

Mancanza di trasparenza o mancanza di concorrenza?

Di Paolo Belardinelli e Serena Sileoni

In un'intervista a *Il Fatto Quotidiano* del 12 marzo scorso, il direttore generale di Aifa Luca Li Bassi ha rilasciato alcune dichiarazioni in merito alle modalità con cui si formano i prezzi dei farmaci. A detta del neoministro Li Bassi, sarebbe inaccettabile che il prezzo pattuito con le aziende dei farmaci sia rivelato "solo al ministro della salute" e che gli sconti proposti dalle aziende farmaceutiche non possano essere pubblicati. "Non sappiamo quanto Francia, Germania e qualsiasi altro paese spenda per lo stesso farmaco. Facciamo trattative alla cieca." Inammissibile, perché "senza trasparenza non può esserci vera concorrenza".¹

Il direttore generale ha fatto sapere che il ministero della salute ha quindi inviato, su impulso di Aifa, una proposta di risoluzione sulla trasparenza del prezzo dei farmaci² all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ne discuterà a Ginevra nella prossima assemblea dal 20 al 28 maggio.

Se è certamente positivo che il direttore mostri di avere a cuore la concorrenza nel settore farmaceutico, risulta poco credibile un appello alla maggior concorrenza che oggi tenti di far passare il governo come vittima dei ricatti delle aziende farmaceutiche.

Dopo una breve panoramica del settore farmaceutico italiano, in questo focus si ripercorrono le modalità con cui vengono determinati i prezzi dei farmaci. Come si vedrà, tali modalità sfuggono alla libera dinamica della domanda e dell'offerta e risulta dunque piuttosto facile essere d'accordo con Li Bassi che sembri non esserci autentica concorrenza nel mercato farmaceutico, ma per motivi persino opposti a quelli evocati dal direttore.

Il settore farmaceutico in Italia

Il settore farmaceutico per molti aspetti rappresenta un fiore all'occhiello del nostro Paese. Stando ai dati di Farmindustria, l'industria farmaceutica italiana avrebbe ormai superato la produzione della Germania, 31,2 miliardi di euro dell'industria italiana contro 30 dei tedeschi. La competitività del settore farmaceutico italiano

Paolo Belardinelli è Fellow dell'Istituto Bruno Leoni. Serena Sileoni è Vice Direttore Generale dell'Istituto Bruno Leoni.

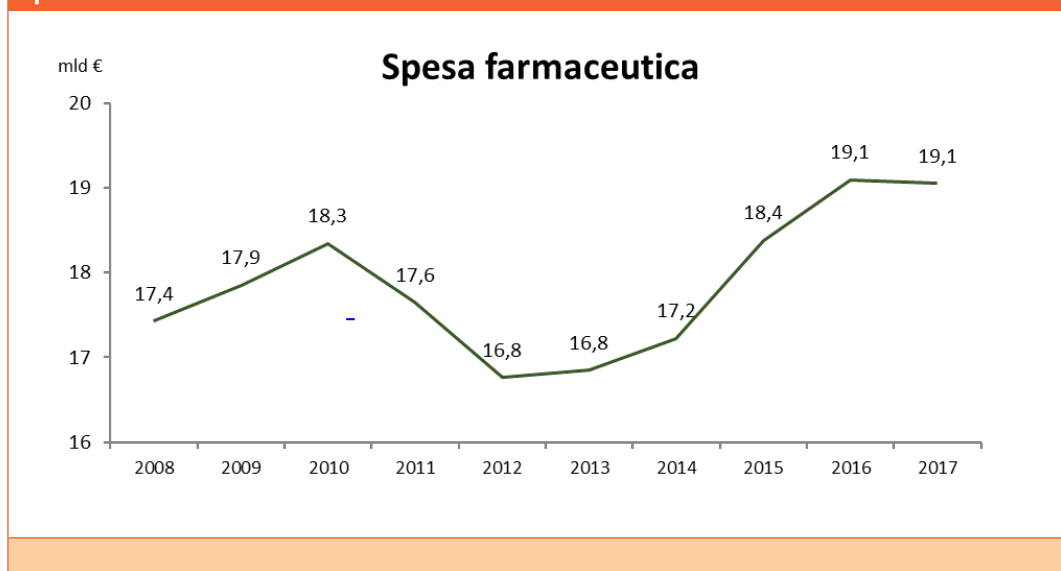
1 Si veda qui: <https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2019/03/12/basta-col-ricatto-sui-prezzi-dalle-case-farmaceutiche/5030301/>, ultimo accesso 23 marzo 2019.

2 Si veda qui: https://www.aboutpharma.com/wp-content/uploads/2019/03/2.draft_resolution-transparency_72VHA.pdf, ultimo accesso 23 marzo 2019.

è ancor più evidente se si guarda agli indicatori più direttamente correlati agli investimenti. Circa un quinto di tutte le sperimentazioni autorizzate in Europa dall'autorità competente europea vengono autorizzate in Italia.³

Già nel 2016 il settore farmaceutico impiegava circa 65.000 addetti, la produzione aveva raggiunto i 30 miliardi di euro, soprattutto grazie all'export che pesava per 21 miliardi (il 71% del totale) e gli investimenti erano pari a 2,7 miliardi di euro (di cui 1,5 miliardi in ricerca e sviluppo).⁴

Nel 2017, circa il 17% della spesa sanitaria pubblica, ovvero 19,1 miliardi di euro, era dedicato alla componente farmaceutica.⁵ Come mostra il grafico che segue, questa componente di spesa è piuttosto altalenante nel tempo.

FIGURA 1**Spesa farmaceutica**

Negli ultimi anni, il governo italiano ha tentato in vari modi di porre un argine all'aumento della spesa farmaceutica.

Lo strumento principale adottato a tal fine dal governo è quello del *payback*, che consiste nel porre a carico dei produttori, ovvero le aziende farmaceutiche, parte della spesa farmaceutica, in particolare il 50% degli scostamenti dai tetti di spesa fissati a inizio anno. Si tratta di una riduzione della spesa di circa 5 miliardi di euro nel periodo 2013-2017. Dopo ricorsi e contenziosi sorti perlopiù in conseguenza del complesso metodo di calcolo utilizzato, con il decreto semplificazioni si è stabilizzato il meccanismo e si è messo fine al contenzioso per gli anni dal 2013 al 2018. In particolare, si è stabilito che per il periodo 2013-2017 le imprese ritirino tutti i ricorsi in atto e paghino gli importi di *payback* ancora dovuti: circa 2,4 miliardi (una somma inferiore a quella inizialmente calcolata da Aifa che superava i 3

3 Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica

4 Quotidiano Sanità. 21 giugno 2017. I numeri dell'industria farmaceutica. Link: http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?approfondimento_id=9647, ultimo accesso 27 gennaio 2019.

5 Fonte: elaborazione su dati MEF, Monitoraggio della Spesa Sanitaria. I 19,1 miliardi di euro di spesa farmaceutica pubblica sono al lordo del *payback* ma non comprendono la spesa per compartecipazione dei privati per farmaci, pari a circa 0,5 miliardi.

miliardi). Per il 2018 si prevede una riduzione del 12,5% sul *payback* che stabilirà Aifa. Tale strumento è adottato in barba ai principi di buona amministrazione che vorrebbero si adottasse un equo trattamento nei confronti di tutti i soggetti giuridici e si perseguisse la certezza del diritto e un buon grado di prevedibilità delle regole.⁶ Il governo è tutt'altro che vittima e non manca di far valere la sua forza coercitiva sulle aziende farmaceutiche.

Nondimeno, il *payback* non rappresenta l'unico strumento adottato per risparmiare risorse a discapito delle aziende farmaceutiche, in particolare di quelle che fanno innovazione. Dal 2001, la rimborsabilità dei medicinali non più coperti da brevetto è legata al prezzo del generico avente la stessa composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di cessione, nonché lo stesso numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali. Introdotto dalla legge 405/2001, lo scopo di questo intervento era appunto il contenimento della spesa pubblica farmaceutica. Esso prevedeva che il farmacista, nel caso in cui il medico, all'atto della prescrizione, non avesse apposto l'indicazione di non sostituibilità, avrebbe informato l'assistito della presenza di farmaci equivalenti a un prezzo inferiore rispetto a quello del farmaco prescritto. Nell'ipotesi in cui il farmaco fosse stato dichiarato come non sostituibile dal medico o l'assistito non avesse accettato di acquistare l'equivalente dal prezzo inferiore, il maggior costo sarebbe stato a carico dell'assistito. Con il decreto legge n. 95/2012 (decreto Balduzzi), convertito in legge n. 135/2012, sono state introdotte delle modifiche alla disciplina della prescrizione dei farmaci, prevedendo ulteriormente che il medico indichi nella ricetta la sola denominazione del principio attivo e che il farmacista sia tenuto, in ogni caso, a informare il paziente della presenza di farmaci generici a minor costo. Il decreto Balduzzi, per la verità, più che arginare l'aumento della spesa pubblica (che già finanziava solo il prezzo dell'equivalente) ebbe come unico effetto reale la potenziale riduzione dell'autonomia del medico, oltre a quello di redistribuire le quote del mercato dei farmaci a favore degli equivalenti, orientando le scelte dei pazienti senza alcun risparmio per le casse dello Stato, come abbiamo già rilevato dall'Istituto Bruno Leoni ai tempi della sua introduzione.⁷

Prima ancora però che nelle strategie di contenimento della spesa farmaceutica, il controllo della spesa pubblica nel settore viene ottenuto attraverso la stessa modalità di individuazione del prezzo, che è fortemente regolato.

Forse anche per questo insieme di fattori, il livello dei prezzi dei farmaci in Italia è, comparativamente parlando, invidiabile, almeno nella prospettiva dello Stato-pagatore. Diversi studi hanno confermato nel tempo che il governo italiano paga prezzi inferiori a quelli di molti paesi europei.⁸ I due grafici che seguono mostrano che, nel caso dei prezzi a ricavo

6 Per una trattazione più completa, si veda Paolo Belardinelli. 13 marzo 2019. *Payback farmaceutico: come funziona e cosa si può fare per eliminarlo*. IBL Briefing Paper. Milano: Istituto Bruno Leoni. http://www.brunoleonimedia.it/public/BP/IBL_BP_174-Payback.pdf, ultimo accesso 23 marzo 2019

7 Si veda Serena Sileoni. 2012. *La ricetta del ministero: gli effetti collaterali della nuova disciplina delle prescrizioni*. IBL Briefing Paper. Milano: Istituto Bruno Leoni. https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/Oggetti_Correlati/Documenti/Imprese/BRUNO_LEONI_GENERICI.pdf?uuid=Abbfj7G, ultimo accesso 23 marzo 2019.

8 Per esempio, si vedano: Claudio Jommi. 2007. *Il confronto internazionale tra prezzi dei farmaci: aspetti metodologici, principali risultati in letteratura e studio osservatorio farmaci*. Astrid e Cergas.

Cergas Bocconi. Dicembre 2012. *Confronto internazionale tra prezzi a ricavo industria dei farmaci rimborsabili (classe a e h): un aggiornamento al 2012*. Milano, Cergas Bocconi.

dell'industria, i nostri principali partner europei in media pagherebbero prezzi superiori del 14% a quelli italiani e, nel caso degli acquisti ospedalieri dei farmaci il sovrapprezzo dei nostri partner sarebbe pari al 10%. Solo il Regno Unito, in questo secondo caso, paga prezzi inferiori ai nostri in misura del 2%.⁹

FIGURA 2
Prezzi a ricavo industria (retail)

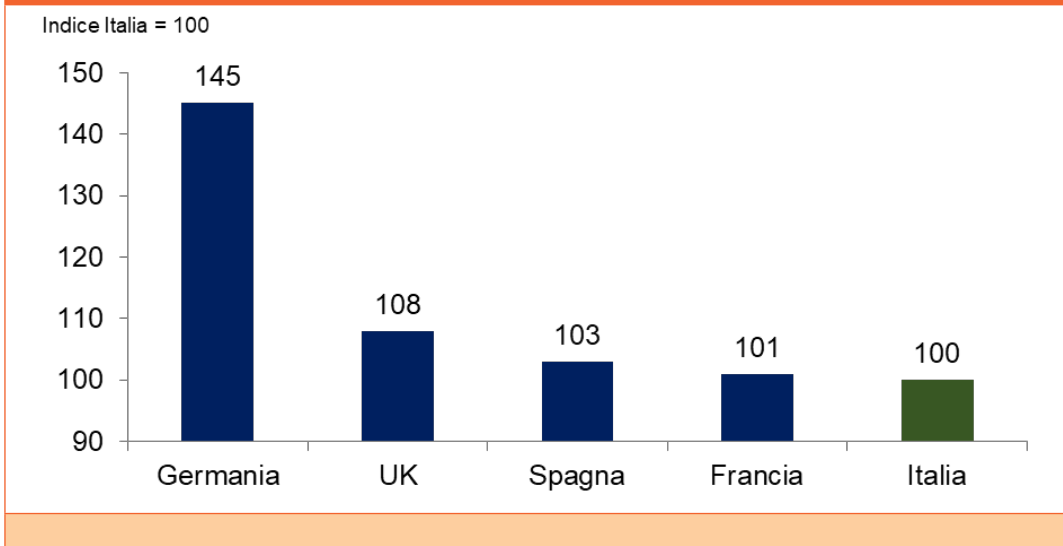
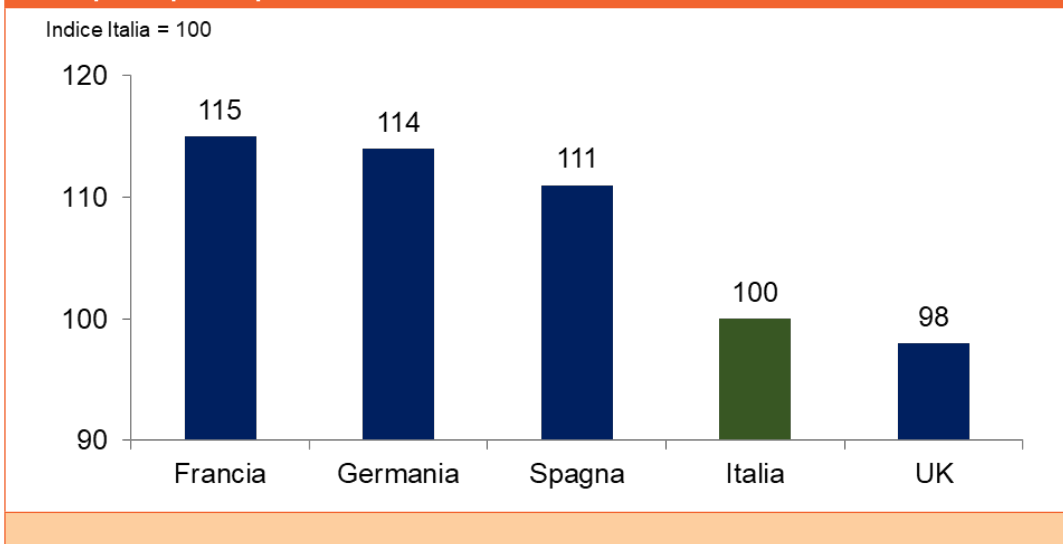


FIGURA 3
Prezzi per acquisti ospedalieri



A questo punto, occorre capire meglio come si formano i prezzi dei farmaci in Italia.

I prezzi dei farmaci

Il commercio e la distribuzione dei medicinali sono fortemente regolati dalla mano pubblica, con l'obiettivo dichiarato di tutelare la salute degli individui, riconosciuta come diritto

fondamentale dalle Costituzioni contemporanee e dai più importanti trattati internazionali.¹⁰ Una buona parte della vasta e pervasiva regolamentazione dei farmaci riguarda la loro messa in commercio, per garantire la sicurezza del farmaco e la sua commercializzazione a un prezzo che comporti il minor esborso di denaro per lo Stato.

Preliminari alla messa in commercio sono infatti una serie di attività di controllo e regolazione volte da un lato a verificare la sicurezza del farmaco in questione, dall'altro a stabilire un prezzo-tariffa dei farmaci il cui costo viene coperto dalle casse pubbliche. L'effetto economico di questo regime di regolamentazione dei prezzi è la creazione di un monopsonio, ossia di una condizione, speculare al monopolio, in cui è la domanda ad essere concentrata in uno o pochi acquirenti mentre l'offerta risulta frammentata. Nella ricerca del prezzo "accettabile" per il monopsonio pubblico concorre infatti, più che la capacità di spesa del paziente (che entra in gioco solo in presenza di meccanismi di copayment quale in Italia è il ticket), la capacità di spesa dello Stato. È infatti lo Stato a farsi carico delle spese dei medicinali che verranno o utilizzati nelle strutture sanitarie pubbliche o rimborsati a particolari categorie di soggetti che per motivi di reddito e/o condizioni personali hanno diritto alle cure gratuite o parzialmente rimborsate. In definitiva, l'individuazione del prezzo della specialità medicinale viene largamente sottratto all'incontro fra domanda e offerta.

Invocare la "vera concorrenza" e la trasparenza in riferimento a questo processo appare persino ridicolo. Quasi ovunque, il governo costituisce un monopsonio, che acquista, direttamente o indirettamente, la maggior parte delle specialità farmaceutiche e in questo modo gli acquirenti pubblici sono in grado di imporre prezzi spesso al di sotto dei valori "di mercato".

La conseguenza immediata di questa pratica è che uno stesso prodotto di un'unica casa farmaceutica è reperibile a prezzi diversi in paesi diversi, tanto che come conseguenza della pratica commerciale di importazione ed esportazione all'interno dello spazio economico europeo per trarre profitto dai differenziali di prezzo si crea il cosiddetto "mercato parallelo".

Ciò dipende, come detto, dal fatto che i prezzi vengono "falsati" dalle negoziazioni dei governi, che tuttavia seguono criteri differenti da paese a paese. Ci sono paesi in cui i prezzi sono liberamente determinati dal produttore ma la spesa farmaceutica è indirettamente controllata, come nel Regno Unito, dove il governo vigila attraverso il controllo dei profitti dei produttori e delle farmacie; e paesi dove invece i prezzi sono negoziati a livello centrale tra il produttore e un'agenzia apposita. Per quanto riguarda l'Italia, fin dal testo unico sulle leggi sanitarie del 1934 il prezzo dei medicinali è controllato dal governo.

Attualmente, l'art. 48 della legge n. 326 del 2003 assegna la cura della negoziazione del prezzo tra lo Stato e le aziende farmaceutiche all'Aifa, prima affidata al ministero della salute, secondo i criteri indicati nel dettaglio da una delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica del primo febbraio 2001, ancora usata come riferimento regolatorio. In particolare, la negoziazione del prezzo massimo (su cui poi ospedali e azien-

¹⁰ Cfr. art. 25 Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, dove si parla peraltro espressamente del diritto alle cure mediche, art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, art. 35 Carta europea dei diritti fondamentali, in cui anche in questo caso si parla espressamente di diritto ad ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali, art. 2 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo che, pur riferendosi al diritto alla vita, è stato interpretato dalla Corte anche come diritto alla salute (v. ad esempio Powell vs Royaume-Uni, n. 45305/99).

de sanitarie potranno concordare ulteriori sconti) avviene tenendo conto dei seguenti criteri: 1) rapporto costo/efficacia positivo: il medicinale è ritenuto utile per il trattamento di patologie per le quali non esiste alcuna terapia efficace, o fornisce una risposta più adeguata rispetto a farmaci già disponibili per le medesime indicazioni terapeutiche; 2) rapporto rischio/beneficio più favorevole rispetto a farmaci già disponibili per le stesse indicazioni; 3) valutazione dell'impatto economico sul SSN; 4) miglior rapporto costo terapia /die a confronto con prodotti della stessa efficacia; 5) stima delle quote di mercato acquisibili; 6) confronto con i prezzi e i consumi degli altri Paesi europei. Si tratta di criteri che equilibrano le esigenze di domanda terapeutica e di bisogno di cure con le disponibilità finanziarie dello Stato, al punto che, secondo la delibera sopra citata, «l'Amministrazione, in fase di contrattazione del prezzo, dovrà tenere conto, sulla base dei presumibili dati di consumo, anche della spesa per l'assistenza farmaceutica riconosciuta in fase di riparto dei fondi destinati al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale».

Al momento dell'autorizzazione al commercio, l'Aifa dunque assegna la classe di rimborsabilità del farmaco. Per questa si intende l'attribuzione del costo del farmaco a carico del sistema sanitario nazionale (classe A e H) o a carico del cittadino (classe C). Per i farmaci rimborsabili, sempre in occasione dell'autorizzazione il prezzo viene determinato tramite un processo di negoziazione tra l'Aifa e l'azienda titolare dell'autorizzazione al commercio, in pratica il produttore.

Chiaramente, con la fissazione del prezzo, l'acquirente unico dei farmaci fa pesare tutto il suo potere di mercato così da poter estrarre ciò che gli economisti chiamano la rendita di monopsonio, senza considerare che, essendo l'acquirente unico anche il regolatore, la negoziazione è effettuata non solo secondo i canoni di mercato, ma tenendo conto delle esigenze e coperture di spesa dell'acquirente. Non a caso, è sempre l'Aifa ad essere responsabile del mantenimento dell'equilibrio economico relativo al tetto fissato per la spesa farmaceutica convenzionata e ospedaliera (risultato che raggiunge, come sopra accennato, con l'applicazione delle misure di *payback* e l'incentivazione all'impiego dei farmaci equivalenti).

Se una delle parti al tavolo delle negoziazioni per i prezzi dei farmaci è più forte dell'altra, dunque, questa parte è sicuramente quella in cui attualmente siede il direttore generale Li Bassi.

I prezzi dei farmaci non rimborsabili sono invece determinati dall'azienda titolare dell'autorizzazione. Anche se solo per le prime due categorie sono impegnate le casse statali, al fine di garantire il diritto alla salute tramite un adeguato accesso ai farmaci l'Aifa controlla anche il prezzo dei farmaci di classe C, verificando che l'eventuale aumento avvenga solo all'inizio di ogni anno dispari. Stessa regola vale per i farmaci senza obbligo di prescrizione. Anche in questo caso, il prezzo può essere aumentato solo nel mese di gennaio di ogni anno dispari e i produttori devono indicare il prezzo massimo di vendita al pubblico.¹¹

Come già accennato, dalle differenze di prezzo create dai vari governi monopsonisti in Europa deriva lo spazio per il commercio parallelo: la differenza del prezzo di mercato di un medicinale a seconda del paese in cui viene venduto è alla base di un mercato "parallelo", dove i profitti sono ricavati dall'acquisto di uno stesso medicinale in un paese in cui ha un

11 È stata invece abrogata dal Decreto Bersani (d.l. 223/2006 convertito in legge n. 248/2006) la possibilità per le farmacie pubbliche e private di vendere farmaci senza obbligo di prescrizione medica e di automedicazione con uno sconto massimo del 20% sul prezzo massimo stabilito dall'azienda titolare.

prezzo inferiore e la rivendita in un altro in cui, invece, ha un prezzo superiore.

Il ricorso al mercato parallelo è incoraggiato dalle istituzioni comunitarie e molto apprezzato da quasi tutti gli Stati membri, che in questo modo magari sperano di estrarre quella parte di rendita di monopsonio che non sono riusciti ad aggiudicarsi, quale che ne sia la ragione.

Il commercio si definisce parallelo rispetto al tradizionale canale di vendita in quanto i governi acquistano il farmaco rimborsabile da intermediari che, a loro volta, lo hanno acquistato in un paese dove ha un prezzo imposto comparativamente basso, per rivenderlo in un paese dove il prezzo, imposto dallo stesso governo-acquirente, è superiore.

Gli Stati importatori incoraggiano il mercato parallelo come tentativo di abbassare ulteriormente, per il paziente solvente o per il servizio sanitario, i prezzi dei farmaci, attraverso la concorrenza tra farmaci che hanno prezzi imposti e farmaci che, in quanto importati, non sono sottoposti alla determinazione del prezzo da parte delle autorità nazionali e che quindi possono essere immessi nel mercato ad un prezzo superiore rispetto a quello applicato nel paese importatore, ma anche inferiore rispetto al prezzo dei farmaci non paralleli. In sostanza, lo stesso governo che ha imposto un prezzo di un medicinale comparativamente alto cercherà di evitare di pagare quel prezzo, comprando il medicinale ad un prezzo inferiore nel canale del mercato parallelo.

Gli Stati esportatori, invece, possono incoraggiarlo come voce ulteriore di esportazione, e quindi come attività economica in grado di aumentare il PIL nazionale e il relativo gettito fiscale. In effetti, uno Stato esportatore sul mercato parallelo dei farmaci sta tassando i contribuenti di un paese terzo, attraverso i profitti di un produttore farmaceutico sito all'interno dei suoi confini. Ma il movente fiscale non è l'unico né, probabilmente, il più potente. Alcuni governi infatti vi vedono così un'opportunità per migliorare la bilancia commerciale con l'estero.

Se il governo Italiano fosse vittima delle case farmaceutiche nazionali, come sembra suggerire il direttore di AIFA evocando la necessità di una maggiore trasparenza a beneficio collettivo, si dovrebbe osservare una tendenza più accentuata che altrove a ricorrere a medicinali prodotti in altri paesi. In realtà, presumibilmente anche per via dei prezzi inferiori che si sono mostrati in precedenza, l'Italia, insieme a Spagna, Grecia e, in misura inferiore, Belgio e Francia si trova tra i paesi esportatori di farmaci, mentre sono paesi importatori il Regno Unito, la Germania e i Paesi scandinavi.

Non servono comunque "controprove" per intuire che, se il mercato dei farmaci è un mercato fortemente regolato e segmentato, la negoziazione del prezzo con il monopsonista difficilmente è compatibile con una opacità imposta dalle case farmaceutiche, come evocato dal direttore generale dell'Aifa.

Che le clausole di riservatezza richieste dalle case farmaceutiche a fronte di ulteriori sconti sul prezzo negoziato (sconti che vanno a beneficio dello Stato-acquirente) sia da considerare un inaccettabile ricatto foriero di una condizione di operatività alla cieca per Aifa, come accusato da Li Bassi e riportato all'inizio di questo paper, risulta infatti una ricostruzione quanto meno ardita, nell'ambito delle complessive condizioni di negoziazione tra le stesse e il monopsonista/regolatore. E risulta ardita per tre motivi.

In primo luogo, dire che l'entità degli sconti eventualmente praticati sia ignota è cosa diversa da dire che non sia pubblica, mentre le dichiarazioni del direttore dell'Aifa sembrano, nel loro intento, confondere le due questioni. E' vero infatti che gli sconti non sono pubblica-

ti. Non lo sono ad esempio in Gazzetta Ufficiale. Non sono quindi noti a noi fruitori del servizio pubblico sanitario o alle imprese farmaceutiche concorrenti. Ma lo sono certo agli operatori, lo sono alle Asl e lo sono alle regioni che poi pagano il prezzo del medicinale, così come, ovviamente, lo sono all'Aifa. Dire quindi che l'amministrazione sanitaria procede alla cieca è quantomeno sbagliato, proprio perché la non pubblicazione ufficiale degli sconti è cosa molto diversa dalla mancata conoscenza da parte dei soggetti pubblici coinvolti nelle procedure di acquisto e pagamento. D'altro canto, e in secondo luogo, se gli sconti fossero pubblicizzati e pubblicati, diventerebbero di fatto il prezzo definitivo di acquisto: non più uno sconto negoziato, ma una sorta di prezzo di listino, della cui conoscenza a trarne vantaggio saranno prima di tutte le imprese, e non l'Aifa né i pazienti/utenti del servizio sanitario. Difatti, se per i pazienti che usano farmaci rimborsati sapere il costo del farmaco è poco significativo, lo è molto invece per le imprese: soprattutto nei mercati oligopolistici, infatti, più i prezzi di mercato - a causa di sconti ufficializzati - vengono resi trasparenti e visibili, e più ogni nuovo concorrente può avere gioco facile con l'Aifa, allineandosi ai prezzi già in vigore da parte delle aziende che hanno già negoziato il proprio prezzo ed evitando quindi di concedere ulteriori riduzioni. A ben pensarci, Li Bassi dovrebbe concludere che se c'è una posizione contrattuale che viene rafforzata dalla riservatezza sugli sconti è proprio quella dell'Aifa, che può tenere riservato a chi entra sul mercato il reale prezzo di acquisto delle imprese già presenti, e dunque acquisire un maggiore potere negoziale in sede di contrattazione. In terzo luogo, nelle dichiarazioni di Li Bassi sembra anche emergere la necessità di conoscere gli sconti praticati all'estero. Si tratta, in verità, di un falso problema: come si è detto nel paragrafo precedente, ogni Stato ha un proprio modo di individuare il prezzo dei farmaci, e non è affatto detto che tutti si conformino alla regolazione e alla prassi italiana.

Resta quindi difficilmente comprensibile perché Li Bassi abbia voluto screditare inutilmente quel settore economico che, in fondo, è complice con il sistema sanitario nazionale della effettiva tutela della salute degli italiani. A meno di non voler pensare che, brandendo il feticcio della trasparenza, abbia voluto adottare una ormai trita strategia per scaricare su quel settore la responsabilità della difficoltà di dare copertura finanziaria ai servizi sanitari da parte di uno Stato in perenne crisi fiscale e delirio di onnipotenza.

IBL Focus

Chi Siamo

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

Cosa Vogliamo

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