

Dinamiche del welfare mix nel Sud Europa

Ana Guillén, Maria Petmesidou

RPS

L'articolo esamina l'evoluzione del sistema misto pubblico-privato di welfare nei paesi del Sud Europa a partire dai primi anni '90. La sfida delle riforme, le svolte politiche e i risultati raggiunti sono esaminati brevemente alla luce delle spinte interne e dello sviluppo dell'integrazione europea. L'analisi, che si concentra in particolare su Grecia e Spagna con l'aggiunta di dati comparativi riguardanti Portogallo e Italia, comprende i quattro campi principali della

politica sociale (previdenza, sanità, assistenza sociale e mercato del lavoro/politica dell'occupazione). Nella prima parte del brano vengono descritte le principali traiettorie e riforme politiche, mentre nella seconda e nella terza parte si esaminano brevemente le tendenze relative ai finanziamenti e ai modelli di spesa, alla struttura istituzionale, alla regolazione e alla distribuzione del welfare sociale con riferimento ai processi di decentramento (e di regionalizzazione).

1. Introduzione

L'articolo prende in esame l'evoluzione del sistema misto pubblico-privato di welfare nei paesi del Sud Europa nel contesto dell'integrazione europea. I paesi del Sud Europa hanno conosciuto un'intensa fase di espansione del *social welfare* per gran parte degli anni '80, ma presto si sono trovati di fronte a seri vincoli fiscali, che sono diventati ancora più pressanti quando i paesi in questione hanno abbracciato il progetto di diventare membri dell'Unione monetaria europea. Tale scelta ha costituito un notevole freno alle tendenze espansionistiche del welfare state negli anni '80, e ha reso necessaria l'introduzione di vaste riforme sociali a tutti i livelli.

La sempre più ampia letteratura sul welfare mediterraneo dell'ultimo decennio evidenzia molte caratteristiche comuni della protezione sociale in Italia, Spagna, Portogallo e Grecia, come ad esempio il «ritardo» con cui i paesi in questione hanno sviluppato accordi in materia di welfare rispetto ai paesi dell'Europa nord-occidentale, il ruolo chiave dell'istituzione famiglia/unità familiare come luogo di compensazione

per la redistribuzione delle risorse, l'onerosità dei trasferimenti sul bilancio sociale con un forte pregiudizio nei confronti delle pensioni, l'eccessivo peso attribuito alle donne nella fornitura dei servizi e un'assistenza sociale frammentata e fondata sull'emergenza, che lascia privi di protezione molti gruppi bisognosi. Si possono tuttavia osservare differenze significative nel modo in cui ciascun paese ha finora risposto alle pressioni a favore della riforma del welfare.

Dopo aver messo in luce, nella prima parte dello studio, le principali tendenze riformistiche a partire dai primi anni '90, nella seconda parte solleviamo alcune questioni cruciali relative al finanziamento del *social welfare*, mentre nella terza parte ci concentriamo su alcuni aspetti della regolazione e dell'erogazione dei servizi nei settori della previdenza, della sanità, dell'assistenza e della politica del lavoro, con brevi cenni alle tendenze verso il decentramento. Infine lo studio analizza le molteplici variazioni tra i paesi del Sud Europa (e al loro interno), ad esempio nei percorsi e nel grado di copertura delle nuove disposizioni politiche che riguardano il confine pubblico-privato e la governance della politica sociale.

2. Principali tendenze delle riforme

Analizzando i dati relativi alle riforme di ciascun paese possiamo affermare che, nella corsa all'euro, i paesi del Sud Europa hanno assunto dinamiche socio-politiche caratterizzate da processi di cambiamento più o meno condivisi o, al contrario, da forte impasse e da stallo politico. Si possono così osservare differenze significative per quanto riguarda la tempistica, la portata e l'efficacia delle riforme. Senza dubbio la Grecia ha avuto meno successo nel tentativo di realizzare una dinamica consensuale di riforma. Il Portogallo mostra alcune somiglianze con la Grecia ma, nella seconda metà degli anni '90, il paese ha conosciuto significativi cambiamenti che hanno consentito l'introduzione di criteri universalistici nel sistema di protezione sociale. La Spagna e l'Italia hanno entrambe subito forti spinte favorevoli al cambiamento, e tuttavia nei due paesi la dinamica delle riforme si differenzia per i tempi e per le procedure.

In Grecia l'influenza dell'Unione europea è stata tanto forte quanto ambivalente. I vincoli fiscali e l'emergente dimensione sovranazionale della regolazione politica hanno influenzato in misura significativa gli obiettivi e le priorità. Tuttavia, al contrario degli altri paesi del Sud

Europa dove l'europeizzazione ha innescato (e legittimato) un processo di razionalizzazione che a sua volta ha generato significativi cambiamenti nel sistema di protezione sociale, in Grecia tali effetti sono rimasti limitati. Raggiungere in tempi rapidi i requisiti specifici in materia di contenimento salariale e di riduzione del deficit ha rappresentato la priorità politica assoluta del partito socialista greco al potere per gran parte degli anni '90 e nei primi anni del 2000. Non è emersa però alcuna importante piattaforma di concertazione sociale come presupposto di una riforma radicale capace di contenere gli squilibri distributivi intrinseci (a quella priorità politica, *n.d.r.*) e di promuovere una razionalizzazione politica e amministrativa. Il decentramento (relativo ai programmi e alle politiche sociali) procede con grande lentezza, e la prospettiva di una governance multilivello sembra modesta. Una tradizione di forme di organizzazione sociale statalista-paternalista – ampiamente esaminata dalla letteratura disponibile (ad esempio Petmesidou e Mossialos, 2006) –, che in questo paese si è sempre associata a relazioni industriali fortemente politicizzate e conflittuali, ha contribuito a creare una situazione di stallo politico e di impasse delle riforme.

La liberalizzazione del mercato del lavoro e il contenimento salariale sono stati introdotti dai successivi governi socialisti in maniera poco lineare e unilaterale. Tali cambiamenti sono stati accompagnati da modesti incrementi in termini di sostegni e di servizi, in particolare quando il governo ha cercato di porre rimedio ad una disoccupazione cresciuta in misura considerevole nel corso degli anni '90, al permanere di alti tassi di povertà e al forte deterioramento dei livelli di reddito per un ampio numero di anziani. Inoltre il governo ha offerto incentivi per la regolarizzazione del lavoro informale¹ e, alla fine degli anni '90, ha introdotto per la prima volta misure volte a favorire l'adozione di politiche attive del lavoro e la creazione di agenzie dell'impiego private.

Particolarmente difficile si è dimostrata la riforma delle pensioni, malgrado l'urgenza determinata dai problemi macroeconomici legati alla previdenza sociale. Per far fronte alla situazione determinata dal peggioramento delle tendenze demografiche che, senza interventi correttivi, avrebbero portato la spesa per le pensioni a un livello pari al 24,8% del Pil entro il 2050 (il doppio del livello medio previsto per l'Ue-25), nella primavera del 2001 sono state proposte drastiche misu-

¹ Che tuttavia resta relativamente alto (nel primi anni del 2000 era pari a circa il 30% del Pil, Schneider, 2002).

re volte a ridurre i benefici e ad aumentare l'età pensionabile. Il progetto ha incontrato però la forte opposizione dei sindacati, e il governo è stato costretto ad accantonarlo. L'anno successivo il Parlamento ha approvato una versione più moderata della riforma, che prevede tra l'altro la costituzione di un secondo pilastro (occupazionale).

La perenne debolezza di assistenza sanitaria, di equità, di efficienza e di politiche mirate al contenimento dei costi ha ridotto il Servizio sanitario nazionale greco (istituito nel 1983) a un livello di efficienza decisamente inferiore rispetto a quelli della Spagna e dell'Italia. Un ambizioso piano di revisione del Servizio sanitario nazionale, annunciato dal governo del Pasok nell'estate del 2000, si è scontrato (ancora una volta) con il forte veto opposto dalla comunità medica e con i privilegi sparsi in modo discrezionale lungo la linea di demarcazione pubblico-privato. Non sorprende che la spesa per la sanità privata sia aumentata rapidamente nel corso del decennio passato.

In Spagna la prima riforma mirata alla razionalizzazione del sistema pensionistico risale al 1985. In seguito sono stati attuati interventi significativi per ridurre le differenze nei livelli di protezione in materia di assistenza sanitaria (1986), di pensioni sociali a favore degli anziani e dei disabili (1990) e di assistenza sociale (schemi di reddito minimo sono stati introdotti a livello regionale tra il 1989 e il 1994). Il Trattato di Maastricht, però, ha modificato in maniera sostanziale tanto l'approccio teorico quanto le modalità dell'intervento pubblico. E abbiamo visto come la Spagna abbia saputo svolgere al meglio i suoi compiti e sia stata in grado di avviare un processo di convergenza per accedere all'Unione economica e monetaria (Uem) nel modo più fluido e organizzato possibile.

Gli anni '90 hanno conosciuto due ondate di flessibilizzazione del mercato del lavoro. Della prima ondata (1993-1994) facevano parte diverse misure volte a promuovere la creazione di posti di lavoro e a ridurre entro certi limiti le barriere contro il licenziamento (Ces, 1994). La riforma del 1993 ha provveduto anche a legalizzare le agenzie per l'impiego private non-profit, ponendo così fine al monopolio pubblico. La seconda ondata di riforme è stata avviata dal neo-eletto governo del *Partido Popular* (Pp), salito al potere nel 1996 dopo 16 anni di dominio socialista. C'è stata la prima riforma consensuale del mercato del lavoro. Con essa sono stati introdotti contratti a tempo determinato (*open-ended contracts*), la modifica dei contratti part-time e, per la prima volta dall'avvento della democrazia, una significativa riduzione dei costi dovuti alle eccedenze di manodopera.

Le politiche di tutela della disoccupazione sono state riformate nel 1992 in maniera drasticamente restrittiva. I tassi di copertura sono scesi rapidamente dall'80,3% del 1992 al 50,7% del 1995 (Ministerio de Trabajo, 1996, p. 803). Dopo quella data, e fino alla fine dello scorso decennio, è diminuita anche la crescita della spesa per politiche di attivazione (Gutiérrez e Guillén, 2000). Nel 2000 è stata introdotta un'indennità per l'integrazione attiva dei disoccupati maturi di lungo periodo. Due anni dopo è stata approvata una versione ammorbidita di una controversa proposta di riforma intesa a favorire la mobilità geografica e a limitare la possibilità di rifiutare le offerte di lavoro (Ces, 2001 e 2003). Una nuova, più ampia, riforma del mercato del lavoro, concordata dalle parti sociali nel 2006, mira alla riduzione dell'impiego temporaneo (Ces, giugno-luglio 2006).

Intorno alla metà degli anni '90 le preoccupazioni riguardanti la sostenibilità futura del sistema pensionistico pubblico, in un contesto di austerità e di rapido invecchiamento della popolazione, erano cresciute a un punto tale da consigliare la costituzione di una commissione parlamentare. Dopo un anno di consultazione la commissione stabilì che il sistema esistente non avrebbe dovuto essere modificato radicalmente, e suggerì una serie di raccomandazioni mirate ad assicurare la futura attuabilità della riforma. A questa impostazione, che si sarebbe poi sostanziata nel Patto di Toledo del 1995, aderirono prontamente sia i sindacati sia le associazioni dei datori di lavoro. Il patto di Toledo ha ispirato fino a oggi la riforma delle pensioni.

In linea con il Patto di Toledo, nel 1996 è stato raggiunto un nuovo accordo per la razionalizzazione della previdenza (trasformato in legge nel 1997), che prevede tra l'altro la restrizione dei criteri di calcolo delle pensioni contributive. Al fine di attenuare gli effetti complessivi di questa misura è stato concordato un aumento delle pensioni più basse e di quelle dei lavoratori con un elevato numero di contratti temporanei (Chulià, 2006). In altri termini, la riduzione dei diritti dei lavoratori *core* è stata accompagnata da un (modesto) miglioramento delle condizioni dei lavoratori *non-core*. Su una linea analoga si è mossa la normativa più recente sulle pensioni (del 1999, 2001 e 2006) (Ces, 2000; 2002; Ces, agosto-settembre 2006), mentre i successivi patti sociali hanno migliorato ulteriormente la tutela dei lavoratori *non-core* (cioè lavoratori part-time, lavoratori autonomi e lavoratori temporanei). È stato inoltre creato un fondo di riserva. Nel 1989 sono stati introdotti piani personali, analoghi a quelli del settore privato, che da allora sono cresciuti notevolmente sia in termini di copertura, sia in

termini di capitale accumulato. Non sono invece cresciute in misura significativa le pensioni complementari del secondo pilastro (Ces, 2006). Nel 2002 il pilastro delle pensioni private è stato ulteriormente rafforzato attraverso l'incremento delle esenzioni fiscali (Ces, 2003).

All'inizio degli anni '90 è stato completato il passaggio dall'assicurazione sanitaria alla copertura universale: il Sistema sanitario nazionale spagnolo è diventato realtà. Tuttavia sono rimaste vive le preoccupazioni relative all'aumento della spesa che risalivano alla fine degli anni '80, cioè al momento in cui la spesa sanitaria aveva iniziato rapidamente a crescere.

Il Sistema sanitario nazionale spagnolo è stato riformato negli anni successivi con l'introduzione, ad esempio, di accordi di programma e piani di finanziamento degli ospedali, con l'ampliamento delle possibilità di scelta dei medici di base e degli specialisti e l'avvio di alcune blande misure in favore della concorrenza (Cabiedes e Guillén, 2001). Il processo di decentramento del sistema sanitario è stato completato nel 2001, e oggi tutte le diciassette regioni autonome possono contare sul proprio sistema sanitario. Il tutto è stato affiancato da un nuovo accordo sul finanziamento regionale e da un nuovo statuto per le professioni sanitarie. Nel 2003 è stata approvata una legge sulla coesione e la qualità, che mira ad assicurare l'equità su base territoriale e un livello minimo di qualità nella distribuzione dell'assistenza sanitaria.

Di particolare importanza sono anche due leggi approvate di recente. La prima, che riguarda la parità di genere ed è stata emanata nel 2007 facendo seguito alle raccomandazioni dell'Unione europea, mira all'introduzione di misure atte a garantire la parità delle donne nel mercato del lavoro e nella sicurezza sociale, e anche nelle condizioni d'accesso a beni e servizi. La seconda consente la creazione di un Sistema nazionale di assistenza pubblico, con copertura universale per tutte le persone bisognose. La sua messa in opera, iniziata nel gennaio 2007, dovrebbe essere completata entro il 2014.

Anche il Portogallo e l'Italia hanno tratto un sostanziale beneficio dalla concertazione sociale. In Portogallo l'Intesa strategica del 1996 (sotto il governo socialista salito al potere dopo 10 anni di dominio del centro-destra) costituisce una pietra miliare negli accordi negoziati su materie come la politica dei redditi, la regolazione degli orari di lavoro, la riduzione della tassazione sulle fasce di lavoratori con reddito basso, l'ampliamento della tutela contro la disoccupazione e la promozione di nuove politiche dell'occupazione mirate a diversi gruppi

sociali (Guillén e al., 2003, pp. 258-61). Ma il passo di gran lunga più importate è stata l'introduzione, alla fine degli anni '90, di uno schema di reddito minimo a livello nazionale. Uno schema che ha assunto non solo un forte valore simbolico ma anche un ruolo paradigmatico, dando origine al cambiamento di percorso che ha avuto luogo a partire da metà degli anni '90 (Adào e Silva, 2003).

All'inizio del 2000 sono stati istituiti i fondi pensione privati su base volontaria, con incentivi fiscali e misure di controllo dei costi (criteri più rigidi per il calcolo dei redditi pensionabili e restrizione delle norme in materia di indicizzazione e di pensionamento, al fine di eliminare i privilegi dei dipendenti pubblici). L'obiettivo era quello di garantire l'equilibrio fiscale almeno fino al 2015 (Pereira da Silva e al., 2006). Nonostante l'effetto positivo in termini di razionalizzazione, gli esperti temono l'impatto di queste misure sui tassi di povertà degli anziani, considerando in particolare che nel 2001 il tasso di povertà in Portogallo raggiungeva il 20,8% della popolazione (Papatheodorou e Petmesidou, 2006, p. 65)², in confronto al 16% medio dell'Ue-15. Analogamente alla Grecia, il Sistema sanitario nazionale portoghese (creato nel 1979) non ha raggiunto una piena funzionalità. A dispetto degli intensi sforzi finanziari dello Stato (il Portogallo occupa una posizione molto alta nella classifica europea della spesa pubblica per la sanità in rapporto al Pil), il settore privato rimane esteso (in particolare nell'assistenza primaria) e numerose categorie professionali possono beneficiare di diversi tipi di servizi (Oliveira e al., 2005). La partecipazione alle spese, introdotta già negli anni '80, è stata incrementata nel 1993.

Nel corso degli anni '90 l'Italia ha conosciuto un profondo cambiamento nella prassi politica. Per la prima volta una tradizione di relazioni industriali conflittuali ha ceduto il passo a procedure più consensuali, che hanno agevolato il negoziato tra le parti sociali³. Negli ultimi dieci anni, di fronte alla prospettiva di un crescente squilibrio fiscale, sono state avviate trasformazioni radicali sulla base di ampi negoziati sociali. Tali riforme rappresentano un'importante inversione di marcia rispetto alla tradizionale impostazione incrementale, e han-

² Si definisce soglia di povertà una quota pari al 60% dell'equivalente del reddito familiare medio del paese.

³ Tenendo conto delle dinamiche interne e delle pressioni esterne nella rincorsa all'Euro, Ferrera e Gualmini (2004) interpretano i cambiamenti come un'occasione per l'Italia «di essere salvata dall'Europa».

no trasformato in modo significativo gli accordi sulle pensioni combattendo l'estrema frammentazione e le forti disparità create da un sistema assai generoso. Il carattere «*pay-as-you-go*» (a ripartizione, *n.d.t.*) è stato salvaguardato, ma il sistema sta gradualmente adottando uno schema (figurativo) a contribuzione definita (applicato interamente a tutti coloro che sono entrati nel mercato del lavoro dopo il 1996). Sono previste anche integrazioni per i pensionati con basso reddito mentre, per gli anziani privi di assicurazione, è stata introdotta la pensione sociale commisurata al reddito. Nell'ultimo decennio più di una commissione di esperti ha avanzato proposte nelle quali si sottolinea la necessità di misure di più vasta portata e di carattere universale. Su queste basi, alla fine degli anni '90 è stato introdotto uno schema sperimentale di reddito minimo di inserimento (Rmi), che però è stato messo da parte nel 2001 con l'ascesa al potere del governo di centro-destra, il quale ha delegato interamente alle autorità locali qualsiasi iniziativa in materia di assistenza sociale (Saraceno, 2002).

Una delle priorità dei governi che si sono succeduti negli ultimi dieci anni è stata la riforma del Sistema sanitario nazionale italiano (creato nel 1978), con l'obiettivo sia di contenere la spesa sia di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi. Tra le misure adottate lungo il percorso vi sono i ticket a carico degli utenti, il trasferimento dei poteri alle autorità regionali, l'adozione di criteri manageriali nell'amministrazione dei servizi sanitari, l'avvio di modalità di gestione delle organizzazioni sanitarie orientate alla «competizione regolata» (Anessi-Pessina e al., 2004).

Risale alla fine degli anni '70 la devoluzione alle regioni e alle municipalità dei poteri di erogazione dei servizi di welfare. Ma solo all'inizio di questo decennio è stato messo a punto un sistema più generale di regolazione del decentramento. Da allora si sono rapidamente estese le responsabilità delle Regioni (e dei Comuni) in materia di sanità, assistenza e previdenza sociale, con effetti inediti e significativi sui diritti sociali standardizzati e definiti su base nazionale (Ferrera, 2003). Anche in Italia, così come in Spagna, l'importanza crescente dei livelli regionali e locali aggiunge ulteriore complessità al sistema di welfare, soprattutto dopo che si sono moltiplicate le istituzioni, le normative e le sperimentazioni nel processo di transizione, tuttora in corso, verso la governance locale (Natali, 2006; Bifulco e Vitale, 2006).

3. Tendenze della finanza e della spesa

In tutti e quattro i paesi del Sud Europa i sistemi di protezione sociale sono finanziati in larga misura dai contributi sociali. Le tendenze nazionali mostrano però alcune differenze. In Portogallo e in Italia, a partire da metà degli anni '90 fino ai primi anni del 2000, l'imposizione fiscale (in quanto principale fonte di finanziamento della protezione sociale) è aumentata in misura sostanziale, arrivando a coprire oltre il 40% della spesa sociale nel 2003. In Grecia, nello stesso periodo, la quota del finanziamento pubblico globale è rimasta stabilmente attorno al 29% (ben sotto la media del 37% dell'Ue-15), mentre in Spagna è leggermente diminuita (dal 30 al 28%)⁴. In Portogallo e in Grecia, inoltre, la percentuale dell'imposizione indiretta sul totale delle entrate fiscali è relativamente alta rispetto ai paesi dell'Ue-15 (nei primi anni del 2000 il rapporto fra imposizione diretta e indiretta era di 1 a 3 in entrambi i paesi, mentre Spagna e Italia presentavano una distribuzione più equilibrata e le entrate da imposizione indiretta superavano di poco quelle da imposizione diretta). Nel 1993 i contributi dei datori di lavoro in Spagna e in Italia erano ben sopra la media dell'Ue-15, e lo stesso si può dire della Spagna nel 2004. Una riduzione significativa ha avuto luogo in Italia, e in misura minore in Portogallo. I contributi versati dai lavoratori, invece, sono rimasti piuttosto stabili, con l'unica eccezione della Grecia dove, nel 2004, hanno superato la media dell'Ue-15.

In termini di spesa sociale (in percentuale del Pil e pro capite – con potere d'acquisto standard – in percentuale sulla media dell'Ue-15), è possibile osservare il forte impatto dell'austerità in Italia, Grecia e Spagna, mentre lo stesso impatto non è visibile in Portogallo. In questo paese la crescita appare molto sostenuta, con un solo rallentamento della tendenza durante la seconda metà degli anni '90. Fra i quattro paesi in esame è in particolare la Spagna ad avere sperimentato una forte diminuzione della spesa sociale in percentuale del Pil mentre, nei primi anni del 2000, il paese non è stato in grado di recuperare i livelli di spesa dei primi anni '90.

I sistemi di welfare dei paesi del Sud Europa concentrano la spesa sulla vecchiaia e sulla sanità, a scapito delle politiche per la famiglia e contro la disoccupazione (in quest'ultimo caso con l'eccezione della

⁴ Se non specificato diversamente, le fonti utilizzate in questo studio si basano sui dati Ocse ed Eurostat (in particolare Esspros).

Spagna). In tutti e quattro i paesi le pensioni sono basate principalmente sul pilastro pubblico. Le pensioni integrative private sono poco sviluppate in Grecia, dove ammontano a poco meno dello 0,3% del Pil. Lo stesso vale per il Portogallo e la Spagna, mentre il tasso corrispondente in Italia è pari all'8% del Pil⁵. È piuttosto difficile calcolare l'entità dei fondi pensione individuali (terzo pilastro) nei paesi del Sud Europa, perché si presentano sotto forme diverse. La quota di lavoratori che versano contributi per le pensioni individuali varia dal 2% o poco meno in Italia, Portogallo e Grecia, a circa il 22% in Spagna (Association of British Insurers, 2004, p. 13). Anche l'assicurazione sulla vita incide solo per l'8% sui risparmi in Italia e per il 10% in Spagna, mentre altre forme di risparmio, come i *mutual bond* e i *direct equity*, ammontano rispettivamente al 70 e al 49% (*ibidem*). In tutti e quattro i paesi, tuttavia, appare evidente la tendenza verso una rapida espansione dell'industria dell'assicurazione sulla vita⁶.

Sia la Grecia che il Portogallo hanno conosciuto un aumento costante della spesa sanitaria, che ha raggiunto il 10% circa del Pil nei primi anni del 2000. L'espansione, invece, è stata meno pronunciata in Italia e in Spagna, che spendono rispettivamente l'8 e l'8,7% del Pil (Ocse, 2006). In Grecia tale espansione è dovuta soprattutto all'aumento della spesa sanitaria privata, che è passata dal 2,9% del Pil nel 1980 a circa il 5% nel 2004 (per la maggior parte esborsi diretti degli utenti), mentre negli altri tre paesi la spesa privata variava tra il 2,2 e il 2,7% del Pil. Tra il 1990 e il 2004, inoltre, la spesa sanitaria privata pro capite (a parità di potere d'acquisto in dollari) è aumentata più velocemente della spesa sanitaria pubblica in Spagna, Italia e Grecia, mentre in Portogallo la spesa pubblica pro capite è quasi raddoppiata.

In termini di spesa pubblica per politiche del lavoro in percentuale del Pil la Grecia si classifica all'ultimo posto fra i paesi dell'Ue-15 (0,5% nel 2003, secondo i dati Ocse). La Grecia presenta anche la percentuale più alta, fra i quattro paesi dell'Europa meridionale, di misure passive sulla spesa totale per politiche del lavoro. Negli altri paesi le misure di attivazione sembrano avere acquisito un ruolo più rilevante:

⁵ Nel 1993 è stata varata in Italia un'importante riforma delle pensioni integrative private, che è stata portata ancora più avanti nel 1994.

⁶ Tra il 2004 e il 2005 il totale dei premi assicurativi sulla vita è aumentato in termini reali dell'8,1% in Grecia e del 9,7% in Italia (ben sopra la media del 6,5% dell'Ue-25), mentre in Portogallo presenta il sorprendente tasso del 43,1% (European Insurance & Reinsurance Federation, 2006, p. 29).

la crescita media annuale della spesa per tali misure (in termini reali pro capite) tra il 1998 e il 2003 ammontava al 6% in Spagna e a circa il 10% in Italia e in Portogallo. Nei primi anni del 2000 era l'Italia, fra i quattro paesi, a presentare la percentuale più alta di spesa per politiche attive del lavoro (il 52% della spesa totale per politiche del lavoro). Come si desume da questa breve panoramica, gli squilibri fiscali e distributivi rappresentano un fattore critico dei sistemi di protezione sociale nei paesi dell'Europa meridionale. Alcuni tentativi di razionalizzare e riconfigurare le strutture del reddito e della spesa sociale hanno avuto effetti positivi, soprattutto in Spagna e in Italia. Allo stesso tempo, però, le misure di austerità hanno imposto limiti severi alla spesa pubblica sociale. La razionalizzazione del sistema fiscale, soprattutto in Grecia, è stata finora del tutto insufficiente.

4. Erogazione e regolazione

Le importanti riforme promosse negli ultimi quindici anni dai paesi dell'Europa meridionale, al fine di estendere la portata, l'accessibilità e l'universalità dei servizi di welfare, sono state accompagnate da tentativi di riformare l'erogazione e la regolazione dei servizi (vedere tra gli altri Capano, 2003; Torres e Pina, 2004; Ongaro, 2006; Tavares e Alves, 2007; Borghi e van Berkel, 2007). In Italia e in Spagna la devoluzione e le riforme orientate al «federalismo» sembrano rispondere a una particolare configurazione delle istanze storico-politiche di alcune regioni piuttosto che a necessità di efficienza e di flessibilità, come nel caso ad esempio del Regno Unito e di altri paesi anglosassoni (Torres e Pina, 2004, pp. 452-3). Nei paesi del Sud Europa, inoltre, il coinvolgimento di attori non pubblici nell'erogazione dei servizi di welfare è spesso inteso come un rimedio alla scarsa (o assente) erogazione pubblica, piuttosto che una reazione all'«eccessivo coinvolgimento dello Stato» nel welfare sociale (Borghi e van Berkel, 2007, p. 99), come nel caso di alcuni paesi del Nord Europa.

In Spagna la devoluzione dei servizi di welfare ai governi regionali è stata più accentuata rispetto agli altri paesi del Sud Europa, mentre il sistema contributivo di sostegno al reddito è rimasto nelle mani dello Stato centrale⁷. Il sistema pensionistico spagnolo ha avviato un pro-

⁷ Le pensioni non contributive di invalidità e di anzianità sono di competenza dei governi regionali.

cesso di semplificazione e di riduzione del numero di fondi (al momento sono sette), assecondando anche la tendenza verso la convergenza tra i fondi stessi. Attualmente sono in via di riduzione i differenziali nelle regole di accesso e nell'erogazione per i lavoratori autonomi e per i servizi alla famiglia. Sono due le ragioni per cui il secondo e soprattutto il terzo pilastro hanno intrapreso un significativo percorso di riforma. La prima è legata all'avvio di riforme in senso restrittivo, nel 1985 e nel 1997, volte a ridurre il tasso di sostituzione. La seconda consiste nell'estensione delle esenzioni fiscali per la creazione di piani di pensione privati.

Diverso è il sistema pensionistico pubblico greco, costituito da circa 130 fondi assicurativi che operano sulla base di regole labirintiche e di forti differenziali distributivi. Tali fondi sono organismi autogovernati, gestiti da rappresentanti dei lavoratori, dei datori di lavoro e dello Stato, mentre la supervisione generale è affidata al Ministero del Lavoro e della solidarietà sociale. La legislazione recente riduce a quattro i fondi pensione professionali (secondo pilastro), gestiti dalle parti sociali sulla base della capitalizzazione e monitorati e regolati dall'Istituto attuariale nazionale.

In Spagna l'organizzazione della sanità ruota attorno al Servizio sanitario nazionale, decentrato a livello regionale. La devoluzione dei poteri alle Regioni in materia di sanità, iniziata nel 1981 e completata nel 2002, ha alimentato un rapido processo di innovazione. La maggior parte delle Regioni gestisce direttamente l'erogazione dei servizi, mentre alcune adottano sistemi di gestione indiretti o «in subappalto», nei quali i fornitori dei servizi dispongono di un pacchetto di risorse secondo una formula che ricorda l'imposta pro capite (pagamento per ogni utente servito piuttosto che per il servizio prestato, *n.d.t.*; alcune Regioni, come la Catalogna, adottano entrambi i modelli). Tutti i medici sono dipendenti dello Stato, e sono i medici di base (*gate-keeping*) a indirizzare i pazienti ai livelli superiori di assistenza. Nel 1995 è stata definita una lista precisa di servizi finanziati dallo Stato, ma le Regioni possono aggiungere all'elenco ulteriori servizi. La sanità nazionale è soggetta a regolari ispezioni che hanno lo scopo di monitorare il livello dei servizi e di tenere bassi i differenziali di qualità. Tuttavia il fatto che vi siano lunghe liste d'attesa costituisce una delle cause principali dell'aumento della spesa privata. Negli anni '90 e nei primi anni del 2000 sono stati introdotti miglioramenti sul terreno della gestione e della possibilità di scelta dei pazienti e sono state messe in opera misure finalizzate al controllo dei costi dei servizi sanitari e dei farmaci,

senza tuttavia riuscire a tenere sotto controllo la spesa farmaceutica. Va anche detto che, dopo la metà degli anni '70, non è stata introdotta alcuna nuova formula di partecipazione alle spese.

Lo scenario della Grecia, in netto contrasto con quello della Spagna, è caratterizzato da un sistema di erogazione misto con fornitori pubblici e privati, che caratterizza sia l'assistenza primaria sia quella secondaria. L'assistenza primaria è fornita in gran parte da medici privati, la maggior parte dei quali sono specialisti. Nel paese ci sono ben pochi medici generici, mentre il sistema di *gate-keeping* è del tutto assente. All'interno del settore pubblico l'Ika⁸ gestisce i centri di assistenza primaria (circa cento) per la popolazione assicurata. I medici generici sono alle dipendenze dei centri sanitari Ika, ma possono anche svolgere attività privata. Altri fondi di assicurazione sociale si servono di medici (retribuiti in base al servizio reso) per consultazioni nel campo dell'assistenza primaria. Quest'ultima è fornita anche dagli ambulatori degli ospedali, da 1.000 unità sanitarie rurali e da 200 centri sanitari semiurbani e rurali.

Le successive riforme del Sistema sanitario nazionale non hanno determinato cambiamenti significativi nell'erogazione e nella regolazione, non essendo intervenute in maniera efficace sulla frammentazione dei centri di spesa e sulla regolazione delle transazioni. Nel frattempo è cresciuto costantemente il mercato sanitario privato. I fondi di assicurazione sanitaria, il Servizio sanitario nazionale e le società di assicurazione sulla vita acquistano un'ampia gamma di servizi da fornitori privati, pagando in base alle singole prestazioni o per quote giornaliere. Inoltre i servizi secondari del Servizio sanitario nazionale (come il catering, la lavanderia, la manutenzione e la sicurezza) sono in gran parte esternalizzati a fornitori privati. I pazienti, in base ai programmi di assicurazione sociale, possono scegliere tra ospedali pubblici e ospedali privati convenzionati.

L'aspetto più rilevante, tuttavia, è che il settore privato controlla la maggior parte delle nuove tecnologie mediche all'interno del sistema (l'84,4% dei laboratori di radiologia e il 74,7% dei laboratori di medicina nucleare; Davaki e Mossialos, 2006, p. 297). I servizi di alta tecnologia richiesti dagli utenti del Sistema sanitario nazionale e dai fondi di assicurazione sanitaria sono in gran parte appaltati da fornitori privati.

⁸ Il più importante fondo di assicurazione sociale per dipendenti del settore privato nelle aree urbane.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale, sia in Grecia sia in Spagna vi è scarsa disponibilità di servizi di primo livello accessibili universalmente, nonostante l'evidente espansione dei servizi in entrambi i paesi. Va considerato tuttavia che, al pari degli altri paesi del Sud Europa, l'erogazione partiva da livelli proporzionalmente molto bassi. Particolarmente carente è l'attività di prevenzione, così come sono insufficienti le risposte alle situazioni di crisi e le misure di supporto alle famiglie, agli anziani soli e alle persone con invalidità permanenti all'interno delle comunità (Petmesidou, 2006; Rodríguez Cabrero, 2004). C'è però una differenza sostanziale tra i due sistemi, ed è il fatto che in Spagna l'assistenza sociale è nelle mani dei governi regionali (e anche locali), i quali hanno intensificato l'espansione e l'innovazione contribuendo allo stesso tempo all'eterogeneità territoriale⁹.

Di pari passo con l'espansione dei servizi di assistenza, è emersa negli ultimi anni una grande varietà di programmi (e di modalità di cooperazione) fra istituzioni pubbliche e private, a scopo di lucro e non-profit, le cui attività dipendono spesso da iniziative di personalità e di amministrazioni politiche locali e dal grado di attivismo delle comunità, delle Ong e di altri attori locali. A ispirare le più recenti misure politiche, ad esempio in materia di conciliazione tra famiglia e lavoro, sono inoltre gli orientamenti politici dell'Unione europea, che ha provveduto anche a gran parte dei finanziamenti tramite il *Community support framework* (con l'istituzione di scuole a tempo pieno, di centri di attività creative per il doposcuola, di centri di assistenza giornaliera per anziani non autosufficienti, ecc.). Molte speranze di cambiamento nel prossimo futuro, soprattutto in Spagna, sono riposte nelle recenti leggi mirate alla tutela delle persone non autosufficienti e alla promozione della parità di genere.

Anche i servizi per l'assistenza di lungo periodo sono di tipo misto in entrambi i paesi. In Grecia la gamma e la qualità dei servizi offerti dai fondi dell'assicurazione sociale presentano forti disparità. L'Ika fornisce assistenza terapeutica in cliniche private convenzionate per malattie croniche, dove i costi quotidiani sono tenuti bassi ma la qualità dei servizi è scarsa. I bisogni che restano insoddisfatti devono così essere coperti dalla famiglia del paziente o da personale infermieristico pagato privatamente (e spesso in modo informale). La situazione non è

⁹ Analoghe tendenze caratterizzano l'Italia (vedere Bifulco e Vitale, 2006, per le differenze significative tra le regioni del Nord e quelle del Sud Italia nel sistema misto di regolazione relativo ai servizi di assistenza sociale).

molto diversa in Spagna, con l'eccezione di alcune regioni nelle quali sono stati sviluppati programmi specifici.

Nei paesi del Sud Europa il principale fornitore di assistenza è ancora la famiglia, nonostante le forti tensioni a cui è sottoposta, mentre il mercato irregolare conosce allo stesso tempo una rapida espansione. La domanda crescente di servizi di assistenza, dovuta al cambiamento dei modelli familiari e alla crescita dei tassi di occupazione femminile, a cui si uniscono l'invecchiamento demografico e la costante crescita del numero di anziani soli, è soddisfatta dal lavoro migrante femminile. Sta così emergendo una modalità di privatizzazione informale dell'assistenza, nella quale la famiglia gioca ancora un ruolo di coordinamento ma i compiti di cura sono affidati alle badanti straniere.

In materia di politica dell'impiego l'Unione europea esercita un'influenza notevole sulle strutture nazionali. I cambiamenti riguardano in particolar modo l'organizzazione e l'erogazione dei servizi per l'impiego e di formazione professionale, in parte come effetto prodotto da molteplici direttive e normative dell'Unione europea (e anche di azioni della Corte di Giustizia europea). Inoltre i paesi del Sud Europa hanno aderito con diversi gradi di intensità ai precetti di «occupabilità», «attivazione» e «flessibilizzazione» della Strategia europea per l'impiego. La riorganizzazione della struttura del servizio nazionale dell'impiego ha favorito in tutti e quattro i paesi l'emergere di un modello misto di erogazione del servizio da parte di fornitori pubblici e privati. In Grecia la riforma dell'Ufficio pubblico per l'impiego (Oaed) nei primi anni del 2000 ha dato il segno di un cambiamento (in direzione della liberalizzazione) nell'erogazione del servizio, in gran parte indotto dalle priorità dell'Unione europea e dalla necessità di gestire i fondi europei per la promozione dell'occupazione e l'inclusione sociale. In parallelo è aumentato il numero di agenzie per l'impiego private. La legislazione promossa nei primi anni del 2000 ha reso più agevole per le aziende «prendere in affitto» da agenzie per l'impiego temporaneo, per brevi periodi di tempo, la manodopera rispondente alle proprie esigenze produttive.

In Spagna le agenzie private non-profit per l'impiego temporaneo (Ett) funzionano dal 1985, poco dopo la prima ondata di flessibilizzazione del mercato del lavoro. Nel 2004 le Ett hanno gestito il 14,6% di tutti i contratti a tempo determinato. Il successo delle Ett è dovuto probabilmente alla loro capacità di fornire una risposta rapida alle richieste delle aziende (Ces, maggio 2005). In generale, però, sia in Grecia sia in Spagna l'attività di intermediazione nel mercato del lavoro è

ancora poco sviluppata. A determinare questa situazione contribuiscono le limitazioni legali e amministrative, le carenze del servizio di collocamento pubblico e le insufficienze del settore non statale. Di conseguenza conservano la loro importanza i contratti informali e il capitale relazionale, con riferimento soprattutto a gruppi sociali specifici.

In Grecia la formazione professionale è erogata per la maggior parte da enti privati (cioè Centri accreditati per la formazione professionale), mentre i finanziamenti sono gestiti da un'agenzia privata istituita di recente sotto la supervisione dell'Oaed. Nei primi anni del 2000 sono stati presi per la prima volta in considerazione ai fini dell'accreditamento, che spetta all'Organizzazione nazionale per l'accreditamento, i criteri di qualità del servizio erogato dai centri privati per la formazione professionale. Al momento, tuttavia, la regolazione del sistema della formazione professionale è ancora poco sviluppata¹⁰. In Spagna il sistema pubblico della formazione professionale è migliorato significativamente rispetto alla Grecia. La sua riorganizzazione ha introdotto una maggiore flessibilità, e oggi il sistema è in grado di offrire agli allievi una strada alternativa per costruire validi percorsi di carriera. Sviluppi meno positivi si registrano invece in materia di formazione aziendale (per i dipendenti) e di formazione professionale (per i disoccupati). I programmi, co-finanziati dall'Unione europea, sono stati devoluti alle Regioni e sono gestiti dalle parti sociali. A trarre scarso beneficio sia dalla formazione aziendale sia da quella professionale sono le imprese di piccola e media dimensione, che pure costituiscono la tipologia dominante nell'economia spagnola.

5. Osservazioni conclusive

Il sistema misto pubblico-privato che caratterizza il welfare nei paesi del Sud Europa ha conosciuto importanti cambiamenti a partire dai primi anni '90. A differenza dei paesi del Nord Europa, dove per un certo periodo l'attenzione si è concentrata sulla rinuncia dei governi alla responsabilità diretta sulla gestione del welfare (soprattutto per reazione a un welfare state «sovradimensionato»), nei paesi del Sud Europa assistiamo spesso a una tendenza opposta.

¹⁰ Non esistono dispositivi per la raccolta e l'elaborazione sistematica delle informazioni sull'efficacia del programma per la promozione dell'impiego.

Da una parte l'ampiezza dei bisogni insoddisfatti (che si riflette sull'incidenza relativamente alta della povertà nei paesi del Sud Europa) crea forti pressioni a favore dell'intervento pubblico in alcune aree del welfare. Questa condizione tende ad ampliare la sfera dei diritti istituzionalizzati (come nel caso della garanzia del reddito minimo universale, introdotto in Portogallo alla fine degli anni '90, e delle norme di recente introdotte in Spagna a tutela delle persone deboli e non autosufficienti). Dall'altra parte, però, le misure sovranazionali in materia di disciplina fiscale, le condizioni interne di austerità e la pressione ideologica del neoliberismo hanno un impatto negativo sulle tendenze della spesa pubblica sociale, e contribuiscono sempre più alla crescita della spesa privata e al coinvolgimento dei privati nell'erogazione dei servizi. Inoltre i crescenti bisogni di welfare, in condizioni di scarsa copertura pubblica e di indebolimento della capacità della famiglia di fornire supporto, hanno favorito il rapido sviluppo della privatizzazione informale (ad esempio nell'assistenza sociale).

A partire dai primi anni '90 le riforme fiscali hanno mirato a ridurre l'ipertrofia, la frammentazione e le distorsioni distributive dell'assicurazione sociale ereditate dal passato, a distinguere chiaramente tra benefici contributivi e benefici non contributivi universali, ad assicurare le risorse per servizi sociali e le misure di assistenza che sono state tradizionalmente carenti nella protezione sociale dei paesi del Sud Europa. In Spagna e in Italia, inoltre, la giurisdizione delle autorità subnazionali in materia fiscale si è notevolmente estesa.

Strettamente legato a queste tendenze è il processo di ridefinizione delle attività e degli obiettivi del governo attraverso l'adozione di strategie di privatizzazione dei servizi pubblici, la riorganizzazione di vari istituti pubblici, come ad esempio i Servizi nazionali per l'impiego, e la creazione di agenzie più o meno autonome con funzioni di programmazione, ricerca e ispezione in diversi settori di intervento. Tutto ciò è accompagnato da sviluppi politici che promuovono un ampio ventaglio di combinazioni tra fornitori pubblici e privati e nuove strategie di governance (*quasi-market*, esternalizzazione, criteri per la valutazione del risultato, ecc.). La misura in cui tali strategie favoriscono riforme sistematiche e ad ampio raggio nelle configurazioni del welfare e innestano meccanismi di regolazione nella routine quotidiana varia notevolmente tra i quattro paesi e tra le diverse giurisdizioni regionali.

In breve, i paesi del Sud Europa hanno il compito davvero impegnativo di correggere le disparità e le inefficienze dei loro vecchi regimi,

dovento allo stesso tempo esplorare nuovi territori nei quali guadagnano spazio i sistemi misti di welfare, più diversificati e fortemente regolati. Se il tentativo avrà successo è ancora tutto da vedere. Al momento questi paesi sembrano subire l'influenza soverchiante di un dibattito (e di una pratica) che si richiama agli aspetti del welfare sociale – in precedenza espressi con il linguaggio del bisogno, della vulnerabilità e della redistribuzione – in termini di workfare e di competizione di mercato. In assenza di efficaci reti di salvataggio e di garanzie universali, c'è il pericolo che questo orientamento possa vanificare i criteri di uguaglianza e di redistribuzione, con effetti dannosi sulla coesione sociale.

Riferimenti bibliografici

- Adào e Silva P., 2003, *Putting the Portuguese Welfare System in Context*, in Monteiro F., Tavares J., Glatzer M. e Cardoso A. (a cura di), *Portugal: Strategic Options in a European Context*, Lexington Books, Boston, Ma.
- Anessi-Pessina E., Cantu E. e Jommi C., 2004, *Phasing Out Market Mechanisms in the Italian National Health System*, «Public Money & Management», n. 24 (5), pp. 309-316.
- Association of British Insurers, 2004, *European Pension Reform and Private Pensions*, Abi, London.
- Bifulco L. e Vitale T., 2006, *Contracting for Welfare Services in Italy*, «Journal of Social Policy», n. 35 (3), pp. 495-513.
- Borghesi V. e van Berkel R., 2007, *New Modes of Governance in Italy and the Netherlands: The Case of Activation Policies*, «Public Administration», n. 85 (1), pp. 83-101.
- Cabiedes L. e Guillén A., 2001, *Adopting and Adapting Managed Competition: Health Care Reform in Southern Europe*, «Social Science & Medicine», n. 52, pp. 1205-1217.
- Capano G., 2003, *Administrative Traditions and Policy Change: When Policy Paradigms Matter. The Case of Italian Administrative Reform during the 1990s*, «Public Administration», n. 81 (4), pp. 781-701.
- Consejo Económico y social (Ces), 1994-2006 (pubblicazioni annuali), *España 1993-2005. Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*, Ces, Madrid.
- Consejo Económico y Social (Ces), maggio 2005, *Observatorio de Relaciones Industriales*, «Una década de Empresas de Trabajo Temporal», n. 81, Ces, Madrid.
- Consejo Económico y Social (Ces), giugno-luglio 2006, *Observatorio de Relaciones Industriales*, «Acuerdo para la mejor del crecimiento y del empleo», n. 92, Ces, Madrid.

- Consejo Económico y Social (Ces), agosto-settembre 2006, *Observatorio de Relaciones Industriales* «Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social», n. 93, Ces, Madrid.
- Chulià E., 2006, *Spain: Incremental changes in the public pension system and reinforcement of supplementary private pensions*, in Anderson K.M., Immergut E. e Schulze I. (a cura di), *Oxford Handbook of West European Pension Policies*, Oxford University Press, Oxford.
- Davaki K. e Mossialos E., 2006, *Financing and delivering health care*, in Petmesidou M. e Mossialos E. (a cura di), *Social Policy Developments in Greece*, Ashgate, Aldershot.
- European Insurance & Reinsurance Federation, 2006, *European Insurance in Figures in 2005 (Cea Statistics n. 24)*, Cea, Bruxelles.
- Ferrera M. e Gualmini E., 2004, *Rescued by Europe. Social and Labour Market Reforms in Italy from Maastricht to Berlusconi*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Ferrera M., 2003, *European Integration and National Social Citizenship. Changing Boundaries, New Structuring*, «Comparative Political Studies», n. 36 (6), pp. 611-52.
- Guillén A., Álvarez S. e Adão e Silva P., 2003, *Redesigning the Spanish and Portuguese Welfare States: The Impact of Accession into the European Union*, «South European Society and Politics», n. 8 (1), pp. 231-269.
- Gutiérrez R. e Guillén A., 2000, *Protecting the Long-Term Unemployed. The Impact of Targeting Policies in Spain*, «European Societies», n. 2 (2), pp. 195-216.
- Natali D., 2006, *From Italy to Europe: A Review of Recent Italian Literature on Social Policy*, «Journal of European Social Policy», n. 16 (3), pp. 287-92.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, *Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 1995*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Ocse, 2006, *Health Data 2006*, Ocse, Parigi.
- Ongaro E., 2006, *The Dynamics of Devolution Processes in Legalistic Countries: Organizational Change in the Italian Public Sector*, «Public Administration», n. 84 (3), pp. 737-70.
- Oliveira M.D., Magone J.M. e Pereira J.A., 2005, *Nondecision Making and Inertia in Portuguese Health Policy*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», n. 30 (1-2), pp. 211-230.
- Papatheodorou C. e Petmesidou M., 2006, *Poverty Profiles and Trends. How Do Southern European Countries Compare with Each Other?*, in Petmesidou M. e Papatheodorou C. (a cura di), *Poverty and Social Deprivation in the Mediterranean. Trends, Policies and Welfare Prospects in the New Millennium*, Zed Books, Londra.
- Pereira da Silva C.M., Vaz-Paralta S.S. e Marcos S., 2006, *Presentation of the Recent Retirement Reforms in Portugal*, «Revue Française des Affaires Sociales», n. 1, pp. 253-270.

- Petmesidou M., 2006, *Social Care Services: "Catching Up" Amidst High Fragmentation and Poor Initiatives for Change*, in Petmesidou M. e Mossialos E. (a cura di), *Social Policy Developments in Greece*, Ashgate, Aldershot.
- Petmesidou M. e Mossialos E. (a cura di), *Social Policy Developments in Greece*, Ashgate, Aldershot.
- Rodríguez Cabrero G., 2004, *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Editorial Fundamentos, Madrid.
- Saraceno C. (ed.), 2002, *Social Assistance Dynamics in Europe*, Policy Press, Bristol.
- Schneider F., 2002, *The Size and Development of the Shadow Economies of 22 Transition and 21 OECD Countries*, discussion paper n. 514, Institute of Labour Studies, Bonn.
- Tavares L. e Alves A., 2007, *The Future of Portuguese Public Administration and a New Agenda for Public Administration Sciences in the 21st Century*, «Public Administration», n. 84 (2), pp. 389-406.
- Torres L. e Pina V., 2004, *Reshaping Public Administration: The Spanish Experience Compared to the UK*, «Public Administration», n. 82 (2), pp. 445-64.

Traduzione dall'inglese a cura di Carlo Gnetti