

Cosa hanno in comune i sistemi di welfare state europei e in cosa differiscono: fatti e rappresentazioni dal confronto fra Modello sociale europeo e Stati Uniti*

Jens Alber

La classificazione del welfare state americano come «residuale» non corrisponde ai fatti empirici. Il sistema Usa è dominato da prestazioni pubbliche di welfare all'interno delle quali prevalgono chiaramente i programmi assicurativi, in particolare la Social security e il Medicare, mentre le pensioni pubbliche sono più universali, redistributive e generose che in alcuni paesi europei. Differenze essenziali persistono in rapporto al maggiore affidamento sull'offerta privata nei settori pensionistico e sanitario, ad una maggiore enfasi sui sussidi condizionati al lavoro e ad una maggiore importanza degli schemi

selettivi. Il termine welfare state «condizionato al lavoro» cattura alcune di queste caratteristiche chiave in maniera più appropriata che il concetto di welfare state «residuale». Gli Stati membri della Ue non sono confluiti verso il welfare Usa dell'aumento della spesa privata senza tassazione e nella maggior parte dei paesi l'importanza relativa dei benefici selettivi si è ridotta. C'è qualche convergenza sul piano del discorso politico, dove l'idee direttrice delle politiche sociali europee è passata dalla protezione sociale all'attivazione, mentre gli Usa si stanno avvicinando all'Europa per ciò che riguarda la sanità e il riconoscimento delle responsabilità dello Stato.

* Una versione precedente di questo articolo è stata presentata al simposio organizzato in occasione del sessantacinquesimo compleanno di Peter Flora presso il Social Science Research Center di Berlino, alla Serie di seminari congiunti del Centro Marc Bloch e del Social Science Research Center di Berlino, al Dipartimento di Scienze politiche di Gothenburg, alla Summer school di Espanet di Firenze e a Urbino alla Conferenza Espanet del 2009. L'autore ringrazia partecipanti a queste conferenze per i molti, significativi, suggerimenti e ringrazia altresì i due referees anonimi per i loro commenti assai costruttivi.

1. Introduzione

Gli europei amano essere orgogliosi di avere un modello sociale senza eguali, che combina efficienza economica e solidarietà sociale. Anche quanti sono pienamente consapevoli della considerevole diversità dei modelli sociali esistenti nell'Unione europea, normalmente concordano nel ritenere che le nazioni europee differiscono in modo fondamentale da quelle delle altre regioni del mondo, specialmente dagli Stati Uniti, e specialmente riguardo alle loro politiche sociali. Anche se non del tutto incontestata¹, questa idea è profondamente penetrata in una parte della letteratura sulle scienze sociali, così come in larga parte del pensiero politico corrente.

Molti studiosi concordano con questa visione. Nel suo libro *Eu Enlargement versus Social Europe?* pubblicato nel 2003, Daniel C. Vaughan-Whitehead ha asserito: «Nonostante le disparità fra sistemi di protezione sociale, gli Stati membri della Ue condividono una serie di caratteristiche di base, come la protezione sociale universale (almeno fino a un certo grado), la solidarietà, il contrasto dell'esclusione sociale, e così via» (p. 111). E ha anche aggiunto: «Niente di simile al Modello sociale europeo può essere rinvenuto in altre parti del mondo. Il modello è assolutamente distintivo, impiantato su valori condivisi e finora non replicato in nessun altro luogo. In particolare esso differisce dalle politiche e dalle evoluzioni degli Stati Uniti, e – proseguendo nella sua argomentazione con un notevole colpo di scena – del Regno Unito» (p. 23).

L'idea di un netto contrasto fra Europa e Stati Uniti è stata probabilmente più schiettamente espressa in una frase di un sociologo irlandese che ha svolto spesso il ruolo di consulente per i sindacati europei (*European trade unions, n.d.t.*) quando ha sostenuto che: «la più semplice differenza fra gli Usa e l'Europa è che noi abbiamo il welfare state, loro no» (Wickham, 2002, p. 1)². Nel suo Memorandum su *The New Social Europe* il Partito dei Socialisti europei (Party of European Social

¹ Castels (2009) enfatizza le somiglianze nella famiglia di nazioni di lingua inglese. Wilensky (2002) insiste sulle numerose somiglianze nel gruppo delle democrazie ricche e Baldwin (2009) segnala le numerose e spesso trascurate somiglianze fra Europa e Stati Uniti.

² Per una prospettiva simile da parte di consulenti di policy francesi vedi Jouen e Papant (2005, p. 2) i quali affermano che: «negli Stati Uniti la *middle class* guadagna dalla democrazia ed è questa la ragione per cui è rimasta liberale e centrata sui diritti individuali. In Europa, dall'altra parte, è stata istituita dai lavoratori, che l'hanno dotata di una forte componente solidaristica».

lists, 2006, p. 7) ha espresso un'idea in parte simile della situazione: «In verità, l'Unione europea è un raggruppamento unico di welfare state, basato sulla nostra convinzione che l'inclusione sociale e la performance economica possano andare per mano. Il Modello sociale europeo esiste come realtà sociale e come complesso di valori condivisi. I welfare state d'Europa hanno molto in comune, distinguendosi dalle altre regioni del mondo».

La concezione delle forti differenze fra l'Europa e gli Stati Uniti non è avvalorata solo dagli europei, ma è condivisa da numerosi studiosi americani. Gli esempi comprendono non solo la teoria dell'«eccezionalismo americano» di S.M. Lipset (Lipset, 1996; Lipset e Marks, 2000), ma anche studiosi del welfare state come Theda Skocpol (1992). Nel suo studio storico sul welfare state americano intitolato *Soldiers and Mothers* ha scritto: «Nonostante il desiderio di numerosi studiosi di vedere la sua storia in termini evolutivi universali, gli Stati Uniti non si sono mai avvicinati ad avere un “moderno welfare state” nel senso inglese, svedese o in ogni altro chiaro senso occidentale del termine. [...]. Dal New Deal e dalla seconda guerra mondiale è emerso un welfare state americano non esauriente. Né alcun tipo di welfare state è stato “completato” durante il successivo “big bang” delle innovazioni di politica sociale Usa, la guerra alla povertà e la grande società degli anni '60 e dei primi anni '70» (Skocpol, 1992, p. 5)³.

Ultimo ma non meno importante, la nozione di una grande differenza fra i welfare state in Europa e in America è innervata nella stracitata tipologia del welfare state di Gøsta Esping-Andersen (1990), nella quale gli Stati Uniti vengono classificati come welfare state liberale o residuale. In questo tipo di welfare state si considera che predominino un'assistenza basata sulla verifica dei mezzi, trasferimenti universali limitati e modesti piani di assicurazione sociale, cosicché il welfare state si rivolge essenzialmente alla classe lavoratrice e ai poveri, mentre l'assicurazione privata e i *fringe benefits* occupazionali si rivolgono alla classe media (Esping-Andersen, 1990, pp. 26, 31). La tipologia implica che il welfare state americano sia pigro, nel duplice senso sia di arrivare in ritardo sulla scena storica, sia di fornire fino ad ora prestazioni limitate e di entità minore. In base al confronto con le nazioni europee che vengono considerate del tutto aderenti al «Modello so-

³ Vedi anche Norris e Inglehart (2004, p. 108) che evidenziano le differenze di religiosità e tentano di porle in relazione ai gradi differenti di insicurezza economica sperimentati in Europa e in America.

ciale europeo», gli Stati Uniti si caratterizzano come tipologia del tutto opposta e rappresentativa di un diverso tipo di modello sociale.

Alcuni studiosi americani hanno discusso questa nozione argomentando che il welfare state americano era stato «malinteso» (Marmor e al., 1990), che è diverso e non incompleto (Glazer, 1988) e che negli Stati Uniti c'è un «welfare state nascosto» di *tax benefits* e di schemi privati obbligatori del quale gli studiosi europei raramente tengono conto (Howard, 1997). Nel suo libro più recente, *About the Welfare State Nobody Knows*, Howard (2007) sottolinea l'ampio e recente aumento negli Stati Uniti di programmi sociali che gli studiosi europei tendono a considerare nelle loro ricerche in funzione equivalente degli schemi europei. Gilbert (2002) ha anche sostenuto che, lontano dall'essere pigro, il welfare state americano dovrebbe in realtà essere considerato come il precursore dei futuri paesi guida europei sulla via di un «*enabling State*» (Stato capacitatore, *n.d.t.*) che rafforza le persone rendendole indipendenti⁴.

Questo articolo offre una visione sintetica in tre passaggi delle somiglianze e delle differenze fra le politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti. Il primo evidenzierà alcune caratteristiche chiave del welfare state americano. Il secondo analizzerà se i recenti sviluppi indicano una convergenza nel senso di una «americanizzazione delle politiche sociali europee», come sostenuto da Gilbert. In un terzo passaggio si concluderà che nonostante restino notevoli differenze, gli Stati Uniti e l'Europa hanno molto più in comune di quanto la tradizionale distinzione fra welfare state «residuali» e «istituzionali-redistributivi» suggerisca. Omettendo di considerare le differenze sul finanziamento del welfare state⁵, ci si concentrerà sul versante della spesa e soprattutto sui trasferimenti piuttosto che sui servizi, più importanti per alcuni nuovi rischi sociali ma che necessiterebbero di una specifica analisi comparativa.

⁴ Nel suo più recente lavoro, Esping-Andersen assume in parte questa idea, non considerando più la «de-mercificazione» ma la «de-familizzazione» il problema chiave dei nostri tempi, e sostenendo un cambiamento in direzione di un nuovo welfare state che dovrebbe concentrarsi sui servizi sociali e sull'«inclusione sociale» (Esping-Andersen e al., 2002). Analogamente Taylor-Gooby (2004) porta l'attenzione sui nuovi rischi cui gli welfare state dovrebbero corrispondere.

⁵ Nel periodo 1990-2006 la quota del gettito fiscale totale sul prodotto interno lordo è cresciuta dal 27,3% al 28,0% negli Stati Uniti e dal 38,2% al 39,8% nella Ue-15, con un gap sempre più ampio fra l'Europa e l'America (Oecd, 2008b).

2. L'errata percezione del welfare state americano come «residuale»

2.1 Caratteristiche chiave: spesa sociale lorda e netta

L'argomentazione che il welfare state americano sia diverso e non incompleto è stata negli anni recenti promossa con molta forza dall'Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo (Oecd) di Parigi, dove Adema e Ladaïque (2005) hanno realizzato un pregevole tentativo di tracciare più esaurientemente cosa i welfare state effettivamente fanno, distinguendo fra spesa sociale lorda e netta. Il primo parametro viene tradizionalmente usato nelle comparazioni sul welfare basate sulla spesa sociale, il secondo prende in considerazione quattro aspetti aggiuntivi, e specificamente che: (1) i welfare state frequentemente recuperano ciò che spendono tassando i benefit; (2) ci sono *tax benefits* indiretti che sostengono alcuni gruppi garantendo loro alcune esenzioni o privilegi fiscali; (3) i governi possono dare mandato ai datori privati di lavoro di fornire determinati benefit privati; (4) ci sono livelli differenziati di attività sociali volontarie, come la beneficenza privata.

Una volta che venga preso in considerazione l'impatto delle tasse e degli schemi obbligatori, gli Stati Uniti non restano molto a lungo dietro alla maggior parte dei paesi europei, ma si spostano più vicino al centro del gruppo, non distinguendosi poi molto da paesi europei come la Spagna, la Repubblica Ceca, la Polonia o i Paesi Bassi e passando avanti all'Irlanda e alla Slovacchia. Se poi venisse inclusa la spesa volontaria privata, gli Stati Uniti si sposterebbero decisamente al di sopra della media della spesa sociale europea e raggiungerebbero il gruppo dei più generosi *social spenders*, superati solo da cinque paesi europei (Francia, Belgio, Germania, Svezia e Regno Unito; figura 1). Questo, naturalmente, ha implicazioni di policy duplici e ambivalenti. Da un lato suggerisce che gli Usa non rappresentano una forma di capitalismo puro socialmente incontrollata, e che sono piuttosto simili ai paesi europei che si vantano per gli elementi sociali che sommano all'economia di mercato.

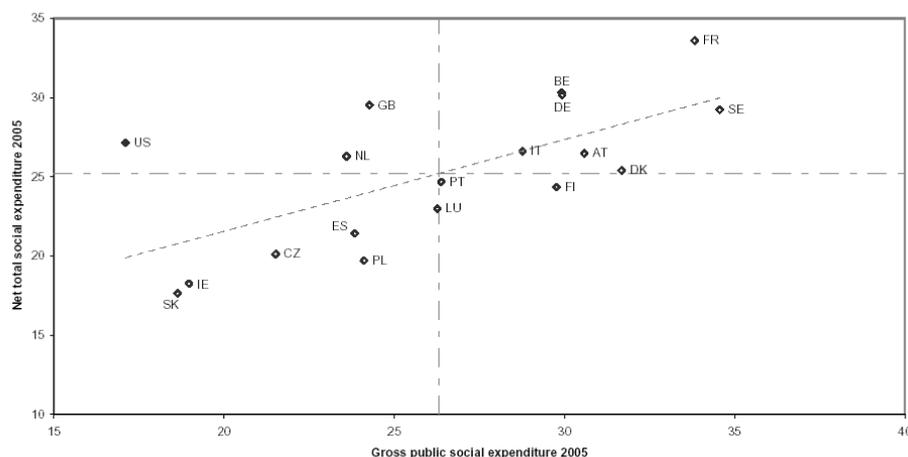
D'altra parte, questo però significa anche che una riduzione delle responsabilità del welfare non libera la società dai costi sociali. I rischi sociali non coperti o non coperti per un certo periodo dallo Stato si abbattano o sulle aziende – che devono fornire welfare occupazionale – o sulle famiglie, che devono sostenerne i costi in base alle loro private possibilità di spesa, riducendo così il loro reddito disponibile. Ne

consegue che i costi sociali si sommano comunque, ma semplicemente sostenuti ad un altro livello, il che solitamente implica che siano meno equamente distribuiti che nel caso degli schemi pubblici, a copertura universale (Alber, 2006; Alber e Gilbert, 2009).

RPS

COSA HANNO IN COMUNE I SISTEMI DI WELFARE STATE EUROPEI E IN COSA DIFFERISCONO

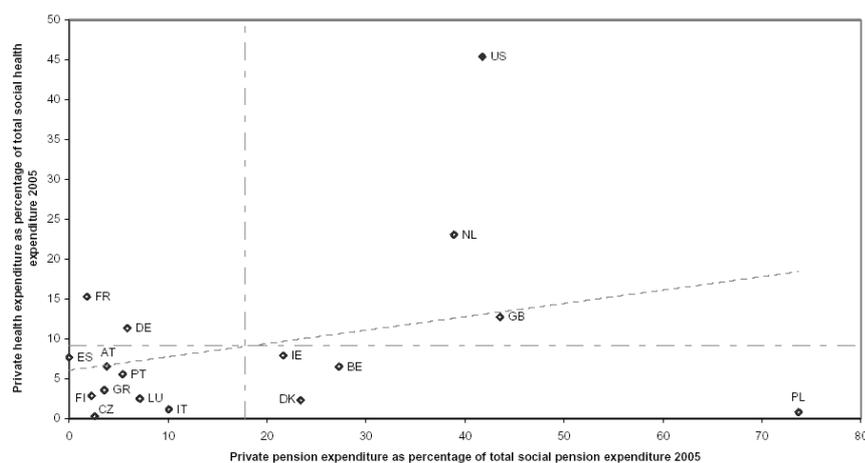
Figura 1 - Spesa sociale lorda e netta in percentuale sul Pil al costo di produzione (anno 2005)



Fonte: Oecd, 2008, Social Expenditure Data Base.

Le differenze nella composizione della spesa sociale diventano ancor più evidenti se guardiamo più da vicino ai due maggiori programmi di spesa sociale, per esempio gli schemi assicurativi pensionistici e sanitari (figura 2). Gli Usa sono il solo paese che nel 2005 spicca in entrambe le dimensioni per la sua quota elevata di spesa sociale. Riguardo alle pensioni, la maggior parte dei paesi europei limita la quota privata a meno del 10%, e i Paesi Bassi e il Regno Unito sono le sole nazioni europee che arrivano vicino al livello americano di spesa privata. Nel campo della spesa sanitaria, la quota privata negli Usa è più che doppia di quella, elevata, dei Paesi Bassi, che spiccano per essere il *frontrunner* europeo.

Figura 2 - Quota privata della spesa sociale nelle pensioni e nella sanità (anno 2005)



Fonte: Nostri calcoli basati su Oecd, 2008, *Social Expenditure Data Base*.

I livelli elevati di spesa privata sono dovuti al fatto che la maggior parte dei lavoratori americani rientra in schemi assicurativi collegati alla loro occupazione.

Di conseguenza, nel 2008, più della metà di tutti i dipendenti pubblici è rientrata in un programma previdenziale fornito dal datore di lavoro o dal sindacato, e anche più della metà ha avuto coperture sanitarie collegate all'impiego (tabella 1).

Nelle medie e grandi imprese le quote di copertura sono vicine ai due terzi. Rispetto alla situazione degli anni '80, c'è, tuttavia, un declino drastico della percentuale di lavoratori coperti e anche un forte cambiamento dei piani di pensionamento di tipo contributivo, una tendenza che Hacker (2006) ha descritto come la «grande traslazione del rischio» (*great risk shift*). In breve, vediamo che negli Stati Uniti gli schemi privati sono di maggior rilievo e che inoltre esistono significative differenze nella composizione della spesa sociale pubblica.

Tabella 1 - Tassi di partecipazione ai benefit occupazionali negli Usa (anni 1980 e 2008)

	Benefit sanitari			Benefit dentistici			Piani pensionistici (tutti i tipi)			Piani pensionistici contributivi (<i>defined benefit, n.d.t.</i>)		
	Tot.	Settore priv.	Settore pubbl.	Tot.	Settore priv.	Settore pubbl.	Tot.	Settore priv.	Settore pubbl.	Tot.	Settore priv.	Settore pubbl.
1980		97*								83*		
1986		95*	94*							76*	93*	
1994/95	61	58	79	37	34	58	57	51	91	36	28	86
2007		52			36			51			20	
		62*			49*			66*			32*	
2008	56	53	73				56	51	86			
	67*	65*	74*				72*	67*	88*			

Fonte: Us Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2008, *Employee benefits in the US*; edizioni 1980, 1988, 1994/95, 2007, 2008. Numerose serie non sono disponibili; le survey del 1980 e del 1986 hanno coperto solo le medie e grandi imprese del settore privato; i dati fino al 1994/95 si riferiscono a tutti gli stabilimenti (*: solo stabilimenti con 100 o più lavoratori). La differenza fra «indennità sanitaria per partecipante» e schemi «non contributivi» forniti gratuitamente ai dipendenti si è ridotta negli ultimi anni; la percentuale di lavoratori con indennità non contributive nel 1980 è stata del 72%; nel 2007 il 24% dei dipendenti membri era in schemi che non richiedevano un contributo del dipendente; da allora ha partecipato un totale del 52%, e ciò significherebbe che il 12,5% non ha dovuto pagare contributi, a confronto del 72% del 1980.

Esempi di lettura: la percentuale di lavoratori in medie o grandi imprese industriali private (100 lavoratori o più) che ha preso parte a schemi contributivi (*defined benefits, n.d.t.*) è diminuita dall'83% del 1980 al 32% del 2007. La percentuale di lavoratori coperti per indennità mediche superiori in aziende del settore privato di dimensione comparabile è scesa dal 97% del 1980 al 65% del 2008. Le indennità mediche superiori normalmente comprendono le cure ospedaliere, ma spesso non le cure dentarie, come è illustrato dai dati 1994/95. I dati sulla partecipazione non devono essere confusi con i molto superiori dati sull'accesso, perché non tutti i lavoratori che hanno accesso decidono realmente di prenderli in considerazione.

2.2 L'eccessiva biforcazione fra programmi universali e residuali negli Usa

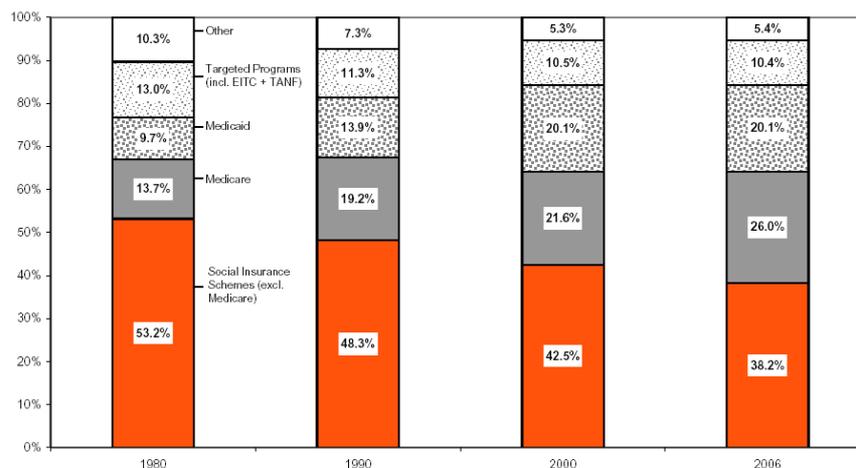
Secondo il concetto di welfare state «residuale», le politiche sociali pubbliche americane si biforcano fra una branca piuttosto limitata di assicurazioni sociali per la classe media, le cui insufficienti coperture lasciano ampio margine al settore assicurativo privato, e una piuttosto ampia di welfare selettivo con benefit abbastanza ingenerosi rivolti a specifici target di poveri che rientrano in determinate categorie sociali «meritevoli» – come i ciechi, i disabili o i figli dei poveri – che superano i *means test*. Essendo funzionale alla ben organizzata classe media, si considera che la prima sia assolutamente intoccabile, mentre si suppone che la seconda sia più soggetta a subire restrizioni. Una verifica della composizione e della crescita in queste categorie aiuta a chiarire fino a che punto questa immagine sia una giusta raffigurazione del welfare state americano.

La figura 3 mostra che la proporzione dei trasferimenti totali è andata a schemi specifici. Questo indica che il welfare state americano è chiaramente dominato da schemi di assicurazione sociale che comprendono soprattutto due grandi schemi per gli anziani, quali la *Social security* e il *Medicare*. Insieme ad un maggior numero di programmi minori come l'indennità di disoccupazione e le compensazioni per i lavoratori (*workmen's compensation, n.d.t.*) questi schemi divorano circa due terzi della spesa sociale. La loro incidenza è rimasta piuttosto stabile nel tempo, diminuendo solo di poco, da circa il 67% del 1980 a circa il 64% del 2006. Se il grosso del budget del welfare state americano viene in tal modo speso per gli schemi assicurativi che inglobano la classe media, l'etichetta «residuale» non rappresenta adeguatamente il sistema americano. Includendo lo schema *Medicaid* e, soprattutto dato il loro notevole aumento recente, la quota di schemi selettivi destinati alla parte più povera della popolazione, compreso l'*Earned income tax credit* (Eitc o Eic), passato da circa il 23% del 1980 a più di circa il 30% nel 2006. Nonostante siano rivolti ai poveri, sia il *Medicaid* che l'*Earned income tax credit* hanno usufruito di un ampio sostegno politico che ha supportato la loro crescita. Ignorando il *Medicaid*, la cui copertura è stata successivamente ampliata, la percentuale degli schemi selettivi sarebbe diminuita dal 13 a lievemente più del 10%. La categoria «Altro», che include schemi categorialistici per gruppi specifici come le indennità per i veterani, è diminuita assumendo una posizione relativa.

RPS

Jens Alber

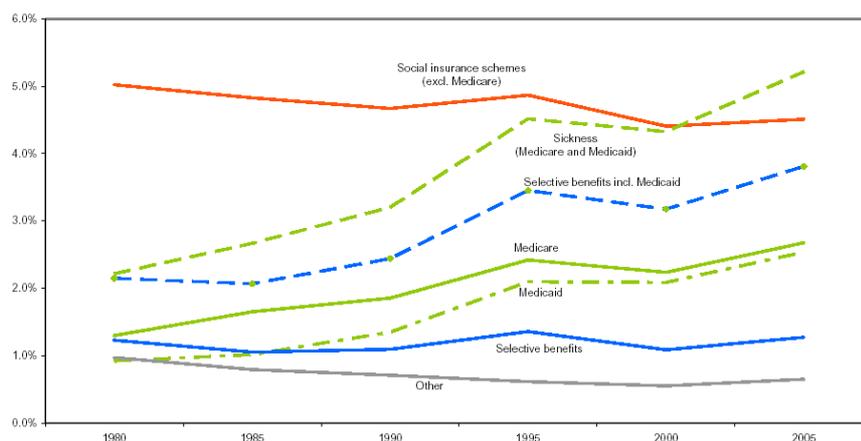
Figura 3 - Distribuzione dei trasferimenti per tipo negli Usa (anni 1980-2006)



Fonte: Nostri calcoli su Statistical Abstract of the United States 2009 (tabelle 512 e 645).

Lo sviluppo delle singole componenti dei programmi è meglio illustrato dai loro cambiamenti in percentuale sul Pil (figura 4). Trascorrendo il *Medicare*, negli ultimi decenni i diversi schemi di assicurazione sociale sono cresciuti più lentamente del Pil, mentre gli schemi *Medicare* e *Medicaid* hanno visto una crescita più che proporzionale. Insieme, essi ora sono assai vicini a superare tutti gli altri schemi assicurativi combinati, mentre i programmi selettivi, diversi dal *Medicaid*, sono rimasti limitati a circa l'1% del Pil. Le spese relative alla sanità sono state così i principali agenti del cambiamento, indipendentemente dal loro essere ritagliate più selettivamente sui poveri come il programma *Medicaid* o dall'aver un disegno più universalistico, come lo schema *Medicare* per la popolazione anziana. Gli schemi di assicurazione sociale di ampia base – *Social security* e *Medicare* – continuano così a svolgere la parte del leone del welfare state americano e rispetto a ciò gli Stati Uniti sono simili ai welfare state europei anch'essi sempre più dominati dalle pensioni e dalla spesa sanitaria.

Figura 4 - Percentuali sul Pil dei diversi programmi di trasferimento negli Usa (anni 1980-2005)



Fonte: Nostri calcoli su *Statistical Abstract of the United States 2009* (tabelle 521 e 645).

I tentativi di mettere a confronto il «Modello sociale europeo» con gli Usa fanno riferimento di solito a tre caratteristiche a grana più fine, che spesso si riducono agli stereotipi della percezione europea degli Usa. I primi due stereotipi sostengono che il welfare state americano sia privo di due schemi che i welfare state europei tipicamente hanno – un programma pubblico di assicurazione sanitaria e uno schema di reddito minimo capace di proteggere efficacemente dalla povertà – mentre il terzo rivendica che il suo più grande programma, il pensionamento pubblico, sia presumibilmente più avaro e di dimensione decisamente più ridotta di quello dei suoi equivalenti europei⁶.

⁶ Per differenti considerazioni sul confronto fra Modello sociale europeo e Modello americano, vedi Alber (2006) e Alber e Gilbert (2009), Birg (2005), Castles (2009), Jepsen e Serrano Pascual (2005), Jouen e Papant (2005), Norris e Inglehart (2004), Vaughan-Whitehead (2003, in particolare i capitoli 1 e 3), Wickham (2002). Descrizioni comparative di specifici programmi sono state fatte da Blank (2009) e da Saraceno (2009) riguardo ai programmi anti-povertà, da Hacker (2009) e Peterson e Burton (2007) per la sanità e dall'Oecd (2009b) per le pensioni.

2.4 Comparazioni più specifiche in rapporto ai tre stereotipi europei più diffusi

Il più diffuso stereotipo europeo sulle politiche sociali americane viene ripetuto quasi giornalmente sulla stampa e sostiene che negli Usa non esista un'assicurazione sanitaria pubblica e che di conseguenza nel sistema sanitario ci siano enormi vuoti di copertura. Questo è certamente vero nel senso che non c'è uno schema assicurativo universale per la malattia, ma sono in vigore parecchie condizioni. Il sistema sanitario americano è composto fondamentalmente da quattro livelli: (1) *Medicaid* per la popolazione povera al di sotto una soglia di reddito; (2) *Medicare* per gli anziani; (3) i piani sanitari occupazionali per le persone attive fra le forze di lavoro (con piani speciali per gli occupati nelle forze armate); (4) un gruppo piuttosto ampio di persone al di sotto dell'età di pensionamento prive di ogni copertura assicurativa⁷. È il caso di notare che malgrado i gap di copertura, gli Stati Uniti spendono una quota di Pil per programmi sanitari *pubblici* analoga a quella delle nazioni europee a spesa elevata. Le tre fonti guida sulla spesa sanitaria comparata – *Oecd Social Expenditure Data Base* (Oecd, 2009a), *Cofog – Classification of Functions of Government Data Base* (Fraser e Norris, 2007; Castles, 2009) e le *World Health Statistics* pubblicate dalla Who (World health organization, 2008) – differiscono sui dettagli, ma conducono al risultato simile che la spesa pubblica per sanità è *maggiore* negli Usa che nella maggior parte degli Stati membri della Ue⁸.

⁷ Nel 2007, il 27,8% degli americani sono stati coperti da un piano sanitario governativo, comprendendo il *Medicare* (13,8%), il *Medicaid* (13,2%) e il *Military health care* (3,7%). Grossomodo due terzi (67,5%) sono stati coperti da piani privati, comprendendo quelli acquistati direttamente, e il 59,3% ha preso parte ad un piano assicurativo sanitario occupazionale. Il 15,3% (45,7 milioni) non è stato coperto da alcuno schema. La somma di questi dati non è pari a 100 perché le stime per tipi di copertura non sono reciprocamente escludenti, in quanto le persone possono essere coperte da più di un tipo di schema assicurativo nel corso dell'anno (Us Census Bureau, 2008, p. 21).

⁸ I dati Cofog presentati da Fraser e Norris (2007) vedono gli Usa davanti a *tutti* gli Stati membri della Ue, il database Oecd Socx ha solo il Belgio, la Svezia, la Francia e la Germania davanti agli Usa e secondo le statistiche Who solo sei paesi europei (Germania, Svezia, Francia, Danimarca, Malta e Regno Unito) spendono per la sanità pubblica quote del loro Pil superiori agli Usa (il Who specifica il rapporto fra spesa sanitaria totale e la proporzione di spesa pubblica in questo rapporto, consentendo così a ciascuno di calcolare da questi dati la spesa sanitaria pubblica).

Presi insieme, i due principali programmi sanitari pubblici americani – *Medicare* per gli anziani e *Medicaid* per i poveri – spendono ora più o meno quanto gli schemi assicurativi obbligatori per malattia dei paesi europei con i più vecchi schemi di assicurazione sanitaria del mondo, come la Germania (dove lo schema di assicurazione pubblica data dal 1883). Nel 1990, lo schema tedesco di assicurazione per malattia aveva speso ancora circa il doppio di quanto (avessero speso) i due programmi americani pubblici (il 6,9% rispetto al 3,2% del Pil), ma negli anni seguenti gli Usa si sono avvicinati, così che nel 2006 i livelli di spesa fra i due paesi sono stati più o meno pari (6,0% in Germania, 5,4% negli Usa).

Ancora una volta si tratta di una verifica con implicazioni di policy ambivalenti. Da un lato, e in contrasto con l'immagine di un welfare state residuale, vediamo che gli Usa spendono per la sanità pubblica più della maggior parte dei paesi europei. Dall'altro lato, ad un livello di spesa simile, lo schema tedesco di assicurazione per malattia ottiene una più ampia copertura assicurando quasi tutti coloro che hanno un'occupazione dipendente e altrettanto bene la popolazione pensionata; esso offre inoltre benefit di più vasta portata, comprese le cure ospedaliere, ambulatoriali e dentarie. Pertanto se i più limitati schemi Usa *Medicare* e *Medicaid* si avvicinano allo stesso livello di spesa, ciò è dovuto soprattutto al maggior costo dei servizi sanitari in America (Peterson e Burton, 2007). Tuttavia, inoltre, anche le estensioni della copertura hanno giocato un ruolo. Il programma *Medicaid* è stato continuamente esteso ad ulteriori gruppi, cosicché fra il 1980 e il 2000 il numero di bambini coperti è raddoppiato da circa 9 milioni a circa 19 milioni. Negli Usa, dalla fine degli anni '90, praticamente ogni seconda nascita è stata pagata dal *Medicaid* (Howard, 2007, p. 98; tabella 5.1, p. 97).

Ciononostante, l'ampio e crescente numero di persone non assicurate deve essere considerato la principale debolezza del sistema sanitario americano. La percentuale di americani non assicurati è cresciuta da appena il 12% del 1987 ad oltre il 15% del 2007⁹. Grossomodo 46 milioni di americani sono attualmente senza copertura assicurativa sanitaria (Us Census Bureau, 2008). Come conseguenza dell'organizzazione segmentata del sistema sanitario, nella copertura assicurativa sanitaria si riscontra anche un marcato gradiente reddituale: non è assicurato solo l'8% della categoria di persone ad alto reddito (\$75,000+)

⁹ Per serie storiche dal 1987, vedi *Historical Health Tables (n.d.)* e Us Census Bureau (2008, tabella 6).

e il 25% della categoria di persone a basso reddito (con reddito familiare al di sotto di \$ 25,000) (Us Census Bureau, 2008, p. 22). Questo indica che lo schema *Medicaid* non riesce a coprire tutta la popolazione povera. Un report di Families Usa (2004) ha sottolineato che contrariamente alla convinzione comune *Medicaid* non fornisce copertura alla maggior parte dei lavoratori occupati nei lavori a bassa remunerazione. Siccome gli standard di eleggibilità variano largamente da Stato a Stato, un genitore di una famiglia con tre lavoratori a tempo pieno per tutto l'anno al salario minimo federale può guadagnare troppo per avere i requisiti per il *Medicaid* in metà degli Stati. Deve essere notato, comunque, che negli Stati Uniti le persone prive di assicurazione non sono necessariamente permanentemente o cronicamente non assicurate. Dati i frequenti movimenti dentro e fuori la disoccupazione nel mercato del lavoro flessibile americano (Freeman, 2009), c'è realmente un considerevole turnover della popolazione non assicurata. Le stime sulla proporzione di persone permanentemente non assicurate variano largamente fra un terzo e quattro quinti in base al metodo di studio. Uno studio panel basato su dati relativi ai periodi 1987-89 e 1990-92 ha rilevato che il lasso di tempo non assicurato tipico è durato circa 8 mesi per i non assicurati poveri e circa 6 mesi per i non assicurati non-poveri. Esso ha concluso che un terzo (32%) dei non assicurati del panel del 1990 ha avuto periodi non assicurati durati più di un anno (McBride, 1997). Survey rappresentative o studi basati su dati ricorsivi spesso giungono a stime superiori. Il rapporto sulle famiglie Usa (Families Usa, 2004), basato sul *Survey of Income and Program Participation* (Sipp) del Census Bureau ha dimostrato che il numero degli americani non assicurati è maggiore di quanto i dati del Census Bureau suggeriscano, se il focus viene spostato dalle persone prive di assicurazione nel precedente anno di calendario a quelle prive di assicurazione per tutto o una parte del biennio 2002 e 2003. Circa 82 milioni di persone – o il 32% di quelli di età inferiore a 65 anni – sono risultate prive di assicurazione per tutti o una parte di quei due anni e, fra questi, due terzi (65,3%) sono risultate non assicurate per sei mesi o più (Families Usa, 2004)¹⁰.

¹⁰ Un rapporto del Fondo Commonwealth basato su dati ricorsivi di intervistati nella survey biennale sull'assicurazione sanitaria condotta nel 2005-2006 ha verificato che il 28% degli adulti americani fra i 19 e i 64 anni erano sia non assicurati all'epoca di realizzazione della survey, sia avevano sperimentato un periodo senza copertura nei passati 12 mesi; quattro quinti (l'82%) dei quasi 32 milioni

In breve, negli Stati Uniti la sanità pubblica non è del tutto assente e può darsi che gli europei sovrastimino il permanere di lacune nella copertura assicurativa. Ma, malgrado l'esistenza di diversi schemi pubblici o occupazionali, il livello comparativamente alto della spesa sanitaria si accompagna con le comparativamente ampie lacune di copertura assicurativa, e in questo senso c'è il paradosso americano di un'alta spesa accoppiata con una bassa copertura¹¹.

Un secondo stereotipo ampiamente condiviso sostiene che gli Usa abbiano un solo schema di pensionamento pubblico molto limitato, in quanto i programmi pubblici devono lasciare alle compagnie private di assicurazione sufficienti margini di risposta ai bisogni della classe media. Questa immagine fu inizialmente trasmessa da Esping-Andersen (1990) e successivamente reiterata da studiosi e giornalisti di orientamento simile¹². Confronti sommari sulle quote di Pil per pensioni pubbliche sembrano confermare questa opinione, dato che il rapporto fra spesa per pensioni di vecchiaia nei paesi europei in testa – Austria (12,6%), Italia (11,6%) e Germania (11,2%) – è più del doppio di quanto sia quello americano (5,3%) – che negli ultimi decenni è rimasto fermo. Un'analisi più ravvicinata rivela, comunque, che le quote differenti di Pil per pensioni in Germania e negli Usa non sono conseguenza di un disegno più generoso dello schema americano, ma soprattutto di una diversa situazione demografica e sociale nei due paesi. Nel 2007, la percentuale di anziani di 65 anni o più è stata del 20,1% in Germania, ma solo del 12,6% negli Usa. Dall'altra parte, il Pil pro capite americano, misurato a parità di potere d'acquisto, nel

di non assicurati adulti ha dichiarato di essere stato non assicurato per un anno o più (Collins e al., 2006, pp. 2, 4). Più del 40% dei non assicurati ha dichiarato di aver avuto problemi a pagare o di non essere stato in grado di pagare le spese sanitarie negli anni precedenti, e anche fra quelli assicurati per l'intero anno, il 16% ha riferito di analoghi problemi (Collins e al., 2006, tabella 2, p. 20). Una survey del 2001 su soggetti che avevano presentato un'istanza personale di fallimento in cinque corti federali ha rilevato che più della metà (54,5%) aveva menzionato una motivazione sanitaria per la sua bancarotta (Himmelstein e al., 2005, W5-67).

¹¹ Per una rassegna di dati comparativi sulla copertura, si veda Hacker (2009).

¹² Esempi tipici in Germania includono Birg (2005) e Schimank (2007). Il demografo Birg (2005, p. 117) ha sostenuto che le pensioni pubbliche americane raggiungono solo un terzo del livello tedesco. Per una comparazione recente dei tassi di sostituzione negli schemi pensionistici vedi Oecd (2009b) e *Comparative Welfare Entitlement Dataset* di Scruggs (2005).

2006 è stato pari al 137% del livello tedesco. In altre parole, la quota Usa di pensioni sul Pil viene calcolata sulla base di un numeratore più piccolo dovuto ad un minor numero di persone al di sopra dell'età pensionabile e di un denominatore più grande. A parità di coefficienti, ci si potrebbe aspettare che considerando un numeratore più piccolo la quota tedesca del Pil per pensioni fosse solo al 63% dell'attuale livello e che considerando un denominatore più grande fosse al 37%. La combinazione dei due aspetti comporterebbe una riduzione della quota di Pil tedesco per pensioni dall'11,2 al 5,1%; dunque, se il peso demografico e il livello di benessere economico fossero identici, al di sotto del livello americano.

Se si guarda alle regolazioni istituzionali, le raccolte disponibili di dati comparativi mostrano come gli schemi di sostituzione salariale della *Social security* americana siano al punto più basso, ma all'interno della scala di distribuzione dei paesi europei (Scruggs, 2005; Oecd, 2009b). Comparato con il più vecchio programma europeo, lo schema di pensionamento pubblico tedesco, esso è di fatto più universalistico in termini di copertura, più redistributivo grazie alla sua formula con tassi di sostituzione che variano inversamente ai salari¹³, e – contando su un sistema di misurazione esatto – analogamente generoso del suo equivalente tedesco per quanto riguarda il livello dei benefit¹⁴. Per dare un'impressione più chiara degli ordini di grandezza coinvolti, la tabella 2 riporta i livelli assoluti delle pensioni pubbliche in Germania e negli Usa, piuttosto che i tassi di sostituzione che usualmente si tro-

¹³ Nel 2003 i tassi di sostituzione salariali per i diversi scaglioni di reddito sono stati come segue: 41,6% per la media dei dipendenti (percentuale degli ultimi stipendi nel caso di medie salariali sul corso di vita); 56,1% per i bassi redditi (con il 45% della media sui salari); 29,8% per gli alti redditi/massime retribuzioni (le retribuzioni massime corrispondono a circa 3,3 volte la media dei salari della *Social security* (Us House of Representatives, Committee on Ways and Means, 2004, p. 1/45, 1/48 e p. 1/50).

¹⁴ Il *Comparative Welfare Entitlements Dataset* (Scruggs, 2005) specifica che il tasso medio netto di sostituzione (per la durata di vita media dei lavoratori nel 2000) è del 67% negli Usa e del 64% in Germania, con il 58% negli Usa e il 74% in Germania per i singoli e il 76% (Usa) contro il 58% (Germania) per le coppie. Nei confronti Oecd il livello di sostituzione lordo americano per la media dei dipendenti (38,7%) è superiore che in sette paesi europei e simile a quello tedesco (43,0%), mentre il tasso di sostituzione netto (44,8% per gli uomini) è inferiore che nella maggior parte dei paesi europei, ad eccezione dell'Irlanda e del Regno Unito (Oecd, 2009b, pp. 117, 121).

vano nelle raccolte comparative. Misurata in dollari internazionali a parità di potere d'acquisto, la pensione media negli Stati Uniti è del 13% superiore della pensione media (per persona) in Germania. Perfino la cosiddetta «pensione standard» tedesca, che un pensionato tipo riceve dopo aver lavorato per 45 anni a stipendio medio, è più bassa della media del reddito pensionistico delle coppie americane. In qualsiasi modo, la maggior parte dei pensionati tedeschi riceve molto meno di questa «pensione standard» perché ha lavorato per periodi più brevi (in media gli uomini 41 anni, le donne 29) o ha avuto salari documentati al di sotto della media¹⁵.

Tabella 2 - Livelli pensionistici negli Usa e in Germania (anno 2006)

	Usa	Germania
Media mensile dell'indennità per lavoratore pensionato	\$ 1.044	€ 805,61 (a persona)* (\$923,57)
Media per coppia di pensionati (lavoratore e moglie)	\$ 1.726	
«Pensione standard» tedesca netta (se con 45 anni di assicurazione e guadagni medi nel corso di vita)		€ 1.067 (Ovest-netto) (\$1.223,36)
		€ 1.176 (Ovest-lordo) (\$ 1.348,34)

* 2007: la media per ogni singolo caso pensionistico è € 718,20 (\$ 823,45).

Fonti: Usa: *Statistical Abstract of the U.S.*, 2009, tabella 526. Germania: *Rentenversicherungsbericht*, 2008, pp. 18-19. Tasso di conversione euro tedesco in dollari internazionali a parità di potere d'acquisto: 1,1465455.

Un terzo stereotipo sostiene che gli Usa mancano di un importante elemento della cittadinanza sociale in quanto non hanno uno schema generale di assistenza sociale che dia diritto a tutti ad un livello minimo di sussistenza. Esaminando questa idea in prospettiva transnazionale, Chiara Saraceno (2009) ha recentemente illustrato che gli schemi di reddito minimo non possono essere considerati un elemento essenziale del Modello sociale europeo in quanto non esistono in tutti gli Stati europei. In ogni caso gli schemi americani *poor relief* (sussidi di povertà, *n.d.t.*) differiscono per molti aspetti dai loro corrispettivi europei. Innanzitutto negli Usa non tutte le persone indigenti possono

¹⁵ I guadagni medi combinati maschili e femminili sono stati pari all'89% della media (78,4% per le donne e 103,8% per gli uomini – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008, p. 20 e tavola 6).

fare richiesta del *poor relief*, in quanto i benefici sono normalmente riservati a determinate categorie «meritevoli» come le madri, o i ciechi o i disabili, in quanto si presuppone che le persone abili in età lavorativa si mantengano autonomamente. Questa è la ragione per cui entrambi i programmi «classici» di welfare, l'Afdc (*Aid for families with dependent children*, Aiuto per le famiglie con bambini a carico, *n.d.t.*) e il Tanf (*Temporary assistance for needy families*, Assistenza temporanea per famiglie bisognose, *n.d.t.*) che lo ha sostituito sono stati rivolti alle famiglie con figli. In secondo luogo i benefit in natura come i *Food stamps* e i benefit condizionati al lavoro giocano un ruolo più importante che in Europa (Blank, 2009). In terzo luogo, i benefit di welfare non sono mai stati progettati per innalzare la gente al di sopra della linea ufficiale federale di povertà e hanno solo ed esclusivamente il significato di integrare altre fonti di reddito; sebbene la generosità dei benefit vari largamente da Stato a Stato, gli standard di pagamento sono inferiori allo standard di bisogno che ne definisce la titolarità. Per l'esattezza è che gli Stati membri della Ue non adottano la *statistical poverty line* – infatti la soglia del rischio di povertà viene tracciata al 60% del reddito medio nazionale – neppure come base per definire la titolarità ad un minimo di sussistenza, in quanto i benefit nazionali sono ben al di sotto di questo livello (Saraceno, 2009), ma la linea di povertà americana (che cambia in relazione alla dimensione del nucleo familiare) viene tracciata ad un livello molto più basso, corrispondente a solo circa il 40% del reddito medio equivalente individuale. Un confronto fra i tassi degli schemi dell'assistenza sociale tedesca e i tassi aggregati dei programmi Tanf e *Food Stamps* illustra la differenza: i diritti di welfare negli Stati Uniti restano non soltanto molto al di sotto della linea ufficiale di povertà, ma sono anche più avari rispetto ai redditi medi equivalenti della Germania (figura 5)¹⁶.

Il carattere più limitato del *poor relief* negli Usa, comunque, deve essere visto in associazione con due altri fattori. Innanzitutto gli Stati Uniti hanno un salario minimo regolato per legge e, in secondo luogo, i salari nei settori a basso salario sono integrati dall'Eitc (*Earned income tax credit*) che negli ultimi due decenni è cresciuto considerevolmente. Lo sviluppo del salario minimo federale, che può essere modificato dalla legislazione dello Stato è illustrato nella figura 6. Dato che i tassi non

¹⁶ Bisogna notare che i due maggiori benefit americani per i bisognosi non sono gli unici benefit, in quanto possono essere integrati con altre forme di assistenza, come i sussidi per la casa o per il riscaldamento.

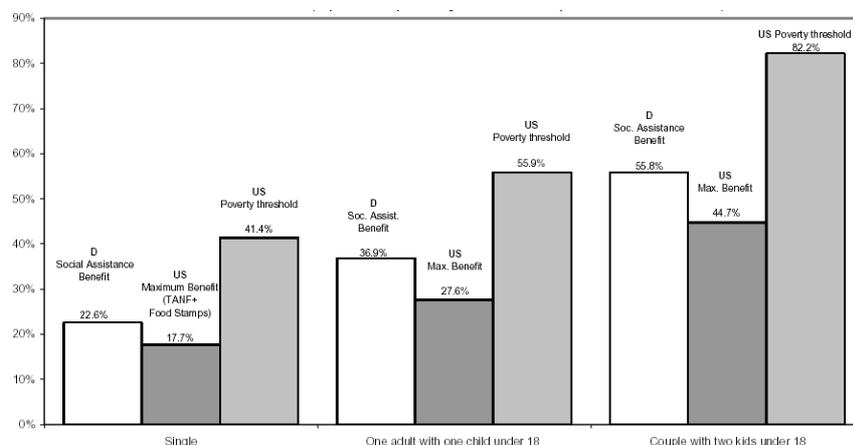
sono indicizzati in relazione all'inflazione e sono rimasti identici per circa un decennio, fra il 1980 e il 2006 il valore reale del salario minimo è diminuito di un terzo. I successivi tre anni hanno poi visto aumenti annuali e nel 2009 il salario minimo federale è stato di 7,25 dollari l'ora¹⁷.

Mentre il salario minimo in termini reali è diminuito, l'*Earned income tax credit* (Eitc o Eic), disegnato per fare in modo che lavorare renda (*making work pay, n.d.t.*), negli ultimi anni è stato considerevolmente esteso, facendone così uno dei programmi sociali con la crescita più dinamica. Il credito è dato da un programma federale che può essere integrato da schemi simili a livello di (singolo) Stato.

RPS

Jens Alber

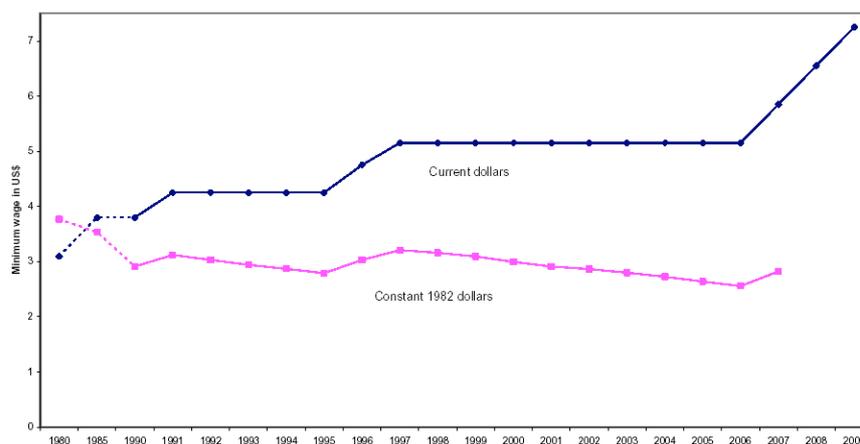
Figura 5 - Posizione della soglia americana di povertà e del poor relief benefit negli Stati Uniti e in Germania rispetto alla distribuzione nazionale del reddito (espressa come percentuale del reddito medio familiare equivalente; anno 2003)



Fonte: Nostri calcoli basati su: Usa: *Green Book* (on line: <http://www.census.gov/hhes/www/povertythresjhld.html>) e Psid (reddito familiare disponibile ponderato rispetto alla radice quadrata della dimensione del nucleo). Germania: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (tasso di assistenza sociale più sussidi di housing e pagamenti singoli) e Gsoep (reddito familiare disponibile ponderato rispetto alla radice quadrata della dimensione del nucleo).

¹⁷ La proporzione di lavoratori che ricevono il salario minimo sembra essere piuttosto bassa; nel 2007, i 1.700 milioni di lavoratori con salari pari o inferiori al salario minimo rappresentavano i due terzi di quelli con paga oraria (Us Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2007).

Figura 6 - Evoluzione dei tassi di salario minimo negli Usa (anni 1989-2009)



Fonte: *Statistical Abstract of the United States 2009* (tabella 629: Salario minimo federale (tassi); tabella 702: Parità del potere d'acquisto del dollaro).

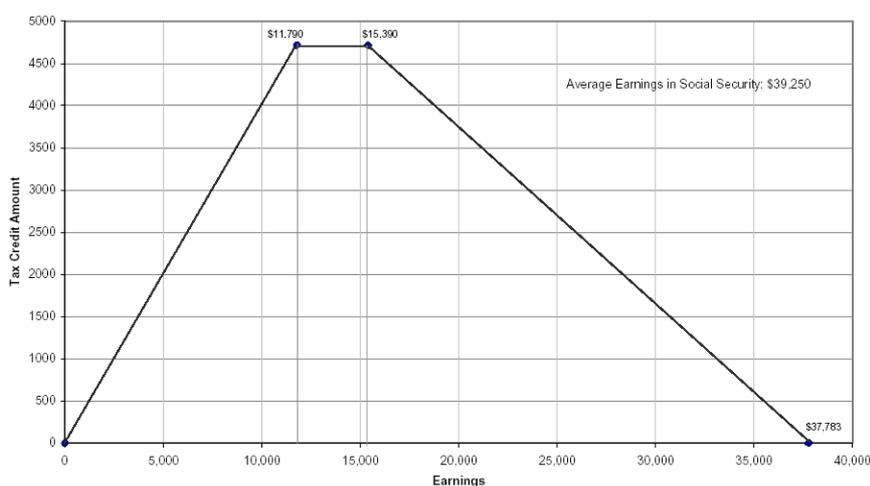
Creato nel 1975, è disponibile per i contribuenti a basso reddito. Originariamente circoscritto alle famiglie con bambini a carico, nel 1993 la sua copertura è stata estesa per includere anche i lavoratori a basso reddito senza figli. Disegnato per rafforzare gli incentivi al lavoro, lo schema accorda un credito d'imposta rimborsabile calcolato in percentuale sui guadagni superiori ad un certo limite. In tal modo il credito cresce con il reddito guadagnato, fino a quando non sia raggiunto il suo massimo importo ad un certo livello di guadagni. Questo limite di reddito è chiamato «minimo reddito per massimo credito» o «limite per guadagni sussidiabili». Per i redditi superiori a questo limite, il credito rimane costante fino a che non venga raggiunta una seconda soglia di reddito al di là della quale il credito viene ridotto tramite una riduzione graduale percentuale (esattamente una percentuale sui guadagni al di sopra della soglia) e raggiunto un punto «di break-even», al livello del quale il credito è ridotto a zero. Fino al 1986 tutti i limiti di reddito Eitc sono stati indicizzati all'inflazione. Per una famiglia con due figli, il limite di reddito applicato ai guadagni sussidiabili a cui si raggiunge il massimo credito corrisponde grossomodo al 30% della media dei redditi della *Social security* (11.340 dollari rispetto a 37.601), mentre la soglia alla quale inizia la riduzione graduale per quel tipo di famiglia corrisponde a circa il 40% (nel 2006 è stata pari a 14.810

dollari). Il punto «break even» è leggermente al di sotto il livello della media dei redditi della *Social security* (96% – vedi figura 7). Variando con il numero di figli, la soglia è più del doppio per le famiglie con due figli che per i lavoratori senza figli.

RPS

Jens Alber

Figura 7 - Funzionamento dell'Earned income tax credit per una famiglia con due figli (anno 2007)



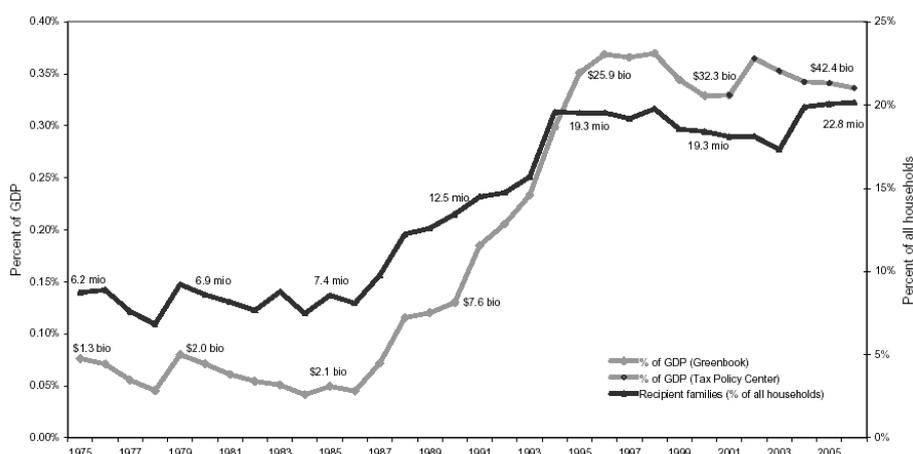
Fonte: Internal revenue service (Irs) e Tax policy center (*Historical Eitc Recipients*).

Nel 2006 il credito massimo è ammontato a 378 dollari al mese (4.536 dollari l'anno); 23 milioni di famiglie hanno ricevuto un credito pari in media a 160 dollari al mese (1.926 dollari l'anno). La figura 8 mostra la notevole crescita dell'Eitc che gode di un'ampia e analoga popolarità sia fra i politici che fra i contribuenti. Il numero delle famiglie percettrici è aumentato di quasi quattro volte, dai circa 6 milioni nel 1970 agli oltre 23 milioni degli ultimi anni, mentre il costo totale del credito è cresciuto addirittura con un coefficiente 35 e nel 2006 è stato pari a più di 44 bilioni di dollari. In breve, il welfare state americano per fornire un livello minimo combina una varietà di strumenti differenti difficili da comparare con gli schemi sociali di reddito minimo europei. Invece di uno schema sociale assistenziale generale, c'è un patchwork di diversi

programmi molti dei quali sono fortemente condizionati al lavoro e
volti a sostenere le persone con lavori scarsamente retribuiti.

RPS

Figura 8 - Spesa per Earned income tax credit (in % del Pil)
e famiglie percettrici (in % su tutte le famiglie; anni 1975-2006)



Fonte: Calcoli basati su *Statistical Abstract of the United States 2009* (tabelle 53, 546, 645), Tax Policy Center, *Historical Eitc Recipients*, *Greenbook 2004* (tabelle 13-41), *Historical Statistics of the United States* (tabelle Ae29-37).

Le maggiori intuizioni che derivano da questa breve descrizione possono essere riassunte in tre punti: primo, sotto vari aspetti il welfare state americano è differente e complesso piuttosto che incompleto, in quanto utilizza un gran numero di strumenti diversi che comprendono non soltanto l'assicurazione sociale, ma anche la legislazione sul salario minimo, il *tax credit* per i lavoratori poveri, così come alcune altre misure qui non descritte quali le garanzie per prestiti e altri sussidi per la casa, la regolazione delle condizioni d'impiego e la legge sulla responsabilità civile (Howard, 2007). Secondo, nell'ambito del campo d'azione della *Social security* il welfare state americano è più simile ai welfare state europei di quanto la definizione «welfare state residuale» non suggerisca, in quanto anch'esso è dominato da prestazioni *pubbliche* di welfare all'interno delle quali predominano i programmi di assi-

curazione sociale, e soprattutto la *Social security* e il *Medicare*, perché il suo schema di pensionamento pubblico è più universale, redistributivo e generoso del sistema pensionistico tedesco; perché i programmi sociali sono andati crescendo nel tempo anche nei decenni recenti e perché si sta avvicinando all'Europa per quanto riguarda gli schemi sanitari pubblici allargati. Terzo, rimangono notevoli differenze con l'Europa, la più notevole delle quali è un più forte ricorso agli schemi pensionistici e sanitari privati, una più forte enfasi sui benefit condizionati al lavoro e una maggiore importanza degli schemi selettivi o destinati a specifici target che, se si include il *Medicaid*, rappresentano circa un terzo del totale della spesa sociale del welfare americano.

In breve, questo suggerisce che la definizione «welfare state residuale» è fuorviante in quanto annulla importanti somiglianze fra le politiche sociali europee e americane e anche specificità americane, che una tipologia in termini di maggiore o minore su dimensioni identiche non può rispecchiare. Per caratterizzare questo modello di politiche sociali in letteratura sono stati proposti vari termini, e tutti sembrano catturarne meglio i connotati rilevanti di quanto non faccia la definizione di «welfare state residuale». Questi concetti comprendono: l'*industrial achievement-performance model* (un concetto che Titmuss – 1974 – ha usato per caratterizzare i welfare state continentali europei); l'*opportunity-insurance State* (Marmor e al., 1990); l'*enabling State* (Gilbert, 2002); e il *work-conditioned public support State* (Blank, 2009). Poiché l'elemento degli incentivi al lavoro è una componente implicita di tutte queste proposte, ritengo che il termine welfare «condizionato al lavoro» suggerito da Rebecca Blank sia particolarmente efficace, in quanto porta implicitamente l'attenzione su un elemento importante: dato che molti benefit sono condizionati al lavoro – tranne gli schemi assicurativi basati sui contributi, anche il salario minimo, l'*Earned income tax credit*, i benefit per i lavoratori pesantemente sussidiati – i datori di lavoro fungono come supervisor-chiave dei diritti sociali. In questo senso il welfare state americano è meno basato sulla cittadinanza sociale e sulle burocrazie statali che amministrano i programmi, ma su ciò che Dobbin (2002) ha definito «cittadinanza sociale corporativizzata». In questo sistema il contratto di lavoro con datori di lavoro privati viene utilizzato come base della protezione sociale, e questo comporta anche che la perdita del lavoro è penalizzata due volte, in quanto si perdono non soltanto il reddito da lavoro, ma anche i diritti sociali.

«Americanizzazione» significherebbe allora che alcune delle caratteristiche peculiari del welfare state americano vengono adottate o raf-

forzate in altri paesi, tanto da convergere con gli Stati Uniti. Nelle parti che seguono esaminerò se i welfare state europei si sono avvicinati al caso americano riguardo alle caratteristiche che seguono, che possono fungere come prova del nove per le nostre analisi: il livello della spesa sociale lorda, la quota dei benefit privati, la quota relativa di indennità selettive *means-tested* e l'enfasi sui benefit condizionati al lavoro. Esamineremo inoltre se il welfare state americano è diventato esso stesso più radicalmente americano riguardo a queste caratteristiche.

3. Cambiamenti recenti della politica sociale in Europa e negli Usa

3.1 La spesa sociale aggregata

La tabella 3 mostra che dopo il 1980 la spesa sociale si è mantenuta crescente non solo negli Stati Uniti ma anche nella maggior parte dei paesi europei membri dell'Oecd.

In media, la spesa sociale è stata maggiore nel 2005 che nel 1980. Solo sei dei quindici vecchi Stati membri dell'Ue hanno visto un moderato trend di riduzione della spesa sociale fra il 1990 e il 2006 (Danimarca, Finlandia, Svezia, Spagna, Lussemburgo, Paesi Bassi). Il modello è diverso per i nuovi Stati membri, dove sette su dodici paesi hanno ridotto la spesa sociale in rapporto al Pil. Fino al 2006, il trend della spesa sociale è stato moderatamente positivo nell'Ue-15, moderatamente negativo nei 12 nuovi Stati membri e zero in media.

In sintesi, fra nuovi e vecchi Stati membri della Ue non vediamo una riduzione né una corsa convergente verso il basso, ma un gap crescente. Nel tempo, le differenze fra la Ue-15 e gli Stati Uniti non si sono ridotte, ma ampliate¹⁸.

¹⁸ Per risultati analoghi vedi Castles (2009) e Starke e al. (2008). I confronti fra la Ue allargata e gli Usa sono menomati dal fatto che la definizione dell'Eurostat di protezione sociale è diversa da quella dell'Oecd, mentre il database dell'Oecd ha solo quattro dei nuovi Stati membri (Repubblica Ceca, Ungheria, Polonia e Slovacchia).

Qui tab 3

RPS

Jens Alber

RPS

COSA HANNO IN COMUNE I SISTEMI DI WELFARE STATE EUROPEI E IN COSA DIFFERISCONO

Come discusso prima, il tasso lordo di spesa sociale è solo una misura rudimentale delle attività del welfare che non può catturare importanti differenze nella composizione della spesa sociale. Perciò è il caso di esaminare se i paesi europei sono diventati più simili agli Usa guardando a specifiche caratteristiche, quali il livello della spesa privata per finalità sociali o il peso relativo degli schemi selettivi.

3.2 Indicatori sulla composizione della spesa sociale a grana più fine

La raccolta di dati dell'Oecd permette un esame d'insieme della quota privata di spesa sociale e anche analisi più specifiche nei settori delle pensioni e della sanità. La tabella 4, basata sulla distinzione Oecd fra spesa sociale lorda e netta, illustra la percentuale di Pil (al costo di produzione) spesa privatamente e volontariamente per finalità sociali per quei paesi in cui sono disponibili serie storiche di dati. Anche se recentemente la spesa sociale privata è aumentata in tutti i paesi europei, i Paesi Bassi e il Regno Unito sono i soli che si sono avvicinati agli Stati Uniti, e in cui la spesa privata per welfare ha preso a crescere ulteriormente. Nel 2005, la spesa sociale privata negli Stati Uniti è ammontata grossomodo al 10% del Pil, mentre il Regno Unito e i Paesi Bassi sono stati i soli paesi europei con quote private sul Pil superiori al 3% (a parte il Belgio, che non è elencato nella tabella a causa della mancanza della serie storica di dati)¹⁹.

Tabella 4 - Quota di spesa sociale volontaria privata nel 1993 e nel 2005 (in percentuale del Pil al costo di produzione)

Paese	1993 eccetto l'Italia (1997) e la Francia (2001)	2005	Incremento
Stati Uniti	7,8	9,8	2,0
Regno Unito	3,2	6,0	2,8
Paesi Bassi	3,4	6,2	2,8
Germania	1,5	1,8	0,4
Italia	0,1	0,6	0,5
Francia	2,1	2,9	0,8
Danimarca	0,4	1,5	1,1
Svezia	1,0	1,8	0,8

Fonte: Adema, 2001; Adema e Einerhand, 1998; Adema e Ladaïque, 2005.

¹⁹ I dati relativi al 2005 sono disponibili per 17 paesi europei, ma le serie storiche sono disponibili per i soli paesi nella tavola.

Dati più raffinati che illustrano la proporzione della spesa sociale per finalità specifiche sono disponibili nella raccolta di dati Oecd per pensioni e sanità.

Secondo i dati Oecd, negli ultimi decenni la maggior parte dei paesi europei ha aumentato la quota di spesa privata per pensioni (tabella 5). Solo cinque paesi – Finlandia, Austria, Portogallo, Spagna e Lussemburgo – risultano estranei a questa tendenza generale. Come le misure di dispersione dimostrano, le specifiche differenze nazionali all'interno dell'Europa non sono diminuite, ma addirittura aumentate. Nonostante alcuni paesi europei come i Paesi Bassi e il Regno Unito abbiano corso in parallelo con gli sviluppi Usa, il gap che separa gli Usa dalla media (Est) europea è aumentato, perché gli Usa hanno continuato a perseguire la privatizzazione delle pensioni più vigorosamente della maggior parte delle nazioni europee.

In linea con la nozione di *path dependency* i paesi che sono partiti da più elevati livelli di privatizzazione all'inizio del periodo hanno anche tentato di avere un trend più rapido di incremento della quota privata ($r = 0,43$ se si considera come coefficiente di regressione quello del livello iniziale). Di qui assistiamo ad una tendenza abbastanza generalizzata di «*risk shifts*» (spostamento del rischio, *n.d.t.*) favorevole all'offerta privata, come descritto da Hacker (2006) per gli Usa, ma all'interno dell'Europa riscontriamo una persistente diversità piuttosto che convergenza²⁰.

Confrontati in base alla quota privata sul totale delle spese per salute, i sistemi sanitari sono stati soggetti ad una simile, ma meno pronunciata, tendenza alla privatizzazione (tabella 6). Nei paesi europei occidentali la media della quota privata è aumentata dal 4,5 al 7,8%, ma siccome gli Stati Uniti hanno aumentato ulteriormente la loro quota privata, il gap che separa l'Europa e l'America non è diminuito. Mentre circa la metà del totale delle spese sanitarie degli Stati Uniti viene classificata dall'Oecd come privata, i Paesi Bassi sono l'unico paese europeo con una quota che supera il 20%, e solo tre altri paesi – Francia,

²⁰ Naturalmente, quote analoghe di spesa pensionistica privata possono celare importanti differenze presenti nel disegno degli schemi privati. Per utili comparazioni fra i programmi pensionistici privati, vedere Anderson (2008) e Meyer e al. (2007), così come il compendio molto sintetico e informato dei diversi disegni di pensionamento privato nei capitoli 6 e 9 di Thaler e Sunstein (2009).

Tabella 5 - Quota privata di spesa pensionistica. Spesa sociale obbligatoria + privata volontaria per pensioni in percentuale del totale (pubblica + privata) della spesa sociale per pensioni

Paese (Primo anno se diverso dal 1980)	1980 o primo anno	2005	Trend 1980-2006 (b coefficients)
Stati Uniti	19,7	41,8	0,84
Ue-15	9,9	13,9	0,16
Nsm-4	2,4	6,8	0,34
Ue-19*	8,7	12,7	0,19
<i>Deviazione standard</i> Ue-15 (Ue-19*)	9,4 (9,0)	14,1 (13,2)	
<i>Coefficiente di variazione</i> Ue-15 (Ue-19*)	0,9 (1,0)	1,0 (1,0)	
Danimarca	15,7	23,4	0,33
Finlandia (1993)	4,3	2,3	-0,15
Svezia	12,5	17,2	0,24
Austria	5,7	3,8	-0,02
Belgio	4,8	27,3	0,95
Francia	2,6	1,8	0,03
Germania	4,8	5,9	0,05
Grecia (1983)	0,0	3,6	0,22
Italia	10,0	10,1	0,02
Portogallo	5,9	2,3**	-0,19
Spagna	0,0	0,0	-0,02
Lussemburgo (2001)	9,3	7,1	-0,60
Paesi Bassi	19,7	38,9	0,77
Irlanda	18,2	21,6	0,36
Regno Unito	35,4	43,5	0,35
Repubblica Ceca (1996)	0,0	2,6	0,23
Ungheria			
Polonia (1990)	4,1	10,4	0,36
Slovacchia (1995)	3,1	7,5	0,43

Grigio = incrementi.

* Ue-19 senza Ungheria.

** 2004.

Fonte: Nostri calcoli su Oecd (2008), *Social Expenditure Database*.

Germania e Regno Unito – superano la soglia del 10%²¹. Diversamente che per il sistema pensionistico, qui non c'è una *path dependency*, nel senso che i paesi che sono partiti da maggiori livelli nel 1980 han-

²¹ I dati dell'Oecd sulla spesa privata per salute non includono le spese a carico degli utenti. Perciò c'è un importante caveat da tener presente in queste comparazioni, che porta ad una sottostima della dimensione reale della privatizzazione nei paesi europei.

RPS

COSA HANNO IN COMUNE I SISTEMI DI WELFARE STATE EUROPEI E IN COSA DIFFERISCONO

no anche avuto incrementi di privatizzazione più accelerati ($r = -0,08$). Solo tre paesi europei – l’Austria, la Grecia e la Repubblica Ceca – sono stati esenti dalla tendenza generale verso maggiori prestazioni private. Giudicati sulla base del coefficiente di variazione, i paesi europei sono diventati un po’ più simili per una certa crescita dei livelli di privatizzazione, ma siccome lo standard di deviazione è aumentato, sarebbe esagerato interpretare questa come una convincente evidenza di convergenza verso il modello di una maggiore responsabilità privata rappresentato dagli Stati Uniti.

Tabella 6 - Quota privata di spesa sanitaria. Spesa sociale obbligatoria + privata volontaria per salute in percentuale del totale (pubblica + privata) della spesa sociale per salute

Paese (Primo anno se diverso dal 1980)	1980 o primo anno	2005	Trend 1980-2006 (b coefficients)
Stati Uniti	41,8	45,4	0,08
Ue-15	4,5	7,8	0,11
Nsm-4	0,4	0,9	0,09
Ue-19	3,8	6,6	0,10
<i>Deviazione standard</i> <i>Ue-15 (Ue-19)*</i>	<i>3,8 (3,8)</i>	<i>6,1 (6,1)</i>	
<i>Coefficiente di variazione</i> <i>Ue-15 (Ue-19)*</i>	<i>0,9 (1,0)</i>	<i>0,8 (0,9)</i>	
Danimarca	1,3	2,3	0,05
Finlandia	1,7	2,9	0,07
Svezia			
Austria	10,0	6,6	-0,22
Belgio (2003)	6,4	6,5	0,07
Francia	6,6	15,3	0,33
Germania	6,9	11,3	0,16
Grecia (2000)	4,5	3,6	-0,26
Italia (1990)	0,8	1,2	0,01
Portogallo	0,0	5,6	0,23
Spagna	3,9	7,7	0,11
Lussemburgo (1999)	1,5	2,5	0,24
Paesi Bassi	13,2	23,1	0,35
Irlanda	4,5	7,9	0,08
Regno Unito	1,5	12,8	0,27
Repubblica Ceca (2002)	0,3	0,3	0,00
Ungheria (1999)	0,1	1,5	0,25
Polonia (2002)	0,7	0,8	0,02
Slovacchia			

Grigio = incrementi.

* Ue-15 senza Svezia, Ue-19 senza Svezia e Repubblica Slovacca.

Fonte: Nostri calcoli su Oecd (2008), *Social Expenditure Database*.

La quarta prova del nove si riferisce al grado di selettività degli schemi di welfare. Studiosi di diverse tendenze come Neil Gilbert (2002) e Rothstein (1998) concordano sulla convinzione che l'Europa fin dai primi anni '90 abbia visto uno slittamento verso programmi selettivi basati sulla prova dei mezzi. Gilbert è giunto alla sua diagnosi di un trend di benefit da «universali a selettivi» considerando ogni prestazione con limiti di reddito come parte dei benefici selettivi. Siccome i limiti di reddito non sono collocati al di sotto della media dei salari ed escludono solo quelli molto alti, secondo la mia opinione il termine di beneficio «*targeted*» o «selettivo» dovrebbe essere più opportunamente riservato per i programmi che sono rivolti ai poveri e che comportano verifiche dei mezzi nel senso di un'indagine amministrativa sulle condizioni di vita della famiglia dei percettori di benefici pubblici. Seguendo questo concetto – che non annovera come selettivi gli schemi di assicurazione obbligatoria con limiti di reddito al di sotto della media dei salari, la tabella 7, basata su dati Eurostat, mostra com'è cambiata nel tempo la proporzione dei benefici selettivi²².

La media della quota dei benefici selettivi nell'Europa allargata è inferiore all'8% e il livello americano è altrettanto ben al di sotto, anche escludendo il *Medicaid* dal calcolo dei benefici selettivi Usa. Nel corso del tempo la quota dei benefici selettivi è leggermente *diminuita* nella media europea e, come indicato dal trend negativo dei coefficienti, è più alto il numero di paesi che registrano un'importanza calante dei benefici rivolti a specifici target (15) del numero di paesi che registrano un incremento (11). In questo senso, l'Europa non si è avvicinata al modello americano, e il gap che separa la media Ue dagli Usa è aumentato. Tradizionalmente solo l'Irlanda, il Regno Unito e Malta hanno avuto una quota di schemi selettivi a due cifre approssimandosi agli Usa, ma nessuno di questi paesi si è ulteriormente avvicinato al modello americano negli ultimi anni. Con l'eccezione della Polonia, della Slovenia e di Cipro i nuovi Stati membri della Ue appartengono ai paesi con una proporzione in calo di schemi rivolti a specifici target.

²² I dati americani non sono perfettamente comparabili e sono basati sulle statistiche ufficiali Usa illustrate nella figura 3, in quanto (alquanto superficialmente) la definizione Eurostat di schemi selettivi può differire dalla definizione americana.

Tabella 7 - Quota di benefici selettivi nella spesa sociale
(% del totale della spesa sociale pubblica)

Paese (Primo anno se diverso dal 1990)	1990 o primo anno	2005/06	Trend 1980-2005/06 (b coefficients)
Usa	25,2 (11,3 senza <i>Medicaid</i>)	30,4 (10,4 senza <i>Medicaid</i>)	0,00
Ue-15	9,4	9,4	-0,03
Nsm	8,1	6,0	-0,20
Ue-27	8,8	7,9	-0,11
<i>Deviazione standard</i> Ue-15 (Ue-27)	7,2 (6,5)	5,9 (5,5)	
<i>Coefficiente di variazione</i> Ue-15 (Ue-27)	0,8 (0,7)	0,6 (0,7)	
Danimarca	2,6	3,0	0,02
Finlandia	11,5	9,8	-0,10
Svezia	6,3	2,9	-0,36
Austria	3,9	6,7	0,20
Belgio	2,7	3,7	0,07
Francia	11,0	11,9	0,07
Germania	8,6	12,2	0,07
Grecia	6,2	7,6	0,17
Italia	4,7	4,6	0,00
Portogallo	6,2	11,5	0,32
Spagna	13,6	13,1	-0,09
Lussemburgo	6,3	3,0	-0,28
Paesi Bassi	9,6	11,9	0,23
Irlanda	31,0	24,3	-0,67
Regno Unito	16,5	15,5	-0,17
Repubblica Ceca (1995)	8,9	5,2	-0,25
Ungheria (1999)	7,3	4,6	-0,36
Polonia (2000)	5,0	5,2	0,20
Slovacchia (1995)	15,3	5,4	-0,88
Slovenia (1996)	8,8	9,7	0,14
Estonia (2000)	2,5	0,8	-0,33
Lettonia (1996)	4,4	2,1	-0,15
Lituania (1997)	2,1	1,5	-0,06
Bulgaria (2005)	6,6	6,1	-0,52
Romania (2000)	8,1	5,1	-0,06
Cipro (2000)	5,9	8,9	0,48
Malta (1995)	22,5	17,9	-0,55

Grigio = incrementi.

Fonte: Nostri calcoli basati su: Eurostat (2009): Esspros, per gli Usa calcolati da *Usa Statistical Abstract* (2009, tabella 521).

Riassumendo, abbiamo un'evidenza non convincente che intende sostenere la teoria che i paesi membri della Ue si stiano allontanando dall'ideale di welfare state universali e andando nella direzione dei benefici selettivi. Come indicano le misure calanti della dispersione, i paesi europei sono diventati in tal senso più simili fra loro e hanno teso a convergere su livelli leggermente più bassi di selettività, testimoniando in questo modo il gap che li differenzia dagli Stati Uniti.

In breve, troviamo tracce di un'americanizzazione delle politiche sociali europee in relazione ad un'importanza crescente della spesa privata per finalità sociali, ma non in relazione ad una crescita di importanza degli schemi selettivi. Inoltre il gap che separa la media europea dagli Usa non si è ridotto; piuttosto si è ampliato. Si potrebbe argomentare, naturalmente, che l'attuazione di un cambiamento necessita di tempo e che una trasformazione più significativa, che i dati disponibili ancora non catturano, può essere individuata al livello del discorso politico, che si tradurrà in un cambiamento effettivo solo a distanza di un certo intervallo di tempo.

3.3 Cambiamenti del discorso politico: tre aspetti dell'americanizzazione in Europa e due aspetti dell'europeizzazione negli Usa

Fino al punto coperto dai dati più recenti, la trasformazione reale del welfare state europeo è rimasta piuttosto contenuta; un cambiamento più profondo ha però avuto luogo a livello del discorso sulla politica sociale. Tre elementi utilizzati per identificare il modello americano e che spesso hanno giocato un ruolo più forte negli Usa che in Europa hanno recentemente ottenuto risalto anche su questa sponda dell'Atlantico: un nuovo interesse per la responsabilità individuale, la prestazione privata di servizi con una maggiore scelta del consumatore, e una nuova enfasi sull'attivazione delle persone in età lavorativa.

Fino ai primi anni '90, l'idea che il welfare state potesse essere un problema piuttosto che la soluzione ha trovato una modesta eco fra i policy-maker fuori dalla «thatcherite» della destra politica europea che aveva adottato l'idea americana che i benefit di welfare potessero implicare incentivi errati che invitavano le persone a vivere a spese di altri. Questo è cambiato all'inizio degli anni '90, quando la Commissione europea ha pubblicato una serie di Libri Verdi e Bianchi che hanno evidenziato gli effetti negativi dei benefit sociali e ha chiesto un reindirizzamento della politica sociale ed economica della Ue. La Commissione ha chiarito che i costi del lavoro non retribuito, così come le tasse sui

redditi e i contributi per le assicurazioni sociali avrebbero dovuto essere ridimensionati, che le politiche tradizionali erano divenute insostenibili, e che la spesa pubblica avrebbe dovuto essere reindirizzata dai consumi sociali agli investimenti produttivi. Frequentemente, in relazione agli Stati Uniti (e al Giappone) come modello, la commissione ha richiesto una più attiva assunzione di responsabilità da parte di ciascun individuo, l'introduzione di sistemi *pay-per-use* e un trasferimento di servizi dallo Stato al mercato. L'essenza di questi pronunciamenti è stata che la responsabilità dello Stato dovrebbe essere ridimensionata e che la responsabilità individuale dovrebbe essere ampliata (Kuper, 1994). Insieme all'impatto della Banca mondiale e del Fmi, le nuove visioni della Commissione hanno in larga misura forgiato il discorso politico di preadesione dei paesi della trasformazione post-socialista. Mentre i meeting del Consiglio di Laeken del 2001 e di Barcellona del 2002 hanno posto un accento momentaneo sulle virtù del modello sociale europeo e dell'inclusione sociale, la revisione del 2005 dell'Agenda di Lisbona ha posto ancora una volta l'accento sull'occupazione, la crescita, la competitività. Il nuovo accento sulla responsabilità individuale si è combinato con un secondo discorso sull'appropriato equilibrio fra offerta pubblica e privata di servizi, che è stato alimentato da una crescente richiesta di una maggiore scelta dei consumatori. L'espansione dell'istruzione superiore ha contribuito ad accrescere il numero delle persone che ha richiesto il giudizio di esperti nelle controversie e ha sviluppato una preferenza per servizi differenziati piuttosto che per soluzioni standardizzate universalistiche (Rothstein, 1998). L'idea tradizionale di solidarietà si è così sempre più fusa con la ricerca di un nuovo mix pubblico/privato che offrisse ai clienti opportunità di *voice* e di *exit*.

Parzialmente in risposta di tali nuove domande di cittadinanza, sia i governi nazionali che la Commissione europea hanno inserito la privatizzazione dei servizi pubblici nell'agenda delle politiche europee. In Svezia i partiti borghesi che erano al potere all'inizio degli anni '90 hanno promosso una «rivoluzione della libertà di scelta» che avrebbe dovuto dare più potere agli assistiti dipendenti dai servizi dello Stato, trasformandoli in utenti moderni e sicuri di sé (Rothstein, 1998). Nel caso della nascita, per esempio, c'è stata una svolta radicale in favore della scelta dei genitori che Rothstein (1998, p. 190) ha riassunto come il passaggio dal parto alle condizioni dell'ospedale al parto alle condizioni dei genitori. Mentre in Svezia è stata fondata un'Agenzia per lo sviluppo amministrativo destinata a valutare i vari modelli di li-

bertà di scelta, altri paesi si sono conformati nello sviluppo di modelli di *New public management*, che avrebbero dato ai cittadini più voce nelle loro trattative con le burocrazie pubbliche (vedi anche Giddens, 1998).

Un terzo elemento del cambiamento del discorso pubblico che può essere inteso come una forma di americanizzazione è la nuova enfasi sull'attivazione e gli *incentivi al lavoro* verso cui Neil Gilbert (2002) ha in modo convincente indirizzato l'attenzione. In Inghilterra, per esempio, il governo laburista nel 1998 ha pubblicato un Libro verde sulla riforma del welfare che dichiarava che «lo sforzo del Governo è di ricostruire il welfare state intorno al lavoro» (Gilbert, 2002, p. 65). La Francia ha introdotto un nuovo schema di reddito minimo – il *Revenu minimum d'insertion* – nel 1988 e ha preteso che i partecipanti firmassero un contratto di riabilitazione elaborato con le amministrazioni locali. In Danimarca la riforma dell'assistenza sociale del 1997 ha introdotto elementi di *workfare* esigendo che tutti i beneficiari partecipassero alla formulazione di piani individuali di attivazione e introducendo una riduzione del benefit del 20% nel caso in cui un'offerta di attivazione venisse rifiutata. Nei Paesi Bassi «*Work, work, work*» è diventato il motto della coalizione porpora durante il governo del Primo ministro Kok alla metà degli anni '90. Il suo *Social assistance act* del 1996 ha ristretto l'accesso ai benefit di welfare, attivato chi era nelle liste e modificato il livello dei benefit (Gilbert, 2002, p. 74). Un articolo pubblicato in «*World Politics*» nel 1991 poteva ancora meravigliarsi «perché la riforma del welfare si è verificata in Danimarca e nei Paesi Bassi e non in Germania» (Cox, 2001), ma nel 2002 la coalizione tedesca di governo capeggiata dai socialdemocratici ha seguito l'esempio olandese adottando la cosiddetta Riforma Hartz, che ha messo fine al welfare in Germania come lo conoscevamo, in parte fondendo lo schema di assistenza sociale con lo schema di indennizzo della disoccupazione e abolendo il diritto all'assistenza sociale per le persone abili in età da lavoro che venivano sottoposte ad una maggiore pressione affinché cercassero attivamente un'occupazione.

Potrebbe essere esagerato proclamare la nuova enfasi sull'attivazione delle persone in età lavorativa un processo di «ri-mercificazione» dei welfare state europei, come fa Neil Gilbert (2002), o come un segnale di cambiamento in direzione di un «regime di *workfare* di tipo schumpeteriano» come ha suggerito Bob Jessop (1995). Tuttavia, presi insieme e considerati in prospettiva storica, questi nuovi elementi suggeriscono che

RPS

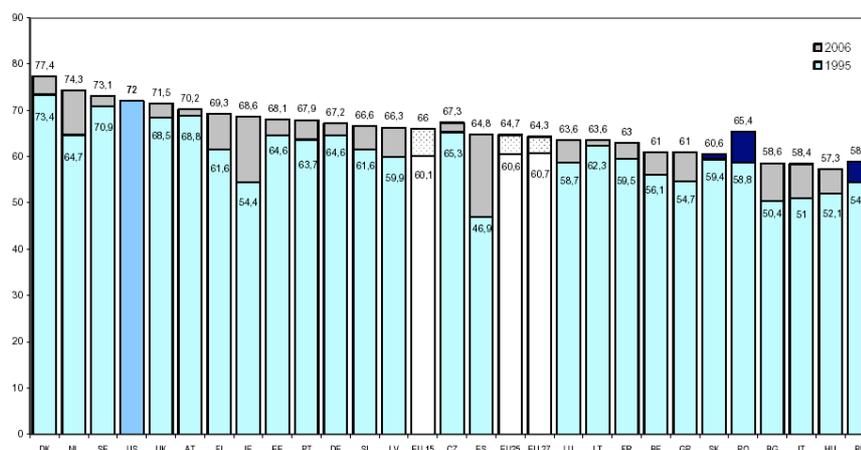
Jens Alber

la socialdemocrazia europea ha raggiunto un nuovo stadio nella sua mutevole relazione con l'economia di mercato. Storicamente, il movimento del lavoro (continentale) europeo si è riconciliato con l'economia capitalista di mercato e la democrazia parlamentare in tre principali fasi, che in successione hanno spostato l'idea di una «terza via» verso una parziale approvazione dell'economia di mercato e in questo senso verso destra. La prima fase, che si è avuta nel corso del dibattito sul revisionismo all'alba del diciannovesimo secolo, ha portato a rinnegare la rivoluzione, all'accettazione della democrazia parlamentare e ad una strategia della terza via volta al *socialismo democratico* attraverso riforme frammentarie. La seconda fase è stata adottata dopo la seconda guerra mondiale, quando si rinunciò all'idea di investimento pubblico, controllo e nazionalizzazione delle industrie-chiave e si accettò l'economia di mercato come forma efficiente di allocazione degli investimenti nei mercati produttivi e come fondamentale meccanismo di crescita che comunque avrebbe potuto essere integrato da schemi di indennizzo sociale per i gruppi vulnerabili del mercato del lavoro. La «terza via» veniva allora concettualizzata come *economia sociale di mercato*. La terza fase è stata divulgata all'alba del millennio, quando i promotori di una nuova «terza via» si sono discostati dall'idea di limitare la sfera d'influenza del mercato tramite un'ampia quantità di servizi pubblici e trasferimenti sociali – che significherebbe in parte «de-mercificare» i cittadini dando loro accesso a mezzi efficaci di copertura fuori dal mercato – per il nuovo traguardo di conferire a quanta più gente possibile strumenti di partecipazione ai mercati. Così come l'inclusione nel lavoro viene ora dichiarata come la massima forma di *empowerment*, le *politiche di attivazione* per rendere le persone adatte al mercato sono diventate il motto del «New Labour» e di una socialdemocrazia trasformata (Giddens, 1998; 2001). Per certi aspetti, in questo modo i paesi europei sono divenuti più simili al modello di welfare condizionato al lavoro degli Stati Uniti²³.

²³ La trasformazione dal vecchio al nuovo lavoro è particolarmente visibile nell'evoluzione degli scritti di Esping-Andersen (da Esping-Andersen, 1990; 1996; 1999 e Esping-Andersen e al., 2002). La sua nuova tipologia segue ancora lo schema «buono, cattivo, pessimo», sul quale Manow (2002; 2008) ha richiamato l'attenzione, ma classifica costantemente nella dimensione della de-mercificazione come «buoni» solo i paesi scandinavi, e altrettanto per la nuova dimensione della de-familizzazione. Le Colonie inglesi in precedenza liberali sono state ora perfezionate da cattive (a causa della «de-mercificazione» residualistica) a «pessime» (alta occupazione femminile, ma solo nel settore privato), mentre i paesi continentali europei si sono spostati dalla loro posizione «pessima» dell'o-

Il nuovo orientamento non è rimasto confinato al discorso politico, ma è stato fatto penetrare nel rimodellamento attivo della realtà sociale. Praticamente tutti i paesi europei hanno ormai accettato il modello del lavoratore adulto sostenuto dalla Commissione europea e negli anni recenti hanno considerevolmente aumentato i tassi di occupazione. Avvicinarsi al traguardo della piena occupazione è stato visto non solo come un'autostrada verso l'inclusione sociale, ma anche come un imperativo funzionale dovuto al crescente peso demografico sui sistemi previdenziali e alla necessità di promuovere la vitalità e la sostenibilità del pensionamento pubblico. La figura 9 mostra che ad eccezione di quattro paesi, tutti i paesi europei hanno recentemente aumentato l'occupazione, avvicinandosi da questo punto di vista agli Stati Uniti (per i modelli occupazionali nazionali vedi Eichhorst e Hemerijck, 2009; Alber, 2008).

Figura 9 - Evoluzione dei tassi d'occupazione 1995-2006*



* Dati Usa per il 1994/2006; nel caso di Rep. Ceca, Slovacchia, Romania, Bulgaria, Ungheria, Polonia, Estonia, Lettonia, Lituania, dati disponibili più vicini; i colori scuri per Slovacchia, Romania, Polonia indicano una riduzione dei tassi di occupazione.

Fonte: *Employment in Europe 2007, Key Employment Indicators, Oecd Employment Outlook 2008* (Us).

riginaria tipologia della de-mercificazione a «cattiva», in relazione all'insufficiente inserimento di tutti, comprese le donne, nel mercato del lavoro, il che porta ad un basso sviluppo della de-familizzazione.

RPS

COSA HANNO IN COMUNE I SISTEMI DI WELFARE STATE EUROPEI E IN COSA DIFFERISCONO

La figura mostra che i paesi scandinavi hanno tassi di occupazione particolarmente alti, e questo indica che l'idea di attivazione non è custodita solo in America ma anche nella versione scandinava del welfare state. Dato che il movimento operaio è forte quando la disoccupazione è bassa, la piena occupazione è, di fatto, sempre stato un fondamentale traguardo dei socialdemocratici europei. Comparazioni più approfondite sulle politiche di attivazione mostrano che molto dipende dalla loro esatta modalità di implementazione, e che i paesi scandinavi, combinando pressioni per l'attivazione con servizi di *placement* sviluppati e trasferimenti generosi, perseguono una varietà di politiche di «abilitazione» (*enabling, n.d.t.*) che dovrebbe essere distinta dalle politiche più orientate al «workfare» dell'Inghilterra o dell'America o degli schemi di attivazione dei cristiano-democratici (Huo e al., 2008; Dingeldey, 2007; Clasen e Clegg, 2003).

Se il discorso politico europeo è per qualche aspetto avvicinato ai dibattiti americani sulle strutture di incentivi, anche il discorso americano di politica sociale è cambiato recentemente. Da un lato, gli Stati Uniti hanno ulteriormente rafforzato alcuni degli aspetti chiave del modello americano di politica sociale incrementando la quota privata nelle pensioni e nella sanità, espandendo «il welfare state nascosto» dei *tax credits*, sostituendo schemi pensionistici contributivi (*defined benefit plans for pensions, n.d.t.*) con piani individuali di accantonamento deducibili ed estendendo i loro programmi selettivi (Hacker, 2006). In ogni caso gli Usa non sono completamente diventati più radicalmente americani, anzi per certi aspetti negli anni si sono anche avvicinati all'Europa. Questo è vero per l'evoluzione dell'assicurazione sanitaria in cui entrambi i principali programmi sanitari – *Medicare* e *Medicaid* – sono stati ampliati in successione e pure per il cambiamento delle posizioni americane sulle politiche pubbliche anche prima che l'attuale crisi cominciasse. Sotto l'amministrazione Obama la sanità può divenire il campo principale in cui le politiche sociali americane convergono in qualche modo verso l'Europa. Come illustrato prima, *Medicare* e *Medicaid* dal 1980 hanno più che raddoppiato la loro incidenza congiunta sul Pil. La nuova amministrazione è ora determinata a fare un altro tentativo di riforma del sistema sanitario con la copertura di tutti gli americani e vari consiglieri politici hanno elaborato piani per una riforma che dovrebbe evitare gli errori dell'iniziativa fallita di Clinton (Hacker, 2009; Executive Office of the President, 2009). Al momento di questo scritto, comunque, l'esatta natura e il probabile successo della riforma sono ancora incerti. Al di là del recente fermento sulla

riforma sanitaria, c'erano alcuni segnali di un cambiamento di lungo periodo negli atteggiamenti politici americani anche prima che la crisi si instaurasse. Il Pew research center for the people and the press ha recentemente pubblicato un report su *Trends in Political Values and Core Attitudes: 1987- 2007* basato su survey successive che ponevano a distanza di tempo le stesse domande. Questo report mostra che una solida maggioranza di due terzi di americani è «fortemente favorevole» o «favorevole» a che «il governo Usa garantisca l'assicurazione sanitaria a tutti i cittadini, anche se questo significa un innalzamento delle tasse» (The Pew Research Center, 2007, p. 70). La maggioranza di questi è favorevole all'aumento del salario minimo dall'80 e all'87% avvenuto fra il 1998 e il 2007 (*ibidem*). Una maggioranza di due terzi ora concorda con la frase «È responsabilità del governo prendersi cura delle persone che non possono farlo da sole» (*ivi*, p. 12). Il gap fra quanti concordano e quanti dissentono con questa affermazione ha raggiunto un punto minimo di 16 punti percentuali al colmo del dibattito del 1994 su «la fine del welfare come lo conosciamo», ma da allora è cresciuto fino a 41 punti percentuali nel 2007, dato che ora il 69% ha approvato e solo il 28% ha negato la responsabilità del governo. Vediamo allora alcune convergenze nel discorso politico sui due lati dell'Atlantico, anche prima che l'attacco della crisi operasse per un approccio più pragmatico capace di un maggiore apprendimento di policy fra paesi che devono affrontare problemi simili. Un simile *policy learning* sarebbe probabilmente agevolato se cominciassimo a percepire gli Usa e l'Europa come analogamente «uniti nella diversità» come gli Stati membri dell'Unione europea allargata.

4. Conclusioni

La nostra comparazione fra le politiche sociali americane ed europee ha sollevato dubbi sull'utilità del concetto di welfare state residuale applicato agli Stati Uniti. Ha mostrato che gli Stati Uniti e l'Europa hanno più in comune di quanto la distinzione tradizionale fra welfare state «residuali» e «istituzionali-redistributivi» e il senso comune sui modelli sociali ampiamente discrepanti suggeriscano. Tuttavia sussistono anche differenze che comprendono la maggiore importanza attribuita negli Stati Uniti ai benefit condizionati al lavoro, gli schemi selettivi per specifici target e le misure private di welfare. Mentre in Europa i benefici selettivi non sono aumentati di importanza, restan-

do piuttosto marginali, gli schemi privati sono diventati più importanti e l'«attivazione» è diventata una parola chiave delle politiche sociali europee. In questo senso Neil Gilbert (2002) ha avuto ragione nel diagnosticare uno spostamento della protezione sociale verso l'idea di un *enabling welfare state*. In ogni caso, l'idea di forme di policy attivanti rappresenta una parte prevalente sia della tradizione di politica sociale scandinava sia di quella americana, cosicché la più forte enfasi sugli incentivi al lavoro e sulla piena occupazione richiede di non essere necessariamente indicata come un'«americanizzazione» delle politiche sociali europee, e molto dipende dalla implementazione concreta degli specifici programmi di policy. Finora dunque la trasformazione essenziale delle politiche sociali europee è avvenuta sul piano delle idee piuttosto che su quello delle strutture istituzionali. Mentre le strutture fondamentali dei welfare state europei sono rimaste largamente intatte e in molti casi si sono anche combinate con spese sociali crescenti, l'*idée directrice* delle politiche sociali europee e delle élite politiche che le forgiavano si è spostata dalla protezione sociale all'attivazione. Una struttura istituzionale abbastanza persistente si è in tal modo combinata con una nuova cultura o spirito. Forse una combinazione delle strutture del welfare state europeo con l'idea americana della responsabilità individuale potrebbe addirittura corrispondere al migliore dei mondi possibili.

Riferimenti bibliografici

- Adema W., 2001, *Net Social Expenditure*, 2a edizione, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n. 52, Oecd, Parigi.
- Adema W. e Einerhand M., 1998, *The Growing Role of Private Social Benefits*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n. 32, Oecd, Parigi.
- Adema W. e Ladaïque M., 2005, *Net Social Expenditure*, edizione 2005, *More Comprehensive Measures of Social Support*, Social Employment and Migration Working Papers n. 29, Oecd, Parigi.
- Alber J., 2006, *The European Social Model and the United States*, «European Union Politics», vol. 7, n. 3, pp. 393-419.
- Alber J., 2008, *Employment Patterns in the Enlarged European Union*, in Alber J., Fahey T. e Saraceno C. (a cura di), *Handbook of Quality of Life in the Enlarged European Union*, Routledge, Londra.
- Alber J. e Gilbert N. (a cura di), 2009, *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford, New York.

- Anderson K., 2008, *The Politics of Multipillar Pension Restructuring in Denmark, the Netherlands and Switzerland*, Wzb Discussion Paper SP I- 2008-205, Berlino.
- Baldwin P., 2009, *The Narcissism of Minor Differences: How America and Europe Are Alike*, Oxford University Press, Oxford, New York.
- Birg H., 2005, *Die ausgefallene Generation. Was die Demographie über unsere Zukunft sagt*, C.H. Beck, Monaco.
- Blank R.M., 2009, *The New American Model of Work-Conditioned Public Support*, in Alber J. e Gilbert N. (a cura di), *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford, New York, pp. 176-198.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008, *Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung*, Disponibile alla pagina web: http://www.bmas.de/portal/29494/property=pdf/2008__11__19__rentenversicherungsbericht.pdf
- Castles F.G., 2009, *Patterns of State Expenditure in Europe and America*, in Alber J. e Gilbert N. (a cura di), *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford, New York, pp. 109-132.
- Clasen J. e Clegg D., 2003, *Unemployment Protection and Labour Market Reform in France and Great Britain in the 1990s: Solidarity Versus Activation?*, «Journal of Social Policy», vol. 32, n. 3, pp. 361-381.
- Collins S.R., Davis K., Doty M.M., Kriss J.L. e Holmgren A.L., 2006, *Gaps in Health Insurance: An All-American Problem*, The Commonwealth Fund, disponibile alla pagina web: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Collins_gapshltins_920.pdf.
- Cox R.H., 2001, *The Social Construction of an Imperative: Why Welfare Reform Happened in Denmark and The Netherlands But Not in Germany*, «World Politics», vol. 53, n. 3, pp. 466-498.
- Dingeldey I., 2007, *Wohlfahrtsstaatlicher Wandel zwischen «Arbeitszwang» und «Befähigung»*, «Berliner Journal für Soziologie», vol. 17, n. 2, pp. 189-209.
- Dobbin F., 2002, *Is America Becoming More Exceptional?*, in Rothstein B. e Steinmo S., (a cura di), *Restructuring the Welfare State. Political Institutions and Policy Change*, Palgrave Macmillan, New York.
- Eichhorst W. e Hemerijck A., 2009, *Welfare and Employment: A European Dilemma?*, in Alber J. e Gilbert N. (a cura di), *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford, New York.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Esping-Andersen G., 1996, *Welfare States without Work: the Impasse of Labour Shedding and Familialism in Continental European Social Policy*, in Esping-Andersen G. (a cura di), *Welfare States in Transition*, Sage, Londra.

RPS

COSA HANNO IN COMUNE I SISTEMI DI WELFARE STATE EUROPEI E IN COSA DIFFERISCONO

- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Esping-Andersen G., Gallie D., Hemerijck A. e Myles J. (a cura di), 2002, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, New York.
- Executive Office of The President, Council of Economic Advisers, 2009, *The Economic Case for Health Care reform*, disponibile alla pagina web: http://www.whitehouse.gov/assets/documents/CEA_Health_Care_Report.pdf.
- Eurostat, 2009, *Living Conditions and Social Protection*, disponibile alla pagina web: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection.
- Families Usa, 2004, *One in Three: Non-Elderly Americans Without Health Insurance, 2002-2003*, Families Usa, Washington, Dc.
- Fraser N. e Norris P., 2007, *Data on the Functions of Government: Where Are We Now?*, in Castles F.G. (a cura di), *The Disappearing State? Retrenchment Realities in an Age of Globalisation*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Freeman R., 2009, *Fulfilling the Ballyhoo of a Peak Economy? The U.S. Economic Model*, in Alber J. e Gilbert N. (a cura di), *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford, New York.
- Giddens A., 1998, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Polity Press, Cambridge.
- Giddens A. (a cura di), 2001, *The Global Third Way Debate*, Polity Press, Cambridge.
- Gilbert N., 2002, *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford.
- Glazer N., 1988, *The Limits of Social Policy*, Harvard University Press, Cambridge.
- Hacker J.S., 2002, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge University Press, New York.
- Hacker J.S., 2004, *Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States*, «American Political Science Review», vol. 98, n. 2, pp. 243-260.
- Hacker J.S., 2006, *The Great Risk Shift. The Assault on American Jobs, Families, Health Care, and Retirement*, Oxford University Press, New York.
- Hacker J.S., 2009, *Yes We Can? The New Push for American Health Security*, «Politics & Society», vol. 37, n. 1, pp. 3-32.
- Himmelstein D.U., Warren E., Thorne D. e Woolhandler S., 2005, *Illness and Injury As Contributors to Bankruptcy*, «Health Affairs», disponibile alla pagina web: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.63v1>.
- Howard C., 1997, *The Hidden Welfare State. Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton University Press, Princeton.

- Howard C., 2007, *The Welfare State Nobody Knows*, Princeton University Press, Princeton.
- Huo J., Nelson M. e Stephens J.D., 2008, *Decommodification and Activation in Social Democratic Policy: Resolving the Paradox*, «Journal of European Social Policy», vol. 18, n. 1, pp. 5-20.
- Jepsen M. e Serrano Pascual A., 2005, *The European Social Model: An Exercise in Deconstruction*, «Journal of European Social Policy», vol. 15, n. 3, pp. 231-245.
- Jessop B., 1995, *Towards a Schumpeterian Workfare Regime in Britain? Reflections on Regulation, Governance, and Welfare State*, «Environment and Planning», A 27, pp. 1613-1626.
- Jouen M. e Papant C., 2005, *Social Europe in the Throes of Enlargement*, Notre Europe, Policy papers n. 15, Notre Europe, disponibile alla pagina web: http://www.notreeurope.eu/uploads/tx_publication/Policypaper15-en.pdf, visitato il 10 luglio 2008.
- Kuper B.-O., 1994, *The Green and White Papers of the European Union: The Apparent Goal of Reduced Social Benefits*, «Journal of European Social Policy», vol. 4, n. 2, pp. 129-137.
- Lipset S.M., 1996, *American Exceptionalism. A Double-Edged Sword*, W.W. Norton & Company, New York, Londra.
- Lipset S.M. e Marks G., 2000, *It Didn't Happen Here. Why Socialism Failed in the United States*, W. W. Norton & Company, New York, Londra.
- Manow P., 2002, «*The Good, the Bad, and the Ugly*». *Esping-Andersens Sozialstaats-Typologie und die konfessionellen Wurzeln des westlichen Wohlfahrtsstaats*, «Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie», vol. 54, n. 2, pp. 203-225.
- Manow P., 2008, *Religion und Sozialstaat. Die konfessionellen Grundlagen europäischer Wohlfahrtsstaatsregime*, Campus, Frankfurt/New York.
- Marmor T., Mashaw J.L. e Harvey P.L., 1990, *America's Misunderstood Welfare State, Persistent Myths, Enduring Realities*, Basic Books, New York.
- McBride T.D., 1997, *Uninsured Spells of the Poor: Prevalence and Duration*, Institute for Research on Poverty Discussion Paper n. 1131-97, Madison.
- Meyer T., Bridgen P., Riedmüller B., 2007, *Private Pensions versus Social Inclusion? Non-State Provision for Citizens at Risk in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Norris P. e Inglehart R., 2004, *Sacred and Secular. Religion and Politics Worldwide*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Oecd, 2007, *The Social Expenditure Database: An Interpretative Guide SOCX 1980-2003*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2008a, *Employment Outlook 2008*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2008b, *Revenue Statistics 1965-2007*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2009a, *Social Expenditure Database*, disponibile alla pagina web: http://stats.oecd.org/wbos/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG, as updated in May 2009.

- Oecd, 2009b, *Pensions at a Glance. Retirement-Income Systems in Oecd Countries*, Oecd, Parigi.
- Party of European Socialists, 2006, *The New Social Europe*, Report presentato al VII Pes Congress da Poul Nyrup Rasmussen and Jacques Delors, disponibile alla pagina web: http://www.pes.org/downloads/New_Social_Europe_Report_printfinal.pdf
- Peterson C.L. e Burton R., 2007, *U.S. Health Care Spending: Comparison with Other Oecd Countries*, Congressional Research Service, Washington, Dc.
- Rothstein B., 1998, *Just Institutions Matter. The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Saraceno C., 2009, *Concepts and Practices of Social Citizenship in Europe: The Case of Poverty and Income Support for the Poor*, in Alber J. e Gilbert N. (a cura di), *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford, New York, pp. 151-175.
- Schimank U., 2007, *Die Anlagefonds und der Mittelstand*, «Leviathan», vol. 35, n. 1, pp. 47-61.
- Scruggs L., 2005, *Comparative Welfare Entitlements Dataset*, disponibile alla pagina web: <http://www.sp.uconn.edu/~scruggs/wp.htm>.
- Skocpol T., 1992, *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, Harvard University Press, Cambridge.
- Starke P., Obinger H. e Castles F.G., 2008, *Convergence towards Where: In What Ways, If Any, Are Welfare States Becoming More Similar?*, «Journal of European Public Policy», vol. 15, n. 7, pp. 975-1000.
- Taylor-Gooby P. (a cura di), 2004, *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Thaler R.H. e Sunstein C.R., 2009, *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*, Penguin Books, Londra.
- The Pew Research Center for The People & The Press, 2007, *Trends in Political Values and Core Attitudes: 1987-2007. Political Landscape More Favorable to Democrats*, 22 marzo, News Release, Washington, Dc.
- Titmuss R., 1974, *Social Policy. An Introduction*, George Allen & Unwin, Londra.
- Us Census Bureau, 2008, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. Current Population Reports*, P60-235, di Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor e Jessica C. Smith, Us Government Printing Office, Washington, Dc.
- Us Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2007, *Labor Force Statistics from the Current Population Survey. Characteristics of Minimum Wage Workers: 2007*, disponibile alla pagina web: <http://www.bls.gov/cps/minwage2007.htm>.
- Us Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2008, *Employee Benefits in the United States*, disponibile alla pagina web: http://www.bls.gov/schedule/archives/all_nr.htm#EBS2.

- Us House of Representatives, Committee on Ways and Means, 2004, *Green Book 2004, esp. Section 7: Temporary Assistance for Needy Families, TNAF, and Appendix H: Data on Poverty*, disponibile alla pagina web: <http://www.gpoaccess.gov/wmprints/green/2004.html>.
- Vaughan-Whitehead D.C., 2003, *EU Enlargement versus Social Europe. The Uncertain Future of the European Social Model*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Wickham J., 2002, *The End of the European Social Model: Before It Began?*, Employment Research Centre, Dublino, mimeo.
- Wilensky H.L., 2002, *Rich Democracies. Political Economy, Public Policy, and Performance*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Londra.
- World Health Organization (Who), 2008, *World Health Statistics 2008*, disponibile alla pagina web: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>.

RPS

Jens Alber

