

Rischi e proposte per il finanziamento del welfare italiano

Di Paolo Belardinelli

L'ultimo aggiornamento dei dati di finanza pubblica da parte della Commissione Europea ci informa che la spesa pubblica in Italia è stata 827,8 miliardi nel 2015, ovvero il 50,4% del PIL, superiore sia alla media dell'Unione Europea (47,3%) che dell'Area Euro (48,5%).

In uno studio del 2015,¹ la stessa Commissione stabilisce come necessario un risparmio di 23 miliardi annui della spesa primaria, al fine di portare quest'ultima 2,5 punti percentuali sotto la media dell'Area Euro. Tale intervento sarebbe necessario a causa dell'elevato debito pubblico (132,7% del PIL), ovvero della nostra spesa per interessi (4,2% di PIL), molto più alta della media dell'Area Euro (2,4%). Nell'analisi si sottolinea il fatto che potrebbe risultare difficile ridurre significativamente la spesa primaria futura senza restringere contemporaneamente il perimetro d'azione dello Stato. Si aggiunga che questo studio si basa su dati 2014, quando ancora la nostra spesa primaria era di poco sotto la media dell'Area Euro. Se oggi volessimo portare la nostra spesa primaria 2,5 punti percentuali sotto la media dell'Area Euro, i risparmi necessari sarebbero 43 miliardi. In un Paese in cui la spesa non fa altro che aumentare (Tabella 1), nonostante le promesse di riduzioni delle imposte accompagnate alle discussioni su tagli e revisioni della spesa, un obiettivo fissato a 43 miliardi appare troppo lontano dalla realtà.

TABELLA 1

Andamento spesa pubblica Italiana (dati in miliardi di euro)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
737.5	753.1	780.7	804.7	800.5	808.6	819.9	815.7	825.2	827.8

Fonte: Commissione Europea, aggiornamento 2 novembre 2016

Lo studio della Commissione individua la principale fonte dell'alta spesa pubblica italiana, oltre che nel servizio del debito, nella spesa per gli anziani, addebitabile sia a costi sanitari e assistenziali che a costi previdenziali, confermando lo sbilanciamento che contraddistingue la spesa pubblica italiana, da tempo a favore delle generazioni più anziane. Nel periodo 2000-2013, la spesa pubblica per pensioni e sanità è passata dal 46,5% al 50% della spesa primaria totale. Queste categorie di spesa vengono solitamente percepite come incompressibili, e anzi destinate ad aumentare inesorabilmente a causa della tendenza demografica del Paese.

1 Dimitri Lorenzani e Vito Ernesto Reitano. 2015. *Italy's Spending Maze Runner. An analysis of the structure and evolution of public expenditure in Italy*. Discussion paper 23. Commissione Europea.

KEY FINDINGS

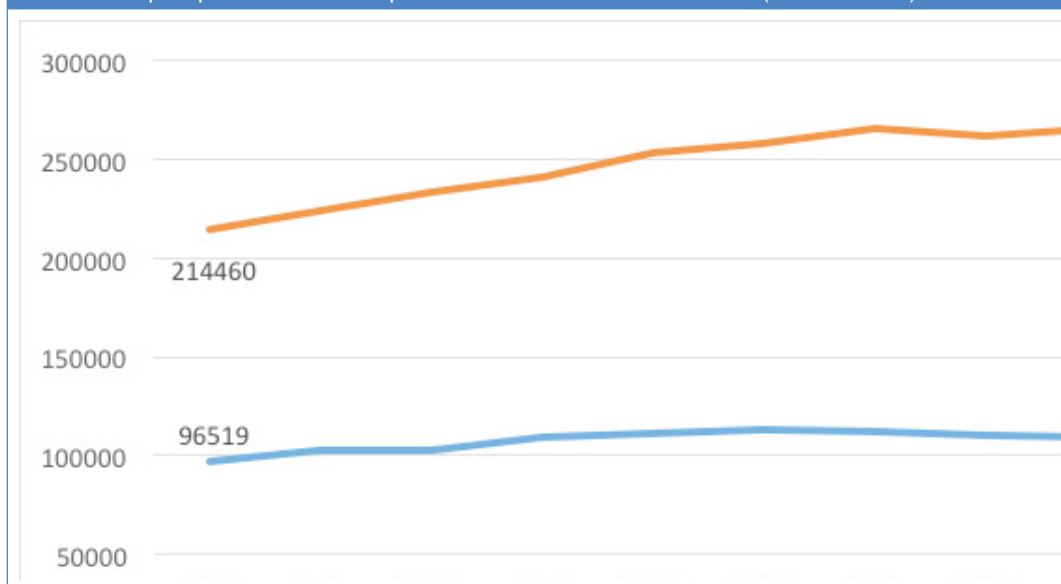
- La spesa pubblica italiana è sbilanciata nei confronti degli anziani; le dinamiche demografiche fanno presagire che questa non basterà a finanziare la copertura delle esigenze di una popolazione che invecchia.
- La gestione della sfera long term care e della previdenza integrativa nel nostro paese, confrontata con quella dei nostri partner europei, rivela la mancanza di una visione a lungo termine dei nostri policy-maker.
- Sul fronte previdenziale, l'esperienza cilena, in cui un sistema a capitalizzazione ha sostituito quello vecchio a ripartizione, rappresenta un esempio di come assicurare la sostenibilità.
- Sul fronte sanitario, la riforma olandese è riuscita a garantire l'universalità dell'accesso alle cure sfruttando i benefici della concorrenza sia a monte, tra compagnie assicurative, che a valle, tra ospedali pubblici e privati.

Paolo Belardinelli è Fellow dell'Istituto Bruno Leoni.

In effetti, come mostra il grafico che segue, la spesa pubblica destinata a sanità e pensioni è aumentata costantemente, passando, nei dieci anni compresi tra il 2005 e il 2014, da 96,5 a 110,6 miliardi, mentre quella pensionistica è passata da 214,5 a 277,1 miliardi.

FIGURA 1

Andamento spesa pubblica sanitaria e pensionistica nel decennio 2005-2014 (milioni di euro)



Fonte: OECD per spesa sanitaria e INPS per spesa pensionistica

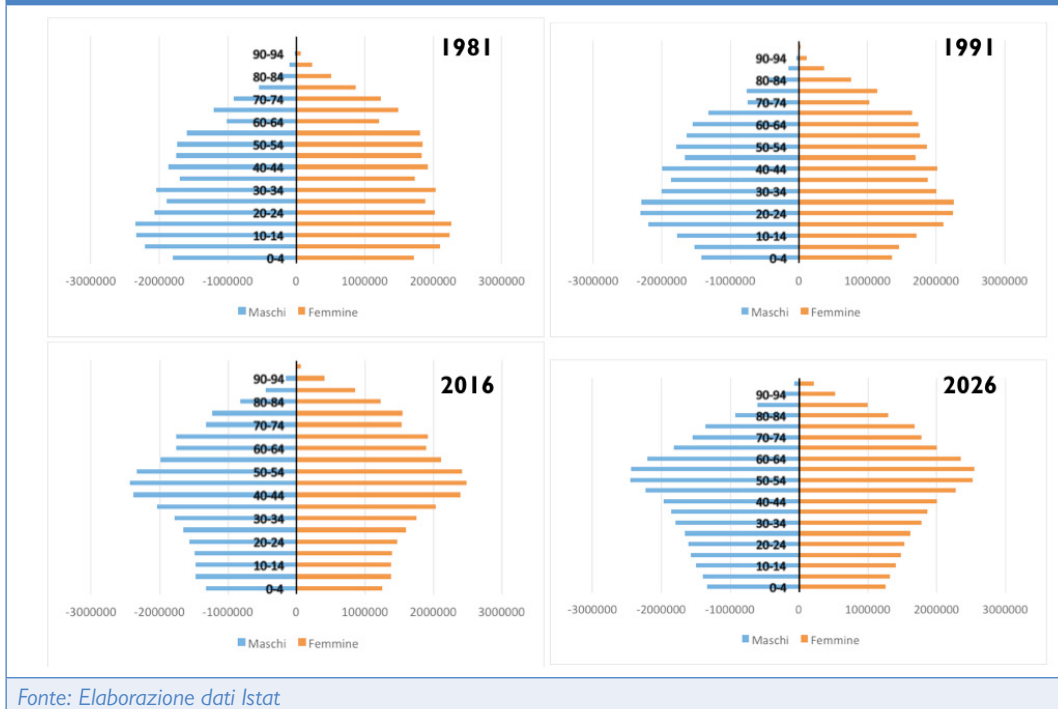
Una delle dinamiche utili a spiegare questi andamenti è appunto quella demografica. Se nel 2000 la quota di popolazione oltre i 65 anni rappresentava il 18,1% del totale e quella oltre gli 80 il 4%, nel 2013 queste erano già passate rispettivamente al 21,2% e 6,3%. Stando a un rapporto della Commissione Europea sull'invecchiamento della popolazione,² gli ultrasessantacinquenni rappresenteranno il 22,4% già nel 2020, quando gli ultraottantenni saranno il 7,1%, per crescere fino al 30% nel 2060, con gli ultraottantenni al 13,1%.

Per meglio comprendere come la struttura della nostra popolazione per fasce d'età stia cambiando, è sufficiente osservare come la piramide dell'età si stia modificando nel tempo. I grafici in Figura 2 mostrano le piramidi dell'età per gli anni 1981, 1991, 2016 e 2026. Si nota facilmente che quella che dovrebbe essere una piramide, e che effettivamente aveva le sembianze di una piramide almeno fino a 25 anni fa, diventa sempre più simile a un rombo e a tendere somiglierà sempre più a una piramide ribaltata.

Le dinamiche demografiche appena descritte sono riscontrabili anche negli altri Paesi europei. Tutti si trovano a fronteggiare lo stesso problema, che presto si trasformerà in emergenza. Ci sono due aspetti che bisogna considerare alla luce di questi dati. Da un lato, si può presumere che le esigenze di una popolazione che invecchia cambieranno e saranno necessarie nuove forme di assistenza e di cura a lungo termine per la popolazione anziana. Dall'altro, viene minacciata la sostenibilità del nostro sistema sociale e diventa fondamentale individuare forme alternative di spesa sociale per la popolazione anziana.

FIGURA 2

Piramide dell'età della popolazione residente in Italia



Fonte: Elaborazione dati Istat

In merito al primo punto, questo studio riprende e aggiorna un'analisi comparata dei sistemi di *long term care* già pubblicata dall'Istituto Bruno Leoni.³ In merito al secondo punto, viene presentata un'analisi dei possibili risparmi necessari ad assicurare la sostenibilità del nostro sistema. Spendere meno e meglio le risorse pubbliche, tuttavia, non appare sufficiente per far fronte ai cambiamenti demografici in corso; è necessario ricorrere a un sistema socio-assistenziale e sanitario più aperto alla concorrenza che consenta agli attori privati della società civile di supportare il settore pubblico nella fornitura di questi servizi. A tal fine, verranno analizzati, ancora in ottica comparata, i sistemi di finanziamento della spesa pensionistica cilena e di quella sanitaria olandese.

La gestione delle cure a lungo termine e lo sviluppo della previdenza complementare in Italia e in Europa

L'OCSE⁴ definisce LTC come la cura per le persone che hanno bisogno di supporto in diversi aspetti della loro vita e per un prolungato periodo di tempo. Tipicamente, il supporto necessario si riferisce ad attività quotidiane come lavarsi, vestirsi, salire e scendere dal letto, e viene spesso prestato da membri della famiglia, amici o da badanti e infermieri.

Le modalità di gestione di quest'insieme di attività variano molto nei diversi Paesi, come molto varia la spesa a esse destinata. In questo paragrafo vengono riassunte le caratteristiche fondamentali della gestione di queste attività, concentrandosi sulle esperienze di Paesi simili al nostro ed evidenziando quelle di successo.⁵

3 Belardinelli, P. 2015. Aspettative di vita e servizi LTC. *Briefing Paper* Istituto Bruno Leoni

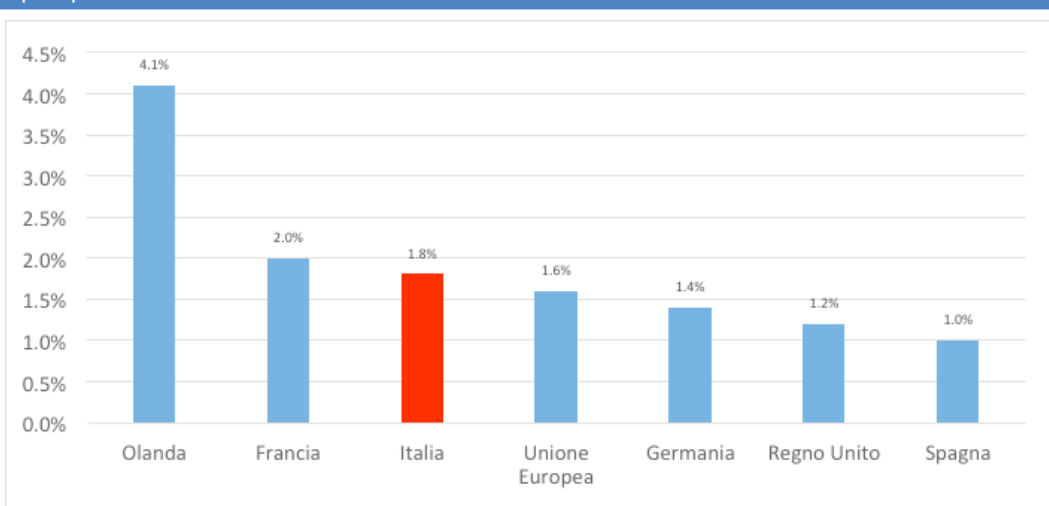
4 OECD (2011). *Long-term Care: Growing Sector, Multifaceted Systems*. Parigi.

5 Per una trattazione esauriente, si veda: Belardinelli, P. 2015. Aspettative di vita e servizi LTC. *Briefing Paper* Istituto Bruno Leoni

Innanzitutto, come mostra la Figura 3, l'ammontare di risorse destinate a questo settore varia molto da Paese a Paese. Si varia da un minimo dell'1% del PIL, nel caso della Spagna, al 4,1% del PIL in Olanda. L'Italia è di poco sopra la media dell'Unione Europea, con l'1,8%.

FIGURA 3

Spesa pubblica in LTC come % del PIL, 2013

Fonte: Commissione Europea: *The 2015 Ageing Report*

Per quanto riguarda le modalità di assistenza, i trasferimenti *in cash* sono uno strumento piuttosto comune nelle esperienze analizzate. Nei casi in cui, come in Olanda e Germania, viene offerta la possibilità di scegliere tra trasferimenti *in cash* o servizi *in kind*, gli utenti optano per la prima scelta, manifestando la volontà di decidere autonomamente come spendere le risorse. Questo è vero anche in Germania, dove a un trasferimento *in cash* corrisponderebbe un servizio *in kind* di valore superiore al trasferimento.

A differenza di quanto accade in Italia, negli altri Paesi sono previsti controlli più stringenti su chi richiede il trasferimento e la previsione di qualche forma di differenziazione nell'importo assegnato a seconda del disagio del beneficiario.

Per quanto riguarda le residenze assistenziali (rsa e ra), in Italia tendenzialmente si evidenzia un'offerta di posti letto di molto inferiore rispetto agli altri Paesi (vedi figura 4). In quasi tutti i Paesi, tuttavia, è il privato a gestire la maggior parte dell'offerta di questo servizio. Ciò che sarebbe auspicabile è dunque una semplificazione normativa delle procedure di accreditamento, oggi confuse e disordinate.

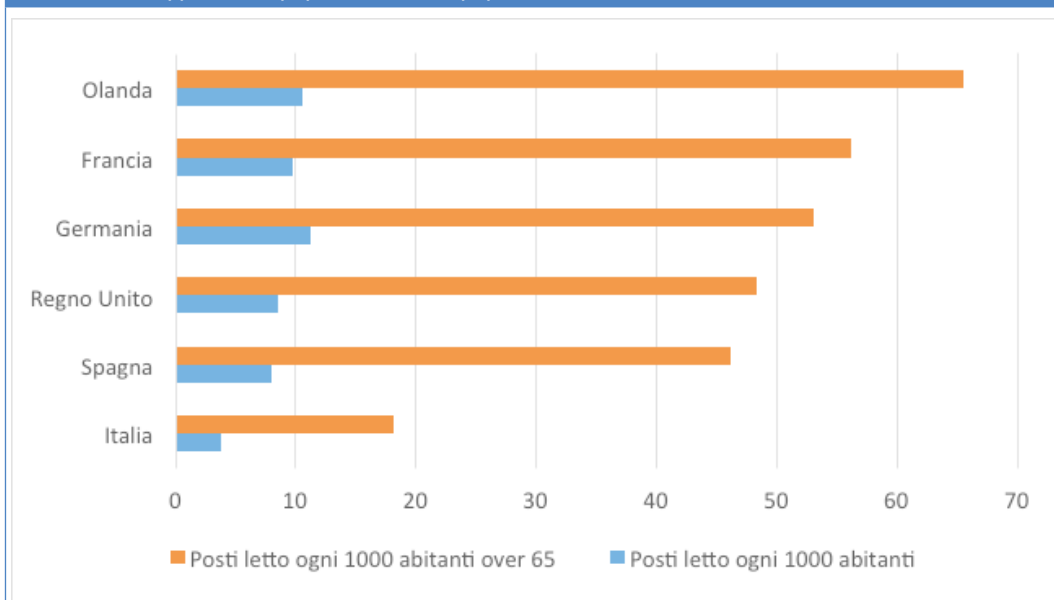
Dal punto di vista del finanziamento, il nostro Paese adotta un modello complessivamente Beveridge, allo stesso modo di Spagna e Regno Unito (che però evidenzia caratteristiche differenti a seconda dei diversi ordinamenti giuridici). Negli altri Paesi analizzati sono previsti schemi assicurativi destinati a coprire le spese per i servizi LTC uniti a meccanismi di *co-payment*, che se ben disegnati potrebbero essere efficaci nel costruire un sistema sostenibile dando coscienza al consumatore del costo del servizio di cui andrà a godere.

Sul fronte della previdenza, il nostro Paese non brilla rispetto alla maggior parte dei nostri partner europei, soprattutto in termini di copertura dei piani privati, da noi ancora poco diffusi. Questo è vero nonostante già oggi il nostro rappresenti il Paese più problematico per un sistema previdenziale pubblico a ripartizione. La sostenibilità di un sistema a ripartizione, infatti, in ultima analisi poggia sul rapporto tra persone che lavorano e persone che

sono in pensione. Una misura indicativa in questo senso è offerta dal cosiddetto *old-age dependency ratio*, ovvero il rapporto tra persone in età pensionabile (65 anni o più) e persone in età lavorativa (tra 20 e 64 anni), mostrato nella Figura 5.

FIGURA 4

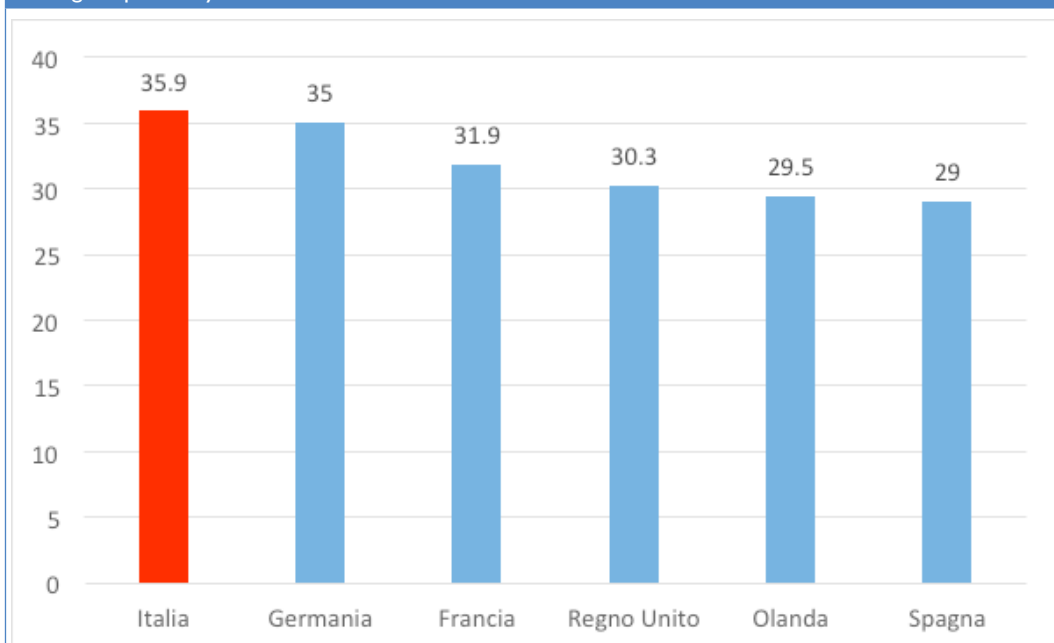
Posti letto in rapporto alla popolazione e alla popolazione over 65, 2013



Fonte: OECD Health Statistics

FIGURA 5

Old-age dependency ratio, 2014



Fonte: OECD Pensions at a Glance

L'Italia ha il rapporto anziani/giovani più elevato, pari a 35,9. Questo significa che sarebbe il paese più indicato ad affidarsi maggiormente a forme di previdenza complementari. Pur-

troppo non è ciò che accade.

A fine 2013 gli aderenti a fondi pensione complementari erano poco più di 6 milioni, contro i 18 milioni della Germania e i 22 milioni della Francia. Certamente la copertura universale di un sistema a ripartizione come il nostro, che negli ultimi decenni è stato molto generoso nei confronti dei pensionati, non ha affatto incentivato lo sviluppo delle pensioni complementari. Oggi la generosità sta venendo meno a causa della scarsità di risorse a disposizione e al mutamento demografico in corso. Tuttavia, a differenza dei suoi partner europei, lo Stato italiano sembra ancora impegnato a disincentivare direttamente il ricorso a forme di previdenza complementare privata, essendo l'unico a tassare i rendimenti sui fondi pensione. Il livello di tassazione è stato aumentato dall'11% al 20% con la legge di Stabilità 2015. Negli altri Paesi invece è pari a zero. Si aggiunga che il pessimo trattamento fiscale riservato ai rendimenti non viene 'bilanciato' da un miglior trattamento comparato sui contributi, deducibili in Italia solo fino a un tetto annuale di 5164,57 euro, laddove altrove sono spesso deducibili per intero.

In effetti, al fine di rendere il sistema sostenibile, ripensare le modalità con cui finanziamo il nostro welfare, sfruttando la previdenza privata, risulta più che mai necessario. Le esperienze di Cile, per quanto riguarda il sistema previdenziale, e Olanda, per quanto riguarda quello sanitario, possono guidarci in questo processo.

Le esperienze di Cile e Olanda

In Cile, la riforma del sistema previdenziale del 1980 ha trasformato il vecchio modello a ripartizione in un modello interamente finanziato dai contributi delle persone nei conti di risparmio previdenziale.

Dal 1981 i tassi di rendimento reali dei conti di risparmio previdenziale sono stati pari in media a oltre il 10 per cento, ben al di sopra del tasso d'inflazione. Nel 2007 i fondi pensione gestiti avevano ormai raggiunto un valore pari a circa l'80 per cento del PIL.⁶

Stando a uno studio dell'OCSE,⁷ la riforma cilena ha avuto successo sotto diversi punti di vista: ha ristabilito la fiducia pubblica nel risparmio previdenziale; il pre-finanziamento delle pensioni ha contribuito radicalmente allo sviluppo del mercato finanziario e alla crescita economica;⁸ ha ridotto le proiezioni future sulla spesa pubblica per pensioni rispetto a molti paesi OCSE, oltretutto la spesa è ora molto meno sensibile alle dinamiche di invecchiamento della popolazione.

6 Piñera, J. 2011. Verso un mondo di lavoratori-capitalisti. Focus, Istituto Bruno Leoni.

7 OECD. 2009. Reviews of labour market and social policies: Chile. The normalisation of Chile's Pension system. OECD.

8 Secondo il parere dell'economista Klaus Schmidt-Hebbel, il tasso di crescita dell'economia cilena è passato da una media annuale del 3,7 per cento nel periodo tra il 1961 e il 1974, al valore medio del 7,1 per cento annuo nel periodo tra il 1990 e il 1997. La riforma del sistema previdenziale potrebbe aver contribuito per lo 0,9 per cento annuo (ossia a oltre un quarto del totale) alla differenza di 3,4 punti percentuali nel tasso di crescita per i due periodi presi in esame. In questi due periodi il tasso di risparmio è aumentato di 12,2 punti percentuali: la riforma pensionistica ha contribuito per 3,8 punti, pari al 31 per cento dell'aumento complessivo. Si veda Klaus Schmidt-Hebbel, "Does Pension Reform Really Spur Productivity, Saving and Growth?", *Documentos de Trabajo del Banco Central (Chile)* n. 33, aprile 1998, pp. 25, 29.

Nondimeno, l'effetto della riforma del sistema pensionistico cileno è andato oltre gli indicatori economici. Come ha scritto Piñera, "la privatizzazione delle pensioni ha prodotto una radicale redistribuzione del potere dallo stato alla società civile e, trasformando i lavoratori in proprietari a titolo personale del capitale complessivo del Paese, ha creato un'atmosfera politica e culturale più adeguata ad un mercato e ad una società liberi".

In un sistema a ripartizione, è forte la tentazione di vincere le elezioni comprando i voti dei pensionati con il denaro altrui, soprattutto con quello delle future generazioni. Questo sistema porta a elargire diritti e privilegi con molta facilità. Eliminando il legame diretto tra contributi versati e prestazioni previdenziali, la responsabilità personale cede il passo alla ricerca del favore politico. In effetti, eliminando il sistema pensionistico a ripartizione, questa riforma ha minato alla base una colonna portante di ogni stato assistenziale.

Certamente non si possono ignorare le potenziali difficoltà di natura fiscale che verrebbero create da una transizione da un sistema a ripartizione a uno interamente finanziato, specialmente in un Paese come l'Italia. In sostanza, la sfida principale nel breve termine consisterebbe nel finanziare le pensioni calcolate con il vecchio sistema senza poter più contare sui contributi versati dai lavoratori di oggi.

Per restare all'esempio Cileno, uno studio dell'OCSE stima che la transizione cilena sarà completata nel 2045.⁹ Gli oneri gravanti sulle casse pubbliche cilene a seguito della riforma sono quelli, appunto, di pagare le pensioni a chi è rimasto nel vecchio sistema, riconoscere i contributi versati prima della riforma a coloro che sono passati al nuovo sistema, garantire una pensione minima nel nuovo sistema. Si tratta di cifre sicuramente non paragonabili a quelle necessarie a finanziare un sistema a ripartizione, ma di cui bisogna tener conto e di fronte alle quali è necessario, ancora una volta, che lo Stato smetta di perdere risorse per attività che non fanno altro che alimentare la dipendenza di certe pezzi di società dalla mano pubblica.

Per riassumere, la transizione a un sistema interamente finanziato dovrebbe contemplare inevitabili difficoltà dovute al passaggio, ma è bene considerare che esso rappresenta l'unico modello che davvero garantisce piena sostenibilità. La sostenibilità di un qualunque regime pensionistico a ripartizione dipende infatti dal rapporto tra pensionati e popolazione attiva. Stando a uno studio della Commissione Europea,¹⁰ in Italia lo scorso anno tale rapporto era del 33 per cento, e aumenterà al 37 per cento già nel 2025, quando il 23,5 per cento degli italiani avrà un'età superiore ai 65 anni.

Come è stato fatto in Cile, sembra ragionevole decidere di affrontare le difficoltà dovute al superamento del sistema a ripartizione, piuttosto che rimandare, e così ingigantire, il trauma che deriverebbe dal fallimento di questo sistema. I risultati della riforma cilena mostrano come questa sia stata efficace nel migliorare decisamente la sostenibilità a lungo termine del sistema previdenziale, nel promuovere lo sviluppo del mercato dei capitali, e anche nel rimuovere alcune distorsioni al funzionamento del mercato del lavoro.¹¹

Se il Cile rappresenta un esempio virtuoso sotto il profilo del finanziamento delle pensioni,

9 Ruiz-Tagle, J. V., & Castro, F. (2001). The Chilean Pension System. *OECD Journal on Budgeting*, 1(1), 117-137.

10 Commissione Europea (2015). *The 2015 Ageing Report*. Brussels.

11 Iglesias-Palau, A. (2009). *Pension Reform in Chile Revisited*. OECD Working Paper.

l'Olanda¹² è un modello da prendere come esempio dal punto di vista della sanità. Non a caso essa si piazza spesso in cima alle classifiche internazionali che valutano la qualità dei sistemi sanitari.¹³ Dal 2006, la gestione del finanziamento della sanità olandese è affidata al privato, ma per tutti i cittadini olandesi (inclusi gli stranieri residenti che lavorino e paghino le imposte in Olanda) vige l'obbligo di assicurarsi. Il sistema è gestito da compagnie assicurative private che sono obbligate ad assicurare, almeno per il pacchetto base, tutti i cittadini richiedenti la polizza che siano residenti all'interno della loro area, indipendentemente dall'età o dallo stato di salute. Lo Stato si limita a sovvenzionare le persone a basso reddito e lo fa attraverso un meccanismo che esalta la libertà di scelta del paziente, ovvero tramite un "buono sanità" che viene devoluto direttamente all'assicuratore scelto dal singolo.

L'*Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet)* del 15 gennaio 2006 stabilisce inoltre che venga pagata dal cittadino assicurato una quota legata al reddito. I datori di lavoro contribuiscono facendo un versamento obbligatorio a favore della quota legata al reddito dei propri lavoratori dipendenti.

L'assicurazione sanitaria comprende un pacchetto standard di prestazioni sanitarie che devono essere coperte obbligatoriamente: per esempio, le cure mediche, i ricoveri in ospedale, le cure dentistiche (fino a 18 anni), medicine varie, cure prenatali, trasporto pazienti, cure paramediche.

Gli assicurati possono scegliere tra più assicurazioni in competizione tra loro. Al momento dell'introduzione del nuovo sistema, gli operatori in concorrenza erano quindici. Questi non competono sui prezzi "a valle", stabiliti per legge, e nemmeno sulla tipologia delle prestazioni definite dal pacchetto standard; la concorrenza è basata invece sui prezzi "a monte", ovvero sulla qualità dei servizi e sulla tempestività della risposta. Le assicurazioni possono scegliere i fornitori delle prestazioni sanitarie e concordare con loro le caratteristiche dell'assistenza. Il sistema di rimborso delle singole strutture era basato sino alla riforma su un budget funzionale, rispetto al quale a ogni singola prestazione corrisponde una tariffa decisa dallo Stato, lasciando quindi possibilità di negoziazione solo su aspetti marginali (sconti sui volumi, ecc).

Un cittadino può anche scegliere di comprare un'assicurazione integrativa; in questo caso, le compagnie hanno piena libertà di mercato e hanno la facoltà di selezionare le persone in base al rischio. Un assicurato può scegliere compagnie diverse per l'assicurazione di base e quella integrativa.

Il premio assicurativo standard viene deciso dal Ministero della Salute, ma le compagnie assicurative determinano i costi addizionali; su questi costi le compagnie competono tra loro. Il sistema sanitario, nel suo insieme, è finanziato da tre parti:

- il datore di lavoro paga un contributo legato al reddito che confluisce nel Fondo assicurativo sanitario;
- il governo paga un contributo che finisce anch'esso nel Fondo assicurativo-sanitario;
- l'assicurato paga un premio nominale per l'assicurazione standard direttamente all'as-

12 La descrizione della riforma che segue, utilizza alcune parti del capitolo di Belardinelli e Mingardi (2016). *All'avanguardia nella riforma dello stato sociale: la sanità olandese*. In "Il caso olandese. Lezioni per l'Italia". Istituto Bruno Leoni.

13 Due esempi su tutti sono la classifica stilata da *Health Consumer Powerhouse* e quella consultabile nel rapporto *Meridiano Sanità 2015*.

sicuratore.

Il contributo annuale dei lavoratori nel 2013 è stato fissato al 7,75 per cento del reddito fino a 50.000 euro, e a una quota leggermente inferiore (5,65 per cento) per i lavoratori autonomi. Se un cittadino assicurato nel corso dell'anno non usufruisce di alcun servizio sanitario ha diritto ad avere un rimborso pari a 255 euro. Oltre alla copertura base, le assicurazioni possono offrire pacchetti assicurativi a prezzi maggiori, offrendo prestazioni aggiuntive.

Riassumendo, il sistema olandese è caratterizzato da una copertura "universale" per i cittadini olandesi, da un grado di redistribuzione limitato (impegnando direttamente per una certa quota il cittadino-contribuente-consumatore) e dalla concorrenza sia a monte fra "pagatori" sia a valle fra "erogatori".

Quest'ultimo aspetto è cruciale nel perseguimento di una maggior efficienza del sistema. Anche di recente è stato sottolineato come una maggiore trasparenza sul fronte di prezzi e tariffe possa portare ad avere «prezzi medi inferiori e una spesa inferiore» proprio in una situazione nella quale «gli assicuratori hanno un vantaggio negoziale sugli erogatori e un numero sufficiente di individui paga una fetta sostanziale delle proprie cure di tasca propria».¹⁴

Si tratta di due esempi, quelli cileno e olandese, che vale la pena considerare. Adottare i principi che hanno ispirato questi sistemi avrebbe il merito di rendere sostenibile, oltre che più efficiente ed efficace, un sistema che sostenibile non lo è più.

Conclusioni

L'andamento demografico della popolazione italiana, unito alle condizioni già precarie delle finanze pubbliche del nostro Paese, impongono una riflessione sulla possibilità di intervenire al fine di rendere sostenibile e più efficace il nostro sistema sociale.

Le risorse necessarie a soddisfare le nuove esigenze aumenteranno. Occorre ripensare sia la gestione che il finanziamento della spesa sanitaria e complementare, oggi a carico dei lavoratori, attraverso le tasse, e delle generazioni future, attraverso il debito che viene creato.

Innanzitutto, è auspicabile un intervento normativo che modifichi i trasferimenti a favore delle categorie a rischio, prevedendo controlli più stringenti nei confronti dei beneficiari e forme di differenziazione nell'importo assegnato a seconda del loro disagio. Inoltre, è auspicabile una semplificazione normativa delle procedure di accreditamento delle residenze assistenziali, oggi confuse e disordinate. Non a caso il nostro Paese si distingue oggi dai propri partner per una grave carenza dell'offerta di questo servizio.

Riguardo al finanziamento della spesa, due esperienze di particolare successo, sotto i profili che qui interessano, possono indicarci la direzione da seguire. Dal punto di vista previdenziale, l'abbandono del sistema a ripartizione, come deciso dal Cile a partire dal 1981, appare la scelta più coraggiosa e ragionevole. Dal punto di vista sanitario, la riforma olandese del 2006, che si basa su una assicurazione universale obbligatoria e scommette sulla concorrenza su più livelli (quello del finanziamento, tra compagnie assicurative, e quello dell'erogazione del servizio, tra ospedali) sembra la più adatta ad affrontare le sfide future.

14 "Increasing Transparency in the Pricing of Health Care Services and Pharmaceuticals", Economic and Budget Issues Brief, Washington (DC), Congressional Budget Office, 2008, p. 8, www.cbo.gov.

Questi cambiamenti vanno nella direzione di restringere il perimetro di attività dello Stato, che non si occuperebbe più né della gestione né del finanziamento diretto di questi servizi, salvo che per garantirli anche ai meno abbienti. Data l'elevata spesa pubblica e l'andamento demografico della nostra popolazione, questa appare l'unica scelta sensata, come anche suggerito dal rapporto della Commissione richiamato in apertura.

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.

I Briefing Paper

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.