

Open Care

Più uomini nel lavoro di cura

**Report internazionale su esperienze, sfide
e inclusione di genere nell'assistenza a
lungo termine**

Deliverable 2.3

Co-finanziato dall'Unione Europea. Le opinioni e i pareri espressi sono quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione Europea o della Commissione Europea. Né l'Unione Europea né l'autorità responsabile possono essere ritenute responsabili.



Co-funded by
the European Union

101190943



the European Association
for Social Innovation



Indice

Sintesi	4
1. Introduzione	7
1.1 Contesto	7
1.2 Panoramica del progetto	8
1.3 Obiettivi di ricerca	10
1.4 Struttura della relazione	11
1.5 Definizioni e concetti chiave.....	12
1.6 Breve storia e contesto su come ogni paese gestisce l'assistenza agli anziani	14
2. Metodologia.....	17
2.1 Progetto di ricerca e approccio.....	17
2.2 Metodi di raccolta dei dati.....	17
2.2.1 Strategia di campionamento.....	17
2.3 Strumenti di raccolta dati:.....	17
2.4 Piano di analisi dei dati.....	18
2.5 Considerazioni etiche.....	18
3. Risultati principali	19
3.1 Panoramica demografica	19
3.1.1 Dati demografici degli assistenti di sesso maschile	19
3.1.2 Dati demografici dei datori di lavoro	26
3.1.3 Dati demografici dei destinatari dell'assistenza	31
3.2 Approfondimenti comparativi da cinque Paesi europei.....	40
3.2.1 Esperienze e sfide degli operatori di sesso maschile	40
3.2.2 Percezioni dei datori di lavoro e degli operatori sanitari	45
3.2.3 Il punto di vista dei destinatari dell'assistenza	49
3.3 Confronto tra Paesi	54
3.3.1 Portogallo: inclusività emergente e riconoscimento professionale	56
3.3.2 Italia: stereotipi persistenti e cambiamenti emergenti	57
3.3.3 Francia: uguaglianza professionale e innovazione organizzativa .	57
3.3.4 Romania: barriere culturali e scarso riconoscimento	58



3.3.5 Cipro: ingresso pragmatico e accettazione in evoluzione.....	58
4. Raccomandazioni politiche e pratiche	59
5. Conclusione – Messaggi chiave da ricordare	67
6. Riferimenti	69

Sintesi

Il presente documento analizza la presenza e le esperienze degli uomini nell'ambito dell'assistenza a lungo termine e dei servizi assistenziali in cinque Paesi europei: Francia, Italia, Portogallo, Romania e Cipro. Condotta dal consorzio OpenCARE, lo studio indaga le dinamiche di genere nel lavoro di cura e mette in discussione la concezione tradizionale dell'assistenza come una "vocazione femminile".

Questa ricerca contribuisce alla Strategia europea per l'assistenza (2022) e alla Strategia per la parità di genere (2020–2025), affrontando temi quali la carenza di manodopera, la promozione dell'inclusione e il rafforzamento della parità di genere nel settore assistenziale.

AMBITO E METODI DELLA NOSTRA RICERCA

Lo studio ha adottato un approccio qualitativo, combinando interviste semi-strutturate e focus group per raccogliere dati da tre gruppi chiave:

- Operatori assistenziali di sesso maschile, al fine di esplorare motivazioni, esperienze e sfide percepite;
- Coordinatori di servizi e datori di lavoro, per analizzare le pratiche istituzionali e gli ostacoli al reclutamento di uomini nel settore;
- Utenti dei servizi di assistenza, per comprendere percezioni, livelli di comfort e atteggiamenti nei confronti degli assistenti uomini.

In totale, 136 persone hanno partecipato alla ricerca nei cinque Paesi coinvolti. I dati raccolti sono stati codificati tematicamente, consentendo di individuare sia tendenze comuni sia specificità nazionali in riferimento ai vari contesti del progetto.

RISULTATI CHIAVE DELLA RICERCA

I risultati mettono in luce temi ricorrenti e differenze specifiche tra i Paesi, delineando tuttavia un quadro complessivo caratterizzato da una significativa sottorappresentazione maschile e da persistenti pregiudizi di genere nel settore dell'assistenza a lungo termine.

1) Motivazioni e identità degli operatori assistenziali di sesso maschile

Gli uomini che scelgono di lavorare nel settore dell'assistenza lo fanno spesso per motivazioni personali o altruistiche, spinti dal desiderio di aiutare gli altri o di restituire qualcosa alla comunità. Tale scelta implica, tuttavia,



una sfida alle norme tradizionali di mascolinità e comporta talvolta il confronto con l'incomprensione o il giudizio sociale.

2) Stereotipi e distribuzione dei compiti sul posto di lavoro

Agli operatori assistenziali uomini vengono frequentemente assegnati compiti di natura fisica o tecnica, in linea con stereotipi di genere ancora radicati. Questo approccio tende a limitare il riconoscimento delle loro competenze relazionali ed emotive, riducendo la possibilità di un pieno sviluppo professionale.

3) Integrazione e percezione degli operatori assistenziali da parte di colleghi e utenti

La maggior parte degli operatori uomini riferisce di sentirsi accettata una volta instaurato un rapporto di fiducia con colleghi e beneficiari. Tuttavia, permane una certa resistenza, in particolare nelle situazioni che implicano forme di assistenza più intime o delicate.

4) Il punto di vista dei datori di lavoro

I datori di lavoro riconoscono il valore aggiunto della diversità di genere e apprezzano la presenza di operatori maschili all'interno dei team. Tuttavia, nella maggior parte dei casi mancano strategie mirate per attrarre, assumere e sostenere gli uomini nel percorso professionale. Le culture organizzative rimangono infatti prevalentemente femminilizzate.

5) Barriere sistemiche e culturali

Le basse retribuzioni, le limitate opportunità di carriera e le aspettative sociali legate ai ruoli di genere scoraggiano molti uomini dall'intraprendere o dal permanere nel settore dell'assistenza. Questi fattori contribuiscono a mantenere la segregazione occupazionale e a perpetuare gli squilibri di genere.

6) Il punto di vista dei beneficiari dell'assistenza

Gli utenti dei servizi di assistenza tendono a valutare positivamente la competenza, l'empatia e la qualità della relazione, indipendentemente dal genere dell'operatore. Le esperienze dirette con operatori maschili, quando positive, si rivelano fondamentali per superare i pregiudizi iniziali.

RILEVANZA POLITICA DELLA RICERCA

I risultati dello studio supportano gli obiettivi della Strategia europea per l'assistenza (2022) e della Strategia dell'UE per la parità di genere (2020–2025). Emerge la necessità di interventi mirati a ridurre la segregazione di genere nel settore, favorendo percorsi che permettano agli uomini di accedere e progredire nella professione. Ciò implica il miglioramento dei meccanismi di reclutamento e formazione, la promozione dell'assistenza come settore professionalmente neutro rispetto al genere, e l'attuazione di campagne di sensibilizzazione volte a destigmatizzare la figura dell'operatore assistenziale maschile.

Si raccomanda inoltre di favorire culture organizzative più inclusive e di integrare una prospettiva di genere nelle strategie nazionali e regionali in materia di assistenza.

RACCOMANDAZIONI E AZIONI FUTURE

Sulla base dei risultati emersi, il consorzio *OpenCARE* propone una serie di azioni concrete per promuovere l'inclusione e l'uguaglianza di genere nelle professioni assistenziali:

- **Visibilità delle esperienze maschili:** incoraggiare gli operatori assistenziali uomini a condividere le proprie storie attraverso testimonianze, video brevi o eventi di sensibilizzazione locale, per ispirare altri uomini a intraprendere la professione.
- **Spazi di apprendimento e riflessione sul genere:** promuovere workshop e momenti di confronto tra operatori di tutti i generi, per riflettere sulle sfide comuni, sul lavoro emotivo e sull'identità professionale.
- **Strategie di reclutamento inclusive:** sviluppare campagne di comunicazione sensibili alle questioni di genere, valorizzando le competenze, i valori e l'impatto sociale del lavoro di cura, e formare i responsabili delle assunzioni alla parità di genere.
- **Integrazione nelle politiche pubbliche:** includere obiettivi di partecipazione maschile e meccanismi di monitoraggio nei piani regionali e nazionali relativi alla forza lavoro assistenziale.
- **Coinvolgimento delle nuove generazioni:** promuovere le professioni dell'assistenza nelle scuole, attraverso testimonianze dirette di

operatori e iniziative educative che valorizzino il ruolo sociale del settore.

CONTRIBUTO ALLA STRATEGIA EUROPEA PER L'ASSISTENZA

Lo studio contribuisce direttamente alla realizzazione della Strategia europea per l'assistenza (2022), intervenendo su due pilastri fondamentali:

1. la sostenibilità della forza lavoro, e
2. la qualità dell'assistenza.

Promuovendo una partecipazione più equilibrata tra i sessi, *OpenCARE* sostiene gli sforzi volti a contrastare la carenza di personale, migliorare le condizioni di lavoro e rafforzare il riconoscimento sociale delle professioni di cura. Inoltre, l'approccio adottato è pienamente coerente con la Strategia dell'UE per la parità di genere (2020–2025), poiché contribuisce a contrastare la segregazione occupazionale, a promuovere sistemi formativi e lavorativi inclusivi e a rafforzare la parità nelle politiche di protezione sociale e di conciliazione tra vita lavorativa e familiare.

In questo modo, il consorzio *OpenCARE* offre un contributo concreto e basato su evidenze alla costruzione di un ecosistema di assistenza più equo e inclusivo, un sistema che riconosce l'assistenza come diritto umano fondamentale e responsabilità sociale condivisa, aperta a tutti i generi.

1. Introduzione

1.1 Contesto

Negli ultimi decenni, l'Europa ha attraversato profondi cambiamenti demografici, determinati dall'aumento dell'aspettativa di vita, dai progressi della medicina e dal calo dei tassi di natalità. Queste tendenze hanno portato a una crescita costante della popolazione anziana, una parte significativa della quale convive con malattie croniche o disabilità funzionali. Di conseguenza, la domanda di servizi di assistenza a lungo termine (LTC) è in costante aumento.

Le proiezioni indicano che il numero di cittadini dell'Unione Europea che necessitano di assistenza passerà da circa 19,5 milioni nel 2016 a 23,6 milioni entro il 2030, e potenzialmente a oltre 30 milioni entro il 2050. Parallelamente, tra il 2021 e il 2031, si prevede la creazione di circa otto milioni di nuovi posti di lavoro nel settore sanitario e assistenziale. Senza

interventi mirati per rendere le professioni assistenziali più attrattive e per trattenere la forza lavoro esistente, molti Stati membri dell'UE rischiano di non riuscire a soddisfare la crescente domanda di servizi.

L'assistenza a lungo termine resta tuttavia un settore fortemente connotato dal punto di vista di genere. Le donne rappresentano circa il 76% dei 49 milioni di operatori del settore sanitario dell'UE e l'86% di coloro che forniscono assistenza personale nei servizi di cura. Al contrario, gli uomini costituiscono solo circa il 14% della forza lavoro nel settore dell'assistenza.

Questo squilibrio non è soltanto quantitativo, ma riflette anche norme culturali, pratiche istituzionali e strutture economiche che limitano la partecipazione maschile. Tra gli ostacoli principali figurano i bassi salari, le ridotte possibilità di avanzamento di carriera, la percezione sociale e culturale dell'assistenza come "lavoro femminile" e lo stigma che spesso accompagna gli uomini impiegati in ruoli di cura.

Affrontare queste barriere è essenziale non solo per garantire l'adeguatezza della forza lavoro, ma anche per promuovere una maggiore equità di genere e la sostenibilità dei sistemi di assistenza.

È in questo contesto che nasce OpenCARE, un progetto che mira a sfidare gli stereotipi e lo stigma legati agli operatori assistenziali di sesso maschile, promuovendo l'educazione, la sensibilizzazione e l'inclusione attraverso strategie mirate di reclutamento e formazione. Incoraggiando l'integrazione di valori come interdipendenza, empatia e cura nelle identità professionali maschili, OpenCARE intende contribuire a rimodellare la pratica e la percezione del lavoro di assistenza.

Il progetto si colloca in piena coerenza con le principali politiche europee, in particolare con la Strategia europea per l'assistenza (2022) e la Strategia dell'UE per la parità di genere (2020–2025), che pongono tra le priorità il miglioramento delle condizioni di lavoro nel settore, l'ampliamento dell'offerta di servizi di assistenza formali, il riconoscimento sociale e professionale degli operatori assistenziali e lo smantellamento della segregazione occupazionale di genere.

1.2 Panoramica del progetto

OpenCARE è un'iniziativa multinazionale coordinata da Anziani e Non Solo, basata su un modello integrato di ricerca e politiche pubbliche. L'obiettivo è creare nuove opportunità di carriera per gli uomini nel settore dell'assistenza formale a lungo termine, contribuendo al tempo stesso a

contrastare i pregiudizi di genere radicati e a colmare la crescente carenza di personale qualificato.

Il progetto rappresenta un contributo concreto alla costruzione di un sistema di cura più equo e sostenibile, elemento chiave anche per favorire un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata per tutti i lavoratori. OpenCARE è articolato in diversi pacchetti di lavoro (Work Packages), ciascuno dei quali affronta aspetti specifici del tema. Tra i principali:

Risultato n. 2: Identificare le esigenze e gli ostacoli che incontrano gli operatori nell'ambito dell'assistenza	Guidato da CUT, questo studio si propone di identificare le motivazioni, le esigenze e gli ostacoli affrontati dagli operatori assistenziali di sesso maschile. La ricerca, di natura qualitativa, prevede interviste con operatori uomini, fornitori di servizi assistenziali e destinatari dell'assistenza. I risultati confluiranno in una relazione comparativa a livello europeo e in un white paper che evidenzierà i principali risultati e le raccomandazioni.
Risultato n. 3: Workshop ed eventi di sensibilizzazione e per abbattere lo stigma	Guidato da APPDI, questo risultato si svilupperà a partire dai risultati precedenti e si concentrerà sulla progettazione, sperimentazione e realizzazione di workshop di sensibilizzazione nei Paesi partner. L'obiettivo è sfidare gli stereotipi di genere nel lavoro di assistenza, promuovere modelli maschili positivi e produrre una guida finale alla sensibilizzazione, basata su materiali testati e sul feedback dei partecipanti.
Risultato n. 4: Toolkit per ridurre lo stigma nel lavoro di assistenza	Guidato da Aproximar, questo risultato prevede lo sviluppo e la sperimentazione di un toolkit europeo interattivo, co-creato da tutti i partner. Il toolkit offrirà strumenti pratici, metodi e strategie per ridurre lo stigma e promuovere l'inclusività di genere nelle professioni di assistenza, culminando in una versione finale validata e tradotta per una diffusione ampia.
Risultato n. 5: Diffusione	Guidato da Easi, questo risultato definisce una strategia per promuovere, condividere e assicurare l'uso sostenibile dei risultati del progetto OpenCARE, tramite

	comunicazione mirata, ampia diffusione e azioni di valorizzazione efficaci in tutti i Paesi partner.
--	--

1.3 Obiettivi di ricerca

Questa ricerca mira a indagare sistematicamente la posizione e la percezione degli operatori maschili nelle professioni di assistenza a lungo termine (LTC) attraverso un approccio quadruplice:

IDENTIFICARE
Individuare la natura dello stigma di genere, degli stereotipi e delle barriere istituzionali che influenzano gli operatori assistenziali di sesso maschile nelle professioni di cura e assistenza a lungo termine (come operatori socio-sanitari, operatori socio-assistenziali, infermieri e altre figure professionali del settore).
COMPRENDERE
Esaminare come tre gruppi chiave del progetto percepiscono gli assistenti sanitari di sesso maschile nei contesti di assistenza a lungo termine: • Gli operatori assistenziali di sesso maschile, analizzando le loro motivazioni, i percorsi personali e professionali, le esperienze quotidiane e le principali sfide che incontrano nell'ambito lavorativo; • Le persone assistite, in particolare gli anziani, indagando le loro aspettative, il livello di fiducia, il grado di accettazione e il senso di comfort nell'essere assistiti da operatori uomini; • I datori di lavoro, i reclutatori e i responsabili delle strutture di assistenza, esaminando le pratiche di selezione e gestione del personale, la cultura organizzativa e l'impatto delle norme e degli stereotipi di genere sulla percezione e valorizzazione del lavoro di cura.
CONFRONTARE
Analizzare e confrontare le esperienze legate alla presenza degli operatori assistenziali di sesso maschile nei servizi di assistenza a lungo termine in

cinque Paesi dell'Unione Europea (Francia, Italia, Portogallo, Cipro e Romania) al fine di individuare sia i modelli comuni sia le dinamiche specifiche di ciascun contesto, considerando aspetti quali la legislazione, la cultura e la disponibilità di risorse.

PROPORRE

Offrire soluzioni attuabili in diversi ambiti quali strategie di reclutamento, riforme dell'istruzione/formazione, sensibilizzazione, riforme politiche per ridurre lo stigma, migliorare la fidelizzazione e aumentare l'attrattiva della partecipazione maschile nei ruoli di assistenza a lungo termine.

1.4 Struttura della relazione

Introduzione: inquadramento del problema, definizione dei concetti chiave, presentazione delle storie contestuali Paese per Paese e stato degli obiettivi di ricerca.

Metodologia: dettagli del disegno qualitativo, strategia di campionamento, strumenti di raccolta dati (interviste, focus group), considerazioni etiche e approccio analitico, compresa l'analisi tematica e il confronto tra Paesi.

Risultati principali: analisi dei profili demografici; esperienze e sfide degli operatori uomini; percezioni dei datori di lavoro e dei fornitori di assistenza; opinioni dei destinatari dell'assistenza; variazioni da Paese per Paese ed esempi di buone pratiche, comprese alcune citazioni illustrative.

Raccomandazioni politiche e pratiche: sulla base dei risultati, formulare raccomandazioni per i responsabili politici, gli istituti di formazione, le organizzazioni di assistenza, il terzo settore e i media a sostegno dell'inclusione di genere nell'assistenza a lungo termine.

Conclusione: sintesi dei punti chiave, implicazioni per la parità di genere nell'assistenza e prospettive di attuazione attraverso i risultati di OpenCare (toolkit, ulteriori studi, adozione di politiche).

1.5 Definizioni e concetti chiave

A

ASSISTENZA MASCHILE: forme di mascolinità che incorporano valori legati all'assistenza, come empatia, lavoro emotivo, cura e interdipendenza; rappresentano una sfida alle norme di genere tradizionali che associano l'assistenza e il sostegno emotivo ai ruoli femminili.

ASSISTENZA ISTITUZIONALE VS ASSISTENZA COMUNITARIA / DOMICILIARE:

- *Assistenza istituzionale:* erogata in strutture come case di cura, case di riposo o reparti ospedalieri per lungodegenti.
- *Assistenza comunitaria/domiciliare:* fornita a domicilio o in contesti comunitari (centri diurni, servizi territoriali), tende a favorire una maggiore autonomia e una minore istituzionalizzazione.

ASSISTENZA A LUNGO TERMINE (LTC): insieme di servizi formali e informali destinati a persone che, a causa dell'invecchiamento, di disabilità, di malattie croniche o di deficit cognitivi, necessitano di supporto nelle attività quotidiane, nelle attività strumentali della vita quotidiana o di una supervisione prolungata. Comprende strutture residenziali, assistenza domiciliare, assistenza diurna e servizi di riabilitazione.

B

BARRIERE DI GENERE: ostacoli di natura economica, legale, culturale o istituzionale che limitano o scoraggiano la partecipazione degli uomini al settore dell'assistenza a lungo termine (ad esempio salari bassi, contratti part-time o precari, mancanza di modelli maschili di riferimento, norme culturali).

C

CAREGIVING FAMILIARE / ASSISTENZA INFORMALE: assistenza fornita al di fuori dei mercati del lavoro formali, da parte di familiari, amici, volontari o lavoratori domestici migranti; solitamente non retribuita o scarsamente remunerata e spesso marginale nelle politiche pubbliche.

D

DIPENDENZA: condizione di necessità di aiuto per svolgere le attività quotidiane di base a causa dell'età, di una malattia o di una disabilità.

DESTINATARI DELL'ASSISTENZA: individui che ricevono servizi di assistenza, formali o informali; in questo studio in particolare, persone anziane (65+) e persone con disabilità o in condizione di dipendenza.

DATORI DI LAVORO / FORNITORI DI ASSISTENZA / RECLUTATORI: organizzazioni, direttori di strutture, responsabili delle risorse umane, coordinatori e altri soggetti che assumono o gestiscono il personale assistenziale e definiscono pratiche e politiche istituzionali.

I

INDICE DI DIPENDENZA DEGLI ANZIANI: rapporto tra il numero di persone anziane (solitamente di età superiore ai 65 anni) e la popolazione in età lavorativa (generalmente tra i 15 e i 64 anni); è un indicatore della potenziale domanda di assistenza.

O

OPERATORI ASSISTENZIALI DI SESSO MASCHILE / UOMINI NELL'ASSISTENZA: uomini impiegati, formalmente o informalmente, nell'assistenza a lungo termine o in ruoli del settore medico-sociale (come infermieri o operatori socio-sanitari), oppure che forniscono supporto di tipo familiare o comunitario.

S

SETTORE MEDICO-SOCIALE: ambito di servizi che integra l'assistenza sanitaria o infermieristica con il sostegno sociale (come aiuto nella vita quotidiana, promozione dell'autonomia e inclusione sociale). Si distingue dall'assistenza ospedaliera acuta e dall'assistenza sociale in senso stretto.

STEREOTIPI: credenze o rappresentazioni ampiamente condivise ma semplificate sulle caratteristiche, i ruoli o i comportamenti considerati appropriati per uomini e donne; ad esempio, l'idea che l'assistenza sia un lavoro "femminile" o che il lavoro emotivo sia meno compatibile con la mascolinità.

STIGMA: disapprovazione sociale, atteggiamenti negativi o discriminazione verso chi è percepito come deviante rispetto alle norme di genere; in questo caso, in particolare, verso gli uomini che svolgono lavori socialmente considerati femminili o inappropriati.

1.6 Breve storia e contesto su come ogni paese gestisce l'assistenza agli anziani

Francia

Il settore medico-sociale francese si è evoluto gradualmente nel corso del XX secolo e all'inizio del XXI secolo, attraverso riforme delle politiche pubbliche, del welfare sociale e dell'assistenza sanitaria. Una riforma significativa del 2002 (Legge n. 2002-2 del 2 gennaio 2002) mirava a "medicalizzare" le case di riposo, fornendo maggiore struttura all'assistenza degli anziani non autosufficienti. Questa riforma ha creato o rafforzato gli EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), strutture residenziali per anziani non autosufficienti che combinano alloggio, assistenza nella vita quotidiana e cure mediche. Oltre agli EHPAD, esistono le USLD (Unités de Soins de Longue Durée) negli ospedali e le résidences autonomie, destinate a persone più autonome ma che necessitano comunque di servizi sociali. Nel tempo è aumentato il ruolo delle autorità locali, dei Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) e dei programmi di indennità personali, come l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, finalizzati a sostenere l'assistenza domiciliare e ridurre la dipendenza dall'istituzionalizzazione.

Le sfide attuali includono il coordinamento dei servizi sanitari e sociali, il finanziamento sostenibile, la carenza di personale e il mantenimento della qualità e della supervisione negli EHPAD.

Cipro

Cipro sta attuando riforme più recenti nei settori dell'assistenza a lungo termine (LTC) e medico-sociale; il sistema è meno maturo e più frammentato rispetto a molti paesi dell'Europa occidentale. Il sistema sanitario universale (GeSY), introdotto nel 2019, ha gradualmente integrato alcuni servizi relativi all'assistenza a lungo termine, come l'assistenza domiciliare e la riabilitazione.

La governance è suddivisa tra il Ministero della Salute e i Servizi di assistenza sociale del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale.

La spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine rimane tra le più basse dell'UE, con gran parte dei servizi ancora forniti informalmente da familiari o lavoratori domestici migranti.

Tra gli sviluppi recenti vi sono la Strategia nazionale per l'invecchiamento attivo (2025-2030) e le riforme previste dal Piano di ripresa e resilienza (2021-2026), che mirano ad ampliare i servizi domiciliari, comunitari e residenziali.

Italia

Storicamente, l'assistenza agli anziani in Italia si è basata principalmente sul sostegno familiare e sulle istituzioni caritative o religiose, con un ruolo limitato dello Stato. Questo modello "familistico", tipico dei sistemi di welfare dell'Europa meridionale, ha fatto sì che la maggior parte degli anziani non autosufficienti fosse assistita all'interno delle famiglie piuttosto che in strutture pubbliche.

Nel 1978, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha promosso un approccio più integrato all'assistenza sanitaria e sociale, ampliando gradualmente i servizi domiciliari e comunitari. Nei decenni successivi sono stati sviluppati i Servizi di Assistenza Domiciliare e i Centri Diurni per sostenere l'invecchiamento sul posto, anche se gran parte dell'assistenza a lungo termine dipende ancora da caregiver familiari informali e operatori assistenziali di sesso maschile o femminile.

Il sistema LTC italiano combina prestazioni monetarie (in particolare l'Indennità di Accompagnamento) con servizi in natura erogati da regioni e comuni. Tuttavia, l'erogazione rimane altamente decentralizzata, con marcate disparità territoriali.

Nel 2023 il governo ha adottato la Legge Delega per la Non Autosufficienza, volta a creare un sistema nazionale più coordinato per l'assistenza a lungo termine. La riforma mira a integrare meglio i servizi sanitari e sociali, rafforzare l'assistenza domiciliare e comunitaria e sostenere i caregiver familiari. L'attuazione è in corso e rappresenta un passo fondamentale per affrontare l'invecchiamento della popolazione e garantire un accesso più equo all'assistenza.

Portogallo

La storia dell'assistenza e della disabilità in Portogallo riflette un modello sud-europeo, basato storicamente su reti familiari, informali ed ecclesiastiche. Dopo la Rivoluzione dei Garofani del 1974, la Costituzione del

1976 ha riconosciuto i diritti delle persone con disabilità e degli anziani alla protezione sociale.

Negli anni '80 e '90, il governo ha iniziato a formalizzare l'assistenza sociale attraverso la creazione delle Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), organizzazioni senza scopo di lucro che costituiscono ancora oggi la spina dorsale del sistema sociale e dell'assistenza agli anziani.

Tra le principali tappe legislative vi sono la legge n. 38/2004 (Regime Jurídico da Deficiência), che stabilisce diritti e tutela delle persone con disabilità, e la ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2009).

L'invecchiamento della popolazione ha favorito lo sviluppo dei servizi LTC attraverso la Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), lanciata nel 2006 per coordinare assistenza sanitaria e sociale alle persone non autosufficienti, in particolare anziani. Il Portogallo ha compiuto progressi verso l'inclusione e la deistituzionalizzazione, promuovendo servizi domiciliari e comunitari. Rimangono tuttavia sfide legate alle disparità regionali e alla dipendenza da famiglie e organizzazioni non profit.

Romania

Durante il regime comunista di Nicolae Ceaușescu, l'assistenza a lungo termine per anziani e persone con disabilità era fortemente istituzionalizzata in grandi manicomi o case di cura, spesso con scarsa supervisione e condizioni difficili. Gli anziani privi di sostegno familiare venivano collocati in strutture statali con risorse e standard limitati.

Dopo la rivoluzione del 1989, l'attenzione internazionale e la pressione mediatica hanno evidenziato le condizioni inadeguate in molte istituzioni, avviando un processo di deistituzionalizzazione e riforma. La transizione ha puntato alla chiusura o trasformazione delle strutture, allo sviluppo di assistenza domiciliare e comunitaria e al rafforzamento delle tutele legali.

Negli anni 2000, la Romania ha adottato riforme in linea con gli standard UE, passando progressivamente dall'assistenza istituzionale a quella comunitaria. Le autorità locali e le Direzioni di assistenza sociale (DGASPC) sono diventate attori chiave nell'erogazione dei servizi sociali.

La Strategia nazionale per l'assistenza a lungo termine e l'invecchiamento attivo (2023-2030) fornisce un quadro completo per integrare servizi sanitari e sociali, ampliare l'assistenza domiciliare e migliorare la formazione del personale e il monitoraggio della qualità. Persistono tuttavia sfide legate al

finanziamento, alla carenza di personale e alla garanzia di standard uniformi tra aree rurali e urbane.

2. Metodologia

2.1 Progetto di ricerca e approccio

Lo studio ha adottato un disegno di ricerca qualitativo esplorativo, adatto all'indagine di fenomeni sociali complessi e poco esplorati come la partecipazione degli uomini all'assistenza a lungo termine (LTC).

È stata applicata un'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006) per identificare e interpretare i modelli ricorrenti all'interno dei dati. L'analisi ha seguito un orientamento deduttivo, guidato dalla Teoria del Ruolo Sociale (Eagly, 1987).

2.2 Metodi di raccolta dei dati

2.2.1 Strategia di campionamento

È stato utilizzato un approccio di campionamento mirato per selezionare partecipanti con esperienze e conoscenze rilevanti nell'assistenza a lungo termine (LTC) in cinque Paesi europei: Cipro (CY), Francia (FR), Romania (RO), Italia (IT) e Portogallo (PT). Lo studio ha coinvolto 145 partecipanti: 49 assistenti di sesso maschile, 42 datori di lavoro e 45 beneficiari di assistenza.

Le partecipanti di sesso femminile sono state incluse intenzionalmente per fornire prospettive di genere comparative e rafforzare l'analisi.

2.3 Strumenti di raccolta dati:

Sono stati utilizzati due strumenti qualitativi:

- **Interviste semi-strutturate (operatori assistenziali di sesso maschile):** esplorare esperienze personali, motivazioni, sfide, stigma e sviluppo professionale.
- **Focus group (persone assistite e coordinatori di assistenza/datori di lavoro):** esplorare percezioni condivise, atteggiamenti sociali e pratiche organizzative relative al genere e all'assistenza.

Tutte le sessioni sono state registrate con il consenso dei partecipanti, trascritte fedelmente e rese anonime. I ricercatori hanno anche tenuto appunti strutturati utilizzando modelli standardizzati. Le trascrizioni sono

state codificate con pseudonimi e identificativi dei paesi (ad esempio, CY_01) e archiviate in modo sicuro su server istituzionali crittografati.

Tutte le trascrizioni sono state tradotte in inglese prima dell'analisi, garantendo l'equivalenza concettuale e linguistica tra i vari paesi.

2.4 Piano di analisi dei dati

L'analisi si è basata su un'analisi deduttiva dei contenuti, con l'obiettivo di interpretare i dati attraverso categorie predefinite relative ai ruoli di genere, agli stereotipi e alle barriere affrontate dagli uomini nell'assistenza a lungo termine.

I dati sono stati codificati, confrontati tra i set di dati nazionali e rivisti in modo collaborativo dai partner per garantire coerenza e affidabilità.

In particolare, la validità dell'analisi è stata garantita attraverso la triangolazione tra ricercatori e Paesi, nonché attraverso sessioni di debriefing tra pari, durante le quali sono stati discussi e confrontati i risultati preliminari. Questo processo ha migliorato l'affidabilità, la coerenza e la credibilità dell'interpretazione.

Questa analisi non è stata solo un processo scientifico, ma anche profondamente umano. Attraverso le voci dei partecipanti, i ricercatori hanno affrontato realtà sociali, stereotipi e percezioni che spesso rimangono invisibili. L'approccio riflessivo adottato nei confronti dei dati è stato essenziale, consentendo l'interpretazione delle esperienze con rispetto, accuratezza e sensibilità.

2.5 Considerazioni etiche

Lo studio ha aderito ai principi etici del consenso informato, della riservatezza, del rispetto e dell'integrità (Christians, 2005; World Medical Association, 2008).

Procedure di consenso: prima della raccolta dei dati è stato ottenuto il consenso scritto e verbale.

Anonimato: in tutte le trascrizioni e le relazioni sono stati utilizzati pseudonimi e identificatori codificati.

Protezione dei dati: i file audio e le trascrizioni sono stati archiviati su server crittografati e protetti da password, accessibili solo ai ricercatori autorizzati.

Conservazione e cancellazione: le registrazioni sono state cancellate sei mesi dopo l'analisi; le trascrizioni anonimizzate sono state archiviate per la rendicontazione del progetto.

Approvazione etica: concessa dal Comitato Nazionale di Bioetica di Cipro [EEBK EΠ 2025.01.135].

I partecipanti hanno mantenuto il diritto di ritirarsi in qualsiasi momento senza penalità o conseguenze. Lo studio ha garantito il pieno rispetto della dignità e dell'autonomia dei partecipanti e ha aderito ai più elevati standard di integrità etica e scientifica.

3. Risultati principali

3.1 Panoramica demografica

In tutti i Paesi partecipanti, lo studio ha coinvolto un totale di 136 partecipanti, di cui 49 assistenti di sesso maschile, 42 fornitori di assistenza/datori di lavoro (30 uomini e 12 donne) e 45 beneficiari di assistenza (27 uomini e 18 donne). Di seguito sono presentate le caratteristiche demografiche dettagliate di ciascun gruppo target.

3.1.1 Dati demografici degli assistenti di sesso maschile

Il campione totale comprendeva 49 assistenti di sesso maschile: 10 provenienti da Cipro, 10 dall'Italia, 12 dalla Francia, 7 dalla Romania e 10 dal Portogallo (Figura 1).

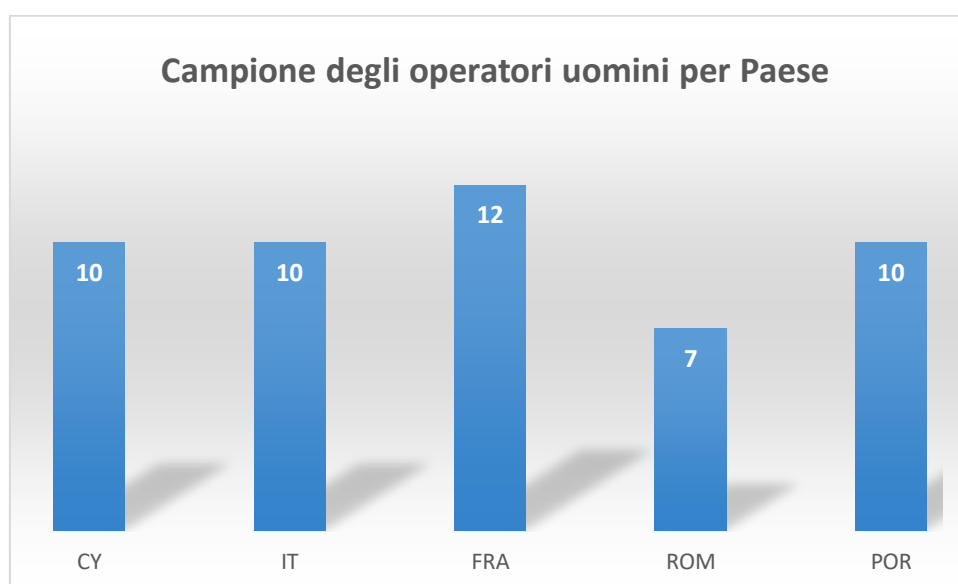


Figura 1: Campione di assistenti maschi per Paese (n = 49)

La maggior parte dei partecipanti aveva un'età compresa tra i 21 e i 40 anni, con fasce d'età più avanzate (41-60 anni) più comuni a Cipro e in Portogallo (Figure 2 e 3).

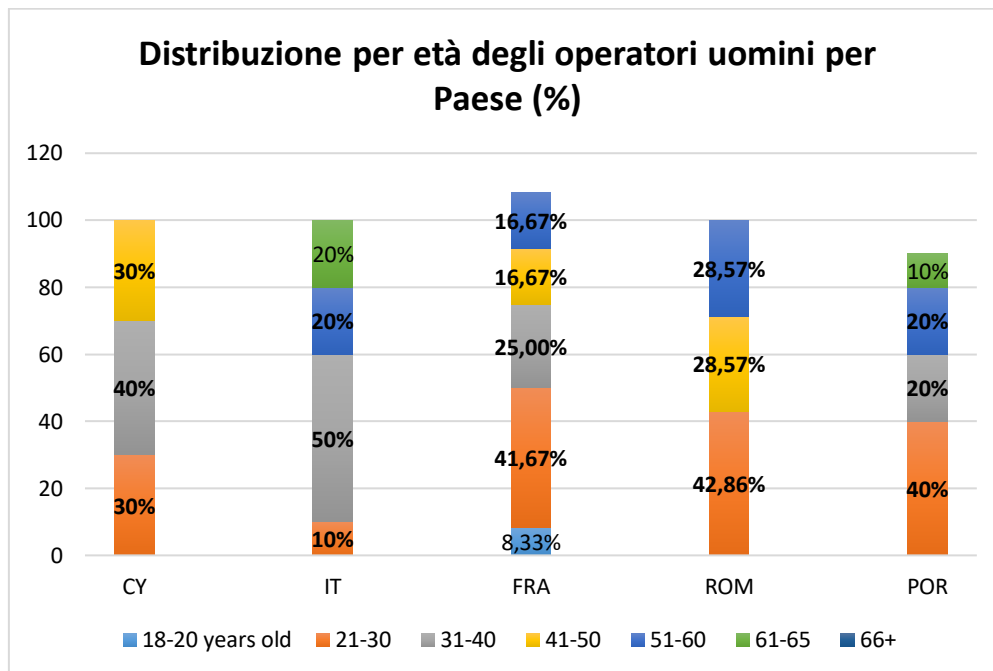


Figura 2: Distribuzione per età degli assistenti maschi per Paese (%)

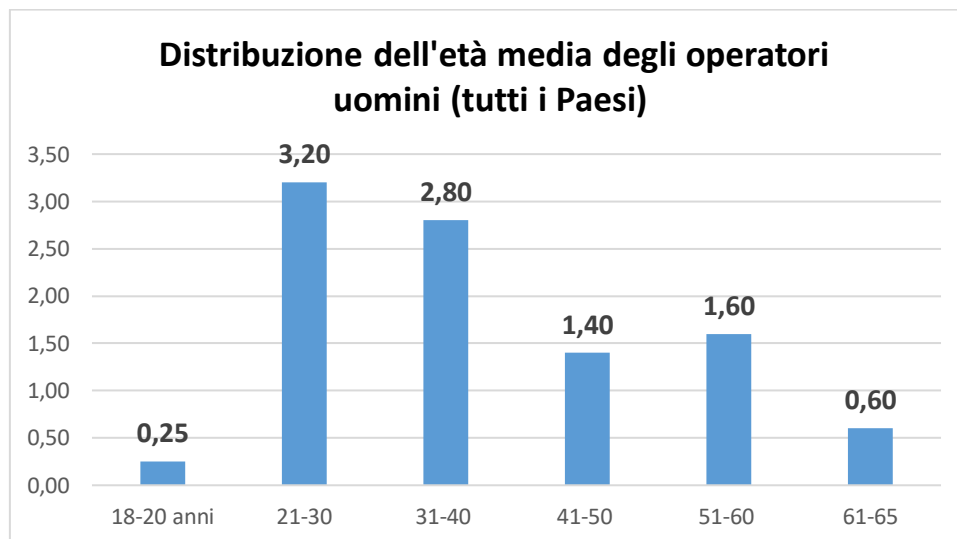


Figura 3: Distribuzione dell'età media degli assistenti maschi (tutti i Paesi)

La maggior parte degli operatori maschi aveva completato studi di diploma o laurea triennale, principalmente in settori sanitari (Figura 3). Il bagaglio formativo era simile tra i vari Paesi, anche se la Francia presenta una diversità leggermente maggiore in termini di qualifiche (Figure 3 e 4).

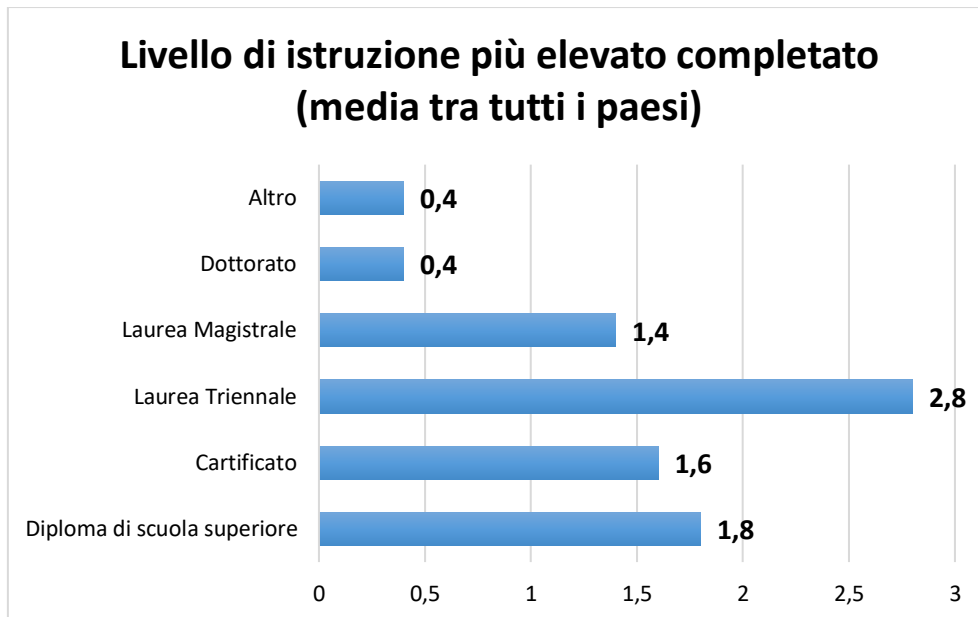


Figura 3: Livello di istruzione più elevato completato – media (tutti i Paesi)

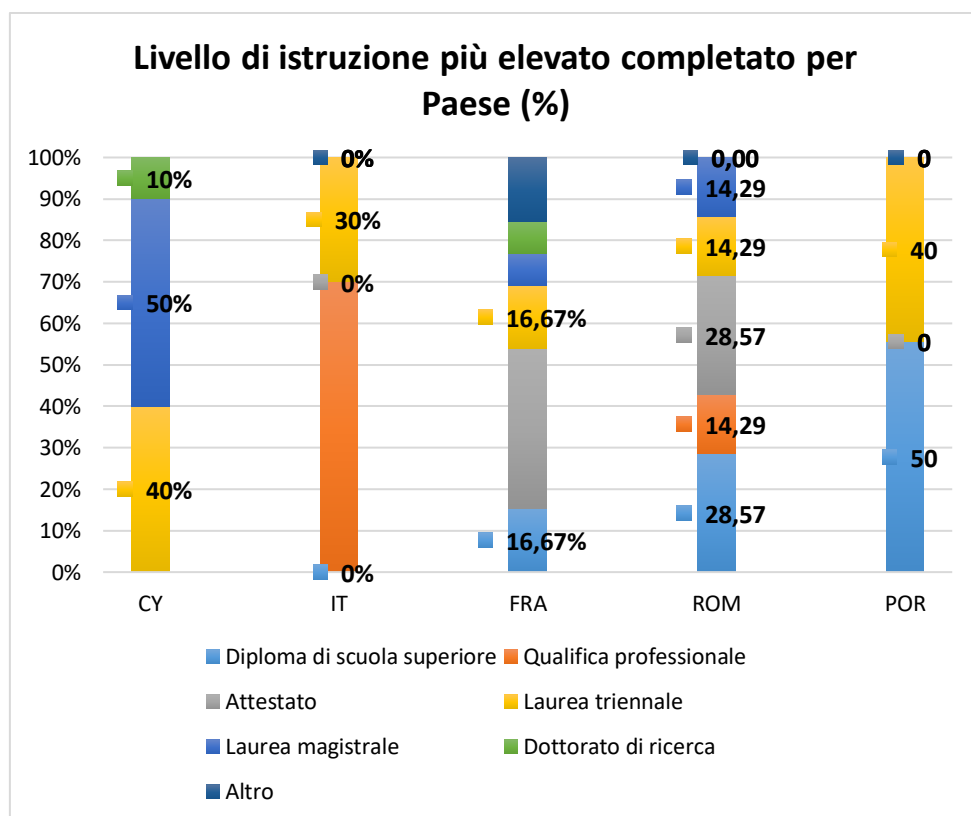


Figura 4: Livello di istruzione più elevato completato per Paese (%)

Campo di studio

I partecipanti a Cipro, in Italia e in Portogallo hanno studiato principalmente infermieristica o materie sanitarie correlate, mentre i rispondenti in Francia

provengono da ambiti formativi più vari, tra cui medicina, fisioterapia e persino settori non sanitari come il design di moda.

In tutti i Paesi, gli operatori di sesso maschile avevano più di cinque anni di esperienza nel settore sanitario (Figura 5 e 6).



Figura 5: Anni di esperienza come professionista sanitario (media)

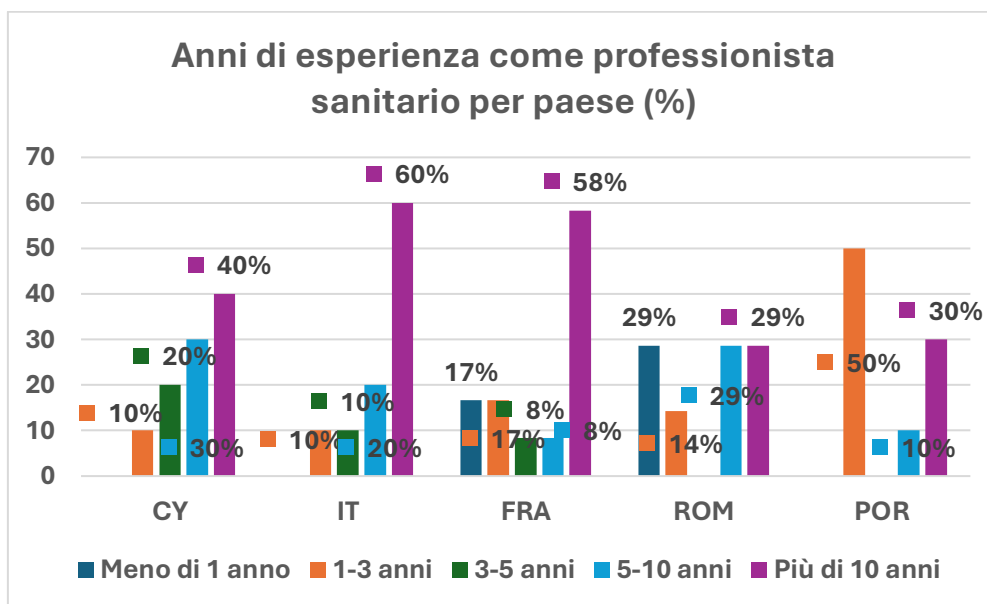


Figura 6: Anni di esperienza come professionista sanitario (%)

La maggior parte dei partecipanti era impiegata a tempo pieno, in istituzioni sanitarie pubbliche o private. Erano presenti anche contratti a tempo parziale e temporanei, ma rappresentavano una quota minore della forza lavoro (Figura 7).

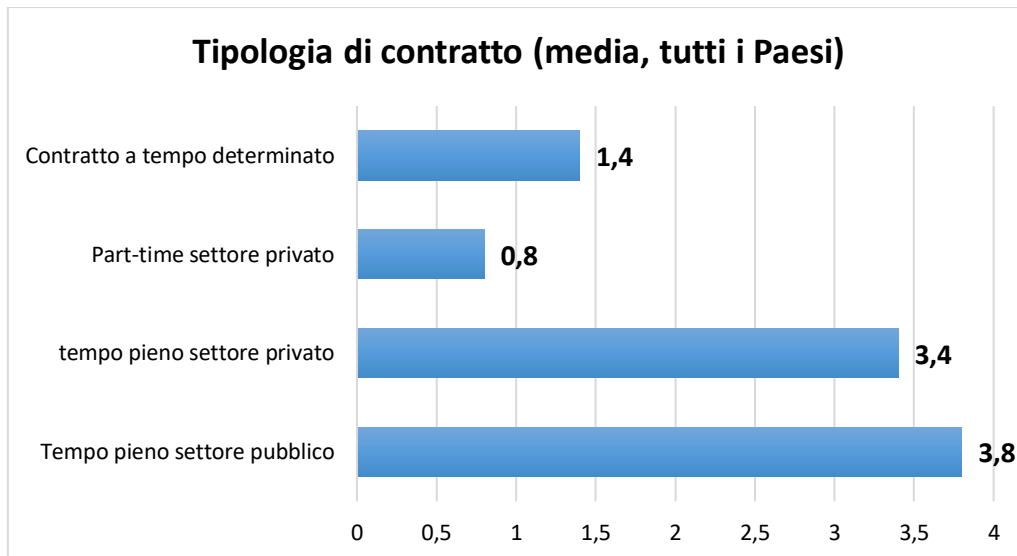


Figura 7: Tipo di occupazione attuale (media, tutti i Paesi)

La maggior parte degli operatori di sesso maschile lavora in ambito ospedaliero, seguita da coloro che sono impiegati in strutture residenziali o di assistenza a lungo termine (Figura 8). Altri luoghi di lavoro, come i servizi di assistenza domiciliare o comunitaria, sono meno comuni.

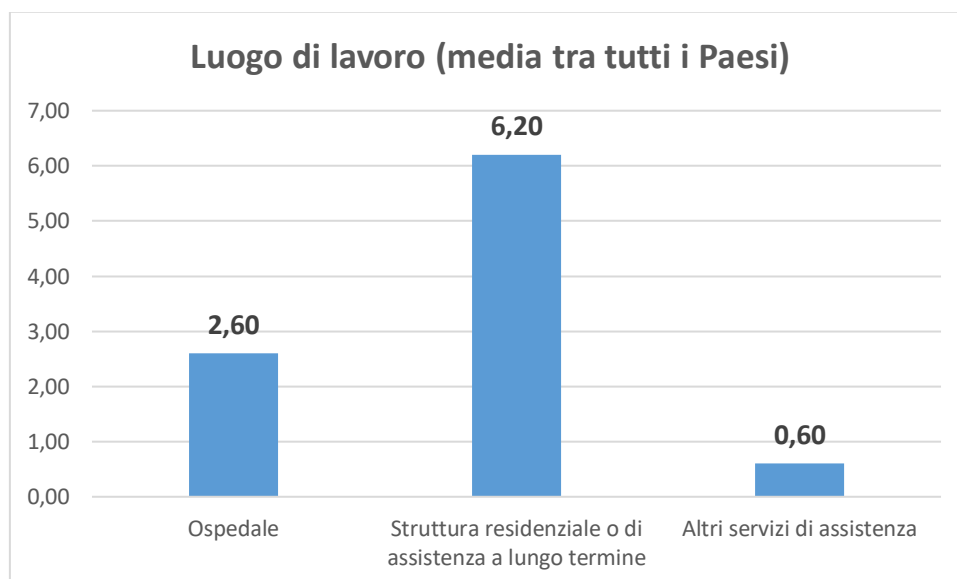


Figura 8: Luogo di lavoro (media, tutti i Paesi)

Gli operatori di sesso maschile trovano la massima soddisfazione nei "rapporti con i pazienti", nell' "appagamento emotivo" che traggono dal loro lavoro e nel "senso di sicurezza e riconoscimento professionale" (Figura 9). D'altra parte, le principali difficoltà individuate sono state il "carico di lavoro elevato", la "retribuzione bassa" e le difficoltà nel mantenere un equilibrio

sano tra vita professionale e vita privata, che sono comuni a tutti i Paesi (Figura 10).

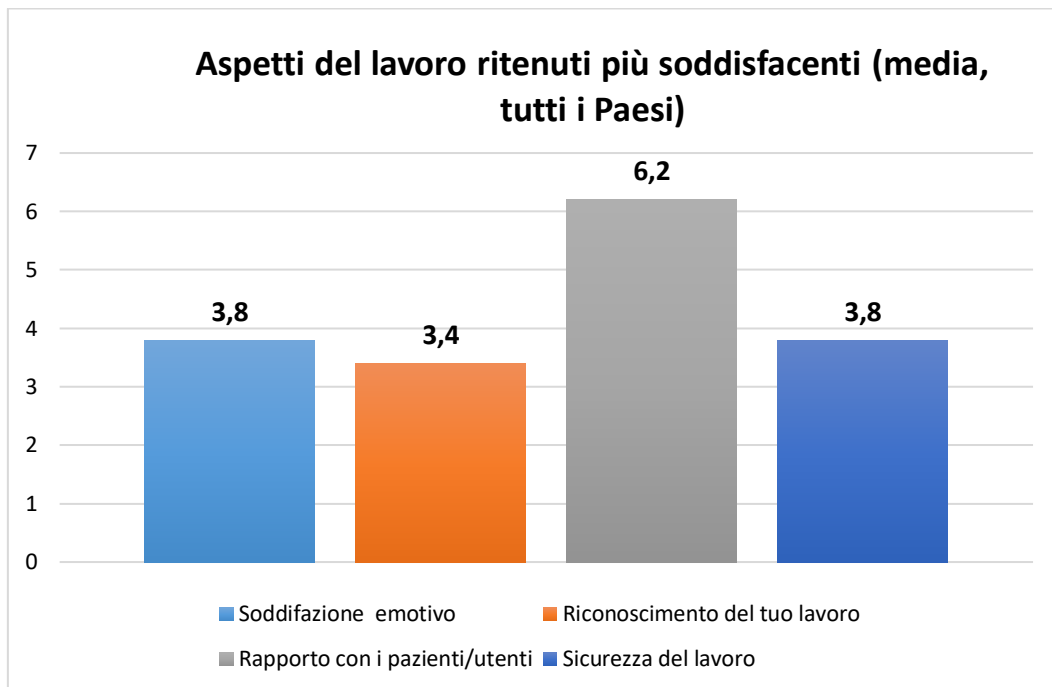


Figura 9: Aspetti del lavoro ritenuti più soddisfacenti (media, tutti i Paesi)

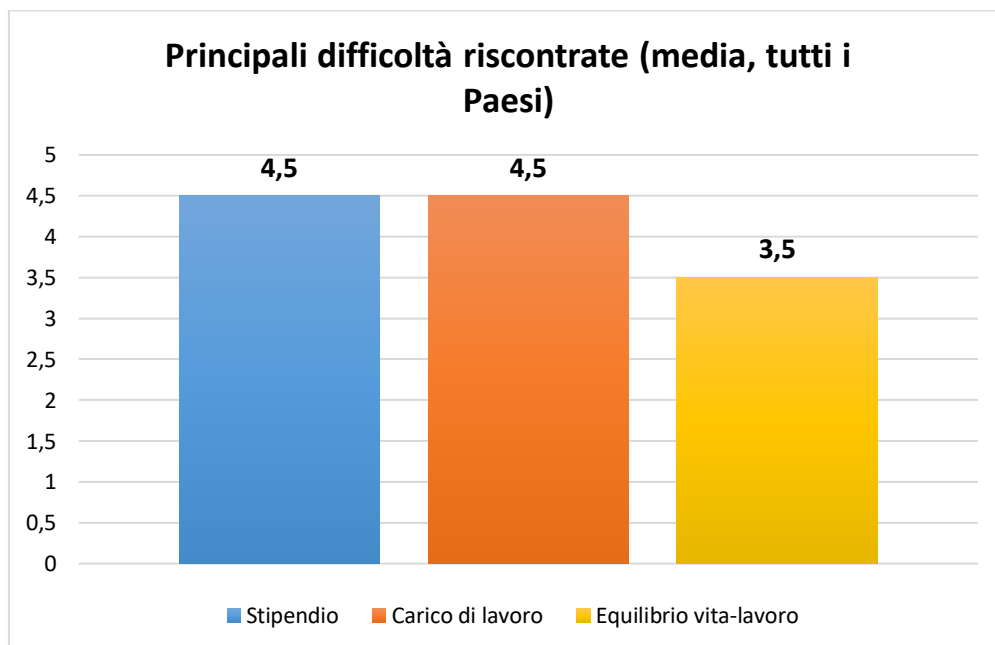


Figura 10: Aspetti del lavoro ritenuti più impegnativi (media, tutti i Paesi)

Una percentuale considerevole di partecipanti ha segnalato pregiudizi o discriminazioni di genere sul lavoro, fino all'80% a Cipro e al 50% in Portogallo. Al contrario, l'80% dei partecipanti in Italia e Francia e il 50% in Romania hanno dichiarato di non aver subito pregiudizi o discriminazioni di

genere sul lavoro (Figura 11). Le situazioni più comuni riguardavano "il disagio o la resistenza delle pazienti donne", "i pazienti che preferiscono assistenti donne", "il pregiudizio che gli uomini siano meno adatti ai ruoli di assistenza" e "i colleghi che mettono in dubbio le capacità degli uomini" (Figura 12). Questi modelli sono presenti in tutti i Paesi e indicano la persistenza di stereotipi sugli uomini nel settore dell'assistenza (Figura 13).

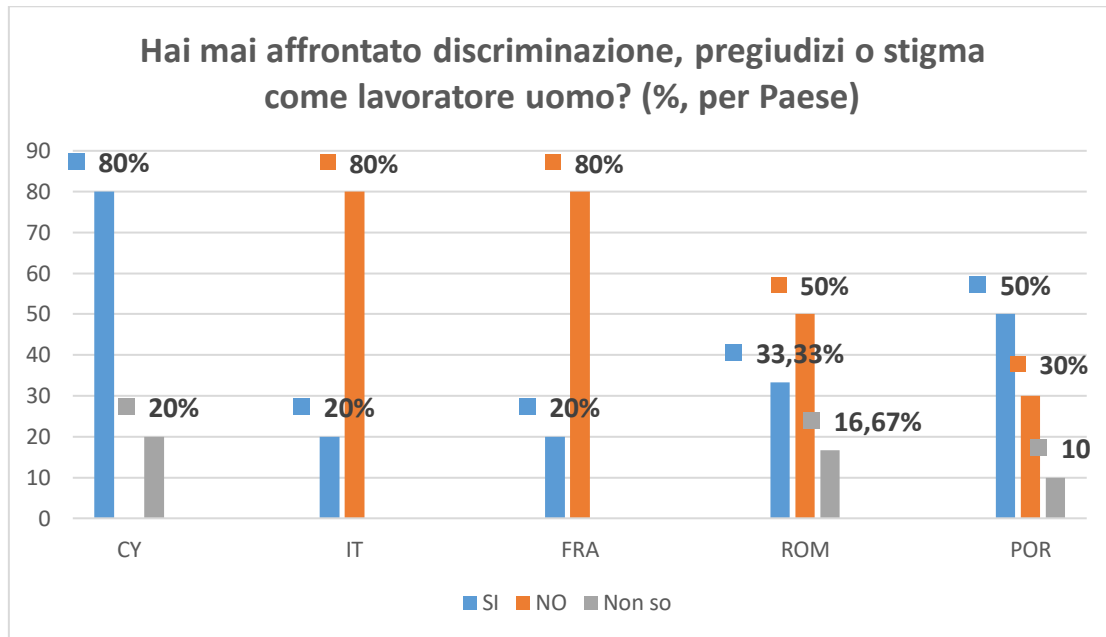


Figura 11: Esperienze di discriminazione, pregiudizio o stigmatizzazione (% per Paese)

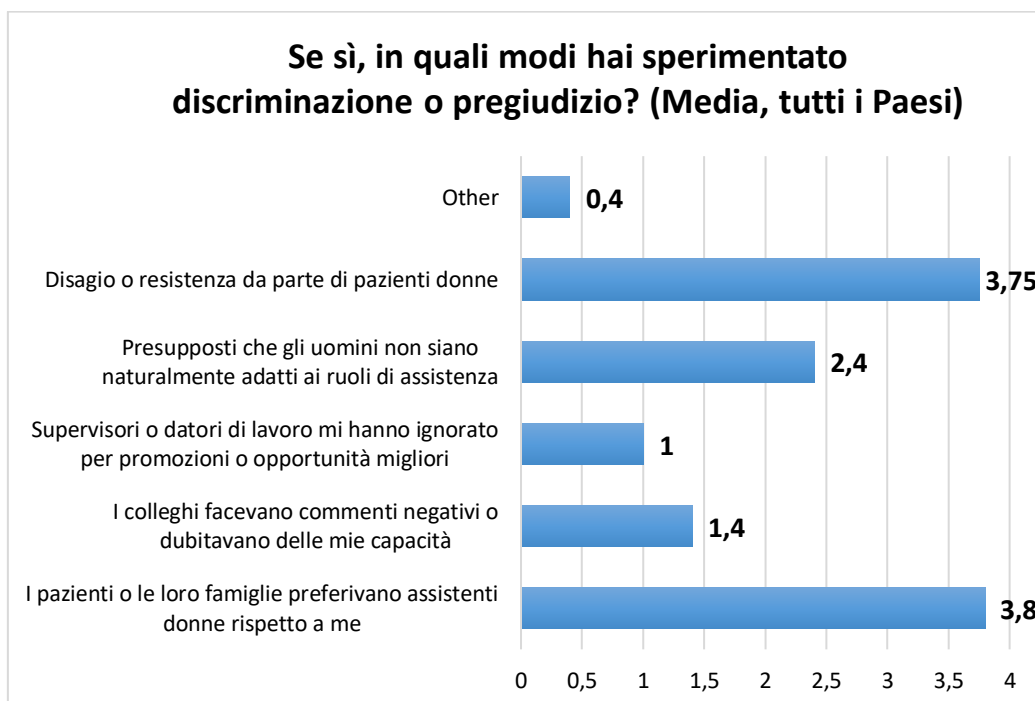


Figura 12: Forme di discriminazione o pregiudizio subite (media, tutti i Paesi)

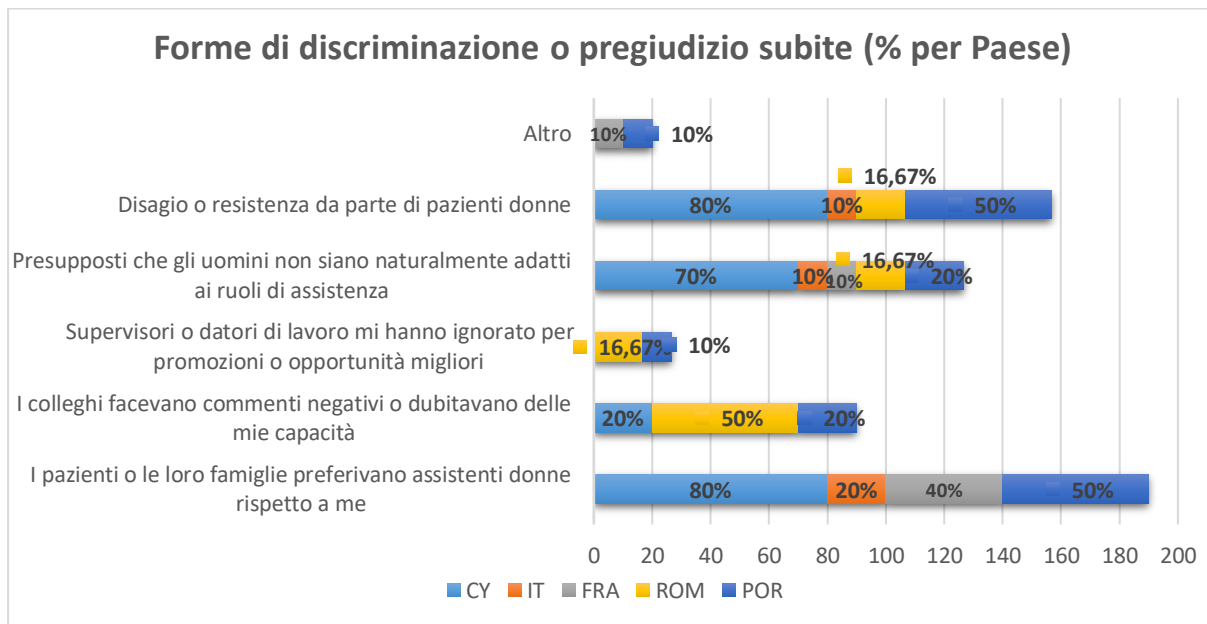


Figura 13: Forme di discriminazione o pregiudizio subite (% per Paese)

3.1.2 Dati demografici dei datori di lavoro

Il campione totale era composto da 42 datori di lavoro: 9 provenienti da Cipro, 8 ciascuno da Italia, Romania e Portogallo e 9 dalla Francia (Figura 16).

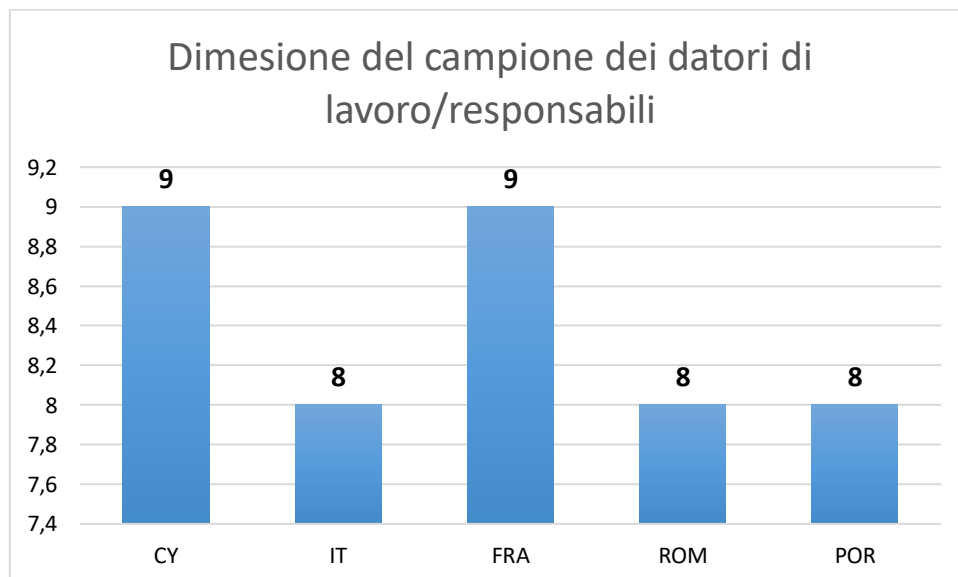


Figura 16: Dimensione del campione dei datori di lavoro (n=42)

La distribuzione di genere dei datori di lavoro varia a seconda del Paese. Gli uomini costituiscono la maggioranza a Cipro, in Italia, Francia e Portogallo,

mentre in Romania sono più numerose le donne che ricoprono questi ruoli (Figura 14).

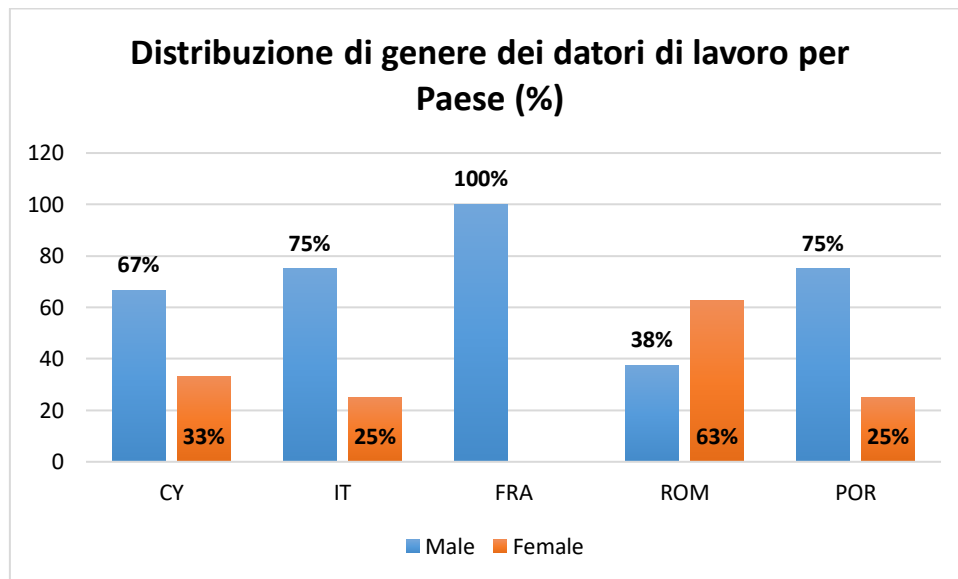


Figura 14: Distribuzione di genere dei datori di lavoro per Paese (%)

La maggior parte dei datori di lavoro aveva un'età compresa tra i 41 e i 60 anni e possedeva una laurea triennale o magistrale, in genere in discipline sanitarie, sociali o gestionali (Figura 15).

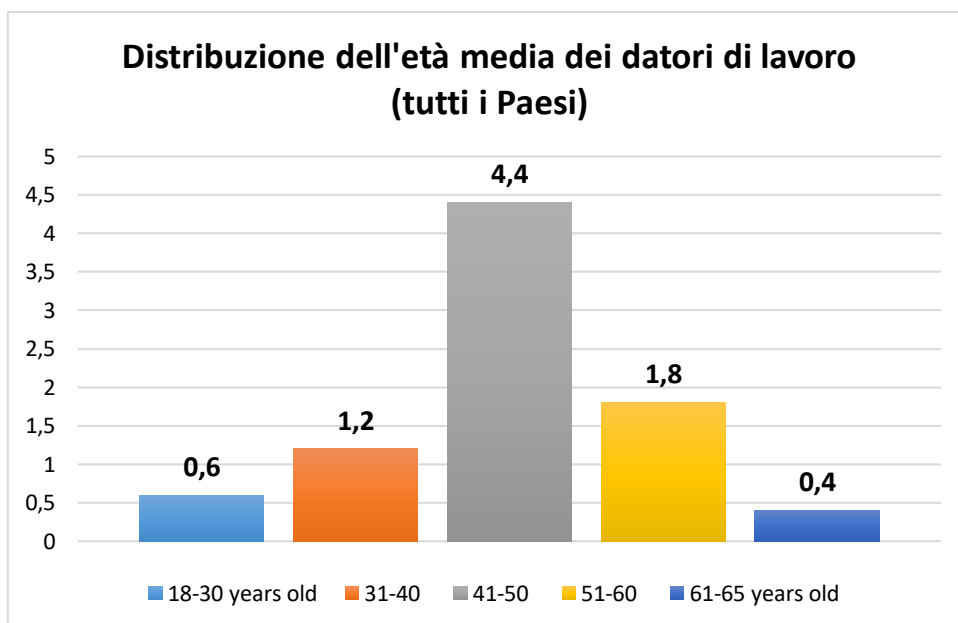


Figura 15: Distribuzione dell'età media dei datori di lavoro (tutti i Paesi)

Il gruppo di partecipanti è altamente istruito, con la maggior parte dei partecipanti in possesso di una laurea triennale o magistrale (Figura 16). La maggioranza possiede qualifiche in discipline legate alla salute e

all'assistenza, come infermieristica, assistenza sociale e gerontologia. Una percentuale minore ha un background accademico in gestione, scienze umane o giurisprudenza, riflettendo il profilo multidisciplinare dei professionisti che ricoprono ruoli di leadership nell'assistenza.

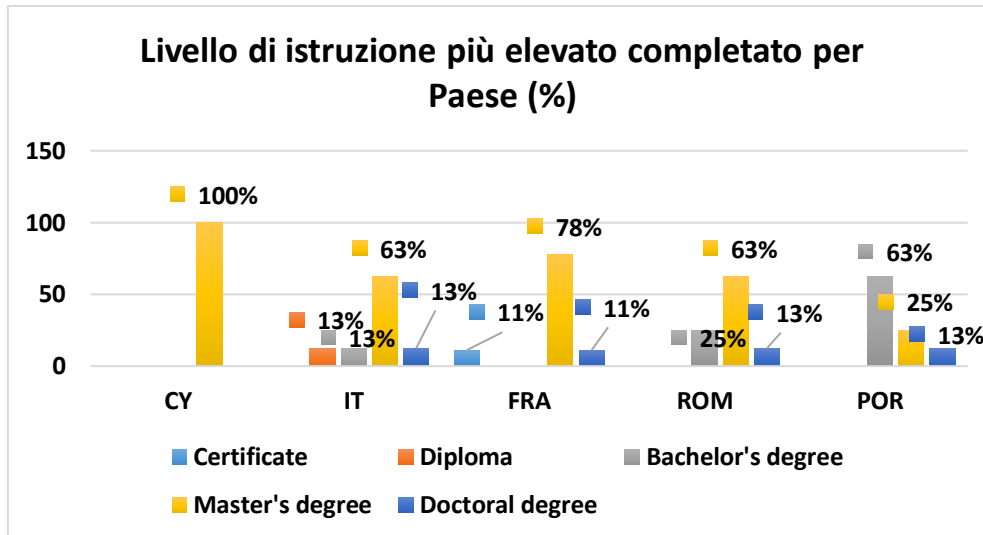


Figura 16: Livello di istruzione più elevato completato per Paese (%)

Molti partecipanti hanno dichiarato di avere più di 10 anni di esperienza nel settore, a conferma della loro notevole esperienza professionale (Figure 17 e 18).

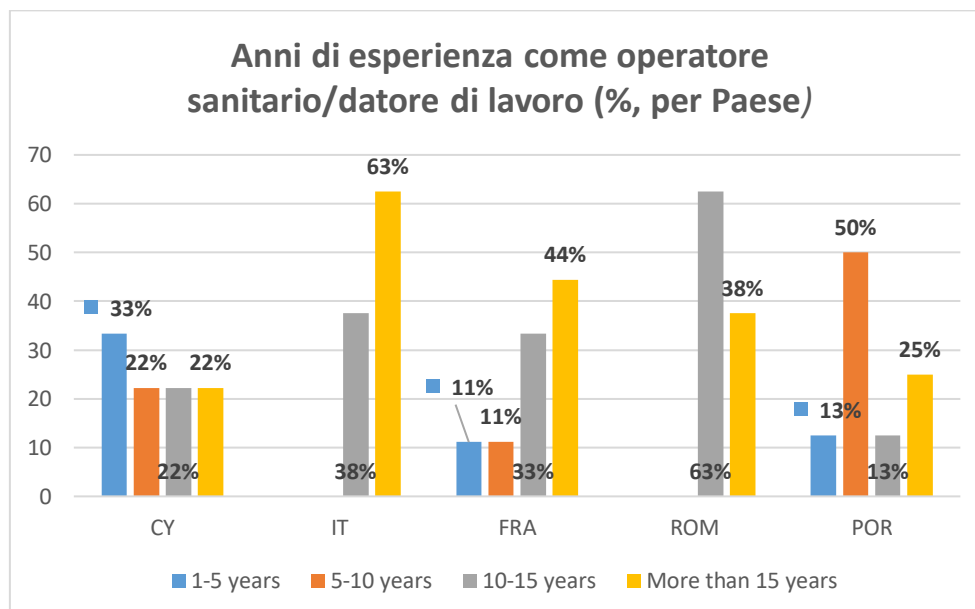


Figura 17: Anni di esperienza come operatore sanitario/datore di lavoro (% per Paese)

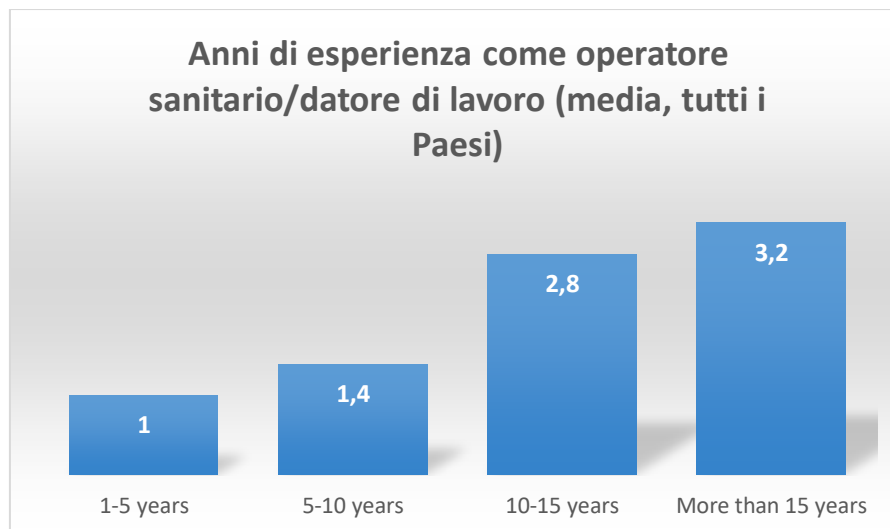


Figura 18: Anni di esperienza come operatore sanitario/datore di lavoro (media, tutti i Paesi)

Per quanto riguarda il tipo di impiego, i partecipanti hanno dichiarato di ricoprire principalmente posizioni a tempo pieno, con la maggior parte che lavora in case di cura o strutture di assistenza a lungo termine. Una percentuale minore era impiegata in contesti ospedalieri (cure acute, unità specializzate, ecc.) e centri di riabilitazione (Figure 19 e 20).

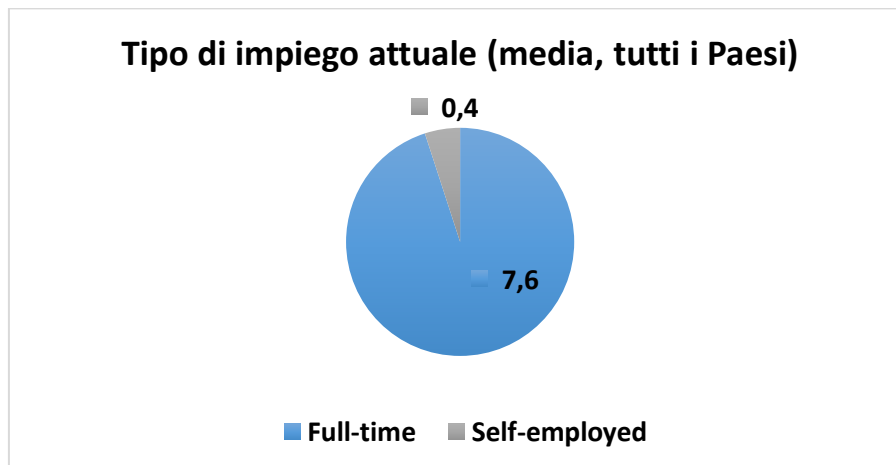


Figura 19: Tipo di impiego attuale (media, tutti i Paesi)

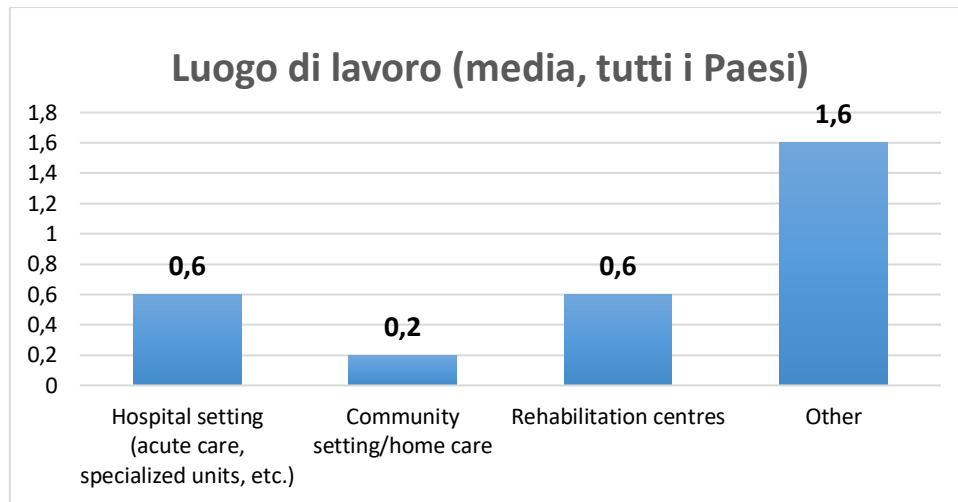


Figura 20: Luogo di lavoro (media, tutti i Paesi)

La soddisfazione complessiva tra i coordinatori e i leader è moderatamente alta, con punteggi medi compresi tra 1,6 e 1,8 su una scala di cinque punti (dove i valori più bassi indicano una maggiore soddisfazione) (Figura 21).

I dati mostrano che Italia, Romania e Portogallo hanno riportato i livelli di soddisfazione più elevati (media $\approx 1,6$), mentre Cipro e Francia mostrano una soddisfazione leggermente inferiore (media $\approx 1,8$) nella maggior parte degli aspetti del loro ruolo. Nonostante queste piccole variazioni nazionali, i partecipanti di tutti i Paesi hanno espresso esperienze positive in merito all'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata, al riconoscimento e al sostegno da parte della direzione. Tuttavia, lo stipendio, il carico di lavoro e le opportunità di avanzamento di carriera rimangono aree in cui la soddisfazione è relativamente più bassa.

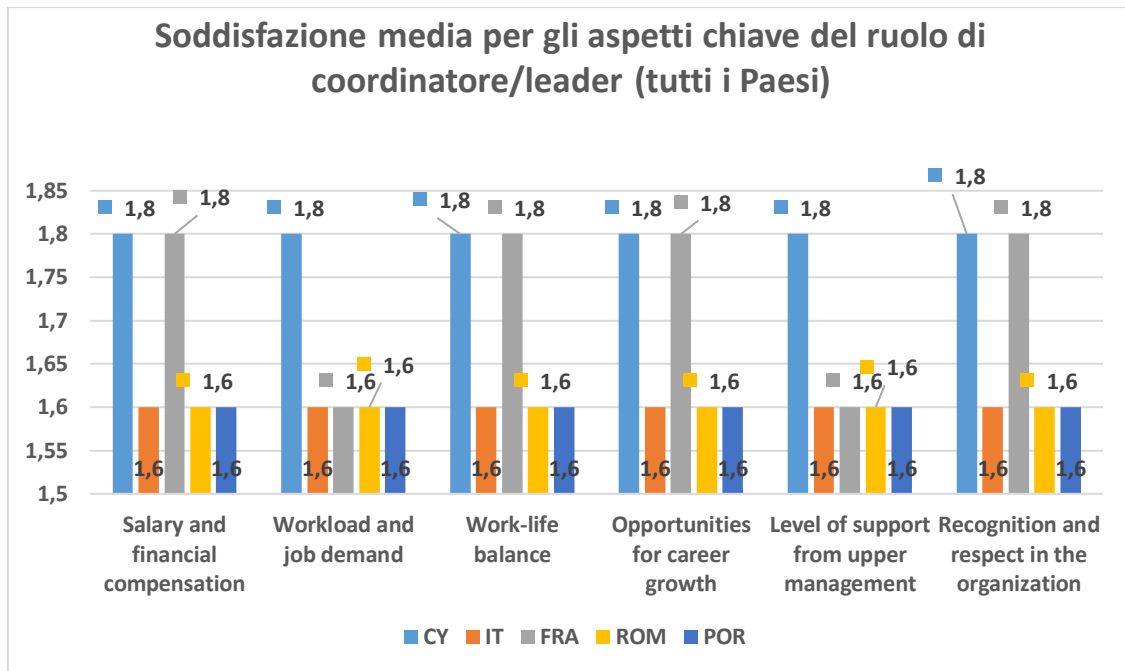


Figura 21: Soddisfazione media per gli aspetti chiave del ruolo di coordinatore/leader (tutti i Paesi)

3.1.3 Dati demografici dei destinatari dell'assistenza

Allo studio hanno partecipato in totale 45 beneficiari di assistenza: 13 dall'Italia, 8 da Cipro, 8 dalla Francia, 8 dalla Romania e 8 dal Portogallo (Figura 26).

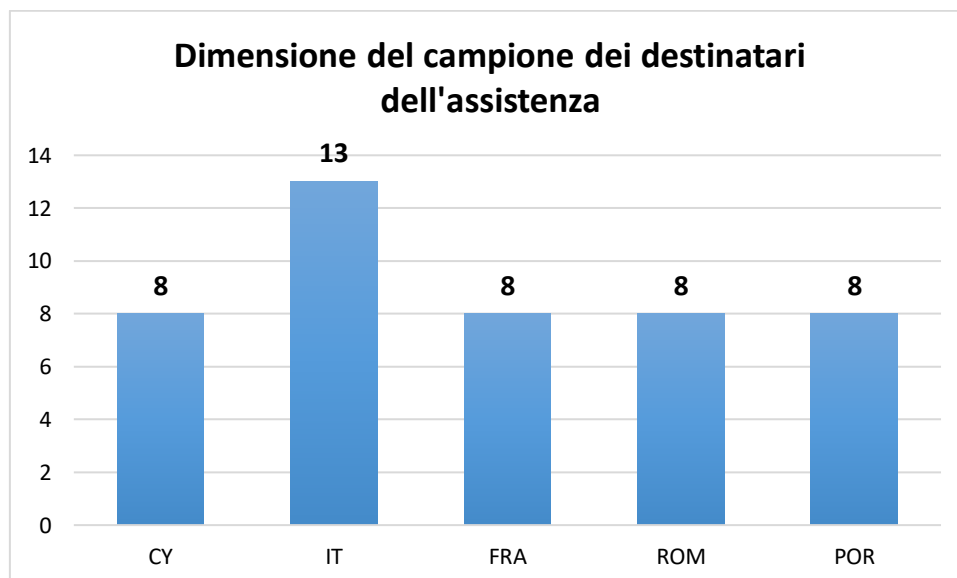


Figura 26: Dimensione del campione dei destinatari dell'assistenza (n=45)

L'equilibrio di genere tra i beneficiari dell'assistenza varia da un Paese all'altro. Gli uomini sono più frequentemente rappresentati a Cipro, in Italia,

Romania e Portogallo, mentre le donne sono la maggioranza in Francia (Figura 27).

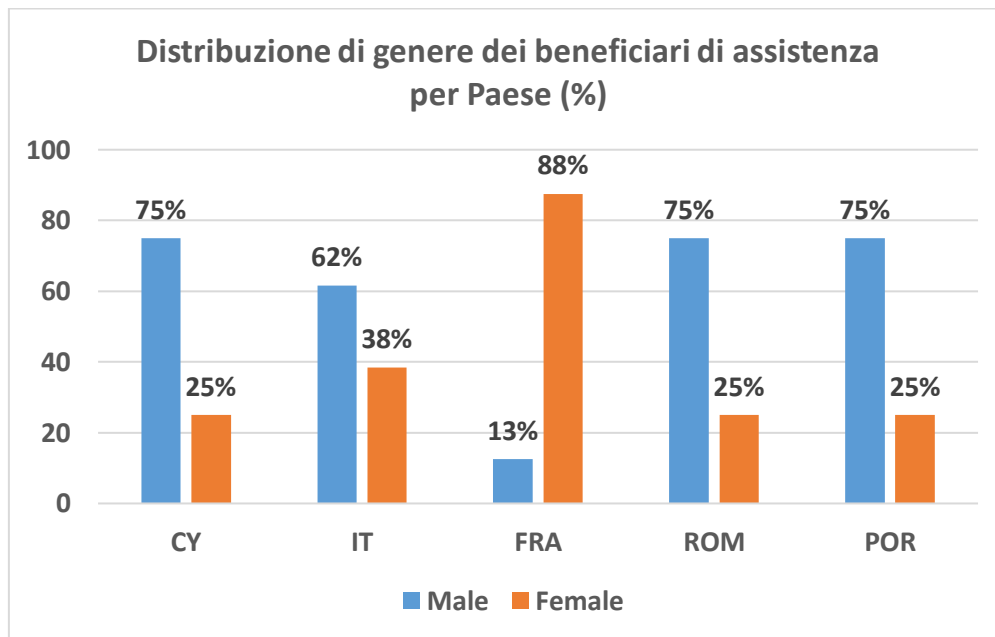


Figura 27: Distribuzione di genere dei beneficiari di assistenza per Paese (%)

La maggior parte dei beneficiari di assistenza erano anziani di età compresa tra i 65 e i 75 anni, seguiti da quelli di età compresa tra i 76 e gli 85 anni (Figura 28). Solo a Cipro il 63% dei partecipanti aveva più di 86 anni (Figura 29).

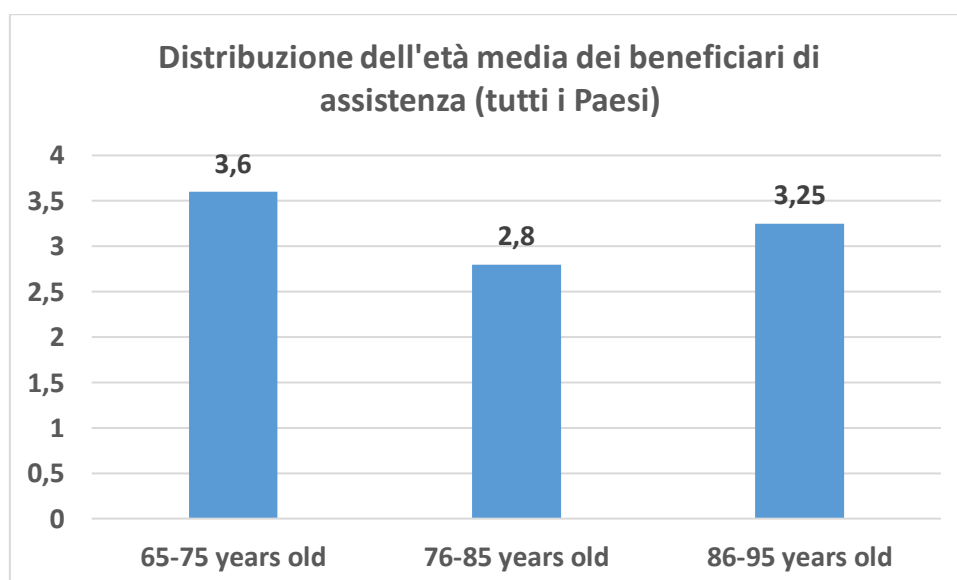


Figura 28: Distribuzione dell'età media dei beneficiari di assistenza (tutti i Paesi)

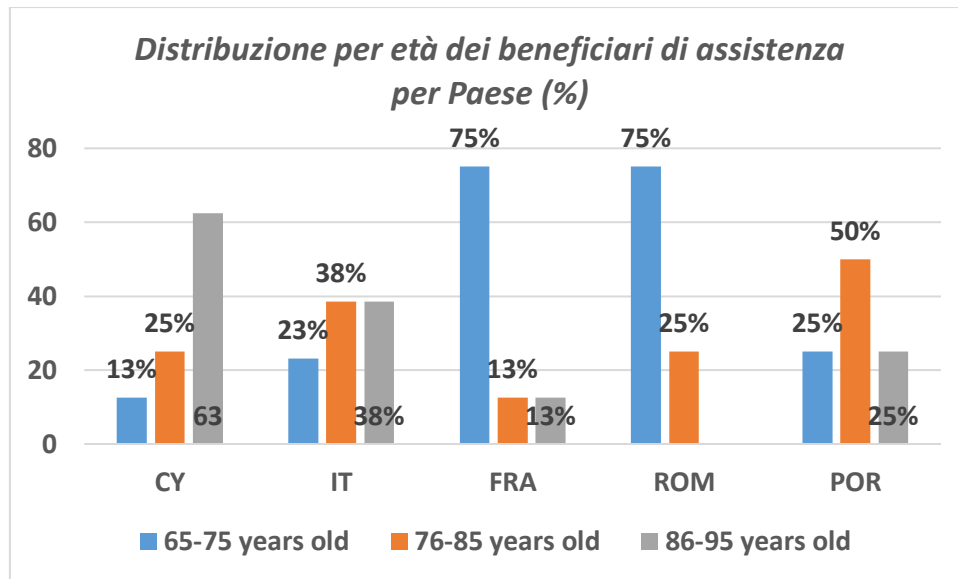


Figura 29: Distribuzione per età dei beneficiari di assistenza per Paese (%)

Il livello di istruzione dei beneficiari dell'assistenza era eterogeneo. La maggior parte aveva completato l'istruzione elementare o secondaria, mentre una percentuale minore era in possesso di diplomi o lauree triennali. Pochissimi hanno dichiarato di non avere un'istruzione formale (Figura 30).

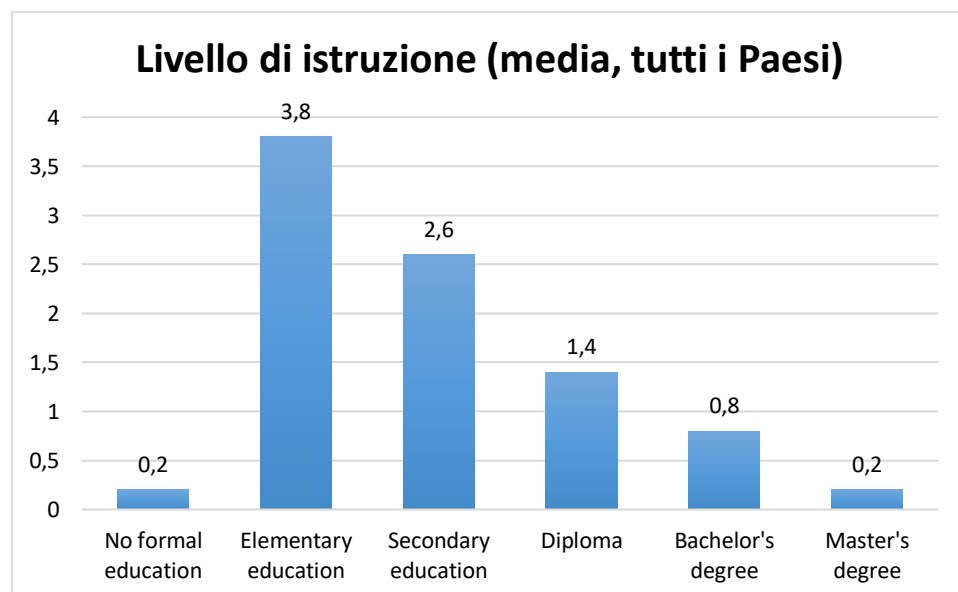


Figura 30: Livello di istruzione (media, tutti i Paesi)

La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di aver ricevuto assistenza da un operatore di sesso maschile, con una durata dell'assistenza che in genere variava da uno a tre anni (Figura 31 e 32).

5. Esperienza di assistenza ricevuta da un assistente di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

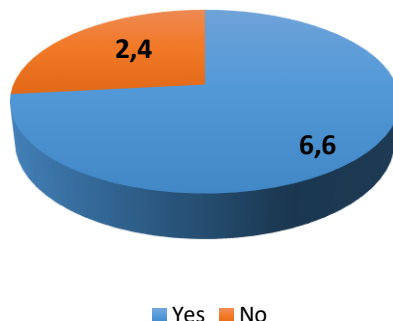


Figura 31: Esperienza di assistenza ricevuta da un assistente di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

Durata dell'assistenza ricevuta da un assistente di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

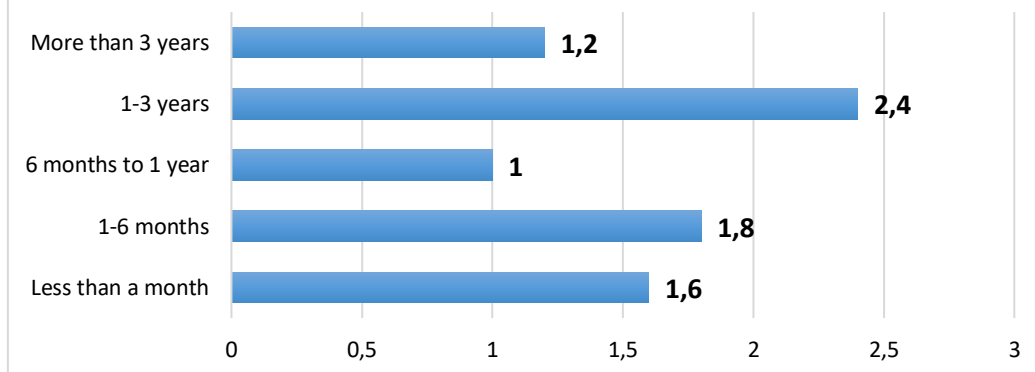


Figura 32: Durata dell'assistenza ricevuta da un assistente di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

I tipi di assistenza più comuni includono assistenza medica di base (medicinali, cura delle ferite, segni vitali), assistenza personale (igiene, sostegno sociale), servizi di riabilitazione e terapia e assistenza nella vita quotidiana (faccende domestiche, cucina, pulizie, trasporti). Un numero minore ha ricevuto sostegno emotivo (Figura 33 e 34).

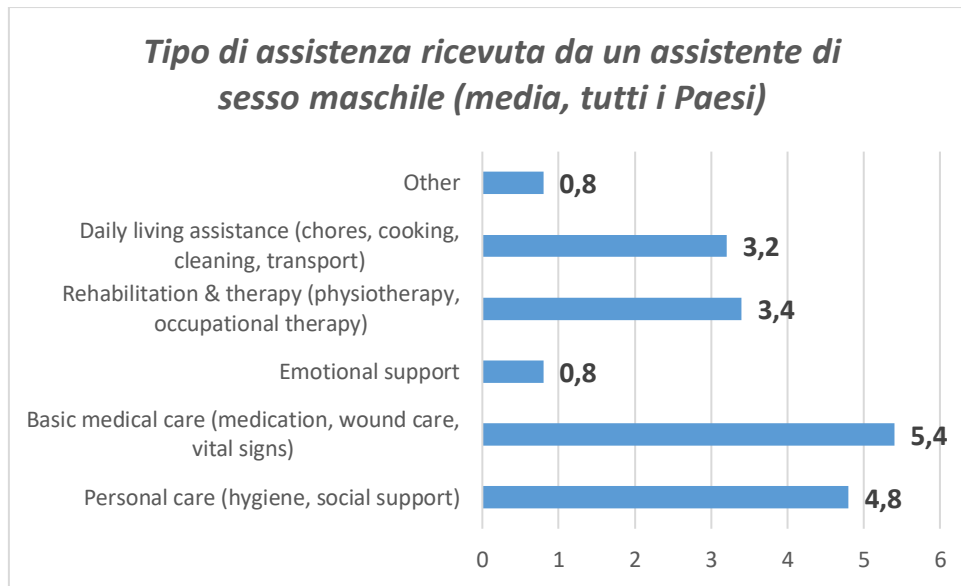


Figura 33: Tipo di assistenza ricevuta da un assistente di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

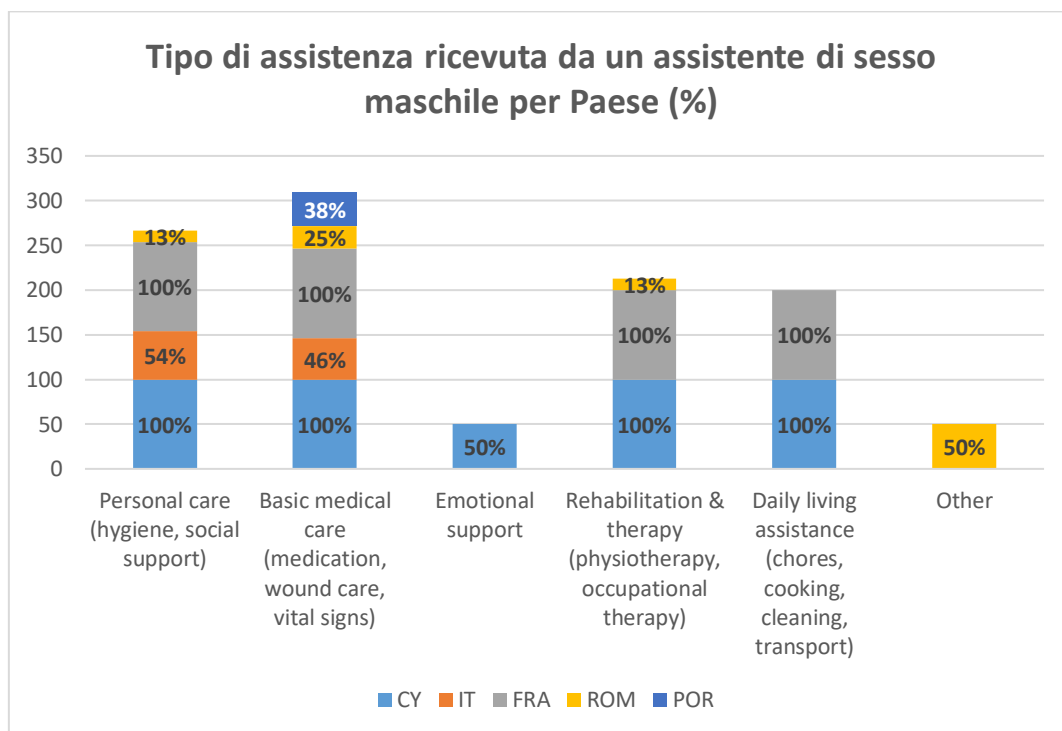


Figura 34: Tipo di assistenza ricevuta da un assistente di sesso maschile per Paese (%)

L'assistenza è stata fornita principalmente in unità residenziali, case di cura e strutture di assistenza a lungo termine, seguite da reparti ospedalieri e strutture comunitarie (Figura 35).

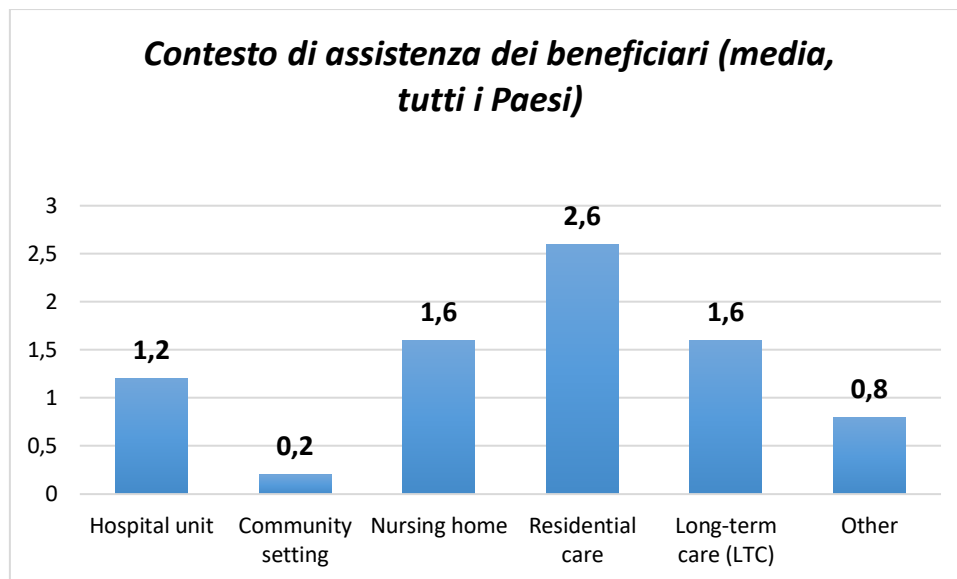


Figura 35: Contesto di assistenza dei beneficiari (media, tutti i Paesi)

La soddisfazione complessiva nei confronti degli operatori di sesso maschile è stata generalmente positiva in tutti i paesi partecipanti. I beneficiari dell'assistenza hanno dichiarato di essere più soddisfatti della forza fisica e della capacità di assistere nella mobilità degli operatori, del loro approccio e delle loro tecniche di assistenza professionale, nonché del loro atteggiamento, della loro empatia e della qualità complessiva dell'assistenza (Figure 36 e 37).

I casi di disagio nel ricevere assistenza da un operatore di sesso maschile erano rari (Figure 38 e 39). Quando si verificavano, erano principalmente legati a preoccupazioni relative alla privacy, a una percezione di mancanza di empatia o sostegno emotivo da parte dell'operatore, a dubbi sulla professionalità o competenza e a occasionali difficoltà di comunicazione (Figura 40).

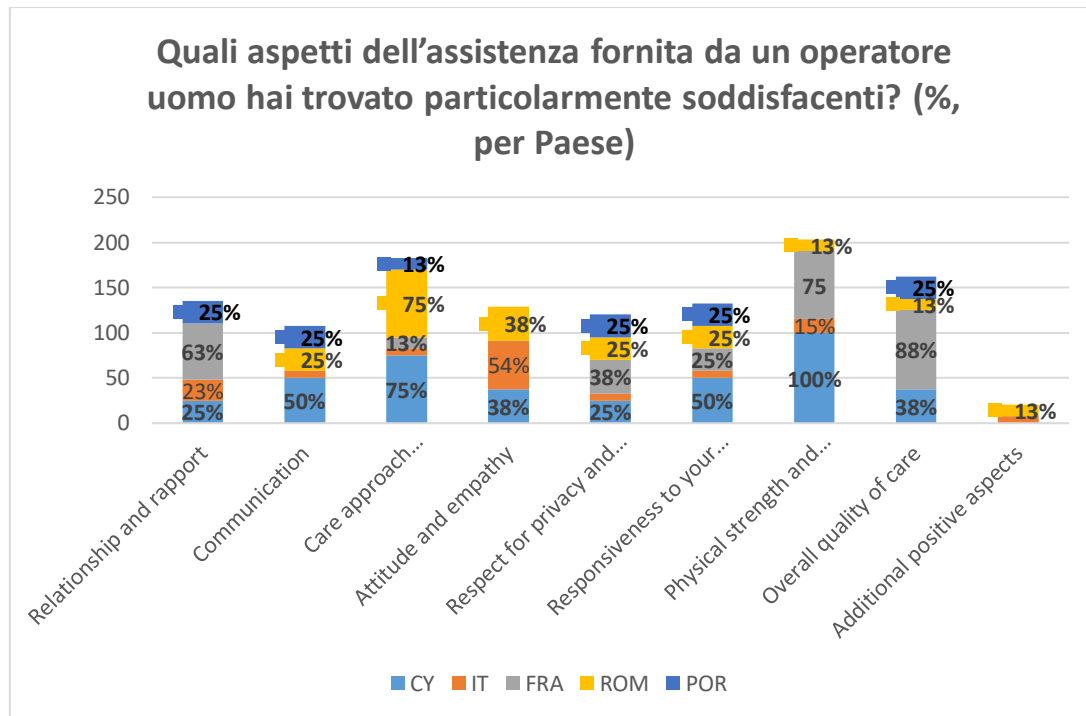


Figura 36: Soddisfazione nei confronti degli operatori sanitari di sesso maschile (%)

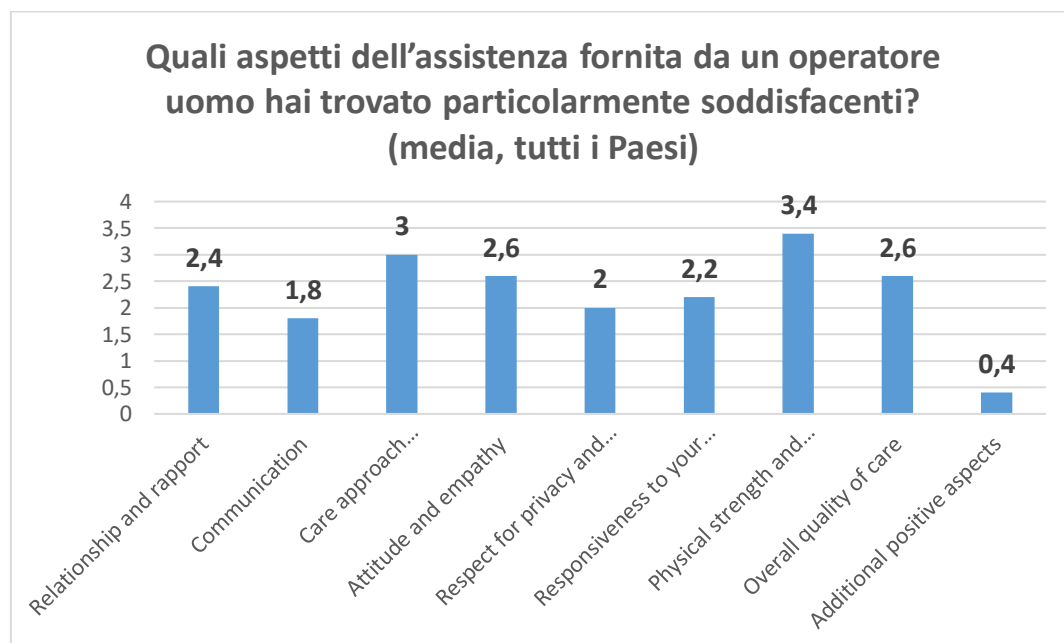


Figura 37: Soddisfazione nei confronti degli operatori sanitari di sesso maschile (punteggi medi)

**Ti sei mai sentito/a a disagio nel ricevere
assistenza da un operatore uomo?(Media,
tutti i Paesi)**

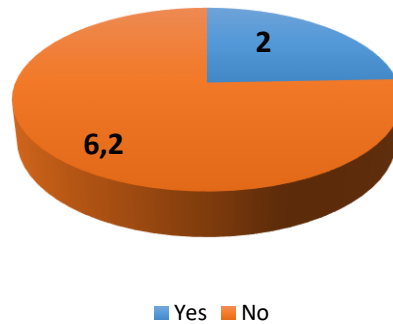


Figura 38: Disagio nel ricevere assistenza da un operatore sanitario di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

**Ti sei mai sentito/a a disagio nel ricevere
assistenza da un operatore uomo?(% per Paese)**

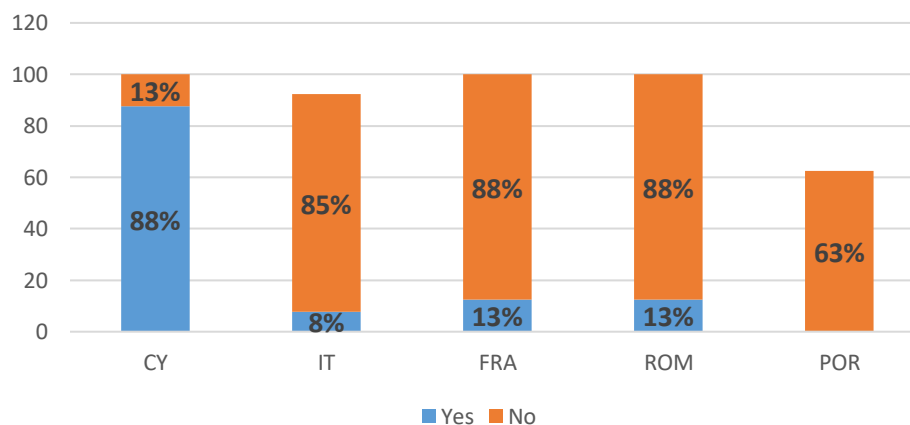


Figura 39: Disagio nel ricevere assistenza da un operatore sanitario di sesso maschile per Paese (%)

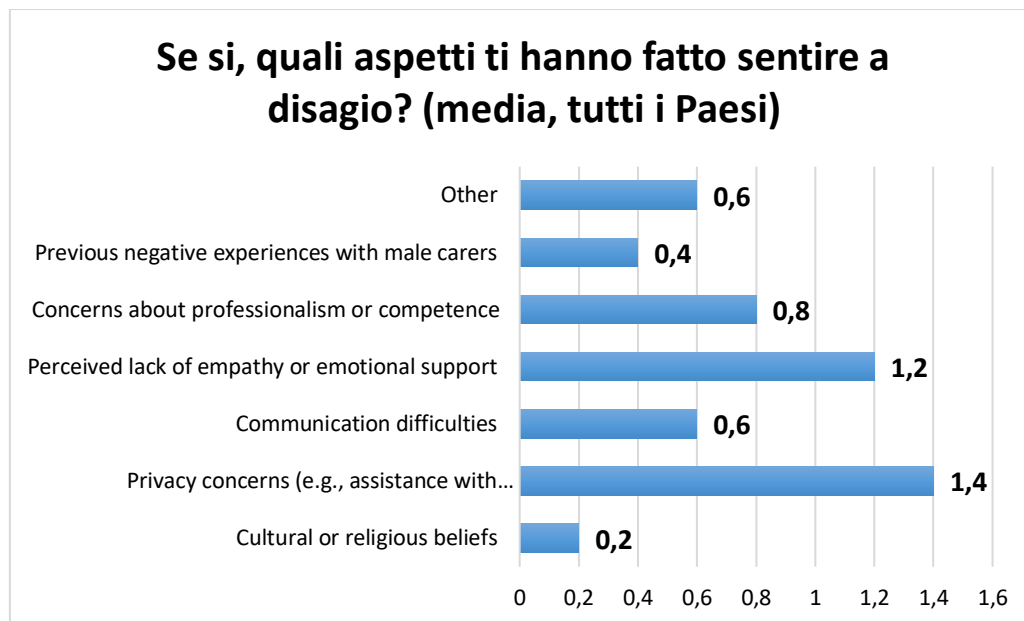


Figura 40: Motivi di disagio nel ricevere assistenza da un assistente di sesso maschile (media, tutti i Paesi)

Alla domanda sulle preferenze, la maggior parte dei destinatari dell'assistenza ha dichiarato di non avere preferenze riguardo al sesso dell'assistente, mentre un gruppo più ristretto ha espresso una preferenza per le operatrici donne. Pochissimi hanno specificatamente preferito gli operatori uomini (Figura 41).

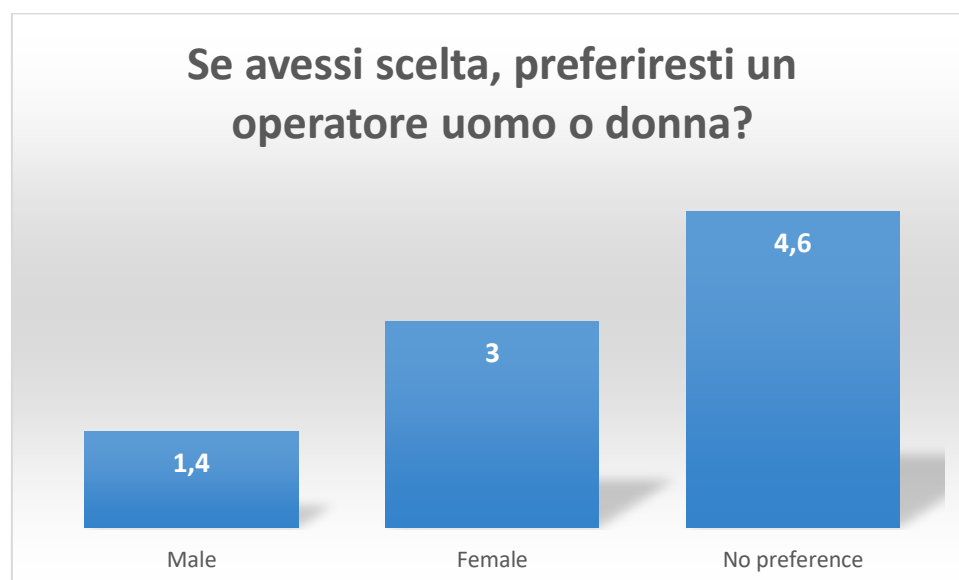


Figura 41: Preferenze dei beneficiari dell'assistenza riguardo al sesso dell'operatore

3.2 Approfondimenti comparativi da cinque Paesi europei

Questa sezione presenta una sintesi comparativa dei risultati ottenuti dai cinque Paesi partecipanti, Portogallo, Italia, Francia, Romania e Cipro, esaminando le esperienze, le sfide e le percezioni relative alla partecipazione maschile nel settore dell'assistenza a lungo termine.

Attraverso dati qualitativi raccolti da operatori di sesso maschile, datori di lavoro e beneficiari dell'assistenza, l'analisi esplora come i ruoli di genere, le aspettative culturali e le strutture organizzative influenzano il coinvolgimento degli uomini nell'assistenza.

I temi chiave sono organizzati in tre aree principali:

- (1) Esperienze e sfide degli operatori maschi, con particolare attenzione alle motivazioni, agli ostacoli e alla discriminazione sul posto di lavoro;
- (2) Percezioni dei datori di lavoro e dei fornitori di assistenza, con particolare attenzione ai pregiudizi istituzionali, alle pratiche di reclutamento e alle dinamiche di genere all'interno dei contesti di assistenza; e
- (3) Prospettive dei beneficiari dell'assistenza, esaminando la fiducia, i livelli di comfort e gli atteggiamenti culturali nei confronti dell'assistenza prestata dagli uomini.

Nel loro insieme, questi risultati forniscono una comprensione transnazionale di come gli uomini si muovono in una professione prevalentemente femminile, rivelando sia gli ostacoli strutturali comuni sia i cambiamenti emergenti verso una maggiore inclusività e un maggiore riconoscimento professionale in tutta Europa.

3.2.1 Esperienze e sfide degli operatori di sesso maschile

3.2.1.1 Barriere all'ingresso e all'avanzamento di carriera

In tutti e cinque i Paesi, gli operatori di sesso maschile hanno descritto in modo coerente la resistenza culturale e la limitata mobilità professionale come ostacoli chiave all'ingresso e all'avanzamento nel settore dell'assistenza. In Romania e Portogallo, gli uomini che entrano nel mondo dell'assistenza si sono confrontati con la convinzione tradizionale che l'assistenza fosse un "lavoro da donne", spesso affrontando la sorpresa o la sottile disapprovazione della famiglia e della società. Questo scetticismo

iniziale ha agito come una barriera psicologica e sociale che molti hanno dovuto superare con perseveranza e dimostrando la propria competenza.

"Molti dicono: 'È un lavoro da donne, cosa ci fai lì?'. Ma io credo che anche gli uomini possano dare una mano". (P7, Romania)

"Quando ho iniziato ero l'unico uomo qui... dobbiamo aumentare il ruolo maschile in questa professione". (P7, Portogallo)

In Italia e in Francia, sebbene la resistenza di genere fosse meno evidente, gli operatori maschi dovevano comunque affrontare barriere strutturali quali la mancanza di progressione di carriera, la bassa retribuzione e l'inadeguato riconoscimento istituzionale. Spesso descrivevano la sensazione di essere "invisibili" all'interno dei grandi sistemi di assistenza, dove l'avanzamento di carriera era stagnante e il lavoro emotivo sottovalutato.

"L'apprezzamento, la progressione e persino alcuni aspetti sono stati spesso difficili da ottenere." (P1, Francia)

"Fisicamente impegnativo ma significativo: siamo invisibili e indispensabili." (P2, Italia)

A Cipro, l'assistenza era spesso scelta per ragioni pragmatiche, vista come un lavoro facilmente disponibile con opportunità di ingresso immediate. Tuttavia, per molti uomini rimaneva un'occupazione a breve termine o transitoria a causa delle limitate strutture di sviluppo professionale.

"Era una di quelle professioni in cui si trovava immediatamente un lavoro." (P1, Cipro)

Nel complesso, in tutti i contesti, gli operatori di sesso maschile percepivano il loro ruolo come professionalmente stagnante ma socialmente significativo, rimanendo motivati dalla dimensione relazionale del loro lavoro piuttosto che dagli incentivi istituzionali.

"Per me è lo stesso livello... Ho intenzione di seguire un corso per salire di livello." (P5, Portogallo)

3.2.1.2 Discriminazione sul posto di lavoro e pregiudizi di genere

La discriminazione sul posto di lavoro era raramente esplicita, ma le aspettative di genere influenzavano le esperienze quotidiane degli uomini. In Italia e in Portogallo, gli uomini erano spesso apprezzati per la loro forza fisica e affidabilità in situazioni difficili. Tuttavia, questo apprezzamento coesisteva con la segregazione dei compiti: gli uomini si occupavano di sollevamenti, trasferimenti o gestione dei comportamenti difficili, mentre alle donne venivano assegnate le cure personali intime.

"Fisicamente, trattandosi di un lavoro fisico, gli uomini sono molto richiesti... Molti residenti cercano operatori maschi perché li fanno sentire a proprio agio." (P2, Italia)

"Preferivano che andassi io, perché pensavano che fossi più forte e non li avrei lasciati cadere". (P1, Portogallo)

In Romania, queste divisioni di genere erano più pronunciate: gli operatori maschi venivano talvolta indirizzati verso ruoli di manutenzione o tecnici, rafforzando il pregiudizio che gli uomini fossero meno adatti agli aspetti emotivi o assistenziali della cura.

"Agli uomini venivano assegnati i compiti più pesanti, mentre le donne si occupavano dell'assistenza diretta." (P2, Romania)

In Francia, gli assistenti maschi hanno descritto una mancanza di identità professionale e di riconoscimento, sentendosi spesso intercambiabili e sottovalutati all'interno delle grandi istituzioni. Sebbene uomini e donne affrontassero sfide strutturali simili, gli uomini hanno osservato che il loro contributo era più facilmente trascurato a causa degli stereotipi che li posizionavano come "aiutanti" piuttosto che come operatori.

"Siamo numeri. Nel contesto macro della mia unità ospedaliera, io sono un numero" (P1, Francia).

Diversi partecipanti portoghesi hanno spiegato che l'accettazione da parte delle colleghe e delle famiglie è aumentata con il tempo e la fiducia. Il scetticismo iniziale tendeva a svanire una volta che i pazienti sperimentavano la professionalità e l'empatia degli operatori maschi, suggerendo che il pregiudizio può essere ridotto attraverso un'interazione positiva costante.

"Alcune famiglie inizialmente dubitavano di me perché ero un uomo, ma in seguito si sono fidate completamente di me." (P7, Portogallo)

Pertanto, in tutta Europa, la discriminazione riguardava meno l'esclusione e più le aspettative di ruolo, una silenziosa persistenza di stereotipi di genere che definiscono ciò che gli uomini "dovrebbero" o "non dovrebbero" fare nell'assistenza.

3.2.1.3 Motivazioni e percorsi professionali

Nonostante le sfide strutturali e sociali, gli operatori maschi di tutti i Paesi hanno espresso un profondo impegno personale e significato nel loro lavoro. Le loro motivazioni spesso derivavano da esperienze personali o familiari con malattie o vulnerabilità, che hanno plasmato l'empatia e il senso del dovere morale. In Romania e Portogallo, queste esperienze hanno ispirato molti a intraprendere la carriera di operatore assistenziale come modo per "restituire" e sostenere gli altri bisognosi.

"Ho visto il lavoro di tutti quei professionisti... Mi sono detto che forse potevo contribuire ad aiutare gli altri". (P1, Romania)

"L'assistenza è lì, con i pazienti, sempre vicina a loro. È qualcosa che mi piace molto". (P6, Portogallo)

In Italia, l'assistenza è stata descritta come un lavoro fisicamente impegnativo ma emotivamente gratificante, una vocazione che ha portato

orgoglio nonostante lo status sociale limitato. I partecipanti hanno sottolineato le relazioni umane e il senso di utilità che hanno controbilanciato le difficoltà del lavoro.

"Fisicamente impegnativo ma significativo, siamo invisibili e indispensabili." (P2, Italia)

I partecipanti francesi hanno analogamente collegato la motivazione al senso di responsabilità civica e alla compassione, ma hanno lamentato la mancanza di riconoscimento istituzionale, che hanno considerato un fallimento della giustizia sociale sia per gli operatori che per i destinatari dell'assistenza.

"Sono orgoglioso di fare questo lavoro, anche se non è apprezzato." (P5, Francia)

A Cipro, le motivazioni erano in gran parte economiche e pratiche, ma diversi partecipanti hanno osservato che la soddisfazione emotiva è cresciuta nel tempo, trasformando ciò che era iniziato come una necessità in una fonte di scopo.

"Era una di quelle professioni in cui si trovava immediatamente lavoro." (P1, Cipro)

In tutti i contesti, gli uomini hanno intrapreso il lavoro di assistenza per motivi diversi, ma sono rimasti per la gratificazione emotiva e il senso di connessione umana che ne derivano. Le loro testimonianze riflettono la resilienza e l'orgoglio di svolgere un ruolo che, sebbene sottovalutato, considerano moralmente essenziale.

"Anche se è difficile, mi piace quello che faccio. Aiuto gli altri e questo lo rende gratificante." (P8, Portogallo)

3.2.2 Percezioni dei datori di lavoro e degli operatori sanitari

3.2.2.1 Pregiudizi organizzativi e difficoltà di reclutamento (pregiudizi nell'assunzione)

In tutti i Paesi, i datori di lavoro hanno riconosciuto che l'assunzione di uomini nel settore dell'assistenza rimane rara e spesso limitata dalle aspettative culturali. In Romania e in Italia, diversi direttori hanno ammesso che i candidati maschi *"non sono mai stati presi in considerazione"* o sono stati ritenuti inadatti a ruoli di assistenza intima. Le decisioni di assunzione non sono state influenzate dalle qualifiche, ma da stereotipi riguardanti la competenza emotiva o l'adeguatezza.

"I candidati maschi non sono mai stati presi in considerazione; all'epoca non ne conoscevo il motivo, posso solo immaginare quale fosse". (P5, Romania)

"La porta è sempre molto chiusa agli uomini, è vero." (P1, Italia)

Allo stesso tempo, diversi datori di lavoro portoghesi e francesi hanno sottolineato cambiamenti positivi verso l'inclusione, osservando che i professionisti maschi spesso apportano equilibrio e stabilità a team prevalentemente femminili. Hanno sottolineato il valore degli ambienti misti, sia per la dinamica del personale che per la qualità dell'assistenza.

"Avere un gruppo di lavoro eterogeneo è sempre un vantaggio, e più il gruppo è diversificato, meglio è." (P2, Portogallo)

"Anche l'assunzione di uomini ha avuto un ruolo importante... perché era un team interamente femminile con molti conflitti al suo interno." (P5, Francia)

A Cipro, gli operatori sanitari hanno segnalato meno ostacoli espliciti, ma hanno riconosciuto che l'offerta di candidati maschi rimane bassa, spesso perché gli uomini percepiscono l'assistenza come una professione poco attraente o sottopagata. I datori di lavoro hanno visto questo aspetto come una sfida sociale piuttosto che istituzionale, sottolineando che una

maggiore visibilità e consapevolezza da parte dell'opinione pubblica potrebbero contribuire a cambiare gli atteggiamenti.

"Se vogliamo che più uomini entrino a far parte del settore, la società deve considerare l'assistenza come un vero e proprio lavoro, non come un dovere delle donne." (P4, Cipro)

Nel complesso, mentre alcune organizzazioni sono diventate più aperte all'assunzione di uomini, persistono pregiudizi strutturali, sia nel linguaggio utilizzato per il reclutamento che nella convinzione tacita che gli uomini siano "eccezioni" piuttosto che membri integranti dei team di assistenza.

3.2.2.2 Dinamiche sul posto di lavoro e opportunità di sviluppo professionale (cultura del posto di lavoro)

I datori di lavoro dei cinque Paesi hanno generalmente riconosciuto l'importanza della diversità di genere nel mantenere dinamiche di gruppo positive, ma hanno anche ammesso la persistenza di disuguaglianze nella pratica quotidiana. In Portogallo, i manager hanno spesso segnalato una forte collaborazione tra il personale, descrivendo gli operatori maschi come *"alleati essenziali"* in contesti fisicamente impegnativi. Tuttavia, questo apprezzamento a volte ha rafforzato la divisione del lavoro in base al genere, in cui gli uomini erano apprezzati per la loro forza piuttosto che per le loro capacità di assistenza.

"Cerchiamo sempre di assegnare un uomo a ogni turno... in modo che ci sia un maggiore equilibrio in certi tipi di compiti". (P7, Portogallo)

In Italia, i direttori hanno osservato che la presenza di operatori maschi ha contribuito a ridurre i conflitti e a promuovere la professionalità all'interno di team numerosi, composti prevalentemente da donne. Tuttavia, hanno anche notato che gli uomini tendono ad andarsene prima, spesso passando a posizioni ospedaliere con retribuzioni e riconoscimenti migliori, un

fenomeno legato alle limitate possibilità di avanzamento di carriera nell'assistenza a lungo termine.

"Tutti gli uomini che ho avuto qui sono passati all'ospedale, ma proprio per mantenere gli stessi ruoli" (P5, Italia).

I datori di lavoro francesi hanno descritto l'assistenza come una professione "di resistenza", in cui sia gli uomini che le donne devono affrontare carichi di lavoro elevati, affaticamento emotivo e retribuzioni basse. Hanno sottolineato la necessità di investimenti istituzionali nella formazione e nel riconoscimento per trattenere i lavoratori maschi, che spesso cercano ambienti che valorizzino la professionalità e il rispetto.

"È molto difficile lavorare in questo settore, anche se ti piace davvero. Lo stipendio è semplicemente misero e non copre nulla." (P3, Francia)

A Cipro e in Romania, le opportunità di formazione continua e di avanzamento di carriera erano spesso limitate, con pochi percorsi formali o strutture di mentoring in atto. Il personale maschile che avanzava di carriera lo faceva in genere in modo informale, spinto dalla perseveranza personale o dall'incoraggiamento esterno piuttosto che da una pianificazione istituzionale. Esperienze simili sono state descritte in Portogallo, dove un partecipante ha osservato:

"Ho avuto sostegno per tutto ciò che volevo, anche quando sono andato alle Risorse Umane per poter tornare a studiare qui. Perché la dottoressa Sandra vuole che io studi. Vuole che io ottenga la qualifica di infermiera qui. Ma le università che mi ha suggerito erano molto lontane e per me non aveva senso. Avrei dovuto lasciare Lisbona per andare vicino a Porto ed era complicato per me. Sto cercando università pubbliche, ma la concorrenza è molto alta".

(P5, Portogallo)

“Abbiamo difficoltà a trovare personale qualificato... persone in grado di sviluppare qualcosa di diverso”. (P2, Romania)

In tutti i contesti, i datori di lavoro hanno riconosciuto che, sebbene gli uomini contribuiscano positivamente al lavoro di squadra e alla qualità dell'assistenza, l'assenza di percorsi di carriera strutturati continua ad allontanarli dal settore.

3.2.2.3 Aspettative di genere nei ruoli di assistenza

Nonostante i progressi compiuti, gli stereotipi di genere rimangono profondamente radicati nella percezione che i datori di lavoro hanno dei ruoli di assistenza. La maggior parte dei manager ha descritto le donne come *"naturalmente premurose"* e gli uomini come *"più forti e più calmi"*, perpetuando una divisione simbolica tra lavoro emotivo e lavoro fisico.

"L'attitudine all'assistenza è inerente alle donne. È una questione genetica" (P6, Italia).

Anche in contesti impegnati a favore dell'uguaglianza, le preferenze dei residenti e delle famiglie spesso hanno influenzato il modo in cui gli uomini venivano impiegati. I datori di lavoro hanno spiegato che le residenti di sesso femminile, in particolare quelle delle generazioni più anziane, potrebbero inizialmente rifiutare gli operatori di sesso maschile per compiti intimi, portando i team ad adattare gli incarichi in base al comfort e alle norme culturali.

"Ho donne che sono davvero molto riluttanti a ricevere assistenza da uomini." (P6, Portogallo)

"Alcune famiglie erano diffidenti (nell'assumere un uomo) [...] ma ora è quasi il loro operatore preferito." (P7, Francia)

In Francia e in Portogallo, diverse istituzioni hanno cercato attivamente di sfidare questi pregiudizi sottolineando la professionalità e l'empatia degli uomini. I dirigenti hanno descritto l'organizzazione di corsi di formazione sulla comunicazione, campagne di sensibilizzazione e modelli di ruolo per contribuire a normalizzare la presenza maschile nell'assistenza.

"Anche noi direttori abbiamo un ruolo importante nel demistificare questo pregiudizio." (P2, Portogallo)

"Dare maggiore visibilità e voce a questo tipo di professionisti (operatore uomo)". (P3, Francia)

In Romania e Cipro, i datori di lavoro hanno collegato il pregiudizio persistente a un atteggiamento sociale più ampio che considera l'assistenza come una continuazione dei compiti domestici delle donne. Gli sforzi per includere gli uomini sono stati spesso descritti come "simbolici" piuttosto che sistemici, riflettendo una lenta transizione culturale piuttosto che un cambiamento istituzionale immediato.

"Il lavoro di assistenza è ancora visto come un'estensione delle faccende domestiche, e questo allontana gli uomini" (P4, Cipro).

Nel complesso, mentre i datori di lavoro esprimono generalmente apertura nei confronti degli operatori maschi, le loro narrazioni rivelano una sottile riproduzione delle norme di genere, in cui l'inclusione è accettata in linea di principio, ma limitata nella pratica da credenze culturali di lunga data su chi sia "naturalmente adatto" alla cura.

3.2.3 Il punto di vista dei destinatari dell'assistenza

3.2.3.1 Livelli di fiducia e comfort con gli operatori di sesso maschile

In tutti e cinque i Paesi, i beneficiari dell'assistenza hanno espresso livelli variabili di fiducia e comfort nei confronti degli assistenti maschi, spesso influenzati dalle norme generazionali e culturali. In Portogallo e in Italia, molte donne anziane inizialmente si sono sentite in imbarazzo o titubanti nel ricevere cure intime da uomini, anche se in seguito hanno descritto relazioni positive una volta stabilita la fiducia. La professionalità, la calma e la pazienza degli operatori maschi sono state fondamentali per superare il disagio iniziale.

"È un uomo, mi sento in imbarazzo." (P7, Portogallo)

"Alcune donne anziane si rifiutano di essere trattate da me, ad esempio

per l'igiene personale, ma per il resto non ci sono barriere." (P5, Portogallo)

"Col tempo, se si rendono conto che la persona è attenta, finiscono per accettarlo." (P4, Italia)

In Francia e a Cipro, le questioni di fiducia erano meno legate al genere e più all'interazione personale e alla qualità dell'assistenza. I partecipanti hanno sottolineato che ciò che contava era il rispetto, l'attenzione e la competenza dell'assistente piuttosto che il suo sesso. Per molti, il bisogno fisico ha prevalso sull'imbarazzo, soprattutto nei rapporti di lunga durata con gli assistenti.

"Era un uomo che mi lavava... ma ero malato, era per il mio bene, quindi non importava." (P3, Francia)

"Basta che facciano bene il loro lavoro." (P5, Cipro)

I partecipanti rumeni hanno espresso sentimenti simili, suggerendo che la fiducia si sviluppa attraverso la familiarità e l'empatia piuttosto che il genere. Tuttavia, alcuni hanno comunque ammesso un residuo senso di disagio quando assistiti da personale maschile, soprattutto durante il bagno o la vestizione.

"Se necessario, deve essere così." (P4, Romania)

In tutti i contesti, queste reazioni evidenziano che il disagio tende ad essere situazionale e generazionale, diminuendo gradualmente man mano che gli assistenti dimostrano la loro professionalità e sensibilità.

3.2.3.2 Differenze percepite tra operatori di sesso maschile e femminile

La maggior parte dei destinatari dell'assistenza non ha segnalato differenze sostanziali nella qualità tecnica dell'assistenza, sottolineando che sia gli uomini che le donne sono in grado di svolgere i propri compiti con competenza. Tuttavia, molti attribuiscono ancora attributi emotivi e simbolici ai ruoli di genere, descrivendo spesso le donne come più premurose o affettuose.

"È lo stesso, ma le donne sono più capaci." (P2, Portogallo)

"Preferisco essere assistito da donne, che sono più affettuose." (P3, Italia)

In Francia e a Cipro, i partecipanti hanno espresso opinioni neutre o egualitarie, riflettendo una più ampia normalizzazione sociale degli uomini nell'assistenza. Per questi intervistati, la motivazione e la professionalità erano più importanti del genere.

"È la motivazione che conta, il genere non ha importanza." (P3, Francia)

"Tutti dovrebbero essere in grado di gestire bene la situazione." (P4, Cipro)

Al contrario, in Romania, alcuni partecipanti continuano a considerare gli uomini come un'eccezione nel settore dell'assistenza, descrivendo le donne come "più preparate" e associando l'assistenza alla femminilità e alla pazienza.

"Le lavoratrici sono già preparate per questo." (P6, Romania)

"Non so se ci siano lavoratori maschi che lavorano qui." (P7, Romania)

Nonostante queste differenze, gli intervistati di tutti i Paesi hanno costantemente sottolineato il rispetto, la comunicazione e la dedizione come veri indicatori di una buona assistenza. Il genere è rimasto rilevante principalmente in contesti intimi o culturalmente sensibili, piuttosto che come fattore determinante della competenza o della compassione.

3.2.3.3 Influenze culturali e sociali sulle preferenze

Le norme culturali hanno fortemente influenzato il comfort e le aspettative riguardo all'assistenza maschile. Nei contesti dell'Europa meridionale, in particolare in Italia e Portogallo, le generazioni più anziane hanno portato avanti le norme di genere tradizionali che associano l'assistenza ai ruoli domestici delle donne. I sentimenti di imbarazzo o modestia erano più comuni tra le donne anziane cresciute in contesti patriarcali in cui l'assistenza fisica da parte degli uomini era considerata inappropriata.

"Per me è più difficile assistere una donna anziana rispetto a una signora di 60 o 70 anni, perché le donne più anziane portano con sé la vergogna del passato". (P5, Portogallo)

"Le donne preferiscono essere trattate da donne". (P4, Italia)

In Romania, la copertura mediatica degli scandali legati all'assistenza (ad esempio, casi di abuso) ha ulteriormente influenzato la percezione dell'opinione pubblica, rafforzando la diffidenza nei confronti degli operatori di sesso maschile e amplificando gli stereotipi di genere preesistenti.

"Ho sentito parlare di casi di abuso da parte di operatori maschi al telegiornale." (P7, Romania)

I partecipanti francesi e ciprioti, tuttavia, hanno espresso una prospettiva più moderna, considerando la diversità di genere come parte di una realtà sociale in evoluzione. Hanno sottolineato che la partecipazione degli uomini all'assistenza rappresenta un progresso sociale e un'uguaglianza.

"Al giorno d'oggi, nel mondo così com'è, tutto è già uguale, uomo o donna che sia". (P6, Cipro)

"L'anima non ha genere." (P2, Francia)

Nel complesso, il grado di accettazione dipendeva sia dal background culturale che dall'apertura mentale delle diverse generazioni. I partecipanti più giovani o più istruiti tendevano a dare più importanza alla professionalità che al genere, mentre gli adulti più anziani, in particolare le donne, continuavano a considerare il comfort in relazione alla modestia e al decoro tradizionali.

Nel complesso, i risultati di tutti e cinque i Paesi rivelano una tensione condivisa tra tradizione e trasformazione. Gli uomini che entrano nel settore dell'assistenza continuano ad affrontare barriere culturali e un riconoscimento professionale limitato, ma stanno gradualmente ridefinendo l'assistenza come un atto umano piuttosto che di genere.

I datori di lavoro stanno iniziando ad apprezzare la diversità, ma le sfide sistemiche, come la bassa retribuzione, le limitate possibilità di avanzamento di carriera e il persistere degli stereotipi di genere, rimangono ostacoli centrali alla parità.

La crescente fiducia dei destinatari dell'assistenza nei confronti degli operatori di sesso maschile segnala un cambiamento generazionale verso l'inclusività, suggerendo che la diversità di genere nell'assistenza non solo arricchisce le dinamiche di gruppo, ma migliora anche il benessere e la possibilità di scelta dei pazienti.

"Tutti dovrebbero svolgere bene il proprio ruolo... ciò che conta è l'assistenza, non il genere". (P2, Portogallo)

In Romania, Portogallo, Italia, Francia e Cipro, l'integrazione degli operatori uomini è un processo sociale e istituzionale in continua evoluzione. Sebbene i pregiudizi di genere continuino a influenzare le percezioni e le opportunità, gli uomini che entrano in questo settore spesso incarnano resilienza, empatia e una forte spinta etica a servire gli altri. Le loro esperienze riflettono sia la persistenza dei vecchi stereotipi sia l'emergere di nuove forme di identità professionale, indicando un futuro in cui l'assistenza non sarà riconosciuta come un "ruolo femminile", ma come una responsabilità umana condivisa.

"Siamo pochi, ma facciamo la differenza. Penso che sia ora che la gente se ne renda conto". (P3, Portogallo)

In tutti i paesi partecipanti, i risultati sottolineano una transizione progressiva ma disomogenea verso l'inclusività di genere nel settore dell'assistenza a lungo termine. Sebbene gli uomini continuino ad affrontare barriere strutturali, stereotipi persistenti e percorsi di carriera limitati, la loro presenza è sempre più riconosciuta come una risorsa che arricchisce le dinamiche di gruppo e amplia la qualità dell'assistenza. Sia i datori di lavoro che i destinatari dell'assistenza stanno gradualmente

passando dalla visione tradizionale dell'assistenza come "lavoro femminile" a una comprensione dell'assistenza come responsabilità umana condivisa basata sull'empatia, la competenza e la professionalità.

Nonostante le differenze nazionali nelle politiche del lavoro e negli atteggiamenti culturali, emerge un filo conduttore comune: la necessità di un sostegno sistemico per normalizzare la partecipazione degli uomini all'assistenza, attraverso una migliore formazione, una maggiore sensibilizzazione e condizioni di lavoro eque.

Insieme, queste intuizioni mettono in luce sia le sfide che il potenziale trasformativo della promozione dell'equilibrio di genere nell'assistenza, un passo necessario verso sistemi di assistenza a lungo termine più inclusivi, sostenibili e incentrati sulla persona in tutta Europa.

3.3 Confronto tra Paesi

Nei cinque Paesi partecipanti: Portogallo, Italia, Francia, Romania e Cipro, l'integrazione degli operatori maschi nel settore dell'assistenza a lungo termine (LTC) presenta sia barriere strutturali comuni sia dinamiche specifiche di ciascun Paese, plasmate dalla cultura, dalle politiche e dalle pratiche istituzionali.

Sebbene la professione di assistente rimanga prevalentemente femminile in tutti i contesti, i dati suggeriscono che la partecipazione degli uomini sta lentamente aumentando, sostenuta da un graduale cambiamento culturale, dalla carenza di manodopera e da iniziative locali che promuovono la diversità nella forza lavoro nel settore dell'assistenza.

Una sintesi dei temi ricorrenti, dei punti salienti specifici di ciascun Paese e delle citazioni illustrative dei partecipanti (Tabella 1).



Tema / Approfondimento	Sintesi transnazionale (riassunto)	Citazioni esemplificative (dal set di dati)
Persistenti stereotipi di genere	In tutti e cinque i Paesi, le opinioni tradizionali continuano a influenzare l'atteggiamento nei confronti degli operatori maschi. Sebbene lo stigma sia diminuito in Portogallo e Francia, in Romania e Italia l'assistenza continua a essere considerata un "lavoro da donne". Anche Cipro riflette un disagio generazionale, soprattutto nell'assistenza personale.	"Rispettiamo sempre i desideri dei pazienti... un uomo dovrebbe prendersi cura degli uomini e una donna delle donne". (Portogallo) "I candidati maschi non sono mai stati presi in considerazione; la porta è sempre chiusa agli uomini" (Romania). "Le donne sono più capaci... è più naturale". (Beneficiari dell'assistenza - Cipro)
Stagnazione della carriera e bassa retribuzione	La progressione di carriera limitata e i salari bassi sono state preoccupazioni costanti in tutti i Paesi. Gli operatori di sesso maschile hanno spesso descritto la sensazione di essere sottovalutati e di non avere il sostegno istituzionale necessario per avanzare di carriera, il che influisce sulla loro permanenza in servizio e sulla loro motivazione.	"Non c'è un salario equo per quello che le persone fanno." (Portogallo) "Quello che fai oggi è quello che farai tra 10-15 anni; c'è poca progressione di carriera." (Romania) "Lo stipendio è semplicemente misero e non copre nulla." (Francia)
Disagio nell'assistenza intima e costruzione della fiducia	Il disagio nel ricevere cure intime da operatori di sesso maschile rimane diffuso tra le pazienti anziane, in particolare a Cipro, in Portogallo e in Romania. Tuttavia, la familiarità e la fiducia tendono a superare queste barriere iniziali.	"All'inizio c'era sempre un po' di apprensione per il fatto che fosse un uomo, ma dopo la prima volta... non volevano altri colleghi." (Portogallo) "Ha detto che si vergognava di essere assistita da un uomo." (Romania) "È un uomo, mi sento in imbarazzo." (Beneficiaria dell'assistenza - Cipro)
Portogallo – Partnership inclusive per la formazione e la sensibilizzazione	Il Portogallo dimostra le migliori pratiche attraverso la collaborazione istituzionale con scuole infermieristiche e tecniche, promuovendo la visibilità e l'inclusione degli assistenti di sesso maschile. I centri di formazione incoraggiano la consapevolezza di genere e lo sviluppo dell'identità professionale.	"Siamo un centro di formazione... accogliamo molti tirocinanti infermieri". "Avere un gruppo di lavoro eterogeneo è sempre un vantaggio."

Francia – Politiche di sostegno sul posto di lavoro	La Francia dimostra un forte impegno organizzativo a favore della parità. I datori di lavoro offrono orari flessibili, formazione e iniziative per il benessere, contribuendo a normalizzare la partecipazione maschile nei team di assistenza.	"Offriamo valutazioni delle prestazioni, assicurazione sanitaria e un giorno di ferie in più". "Cerchiamo di adeguare gli orari per prevenire l'assenteismo".
Italia – Modelli maschili emergenti	L'Italia sta lentamente passando da rigide divisioni di genere a una maggiore inclusione, sostenuta dall'istruzione e dal tutoraggio. Mettere in evidenza modelli maschili di riferimento nell'assistenza ha contribuito a sfidare gli stereotipi.	"Diamo voce ai professionisti maschi che superano le sfide e diventano modelli di riferimento nell'assistenza". "Gli uomini venivano impiegati come autisti o giardinieri, mentre le donne ricoprivano ruoli di assistenza diretta".
Romania – Necessità di sensibilizzazione e fiducia da parte dell'opinione pubblica	La Romania deve affrontare forti pregiudizi culturali, ma mostra anche la resilienza degli operatori maschi che lottano per ottenere riconoscimento. Sono necessarie campagne di sensibilizzazione strutturate e formazione per cambiare le percezioni.	"I candidati maschi non sono mai stati presi in considerazione". "Ci sono donne che provano vergogna nell'essere assistite da uomini... è un retaggio del passato".
Cipro – Partecipazione emergente e identità professionale	Cipro presenta una forza lavoro più giovane nel settore dell'assistenza, con uomini che entrano in questo settore per motivi pratici ma che trovano un significato personale nel loro ruolo. Lo stigma è lieve, ma le preferenze tradizionali persistono.	"Era una di quelle professioni in cui si trovava immediatamente lavoro." "Le donne preferiscono operatrici di sesso femminile per l'assistenza intima, ma per il resto è lo stesso."

Tabella 1: Sintesi dei risultati transnazionali su genere e assistenza

3.3.1 Portogallo: inclusività emergente e riconoscimento professionale

Il Portogallo si distingue come esempio progressista di inclusione, dove gli stereotipi di genere nell'assistenza sono oggi meno diffusi rispetto al passato. I partecipanti hanno descritto un settore in transizione: mentre le generazioni più anziane mostrano ancora un certo disagio nei confronti degli operatori di sesso maschile, sia i datori di lavoro che i destinatari dell'assistenza sono sempre più aperti nei confronti degli uomini che ricoprono ruoli di assistenza. Le organizzazioni hanno iniziato a reclutare e sostenere attivamente gli operatori di sesso maschile, riconoscendo il loro

contribuito a una forza lavoro equilibrata. I datori di lavoro hanno sottolineato l'impatto positivo della diversità di genere sulle dinamiche di gruppo, osservando che gli operatori di sesso maschile spesso apportano stabilità, pazienza e capacità di risoluzione dei conflitti.

Tuttavia, i bassi salari e le limitate opportunità di avanzamento rimangono sfide fondamentali. Nonostante ciò, il Portogallo dimostra buone pratiche nella sensibilizzazione dei datori di lavoro e nella formazione sull'inclusione, nonché nel sostegno alla formazione continua degli operatori di sesso maschile, comprese le collaborazioni con scuole tecniche e università.

3.3.2 Italia: stereotipi persistenti e cambiamenti emergenti

In Italia, la professione di assistente rimane fortemente legata al genere, con l'assistenza culturalmente collegata al ruolo di cura delle donne. I datori di lavoro hanno apertamente riconosciuto il pregiudizio di genere nelle assunzioni, sottolineando che agli uomini vengono spesso assegnati compiti fisicamente impegnativi o tecnici piuttosto che l'assistenza personale diretta.

Ciononostante, l'Italia mostra anche segnali promettenti di progresso, in particolare nella formazione professionale e nelle iniziative di leadership locale. Alcune istituzioni stanno iniziando a promuovere la parità nei team di assistenza e a offrire opportunità di formazione che includono gli operatori di sesso maschile. Alcuni partecipanti di sesso maschile hanno riferito di aver ottenuto promozioni a posizioni di leadership (ad esempio, ruoli di direttore tecnico), dimostrando che la competenza e la perseveranza possono superare le barriere di genere. Tuttavia, l'atteggiamento sociale degli anziani assistiti continua a riflettere modestia e imbarazzo quando sono assistiti da uomini, il che suggerisce che il cambiamento culturale rimane graduale.

3.3.3 Francia: uguaglianza professionale e innovazione organizzativa

La Francia presenta uno degli ambienti istituzionalmente più avanzati per la parità di genere nell'assistenza. I quadri giuridici promuovono le pari opportunità e la non discriminazione, e i datori di lavoro hanno ampiamente segnalato un approccio neutro dal punto di vista del genere alle assunzioni e alla gestione del posto di lavoro. Tuttavia, permangono ostacoli pratici, in particolare nella stagnazione della carriera e nel riconoscimento professionale. Gli operatori di sesso maschile hanno espresso frustrazione

per la limitata mobilità ascendente e gli elevati carichi di lavoro, ma hanno anche descritto il loro lavoro come significativo e socialmente prezioso.

Alcune organizzazioni in Francia dimostrano buone pratiche attraverso orari flessibili, programmi di formazione e campagne di sensibilizzazione volte a demistificare i ruoli di genere nell'assistenza. In particolare, i team misti sono apprezzati per la loro capacità di ridurre i conflitti interpersonali e arricchire la qualità dell'assistenza. Tra gli utenti dei servizi, la fiducia e il comfort nei confronti degli operatori di sesso maschile erano generalmente elevati, indicando un'accettazione più matura della diversità di genere.

3.3.4 Romania: barriere culturali e scarso riconoscimento

La Romania riflette l'atteggiamento più tradizionale nei confronti dell'assistenza maschile tra i cinque Paesi. Gli operatori maschi hanno spesso descritto lo stigma sociale e l'incredulità che circondano il loro ruolo, sia da parte dei colleghi che del pubblico.

I datori di lavoro hanno confermato la mancanza di rappresentanza maschile e hanno ammesso che gli uomini sono raramente presi in considerazione nelle assunzioni per posizioni di assistenza personale. Inoltre, la bassa retribuzione, la formazione limitata e la sfiducia della società, talvolta alimentata da storie di abusi riportate dai media, contribuiscono alla difficoltà di attrarre gli uomini nel settore.

Ciononostante, stanno emergendo esempi di resilienza: gli operatori maschi hanno espresso una forte motivazione intrinseca, descrivendo spesso l'assistenza come una vocazione o un dovere morale. Alcune istituzioni hanno iniziato a includere corsi di formazione sulla consapevolezza di genere, anche se tali iniziative rimangono frammentarie e localizzate. L'esperienza della Romania sottolinea la necessità di un sostegno sistemico e di campagne nazionali per promuovere l'assistenza come professione rispettata e neutra dal punto di vista del genere.

3.3.5 Cipro: ingresso pragmatico e accettazione in evoluzione

A Cipro, la partecipazione maschile all'assistenza è limitata ma in graduale aumento, in particolare tra i lavoratori che entrano nel settore per motivi economici. Per molti, l'assistenza è iniziata come una scelta lavorativa pragmatica, ma si è evoluta in una professione dal significato emotivo e relazionale.

I destinatari dell'assistenza a Cipro hanno generalmente riferito livelli elevati di comfort e fiducia nei confronti degli operatori di sesso maschile, mostrando poca resistenza basata sul genere. L'attenzione era rivolta alla professionalità e alla compassione piuttosto che al genere. I datori di lavoro hanno espresso apertura all'assunzione di uomini, ma le politiche formali di parità di genere rimangono scarse. Nonostante l'assenza di misure di inclusione istituzionalizzate, esempi di buone pratiche su piccola scala includono il mentoring dei nuovi operatori maschi e sistemi informali di sostegno tra pari, che li aiutano a integrarsi senza problemi in team prevalentemente femminili.

4. Raccomandazioni politiche e pratiche

La ricerca del progetto ha messo in evidenza le esperienze, le motivazioni e le sfide degli assistenti professionali di sesso maschile in diversi Paesi europei. Gli elementi presentati in questo capitolo provengono direttamente dalla ricerca condotta da tutti i partner del progetto. Essi riflettono le raccomandazioni e le strategie emerse da queste analisi.

Gli operatori di sesso maschile apportano competenze preziose ai team prevalentemente femminili, combinando sostegno emotivo, capacità di risolvere problemi pratici e forza fisica. Allo stesso tempo, devono affrontare stereotipi persistenti, sottorappresentanza nelle posizioni di leadership e sfide professionali quali stress emotivo, riconoscimento limitato e retribuzione precaria.

Questo capitolo presenta quindi una serie di approfondimenti, raccomandazioni pratiche, misure e strategie di sensibilizzazione che possono aiutare le organizzazioni, i responsabili politici e le istituzioni educative a costruire team di assistenza a lungo termine più inclusivi ed efficaci.

APPROFONDIMENTI CHIAVE DELLA RICERCA COMPLESSIVA

Come affermato in precedenza, in tutti i Paesi dell'indagine, gli operatori di sesso maschile tendono ad avvicinarsi alla professione motivati da una combinazione di valori umanistici, precedenti esperienze di assistenza e considerazioni pratiche quali la stabilità lavorativa o il cambiamento di carriera. Sebbene molti traggano profonda soddisfazione personale dall'aiutare gli altri, essi devono anche affrontare pregiudizi sociali e culturali che inquadrano l'assistenza come un "lavoro da donne". È comune che alcuni assistiti mostrino inizialmente riluttanza nei confronti dell'assistenza

intima, ma il comportamento professionale e la costruzione di un rapporto di fiducia spesso mitigano queste preoccupazioni. Gli operatori di sesso maschile sono generalmente ben accolti dai colleghi e dai responsabili dell'assistenza, e la loro presenza contribuisce all'equilibrio del team, apportando una serie di competenze complementari. Tuttavia, permangono alcune sfide: agli uomini vengono spesso assegnati compiti fisicamente impegnativi o legati a situazioni conflittuali, le opportunità di leadership sono limitate e lo stress emotivo è frequente. La permanenza in servizio è influenzata dalla mobilità professionale, con alcuni assistenti che lasciano il lavoro per ruoli ospedalieri che offrono retribuzioni più elevate o team più numerosi.

Queste osservazioni sottolineano che gli operatori di sesso maschile sono sia apprezzati che vulnerabili all'interno dei sistemi di assistenza a lungo termine. Un sostegno strutturato, il riconoscimento, lo sviluppo della carriera e le iniziative di sensibilizzazione sono fondamentali per consentire la loro piena partecipazione e ridurre le barriere di genere.

Azioni concrete da prendere in considerazione:

- Assicurarsi che i team di assistenza riconoscano e valorizzino le capacità emotive e relazionali degli operatori maschi, oltre al loro contributo fisico.
- Osservare come vengono assegnati i compiti a uomini e donne e modificarli per evitare di rafforzare gli stereotipi.
- Fornire un sostegno emotivo strutturato per gestire lo stress e promuovere il benessere.
- Facilitare percorsi di mentoring e di avanzamento di carriera per incoraggiare la fidelizzazione.
- Raccogliere e monitorare separatamente i dati relativi all'assunzione e alla fidelizzazione di uomini e donne per orientare le azioni.

Destinatari: ricercatori, istituti di formazione, datori di lavoro nel settore dell'assistenza, responsabili delle risorse umane, responsabili politici.

RACCOMANDAZIONI POLITICHE

Le misure politiche svolgono un ruolo chiave nella creazione di una forza lavoro inclusiva dal punto di vista del genere nel settore dell'assistenza a lungo termine (LTC). La promozione della parità di genere richiede strategie che coprano il reclutamento, la formazione, la retribuzione e il riconoscimento. Ciò può includere l'aggiunta di moduli di sensibilizzazione sul genere e la diversità nei programmi di studio nazionali, il sostegno allo

sviluppo professionale continuo e la creazione di sistemi per la raccolta e il monitoraggio dei dati.

Incentivi finanziari o riconoscimenti formali per le organizzazioni che assumono e mantengono attivamente operatori di sesso maschile possono incoraggiare le buone pratiche. Migliorare lo status degli assistenti, attraverso livelli salariali minimi, indennità extra per i turni notturni o il lavoro difficile e benefici pensionistici per il servizio a lungo termine, aiuta a trattenere il personale e a garantire la dignità professionale.

I quadri nazionali delle competenze e i certificati professionali brevi possono riconoscere formalmente specializzazioni quali l'assistenza ai malati di demenza, le cure palliative o la gestione dei casi nella progressione di carriera e nelle tabelle retributive. Le politiche dovrebbero inoltre sostenere il riconoscimento delle esperienze precedenti, aiutare l'integrazione degli assistenti migranti e dare voce agli assistenti nel processo decisionale, al fine di rendere le riforme pratiche e durature.

Azioni concrete:

- Integrare moduli sensibili alle questioni di genere nella formazione in materia di assistenza e nella formazione continua.
- Offrire incentivi finanziari o di riconoscimento alle organizzazioni che promuovono l'equilibrio di genere.
- Attuare salari minimi e benefici per rafforzare la fidelizzazione e il riconoscimento professionale.
- Sviluppare quadri nazionali di competenze con programmi di certificazione delle competenze per le specializzazioni.
- Riconoscere l'esperienza pregressa degli assistenti e fornire supporto linguistico ai lavoratori migranti.
- Creare canali di consultazione per consentire agli operatori sanitari di contribuire alla pianificazione delle politiche e dei servizi.

Destinatari: responsabili politici, ministeri della salute e degli affari sociali, parti sociali e sindacati, agenzie di finanziamento, organismi di accreditamento.

MISURE PRATICHE (DATORI DI LAVORO E FORMAZIONE)

I datori di lavoro e gli enti di formazione possono adottare misure pratiche per sostenere i operatori maschi e promuovere l'equilibrio di genere. Il reclutamento dovrebbe utilizzare un linguaggio e materiali neutri dal punto di vista del genere per dimostrare che i ruoli di assistenza sono aperti a tutti.

I nuovi operatori dovrebbero beneficiare di periodi di inserimento supervisionati e di tutoraggio per aiutarli ad adattarsi e acquisire fiducia.

Una formazione che combini tirocini pratici con moduli sulla comunicazione, la regolazione emotiva e l'assistenza incentrata sulla persona rafforza le competenze e la soddisfazione sul lavoro. Il sostegno tra pari e la consulenza aiutano gli assistenti a far fronte allo stress emotivo ed evitare il burnout. Orari flessibili e misure di conciliazione tra vita professionale e vita privata migliorano la fidelizzazione, mentre i bonus di fidelizzazione legati alla presenza o alle prestazioni incoraggiano la continuità. Politiche chiare in materia di molestie e comportamenti scorretti, insieme a un feedback regolare, contribuiscono a creare luoghi di lavoro sicuri e inclusivi.

Azioni concrete:

- Utilizzare descrizioni di lavoro neutre dal punto di vista del genere e materiali di reclutamento inclusivi.
- Fornire un inserimento supervisionato e un tutoraggio ai nuovi operatori.
- Offrire formazione continua sull'assistenza incentrata sulla persona, sulle competenze emotive e sulla consapevolezza di genere.
- Istituire iniziative di sostegno tra pari, consulenza e benessere per prevenire il burnout.
- Introdurre orari flessibili e incentivi alla fidelizzazione.
- Stabilire politiche chiare in materia di molestie e comportamenti scorretti con feedback regolari.

Destinatari: datori di lavoro nel settore dell'assistenza, dipartimenti delle risorse umane, responsabili delle strutture, fornitori di formazione professionale e continua, revisori della qualità/risorse umane.

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E COMUNICAZIONE

Cambiare la percezione sociale è fondamentale per incoraggiare gli uomini a lavorare nel settore dell'assistenza. Le campagne multicanale possono mettere in evidenza gli operatori maschi condividendo storie reali, testimonianze e articoli sui media. La collaborazione con scuole, servizi di orientamento professionale e centri di formazione professionale offre ai giovani uomini un'esperienza pratica attraverso giornate dimostrative, affiancamento e moduli di orientamento professionale.

I programmi di ambasciatori formano operatori maschi esperti a parlare in occasione di eventi, fiere del lavoro e conferenze. Le attività comunitarie, come le discussioni intergenerazionali e i circoli di racconto, contribuiscono a normalizzare la partecipazione maschile nell'assistenza. Il riconoscimento pubblico attraverso premi, eventi locali o il branding istituzionale può aumentare ulteriormente l'accettazione da parte della società. Gli sforzi di sensibilizzazione dovrebbero essere continui e adattati alla cultura locale, combinando campagne mediatiche con il coinvolgimento diretto della comunità.

Azioni concrete:

- Organizzare campagne multicanale che mostrino le competenze professionali ed emotive degli operatori di sesso maschile.
- Collaborare con scuole, centri di formazione professionale e servizi di orientamento professionale per esperienze pratiche.
- Formare operatori maschi esperti come ambasciatori per eventi e promozione professionale.
- Organizzare circoli di discussione comunitari e dialoghi intergenerazionali sull'assistenza.
- Utilizzare premi ed eventi di riconoscimento per mettere in evidenza le organizzazioni che promuovono la diversità di genere.

Destinatari: pubblico in generale, scuole, centri di orientamento professionale, scuole professionali, autorità locali, media, ONG, fornitori di assistenza.

PROMUOVERE L'UGUAGLIANZA DI GENERE NELL'ASSISTENZA A LUNGO
TERMINE: DA DOVE INIZIARE?

L'introduzione della parità di genere nell'assistenza a lungo termine (LTC) può iniziare con piccoli passi pratici che affrontino contemporaneamente la sensibilizzazione, il reclutamento, la formazione e la cultura del posto di lavoro. Le organizzazioni possono iniziare verificando che i materiali di reclutamento e le descrizioni dei lavori siano inclusivi. I programmi di formazione possono includere brevi moduli sulla sensibilità di genere e la diversità.

I datori di lavoro possono anche avviare iniziative di tutoraggio e sostegno tra pari per i nuovi assunti, combinate con orari flessibili e misure di benessere, per dimostrare il proprio impegno a favore della fidelizzazione. Coinvolgere le scuole locali, i centri di formazione professionale e i media per dare visibilità agli operatori di sesso maschile contribuisce a creare un

impatto sociale più ampio. Il monitoraggio dei dati relativi alle assunzioni, all'assegnazione dei compiti e alla fidelizzazione in base al genere consente alle organizzazioni e ai responsabili politici di misurare i progressi compiuti e adeguare le strategie. Combinando politiche, sostegno pratico e sensibilizzazione, i fornitori di assistenza a lungo termine possono gradualmente normalizzare la partecipazione maschile e rendere le carriere nel settore dell'assistenza più attraenti per candidati diversificati.

Sulla base della fattibilità e dell'impatto immediato, ecco sei azioni da cui partire per promuovere la parità di genere nell'assistenza a lungo termine:

- 1) Reclutamento e inserimento inclusivi: utilizzare materiali neutri dal punto di vista del genere e programmi di tutoraggio per attrarre e sostenere gli operatori di sesso maschile.
- 2) Supervisione strutturata e sostegno tra pari: aiutare a prevenire il burnout e a costruire la fiducia professionale.
- 3) Formazione su genere e diversità: includere moduli di sensibilizzazione nei programmi di studio e nello sviluppo professionale continuo.
- 4) Campagne di sensibilizzazione e programmi di ambasciatori: normalizzare la partecipazione maschile attraverso storie reali e visibilità pubblica.
- 5) Orari flessibili e misure per il benessere: sostenere l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata e la fidelizzazione.
- 6) Raccolta e monitoraggio dei dati per genere: monitorare il reclutamento, la fidelizzazione e l'assegnazione dei compiti per guidare azioni basate su dati concreti.

La tabella seguente riassume le azioni raccomandate dal gruppo target, offrendo una panoramica chiara e pratica su come promuovere la parità di genere nell'assistenza a lungo termine.

Datori di lavoro e fornitori di assistenza
Introdurre programmi di tutoraggio e sostegno tra pari tra operatori sanitari di sesso maschile e femminile per ridurre l'isolamento.
Garantire criteri di assunzione e promozione equi basati sulle competenze e non sugli stereotipi di genere.



Sviluppare campagne interne che celebrino gli operatori sanitari di sesso maschile e il loro ruolo nell'assistenza incentrata sulla persona.

Incoraggiare modalità di lavoro flessibili che aiutino sia gli operatori sanitari maschi che quelli femmine a conciliare l'assistenza con la vita personale.

Responsabili politici e istituzioni

Promuovere strategie nazionali sensibili alle questioni di genere nell'ambito dell'assistenza a lungo termine, includendo come priorità la partecipazione degli uomini.

Sostenere la raccolta di dati disaggregati per genere sulle professioni di assistenza.

Finanziare progetti pilota e programmi innovativi per attirare un maggior numero di uomini nel settore dell'assistenza.

Integrare gli operatori di sesso maschile nelle campagne nazionali di sensibilizzazione sull'invecchiamento e l'assistenza.

Istituzioni di formazione e università

Inserire la formazione sulla parità di genere e la diversità nei programmi di studio sull'assistenza a lungo termine.

Creare moduli di formazione che affrontino i pregiudizi inconsci e la comunicazione inclusiva nei contesti assistenziali.

Includere testimonianze di operatori di sesso maschile e modelli di riferimento nel materiale didattico.

Incoraggiare l'apprendimento interdisciplinare tra studi sanitari, assistenza sociale e studi di genere.



Società civile e organizzazioni comunitarie

Organizzare campagne locali che dimostrino che l'assistenza è una competenza e una professione per tutti, non un compito legato al genere.

Collaborare con i media e gli influencer per normalizzare la partecipazione degli uomini all'assistenza a lungo termine.

Sostenere iniziative comunitarie che mettono in contatto gli anziani con diversi operatori per un apprendimento reciproco.

Anziani e beneficiari di assistenza

Promuovere attività di assistenza intergenerazionali e equilibrate dal punto di vista del genere per favorire la comprensione reciproca.

Incoraggiare il dialogo tra i beneficiari dell'assistenza e i professionisti sulle aspettative e gli stereotipi.

Queste raccomandazioni riflettono chiaramente le priorità stabilite nella Strategia dell'UE per la parità di genere (2020-2025) e nella Strategia europea per l'assistenza (2022). Entrambe richiedono sistemi di assistenza più equi e inclusivi, in cui il lavoro di assistenza sia valorizzato, le condizioni di lavoro migliorino e gli stereotipi di genere non determinino più chi fornisce o riceve assistenza.

In tutta Europa, il settore dell'assistenza a lungo termine sta affrontando una vera e propria crisi: non ci sono abbastanza professionisti qualificati e molti di quelli che già lavorano nel settore devono fare i conti con carichi di lavoro impegnativi e affaticamento emotivo. Le raccomandazioni raccolte attraverso la nostra ricerca rispondono direttamente a questa situazione. Promuovendo l'equilibrio di genere, migliorando la formazione e il sostegno e creando luoghi di lavoro in cui sia gli uomini che le donne possano prosperare, possono aiutare le organizzazioni di assistenza a trattenere i propri dipendenti, attrarre di nuovi e migliorare la qualità della vita di tutte le persone coinvolte, sia gli assistenti che i beneficiari.

Allo stesso tempo, una strategia di comunicazione e sensibilizzazione può contribuire a portare questo tema in primo piano nelle discussioni politiche. Rendere più visibile il ruolo degli operatori sanitari, sfidare gli stereotipi e mostrare il valore del loro lavoro sono tutti passi essenziali per garantire che i decisori politici considerino l'assistenza una vera priorità. In definitiva, l'obiettivo è condiviso da tutte le strategie dell'UE: garantire la massima qualità dell'assistenza e dell'accompagnamento ai beneficiari, fornita da professionisti che sono sostenuti, rispettati e orgogliosi del loro lavoro.

Queste raccomandazioni possono anche contribuire allo sforzo più ampio di rendere i lavori di assistenza più attraenti e sostenibili. Azioni come il mentoring tra pari, le campagne di sensibilizzazione e i partenariati tra fornitori di assistenza, centri di formazione e responsabili politici sostengono direttamente la visione dell'UE di *"assistenza di qualità per tutti, fornita da professionisti apprezzati"*.

Gli insegnamenti tratti da OpenCARE possono guidare le future azioni nazionali ed europee volte a rendere il settore dell'assistenza più equilibrato e inclusivo.

5. Conclusione – Messaggi chiave da ricordare

Questa ricerca evidenzia l'importante contributo che gli operatori di sesso maschile apportano ai team di assistenza a lungo termine (LTC). La loro presenza integra i team prevalentemente femminili, aggiungendo sostegno emotivo, capacità pratiche di risoluzione dei problemi e capacità fisiche che rafforzano la fornitura dell'assistenza. Allo stesso tempo, il settore LTC sta affrontando una vera e propria crisi, con carenza di professionisti qualificati, elevato turnover del personale e limitate possibilità di avanzamento di carriera. Gli operatori di sesso maschile spesso devono affrontare stereotipi sociali, sottorappresentanza nelle posizioni di leadership e retribuzioni basse: sfide che possono influire sia sulla fidelizzazione che sulla qualità complessiva dell'assistenza. Le raccomandazioni presentate in questo rapporto, che spaziano dalle politiche alle misure pratiche per i datori di lavoro e alla formazione, fino alle strategie di sensibilizzazione, sono state elaborate per affrontare queste sfide. Sostenendo gli operatori di sesso maschile, le organizzazioni possono fidelizzare il personale esperto, attrarre nuovi talenti e garantire che i destinatari dell'assistenza ricevano un sostegno di qualità superiore. Evidenziare queste questioni può anche aiutare i responsabili politici a riconoscere che l'inclusività di genere nell'assistenza a lungo termine non è

solo una questione di equità, ma è essenziale per sostenere un'assistenza di qualità per gli anziani.

Lo studio dimostra inoltre un chiaro allineamento con la strategia dell'UE per la parità di genere e la più ampia strategia dell'UE in materia di assistenza. Misure basate su dati concreti, quali assunzioni inclusive, tutoraggio strutturato, orari flessibili, formazione sensibile alle questioni di genere, campagne di sensibilizzazione e monitoraggio sistematico dei dati sulla forza lavoro, possono essere attuate sia a livello organizzativo che politico. Tali misure sono immediatamente realizzabili e possono avere un impatto significativo, migliorando sia la parità sul posto di lavoro che la qualità dei servizi di assistenza. Anche piccole azioni, come garantire che gli annunci di lavoro siano neutri dal punto di vista del genere o introdurre programmi di tutoraggio, possono gradualmente cambiare la cultura del posto di lavoro e ridurre le barriere di genere.

È importante sottolineare che questa relazione rappresenta solo l'inizio del lavoro del progetto. Dopo la sua pubblicazione, le traduzioni in tutte le lingue dei partner garantiranno un'ampia accessibilità. Successivamente, sarà elaborato un libro bianco per consolidare i risultati e promuovere l'inclusività nell'assistenza a lungo termine a livello politico. Questo libro bianco servirà da guida pratica per sensibilizzare i responsabili politici, le parti sociali e le parti interessate sull'importanza di sostenere gli operatori maschi e di creare team di assistenza più equilibrati e sostenibili.

Un passo fondamentale sarà il lancio del WP3: Workshop di sensibilizzazione e consapevolezza. Questi workshop sono progettati per mobilitare e coinvolgere due gruppi principali: i destinatari dell'assistenza e i fornitori di assistenza/datori di lavoro. Saranno organizzati due workshop mirati per ciascun gruppo, utilizzando contenuti e materiali basati su dati concreti e derivati dai risultati della ricerca. L'obiettivo è quello di ridurre gli stereotipi, lo stigma e la discriminazione nei confronti degli operatori maschi e di promuovere atteggiamenti più inclusivi in tutto il settore. Al termine della fase successiva del progetto, sarà prodotta una guida finale di sensibilizzazione che riassumerà le lezioni apprese, i consigli pratici e i suggerimenti per replicare questi workshop in contesti diversi.

Gli obiettivi della fase successiva sono così definiti:

- Consentire ai partecipanti di riconoscere e comprendere le forme di discriminazione che gli operatori di sesso maschile possono subire a causa degli stereotipi e dello stigma sociale.

- Sensibilizzare sull'impatto e l'importanza di affrontare queste questioni, sia per gli assistenti che per la qualità dell'assistenza fornita.
- Coinvolgere emotivamente i partecipanti, creando legami personali con le sfide affrontate dagli operatori maschi e motivando il cambiamento culturale e sociale.
- Fornire informazioni concrete che possano portare a cambiamenti comportamentali, riducendo la discriminazione sia a livello individuale che organizzativo.
- Promuovere le pari opportunità e il giusto riconoscimento per uomini e donne nel settore dell'assistenza, rafforzando l'idea che l'assistenza è una professione apprezzata e rispettata da tutti.

Parallelamente, sarà sviluppato un kit di strumenti per supportare gli operatori, i datori di lavoro e le parti interessate nell'applicazione pratica di queste raccomandazioni. Sarà adattato alle esigenze individuate attraverso la ricerca e fornirà una guida pratica per creare ambienti di assistenza a lungo termine più inclusivi, solidali ed efficaci. Questo kit di strumenti, insieme agli eventi di divulgazione in tutti i Paesi partner, consentirà al progetto di condividere i risultati della ricerca, scambiare le migliori pratiche e promuovere l'apprendimento tra gli operatori sanitari, i responsabili politici e tutte le parti interessate.

In definitiva, il progetto mira a costruire un cambiamento culturale a lungo termine. Combinando prove di ricerca, misure pratiche, campagne di sensibilizzazione e impegno politico, mira a rendere l'assistenza a lungo termine un settore in cui gli operatori di sesso maschile possano partecipare pienamente e in modo paritario. Ciò non solo sostiene la forza lavoro, ma garantisce anche che i destinatari dell'assistenza ricevano cure di alta qualità, compassionevoli e inclusive. Il percorso verso l'inclusività è iniziato e questi primi passi gettano solide basi per un cambiamento significativo nel settore dell'assistenza a lungo termine in Europa.

6. Riferimenti

Assembleia da República. (2004). Lei n.º 38/2004: Regime Jurídico da Deficiência. Diário da República.

Commissione Europea. (2021). Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II – Country profiles. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2767/845820>

European Commission. (2020). Gender Equality Strategy 2020–2025. Brussels: European Commission.

European Commission. (2022). European Care Strategy. Brussels: European Commission.

European Commission. (2023). Country profile – Italy, Portugal, Romania: Long-term care and social services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

European Commission. (n.d.). Reform of long-term care services for older people – Project Profile: Romania. Retrieved from <https://ec.europa.eu>

European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). State of Health in the EU: Italy, Portugal, Romania – Country Health Profiles 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/25227041>

Eurofound. (2020). Long-term care workforce: Employment and working conditions. Publications Office of the European Union.

Eurostat. (2024). Care workforce statistics by gender, long-term care beds per EU member states, aging population data.

GOLTC – Government of Cyprus, Health Services and Social Policy Research Centre. (2024). New System Profile: Long-Term Care in Cyprus.

Law No. 2002-2 of 2 January 2002 on the Rights of Older People and on Dependency (France).

Law of 28 December 2015 relative to the adaptation of society to ageing (France).

Ministry of Health & Ministry of Labour and Social Insurance (Cyprus). (2019). General Healthcare System (GeSY) Act and Implementation Reports.

Ministry of Health of Italy. (2022). Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022–2024 [National Plan for Non-Self-Sufficiency 2022–2024]. Ministero della Salute.

Ministry of Labour, Solidarity and Social Security of Portugal. (2022). Relatório de Avaliação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) [Evaluation Report of the National Network for Integrated Continuous Care].

OECD / European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). State of Health in the EU: Cyprus – Country Health Profile 2023.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a Glance: Europe 2023. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Penneau, A. (2021). Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficience des soins des seniors [Doctoral dissertation/report]. IRDES.

Portuguese Government. (2009). Ratification of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN CRPD).

Presidency of the Council of Ministers of Romania. (2023). National Strategy on Long-Term Care and Active Ageing 2023–2030. Government of Romania.

World Health Organization. (2022). European Observatory on Health Systems and Policies – Health system reviews (HiT series): Italy, Portugal, Romania. WHO Regional Office for Europe.



Co-funded by
the European Union



Open Care

Più uomini nel lavoro di cura