Febbraio 2011

Assistenza agli anziani in Europa - Sfide per i lavoratori

Sintesi

e

Raccomandazioni

Per il testo integrale del rapporto si rimanda a:
www.epsu.org/a/7431

EPSU
FSESP
EGÖD

A cura di Jane Lethbridge, PSIRU

j.lethbridge@gre.ac.uk

Sintesi e Raccomandazioni

Nei corso dei prossimi quarant'anni la percentuale degli over-65 nell'Unione europea raddoppierà, passando dal 17% del 2005 al 30% nel 2050 (Fondazione europea, 2009). La percentuale degli ultraottantenni triplicherà. Una maggiore speranza di vita lascia presagire un aumento del carico di disabilità e morbilità, con un conseguente incremento della domanda di servizi di cura ed assistenza. Una partecipazione femminile più massiccia sul mercato del lavoro ha portato ad una riduzione del tasso di natalità e ad un incremento della domanda di servizi di assistenza formali, poiché le donne hanno meno possibilità di far fronte ai compiti di cura in modo informale. L'aumento del tasso di divorzio e del numero di famiglie monoparentali rappresenta un ulteriore freno all'assunzione dei compiti di cura a livello informale. Tuttavia, nella stragrande maggioranza dei casi, la presa in carico dell'assistenza informale è ancora appannaggio delle donne. Attualmente si assiste ad un incremento della domanda di assistenza domiciliare, una tipologia di servizi più complessa da monitorare e regolamentare. Gli operatori domiciliari costituiscono sovente una forza lavoro frammentata, più difficile da organizzare.

I servizi di assistenza

Il termine "assistenza continuativa", o "Long Term Care" (LTC), è utilizzato nel presente documento per descrivere i molti modi con cui è possibile garantire la presa in carico degli anziani non autosufficienti. Secondo la definizione dell'OCSE, per assistenza continuativa si intende:

> *"la varietà di servizi ed interventi, sociali e sanitari, forniti con continuità a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza permanente per svolgere i normali atti della vita quotidiana a causa di patologie o disabilità fisiche o mentali" (OCSE,* 2005).

Il termine "assistenza" (o "lavoro di cura") ha un'accezione molto vasta e può essere interpretato in diversi modi. Un operatore socio-assistenziale può svolgere diverse mansioni di cura che richiedono un'ampia gamma di competenze, molte delle quali scarsamente valorizzate sul piano economico. Una delle principali differenze risiede nel fatto che l'assistenza sia o meno retribuita e nel carattere formale o informale delle cure prestate. La complessità dell'offerta assistenziale rende difficile una classificazione delle diverse tipologie di prestazioni: esistono forme retribuite di assistenza informale (assistenti famigliari o "badanti" straniere in Italia) e servizi di assistenza formale erogati a titolo gratuito (volontariato nei Paesi Bassi) (Lyon & Glucksmann, 2008). La questione chiave consiste nel sapere se il lavoro di cura è inquadrato in un contesto regolamentato oppure no. Il presente documento, pur riconoscendo l'esistenza di un nesso tra lavoro di cura formale e informale, tratterà esclusivamente l'assistenza formale (regolamentata). Alla diminuzione delle prestazioni erogate a titolo informale corrisponde un aumento della domanda di servizi di cura formali, un processo che è attualmente in atto in diversi paesi europei. Raramente i servizi di assistenza rientrano in un ambito di intervento specifico, collocandosi piuttosto nella sfera di competenza di diverse amministrazioni.

A livello europeo

La Carta dei diritti fondamentali (2002), ormai parte integrale del Trattato di Lisbona, riconosce il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali (Art. 34), ma non l'obbligatorietà di tale diritto. Il testo garantisce altresì il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche (Art. 35), nonché l'accesso ai servizi di interesse economico generale quale previsto dalle legislazioni e prassi nazionali (Art. 36). Conformemente al diritto comunitario consolidato, i *servizi*

sociali di interesse generale possono essere di carattere economico e non economico. Nel tentativo di chiarire le modalità di funzionamento dei servizi socio-assistenziali, il Quadro comunitario volontario per la Qualità, pur essendo un accordo su base facoltativa, enuncia i principi qualitativi che definiranno i rapporti tra gestori e utenti dei servizi, nonché le relazioni tra gestori, enti pubblici e altre parti interessate. Il documento, adottato dal Comitato per la Protezione sociale nell'ottobre del 2010, intende fungere da paradigma per la definizione, la garanzia, il miglioramento e la valutazione della qualità dei servizi sociali nell'Unione europea. Tale quadro dovrebbe aiutare i responsabili decisionali e le autorità pubbliche ad elaborare strumenti specifici per misurare e valutare la qualità dei servizi sociali, nonché migliorare la comparabilità tra i paesi in caso di erogazione dei servizi a livello transfrontaliero. Parallelamente, varie ONG europee hanno elaborato, nell'ambito di un progetto, un Quadro comune per la Qualità dei servizi sociali di interesse generale (settembre 2010) volto ad analizzare diversi aspetti che sostanziano la qualità dei servizi. Il Quadro comune propone un concetto europeo di qualità flessibile, compatibile e complementare con gli attuali sistemi nazionali di garanzia della qualità del settore, che può essere applicato ai servizi predisposti a livello regionale o locale. L'Organizzazione internazionale del Lavoro (OIL) è attualmente impegnata nella stesura di un progetto di Convenzione sul lavoro domestico che, con ogni probabilità, non verrà incluso nelle normative nazionali per parecchi anni.

Speranza di vita

Le donne sono mediamente più longeve degli uomini e tale tendenza dovrebbe mantenersi sino al 2050. In termini nazionali, la speranza di vita varia anche in funzione del ceto sociale: i gruppi a basso reddito hanno un'aspettativa di vita più breve rispetto alle categorie più abbienti. Queste differenze riflettono disuguaglianze sul piano sanitario che è opportuno tenere presenti nella pianificazione dei servizi di assistenza agli anziani.

Spesa

I maggiori livelli di spesa destinati all'assistenza continuativa, in percentuale del PIL, si riscontrano in Svezia (3,4%) e nei Paesi Bassi (3,5%), mentre numerosi paesi dell'Europa centrale e orientale stanziano a tal riguardo meno dell'1% del proprio prodotto interno lordo. In tutti i paesi europei, gli over-65 rappresentano più del 10% della popolazione, con picchi del 20% in Germania e Italia. Entro il 2050, almeno il 25% dei cittadini europei avrà più di 65 anni di età. Nei paesi dell'Europa centrale e orientale questa percentuale dovrebbe addirittura superare il 30%. Si prevede altresì un aumento della popolazione di età uguale o superiore a 80 anni, che dovrebbe raggiungere come minimo il 10%, con elevati tassi di non autosufficienza. Si calcola che entro il 2060, in tutti i paesi, l'incidenza della spesa assistenziale sul PIL dovrebbe quanto meno raddoppiare.

Le varie tipologie di assistenza

L'offerta di servizi di *long term care* può essere sostanzialmente suddivisa in tre grandi categorie. L'assistenza residenziale, in cui rientrano le case di cura o di riposo gestite da strutture pubbliche, private o del terzo settore. L'assistenza domiciliare, sempre più diffusa, che prevede al domicilio dell'utente sia prestazioni a contenuto sanitario, sia interventi sociali di base a sostegno dei normali atti della vita quotidiana. L'assistenza informale o generica, che copre invece il lavoro di cura prestato da famigliari o amici, nonché tutte quelle situazioni in cui la persona anziana non fruisce di alcun servizio gestito da strutture formali.

In Danimarca si registra la più alta percentuale nazionale (56%) di utenti assistiti in strutture residenziali, mentre Austria, Estonia, Lettonia, Polonia e Slovacchia mostrano una percentuale pari o inferiore al 5%. I ridotti tassi di istituzionalizzazione osservati in Europa centrale e orientale sono imputabili alla scarsa presenza, in questi paesi, di presidi

residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali. I maggiori livelli di assistenza domiciliare integrata, con prestazioni socio-sanitarie a domicilio, si registrano nei Paesi Bassi (80%) e in Svezia (79%). Per contro, le basse percentuali di assistenza domiciliare osservate in Estonia (8%), Lettonia (6%), Polonia (0%) e Ungheria (7%) riflettono anche la mancanza di servizi di LTC sia in strutture residenziali, sia a domicilio.

Nei paesi del Sud Europa e dell'Europa centrale e orientale, oltre il 50% degli utenti riceve cure informali o non fruisce di alcun servizio di assistenza formale. In Estonia, Lettonia, Ungheria e Polonia oltre l'80% dell'assistenza continuativa è di tipo informale, un dato che riflette i bassi livelli di presa in carico a livello formale, sia in strutture residenziali, sia a domicilio. Questi modelli di assistenza dovrebbero essere considerati alla luce dell'aumento in percentuale degli over-65. Secondo le stime, nei paesi dell'Europa centrale e orientale il 30% della popolazione supererà i 65 anni d'età entro il 2060 e la domanda di servizi assistenziali crescerà in misura maggiore nei paesi in cui vi è attualmente la minor presa in carico da parte delle strutture formali.

Si constata una maggiore diffusione dei servizi di assistenza domiciliare continuativa ed un calo di residenzialità, soprattutto per quanto riguarda le strutture più grandi. Nell'ambito di questa evoluzione verso una maggiore domiciliarità, diversi paesi hanno adottato politiche di "*personalizzazione dell'assistenza"* che consentono all'utenza di determinare le modalità di erogazione della LTC. In molti paesi, il finanziamento dell'assistenza continuativa è un tema di grande attualità nel dibattito politico nazionale. Nei paesi in cui sono stati introdotti nuovi meccanismi di finanziamento ci si interroga sulla sostenibilità finanziaria a lungo termine dei servizi.

<u>Il finanziamento dei servizi assistenziali</u>

Gli Stati dell'Europa continentale finanziano i servizi socio-assistenziali essenzialmente attraverso regimi di assicurazione sociale e parte della fiscalità. In Scandinavia, i sistemi di assistenza continuativa sono interamente basati sul gettito fiscale, sebbene esistano talune differenze tra vari i paesi. Tutti condividono però l'idea che sia responsabilità dello Stato farsi carico dell'infanzia, dei disabili e degli anziani.

Il sistema in vigore nel Regno Unito e in Irlanda si fonda sul gettito fiscale, con prestazioni assicurate in larga misura dal settore privato. Un approccio in antitesi rispetto ai paesi scandinavi, dove l'intervento è ancora massicciamente a carico del settore pubblico. Recentemente, nei paesi dell'Europa meridionale, si è osservato il passaggio da un modello di assistenza continuativa prettamente famigliare ad un sistema finanziato dalla fiscalità. In Italia, Spagna e Portogallo l'amministrazione centrale ha svolto un ruolo importante nell'evoluzione delle politiche di LTC, anche se l'erogazione di tali servizi è di competenza delle autorità regionali.

Sebbene nei paesi dell'Europa centrale e orientale il modello di assistenza continuativa possa essere ancora definito un "modello di cura famigliare" (in molti casi la spesa pubblica in questo campo è inferiore all'1% del PIL), tale modello è attualmente messo in discussione dalle nuove tendenze in atto sul mercato occupazionale. Aumentano i servizi di cura informali, ma cresce la pressione sulle famiglie a causa della migrazione dei lavoratori e delle lavoratrici, dell'innalzamento dell'età pensionistica e dei legami più stretti tra lavoro regolare e sicurezza sociale (Österle, 2010). L'aumento della domanda di LTC, imputabile al fatto che le nuove condizioni di lavoro rendono più difficile farsi carico dei compiti di cura informale, porta a esercitare maggiori pressioni sulle amministrazioni affinché predispongano finanziamenti e nuove politiche in materia di assistenza continuativa. L'accesso ai servizi residenziali viene percepito come carente (Österle, 2010).

La precisione delle previsioni in materia di assistenza influisce, inoltre, sulla

valutazione dei costi dei servizi. Negli ultimi cinque anni sono emersi segnali che indicano un crescente consenso riguardo alla necessità, da parte dei governi, di svolgere un ruolo di spicco nel finanziare, o nell'agevolare il finanziamento, delle prestazioni di assistenza continuativa.

Erogazione dei servizi di assistenza

Le società multinazionali sono coinvolte a vario titolo nell'erogazione dei servizi di assistenza. Molte multinazionali che operano nel settore dei servizi di cura sono proprietarie di svariate strutture residenziali socio-assistenziali e presidi socio-sanitari, soprattutto nel campo dell'igiene mentale. Le multinazionali che gestiscono tali strutture cominciano ad orientarsi sempre più verso l'assistenza in regime domiciliare (ad esempio, ISS e Sodexho). Alcune società, non necessariamente coinvolte in modo diretto nei servizi di cura, forniscono case-albergo per anziani con appartamenti di lusso ed un'ampia gamma di servizi. Questi ultimi possono essere servizi alla persona, ma anche includere attività ricreative per un'utenza più abbiente.

Anche il terzo settore è un importante prestatore di servizi domiciliari o in regime di residenzialità. In molti paesi europei, le organizzazioni senza scopo di lucro, quali la Croce Rossa o la Caritas, sono importanti soggetti erogatori in questo campo e non hanno necessariamente una tradizione di sindacalizzazione del personale.

Occupazione

Il settore dell'assistenza socio-sanitaria, in cui rientrano anche i servizi di LTC, è uno dei comparti economici a maggiore crescita, e genera il 5% circa dell'intera produzione economica dell'Unione europea. Dal 2000 al 2009, il settore ha registrato un incremento netto di 4,2 milioni di impieghi, per un totale di 21,4 milioni di posti di lavoro (Commissione europea, 2010). Questi impieghi non sono però equamente distribuiti all'interno dell'Unione europea, ma si concentrano principalmente nei paesi dell'Europa occidentale, settentrionale e meridionale. Nei paesi dell'Europa centrale e orientale non si registra un tasso di sviluppo analogo.

Nella maggioranza dei casi, il personale che si occupa di assistenza continuativa a persone non autosufficienti è composto, nella totalità dei paesi, da lavoratrici, per lo più scarsamente retribuite. In molti Stati, inoltre, si assiste ad un progressivo invecchiamento della forza lavoro in quanto i giovani non sono propensi ad orientarsi verso questo settore. In taluni paesi, il 50% almeno degli operatori del settore ha un'età minima di 50 anni. Un elemento che metterà a dura prova l'offerta dei servizi di assistenza di lunga durata. L'assunzione e la fidelizzazione dei lavoratori è già attualmente difficile a causa dei bassi salari, dello scarso prestigio di cui gode la professione e delle condizioni di lavoro poco vantaggiose. In diversi paesi europei, la carenza di personale a livello locale nei servizi di cura ed assistenza ha reso necessario il ricorso a lavoratori e lavoratrici migranti.

Sebbene la percentuale di operatori stranieri sia relativamente alta in Austria, Italia e Regno Unito, la situazione è tutt'altro che stabile. Cambiamenti nelle politiche d'immigrazione nazionali possono ridurre il numero dei lavoratori stranieri in tempi relativamente brevi. I diritti al lavoro che i cittadini dei paesi dell'Europa centrale e orientale ottengono con l'adesione all'UE, hanno spinto i lavoratori a spostarsi verso il Nord Europa, piuttosto che nei paesi europei limitrofi. I lavoratori polacchi, nel periodo immediatamente successivo all'entrata del paese nell'UE, si sono trasferiti nel Regno Unito e in altri Stati dell'Europa settentrionale. Tuttavia, con la recessione, vi è stato un ritorno in patria. Nuovi migranti provenienti dall'America Latina o dall'Africa cominciano attualmente a sostituire alcuni gruppi di lavoratori migranti europei.

Organizzazione dei lavoratori

Probabilmente, una delle principali caratteristiche del lavoro di cura è il fatto che, oltre alle mansioni che richiedono una certa forza fisica, come sollevare o girare un assistito, vi è una componente emotiva essenziale che distingue questa

professione da molti altri impieghi scarsamente retribuiti. È difficile per gli operatori svolgere compiti di cura senza instaurare un legame affettivo con gli utenti. Questo significa che l'attività non si esaurisce al termine della giornata lavorativa, ma può essere presente nei pensieri dell'operatore anche al di fuori dell'orario di lavoro.

La maggior parte dei rapporti di lavoro si fonda su contratti a tempo pieno, sebbene in alcuni paesi, quali ad esempio Svezia e Norvegia, il 40-50% dei contratti sia a tempo parziale. Nel settore pubblico, gli operatori che assistono gli anziani sono con ogni probabilità tutelati da un contratto collettivo, ad eccezione dell'Irlanda, dove tutti i lavoratori hanno subito una riduzione del salario del 15% e i contratti di lavoro nazionali sono stati revocati. Nei Paesi Bassi e nei paesi scandinavi, i rapporti di lavoro nel settore privato sono disciplinati da un contratto collettivo nazionale. Nel settore privato o nel terzo settore sono invece più probabili forme di somministrazione del lavoro, lavoro autonomo e contratti di breve durata. Poiché attualmente è in atto un passaggio dal pubblico al privato per quanto riguarda l'erogazione dei servizi alla persona, è possibile prevedere un peggioramento delle condizioni contrattuali per un numero sempre maggiore di operatori del settore socio-assistenziale.

I tassi di sindacalizzazione variano in funzione dei singoli paesi. Non vi è una chiara correlazione tra la sfera di applicazione dei contratti collettivi e il grado di sindacalizzazione, sebbene nei paesi scandinavi agli alti tassi di organizzazione dei lavoratori si accompagni sovente un livello di applicazione contrattuale del 100% nel pubblico impiego. Nei Paesi Bassi, dove gli accordi collettivi si applicano alla totalità dei lavoratori del settore assistenziale, nel pubblico, nel privato e nel terzo settore il grado di affiliazione sindacale è nettamente inferiore. I paesi dell'Europa centrale e orientale hanno tassi di sindacalizzazione molto più bassi.

L'assistenza agli anziani è un'attività a forte intensità di manodopera. Gli operatori assistenziali lavorano nel settore pubblico, nel privato e negli enti no-profit. Attualmente si osserva in questo ambito un progressivo rafforzamento della presenza del settore privato e del terzo settore. L'analisi dei contratti collettivi di lavoro in Europa mostra che, ad eccezione di alcuni paesi, il tasso di applicazione contrattuale in ambito socio-assistenziale è minore nel settore privato e in quello associativo. In questo risiede la prima grande sfida per le organizzazioni sindacali.

La seconda questione che emerge, e che influirà in futuro sull'organizzazione dei lavoratori, è l'aumento del numero di operatori domiciliari. La domanda di servizi di cura e assistenza a domicilio, infatti, è in costante crescita. Finanziare la presa in carico degli anziani con contributi economici personalizzati contribuisce ad accrescere il numero di operatori che svolgono la professione in qualità di lavoratori autonomi o sono direttamente assunti dall'anziano che fruisce dell'assegno di assistenza. L'aumento di operatori non direttamente impiegati da grandi strutture rende più difficile la negoziazione di contratti collettivi da parte dei sindacati.

Le organizzazioni sindacali dovranno analizzare diverse soluzioni per organizzare una forza lavoro frammentata a livello locale e nazionale, in particolare le lavoratrici part-time.

Formazione

Due importanti fattori hanno contribuito a far evolvere, in misura sostanziale, l'offerta formativa destinata agli operatori che si occupano di assistenza continuativa a persone non autosufficienti: i progressi conseguiti a livello dell'UE ed il riconoscimento del fatto che una formazione più qualificante permetterebbe di innalzare i tassi di assunzione e di fidelizzazione dei lavoratori. A livello europeo, la normativa e le direttive sulla promozione della formazione professionale e la libera circolazione dei lavoratori hanno influito sull'offerta

formativa degli operatori LTC. La Direttiva 2005/36 disciplina il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali. In molti paesi sono stati attivati nuovi sistemi di formazione per gli operatori socio-assistenziali che contribuiscono ad una progressiva professionalizzazione della professione (Moss et al, 2004). Nella quasi totalità dei paesi, i sindacati partecipano a processi di consultazione sulla formazione e le qualifiche. Diverse organizzazioni sindacali sono presenti all'interno di Comitati consultivi, mentre altre contribuiscono attivamente all'elaborazione di nuove tipologie di formazione e sviluppo professionale. Con la maggior diffusione dell'assistenza domiciliare, la mancanza di chiarezza in materia di formazione pone un serio problema per quanto riguarda la futura assunzione e fidelizzazione del personale.

Nuovi metodi lavorativi e nuovi servizi

Il dialogo sociale, il miglioramento degli standard qualitativi e la formazione sono tre dei principali ambiti in cui i sindacati sono intervenuti attivamente per sviluppare nuovi modi di lavorare. È necessario individuare, di concerto con gli anziani, nuovi servizi in grado di rispondere ai bisogni emergenti di una popolazione che invecchia. Occorrerà passare dai servizi meramente assistenziali ad una gamma più ampia di attività, quali servizi di informazione, istruzione, formazione e attività fisica e motoria. Bisognerà puntare sulla cooperazione con l'utenza interessata. Ciò rimanda inoltre all'ampia gamma di discipline che concorrono alla progettazione dei servizi assistenziali, fra cui la pedagogia sociale. Il ruolo svolto dall'istruzione nella cura dell'infanzia dovrà essere ripreso anche nell'ambito dei servizi alla persona destinati alla terza e quarta età. Questo influirà sui requisiti di formazione necessari per lavorare in ambito socio-assistenziale.

Conclusioni

In molti paesi, i servizi di assistenza agli anziani sono attualmente in fase di evoluzione, ma il lavoro di cura è ancora appannaggio quasi esclusivo di una forza lavoro femminile, scarsamente retribuita. Numerosi paesi hanno riformato il sistema dei pagamenti socio-assistenziali. In altri, invece, il dibattito è tuttora in corso e la necessità di poter contare su un adeguato sistema di presa in carico degli anziani è ormai riconosciuta come una priorità. Alcuni paesi stanno passando da un modello assistenziale incentrato sulla famiglia ad una forma più integrata di assistenza formale e informale.

La crescente diffusione dei servizi di assistenza domiciliare, erogati al domicilio del singolo utente sia da enti pubblici, privati o del terzo settore, sia da lavoratori autonomi, è ormai riscontrabile nella maggior parte dei paesi. L'evoluzione delle nostre società, che favorisce la domanda di piani di assistenza più individuali e personalizzati, pone attualmente in discussione il modello convenzionale delle strutture residenziali, sebbene queste ultime continuino ad assicurare una quota sostanziale delle prestazioni di cura. La personalizzazione dei servizi, tuttavia, favorisce anche la creazione di nuove tipologie di impieghi che sfuggono sovente ai regimi di tutela e regolamentazione. Una delle principali sfide per i sindacati consisterà nell'individuare le modalità per organizzare e negoziare le condizioni economiche e lavorative per queste nuove categorie di operatori domiciliari e assistenti famigliari.

Raccomandazioni
All'attenzione dei Comitati permanenti della FSESP
Sanità e Servizi sociali ed Amministrazione locale e regionale

1. Politiche di assistenza domiciliare/piani personalizzati
   - Monitorare gli effetti sul personale socio-assistenziale dell'applicazione di politiche di assistenza domiciliare e di piani personalizzati (paese per paese).
   - Analizzare l'esperienza dei sindacati nell'organizzazione di un forza lavoro frammentata.
   - Privilegiare modalità per condividere quanto appreso sull'organizzazione degli operatori domiciliari a livello locale, nazionale e europeo.
   - Affrontare le problematiche relative agli operatori stranieri che prestano assistenza domiciliare e famigliare, compresi i lavoratori in situazione irregolare.

2. Retribuzioni
   - Basarsi sui lavori esistenti per ridurre il differenziale retributivo di genere.
   - Affrontare la questione delle basse retribuzioni definendo soglie retributive minime ed aumentando i minimi salariali chiaramente al di sotto del salario di sussistenza.
   - Migliorare la qualità degli impieghi riducendo il precariato e la percentuale di contratti atipici.

3. Qualifiche e formazione
   - Individuare il grado di non riconoscimento delle qualifiche ed eventuali nessi con forme latenti di razzismo sul luogo di lavoro nel settore assistenziale.
   - Intervenire a livello europeo in materia di formazione e riconoscimento delle qualifiche professionali puntando sull'attuazione della Direttiva 2005/36/CE.
   - Creare collaborazioni e alleanze con altri professionisti del settore socio-sanitario per rafforzare l'azione e l'attività di pressione.

4. Un quadro di qualità
   - Impegnarsi con le amministrazioni e i poteri pubblici, i datori di lavoro e la società civile per sviluppare ulteriormente gli aspetti positivi del Quadro UE volontario per la qualità nei servizi sociali di interesse generale messo a punto ed approvato dal Comitato di protezione sociale (SPC), nonché del Quadro comune per la qualità dei servizi sociali di interesse generale elaborato nell'ambito del Progetto Prometeo. In particolare, per quanto riguarda gli elementi correlati all'occupazione e alle condizioni lavorative, la qualità dei servizi, il relativo finanziamento e la regolamentazione in materia.

5. Promuovere il lavoro di cura
   - Promuovere l'importanza, l'immagine e il riconoscimento del lavoro di cura con campagne e iniziative congiunte, di concerto con il terzo settore e altre istituzioni.
   - Rafforzare ulteriormente la cooperazione tra sindacati per affrontare le nuove criticità derivanti dal mercato unico del lavoro nel settore socio-assistenziale, che saranno probabilmente accentuate dalla Direttiva sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (che verrà verosimilmente votata nei prossimi mesi), nonché l'eliminazione di tutte le restrizioni alla libera circolazione dei lavoratori, ad eccezione di quelli provenienti da Romania e Bulgaria entro il maggio 2011.
   - Intensificare la cooperazione tra sindacati per affrontare le nuove sfide derivanti dal crescente ruolo degli operatori socio-sanitari e degli assistenti famigliari (sia in situazione regolare che irregolare), anche tenuto conto del loro bassissimo tasso di sindacalizzazione.
   - Riflettere sullo sviluppo del dialogo sociale nel settore assistenziale a livello europeo,

partendo dagli accordi nazionali e locali.

Federazione sindacale europea
dei servizi pubblici (FSESP)

La FSESP, principale federazione in seno alla CES, rappresenta otto milioni di lavoratori e lavoratrici del servizio pubblico di oltre 250 organizzazioni sindacali. La FSESP è attiva nei settori "energia, acqua e rifiuti", "sanità e servizi sociali", "amministrazione nazionale", "enti locali" ed è presente in tutti i paesi europei, compresi i paesi dell'area di vicinato orientale dell'Unione europea. La Federazione sindacale europea dei servizi pubblici è l'organizzazione regionale riconosciuta all'interno dell'Internazionale dei Servizi pubblici (ISP).

Per ulteriori informazioni sulla FSESP e sulle sue attività:
www.epsu.org

Presidente: Anne-Marie Perret, FGF-FO (Francia)
Vicepresidenti: Dave Prentis, UNISON (Regno Unito) e Tuire Santamäki-Vuori, JHL (Finlandia), Rosa Pavanelli, FP-CGIL (Italia) e Mikhail Kuzmenko, HWURF (Russia).
Segretaria generale: Carola Fischbach-Pyttel

La FSESP è organizzata in quattro settori:

- **Amministrazione nazionale e europea**
- **Enti locali e regionali**
- **Sanità e servizi sociali**
- **Imprese di pubblici servizi**

EPSU Secretariat • 45 rue Royale • 1000 Brussels • Belgium • Tel: 32 2 250 10 80 • Fax: 32 2 250 10 99 • E-mail: epsu@epsu.org