo diviene finalmente (*sic*) protagonista della propria salute. Tuttavia, dietro all'attivazione del paziente – che di per sé, rappresenta un obiettivo tanto rimarchevole quanto auspicabile – si cela quello che

³⁶ W. van Dijk *et al.*, “Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine”, cit., p. 2; T. Richards *et al.*, “Let the patient revolution begin”, *British Medical Journal*, 346 (2013), pp. f2614 e ss.

³⁷ M Foucault, *Naissance de la biopolitique*, Paris, Seuil, 1979, tr. it. *Nascita della biopolitica*, Milano, Feltrinelli, 2005.

³⁸ L. Koller, “The Evolution of Medical Imaging Technologies: Electric Meat and the Physician's Shifting Gaze”, *EA*, 2 (2011), 3, pp. 1-22, in particolare p. 18.



può essere inteso come un autentico mutamento di paradigma, dal momento che, paradossalmente, l'adesione al modello dell'*homo medicus* rimanda a una nozione di salute che si suppone costitutivamente incompleta, ovvero in perenne sospensione, poiché il punto di partenza non è più la condizione di "sanità" ma lo "stato di rischio" a cui lo stesso si trova esposto³⁹.

Come già anticipato, l'emergere di questo nuovo paradigma sembra doversi attribuire in gran parte all'influenza esercitata dal complesso dell'industria medica, all'interno del quale devono essere annoverati oggi una miriade di soggetti, dalle più note case farmaceutiche alle società che producono dispositivi medici, passando per le società che offrono servizi, tra cui quelli di tipo assicurativo-preventivo, offerti a integrazione del livello di protezione sanitaria garantito dai sistemi pubblici⁴⁰. Tuttavia, in misura crescente, tale strategia di attivazione è condotta attraverso il ricorso alle tecnologie dell'informazione⁴¹, motivo per cui diviene possibile affermare che l'*homo medicus* assume oggi le sembianze di un *homo medicus digitalis*, ovvero un individuo che, in misura progressivamente crescente, affida la tutela della propria salute ad applicazioni, strumenti e servizi di natura digitale. In tal senso, come messo in luce da Alexander Faulkner, considerando che l'assistenza sanitaria si fonda in gran parte su servizi e dispositivi tecnologici, la medicalizzazione odierna può essere considerata a tutti gli effetti come una medicalizzazione tecnologica⁴².

Tuttavia, per cogliere appieno le connotazioni salienti dell'*homo medicus digitalis*, è necessario prendere in considerazione un'altra figura altamente evocativa, quella del *prosumer*, termine che sta a designare la fusione – non solo semantico-simbolica – tra *producer* e *consumer*. La figura del *prosumer*, invero, emerge già a partire dagli anni Ottanta, allorché questo termine iniziava a essere utilizzato per evocare uno scenario socio-economico radicalmente differente da quello proprio dell'epoca, uno

³⁹ R. Diprose *et al.*, "Governing the Future: The Paradigm of Prudence in Political Technologies of Risk Management", *Prio*, 39 (2008), 2-3, pp. 267-288.

⁴⁰ Y. Donders, "The right to enjoy the benefits of scientific progress: In search of state obligations in relation to health", *cit.*, p. 380.

⁴¹ Cfr. D. Lupton, "Towards critical digital health studies: Reflections on two decades of research in health and the way forward", *Health*, 20 (2016), 1, pp. 49-61; D. Lupton, "The digitally engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital era", *Social Theory and Health*, 11 (2013), pp. 256-270.

⁴² A. Faulkner, *Medical Technology into healthcare and society: A sociology of devices, innovation, and governance*, *cit.*, p. 29.



scenario in cui il genere umano avrebbe potuto creare e personalizzare e beni e i servizi che avrebbe poi consumato⁴³. In quel contesto, la diffusione della *prosumption* fu intesa da alcuni come una possibile leva di mutamento sociale, che avrebbe ridisegnato gli equilibri del rapporto tra industrializzazione di massa e consumo, volgendolo verso i processi di personalizzazione, e di conseguenza, spostato il potere della produzione nelle mani degli individui⁴⁴. A quarant'anni di distanza dall'emersione di tale visione, e nonostante l'ascesa del *prosumer* quale figura chiave delle dinamiche di mercato delle società industrializzate, appare evidente che la portata delle diseguaglianze socio-economiche sia oggi accresciuta, soprattutto laddove si consideri il consolidamento delle posizioni di potere economico e sociale detenuto dalle grandi società che offrono beni e servizi che, paradossalmente, sono sempre più spesso presentati e venduti come "personalizzati". In questo senso, Edward Comor ha efficacemente osservato che l'ascesa del *prosumer* "sembra legarsi più all'accentramento che non al decentramento di potere; più all'avanzamento delle gerarchie che a un loro ridimensionamento; più alla perpetuazione di alienazione che a un meccanismo di auto-realizzazione e libertà effettiva"⁴⁵. E ancora:

In risposta ai progressisti che concettualizzano la *prosumption* come co-creazione, e quest'ultima come espressione materiale di un imminente (e progressivo) intelletto sociale, affermiamo che, nella misura in cui la proprietà privata, i contratti e il valore di scambio restano i mediatori dominanti della nostra economia politica, disparità e relazioni di sfruttamento resteranno largamente intatte⁴⁶.

Pertanto, stante l'assenza di un più ampio mutamento politico, economico e culturale, la diffusione di meccanismi di *prosumption* deve essere iscritta in una strategia finalizzata a coprire più complessi processi di riorganizzazione delle stesse forme di produzione, nonché volti al consolidamento delle relazioni egemoniche che i grandi colossi industriali detengono tanto nei confronti di Stati, governi e autorità pubbliche,

⁴³ Per tale visione, si veda in particolare A. Toffler, *The Third Wave*, New York, Morrow, 1980, citato da E. Comor, "Contextualizing and Critiquing the Fantastic Prosumer: Power, Alienation and Hegemony", *Critical Sociology*, 37 (2010), 3, pp. 309-327, in particolare p. 310.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ E. Comor, "Contextualizing and Critiquing the Fantastic Prosumer: Power, Alienation and Hegemony", cit., p. 321 (tradotto dall'originale in inglese).

⁴⁶ *Ibidem*, p. 322 (tradotto dall'originale in inglese).



quanto rispetto al singolo individuo⁴⁷. Con riferimento a quest'ultimo, in particolare, tali processi hanno promosso l'accettabilità di una prospettiva all'interno della quale il singolo è inteso alla stregua di un "agente autonomo", ovvero un soggetto naturalmente dotato di visione, capacità e risorse, e quindi in grado di scegliere e operare sul mercato e, di conseguenza, "emergere" dalla massa informe. Tuttavia, nella misura in cui l'individuo – e quindi anche il paziente – diviene "attore protagonista", ulteriori porzioni del proprio "sé" sono trasformate in oggetto di consumo⁴⁸.

Da diverso punto di vista, va messo in rilievo che l'impatto derivante dalla proliferazione dei meccanismi di *prosumption* e *commodification* in salute varia in relazione al gradiente sociale cui individui e gruppi possono essere ascritti. Infatti, se per un verso nessuno può ritenersi al riparo dai meccanismi di sfruttamento economico e alienazione della soggettività intrinseci ai processi di *commodification*, per un altro, è proprio in questo contesto che il *sick man* può fare uso delle proprie risorse riflessive per convertirsi in un ricercatore di salute (*health seeker*) e in un "paziente esperto"⁴⁹. Come noto, invero, le differenziazioni e stratificazioni generate dal peso dei determinanti economici, sociali e culturali della salute possono essere esacerbate dall'intersezione tra capacità individuali e disponibilità della tecnologia, il che consente ad alcuni di poter migliorare ulteriormente il livello di accesso a prerogative sociali, diritti e opportunità economiche, mentre confina altri verso nuove forme di emarginazione e povertà simbolico-esistenziali, aggravando le disparità nell'effettività dei diritti e, in particolare, del diritto alla salute.

Da ultimo, nell'analisi relativa al consolidamento della strategia di attivazione del paziente, è opportuno fare un cenno all'emersione della "medicina anti-età", che fa da

⁴⁷ A questo proposito, è opportuno fare un cenno alle considerazioni svolte da A. Mattelart con riferimento alla storia della società dell'informazione, all'interno della quale "La libertà d'espressione del cittadino è costretta a passare la mano alla 'libertà d'espressione commerciale', cioè ad aprire la strada che porta alla penetrazione della *market mentality* in tutti gli interstizi dello spazio pubblico. Si naturalizza così la nozione populista di *global democratic marketplace* e, con essa, i luoghi comuni sulla libertà di parola e di scelta dell'individuo. Un individuo in assenza di gravità sociale. La definizione di 'diversità culturale' si tramuta in pluralità di offerte di servizi a consumatori completamente liberi", in A. Mattelart, *Storia della Società dell'informazione*, Torino, Einaudi, 2002, p. 131.

⁴⁸ E. Comor, "Contextualizing and Critiquing the Fantastic Prosumer: Power, Alienation and Hegemony", cit., p. 322.

⁴⁹ S. Nettleton, "The emergence of e-scaped medicine", *Sociology*, 38 (2004), 4, pp. 661-679, in particolare p. 674.



pendant alla creazione della “popolazione anziana” quale categoria demograficamente “problematica”⁵⁰ per i sistemi sanitari odierni. I (supposti) desideri, valori e aspettative di questo gruppo hanno contribuito in maniera decisiva all’evoluzione delle tecnologie sanitarie esistenti e a crearne di nuove⁵¹, dal momento che – conformemente a questa problematizzazione –, il corpo che invecchia ha bisogno di costanti pratiche di manutenzione, gestione, e intervento. In questo contesto, pertanto, le società a scopo di lucro aumentano il loro livello di aggressività nei confronti del paziente anziano, il quale è sempre più indotto a consumare nuovi servizi sanitari e tecnologie, dal che discende che la medicina anti-età divenga un vettore fondamentale per la biomedicalizzazione della “vita stessa”⁵². A questo proposito, invero, va ricordato che il soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana è stato recentemente stimato in un valore che si aggira sui 7.000 miliardi di dollari all’anno⁵³, motivo per cui l’Unione europea *in primis* si è affrettata a indicare lo sfruttamento di tale mercato come obiettivo dichiarato per le imprese dei paesi membri. Ciò si evince, peraltro, nel *policy paper* pubblicato nel 2015 dalla Commissione europea ed evocativamente dedicato alla costruzione di una *EU Silver Economy*⁵⁴, al cui interno si associa il soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana alla conversione di questi ultimi in beni e servizi che possono essere commercializzati⁵⁵. Per questo motivo, è possibile affermare che, sotto il velo di politiche che si appellano

⁵⁰ A questo proposito si veda il *2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*, consultabile al sito <https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en> 20 maggio 2020. Per una critica alla costruzione della popolazione anziana quale gruppo demograficamente problematico si veda P. Mullan, *The Imaginary Time Bomb: Why an Ageing Population is Not a Social Problem*, London-New York, Tauris, 2000.

⁵¹ P. Lehoux, “The duality of health technology in chronic illness: how designers envision our future”, *Chronic Illness*, 4 (2008), 2, pp. 85-97, in particolare p. 87.

⁵² J.R. Fishman, R.A. Settersten, M.A. Flatt, “In the vanguard of biomedicine? The curious and contradictory case of anti-ageing medicine”, in K. Joyce, M. Loe (a cura di), *Technogenarians: Studying Health and Illness Through an Ageing, Science, and Technology Lens*, Hoboken (NJ), Wiley & Blackwell, 2010, pp. 11-25, in particolare p. 26, dove si richiama il concetto di *biomedicalisation of life itself* elaborato da N. Rose, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton (NJ), Princeton University Press, 2007, tr. it. *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Torino, Einaudi, 2008.

⁵³ Cfr. Merryll Lynch, “The silver dollar: Longevity revolution primer”, 2014, consultabile al sito <http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy_ageing/merrill.pdf#view=fit&page=ode=none> 20 maggio 2020.

⁵⁴ Commissione europea, “Growing the European silver economy”, 2015, consultabile al sito <http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=silver_economy> 20 maggio 2020.

⁵⁵ *Ibidem*.



enfaticamente e retoricamente al benessere della popolazione anziana – si pensi a espressioni come *Healthy Ageing* o *Ageing Well with ICTs*, utilizzate dalla stessa Commissione europea per promuovere tali politiche – si celano orientamenti di carattere neoliberista che alimentano una *commodification* dei bisogni di questa fascia di popolazione, con l’obiettivo mediato di ridisegnare l’equilibrio tra sanità pubblica e società a scopo di lucro a vantaggio di queste ultime⁵⁶.

3.1. Dal *data misuse* allo spettro di una “penalità sanitaria”

Fra i temi principali del dibattito relativo alle implicazioni etico-giuridiche derivanti dalla diffusione di tecnologie dell’informazione in salute vi è il rischio associato alla possibilità di tracciare le condizioni di salute dei pazienti, il che implica la raccolta di una serie di informazioni e dati di carattere sensibile, il cui trattamento può rivelarsi foriero di insidie, come dimostrano, peraltro, le crescenti violazioni della *privacy* anche nel settore sanitario⁵⁷. Non è un caso che, sul tema, la dottrina giuridica abbia profuso sforzi consistenti per tentare di illustrare i profili critici inerenti alla legittimità delle attività di raccolta e trattamento di dati in ambito sanitario⁵⁸. Tuttavia, a prescindere dall’esame di tali profili, in questa sede preme evidenziare come la proliferazione di forme di raccolta di dati personali afferenti alle più disparate sfere personali e sociali ci ponga dinnanzi a un rischio ancora maggiore rispetto alla “mera” violazione della *privacy*, ovvero quello di un riutilizzo abusivo dei dati, meglio noto come *data misuse*. Invero, nonostante le possibilità di abuso dei dati – soprattutto di quelli dematerializzati – possano essere molteplici, il *data misuse* allude all’eventualità che i dati raccolti in un determinato ambito e per determinate finalità siano utilizzati in ambiti ulteriori e per il perseguimento di finalità completamente differenti – si pensi al caso della profilazione genetica, divenuta un “caso di scuola” per effetto della proliferazione di servizi di *screening* genetico a scopo

⁵⁶ P. Lehoux, “The duality of health technology in chronic illness: How designers envision our future”, cit., p. 86

⁵⁷ V. Liu, A. Musen, T. Chou, “Data Breaches of Protected Health Information in the United States”, *Journal of American Medical Association*, 313 (2015), 14, pp. 1471-1473; Verizon, *Data Breach Investigation Report*, 2018, consultabile al sito <https://www.verizonenterprise.com/resources/reports/rp_DBIR_2018_Report_execsummary_en_xg.pdf> 20 maggio 2020.

⁵⁸ *Ex multis*, cfr. G. Comandé, “Ricerca in sanità e *data protection*: un puzzle... risolvibile”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, (2019), 1, pp. 187-208; G. Pedrazzi, “Il ruolo del responsabile della protezione dei dati (DPO) nel settore sanitario”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, (2019), 1, pp. 179-186.



di prevenzione. L'accumulazione di tali informazioni da parte di società private – insieme ai relativi diritti di riutilizzo, solitamente ceduti dall'utente stesso al momento della sottoscrizione del contratto – porta alla creazione di immense banche dati che potrebbero essere consultate – legittimamente o meno – per carpire informazioni che possono essere utilizzate in un ambito anche totalmente estraneo a quello della tutela della salute. Tra gli ulteriori esempi di *data misuse*, si pensi al riutilizzo di informazioni genetiche a fini di selezione del personale, o per determinare le percentuali di rischio nell'ambito della stipula di un contratto di assicurazione sulla salute, i quali sono stati opportunamente ribattezzati come “discriminazioni genetiche”⁵⁹.

Sulla base di queste considerazioni, pertanto, non si può escludere che i dati raccolti per finalità di tutela della salute possano essere utilizzati, *rectius* abusati, per irrogare o modulare sanzioni, o per interdire eventualmente l'accesso ai diritti. A quest'ultimo proposito, come riportato all'interno del rapporto curato all'UNAIDS *Outcome Framework 2009-2011*, diversi Stati subordinano già l'ingresso dei migranti nel loro territorio ai risultati di test dell'HIV, una pratica discriminatoria, contraria ai principi fondamentali dell'etica medica ed espressamente stigmatizzata tanto dall'OMS⁶⁰ quanto dall'OIL⁶¹.

Da diverso punto di vista, nella misura in cui le tecnologie dell'informazione divengono sempre più pervasive, colonizzando un numero crescente di porzioni della nostra vita sociale, i dati sanitari, personali, raccolti per una determinata finalità, possono essere suscettibili di un riutilizzo legittimo, in base alle condizioni dettate dal Regolamento UE n. 679 del 2016. Ciò peraltro è quanto (appena) accaduto a causa dell'insorgere dell'epidemia Sars-CoV-2, la cui diffusione su scala globale ha minacciato la salute di gran parte della popolazione mondiale, e quindi inciso profondamente sulle

⁵⁹ Si veda a questo proposito il Genetic Information Non Discrimination Act, emanato nel 2008 dalla US Equal Employment Opportunity Commission, consultabile al sito <<https://www.eeoc.gov/laws/statutes/gina.cfm>> 20 maggio 2020. Inoltre, si rinvia all'intervento di C. Faralli, “Genetic Data and Discrimination”, all'interno di questo numero monografico (cfr. *infra*).

⁶⁰ Cfr. *A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region*, rapporto a cura dell'OMS, consultabile al sito <<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-evidence-on-equitable-delivery.-access-and-utilization-of-immunization-services-for-migrants-and-refugees-in-the-who-european-region-a-2017>> 20 maggio 2020.

⁶¹ Cfr. ILO, Recommendation n. 200/2010 concerning HIV and AIDS and the World of Work, consultabile al sito <http://www.ilo.org/aids/WCMS_142706/lang--en/index.htm> 20 maggio 2020.



libertà fondamentali e i diritti soggettivi, provocandone una compressione sconosciuta alle democrazie dei moderni Stati occidentali. La gestione della crisi sanitaria e, in particolare, l’attuazione della strategia di contenimento del contagio, ha innescato un inedito incrocio tra dati sanitari personali e controllo di polizia⁶², il quale ha portato all’irrogazione di sanzioni amministrative e denunce per inosservanza dei provvedimenti dell’autorità o per falsa attestazione resa a un pubblico ufficiale⁶³.

Al di là dei recenti provvedimenti di carattere eccezionale introdotti a seguito della diffusione del Sars-CoV-2, è innegabile che la raccolta di dati in formato digitale faciliti in misura esponenziale l’intersezione tra il “controllo sanitario” e altre tipologie di controllo – non solo quello di polizia – volte a sanzionare e disincentivare determinati comportamenti, *rectius* a promuovere forme di “responsabilizzazione” dei singoli, in particolare con riferimento alla gestione delle proprie condizioni di salute. In questo contesto, i parametri vitali del paziente possono essere (ri)utilizzati eventualmente anche per stigmatizzare – e quindi, *lato sensu*, per “punire” – quei comportamenti e quelle scelte individuali che possano avere una stretta rilevanza per la tutela della salute – e.g. abitudini alimentari ritenute inadeguate, assenza di esercizio fisico, scarsa aderenza a una determinata terapia farmacologica. In altre parole, in uno scenario molto meno futuristico di quanto possa apparire a un primo sguardo, le tecnologie dell’informazione permetterebbero di adottare strategie di *moral suasion* o *nudging* per mezzo delle quali irrogare sanzioni o assegnare premi in base all’aderenza del paziente a modelli e stili di vita predeterminati⁶⁴. In questo modo, diviene possibile stigmatizzare quei “comportamenti devianti” che, nuocendo alla salute individuale, gravano anche sul

⁶² Tale incrocio è reso possibile dall’art. 14 del D.L. 9 marzo 2020, n. 14, “Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale”, all’interno del quale si prevede che, nel rispetto degli artt. 9, par. 2, lett. g), h) e i), e 10 del Reg. UE 2016/679, i soggetti impegnati nel contrasto all’emergenza sanitaria – tra cui il Servizio nazionale di protezione civile, gli uffici del Ministero della salute e dell’Istituto Superiore di Sanità, le strutture pubbliche e private che operano nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale – possono effettuare il trattamento dei dati personali di cui agli artt. 9 e 10 del GDPR, che siano necessari all’espletamento delle funzioni attribuite per la gestione dell’emergenza. Inoltre, *ex art.* 14, comma 2, tali dati possono essere comunicati a ulteriori soggetti laddove tale comunicazione risulti parimenti necessaria alla gestione dell’emergenza sanitaria.

⁶³ I dati aggiornati relativi all’attività di controllo sono consultabili al sito <<https://www.interno.gov.it/it/notizie/covid19-i-dati-sui-controlli-relativi-28-maggio>> 20 maggio 2020.

⁶⁴ M. Andy, “Ethics issues raised by human enhancement: Values and Ethics for the 21st Century”, *BBVA, OpenMind*, (2011), p. 175, consultabile al sito <<https://www.bbvaopenmind.com/en/articles/ethics-issues-raised-by-human-enhancement/>> 20 maggio 2020.



bilancio sanitario pubblico. La particolarità di questa “penalità sanitaria” risiede nel fatto che premi e sanzioni si riscuoterebbero o si sconterebbero sul terreno dell’accesso ai servizi sanitari, come dimostrato, peraltro, dal caso degli *health credits*, emersi di recente negli Stati Uniti quale strumento attraverso cui assegnare *bonus* di accesso ai servizi sanitari ai “pazienti modello”, ovvero a coloro che adottano determinate pratiche salutiste⁶⁵. A uno sguardo attento, questo tipo di meccanismo si inserisce pienamente nel solco dell’epistemologia biomedica, dominata da razionalità quantitativo-numeriche e tecnologico-scientifiche per mezzo delle quali si tende a esaltare la responsabilità dell’individuo nella sua singolarità psico-fisica – l’*homo medicus digitalis*, o l’imprenditore di sé stesso foucaultiano –, a discapito di razionalità epidemiologico-sociali che fanno capo a dinamiche popolazionali.

4. *Outsourcing* dei servizi sanitari e *digital taylorism*: quale impatto sull’epistemologia medica?

L’avvento dei servizi sanitari mediati dalle tecnologie dell’informazione ha stravolto uno dei presupposti di base dell’organizzazione sanitaria convenzionale, ovvero l’idea per cui i servizi sanitari debbano essere prodotti e consumati localmente⁶⁶. Invero, fra le connotazioni principali del mercato dei servizi sanitari digitalizzati vi è quella di avere un’intrinseca vocazione globale, dal momento che questi ultimi possono essere erogati a prescindere dai confini (e dai sistemi sanitari) nazionali. Le trasformazioni implicite nei processi di digitalizzazione si ripercuotono in maniera significativa anche sulle professioni sanitarie considerando che oggi i professionisti si trovano sempre più fagocitati da un’economia – e quindi anche da un mercato delle professioni – che, al pari dei servizi resi, risponde a logiche di *commodification*⁶⁷. Come è stato opportunamente evidenziato, infatti, la digitalizzazione dei servizi sanitari permette di concentrare alcune attività in centri specializzati, la cui organizzazione risponde sempre più sovente a un

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ T. McLean, “Commoditization of the international teleradiology market”, *Journal of Health Services, Research & Policy*, 12 (2007), 2, pp. 120-22, in particolare p. 121.

⁶⁷ *Ibidem*.



modello che può essere definito in termini di *digital taylorism*⁶⁸. Si consideri per esempio la refertazione radiologica, che può essere “ottimizzata” in modo che alcuni centri specializzati ricevano immagini da refertare da una serie di strutture ospedaliere, ed eventualmente anche da diverse parti del mondo: “Non è difficile immaginare un centro telemedico in cui i radiologi lavorano a tempo di orologio, su turni di otto ore, 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per interpretare immagini che giungono da diversi Stati”⁶⁹. Come già sostenuto sopra con riferimento alla *prosumption*, in questo contesto appare evidente come l’innovazione tecnologica detenga un nesso privilegiato con le strategie di ristrutturazione delle forme di produzione. In questo caso, tale ristrutturazione assume i contorni dell’*outsourcing* (o esternalizzazione) dei servizi, il che implica che la produzione di un determinato servizio non avvenga più *in loco*, ovvero all’interno dell’ente o dell’istituzione sanitaria o ospedaliera in cui sarà utilizzato, ma sia invece affidata a un soggetto esterno. Appare quasi superfluo ricordare che l’esternalizzazione dei servizi rappresenta uno strumento ampiamente consolidato nell’ambito dell’economia capitalista, tanto da aver permeato in maniera significativa gli stessi sistemi sanitari, che per ragioni di efficienza (più o meno presunte) vi ricorrono sempre più frequentemente e sempre più consistentemente⁷⁰. Tuttavia, questo fenomeno assume oggi contorni peculiari alla luce delle possibilità di tipo nuovo dischiuse dall’utilizzo delle tecnologie dell’informazione in sanità. Invero, considerando che gran parte dell’organizzazione e del funzionamento dei sistemi sanitari odierni può essere dematerializzata, ne consegue che le relative attività possano anche essere affidate a società (esterne) che si trovano in luoghi del pianeta in cui i costi di “produzione” siano infinitamente più bassi rispetto a quelli del paese in questione. A questo proposito, sempre con riferimento all’attività radiologica, nel 2013, un documento adottato dall’American College of Radiology (ACR)⁷¹ segnalava come la rapida evoluzione dei servizi di refertazione a distanza avesse portato

⁶⁸ Cfr. “Digital Taylorism” in P. Brown, H. Lauder, D. Ashton, *The Global Auction: The Broken Promises of Education, Jobs and Incomes*, Oxford, Oxford University Press, 2011, pp. 65-82.

⁶⁹ T. McLean, E. Richards, “Teleradiology: A Case Study of The Economic and Legal Considerations in International Trade in Telemedicine”, *Health Affairs*, 25 (2006), 5, pp. 1378-1385, (traduzione dall’originale in inglese).

⁷⁰ *Ex multis*, cfr. A. O’Dowd, “Healthcare outsourcing from NHS to independent sector rose from 4.8% of market in 2009 to 7% in 2014, report shows”, *BMJ*, 350 (2015), pp. h1120 e ss.

⁷¹ Cfr. ACR, “White Paper on Teleradiology Practice: A Report from the Task Force on Teleradiology Practice”, *J Am Coll Radiol*, 10 (2013), 8, pp. 575-585.



all'emersione di società, tanto pubbliche quanto private, che operano a livello transnazionale con l'obiettivo di competere con i professionisti e i gruppi di radiologici che operano a livello locale⁷². La nota dolente dello sviluppo di questa competizione consiste nel fatto che spesso queste società operano in maniera tale da incrementare i propri profitti a discapito della qualità dei servizi resi, così come sottolineato espressamente all'interno dello stesso documento dell'ACR: "Oltre a sminuire la nostra specialità e minare il ruolo del radiologo quale esperto in diagnostica per immagini e membro attivo di un'equipe professionale, questa pratica mercifica sempre di più il prodotto dei nostri sforzi"⁷³.

Da diverso punto di vista, l'intersezione tra digitalizzazione e *outsourcing* dei servizi sanitari può avere implicazioni profonde sulla stessa epistemologia medica, almeno nella misura in cui si rafforza l'esigenza di fare affidamento su standard tecnico-quantitativi che spesso si impongono a discapito di ulteriori e diversi criteri di valutazione dell'efficacia in medicina⁷⁴. Com'è stato opportunamente affermato a questo proposito:

Piuttosto che riflettere meri aspetti di un corpo naturale, inteso come già preconstituito, le tecnologie che operano nella pratica medica configurano e riconfigurano il corpo in conformità a caratteristiche predefinite, influenzando così le modalità attraverso le quali lo stesso è compreso e trattato⁷⁵.

D'altra parte, l'oggettivazione delle categorie del sapere medico ha assunto il fine principale di rendere la "persona" del medico sempre più "fungibile", in modo che l'erogazione dei servizi sanitari potesse "spersonalizzarsi", *rectius*, slegarsi dal sapere

⁷² *Ibidem*, p. 576.

⁷³ *Ibidem*, traduzione dall'originale in inglese. A questo proposito, va ricordato che la teleradiologia ha dato vita al primo procedimento giudiziario a livello nazionale nel campo della telemedicina, anche noto come il caso "Marlia". In tale procedimento, il direttore sanitario e il direttore del reparto di radiologia dell'omonima Casa della Salute erano stati accusati di rifiuto d'atti d'ufficio per non aver garantito la presenza stabile di un medico radiologo presso tale struttura, e di svolgimento abusivo della professione, in concorso con i tecnici di radiologia per aver indotto questi ultimi ad eseguire esami di diagnostica semplice attraverso la tele-radiologia. Per un commento più esteso si rinvia a C. Botrugno, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari. Un'indagine di bioetica*, Roma, Aracne, 2018, pp. 125 e ss.

⁷⁴ Come sottolineato da T. McLean, "Commoditization of the international teleradiology market", cit., la definizione di standard in medicina è apparsa sempre molto complicata a causa della natura idiosincratca del suo stesso esercizio, anche perché ogni professionista sfrutta il grado di autonomia che connota questa pratica per definire che cosa costituisce un servizio di qualità e cosa non lo costituisce, ragione per cui la pratica della medicina è sempre stata caratterizzata da un alto grado di variabilità, dipendendo sostanzialmente dal professionista che la esercita.

⁷⁵ D. Lupton, "The digitally engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital era", cit., p. 257, (tradotto dall'originale in inglese).



esperienziale del singolo professionista per divenire oggettivabile, ripetibile, ripercorribile.

Correndo in parallelo alla “virtualizzazione” del corpo del paziente, la digitalizzazione della pratica medica può essere inquadrata nell’ambito di un più ampio passaggio dalla *mechanical medicine* all’*informational medicine*⁷⁶, mutamento che si basa su “un affidamento progressivamente minore sul contatto fisico e sull’idea di medicina come ‘arte’, per focalizzarsi sulla produzione e l’utilizzo di dati del corpo umano, sia da parte dei professionisti sanitari, sia da parte dei pazienti”⁷⁷. Lo slittamento – ulteriore – dell’epistemologia medica verso il paradigma statistico-quantitativo della raccolta ed elaborazione dei dati, ha fatto in modo che diminuissero drasticamente la necessità e l’opportunità di ricorrere alla narrazione dei sintomi esperiti dal paziente, il che ha contribuito a rendere progressivamente “ridondante” la presenza fisica del paziente al cospetto del medico. Al contempo, nella misura in cui cresce il livello di affidamento sui processi di quantificazione numerica, la presenza stessa del medico non può più darsi per scontata. In questo contesto, deve farsi notare che, se da una parte i servizi mediati dalle tecnologie dell’informazione dischiudono opportunità notevoli per rinnovare l’efficacia della pratica medica, dall’altra, il loro utilizzo comporta inevitabilmente una “riduzione” del numero di segni e sintomi solitamente alla portata del medico nella pratica di tipo convenzionale, quella *vis-à-vis*. In tal senso, è innegabile che la diffusione di tali servizi stravolge l’idea di relazione medico-paziente basata su prossimità fisica ed empatia, compromettendo “la ricchezza e la complessità dello sguardo, della postura, delle espressioni facciali, tutti segni che possono cambiare il significato dell’espressione verbale”⁷⁸. Tuttavia, va parimenti messo in rilievo che gran parte di tale ricchezza e complessità sembra essere già perduta nell’irreversibile transizione della pratica medica dagli insegnamenti ippocratici alla moderna organizzazione dei sistemi sanitari, basata su modelli manageriali di efficienza e logiche allocative, strumenti derivati direttamente da

⁷⁶ S. Nettleton, “The emergence of e-scaped medicine”, cit.; D. Lupton, “Towards critical digital health studies: reflections on two decades of research in health and the way forward”, cit.; J. Pickstone, *Ways of Knowing: A New Science of Technology, Technology and Medicine*, Manchester, Manchester University Press, 2000.

⁷⁷ D. Lupton, “The digitally engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital era”, cit., p. 260 (tradotto dall’originale in inglese).

⁷⁸ I.A. Barbosa, M.J. Silva, “Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication?”, *Rev Bras Enferm*, 70 (2017), 5, pp. 928-934, in particolare p. 929.



quelli propri dell'impresa commerciale, la cui diffusione, non a caso, ha contribuito a convertire quello tra medico e paziente in un rapporto tra *provider* e *user*⁷⁹.

Pertanto, a uno sguardo più attento, bisogna riconoscere che la vocazione riduzionistica dei servizi sanitari mediati dalle tecnologie dell'informazione si inserisce nel più ampio solco tracciato dal riduzionismo del paradigma biomedico⁸⁰, di cui può contribuire a migliorarne l'incisività, ma con il contestuale rischio di esacerbarne i limiti, il che, a ben vedere, può essere inteso come una costante nell'infinita evoluzione della medicina moderna.

5. Conclusioni. Tecnologia, Stato e mercato: verso un nuovo dovere di protezione dell'individuo?

Nelle società contemporanee l'innovazione tecnologica è quasi indistintamente associata all'idea di "progresso", essendo percepita come un fattore che permette di fare di più, meglio e in maniera più efficiente⁸¹. Inoltre, le tecnologie propongono un'estetica dei processi di innovazione, essendo concepite per essere attrattive agli occhi dei loro utilizzatori e quindi divenire oggetto di desiderio e di consumo. In questo contesto, qualsiasi analisi credibile che abbia come oggetto l'innovazione tecnologica deve muovere dal presupposto per cui tale fenomeno non si pone più – o almeno, non esclusivamente – come risposta a uno o più bisogni percepiti, ma, piuttosto, rappresenta una componente fondamentale dell'identità collettiva delle società contemporanee, un'autentica *forma mentis* che racchiude simbolicamente una molteplicità di aspettative che giacciono tra la valutazione del presente e l'aspirazione al futuro⁸².

⁷⁹ P. Donati, "Le trasformazioni del rapporto comunicativo nella relazione interpersonale medico-paziente", *Rassegna Italiana di Sociologia*, (1984), 4, pp. 547-571.

⁸⁰ A mero titolo esemplificativo si veda I. Cavicchi, *L'uomo inguaribile. Il significato della medicina*, Bologna, Apéiron, 1998; J.D. Da Gama, "La crise de la médecine contemporaine ou la second mort d'Hyppocrate", *Journal des Maladies Vasculaires*, 26 (2001), 5, pp. 287-289; T. Richards *et al.*, "Let the patient revolution begin", cit.

⁸¹ P.H. Spies, "The Democratization of Innovation: Managing Technological Innovation as if People Matter", *World Future Review*, 6 (2014), 1, pp. 15-28.

⁸² A questo proposito, sia consentito fare rinvio a C. Botrugno, "From Divine Healing Powers to the Tyranny of the Virtual Gaze: Medical Practice and the Technological Imperative in Healthcare", in M. Leone *et al.* (a cura di), *Tools of Meaning. Representation, Objects, and Agency in the Technologies of Law and Religion*, Roma, Aracne, 2018, pp. 163-176, all'interno del quale tratto in maniera più approfondita del rapporto tra processi di innovazione e nuove tecnologie per la salute.



Da ciò consegue che le dinamiche che presiedono all'emersione e al consolidamento di questa *forma mentis* – al pari dei processi di innovazione che la alimentano – non possano essere analizzate alla stregua di un fenomeno di carattere “neutrale”, ma piuttosto come dinamiche che fanno capo a strategie e progetti di “carattere critico”⁸³ e di carattere politico. Come ricordato da Armand Mattelart con riferimento alla nascita ed evoluzione della società dell'informazione, infatti:

Il paradigma tecno-informatico è divenuto l'asse di un progetto geopolitico che ha lo scopo di garantire la riorganizzazione economica del pianeta attorno ai valori della democrazia di mercato in un mondo unipolare. L'orizzonte planetario condiziona le forme e le modalità di contestazione dell'ordine mondiale in gestazione⁸⁴.

Alla luce delle considerazioni sinora esposte, pertanto, è possibile affermare che la digitalizzazione dei sistemi sanitari procede in una prospettiva autoreferenziale, all'interno della quale l'introduzione di nuove tecnologie sembra essere utilizzata politicamente più per il suo valore evocativo che per i benefici effettivi che il loro utilizzo è in grado di apportare. In tal senso, la tecnologia cessa di essere un mezzo per il raggiungimento di determinati obiettivi e diviene un fine in se stessa, o meglio, un fine etero-diretto, dal momento che la sua promozione a livello di strategia pubblica è condizionata da influenze esterne che, per l'appunto, si prefiggono finalità diverse da quelle proprie di ogni ente pubblico. Nondimeno, in considerazione del fatto che tali processi sono condotti in un contesto di risorse (necessariamente) scarse e con molteplici allocazioni alternative, è quanto mai necessario rimettere in discussione il determinismo tecnologico-scientifico che funge da motore della *tecno-commodification* ed elaborare una visione critica attraverso la quale analizzare la portata dei benefici indotti dalle nuove tecnologie, mettendoli in relazione con i costi necessari a sostenerne l'adozione, così come, più ampiamente, con le possibili ripercussioni che ne derivano a livello giuridico, etico e sociale.

Siffatta esigenza, preme sottolinearlo, deriva dal fatto che la salute è protetta alla stregua di un bene fondamentale dell'individuo e, al contempo, della collettività, il che attribuisce allo Stato una serie di doveri volti ad assicurare in concreto la sua protezione.

⁸³ L. Suchman, L. Bishop, “Problematizing ‘Innovation’ as a Critical Project”, cit.

⁸⁴ A. Mattelart, *Storia della Società dell'informazione*, cit., p. 117.



Come noto, tra questi doveri vi è, da una parte, quello di attivarsi affinché siano predisposte misure volte a rendere effettivamente accessibili le prestazioni attraverso cui prende forma la garanzia del diritto alla salute⁸⁵. Dall'altra, quello di astenersi affinché le esigenze della sanità pubblica siano contemperate con il rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali dell'individuo e quindi siano limitate le ingerenze dell'autorità pubblica nella sfera personale di quest'ultimo.

Alla luce di tali doveri di protezione, e tenendo in considerazione che l'individuo (non più solo il paziente) si trova oggi esposto a una significativa pressione da parte del complesso medico-sanitario volta all'adozione di nuovi servizi tecnologicamente mediati, sembra opportuno chiedersi se non competa parimenti allo Stato l'assunzione di una nuova forma di protezione della salute dell'individuo contro l'esposizione alla *commodification* e, in particolare, alla *tecno-commodification*. Invero, nella misura in cui tale pressione è animata da obiettivi ulteriori ed estranei alla tutela della salute umana, è possibile affermare che la situazione di vulnerabilità che tipicamente connota la condizione di paziente è utilizzata strumentalmente per promuovere l'appetibilità e il consumo di servizi innovativi⁸⁶.

Questa suggestione può sembrare anacronistica, soprattutto alla luce delle tendenze e degli sviluppi più recenti dell'organizzazione sanitaria contemporanea, sempre più enfaticamente “individualizzata”, “centrata sul paziente”, “personalizzata”. Tuttavia, è proprio contro l'incedere di tali tendenze che si rivolge la rivendicazione di un nuovo dovere di protezione dell'individuo, almeno nella misura in cui tali tendenze divengano veicolo di quella traslazione dal pubblico al privato in cui consiste la *commodification*. Per conferire maggiore plausibilità a questa rivendicazione, può forse essere utile richiamare la recente emersione del concetto di “prevenzione quaternaria”, con la quale si allude a “un complesso di azioni volte a identificare il paziente a rischio di eccesso di

⁸⁵ Sul punto sia consentito rinviare a C. Botrugno, “Il diritto alla salute dinnanzi alla sfida della complessità. Dalla crisi del riduzionismo biomedico alla *global health*”, *Rivista di filosofia del diritto*, 3 (2014), 2, pp. 495-512, in particolare p. 496.

⁸⁶ Tale preoccupazione, invero, è espressa nell'International Code of Practice for Telehealth Services, adottato su impulso della Commissione europea, che vieta esplicitamente di fare leva sulla condizione di vulnerabilità in cui versano i pazienti per promuovere l'appetibilità dei servizi a distanza a scapito di quelli convenzionali. Cfr. art. B4, consultabile al sito <<https://sctt.org.uk/wp-content/uploads/2017/04/Workstream-4-2017-V2-INTERNATIONAL-TELEHEALTH-CODE-OF-PRACTICE-MASTER.pdf>> 20 maggio 2020.



medicalizzazione, proteggendolo dall'invasione medica e suggerendo interventi che possano essere eticamente accettabili⁸⁷. L'idea che ispira siffatta forma di protezione, invero, si correla inequivocabilmente ai rischi derivanti dal *disease mongering* e prevede una sorta di impegno da parte delle istituzioni sanitarie al fine di orientare in maniera adeguata le stesse attività di prevenzione e le scelte individuali al riguardo, tutelando la salute umana dalle bramosie dell'industria attraverso l'istituzione di un argine che trovi fondamento nei valori essenziali dell'etica medica⁸⁸. Pertanto, in considerazione del rapporto di co-implicazione sussistente tra medicalizzazione e *commodification* in salute – e, soprattutto, tenendo conto del fatto che entrambe favoriscono il consolidamento di logiche che snaturano le finalità perseguite dai sistemi sanitari pubblici – non appare azzardato sostenere l'estensione di tale forma di prevenzione anche nei confronti della *commodification*, il che conferirebbe un contenuto concreto al dovere di protezione di cui si è appena detto.

Da diverso punto di vista, inoltre, tale prospettiva si inserisce nella più ampia dialettica dei rapporti tra Stato e mercato, facendo leva, in particolare, sul ruolo che il primo può assumere con riferimento ai processi di innovazione tecnologica. In questo senso, non si allude qui, esclusivamente, al potere di regolazione giuridica di tali processi, ma anche a una funzione più ampia, politica, quella consistente nell'orientare tali processi affinché le esigenze che fanno capo all'iniziativa privata in economia possano essere temperate con il soddisfacimento degli interessi che appartengono alla collettività. A questo proposito, è ancora Armand Mattelart che descrive efficacemente il predominio delle logiche di mercato sul ruolo dello Stato:

Il principio dell'autoregolazione delegittima in tal modo ogni tentativo di formulazione di politiche pubbliche, nazionali e regionali in materia di informazione. Non trovano riscontro né le richieste circa il ruolo che dovrebbe svolgere lo Stato in una riorganizzazione dei sistemi di informazione e comunicazione al fine di preservare le forme di espressione individuale dalle logiche della marginalizzazione rispetto al mercato e alla tecnologia, né le richieste che fanno appello alla funzione dei rappresentanti della

⁸⁷ Definizione tratta da H.T. Pandve, "Quaternary Prevention: Need of the Hour", *J Family Med Prim Care*, 3 (2014), 4, pp. 309-310, che cita a sua volta J.M. Roland, "Quaternary prevention", paper presentato al meeting di Hong-Kong del Wonca Classification Committee, tenutosi nel giugno 1995 (tradotta dall'originale in inglese).

⁸⁸ *Ibidem*.



società civile come a un fattore di pressione decisivo per esigere dall'autorità pubblica un arbitrato in merito. Il mondo si trasforma in una comunità di consumo⁸⁹.

Pertanto, lo sviluppo di un'autentica agenda politica per l'innovazione tecnologica potrebbe contribuire a marcare un'inversione di tendenza rispetto alla progressiva erosione e frammentazione della sovranità statale ad opera delle dinamiche economiche della globalizzazione. In altre parole, proteggere la salute contro gli interessi commerciali che traggono linfa dall'innovazione tecnologica può rappresentare un'occasione propizia per riappropriarsi – seppur parzialmente – delle dinamiche su cui si reggono il funzionamento e l'organizzazione dei sistemi sanitari e quindi adottare finalmente una vera e propria “politica per l'innovazione tecnologica in sanità” che sia fondata su una valutazione critica di bisogni e delle necessità del sistema e della popolazione e che quindi si svincoli dal perseguimento di imperativi tecnologici del tutto auto-referenziali o eterodiretti, i quali, a ben vedere, non rappresentano altro che l'esito ultimo dell'acquiescenza delle istituzioni pubbliche agli obiettivi commerciali di soggetti che operano a cavallo tra il piano scientifico e quello tecnologico per incrementare i propri profitti ed erodere il nucleo costituzionalmente garantito del diritto alla salute. In aggiunta, e correlativamente, questa nuova forma di protezione potrebbe contribuire a bilanciare lo scivolamento del bene salute verso il piano individuale, ridimensionando la logica in base alla quale il singolo è chiamato a essere responsabile per la propria condizione di salute e può eventualmente essere considerato “colpevole” per la propria malattia.

Carlo Botrugno
Università di Firenze
carlo.botrugno@unifi.it

⁸⁹ A. Mattelart, *Storia della Società dell'informazione*, cit., p. 131.