

Sono lieto di presentare il Piano sociale provinciale 2000 – 2002, che costituisce per la comunità altoatesina il punto di riferimento per la politica sociale e che costituisce uno strumento che indirizza l'impegno dei politici, dei dirigenti e degli operatori dei servizi sociali nei prossimi tre anni. Insieme al piano sanitario abbiamo ora uno strumento programmatico per tutti i servizi di base sociali e sanitari alla popolazione della nostra Provincia.

Questo documento programmatico ha una lunga storia, che è intessuta del lavoro di tutte le persone che hanno contribuito alla sua elaborazione.

Una prima bozza provvisoria del piano sociale è stata elaborata dall'istituto per gli studi economici e sociali ISW di Monaco, al quale era stato conferito il relativo incarico, nel giugno 1996. Questa prima bozza, elaborata sulla base della documentazione messa a disposizione dell'istituto da parte della ripartizione servizio sociale, è stata tradotta e discussa in 28 gruppi di lavoro a livello provinciale. Il lavoro intorno all'elaborazione del piano sociale provinciale è stato coordinato dal gruppo guida provinciale, che ha fissato le direttive per l'elaborazione del piano. Per ogni comunità comprensoriale è stato istituito un gruppo di lavoro e in ogni distretto si sono istituiti gruppi di lavoro che hanno contribuito alla discussione della bozza di piano e all'elaborazione delle misure da prevedere per il triennio di validità del piano. Una vasta documentazione di questa fase di elaborazione e discussione sui contenuti del piano sociale ha accompagnato questa prima fase.

All'elaborazione di questo piano sociale provinciale hanno così contribuito molte persone, referenti politici comunali, funzionarie e funzionari provinciali nel settore dei servizi sociali, rappresentanti istituzionali e delle associazioni del sociale e dei settori ad esso collegati.

Nel marzo 1997 si è tenuto a Renon un workshop per l'elaborazione di linee guida da inserire nel piano sociale provinciale, al quale hanno partecipato rappresentanti dei servizi pubblici e privati e delle associazioni attive nel campo sociale nella nostra Provincia.

La seconda bozza del piano sociale 1998 – 2000 è stata predisposta nel gennaio 1998 in lingua tedesca ed è stata successivamente tradotta in lingua italiana. Il 20 aprile 1998 la bozza del piano sociale provinciale 1998 – 2000 è stata approvata dalla Giunta Provinciale con delibera n. 1573, come testo da utilizzare per la procedura di consultazione prevista per i piani di settore. Nei tre mesi successivi i Comuni e le associazioni attive nel settore sociale hanno potuto inviare proposte di modifica e suggerimenti al piano sociale. Sono stati inoltre effettuati in ogni comunità comprensoriale degli incontri informativi sul piano a cui hanno partecipato i rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni attive nelle comunità territoriali.

Al termine della fase di consultazione sono pervenute alla ripartizione servizio sociale 108 proposte di modifica al piano sociale, che sono state vagliate e inserite nel piano sociale 1999 – 2000, insieme ai parametri di fabbisogno per i servizi e del personale e al fabbisogno finanziario per il triennio.

La consulta provinciale per l'assistenza sociale, importante organo di consultazione per il settore dei servizi sociali, ha dato parere positivo alla bozza di piano sociale provinciale 1999 – 2000 il 19 luglio 1999.

La Giunta provinciale ha infine approvato il piano sociale provinciale 2000 – 2002 il 13 dicembre 1999.

Posso affermare con soddisfazione che, proprio a seguito di questa vasta fase di consultazione, il piano sociale provinciale 2000 – 2002 rappresenta un documento che sentiamo essere il risultato di uno sforzo comune del sistema dei servizi sociali dell'Alto Adige e con il quale possiamo identificarci.

Le linee guida contenute nella sezione C del piano sociale hanno validità oltre al triennio di riferimento e costituiscono la visione che intendiamo seguire nello sviluppo del nostro sistema di servizi sociali.

Le misure previste nella parte D del piano costituiscono un impegno per tutti gli attori nel campo dei servizi sociali nei prossimi tre anni e faremo ogni sforzo per contribuire alla loro fattiva realizzazione. Molte misure prevedono la collaborazione del sistema dei servizi sociali con i settori

della sanità, dell'istruzione, del lavoro, dell'edilizia abitativa, della sicurezza sociale, del volontariato, delle organizzazioni nel campo della cultura, delle attività del tempo libero e dello sport, a testimonianza anche della stretta connessione che la politica sociale ha con tutti i settori della società.

Intendo qui ricordare e ringraziare tutti coloro che hanno contribuito all'elaborazione del testo del piano sociale provinciale.

In primo luogo, i membri del gruppo guida per l'elaborazione del piano sociale provinciale:

dott. Erich Eisenstecken, e dott.ssa Michaela Pichlbauer, dell'istituto per gli studi economici e sociali ISW di S. Paolo/Monaco, che ha elaborato le diverse bozze del piano, inserendo le variazioni che nel corso del lavoro venivano suggerite dalle parti interessate,

dott. Karl Tragust, direttore della ripartizione servizio sociale,

dott. Günther Andergassen, direttore di dipartimento al personale, sanità e servizi sociali,

dott. Oswald Schiefer, rappresentante dei Presidenti delle Comunità comprensoriali

dott. Josef Gasteiger e Dr. Josef Pichler, rappresentanti dei direttori dei servizi sociali delle comunità comprensoriali,

signor Arthur Obwexer e signora Mia Pollinger, rappresentanti della federazione delle associazioni sociali,

dott. Günther Somnia, rappresentante della federazione provinciale case di riposo,

dott. Alfred Mitterer, rappresentante delle associazioni attive del settore sociale,

dott. Hans Zelger, Presidente del consorzio dei Comuni dell'Alto Adige,

dott. Paul Zingerle, direttore dell'ufficio provinciale distretti sanitari,

dott. Eugenio Bizzotto, direttore dell'ufficio provinciale famiglia donne e gioventù.

signor Albert Tschager, direttore dell'ufficio provinciale anziani e distretti sociali.

dott. Erwin Staindl, direttore dell'ufficio provinciale persone portatrici di handicap ed invalidi civili,

dott. Heinrich Oberschmied direttore dell'ufficio provinciale previdenza integrativa,

dott. Reinhard Gunsch, funzionario della ripartizione servizio sociale, che ha accompagnato il piano nella sua prima fase,

signora Annamaria Freina, funzionaria della ripartizione servizio sociale, che ha accompagnato il viaggio del piano sociale provinciale dal 1997 ed ha fattivamente collaborato all'inserimento delle variazioni al testo del piano e alla supervisione e rielaborazione del testo e del contenuto.

Voglio ringraziare inoltre la signora Marlene Preims, dell'istituto per lo sviluppo della comunità IGW di Naturno, che ha contribuito con i suoi collaboratori all'organizzazione dell'elaborazione delle linee guida per il piano sociale provinciale, organizzando e gestendo anche il workshop dell'11 e 12 marzo 1997.

Intendo anche ringraziare sentitamente tutti i rappresentanti delle associazioni sociali, gli operatori ed operatrici dei servizi sociali, i rappresentanti politici ed amministrativi dei Comuni e delle Comunità comprensoriali, delle parti sociali, senza i quali questo piano sociale provinciale non avrebbe potuto essere scritto ed ideato con l'adesione alla realtà provinciale che da più parti gli viene riconosciuta. Dobbiamo all'operare quotidiano di tutte queste persone, anonime nella loro individuazione ma riconoscibili ed identificabili perfettamente da tutti coloro che sono in stato di bisogno e che necessitano di assistenza sociale, se il nostro sistema di aiuto sociale può vantare un livello di prestazioni invidiabile rispetto al resto del territorio nazionale.

L'approvazione di questo piano sociale provinciale, previsto dalla legge di riordino dei servizi sociali n. 13 del 30 aprile 1991, rappresenta per noi tutti un punto di partenza per misurare ed accompagnare lo sviluppo del nostro sistema dei servizi sociali nel prossimo futuro.

L'ASSESSORE AL PERSONALE ALLA SANITÀ E AL SERVIZIO SOCIALE

dott. Otto Saurer

Indice	Pag.
Indice figure	1
Sezione A – Osservazioni generali	3
1 IL PIANO SOCIALE PROVINCIALE	5
1.1 Definizione e compiti	5
1.2 Carattere vincolante del Piano	6
1.3 Possibilità e limiti di un Piano sociale interdisciplinare	6
1.4 Redazione del Piano	7
2 I DIRITTI SOCIALI FONDAMENTALI E LE BASI DELLA POLITICA SOCIALE DELLO STATO	9
2.1 Basi della politica sociale dello Stato	9
2.2 La politica tributaria quale strumento di controllo in campo sociale	10
2.3 Il principio di sussidiarietà	11
2.4 I diritti sociali fondamentali di cittadini e cittadine	12
2.5 Gli aventi diritto alle prestazioni dell'assistenza sociale	12
2.6 Il settore pubblico e quello privato dell'assistenza sociale	13
Sezione B – La struttura del servizio sociale dopo il riordino	
Rilevamento della situazione attuale	15
3 PANORAMICA DELLE TERRITORIALIZZAZIONE E DEL DECENTRAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI	18
3.1 Osservazioni generali sulla territorializzazione e sul decentramento	18
3.2 Territorializzazione e decentramento del servizio sociale in Alto Adige	19
3.3 La nuova struttura dei gestori dopo il decentramento	20
3.3.1 Compiti dei Comuni	20
3.3.2 Compiti delle Comunità comprensoriali	21
3.3.3 Compiti della Provincia	21
3.3.4 Compiti della Regione	22
3.3.5 Compiti dello Stato	22

	Pag.
4 IL SERVIZIO SOCIALE PROVINCIALE	24
4.1 I servizi sociali dei Comuni	26
4.2 Il distretto sociosanitario	26
4.2.1 I compiti socio sanitari di base nel distretto	29
4.2.1.1 Assistenza sociale di base (SSB)	31
4.2.1.2 L'assistenza pedagogico - educativa (SE)	31
4.2.1.3 L'assistenza domiciliare (SAD)	31
4.2.1.4 L'assistenza economica sociale (AES)	32
4.2.1.5 Il segretariato sociale nel distretto	32
4.2.2 L'équipe di distretto	32
4.2.3 Il/la responsabile di distretto	34
4.2.4 Il Comitato di distretto	34
4.3 I servizi multizonali	36
4.3.1 Servizi dei gestori pubblici (enti territoriali)	36
4.3.2 Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB)	38
4.4 Le Comunità comprensoriali come gestori dei servizi sociali	38
4.5 L'azienda servizi sociali di Bolzano	40
4.6 La Ripartizione provinciale Servizio sociale	41
4.7 La Consulta provinciale per l'assistenza sociale	44
4.8 Il sistema informativo provinciale (SIPSA)	45
4.9 Il personale del servizio sociale provinciale	51
4.9.1 La situazione attuale del personale nel servizio sociale	51
4.9.2 Ripartizione degli occupati nei diversi settori d'intervento	51
4.9.3 Ripartizione nel settore dei servizi aperti e residenziali	52
4.9.4 Struttura delle qualifiche degli occupati	52
4.9.5 Caratteristiche sociodemografiche degli occupati	53
5 ENTI GESTORI E FORNITORI PRIVATI DI PRESTAZIONI SOCIALI	54
5.1 Organizzazioni private ed ecclesiastiche	54
5.1.1 Definizione - tipizzazione	54
5.1.2 Le associazioni ed organizzazioni private	54
5.1.3 Associazioni ecclesiastiche e religiose	55
5.1.4 Il rapporto tra enti gestori pubblici e privati	55
5.2 Il volontariato	57
5.2.1 Definizione	57
5.2.2 Struttura organizzativa	57
5.2.3 Compiti e prestazioni	58
5.2.4 Cooperazione degli enti gestori pubblici col volontariato	58
5.2.5 Situazione attuale	58
5.3 Iniziative di auto-aiuto	61
5.3.1 Definizione	61
5.3.2 Il significato sociopolitico del settore dell'auto-aiuto	61
5.4 Partecipazione di cittadini e interessati	62

5.4.1 Il significato sociopolitico della partecipazione di cittadini e interessati	62
5.4.2 Strumenti e procedure di partecipazione di cittadini e interessati	62
5.4.3 Strumenti istituzionalizzati nell'assistenza sociale provinciale di partecipazione di cittadini e interessati	63
Sezione C - Linee guida per l'assistenza sociale ed obiettivi per il triennio 1998-2000	65
6 Linee guida per l'assistenza sociale in Alto Adige	67
6.1 Linee guida generali per l'assistenza sociale in Alto Adige	68
6.2 Linee guida per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali	71
6.2.1 Linee guida nel settore delle necessità materiali	71
6.2.2 Linee guida nel settore della casa	72
6.2.3 Linee guida nel settore della partecipazione e dell'integrazione sociale	72
6.2.4 Linee guida nel settore della salute	73
6.2.5 Linee guida nel settore del lavoro	73
6.2.6 Linee guida nel settore della formazione	74
6.3 Linee guida per lo sviluppo delle organizzazioni nel servizio sociale	74
6.3.1 Riflessioni fondamentali	74
6.3.2 Il contract management	75
6.3.3 La responsabilità nei confronti del settore e delle risorse a livello decentrato	76
6.3.4 I processi di orientamento output-oriented tramite la descrizione delle prestazioni	76
6.3.5 Il management della qualità	77
6.3.6 Excursus - Premesse del management della qualità	78
6.4 Obiettivi nel settore dello sviluppo del personale	80
6.4.1 La formazione	80
6.4.2 Formazione continua e l'aggiornamento professionale	81
6.4.3 Il reperimento del personale	81
6.4.4 L'unificazione delle norme concernenti il personale	81
6.5 Obiettivi nel settore degli enti gestori privati	82
6.6 Obiettivi nel settore del volontariato	82
6.7 Obiettivi per la collaborazione con il settore sanitario	83
6.8 Obiettivi per la partecipazione dei cittadini e degli interessati	83

Sezione D - Misure per Il triennio 1998-2000**87**

7 MISURE FINALIZZATE ALLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	88
7.1 Ripartizione provinciale servizio sociale	88
7.1.1 Finalità	88
7.1.2 Misure	88
7.2 Sistema informativo provinciale	90
7.2.1 Finalità	90
7.2.2 Misure	90
7.3 La Consulta provinciale	93
7.3.1 Finalità	93
7.3.2 Misure	93
7.4 Il settore degli enti gestori territoriali	94
7.4.1 Finalità	94
7.4.2 Misure	95
7.5 Il settore del distretto	99
7.5.1 Finalità	99
7.5.2 Misure	99
8 MISURE PER LO SVILUPPO DEL PERSONALE	110
8.1 Formazione e aggiornamento professionale	110
8.1.1 Finalità	110
8.1.2 Misure	110
8.2 Fabbisogno di personale	116
8.2.1 Osservazioni generali	116
8.2.2 Fabbisogno di personale a livello di distretto	116
9 MISURE INTERDISCIPLINARI	118
9.1 Il settore dell'assicurazione qualità	118
9.1.1 Finalità	118
9.1.2 Misura	118
9.2 La prevenzione	120
9.2.1 Finalità	120
9.2.2 Misure	120
9.3 Partecipazione dei cittadini e degli interessati	122
9.3.1 Finalità della Provincia	122
9.3.2 Misure	122
9.4 Contribuzione alle spese da parte dell'utenza e dei parenti dovuti agli alimenti	126
9.4.1 Finalità	126
9.4.2 Misura	126
9.5 Settore degli enti gestori privati	127

9.5.1 Finalità della Provincia	127
9.5.2 Misure	127
9.6 Il settore del volontariato	130
9.6.1 Finalità	130
9.6.2 Misura	130
9.7 Settore dell'auto-aiuto	131
9.7.1 Finalità	131
9.7.2 Misura	131
9.8 Collaborazione con la sanità	132
9.8.1 Finalità	132
9.8.2 Misure	133
9.9 Collaborazione con i Comuni	135
9.9.1 Finalità	135
9.9.2 Misure	136
9.10 Collaborazione con il settore dell'istruzione	137
9.10.1 Finalità	137
9.10.2 Misure	137
9.11 Collaborazione con il settore del lavoro	139
9.11.1 Finalità	139
9.11.2 Misure	139
9.12 Collaborazione con il settore dell'edilizia abitativa	141
9.12.1 Finalità	141
9.12.2 Misure	142
9.13 Collaborazione con organizzazioni ed associazioni nel campo della cultura, delle attività del tempo libero e dello sport	144
9.13.1 Finalità	144
9.13.2 Misura	144
10 MISURE PER I DIVERSI GRUPPI	146
OSSERVAZIONI GENERALI	146
10.1 Anziani	147
10.1.1 Obiettivi	147
10.1.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento	148
10.1.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	149
10.1.4 Misure	150
10.2 Persone in situazione di handicap	153
10.2.1 Obiettivi	153
10.2.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento	154
10.2.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	155
10.2.4 Misure	156

	Pag.
10.3 Bambini e giovani	161
10.3.1 Obiettivi	161
10.3.2 Obiettivi sul gruppo di riferimento	161
10.3.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	162
10.3.4 Misure	163
10.4 Famiglie	169
10.4.1 Obiettivi	169
10.4.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento	170
10.4.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	172
10.4.4 Misure	172
10.5 Adulti entrati nel circuito penale	177
10.5.1 Obiettivi	177
10.5.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	177
10.5.3 Misure	178
10.6 I malati psichici	180
10.6.1 Obiettivi	180
10.6.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento	181
10.6.3 Osservazioni sulla rete di assistenza psichiatrica	182
10.6.4 La psichiatria sociale come fulcro tra sanità e servizio sociale	182
10.6.5 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	183
10.6.6 Misure	184
10.7 Soggetti in stato di dipendenza e tossicomani	186
10.7.1 Obiettivi	186
10.7.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento	186
10.7.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	187
10.7.4 Misure	188
10.8 Extracomunitari / profughi/ Sinti e Rom	191
10.8.1 Obiettivi	191
10.8.2 Extracomunitari	192
10.8.2.1 Osservazioni sul gruppo di riferimento	192
10.8.2.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	194
10.8.2.3 Misure	194
10.8.3 Profughi	197
10.8.3.1 Osservazioni sul gruppo di riferimento	197
10.8.3.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	198
10.8.3.3 Misure	198
10.8.4 Sinti e Rom	201
10.8.4.1 Osservazioni sul gruppo di riferimento	201
10.8.4.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base parametri strutturali	201
10.8.4.3 Misure	202
10.9 Senzatetto	204
10.9.1 Obiettivi	204
10.9.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento	205
10.9.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali	206
10.9.4 Misure	206
11 Previdenza integrativa	208

11.1 Obiettivi della previdenza sociale integrativa	208
11.2 Conseguenze per le misure assistenziali della provincia	210
12 Copertura previdenziale per non autosufficienti	211
Sezione E – Finanziamento	213
13 FINANZIAMENTO	215
13.1 Finanziamento dei servizi sociali	215
13.2 Principi del finanziamento delle prestazioni sociali	215
13.3 Il Fondo sociale provinciale	215
13.3.1 Stanziamenti per gli enti gestori territoriali	216
13.3.1.1 Spese correnti	216
13.3.1.2 Investimenti	216
13.3.1.3 Quota di finanziamento	217
13.3.2 Stanziamenti per le istituzioni convenzionate	217
13.3.3 Contributi ad associazioni ed iniziative pubbliche e private	217
13.3.4 Riforma della procedura di assegnazione dei contributi	218
13.3.5 Il finanziamento dopo il trasferimento delle competenze amministrative ai Comuni	219
13.3.6 Misura	220
13.4 Fabbisogno finanziario per il triennio 1999-2001	221
13.4.1 Fabbisogno finanziario della Provincia	221
13.4.2 Fabbisogno finanziario dei Comuni	222
13.4.3 Fabbisogno generale	222

Indice figure

	Pagina
Fig. 1:Struttura dei gestori dei servizi sociali	25
Fig. 1 bis: Denominazioni dei distretti	28
Fig. 2: Struttura della ripartizione provinciale servizio sociale	43
Fig. 3: Il sistema informativo provinciale	47
Fig. 4: le fonti informative della Relazione sociale	49
Fig. 5: Numero di operatori equivalenti per tipo di servizi in cui operano	52
Fig. 6: Settore di intervento del volontariato sociale	59
Fig. 7: Organismi di volontariato per tipi di utenza servita	60
Fig. 8: Grande circolo della qualità	78

Sezione A

Osservazioni generali

1 IL PIANO SOCIALE PROVINCIALE

1.1 Definizione e compiti

Il Piano sociale 2000 - 2002 coincide con una complessa fase di trasformazione. Il riordino dei servizi sociali dell'Alto Adige, avviato nel 1991 (v. Capitolo 3.2), ha provocato forti cambiamenti nella struttura degli enti gestori dei servizi sociali pubblici. La creazione di una vasta rete decentrata e territorialmente estesa per la copertura delle principali necessità a carattere sociale, tramite la fondazione dei distretti socio-sanitari, ha reso necessario lo sviluppo di nuove forme di organizzazione per il sociale; si è quindi assistito ad una serie di cambiamenti di vasta portata che hanno coinvolto tutti gli operatori del sociale, sia professionisti sia volontari. Si è inoltre resa necessaria una riorganizzazione della cooperazione tra i vari livelli del settore sociale ed i diversi enti locali.

Il Piano sociale provinciale rappresenta il principale strumento di pianificazione dei servizi sociali in Alto Adige. Esso riguarda il settore dell'assistenza e della beneficenza sia pubbliche che private (previdenza, assistenza sociale, servizi sociali). Inoltre, permette di collocare i servizi sociali nell'ambito delle misure e delle responsabilità dello Stato nei settori dell'assistenza sociale, dell'assicurazione sociale, del settore sanitario e fiscale, nonché nell'ambito delle misure e delle responsabilità della Regione nel settore della previdenza sociale integrativa. Ne consegue che in Alto Adige i servizi sociali devono essere inseriti nel quadro generale della sicurezza sociale, con un approccio corretto dal punto di vista della pianificazione.

Il Piano sociale provinciale 1999-2001, conformemente alla legge provinciale n.° 13 del 30 aprile 1991 e successive modifiche, mette ora a disposizione di tutti i responsabili della politica sociale un quadro di orientamento completo.

In particolare, il Piano sociale provinciale ha i seguenti compiti:

- stabilisce le linee guida generali e gli obiettivi
- funge da modello per l'assistenza sociale in Alto Adige
- fornisce degli orientamenti per un'organizzazione efficiente dei servizi
- coordina i programmi e le misure dei servizi sociali e di quelli sanitari
- stabilisce il fabbisogno di personale
- definisce delle linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale, nonché per la sua riqualificazione professionale
- definisce le priorità contenutistiche in fatto di utilizzo dei mezzi finanziari disponibili.

1.2 Carattere vincolante del Piano

Una volta approvato dalla Giunta provinciale, il Piano sociale provinciale diventa un modello vincolante per tutte le iniziative ed i prestatori di servizi, sia pubblici che convenzionati, operanti nel campo del sociale. Dopo la bozza del Piano sociale 1992-1994, peraltro non approvata, è il primo piano vincolante per il settore dell'assistenza e beneficenza pubbliche, ai sensi del Piano territoriale di sviluppo e di coordinamento provinciale (LEROP¹).

In altri termini, tutte queste strutture devono orientare la loro attività secondo i principi e le linee guida fissati di concerto nel Piano sociale. Tutti gli operatori e gli intervenienti interessati dal Piano sociale devono contribuire attivamente, nell'ambito delle loro funzioni e delle loro attività, alla realizzazione delle misure e al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano, nei limiti delle rispettive risorse di tempo, personale, finanziarie e materiali.

Per gli enti gestori privati di servizi sociali, il Piano risulta vincolante nella misura in cui i principi e le linee guida in esso contenuti definiscono i criteri per l'ottenimento di finanziamenti erogati con i mezzi pubblici.

1.3 Possibilità e limiti di un Piano sociale interdisciplinare

Questo Piano, oltre a determinare misure ed obiettivi fondamentali per settori molto diversi dei servizi sociali, presenta anche la peculiarità di stabilire un importante quadro di riferimento interdisciplinare per l'assistenza sociale. Questo permette una migliore integrazione delle singole misure e favorisce l'adozione di un approccio concettuale ed operativo più orientato alla prevenzione in campo sociale. Questo modo di procedere, inoltre, impedisce di rimanere al di sotto di un determinato livello di astrazione. Ne consegue che questo Piano sociale provinciale non può avere l'ambizione di sostituire i piani specializzati per i singoli settori di attività (piano di assistenza agli anziani, piano di assistenza ai minori, piano di assistenza ai disabili, piano psichiatrico ecc.); si tratta semplicemente di un piano generale avente per oggetto la sfera del sociale nella sua interezza. I piani settoriali che verranno redatti o rielaborati in futuro vanno intesi come una differenziazione settoriale del presente piano.

Nell'attuale situazione dell'Alto Adige non si può prescindere dall'interdisciplinarietà della pianificazione sociale. L'ampio riordino dell'assistenza sociale richiede un coordinamento sistematico. Tutti gli interessati, indipendentemente dal fatto che operino "sul campo" o che abbiano compiti di organizzazione o di amministrazione, devono avere un'idea differenziata dell'intera struttura e anche del processo di erogazione delle prestazioni. Un modello comune, una concezione comune dei compiti a cui adempiere e delle prestazioni da erogare sono la garanzia perché tutti diventino consapevoli dell'importanza della qualità. Per questo motivo, nel presente Piano sociale si è posto l'accento sulle misure di sviluppo organizzativo, rese necessarie in seguito alle esperienze connesse al decentramento avvenuto finora. Il Piano sociale deve contribuire ad una maggiore chiarezza nei ruoli e nei compiti dei singoli attori del sociale (con particolare riferimento agli utenti, ai gestori ed ai consorzi privati, alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, alle comunità comprensoriali, ai Comuni, alla Provincia), contribuendo quindi ad una maggiore efficienza.

¹ Cfr. Piano territoriale di sviluppo e di coordinamento provinciale (LEROP), Alto Adige obiettivo 2000 (18.1.1995), pp. 68-72, 147-149, 168 segg.

1.4 Redazione del Piano

Il presente Piano sociale è uno strumento di pianificazione che deve essere condiviso da tutte le strutture altoatesine attive nel sociale. Affinché ciò fosse possibile, è stato necessario coinvolgere nella redazione del nuovo Piano sociale provinciale, secondo le modalità che si sono ritenute opportune, tutte le principali associazioni, strutture e partiti a livello dell'amministrazione, del personale tecnico e del mondo politico. Ciò avrebbe dovuto permettere anche di fare confluire nel Piano sociale un'ampia gamma di competenze e di esperienze. Si è attribuita, già nella fase preparatoria del Piano, una notevole importanza al raggiungimento di un ampio consenso sui compiti e gli obiettivi di questo strumento di pianificazione. Per fare in modo che la discussione fosse quanto più ampia possibile, si è optato per un procedimento articolato su gruppi di lavoro a diversi livelli.

Questo modo di procedere ha richiesto delle risorse superiori rispetto alle normali capacità dell'amministrazione sociale competente. Per questo motivo, l'Amministrazione provinciale ha deciso di cercare aiuto all'esterno e di incaricare l'Istituto di studi scientifici sociali ed economici (I.S.W., Institut für sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Studien) di Monaco della redazione del Piano sociale. Nella primavera del 1996 l'I.S.W. ha iniziato a lavorare sul materiale messo a disposizione ed ha anche avviato la fase dei gruppi di lavoro. Per il coordinamento dei numerosi gruppi di lavoro a livello di comprensorio e di distretto, l'I.S.W. si è appoggiato a sua volta all'Istituto per lo sviluppo della collettività (I.G.W., Institut für Gemeinwesenentwicklung) di Bolzano.

A livello provinciale si è formato un **gruppo guida** formato dall'Assessore alla sanità e ai servizi sociali, dal responsabile del Dipartimento Sanità e Servizio sociale e dai direttori della Ripartizioni provinciale Servizio sociale e Sanità. Già nella composizione di questo gruppo guida si osserva il tentativo di istituire un collegamento sia con il settore sanitario che con il gruppo di coordinamento a livello provinciale.

Il **gruppo di coordinamento** a livello provinciale era formato dal direttore della Ripartizione Servizio sociale, dai direttori degli uffici per il Servizio sociale, da alcuni rappresentanti del settore sanità, delle Comunità comprensoriali, dei Comuni, del Consorzio dei Comuni e degli enti gestori privati. Le sedute sono state coordinate dall'I.S.W. E' in collaborazione con questo gruppo di lavoro che l'I.S.W., tenendo conto dell'analisi dei documenti e degli incontri con gli esperti, ha elaborato la prima bozza del nuovo Piano sociale provinciale; che ha rappresentato un'importante piattaforma per la discussione all'interno dei **gruppi di lavoro a livello distrettuale e di comunità comprensoriale**.

Nella composizione dei gruppi di lavoro ai singoli livelli si è cercato di prevedere sempre la partecipazione di almeno un rappresentante del gruppo di lavoro superiore o inferiore; con questo **"sistema di gruppi sovrapposti"** si è cercato di garantire il flusso di informazioni in entrambi i sensi, ma anche di prendere in considerazione, quanto più precocemente possibile, prospettive e punti di vista diversi nella discussione. La partecipazione di rappresentanti degli enti gestori privati e del settore sanitario è stata prevista a tutti i livelli dei gruppi di lavoro.

Inoltre, ci sono stati, fino alla metà del 1997, degli incontri di gruppo a livello della Ripartizione provinciale Servizio sociale, nonché diversi colloqui di gruppo con il personale dei singoli uffici e ca. 40 colloqui con gli esperti. Dopo la stesura del Piano, nel corso del 1998, è stata eseguita la procedura di audizione prescritta dal LEROP e la Ripartizione provinciale Servizio sociale, in collaborazione con l'I.S.W., ha verificato ed elaborato oltre 100 prese di posizione sulla bozza del Piano sociale provinciale. La presente stesura definitiva del Piano è stata ultimata dall'I.S.W. nell'aprile del 1999.

In questa sede non si illustrerà nel dettaglio lo svolgimento del progetto in quanto già fatto in un documento a sé stante, a disposizione di tutti gli interessati.

2 I DIRITTI SOCIALI FONDAMENTALI E LE BASI DELLA POLITICA SOCIALE DELLO STATO

2.1 Basi della politica sociale dello Stato

L'oggetto e gli obiettivi della politica sociale di uno Stato si desumono dai principi di politica sociale ancorati nella Costituzione, tra i quali si citano:²

- un minimo vitale garantito
- l'attenuazione delle situazioni di dipendenza ed emarginazione nonché la promozione dell'autonomia di ciascun individuo
- la compensazione delle differenze economiche
- la tutela dello *standard* di vita raggiunto nell'evenienza di gravi peggioramenti
- la tutela della salute.

La caratteristica fondamentale dei diritti sociali ancorati nella Costituzione sta nel fatto che la loro affermazione spetta in ultima istanza ai cittadini, a loro discrezione. Il presupposto *sine qua non* perché i cittadini possano reclamare il soddisfacimento di questi loro diritti è quindi la conoscenza dei propri diritti sociali. L'informazione rappresenta pertanto una premessa fondamentale affinché i cittadini possano far valere i propri diritti sociali. Tuttavia, contrariamente alle cosiddette "libertà civili", i diritti sociali fondamentali in linea di principio non sono direttamente esigibili. Per scelta politica, i diritti di libertà ed i diritti sociali fondamentali si trovano in un rapporto dialettico, al cui interno predominano i diritti di libertà. Tutte le forme di politica sociale statale sono caratterizzate da un precario equilibrio tra i due poli di questo campo di tensione. In ultima istanza, comunque, anche i diritti sociali fondamentali possono essere considerati alla stregua dei diritti di libertà, tanto più che quando vengono meno, o non sono fatti valere, finiscono col compromettere la libertà dei cittadini.

La politica sociale dello Stato parte dalla premessa che ogni cittadino adulto ha, indipendentemente dal sesso, la possibilità di garantire il proprio mantenimento e quello della propria famiglia mediante il lavoro. Ciò presuppone che il lavoro produca un reddito tale da garantire il soddisfacimento dei bisogni del lavoratore e delle persone che da lui dipendono. Il presupposto di base di un equilibrio tra capacità lavorativa, reddito, necessità e mantenimento risulta però problematico sotto vari punti di vista. Esso non tiene conto delle ripercussioni del patrimonio come risorsa attiva o come onere passivo, sotto forma di garanzia o di debiti, né del suo contributo al manifestarsi delle disuguaglianze sociali.³ Anche il fatto che vi sia chi, per vari problemi (di natura sociale, psichica, fisica) può non essere in grado di guadagnarsi da vivere con le proprie forze, costituisce una deroga al presupposto di base dell'esistenza di un equilibrio. In quest'ottica possono configurarsi molte altre situazioni in cui esiste una perturbazione dell'equilibrio tra il reddito ottenibile e la copertura dei bisogni. In principio, si può affermare che il compito classico dello Stato nel campo della politica sociale inizia proprio quando quest'equilibrio inizia a vacillare.

² Cfr. anche i seguenti articoli della Costituzione italiana: art. 2, 3, 31, 32, 35 e 38.

³ Cfr. Karl Tragust, Materialien zum Fach Sozialgesetzgebung, Sarns, 1992, p. 9

2.2 La politica tributaria quale strumento di controllo in campo sociale

La politica tributaria rappresenta uno degli strumenti centrali del governo statale e dunque anche un importante strumento della politica sociale. Una politica tributaria "socialmente equa" cerca da un lato di ripartire in modo giusto tra i cittadini gli oneri che risultano dalla necessità di finanziare le spese pubbliche e dall'altro si adopera per equilibrare in modo adeguato le disuguaglianze sociali esistenti mediante meccanismi di redistribuzione. Sono principalmente due le strategie attraverso le quali si persegue una giusta ripartizione degli oneri ovvero la loro redistribuzione. Da un lato alcune entrate vengono escluse dalla tassazione, dall'altro determinate spese ed entrate possono essere detratte dal reddito imponibile.

In Italia valgono due principi fondamentali per tutti gli interventi di politica tributaria dello Stato: la partecipazione del contribuente alle spese pubbliche deve essere in linea con la rispettiva "capacità contributiva" del singolo e la tassazione segue il principio della progressività delle aliquote fiscali, il che significa che ad entrate maggiori corrispondono anche aliquote più elevate.⁴

Vige inoltre il principio in base al quale le imposte non possono andare a toccare quella parte delle risorse economiche che risultano necessarie per il soddisfacimento delle esigenze fondamentali di ognuno, il cosiddetto "minimo vitale". Con ciò s'intende quella soglia di reddito che non può essere gravato da imposte senza mettere in pericolo la sopravvivenza di una persona o di una famiglia.⁵

Da ciò deriva il principio di esclusione dall'obbligo tributario degli stanziamenti dello Stato e degli altri enti pubblici che un individuo percepisce a fini assistenziali.⁶ Questa disposizione di legge si rivolge a tutti i beneficiari di prestazioni assistenziali a finanziamento pubblico, i quali, in assenza di tale regolamentazione, dovrebbero versare delle imposte sulle prestazioni ricevute.

Un'ulteriore forma di intervento di politica tributaria con la quale si perseguono misure di politica sociale sono le detrazioni dal reddito imponibile per le persone a carico. Normalmente tale regola vale per coniugi e figli. Lo scopo di questa forma d'intervento è soprattutto quella di agevolare le famiglie con molti figli.

A titolo riassuntivo si può affermare che vi sono importanti e reciproci legami tra politica tributaria e sociale. Si deve tuttavia menzionare anche il problema che, non di rado, beneficiano di agevolazioni fiscali anche persone che dichiarano nominalmente un reddito basso anche se in realtà dispongono di un cospicuo patrimonio.

Di fronte alla crescita della spesa nel settore sociale, in futuro sarà sempre più importante che le prestazioni di assistenza sociale pubblica vadano veramente a beneficio di chi ne ha urgente bisogno. Per garantirlo si dovranno anche trovare metodi migliori per valutare in modo più adeguato la reale situazione di bisogno. Inoltre, gli strumenti applicati dovranno divenire più rapidi ed efficaci.

Per tale ragione, dal 1998 un gruppo di lavoro della Ripartizione provinciale Servizio sociale si occupa del miglioramento e dell'uniformazione delle basi di calcolo per l'assegnazione di prestazioni dell'assistenza economica e sociale e per la partecipazione personale degli assistiti alle spese dei servizi sociali. La nuova procedura considererà e garantirà sia il reddito che il patrimonio degli utenti in modo equilibrato dal punto di vista sociale, così che

⁴ Cfr. art. 53 della Costituzione italiana.

⁵ Cfr. P. Russo, Manuale di diritto tributario, p. 56

⁶ si veda in merito l'art. 34 del Decreto del Presidente della Repubblica DPR 601/73.

vengano applicati gli stessi criteri di calcolo per tutte le prestazioni sociali. Ciò comporta tra l'altro il vantaggio di dover accertare la situazione patrimoniale e di reddito degli utenti solo una volta, anche se la persona si avvale di diverse prestazioni. La procedura si orienta al "redditometro" (decreto legislativo del 31 marzo 1998 N. 109), in parte applicato a livello nazionale nel campo dei servizi sociali e dovrà essere utilizzata in modo omogeneo in Alto Adige per tutte le prestazioni sociali a partire dal 2001. Tale modo di procedere è sinora unico in Italia e funge perciò da modello anche a livello statale.

2.3 Il principio di sussidiarietà

Alla politica sociale dello Stato spetta il compito di conciliare, in modo tollerabile dal punto di vista sociale, due esigenze inizialmente divergenti: da un lato si deve assolvere il compito di tutelare i gruppi socialmente più deboli o a rischio mentre dall'altro, in una società democratico - pluralistica, la responsabilità personale e il diritto all'autodeterminazione del singolo cittadino devono essere rispettati e salvaguardati. Al fine di soddisfare entrambi i principi, che si trovano in un rapporto di tensione, la politica sociale si avvale del **principio di sussidiarietà** come strumento di correlazione dei sussidi sociali o statali per l'auto-aiuto individuale del singolo e l'aiuto solidale nell'ambito di piccoli gruppi.

Il termine "sussidiarietà" deriva dal latino *subsidium* (=aiuto) e risale alla dottrina sociale cattolica, in cui la sussidiarietà è intesa come principio in base al quale è ingiusto che una comunità sovraordinata rivendichi per sé ciò che collettività più piccole e ad essa subordinate possono assolvere e portare a buon fine, in quanto ogni attività sociale è sussidiaria; deve sostenere i componenti del corpo sociale senza mai distruggerli o fagocitarli⁷. Ciò significa che ogni attività sociale è sussidiaria, cioè sostiene, aiuta il singolo che agisce e si assume responsabilità individualmente. Le varie unità sovraordinate (famiglia, Comune, Ente, Provincia, Stato) intervengono, favorendo e sostenendo, solo quando l'unità minore non è in grado di svolgere da sola un compito essenziale.⁸ Il principio di sussidiarietà è un principio antitotalitaristico, democratico - pluralistico, decentralista e inteso in primo luogo a promuovere l'auto-aiuto. L'auto-aiuto presuppone però mezzi e conoscenze: competenza operativa, organizzativa e decisionale, un livello adeguato d'istruzione e di cognizioni nonché un inserimento nella società. Lo stato sociale ha il compito di mettere a disposizione dell'individuo responsabile i mezzi che questi non è in grado di procurarsi da solo, affinché possa far fronte a tale responsabilità con le proprie forze. Non è accettabile che tale intervento sia una forma di tutela o interdizione di incapace ma vale piuttosto il principio della libertà personale, dell'auto - organizzazione nel senso di autonomia personale. La sussidiarietà non deve riferirsi a rigidi "spazi statali" ma essere concepita piuttosto come un principio d'impostazione funzionale. In tal senso, si deve intendere come una forma di sussidiarietà anche la ripartizione della responsabilità nell'ambito della politica sociale tra gli enti territoriali di diversi livelli.

⁷ Cfr. Enciclica Pio XI "Quadragesimo anno" del 1931

⁸ Waschkuhn Arno: Was ist Subsidiarität? Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995, p. 9, p. 13.

2.4 I diritti sociali fondamentali di cittadini e cittadine

Alla politica sociale spetta il compito di tutelare giuridicamente i diritti sociali fondamentali dei cittadini in modo tale che si possano far valere e vedere attuati diritti al sostegno, soggettivamente azionabili, per le dimensioni centrali della sicurezza sociale. Sono da considerare diritti civili sociali fondamentali i seguenti diritti ancorati nella Legge provinciale:⁹

- tutti i cittadini e cittadine hanno diritto ad essere informati in merito alle prestazioni sociali a loro disposizione,
- nell'utilizzo di tali prestazioni, essi hanno diritto alla libera scelta, nei limiti delle concrete possibilità organizzative
- hanno diritto alla segretezza dei loro dati personali,
- hanno il diritto di ricorrere, per illegalità, contro le decisioni degli enti gestori pubblici dei servizi sociali presso la sezione "Ricorsi" della Consulta provinciale per l'assistenza sociale.

Una previdente politica sociale deve anche spingersi oltre l'assolvimento del compito di tutelare i diritti sociali e i bisogni fondamentali dei cittadini e delle cittadine. Essa deve concepirsi come una parte della politica nel suo complesso e attivarsi in tutti i settori politici, per impedire che vengano a crearsi condizioni di bisogno e promuovere un modo di pensare ed agire socialmente responsabile. Si tratta dunque di superare l'impostazione "interventista" dell'assistenza sociale, tuttora dominante (che consiste nell'intervenire principalmente quando il problema è già esploso) per dare invece maggiore rilievo alla prevenzione. Visto il continuo diminuire dei mezzi a disposizione e l'aumento delle spese nel settore sociale, non si tratta certamente di un compito facile, ma esso è più che mai necessario.

2.5 Gli aventi diritto alle prestazioni dell'assistenza sociale

In linea di principio, tutti i cittadini italiani nonché i cittadini degli Stati dell'U. E., stabilmente residenti e aventi fissa dimora in Alto Adige, hanno diritto alle prestazioni sociali. Godono di tale diritto anche gli stranieri e gli apolidi residenti e stabilmente dimoranti in Alto Adige. Gli standard minimi e le più precise disposizioni per l'erogazione delle prestazioni sociali a stranieri ed apolidi vengono stabiliti attraverso appositi regolamenti di esecuzione delle leggi che regolano la materia specifica. Si considerino in tale ambito gli obblighi della Provincia secondo le leggi quadro dello Stato, laddove gli standard minimi fissati a livello nazionale devono essere comunque garantiti. In caso di emergenza o d'urgenza l'erogazione delle prestazioni è indipendente dai requisiti della residenza e della dimora.¹⁰

⁹ Cfr. art 5 della legge provinciale n.° 13 del 30 aprile 1991 e successive modifiche

¹⁰ Cfr. art. 5 del D.P.R. (decreto del Presidente della Repubblica) n.° 469 del 28 marzo 1975.

2.6 Il settore pubblico e quello privato dell'assistenza sociale

Lo Stato e gli enti territoriali ad esso subordinati costituiscono gli enti gestori pubblici dell'assistenza sociale. In campo sociale c'è inoltre un'ampia gamma di servizi e di strutture che non vengono gestiti dai pubblici poteri (Comune, Provincia, Regione o Stato) ma anche da enti gestori privati, come le chiese e gli ordini religiosi, da vari enti ed associazioni private, gruppi di interessati ed iniziative di auto-aiuto. Queste istituzioni ed iniziative formano il settore degli enti gestori privati dell'assistenza sociale e in linea di principio possono godere di finanziamenti pubblici, finanziarsi in modo autonomo oppure offrire i propri servizi attraverso l'attività di volontariato.

Sezione B

La struttura del servizio sociale dopo il riordino Rilevamento della situazione attuale

La struttura del servizio sociale dopo il riordino Rilevamento della situazione attuale

La sezione B del Piano sociale descrive il quadro di riferimento e gli attuali sviluppi del servizio sociale in Alto Adige. Alla luce dei profondi cambiamenti connessi con il decentramento e con la territorializzazione delle prestazioni sociali in Alto Adige, non si può prescindere da un'analisi dettagliata della struttura del servizio sociale, per la sua importanza sociale e politica. Sotto questo profilo, il Piano sociale provinciale è una lettura consigliata anche a tutti quei cittadini che sono interessati alla questione e vogliono farsi un'idea generale della rivoluzione del sistema dei servizi sociali e della rete di aiuti disponibili. Il Piano sociale, rendendo più trasparente, e quindi anche più accessibile, il complesso sistema dei servizi sociali, promuove un'applicazione immediata delle nuove strutture organizzative.

La documentazione delle linee di sviluppo e la descrizione dello stato attuale di applicazione del nuovo assetto sono integrate da un'analisi critica della situazione attuale. E' da questa base che si sono individuate nelle sezioni C e D, linee guida e misure che potranno servire al miglioramento del lavoro del servizio sociale provinciale. Per questa seconda fase, decisiva ai fini della politica sociale, si sono innanzi tutto rilevate le esperienze determinanti dei soggetti interessati e degli utenti, in parallelo alla descrizione della struttura attuale del servizio sociale. Lo sviluppo di misure sulla base di queste premesse empiriche tiene conto di quell'approccio partecipativo alla pianificazione sociale che si è deciso di seguire (v. Cap. 1.4). Nel Piano si è rinunciato a riportare le analisi critiche per ragioni legate all'immediatezza della lettura. Esse sono reperibili nei singoli verbali dei gruppi di lavoro, raccolti in una documentazione a sé stante.

3 PANORAMICA DELLA TERRITORIALIZZAZIONE E DEL DECENTRAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

3.1 Osservazioni generali sulla territorializzazione e sul decentramento

Il settore dei servizi sociali sta attraversando una fase di grande cambiamento. Partendo da concetti come il **New Public Management** (NPM) vengono avviati un po' ovunque progetti di territorializzazione¹¹ e di decentramento. I progetti per la modernizzazione delle strutture organizzative e di management hanno nomi diversi: „nuovo modello di gestione“, „i comuni come imprese di servizi“, „l'orientamento verso gli utenti dell'amministrazione“, „gestione decentralizzata dei diversi settori e delle risorse“, „misurazione dell'output“, „definizione dei prodotti“, „lean management“ o „unità amministrative provviste di parziale autonomia“. Tutti questi concetti sono caratterizzati da una diversa combinazione e dal diverso peso attribuito ai seguenti fattori:

- snellimento della burocrazia, smantellamento delle norme e dei regolamenti
- deregulation
- strutture organizzative decentrate e flessibili
- sistemi di orientamento imperniati sui risultati e corredati degli opportuni strumenti di pilotaggio
- management strategico in campo politico e nel campo della gestione dell'amministrazione ai massimi livelli
- attenzione per il mercato e per i criteri di concorrenza e consapevolezza dell'importanza della qualità
- maggiore orientamento ai cittadini/utenti
- management del personale con una maggiore attenzione al rendimento e alla motivazione

Le molle che hanno fatto scattare questi progetti sulla scena internazionale sono di diversa natura: crisi economiche, lo scontento nei confronti della politica e della burocrazia, le carenze dei modelli gerarchici tradizionali, il cambiamento di valori che si è prodotto all'interno della società e la crisi del "Welfare State".

A causa della crescente differenziazione dei sistemi sociali, anche il sistema dei servizi sociali risulta caratterizzato da strutture sempre più complesse. Dal punto di vista dei cittadini di entrambi i sessi che hanno bisogno di prestazioni sociali, questa complessità fa sì che sia difficile avere una panoramica dell'offerta potenziale in una determinata situazione di bisogno. Chi eroga le prestazioni, invece, ha sempre maggiori difficoltà ad avere un controllo ed un'amministrazione centrali efficienti. E' alla luce di queste considerazioni che bisogna considerare gli sforzi compiuti anche in altri paesi e che possono essere riassunti con le seguenti parole chiave: decentramento e territorializzazione.

Per decentramento s'intende sostanzialmente il trasferimento delle competenze discrezionali ai livelli gerarchici più bassi; alla base dei progetti di territorializzazione, invece, c'è la creazione di competenze territoriali. Lo scopo della territorializzazione è quello di migliorare l'offerta sociale di un territorio; quest'obiettivo deve essere raggiunto tramite una maggiore cooperazione locali, un potenziamento della responsabilità individuale e della competenza degli operatori locali, che devono reagire rapidamente alle situazioni di bisogno non appena individuate. L'approccio deve tenere conto dei gruppi di riferimento, ma deve anche estendersi oltre. Non si può prescindere da una chiara disciplina delle competenze, della cooperazione e della responsabilità per un determinato territorio e per determinate prestazioni da erogare. E' necessario concentrarsi sulla creazione di strutture di

¹¹ Si è scelto di evitare il concetto di „regionalizzazione“, pur diffuso tra le persone di madrelingua italiana, perché comportava il rischio di fraintendimenti con la Regione come unità amministrativa.

cooperazione e di coordinamento. Solo così si potrà raggiungere un'ottimale distribuzione dei carichi di lavoro, evitando inutili doppioni. L'applicazione di queste idee non deve essere imposta dall'alto, ma deve dipendere dalla volontà di cooperazione e dalla motivazione di tutti gli interessati, sia in loco sia nelle sedi centrali dell'amministrazione.

In base a queste premesse, il progetto „Piano sociale provinciale 1999-2001“ va inteso come un passo avanti nella direzione di una pianificazione partecipativa. I più rilevanti attori nel campo del servizio sociale sono stati coinvolti, nei limiti del possibile, nei gruppi di lavoro a tutti i livelli e il loro contributo è stato determinante per la preparazione di un'analisi qualificata della situazione attuale.

3.2 Territorializzazione e decentramento del servizio sociale in Alto Adige

E' alla luce di questo contesto internazionale che bisogna vedere le misure nel campo del servizio sociale in Alto Adige. Con la legge provinciale n. 13 del 30 aprile 1991, in Alto Adige si è intrapreso un profondo riordino dei servizi sociali. Questa riforma strutturale (ha) comporta(to) sostanzialmente due processi:

- si è perseguita la **territorializzazione** dei servizi sociali, tramite la creazione di una rete di distretti sociosanitari in grado di coprire il territorio della Provincia;
- tramite la delega delle competenze amministrative nel campo dell'assistenza e beneficenza pubblica dalla Provincia (la Provincia Autonoma di Bolzano) ai Comuni, si è intrapreso un **decentramento**, inteso come cessione di competenze.

I principali obiettivi della territorializzazione all'atto della creazione dei distretti sociosanitari sono stati:¹²

- la predisposizione di un'offerta unitaria ed equamente ripartita sul territorio di prestazioni sociosanitarie;
- il superamento dello smembramento e dell'eccessiva specializzazione dell'offerta di prestazioni; inoltre, la rinuncia ad un orientamento rivolto principalmente a determinati gruppi di utenti, a favore di una maggiore attenzione per il contesto in cui vivono i cittadini di entrambi i sessi e gli utenti;
- la promozione di una maggiore cooperazione tra il settore sanitario e quello sociale, ma anche tra le istituzioni e le associazioni, sia pubbliche sia private, attive nel territorio del distretto.

La delega dei poteri amministrativi per il settore dell'assistenza e beneficenza pubblica ai Comuni deve aumentare la responsabilità delle comunità locali nei confronti della politica sociosanitaria e, in questo modo, deve portare ad un'offerta più corrispondente ai bisogni e più vicina ai cittadini.

In seguito ad un intenso dialogo tra l'amministrazione sociale della Provincia e gli enti territoriali (Comuni e comunità comprensoriali) sulla titolarità e la gestione dei servizi sociali, entrambe le parti sono giunte alla conclusione che tale titolarità dovesse essere assunta, nella misura più ampia possibile, dalle comunità comprensoriali.¹³ Questa decisione è stata motivata dal fatto che le comunità comprensoriali dispongono di un bacino di utenza abbastanza grande; inoltre, erano già disponibili *in nuce* le strutture amministrative per l'assunzione di questi compiti. Infine, con questa decisione si è tenuto conto del desiderio di una maggiore unità e trasparenza delle strutture assistenziali pubbliche a fronte di un'assistenza libera e privata sempre più varia e differenziata.

¹² Cfr. a questo proposito la legge provinciale n. 13/1991, ma anche Lippi, A., Die Rolle des Basissprengels bei der Neuordnung der Dienste, in: Vecchiato, T./Tschager, A. (a cura di), der Sozial- und Gesundheitssprengel, 1994, pp. 35-42.

¹³ Non tutti i Comuni hanno deciso di trasmettere interamente la gestione dei servizi sociali alle Comunità comprensoriali (v. Bolzano e Merano; gestione delle case di riposo per gli anziani).

3.3 La nuova struttura dei gestori dopo il decentramento

3.3.1 Compiti dei Comuni

Quando si tratta di descrivere le competenze dei Comuni, è importante distinguere tra competenze trasferite e competenze delegate. Le attuali competenze trasferite dei Comuni riguardano la gestione degli asili nido, dei centri di accoglienza per i senzatetto e degli alloggi per gli anziani, la predisposizione di aree attrezzate per i nomadi (con la cittadinanza italiana) ed il sostenimento delle spese di alloggio nei servizi citati e nei centri di degenza e nelle case di riposo. Questi compiti vengono svolti sulla base delle leggi provinciali. Queste attività vengono finanziate in piccola parte dal Fondo sociale provinciale; il grosso dei fondi viene dal normale finanziamento dei Comuni e dalle rette degli utenti.

Con il decentramento dell'assistenza sociale, ai Comuni è stato assegnato il compito di partecipare alla pianificazione, alla gestione e alla valutazione dei servizi sociali.¹⁴ In seguito alle disposizioni di legge sulla riorganizzazione dei servizi sociali e per i motivi sopra descritti, i Comuni hanno ampiamente delegato l'esecuzione di questi compiti alle comunità comprensoriali. I compiti trasferiti ai Comuni sono quindi compiti delegati la cui responsabilità, fintanto che non passeranno nell'ambito dei Comuni, rimane ancora alla Provincia.

Spetta ai Comuni nei confronti delle comunità comprensoriali una funzione di indirizzo e di controllo. Essi possono ad esempio emanare direttive per lo svolgimento delle funzioni delegate alle comunità comprensoriali. Le comunità comprensoriali dal canto loro sono tenute al varo di norme per l'attuazione di tali direttive, in osservanza delle direttive provinciali. In questo modo, oltre alla presenza negli organi decisionali della comunità comprensoriale, i Comuni possono partecipare all'attività di gestione dei servizi sociali delle comunità comprensoriali.

Si ritiene opportuno attirare l'attenzione fin da ora sul fatto che, alla luce dei principi generali e degli obiettivi del Piano sociale provinciale, ai Comuni è stata attribuita una grande importanza nel campo della politica sociale. Trattandosi di comunità territoriali con cui si identificano i cittadini di entrambi i sessi, i Comuni adempiono ad una serie di compiti fondamentali ai fini della sensibilizzazione dei cittadini nei confronti dei problemi sociali, nonché ai fini della mobilitazione delle risorse disponibili in loco. Infine i Comuni, con le loro decisioni di politica strutturale, contribuiscono in misura determinante alle condizioni di vita della popolazione. Per questi motivi, a medio termine si prevede di trasferire ai Comuni le competenze in campo sociale, che finora sono state solo delegate.

Questo passo presuppone però che i Comuni siano sufficientemente preparati a fare fronte ai compiti numerosi e complessi dell'assistenza sociale, in modo da garantire in misura sufficiente i diritti sociali dei cittadini, uomini o donne che siano. A questo proposito, bisogna anche riflettere sui limiti del principio di sussidiarietà. Il Comune è un luogo dove viene esercitato un forte controllo sociale. Se il Comune avoca a sé tutte le prestazioni sociali, aumentano anche le barriere che ostacolano il ricorso agli aiuti; in altri termini, c'è il rischio che le persone bisognose di aiuto non si avvalgano delle prestazioni cui avrebbero diritto. Anche i complessi rapporti di dipendenza tra i decisori competenti rischiano di aggravarsi in misura problematica.

¹⁴ Art. 10 e 11 della legge provinciale n.° 13 del 30 aprile 1991.

3.3.2 Compiti delle comunità comprensoriali

Con la delega alle comunità comprensoriali di gran parte delle competenze amministrative trasmesse dalla Provincia ai Comuni nel campo dei servizi sociali, queste si sono trovate ad acquisire un'ampia gamma di compiti. Esse gestiscono gran parte dei servizi sociali pubblici presenti nel loro territorio o li fanno gestire da altri enti pubblici o privati tramite la stipula di appositi contratti (convenzioni). In seguito al riordino dell'assistenza sociale (1993), le comunità comprensoriali sono quindi il principale gestore pubblico di servizi sociali in Alto Adige.

Nella fattispecie, i compiti che i Comuni hanno trasmesso alle comunità comprensoriali sono i seguenti:¹⁵

- organizzazione dei servizi sociali e coordinamento degli stessi con le iniziative di altri gestori sia pubblici sia privati;
- garanzia di un'erogazione regolamentare delle prestazioni;
- conclusione di accordi con strutture private, associazioni, cooperative o fondazioni che svolgono compiti in campo sociosanitario;
- realizzazione della partecipazione dei cittadini alla gestione, ma anche al controllo, delle strutture e dei servizi sociali, tramite il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie e delle forze sociali attive nel territorio;
- partecipazione alla pianificazione dei servizi sociali tramite l'elaborazione di programmi di attività;
- preparazione di studi ed effettuazione di indagini per il rilevamento dei bisogni dei cittadini di entrambi i sessi;
- responsabilità in fatto di manutenzione dei beni mobili e immobili e delle attrezzature;
- costruzione, ristrutturazione ed ampliamento delle infrastrutture edilizie, su incarico della Provincia;
- acquisto di strutture, impianti ed attrezzature.

3.3.3 Compiti della Provincia

Già con l'entrata in vigore dello Statuto di Autonomia per la Provincia Autonoma di Bolzano, la "Provincia" altoatesina dispone di ampi poteri legislativi in materia di assistenza e beneficenza pubblica. Diversamente da quanto avviene nelle altre Regioni e Province italiane, in cui i poteri amministrativi relativi all'assistenza e beneficenza pubblica rientrano nella competenza propria dei Comuni già dal 1977 (D.P.R. n. 616/1977), in Alto Adige, a causa dello Statuto di Autonomia (art. 16 dello Statuto di Autonomia), queste competenze sono state assegnate alla Provincia. L'ampia competenza della Provincia in materia di gestione dei servizi sociali a livello territoriale è stata formalizzata con la legge provinciale per il riordino dei servizi sociali.¹⁶ Contemporaneamente, si sono delegati ai Comuni i poteri amministrativi in questo settore. Pertanto, sebbene la Provincia sia tuttora competente in materia di servizi sociali, i poteri amministrativi sono stati trasferiti ai Comuni.

Stando al disposto della legge,¹⁷ la Provincia è competente in materia di pianificazione, orientamento, coordinamento e controllo dei servizi sociali, formazione, aggiornamento professionale e riqualificazione del personale, nonché per il finanziamento dei compiti delegati ai Comuni e alle comunità comprensoriali. Infine, la Provincia è competente in fatto di costruzione, ampliamento e ristrutturazione dei beni immobili. Tra i compiti della Provincia

¹⁵ Art. 11 e art. 20 della legge provinciale n.° 13 del 30 aprile 1991.

¹⁶ Legge provinciale n.° 13 del 30 aprile 1991.

¹⁷ Art. 8 della legge provinciale n.° 13 del 30 aprile 1991.

rientra anche la gestione e lo sviluppo del Sistema informativo provinciale per l'assistenza sociale (SIPSA).

Per una descrizione esaustiva dei compiti della Provincia si rimanda al capitolo 4, in cui viene descritta la struttura del servizio sociale provinciale.

3.3.4 Compiti della regione

Attualmente tra le principali competenze della regione c'è quella della previdenza sociale integrativa. Concretamente, nel campo della previdenza e della sicurezza sociale, il potere legislativo della Regione Autonoma Trentino- Alto Adige si esplica nell'integrazione delle misure di previdenza dello Stato nel campo della maternità, della disoccupazione, dell'invalidità e della vecchiaia. Le prestazioni della previdenza integrativa possono essere: integrazione delle prestazioni statali (p. es. l'assegno integrativo al nucleo familiare, l'indennità di disoccupazione lavoratori stagionali frontalieri, l'indennità di mobilità) o il parziale rimborso dei contributi all'assicurazione invalidità e vecchiaia (p. es. contributo all'assicurazione obbligatoria degli agricoltori che lavorano in condizioni difficili, contributo all'assicurazione invalidità e vecchiaia volontaria).

L'amministrazione di queste misure è stata trasferita dalla Regione alle Province autonome. Siccome la competenza legislativa e il finanziamento della previdenza integrativa rimangono competenza della Regione, le misure di previdenza sociale integrativa non rientrano nel livello decisionale del Piano sociale provinciale, per il quale tuttavia rappresentano un orizzonte importante. Attualmente l'assistenza sociale (della Provincia) è ancora subordinata alla previdenza (della Regione), dato che le norme previdenziali garantiscono in parte ai cittadini e alle cittadine diritti di livello superiore. Ne consegue la necessità di una buona armonizzazione delle misure previdenziali con le misure assistenziali. Concretamente, i gestori dell'assistenza (Provincia, Comuni e comunità comprensoriali) devono vincolare le loro prestazioni al totale esaurimento dell'offerta di previdenza integrativa.

In linea di principio, la previdenza integrativa della Regione acquisisce importanza laddove ci sia una copertura insufficiente di un rischio sociale da parte della previdenza statale. Pertanto, si deve adattare costantemente all'evoluzione delle condizioni di vita generali e della previdenza statale. La Provincia e la Regione Trentino - Alto Adige hanno attualmente un ruolo di precursori a livello statale, grazie alle iniziative in corso per la creazione di un'assicurazione di cura regionale, di un fondo pensione integrativo e di due enti autonomi di previdenza sociale per le Province di Trento e Bolzano.

3.3.5 Compiti dello Stato

I rischi sociali che interessano tutta la popolazione, o che perlomeno sono ampiamente diffusi al suo interno, solitamente vengono coperti dalla previdenza pubblica che, a seconda dell'entità del rischio, può essere volontaria od obbligatoria. Le principali forme di previdenza sono attualmente la protezione sanitaria e la pensione di vecchiaia. Tra le altre forme di previdenza ci sono la tutela dal mancato guadagno in seguito ad un infortunio sul lavoro, la maternità, la disoccupazione. Questi ed altri rischi vengono coperti dall'assicurazione obbligatoria prevista dalla legge ed amministrata dallo Stato. Come già si è avuto modo di dire, tra le misure di sicurezza sociale la previdenza è da preferirsi all'assistenza. Si presuppone che le persone assicurate possano far valere un diritto alla prestazione. Le prestazioni devono sempre essere precedute dal versamento di contributi previdenziali o assicurativi.

4 IL SERVIZIO SOCIALE PROVINCIALE

Per servizio sociale provinciale nel seguito della trattazione s'intende la totalità dei servizi sociali, sia pubblici sia convenzionati, attivi nel campo dell'assistenza sociale, ivi comprese le relative strutture amministrative a livello di Comuni, di distretti, di comunità comprensoriali e di Provincia. L'attività di questi servizi mira alla promozione e al mantenimento del benessere psicofisico, al soddisfacimento dei bisogni fondamentali ed alla promozione dello sviluppo individuale della personalità di tutti i cittadini della Provincia, indipendentemente dal sesso.

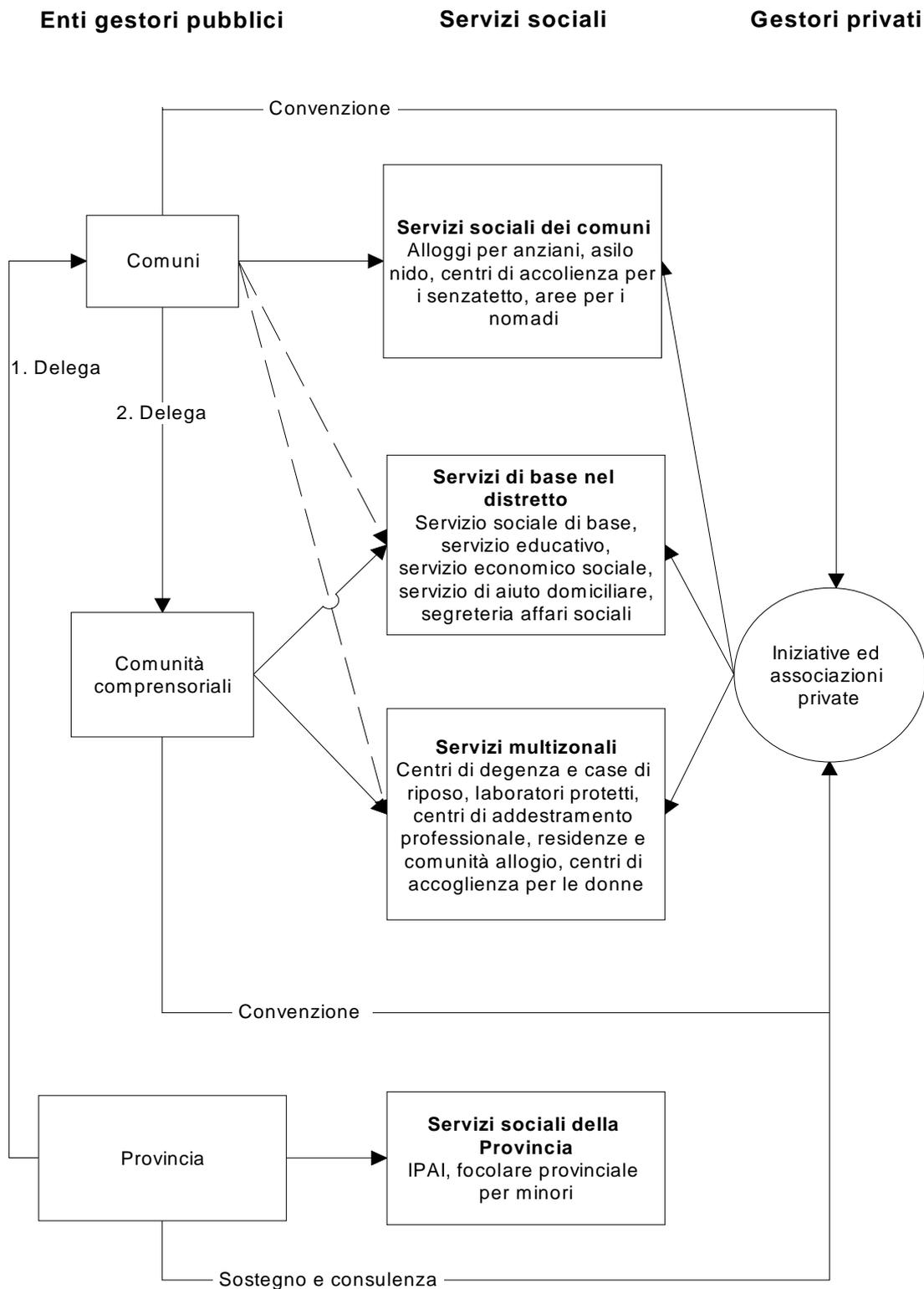
Per adempiere ai compiti sopra elencati in modo efficiente e in tutto il territorio, il Servizio sociale provinciale è organizzato in servizi distribuiti sul territorio dell'intera Provincia. I servizi rappresentano il gradino più basso dell'assistenza sociale; di conseguenza, sono anche i più vicini alle necessità e ai bisogni dei cittadini di entrambi i sessi.

In linea di principio, si distinguono i seguenti servizi:

- servizi sociali a livello comunale (alloggi per gli anziani, centri di accoglienza per i senzatetto, asili nido, aree di sosta per i nomadi);
- prestazioni di base nel distretto (servizio sociale di base – SSB, servizio di assistenza economica sociale – AES, servizio di assistenza domiciliare – SAD, servizio educativo – SE e segretariato sociale);
- servizi multizonali (offerte specializzate, che possono interessare anche il territorio di più enti gestori – p. es. case di riposo, centri diurni, comunità alloggio, laboratori, consultori familiari, convitti per minori, IPAI, case delle donne ecc.).

La figura alla pagina successiva dà un'idea della struttura dei gestori e dei servizi del servizio sociale provinciale.

Fig. 1: Struttura dei gestori dei servizi sociali



Fonte: ISW 1999

4.1 I servizi sociali dei Comuni

Definizione

Per servizi sociali dei Comuni si intendono in senso stretto tutti quei servizi, che i Comuni gestiscono attualmente come servizi trasferiti. Stando alla ripartizione delle competenze sopra raffigurata, rientrano in questa categoria gli alloggi per gli anziani, gli asili nido, i centri di accoglienza per i senzatetto e le aree per i nomadi con la cittadinanza italiana. Inoltre, i Comuni possono anche figurare come gestori dei servizi loro delegati nell'ambito del riassetto del servizio sociale (centri di degenza e case di riposo, comunità alloggio, laboratori, consultori ecc.).¹⁸ La maggior parte dei Comuni, peraltro, ha delegato a sua volta gran parte dei compiti che erano stati delegati alle comunità comprensoriali, che dispongono di un bacino di utenza maggiore e che quindi sono in grado di offrire prestazioni sociali più economiche e rispondenti ai bisogni in molti settori.

Compiti e prestazioni

Le prestazioni erogate nell'ambito dei servizi gestiti dai Comuni coprono un ampio ventaglio, stando alla summenzionata ripartizione dei tipi di strutture e di gruppi di riferimento. Questo ventaglio, che in senso stretto va dall'assistenza diurna ai bambini negli asili nido all'assistenza e all'alloggio di nomadi e senzatetto, passando per l'assistenza agli anziani, comprende in linea di principio tutti i settori che la Provincia ha delegato ai Comuni. Le prestazioni vengono disciplinate dettagliatamente dalle leggi provinciali competenti.¹⁹

Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dei servizi comunali è molto diversa, a seconda della loro offerta. Finché i Comuni saranno responsabili della gestione e del finanziamento dei servizi, saranno loro a definire, nell'ambito delle linee guida provinciali sull'offerta dei servizi e le rispettive strutture organizzative e di gestione.

4.2. I distretti sociosanitari

Definizione

I distretti sociosanitari sono unità territoriali ed organizzative che corrispondono ad un bacino di utenza definito a livello provinciale con precisione, all'interno del quale viene offerta una gamma unitaria di prestazioni di base di assistenza sociosanitaria. Il territorio della Provincia Autonoma di Bolzano è suddiviso in 20 distretti. Di norma il bacino di utenza di un distretto comprende la popolazione di più Comuni. Per ottimizzare il coordinamento delle iniziative in campo sociale e di quelle in campo sanitario, il bacino di utenza del distretto sociale si identifica con quello del distretto sanitario. Quest'identità territoriale e l'obiettivo di una stretta cooperazione tra il settore sociale e quello sanitario giustificano la scelta di parlare, in modo programmatico, di un distretto sociosanitario integrato.²⁰

Compiti e prestazioni

¹⁸Cfr. a questo proposito il Cap. 3.3.1 Compiti dei Comuni

¹⁹V. le norme di legge ed i piani settoriali citati nella sezione D Cap. 10 - „Misure per i diversi gruppi“.

²⁰ Cfr. a questo proposito p. es. Tschager, A., Die Gemeinschaftsaufgabe Sprengel, in: Vecchiato, T./Tschager, A. (a cura di), Der Sozial- und Gesundheitssprengel, 1994, pp. 24-31

I distretti sociosanitari sono stati creati per garantire una disponibilità territorialmente equilibrata di servizi al livello più basso, ma anche un migliore coordinamento delle iniziative del settore sanitario e di quello sociale, nonché una migliore integrazione dei servizi residenziali e non residenziali. La cooperazione interdisciplinare tra i professionisti del distretto non è solo mirata alla risoluzione dei problemi già manifestatisi, dato che tiene conto della totalità del contesto in cui vive la popolazione locale; grazie a questo approccio, si cerca di potenziare l'orientamento preventivo dell'assistenza sociale e si cerca di sensibilizzare la popolazione e promuovere la responsabilizzazione individuale e collettiva.

In linea di principio, i principali compiti del distretto sono i seguenti:

- attuazione di misure di prevenzione
- erogazione di aiuti in caso di situazioni concrete di bisogno (intervento)
- attuazione di misure di reinserimento (riabilitazione)
- invio degli utenti verso i servizi integrativi e quelli multizonali
- rilevazione dei bisogni, delle risorse disponibili e dei fattori di rischio del territorio
- coinvolgimento della popolazione, delle famiglie, delle associazioni e dei gruppi di iniziativa locali di tutti i settori della società nell'assistenza sociale.

Struttura organizzativa

Ciascun distretto dispone di una sede distrettuale in cui sono collocati tutti i servizi sociosanitari pubblici e, nei limiti del possibile, anche tutti i servizi sociali privati o convenzionati. Lo scopo è quello di promuovere una cooperazione quanto più stretta possibile tra il settore sociale e quello sanitario, ma anche quello di semplificare ai cittadini l'accesso alle diverse prestazioni.

A seconda delle dimensioni e delle caratteristiche del territorio, oltre alla sede distrettuale sono previsti anche altri "punti di appoggio" in cui il personale dei servizi sociali rimane a disposizione dei cittadini in determinati giorni. Lo scopo è garantire un'assistenza quanto più vicina possibile ai cittadini.

Denominazione dei distretti

(*) = attivata una soluzione provvisoria centrale ed integrata

AZIENDE SANITARIE	COMUNITA' COMPRESORIALE	DISTRETTI	SEDE DI DISTRETTO ATTIVATE	STATO DI REALIZZAZIONE DELLA SEDE	SEDE PUNTO DI RIFERIMENTO	STATO DI REALIZZAZIONE DEI PUNTI DI RIFERIMENTO	
BOLZANO	SALTO-SCILIAR	Val Gardena	Ortisei	Terminato			
		Val d'Ega-Sciliar	Cardano	Terminato	Nova Levante	terminato	
						Nova Ponente	terminato
						Fié	nessun progetto
						Castelrotto	nessun progetto
		Salto – Val Sarentino - Renon	Bolzano	in costruzione	Sarentino *	in costruzione	
					Renon	terminato	
					Meltina	in costruzione	
		OLTRADIGE-BASSA ATEGINA	Oltradige	Appiano	Terminato	Terlano	terminato
						Caldaro *	in progettazione
	Laives - Bronzolo - Vadena		Laives *	Terminato			
MERANO	BOLZANO	Bolzano (Don Bosco, Europa, Centro-Rencio, S. Quirino, Oltrisarco)	Don Bosco	In costruzione			
			Europa	in progettazione			
			Centro-Rencio	In costruzione			
			S. Quirino	in progettazione			
			Oltrisarco	in progettazione			
	VAL VENOSTA	Alta Val Venosta	Malles *	Terminato	Prato	terminato	
		Media Val Venosta	Silandro	Terminato			
	BURGRAVIATO	Naturno - Circondario	Naturno	in progettazione			
		Lana - Circondario	Lana	Terminato	Santa Valburga *	nessun progetto	
Merano - Circondario		Merano	in progettazione				
Val Passiria		San Leonardo *	Terminato				
BREZZANONE	ALTA VAL ISARCO	Alta Valle Isarco	Vipiteno	in progettazione			
	VALLE ISARCO	Bressanone - Circondario	Bressanone *	in progettazione	Rio Pusteria	in costruzione	
		Chiusa - Circondario	Chiusa *	Terminato			
BRUNICO	VAL PUSTERIA	Tures - Aurina	Tures *	in costruzione	Aurina	nessun progetto	
		Brunico - Circondario	Brunico	Terminato	Valdaora	in costruzione	
		Alta Val Pusteria	San Candido	in costruzione	Monguelfo	nessun progetto	
		Val Badia	San Martino	in costruzione			

Fonte: Ufficio distretti sanitari situazione novembre 1999

4.2.1 I compiti sociosanitari di base nel distretto

Coerentemente con quest'idea del distretto sociosanitario integrato come unità di base dell'assistenza sociosanitaria, nel territorio di ciascun distretto sono previsti i seguenti compiti in campo sociale:

- assistenza sociale di base (Servizio sociale di base, SSB)
- assistenza pedagogico-educativa (servizio educativo, SE)
- assistenza domiciliare e aiuto alle famiglie (servizio assistenza domiciliare, SAD)
- assistenza economica sociale (AES)
- segretariato sociale

Prima di parlare dei compiti del distretto sanitario, ci sia lecito premettere alcune osservazioni sulla struttura organizzativa del settore sanitario.

Il Piano sanitario provinciale 2000 –2002, approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 3028 del 19.07.99, ribadisce i principi organizzativi del proseguimento della trasformazione delle Unità sanitarie locali della Provincia in aziende sanitarie.

Le Unità sanitarie locali della Provincia di Bolzano sono state denominate come segue:

- Azienda sanitaria di Bolzano
- Azienda sanitaria di Merano
- Azienda sanitaria di Bressanone
- Azienda sanitaria di Brunico.

Le Aziende sanitarie sono enti strumentali della Provincia. Si tratta di enti di diritto pubblico, provvisti di personalità giuridica ed indipendenti sotto il profilo funzionale, gestionale e organizzativo, tecnico, amministrativo e contabile. Questi enti, a cui fa capo il direttore generale, sono articolati in due settori, sanitario ed amministrativo. Il direttore generale è l'organo fondamentale di governo dell'azienda sanitaria, in quanto titolare della funzione deliberativa e capo della direzione strategica dell'azienda, alla quale concorrono il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo, con il supporto delle unità di staff (controllo di gestione e ufficio relazioni con il pubblico).

Il settore amministrativo, a cui fa capo un direttore amministrativo, è articolato in ripartizioni, che a loro volta sono suddivise in uffici (come già nel settore sociale).

Il settore sanitario, a cui fa capo un direttore sanitario, è articolato in 2 aree, quella territoriale e quella ospedaliera.

Fanno parte dell'area territoriale i seguenti servizi:

- servizio di medicina di base articolato nei distretti sanitari
- servizio igiene e sanità pubblica, compresa la sezione di medicina legale
- servizio di medicina dello sport
- Ser.T.-servizio per le dipendenze
- servizio psichiatrico
- servizio psicologico.

Nell'azienda sanitaria di Bolzano sono previsti inoltre i seguenti servizi:

- servizio di medicina legale
- servizio di medicina del lavoro
- servizio veterinario
- servizio pneumologico.

Nell'ambito dell'area territoriale anche i consultori familiari concorrono all'erogazione di prestazioni psicologiche, psicoterapeutiche e medico-specialistiche.

I distretti sanitari, in considerazione della loro dimensione e delle risorse disponibili, garantiscono le seguenti prestazioni sanitarie:

- medicina generale e servizi di urgenza
- pediatria di libera scelta
- educazione alla salute
- medicina specialistica erogata dai distretti o nei distretti
- assistenza infermieristica territoriale e domiciliare
- assistenza domiciliare integrata
- assistenza farmaceutica territoriale
- riabilitazione fisica
- assistenza residenziale ad anziani e disabili
- assistenza dietetica nutrizionale
- attività amministrative e di supporto tecnico-organizzativo.

L'unitarietà, l'integrazione e la promozione delle attività tecnico-sanitarie dei servizi della prevenzione (servizio igiene e sanità pubblica, servizio di medicina dello sport, servizio di medicina del lavoro, servizio pneumologico e servizio veterinario) viene garantita dal dipartimento di prevenzione, istituito presso l'azienda sanitaria di Bolzano.

Il coordinamento funzionale del servizio di medicina di base, del servizio tossicodipendenze, del servizio psichiatrico e del servizio psicologico viene effettuato dal dipartimento distrettuale.

Il coordinamento funzionale dei servizi dell'area territoriale è effettuato dalla direzione territoriale, a cui è preposto un dirigente medico. La direzione territoriale si configura come struttura fondamentale dell'azienda sanitaria e assume il ruolo di centro di responsabilità a cui è attribuito un budget per il coordinamento delle competenze territoriali, per il coordinamento dell'erogazione di prestazioni e delle strutture erogatrici anche nei confronti di altri erogatori di prestazioni.

I servizi, che fanno parte dell'area ospedaliera garantiscono l'erogazione:

1. di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti e post acuti non stabilizzati
2. di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica erogate dalle strutture ambulatoriali, poliambulatoriali e da altri servizi specialistici di livello aziendale e interaziendale.

In Alto Adige l'assistenza ospedaliera è erogata da:

- presidi ospedalieri pubblici, articolati su tre livelli (centrale, aziendale, di base)
- case di cura e strutture di ricovero private accreditate.

L'assistenza specialistica fa capo al presidio ospedaliero di azienda USL.

In ogni presidio ospedaliero dell'azienda è prevista una direzione medica, una direzione infermieristica e una direzione amministrativa.

Il dirigente medico dell'ospedale centrale di Bolzano e degli ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico svolge le funzioni di responsabile dell'intera area ospedaliera dell'azienda.

Di seguito vengono descritte più dettagliatamente i singoli settori di prestazione del distretto sociale. Si desidera tuttavia evidenziare che il regolamento del distretto sociale è attualmente in fase di rielaborazione e che i singoli settori di prestazioni si trovano in una situazione transitoria. Si dovrà elaborare, sulla base dei precedenti regolamenti di servizio, un regolamento di distretto integrato che comprenda le prestazioni di tutti gli attuali servizi del distretto. L'obiettivo è quello di promuovere un maggiore collegamento tra le singole aree di intervento. Il principio fondamentale di tale lavoro è il rispetto del segreto di ufficio, con particolare riferimento ai bisogni che si manifestano in una determinata situazione. Le descrizioni dei compiti qui riportate per le singole aree seguono ancora l'attuale logica dell'organizzazione in servizi e vogliono chiarire innanzitutto la gamma dei compiti.

4.2.1.1 Assistenza sociale di base (SSB)²¹

Compito principale dell'assistenza sociale di base è il sostegno dei singoli, delle famiglie e dei gruppi che si trovano in una situazione di difficoltà personale o familiare. Tramite il contatto diretto con gli utenti ed un utilizzo opportuno dei principali elementi dell'ambiente circostante, l'assistenza sociale di base rileva il problema, incentiva le risorse delle persone, delle istituzioni o della comunità, raccorda i bisogni con le risorse e contribuisce all'organizzazione ed all'amministrazione dei servizi e delle prestazioni. L'assistenza sociale di base contribuisce all'organizzazione di comunità ed alle ricerche sociali. La sua attività persegue, tramite un sostegno mirato all'incoraggiamento, l'educazione e talvolta anche fini terapeutici, ad istituire il necessario collegamento tra bisogni e risorse familiari e sociali, ma anche istituzionali e comunitari. Viene attivato un sistema di misure di aiuto per i singoli o per la comunità; inoltre, si incentivano e si migliorano i rapporti tra le persone e tra le persone e il sistema di risorse.²²

4.2.1.2 L'assistenza pedagogico - educativa (SE)

L'assistenza pedagogico-educativa promuove la socializzazione e l'integrazione sociale delle persone, delle famiglie o dei gruppi a rischio, incentivando, anche a fini preventivi, i rapporti interpersonali e la disponibilità reciproca alla comunicazione delle persone. Essa, inoltre, può dare un sostegno pedagogico agli altri servizi ed istituzioni sociali. Nell'ambito di un sistema integrato e coordinato di servizi pensati per i singoli e per le famiglie, contribuisce a prevenire e ad eliminare le situazioni di bisogno personale e familiare, tramite una vasta offerta di prestazioni di assistenza sociale. Essa integra gli altri servizi sociosanitari offerti nel distretto, con cui è coordinata. Il servizio educativo elabora, realizza, coordina e verifica progetti e misure di educazione e di finanziamento a livello territoriale. L'assistenza pedagogico-educativa incentiva la creazione di gruppi attivi per il bene comune e di gruppi di auto - aiuto.²³

4.2.1.3 L'assistenza domiciliare (SAD)

Nell'ambito di un sistema integrato e coordinato di servizi a favore delle famiglie e dei singoli, l'assistenza domiciliare contribuisce a prevenire ed eliminare le situazioni di bisogno personale e familiare, tramite una serie di prestazioni erogate presso il domicilio dell'assistito, nei centri diurni, nei centri di degenza diurni e negli alloggi protetti per anziani. L'obiettivo è quello di rendere possibile la permanenza nell'ambiente cui si è abituati, limitando al contempo il bisogno di strutture residenziali. L'attività del servizio di assistenza domiciliare consiste p. es. nella cura del corpo, in misure terapeutiche secondo quanto prescritto ed in collaborazione con i relativi specialisti, terapia motoria, terapia occupazionale e terapia del linguaggio, aiuto per i lavori domestici, preparazione dei pasti, consulenza personale, trasmissione di informazioni, aiuto psicologico ed interpersonale.²⁴

4.2.1.4 L'assistenza economica sociale (AES)

²¹ Approvazione del Regolamento di servizio del SSB con delibera n. 6370 della Giunta provinciale (18 ottobre 1993).

²² Cfr. il Regolamento di servizio del SSB.

²³ Cfr. il Regolamento di servizio del Servizio educativo e la descrizione dei compiti degli educatori.

²⁴ Cfr. il Regolamento di servizio del Servizio di assistenza domiciliare.

Nell'ambito di un sistema integrato e coordinato di prestazioni a favore delle famiglie e dei singoli, l'assistenza economica sociale contribuisce a prevenire ed eliminare le situazioni di bisogno personale e familiare. Ciò avviene nel dettaglio tramite le seguenti prestazioni:

- prestazioni finanziarie per la copertura dei bisogni fondamentali
- prestazioni finanziarie straordinarie in particolari situazioni di bisogno
- prestazioni finanziarie per dare un assegno per le piccole spese alle persone ricoverate in strutture residenziali
- il compenso di affidamento per famiglie affidatarie
- i costi per il ricovero in strutture di assistenza sociale, che ricadono nella competenza propria dei comuni, se non sono state delegate agli enti gestori
- ogni altra prestazione finanziaria che non viene erogata direttamente dalla Provincia
- aiuto e consulenza personale.²⁵

4.2.1.5 Il segretariato sociale nel distretto

Il segretariato sociale rappresenta la funzione di erogazione di informazioni e la consulenza centralizzata per tutti i cittadini del distretto, indipendentemente dal sesso. Tra i suoi compiti di segretariato sociale c'è la prima consulenza agli utenti, l'invio delle loro richieste all'*équipe* distrettuale o ad un dirigente di servizio specializzato. L'attività del segretariato sociale mira a considerare le richieste ed i problemi degli utenti in un'ottica unitaria (che tenga conto dell'ambiente in cui vivono), garantendo un coordinamento quanto più soddisfacente possibile delle misure necessarie. Essendo chiamato ad adempiere a questi compiti, il segretariato sociale è anche un'istanza centrale per il rilevamento dei bisogni e del fabbisogno nel distretto. Le informazioni raccolte tramite la funzione di segretariato sociale in merito ai bisogni dei cittadini devono essere analizzate in modo continuativo e sistematico, in modo che le prestazioni possano essere sviluppate alla luce dei bisogni e della vicinanza ai cittadini.

Per quanto riguarda la forma di organizzazione della funzione di segretariato sociale, i gestori hanno un'ampia libertà decisionale. Il servizio può essere fornito in modo qualificato quando, ad esempio, il personale specializzato dei diversi servizi presta alternativamente servizio di segretariato sociale, oppure utilizzando personale appositamente qualificato.

4.2.2 L'équipe di distretto

Composizione

L'*équipe* di distretto è formata dagli operatori ed operatrici dei servizi sociali e del settore sanitario nel distretto.²⁶ In caso di necessità, l'*équipe* di distretto può avvalersi anche del personale dei prestatori di servizi multizonali. Per lavoro d'*équipe* si intende la collaborazione solidaristica e coordinata delle diverse categorie professionali in vista del raggiungimento di un obiettivo comune, l'integrazione di tutte le attività all'interno del distretto.

Coerentemente con le prestazioni di base e con i servizi fondamentali nel campo dell'assistenza sociale, ciascuna *équipe* di distretto deve prevedere le seguenti figure professionali:

²⁵ Cfr. il Regolamento di servizio del Servizio assistenza economica sociale.

²⁶ V. anche Piano sanitario provinciale 1992-95, p. 24.

- assistente sociale
- pedagogista
- educatore/trice
- educatore/trice per minorati
- educatore/trice del servizio giovani e per minori
- assistente geriatrico e familiare
- operatore/trice sociale
- assistente per persone in situazione di handicap
- educatore/trice sociale
- operatore/trice socio-assistenziale
- ausiliari/e di assistenza
- referente per l'assistenza economica sociale
- assistente di segreteria
- assistente amministrativo

Figure professionali del settore sanitario nel distretto

In campo sanitario, a livello di distretto, sono previste le seguenti figure professionali:²⁷

- medico di medicina generale
- pediatra di libera scelta
- ginecologo/a
- dentista e/o odontoiatra
- farmacista
- infermiere/a - infermiere/a pediatrico/a
- assistente sanitaria/o
- ostetrica/o
- dietista
- fisioterapista / massaggiatore / massofisioterapista
- ergoterapista
- logopedista
- igienista dentale
- amministrativo

Compiti dell'équipe di distretto

Il compito dell'équipe di distretto è garantire l'assistenza sociosanitaria di base sul territorio del distretto. La premessa essenziale, conformemente con gli scopi sopra descritti, è la cooperazione trasversale e interdisciplinare tra tutti gli addetti ai servizi sociosanitari.

L'attività del personale dell'équipe di distretto non deve essere mirata solo alla gestione dei problemi già manifestatisi; avvalendosi di un approccio unitario, orientato verso l'ambiente e preventivo, il personale del distretto non deve mai perdere di vista le condizioni che favoriscono l'insorgenza dei problemi sociosanitari. Coinvolgendo le persone interessate e le famiglie, il personale del distretto deve elaborare delle strategie che permettano di cambiare queste condizioni e comportamenti, ma anche sviluppare approcci mirati all'attenuazione o alla riduzione di nuovi problemi.

4.2.3 Il/la responsabile di distretto

Compiti

²⁷ V. anche: Piano sanitario provinciale 2000 - 2002, p. 40.

Stando alle norme di legge sul riassetto dei servizi sociali, per ciascun distretto era previsto un coordinatore/una coordinatrice, responsabile di tutte le attività del personale dei servizi sociali del distretto.²⁸ In stretta collaborazione con gli altri operatori del distretto, doveva provvedere ad una cooperazione quanto più efficiente possibile tra il personale ed i diversi prestatori di servizi; inoltre, doveva assicurare il contatto con la popolazione e con i servizi sociali del settore privato. Nella pratica, si è visto negli scorsi anni che nella maggior parte dei casi una funzione di coordinamento, esercitata da un collaboratore del distretto oltre alle proprie normali attività, non basta per i compiti impegnativi attribuiti al coordinatore o alla coordinatrice. Perciò, con l'articolo 17 della L. P. n. 16 dell'11.11.1997, si è abolita la funzione del/la coordinatore/trice nella sua forma precedente. In tal modo le comunità comprensoriali, in quanto enti gestori territoriali dei servizi sociali, hanno ottenuto la possibilità di nominare un/a operatore professionale dipendente quale responsabile di distretto. Si sono così migliorate anche le premesse per un rafforzamento dell'autonomia del distretto, che effettivamente rappresenta un obiettivo strategico centrale dello sviluppo organizzativo del servizio sociale (si veda in proposito anche la Sezione inerente alle misure nel settore del distretto, Cap. 7.5.).

4.2.4 Il Comitato di distretto

Il coinvolgimento delle principali istituzioni della società (p. es. nel campo della politica o della formazione) e dei gruppi sociali presenti nel territorio del distretto nel lavoro dell'équipe di distretto è una premessa di fondamentale importanza per lo sviluppo del settore sociosanitario, che deve essere commensurato ai bisogni e vicino ai cittadini. Questo anche perchè, coerentemente con gli obiettivi sopra indicati, la politica sociosanitaria può essere efficace solamente come una delle componenti di una politica globale che comprenda tutti i settori.

Il Comitato di distretto è uno strumento importante per il coinvolgimento dei cittadini di entrambi i sessi nel lavoro dell'équipe di distretto; il compito di questo Comitato è quello di dare ad ogni distretto sociosanitario dei suggerimenti per il lavoro della sua équipe, contribuendo così alla realizzazione degli obiettivi del Piano sociale e di quello sanitario.²⁹

Composizione

La composizione del comitato di distretto, secondo il regolamento in vigore presso i servizi sociali è la seguente:

- tre rappresentanti di tutti i Comuni facenti parte del territorio del distretto
- il/la coordinatore/trice del distretto sociale e sanitario
- un/a rappresentante delle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza operanti in campo sociosanitario nel territorio del distretto
- un/a rappresentante delle scuole materne, elementari, medie e superiori presenti nel territorio del distretto
- due rappresentanti dei gestori privati, delle organizzazioni di volontariato o dei gruppi di auto - aiuto attivi nel distretto

Per particolari settori di attività il Comitato può proporre al Comitato di distretto la creazione di sezioni. A queste sezioni possono appartenere anche persone non facenti parte del Comitato. Ogni sezione può avere non più di cinque membri.

²⁸ Art. 16, 3° capoverso della legge provinciale n.° 13 del 30.04.1991.

²⁹ Cfr. Regolamento di servizio per l'insediamento del Comitato di distretto.

Il Comitato di distretto viene nominato per un periodo di cinque anni (che quindi coincide con il mandato della comunità comprensoriale). Il servizio di segreteria del Comitato di distretto e delle sezioni viene svolto da un/a impiegato/a della comunità comprensoriale.

Compiti

Il compito del Comitato di distretto è quello di contribuire al coordinamento di tutte le istituzioni attive nel distretto (distretto sociale e sanitario, Azienda sanitaria locale, comunità comprensoriale, Comuni, scuole materne e scuole, istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza).

In particolare, il Comitato di distretto ha i seguenti compiti:

- dare un parere sul Piano sociale e sanitario del distretto;
- formulare delle proposte e dare dei suggerimenti per il lavoro dei servizi sociosanitari;
- dare impulso alle iniziative che mirano ad ottimizzare l'interazione tra i servizi sociosanitari e le strutture formative nel territorio del distretto (scuole, scuole materne, università popolari ecc.);
- promuovere le iniziative per un miglior coordinamento dell'attività di tutti gli enti e di tutte le associazioni impegnati, a livello di distretto, nell'attuazione del Piano sociale e di quello sanitario;
- in caso di eventuali carenze nelle prestazioni sociali e sanitarie, allertare gli uffici competenti degli enti gestori locali e della Provincia;
- partecipare alla valutazione continua del lavoro dei servizi sociosanitari, producendo delle informazioni sull'efficacia e sull'efficienza delle misure adottate e contribuendo alla loro valutazione.

4.3 I servizi multizonali

4.3.1 Servizi dei gestori pubblici (enti territoriali)

Definizione

I servizi multizonali sono strutture specializzate che integrano le prestazioni distrettuali. Si va da un'offerta di tipo residenziale (centri di degenza e case di riposo, residenze, convitti per minori ecc.) ad un'offerta di tipo semi-residenziale/semi-aperto (centri diurni, laboratori protetti ecc.) a prestazioni ambulatoriali specialistiche (consultori familiari ecc.). Per il loro livello di specializzazione e, di conseguenza, grazie alle maggiori possibilità tecnico - organizzative di cui dispongono, i servizi integrativi possono assistere anche la popolazione di più distretti.

La creazione di servizi multizonali è necessaria per garantire un'assistenza diffusa sul territorio, al di là dei confini dei bacini di utenza dei diversi enti gestori. Per soddisfare questo bisogno di coordinamento, la determinazione di questi servizi è di competenza della Giunta provinciale. Definire i servizi esistenti come „multizonali“ serve ad evitare l'esubero di capacità nella struttura decentrata degli enti gestori (soprattutto nelle singole comunità comprensoriali), garantendo un utilizzo ottimale dei servizi esistenti.

Compiti e prestazioni

Coerentemente con i rispettivi settori di attività, i compiti e le prestazioni dei servizi multizonali coprono un ampio spettro. Tramite delibera della Giunta provinciale, si sono definiti multizonali i seguenti servizi:³⁰

- convitti
- consultori familiari
- case delle donne
- alloggi di addestramento
- centri di addestramento professionale
- corsi di socializzazione
- centri di degenza e case di riposo
- laboratori per malati psichici e persone in situazione di handicap
- residenze e comunità alloggio per malati psichici
- strutture per la tossicodipendenza e per la devianza sociale

I servizi multizonali devono mantenersi in contatto costante con le *équipe* del distretto sociosanitario, per rendere possibile un uso quanto più efficiente possibile delle risorse disponibili e delle prestazioni offerte. Ciò permette un migliore coordinamento dei diversi aiuti ed offerte di sostegno, e quindi una migliore gestione delle situazioni di passaggio da una forma di assistenza o di sostegno ad un'altra.

La struttura organizzativa

³⁰ Cfr. delibera n. 2878/24.06.1996 della Giunta provinciale.

La particolare caratteristica organizzativa dei servizi multizonali è la possibilità di stabilire dei contingenti per la presa in carico degli utenti dai bacini di utenza degli enti gestori delle vicinanze. Le strutture organizzative sono molto diverse a seconda dei compiti delle singole strutture.

Alle strutture abitative residenziali si applicano le seguenti linee guida. Devono:

- rispettare la sfera personale dell'assistito;
- promuovere lo sviluppo delle relazioni interpersonali all'interno e all'esterno delle strutture;
- sostenere l'espletamento di attività socioculturali nel tempo libero;
- garantire la massima libertà di movimento possibile all'interno e all'esterno della struttura; lo scopo è quello di promuovere lo sviluppo delle capacità individuali e la massima autonomia possibile;
- essere gestite con la massima flessibilità possibile, per potersi adattare rapidamente all'evoluzione dei bisogni degli/le utenti.

Cooperazione con l'equipe di distretto

Una buona cooperazione tra i servizi multizonali e l'equipe di distretto è la premessa essenziale per un'assistenza sociosanitaria completa, commisurata al fabbisogno e vicina ai cittadini. Per raggiungere quest'obiettivo, il personale delle strutture di entrambi i livelli deve elaborare programmi, piani di intervento e piani terapeutici comuni. Questi documenti devono contenere chiare indicazioni sugli scopi perseguiti, sui gruppi di riferimento, sui metodi di lavoro, le misure, i tempi e la copertura dei costi. La promozione di questa cooperazione è un compito centrale dei coordinatori e dei/le futuri responsabili di distretto.

Gli utenti accedono alle strutture ed ai servizi multizonali mediante l'intermediazione dell'equipe di distretto (p. es. nel caso dell'assistenza ai minori), oppure rivolgendosi direttamente alla struttura (p. es. nel caso delle case di riposo).

La dotazione di personale dei servizi multizonali corrisponde a cosiddetti parametri di personale. Le strutture residenziali richiedono in parte anche la collaborazione dei servizi di base del distretto sociosanitario. Le piante organiche del distretto sociale e sanitario sono armonizzate con quelle dei servizi multizonali. Per permettere un coordinamento, i vari enti gestori (Comuni, comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali, aziende sanitarie, istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gestori privati) concludono appositi accordi.

4.3.2 Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB)

Anche le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza sono da citare come enti gestori di servizi multizonali. Esse contribuiscono alla realizzazione dei compiti dei servizi sociali e

possono concludere delle convenzioni con i gestori pubblici (enti territoriali). La Provincia può concedere agli istituti pubblici di assistenza e beneficenza dei contributi dal Fondo sociale provinciale per gli investimenti e le spese di esercizio.³¹

La legge regionale n. 3 del 1 agosto 1996 e relative modifiche, contiene delle norme dettagliate per il settore degli istituti pubblici di assistenza e beneficenza.

4.4 Le comunità comprensoriali come gestori dei servizi sociali

La struttura organizzativa della comunità comprensoriale, che accanto ai servizi sociali adempie ad altri compiti (nel settore della tutela dell'ambiente e dello sviluppo regionale³²) corrisponde sostanzialmente a quella dell'amministrazione comunale. Con Presidente, Comitato, Consiglio e segretario generale la comunità comprensoriale riproduce a livello superiore le strutture amministrative del Comune. Il Consiglio comprensoriale è formato da rappresentanti dei Comuni, eletti dai Consigli comunali³³. Il Comitato ed il Presidente sono eletti dal Consiglio.

Dopo il riordino del settore sociale, il settore dei servizi sociali rappresenta il principale campo d'intervento delle comunità comprensoriali. La direzione tecnica del settore del servizio sociale è di competenza di un direttore/una direttrice.

La direzione dei servizi sociali nella comunità comprensoriale

Il settore d'intervento dei servizi sociali delle comunità comprensoriali viene diretto da un direttore/una direttrice, con pieni poteri amministrativi e di rappresentanza per il settore dei servizi sociali. E' al/la direttore/trice che spettano la gestione ed il coordinamento dei servizi e del personale. La direzione è responsabile dell'applicazione tecnica ed organizzativa delle leggi, delle norme e dei piani.³⁴

Il direttore/la direttrice viene nominato dal consiglio di amministrazione dell'ente gestore per un periodo limitato; il suo mandato può essere rinnovato alla scadenza. Partecipa alle sedute degli organi della comunità comprensoriale e, su richiesta del Presidente, può esprimere dei pareri e dare informazioni.

Nella fattispecie, i compiti del direttore/della direttrice sono i seguenti:³⁵

- elaborare il programma annuale e la relazione finale
- impiego, gestione e amministrazione del personale
- gestire in modo unitario tutti i servizi e le istituzioni sociali
- definire i modelli organizzativi ed i metodi di lavoro non definiti dalla legge, da linee guida o da altre norme
- orientare, coordinare e monitorare i servizi
- promuovere misure di aggiornamento professionale
- prestare consulenza tecnica al Segretario generale ed al Presidente nell'espletamento delle loro mansioni
- prestare consulenza tecnica alle associazioni, agli interessati ed alle loro famiglie
- coordinare le misure con le istanze competenti delle unità sanitarie locali e delle organizzazioni sia pubbliche sia private.

³¹ V. la legge provinciale n. 13/1991, art. 19.

³² V. a questo proposito la legge provinciale n. 7 del 20 marzo 1991.

³³ Cfr. la legge provinciale n. 7 del 20 marzo 1991.

³⁴ Cfr. a questo proposito la legge provinciale n. 16 dell'11 novembre 1997, Disposizioni sui Servizi sociali, art. 1.

³⁵ Cfr. il regolamento di servizio del direttore dei servizi sociali

4.5 L'azienda servizi sociali di Bolzano

Il Comune di Bolzano gode di una posizione speciale rispetto agli altri Comuni altoatesini, sotto molteplici punti di vista. Le ragioni sono sia di natura sociostrutturale che tecnico - amministrativa. Da un lato Bolzano rappresenta il maggiore agglomerato urbano dell'Alto Adige e presenta conseguentemente anche una concentrazione particolare di problematiche sociali e dunque di servizi sociali, dall'altro il territorio della comunità comprensoriale viene a coincidere in larga misura con quello del Comune di Bolzano. A livello amministrativo ciò ha fatto apparire poco opportuno adottare i modelli organizzativi previsti per la gestione dei servizi sociali nelle altre comunità comprensoriali.

A causa di queste particolarità, i responsabili del Comune di Bolzano hanno deciso di optare per una forma speciale di organizzazione ed amministrazione del settore socio-assistenziale, resa possibile dal comma 2 dell'art. 12 della L. P. 1 aprile 1991, e successive modifiche. L'articolo prevede che la gestione dei servizi sociali possa avvenire anche "mediante aziende o istituzioni". In base a tale legge e in accordo con le direttive finalizzate allo sviluppo organizzativo del presente Piano sociale (si veda il Cap. 7), è stata dunque istituita una "azienda autonoma" per la gestione e l'amministrazione dei servizi sociali a Bolzano. Tale azienda autonoma ha avviato le proprie attività il 01.01.1999.

L'obiettivo fondamentale di questa nuova struttura organizzativa per la gestione dei servizi sociali è una chiara suddivisione dei compiti tra la definizione delle finalità politiche e l'attuazione operativa dei compiti amministrativi. Occupano una posizione di primo piano negli sforzi tesi ad un'organizzazione efficace ed efficiente delle strutture amministrative la qualità, la rispondenza ai bisogni e la vicinanza ai cittadini delle prestazioni da erogare.

L'introduzione dell'azienda richiede anche una nuova concezione dei ruoli per l'apparato amministrativo dei servizi sociali presso il Comune. Compito centrale delle istituzioni amministrative presso il Comune sarà quello di mediare tra il piano politico e la gestione dei servizi nel quadro delle strutture aziendali.

Saranno dunque compiti degli organi politici del Comune:

- definire le finalità delle iniziative di politica sociale
- mettere a disposizione dell'azienda gli strumenti necessari per la gestione dei servizi
- verificare periodicamente le attività dell'azienda sociale in relazione ad efficienza, efficacia e rispondenza ai bisogni delle misure da attuare
- fornire l'appoggio politico per il coerente perseguimento degli obiettivi prefissati e
- stimolare i cittadini e le cittadine ad una cooperazione costruttiva.

Il compito dell'azienda consiste invece nel gestire sotto la propria responsabilità i servizi sociali. L'azienda per i servizi sociali è ente strumentale degli enti gestori dei servizi sociali. E' un ente autonomo dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia funzionale, tecnica, amministrativa e contabile. Sono organi gestori dell'azienda il direttore e il collegio dei revisori dei conti. Il direttore è preposto all'azienda con poteri di gestione e rappresentanza. Egli verifica la gestione dell'azienda e dispone le assunzioni del personale.

4.6 La Ripartizione provinciale Servizio sociale

Definizione

La "Ripartizione 24 Servizio sociale" dell'amministrazione provinciale è l'istanza amministrativa competente per il settore dell'assistenza e beneficenza e previdenza integrativa nella Provincia Autonoma di Bolzano. Dipende dall'Assessore provinciale alla sanità, al servizio sociale e personale della Giunta provinciale. La Ripartizione provinciale Servizio sociale si compone di una direzione e di 4 uffici.

Compiti della Ripartizione provinciale dopo il riordino del servizio sociale

Con la legge provinciale 13/1991 sul riassetto del settore sociale e il passaggio ai Comuni ed alle comunità comprensoriali delle competenze amministrative in fatto di gestione dei servizi sociali, in Alto Adige c'è stata una nuova ripartizione dei compiti di organizzazione e di assetto del settore sociale. Contemporaneamente, alla Provincia altoatesina sono stati assegnati nuovi compiti importanti nel campo dell'assicurazione sociale, tramite l'attivazione della competenza legislativa integrativa della Regione. E' lecito prevedere che altre importanti iniziative di legge del Consiglio regionale amplieranno ulteriormente i compiti della Provincia nei prossimi anni. Questi sviluppi hanno reso necessario un cambiamento di rotta, sia sotto il profilo organizzativo sia contenutistico, nel corso del quale anche la Ripartizione Servizio sociale è stata chiamata a rivedere il ruolo che ha svolto finora come istanza di pianificazione, di orientamento e di coordinamento, sottoponendo a verifica la relativa gamma di attività.

Sulla base del mandato giuridico esistente³⁶ e nel rispetto degli obiettivi fissati in questo Piano per lo sviluppo delle strutture organizzative nel campo dei servizi sociali (v. sezione C del Piano), la Ripartizione Servizio sociale deve adempiere ai seguenti compiti:

- preparare l'emanazione delle leggi sociali della Provincia
- definire e valutare la raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, nel quadro delle direttive giuridiche e di politica sociale definite dalla Giunta provinciale
- definire e garantire gli standard minimi dell'assistenza sociale
- tutelare giuridicamente i cittadini di entrambi i sessi, per cui rappresenta l'istanza a cui inoltrare eventuali ricorsi
- effettuare una pianificazione su scala provinciale, intesa come un vasto coordinamento dell'offerta
- provvedere al rilevamento dei bisogni su scala provinciale, nell'ambito di studi e ricerche
- provvedere al *reporting* ed al *controlling* (sistema informativo/relazione annuale)
- coordinare le attività degli uffici specializzati
- integrare le misure della politica sociale con quelle degli altri settori politici
- sviluppare progetti per il lavoro sociale (progetti di assistenza)
- fornire una consulenza specialistica ai gestori decentrati, sia pubblici sia privati
- sviluppo e pianificazione del personale (aggiornamento professionale)
- curare i rapporti con i gestori privati e sostenerne le attività
- curare i rapporti con le istituzioni e le strutture sociali al di fuori della Provincia
- finanziare i servizi sociali e pianificare il bilancio generale
- erogare le prestazioni finanziarie per gli invalidi civili, i ciechi civili ed i sordomuti
- erogare le prestazioni della previdenza sociale integrativa

³⁶ Cfr. la legge provinciale n. 13/1991, articolo 8.

- elaborazione di proposte per il legislatore regionale per lo sviluppo della previdenza integrativa
- sensibilizzare l'opinione pubblica.

L'adempimento dei compiti della "programmazione a livello provinciale", dello "sviluppo di nuovi progetti di assistenza" e della "definizione di standard minimi" da parte dell'amministrazione provinciale in futuro dovrà essere maggiormente improntata ad una pianificazione partecipata, con la partecipazione dei gestori decentrati e di altri attori che hanno un ruolo importante nel settore sociale. La definizione del ruolo dell'amministrazione provinciale, che interagisce con i gestori decentrati (Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali) deve adattarsi costantemente alla nuova situazione con un processo di negoziazione congiunta. A questo proposito, bisogna prestare particolare attenzione ai cambiamenti che si produrranno con il trasferimento delle competenze ai Comuni.

La struttura organizzativa

La Ripartizione provinciale Servizio sociale è strutturata in una direzione e 4 uffici. Le competenze degli uffici sono prevalentemente e tendenzialmente ripartite in base a determinati gruppi sociali. Fa eccezione l'ufficio distretti sociali, tra le cui competenze ci sono compiti di coordinamento in fatto di relazioni tra la ripartizione provinciale ed i gestori decentrati, ma anche la gestione dei fondi per il finanziamento delle funzioni delegate dei servizi sociali³⁷. Le denominazioni degli uffici qui riportate non riflettono tutte le competenze dei rispettivi uffici, competenze che è possibile desumere dal prospetto organizzativo (v. la rappresentazione grafica successiva). Le esatte competenze degli uffici sono disciplinate con un decreto del Presidente della Giunta provinciale.³⁸ La Ripartizione provinciale Servizio sociale e la Ripartizione provinciale Sanità fanno capo ad un unico dipartimento. Il direttore del dipartimento funge da anello di congiunzione tra il livello politico e quello amministrativo.

Precisamente, la Ripartizione provinciale Servizio sociale è composta dalle seguenti unità organizzative o uffici:

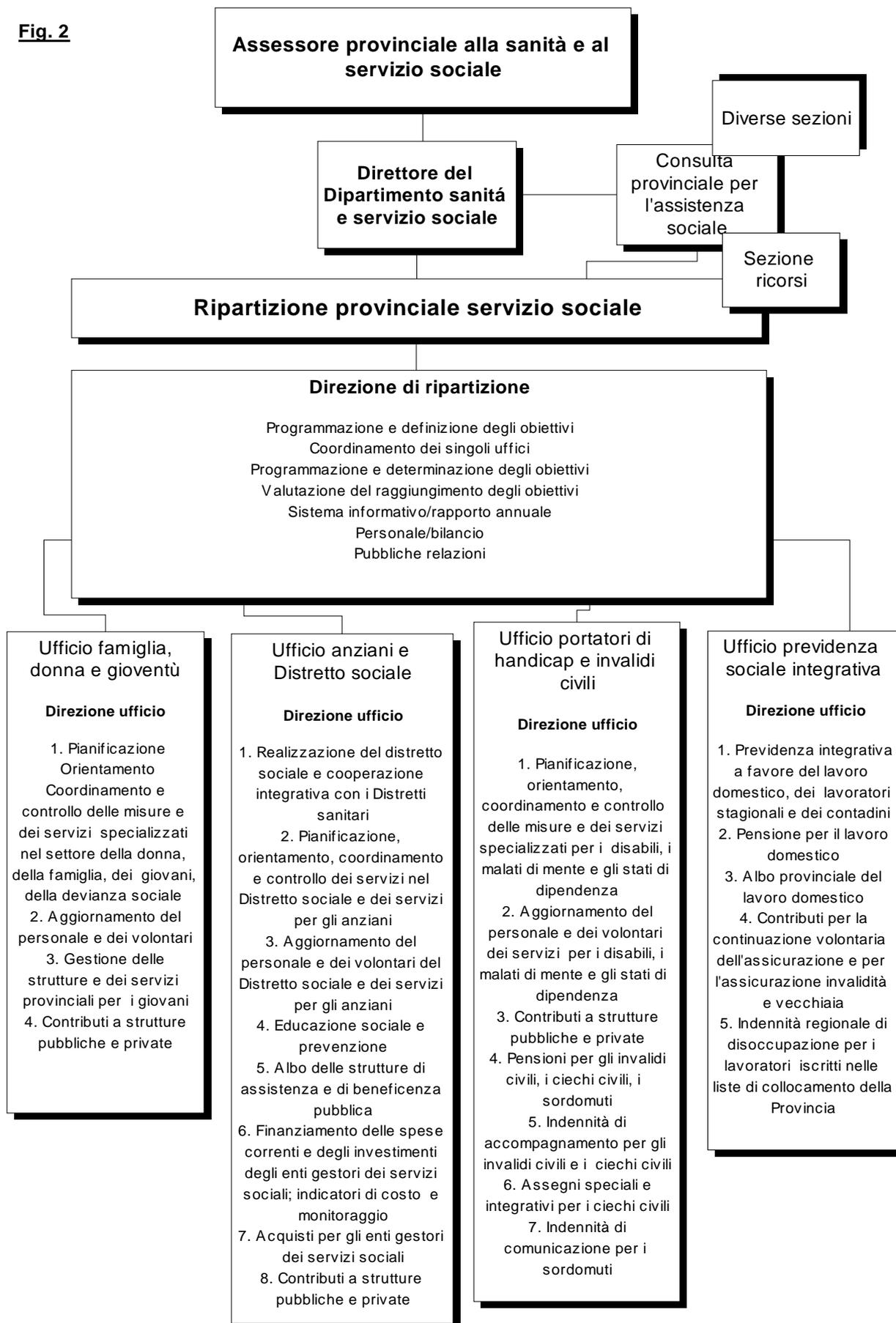
- Direzione di ripartizione
- Ufficio 24.1 Famiglia, donne e gioventù
- Ufficio 24.2 Anziani e distretti sociali.
- Ufficio 24.3 Soggetti portatori di handicap e invalidi civili
- Ufficio 24.4 Previdenza sociale integrativa.

La figura nella pagina seguente mostra la struttura della Ripartizione provinciale Servizio sociale

³⁷ V. a questo proposito la sezione E - Finanziamento.

³⁸ Decreto del Presidente della giunta provinciale (n. 25 dell'8 luglio 1993), modificati con il decreto del Presidente della Giunta provinciale del (n. 22 del 12 maggio 1995)

Fig. 2



4.7 La Consulta provinciale per l'assistenza sociale

Definizione

La Consulta provinciale per l'assistenza sociale ha il compito di consigliare la Giunta provinciale e gli organi amministrativi nelle decisioni importanti. Questa forma statutaria di partecipazione e di condeterminazione permette di tenere conto, nel processo decisionale, delle opinioni e delle competenze delle persone interessate e dei principali gruppi di interesse della società.

La composizione ed i compiti della Consulta provinciale per l'assistenza sociale sono regolati nell'art. 3 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13 e successive modifiche, stati ridefiniti con la legge provinciale „Disposizioni sui Servizi sociali in provincia di Bolzano“.³⁹ Della Consulta provinciale fanno parte le seguenti persone

- l'assessore provinciale competente in materia di assistenza e beneficenza pubblica in qualità di presidente;
- il direttore della Ripartizione Servizio sociale come vicepresidente;
- quattro rappresentanti dei Comuni, nominati dal Consorzio dei Comuni altoatesini;
- un rappresentante del capoluogo di provincia, nominato da quest'ultimo;
- un rappresentante delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, nominato da queste ultime;
- quattro rappresentanti delle strutture private convenzionate attive in campo sociale; la nomina è di competenza delle medesime strutture;
- tre specialisti nel campo dei servizi sociali;
- due rappresentanti delle principali organizzazioni professionali e due rappresentanti delle principali organizzazioni sindacali altoatesine, nominati da queste ultime.

I rappresentanti citati nei tre ultimi punti vengono scelti da una rosa di tre nomi presentata dagli enti e dalle istituzioni interessate.

Compiti

La Consulta provinciale ha il compito di consigliare la Giunta provinciale e gli organi amministrativi nelle decisioni importanti. Nella fattispecie, rientrano tra i suoi compiti le seguenti attività:

- pareri sul Piano sociale provinciale, sui piani annuali e pluriennali
- pareri sulla relazione annuale sullo stato di esecuzione del Piano sociale provinciale
- pareri sui criteri di ripartizione del Fondo sociale provinciale

Struttura organizzativa

Per particolari sfere di competenza, la Consulta può suddividersi in sezioni, a cui possono partecipare persone che, pur non facendo parte della Consulta, hanno competenze o conoscenze in materia di servizi sociali. Ciascuna sezione sarà formata in futuro da 9 membri. Il presidente può invitare alle riunioni della Consulta o delle sezioni specialisti dei diversi settori, con voto consultivo. Un dipendente provinciale della Ripartizione Servizio sociale, di 6° livello o di livello superiore, funge da segretario della Consulta rispettivamente delle diverse sezioni. Della Consulta provinciale fa parte anche la sezione "Ricorsi".

³⁹ Cfr. a questo proposito la legge provinciale 11 novembre 1997 n. 16

La sezione Ricorsi della Consulta provinciale

La sezione Ricorsi della Consulta provinciale è formata dal direttore della ripartizione servizio sociale, che funge da presidente, e da quattro funzionari degli uffici provinciali competenti in campo sociale. E' un collegio perfetto, il che significa che può decidere solo se tutti i membri sono presenti.

La sezione Ricorsi decide in merito ai ricorsi presentati contro gli enti gestori pubblici di servizi sociali per quanto concerne l'erogazione delle prestazioni e, nei casi dubbi, decide in merito al ricovero e all'accoglimento in una struttura residenziale⁴⁰ e alla relativa partecipazione alla tariffa.

La funzione della Provincia come garante ed istanza a cui presentare i ricorsi per una erogazione delle prestazioni diffusa capillarmente sul territorio secondo le direttive vigenti, diventa sempre più importante con il progredire del decentramento del sistema dei servizi sociali. I cittadini di entrambi i sessi devono poter disporre di un'istanza, a livello provinciale, presso cui far valere i propri diritti sociali in qualsiasi momento. Il presupposto perché ciò avvenga è che all'istanza per i ricorsi sia data abbastanza pubblicità tra la popolazione, che in caso di bisogno deve potervi accedere senza troppa burocrazia. Ciò è reso possibile dalla segreteria della sezione ricorsi.

La sezione Ricorsi, oltre ad esercitare un'importante funzione di controllo nei confronti delle richieste già espresse, è anche uno strumento per l'analisi dell'adeguatezza ai bisogni delle prestazioni offerte.

4.8 Il sistema informativo provinciale (SIPSA)

Definizione

La disponibilità di un sistema informativo efficace è una delle premesse più importanti per l'introduzione di modelli di organizzazione e di gestione efficienti nel campo dei servizi sociali pubblici. La pianificazione e il controllo sono resi possibili dalla disponibilità di informazioni differenziate sulla situazione esistente, nonché di informazioni sulle ripercussioni delle singole misure e strategie operative.

L'introduzione di un sistema informativo in grado di fornire queste informazioni rappresenta un compito lungo e complesso. Questo sistema ha il compito di fornire tutte le informazioni necessarie ai fini dell'amministrazione, della programmazione e del controllo dei diversi settori. I principali compiti di tale sistema informativo possono essere così definiti:

- Funzione di orientamento: i dati devono permettere di risalire alla domanda ed all'offerta per i singoli servizi.
- Funzione di analisi: dati utili ai fini della gestione dei servizi, la cui efficienza ed efficacia devono essere riconoscibili.
- Funzione di controllo: il sistema deve comprendere indicatori di efficienza e di efficacia.

⁴⁰ Cfr. la legge provinciale n. 13/1991, articolo 9, capoverso 1, lettera w.

Per adempiere a queste funzioni, il sistema informativo deve soddisfare determinate premesse:

1. Raccolta di dati aggiornati

La pianificazione richiede delle conoscenze; anche gli enti gestori della politica sociale devono disporre di un'ampia gamma di informazioni e devono essere messi in condizione di capire la situazione attuale, filtrando le informazioni e prevedendo le tendenze in atto.

2. Raccolta di dati sistematica e unitaria

Un sistema informativo qualificato presuppone coerenza interna, perseveranza e precisione. Per quanto concerne la scelta degli strumenti di rilevazione è necessario prevedere un processo di coordinamento, in grado di superare l'attuale suddivisione in settori specialistici e di colmare le lacune nella comunicazione. Bisogna rendere conto della necessità e dell'impiego razionale dei mezzi e delle risorse.

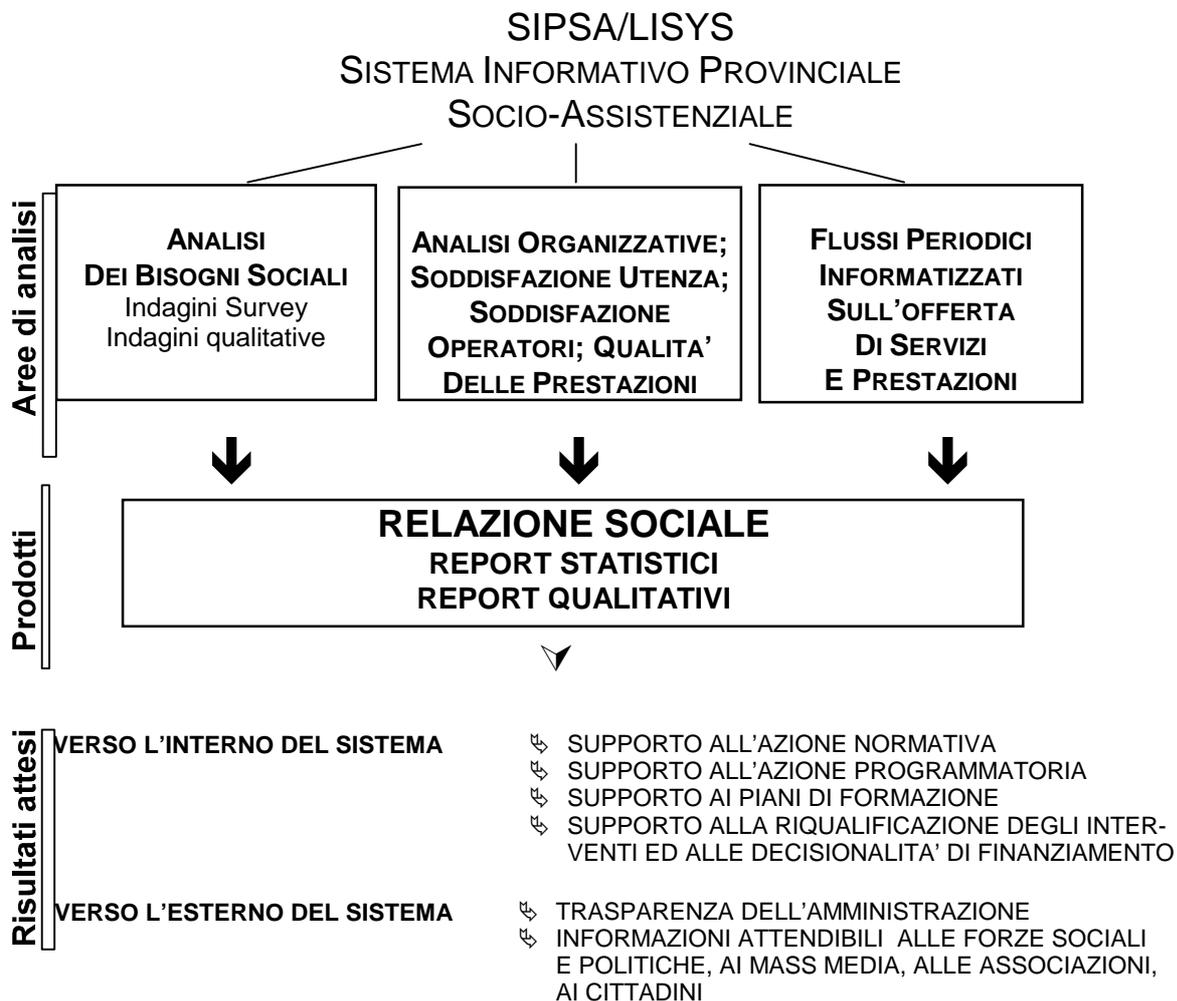
3. Raccolta dati interna

Le unità (servizi e strutture), che offrono le prestazioni, devono essere sempre più in grado di occuparsi personalmente della raccolta e del rilevamento dei dati, man mano che il sistema si consolida.

Per quanto concerne la configurazione dei flussi informativi è fondamentale che si crei un circuito: i dati importanti vengono rilevati sul territorio e vengono trasmessi oltre. Infine, vengono riuniti a più livelli. E' fondamentale che ci sia un riscontro dei dati sul territorio dove la prestazione viene erogata. Solo se tutti gli interessati sono consapevoli dell'importanza di questo circuito informativo c'è una solida base per un'attività qualificata di reporting.

L'analisi, la valutazione e il coordinamento dell'offerta esistente sono la premessa di un adattamento dinamico al mutare delle strutture della domanda. Il seguente grafico mostra lo schema procedurale del sistema informativo provinciale.

Fig. 3: Il sistema informativo provinciale



Fonte: Relazione sociale 1996/97 p. 4

Struttura organizzativa

Presso la Direzione di ripartizione è stata creata un'unità di progetto SIPSA, che è responsabile del coordinamento delle singole misure e che provvede ad effettuare anche tutte le rilevazioni periodiche su scala provinciale (rilevazioni sulla struttura e sul personale dei servizi, rilevazioni dei bisogni, rilevazioni sul grado di soddisfazione degli utenti ecc.). Per garantire il coordinamento con le pianificazioni settoriali è stato nominato un referente SIPSA in tutti gli uffici della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

Dopo il decentramento del servizio sociale, il coinvolgimento dei gestori locali e delle sottounità operative (Comuni, aziende per i servizi sociali, comunità comprensoriali e distretti) nel circuito informativo è decisivo per il funzionamento dell'intero sistema. Per questa ragione, si è provveduto alla nomina di referenti per il sistema informativo anche nelle comunità comprensoriali e nei distretti. Il compito dei referenti è quello di predisporre dati affidabili su richiesta dell'unità di lavoro centrale della Ripartizione provinciale; inoltre, i referenti devono anche fare confluire nuovamente nel loro contesto di lavoro i dati provenienti dall'unità, dopo che sono stati sottoposti ad una valutazione sistematica, in modo che le comunità comprensoriali ed i distretti possano lavorare a partire da queste informazioni.

I gestori locali hanno bisogno di informazioni specifiche per i loro interventi di pianificazione. Attualmente si sta sviluppando un procedimento unitario per il rilevamento e la gestione di tali informazioni, nell'ambito di un progetto per l'“Automatizzazione delle comunità comprensoriali“. Questo progetto viene portato avanti in stretta collaborazione con lo sviluppo del sistema informativo provinciale, in modo che i due sistemi possano opportunamente integrarsi sotto il profilo contenutistico, scambiandosi reciprocamente i dati senza problemi.

La Relazione sociale annuale

Uno dei principali risultati del sistema informativo SIPSA è la Relazione sociale provinciale, pubblicata con cadenza annua. Questo strumento fondamentale del *reporting* in campo sociale si rivolge a tutti coloro che operano nel sociale. In futuro la Relazione sociale dovrà essere in grado di dare informazioni differenziate sulle tendenze in campo sociale e dovrà avere una diffusione quanto più ampia possibile. La Relazione sociale contiene dati aggiornati sull'andamento sociodemografico e dati di base sui principali gruppi di riferimento nel campo del sociale. Descrive ed analizza l'offerta di prestazioni nei principali settori d'intervento (famiglia, bambini, giovani – anziani – persone in situazione di handicap – malati psichici – immigrati – assistenza economica sociale). Inoltre, documenta la situazione del personale nel campo del servizio sociale ed enumera le spese finanziarie. La quarta Relazione sociale è uscita nel 1999. Le misure descritte in questo Piano sociale poggiano parzialmente sui dati e sui risultati delle ricerche riportati nelle Relazioni sociali del 1994, 1995, 1996/97, 1998 e in parte 1999. In linea di massima tramite il SIPSA vengono effettuati tre tipi di rilevazioni: cfr. la seguente figura.

Fig. 4: Le fonti informative della Relazione sociale

**Monitoraggio periodico della "offerta"
Flussi informatizzati SIPSA
(per un totale di 341 unità d'offerta ad oggi monitorate)**

DATI SULLA STRUTTURA, LE ATTIVITÀ SVOLTE, L'UTENZA, IL PERSONALE E DATI FINANZIARI DI:

1. Case di riposo/Centri di degenza
2. Asili nido

DATI SULLA STRUTTURA, LE ATTIVITÀ SVOLTE, L'UTENZA, IL PERSONALE DI:

1. Distretti:
 - 1.1 Servizi di assistenza domiciliare
 - 1.2 Servizi di centro diurno del SAD
 - 1.3 Servizi sociali di base
 - 1.4 Servizi educativi del distretto
 - 1.5 Consultori familiari
2. Laboratori protetti per persone in situazione di handicap
3. Attività socio-assistenziali diurne per persone in situazione di handicap
4. Residenzialità:
 - 4.1 Strutture per minori:
 - Istituti educativo-assistenziali
 - Comunità alloggio
 - Case famiglia
 - Centri diurni
 - 4.2 Comunità alloggio/Convitti per persone in situazione di handicap

DATI SUL PERSONALE DI:

1. Servizi di assistenza economico - sociale.
2. BTZ (Centri di addestr. professionale)
3. Centri di assistenza diurna anziani
4. Corsi di socializzazione per persone in situazione di handicap
5. Laboratori protetti per malati psichici
6. Alloggi di addestramento
7. Comunità alloggio per malati psichici
8. Case della donna
9. Direzione comprensoriale dei servizi sociali
10. Servizi amministrativi centrali presso le comunità comprensoriali

Analisi organizzative e del grado di soddisfazione dell'utenza

1. Analisi organizzativa della rete dei servizi di assistenza domiciliare (1990)
2. Le case di riposo: una analisi socio-organizzativa con particolare riferimento agli stili direzionali (1993)
3. Analisi del grado di soddisfazione negli asili nido (1994)
4. Analisi del grado di soddisfazione nei servizi di assistenza domiciliare (1996)
5. Analisi del grado di soddisfazione nei servizi per portatori di handicap (1997).

Analisi della domanda sociale

1. Famiglia e servizi sociali. Una ricerca in Alto Adige tra bisogni e risorse (1989)
2. La situazione dei disabili in Alto Adige (1994)
3. Ricerca sui percorsi di povertà in Alto Adige (1997)
4. Gli anziani in Sudtirolo (1997)
5. gli/le assistenti domiciliari all'infanzia e il supporto alla paternità nella cura extrafamiliare dei bambini in Sudtirolo (1998)
6. Rapporto donna (in progress)
7. Survey sulle famiglie, i bisogni e le strategie di fronteggiamento degli eventi di crisi (da definire)

Fonte Relazione sociale 1996/97, p.5 e 6.

Il funzionamento del SIPSA, ora avviato verso la quinta annualità, si consolida ulteriormente, avendo reso sempre più efficienti i meccanismi di richiesta, registrazione, raccolta e validazione dei dati, soprattutto dal punto di vista dei tempi impiegati. L'estensione del SIPSA a servizi non precedentemente coperti (o analizzati solo in riferimento al personale impiegato) si concretizza, nel 1998, nell'inclusione dell'Assistenza economica di base tra i servizi analizzati.

Nelle successive annualità tale estensione riguarderà ulteriori reti di servizio di cui vengono ora registrati solo i dati di personale, o di cui non si rilevano neppure questi.

4.9 Il personale del servizio sociale provinciale

4.9.1 La situazione attuale del personale nel servizio sociale

Con l'introduzione del sistema informativo provinciale per il servizio sociale SIPSA (1994), si dispone ormai di dati differenziati sul personale che lavora in campo sociale, sulla sua ripartizione tra i diversi servizi e sulla struttura delle qualifiche. Ogni anno si provvede ad una nuova rilevazione dei dati, che vengono analizzati e documentati nella Relazione sociale annuale. I dati qui descritti sono quelli della Relazione sociale 1998. Essi comprendono 25 tipologie diverse di servizi per un totale di 361 unità di offerta.

Il numero degli occupati è ulteriormente cresciuto negli ultimi anni. Se alla fine del 1996 si registravano in totale 3.170 collaboratori, il loro numero in 24 mesi è aumentato di ben il 22 % fino agli attuali 3.867 collaboratori (fine 1998). Al fine di conoscere il numero di personale effettivamente a disposizione dei servizi, bisogna sottrarre le assenze a lungo termine, le maternità e i permessi: in questo modo si arriva a 3.610 unità di personale effettivamente in servizio. Per trasformare i posti a part time in posti a tempo pieno è stata introdotta la categoria di operatori "equivalenti". Il numero degli "operatori equivalenti a tempo pieno" era alla fine del 1998 di 3.151 unità in relazione agli operatori retribuiti e invece di 2.936 unità in relazione agli operatori effettivamente in servizio. L'evidente aumento di unità di personale nella relativa statistica deriva però solo in parte da un effettivo ampliamento numerico del personale o dei servizi presenti (in particolare nel settore delle strutture diurne). In parte esso deve essere anche ricondotto ad una rilevazione differenziata dei dati grazie al quale si sono potute colmare alcune lacune informative.

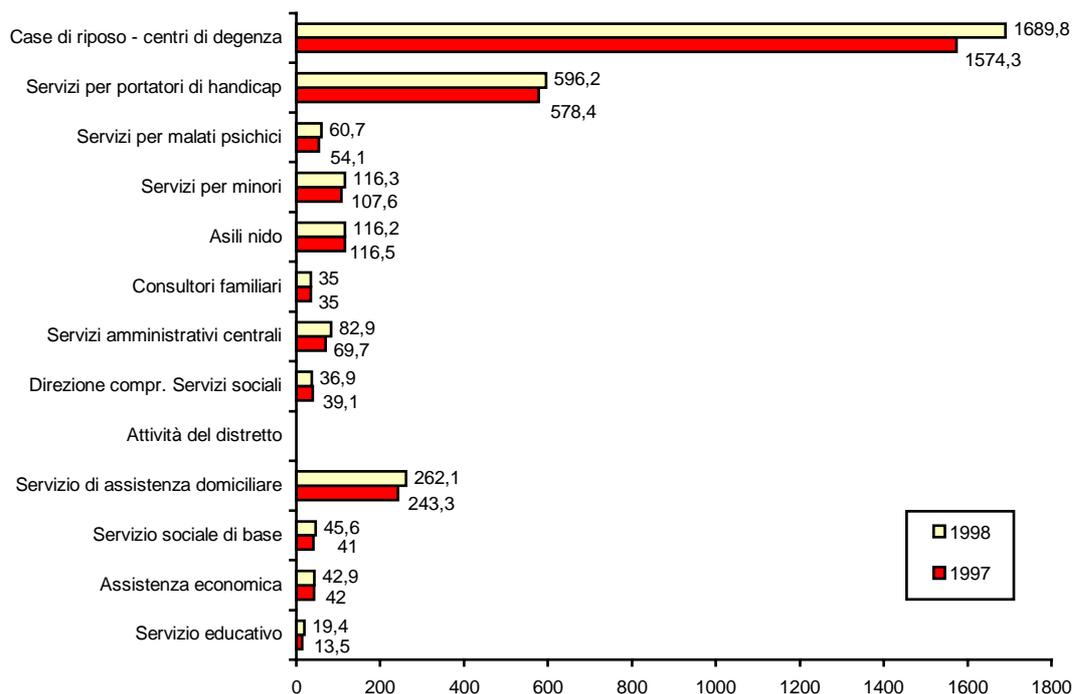
4.9.2 Ripartizione degli occupati nei diversi settori d'intervento

Distinguendo per settori d'intervento, si può osservare che la metà di tutti gli operatori equivalenti (54%) era occupata nel settore delle case di riposo e centri di degenza. Il numero del personale attivo nell'assistenza agli anziani sale addirittura al 63% se si includono - oltre alle case di riposo - anche i numerosi operatori dell'assistenza domiciliare (296 operatori equivalenti) che si occupano principalmente di anziani.

Al secondo posto si trovano i servizi per le persone in situazione di handicap, suddivisi in attività socio - assistenziali diurne e residenziali e il cui personale tra il 1996 e il 1998 ha registrato un aumento evidente, fra l'altro a causa delle attività part time. Il 44% degli operatori attivi in questo settore lavora infatti a part - time - 19 ore settimanali - (si veda la figura seguente).

Fig. 5:

N. operatori equivalenti per tipo di servizi in cui operano



Fonte: Relazione sociale 1998, p. 135.

4.9.3 Ripartizione nel settore dei servizi aperti e residenziali

Se si considera la ripartizione del personale nei servizi aperti e residenziali, si osserva che circa il 43% degli operatori ed operatrici lavora nel settore ambulatoriale e domiciliare, mentre circa il 57% è occupato nel settore residenziale⁴¹. Stando alle linee guida del Piano sociale, nei prossimi anni si dovrebbe sviluppare soprattutto il settore non residenziale. Il motivo principale non è da ricercarsi nei costi (infatti, non è detto che l'assistenza domiciliare e ambulatoriale sia meno costosa di quella residenziale), quanto nella convinzione che le forme di assistenza non residenziale siano in molti casi più adeguate ai bisogni, dato che promuovono l'autonomia e l'autodeterminazione dei soggetti interessati, mantengono e sostengono le loro reti sociali, dando al lavoro sociale un maggiore orientamento preventivo.

4.9.4 Struttura delle qualifiche degli occupati

La struttura delle qualifiche del personale riflette la situazione dell'offerta, esprimendo al contempo il livello dell'assistenza nel settore sociale. Nei livelli di qualificazione richiesti agli operatori impiegati nei diversi settori d'intervento si possono sempre riconoscere determinati standard di assistenza.

Coerentemente con la struttura dell'offerta nei servizi, il gruppo professionale maggiore è quello degli assistenti geriatrici e degli assistenti familiari, con 624,9 "operatori equivalenti" (pari al 20% circa del personale del servizio sociale). Seguono quindi al secondo posto gli operatori socio - assistenziali con 456,1 "operatori equivalenti" (circa il 14%) e poi gli operatori per persone in situazione di handicap, con 401,2 "operatori equivalenti" (pari al 13% circa). Seguono quindi ad una certa distanza gli inservienti e gli ausiliari e ausiliarie

⁴¹ Per i criteri di classificazione 'non residenziale' e 'residenziale' v. la sistematica del SIPSA.

socio - assistenziali, gli infermieri e infermiere, gli addetti ed addette alle pulizie e gli/le assistenti per minorati.

Per il livello di qualità dell'assistenza sociale è fondamentale anche la partecipazione degli operatori a misure di formazione ed aggiornamento professionale. Confrontando i relativi dati rilevati dal SIPSA si riscontra che negli ultimi anni il livello di partecipazione a misure di formazione e di aggiornamento professionale è nettamente aumentato. In parte si registrano notevoli differenze tra il 1996 e il 1998 nel numero di operatori che avevano partecipato l'anno precedente a misure formative e di aggiornamento professionale. Esse sono da ricondurre per lo più a sbalzi nel breve periodo. Un'analisi della tendenza (degli ultimi cinque anni) mostra globalmente un calo nelle misure formative nel settore dell'assistenza alle persone in situazione di handicap (nel caso dei laboratori protetti, ad esempio, si osserva un calo dal 38 % del 1994 al 32 % del 1998). È invece aumentata la partecipazione alle misure di formazione ed aggiornamento professionale nel settore dell'assistenza residenziale agli anziani (dal 33 % del 1996 al 51 % del 1998).

4.9.5 Caratteristiche sociodemografiche degli occupati

In vista delle misure strategiche di sviluppo del personale nei prossimi anni, è estremamente importante conoscere alcune caratteristiche sociodemografiche del personale attuale, p. es. informazioni sull'età e sul sesso degli operatori ed operatrici dei servizi sociali. Per l'Alto Adige è importante conoscere anche la ripartizione per gruppi linguistici, a cui fanno riscontro a livello giuridico disposizioni sull'appartenenza al gruppo linguistico degli operatori da occupare nei diversi settori.

Colpisce particolarmente la ripartizione tra i sessi: nel 1998, l'80% (media di tutti i settori) degli operatori del servizio sociale erano donne. In determinati settori, come gli asili nido e le case di riposo, le donne erano addirittura l'89%⁴². Dato che sono proprio questi i settori in cui nei prossimi anni ci sarà un ampliamento delle strutture ed una forte crescita della domanda, la percentuale delle donne potrebbe aumentare ulteriormente.

A proposito della ripartizione per età degli operatori del servizio sociale, si rileva che il 38% degli operatori ed operatrici nel 1998 aveva meno di 32 anni e che più di due terzi aveva meno di 40 anni. La distribuzione per fasce di età cambia secondo il settore, il servizio o il tipo di istituzione. La permanenza media in servizio più alta è quella del personale delle case di riposo. Si trovano invece gli operatori ed operatrici più giovani nelle figure professionali nuove e nelle strutture diurne, in particolare dove si assistono bambini, giovani e persone in situazione di handicap.

La ripartizione per gruppi linguistici degli operatori del servizio sociale riflette, a livello provinciale, ma anche regionale, la ripartizione nella popolazione totale. Nel 1998 il 70% degli operatori appartenevano al gruppo di lingua tedesca, il 26% erano di lingua italiana e il 4% appartenevano al gruppo ladino e ad altri gruppi linguistici (lo 0,5% dei collaboratori/trici non hanno dichiarato la propria appartenenza linguistica). A livello locale si riscontrano grosse differenze. Nei centri urbani (soprattutto a Bolzano) la percentuale di operatori/trici di lingua italiana è nettamente più alta, mentre nelle zone rurali lavorano soprattutto operatori/trici appartenenti al gruppo di lingua tedesca.

Per ulteriori considerazioni sul personale si rimanda alla Relazione sociale 1998 (cap. 10, Gli operatori dei servizi sociali, pp. 135 e segg.).

⁴² Cfr. Relazione sociale 1998, p. 140.

5 ENTI GESTORI PRIVATI E FORNITORI DI PRESTAZIONI SOCIALI

5.1 Organizzazioni private ed ecclesiastiche

5.1.1 Definizione - tipizzazione

Gli enti gestori privati dell'assistenza sociale sono tutte le organizzazioni, unioni e associazioni private che intervengono come enti gestori di servizi sociali, senza essere istanze territoriali (come p. es. i Comuni, le comunità comprensoriali, la Provincia o la Regione). A seconda della loro forma organizzativa, possono essere classificati in vari gruppi o tipologie:

- organizzazioni ed associazioni private
- associazioni ecclesiastiche o altre associazioni religiose
- iniziative di auto-aiuto e iniziative degli interessati.

Per la predisposizione di un'offerta di prestazioni sociali commisurata al fabbisogno ed equilibrata sotto il profilo socio-territoriale è fondamentale che l'attività e le offerte degli enti gestori privati di servizi sociali siano inserite nelle misure di pianificazione sociale dell'ente pubblico o degli enti territoriali che gestiscono i servizi sociali. Nell'ottica dei principi generali formulati nella sezione C di questo Piano sociale, ovverosia la promozione dell'auto-aiuto e la mobilitazione di risorse degli stessi interessati e del loro ambiente familiare e più in generale sociale, bisogna prestare maggiore attenzione alle sempre più numerose organizzazioni di auto - aiuto e degli interessati.

Il lavoro degli enti gestori privati si finanzia sostanzialmente attraverso le seguenti fonti:

- mezzi propri degli enti gestori privati (donazioni, patrimonio ecc.)
- contributi diretti o indiretti degli utenti stessi
- sovvenzioni e contributi dell'ente pubblico alla luce delle obbligazioni giuridiche degli enti territoriali.
- proventi da attività svolte come imprese sociali (ad es. vendita di prodotti o servizi)

La percentuale di finanziamento proveniente da queste fonti varia notevolmente a seconda dall'ente gestore e del tipo di servizio o di struttura.

5.1.2 Le associazioni ed organizzazioni private

Gli enti gestori privati dell'assistenza sociale sono associazioni, fondazioni, cooperative, loro consorzi ovvero federazioni ed altre organizzazioni private attive in campo sociale. Rientrano in questa categoria anche le associazioni sprovviste di personalità giuridica. Esse sostengono e integrano o si assumono il lavoro dei servizi sociali e a tale scopo possono stipulare delle convenzioni con gli enti gestori pubblici dei servizi sociali.⁴³ In conformità alle norme di legge vigenti, la Provincia può concedere agli enti ed agli istituti privati contributi per investimenti e per spese di esercizio.

Secondo la definizione data, rientrano negli enti gestori privati anche le cooperative sociali. Si distinguono così tre categorie di cooperative sociali: cooperative di solidarietà sociale, cooperative integrate di produzione e di lavoro e cooperative di servizi sociali⁴⁴. Stando alla definizione, le cooperative di servizi sociali sono da considerarsi enti gestori di compiti nel

⁴³ V. legge provinciale n. 13 del 30 aprile 1991, art. 19.

⁴⁴ V. legge regionale n.24 del 22 ottobre 1988

campo dei servizi sociali. Appartengono a questa categoria le cooperative sociali la cui principale attività consiste nel fornire prestazioni sociali alla popolazione.

Le cooperative sociali perseguono lo scopo di sostenere la promozione dello sviluppo personale e l'integrazione sociale dei cittadini mediante diverse attività:

- cooperative sociali del tipo A: mediante la gestione di servizi sociali, sanitari ed educativi.
- cooperative sociali del tipo B: mediante diverse attività nei settori agricolo, commerciale e dei servizi - per l'integrazione professionale di persone svantaggiate.
- consorzi di cooperative sociali: istituzioni di secondo livello che promuovono, appoggiano e rappresentano le cooperative associate. I consorzi promuovono anche lo sviluppo di nuove imprese nei servizi sociali in base delle esigenze della comunità locale.

I soci delle cooperative devono disporre di competenze professionali e specialistiche commensurate all'attività esercitata. Nei loro statuti, le cooperative devono dichiarare la propria disponibilità alla collaborazione con gli enti pubblici responsabili dell'erogazione delle prestazioni.

5.1.3 Associazioni ecclesiastiche e religiose

Le associazioni ecclesiastiche e religiose (chiese, parrocchie, Caritas, congregazioni ecc.) rappresentano tradizionalmente un elemento importante delle organizzazioni che gestiscono l'assistenza sociale e si fanno carico di importanti compiti sociali. La storia della politica sociale nel suo complesso è fortemente caratterizzata dall'influenza della loro attività e del loro patrimonio ideale. Il lavoro delle associazioni ecclesiastiche e religiose si fonda in ampia misura sull'opera dei membri dell'ordine e di collaboratori e collaboratrici volontari. Il finanziamento proviene in parte da donazioni e in parte da sovvenzioni e contributi dell'ente pubblico. Da un punto di vista giuridico le associazioni ecclesiastiche e religiose sono equiparate alle organizzazioni private.

5.1.4 Il rapporto tra enti gestori pubblici e privati

La legislazione della Repubblica italiana in campo sociale sottolinea chiaramente la responsabilità comune degli enti gestori pubblici (Stato, Regioni, Province, Comuni) per quanto concerne la pianificazione sociale e la predisposizione di servizi sociali. Ciò significa che lo Stato e gli enti territoriali locali sono responsabili del fatto che i diritti a prestazioni sociali assistenziali, derivanti dagli standard sociali minimi definiti in sede politica, possano essere effettivamente goduti da tutti i cittadini. I gestori pubblici dei servizi sociali sono dunque responsabili congiuntamente di una pianificazione di misure sociali commensurate al fabbisogno e della predisposizione dei servizi sociali necessari.

Indipendentemente da questo, lo Stato riconosce il valore irrinunciabile dell'impegno da parte di iniziative ed associazioni private nel campo dell'assistenza sociale e, nel pieno rispetto del principio di sussidiarietà⁴⁵, ritiene la promozione e il sostegno della loro attività un importante compito pubblico. Conformemente a tale principio della politica sociale statale, anche la Provincia si prefigge esplicitamente di sostenere e promuovere conseguentemente le attività di iniziative ed associazioni private nel campo dell'assistenza sociale, di collaborare con esse e inserirle nella pianificazione degli enti gestori pubblici.

Le leggi in materia prevedono le seguenti possibilità a sostegno delle iniziative e delle associazioni private o ai fini della collaborazione con esse:

⁴⁵ V. cap. 2.3

- la stipulazione di contratti (convenzioni) per l'assunzione di determinati compiti di responsabilità degli enti gestori pubblici
- la concessione di contributi come sostegno finanziario
- informazione e consulenza.

Stipulazione di convenzioni

Gli enti gestori pubblici (territoriali) dei servizi sociali (Comuni, comunità comprensoriali, Provincia) ed i loro enti strumentali (aziende per i servizi sociali) hanno la possibilità di stipulare convenzioni con le organizzazioni ed associazioni private (anche se sprovviste di personalità giuridica) per l'espletamento di determinati compiti nel campo dei servizi sociali.⁴⁶ Con la stipulazione di tali convenzioni l'ente gestore privato si impegna a fornire, nel rispetto dei vigenti standard di qualità, determinate prestazioni sociali, della cui predisposizione in sé sono responsabili gli enti gestori pubblici. Per le prestazioni erogate nel quadro di tali convenzioni è prevista l'intera copertura delle spese sotto forma di sovvenzioni da parte degli enti gestori pubblici.

Concessione di contributi

Le organizzazioni e associazioni private, di cui si riconosce l'assolvimento di importanti compiti sociali, possono ricevere (così come gli enti gestori pubblici) un sostegno finanziario da parte della Provincia sotto forma di contributi.⁴⁷ Vengono sostenute principalmente associazioni, fondazioni, cooperative o altre istituzioni private attive nel campo dei servizi sociali, senza scopo di lucro e nel rispetto delle finalità dei programmi a livello provinciale e distrettuale. Con un tipo di sostegno che risponde al principio del contributo si presuppone in linea di principio che l'organizzazione o l'associazione privata stessa sia in grado di reperire una determinata percentuale dei mezzi finanziari e materiali necessari. Non è previsto il pieno finanziamento attraverso contributi.

La procedura per l'assegnazione dei contributi è stata rielaborata a livello provinciale nel 1996/97 da un gruppo di lavoro che riuniva rappresentanti dei servizi sociali e sanitari. Il progetto mirava al raggiungimento di un'armonizzazione dei criteri di assegnazione e a un migliore controllo dell'assegnazione e dell'impiego dei mezzi. Il capitolo 13.3.3 della sezione E, descrive i principi della nuova procedura di assegnazione dei contributi e le attività oggetto degli stessi.

Informazione e consulenza

Conformemente al principio di sussidiarietà, uno dei compiti centrali degli enti gestori pubblici dei servizi sociali consiste nell'offrirsi come referente per tutte le iniziative, associazioni ed organizzazioni private impegnate nel campo sociale e assisterle attraverso un'opera di informazione e consulenza. Gli enti gestori pubblici devono mettere a disposizione degli enti gestori privati la loro conoscenza specifica, informarli sulle possibilità di sostegno, promuovere il collegamento delle strutture esistenti e perseguire il migliore coordinamento possibile con quanto offerto dagli enti gestori pubblici. L'obiettivo degli enti gestori pubblici deve essere la mobilitazione più ampia possibile dell'impegno personale e dell'iniziativa privata per la soluzione in loco dei problemi sociali.

⁴⁶ V. legge provinciale n.13 del 31 agosto 1991, art. 19 e art. 20.

⁴⁷ V. legge provinciale 11 novembre 1997 n. 16. "Disposizioni sui Servizi sociali in provincia di Bolzano", art. 20bis.

5.2 Il volontariato

5.2.1 Definizione

Il termine volontariato si riferisce all'intero settore dell'attività non retribuita. Per attività non retribuite si intendono tutte quelle attività esercitate personalmente, volontariamente e a titolo gratuito, senza scopo di lucro, neppure indiretto, e solo per ragioni di solidarietà.⁴⁸ Il lavoro dei volontari non può essere retribuito in alcun modo, neppure da parte dello stesso beneficiario dell'aiuto. I volontari possono farsi rimborsare le spese effettivamente sostenute per l'attività svolta solo dalle rispettive organizzazioni per cui lavorano. L'attività di un volontario all'interno di un'organizzazione non è compatibile né con un rapporto di servizio o un'attività autonoma presso tale organizzazione, né con altri rapporti tali da far sorgere diritti patrimoniali. Il volontario è tuttavia assicurato attraverso l'organizzazione per cui lavora.

5.2.2 Struttura organizzativa

In linea di massima si può distinguere tra volontariato individuale ed organizzato. I volontari possono unirsi in alcune organizzazioni. Per organizzazione di volontariato si intende qualsiasi unione volontaria finalizzata allo svolgimento delle attività sopra citate "che si serve in misura determinante e prevalentemente della collaborazione personale, volontaria e gratuita dei suoi membri"⁴⁹. Le organizzazioni di volontariato possono darsi la forma giuridica che più si presta ai loro scopi, purché non contravvenga al principio della solidarietà. A prescindere dalle prescrizioni del Codice civile per ciascuna forma giuridica, l'accordo tra i soci o lo statuto devono riportare che l'organizzazione opera senza fini di lucro e che ha struttura democratica.⁵⁰ Le organizzazioni di volontariato possono tuttavia assumere personale o avvalersi della collaborazione di operatori/trici autonomi, nella misura in cui ciò sia necessario.⁵¹

Affinché il settore del volontariato possa essere adeguatamente considerato nei processi di pianificazione sociale degli enti gestori pubblici, è necessario poter disporre di informazioni sui settori di attività, le offerte e le prestazioni delle organizzazioni di volontariato. Per tale motivo si è introdotto con la legge provinciale n. 11 del 1 luglio 1993, un "Registro provinciale delle organizzazioni di volontariato".

Le disposizioni di legge in materia di volontariato finora vigenti, sia a livello statale che provinciale, concernevano innanzitutto il volontariato organizzato. Nel comma 6 dell'articolo 23 della Legge provinciale n. 13 del 30 aprile 1991 e successive modifiche⁵² viene dato un fondamento giuridico migliore allo status del volontariato individuale. Le disposizioni stabiliscono la possibilità del volontariato individuale in tutti i servizi dei servizi sociali. I volontari sono tenuti ad osservare le indicazioni impartite dal personale responsabile. Nella misura in cui ciò risulti necessario per l'attività nel rispettivo servizio, i volontari ricevono anche vitto e alloggio. Spettano loro inoltre risarcimenti e rimborsi a norma delle vigenti disposizioni di legge.⁵³

5.2.3 Compiti e prestazioni

I compiti e le prestazioni dei collaboratori e delle collaboratrici volontari/e sono conformi agli obiettivi e ai compiti dell'istituzione dove esercitano la loro attività. Tali istituzioni non devono

⁴⁸ V. legge dello Stato n. 266 dell'11 agosto 1991, art. 2 - Legge quadro sul volontariato.

⁴⁹ V. legge provinciale n. 11 del 1 luglio 1993, art. 3.

⁵⁰ Cfr. legge dello Stato n. 266 dell'11 agosto 1991, art. 3.

⁵¹ V. legge provinciale n. 11 del 1 luglio 1993, art. 4.

⁵² V. in merito la legge provinciale 11 novembre 1997, n. 16, art. 14.

⁵³ Cfr. art 33 della legge provinciale n. 20 del 30 luglio 1983.

essere necessariamente organizzazioni di volontariato, l'opera di volontariato può essere prestata in qualsiasi organizzazione sociale. In linea di massima si applica la definizione secondo cui le prestazioni non vengono erogate a scopo di lucro ma solo per ragioni di solidarietà.

Le organizzazioni di volontariato sono attive nei seguenti settori:

- assistenza sanitaria e sociale
- cultura, educazione e formazione
- sport, attività ricreative e tempo libero
- protezione civile, protezione ambientale e tutela del paesaggio

La suddivisione è conforme all'elenco sopra citato delle organizzazioni di volontariato.

5.2.4 Cooperazione degli enti gestori pubblici col volontariato

L'attività dei collaboratori volontari e delle collaboratrici volontarie nel campo dei servizi sociali è di grande rilevanza sotto molteplici aspetti. Essa è innanzitutto l'espressione di un notevole impegno sociale e di un atteggiamento solidale verso le persone indigenti e bisognose d'aiuto e rappresenta quindi un comportamento esemplare. In tal modo si consolida il principio in base al quale l'impegno a favore delle persone che si trovano in situazioni sociali difficili non spetta solo ai professionisti ma è un compito che riguarda tutti i membri della società.

Lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli altri enti territoriali e gli enti gestori pubblici dell'assistenza sociale possono sottoscrivere convenzioni con le organizzazioni di volontariato. Le convenzioni devono garantire la continuità delle prestazioni e dei servizi concordati, nonché il rispetto della dignità personale degli utenti di entrambi i sessi. Inoltre, le convenzioni devono prevedere delle procedure per il controllo della qualità delle prestazioni erogate e per il rimborso delle spese sostenute.⁵⁴

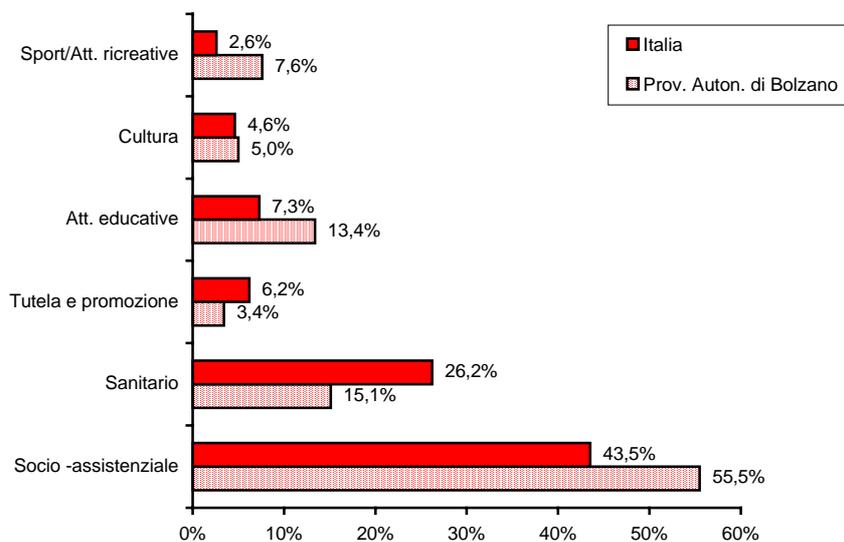
5.2.5 Situazione attuale

La Fondazione Italiana per il Volontariato (Fivol) di Roma raccoglie su base continua i dati aggiornati per il settore delle attività di volontariato e li registra in una banca dati. Nel 1997 sono state rilevate per l'Alto Adige 119 organizzazioni, di cui circa un terzo risulta iscritto nel Registro del volontariato. Una distribuzione dei gruppi per settore di intervento viene visualizzata nel grafico che segue, in cui risulta che la maggior parte dei volontari svolgono la loro attività nel settore socio - assistenziale.

⁵⁴ Cfr. legge dello Stato n. 266 dell'11 agosto 1991, art. 7.

Fig. 6

Settore di intervento del volontariato sociale



Fonte: Relazione sociale 1998, p. 143.

Nelle organizzazioni considerate, che costituiscono solo una parte dei gruppi esistenti, operano:

- 3.492 volontari/e
- 172 operatori/trici retribuiti
- 35 obiettori di coscienza
- 44.021 membri/soci (con livelli diversificati di coinvolgimento)

Si tratta certamente di numeri di rilievo, soprattutto se comparati con la precedente rilevazione Fivol condotta nella Provincia di Bolzano e soprattutto con la ricerca condotta dal Ceref di Padova nel 1994 su 123 gruppi operanti/trici localmente (Ceref 1994), da dove emerge un numero medio di volontari per organizzazione pari a 18 unità, contro gli attuali 29: ciò è imputabile a un effettivo allargamento del raggio d'azione da parte dei gruppi di volontari. Si deve tuttavia considerare che gran parte dei volontari opera per un numero limitato di ore settimanali (in media meno di 5).

La figura seguente mostra per quali tipi di utenza vengano prestate attività di volontariato. I dati evidenziano che il settore in cui si opera maggiormente è quello dell'assistenza agli anziani, seguito dalle attività a favore di persone in situazione di handicap e degli adolescenti tra i 13 e i 17 anni di età. Globalmente si registra un'ampia diversificazione dei settori di intervento sociale da parte delle organizzazioni di volontariato e questo costituisce un elemento molto positivo.

Fig. 7

**Organismi di volontariato per tipi di utenza servita
(possibili collocazioni multiple)**

	N.	%
- Anziani	34	13,3
- Handicappati fisici	19	7,5
- Adolescenti 13-17	16	6,3
- Minori 0-12	15	5,9
- Malati	14	5,5
- Giovani 18-29	14	5,5
- Anziani non autosufficienti	11	4,3
- Coppie e famiglie	11	4,3
- Disabili psichici	11	4,3
- Immigrati	11	4,3
- Poveri	11	4,3
- Ragazze madri	10	3,9
- Alcoolisti	9	3,5
- Nomadi	9	3,5
- Senza tetto	8	3,1
- Tossicodipendenti	8	3,1
- Profughi	7	2,7
- Disagi femminili	6	2,4
- Devianza	6	2,4
- Sieropositivi e malati di AIDS	6	2,4
- Malati mentali	5	2,0
- Detenuti	5	2,0
- Prostituzione	3	1,2
- Malati terminali	2	0,8
- Contesti a rischio	1	0,4
- Altro	3	1,2
- Totale risposte	255	100,0

Fonte: Relazione sociale 1998, p. 144.

5.3 Iniziative di auto-aiuto

5.3.1 Definizione

Le iniziative di auto - aiuto sono associazioni che vedono convergere più persone, unite da un interesse personale, che, senza alcuna retribuzione, si prestano appoggio reciproco o organizzano l'auto-aiuto in campo sociale o sanitario.⁵⁵ Le iniziative di auto-aiuto integrano l'attività dei servizi sociali, permettendo lo scambio di esperienze personali e di informazioni, aiutando a superare le difficoltà della vita e promuovendo la partecipazione alla vita della comunità. Oltre alle persone direttamente interessate, le iniziative di auto-aiuto possono coinvolgere anche i loro familiari o volontari.

5.3.2 Il significato sociopolitico del settore dell'auto-aiuto

E' possibile descrivere il significato sociopolitico del settore dell'auto-aiuto nei seguenti termini:

- Il settore dell'auto-aiuto rappresenta un movimento autonomo di "utenti", finalizzato ad una migliore espressione dei loro interessi. Le iniziative di auto-aiuto sono così un partner importante per l'assistenza sociale e sanitaria allorché si vuole rendere il sistema più a misura d'utente e si vogliono introdurre nuovi criteri di qualità, orientati alla qualità di vita degli utenti.
- Le iniziative di auto-aiuto favoriscono le competenze individuali per il superamento di difficoltà sociali e sanitarie e di crisi esistenziali, rappresentando così un'importante risorsa sociale per la soluzione di tali problemi.
- Le iniziative di auto-aiuto combattono l'emarginazione e l'isolamento di persone con particolari difficoltà e favoriscono la solidarietà in generale. L'auto-aiuto assolve il compito di realizzare l'integrazione sociale attraverso il coinvolgimento in reti sociali.
- L'auto-aiuto contribuisce ad attivare e stabilizzare il potenziale di volontari, che minaccia una sempre maggiore passività a causa del generale mutamento dei valori e del crescente individualismo. In tal senso l'auto-aiuto rappresenta una forma moderna di impegno di volontariato.⁵⁶

La parte D del Piano illustra le finalità e le misure di promozione del settore dell'auto-aiuto.

⁵⁵ Cfr. ad es.: Landeshauptstadt München, Beiträge zur Sozialplanung Nr. 306., Münchner Konzeption zur Förderung von Selbsthilfeinitiativen im Sozial- und Gesundheitsbereich, München 1995.

⁵⁶ V. in proposito anche Braun et al.(1994), Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen, Stoccarda, Berlino, Colonia, p. 15 e segg.

5.4. Partecipazione di cittadini e interessati

5.4.1 Il significato sociopolitico della partecipazione di cittadini e interessati

Il Piano sociale provinciale attribuisce grande importanza alla partecipazione di cittadini e cittadine e interessati alla pianificazione e realizzazione di misure sociali. Ciò trova espressione in particolare anche nella procedura di elaborazione del Piano stesso (si veda in merito la sezione A, cap. 1.4). Mai prima d'ora un Piano provinciale nel settore dei servizi sociali era stato elaborato con una così ampia partecipazione di diversi gruppi di interesse. L'adesione ad un modello di pianificazione basato sulla partecipazione deriva dalla convinzione che la partecipazione di cittadini e interessati dia un contributo fondamentale alla pianificazione ed in generale alla politica sociale.

La partecipazione di cittadini e interessati è uno strumento importante per individuare necessità e fabbisogni e permette di valutare le finalità e le misure dalla prospettiva degli e delle utenti e della popolazione nel suo complesso. Inoltre, essa fa sì che le misure siano accettate al momento della loro applicazione e contribuisce ad eliminare stigmatizzazioni e pregiudizi nei confronti dei gruppi sociali sfavoriti, sensibilizza la popolazione sui temi sociali. La partecipazione di cittadini e cittadine e interessati permette inoltre di mobilitare notevoli risorse sociali, consolidando il principio della responsabilità personale e della responsabilità collettiva di tutti i cittadini e cittadine rispetto ai compiti sociali.

5.4.2 Strumenti e procedure di partecipazione di cittadini e interessati.

Per la partecipazione di cittadini e interessati si sono elaborati molteplici strumenti, procedure e metodi. Si possono sostanzialmente distinguere le seguenti procedure:

Procedura rappresentativa	tutela rappresentativa, scelta ed elaborata da parte di consigli, rappresentanze circoscrizionali, comitati ecc.
Procedura sostitutiva	tutela mediata degli interessi da parte di esperti o figure che rivestono un ruolo chiave
Procedura collaborativa	partecipazione di unioni, associazioni e gruppi d'interesse
Procedura assembleare	dialogo diretto tra cittadini/cittadine ed utenti, amministrazione, politica e pianificatori sotto forma di assemblee cittadine ecc.
Procedura per iniziative	Lavoro sociale di comunità, laboratori per il futuro, ricerca per iniziative e azioni. ⁵⁷

L'elaborazione del Piano sociale provinciale ha visto l'impiego di tutte le procedure citate di partecipazione di cittadini e interessati (ad eccezione delle assemblee cittadine e della ricerca per iniziative ed azioni), laddove il coinvolgimento diretto degli interessati ha sicuramente presentato le maggiori difficoltà. La ragione è da ricercare nelle difficoltà e nei limiti di base della partecipazione di cittadini e interessati.

La maggior parte delle procedure di partecipazione comporta un notevole dispendio sia per gli organizzatori che per i cittadini e cittadine. Ciò è fonte di spese e può prolungare i tempi decisionali. Anche i requisiti professionali ed informativi per i/le partecipanti sono per lo più molto diversificati. Quasi tutte le procedure rappresentative presentano una determinata selettività. Di regola si raggiunge solo un gruppo ristretto di persone perché non tutti sono

⁵⁷ V. in merito M. Berthold et al., Handbuch der örtlichen Sozialplanung, Augusta 1986, p. 1131 e segg.

ugualmente in grado o sono intenzionati ad esprimersi pubblicamente. Spesso vengono ignorati la maggioranza silenziosa e i gruppi problematici, che vivono ai margini della società.

5.4.3 Strumenti istituzionalizzati nell'assistenza sociale provinciale di partecipazione di cittadini e interessati

Oltre all'elaborazione del Piano sociale provinciale all'insegna della partecipazione, si desiderano nuovamente citare in questa sede le forme istituzionalizzate nell'assistenza sociale provinciale di partecipazione di cittadini e interessati. Esse includono tra l'altro:

- la Consulta provinciale per il servizio sociale
- i Comitati di distretto
- i comitati delle strutture residenziali (ad es. i comitati delle case di riposo ecc.)

Queste istituzioni sono state descritte dettagliatamente nei capitoli concernenti la struttura del servizio sociale provinciale. Nelle sezioni C e D del Piano vengono illustrate finalità e misure dell'elaborazione di questi strumenti, nonché altre misure miranti all'intensificazione della partecipazione di cittadini e interessati. Infatti, nonostante le difficoltà ed i limiti citati, nell'ambito della programmazione sociale provinciale bisogna continuare ad attenersi con coerenza alla strategia della pianificazione basata sulla partecipazione.

Sezione C

Linee guida per l'assistenza sociale

6 LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA SOCIALE IN ALTO ADIGE

Stando al suo mandato legislativo,⁵⁸ il Piano sociale provinciale non è solo uno strumento tecnico di controllo e di pianificazione, ma anche un modello contenutistico trasversale per i diversi settori dell'assistenza sociale in Alto Adige. Esso deve dare un quadro di riferimento e di orientamento per tutti coloro che operano nel sociale, sia nel pubblico sia nel privato. Infatti, per formulare obiettivi concreti per l'assistenza sociale e per applicarli con successo, è necessario che i principi sovraordinati siano chiaramente definiti e condivisi da tutti gli interessati su una base quanto più ampia possibile.

Le linee guida e gli obiettivi per l'assistenza sociale non possono mai essere desunti dalle sole discussioni specialistiche; infatti, sono sempre rapportati alla scala di valori della società. L'elaborazione di linee guida valide ed applicabili non può mai prescindere da un dialogo costante tra gli specialisti e le istanze politiche e sociali. Proprio per questo, le linee guida riportate qui di seguito sono il frutto di un ampio processo di discussione tra la base specialistica, i politici e diversi gruppi della società attivi nel sociale. La base specialistica è costituita dai gruppi di lavoro a livello di Provincia, comunità comprensoriali e distretti. A questi gruppi di lavoro hanno partecipato rappresentanti dei diversi livelli della pubblica amministrazione (Provincia, Comuni, comunità comprensoriali), rappresentanti degli enti gestori privati e delle organizzazioni di categoria, rappresentanti di diverse iniziative degli interessati nel campo del servizio sociale ed infine rappresentanti del settore sanitario. Queste linee guida, inoltre, sono state discusse nell'ambito di un workshop a livello provinciale, il cui obiettivo era quello di trovare un'intesa sui principi fondamentali dell'assistenza sociale del presente e del futuro, nell'ambito di un forum quanto più ampio possibile di gruppi di interesse. Si trattava di verificare i principi della politica sociale già sanciti dalla legge alla luce dei nuovi sviluppi sociali ed economici, per cercare nuove soluzioni per le sfide sociopolitiche così pressanti del futuro (crisi dei sistemi di assicurazione sociale, crisi del mercato di lavoro, aumento delle sperequazioni sociali)⁵⁹.

Per definire delle linee guida, ovvero degli orientamenti operativi congiunti per tutti coloro che operano nel sociale, è fondamentale partire dal lavoro contenutistico. In una seconda fase si cercherà di orientare le condizioni strutturali di quadro agli obiettivi contenutistici. Bisogna verificare che le strutture siano in grado di cambiare i propri requisiti contenutistici a seconda del mutare delle condizioni. Il problema della dinamica autonoma e della persistenza delle strutture, indipendentemente dal loro scopo effettivo, deve essere risolto tramite una riflessione istituzionalizzata ed uno sviluppo lungimirante dell'organizzazione.

Dopo una fase di ristrutturazione del settore sociale, in seguito alla legge provinciale n. 13/1991, è giunto il momento di verificare quali strutture debbano essere consolidate, in quanto rispondenti all'orientamento contenutistico del settore sociale, e quali invece debbano essere ulteriormente sviluppate in modo coerente e mirato.

In una terza fase, per la percezione di sé di tutti gli operatori del sociale, sarà fondamentale esaminare non solo la loro struttura interna, ma anche i loro rapporti con l'esterno. Bisognerà anche riflettere sui limiti della responsabilità della propria organizzazione e sulle necessità di un'armonizzazione contenutistica e strutturale. In questo contesto sono da tematizzare anche la responsabilità dei singoli e il rapporto con gli enti gestori privati dell'assistenza sociale.

⁵⁸ Legge provinciale n. 13 del 30. Aprile 1991, art. 2.

⁵⁹ Un'ampia documentazione dei risultati del workshop può essere richiesta alla Ripartizione provinciale Servizio sociale della Provincia autonoma di Bolzano.

6.1 Linee guida generali per l'assistenza sociale in Alto Adige

Le linee guida generali per l'assistenza sociale in Alto Adige qui formulate vanno intese innanzi tutto come una cornice di riferimento per tutti gli operatori attivi nel sociale. La formulazione degli obiettivi delle pianificazioni settoriali (pianificazione dell'assistenza agli anziani, pianificazione dell'assistenza ai giovani ed ai minori ecc.) deve orientarsi a queste linee guida ed elaborare programmi di misure atti alla loro applicazione. Il presupposto del successo dell'assistenza sociale e della politica sociale è che queste linee guida vengano rispettate anche in tutti gli altri settori della politica, come la politica sanitaria, economica, del mercato del lavoro, della formazione, edilizia e della cultura.

Queste linee guida non sono state redatte a tavolino. Per la loro definizione si è tenuto nel marzo del 1997 un workshop di durata di due giorni⁶⁰.

Nell'ambito del forum di discussione succitato, si sono formulati i seguenti principi generali come linee guida vincolanti per l'assistenza sociale in Alto Adige:

Le pari opportunità ed il diritto alla propria individualità

- La politica sociale deve mirare a migliorare le pari opportunità per i cittadini di entrambi i sessi, in modo che tutti abbiano, nei limiti del possibile, le stesse possibilità di sviluppo individuale. Ciascuno deve essere in grado di decidere autonomamente della propria vita, secondo i propri bisogni individuali, la propria scala di valori e le proprie capacità.
- Le situazioni di partenza individuali sono diverse, come peraltro differiscono i bisogni e gli obiettivi personali. Bisogna concedere a ciascuno il diritto alla propria individualità e nell'ambito dell'assistenza sociale va riconosciuto il diritto a soluzioni individualizzate alle problematiche.

L'aiuto all'auto-aiuto

- La politica sociale dello Stato è imperniata sul principio secondo cui ogni cittadino o cittadina adulti, possono e devono provvedere autonomamente ai propri bisogni ed eventualmente ai bisogni della propria comunità familiare, che ha diritto ad essere assistita. Solo al venire meno della capacità all'autonomia, all'indipendenza ed alla partecipazione sociale la collettività deve attivarsi supportando, secondo il principio della sussidiarietà. La politica sociale deve fornire soprattutto aiuto all'auto-aiuto. Il principale obiettivo delle misure sociopolitiche di sostegno è quindi il ripristino dell'autonomia dell'individuo.
- L'auto-aiuto presuppone, oltre ai mezzi finanziari, anche conoscenze e competenze. Le informazioni e le consulenze dei servizi sociali sono quindi un importante strumento di mantenimento o di ripristino della capacità del soggetto di agire autonomamente. Bisogna fare in modo che l'offerta di informazioni e di consulenze abbia una „bassa soglia“ e sia accessibile a tutti, in modo da facilitare il compito a chi ne ha bisogno.

Il sostegno della famiglia e delle altre reti sociali

⁶⁰ La documentazione del workshop è disponibile presso la Ripartizione provinciale.

- La famiglia è la prima ed insostituibile fonte di aiuto per l'individuo e, in quanto tale, è la colonna portante di ogni collettività. Il potenziamento e il sostegno delle famiglie è quindi un obiettivo fondamentale dell'assistenza sociale. Bisogna quindi incentivare le misure che possono aiutare le famiglie a continuare a svolgere questo importante compito sociale. Spetta in particolare ai gli enti gestori pubblici del servizio sociale far sì che queste misure di sostegno vengano organizzate in modo da essere accessibili anche economicamente a tutte le famiglie nella Provincia. Non bisogna dimenticare che le strutture della famiglia stanno vivendo un forte cambiamento sociale. Le misure di sostegno devono tenere conto delle diverse forme di famiglia.⁶¹
- Bisogna partire dal presupposto che il significato delle reti familiari sta cambiando e che forse sta diminuendo. Alla luce di queste considerazioni, diventa ancora più importante sostenere ed incentivare le reti non familiari, come alternativa ai legami familiari. Le reti sociali hanno un forte impatto assistenziale ed alleggeriscono le istituzioni pubbliche. Bisogna peraltro riflettere sul fatto che le caratteristiche ed i criteri di accettazione che rendono possibile l'appartenenza ad una rete sono diversi nelle reti familiari e in quelle non familiari. Per questo motivo, le persone che rimangono fuori dalle reti di protezione sociale sono oggi più numerose che in passato. Una politica sociale al passo con i tempi deve reagire in modo flessibile a questi sviluppi sociali; in altri termini, i sistemi di sicurezza sociale devono adeguarsi al mutare delle situazioni di rischio.

La priorità della prevenzione ed il coordinamento interdisciplinare

- Lo scopo generale dell'attività dei servizi sociali è quello di prevenire la comparsa di situazioni di bisogno e di eliminare le situazioni di bisogno già esistenti. Si tende ad un superamento di un orientamento prevalentemente interventzionistico delle prestazioni, a favore di un approccio preventivo, sia pratico che teorico. I problemi devono essere affrontati e risolti quanto più precocemente possibile, nel luogo dove si manifestano.
- La prevenzione deve essere considerata un compito di tutta la società. Si tende ad un coordinamento quanto più soddisfacente possibile dell'offerta dei servizi sociali, sia pubblici sia privati, con i servizi del settore sanitario; inoltre, si mira ad una maggiore cooperazione con altre istituzioni della società, nel campo dell'educazione, della formazione, della giustizia, del lavoro ecc.

L'attenzione per l'ambiente circostante anziché la lotta contro i sintomi

- Il punto di riferimento dell'assistenza sociale non devono più essere soprattutto determinate categorie di soggetti bisognosi di aiuto. Il sostanziale orientamento ai sintomi dell'offerta di aiuto deve essere smantellato, a favore di una visione che abbracci la vita nel suo complesso e l'insorgere delle problematiche, orientando di conseguenza le offerte di sostegno (approccio ambientale o situazionale). Una premessa importante è data dalla collaborazione interdisciplinare.

La prossimità ai cittadini e l'adeguatezza ai bisogni

⁶¹ Cfr. a questo proposito le descrizioni del gruppo di riferimento „Famiglia“ nella sezione D Capitolo 10 – Misure per i diversi gruppi.

- Tutte le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità ai cittadini. Le prestazioni devono essere erogate il più vicino possibile al domicilio degli interessati e devono essere quanto più adeguate possibile ai loro particolari bisogni. Ecco perché i bisogni vanno rilevati nelle comunità locali, vicino a dove vivono le persone.
- Il principio della prossimità ai cittadini porta alla seguente gerarchia delle prestazioni assistenziali: l'offerta di un aiuto istituzionalizzato qualificato deve avvenire solo quando il potenziale di auto-aiuto e le reti sociali di sostegno sono giunti al limite. In un primo momento, nei limiti del possibile, l'aiuto deve essere offerto in forma domiciliare o ambulatoriale; l'assistenza residenziale deve essere limitarsi allo stretto necessario. Vale il principio: tanta assistenza ambulatoriale o domiciliare possibile, quanta assistenza residenziale necessaria. Anche per l'assistenza residenziale bisogna mirare ad una struttura dell'offerta il più decentrata possibile, senza mai perdere di vista il criterio dell'economicità.
- Le persone bisognose di assistenza dovrebbero poter scegliere, nel quadro delle possibilità e delle strutture dell'offerta di volta in volta disponibili, tra le diverse prestazioni e gli offerenti, quelle e quelli che meglio rispondono alle loro esigenze personali.

L'informazione e la sensibilizzazione della popolazione

- La premessa perché le offerte di sostegno siano utilizzate, è che i cittadini e le cittadine siano informati della loro esistenza e che sappiano come accedervi. Le informazioni sulle prestazioni dei servizi sociali devono essere diffuse capillarmente sul territorio, in prossimità dei cittadini, essere comprensibili da tutti e rendere trasparente l'offerta di misure di sostegno.
- Un compito importante dei servizi sociali è anche quello di sensibilizzare la popolazione, tramite un lavoro di informazione, nei confronti dei bisogni e dei problemi dei gruppi socialmente svantaggiati.

Creare solidarietà

- In una società solidale la responsabilità sociale non deve essere lasciata alle persone competenti, ma deve diventare un interesse di ogni cittadino o cittadina. Si tratta di creare solidarietà e non semplicemente di organizzare l'assistenza. La capacità dei singoli cittadini di prendere in considerazione i desideri degli altri, senza limitarsi ad imporre direttamente i propri interessi, fa parte di un „capitale sociale“ che deve essere maggiormente sfruttato.⁶² In quest'ottica, bisogna attribuire particolare importanza al sostegno ed alla promozione dell'impegno dei volontari.

La partecipazione degli interessati

- Solo la partecipazione degli interessati alla pianificazione ed all'applicazione delle misure può fare sì che l'assistenza sociale sia adeguata ai bisogni. La partecipazione degli interessati è un importante strumento per la rilevazione dei bisogni, perché gli interessati possono esprimerli direttamente e contribuire alla pianificazione delle misure di sostegno. La partecipazione degli interessati, inoltre, è un importante strumento per la valutazione delle risorse poiché nessuno meglio degli interessati può valutare l'efficacia delle misure e delle prestazioni sociali. La partecipazione, inoltre, migliora l'accettazione

⁶² Cfr. Evers A./Leichsenring K., Reduktion oder Redefinition politischer Verantwortung? In: Eurosocial Report 60/1996, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Vienna, p.71.

dei progetti e mobilita le risorse degli interessati. Per questi motivi, bisogna intensificare la partecipazione degli interessati e dei loro familiari a tutti i livelli del servizio sociale.

6.2 Linee guida per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali

Le linee guida formulate in questa sezione, come già menzionato, non sono altro che un riassunto del risultato del workshop sulle linee guida. Stando alla logica di struttura del piano, che parte dai bisogni sociali fondamentali e che mette al centro i singoli con i loro bisogni e con l'ambiente in cui vivono, nell'elaborare queste linee guida non si è guardato principalmente ai singoli gruppi (p. es. i portatori di handicap, gli anziani, i malati psichici ecc.), quanto al soddisfacimento di bisogni fondamentali. I bisogni individuati sono stati i seguenti:

- ⇒ le necessità materiali
- ⇒ la casa
- ⇒ l'integrazione sociale
- ⇒ la salute
- ⇒ il lavoro
- ⇒ la formazione

Vale la pena di ricordare che la scelta di sei problemi fondamentali non ha nessuna pretesa di esaustività; si è semplicemente trattato di una base di discussione.

Queste linee guida vengono ulteriormente precisate gruppo per gruppo nell'introduzione delle misure descritte nella sezione D.

6.2.1 Linee guida nel settore delle necessità materiali

- La sicurezza materiale di base è una premessa fondamentale per il soddisfacimento di tutti gli altri bisogni fondamentali dell'uomo. Ciascun cittadino e cittadina deve avere un diritto soggettivo alla garanzia della sicurezza materiale di base. Questo diritto è sempre valido, indipendentemente dal fatto che uno partecipi o meno alla vita lavorativa.
- Il minimo vitale o „minimo necessario per il mantenimento“ ha una connotazione non solo materiale, ma anche sociale. Bisogna fare in modo di garantire non solo il minimo biologico, ma anche il minimo esistenziale sociale.
- Bisogna incentivare la consapevolezza della responsabilità dei singoli per i propri bisogni materiali, nell'ambito delle possibilità individuali. L'idea che il condurre una vita autonoma ed indipendente sia un obbligo nei confronti della società dovrebbe essere un principio fondamentale.
- Quando si rende necessaria l'erogazione di prestazioni di sostegno, lo scopo deve essere sempre e comunque la promozione o il recupero di una vita autonoma ed indipendente. A seconda dei bisogni, bisogna combinare le prestazioni economiche con i servizi.

6.2.2 Linee guida nel settore della casa

- La casa è un diritto fondamentale per tutti. Tutti dovrebbero avere la possibilità, con una percentuale sostenibile del reddito familiare, di crearsi una situazione abitativa soddisfacente, senza doversi indebitare a vita e senza per questo sacrificare la qualità di vita della famiglia.
- La casa incide in misura rilevante sulla vita sociale. Nel progettare gli spazi abitativi, negli impianti pubblici, nell'edilizia sociale e nelle misure di sostegno al settore abitativo bisogna sempre fare in modo che le strutture e le misure favoriscano la nascita ed il mantenimento di reti e relazioni sociali.
- L'obiettivo è una flessibilizzazione dell'incentivazione dell'edilizia abitativa, in modo da prendere maggiormente in considerazione i bisogni individuali. Per quanto concerne le misure di incentivazione dell'edilizia abitativa e le misure di sostegno nel settore della casa (residenze assistite, alloggio in centri residenziali ecc.) deve valere il principio: abitare in modo degno è abitare in modo autodeterminato.
- La nascita di problemi sociali può essere prevenuta tramite misure di edilizia sociale; inoltre bisogna agire sulle dinamiche sfavorevoli del libero mercato degli alloggi. Bisogna inoltre evitare una separazione troppo netta della funzione abitativa da altre funzioni vitali fondamentali, quali il lavoro o la strutturazione del tempo libero, la formazione e la cultura; infatti, ciò provoca tendenzialmente problemi sociali.
- Una politica sociale preventiva deve agire al di sopra delle appartenenze politiche. La sua influenza deve estendersi alla pianificazione dello sviluppo delle città ed ai piani regolatori, in modo da creare le premesse per la pluralità degli spazi abitativi. L'offerta abitativa deve prevedere diverse forme di alloggio e deve orientarsi ai bisogni di diversi gruppi di riferimento.

6.2.3 Linee guida nel settore della partecipazione e dell'integrazione sociale

- La partecipazione sociale, intesa come partecipazione alla vita della società, è un bisogno ed un diritto fondamentale di ogni persona. I rapporti sociali sono una risorsa fondamentale per la salute fisica e psichica di tutte le persone. Bisogna quindi opporsi a quelle dinamiche sociali che portano all'esclusione involontaria di singole persone o di determinati gruppi sociali.
- La prevenzione della disintegrazione sociale (esclusione) è un compito di tutta la società e, in quanto tale, deve essere trattato pubblicamente, in modo da contribuire anche ad una maggiore sensibilizzazione della popolazione. Bisogna incentivare i progetti di prevenzione trasversali ai gruppi. Il valore che la società attribuisce al lavoro di integrazione presenta notevoli margini di miglioramento.
- A questo proposito, bisogna anche provvedere alla promozione ed al sostegno della famiglia come principale unità dell'integrazione sociale; lo stesso vale per il sostegno di altre forme di comunità alternative. Vanno inoltre create nuove forme di integrazione, in modo da permettere la partecipazione alla vita sociale anche a particolari gruppi problematici; ciò nonostante, non bisogna chiedere troppo né alle famiglie, né alle comunità alternative, gravandole di compiti che non sono in grado di sobbarcarsi; infatti, il loro crollo non farebbe altro che aggravare le manifestazioni di esclusione sociale.

- L'obiettivo più importante è il mantenere l'inclusione sociale (l'essere integrati); in altri termini, bisogna evitare che si rendano necessarie successive misure di reintegrazione.
- In caso di malattia prolungata, handicap o cronicità, si deve dare la priorità all'assistenza ambulatoriale e domiciliare ed alla permanenza nell'ambiente abituale - fintanto possibile nel caso individuale - in modo da mantenere l'inclusione sociale.
- L'entità dell'integrazione sociale deve essere decisa dall'interessato stesso; ciò significa che il grado di partecipazione alla comunità non può essere imposto a nessuno.

6.2.4 Linee guida nel settore della salute

- Nei limiti del possibile, si deve superare la separazione tra settore sociale e sanitario. Nel campo della formazione si deve intensificare la collaborazione dei due settori. Il settore sociale e quello sanitario devono operare congiuntamente nel campo della prevenzione, dato che prevenzione significa anche prendere in considerazione l'ambiente sociale, senza limitarsi a lottare contro i sintomi. Bisogna incentivare la consapevolezza dell'importanza sociale della salute e del legame esistente tra salute e soddisfacimento dei bisogni fondamentali materiali e sociali.
- La salute e l'assistenza sanitaria devono essere considerati diritti fondamentali di tutte le persone che vivono in Alto Adige. Ciò vale anche per l'assistenza riabilitativa, che deve essere perseguita indipendentemente dall'età del paziente e dalla gravità della malattia.
- Nell'assistenza sociosanitaria bisogna ricercare nuove forme e nuovi metodi, idonei a promuovere l'indipendenza, lo spirito di iniziativa e l'autodeterminazione degli interessati.
- L'atteggiamento nei confronti delle terapie alternative deve essere il più possibile esente da pregiudizi. Anche in questo caso si tratta di dare agli interessati maggiori possibilità di scelta tra diverse forme di terapia.

6.2.5 Linee guida nel settore del lavoro

- Il concetto di lavoro non deve comprendere il solo lavoro retribuito e essere ampliato all'intero spettro del lavoro sociale: lavori domestici, educazione, cura (lavori riproduttivi), volontariato, aiuto a terzi ecc. Il valore sociale di un lavoro non può essere desunto dall'ammontare della retribuzione. In quest'ottica, bisogna anche incentivare la solidarietà tra attivi e non attivi.
- Il lavoro è un diritto fondamentale; per lavoro si intende sia il lavoro retribuito che il lavoro in senso più ampio (v. sopra). Il lavoro dà ai lavoratori un senso di appartenenza e di importanza all'interno della comunità. Si tratta di un fattore di integrazione imprescindibile, che non può essere tolto a nessuno, indipendentemente dall'età, dal sesso o dall'appartenenza etnica.
- Si impone una riflessione sulle conseguenze a lungo termine dell'abbinamento dei sistemi di sicurezza sociale al lavoro retribuito. Bisogna incentivare lo sviluppo di sistemi di sicurezza alternativi, in modo che la politica sociale possa superare il vincolo del lavoro retribuito.

- Si deve incentivare in modo mirato il senso di responsabilità dell'economia nei confronti della prevenzione primaria; per evitare le conseguenze sociali deprecabili del previsto acutizzarsi delle difficoltà sul mercato del lavoro. E' necessario promuovere ed incentivare investimenti creativi nei nuovi settori lavorativi.
- Bisogna promuovere le iniziative che mirano a sfruttare in modo produttivo il *know-how* delle persone che, pur essendo ancora in età lavorativa, sono state costrette, loro malgrado, ad abbandonare il lavoro.

6.2.6 Linee guida nel settore della formazione

- Per l'individuo, la formazione è la premessa fondamentale per una vita autonoma ed autoresponsabile e rappresenta la base di una società democratica. La formazione non si limita all'apprendimento di conoscenze ed abilità specifiche, si tratta invece di un processo necessario, che dura tutta la vita, di acquisizione di competenze generali, non solo professionali, in una società in rapida evoluzione. Per incentivare questo processo, bisogna fornire degli stimoli alla motivazione.
- La formazione è un bene che, nelle società moderne, imperniate sulla prestazione, è diventato un principio fondamentale di ripartizione. Essa decide sostanzialmente della partecipazione della vita sociale, al mondo del lavoro e quindi anche alla ricchezza sociale. Deficit di formazione aumentano il rischio di povertà e gli altri rischi di esclusione.
- La formazione, intesa come sapere e competenza, è anche una risorsa fondamentale dell'individuo, per un comportamento autoresponsabile e rispettoso della società. Il sapere può aiutare ad evitare i problemi sociali o a superare con le proprie forze le situazioni problematiche. L'informazione e la consulenza, strumenti fondamentali dell'assistenza sociale, devono essere impiegati prima di tutte le altre misure.
- Oggi più che mai, devono essere trasmessi con maggiore rilevanza contenuti sociali ed orientati alla collettività. Si deve attribuire maggiore importanza all'acquisizione di competenze sociali ed alla capacità di avere un rapporto costruttivo con le altre persone. I relativi contenuti vanno incentivati in tutti i programmi di formazione.

6.3 Linee guida per lo sviluppo delle organizzazioni nel servizio sociale

6.3.1 Riflessioni fondamentali

Prendendo le mosse dalle linee guida generali per l'assistenza sociale, possiamo ora formulare delle linee guida strategiche per lo sviluppo strutturale del servizio sociale. Le linee guida per lo sviluppo delle organizzazioni contenute in questo Piano sono state formulate sulla base di una rilevazione differenziata della situazione attuale, che poggia a sua volta su numerose analisi, colloqui con gli esperti ed incontri dei gruppi di lavoro a livello di Provincia, comunità comprensoriali e distretti. I risultati di questi lavori preliminari all'elaborazione del Piano sono stati documentati in apposite relazioni (risultati delle analisi distrettuali, raccomandazioni per lo sviluppo delle organizzazioni). In questa sede si fisseranno quelle linee guida e quei principi che nei prossimi anni orienteranno lo sviluppo operativo delle strutture organizzative nel campo del servizio sociale.

Il punto di partenza per le linee guida formulate è la profonda convinzione che il radicale riordino dei servizi sociali, intrapreso con la legge provinciale 13/1991, non può portare solamente ad una semplice differenziazione delle strutture amministrative; il riordino dei servizi sociali deve diventare un'occasione per l'introduzione di nuove strutture gestionali e di nuove procedure di gestione nell'ambito dei servizi sociali. Solo se nei prossimi anni saremo in grado di riformare in tal senso le tradizionali strutture dell'amministrazione (non più all'altezza dei tempi) rendendole, da una parte, maggiormente orientate all'utenza e dall'altra più rispettose dei principi di economia aziendale, saremo in grado di affrontare le sfide del 21° secolo (maggiori sperequazioni sociali nella ripartizione di lavoro, formazione, povertà e ricchezza, salute e sicurezza sociale).

In quest'ottica, nei prossimi anni lo sviluppo delle strutture organizzative in campo sociale dovrà orientarsi sulla base delle seguenti linee guida.

- Più efficienza tramite una maggiore precisazione della ripartizione dei compiti tra politica ed amministrazione, in vista di un contract management a tutti i livelli
- Rafforzamento delle unità operative decentrate (distretti, strutture) e degli enti gestori decentrati dei servizi sociali (Comuni, comunità comprensoriali, aziende sociali, enti gestori privati), tramite una maggiore responsabilità nei confronti del settore e delle risorse a livello decentrato
- Introduzione di processi di orientamento output-oriented, tali da promuovere una maggiore consapevolezza delle risorse ed un approccio flessibile ed attento ai bisogni da parte degli enti gestori e dei servizi
- Acquisizione del know-how necessario per l'introduzione di processi di controlling e di assicurazione qualità a tutti i livelli del servizio sociale

Nel seguito della trattazione si parlerà più diffusamente delle linee guida di cui si è appena fatta una panoramica. Le misure concrete per l'attuazione di questi obiettivi sono riportate alla sezione D del Piano.

6.3.2 Il contract management

A proposito dei rapporti tra politica ed amministrazione, si rimanda agli sviluppi sulla scena internazionale, caratterizzati dal fatto che i progetti di decentramento e di modernizzazione delle pubbliche amministrazioni spesso risultano connessi con il cosiddetto contract management. Il contract management serve da strumento di orientamento, pianificazione e controllo (cfr. modello di Tilburg)⁶³. Sostanzialmente, a seconda dei modelli, la direzione di un'unità organizzativa ed il management di livello gerarchico inferiore si incontrano per definire gli obiettivi per un determinato periodo (contratti). Ciò riguarda sia i rapporti tra le istanze politiche e l'amministrazione, sia quelli tra i diversi livelli dell'amministrazione. Politica ed amministrazione formulano degli accordi programmatici (dichiarazione governativa, programma di coalizione, programma di attività ecc.). Dal punto di vista contenutistico, la responsabilità è dei decisori politici, mentre l'applicazione settoriale successiva è di competenza dell'amministrazione. A livello amministrativo bisogna creare un numero limitato di unità organizzative autonome e flessibili, con un proprio bilancio e proprie responsabilità (con la struttura di una holding); la preparazione politica e la pianificazione, invece, devono

⁶³ Cfr. a questo proposito p. es.: Promberger, K., Controlling für Politik und öffentliche Verwaltung, Vienna 1995, p. 57 e segg.

essere lasciate, nei limiti del possibile, alle unità dirigenziali dell'organizzazione, con uno staff⁶⁴ che contribuisce al coordinamento, alla comunicazione ed al consolidamento delle prestazioni e dei servizi ed allo sviluppo dell'organizzazione nel suo complesso (controlling strategico). Fintanto che sarà in vigore il presente Piano bisognerà fare i primi esperimenti con questo strumento di gestione, sia a livello di provincia che presso i Comuni e le comunità comprensoriali.

6.3.3 La responsabilità nei confronti del settore e delle risorse a livello decentrato

Il decentramento e la territorializzazione dei servizi sociali, connessi con il riordino dei servizi sociali, si prefiggevano di rendere i servizi sociali più efficienti, più vicini ai cittadini e più rispondenti ai loro bisogni. La delega delle competenze amministrative per i servizi sociali ai Comuni ed alle comunità comprensoriali dovrebbe permettere una gestione dei servizi a più stretto contatto con l'ambiente dei cittadini, in modo che l'offerta di prestazioni sia in grado di rispondere maggiormente ai loro bisogni. Per rendere questi obiettivi ancora più efficaci di quanto non sia stato finora, nei prossimi anni bisognerà ampliare in modo coerente la responsabilità nei confronti del settore e delle risorse degli enti gestori decentrati. L'orientamento di fondo deve essere questo: il sistema politico-amministrativo (la Provincia) affiderà il più possibile le decisioni operative ai nuclei di responsabilità decentrati (Comuni e comunità comprensoriali). Dal punto di vista teorico, ciò significa che non s'interverrà più sul versante operativo, limitandosi a creare un quadro di integrazione e di coordinamento tramite progetti strategici (orientamento contestuale). Il trasferimento di competenze insito nel decentramento deve essere abbinato a strumenti di controllo accettati anche dalle unità decentrate.

6.3.4 I processi di orientamento output-oriented tramite la descrizione delle prestazioni

L'introduzione di un'ampia responsabilità decentrata nei confronti del settore e delle risorse rappresenta una nuova sfida per la pianificazione ed il coordinamento del lavoro sociale. La funzione centrale della parità di trattamento tra tutti i cittadini e la necessità di garantire determinati standard di qualità dell'assistenza sociale devono poter essere soddisfatte anche in futuro. La Provincia, nell'espletamento delle sue funzioni di orientamento e di coordinamento, dovrà essere sempre più output-oriented. In altri termini, in futuro la Provincia, nei suoi progetti per gli enti gestori decentrati, non si concentrerà tanto sul „come“, e quindi sulle procedure e le forme di organizzazione per l'erogazione di determinate prestazioni, quanto sul „cosa“, ovvero sulle prestazioni da erogare e sui risultati operativi (output = prestazione da erogare, mentre outcome = prestazione ed efficacia).

Al centro di questo orientamento output-oriented ci devono essere descrizioni il più possibile chiare delle prestazioni da erogare („descrizioni dei prodotti“)⁶⁵. L'esistenza di descrizioni chiare delle prestazioni da erogare e di definizioni degli standard assistenziali è la premessa fondamentale perché ci possano essere una valutazione dell'assistenza sociale ed un uso efficace degli strumenti di controlling. L'introduzione delle descrizioni dei prodotti deve anche incentivare una maggiore attenzione ai costi nell'assistenza sociale. Ai singoli „prodotti“, intesi come centri di costo, bisogna poter imputare tutti i costi sostenuti per la fabbricazione del prodotto (la preparazione della prestazione), in modo da poterli utilizzare come vettori di informazioni per la pianificazione, l'orientamento, la realizzazione e la valutazione. Nei prossimi anni, in tutti i settori del lavoro sociale, si dovrà lavorare sulla precisazione delle

⁶⁴ Cfr. a questo proposito p. es.: Deutscher Städtetag (ed.), Produkte im Mittelpunkt, Heft 23, Colonia 1996.

⁶⁵ Cfr. a questo proposito: Bassarak, H. (ed.), Modernisierung kommunaler Sozialverwaltungen und der Sozialen Dienste, Düsseldorf, Hans Böckler Stiftung 1997

descrizioni delle rispettive prestazioni da erogare, in modo da predisporre delle descrizioni delle prestazioni.

6.3.5 Il management della qualità

Se si vuole che la qualità delle prestazioni sociali sia garantita e migliorata anche in un sistema di servizi sociali decentrati, nei prossimi anni bisognerà lavorare con impegno all'ulteriore ampliamento di un „know-how“ che renda possibile l'introduzione di sistemi di management della qualità a tutti i livelli dei servizi sociali.

L'assicurazione qualità, o meglio, per evidenziare l'aspetto dinamico dei sistemi di assicurazione qualità, il management della qualità, riveste un'importanza fondamentale nel lavoro sociale, per quanto concerne il quadro giuridico (le linee guida), il finanziamento (l'economicità), l'aumento delle richieste nei confronti del personale (formazione ed aggiornamento professionale) e l'orientamento all'utenza. E' innegabile che la qualità sia una grandezza relativa, dato che non c'è, né ci può essere, alcun criterio di misura della qualità. Nella terminologia della DIN EN ISO 9000 e segg., che attualmente dominano la discussione sulla qualità, si legge che "la qualità è data dalla totalità delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di una prestazione, che lo rendono idoneo all'ottenimento dei risultati previsti".⁶⁶ Ciascun sistema di management della qualità (abbreviazione: MQ), inteso come strumentazione per l'applicazione di obiettivi vincolanti e predefiniti, presuppone innanzi tutto che tali obiettivi siano stati negoziati, con l'intervento, di regola, di diversi interessi (o gruppi di interesse).

Nel lavoro sociale, almeno sotto il profilo normativo, al centro di tutti gli sforzi c'è la persona che ha bisogno di aiuto, l'utente. Alla luce del divario esistente tra obiettivi e risorse, il management della qualità può essere definito come la somma di tutte le attività che mirano a rilevare le aspettative degli interessati (= gli utenti, ma anche gli operatori ed operatrici e chi paga) ed a bilanciarle con le risorse disponibili, in modo da sviluppare obiettivi di qualità vincolanti, a fronte di quest'operazione. Il management della qualità comprende anche tutte quelle misure ed attività che servono al raggiungimento ed alla verifica degli obiettivi di qualità. I sistemi di management della qualità servono a raggiungere ed a garantire la massima soddisfazione possibile da parte di tutti gli interessati, in particolare da parte dell'utente finale delle prestazioni. In quest'ottica, è fondamentale che gli enti gestori decentrati, che con il riordino dei servizi sociali hanno avuto maggiori margini decisionali, vengano sostenuti dalla Provincia nella creazione di sistemi di management della qualità.

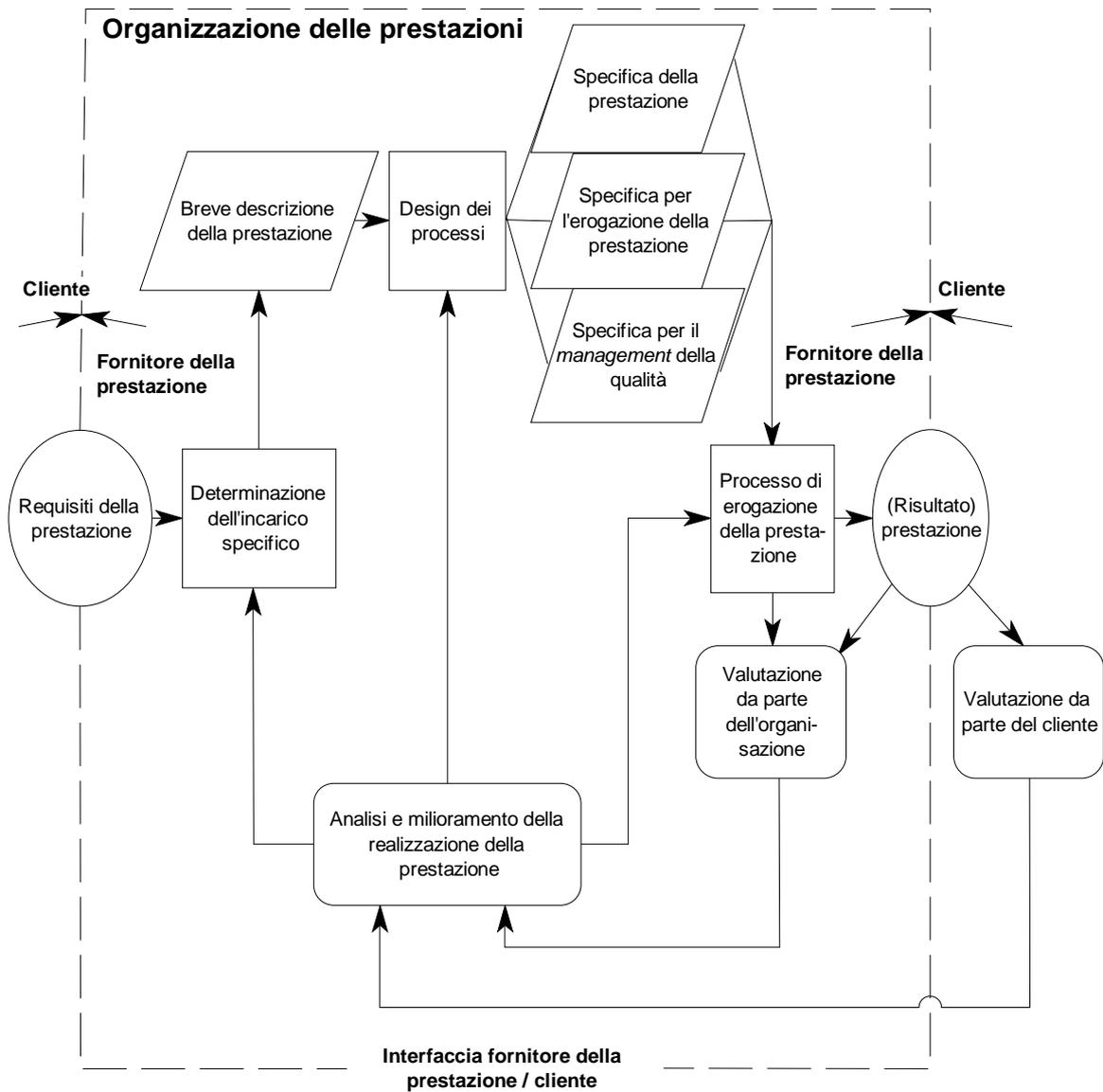
6.3.6 Excursus – Premesse del management della qualità

La complessità del management della qualità è dimostrata molto chiaramente dal cosiddetto "grande circolo della qualità" (v. il grafico qui sotto), che poggia sulla DIN EN ISO 9004. Secondo il „grande circolo della qualità“, la determinazione dell'incarico specifico, ovverosia il rilevamento dei bisogni, riveste un ruolo centrale in ogni MQ.

Fig. 8:

⁶⁶ Cfr. a questo proposito: Meinold, M., Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, Friburgo 1996, o anche: Kackson, P./Ashton, D., ISO 9000 - Der Weg zur Zertifizierung, Landsberg 1995

"Grande circolo della qualità"



Fonte: DIN EN ISO 9004.

Ci sono tre elementi di questo diagramma che richiedono un chiarimento. Si tratta della specifica per:

- la prestazione (= *qualità del risultato*)
- l'erogazione della prestazione (= *qualità del processo*)
- il management della qualità (= *qualità della struttura*)

La qualità della struttura ha da sempre un ruolo molto importante nel settore sociale; sotto vari aspetti, essa domina anche le attuali norme di legge per l'assicurazione qualità. La qualità della struttura definisce il quadro per l'erogazione della prestazione. Tra gli strumenti più diffusi di assicurazione della qualità strutturale, intesa come misure preventive di management della qualità, rientrano:

- le prescrizioni minime in fatto di personale, ivi compresa la determinazione di parametri di personale per la garanzia di determinati livelli di qualificazione degli operatori.
- La definizione di standard (minimi) edilizi.
- La preparazione di piani di formazione e di aggiornamento vincolanti per la qualificazione continua (e dimostrabile) degli operatori e delle operatrici.

In un sistema di management della qualità bisogna menzionare a) la garanzia di una manutenzione idonea delle apparecchiature tecniche utilizzate, delle infrastrutture edilizie ecc., b) la certezza che vengano utilizzati solo materiali, ausili e strumenti qualificati, e soprattutto c) lo sviluppo di istruzioni di procedura vincolanti per la gestione dei processi.

La qualità del processo riguarda il processo dell'erogazione della prestazione in sé e per sé, ovverosia, più concretamente, il processo di assistenza, di cura o di consulenza in senso stretto, ma anche il „come“ dell'erogazione della prestazione. Tra le principali misure per assicurare la qualità del processo ricordiamo tra l'altro:

- l'elaborazione del profilo dettagliato dell'offerta e delle prestazioni di un'istituzione, di un servizio (= richiesta di una bozza scritta).
- L'obbligo di una pianificazione degli aiuti che tenga conto dell'utente (= anamnesi e pianificazione della cura, istituzioni di cura), pianificazione individuale dei trasporti (p. es. laboratori protetti); pianificazione individuale dell'assistenza (assistenza economica sociale ecc.).
- Indicazioni sulla composizione delle équipe di cura, assistenza o consulenza.
- Documentazione dell'erogazione delle prestazioni.

Nell'ambito della qualità del risultato, viene rilevato e valutato il livello di raggiungimento degli obiettivi delle prestazioni erogate. In breve, si tratta di confrontare l'obiettivo della prestazione con il suo risultato, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e degli altri interessati. Per garantire la qualità del risultato è necessaria una verifica regolare dei risultati delle prestazioni; a questo scopo si utilizza la documentazione relativa all'erogazione delle prestazioni e s'interrogano gli utenti (o gli altri interessati) sul loro grado di soddisfazione. Nel far ciò bisogna prendere posizione su tutti gli aspetti importanti degli obiettivi.

6.4 Obiettivi nel settore dello sviluppo del personale

Come in ogni azienda di tipo economico, anche nel settore del servizio sociale pubblico il personale rappresenta la risorsa più importante. La qualificazione e la motivazione degli operatori incidono sostanzialmente sulla qualità del lavoro fornito. Il riordino dei servizi sociali, l'introduzione del distretto sociosanitario integrato ed i nuovi obiettivi definiti in questo Piano per lo sviluppo delle strutture organizzative in campo sociale rappresentano nuove sfide per la qualificazione e la concezione che hanno di sé gli operatori, ma soprattutto per i dirigenti. La posta in gioco è nientepopodimeno il superamento della filosofia amministrativa connessa con le vecchie strutture a tutti i livelli, consentendo agli operatori e alle operatrici di considerarsi parte di un'impresa di servizi. La missione di quest'impresa di servizi è quella di adempiere ai compiti previsti dalla legge, senza mai perdere di vista l'utente e il problema delle risorse.

Da parte loro, la Provincia, in quanto istanza centrale di orientamento e di coordinamento, e gli enti gestori decentrati (Comuni e comunità comprensoriali), hanno un compito ed un obiettivo prioritario, quello di promuovere attivamente l'attenzione agli utenti e alle prestazioni in tutti gli operatori e nei dirigenti, facendo in modo che, nell'ambito delle rispettive programmazioni, sia messo a disposizione personale qualificato e motivato in misura sufficiente. Per raggiungere questo obiettivo, ci si avvale di diversi strumenti di sviluppo del personale: in questa sede vale la pena di ricordare in senso stretto la formazione, ma anche la formazione continua e l'aggiornamento professionale e in senso lato le strategie per il reperimento di personale.

6.4.1 La formazione

I diplomati e diplomate delle scuole medie superiori (a indirizzo sociale) saranno assunti in parte presso i servizi sociali (p. es. nell'amministrazione) e avranno soprattutto presupposti favorevoli per continuare gli studi presso i corsi universitari del settore sociale e sanitario.

- Nella formazione di base per le diverse professioni del sociale in futuro bisognerà preferire la „polivalenza“ rispetto ad un sapere specialistico e troppo differenziato. Quest'orientamento della formazione dovrebbe aprire maggiori possibilità di impiego al personale qualificato e garantire una maggiore mobilità del personale tra i diversi settori d'intervento. Inoltre, in questo modo si dovrebbe anche incentivare la collaborazione interdisciplinare.
- In futuro dovranno essere formati in alto Adige un numero sempre crescente di operatori qualificati per il settore sociale. Con la creazione del diploma universitario in lavoro sociale presso la Libera Università di Bolzano dovrebbe essere possibile formare in provincia, in base all'ordinamento degli studi italiano, operatori professionali (assistenti sociali ed educatori/trici) con una formazione post-maturità di alto livello, sia pratica che scientifico/teorica, secondo il modello austriaco e tedesco.
- Tramite accordi con altre università, bisognerà garantire anche la formazione degli assistenti sociali, al di fuori dell'Alto Adige, in modo da poter coprire in misura sufficiente il vasto fabbisogno di assistenti sociali che si prevede in futuro.

6.4.2 Formazione continua ed aggiornamento professionale

- Indipendentemente dal nuovo orientamento alla polivalenza ed alla collaborazione interdisciplinare nella formazione e nell'aggiornamento professionale, è necessario garantire un aggiornamento continuo delle qualificazioni specialistiche degli operatori/trici nei rispettivi settori specialistici e settori d'intervento.
- La specializzazione delle qualifiche specialistiche degli operatori è necessaria soprattutto nei settori della psichiatria e dell'assistenza ai tossicodipendenti, che finora sono rimaste troppo all'ombra dell'assistenza ai portatori di handicap.
- Nella formazione continua e nell'aggiornamento professionale si deve attribuire maggiore importanza all'acquisizione delle qualifiche fondamentali necessarie per un management moderno. Rientrano in questa categoria la capacità di lavorare in équipe, la capacità di risolvere i conflitti, il management per progetti, la creatività e la flessibilità nello sviluppare autonomamente soluzioni ai problemi.
- Deve essere creato un centro di competenza per il lavoro sociale, gestito da aziende acquirenti pubbliche e private, dalla provincia e dall'università, che si occupi in modo strategico del compito dell'aggiornamento e della riqualificazione, della ricerca applicata e della documentazione

6.4.3 Il reperimento del personale

Il reperimento del personale è un compito che si presta solo ad un certo grado di pianificazione da parte del sistema dei servizi sociali. L'interesse per le professioni del sociale dipende da molte condizioni indipendenti dal sistema: la situazione sul mercato del lavoro, la situazione congiunturale, ma anche l'importanza attribuita ai compiti sociali nella società. Ciò nonostante, all'interno del settore sociale, esistono vari modi di agire sulle condizioni per il reperimento del personale.

- Se nei prossimi anni si vuole coprire il bisogno sempre crescente di operatori qualificati nel campo del servizio sociale, si dovranno elaborare ed attuare delle misure per il miglioramento dell'attrattività e dell'immagine delle professioni sociali. Le professioni sociali devono diventare un'interessante alternativa sul mercato del lavoro.

In futuro si dovrà tener maggiormente in considerazione nella pianificazione del personale il fatto che oltre l'80 % degli operatori/trici nel campo del servizio sociale sono donne. Molte delle donne attive nel settore sociale, oltre a svolgere quest'attività professionale, devono anche farsi carico delle maggiori responsabilità per quanto concerne le incombenze familiari. Si dovrà dunque rispondere meglio alle esigenze delle operatrici con misure adeguate, come orari di lavoro più flessibili, un numero maggiore di posti part time o l'approntamento di offerte di assistenza per i bambini.

6.4.4 L'unificazione delle norme concernenti il personale

- In Alto Adige, con il riordino dei servizi sociali, l'eterogeneità della struttura degli enti gestori nel campo dei servizi sociali avrebbe dovuto ridursi, è rimasta ancora molto varia. Per questo motivo, bisogna impegnarsi ulteriormente per un'unificazione delle norme riguardanti il personale.

6.5 Obiettivi nel settore degli enti gestori privati

Nella sezione B, cap. 5 del Piano si è già accennato alla grande importanza dell'impegno delle associazioni e delle iniziative private. In base a queste considerazioni, si sono formulate le seguenti linee guida per un ulteriore miglioramento della collaborazione con i gli enti gestori privati.

- Bisogna migliorare i contatti e la collaborazione tramite uno scambio di informazioni, che in futuro sarà regolare ed istituzionalizzato, tra gli enti gestori pubblici e privati dei settori sociale e sanitario, realizzando così a breve termine anche un maggior coordinamento delle offerte.
- Bisogna elaborare un vasto progetto di promozione per incentivare l'impegno dei privati in campo sociale; questo progetto dovrà armonizzare coerentemente le norme isolate finora esistenti e contenere norme trasparenti sulle linee guida e sulle modalità di finanziamento.
- Per tutte le persone interessate, per le iniziative private e per le organizzazioni, è necessario creare una base di informazioni unitaria e facilmente accessibile sulle possibilità di ottenere finanziamenti pubblici. A questo scopo, bisogna predisporre il materiale informativo idoneo, rendendolo accessibile a tutti i cittadini su una base quanto più ampia possibile.
- Gli enti gestori pubblici sono chiamati ad essere, oggi più che mai, i referenti di tutte le persone singole, le iniziative private e le organizzazioni che desiderano impegnarsi nel settore sociale. A questo proposito bisogna predisporre un'unità informativa presso la Provincia e nominare i referenti competenti presso gli enti gestori decentrati.

6.6 Obiettivi nel settore del volontariato

L'attività dei singoli volontari e delle organizzazioni di volontariato rappresenta, sotto molteplici aspetti, un contributo straordinariamente importante al lavoro nel campo del sociale. I volontari integrano utilmente il lavoro degli operatori professionisti, tanto più che spesso il loro intervento inizia proprio dove si esaurisce quello dei professionisti; inoltre, il volontariato è espressione di una forte consapevolezza e di un forte impegno sociale e sottolinea la responsabilità di tutta la società nei confronti delle questioni sociali.

- Bisogna promuovere attivamente la diffusione della filosofia del volontariato, soprattutto all'interno delle comunità locali (Comuni). E' necessario sensibilizzare maggiormente l'opinione pubblica al fatto che l'aiutare le persone socialmente svantaggiate o bisognose è un compito comune di tutti i cittadini e di tutte le cittadine. Se sarà raggiunto quest'obiettivo, sarà possibile una notevole mobilitazione di risorse informali.
- Nel rispetto dell'autonomia delle rispettive organizzazioni, si dovranno attuare delle misure coordinate di assicurazione della qualità del lavoro degli operatori ed operatrici volontari.
- Per i soggetti attivi ormai da tempo nel settore sociale, bisogna prevedere la possibilità che quest'attività venga computata ai fini della previdenza sociale, senza che quest'impegno comporti alcuno svantaggio da parte loro.

6.7 Obiettivi per la collaborazione con il settore sanitario

Per quanto concerne la collaborazione con il settore sanitario, va detto innanzi tutto che l'esistenza di due organizzazioni molto diverse complica le misure di cooperazione e di coordinamento, tanto più che i due settori hanno „culture“ molto diverse. Stando alle analisi effettuate dai gruppi di lavoro che si sono riuniti nell'ambito dell'elaborazione del Piano sociale in tutti i distretti e nelle comunità comprensoriali, la collaborazione tra il personale del servizio sociale e quello del servizio sanitario presenta margini di miglioramento a tutti i livelli. Partendo da queste premesse, si sono formulati i seguenti obiettivi.

- La collaborazione tra il settore sociale e quello sanitario va migliorata a tutti i livelli.
- A livello di Provincia, bisogna portare avanti ed istituzionalizzare l'inserimento del settore sanitario nella pianificazione, come già è avvenuto nell'ambito di vari piani settoriali (p. es. Piano psichiatrico, piano di assistenza per le forme di dipendenza ecc.) e nell'elaborazione di questo Piano sociale provinciale.
- Anche in futuro, il distretto sociosanitario integrato dovrà essere un'importante interfaccia per la collaborazione del settore sociale e di quello sanitario.

6.8 Obiettivi per la partecipazione dei cittadini e degli interessati

Nella sezione B, cap. 5.4 del Piano si è già accennato all'importanza della partecipazione dei cittadini e degli interessati alla pianificazione sociale ed alla politica generale nel suo complesso; si sono quindi illustrate le principali procedure, con i loro limiti e difficoltà. Sulla base di queste riflessioni, verranno qui formulate le premesse relative alla partecipazione dei cittadini e degli interessati alla pianificazione sociale ed all'attuazione di misure sociali.

- La partecipazione dei cittadini e degli interessati alla pianificazione ed all'applicazione di misure sociali deve essere intensificata a tutti i livelli dell'amministrazione, della direzione e dell'erogazione delle prestazioni (Provincia, Comuni, aziende per i servizi sociali, comunità comprensoriali, distretti), per il suo contributo irrinunciabile al rilevamento dei bisogni, alla prevenzione ed alla valutazione delle prestazioni in campo sociale.
- Bisogna creare in tutti gli enti gestori le premesse necessarie per una partecipazione proficua dei cittadini e degli interessati. Gli enti gestori devono rendere i loro processi di decisione e di pianificazione il più possibile trasparenti, indicando, a tutti i livelli più importanti, referenti facilmente individuabili a cui si possano rivolgere i cittadini e gli interessati.
- Gli enti gestori territoriali devono essere aiutati dalla Provincia ad organizzare manifestazioni di sensibilizzazione e di mobilitazione ed a distribuire ai cittadini materiale informativo sulle loro attività (giornate a tema, giornate delle porte aperte, pieghevoli illustrativi, comunicati stampa, presenza sui media ecc.).
- Data la selettività di tutte le procedure di partecipazione, bisogna ricorrere ai metodi ed agli strumenti più svariati, in modo da raggiungere il maggior numero possibile di gruppi di interesse. Si deve prestare particolare attenzione ai gruppi sociali marginali, che hanno scarse possibilità di far sentire la loro voce.
- I bambini ed i giovani vanno presi sul serio. Bisogna conservarne la positività e l'apertura, che devono essere considerate un presupposto importante per un atteggiamento responsabile nei confronti della società anche nell'età adulta.

- Bisogna comunque evitare di gravare eccessivamente sui cittadini e sugli interessati. La partecipazione non può essere un obbligo, ma una scelta.

Sezione D

Misure per il triennio 2000 - 2002

Sezione D - Misure per il triennio 2000-2002

La sezione D, che propone specifiche misure concrete, costituisce la parte operativa ed orientata all'azione pratica del Piano sociale provinciale. Gli obiettivi e le misure possono essere suddivisi in 3 gruppi principali:

- Primo gruppo: misure e raccomandazioni per lo sviluppo organizzativo e la formazione del personale, per la cooperazione con il settore sanitario, gli enti gestori indipendenti ed altre istituzioni sociali (Cap. 7 e 8). Queste misure rivestono un'importanza fondamentale anche per gli altri settori e per tale ragione vengono presentate prima delle altre.
- Secondo gruppo: le misure trasversali ai diversi gruppi (Cap. 9). Questa categoria comprende tutte quelle misure e quegli obiettivi che interessano la totalità dell'assistenza sociale (p. es. l'assicurazione qualità) o più gruppi sociali contemporaneamente. L'introduzione di questa categoria nel Piano sociale persegue l'obiettivo di promuovere un approccio teorico ed operativo al lavoro sociale che vada al di là dei singoli gruppi di riferimento (in conformità con i principi già enunciati); inoltre, si vuole incentivare l'interdisciplinarietà delle iniziative.
- Terzo gruppo: misure specifiche per gruppi di riferimento (Cap. 10). Un Piano sociale interdisciplinare non può ambire all'esaustività per quanto concerne i singoli progetti di miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti diversamente colpiti e con problematiche molto diverse. Riassumendo: il Piano sociale provinciale non può né deve sostituirsi ai singoli piani di settore (piano geriatrico, piano di assistenza alle persone in situazione di handicap, ai giovani ecc.). Esso è invece concepito come un piano "quadro" per l'intero settore dell'assistenza sociale. I piani di settore da redigere o rielaborare in futuro dovranno essere dunque visti come differenziazioni di questo Piano, specifiche per i vari settori.

I limiti, sempre presenti, di natura temporale, in materia di personale o finanziaria, rendono impossibile realizzare contemporaneamente tutte le misure fissate dal Piano. E' dunque necessario stabilire delle priorità. Ogni capitolo concernente le misure inizia con una panoramica delle misure pianificate per quello specifico settore. Ciò evidenzia anche il grado di priorità delle diverse misure. In parte si è reso necessario limitarsi alle misure assolutamente centrali. La presente stesura del Piano include prevalentemente misure del massimo grado di priorità (A) in quanto le misure meno urgenti sono state rimandate o rimosse dal Piano durante la sua elaborazione, a beneficio della chiarezza della consistente parte operativa.

7 MISURE FINALIZZATE ALLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Le finalità operative e le relative misure per la loro realizzazione, descritte di seguito, si fondano sulle linee guida strategiche generali formulate nella sezione C del Piano. Si riferiscono a diversi livelli organizzativi. Si descrivono innanzitutto misure concernenti la Ripartizione provinciale Servizio sociale e degli organi e strumenti ad essa subordinati, cioè il sistema informativo provinciale e la Consulta provinciale. Ulteriori misure concernono la creazione di nuove condizioni di riferimento di natura organizzativa per la gestione dei servizi sociali da parte degli enti decentrati (Comuni, comunità comprensoriali e aziende per i servizi sociali) ed a livello di distretto.

7.1 Ripartizione provinciale Servizio sociale

7.1.1 Finalità

- Consolidamento e ulteriore sviluppo delle strutture organizzative e gestionali decentrate del settore, nell'intero sistema dei servizi sociali
- Sviluppo del know-how nei settori controlling e assicurazione qualità presso la Ripartizione provinciale ed istituzionalizzazione di un trasferimento continuo di know-how e di informazioni agli enti gestori decentrati pubblici e privati
- Realizzazione di adeguate condizioni per la creazione di strutture gestionali di tipo aziendale e manageriale per i servizi sociali presso gli enti gestori decentrati (Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali)
- Miglioramento del coordinamento e della cooperazione con la Sanità e creazione delle relative strutture per la cooperazione

7.1.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Istituzione di un centro per la pianificazione, il controlling e il management della qualità presso la Ripartizione provinciale.
A	b) Istituzione di un Comitato congiunto permanente di pianificazione per l'elaborazione e la realizzazione dei piani provinciali dei servizi sociali e della sanità.

a) Istituzione di un centro per la pianificazione, il controlling e il management della qualità presso la Ripartizione provinciale.

Situazione iniziale: Dai cambiamenti strutturali, intervenuti a causa del riordino dei servizi sociali, e dall'obiettivo strategico di proseguire conseguentemente con il decentramento, deriva la necessità di introdurre nuovi procedimenti gestionali orientati all'output (il "prodotto"). La qualità delle prestazioni sociali deve essere garantita anche nel sistema decentralizzato e venire ulteriormente migliorata, per quanto possibile, sfruttando le

potenzialità di razionalizzazione. Si otterrà tutto questo introducendo nuovi procedimenti di controlling e assicurazione qualità; la Ripartizione provinciale deve prestare un contributo sostanziale in tal senso.

Misura: Si istituirà presso la Ripartizione provinciale Servizio sociale un centro per il controlling, il management della qualità e la pianificazione, che fa capo al Direttore di ripartizione. Nei prossimi anni tale centro svilupperà sistematicamente il know-how richiesto da queste complesse sfere di competenza. La pianificazione, il controlling e il management della qualità non dovranno però essere di competenza esclusiva di tale centro, che avrà piuttosto la funzione centrale di trasmettere le proprie competenze a tutti gli altri Uffici provinciali nonché a tutti gli enti gestori decentrati pubblici e privati. In questo modo si dovrà favorire l'introduzione di criteri unitari di pianificazione e valutazione e si consegnerà un miglioramento della qualità delle prestazioni a tutti i livelli.

Tempi: Entro la fine del 2002.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale.

b) Istituzione di un Comitato congiunto permanente di pianificazione per l'elaborazione dei piani provinciali dei servizi sociali e della sanità.

Situazione iniziale: La gestione dei servizi sociali e sanitari in due sistemi gestionali ed amministrativi separati e strutturati diversamente complica la collaborazione strategica. I bacini d'utenza delle unità organizzative coincidono solo parzialmente. Anche il parallelismo delle funzioni gestionali esiste solo a pochi livelli. Perché la pianificazione e la realizzazione delle misure in entrambi i settori siano comunque coordinate, è necessario stabilire forme istituzionalizzate di collaborazione a tutti i livelli.

Misura: Al livello delle Ripartizioni provinciali Servizio sociale e Sanità si dovrà istituire un Comitato permanente di pianificazione che coordini in futuro l'elaborazione dei piani provinciali nel settore dei servizi sociali e della sanità e verifichi e accompagni costantemente la realizzazione delle misure in essi previste. Faranno parte di tale Comitato di pianificazione l'Assessore al Servizio sociale e alla Sanità, il Direttore di dipartimento, i Direttori/trici delle Ripartizioni Servizio sociale e Sanità, i Direttori/trici degli Uffici, i vertici delle aziende sanitarie e degli enti gestori decentrati nell'assistenza sociale nonché rappresentanti di organizzazioni ed associazioni private.

Tempi: Entro la metà del 2000.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Direzione di Dipartimento, Ripartizioni provinciali Servizio

sociale e Sanità, con la partecipazione degli enti gestori locali e di organizzazioni private.

7.2 Il Sistema informativo provinciale

7.2.1 Finalità

Il controlling è parte integrante delle competenze di qualsiasi dirigente, sia presso la Ripartizione provinciale che presso gli enti gestori decentrati (Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali) nonché nei distretti. Il Sistema informativo provinciale (SIPSA) e il connesso sistema di reporting rappresentano attualmente gli strumenti più importanti per l'esercizio di tale funzione a livello provinciale. Con il Piano sociale provinciale, la Provincia si prefigge le seguenti finalità operative per l'ulteriore sviluppo di tali strumenti:

- Il Sistema informativo provinciale (SIPSA) deve essere ulteriormente sviluppato e si deve unificare il sistema di reporting (ad es. relazione sociale annuale, relazioni delle comunità comprensoriali). Superata la prima fase istitutiva, si tratta ora di consolidare a tutti i livelli lo strumentario creato (tipo di informazioni, indicatori, tipo di relazioni, soluzioni organizzative, referenti e procedure) in modo tale che gli aspetti contenutistici possano essere in primo piano.
- Attraverso la sistematizzazione del flusso di informazioni sui dati economici si dovrà compiere un ulteriore passo significativo in avanti, verso uno strumento di controlling per tutta la Provincia.
- Si perseguirà anche un'uniformazione delle relazioni di distretto e dei programmi operativi delle comunità comprensoriali e delle aziende per i servizi sociali. Le relazioni annuali dovranno fornire informazioni relativamente allo stato di attuazione delle finalità e delle misure formulate nel Piano sociale provinciale e consentire una verifica sistematica dell'implementazione delle loro pianificazioni.
- Si deve elevare il grado di informazione di tutti i collaboratori relativamente all'importanza del Sistema informativo provinciale per migliorare la partecipazione al procedimento e, in ultima analisi, la qualità dei dati.
- Si deve lavorare ad un ulteriore sviluppo del Sistema informativo nel suo complesso, mirando ad un sistema informativo di tipo manageriale, che garantisca un regolare monitoraggio dell'attuazione del Piano sociale provinciale.

7.2.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Completamento delle indagini
A	b) Disponibilità più rapida dei dati
A	c) Ulteriore miglioramento della qualità e delle possibilità di utilizzo dei dati SIPSA

B	d) Uniformazione della raccolta dei dati
----------	--

In riferimento all'ulteriore sviluppo del Sistema informativo provinciale SIPSA per il servizio sociale, è necessario, nel periodo di validità del presente Piano sociale e conformemente ai compiti centrali del Sistema informativo, intraprendere misure a quattro livelli:

- Analisi dell'offerta di prestazioni
- Indagine sulla qualità delle prestazioni
- Analisi dei bisogni sociali
- Creazione di una banca dati autonoma

a) Completamento delle indagini

Situazione iniziale: Il Sistema informativo provinciale è ancora in fase di costituzione e perciò non copre ancora i servizi sociali nella loro interezza. Attualmente non si raccolgono dati completi per 16 servizi, che dovranno venire inclusi nell'indagine nei prossimi anni.

Misura: Nel corso dei prossimi tre anni si devono compiere rilevazioni in relazione ai dati strutturali per i seguenti settori:

- Assistenza economica sociale
- Alloggi per anziani
- Club per anziani
- Case delle donne
- Alloggi di addestramento
- Centri di addestramento professionale
- Corsi di socializzazione
- Comunità alloggio per malati psichici
- Laboratori protetti per malati psichici
- Colonie di villeggiatura
- Ricovero per senzatetto
- Extracomunitari
- Sinti e Rom

Tempi: Entro la fine del 2002.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e i servizi.

b) Disponibilità più rapida dei dati

Situazione iniziale: I dati SIPSA devono essere disponibili entro tempi più brevi di quelli attuali. Ciò significa che i tempi di raccolta, elaborazione, convalida e restituzione dei dati validati devono

essere ridotti affinché essi siano disponibili più rapidamente per la Provincia e gli enti gestori.

- Misura: Le esperienze del progetto finalizzato al miglioramento del rilevamento elettronico dei dati e della loro trasmissione nelle comunità comprensoriali, in atto dal 1998, dovrebbero trovare applicazione pratica in tutto il territorio.
Scadenze per la raccolta di dati e il loro trasferimento:
- entro gennaio: raccolta dei dati
- entro marzo: convalida dei dati
- entro aprile: restituzione dei dati validati
- Tempi: Tale scadenzario deve essere entrato in uso entro la fine del 2001.
- Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e i servizi.

c) Ulteriore miglioramento della qualità e delle possibilità di utilizzo dei dati SIPSA

- Situazione iniziale: E' necessario migliorare la qualità dei dati e sviluppare ulteriormente le possibilità di sfruttamento dei dati SIPSA a tutti i livelli (Provincia, Comuni, aziende per i servizi sociali, comunità comprensoriali, distretti).
- Misure: Il miglioramento qualitativo deve essere raggiunto attraverso le seguenti misure:
 - aggiornamento dei referenti SIPSA
 - intensificazione dell'opera informativa presso i responsabili degli enti gestori territoriali e dei servizi
 - messa a disposizione e completamento della relazione annuale con dati SIPSA ampliati in tempi più rapidi
- Tempi: Misure permanenti.
- Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali

d) Uniformazione della raccolta dei dati

- Situazione iniziale: Attualmente i dati non vengono rilevati in modo uniforme da parte del SIPSA, dell'Osservatorio epidemiologico, del Consorzio dei Comuni e dell'ASTAT né sono sufficientemente armonizzati fra di loro.
- Misura: Il rilevamento dei dati deve venire uniformato e armonizzato meglio mediante accordi con i rappresentanti delle diverse

istituzioni.

- Tempi: L'armonizzazione deve iniziare immediatamente e deve divenire un processo permanente.
- Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità e le istituzioni sopracitate.

7.3 La Consulta provinciale

7.3.1 Finalità

- La Consulta provinciale è un organo di codecisione importante e necessario nei servizi sociali e deve essere rivalutata in tale funzione.
- Le competenze della Consulta provinciale devono concentrarsi in futuro sull'attività peritale in relazione agli importanti documenti di programmazione, dedicando meno attenzione al parere in merito a singole misure di esecuzione.
- La Consulta provinciale deve inoltre essere rafforzata nella sua funzione di organo di conciliazione nei negoziati tra Provincia, enti gestori territoriali e singoli servizi.
- Si deve far maggiormente conoscere ai cittadini la sezione "ricorsi" della Consulta provinciale affinché essa possa espletare, più di quanto sia finora accaduto, la propria funzione di istanza di ricorso.

7.3.2 Misura

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	Riforma della Consulta provinciale

Riforma della Consulta provinciale

Situazione iniziale: In passato si è tenuto troppo poco conto dell'importante funzione per i servizi sociali della Consulta provinciale per l'assistenza sociale come organo di partecipazione al massimo livello dei cittadini e degli interessati perché la Consulta si occupava eccessivamente di questioni di dettaglio e compiti amministrativi. Con la legge provinciale 16/97 (Disposizioni sui servizi sociali in provincia di Bolzano), si sono riformate la composizione e la sfera di competenza della Consulta provinciale.

Misura:	<p>Si devono applicare le disposizioni per la riforma della Consulta provinciale, che prevedono le seguenti innovazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Il numero dei membri delle sezioni aumenta da sette a nove.- La sfera di attività deve mutare nel senso che si discuterà di meno di questioni di dettaglio e atti amministrativi e si valuteranno invece maggiormente gli obiettivi centrali di programmazione. A questo scopo la consulta e le sezioni si riuniscono almeno 3 volte all'anno.- La funzione di conciliazione della Consulta provinciale deve essere nuovamente rafforzata, facendo maggiormente conoscere la Consulta in questa sua funzione agli enti gestori territoriali.
Tempi:	L'attuazione delle disposizioni deve essere ultimata entro la fine del 2000.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Consulta provinciale.

7.4 Il settore degli enti gestori territoriali

7.4.1 Finalità

Dalle linee guida strategiche formulate nella sezione C e finalizzate all'ulteriore sviluppo delle strutture organizzative del servizio sociale derivano le seguenti finalità operative per il triennio 2000-2002:

- Introduzione di un nuovo modello gestionale di tipo aziendale per il settore dei servizi sociali presso gli enti gestori territoriali, sulla base delle strutture già esistenti nella Sanità e sostegno nell'implementazione di questo nuovo modello gestionale.
- Ridefinizione delle relazioni tra la definizione politica degli obiettivi e la realizzazione operativa degli stessi nel quadro delle nuove strutture gestionali aziendali presso gli enti gestori territoriali, conformemente ai principi del management contrattuale.
- Ampliamento della responsabilità tecnica e relativa alle risorse presso gli enti gestori decentrati mediante la graduale introduzione di procedimenti di budget.
- Miglioramento del controlling e del sistema di reporting attraverso un trasferimento continuo di know-how agli enti gestori territoriali (Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali) da parte dell'Ufficio di nuova istituzione per il controlling, il management della qualità e la programmazione presso la Ripartizione provinciale.
- Uniformazione degli standards per le relazioni di gestione e di bilancio degli enti gestori territoriali.

7.4.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Introduzione di modelli gestionali aziendali
B	b) Ampliamento della responsabilità decentrata, tecnica e relativa alle risorse
B	c) Uniformazione degli standard per relazioni di gestione e finanziarie
A	d) Introduzione della contabilità per centri di costo e prestazioni.

a) Introduzione di modelli gestionali aziendali

Situazione iniziale: Le attuali strutture gestionali per il settore dei servizi sociali presso gli enti gestori territoriali si basano eccessivamente su una logica amministrativa di tipo tradizionale. La suddivisione dei ruoli tra organi decisionali politici, organi amministrativi e posizioni gestionali professionali è definita in modo poco chiaro e ostacola il disbrigo efficiente di compiti complessi. Le finalità strategiche formulate nel Piano rendono necessaria una riforma di tali strutture, con un allontanamento dall'amministrazione e verso una gestione sul tipo del management aziendale.

Misura: Riforma delle attuali strutture gestionali per i servizi sociali presso gli enti gestori territoriali mediante l'introduzione di modelli di gestione aziendali. Si devono sostanzialmente poter attuare due diversi modelli:

Modello azienda per i servizi sociali

Istituzione di aziende per i servizi sociali per la gestione dei servizi sociali presso gli enti gestori territoriali secondo l'art. 12 della Legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13 e relative modifiche:

- L'azienda speciale è un ente autonomo di diritto pubblico ed è indipendente sotto il profilo funzionale, tecnico, amministrativo e contabile.
- Gli organi di gestione dell'azienda sono il/la Direttore/trice e il Collegio dei/le revisori dei conti.
- Al/la Direttore/trice spettano i poteri di gestione e rappresentanza dell'azienda; verifica i risultati della gestione dell'azienda e dispone le assunzioni del personale.
- L'ente gestore (Comune o comunità comprensoriale) approva lo statuto e il programma dell'azienda, le piante organiche, il bilancio annuale, la relazione dei revisori dei

conti e esplica la vigilanza sull'azienda.⁶⁷

Modello azienda autonoma

Secondo questo modello le strutture di gestione esistenti vengono riformate conformemente alle seguenti finalità:

- Rafforzamento della responsabilità decentrata, tecnica e relativa alle risorse, della Direzione dei servizi sociali presso gli enti gestori territoriali
- Definizione di accordi chiari sugli obiettivi tra il livello politico e la Direzione dei servizi sociali nel senso del management contrattuale
- Introduzione a medio termine di una responsabilità finanziaria diretta della Direzione nel quadro dei programmi operativi e dei piani finanziari

Tempi:	Durante il periodo di validità del Piano.
Risorse:	Da attuare con le attuali risorse. Si stanzeranno finanziamenti in caso di conseguente attuazione dei modelli.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

b) Ampliamento della responsabilità decentrata, tecnica e relativa alle risorse

Situazione iniziale:	Le attuali possibilità di un impiego flessibile delle risorse (personale, mezzi finanziari, sussidi tecnici) nella gestione dei servizi sociali non sono adeguate ad una moderna gestione nel senso di un management di tipo aziendale. Inoltre sono quasi inesistenti gli stimoli per un approccio economico alle risorse. I costi precisi per molte prestazioni non sono noti. Anche per quanto concerne i punti principali a livello di contenuto del lavoro, finora il margine decisionale disponibile per un approccio flessibile alle esigenze esistenti nel territorio è stato troppo limitato.
Misura:	Con l'introduzione di nuove strutture gestionali di tipo aziendale presso gli enti gestori territoriali si devono anche trasferire agli stessi nuovi strumenti gestionali. Gli spazi tecnici di decisione disponibili devono venire ampliati nel quadro degli standard (orientati all'output) definiti dalla Provincia. Attraverso l'introduzione di budget per le aziende viene ampliata la responsabilità in merito alle risorse.
Tempi:	L'introduzione di budget deve avvenire gradualmente. Nel 2001 si inizierà con l'introduzione di budget per una parte dei bilanci degli enti gestori territoriali.

⁶⁷ Cfr. legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13 e relative modifiche, art. 12 bis

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
Qualora il modello venga attuato con successo, si libereranno risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

c) Uniformazione degli standards per relazioni di gestione e finanziarie

Situazione iniziale: L'ampliamento della responsabilità decentrata, tecnica e relativa alle risorse, impone un miglioramento della procedura di controllo e del sistema di reporting in modo tale che siano garantiti il rispetto degli standards e il coordinamento delle misure e delle offerte.

Misure:

- Introduzione di procedure di controllo e criteri unitari, partendo dal centro per il controlling, il management della qualità e la pianificazione
- Uniformazione del sistema di reporting per le relazioni di gestione e finanziarie in collaborazione con le "aziende per i servizi sociali"

Tempi: Entro la fine del 2001.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.
L'applicazione conseguente delle procedure di controllo di gestione permette il liberarsi di risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

d) Introduzione della contabilità per centri di costo e prestazioni

Situazione iniziale: La mancanza di omogeneità nella determinazione delle tariffe rispetto ai costi nei diversi settori dei servizi sociali, fa sì che ogni servizio calcoli i costi da addebitare all'utenza in modo diverso; talvolta si includono nelle tariffe tutti i costi, altre volte solo una parte di essi.

Misura:

- Determinazione unitaria dei costi per l'erogazione di determinate prestazioni
- Definizione di linee guida unitarie per la determinazione delle tariffe a livello provinciale
- Armonizzazione del sistema tariffario

Tempi: Entro il 2001.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

7.5 Il settore del distretto

Sulla base della situazione iniziale delineata (cfr. sezione B) si illustrano di seguito le misure, così come previste per il settore del distretto.

7.5.1 Finalità

Le finalità della Provincia per il settore del distretto possono essere riassunte nei seguenti termini:

- Ulteriore costituzione e sviluppo della rete di distretti sociosanitari, estesa a tutto il territorio, allo scopo di sistemare tutti i servizi in sedi di distretto comuni.
- Prosecuzione della realizzazione del progetto di distretto sociosanitario integrato migliorando la collaborazione con i servizi della Sanità.
- Rafforzamento dell'autonomia del distretto come unità tecnico - funzionale dell'erogazione di servizi.
- Rafforzamento della collaborazione interdisciplinare e trasversale nei servizi attraverso l'integrazione degli esistenti regolamenti di servizio in un regolamento di servizio distrettuale comune.
- Intensificazione del collegamento tra distretto e servizi multizonali e miglioramento della collaborazione.
- Qualificazione del personale nei settori del lavoro di équipe, management per progetti, collaborazione interdisciplinare e case-management.
- Intensificazione della collaborazione con le scuole e il settore del lavoro.

7.5.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Graduale rafforzamento dell'autonomia del distretto
A	b) Nuova concezione del distretto come unità di servizi con un/a responsabile di distretto
A	c) Proseguimento nella graduale realizzazione del nuovo progetto di distretto mediante l'introduzione di un regolamento di distretto integrato
B	d) Chiarimento del profilo delle prestazioni e delle mansioni nel distretto
B	e) L'aiuto al lavoro come nuovo settore di competenza dei servizi distrettuali

A	f) Introduzione su tutto il territorio del servizio di assistenza domiciliare integrata ed ampliamento delle prestazioni
B	g) Miglior collegamento del distretto con i servizi multizonali
A	h) Chiarimento concettuale dei compiti del segretariato sociale
C	i) Progetto pilota case-management nel distretto
A	j) Rafforzamento delle possibilità di partecipazione del Comitato di distretto
A	k) Prosecuzione del programma di investimento per le sedi di distretto e dei punti di riferimento distrettuali
C	l) Qualifica degli operatori dei maggiori distretti relativamente alla conoscenza del linguaggio dei segni
A	m) Miglioramento dell'assistenza psicologica e infermieristica
B	n) Individualizzazione della pianificazione delle misure per gli/le utenti dell'assistenza economica sociale

a) Graduale rafforzamento dell'autonomia del distretto

Situazione iniziale: In linea con una coerente decentralizzazione, la responsabilità decentrata, tecnica e relativa alle risorse, deve delinearsi a lungo termine anche a livello di distretto. Le condizioni di riferimento, che devono essere gradualmente create a tal fine, necessitano di una pianificazione a lungo termine e per gradi. La gestione per obiettivi potrebbe divenire anche per gli enti gestori territoriali un elemento costruttivo di gestione del personale, e potrebbe consentire un efficiente coordinamento dei singoli distretti a livello di comunità comprensoriale o di Comune.

Misure:

- Introduzione coerente di definizioni degli obiettivi come strumento gestionale
- Introduzione coerente di relazioni e piani distrettuali sistematizzati
- Relativi corsi di formazione

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse solo per i corsi di formazione.

Tempi: Inizio nel 2000 con i corsi di formazione.

Competenza: Direzione di ripartizione, enti gestori locali

b) Nuova concezione del distretto come unità di servizi con un/a responsabile di distretto

Situazione iniziale:	<p>Se il distretto deve fungere da unità organizzativa decentrata di erogazione di prestazioni, è opportuno che vi sia in loco una direzione responsabile dell'intero distretto. Un livello gestionale intermedio sul piano operativo dell'erogazione di prestazioni risulta necessario ai fini di una gestione efficiente soprattutto nelle comunità comprensoriali più grandi (con tre o quattro distretti). Con la legge provinciale 16/97 (art. 17) sono stati abrogati i coordinatori di distretto precedentemente previsti e si sono create le premesse per l'introduzione di responsabili di distretto.</p> <p>La concentrazione della funzione dirigenziale in una posizione (responsabile di distretto), oltre a presentare vantaggi di tipo organizzativo, esercita anche una prevedibile influenza positiva sulla formazione di équipe nel distretto.</p> <p>Poiché la questione del margine gestionale ottimale, ovvero del migliore livello di suddivisione in un'organizzazione strutturata, non è sostanzialmente risolvibile prescindendo dalle condizioni di riferimento di volta in volta diverse, deve spettare alla rispettiva Direzione dei servizi sociali presso l'ente gestore decidere se ritenga necessario istituire un/a responsabile di distretto⁶⁸ o meno. La concessione di una flessibilità decisionale di questo tipo è necessaria per sfruttare i potenziali di razionalizzazione già esistenti e contribuisce ad eliminare la tendenza all'eccesso di gestione ed a evitare che vi siano strutture amministrative inutili.</p>
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Creazione delle premesse organizzative per la designazione dei Dirigenti di distretto.• Stesura di una descrizione della posizione e dei compiti del/la responsabile di distretto, con la partecipazione di tutti gli interessati (coordinatori sinora in carica, rappresentanti dell'équipe di distretto, Direttori/trici dei servizi sociali presso gli enti gestori).• Sviluppo di un programma di aggiornamento per i/le responsabili di distretto
Tempi:	<p>Creazione delle premesse organizzative entro la fine del 2000. Stesura della descrizione della posizione e dei compiti entro la metà del 2001.</p>
Risorse:	<p>Sono necessarie ulteriori risorse.</p>
Competenza:	<p>Ripartizione Servizio sociale con la partecipazione degli enti gestori territoriali.</p>

c) Proseguimento nella graduale realizzazione del nuovo progetto di distretto mediante l'introduzione di un regolamento di distretto integrato

⁶⁸ Si noti che, fino all'aprile 1999, erano già stati nominati 4 responsabili di distretto.

- Situazione iniziale:** L'attuale forma organizzativa delle prestazioni di base nel distretto (servizio di assistenza sociale di base, servizio educativo, assistenza economica sociale e servizio di aiuto domiciliare) rende piuttosto difficile una collaborazione interdisciplinare e trasversale ai diversi servizi nel senso di una concezione del lavoro sociale orientata alle condizioni di vita. L'esistenza di Responsabili di servizio e regolamenti di servizio separati l'uno dall'altro, consolida invece una logica amministrativa di tipo tradizionale che deve essere superata secondo le linee guida strategiche formulate nel Piano.
- Misura:** Introduzione di un regolamento di distretto integrato, che riassuma in sé i precedenti regolamenti di servizio per le prestazioni di base nel distretto e ponga maggiormente in rilievo la collaborazione interdisciplinare e trasversale di diversi servizi.
- Tempi:** Il regolamento di servizio distrettuale integrato deve essere introdotto entro la metà del 2000.
- Risorse:** Non sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza:** Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

d) Chiarimento del profilo delle prestazioni e delle mansioni nel distretto

- Situazione iniziale:** Il profilo delle prestazioni e il mansionario dei distretti non sono ancora definiti in modo sufficientemente chiaro. Si deve dunque pervenire, nel nuovo regolamento di distretto già iniziato, ad una maggiore armonizzazione e messa in rete delle prestazioni. Attualmente, il servizio precedentemente denominato "Servizio sociale di base", ad es., assiste in prevalenza utenti minorenni e riesce dunque a far fronte solo ad una parte della gamma di compiti che le esigenze richiedono vengano svolti. Ciò dipende anche dal fatto che tale Servizio è stato sinora coperto esclusivamente dalla categoria professionale degli assistenti sociali. Come indicato dai gruppi di lavoro incaricati dell'elaborazione del Piano sociale, l'ampia sfera di competenza degli assistenti sociali e la difficile situazione del personale in questo settore comportano già adesso un sovraccarico di lavoro. Contemporaneamente si rileva una delimitazione non sempre ben chiara del Servizio sociale di base rispetto alla sfera di competenza del Servizio educativo.
- Misura:** Chiarimento del mansionario delle singole categorie professionali nel distretto. Tale chiarimento deve mirare a definire meglio le responsabilità in relazione all'erogazione delle prestazioni di base nel distretto. In tale ambito deve essere presa in considerazione prevalentemente la funzione e non la competenza. Si devono inoltre creare, nel quadro di colloqui tra la Provincia e gli enti gestori, le premesse organizzative per cui le prestazioni attualmente non coperte dal Servizio sociale di base possono venire temporaneamente erogate anche da altre categorie professionali.

Tempi:	I colloqui tesi al chiarimento delle mansioni del distretto devono concludersi entro la fine del 2000.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

e) L'aiuto al lavoro come nuovo settore di competenza dei servizi distrettuali

Situazione iniziale: Rientra nei compiti del distretto garantire l'assistenza materiale di base ai cittadini e cittadine bisognosi attraverso la concessione di prestazioni di assistenza finanziaria (assistenza economica sociale). Conformemente al nuovo approccio del distretto, orientato alle condizioni di vita, l'aiuto non deve però limitarsi ad alleviare singoli sintomi di una problematica, ma considerare la persona nel suo complesso e nel suo ambiente di vita. L'indigenza spesso è la conseguenza della disoccupazione, combinata con altri problemi sociali. Spetta dunque al distretto non offrire solamente un'assistenza di tipo finanziario nel singolo caso, ma contribuire anche a risolvere le cause della situazione materiale di bisogno. In tal senso i distretti, in collaborazione con le autorità locali e il servizio di inserimento lavorativo della Provincia, dovrebbero occuparsi in maggior misura anche dei compiti dell'inserimento lavorativo o formativo e prendere e/o sostenere iniziative finalizzate all'aiuto al lavoro. L'obiettivo è mantenere attive o riattivare le competenze delle persone disoccupate e facilitarne il reinserimento nel mercato del lavoro.

Misure:

- L'aiuto al lavoro viene ancorata in quanto prestazione nel regolamento di servizio distrettuale.
- Il personale di distretto viene formato in relazione a tale ampliamento della sfera di competenza
- In vista dell'ampliamento della sfera di competenza viene verificata ed eventualmente adeguata la dotazione di personale.
- Attraverso accordi vincolanti, si deve garantire la collaborazione con il Servizio provinciale per l'inserimento lavorativo e con le autorità locali

Tempi:	A partire dal varo del Piano.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e la Ripartizione Lavoro.

f) Introduzione su tutto il territorio del Servizio di assistenza domiciliare integrata ed ampliamento delle prestazioni

Situazione iniziale: Il Servizio di assistenza domiciliare offre solo parzialmente assistenza agli utenti durante il fine settimana. Risulta perciò impossibile in molti casi prestare un'assistenza continuativa a domicilio, ed è necessario ricorrere a forme di assistenza residenziale. L'assistenza prestata dal Servizio di assistenza domiciliare è inoltre limitata attualmente ad una gamma troppo ristretta di utenti. È auspicabile un ampliamento della base degli utenti, attraverso un maggiore impegno anche nel settore dell'assistenza alle persone in situazione di handicap, in linea con le linee guida generali per il lavoro sociale formulate nel Piano.

Si deve anche mirare ad una migliore collaborazione con i servizi non residenziali della Sanità nel distretto, congiuntamente ad un'armonizzazione delle condizioni per il ricorso alle prestazioni. Sinora gli utenti devono cofinanziare le prestazioni del Servizio di assistenza domiciliare, ma non quelle del Servizio infermieristico.

Misure:

- Estensione al fine settimana delle prestazioni del Servizio di assistenza domiciliare e ampliamento del gruppo di riferimento per tali servizi.
- Armonizzazione a livello provinciale delle condizioni per il ricorso alle prestazioni del Servizio di assistenza domiciliare e del Servizio infermieristico.
- Nel medio termine si persegue una direzione operativa comune per l'assistenza domiciliare e per il servizio infermieristico domiciliare e ambulatoriale.

Tempi: Durante il periodo di validità del Piano.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità e gli enti gestori territoriali e privati.

g) Migliore collegamento del distretto con i servizi multizonali

Situazione iniziale: Si è visto nell'ambito dei gruppi di lavoro a livello di distretto che la collaborazione con i servizi multizonali (ospizi, convitti e alloggi, laboratori ecc.) presenta diversi gradi d'intensità. Una buona collaborazione con i servizi multizonali è fondamentale per un buon funzionamento dei servizi sociali, soprattutto in situazioni critiche di passaggio (ad es. da un istituto residenziale ad una misura non residenziale).

Misure:

- Si invitano gli enti gestori territoriali ad adoperarsi affinché tra distretto e servizi multizonali vi sia il migliore collegamento possibile. Sulla base del rafforzamento della struttura organizzativa del distretto, mediante l'introduzione di una funzione direttiva, dovrebbe essere organizzata meglio anche la collaborazione con i servizi multizonali. La Direzione di distretto dovrebbe farsi carico di tale compito o delegarlo definendo chiaramente le responsabilità.
- Si dovrebbero tenere regolari incontri di coordinamento con i

Direttori dei servizi multizonali e stipulare accordi scritti in merito alle forme di collaborazione.

Tempi:	Misure permanenti.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Enti gestori territoriali in collaborazione con il personale di distretto e i Direttori dei servizi multizonali.

h) Chiarimento concettuale dei compiti del segretariato sociale

Situazione iniziale: La funzione del segretariato sociale (eccezion fatta per le iniziative proprie di singole comunità comprensoriali) non è stata finora realizzata secondo un progetto unitario e ben definito, sebbene essa rivesta un ruolo centrale nel progetto di distretto. I servizi sociali devono rispondere sempre più a problemi complessi, spesso più diversificati delle organizzazioni o delle forme di intervento dei servizi sociali. E' dunque necessario che vi sia una buona sintonia e coordinamento tra i servizi e le istituzioni. Si deve soprattutto evitare che gli/le utenti, che devono ricorrere a più forme di sostegno contemporaneamente o in successione, vengano magari inviati più volte da un servizio ad un altro. Questo modo di lavorare permette solo una visione parziale dei singoli sintomi di una problematica ed ostacola l'azione preventiva.

Misure:

- Il concetto di segretariato sociale deve venire formulato in modo più preciso nell'ambito di colloqui tra la Provincia e gli enti gestori territoriali (con la partecipazione di rappresentanti del personale di distretto) e deve essere applicato in tutti i distretti come prestazione definita in modo unitario.
- Si deve mirare nel medio termine al funzionamento del segretariato sociale come prima entità a cui i cittadini del distretto possono rivolgersi. Le richieste degli utenti dovranno essere trasmesse dal segretariato sociale all'équipe di distretto, dove verranno collettivamente evase o trasmesse ad altri servizi specializzati. Lo si dovrà testare nel quadro del progetto pilota case - management nel distretto (si veda in merito la misura successiva).
- La prima consulenza agli/le utenti rappresenta un compito importante, che richiede l'impiego di personale adeguatamente qualificato. Lo standard di personale deve essere adeguato.
- Il segretariato sociale, come servizio alla comunità, deve essere realizzato nel quadro di diversi progetti pilota.

Tempi: I compiti del segretariato sociale devono essere definiti entro il 2000.
Entro la fine del 2002 le prestazioni di segretariato sociale dovranno essere erogate.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

i) Progetto pilota case-management nel distretto

Situazione iniziale: L'attuale situazione dopo il riordino dei servizi sociali in Alto Adige offre in modo particolare premesse favorevoli per testare nuove forme organizzative di assistenza sociale (chiara visione d'insieme delle unità territoriali e complessità ancora gestibile della realtà sociale). Il disordine che ha fatto seguito al riordino e la conseguente necessità e disponibilità ad ammettere nuove forme organizzative e nuovi metodi di lavoro, offrono le premesse ideali per un progetto pilota teso a istituzionalizzare un case-management (orientamento al caso) a livello distrettuale.

Misura: In tre distretti selezionati si dovrà sperimentare conseguentemente per un periodo di due anni l'organizzazione delle prestazioni di base secondo questo principio organizzativo. Al centro di tale modello si pone il segretariato sociale, con compiti conformemente definiti.

Tempi: Durata del progetto 2000-2002.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e rappresentanti del personale di distretto.

j) Rafforzamento delle possibilità di partecipazione del Comitato di distretto

Situazione iniziale: I gruppi di lavoro incaricati dell'elaborazione del Piano sociale (con la partecipazione anche di membri del Comitato di distretto) hanno evidenziato la mancanza di chiarezza in riferimento ai compiti e alle competenze del Comitato di distretto. Si deve tuttavia segnalare che al momento dello sviluppo di tali gruppi di lavoro, la maggioranza dei Comitati di distretto aveva avviato la propria attività solo da poco. Si è tuttavia data voce alla necessità di chiarire meglio i compiti del Comitato di distretto e la maggioranza ha richiesto maggiori possibilità di intervento. Il Comitato di distretto è uno strumento centrale di coinvolgimento di cittadini e cittadine ed interessati nei servizi sociali a livello di distretto. Il Comitato svolge un'importante funzione di ponte tra le istanze amministrative, gli operatori ed operatrici professionali ed i cittadini e cittadine. Deve fornire stimoli in relazione al fabbisogno esistente e dare risposte in merito alle prestazioni già erogate.

Misure:

- Per rafforzare le possibilità di intervento del Comitato di distretto è necessario accordare allo stesso il diritto di audizione e informazione nella riunione plenaria dell'ente gestore (Consiglio comunale o comprensoriale). Ciò significa che i Comitati di distretto hanno il diritto di essere informati per tempo dall'ente gestore in merito a importanti decisioni nel settore sociale e che possono a loro volta indirizzare

domande agli organi dell'ente gestore, a cui deve essere data risposta entro un termine definito.

- La presentazione di proposte, progetti ecc. dovrebbe essere sempre possibile ed a regime sia a livello di distretto che di ente gestore. Si deve perciò fare in modo che il Comitato di distretto abbia dei referenti chiaramente designati sia a livello di distretto, che presso l'ente gestore.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Tempi: Entro la fine del 2000.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e rappresentanti dei Comitati di distretto.

k) Prosecuzione del programma di investimento per le sedi di distretto e i punti di riferimento distrettuali

Situazione iniziale: Non è stato sinora possibile istituire sedi comuni per tutti i servizi dell'assistenza sociale e sanitaria in tutti i distretti. In casi isolati, i servizi si trovano ancor oggi in edifici diversi.

Misura: Prosecuzione del programma di investimento tenendo in maggiore considerazione le possibilità di utilizzo delle strutture già esistenti.

Tempi: Misura permanente.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale sanità.

l) Qualifica degli operatori dei maggiori distretti relativamente alla conoscenza del linguaggio dei segni

Situazione iniziale: I non udenti hanno ancora delle difficoltà ad avvalersi delle prestazioni sociali offerte a livello distrettuale in quanto difficilmente riescono a farsi capire dal personale.

Misura: Si deve verificare in quali distretti sia opportuno qualificare una parte del personale affinché conosca il linguaggio dei segni.

Tempi: Entro la fine del 2002.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali e rappresentanti dell'Ente nazionale sordomuti.

m) Miglioramento dell'assistenza psicologica e infermieristica

- Situazione iniziale:** Nell'ambito dei servizi sociali (distretto, centri di degenza e case di riposo, istituzioni per persone in situazione di handicap, strutture per persone con problemi di dipendenza) esiste un fabbisogno non sufficientemente coperto di prestazioni di tipo psicologico per consulenza, assistenza e perizie nonché di prestazioni di tipo infermieristico. L'attuale situazione del personale nei vari servizi delle aziende sanitarie non consente di far fronte a tale fabbisogno.
- Misura:** Si deve migliorare l'assistenza ambulatoriale e domiciliare infermieristica e psicologica assumendo ulteriori unità di personale infermieristico e psicologico (15 persone) presso le aziende sanitarie e presso gli enti gestori territoriali dei servizi sociali, stipulando le relative convenzioni o incaricando operatori specializzati che svolgono un'attività di libero professionisti.
- Tempi:** Entro la fine del 2001.
- Risorse:** Sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza:** Ripartizione provinciale Sanità in collaborazione con la Ripartizione provinciale Servizio sociale e gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

n) Individualizzazione della pianificazione delle misure per gli/le utenti dell'assistenza economica sociale

- Situazione iniziale:** Nello studio sulla povertà⁶⁹ svolto nel 1997/98 su incarico della Ripartizione provinciale Servizio sociale, si indica come la separazione istituzionale tra la gestione ovvero il pagamento delle risorse finanziarie e la valutazione dei singoli casi (nel senso di una pianificazione concreta delle misure sulla base di un'esatta anamnesi sociale) sia attualmente organizzata in modo non ottimale. L'ammontare e la durata dell'aiuto finanziario non dovrebbero essere fissati solo in base a un'esatta analisi della situazione di bisogno, ma soprattutto in sintonia con le altre misure pianificate. La concreta pianificazione delle misure (di cui il sostegno finanziario può rappresentare solo una parte), dovrebbe essere preceduta da un'analisi dettagliata delle risorse operative.
- Misure:**
- Stesura di un protocollo procedurale per la collaborazione nella concessione di prestazioni di natura finanziaria ed altre prestazioni sociali nel distretto.
 - Rielaborazione del bollettino sociale per il rilevamento dei dati sociodemografici centrali e dei punti di vista importanti per l'anamnesi.
 - Armonizzazione con il progetto case-management nel distretto.
- Tempi:** Durante il periodo di validità del Piano.

⁶⁹ Provincia autonoma di Bolzano, Ripartizione Servizio sociale (a cura di), La povertà in Alto Adige, Bolzano, 1998.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

8 MISURE PER LO SVILUPPO DEL PERSONALE

Lo sviluppo sistematico del personale rappresenta a tutti i livelli dei servizi sociali uno strumento strategico centrale per il raggiungimento delle finalità formulate nel Piano sociale provinciale. Un personale ben qualificato e motivato costituisce la risorsa più importante per il conseguimento di tali scopi. Le misure di sviluppo del personale, descritte di seguito, includono da un lato la formazione e l'aggiornamento professionale e dall'altro misure per il reperimento del personale. Le misure sono conformi alle linee guida formulate nel Piano e devono sostenere e rendere possibile la loro realizzazione. Si devono rispettare nel particolare i piani settoriali e i piani annuali della Provincia e degli enti gestori territoriali. I programmi annuali e pluriennali di formazione e aggiornamento professionale devono tener conto di tali pianificazioni.

8.1 Formazione ed aggiornamento professionale

8.1.1 Finalità

- Sufficiente reclutamento e qualificazione del personale secondo le direttive di questo piano
- Rafforzamento dell'approccio interdisciplinare e orientato alla situazione di vita nella formazione e nell'aggiornamento professionale del personale a tutti i livelli.
- Garanzia di un continuo aggiornamento della qualifica professionale dei collaboratori secondo gli standard dei rispettivi settori.
- Concentrazione nella formazione e nell'aggiornamento professionale sulle qualificazioni fondamentali della gestione sociale moderna, come la prevenzione, la capacità di lavorare in équipe, la competenza nel risolvere i conflitti, il project management e la collaborazione interdisciplinare.

8.1.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Armonizzazione dei profili professionali
A	b) Istituzione di un Centro per il lavoro sociale
A	c) Armonizzazione delle disposizioni giuridiche in materia di personale
A	d) Indagine sul fabbisogno di personale nel settore dell'assistenza sociale
A	e) Formazione dell'ulteriore personale necessario
C	f) Indagine sull'immagine delle professioni sociali in Alto Adige e

	sviluppo di campagne informative e pubblicitarie per il reclutamento di personale
A	g) Misure di qualificazione e formazione di équipe per il personale
C	h) Campagna di miglioramento dell'immagine per le professioni sociali

a) Armonizzazione dei profili professionali

Situazione iniziale: L'assistenza sociale è attualmente dominata da una disorientante molteplicità di profili professionali diversi (profili professionali della Provincia, contratti settoriali di Comuni e comunità comprensoriali, delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza).

Misure: La formazione di base per le diverse professioni sociali dovrà privilegiare in futuro la polivalenza piuttosto che una conoscenza specialistica eccessivamente differenziata. Attraverso un tale accento, nella formazione sarà possibile ottenere un più ampio spettro operativo per gli operatori formati e con ciò una maggiore mobilità del personale tra i diversi campi d'attività. Inoltre ciò avrà delle ripercussioni positive sulla collaborazione interdisciplinare nell'équipe di distretto.

Sono previsti i seguenti profili professionali:

- l'ausiliario/a socio - assistenziale, come ausiliario nell'assistenza e nella cura;
- L'assistente all'infanzia per l'educazione e l'assistenza di bambini in asili nido e in strutture per minori;
- l'operatore/trice sociale come specialista per l'assistenza e la cura di persone in situazione di handicap, anziani, per l'assistenza alla famiglia e per il settore della psichiatria sociale;
- istitutori/trice con diploma di specializzazione con una formazione professionale di maestro artigiano (o apprendista con 5 anni di esperienza professionale) con una ulteriore apposita formazione professionale;
- l'educatore/trice, specialista nel lavoro sociopedagogico in svariati settori;
- l'assistente sociale, specialista per tutti i settori dell'assistenza sociale;
- laureati/e in scienze sociali.

Tempi: Si iniziano già ad attuare tali linee guida (per tutta la durata del piano)

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i centri di formazione e gli enti gestori territoriali.

b) Istituzione di un Centro di per il lavoro sociale

- Situazione iniziale:** Sinora è stato possibile formare a livello post-diploma/maturità gli specialisti necessari per il settore sociale in Alto Adige solo in maniera limitata. E' dunque praticamente impossibile orientare i contenuti formativi alle condizioni e alle esigenze locali. Inoltre è necessario aggiornare costantemente gli specialisti con una formazione polivalente in relazione alle nuove esigenze. Appaiono altrettanto necessari un centro per le attività di ricerca applicata, un centro di documentazione per il servizio sociale in Alto Adige nonché un ufficio per tirocini che funga da ponte tra il centro formativo ed i centri di servizio.
- Misure:**
- Istituzione di un corso di diploma universitario con un forte orientamento pratico e professionale dell'assistenza sociale e della pedagogia sociale.
 - Attivazione di corsi post-diploma/maturità per personale amministrativo nel campo sociale
 - Istituzione di un "Centro per il lavoro sociale " come agenzia di servizi per il settore sociale in Alto Adige, che si concentri sull'aggiornamento professionale, la riqualificazione del personale, la ricerca applicata, la documentazione e la pubblicazione, un'assistenza ad orientamento pratico e il lavoro di sensibilizzazione e formazione.
- Tempi:** Entro la fine del 2000.
- Risorse:** Sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza:** Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Libera Università di Bolzano, il Consorzio dei Comuni e le federazioni del settore non-profit.

c) Armonizzazione delle disposizioni giuridiche in materia di personale

- Situazione iniziale:** A causa del complesso panorama di enti gestori nel settore dell'assistenza sociale prima del riordino dei servizi sociali, sussiste tuttora un'elevata discordanza nelle disposizioni giuridiche in materia di personale. Risulta particolarmente importante in tale contesto uniformare anche la regolamentazione in materia di recupero psicofisico, di assunzione in caso di carenza acuta di personale e di bilinguismo. Attualmente non vi è ad esempio alcun obbligo di documentare il proprio bilinguismo nel settore dell'assistenza alle persone in situazione di handicap, mentre esso esiste per altri settori.
- Misure:** Bisogna accelerare ulteriormente l'omogeneizzazione delle disposizioni giuridiche in materia di personale, già iniziata nel periodo contrattuale 1994-1996 e definirla nel contratto intercompartimentale 1990 -1999 e nei contratti di comparto per il 1997 -1999. Si deve mirare ad un'armonizzazione fra i settori del lavoro sociale, che tenga adeguatamente conto sia delle esigenze locali molto diverse (ad es. la distribuzione locale dei gruppi linguistici) che dell'offerta di forza lavoro. Per quanto concerne la questione del bilinguismo, appare opportuno attenersi in linea di principio al requisito del

bilinguismo, applicandolo però in modo più flessibile rispetto al passato, laddove ciò sia necessario.

Le attuali disposizioni per il recupero psico - fisico per il personale impegnato nell'assistenza di persone gravemente non autosufficienti e particolarmente bisognose di assistenza devono essere allargate a tutte le unità operative e devono essere rese più flessibili.

Nel caso di acuta carenza di personale le regole per l'assunzione di personale devono rendere possibile l'assunzione a termine limitato di personale senza qualificazione professionale.

Tempi:	Entro la fine del 2000.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale e Ripartizione Sanità in collaborazione con gli enti gestori dei servizi sociali.

d) Indagine sul fabbisogno di personale nel settore dell'assistenza sociale

Situazione iniziale: Le informazioni attualmente disponibili sul fabbisogno di personale e la richiesta di qualifica nei diversi settori dell'assistenza sociale sono insufficienti. Le nuove finalità strategiche (intensificazione della collaborazione tra diversi settori, orientamento al progetto, case-management) pongono la qualificazione dei collaboratori di fronte a nuove sfide.

Misure: In collaborazione con gli uffici tecnici della Ripartizione provinciale Servizio sociale e gli enti gestori territoriali dei servizi sociali si dovrà eseguire uno studio sul fabbisogno di personale nei diversi settori e sulle relative esigenze di qualificazione. L'indagine mira a specificare più precisamente, in termini sia quantitativi che qualitativi, il fabbisogno di personale. I primi risultati del calcolo sono già disponibili e verranno presentati nel capitolo seguente Fabbisogno di personale.

Tempi:	Ultimazione entro la fine del 2000.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

e) Formazione dell'ulteriore personale necessario

Situazione iniziale: Dal capitolo seguente sul fabbisogno di personale durante il periodo di validità del Piano, emerge che devono essere sviluppate tempestivamente adeguate strategie formative, affinché nei prossimi anni sia disponibile il personale necessario.

Misure: Per consentire questo, bisogna collaborare maggiormente con i centri formativi per tutti i gruppi professionali nel settore sociale. Essi dovranno essere informati in modo più mirato sul fabbisogno quantitativo e qualitativo. Si dovrà intensificare inoltre

lo scambio di informazioni sui nuovi requisiti di qualificazione e sui nuovi contenuti formativi.

Tempi: A partire dall'entrata in vigore del Piano.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i centri formativi per professioni nel campo del servizio sociale.

f) Indagine sull'immagine delle professioni sociali in Alto Adige e sviluppo di campagne informative e pubblicitarie per il reclutamento di personale

Situazione iniziale: Lo sviluppo sociodemografico, non solo della popolazione altoatesina, fa prevedere per i prossimi anni un fabbisogno di personale in forte aumento in diversi settori dell'assistenza sociale e sanitaria (soprattutto in quello dell'assistenza agli anziani). Già oggi però in alcuni casi è difficile coprire l'esistente fabbisogno di personale, non da ultimo perché molte professioni sociali non hanno un'immagine accattivante per il pubblico.

Misura: Uno studio sull'immagine delle professioni sociali dovrà chiarire quale sia l'immagine delle diverse professioni sociali per la popolazione altoatesina. Parallelamente, si dovranno indagare in un gruppo di riferimento le motivazioni di persone che hanno deciso di intraprendere una professione sociale. L'indagine mira a reperire informazioni che consentano di realizzare campagne informative e pubblicitarie, orientate a specifici gruppi di riferimento, per il reclutamento di personale per le professioni dell'assistenza sociale.

Tempi: Ultimazione dell'indagine entro la fine del 2000.
Avviamento di una campagna pubblicitaria entro la fine del 2002.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale.

g) Misure di qualificazione e formazione di équipes per il personale

Situazione iniziale: Il concetto del distretto come équipe attiva a livello interdisciplinare necessita per la sua realizzazione, come in precedenza, di misure accompagnatorie. Il lavoro di équipes, non da ultimo a causa dell'organizzazione in singoli servizi nel distretto, sinora non ha potuto svilupparsi pienamente. Anche la collaborazione con il personale della Sanità e con i servizi che integrano il distretto deve essere migliorata. I settori della rilevazione dei fabbisogni e dell'assicurazione qualità sono stati giudicati importanti dai partecipanti ai gruppi di lavoro, mancano però gli strumenti per poter lavorare efficientemente in tale ambito.

Misure:

- Realizzazione delle relative misure di aggiornamento professionale, ad es. metodi di rilevazione del fabbisogno e

delle necessità, assicurazione qualità, formazione di équipe, collaborazione interdisciplinare, redazione di mappe di rischio, prevenzione attiva, partecipazione dei cittadini ecc.

- Sostegno di progetti per lo sviluppo di équipe e supervisione.
- Elaborazione di un progetto per aggiornamenti professionali comuni dell'intero personale di distretto (distretto sociosanitario).
- Creazione di un centro per le risorse umane all'interno della ripartizione servizio sociale

Tali misure richiedono che si proceda in modo coordinato con l'Ufficio formazione del personale sanitario.

Tempi:	Le misure devono venire realizzate su base permanente.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con l'Ufficio formazione del personale sanitario e le istituzioni per l'aggiornamento professionale.

h) Campagna di miglioramento dell'immagine per le professioni sociali

Situazione iniziale:	L'immagine del servizio sociale nel suo complesso poggia sull'immagine dei profili figure professionali degli operatori del settore sociale e sull'immagine che ha il lavoro con i rispettivi gruppi di riferimento. Entrambe le dimensioni dovrebbero essere prese in considerazione nell'ambito di un'attività mirata di pubbliche relazioni. Una campagna d'immagine, che miri a migliorare l'immagine del settore sociale nel suo complesso, può contribuire a combattere le stigmatizzazioni.
Misura:	Assegnazione ad un'agenzia pubblicitaria dell'incarico di realizzare una campagna di miglioramento dell'immagine per le professioni sociali.
Tempi:	Entro la fine del 2002.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale.

8.2 Fabbisogno di personale

8.2.1 Osservazioni generali

Questo capitolo illustra il fabbisogno di personale nel servizio sociale per il periodo di validità del Piano sociale provinciale 2000-2002. Si tratta di un calcolo del fabbisogno globale, mirato innanzitutto ad una valutazione complessiva del fabbisogno di personale e dei costi da ciò derivanti. I parametri esatti per la valutazione del fabbisogno di personale per i singoli servizi vengono fissati nei piani di settore e nelle relative norme di attuazione, nel rispetto dei limiti del fabbisogno complessivo. La ripartizione geografica esatta delle unità di personale tra le diverse comunità comprensoriali e i distretti viene definita in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

8.2.2 Fabbisogno di personale a livello di distretto

La tabella seguente presenta l'organico auspicato per il distretto, a livello provinciale. Il confronto tra la situazione effettiva e quella a regime fa riferimento agli anni 1998 e 2002. I parametri per il distretto devono essere intesi come **parametri minimi**. Ciò significa che si dovrà raggiungere nei diversi servizi un corrispondente livello di organico entro il 2002.

Il calcolo del fabbisogno si basa sul numero di abitanti previsto per il 2000, pari a 464.000 persone. Le unità di personale dei profili professionali vengono calcolate sulla base di 38 ore per unità. I valori teorici sotto indicati dovrebbero essere raggiunti nel triennio 2000-2002.

Livello di assistenza nelle prestazioni di base del distretto

Settore di erogazione delle prestazioni	Parametro di fabbisogno di personale	Situazione attuale	Situazione a regime	Fabbisogno aggiuntivo
Servizio di assistenza economica sociale	1 addetto/a ogni 15.000 abitanti	21	30	9
Servizio sociale di base	1 assistente sociale ogni 7.500 abitanti	34	61	27
Servizio educativo	1 educatore/trice ogni 7.500 abitanti	9	61	52
Servizio di aiuto domiciliare	1 operatore/trice sociale/ausiliario/a socio-assistenziale ogni 1.200 abitanti (50% operatori/trici sociali)	173 di cui 48	396 di cui 198	223 di cui 150
Segretariato sociale	1,5 specialisti per distretto	0	39	39

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale

Nella tabella sono indicati i profili professionali maggiormente presenti. La limitazione ai profili professionali indicati non vuole significare che nel distretto possono essere assunti solamente questi, ma che nel distretto sono presenti anche altri profili professionali (come previsti al punto 4.2.2 a pag. 33)

Fabbisogno di personale in base alle qualifiche professionali (tutti i servizi)

Qualifica	Operatori equivalenti* Attuali (1998)	Operatori equivalenti auspicati	Fabbisogno di operatori equivalenti aggiuntivi
Laureati/e	60	67	7
Assistenti sociali	42	100	58
Educatori/trici	176	364	188
Istitutori/trici	75	92	17
Operatori/trici sociali	992	1373	381
Assistenti per l'infanzia	74	96	22
Personale ausiliario	661	977	316
Personale ausiliario tecnico	346	531	185
Amministrazione	205	259	54
Totale	2.631	3.859	1.228

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

* L'espressione "operatori equivalenti" si riferisce agli operatori effettivi occupati a tempo pieno (senza considerare le assenze a lungo termine, le maternità e i permessi).

9 MISURE INTERDISCIPLINARI

9.1 Il settore dell'assicurazione qualità

9.1.1 Finalità

- Ulteriore elaborazione del Sistema informativo provinciale per l'assistenza sociale (SIPSA) che rappresenta uno degli strumenti più importanti per reperire informazioni sulla struttura e sull'attività dei servizi e costituisce la base per un resoconto continuo sul settore sociale.
- In futuro non si dovrà definire tanto il "come" delle procedure e dei modelli organizzativi quanto piuttosto il "cosa", le prestazioni da erogare e i risultati del lavoro, dunque l'output, il prodotto, ovvero l'outcome, l'esito.
- L'introduzione di una gestione orientata all'output deve avvenire attraverso una definizione più precisa degli standard di assistenza sulla base dei legittimi diritti esistenti e la stesura delle cosiddette "descrizioni delle prestazioni" per le prestazioni dei servizi in settori scelti.
- Attraverso l'introduzione di nuovi strumenti di gestione (descrizioni delle prestazioni, standard assistenziali) si deve ottenere una migliore valutazione dell'impiego delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi per i singoli servizi e misure.

9.1.2 Misura

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Elaborazione di descrizioni delle prestazioni

a) Elaborazione di descrizioni delle prestazioni

Situazione iniziale: Le descrizioni delle prestazioni sono il nucleo di una nuova procedura di gestione amministrativa, applicata da alcuni anni anche in diversi settori dell'amministrazione sociale. Per prodotto si intende, nel senso della "nuova gestione", qualsiasi risultato del lavoro di un servizio o di un ufficio o, in termini generali, di un'unità di erogazione di prestazioni, realizzato per l'adempimento di un compito. Le descrizioni delle prestazioni sono descrizioni il più esatte possibile dell'output e dell'outcome di un servizio. Esse includono informazioni su responsabilità, fondamenti degli incarichi, gruppi di riferimento, obiettivi riferiti ai risultati ed alle conseguenze, sull'entità delle prestazioni e dati sul raggiungimento degli obiettivi in termini quantitativi e qualitativi. Le descrizioni delle prestazioni possono dunque venire utilizzate ai fini della programmazione, del calcolo dei costi e della valutazione delle prestazioni di un servizio. A livello provinciale è stata istituito un gruppo di lavoro che ha il compito

	di elaborare descrizioni delle prestazioni dei servizi sociali in Alto Adige.
Misura:	1. Livello: elaborazione di descrizione delle prestazioni dei servizi sociali per l'Alto Adige. 2. Livello: in caso di parere positivo del gruppo di lavoro si redigerà una bozza di progetto per la stesura di "descrizioni delle prestazioni".
Tempi:	Il gruppo di lavoro è stato già istituito nell'anno 1999. Presentazione dei risultati da parte del gruppo di lavoro entro la fine del 2000.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale con gli uffici interessati e gli enti gestori dei servizi sociali.

Altre misure importanti che concernono il settore dell'assicurazione qualità sono state trattate in altri capitoli della sezione D. Si citano:

- L'istituzione di un centro per il controlling, l'assicurazione qualità e la programmazione nella Ripartizione provinciale Servizio sociale (si veda: "Misure nel settore della Ripartizione provinciale")
- Introduzione di modelli di gestione aziendali presso gli enti gestori territoriali (si veda: "Misure nel settore degli enti gestori territoriali")
- Le misure per l'ulteriore elaborazione del SIPSA (si veda: "Misure nel settore del Sistema informativo provinciale")
- Misure di qualificazione per il personale (si veda: "Misure nel settore dello sviluppo del personale")

9.2 La prevenzione

9.2.1 Finalità

- In futuro si dovrà dare alla prevenzione, intesa come strategia atta a prevenire il sorgere di situazioni di bisogno sociale, ancor più preminenza nelle attività di tutti gli enti gestori e i servizi nel campo dell'assistenza sociale.
- Perché la prevenzione possa essere attuata con successo, sono necessari uno scambio continuo di informazioni e strategie operative coordinate tra i diversi settori del lavoro e della politica (servizio sociale e sanità, istruzione, politica economica, politica strutturale comunale ecc.). Per promuovere tale scambio si dovrà creare una nuova piattaforma di comunicazione, dedicata al tema della prevenzione.
- Stanziando mezzi aggiuntivi si dovranno appoggiare e promuovere in modo mirato singoli progetti che contribuiscano alla prevenzione come obiettivo.

9.2.2 Misure

Priorità	Misure
A	a) Realizzazione di un convegno annuale sul tema della prevenzione
A	b) Maggiore sostegno a progetti con finalità preventive

a) Realizzazione di un convegno annuale sul tema della prevenzione

Situazione iniziale: La prevenzione è obiettivo centrale in tutti i settori di attività dei servizi sociali. Spesso però, nella pratica del lavoro sociale, rimane troppo poco spazio per la prevenzione in quanto gli altri compiti di solito si giudicano più urgenti. Ciò è ulteriormente complicato dal fatto che il lavoro preventivo nel suo complesso, e in particolare la sua efficacia, sono difficili da valutare ed è soggetto a particolari pressioni in relazione ad una sua giustificazione. Inoltre la prevenzione è un compito trasversale: essa ha successo solo se si ha collaborazione, per di più ben coordinata, tra i diversi ambiti operativi dei servizi sociali. Questo presuppone uno scambio continuo tra tutti gli operatori coinvolti, in cui si verificano costantemente gli obiettivi e l'efficacia delle misure attuate, rafforzando così la consapevolezza della necessità del lavoro di prevenzione.

Misura: A sostegno del dialogo interdisciplinare tra le diverse istituzioni e settori politici, sulla possibilità, i limiti e i problemi del lavoro di prevenzione, si dovrà organizzare ogni anno un convegno a cui partecipino, oltre ai servizi dell'assistenza sociale e della sanità e alle organizzazioni private attive in tali settori, una gamma il più ampia possibile di rappresentanti di tutti i gruppi locali di interesse importanti, appartenenti ad es. al settore della sanità, dell'istruzione, dell'economia, della politica, dei Comuni ecc.

Tempi: La prima riunione dovrebbe aver luogo entro la fine del 2001.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità.

b) Maggiore sostegno a progetti con finalità preventive

Situazione iniziale: E' già stato possibile finora per enti gestori pubblici e privati attivi nel settore del servizio sociale nonché per altre organizzazioni o associazioni presentare richieste di finanziamento per determinati progetti nel campo sociale, sostenuti dalla Provincia con i mezzi del Fondo sociale provinciale dopo accurate verifiche (si vedano in merito anche le osservazioni del capitolo 13.3.4, Riforma della procedura di assegnazione di contributi, nella sezione E, Finanziamento).

Misure:

- Nel quadro del sostegno di questi progetti, si dovranno promuovere maggiormente in futuro quelli con finalità preventive, ancorando tale orientamento nei criteri di finanziamento e rendendo il tutto più trasparente verso l'esterno.
- Inoltre, gli enti gestori territoriali dovranno essere incoraggiati, attraverso apposite misure di sostegno, ad occuparsi maggiormente dei compiti preventivi e ad avviare i relativi progetti.

Tempi: A partire dal varo del Piano sociale.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità e gli enti gestori territoriali.

9.3 Partecipazione dei cittadini e cittadine e degli interessati

9.3.1 Finalità

- La partecipazione dei cittadini e cittadine e degli interessati alla pianificazione e realizzazione di misure sociali deve venire intensificata a tutti i livelli dell'amministrazione ovvero della gestione e dell'erogazione di prestazioni (Provincia, Comuni, comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali, gestori pubblici e privati, servizi) in quanto contribuisce in misura fondamentale alla prevenzione, all'individuazione di necessità e fabbisogni nonché alla valutazione delle prestazioni nel campo sociale.
- E' necessario che vengano create presso tutti gli enti gestori le condizioni necessarie per una partecipazione, in tal senso proficua, di cittadini, cittadine ed interessati. Gli enti gestori devono conferire la massima trasparenza possibile ai processi decisionali e di pianificazione attuati e devono nominare a tutti i livelli rilevanti referenti chiaramente individuabili, a cui cittadini ed interessati possano rivolgersi.
- Gli enti gestori territoriali dovranno ricevere il sostegno della Provincia nella realizzazione di manifestazioni finalizzate all'attivazione e alla mobilitazione e nel fornire ai cittadini e cittadine materiale informativo sulle proprie attività (giornate dedicate ad iniziative sociali, giornate delle porte aperte, opuscoli informativi, comunicati stampa, attività attraverso i media ecc.).

9.3.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
B	a) Individuare sistematicamente necessità e fabbisogni con l'aiuto degli interessati
A	b) Allestire sportelli al servizio dei cittadini
A	c) Allestire Comitati di struttura
A	d) I Comitati di distretto e di struttura ottengono un proprio budget
B	e) Convocare assemblee cittadine concernenti le misure di pianificazione sociale
B	f) Allestimento di un forum dei cittadini

a) Individuare sistematicamente necessità e fabbisogni con l'aiuto degli interessati

Situazione iniziale: Qualsiasi pianificazione dovrebbe essere sempre orientata alle necessità. E' necessario cioè conoscere le necessità dei cittadini e il fabbisogno che ne deriva se si vogliono utilizzare risorse di per sé scarse in modo commensurato ai tempi ed ai bisogni. Attraverso il dialogo con i richiedenti si dovrebbe ridurre al minimo la discrepanza, sempre presente, tra necessità ed effettiva copertura del fabbisogno.

L'esigenza di un'individuazione sistematica dei bisogni viene espressa in continuazione nelle analisi sulla situazione dei distretti. Nell'ambito dei gruppi di lavoro si è affermato che talvolta i progetti non erano adeguati allo scopo per gli interessati e che dunque si sarebbero dovuti formulare con gli interessati e non per gli stessi. Mancherebbe innanzitutto il coinvolgimento degli interessati stessi. E' stato richiesto solo il parere di persone appartenenti a determinati gruppi o associazioni.

- Misure: Gli enti gestori devono adottare le seguenti misure prima di realizzare importanti progetti sociali:
- Rilevazioni primarie, con il sussidio di diversi sondaggi (scritti, orali, standardizzati, aperti), degli appartenenti al gruppo di riferimento.
 - Analisi dei bisogni con l'aiuto di esperti in stretto contatto con il gruppo di riferimento qualora la capacità del gruppo di riferimento di esprimersi fosse limitata.
- Tempi: Misura permanente.
- Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza: Enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

b) Allestire sportelli al servizio dei cittadini

- Situazione iniziale: Si presuppone che molte idee valide ed anche propositi di partecipazione da parte di cittadine e cittadini si arenino perché essi non sanno a chi presentare le proprie idee. In seno ai gruppi di lavoro incaricati dell'elaborazione del Piano sociale si è spesso affermato che i cittadini spesso non sanno a chi rivolgersi e che si doveva dunque nominare un referente in ciascun Comune, al quale i cittadini potessero presentare le proprie iniziative.
- Misura: Allestimento di sportelli al servizio di tutti i cittadini a cui presentare le proprie richieste, idee, critiche ecc. A tal fine non si devono creare necessariamente nuove strutture presso gli enti gestori. Basterà eventualmente definire le responsabilità riguardo a tale compito e far conoscere gli sportelli alla cittadinanza.
- Tempi: Entro la fine del 2001.
- Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse
- Competenza: Enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

c) Allestire Comitati di struttura

Situazione iniziale: Alcune strutture residenziali (ad es. alcune case di riposo) dispongono già di comitati. Tuttavia in linea generale si può migliorare il grado di partecipazione di cittadini e interessati nelle strutture residenziali dell'assistenza sociale.

Misura: E' necessario costituire nelle strutture residenziali comitati in cui cittadini impegnati, provenienti dall'area servita dalle strutture, assistiti e familiari abbiano il diritto di esprimersi in merito all'organizzazione delle strutture e alla pianificazione delle attività.

Tempi: Periodo di validità del Piano.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Istituti ed enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

d) I Comitati di distretto e di struttura ottengono un proprio budget

Situazione iniziale: I comitati, così come sono progettati, non sono dotati di poteri decisionali diretti ma hanno una funzione consultiva. Le possibilità organizzative dei comitati devono venire ampliate attraverso l'introduzione di un budget di cui possano disporre nel quadro di determinati obiettivi.

Misura: I Comitati di distretto e di struttura devono ottenere in futuro un budget limitato, che potranno utilizzare ai fini delle pubbliche relazioni, per l'incentivazione dell'attività di volontariato nel territorio e per poter introdurre diverse misure di individuazione del fabbisogno.

Tempi: Periodo di validità del Piano.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

e) Convocare assemblee cittadine concernenti le misure di pianificazione sociale

Situazione iniziale: Le assemblee cittadine sono già note nell'ambito dei piani urbanistici e rappresentano strumenti istituzionalizzati di partecipazione degli interessati. Questo strumento può essere utilizzato anche nel quadro della programmazione sociale o sanitaria (assistenza agli anziani, ai giovani, costruzione di un ospedale, assistenza alle persone in situazione di handicap ecc.).

Misura:	Sulla base del modello della convocazione di assemblee cittadine in caso di misure urbanistiche, si devono indire assemblee di cittadini anche in merito ad importanti progetti di pianificazione sociale, affinché i cittadini possano presentare le proprie richieste. Al contempo si tratta di uno strumento efficace per farsi conoscere per i servizi stessi.
Tempi:	Misura permanente.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse
Competenza:	Enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

f) Allestimento di un forum dei cittadini

Situazione iniziale:	Le risorse devono essere costantemente attivate, la partecipazione non si realizza dall'oggi al domani; spesso manca la competenza professionale, la partecipazione richiede anche pratica e apprendimento. Appare opportuno creare un forum permanente ed istituzionalizzato che possa essere contattato in qualsiasi momento, nel cui ambito sia possibile tenersi sempre informati, in cui siano anche disponibili conoscenze specialistiche e che serva inoltre da forum formativo per i profani che si dimostrino interessati.
Misura:	Allestimento di forum cittadini, ovvero spazi permanenti di dialogo, composti da cittadini interessati e competenti che si incontrano con regolarità per discutere di questioni importanti ed attuali inerenti alla pianificazione sociale. Possono parteciparvi sia esperti del settore che persone coinvolte ed interessate. I forum cittadini dovrebbero venire istituiti a livello di comunità comprensoriali o di grandi Comuni.
Tempi:	Entro la fine del 2002.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse
Competenza:	Enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

9.4 Contribuzione alle spese da parte dell'utenza e dei parenti dovuti agli alimenti

9.4.1 Finalità

- La valutazione della situazione economico-sociale degli/le utenti dei servizi sociali e dei relativi parenti dovuti agli alimenti e la loro conseguente contribuzione ai costi derivanti dall'utilizzo delle prestazioni sociali o dell'assistenza economica sociale dovrebbero avvenire secondo criteri unitari.

9.4.2 Misura

Priorità	Misura
A	a) Armonizzazione del procedimento di calcolo per la contribuzione ai costi da parte degli utenti e dei parenti tenuti agli alimenti per l'utilizzo di prestazioni sociali e dell'assistenza economica sociale.

a) Armonizzazione del procedimento di calcolo per la contribuzione ai costi da parte degli utenti e dei parenti tenuti agli alimenti per l'utilizzo di prestazioni sociali e dell'assistenza economica sociale.

Situazione iniziale: I vari settori di competenza sono attualmente definiti da una serie di regolamenti singoli, che presentano notevoli disparità nel trattamento dell'utenza tra i diversi settori del servizio sociale e talvolta anche all'interno dello stesso settore in Comuni diversi.

Misure:

- Ridefinizione dei criteri per la valutazione della situazione socioeconomica degli utenti e dei parenti tenuti agli alimenti.
- Rielaborazione del procedimento di calcolo per la contribuzione ai costi da parte degli utenti e dei parenti dovuti agli alimenti per l'utilizzo di prestazioni sociali.
- Ridefinizione dei criteri per beneficiare dell'assistenza economica sociale.
- Promulgazione e messa in vigore di una norma di attuazione in relazione alle relative leggi settoriali.

Tempi: Entro la fine del 2000: norma di attuazione.
Entro la fine del 2002: implementazione di tali misure presso tutti i servizi sociali.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse (tecnologie informatiche)

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

9.5 Settore degli enti gestori privati

9.5.1 Finalità della Provincia

- Creazione di una base informativa unitaria sulle possibilità di promozione per organizzazioni ed iniziative private.
- Pubblicazione di un piano di promozione che disciplini le linee guida per la promozione e il finanziamento e le modalità di presentazione delle domande.
- Rilevamento sistematico dell'offerta di tutti gli enti gestori privati e migliore coordinamento delle offerte degli enti gestori privati e pubblici nel rispetto delle autonomie decisionali delle rispettive organizzazioni e della varietà dell'offerta nel rispettivo territorio.
- Presso l'amministrazione provinciale e/o gli enti locali è necessario nominare referenti per le iniziative private e assicurare la trasparenza per tutti gli interessati.
- Istituzionalizzazione di forme di dialogo tra enti gestori pubblici e privati del lavoro sociale al fine di sfruttare completamente le risorse disponibili.

9.5.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Tavola rotonda per gli enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali
B	b) Approvazione di un progetto di promozione per gli enti gestori privati
A	c) Introduzione di una procedura di accreditamento per gli enti gestori privati
A	d) Nomina di referenti presso la Ripartizione provinciale e gli enti gestori territoriali

a) Tavola rotonda per gli enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali

Situazione iniziale: La collaborazione tra enti gestori pubblici e privati può essere migliorata. Un dialogo regolare potrebbe portare, già a breve termine, ad un evidente miglioramento del contatto e della collaborazione e, a medio termine, ad un miglior coordinamento delle rispettive offerte.

Misura: Istituzione di una regolare "tavola rotonda" a livello provinciale, per l'intesa tra enti gestori pubblici e privati sulle forme di cooperazione e di coordinamento dell'offerta.

Tempi: Entro il 2000.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e gli enti gestori privati.

b) Approvazione di un progetto di promozione per gli enti gestori privati

Situazione iniziale: Affinché le iniziative private possano avvalersi delle possibilità di promozione previste da parte dell'ente pubblico, è necessario che siano sufficientemente informate riguardo le possibilità esistenti. Dal punto di vista della pianificazione provinciale, si pone inoltre la necessità di coordinare e gestire la promozione delle iniziative private per ottenere la massima copertura del fabbisogno ed evitare l'insorgere di squilibri.

Misura: Tali esigenze richiedono che sia elaborato, a livello provinciale e con gli enti gestori privati, un progetto di promozione per il sostegno e il coinvolgimento di iniziative private nel settore sociale. Questo progetto di promozione deve includere un elenco di criteri, fissare i punti fondamentali a livello di contenuto, informare esaurientemente sulle possibilità di finanziamento e definire i requisiti e gli obblighi da soddisfare.

Tempi: Inizio entro l'anno 2000 e introduzione obbligatoria in tre-cinque anni.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e gli enti gestori privati.

c) Introduzione di una procedura di accreditamento per gli enti gestori privati

Situazione iniziale: Le iniziative e le associazioni private si fanno carico di importanti compiti nel settore dei servizi sociali e devono essere ulteriormente incentivate e sostenute, conformemente alle finalità della Provincia. Al contempo si devono però garantire determinati standards qualitativi anche per le prestazioni erogate da enti gestori privati, soprattutto quando si tratta dell'assunzione della gestione di determinati servizi che rientrano nelle responsabilità degli enti pubblici.

Misura: Al fine di poter garantire determinati standards di qualità anche per le prestazioni sociali la cui erogazione è stata affidata agli enti gestori privati, è necessario che si elabori a livello provinciale una procedura di accreditamento attraverso la quale gli enti gestori privati che desiderano ottenere un finanziamento pubblico e/o gestire determinati servizi si possano sottoporre ad una verifica in riferimento all'adempimento di determinati standards minimi. A tal fine risultano necessarie nel dettaglio le seguenti misure:

- redazione di un catalogo di criteri
- elaborazione di un procedimento di valutazione

Tempi:	Entro la fine del 2002.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e gli enti gestori privati.

d) Nomina di referenti presso la Ripartizione provinciale e gli enti gestori territoriali

Situazione iniziale:	Così come nel caso della partecipazione dei cittadini e degli interessati nel suo complesso, anche per il coinvolgimento di iniziative ed organizzazioni private nei servizi sociali è fondamentale che vi siano, da parte degli enti gestori pubblici, referenti chiaramente individuabili, disponibili nei confronti delle idee di persone, iniziative o organizzazioni private e che vedano in esse un potenziale da incentivare.
Misura:	La ripartizione provinciale si assume così il compito di essere un referente per le persone, le iniziative e le organizzazioni private impegnate nel settore sociale e di informare esaurientemente nonché sostenere efficacemente tali iniziative. Al contempo essa esorta gli enti gestori territoriali (Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali) a fare altrettanto e ad essere punto di riferimento per le iniziative private a tutti i livelli. Il fine deve essere quello di sostenere e incentivare l'impegno privato nel settore dell'assistenza sociale a tutti i livelli.
Tempi:	Misura permanente.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e gli enti gestori privati.

9.6 Il settore del volontariato

9.6.1 Finalità

- Si deve provvedere ad una maggiore diffusione della filosofia del volontariato nell'ambito delle comunità locali (soprattutto a livello di Comuni) perché in futuro il volontariato, con la partecipazione di tutti i cittadini, diventerà sempre più necessario, accanto all'impegno degli enti pubblici, per affrontare i problemi sociali⁷⁰.
- Si tratta di rendere la pubblica opinione maggiormente consapevole del fatto che il sostegno dei gruppi socialmente deboli e svantaggiati rappresenta un compito comune a tutti i cittadini. Se vi si riuscirà, si potranno mobilitare ed impiegare considerevoli risorse informali.
- Nel rispetto dell'autonomia delle rispettive organizzazioni, bisogna attuare misure coordinate di qualificazione e di aggiornamento dei volontari in modo che sia possibile migliorare costantemente la qualità del lavoro anche nel settore del volontariato.
- A livello provinciale e degli enti gestori territoriali (Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali) è necessario creare piattaforme per un regolare dialogo tra i rappresentanti del mondo del volontariato e quelli degli enti gestori pubblici dell'assistenza sociale.

9.6.2 Misura

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Offrire misure di aggiornamento e qualificazione dei volontari.

a) Offrire misure di aggiornamento e qualificazione dei volontari

Situazione iniziale: I volontari portano un prezioso contributo nel settore dell'assistenza sociale. La loro attività rappresenta un'importante integrazione del lavoro professionale, in particolare perché quanto si colloca proprio dove le forze professionali trovano dei limiti, cioè nel settore delle relazioni interpersonali.

Il volontariato è anche in particolare espressione del senso di responsabilità sociale e dell'impegno personale. Gli enti gestori pubblici ed i professionisti devono dunque sostenere ed incentivare il volontariato in tutti i settori ed adoperarsi per una adeguata integrazione dei volontari nei diversi servizi.

Misura: Come riconoscimento del notevole valore del volontariato e con

⁷⁰Le finalità si riferiscono tra l'altro alla documentazione dei risultati di un convegno sul tema del volontariato il 16 e 17 dicembre a Bolzano, partecipanti: Caritas, GAD - Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren, Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns, Ass. Culturale "Ermete Lovera", Ass. La Strada - Der Weg.

l'obiettivo di garantire i migliori standards qualitativi possibili, anche nel settore del volontariato, la Provincia offre ai volontari misure di qualificazione ed aggiornamento.

- Tempi: Misura permanente.
- Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale.

9.7 Settore dell'auto-aiuto

9.7.1 Finalità

- I pubblici poteri incentivano il sorgere e l'attività di iniziative di auto-aiuto, concedendo contributi finanziari e sostenendo le iniziative con informazioni e aiuti di tipo organizzativo attraverso referenti competenti presso tutti gli enti gestori pubblici (Comuni, aziende per i servizi sociali, comunità comprensoriali, Provincia).
- Lo stanziamento di aiuti finanziari per iniziative di auto-aiuto deve divenire più rapido e meno burocratico. Inoltre, l'uso adeguato di mezzi deve essere controllato meglio in futuro.

9.7.2 Misura

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Redazione di un opuscolo informativo sul finanziamento del settore di auto-aiuto

a) Redazione di un opuscolo informativo sul finanziamento del settore di auto-aiuto.

Situazione iniziale: L'ampio spettro di iniziative ed organizzazioni indipendenti nel settore sociale in Alto Adige⁷¹ indica la disponibilità di un grande potenziale. Spesso alle persone e ai gruppi attivi mancano adeguati referenti presso gli enti gestori pubblici per ottenere importanti informazioni sulle possibilità di finanziamento e sulla situazione di copertura dei fabbisogni nei diversi settori dei servizi sociali e dei diversi territori.

Misura: Per fornire una base informativa unitaria alle persone e ai gruppi attivi, che desiderano assumersi un compito nel settore sociale nonché alle iniziative di auto-aiuto già esistenti, sarà necessario elaborare a livello provinciale un opuscolo informativo che

⁷¹ Si veda in proposito l'indagine sull'attività di organizzazioni volontarie nel settore sociosanitario in Alto Adige, CERF Centro Ricerca e Formazione, 1994

fornisca indicazioni sulle possibilità e le condizioni di finanziamento di iniziative di auto-aiuto da parte dei pubblici poteri. Tale opuscolo informativo deve essere reperibile presso tutti gli enti gestori pubblici (Provincia, comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali, Comuni) e privati dei servizi sociali.

Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Tempi:	L'opuscolo deve essere ultimato entro la fine del 2001.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio sociale.

9.8 Collaborazione con la sanità

In merito alla collaborazione con la sanità si pone in rilievo che le misure di collaborazione e coordinamento sono complicate dalla presenza di due assetti organizzativi di natura molto diversa (nonché di differenti dimensioni). Si evidenzia inoltre la diversità delle "culture" nei due settori.

Le analisi dei gruppi di lavoro istituiti per l'elaborazione del Piano sociale in tutti i distretti e le comunità comprensoriali hanno indicato che deve essere migliorata a tutti i livelli la collaborazione tra il personale dei servizi sociali e quello della sanità.

9.8.1 Finalità

- La collaborazione tra il servizio sociale e la sanità dovrà essere migliorata a tutti i livelli: a livello provinciale, di comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali o aziende sanitarie, di distretto e nei singoli servizi.
- A livello provinciale si dovrà portare avanti ed istituzionalizzare il coinvolgimento della sanità nella pianificazione, come è già avvenuto per vari piani specifici (ad es. il progetto psichiatria, il programma sulle dipendenze) e per l'elaborazione di questo Piano sociale provinciale.
- In occasione della pianificazione di misure, in particolare di misure di cura o prevenzione sociale che seguono le misure mediche o le precedono, si inviteranno anche gli enti gestori decentrati (Comuni e comunità comprensoriali) a cointeressare il prima possibile i relativi rappresentanti del settore della sanità.
- Il distretto sociosanitario integrato dovrà costituire anche in futuro un fulcro fondamentale di collegamento per la collaborazione tra assistenza sociale e sanitaria. In tale ambito si dovrà lavorare con maggiore energia ad una collaborazione più intensa tra servizi sociali e sanitari. Attraverso la programmazione comune delle attività e l'esecuzione congiunta di progetti concernenti i diversi settori, si dovrà innanzitutto tenere maggiormente conto di una coerente attività preventiva.

9.8.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Elaborazione di protocolli d'intesa e programmi comuni per la collaborazione a livello di distretto.
A	b) Aggiornamento professionale congiunto del personale del distretto sociosanitario.
A	c) Elaborazione di protocolli scritti sulla collaborazione con le aziende sanitarie a livello di comunità comprensoriale.
A	d) Gruppo permanente di coordinamento a livello provinciale.

Si tratta sostanzialmente di misure atte a migliorare la collaborazione a tre livelli:

- a livello di distretto
- a livello di comunità comprensoriale
- a livello di amministrazione provinciale.

Collaborazione a livello di distretto

L'obiettivo concettuale del distretto sociosanitario integrato presenta, almeno al livello più basso, il vantaggio della sostanziale esistenza di strutture parallele ai fini della collaborazione. Per entrambe le parti, la mancanza di un/a dirigente/coordinatore di distretto, con le relative competenze e risorse, ha costituito sinora un ostacolo. Conformemente a quanto definito nell'ambito dei gruppi di lavoro, una comune sede di distretto rappresenta un primo passo nella direzione giusta ma non conduce necessariamente all'instaurarsi di una collaborazione che sia adeguata agli scopi. La partecipazione dei coordinatori del distretto sanitario ai gruppi di lavoro a livello distrettuale per l'elaborazione del presente Piano sociale è stato un passo nella direzione giusta.

a) Elaborazione di protocolli d'intesa e programmi comuni per la collaborazione a livello di distretto

Situazione iniziale: Finora i rapporti di collaborazione si sono basati principalmente su contatti informali e quasi non esistono forme istituzionalizzate di collaborazione. A livello di distretto la ragione risiede anche nel fatto che i coordinatori/trici, sia del settore sociale che di quello sanitario, dispongono di competenze e risorse troppo scarse per essere in grado di assolvere il compito impegnativo di coordinare le attività in entrambi i settori (si vedano in proposito anche le misure relative al settore distrettuale).

Misure:

- Elaborazione di protocolli d'intesa per la collaborazione fra servizi sociali e sanità a livello di distretto
- Regolari incontri di lavoro congiunti.
- Attivazione di progetti comuni.

Tempi: Misure permanenti.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza: Enti gestori territoriali con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio Sociale.

b) Aggiornamento professionale congiunto del personale del distretto sociosanitario

Situazione iniziale: Nel medio termine la collaborazione, intesa come lavoro di équipe interdisciplinare, deve essere soprattutto favorita, nel distretto e in tutte le altre istituzioni sociosanitarie, attraverso la specializzazione e l'aggiornamento professionale.
Misura: Elaborazione di un programma congiunto per l'aggiornamento professionale del personale di distretto.
Tempi: A partire dal 2000.
Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità.

Collaborazione a livello di comunità comprensoriale

c) Elaborazione di protocolli scritti sulla collaborazione con le aziende sanitarie.

Situazione iniziale: A livello di comunità comprensoriale, ovvero di aziende sanitarie, i sistemi amministrativi separati dei servizi sociali e della sanità ostacolano la collaborazione. Le unità territoriali vengono a coincidere solo in forma aggregata (solitamente più comunità comprensoriali corrispondono ad un'azienda sanitaria). Le strutture amministrative rendono problematica una collaborazione a livelli gerarchicamente equivalenti.
Misure:

- I responsabili di rango più elevato nel settore dei servizi sociali presso gli enti gestori territoriali (Direzione dei servizi sociali) devono prendere contatto con interlocutori di pari livello presso le aziende sanitarie e regolamentare nel modo più chiaro possibile la collaborazione tra i servizi sociali e quelli sanitari sul territorio, nel quadro di protocolli d'intesa.
- Si devono redigere programmi annuali congiunti e coordinati per la collaborazione fra servizi sociali e sanitari.

Tempi: A partire dall'entrata in vigore del Piano.
Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza: Enti gestori territoriali dei servizi sociali in collaborazione con le aziende sanitarie.

Collaborazione a livello di amministrazione provinciale

Con l'elaborazione comune di progetti specialistici, come il programma assistenziale per malati psichici e il programma assistenziale per situazioni di dipendenza, il piano geriatrico e il progetto di distretto, si sono già fatti decisivi passi in avanti verso una collaborazione trasversale alle ripartizioni. Tali iniziative devono essere ulteriormente sviluppate in modo mirato ed essere istituzionalizzate.

E' da considerarsi altresì positivo che l'elaborazione concettuale dell'attuale Piano sociale provinciale abbia visto la partecipazione di rappresentanti della sanità a tutti i livelli.

d) Gruppo permanente di coordinamento a livello provinciale.

Situazione iniziale: Durante l'elaborazione del presente Piano sociale, è emersa la necessità di intensificare la collaborazione con la sanità anche a livello provinciale, in quanto campo di manovra decisivo per il futuro. Tale collaborazione deve essere intensificata e maggiormente garantita da un punto di vista istituzionale.

Misura: Intensificazione e maggiore garanzia istituzionale della collaborazione trasversale alle ripartizioni tra le ripartizioni Servizio Sociale e Sanità, tenendo in maggiore considerazione la funzione delle competenze comuni.

Tempi: Misura permanente.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Dipartimento in collaborazione con le Ripartizioni provinciali Servizio Sociale e Sanità.

9.9 Collaborazione con i Comuni

Relativamente alla collaborazione con i Comuni si registra positivamente il fatto che si sia giunti spesso ad un accordo in situazioni problematiche. Soprattutto la presenza di un rappresentante del Comune nel Comitato di distretto risulta vantaggiosa ai fini di una collaborazione costruttiva. Si è inoltre evidenziato più volte il buon livello di collaborazione tra Comuni e case di riposo.

9.9.1 Finalità

- Rafforzamento del senso di responsabilità sociopolitica dei Comuni nel campo dei servizi sociali.
- Creazione di forme istituzionalizzate di collaborazione tra gli enti gestori dei servizi sociali e i Comuni.
- Preparazione dei Comuni al prossimo passo di decentralizzazione: il trasferimento ai Comuni delle funzioni amministrative attinenti al servizio sociale.

9.9.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura

A	a) Formazione degli/le Assessori al servizio sociale
A	b) Incontri degli/le Assessori al servizio sociale dei Comuni.

a) Formazione degli/le Assessori al servizio sociale

Situazione iniziale: I servizi sociali hanno bisogno di un preciso interlocutore presso il Comune. Ciò riguarda il lavoro sia a livello distrettuale che a livello di comunità comprensoriale. Si deve dunque rafforzare il ruolo degli/le Assessori al servizio sociale.

Misura: Elaborazione di un progetto per la formazione degli/le Assessori al servizio sociale in relazione al lavoro dei servizi sociali e realizzazione delle relative misure formative.

Tempi: Entro la fine del 2000.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

b) Incontri degli/le Assessori al servizio sociale dei Comuni di una comunità comprensoriale.

Situazione iniziale: La collaborazione tra i Comuni in campo sociale deve essere intensificata, per sviluppare una coscienza dei problemi sociali che trascenda i confini comunali e per elaborare strategie d'azione comuni e coordinate.

Misura: Organizzazione di un incontro annuale degli/le Assessori al servizio sociale dei Comuni su invito delle comunità comprensoriali. In occasione di tale incontro, gli Assessori al servizio sociale dovranno informarsi sull'attività dei servizi sociali e scambiare informazioni a livello sovracomunale su questioni sociali. L'obiettivo è anche di pervenire in tal modo ad una più stretta collaborazione tra gli enti gestori dei servizi sociali ed i Comuni.

Tempi: Misura permanente a partire dal 2000.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Enti gestori territoriali in collaborazione con i Comuni.

9.10 Collaborazione con il settore dell'istruzione

9.10.1 Finalità

- Promozione e ripristino della competenza sociale del singolo, della famiglia e della collettività dando maggiore spazio a temi socialmente rilevanti nei programmi didattici delle scuole e nell'istruzione per adulti.

- Diffusione dei valori fondamentali della solidarietà, dell'equilibrio sociale, della tolleranza, dell'accettazione degli stranieri, della moderazione e del rispetto di gruppi socialmente e fisicamente svantaggiati.
- Garanzia del diritto all'educazione, all'istruzione, alla formazione e all'inserimento professionale anche per tutti quegli utenti che hanno particolari esigenze educative, attraverso una stretta collaborazione dei servizi sociali con i servizi sanitari, le intendenze scolastiche, il settore della formazione professionale, l'ufficio del lavoro e gli enti gestori privati.

9.10.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
B	a) Inserimento di un numero maggiore di temi sociali nei programmi didattici e formativi.
B	b) Inserimento di un numero maggiore di temi sociali nell'istruzione per adulti.
B	c) Intensificazione della collaborazione con le istituzioni formative in loco

a) Inserimento di un numero maggiore di temi sociali nei programmi didattici e formativi.

Situazione iniziale: L'istruzione in generale e in particolare una conoscenza approfondita di come sorgano le problematiche sociali, delle strategie risolutorie e dei possibili strumenti di sostegno finalizzati al superamento o all'eliminazione di tali problemi, costituiscono una premessa fondamentale per un comportamento responsabile e solidale all'interno della società. Tale conoscenza, da un lato rappresenta una risorsa individuale che permette di gestire la propria situazione personale e dall'altro permette di agire in modo socialmente responsabile. Per tutti gli enti gestori dell'assistenza sociale è dunque un compito importante e rappresenta uno degli strumenti più importanti di prevenzione, sostenere la diffusione di tali contenuti formativi.

Misure:

- Scambio di idee tra la Ripartizione provinciale Servizio Sociale e le intendenze scolastiche nonché altre importanti istituzioni del settore dell'istruzione in merito all'inserimento di un maggior numero di temi sociali nell'insegnamento scolastico.
- Accordi tra la Ripartizione provinciale Servizio Sociale, gli enti gestori territoriali dei servizi sociali e i più importanti enti gestori dell'istruzione in merito alla stesura di programmi didattici e formativi.

Tempi: Misure permanenti.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con le intendenze scolastiche e altre importanti istituzioni del settore dell'istruzione.

b) Inserimento di un numero maggiore di temi sociali nell'istruzione per adulti.

Situazione iniziale: In tempi in cui il mutamento sociale procede sempre più rapidamente, la capacità e la disponibilità all'apprendimento continuo sono divenute condizioni imprescindibili per riuscire nella vita professionale nonché privata. L'istruzione per adulti acquista perciò una rilevanza sempre maggiore. Ne deriva l'obiettivo di lasciare maggior spazio a contenuti formativi rilevanti per la comprensione delle questioni sociali, anche nell'ambito dell'istruzione per adulti.

Misure:

- Ampliamento dell'offerta di corsi per adulti su temi attinenti all'assistenza sociale e incentivazione di iniziative in tale ambito mediante i fondi a disposizione per l'istruzione degli adulti.
- Predisposizione di materiale informativo e pacchetti di insegnamento per iniziative informative e formative a livello di comunità comprensoriale e di Comune.
- Promozione dell'attività informativa e formativa delle associazioni ed istituzioni di volontariato attive nel campo sociale.

Tempi: Misure permanenti.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale ed enti gestori territoriali in collaborazione con le istituzioni del settore didattico, attive nel campo dell'istruzione per adulti.

c) Intensificazione della collaborazione con le istituzioni formative in loco

Situazione iniziale: Nel settore sanitario esistono già protocolli d'intesa sulla collaborazione con le scuole, in relazione ai temi dell'"integrazione scolastica e dell'aggiornamento professionale del corpo insegnante".

Misure:

- La collaborazione tra i servizi sociali e il settore dell'istruzione dovrà essere migliorata attraverso la stipula di protocolli d'intesa tra la Ripartizione provinciale Servizio sociale e le intendenze scolastiche, nonché i centri di formazione professionale.
- In base a tali accordi, gli enti gestori territoriali dovranno essere incaricati di intensificare e sostenere la collaborazione tra i servizi sociali e le istituzioni formative in loco.

Tempi: Entro la fine del 2001.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con le intendenze scolastiche e gli enti gestori territoriali.

9.11 Collaborazione con il settore del lavoro.

9.11.1 Finalità

- Garantire un posto di lavoro a tutti i cittadini e cittadine residenti sul territorio provinciale, è un obiettivo prioritario della politica economica e sociale della Giunta provinciale.
- Chi, per particolari ragioni sociali o familiari, a causa di handicap o malattie, trova difficoltà ad inserirsi nel mercato del lavoro, deve essere aiutato attraverso adeguate misure di gestione del mercato del lavoro e di assistenza sociale.
- I datori di lavoro che creano posti di lavoro protetti, ricevono sostegno e finanziamenti da parte dell'ente pubblico.
- Si dovrà rafforzare la collaborazione tra il servizio sociale e il settore del lavoro anche in relazione ad una coerente prevenzione.

9.11.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Estendere le misure che favoriscono l'inserimento lavorativo ad un ulteriore gruppo di persone.
A	b) Favorire l'inserimento lavorativo attraverso lavori di pubblica utilità.

a) Estendere le misure che favoriscono l'inserimento lavorativo ad un ulteriore gruppo di destinatari.

Situazione iniziale: Fino al suo passaggio dai Servizi sociali alla Ripartizione Lavoro nel 1993, il Servizio inserimento lavorativo si è occupato prevalentemente di persone portatrici di handicap. Il passaggio ha comportato per il Servizio inserimento lavorativo un ampliamento del proprio gruppo di riferimento ed esso ora, in misura crescente, offre aiuto per l'inserimento lavorativo anche ad altri gruppi sociali, come ad es. le persone difficilmente collocabili e socialmente o fisicamente svantaggiate. Il piano triennale degli interventi di politica del lavoro 1997 - 1999 prevede misure in questo senso (si veda la delibera della Giunta provinciale n. 5163 del 28.10.1996).

Misure:

- Istituzione di un gruppo di coordinamento al quale appartengano un rappresentante della Ripartizione provinciale Servizio sociale, un rappresentante degli enti gestori territoriali dei servizi sociali, un rappresentante degli interessati, un rappresentante della Ripartizione Lavoro e del Servizio per l'inserimento lavorativo nonché rappresentanti dei partner sociali.
- Chiarimento dei punti di collegamento e delle modalità della collaborazione tra il Servizio per l'inserimento lavorativo e i servizi dell'assistenza sociale.
- I distretti dovranno considerare in futuro le iniziative finalizzate ad un aiuto al lavoro (aiuti per la formazione e l'inserimento lavorativo) una parte integrante della loro attività. L'aiuto deve andare oltre la concessione di prestazioni finanziarie (assistenza sociale) e affrontare le cause dello stato di bisogno materiale, spesso legate alla disoccupazione. Perché ciò sia efficace, è necessaria la formazione continua del personale e si deve instaurare un buon livello di cooperazione con le autorità locali nei Comuni e con il Servizio di inserimento lavorativo della Provincia.

Tempi: Periodo di validità del Piano.

Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con la Ripartizione Lavoro e gli enti gestori territoriali.

b) Favorire l'inserimento lavorativo attraverso lavori di pubblica utilità.

Situazione iniziale: La legge statale n. 233 del 23 luglio 1991, il decreto legislativo n. 468 del primo dicembre 1997 e la legge provinciale n. 11 del 11 marzo 1986, prevedono la possibilità che gli enti locali impieghino disoccupati per lavori di pubblica utilità nell'ambito di progetti di inserimento lavorativo. Visto che tali progetti interessano gran parte delle persone beneficiarie di sussidi per il sostentamento da parte del Servizio di assistenza economica sociale, gli enti gestori dei servizi sociali dovrebbero sfruttare tale

possibilità come un prezioso investimento umano, per promuovere, al di là della sicurezza finanziaria, l'impegno personale e la competenza sociale degli interessati. Così facendo, la Provincia segue gli inviti espressi in tal senso anche a livello statale nel quadro delle attuali discussioni sull'introduzione del cosiddetto "reddito minimo di inserimento".

Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Informazione degli enti gestori territoriali sulla possibilità di realizzare misure di inserimento di questo tipo e sostegno nell'esecuzione dei relativi progetti.• Collaborazione di rappresentanti della Ripartizione provinciale Servizio Sociale e dei servizi sociali nel corrispondente gruppo di lavoro presso la Ripartizione Lavoro.• Scambio di esperienze con altre Regioni e Comuni italiani che hanno già attuato misure analoghe.
Tempi:	Periodo di validità del Piano.
Risorse:	Non sono necessarie ulteriori risorse.
Competenza:	Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Lavoro e gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

9.12 Collaborazione con il settore dell'edilizia abitativa

9.12.1 Finalità

- E' un obiettivo prioritario della politica provinciale garantire un alloggio adeguato a tutte le persone residenti in Alto Adige.
- Chi, per particolari ragioni sociali o familiari, a causa di handicap o malattie, ha difficoltà a trovare un alloggio, deve essere aiutato e finanziato attraverso speciali misure di edilizia abitativa agevolata e di assistenza sociale, affinché riesca a procurarsi un'abitazione.
- Nel quadro dell'edilizia sociale si devono concedere particolari sussidi, finalizzati all'acquisizione di un alloggio proprio, a chi si trova in una situazione particolarmente bisognosa sotto il profilo sociale. A tali gruppi di persone verranno assegnati, secondo particolari criteri, alloggi in affitto dell'Istituto per l'edilizia sociale.
- Nell'ambito della pianificazione di alloggi e di altre infrastrutture è opportuno evitare inutili barriere architettoniche, per permettere anche a persone dalla mobilità limitata di spostarsi autonomamente e di partecipare alla vita sociale.
- Nel quadro dell'edilizia sociale (proprietà e locazione) si devono rafforzare forme di comunità alloggio e di convivenza plurigenerazionale.

9.12.2 Misure

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
A	a) Messa a disposizione di alloggi per particolari gruppi sociali
A	b) Accelerazione dell'abbattimento delle barriere architettoniche
A	c) Sostenere e incentivare l'edilizia sociale

a) Messa a disposizione di alloggi per particolari gruppi sociali

Situazione iniziale: L'art. 4, comma 2 della legge provinciale n. 15 del 20 agosto 1972 e successive modifiche, prevede che il programma edilizio dell'Istituto per l'edilizia sociale (IPES) riservi un determinato numero di alloggi a specifici gruppi sociali. Una delibera della Giunta provinciale ha definito i gruppi agevolati e il numero degli alloggi (suddiviso per comuni e distretti), nonché i criteri di assegnazione e il tipo di collaborazione tra l'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata e i servizi sociali.

Misure:

- Proseguimento nella realizzazione del programma edilizio dell'Istituto per l'edilizia sociale 1996-2000. Ciò significa specificatamente:
 - 398 alloggi per anziani
 - 219 alloggi per persone con problemi di dipendenza, senzatetto, ex carcerati e altri casi sociali difficili, che, per particolari ragioni familiari, psicosociali o di salute non saranno in grado per tempi prevedibilmente lunghi di ottenere un proprio alloggio (parametro: 1 alloggio su 2000 abitanti).
- Assunzione e gestione degli appartamenti destinati a coabitazioni da parte degli enti gestori dei servizi sociali.

Tempi: Gli alloggi devono essere disponibili entro la fine del 2001.

Risorse: Le risorse necessarie vengono stanziato attraverso i fondi per l'edilizia abitativa agevolata.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con l'IPES e gli enti gestori territoriali dei servizi sociali.

b) Accelerazione dell'abbattimento delle barriere architettoniche

Situazione iniziale: A causa delle barriere architettoniche, molti minorati fisici sono limitati nella loro indipendenza e autonomia sociale dalla difficoltà o impossibilità di raggiungere il proprio alloggio, di utilizzare vie di comunicazione e mezzi di trasporto o di accedere ad edifici pubblici. Per eliminare tali barriere e favorire così

l'indipendenza e l'autonomia sociale degli interessati, sono spesso sufficienti interventi edilizi di lieve entità e poco costosi.

- Misure:
- Si concedono finanziamenti a persone, istituzioni, nonché enti privati per eliminare le barriere architettoniche.
 - Si offre consulenza a committenti e progettisti privati nonché alle commissioni edilizie e alle commissioni peritali per un'edilizia priva di barriere, istituendo un consultorio per l'edilizia priva di barriere presso la Provincia.
 - Ci si deve adoperare maggiormente affinché le barriere architettoniche degli edifici pubblici vengano eliminate.

Tempi: Entro la fine del 2000, poi misure permanenti.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.
Fondi per i lavori pubblici e l'edilizia abitativa, fondo sociale, finanziamento di due unità del personale per il servizio di consulenza.

Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale in collaborazione con la Ripartizione Edilizia e servizio tecnico, l'IPES e gli enti gestori territoriali.

c) Sostenere e incentivare l'edilizia sociale

Situazione iniziale: Le forme di rapporto familiare e microsociale determinano in larga misura come familiari, vicini e amici possano prestare assistenza a persone bisognose di aiuto e cure. L'esistenza, nelle zone urbane così come in quelle rurali, di luoghi e spazi sociali che promuovono la socializzazione e la comunicazione può favorire i rapporti sociali tra gruppi sociali diversi (bambini, giovani, adulti, anziani, persone con problemi sociali o di salute), può contribuire allo scambio di esperienze, ad abbattere i pregiudizi e ad incoraggiare la comprensione reciproca nonché un modo solidale di pensare e agire.

Misura: Istituzione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del settore dell'urbanistica, dell'edilizia abitativa e dell'assistenza sociale per la promozione dell'edilizia sociale.

Tempi: Entro la fine del 2002

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenza: Ripartizione provinciale Urbanistica, Ripartizione provinciale edilizia abitativa, IPES, Ripartizione provinciale Servizio sociale, Comuni, enti gestori dei servizi sociali.

9.13 Collaborazione con organizzazioni ed associazioni nel campo della cultura, delle attività del tempo libero e dello sport.

9.13.1 Finalità

- Il principio generale formulato nella sezione C del Piano sociale in relazione al lavoro sociale e in base al quale a tutti i gruppi (anche e soprattutto a quelli svantaggiati dal punto di vista sociale o fisico) devono essere offerte, nei limiti del possibile, le stesse opportunità di sviluppo della propria personalità, non rappresenta un compito esclusivo dell'assistenza sociale ma di tutti i settori politici e sociali.
- Tutti gli enti gestori dell'assistenza sociale sono chiamati a perseguire a tutti i livelli la collaborazione con le molteplici associazioni ed organizzazioni attive nel campo culturale, delle attività del tempo libero e sportive e ad adoperarsi affinché anche le persone socialmente o fisicamente svantaggiate possano partecipare alla vita sociale in tali ambiti.
- Il coinvolgimento delle persone socialmente e fisicamente sfavorite (impedendo con ciò la loro emarginazione) in attività culturali, del tempo libero e sportive deve favorire il loro benessere psicofisico e lo sviluppo della loro personalità, nonché opporsi al loro isolamento e alla loro emarginazione, sia che essi siano il frutto di una decisione personale che di altri.

9.13.2 Misura

La realizzazione delle misure descritte di seguito dovrà avvenire conformemente ai seguenti gradi di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente.**

Priorità	Misura
C	a) Finanziamento di iniziative nel campo culturale, del tempo libero e sportivo

a) Finanziamento di iniziative nel campo culturale, del tempo libero e sportivo

Situazione iniziale: L'istituzionalizzazione del compito sociale di sostenere e favorire persone socialmente o fisicamente svantaggiate e la delega di tale compito all'assistenza sociale, fanno sì che altri campi politici o settori sociali rimandino spesso gli interessati con le loro richieste alle offerte dei servizi sociali. Tale comportamento favorisce l'emarginazione e l'indifferenza, oberando al contempo i servizi sociali.

E' perciò necessario che tutti i gruppi sociali e tutti i settori della politica si facciano carico delle esigenze delle persone socialmente o fisicamente sfavorite e tengano in considerazione le loro particolari necessità con iniziative adeguate e sussidi.

Misure:

- Promozione di iniziative nei settori della cultura, delle attività del tempo libero e sportive, che mirino all'integrazione ed al coinvolgimento di persone disabili, anziani, disadattati e altri individui o gruppi spesso costretti ai margini della società.
- Formazione di specialisti nei settori della cultura, delle attività

del tempo libero e sportive, che siano in grado di organizzare iniziative e progetti adeguati alle esigenze delle persone citate.

- Tempi: Misure permanenti.
- Risorse: Non sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenza: Ripartizione provinciale Servizio Sociale.

10 MISURE PER I DIVERSI GRUPPI

Osservazioni generali

Le misure descritte qui di seguito sono state riunite sotto il titolo „Misure per i diversi gruppi“ proprio perché si riferiscono a undici diversi gruppi di riferimento, formati secondo criteri prammatici. In altri termini, i singoli gruppi rappresentano, sotto il profilo quantitativo o qualitativo, importanti settori d'intervento, cui si è ispirata la ripartizione delle competenze nell'amministrazione sociale. Il fatto di avere sistematizzato le misure secondo questa logica dovrebbe facilitare l'orientamento a coloro che lavorano con questo Piano. Ciò nonostante, in futuro è auspicabile il superamento di quest'approccio per gruppi e per categorie, individuare le similitudini ed i punti di contatto tra le problematiche di diversi gruppi di persone e sviluppare strategie trasversali ai gruppi. In questo modo sarà possibile migliorare la consapevolezza dell'insorgere dei problemi sociali, in un'ottica unitaria ed orientata all'ambiente; si potranno inoltre sfruttare gli effetti sinergici legati allo sviluppo di strategie di intervento ed alla strutturazione dell'offerta. Nella pratica spesso si riscontra un cumulo di diversi problemi nella medesima persona; p. es., i senzatetto spesso presentano anche problematiche di tossicodipendenza o una patologia psichica. Ci sono peraltro determinati problemi, come la richiesta di un posto di lavoro o di un alloggio dignitoso, che si presentano negli stessi termini per diversi gruppi di persone e che possono essere affrontati con strategie simili. A lungo termine, quest'approccio trasversale dovrà anche portare ad una semplificazione e ad una maggiore integrazione delle leggi sociali settoriali.

I singoli blocchi di misure sono strutturati nel seguente modo. In primo luogo si riformulano i principi generali e le linee guida per l'assistenza sociale enunciati nella sezione C, rapportandoli ai singoli gruppi con degli obiettivi operativi. Seguono quindi alcune osservazioni che mirano a descrivere i diversi gruppi di riferimento. Infine, c'è una descrizione delle singole misure in funzione della priorità, della situazione di partenza, delle risorse necessarie, dei tempi e delle competenze. Va ribadito ancora una volta che in questo Piano sociale, trasversale ai diversi settori, si possono riportare solo le misure principali. Per descrizioni più particolareggiate delle misure si rimanda ai singoli piani settoriali.

Gli uffici provinciali settoriali hanno valutato i costi delle misure (colonna risorse) . Per quanto concerne le misure che riguardano i gestori territoriali (Comuni, e comunità comprensoriali), il calcolo delle risorse deve essere fatto dagli stessi gestori nell'ambito dei rispettivi interventi di pianificazione dei progetti. Complessivamente, si sono formulate misure per i seguenti gruppi:

- anziani
- persone in situazione di handicap
- bambini e giovani
- famiglie
- malati psichici
- delinquenti adulti
- drogati e tossicodipendenti
- extracomunitari
- profughi
- Sinti e Rom
- senzatetto

10.1 Anziani

10.1.1 Obiettivi

Con l'emanazione del Piano sociale provinciale, la politica di assistenza agli anziani in Alto Adige è tenuta a perseguire i seguenti obiettivi:

- la pianificazione mira a garantire le condizioni sociali per l'autonomia degli anziani, per l'autodeterminazione nelle questioni che li riguardano e per un miglioramento delle capacità di autoaiuto. Anche di fronte al manifestarsi della non autosufficienza, bisogna permettere agli anziani una vita adattata ai loro bisogni (*autodeterminazione*).
- Una delle premesse dell'autonomia e dell'autodeterminazione è l'indipendenza economica delle persone anziane, che rappresenta un obiettivo primario della politica sociale della Giunta provinciale altoatesina (*indipendenza finanziaria, previdenza per non autosufficienti*).
- Bisogna tenere conto del desiderio degli anziani di rimanere il più a lungo possibile a casa propria tramite un'offerta adeguata di servizi sociali ed infermieristici (*"abitare a casa propria"*).
- Bisogna completare l'offerta di servizi assistenziali, lacunosa in alcuni settori, tramite la realizzazione di nuove forme di assistenza. In altri termini, l'anziano deve avere la possibilità di scegliere, a seconda dei suoi bisogni, tra una gamma coordinata di offerte che prevede condizioni abitative e ambientali compatibili con le necessità degli anziani, forme aperte di lavoro per gli anziani, forme di assistenza ambulatoriali e domiciliari, ma anche strutture semiresidenziali e residenziali (*"completamento dell'offerta e libertà di scelta"*).
- Nella politica di assistenza agli anziani della Provincia le residenze protette rivestono una particolare priorità. Queste forme alternative di alloggio permettono, anche, in presenza di una diminuzione delle capacità e di una certa perdita di autosufficienza, di vivere autonomamente nel proprio appartamento (*"promozione delle residenze protette"*).
- La disponibilità all'assistenza dei parenti che prestano assistenza deve essere mantenuta e potenziata tramite interventi mirati in funzione dei bisogni. Risulta pertanto necessario garantire le condizioni necessarie per l'assistenza domestica (*"sostegno ai parenti che prestano assistenza"*).
- Gli anziani di entrambi i sessi devono partecipare il più possibile alla formulazione e alla configurazione delle misure della politica di assistenza agli anziani (*"partecipazione politica"*).

10.1.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Per valutare il fabbisogno concreto di servizi e di strutture di assistenza agli anziani in Alto Adige, non si può prescindere dalla situazione individuale e dallo sviluppo locale. Nell'ambito di un Piano sociale globale non si può procedere ad una prognosi (parziale sotto il profilo spaziale) della popolazione (anziana), compito che compete ad un Piano settoriale di assistenza agli anziani;⁷² in questo paragrafo, pertanto, ci si limiterà ad alcune osservazioni di importanza fondamentale sull'attuale struttura di questo gruppo di riferimento a livello provinciale.

Attualmente (data di riferimento: 31.12.1998) la percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione ammonta a circa il 15,0%. In termini assoluti, questa percentuale corrisponde a 68.993 persone, con una predominanza delle donne, che cresce con l'aumento dell'età. Gli ultrasessantacinquenni rappresentano, con 29.465 persone, il 6,4% della popolazione. Per la risoluzione dei problemi sociosanitari di questa fascia della popolazione è particolarmente significativo che già oggi circa il 27,5% degli ultrasessantacinquenni e il 37 % degli ultrasessantacinquenni viva in case singole⁷³.

Nel 2007, secondo una stima dell'andamento demografico, gli ultrasessantacinquenni saranno il 17,0% ca. della popolazione (=79.232 persone), gli ultrasessantacinquenni il 7,4% ca. (34.665 persone). Si può quindi prevedere un forte aumento del fabbisogno di servizi di cura e di assistenza, cui il settore sociosanitario si deve preparare adeguatamente⁷⁴.

Per stimare il fabbisogno di cura, nel piano settoriale „Assistenza agli anziani Alto Adige 2001“ si è partiti da un bisogno di posti nelle case di riposo del 14,4% per la fascia di età degli ultrasessantacinquenni. Si è inoltre supposto che il 6% di queste persone fossero autonome o parzialmente autonome, l'8% gravemente non autosufficienti; lo 0,4%, invece, sarebbero persone con un bisogno di cure di breve durata. Fino al 2001 si è quindi calcolato un fabbisogno di 3.565 posti in centro di degenza o casa di riposo. Nel 1996 i posti disponibili nelle case di riposo e nei centri di cura ammontavano a 2.893. Tenendo conto delle istituzioni in via di costruzione, di quelle già previste o in via di progettazione, si ottiene, nel 2001, un'offerta di 3.791 posti.

Per avere una stima del numero di anziani bisognosi di cure o di assistenza che vivono in case private (non nei centri di degenza o nelle case di riposo), si può ricorrere allo studio Infratest, realizzato in tutto il territorio della Repubblica Federale Tedesca per valutare il bisogno di cura e di assistenza⁷⁵. Stando a questo studio, il 6,7% degli ultrasessantaquattrenni e l'11,5% degli ultrasessantacinquenni della Repubblica Federale Tedesca che vivono in case private hanno un bisogno costante di cure. Riportando questi dati all'Alto Adige (supponendo che lo stato di salute generale delle fasce di età in questione non sia sostanzialmente diverso nei due paesi), si ricava che, alla fine del 1995, in Alto Adige, 4.362 ultrasessantacinquenni (=6,7%) hanno avuto bisogno di cure regolari (almeno settimanali); altri 7.813 (=12,0%) hanno avuto bisogno anche di un aiuto nelle faccende domestiche.

Per quanto riguarda la percentuale di non autosufficienza delle persone ospitate in strutture residenziali della provincia (case di riposo e centri di degenza), l'indice di non autosufficienza è passato dal 35,9 del 1995 al 42 del 1998. Sempre nel 1998 sono state 2.648 le persone

⁷² Cfr. a questo proposito il Piano settoriale „Assistenza agli anziani in Alto Adige 2001“, Provincia Autonoma di Bolzano, Ufficio anziani e distretti sociali ed Ufficio distretti sanitari, novembre 1996.

⁷³ Fonte: calcoli dell'ASTAT.

⁷⁴ Si veda in proposito: Relazione sociale 1998, p. 57.

⁷⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996): Hilfe - und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, p. 122 e segg.. Lo studio si basa su un'indagine svolta nel 1991 e viene regolarmente aggiornato in base all'andamento demografico.

sopra i 65 anni ospitate in strutture residenziali, mentre sono 1.912 gli utenti del servizio di aiuto domiciliare per le stesse classi di età. L'indice di penetrazione (che misura la percentuale di persone sopra i 64 anni seguite dai servizi residenziali e non in rapporto alla popolazione anziana) è passato dal 6,1 del 1995 al 6,6 del 1998⁷⁶.

Stando agli ultimi dati, le strettoie e le criticità riguardano soprattutto, ma non solo, i seguenti settori:

- offerta abitativa per la terza età
- prestazioni ambulatoriali /assistenza domiciliare
- assistenza aperta e semiaperta
- forme di residenzialità assistita
- offerte di cura e di alloggio a carattere residenziale

10.1.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno sulla base di parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza agli anziani.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Popolazione di 65 anni di età o più: 75.781 abitanti

Popolazione di 75 anni di età o più: 32.000 abitanti

Servizi	Parametro	Situazione attuale	Situazione a regime
Alloggi adatti agli anziani	4 ogni 1000 abitanti	442	1813
Assistenza aperta/semiaperta			
Centri diurni – centri di degenza diurni	4 posti ogni 1000 abitanti oltre i 65 anni di età	30	248
Assistenza residenziale			
Centri di degenza/case di riposo	118 posti ogni 1000 abitanti oltre i 75 anni di età	3082	3791
Cure di breve durata	4 posti ogni 1000 abitanti oltre i 75 anni di età	26	156
Comunità alloggio	In alternativa alla casa di riposo nei piccoli centri	14	50

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.1.4 Misure

⁷⁶ Vedi: Relazione sociale 1998 pag. 61 e 62.

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente**

Priorità	Misura
A	a) Predisporre alloggi adatti agli anziani
A	b) Prestazioni ambulatoriali – Sviluppo dell'assistenza domiciliare
A	c) Assistenza aperta e semiaperta – Sviluppo delle cure diurne e durante il fine settimana e potenziamento delle cure di breve durata
A	d) Strutture residenziali - Creazione di strutture adeguate ai bisogni

a) Predisporre alloggi adatti agli anziani

Situazione iniziale La disponibilità di un alloggio a misura di anziano è una premessa fondamentale perché l'anziano possa restare in famiglia o a casa propria. Per questo motivo, si sono adottate le seguenti misure per predisporre alloggi adatti agli anziani.

Misure:

- Promozione dell'adattamento delle case private ai diversi bisogni degli anziani.
- Messa a disposizione di alloggi a misura di anziano tramite l'IPES ed i Comuni, ai sensi della L. P. 15/72 e della L. P. 77/73.
- Sensibilizzazione dei Comuni per la realizzazione delle condizioni urbanistiche necessarie per un ambiente abitativo adatto agli anziani nel Comune ovvero città (marciapiedi abbassati, passaggi pedonali, infrastrutture importanti facilmente raggiungibili ecc.).
- Attuazione del programma di investimenti 'Programma alloggi per anziani'.
- Coordinamento delle iniziative nel campo degli alloggi per anziani tra i singoli Uffici provinciali.

Tempi: periodo di durata del piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i Comuni, le aziende per i servizi sociali, le comunità comprensoriali e l'IPES

b) Prestazioni ambulatoriali – Sviluppo dell'assistenza domiciliare

Situazione iniziale:	In molti casi, un'assistenza domiciliare adeguata ai bisogni, di tipo sociale, medico o infermieristico, può evitare o ritardare il ricovero in una struttura residenziale. Attualmente la percentuale di anziani bisognosi di aiuto o di assistenza raggiunti dal servizio di aiuto domiciliare è ancora insufficiente, sebbene il bisogno continui ad aumentare. Anche il lavoro di prevenzione e riabilitazione è attualmente insufficiente.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Uno sviluppo nel territorio (sia sotto il profilo del personale che sotto l'aspetto organizzativo) del servizio di aiuto domiciliare, in modo da far fronte all'aumento dei bisogni, anche nel senso dell'assistenza nel corso dei fine settimana (vedi fabbisogno di personale).• Revisione delle norme sui finanziamenti applicabili (dal punto di vista dell'utente).• Un maggior lavoro di sensibilizzazione e di informazione presso i moltiplicatori, gli/le utenti ed i parenti che prestano assistenza.• La formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori (soprattutto per quanto concerne la riabilitazione e le misure di adattamento dello spazio abitativo).• Verifica dell'ulteriore estensione dei servizi di riabilitazione in forma ambulatoriale e domiciliare (ad es. ergoterapia non residenziale ecc.)
Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale, Comuni, aziende per i servizi sociali e comunità comprensoriali

c) Assistenza aperta e semiaperta - Sviluppo delle cure diurne e durante il fine settimana e potenziamento delle cure di breve durata

Situazione iniziale:	Sia le cure diurne sia le cure durante il fine settimana e le cure di breve durata, trattandosi di offerte di aiuto semiresidenziali, sono elementi importanti della catena di assistenza e importanti mezzi per garantire la disponibilità alla cura delle famiglie. Queste possibilità di sgravare i parenti che prestano assistenza non sono state finora offerte in misura sufficiente.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Creazione di centri diurni aperti per servizi come l'igiene personale, il servizio lavanderia, il pedicure ecc.• Costruzione di vari centri di cura diurni, prima a Bolzano, Merano e Bressanone; a lungo termine bisogna peraltro prevedere alcuni posti in tutte le case di riposo più grandi.• Predisposizione di letti (o reparti) per le cure di breve periodo in un numero selezionato di strutture residenziali.• Preparazione di un pieghevole informativo sulle possibilità di cure diurne, di cure durante il fine settimana e di cure di breve durata.

- Migliori legami tra i servizi non residenziali pubblici e privati.

Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Cure diurne: Sono necessarie ulteriori risorse Cure di breve durata: Da applicare con le attuali risorse
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i gestori dei centri di degenza e delle case di riposo

d) Strutture residenziali - Creazione di strutture adeguate ai bisogni

Situazione iniziale: Nel panorama dell'aiuto residenziale agli anziani è in corso un processo di trasformazione, caratterizzato dall'aumento dell'età del ricovero, dalla maggiore cronicità e dall'aumento dei casi di demenza. Gran parte dei pazienti non autosufficienti dei centri di degenza e delle case di riposo presentano dei problemi psichici; attualmente rientrano in questa categoria il 35% dei pazienti, con tendenza al rialzo.

Misure:	<ul style="list-style-type: none"> • Destinazione degli alloggi e dei posti nelle strutture di cura a seconda dei bisogni (con un maggiore orientamento verso le camere singole – l'obiettivo è di arrivare ad una percentuale del 50%). Bisogna perseguire organizzativamente l'obiettivo dell'apertura delle case di riposo ai pazienti non autosufficienti. • In futuro, bisognerà limitarsi a due categorie di strutture: „i centri di degenza e le case di riposo“ (per pazienti autonomi e non autosufficienti) ed i „centri di degenza“ (soprattutto pazienti gravemente non autosufficienti). Le leggi provinciali vanno adeguate al futuro orientamento organizzativo. • Creazione di infrastrutture per l'assistenza dei pazienti con gravi patologie psichiche e dei pazienti gerontopsichiatrici. • Approfondimento dei temi della gerontopsichiatria, della preparazione alla morte, dell'accompagnamento psicologico dei pazienti non autosufficienti.
----------------	--

Tempi:	periodo di durata del piano.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale, Ripartizione provinciale Sanità; gestori dei centri di degenza e delle case di riposo, Associazione delle case di riposo, Aziende sanitarie locali.

10.2 Persone in situazione di handicap

10.2.1 Obiettivi

La politica altoatesina a favore delle persone in situazione di handicap è tenuta ai seguenti obiettivi:

- lo scopo principe dell'offerta assistenziale per le persone in situazione di handicap è il mantenimento, la garanzia e il potenziamento della loro indipendenza, del loro senso di responsabilità e della loro autonomia. Nei limiti del possibile, bisogna evitare o eliminare le situazioni di dipendenza, sia personale sia professionale, e mirare al massimo grado possibile di indipendenza ed autodeterminazione (*autonomia*).
- L'offerta assistenziale per le persone in situazione di handicap deve rendere le loro condizioni di vita il più possibile simili a quelle dei non disabili (*normalizzazione delle condizioni di vita*). Per evitare l'emarginazione, in ogni caso concreto, bisogna sempre verificare se l'assistenza necessaria possa essere fornita dalla normale offerta assistenziale (presente o futura) per la comunità; in caso di risposta negativa, bisogna verificare se sia almeno possibile fornire l'assistenza speciale nell'ambiente dei non disabili.
- La partecipazione delle persone in situazione di handicap alla vita della società deve essere il più ampia possibile. Oltre alle misure di riabilitazione scolastica e sociale, bisogna prevedere soprattutto delle misure di riabilitazione professionale (*integrazione*).
- Le persone in situazione di handicap ed i loro familiari devono avere la possibilità di scegliere gli interventi che ritengono più adatti al loro caso tra una gamma di possibilità ampia e differenziata (*libertà di scelta*). Di conseguenza, l'importanza delle diverse forme di assistenza, da quelle residenziali a quelle aperte, passando per quelle semiresidenziali e non residenziali, dipende dai particolari bisogni della persona interessata.
- I familiari delle persone in situazione di handicap, con particolare riferimento alle famiglie in cui vivono dei disabili, hanno particolarmente bisogno dell'aiuto dell'ente pubblico e dei professionisti (*sostegno alle famiglie*). Quest'"aiuto per chi aiuta" serve al potenziamento della resistenza psicofisica (e quindi anche della disponibilità all'assistenza), ma anche a garantire la qualità della vita nell'ambiente familiare.
- Bisogna eliminare i pregiudizi nei confronti delle persone in situazione di handicap con una *campagna di sensibilizzazione* offensiva e sistematica.
- In futuro si dovrà prestare una maggiore attenzione al *sostegno precoce nella famiglia*. Qualora si accerti uno specifico bisogno di sostegno, questo dovrà essere concesso il più presto possibile, per contenere il più possibile le successive proporzioni del danno.
- Si deve promuovere ulteriormente l'auto-aiuto nel campo dell'assistenza alle persone in situazione di handicap, sostenendo le associazioni e le cooperative attive in tal senso (*promozione dell'auto-aiuto*).

10.2.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Dato che dei malati psichici (cronici) si parlerà in un'altra sede (v. cap. 10.6 di questa stessa sezione), questo catalogo di misure si concentra sui persone in situazione di handicap psichico o fisico.

Stando alla ricerca realizzata in Germania all'inizio degli anni '90 sul bisogno di cure e di assistenza e riportando il relativo modello all'Alto Adige,⁷⁷ alla fine del 1994, in Alto Adige, i soggetti di meno di 65 anni che avevano bisogno di cure regolari (almeno una volta alla settimana) erano 1.890 (= 0,5%). In quell'epoca, circa 3.390 persone di meno di 65 anni (= 0,9%) avevano bisogno di un aiuto prettamente domestico. Lasciando da parte i bambini e gli adolescenti, i relativi valori ammontano rispettivamente a 1.475 persone (bisogno di cure regolari) ed a 3.221 persone (aiuto prettamente domestico). Sostanzialmente, questi dati si riferiscono solo a persone con un handicap fisico.

Ancora più complessa risulta la quantificazione, seppure approssimativa, delle persone affette da handicap psichico. Come nella maggior parte dei paesi, anche in Alto Adige non c'è alcun obbligo di registrazione per i disabili psichici. Generalmente si ritiene che i disabili psichici ammontino allo 0,3%-0,6% della popolazione. Per l'Alto Adige ciò significa un numero compreso tra 1.350 e 2.700 persone, tenendo conto di tutti i gruppi di età (supponendo che ci sia una ripartizione omogenea dei disabili psichici tra tutti i gruppi di età, i disabili psichici di meno di 65 anni sarebbero 1.160-2.320). Queste stime sono in linea con gli studi del Prof. Innerhofer e del Dott. Klicpera, che indicano una percentuale dello 0,5% della popolazione.

Per avere un criterio di paragone, si può anche fare un calcolo alternativo: secondo le stime, l'1,5-3% della popolazione adulta in età lavorativa (20-55enni) soffre di un handicap tale da avere bisogno di sostegno. Se si rapporta questo valore globale anche alle persone affette da una malattia psichica cronica, si può ritenere affidabile, come limite inferiore, un valore dell'1,5% (un'occhiata al numero di Altoatesini adulti con un'invalidità superiore al 70% basta a confermare quest'ipotesi).⁷⁸ Con una popolazione complessiva di 234.113 abitanti (giorno di riferimento: 31.12.1997)⁷⁹ del relativo gruppo di età, ciò corrisponde a circa 3.500 persone.

Negli ultimi due decenni in alto Adige è stata creata un'ampia rete assistenziale per le persone in situazione di handicap. Questa rete, che ha raggiunto un alto livello, è tra le migliori in Europa. Un numero elevato di misure e strutture nel settore sanitario, della scuola, della formazione professionale e soprattutto sociale hanno permesso di assicurare un'ampia integrazione delle persone in situazione di handicap. I vasti studi scientifici dell'Università di Vienna dimostrano tuttavia che nel campo dell'assistenza alle persone in situazione di handicap si può fare ancora qualcosa.

Sostanzialmente, questi studi riportano che:

- esiste un forte squilibrio tra l'offerta assistenziale per le persone in situazione di handicap che vengono assistiti in modo pressoché ottimale nelle strutture e quelli che non hanno contatti con le strutture. Per questi ultimi mancano aiuti adeguati;
- i servizi per le persone in situazione di handicap si concentrano soprattutto sull'assistenza delle persone affette da handicap psichico; per le altre tipologie di handicap, in particolare per gli handicappati fisici gravi, ci sono pochissime offerte di assistenza;

⁷⁷ Bundesministerium für Familie und Senioren (ed.) (1993): Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, pp. 103-110. Stoccarda: Kohlhammer.

⁷⁸ Innerhofer, Paul & Christian Klipcera (1989): Situazione dei disabili in Alto Adige: alloggio e tempo libero, Provincia Autonoma di Bolzano (a cura di), p. 46, Bolzano.

⁷⁹ Istituto provinciale di statistica della Provincia Autonoma di Bolzano/Alto Adige. Annuario statistico della Provincia di Bolzano, Bolzano, ASTAT, 1998. p. 95.

- l'offerta di assistenza è dominata dalle forme residenziali di assistenza. Finora non c'è stato uno sviluppo sufficiente dell'assistenza non residenziale sul territorio. Anche questo è uno dei motivi che contribuiscono agli squilibri che si riscontrano nell'assistenza delle persone in situazione di handicap;
- tra i nuovi bisogni che si sono manifestati negli ultimi anni bisogna sottolineare soprattutto la maggiore richiesta di alloggi da parte delle persone in situazione di handicap.

Allo stato attuale delle conoscenze, le problematiche centrali degli adulti in situazione di handicap (psichico/fisico) interessano i seguenti settori:

- lavoro ed occupazione
- offerte abitative (e assistenziali) specializzate
- prestazioni non residenziali.

10.2.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno in base a parametri strutturali. Qui di seguito è presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza alle persone in situazione di handicap.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Servizi	Parametro Posti ogni 1000 abitanti	Situazione al 1998	Situazione a regime
Istituzioni per la promozione del lavoro			
Ambito lavorativo, centri diurni e Cooperative di lavoro	1,8	850	829
Strutture residenziali			
Convitti	0,8	343	371
Comunità alloggio	0,37	100	130
Comunità alloggio per persone in situazione di handicap fisico	di cui 0,04		di cui 20

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.2.4 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente**, **B = urgente**, **C = meno urgente**

Priorità	Misura
B	a) Maggiore integrazione delle persone in situazione di handicap nel mondo lavorativo
B	b) Eliminare le difficoltà di integrazione ed i pregiudizi nei confronti della problematica delle persone in situazione di handicap
B	c) Intensificare l'inserimento lavorativo
C	d) Adattamento concettuale dei laboratori per persone in situazione di handicap
A	e) Creare un'offerta di alloggi a più livelli per le persone in situazione di handicap
A	f) Rendere più utilizzabili i servizi domiciliari ed ambulatoriali per le persone in situazione di handicap
A	g) Creare un'offerta di residenzialità assistita per i portatori di gravi handicap fisici

a) Maggiore integrazione delle persone in situazione di handicap nel mondo lavorativo

Situazione iniziale: L'integrazione delle persone in situazione di handicap nelle aziende pubbliche e private è ancora insufficiente. Le aziende pubbliche non rispettano in misura sufficiente il proprio obbligo di assumere una determinata percentuale di lavoratori disabili. Inoltre, anche nelle imprese private si riscontra una regressione del tasso di occupazione dei lavoratori disabili.

Misure:

- Intensificazione del lavoro di sensibilizzazione per l'inserimento lavorativo. Riconoscimento del ruolo svolto da quelle imprese, pubbliche e private, che si adoperano particolarmente per l'impiego dei soggetti con leggeri handicap, servendo da esempio alle altre.
- Creazione di una vasta offerta di opportunità di formazione ed aggiornamento professionale per le persone in situazione di handicap.

Tempi:	Le misure per una maggiore integrazione devono essere attuate nell'arco del triennio 2000 – 2002.
Risorse	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizioni provinciali Servizio sociale e Lavoro, in collaborazione con le associazioni economiche e con gli enti locali.

b) Eliminare le difficoltà di integrazione ed i pregiudizi nei confronti della problematica delle persone in situazione di handicap

Situazione iniziale:	Nonostante si lavori ormai da decenni per l'integrazione delle persone in situazione di handicap, sussistono tuttora delle difficoltà di integrazione e talvolta addirittura dei pregiudizi sulla vita e la situazione lavorativa delle persone in situazione di handicap.
Misura:	Eliminare i pregiudizi e le difficoltà di integrazione tramite un lavoro mirato di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, anche in collaborazione con gli interessati (rapporti stampa, manifestazioni di informazione e di discussione, pieghevoli ecc.).
Tempi:	Intensificazione delle misure all'interno del programma triennale.
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale, in collaborazione con le comunità comprensoriali, i gruppi d'interesse e gli interessati.

c) Intensificazione dell'inserimento lavorativo

Situazione iniziale:	Le percentuali fissate dalla legge sull'obbligo di assunzione (legge statale n. 482/1968) in pratica sono ampiamente disattese. Le aziende private assumono troppo pochi disabili con un normale rapporto di lavoro. Mancano le norme relative alle tappe intermedie tra l'assunzione in prova ed il normale contratto di lavoro.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Il servizio di consulenza e di assistenza per l'inserimento lavorativo dell'Ufficio del lavoro deve essere ampliato, sia sotto il profilo del personale che dal punto di vista organizzativo. In futuro bisognerà prestare maggiore attenzione al passaggio, finora insoddisfacente, dai laboratori per persone in situazione di handicap al mercato del lavoro normale.• Bisogna sviluppare un ampio spettro di misure di inserimento tra il laboratorio protetto e il normale contratto di lavoro aziendale. L'obiettivo deve essere quello di fare sì che le persone in

situazione di handicap (che non hanno un contratto di lavoro normale) possano lavorare nelle imprese per periodi prolungati, anche con contratti speciali nell'ambito di progetti di pre-assunzione e di assistenza.

- Creazione di un collocamento speciale per disabili (e per altri lavoratori con difficoltà di collocamento) su scala provinciale, che possa offrire anche lavori limitati nel tempo.

Tempi: Realizzazione del progetto entro il 2001.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Lavoro, in collaborazione con le associazioni economiche e con i sindacati, con la Ripartizione provinciale Servizio sociale e con gli enti gestori dei servizi sociali

d) Adattamento concettuale dei laboratori per persone in situazione di handicap

Situazione iniziale: La tipologia delle persone che lavorano nei laboratori protetti negli ultimi anni è cambiata notevolmente. In seguito alle misure di incentivazione della presenza degli handicappati gravissimi nei laboratori ed il successo delle misure per l'inserimento delle persone in situazione di handicap nel mondo lavorativo, nei laboratori protetti si trova un numero sempre maggiore di persone con handicap gravissimi. Ciò ha comportato nuove esigenze per quanto concerne la progettazione e l'attrezzatura delle strutture.

Misura: Bisogna rivedere il concetto di laboratori. La nuova composizione del gruppo di assistiti richiede un abbandono graduale del concetto di centri di produzione ad orientamento economico, per passare a quello di posti di lavoro a lungo termine per le persone affette da handicap gravi. Le misure diurne di sostegno attualmente abbinata ai laboratori devono essere ampliate rispetto ai settori di produzione.

Tempi: Entro il 2002.

Risorse: Da applicare con le attuali risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con le comunità comprensoriali e con i rappresentanti delle istituzioni.

e) Creare un'offerta di alloggi a più livelli per persone in situazione di handicap

Situazione iniziale: Il numero di posti riservato alle persone in situazione di handicap nelle comunità alloggio non è sufficiente a coprire i bisogni. Le altre forme di residenzialità assistita sono sostanzialmente ancora sconosciute. L'indice di rotazione nelle comunità alloggio è estremamente basso.

Misure:	<ul style="list-style-type: none">• I gestori pubblici e privati, devono fare più offerte di residenzialità assistita. La Provincia incentiva le relative misure.• Sviluppo di un progetto di forme residenziali aperte per le persone in situazione di handicap.
Tempi:	Preparazione del progetto nel corso del 2000. Inizio dell'applicazione nel corso del triennio.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con l'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata, gli enti gestori territoriali, i gestori privati ed i potenziali investitori privati

f) Rendere più utilizzabili i servizi domiciliari ed ambulatoriali per le persone in situazione di handicap

Situazione iniziale:	I servizi non residenziali „aspecifici“ (p. es. servizio di assistenza domiciliare) attualmente assistono pochissime persone in situazione di handicap.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Verifica di tutti i servizi non residenziali alla luce del loro possibile utilizzo per l'assistenza alle persone in situazione di handicap.• Elaborazione di proposte per l'ampliamento dell'offerta o per integrare il concetto di servizi non residenziali• Ampliamento del settore d'intervento del servizio di assistenza domiciliare all'assistenza delle persone in situazione di handicap.• Creazione di un servizio di aiuto personale per le persone in situazione di handicap nei distretti.
Tempi:	Preparazione del progetto nel corso del 2000. Applicazione nel triennio.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i gestori territoriali e gli enti gestori privati.

g) Creare un'offerta di residenzialità assistita per i portatori di gravi handicap fisici

Situazione iniziale:	Finora non ci sono offerte residenziali specifiche per gli handicappati fisici gravi (tetraplegici, persone affette da distrofia muscolare, sclerosi multipla ecc.) che necessitano di un'assistenza costante.
----------------------	--

- Misura: Creazione di un servizio con offerte di residenzialità protetta per persone con gravi handicap fisici, secondo il principio dell'autoresponsabilità e dell'autorganizzazione.
- Tempi: Preparazione del progetto entro il 2000, applicazione non più tardi del 2001.
- Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.
- Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale, in collaborazione con i gestori territoriali del servizio sociale, i servizi sanitari, i gestori privati e gli interessati.

10.3 Bambini e giovani

10.3.1 Obiettivi

La convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia e divenuta valida con la legge n. 176 del 27 maggio 1991, fa parte dell'ordinamento giuridico italiano. In base ad essa l'intera società e tutti i suoi organi istituzionali sono tenuti a predisporre dei programmi per il miglioramento della qualità della vita dei bambini e degli adolescenti, di cui devono promuovere e tutelare i diritti. Questa convenzione non si limita a vietare i comportamenti illeciti, ma promuove anche le misure positive; non si limita ai bambini con particolari problematiche o patologie, ma prende in esame anche i bambini assolutamente normali, il cui sviluppo va sostenuto.

L'assistenza ai bambini ed ai giovani in Alto Adige è tenuta a perseguire i seguenti obiettivi:

- rispetto dei "Diritti internazionali del bambino" ai sensi della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo.
- In aggiunta alla sua funzione di *codice giuridico*, la convenzione deve essere intesa anche come *programma educativo*, non solo per i bambini, ma anche per la comunità degli adulti.
- Si deve prevenire l'insorgere di anomalie dello sviluppo ed aiutare in caso di problemi (*prevenzione*).
- *Tutelare i bambini dalla violenza*. Prevenire in loro l'attitudine alla violenza ed i comportamenti violenti.
- Prevenire i comportamenti socialmente devianti dei giovani e provvedere al reinserimento sociale dei giovani che hanno compiuto qualche reato (*reinserimento*).
- *Intervenire ed aiutare nelle situazioni di crisi*, tutelando i bambini ed i giovani interessati.
- Offrire *aiuto e misure di compensazione* più o meno transitorie per ovviare, nei limiti del possibile, a problemi che non possono essere eliminati.

10.3.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Nel 1998 i bambini e i giovani assistiti dal servizio sociale di base delle comunità comprensoriali sono stati 1.890 (a cui si aggiungono 183 bambini e giovani stranieri). Rispetto al 1994 si nota un aumento significativo. La fascia di età maggiormente assistita è stata quella dei ragazzi dai 6 ai 14 anni (il 47% degli assistiti del servizio sociale di base), seguiti dai bambini fino ai 5 anni (19%)⁸⁰. Prevalgono tra le ragioni dell'assistenza gravi problemi familiari. Per quanto concerne il background familiare, risalta l'appartenenza a nuclei monoparentali di un numero superiore alla media di bambini e ragazzi assistiti.

Nel 1998 i minori ospitati all'interno di convitti erano 367; di questi 226 erano ospiti a tempo pieno, mentre gli altri 141 erano ospitati solo a tempo parziale. Rispetto agli anni precedenti si nota un evidente aumento. Nel 1995 si avevano in totale 294 e nel 1998 418 sistemazioni in convitto. Il numero dei minori assistiti (588 casi, a cui si aggiungono 80 affidamenti agli ascendenti nel 1998) non è sostanzialmente aumentato negli ultimi anni. In questo gruppo prevale l'affidamento a tempo parziale. In totale le famiglie affidatarie sono 440, e nel 39,5% dei casi l'affidamento è in atto da meno di un anno.⁸¹

⁸⁰ Si veda la relazione sociale 1998, pp. 21, 22.

⁸¹ Si veda in merito la Relazione sociale 1998, p. 23.

Nella sistemazione di bambini problematici (al 31.12.1998 si sono assistiti in totale 184 bambini e ragazzi), si registra una certa specializzazione tra convitti e comunità alloggio. Nei convitti si assistono prevalentemente bambini (i tre quarti degli ospitati in convitti ha meno di 15 anni) mentre le comunità alloggio e le case famiglia si rivolgono a fasce d'età più ampie e anche a maggiorenni.⁸² Complessivamente, il periodo di permanenza di bambini e giovani nei convitti è più lungo.

Nel 1996 i minori denunciati in tutta la Provincia sono stati 350, con un leggero aumento rispetto al passato. Il fenomeno della criminalità giovanile in Alto Adige è abbastanza raro e non suscita particolari preoccupazioni. Gran parte delle denunce erano denunce per furto (116); non ci sono stati assassini compiuti da minori. Anche il numero di aggressioni a scopo di rapina è molto basso (2).⁸³

10.3.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno in base a parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza ai bambini e ai giovani.

Popolazione prevista per il 2000:	464.000 abitanti
Bambini da 0 a 2 anni di età:	15.212
Bambini da 0 a 18 anni di età:	98.256

Servizi	Situazione attuale Posti	Situazione a regime/posti
Settore residenziale in totale:	124	170
di cui		
Istituti assistenziali sociopedagogici	41	41
Comunità alloggio	53	73
Case famiglia	30	38
Residenze assistite	0	10
Struttura di prima accoglienza	0	8
Settore semiresidenziale	62	65
Consultorio adolescenziale	0 strutture	1 struttura

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

⁸² Si veda in merito la Relazione sociale 1998, p. 51.

⁸³ Fonte: Procura della Repubblica presso il Tribunale minorile - al momento della stesura definitiva del Piano non erano disponibili dati più aggiornati.

10.3.4 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente**

Priorità	Misura
B	a) Progetto pilota mediazione penale minorile
B	b) I comportamenti devianti legati alla dipendenza – Sensibilizzazione
B	c) Intensificare l'affidamento familiare
C	d) Assicurare una migliore assistenza dei minori stranieri abbandonati
A	e) Proteggere maggiormente i minori dalla violenza ed assicurare una migliore assistenza ai bambini ed ai giovani con esperienze di violenza
A	f) Intensificare la collaborazione con il servizio giovani
C	g) Intensificare l'informazione, la formazione e l'aggiornamento professionale degli insegnanti
A	h) Migliorare l'offerta per i bambini ed i giovani vittime di violenza sessuale
A	i) Progetto pilota consultorio adolescenziale per i giovani

a) Progetto pilota mediazione penale minorile

Situazione iniziale: L'attuale sistema del diritto penale minorile, che poggia sul principio della risarcimento/riabilitazione, non prevede la composizione del conflitto tra le parti (l'autore del danno e la parte lesa). Spesso la risposta che l'autorità giudiziaria dà al minore deviante non è adeguata ai suoi bisogni. Il/la minore si trova in una fase difficile del suo sviluppo, con una personalità non ancora strutturata; in molti casi, alla base del reato da lui compiuto c'è una richiesta di aiuto alla società.

Misure:

- Inizio di un tentativo di mediazione penale minorile, che contribuisca a comporre o almeno ad attenuare, tramite il risarcimento del danno e la conciliazione, il conflitto tra le parti. Tramite quest'azione si vorrebbe creare un rapporto positivo tra le parti; questo rapporto, portando al rispetto reciproco, permetterebbe di risocializzare il giovane entrato nel circuito penale.
- Formazione di mediatori qualificati per la composizione dei conflitti.

Tempi: due anni

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia (Servizio sociale del Tribunale minorile) e della sottocommissione tecnica minori.

b) Comportamenti devianti legati alla dipendenza – Sensibilizzazione

Situazione iniziale: Tra i giovani altoatesini il consumo di droghe non è particolarmente frequente; non altrettanto si può dire dell'abuso di alcool. Per questo motivo, bisogna elaborare misure di prevenzione dell'alcolismo e prevedere possibilità di guarigione e di disintossicazione.

Misure:

- Preparazione di una campagna di sensibilizzazione e maggiore attuazione di misure preventive in collaborazione con i settori della scuola, del lavoro e del tempo libero
- Elaborazione di misure di prevenzione
- Elaborazione di possibilità di disintossicazione dall'alcool
- Verifica delle possibilità di un maggiore impiego di forme residenziali assistite per i giovani

Tempi: due anni

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con l'Ufficio igiene pubblica, l'Ufficio del Lavoro, il servizio giovani e il settore dell'istruzione.

c) Intensificare l'affidamento familiare

Situazione iniziale: L'offerta di genitori affidatari in Alto Adige è ampia, ma potrebbe essere ancora maggiore. Ciò nonostante, spesso capita che i genitori affidatari non siano sufficientemente formati e che non abbiano una preparazione specifica per tutti i problemi che dovranno affrontare, facendosi carico di un minore „difficile“ o di un bambino straniero.

Misure: Campagne di sensibilizzazione, prendendo esempio da quella della comunità comprensoriale di Bolzano, offerte di formazione e misure di sostegno per i genitori affidatari, anche in vista della presa in carico di bambini stranieri.

Tempi: periodo di durata del piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali e Ripartizione provinciale Servizio sociale (solo per la formazione)

d) Assicurare una migliore assistenza dei minori stranieri abbandonati

Situazione iniziale:	Il problema degli immigrati minorenni, che risultano in stato di abbandono a livello provinciale, si è aggravato notevolmente negli ultimi anni. Secondo il disposto della legge, questo problema è di competenza del servizio sociale.
Misure:	Elaborazione di una strategia operativa, con la quale si incaricherebbero tutti gli enti competenti di creare possibilità di alloggio limitate nel tempo, fino a quando non sarà possibile trovare una soluzione definitiva (rimpatrio o protrarsi dell'assistenza a livello provinciale)
Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Questura (Ufficio immigrazione ed Ufficio minori), Tribunale per i minorenni ed enti privati per la predisposizione di possibilità di alloggio.

e) Proteggere maggiormente i minori dalla violenza ed assicurare una migliore assistenza ai bambini ed ai giovani vittime di violenza

Situazione iniziale:	Nell'immaginario collettivo l'espressione „violenza sui minori“ fa riferimento quasi esclusivamente alla violenza fisica ed all'abuso sessuale all'interno della famiglia. Questa visione parziale e distorta danneggia notevolmente gli interessati. Le violenze vengono minimizzate e non si attuano contromisure. Spesso il bambino viene anche strumentalizzato dal sensazionalismo dei media, subendo così un'ulteriore violenza. La violenza fisica e quella sessuale non sono però le sole forme di violenza di cui soffrono i bambini, e nemmeno le più frequenti. La violenza fisica caratterizza solo il 30% dei casi segnalati, mentre la violenza sessuale ammonta ad un po' meno del 10% dei casi. L'altro 60% riguarda la cosiddetta violenza psichica e casi di minori trascurati, che nei casi più gravi possono andare fino alla totale solitudine ed all'abbandono.
Misure:	<p>In Italia attualmente ci sono pochissime misure che tutelino efficacemente i bambini dall'esercizio della violenza nei loro confronti.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un'importante strategia di lotta contro la violenza sui bambini consiste nella creazione delle premesse giuridiche per intervenire efficacemente a livello normativo ed amministrativo.

- Un sostegno importante viene anche dalla corretta informazione e dalla sensibilizzazione dell'opinione pubblica.
- E' importante soprattutto la formazione specifica di tutti coloro che lavorano in questo settore (basti pensare agli insegnanti, che devono essere messi in condizione di riconoscere i sintomi della violenza, oppure ai medici e a tutti coloro che sono impiegati nel settore sanitario).

Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale. in collaborazione con le Intendenze scolastiche e l'Ufficio per la formazione del personale sanitario

f) Intensificare la collaborazione con il servizio giovani

Situazione iniziale:	Allo stato attuale delle cose sembra difficile che le associazioni possano avere a che fare con giovani problematici: di solito i giovani problematici non rimangono a lungo nelle associazioni, perché il manifestarsi delle loro difficoltà ne provoca l'esclusione o li induce ad autoescludersi. Si dovrebbero appoggiare nel loro lavoro i centri giovanili altoatesini, ben attrezzati, in modo che diventino più di prima dei punti di riferimento per i giovani dal background sociale difficile. I centri giovanili, ovvero chi vi opera, devono essere sensibilizzati in modo da divenire delle vere e proprie risorse per i giovani con problemi e non solo luoghi per i bambini e gli adolescenti adattati.
Misura:	Intensificazione della collaborazione tra l'Ufficio famiglia, donna e gioventù e gli Uffici del servizio giovani, in modo da creare la possibilità di accogliere nei centri giovanili anche quei giovani che presentano anomalie del comportamento e difficoltà relazionali.
Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione gli uffici del servizio giovani.

g) Intensificare l'informazione, la formazione e l'aggiornamento professionale degli insegnanti

Situazione iniziale:	E' assolutamente necessario creare nuove e migliori possibilità di comprensione tra adulti, bambini e giovani. A tutti i livelli, bisogna mettere l'accento sulla pedagogia, in particolare con quei gruppi professionali che per professione hanno a che fare con la gioventù. Le conoscenze pedagogiche e le capacità empatiche devono essere una premessa indispensabile per tutti coloro che lavorano nel campo dei minori. Purtroppo, ciò si verifica solo in parte. Per gli educatori che lavorano nel servizio sociale ed educativo al di fuori della scuola e per insegnanti di scuola elementare queste conoscenze e competenze sono previste nella formazione e anche (più o meno) presenti. Per insegnanti di scuola media superiore, che si occupano di giovani dagli 11 ai 18 anni, queste competenze non fanno parte dei contenuti della formazione e non sono considerate presupposti fondamentali.
Misura:	Formazione ed aggiornamento professionale a carattere pedagogico e psicologico per insegnanti delle scuole superiori
Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con le Intendenze scolastiche in lingua tedesca, italiana e ladina

h) Migliorare l'offerta per i bambini ed i giovani vittime di violenza sessuale

Situazione iniziale:	L'offerta di istituzioni in grado di accogliere i bambini ed i giovani che si trovano in situazioni particolarmente difficili è ancora insufficiente. Mancano innanzitutto istituzioni per giovani di 15-18 anni con carenze sociali e anomalie comportamentali, per i quali non è opportuno restare in famiglia. Anche i bambini che sono vittime di violenza sessuale e che devono essere allontanati dalla famiglia hanno bisogno di un posto che dia loro sicurezza e permetta loro di elaborare esperienze così traumatiche. Tutti questi compiti devono essere svolti da educatori appositamente formati e preparati.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Creazione di nuove strutture per i bambini con difficoltà sociali e vittime di violenza sessuale. Bisogna verificare l'idoneità delle strutture ed istituzioni già esistenti ad accogliere questi servizi. Nel quadro della sistemazione in convitti si dovrà fare in modo che nella stessa istituzione non siano ospitati troppi bambini e giovani con gravi problemi.• Corsi di formazione e di specializzazione per educatori che operano in convitti, in collaborazione tra centri formativi e convitti, aggiornamento professionale in itinere.• Migliore collegamento tra i convitti e le istituzioni psichiatriche per bambini e giovani.

Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i gestori territoriali ed i responsabili delle strutture e dei centri formativi.

i) Progetto pilota consultorio adolescenziale

Situazione iniziale:	Diversi settori dell'assistenza ai giovani (p. es. il Telefono Giovani) hanno evidenziato negli ultimi anni l'esistenza, nei giovani, di un forte bisogno di consulenza. Per soddisfare questo bisogno bisogna sperimentare forme di sostegno nuove ed innovative, in grado di prevenire l'insorgere di problemi.
Misura:	Preparazione di un progetto e realizzazione di un progetto pilota per un servizio consultoriale per i giovani a Bolzano.
Tempi:	Realizzazione del progetto pilota nel corso del 2000.
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con l'azienda per i servizi sociali di Bolzano.

10.4 Famiglie

10.4.1 Obiettivi

Con l'emanazione del Piano sociale, la politica per le famiglie in Alto Adige è tenuta a perseguire i seguenti obiettivi⁸⁴:

- La pianificazione si ispira al principio secondo cui la prevenzione e la capacità di evitare l'insorgere di problemi familiari sono sempre prioritarie, rispetto agli interventi in caso di crisi. La politica a sostegno delle famiglie deve fare in modo di creare strutture che evitino alle famiglie di scivolare in situazioni di crisi. Essa si rivolge per principio a tutte le famiglie, senza limitarsi a quelle patologiche o problematiche (*prevenzione*).
- Una forma efficace di prevenzione consiste nell'individuazione precoce dei potenziali di rischio (i potenziali conflitti coniugali dovuti all'evolversi della concezione dei ruoli e dei comportamenti, al lavoro femminile, alla diversa distribuzione dell'autorità, alla disoccupazione o ad altre difficoltà finanziarie, ai cambiamenti economici nell'agricoltura e nel turismo, ai rischi sanitari, alla problematica della tossicodipendenza ecc.), con l'obiettivo di minimizzarli il più possibile o di renderli meno acuti (*minimizzazione dei rischi*).
- L'obiettivo prioritario è quello di potenziare le capacità di auto-aiuto all'interno della famiglia, tramite le opportune misure di sostegno dall'esterno, come trasmissione di informazioni, consulenza, sostegno nelle situazioni di crisi, allenamento a comportamenti che portino a una soluzione competente e fattiva dei problemi (*promozione delle competenze*).
- Se nonostante tutto non si riescono ad evitare le situazioni di crisi acuta, bisogna garantire un intervento puntuale ed efficace, in modo da proteggere le vittime della situazione (i bambini, ma anche altri membri della famiglia: donne, persone anziane, persone bisognose di cura o di aiuto) (*puntualità ed efficacia dell'intervento*).
- Non tutti i problemi familiari possono essere eliminati in modo duraturo. Bisogna fare in modo che i bisogni degli interessati siano coperti da misure sostitutive di compensazione (*compensazione*).
- Per essere tutelata e protetta dalle crisi esistenziali, la famiglia deve essere messa in condizione di adattarsi in modo flessibile all'evoluzione dei rapporti e dei valori all'interno della società. L'incaponirsi dei politici su modelli di famiglia rigidi ed immutati (come p. es. la coppia o la famiglia tradizionali) danneggia, anziché facilitare, la sopravvivenza della famiglia come pietra angolare irrinunciabile della società (*adeguamento flessibile dei modelli familiari*).

⁸⁴ Gli obiettivi formulati poggiano, tra l'altro, su un brano del programma di coalizione dell'XII legislatura, sottoscritto il 27 gennaio 1999 e dedicato alla famiglia: „In senso generale va accentuata e sostenuta la solidarietà fra le generazioni. Deve crescere il valore attribuito alla famiglia, e va riconosciuto il lavoro prezioso per individuare la ragione della diminuzione delle nascite. Per queste ragioni vanno ricompensati educazione ed assistenza, va favorita la disponibilità di case adeguate, vanno introdotti orari di lavoro favorevoli alle famiglie, va offerto aiuto a chi vuole aiutare se stesso, vanno sostenute le famiglie in condizioni difficili e genitori singoli, vanno introdotte tariffe favorevoli alle famiglie. Il lavoro per l'infanzia e la gioventù costruisce innumerevoli sentieri e ponti di inestimabile importanza per l'Alto Adige.“)

10.4.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Come si è già avuto modo di dire all'inizio della sezione „Misure per i diversi gruppi“, i diversi gruppi di riferimento sono stati costituiti in base a criteri pragmatici; in altri termini, essi rappresentano segmenti specifici della popolazione, in cui si riscontrano tipicamente determinate problematiche o caratteristiche comuni. Ne consegue che i gruppi di riferimento non corrispondono necessariamente di per sé a gruppi omogenei. Ciò è particolarmente evidente per il gruppo di riferimento della „famiglia“. Sostanzialmente, la „politica di aiuto alle famiglie“ non si rivolge ad un gruppo di riferimento chiaramente delimitabile con tutte le sue esigenze, quanto a determinate problematiche che si riscontrano tipicamente all'interno delle famiglie: si tratta dei problemi della convivenza e della risoluzione dei conflitti all'interno delle famiglie, dei problemi dell'educazione dei figli, della sorveglianza e della cura dei bambini. Rientrano in questo gruppo di riferimento anche i bambini che non crescono in famiglia, ma che passano periodi più o meno lunghi nelle strutture pubbliche.

Ogni riflessione sull'assistenza alla famiglia deve partire dal presupposto che le forme familiari e il significato della famiglia come istanza di socializzazione della comunità sono fortemente mutati negli ultimi 20-30 anni. Anche se non ci si basa, come modello di “famiglia normale”, sull'immagine ideale, mitizzata e storicamente confutata della famiglia allargata e plurigenerazionale, i dati socio demografici mostrano come i nuclei familiari in generale si siano chiaramente ridotti e come sia diminuita la coesione sociale. Questo non traspare solo dal numero sempre crescente di divorzi e di genitori singoli, ma anche dalla maggiore distanza tra figli e genitori, che deriva da una realtà lavorativa in cambiamento e da una mobilità (geografica e sociale) fortemente aumentata. Anche la mutata concezione del ruolo femminile influenza in larga misura la famiglia. Oggi le donne svolgono sempre più professioni qualificate e sono dunque maggiormente indipendenti dal punto di vista economico. Hanno aspettative diverse nei confronti della suddivisione dei lavori domestici e in relazione all'assunzione di responsabilità per l'educazione dei figli in comune. Ne risultano potenziali conflitti perché gran parte dei partner maschili accetta ancora questa parità di ruoli in senso piuttosto teorico o non l'accetta affatto. L'attività professionale extra domestica di entrambi i genitori pone l'organizzazione della vita familiare di fronte a nuove sfide. Anche il rapporto fra genitori e figli si è trasformato, nel senso di una maggiore emancipazione dei figli. Il conseguente indebolimento della capacità educativa dei genitori produce non di rado insicurezze e un senso di impotenza, che talvolta possono essere considerati tra le cause di potenziali violenze all'interno della famiglia. Il significato delle strutture pubbliche come gli asili, la scuola ecc. in quanto istanze di socializzazione, è aumentato in modo evidente. A ciò si aggiunge la crescente importanza del gruppo dei coetanei e dei media quali istanze di socializzazione.

I mutamenti descritti comportano per l'assistenza alla famiglia la necessità che le misure di sostegno tengano adeguatamente conto delle nuove realtà consentendo alle famiglie di mantenere il loro ruolo centrale come istanza di socializzazione. Concretamente, questo significa rafforzare ed elaborare i potenziali che già esistono senza però oberare le famiglie.

La struttura delle famiglie altoatesine presenta alcune peculiarità, qui descritte in modo sintetico:⁸⁵ rispetto al resto dell'Italia, l'Alto Adige ha una popolazione ancora relativamente giovane (il 62% degli Altoatesini hanno un'età compresa tra 0 e 44 anni).⁸⁶ Il saldo naturale è in attivo, sebbene il tasso di natalità sia tendenzialmente in regresso (attualmente è dell'11,9 per mille),⁸⁷ pari ad 1,2 figli per donna⁸⁸. Il numero di anziani, invece, è in aumento anche in Alto Adige. Il tasso di nuzialità altoatesino, pari al 4,5 per mille, è addirittura al di sotto della

⁸⁵ I dati di questa sezione seguono sostanzialmente la Relazione sociale 1998 dell'Assessorato alla sanità ed al servizio sociale e gli Annuari statistici della Provincia di Bolzano (ASTAT) o dell'Italia (ISTAT)

⁸⁶ ASTAT 1998, p.95

⁸⁷ cfr. Relazione sociale 1996/97, p. 13

⁸⁸ Cfr. Relazione sociale 1996/07, p. 27

media nazionale, mentre negli anni scorsi era in testa alla classifica regionale. Come nel resto del Paese, il numero di separazioni e di divorzi è in forte aumento.

Le dimensioni e la composizione delle famiglie sono molto diverse da una località all'altra. Soprattutto a Bolzano, ma anche a Merano, le famiglie sono quasi sempre piccole, con pochi figli o addirittura con un solo figlio; oppure, si tratta di nuclei con un solo componente o di famiglie con persone anziane. Nelle zone rurali ci sono ancora famiglie relativamente numerose. Anche nei Comuni più piccoli, comunque, la tendenza è verso famiglie meno numerose. Nel 1998, la famiglia media altoatesina era composta da 2,7 membri, che scendevano a 2,3 a Bolzano ed addirittura a 2,2 a Merano (nel 1986, nei centri fino a 5.000 abitanti, ogni famiglia era formata in media da 3,4 persone⁸⁹). Nei centri fino a 5.000 abitanti nel 1998 circa il 24% delle famiglie erano formate da un'unica persona, mentre le famiglie di sei persone erano appena il 4,1% delle famiglie. A Merano le percentuali sono rispettivamente del 40,3 % e dello 0,7%, a Bolzano del 35,2% e dello 0,7%⁹⁰. Nel 1998, nei centri fino a 5.000 abitanti c'erano dei bambini in circa il 61% delle famiglie; a Bolzano questa percentuale scende al 44,5%, ed a Merano addirittura al 41,1%⁹¹.

L'evoluzione delle strutture familiari in Alto Adige è quindi caratterizzata da tendenze molto diverse. Il Piano sociale ha quindi un compito difficile, essendo chiamato a tenere conto di bisogni eterogenei. Soprattutto per quanto riguarda la messa a disposizione di possibilità di assistenza per i bambini nelle strutture pubbliche, non si può partire dal presupposto di un bisogno unitario o di un bisogno medio.

Una particolarità degna di nota è il numero di bambini nati fuori del matrimonio, che è superiore alla media. Dei 5.319 bambini nati vivi in Alto Adige nel 1998, 1.311 (il 24,6%) erano nati fuori del matrimonio. A titolo di paragone, la percentuale italiana è del 10% circa⁹². Questi numeri non ci permettono di per sé di trarre alcuna conclusione sulla prosecuzione del rapporto tra i genitori dei bambini nati fuori dal matrimonio; essi evidenziano peraltro un bisogno elevato di possibilità di assistenza extra familiare e/o di tipo pubblico alla gioventù. Negli ultimi anni ci sono stati vari sforzi a livello comunale e politico per coprire questo bisogno chiaramente esistente. Nella sezione „Misure“ si daranno ulteriori ragguagli sul fabbisogno e sulle necessità in questo campo.

⁸⁹ ASTAT 1998, p.102 ed ASTAT 1987, p. 102

⁹⁰ Elaborazioni ASTAT 1999

⁹¹ Elaborazioni ASTAT 1999

⁹² Elaborazioni ASTAT 1999

10.4.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno in base a parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza alla famiglia.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Servizi	Parametro strutturale	Situazione attuale	Situazione a regime
Casa delle donne	0,62 posti ogni 10.000 abitanti	3 strutture con 22 posti	4 strutture con 28 posti
Ufficio di contatto/casa delle donne	2 uffici di contatto	3 uffici di contatto	4 uffici di contatto
Asili nido	3% dei posti per bambini da 0 a 2 anni	480	590
Consulenza alla famiglia	Almeno 1 unità ogni 30.000 abitanti	15	16
Centri per genitori e figli	1 per distretto o quartiere	9	25
Il servizio degli/le assistenti domiciliari all'infanzia deve essere ulteriormente migliorato e sviluppato	-	-	-

Calcoli: Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.4.4 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente**, **B = urgente**, **C = meno urgente**

Priorità	Misura
A	a) Consulenza/ Sostegno alla famiglia
C	b) Mediazione/ Attenuazione delle conseguenze delle separazioni
A	c) Elaborazione di linee guida e di criteri di valutazione per i consultori familiari
A	d) Ampliare le offerte di assistenza ai bambini
B	e) Sostenere maggiormente le famiglie monoparentali
A	f) Aiuto alle donne che vivono situazioni di violenza
A	g) Miglioramento della tutela finanziaria delle donne dopo una separazione

a) Consulenza/ Sostegno alla famiglia

Situazione iniziale:	I ritmi di vita della famiglia odierna espongono tutti i membri ad una forte pressione, che si ripercuote negativamente sul rapporto di coppia e sul rapporto fra genitori e figli. Diventa sempre più importante coinvolgere e sostenere la famiglia, in modo da aiutarla a costruire relazioni familiari e genitoriali migliori.
Misura:	Creazione di un servizio a livello distrettuale con il compito di sostenere le famiglie e di prevenire le difficoltà familiari, con particolare riferimento al rapporto fra genitori e figli ed ai problemi di coppia. Bisogna chiedersi come si possa rispondere in modo adeguato a questi bisogni: <ul style="list-style-type: none">• tramite i consultori familiari, che in tal caso dovrebbero darsi un orientamento sociopedagogico per la famiglia,• oppure attraverso la creazione di un nuovo servizio ispirato p. es. ai "Centri per le famiglie" dell'Emilia-Romagna, creati tra l'altro per dare genitori la possibilità di affrontare i problemi coniugali e comunque i problemi della vita quotidiana.
Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali.

b) Mediazione / Attenuazione delle conseguenze delle separazioni

Situazione iniziale:	Anche in Alto Adige aumenta il numero delle separazioni. A soffrirne sono sempre i bambini. Finora, oltre alla procedura giudiziale, ci sono ben poche possibilità di agire sulle parti in modo da gestire il conflitto, attenuando le conseguenze per i bambini.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Creazione di possibilità di aiutare, tramite la mediazione, i matrimoni e le coppie in crisi.• Sarebbe inoltre auspicabile la creazione di una sezione specializzata per la famiglia presso il Tribunale civile.
Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i consultori familiari ed i gestori privati.

c) Elaborazione di linee guida e di criteri di valutazione per i consultori familiari

Situazione iniziale In questo momento, le comunità comprensoriali hanno delle difficoltà ad elaborare un catalogo dei compiti ed i criteri di valutazione per i consultori familiari, passati sotto la loro gestione. Ciò è dovuto al fatto che finora i compiti dei servizi consultoriali non sono stati formulati con sufficiente chiarezza; inoltre, le prestazioni offerte si trovano ai margini fra il settore sociale e quello sanitario.

Misure:

- Elaborazione di linee guida organizzative e contenutistiche per i consultori familiari, con l'obiettivo di promuovere ed ampliare ulteriormente questo settore in futuro (documento programmatico che definisce gli obiettivi primari dei consultori familiari). In base a questi obiettivi, i consultori familiari elaborano il loro programma annuale, di concerto con le comunità comprensoriali e tenendo conto delle specificità locali.
- Elaborazione di criteri di valutazione per i consultori familiari.
- Elaborazione di standards qualitativi per il personale adibito alla consulenza, in base alla sua effettiva qualificazione.
- Preparazione e conclusione di accordi tra i consultori familiari, i gestori territoriali del servizio sociale e le Aziende sanitarie locali, per il finanziamento dei diversi programmi di attività.

Tempi: entro il 2000

Risorse: Da applicare con le attuali risorse

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità (Ufficio 23.2), i consultori familiari, le Aziende sanitarie locali e la Sezione famiglia della Consulta provinciale.

d) Ampliare le offerte di assistenza ai bambini

Situazione iniziale: L'offerta di strutture per i bambini è insufficiente e non copre i bisogni. Inoltre, le famiglie hanno diverse aspettative su come vanno seguiti i figli.

Misura: L'offerta attuale prevede asili nido pubblici (attualmente 9 asili nido comunali, di cui 6 nella sola Bolzano), gli assistenti domiciliari all'infanzia (le „Tagesmütter“), le babysitter private, i centri per genitori e bambini e gli asili nido privati. Queste offerte devono essere messe a disposizione di tutti i richiedenti, nei limiti del possibile, in modo che i genitori possano scegliere la tipologia di assistenza che meglio risponde alle loro aspettative. I costi a carico dei genitori devono essere grosso modo gli stessi per ogni opzione, in modo che ci sia un'effettiva possibilità di scelta.

- Bisogna verificare se la possibilità di scegliere tra diverse forme di assistenza debba essere garantita attraverso un assegno di cura, un'indennità concessa alle famiglie fino al terzo anno di vita di ciascun bambino. Ciò garantirebbe alle famiglie la possibilità di scegliere il servizio per la cura del bambino.
- Per poter prendere in esame questa possibilità, è necessario calcolare l'onere finanziario per l'ente pubblico. Si possono ipotizzare due varianti: concedere l'indennità a tutte le famiglie, indipendentemente dal reddito, o concedere l'indennità solo alle famiglie bisognose.

Tempi:	periodo di durata del piano
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i gestori territoriali.

e) Sostenere maggiormente le famiglie monoparentali

Situazione iniziale:	Le famiglie in cui uno solo dei genitori alleva uno o più bambini sono sempre più frequenti. Queste famiglie spesso hanno problemi di alloggio e di lavoro, ma anche delle difficoltà all'atto di rivolgersi ai servizi.
Misura:	Prevedere delle facilitazioni nel campo dell'edilizia agevolata, dell'accesso al mercato del lavoro, dell'accesso ai servizi, soprattutto ai servizi per i bambini.
Tempi:	fino alla fine del 2001
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale edilizia abitativa e la Ripartizione provinciale Lavoro

f) Aiuto alle donne che vivono situazioni di violenza

Situazione iniziale:	In caso di violenza le donne spesso si trovano costrette ad abbandonare la loro casa, quasi sempre insieme ai figli. Dopo un soggiorno provvisorio in una struttura di accoglienza, queste donne, che devono crearsi le premesse per una nuova vita autonoma ed indipendente, si trovano ad affrontare una serie di problemi, come la ricerca di un lavoro e di un alloggio. Spesso, trovandosi in ristrettezze finanziarie, la loro posizione sul mercato degli alloggi è difficile.
----------------------	---

Misura:	Le donne che si trovano in una situazione di emergenza ai sensi delle leggi provinciali n. 6/1976 e n. 10/1989 e che si trovano costrette a creare le premesse per una nuova vita autonoma, devono essere fatte rientrare nelle categorie sociali speciali, ai sensi dell'art. 4 della legge provinciale n. 15 del 20/08/1972, e successive modifiche, in modo da beneficiare dell'assegnazione degli alloggi in locazione dell'IPES.
Tempi:	fino alla fine del 2000
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione provinciale Edilizia abitativa.

g) Miglioramento della tutela finanziaria delle donne dopo una separazione

Situazione iniziale:	Le donne, dopo una separazione, sono spesso costrette a rivolgersi all'assistenza economica sociale per ricevere il minimo vitale, dato che spesso si trovano in gravi difficoltà economiche. Paradossalmente, però, dopo le separazioni si prende come base di reddito l'intero patrimonio familiare, e quindi anche il reddito del marito, cui di solito la donna non ha più alcun accesso. Di conseguenza, queste donne non possono ricevere il minimo vitale fino a che il Tribunale non ha dichiarato formalmente la separazione.
Misura:	Revisione dei criteri per l'assegnazione dell'assistenza economica sociale in questi particolari casi, in modo che le donne interessate possano ricevere, almeno provvisoriamente, un aiuto finanziario.
Tempi:	entro il 2001
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale

10.5 Adulti entrati nel circuito penale

10.5.1 Obiettivi

- Nell'ottica di un *orientamento preventivo* dell'assistenza sociale, i gestori dei servizi sociali a tutti i livelli devono fare in modo di individuare ed eliminare o attenuare, tramite misure opportune e nei limiti del possibile, quelle condizioni dell'ambiente sociale di una persona che favoriscono il manifestarsi di comportamenti devianti. Questo compito non è solo di competenza della politica sociale, ma richiede la collaborazione di tutti i settori della politica.
- Le persone che si sono trovate in conflitto con la legge devono essere indotte, nei limiti del possibile, ad evitare ulteriori violazioni della legge, tramite le *opportune misure di assistenza sociale*. Vale il principio secondo cui non ci si può limitare a punire gli illeciti; bisogna anche individuarne le cause e lottare contro di essi.
- Tramite opportune misure sociali, bisogna facilitare il *reinserimento nella società* e nella vita lavorativa delle persone che hanno già dovuto scontare una pena detentiva per avere violato la legge. Lo scopo è anche quello di evitare che, trovandosi emarginate, queste persone siano indotte a compiere altri crimini. Vale il principio secondo cui chiunque abbia violato la legge deve avere reali possibilità, una volta scontata la sua pena, di essere reintegrato nella società.⁹³

10.5.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno in base a parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza agli adulti entrati nel circuito penale.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Servizio	Parametro strutturale	Situazione attuale	Situazione a regime
Strutture residenziali	30 posti in totale	0	30

⁹³ I dati disponibili non hanno consentito di procedere ad una precisa descrizione del gruppo di riferimento.

10.5.3 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente**

Priorità	Misura
B	a) Ricerca sulla criminalità in Alto Adige
B	b) Migliorare il coordinamento dei gestori interessati
A	c) Centri di accoglienza per persone entrate nel circuito penale ed ex detenuti

a) Ricerca sulla criminalità in Alto Adige

Situazione iniziale: Le leggi in vigore assegnano alla Provincia ed agli enti locali compiti in materia di prevenzione ed eliminazione delle cause della devianza sociale, nonché in fatto di risocializzazione e reintegrazione degli ex detenuti. La programmazione ed il coordinamento delle misure necessarie richiede però una conoscenza precisa delle forme in cui si manifesta la devianza e del gruppo di riferimento degli adulti che hanno commesso reati. In Alto Adige, tuttavia, questo fenomeno non è stato sufficientemente studiato, né sotto l'aspetto quantitativo né sotto quello qualitativo.

Misura: E' necessario procedere ad uno studio della criminalità e dei comportamenti devianti in Alto Adige. Questo studio dovrà rilevare la quantità e la tipologia dei comportamenti criminali, ma anche le cause sociali che portano alla comparsa di comportamenti devianti. Nella preparazione dello studio bisogna prendere in esame gli opportuni collegamenti con un analogo studio dedicato ai minori.

Tempi: entro il 2002

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale

b) Migliorare il coordinamento dei gestori interessati

Situazione iniziale:	Lo Stato, gli enti locali ed i gestori privati devono collaborare strettamente per la realizzazione delle misure nel campo della detenzione, della risocializzazione e del reinserimento. Esiste infatti il rischio che, per la pluralità di amministrazioni, alcuni settori siano fin troppo coperti, altri fin troppo poco, a causa della mancanza di coordinamento e di armonizzazione delle singole risorse.
Misura:	Promuovere le iniziative che prevedono la formazione e l'aggiornamento, ma anche lo scambio continuo di informazioni tra gli operatori adibiti all'attuazione delle misure per adulti entrati nel circuito penale.
Tempi:	entro il 2000
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Stato ed enti locali per le rispettive competenze, che devono essere integrate e coordinate.

c) Centri di accoglienza per adulti entrati nel circuito penale ed ex detenuti

Situazione iniziale:	In Alto Adige mancano le istituzioni in grado di accogliere le persone che sono entrate in conflitto con la legge e che quindi si sono trovate in particolari situazioni di bisogno e di difficoltà: <ul style="list-style-type: none">• Gli ex detenuti che escono di prigione senza disporre di un proprio appartamento e senza essere riaccolti in famiglia sono fortemente esposti al pericolo di recidive.• Attualmente, i detenuti possono godere dei permessi o delle misure alternative solo se dispongono di un appartamento o se la famiglia è disposta ad accoglierli.
Misura:	Cooperazione con le organizzazioni private per la progettazione e la realizzazione dei centri di accoglienza. In questi centri, tramite misure di coordinamento e gli opportuni protocolli d'intesa, bisogna prevedere una rete di servizi assolutamente irrinunciabili per sostenere le persone entrate nel circuito penale nella pianificazione della loro vita futura.
Tempi:	entro il 2000
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse
Competenze:	Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali

10.6 I malati psichici

10.6.1 Obiettivi

Sulla base delle leggi e dei programmi statali e delle diverse linee guida generali e programmi operativi della Provincia, delle Aziende sanitarie locali, dei Comuni e delle comunità comprensoriali, l'assistenza ai malati psichici persegue i seguenti obiettivi:

- l'assistenza ai malati psichici non deve più essere orientata al controllo sociale ed all'emarginazione dalla società, ma al trattamento, che deve essere il migliore possibile, alla *riabilitazione ed all'inserimento sociale*.
- Sviluppo quantitativo e qualitativo dei servizi e delle istituzioni nel campo della *prevenzione*, della *diagnosi*, del *trattamento* e della *riabilitazione* delle malattie psichiche; inoltre, in prossimità dei Comuni, realizzazione di *possibilità di terapia a medio e a lungo termine* che proteggano e rispettino effettivamente i diritti fondamentali del malato e dei suoi familiari.
- Creazione delle premesse necessarie perché, in tutto il territorio della Provincia, si possa ricorrere all'intera offerta di assistenza psichiatrica, residenziale, semiresidenziale e non residenziale, ma anche nel settore della casa e del lavoro (*offerta differenziata*).
- Sostenere il più possibile la permanenza o il *reinserimento* dei malati psichici nel loro ambiente familiare, sociale e professionale.
- Se il paziente e i suoi familiari lo desiderano, *rientro* in Alto Adige *dei pazienti* attualmente ricoverati in istituti psichiatrici al di fuori della Provincia.
- Accompagnamento e sostegno delle famiglie e delle altre comunità che vivono con le persone colpite da malattia psichica (*sostegno dell'ambiente sociale*).
- *Prevenzione attiva* dei disturbi psichiatrici tramite l'incentivazione delle misure di prevenzione e di educazione sanitaria a tutela dell'igiene mentale.
- Attivazione ed *incentivazione dell'attività delle organizzazioni di volontariato* e delle iniziative di auto-aiuto degli interessati e dei loro familiari.
- Maggiore *informazione della popolazione* sui servizi nel campo dell'igiene mentale, sulle loro modalità di funzionamento, sulle possibilità di ricorrere a tali servizi e sulle altre offerte disponibili.
- Promozione e *sostegno delle iniziative culturali* che mirano a modificare l'immagine tradizionale delle malattie mentali, ma anche ad evitare il rifiuto e l'emarginazione sociale.

10.6.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

I profani hanno in parte un'immagine poco chiara e spesso addirittura errata del fenomeno delle malattie psichiche o psichiatriche. Ciò vale tanto per quanto riguarda le forme in cui si manifestano queste malattie che per la loro diffusione. Anche tra gli specialisti, tuttavia, si rileva che è difficile trovare dati esatti sul numero di malati psichici; ciò è dovuto alla mancanza di un concetto di malattia unitario ed alle difficoltà che si hanno nell'identificare i casi, ma anche ai limiti poco definiti ed in costante evoluzione tra normalità e devianza. Un dato relativamente certo dovrebbe essere che almeno un quarto della popolazione ha sofferto, almeno una volta nella vita, o soffre attualmente di una patologia psichica.⁹⁴

Il 20% circa dei pazienti altoatesini che nell'arco di un anno si rivolgono ad un medico di base (circa $\frac{3}{4}$ della popolazione), lo fa a causa di sintomi psichiatrici. I dati epidemiologici di altri paesi portano a risultati analoghi. Stando ad uno studio effettuato in Germania, ogni anno l'1,8 % - 2% della popolazione ha bisogno di un trattamento psichiatrico urgente.⁹⁵

Uno studio sul campo realizzato in Alto Adige (nel 1984)⁹⁶ per stabilire l'incidenza delle malattie psichiatriche in una valle altoatesina ha dimostrato una frequenza nettamente maggiore delle malattie psichiatriche: il 22,8 % dei soggetti di più di 15 anni presentavano una sintomatologia psichiatrica, per lo più oligofrenia (handicap psichico, scarsa intelligenza, 6% della popolazione totale), alcolismo (6% della popolazione totale) e turbe della personalità (il 5,3 % della popolazione totale).

Sulla domanda della popolazione di assistenza psichiatrica si sono ottenuti i seguenti dati⁹⁷: nel 1998 i Centri di Igiene Mentale (CIM) avevano un totale di 7.219 pazienti, di cui 1.777 erano nuovi pazienti.⁹⁸ Il numero di pazienti che nel corso del 1998 si sono avvalsi di servizi psichiatrici corrisponde in totale ad una media di 15,7 persone per 1000 abitanti. Nei singoli territori si rilevano comunque forti differenziazioni. Nell'azienda sanitaria di Bolzano il tasso di incidenza (il numero totale di pazienti rapportato alla popolazione) era di 7,1 ogni 1000 abitanti, mentre nell'azienda sanitaria di Brunico si riscontra un valore di 27,2 ogni 1000 abitanti. Le donne rappresentano circa il 60% dei pazienti seguiti dai CIM.⁹⁹

E' lecito prevedere un aumento dei pazienti gerontopsichiatrici, per il costante aumento della percentuale di persone anziane. Inoltre, si stima che nel giro di un anno circa il 25% degli ultrasessantacinquenni hanno bisogno di un trattamento psichiatrico. A ciò si aggiunga il fatto che all'interno di questo gruppo i soggetti molto anziani sono destinati ad aumentare ulteriormente, comportando un aumento dei casi di alterazioni della funzionalità cerebrale e di disturbi psicoreattivi associati a fenomeni di perdita ed a decadenza fisica (l'80 % degli ospiti dei centri di degenza presentano disturbi psichici).¹⁰⁰ Anche il tasso di suicidio è nettamente più alto negli anziani che nei giovani.

Sarebbe interessante sapere se il tasso di suicidi relativamente elevato dell'Alto Adige presenti un qualche nesso con le patologie psichiche, anche nelle fasce più giovani della popolazione. Purtroppo i dati a nostra disposizione non ci permettono di trarre alcuna conclusione. E' noto che gli stati di dipendenza sono associati ad una forte propensione al suicidio; inoltre, la popolazione a rischio comprende anche i pazienti psichiatrici, i depressi,

⁹⁴ Cfr. Piano psichiatrico altoatesino 1994 – Hinterhuber H. e Meise U., Direttive per il riordino dell'assistenza dei pazienti psichici e delle persone in situazione di handicap nella Provincia Autonoma di Bolzano.

⁹⁵ Piano psichiatrico altoatesino 1994, loc. cit.

⁹⁶ Hinterhuber H., Psychiatrische Erkrankungen in einer alpinen Kleinregion. Eine epidemiologische Feldstudie. Psychiatr. Praxis 11, 183, 1984.

⁹⁷ Relazione sanitaria provinciale 1998, Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige, Assessorato alla sanità ed al servizio sociale, Osservatorio epidemiologico

⁹⁸ Si veda in merito la Relazione sociale 1996/97, p. 104, situazione al: 31.12.1996

⁹⁹ Queste cifre si riferiscono al 1998, cfr. in merito: Relazione sanitaria provinciale 1998

¹⁰⁰ Piano psichiatrico altoatesino 1994, p. 91 e sgg.

le persone sole e con difficoltà di contatto.¹⁰¹ I casi di suicidio, riportati ogni anno negli Annuari statistici, non possono però essere messi in relazione con eventuali malattie preesistenti. Una ricerca sui legami tra suicidi e malattie o altri motivi (noti o presunti) potrebbe forse aiutare a spiegare ulteriormente l'alto tasso di suicidi ed a prendere le misure preventive del caso.

Va detto peraltro che i dati sul tasso di suicidi in Alto Adige sono poco chiari ed unitari, con oscillazioni dai 24 casi di suicidio ogni 100.000 abitanti¹⁰² ai 14,4 casi ogni 100.000 abitanti. L'Alto Adige presenta per il 1998 12,1 suicidi ogni 100.000 abitanti e risulta dunque in linea con la media europea, ma nettamente al di sopra di quella italiana, pari a 6 casi ogni 100.000 abitanti.¹⁰³

10.6.3 Osservazioni sulla rete di assistenza psichiatrica

La rete altoatesina di assistenza medica e sociale per i malati psichici si trova attualmente in un'importante fase di trasformazione e di sviluppo. L'obiettivo di questo sviluppo e di questa trasformazione delle strutture e dei servizi è quello di ottenere una rete di assistenza differenziata e distribuita omogeneamente sul territorio, in grado di tenere conto dei bisogni individuali degli interessati, ma anche di contribuire, tramite istituzioni di assistenza più integrate sotto il profilo sociale e più vicine ai Comuni, ad un diverso atteggiamento della popolazione per quanto concerne i pregiudizi nei confronti dei malati psichici. Questo cambiamento dell'atteggiamento culturale è una delle premesse più importanti per il successo dell'integrazione dei malati psichici nella vita della società.

10.6.4 La psichiatria sociale come fulcro tra sanità e servizio sociale

La problematica specifica dei malati psichici rende particolarmente necessaria una buona armonizzazione delle misure di assistenza a carattere medico (psichiatrico) e sociale. Solo un coordinamento soddisfacente delle diverse misure può garantire quella continuità così necessaria nell'assistenza, tramite un'équipe interdisciplinare che deve rimanere il più possibile costante. La psichiatria sociale, che rappresenta il fulcro tra sanità e servizio sociale, rappresenta una particolare sfida per la collaborazione tra entrambi i settori, che in Alto Adige dispongono già di gestori e di strutture amministrative autonome.

Sostanzialmente, la rete di assistenza psichiatrica in Alto Adige è formata dai seguenti servizi:

- a) Centri di igiene mentale (CIM)
- b) Servizi psichiatrici per la diagnosi e cura negli ospedali
- c) day and night hospitals
- d) Centri di riabilitazione per i malati psichici
- e) Residenze protette intermedie
- f) Convitti
- g) Comunità alloggio
- h) Centri di addestramento professionale
- i) Laboratori protetti
- j) Punti d'incontro per malati psichici
- k) Misure di inserimento nel lavoro

¹⁰¹ Piano psichiatrico altoatesino 1994, p. 121

¹⁰² Relazione sociale 1994, p. 56.

¹⁰³ Relazione sociale 1998, p. 14

- l) Famiglie affidatarie
- m) Forme residenziali aperte

I servizi nominati da a) ad e) sono di competenza del settore sanitario e vengono gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie locali. Le residenze (f), invece, possono essere gestite sia dalle Aziende sanitarie locali che dagli enti gestori territoriali dei servizi sociali. I servizi sociopsichiatrici riportati da g) a m) sono di competenza dei gestori dei servizi sociali.

La Ripartizione provinciale Sanità e la Ripartizione provinciale Servizio sociale hanno elaborato un progetto comune per garantire un'adeguata assistenza psichiatrica.¹⁰⁴ Per avere eventualmente una ripartizione dei costi da parte del servizio sanitario pubblico, i gestori dei servizi sociali stipulano delle convenzioni con le Aziende sanitarie locali. Da parte loro, anche le Aziende sanitarie locali possono stipulare delle convenzioni con le comunità comprensoriali per la realizzazione di determinati programmi di assistenza sociale.

10.6.5 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno in base a parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza ai malati psichici.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Tipo di prestazione	Parametro strutturale Posti ogni 1000 abitanti	Situazione attuale 1998	Situazione a regime
Settore del lavoro	0,36	118	167
Strutture residenziali	0,2	76	120

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.6.6 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente**

¹⁰⁴ V. il Progetto psichiatria 1996: „Un concetto di assistenza ai pazienti psichici al passo con i tempi“, Ufficio servizio sociale e Ufficio sanità della Provincia Autonoma di Bolzano

Priorità	Misura
A	a) Separazione, a livello di progetti e di pianificazione, del settore della psichiatria sociale da quello delle persone in situazione di handicap
A	b) Riqualificazione degli operatori per il settore della psichiatria sociale
A	c) Miglioramento della collaborazione con il settore sanitario

a) Separazione, a livello di progetti e di pianificazione, del settore della psichiatria sociale da quello delle persone in situazione di handicap

Situazione iniziale: Le strutture sociopsichiatriche sono ancora molto legate ai servizi per persone in situazione di handicap, sia dal punto di vista della gestione che dei progetti. Di conseguenza, non si tiene sufficientemente conto delle peculiarità e delle necessità sostanzialmente diverse dell'assistenza sociopsichiatrica. Manca una progettazione autonoma per l'intervento sociopsichiatrico. Inoltre, le basi normative del servizio per persone portatrici di handicap sono solo parzialmente adatte alla psichiatria sociale.

Misura:

- Sviluppo di una progettazione autonoma degli interventi sociopsichiatrici e creazione di basi normative ed organizzative autonome per questo settore.
- Gli enti gestori territoriali devono avere una certa autonomia nell'organizzazione dei servizi.

Tempi: Elaborazione del progetto entro il 2000; iniziativa di legge entro il 2001.

Risorse: I costi, peraltro contenuti, vanno sostenuti dalla Provincia come istanza di programmazione.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale, enti gestori, iniziative private

b) Riqualificazione degli operatori e delle operatrici per il settore della psichiatria sociale

Situazione iniziale: Il personale delle strutture e dei servizi sociopsichiatrici non è abbastanza preparato all'assistenza psicosociale dei malati psichici, essendo per lo più formato al lavoro con le persone in situazione di handicap.

Misura: Riqualificazione degli operatori con la consueta formazione settoriale nel campo della psichiatria sociale. Inserimento delle specializzazioni per l'assistenza sociopsichiatrica nella formazione di base del personale qualificato del servizio sociale, introduzione di criteri di assunzione e di assegnazione del personale per il settore sociopsichiatrico.

Tempi:	Riorganizzazione della riqualificazione e della normativa sull'assunzione entro il 2001
Risorse:	sono necessarie ulteriori risorse
Competenze:	Provincia, enti gestori

c) Miglioramento della collaborazione con il settore sanitario

Situazione iniziale:	L'intensa collaborazione specialistica tra i servizi sociali e quelli sanitari è particolarmente importante nel settore dell'assistenza psichiatrica. I malati psichici possono essere trattati ed assistiti efficacemente solo con un approccio unitario alla riabilitazione, comprendente sia gli aspetti medici che quelli sociali delle turbe psichiche. Attualmente la collaborazione tra i due settori non è sufficiente a garantire una riabilitazione unitaria ed efficiente.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Rapida applicazione degli strumenti della collaborazione e creazione di un network dei servizi sociali e sanitari nel campo dell'assistenza psichiatrica previsti dal programma psichiatrico „Progetto 2000“; (insediamento dei comitati locali di coordinamento, conclusione di accordi).• Intensificazione della collaborazione, soprattutto a livello specialistico, tramite consulti regolari, congressi, lavoro comune di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, formazione ed aggiornamento professionale.• Intensificazione degli sforzi per raggiungere meglio i bambini e i giovani nei servizi di prevenzione, diagnosi e riabilitazione.
Tempi:	Intensificazione della collaborazione tramite una serie di progetti nell'arco del triennio, anche tramite l'insediamento di comitati locali di coordinamento e stipulazione di protocolli d'intesa
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizioni provinciali Servizio sociale e sanità, in collaborazione con le comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali, le Aziende sanitarie locali ed i gestori privati.

10.7 Soggetti in stato di dipendenza e tossicodipendenti

L'Ufficio soggetti portatori di handicap ed invalidi civili della Ripartizione provinciale Servizio sociale, in collaborazione con la Ripartizione provinciale Sanità, ha elaborato un programma intitolato „Misure sociali nel settore della tossicodipendenza“. Gli obiettivi e le misure qui descritti poggiano su questo programma.

10.7.1 Obiettivi

Gli obiettivi ed i principi della politica per la problematica della droga e della tossicodipendenza sono i seguenti:

- i tossicodipendenti ai margini della società devono avere un'assistenza *elementare di base*.
- Bisogna incentivare il *reinserimento* dei tossicodipendenti, tramite misure mirate nel settore del lavoro, della casa e della strutturazione della giornata.
- I tossicodipendenti devono essere assistiti con una rete di misure di sostegno decentrate e vicine ai Comuni, raggiungibili in tutto il territorio della Provincia (*prossimità ai Comuni*).
- Le offerte di assistenza devono essere maggiormente adattate ai diversi bisogni del caso singolo; inoltre, devono tenere conto della rapida evoluzione del mondo della tossicodipendenza (*flessibilità*).
- L'accesso alle offerte di assistenza deve essere reso il più possibile immediato e privo di ostacoli, in modo da poter intervenire rapidamente con un aiuto non convenzionale, incentivando l'accettazione delle offerte (*dell'aiuto senza burocrazia*).
- Sostegno degli *obiettivi di prevenzione* formulati nel piano sanitario 2000 - 2002, come p. es. riduzione del numero di casi di abuso di droghe e di alcool, diminuzione della mortalità e del numero di patologie provocate dalla tossicodipendenza, aumento della speranza di vita di tossicodipendenti ed alcolisti.

10.7.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Non essendoci numeri precisi, mancano i dati sul numero effettivo di tossicodipendenti ed alcolisti, che d'altro canto è molto difficile da rilevare indirettamente. Le statistiche degli uffici sono fondate solo sul numero di pazienti che si sono rivolti al servizio tossicodipendenze o ospitate in una comunità terapeutica. Stando a queste statistiche, nel 1998 il servizio tossicodipendenze ha dato assistenza a 985 tossicodipendenti, pari a 2,1 ogni mille abitanti. Per quanto riguarda gli alcolisti che si sono rivolti al servizio tossicodipendenze, i numeri sono pari al doppio: 2.054 persone in termini assoluti, pari a 4,5 ogni mille abitanti (sempre nel 1998)¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Relazione sanitaria provinciale 1998, Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige, Assessorato alla sanità ed al servizio sociale, Osservatorio epidemiologico

Al di là di questi dati, l'incidenza effettiva di queste problematiche può essere solo stimata. La Relazione sanitaria provinciale¹⁰⁶ parla di circa 20.000 casi dichiarati di alcolismo nel 1995, ma chiede anche che si studi con più precisione la diffusione dell'alcolismo.¹⁰⁷

La popolazione femminile risulta meno colpita di quella maschile sia dalla droga sia dall'alcolismo (almeno nel gruppo di quelli che si sono rivolti al servizio tossicodipendenze); le percentuali sono diverse anche a livello territoriale, con oscillazioni del numero totale di tossicodipendenti che vanno dal 14 % 30 % ca. (sempre riferito a coloro che si sono rivolti al servizio tossicodipendenze).¹⁰⁸ Complessivamente, la percentuale di donne è leggermente superiore nel gruppo dei tossicodipendenti che in quello degli alcolisti. Mediamente gli alcolisti (con un'età media superiore ai 50 anni) sono più anziani dei tossicodipendenti (età media 25- 29 anni).¹⁰⁹

Queste affermazioni vanno comunque prese con beneficio d'inventario, dato che non possono dire nulla di concreto sull'effettiva frequenza della tossicodipendenza nella popolazione, né sulla ripartizione per sesso o per gruppi di età. E' probabile che solo una piccola parte degli interessati si sia rivolta effettivamente ai servizi, tanto più che gli alcolisti sono scarsamente consapevoli del problema. Inoltre, per molte persone, il fatto di dover dichiarare di essere tossicodipendente costituisce una discriminazione inaccettabile.

10.7.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno in base a parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza agli alcolisti.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Servizi	Posti ogni 1000 abitanti	Situazione attuale	Situazione a regime
Laboratori per alcolisti	0,13	10	60
Cooperative per tossicodipendenti	0,13	20	50
Comunità alloggio per alcolisti	0,05	0	24
Residenza per alcolisti	15 posti	15	15
Struttura "a bassa soglia" (struttura diurna)	45 posti	0	45
Strutture "a bassa soglia" (struttura notturna)	25 posti	0	25

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

¹⁰⁶ Relazione sanitaria provinciale 1995, Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige, Assessorato alla sanità ed al servizio sanitario, Osservatorio epidemiologico.

¹⁰⁷ Relazione sanitaria provinciale 1995, loc. cit., p. 505

¹⁰⁸ Relazione sanitaria provinciale 1995, loc. cit., p.230

¹⁰⁹ Relazione sanitaria provinciale 1995, loc. cit., p. 231

10.7.4 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente**

Priorità	Misura
B	a) Miglioramento delle informazioni e dei dati disponibili
A	b) Intensificazione della prevenzione e miglioramento della collaborazione tra servizio sociale e sanitario
A	c) Creazione di offerte di assistenza a bassa soglia per i tossicodipendenti
B	d) Creazione di offerte di assistenza socioriabilitative per i tossicodipendenti

a) Miglioramento delle informazioni e dei dati disponibili

Situazione iniziale: Per questo gruppo di riferimento si rileva una grave mancanza di informazioni, sia per quanto riguarda le dimensioni del gruppo che per la sua struttura sociale. I numeri riportati si riferiscono quasi esclusivamente a coloro che si rivolgono ai servizi sociali e sanitari. Il dato sommerso occulto dovrebbe essere molto più numeroso, sebbene finora ci si debba limitare a delle stime.

Misura: Promozione e realizzazione di uno studio sociologico sulla numerosità e sulle caratteristiche sociostrutturali della tossicodipendenza, dell'alcolismo e della farmacodipendenza in Alto Adige.

Tempi: Nell'arco del triennio

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizioni provinciali Servizio sociale e sanità, in collaborazione con i gestori territoriali e con le Aziende sanitarie locali.

b) Intensificazione della prevenzione e miglioramento della collaborazione tra il settore sociale e quello sanitario

Situazione iniziale: Non si attribuisce ancora abbastanza importanza alla prevenzione delle tossicodipendenze; le iniziative per la loro prevenzione non sono abbastanza numerose.

Misure:	Collaborazione con la ripartizione sanità per la promozione e la realizzazione di progetti di educazione sanitaria, imperniati, fin dalla scuola materna e dalla scuola in genere, ad evidenziare i pericoli del consumo di alcool e di droga, ma anche di un consumo incontrollato di farmaci, in modo da contrastare l'insorgere delle tossicodipendenze con strumenti idonei. In relazione all'obiettivo di un'assistenza ai tossicodipendenti il più possibile decentrata e vicina ai Comuni, si dovrà tenere in maggior conto il ruolo centrale dei medici di famiglia come elemento di collegamento tra i servizi sanitari e i servizi sociali nel distretto.
Tempi:	Nell'arco del triennio
Risorse:	Da applicare con le attuali risorse.
Competenze:	Ripartizione provinciale Sanità, Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i gestori territoriali del servizio sociale e con le istituzioni di formazione a tutti i livelli

c) Creazione di offerte di assistenza a bassa soglia per i tossicodipendenti

Situazione iniziale:	Circa il 10 % di tutti i tossicodipendenti hanno gravi problemi psico-sociali cronici, in seguito ai quali non sono più in grado di garantirsi una vita dignitosa e di soddisfare i propri bisogni elementari con le proprie sole forze. Circa 100-120 tossicodipendenti e ca. 400-500 alcolisti dovrebbero essere indirizzati alle offerte di assistenza.
Misure:	<ul style="list-style-type: none">• Creazione di un centro di accoglienza che dia vitto ed alloggio ai tossicodipendenti a Bolzano• Misure per il vitto e l'alloggio al di fuori di Bolzano (distribuzione di pasti, alloggio nei centri di accoglienza per i senzatetto)• Elaborazione di idonee procedure nell'ambito del sostegno economico.
Tempi:	Creazione del centro di accoglienza a Bolzano: entro il 2000; realizzazione delle altre offerte: nell'arco del triennio;
Risorse:	Sono necessarie ulteriori risorse.
Competenze:	Gestori territoriali del servizio sociale in collaborazione con altri gestori pubblici e privati.

d) Creazione di offerte di assistenza socioriabilitative per i tossicodipendenti

Situazione iniziale: Attualmente in Alto Adige mancano misure mirate alla riabilitazione sociale dei tossicodipendenti nell'ambito di programmi terapeutici. Per integrare le offerte terapeutiche del servizio sanitario, è necessario prendere delle misure di riabilitazione sociale, in modo da rendere possibile il reinserimento sociale degli ex tossicodipendenti.

Misure:

- Inserimento degli alcolisti nei laboratori protetti
- Inserimento dei tossicodipendenti nelle cooperative di lavoro
- Creazione di un centro di addestramento professionale per gli alcolisti
- Intensificazione delle misure di formazione professionale e di inserimento lavorativo per i tossicodipendenti
- Creazione di residenze assistite per gli alcolisti

Tempi: Inizio dei progetti pilota nel corso del 2000.
Creazione di un'offerta assistenziale entro il 2003.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale, Ripartizione provinciale Lavoro, gestori territoriali, formazione professionale, gestori privati.

10.8 Extracomunitari/profughi/Sinti e Rom

10.8.1 Obiettivi

Vengono perseguiti i seguenti obiettivi e principi:

- bisogna fare in modo di sostenere i diritti fondamentali (*nessuna discriminazione* per la razza, il colore della pelle, la lingua, la religione, la cittadinanza, la nazione di origine) a tutti i livelli politici; inoltre, questi diritti devono entrare a far parte del patrimonio di idee di tutti nel rapporto con le persone di altre etnie e nazionalità, sia a livello pubblico che privato.
- Bisogna sensibilizzare la popolazione al fatto che le *esperienze biculturali o multiculturali* non devono essere considerate come una minaccia per l'ordine, ma come un sostanziale ampliamento ed arricchimento della propria cultura.
- L'*integrazione sociale* dei concittadini e concittadine stranieri non è solo compito della Provincia o dei servizi sociali, ma una sfida per l'intera società. La sua riuscita dipende da un intenso lavoro di prevenzione: nelle scuole, nelle altre istituzioni che si occupano di formazione, con un lavoro di sensibilizzazione e di informazione, allo scopo di promuovere a lungo termine la disponibilità alla comprensione ed all'integrazione, ma anche le competenze interculturali dell'opinione pubblica.
- Chiunque abiti in Alto Adige deve avere la possibilità di partecipare alla vita della società con gli stessi diritti degli altri, indipendentemente dalla propria appartenenza etnica (*partecipazione alla vita sociale*).
- Bisogna impedire il sorgere e la diffusione del razzismo e della xenofobia attraverso misure adeguate di *lavoro informativo, formativo e volto all'integrazione*.

10.8.2 Extracomunitari

10.8.2.1 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Per extracomunitari s'intendono qui tutte quelle persone che non sono in possesso della cittadinanza di uno dei 15 stati membri dell'Unione europea. L'immigrazione in Italia è andata fortemente aumentando a partire dagli anni '80. Tra il 1989 e il 1998 il numero degli stranieri in Italia è più che raddoppiato, passando da ca. 490.388 a ca. 1.240.721 (cittadini stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno al 1 gennaio 1998). A causa di una politica dell'immigrazione assente e poi carente fino alla metà degli anni '80, lo status di molti degli immigrati era ed è indefinito in senso giuridico o è illegale. Si sono compiuti i primi tentativi volti a modificare tale situazione con la prima legge sull'immigrazione del 1986 (legge statale del 30 dicembre 1986, n. 943). Essa mirava anzitutto all'eliminazione delle situazioni di lavoro illegale e migliorò dunque in primo luogo la situazione degli immigrati lavoratori. Nel 1990 venne compiuto un secondo passo importante verso il chiarimento dello status giuridico degli immigrati in Italia, con la conversione del D.L. 30.12.1989 n. 416 nella cosiddetta legge Martelli (legge statale n. 39, del 28 febbraio 1990). Con essa si regolamentarono in modo unitario importanti questioni come i visti d'ingresso, i permessi di soggiorno e le espulsioni. Ha infine apportato importanti innovazioni la legge statale del 6 marzo 1998, n. 40. E' stato introdotto un documento di programmazione triennale in materia di politica dell'immigrazione, che stabilisce il flusso annuo di immigrati. Si è avuta inoltre in molti importanti settori un'equiparazione giuridica dei cittadini extracomunitari con regolare permesso di soggiorno ai cittadini italiani (lavoro, istruzione scolastica, accesso agli alloggi, tutela giuridica, rapporti con la pubblica amministrazione, accesso ai pubblici servizi). La legge prevede inoltre la creazione di cosiddetti centri di accoglienza (art. 38) che assicurano in via transitoria il soddisfacimento delle esigenze fondamentali degli immigrati per quanto concerne vitto, alloggio ed assistenza sociosanitaria.

Per quanto riguarda lo sviluppo del fenomeno immigrazione in Alto Adige, si può affermare quanto segue:

anche in Alto Adige (così come nel resto d'Italia), l'immigrazione è fortemente aumentata a partire dalla metà degli anni '80. Soprattutto due flussi migratori hanno caratterizzato negli ultimi anni il fenomeno dell'immigrazione: la prima ondata di immigrazione formata prevalentemente da giovani uomini provenienti dal Marocco e dalla Tunisia è stata superata a partire dalla metà degli anni '90 dall'immigrazione - soprattutto di famiglie - dai paesi dell'ex-Jugoslavia e da immigranti dall'Albania. Tra il 1993 e il 1996 il numero dei cittadini stranieri in Alto Adige è aumentato del 77,5%. Nel 1996 gli stranieri rappresentavano il 4,2% della popolazione totale, mentre la media nazionale era dell'1,6 %. Si deve tuttavia notare che l'Alto Adige presenta una quota elevatissima di immigrati da paesi dell'Unione Europea. In Alto Adige all'inizio del 1996, il 38,2 % degli stranieri residenti erano cittadini dell'Unione Europea mentre la media nazionale era del 15,3%.¹¹⁰

Stando ai dati dell'ASTAT, il 31.12.98 gli extracomunitari registrati come residenti in Alto Adige erano 7.235.¹¹¹ Circa la metà di tali persone risiede in città e gli altri sono distribuiti tra i vari comuni della Provincia. I paesi di provenienza più frequenti sono: ex Jugoslavia (2.212 persone - 30,6 %), Albania (979 persone - 13,5 %), Marocco (936 persone - 12,9 %), Pakistan (593 persone - 8,2 %), Tunisia (437 persone - 6 %), Bangladesh (183 persone - 2,5%), Repubblica Ceca-Slovacchia (171 persone - 2,4%). Le rimanenti 1.724 persone provengono da altri 50 paesi o sono apolidi.¹¹²

¹¹⁰ Relazione sociale 1994, p. 51 e Relazione sociale 1996/97 pp. 51 e segg.

¹¹¹ Ufficio anziani e distretti sociali, Progetto extracomunitari, profughi, zingari, giugno 1998.

¹¹² Relazione sociale 1998 pag. 104

Una caratteristica dell'immigrazione in Alto Adige è il fenomeno del lavoro stagionale. Nel 1998 sono stati rilasciati ad extracomunitari 9.325 permessi di lavoro temporaneo.¹¹³ Tali rapporti di lavoro a termine concernono anzitutto l'agricoltura e gli esercizi ricettivi, dove sono necessari lavoratori stagionali. A titolo di paragone, nel 1998 sono stati emessi solo 180 nuovi permessi di lavoro non a termine, relativi ad occupazioni presso case private o, anche in questo caso, in esercizi ricettivi. Sebbene l'immigrazione sia fortemente legata al fenomeno del lavoro stagionale, si osserva la tendenza che gli immigrati aspirano sempre più ad un soggiorno più lungo e in molti casi desiderano restare su base permanente. Ciò vale soprattutto quando vengono raggiunti dalla famiglia. Il numero relativamente alto di minori può essere considerato un indicatore del fatto che non solo i singoli lavoratori, ma anche intere famiglie di immigranti aspirano a fermarsi in modo duraturo.

In generale si osserva che l'immigrazione crescente di extracomunitari in Alto Adige attualmente non si presenta in primo luogo come un problema di inserimento lavorativo ma pone soprattutto delle difficoltà in relazione alla sistemazione in alloggi. La maggioranza degli immigrati ufficialmente registrati ha un lavoro. Nel 1998 gli extracomunitari rappresentavano il 5,6% dei beneficiari in Alto Adige (famiglie assistite) di assistenza economica sociale (il 3,8% dell'importo complessivo erogato a tutte le famiglie assistite). La situazione è diversa per quanto concerne gli alloggi. Secondo uno Studio della Ripartizione provinciale Servizio sociale della Provincia Autonoma di Bolzano, il 31.12.1997 1.172 extracomunitari vivevano in alloggi provvisori, senza sistemazioni permanenti o adeguate oppure pernottavano, senza fissa dimora, in macchine, roulotte o edifici vuoti. Le capacità delle strutture di prima e seconda accoglienza esistenti (510 posti nel 1997) non sono sufficienti a coprire il crescente fabbisogno di spazi abitativi da parte dei rifugiati e degli immigrati. Al fine di soddisfare tali esigenze, la Ripartizione provinciale Servizio sociale della Provincia autonoma di Bolzano propone la costruzione di otto residenze per lavoratori come alloggi permanenti/definitivi ovvero di trasformare tre alberghi/pensioni esistenti in strutture di quel tipo. In questo modo si raddoppierebbe l'attuale capacità. L'obiettivo a medio termine è quello di abbandonare le soluzioni di emergenza e risolvere i problemi di alloggio degli immigrati mediante i programmi esistenti di edilizia agevolata (case popolari), risolvendo progressivamente la situazione dei profughi con il loro ritorno ai paesi di origine nella misura in cui le condizioni politiche in loco lo permettano.

Malgrado gli sforzi tesi a migliorare la situazione giuridica degli immigrati da paesi esterni all'Unione Europea (vedi sopra), si deve considerare che anche in Alto Adige si deve calcolare un numero non irrilevante di persone non ufficialmente registrate. Tali persone sono particolarmente a rischio dal punto di vista sociale e sanitario. Per tale ragione, e in considerazione della prevista ulteriore crescita dell'immigrazione nei prossimi anni anche in Alto Adige, si impone urgentemente la necessità di dedicare in futuro una maggiore attenzione al fenomeno. Di seguito si descrivono misure che mirano ad un miglioramento dell'informazione sul fenomeno degli immigrati nonché un miglioramento della situazione sociale degli immigrati extracomunitari che già vivono in Alto Adige.

¹¹³ Rilevazioni dell'ufficio provinciale mercato del lavoro.

10.8.2.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno sulla base di parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dell'assistenza sociale agli extracomunitari.

Popolazione prevista per il 2000: 464.000 abitanti

Tipo di prestazione	Parametro strutturale	Situazione attuale	Situazione a regime
Residenze per lavoratori per extracomunitari	Posti	600	1040

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.8.2.3 Misure

Priorità	Misura
B	a) Creazione di un osservatorio
B	b) Coordinamento ed unificazione dei dati
B	c) Creazione di un servizio consultoriale
B	d) Creazione di possibilità di alloggio in residenze per lavoratori
A	e) Lavoro di integrazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica

a) Creazione di un osservatorio

Situazione iniziale: I problemi connessi con il fenomeno dell'immigrazione diventano sempre maggiori, a livello sociale, economico ed infrastrutturale; le istituzioni pubbliche e private si trovano di fronte a decisioni sempre più difficili.

Misura: Creazione di un osservatorio pubblico per gli extracomunitari a Bolzano, con i seguenti compiti:

- studio delle tipologie di stranieri e delle loro situazioni familiari,
- monitoraggio dello sviluppo socioeconomico,
- studio dei bisogni e della situazione nel settore della formazione e dell'aggiornamento professionale,
- osservazione della capacità di integrazione e del fenomeno dell'esclusione nei settori del lavoro e dell'ambiente sociale,
- rilevamento dei bisogni e del ricorso ai servizi pubblici,
- predisposizione di sistemi di informazione e di rapporti regolari.

Tempi: periodo di validità del Piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse
Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale

b) Coordinamento ed unificazione dei dati

Situazione iniziale: La mancanza di dati unitari sul fenomeno dell'immigrazione e la mancanza di concordanza tra le diverse fonti, rende difficile una pianificazione orientata ai gruppi di riferimento.

Misura: Vasto lavoro di coordinamento di armonizzazione del rilevamento e della suddivisione dei dati da parte delle seguenti istituzioni interessate:

- registri anagrafici dei Comuni altoatesini
- dati della Questura sui permessi di soggiorno rilasciati
- dati dell'ufficio provinciale del lavoro sull'iscrizione nelle liste di collocamento
- pubblicazioni ASTAT

Tempi: periodo di durata del piano

Risorse: Da applicare con le attuali risorse.

Competenze: Comando di Polizia, Comuni, Intendenze scolastiche, istituti pedagogici, associazioni ed organizzazioni territoriali di volontariato

c) Creazione di un servizio consultoriale

Situazione iniziale: Gli immigrati non conoscono le strutture e le organizzazioni della Provincia, per lo più non dominano la lingua; inoltre, spesso ci sono notevoli barriere culturali, che rendono gli interessati inermi ed insicuri. E' necessaria una consulenza qualificata, anche per migliorare le competenze degli interessati

Misure: Creazione di un servizio consultoriale di tipo professionale pubblico per gli extracomunitari a Bolzano. Questo servizio deve dare informazioni e consulenze nei seguenti settori:

- possibilità di alloggio (mercato degli alloggi e ricerca di una casa, residenze per lavoratori, ammontare degli affitti, edilizia agevolata ecc.),
- mercato del lavoro (cambio di lavoro, progetti di riqualificazione, posti per apprendisti, offerte di formazione professionale ecc.),
- legislazione (diritti e doveri degli stranieri, introduzione al sistema giuridico italiano ecc.),
- settore sanitario (forme di sostegno, possibilità di contribuzione ecc.),

- servizio sociale (diritti e doveri, illustrazione delle forme di sostegno in determinate situazioni critiche ecc.),
- scuola e asili nido (spiegazioni sul sistema locale, aiuti all'integrazione degli scolari deboli ecc.).

Tempi: Periodo di validità del Piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale

d) Creazione di possibilità di alloggio in residenze per lavoratori

Situazione iniziale: Il problema dell'alloggio si aggrava sempre più per gli extracomunitari, che sono sempre più numerosi, hanno redditi bassi, famiglie numerose e sempre più riunificazioni familiari.

Misura: Creazione in totale di otto residenze per lavoratori a Bolzano, nel Burgraviato, in Val d'Isarco, in Val Passiria e nella Venosta (secondo le norme dell'IPES)

Tempi: Periodo di validità del Piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con la Ripartizione edilizia e servizio tecnico, gli enti gestori territoriali, i Comuni e l'IPES.

e) Lavoro di integrazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica

Situazione iniziale: Il risentimento ed i pregiudizi della popolazione nei confronti dei concittadini stranieri poggiano parzialmente su una mancanza di informazione e su barriere culturali ingiustificate, che possono essere abbattute tramite adeguate misure.

Misure:

- Organizzazione di possibilità interculturali d'incontro, possibilmente a carattere informale,
- pieghevoli informativi e pubblicazioni con lo scopo di rendere accessibili la promozione della comprensione e dell'integrazione a vaste fasce della popolazione,
- lavoro di integrazione nelle scuole e in tutte le altre istituzioni che si occupano di formazione.

Tempi: Periodo di validità del Piano

Risorse: Da applicare con le attuali risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con le scuole e altre istituzioni formative e culturali

10.8.3 Profughi

10.8.3.1 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Per profughi s'intendono persone che si sono rifugiate in altri paesi provenendo da territori in guerra o ad elevata instabilità politica. In Italia, in base alla legge statale n. 390 del 24.09.1992, viene concesso loro un permesso di soggiorno "per ragioni umanitarie". Dal maggio 1999, tramite il decreto del consiglio dei ministri del 12 maggio 1999 alle persone che provengono dalle zone di guerra nei Balcani (profughi Kossovani) un "permesso di soggiorno per motivi di protezione temporanea". Secondo le norme di attuazione dello Statuto di autonomia (D.P.R. 469/75), lo Stato è responsabile dell'assistenza ai profughi, nell'attuazione dei programmi lo Stato può coinvolgere gli enti locali e le associazioni di volontariato. Poiché però il Commissariato del Governo non dispone degli strumenti necessari per assistere adeguatamente i profughi, la Provincia si è dichiarata disposta ad attuare le misure necessarie, con rimborso dei costi da parte dello Stato.

Dallo scoppio della guerra in Jugoslavia nel 1991, circa 400 – 500 profughi bosniaci e 400 profughi albanesi hanno cercato rifugio in Alto Adige. Essi sono stati accolti in due centri profughi di Malles e Prati di Vize. Inoltre, ca. 150-280 nomadi Rom provenienti dalla Macedonia si sono insediati nell'area Ex-Vives nella zona Industriale di Bolzano. Entrambi i gruppi hanno ottenuto, ai sensi della legge sopra citata, un permesso di soggiorno per ragioni umanitarie. Nel 1996 gran parte dell'area Ex-Vives nella zona industriale bolzanina è divenuta inabitabile a causa di un incendio e si sono dovuti trasferire i profughi Rom, che vi si erano stabiliti, in diverse aree di Merano/ Maia Bassa e Varna.

Nel giugno del 1999, la situazione nei centri profughi era la seguente:

A Malles erano ospitate 28 persone, a Merano Maia Bassa 31 persone (5 persone sole e 8 famiglie) e a Varna 48 persone (11 famiglie). Delle famiglie che contano in totale 118 persone, la maggior parte ha un'entrata regolare da attività lavorativa. Nei centri profughi, i rifugiati ricevono, oltre all'alloggio, anche vitto e assistenza medica. I bambini possono frequentare le scuole e le scuole materne dei Comuni.

La metà dei profughi bosniaci è tornata in patria, gli altri si sono stabiliti in Alto Adige e vivono al di fuori delle caserme. Si possono osservare già evidenti processi di integrazione, che lasciano supporre che alcuni si stabiliranno che alcuni rimarranno stabilmente in Provincia.

Nel marzo 1999, dopo il fallimento degli accordi di pace e per evitare l'espulsione in massa degli albanesi del Kossovo a causa dei Serbi, è partita un'azione militare delle forze Nato. Per garantire l'assistenza ai profughi, lo Stato italiano, con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 maggio 1999, ha emanato delle misure per l'accoglienza ai profughi. Il decreto prevede il rilascio di un permesso di soggiorno per motivi di protezione temporanea, valido fino al 31.12.1999. Questo permesso di soggiorno permette l'assunzione di un lavoro e la frequenza scolastica. Anche qui profughi che prima dell'emanazione di questo decreto sono giunti in Italia per asilo politico, possono trasformare il permesso di asilo politico in un permesso di soggiorno per motivi di protezione temporanea.

Nella caserma Wackernell di Malles Venosta sono sistemati soprattutto casi sociali (persone anziane, donne sole con bambini, persone malate e persone portatrici di handicap) o persone che per qualsiasi motivo non sono in grado di espletare un lavoro o badare a se stesse. Le persone che devono essere sistemate si aggirano sulle ca. 200. La Caritas si assume la gestione della struttura, tramite un convenzionamento con il Commissariato del Governo.

10.8.3.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno sulla base di parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per il settore dei servizi dell'assistenza sociale ai profughi.

Tipo di prestazione	Parametro strutturale	Situazione attuale	Situazione a regime
Struttura per la prima assistenza a Bolzano	1 in Provincia	0	1 con 30 posti
Consultorio	1 in Provincia	0	1
Centro per profughi	1 in Provincia	1	1 con 200 posti

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.8.3.3 Misure

Priorità	Misura
B	a) Preparazione di un progetto globale per la risoluzione del problema dei profughi
A	b) Sgombero dei centri profughi di Merano e di Varna, tramite aiuti al rientro o all'integrazione
B	c) Lavoro di integrazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica
A	e) Centro profughi

a) Preparazione di un progetto globale per la risoluzione del problema dei profughi

Situazione iniziale: Il problema dei profughi rischia di acuirsi ulteriormente nel prossimo futuro ed ha bisogno urgente di un progetto che comprenda tutti gli interessati.

Misura: Elaborazione di un progetto di principio in collaborazione con il Consorzio dei Comuni ed il Commissariato del governo.

Tempi: Entro il 2000

Risorse: Da applicare con le attuali risorse.

Competenze: Provincia, Consorzio dei Comuni, Comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali e Commissariato del governo

b) Sgombero dei centri profughi di Merano e di Varna, tramite aiuti al rientro o all'integrazione

Situazione iniziale: A Varna e a Merano/Maia Bassa esistono, dal giugno del 1996, nella caserma Sader e nell'antico deposito carburanti, due centri profughi, occupati dall'agosto 1997 da 80 cittadini extracomunitari e profughi con regolare permesso di soggiorno. La Provincia Autonoma di Bolzano, insieme alla Caritas ed al Commissariato del governo, si è adoperata per l'inserimento dei profughi con diverse misure di sostegno e di inserimento. Si ritiene ora necessaria l'attivazione di un programma che miri alla chiusura definitiva dei centri e incentivare il rientro volontario ovvero l'inserimento sociale dei profughi.

Misure: Verranno adottate le seguenti misure, che comporteranno la chiusura definitiva dei centri profughi di Varna e di Merano/Maia Bassa:

- Incentivazione del ritorno a casa dei profughi, in collaborazione con le organizzazioni di aiuto nazionali ed internazionali.
- dimissione di tutti i profughi che hanno un lavoro, con le loro famiglie e contemporaneo sostegno attivo nella ricerca di un alloggio.

Tempi: Periodo di validità del Piano.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Provincia Autonoma di Bolzano in collaborazione con il Commissariato del governo, le Comunità comprensoriali ed i Comuni.

c) Lavoro di integrazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica

Situazione iniziale: Il risentimento e i pregiudizi della popolazione nei confronti dei concittadini stranieri poggiano parzialmente su una mancanza di informazione e su barriere culturali ingiustificate, che possono essere abbattute tramite adeguate misure.

Misure:

- Organizzazione di possibilità interculturali d'incontro, possibilmente a carattere informale,
- pieghevoli informativi e pubblicazioni con lo scopo di rendere accessibili la promozione della comprensione e dell'integrazione a vaste fasce della popolazione,
- lavoro di integrazione nelle scuole e in tutte le altre istituzioni che si occupano di formazione.

Tempi: Periodo di validità del Piano

Risorse: Da applicare con le attuali risorse.

Competenze: Ripartizione Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali e le istituzioni che si occupano di formazione.

d) Centro profughi

Situazione iniziale: Negli ultimi anni sono arrivati più volte in Alto Adige profughi e ci si deve attendere ulteriori flussi nei prossimi anni. Risulta necessario approntare un centro adeguato per queste evenienze. Per l'assistenza di profughi l'ufficio competente della ripartizione ha elaborato un programma che prevede ulteriori fasi dopo di assistenza dopo la prima accoglienza e la prima assistenza.

Misure:

Prima fase:

- accoglienza, alloggiamento e prima assistenza

Seconda fase:

- consulenza e assistenza dei profughi
- assistenza medica e psicologica
- integrazione scolastica e linguistica
- integrazione lavorativa e formazione professionale

Terza fase:

- elaborazione di programmi di rientro

Quarta fase:

- integrazione in Alto Adige di tutti coloro che non vogliono o possono tornare al paese di origine.

Tempi: Periodo di validità del Piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizione Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali, il Commissariato del Governo, le associazioni di volontariato, le Aziende sanitarie e le scuole.

10.8.4 Sinti e Rom

10.8.4.1 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Attualmente in Alto Adige vivono circa 660 tra Sinti e Rom¹¹⁴, per lo più in accampamenti regolamentati.

I **Sinti** sono cittadini italiani, che vivono in Alto Adige da molte generazioni e che sono soggetti in tutto e per tutto all'ordinamento giuridico italiano. Alla luce del loro particolare stile di vita, sono oggetto di alcune linee guida per gli accampamenti e per l'assistenza economica sociale. Spetta ai Comuni il compito di predisporre le opportune possibilità di alloggio per i Sinti, in quanto cittadini italiani. Attualmente in Alto Adige vivono circa 350 Sinti; la maggior parte di loro è regolarmente residente e vive in roulotte in accampamenti attrezzati e messi a disposizione dai rispettivi Comuni.

Per **Rom** si intendono i nomadi originari dell'Europa sud-orientale, sia quelli giunti nell'Europa centrale fin dal XIX secolo (in parte con la cittadinanza italiana). Già prima dell'inizio della guerra nell'ex Jugoslavia in Italia era aumentato l'afflusso di immigrati. Questo gruppo, che conta circa 130 persone, ha lo status di extracomunitari ai sensi della legge Martelli n. 39/90. Da questi bisogna distinguere i profughi Rom, giunti nella Provincia dall'inizio della guerra nell'ex Jugoslavia (1992). Questi profughi sono provvisti di un permesso di soggiorno straordinario „per motivi umanitari “ ai sensi della legge 390/92. Attualmente in Alto Adige vivono circa 150 profughi Rom, per lo più provenienti dalla Macedonia. Trattandosi di profughi, la competenza è dello Stato; per motivi organizzativi, tuttavia, la Provincia si è dichiarata disposta ad adottare le misure necessarie (con rimborso delle spese da parte dello Stato), incaricando a sua volta i Comuni della realizzazione delle relative misure, ai sensi della L. P. n.13/91.

10.8.4.2 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno sulla base di parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per la predisposizione di alloggi per Sinti e Rom.

Tipo di prestazione	Parametro strutturale	Situazione attuale	Situazione a regime
Accampamenti per Sinti e Rom	7 in Provincia	4	7

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

¹¹⁴ Ai sensi della Delibera della Giunta provinciale n. 3920/ 26.08.1996 sulla sistemazione dei nomadi Sinti e dei Rom

10.8.4.3 Misure

Priorità	Misura
A	a) Creazione di ulteriori accampamenti
A	b) Progetto per intensificare la frequenza scolastica

a) Creazione di ulteriori accampamenti

Situazione iniziale: Sebbene la situazione degli accampamenti dei Sinti e dei Rom sia regolamentata, per motivi umanitari ed igienici bisogna mettere a loro disposizione ulteriori accampamenti. Si ritiene opportuno distribuire i Sinti ed i Rom in tutta la Provincia, per evitarne la concentrazione.

Misure: Applicazione del Piano provinciale approvato con delibera della Giunta provinciale n. 3920/ 26.08.96 per la sistemazione dei Sinti e dei Rom. Creazione di accampamenti per i Sinti ed i Rom, ma anche per i profughi Rom provenienti dall'ex Jugoslavia:

- accampamenti fissi per i Sinti ed i Rom a Bolzano, Merano, Bressanone ed Appiano
- accampamento di transito per i Sinti ed i Rom a Brunico
- accampamenti provvisori per i profughi Rom provenienti dall'ex Jugoslavia a Bolzano, Varna, Merano/Maia Bassa. Altre possibilità di accamparsi nelle seguenti comunità comprensoriali: Burgraviato, Valle Isarco, Salto/Sciliar e Oltradige-Bassa Atesina.

Tempi: Periodo di validità del Piano

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse

Competenze: Rom: Provincia, comunità comprensoriali, azienda per i servizi sociali, Stato
Sinti: Comuni

b) Progetto per intensificare la frequenza scolastica

Situazione iniziale: La frequenza scolastica dei bambini Sinti e Rom è troppo irregolare. Ciò complica ulteriormente la loro integrazione e perpetua ulteriormente l'alto tasso di disoccupazione dei Sinti e dei Rom.

- Misura:
- Inizio di diversi progetti per l'intensificazione della frequenza scolastica.
 - Sensibilizzazione delle famiglie sull'importanza della frequenza scolastica per i figli.
 - Incentivazione della frequenza scolastica tramite il miglioramento delle condizioni di vita delle famiglie
 - Garanzia del trasporto scolastico.
 - Sostegno alle scuole per l'accoglienza di ragazzi appartenenti a famiglie Sinti e Rom.
 - Sviluppo delle istituzioni e aumento dei mezzi per la scuola a tempo pieno e le attività nel tempo libero.
- Tempi: Periodo di validità del Piano
- Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse
- Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con le Intendenze scolastiche, i Comuni, i gestori privati e le comunità comprensoriali.

10.9 Senzatetto

10.9.1 Obiettivi

La politica sui senzatetto in Alto Adige persegue i seguenti obiettivi:

- L'obiettivo superiore è prevenire il fenomeno dei senzatetto per il futuro (*prevenzione*) e risolvere il problema già esistente (*riabilitazione sociale*). Si considerano senzatetto o persone minacciate da tale fenomeno tutti coloro che – per qualsiasi ragione – non sono in grado di provvedere ad un alloggio per sé o per la propria famiglia.
- Il successo di un'assistenza preventiva ai senzatetto presuppone dunque lo sviluppo di progetti trasversali ai diversi uffici e/o ripartizioni che uniscano tra loro gli approcci "classici" della politica sociale, degli alloggi e dell'urbanistica. Nel quadro dell'assistenza preventiva ai senzatetto ci si deve orientare in particolare ad una *politica degli alloggi globale*, ampliando ed assicurando la disponibilità di spazio abitativo economico (e adeguato al fabbisogno) nonché sviluppando e potenziando i meccanismi di controllo per impedire che i gruppi economicamente deboli perdano la casa.
- Le offerte abitative per i senzatetto devono rispettare la loro dignità di persone: non devono favorire la loro stigmatizzazione sociale, ostacolandone l'integrazione, né essere correlate per gli interessati a problemi sociali, economici e psicosociali evitabili. Pertanto le pensioni, le residenze simili a pensioni ed altre forme analoghe di sistemazione si prestano eventualmente a tale scopo solo come misure transitorie, a breve termine, atte a risolvere nell'immediato i problemi di reperimento dell'alloggio.
- L'obiettivo primario della politica sociale e degli alloggi dovrebbe essere rappresentato dall'inserimento in situazioni "normali" di affitto (*principio della normalità*). Le persone che, per particolari condizioni psicosociali si prevede non siano però effettivamente in grado di avvalersi di tale offerta per periodi piuttosto lunghi, dovrebbero essere sistemate in appartamenti adeguati alle loro esigenze e decorosi, inseriti nella circostante realtà residenziale. Le esigenze abitative e di assistenza all'interno del "gruppo" dei senzatetto sono molto diversificate e per tale ragione si dovrà fornire una gamma differenziata di piani abitativi e/o assistenziali diversi nel quadro dell'assistenza ai senzatetto.
- Poiché la condizione di senzatetto normalmente non è caratterizzata solo dall'assenza di un'abitazione propria ma anche da uno stato di povertà (notevole dipendenza da trasferimenti statali, disoccupazione) e da problemi psicosociali (in particolare: abuso di alcol, psicofarmaci e droghe; conflitti familiari), le misure di assistenza esistenti devono essere congiunte tra loro, nell'interesse dei cittadini senzatetto aventi diritto all'assistenza, mediante lo sviluppo di *piani operativi integrati* supportati organizzativamente - includendo misure di (re)inserimento nella vita lavorativa e di educazione alla salute ma anche offrendo consulenza psicosociale ecc.

10.9.2 Osservazioni sul gruppo di riferimento

Attualmente non si dispone purtroppo di dati sul numero esatto di persone direttamente interessate dalla condizione di senzatetto in Alto Adige¹¹⁵. Nella situazione attuale il fenomeno può essere meglio descritto facendo riferimento al gruppo di persone che fa ricorso ai centri di accoglienza esistenti nei maggiori comuni urbani altoatesini di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Al momento non ci si può esprimere in merito alla molteplicità dei casi singoli che esistono anche nei Comuni minori altoatesini. A tal fine sarebbe necessaria una indagine esaustiva e sistematica del fenomeno per tutti i Comuni. Anche per quanto concerne il gruppo delle persone/famiglie potenzialmente minacciate dalla condizione di senzatetto¹¹⁶, importante nel quadro di una politica preventiva, ci si basa fortemente su supposizioni. Nonostante negli ultimi anni si sia ridotta notevolmente la più o meno evidente carenza di alloggi, in particolare nel capoluogo, a Bolzano, grazie ai programmi per l'edilizia abitativa messi in atto dalla Provincia, la situazione del mercato altoatesino degli alloggi non è ancora soddisfacente, in particolare per i gruppi con i redditi più bassi.

Se si considerano i maggiori Comuni urbani di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico, si può presupporre un numero di ca. 150 - 160 persone concretamente interessate dalla condizione di senzatetto e che cercano dunque rifugio nei diversi centri di accoglienza per i senzatetto. In prevalenza si tratta di persone che hanno perso il proprio alloggio e il proprio ambiente sociale per problemi di alcolismo o di altra dipendenza e che non ottengono più un altro appartamento. In minor misura si tratta di senzatetto extracomunitari e di persone che sono state escluse dalle proprie famiglie, o hanno perso l'alloggio per altre ragioni. La maggior parte delle persone che cerca rifugio nei centri di accoglienza sono ospiti fissi originari dello stesso Comune.

Nel Comune di Bolzano vi sono ca. 100 persone interessate dalla condizione di senzatetto. Nella stagione fredda si assistono costantemente circa 80 persone: 38 nel dormitorio S. Vincenzo in Via Trento, 8-12 donne nella Casa Margareth, altre 30-35 persone in altri spazi messi a disposizione dal Comune e da altre organizzazioni. Si conoscono poi altri 7-8 senzatetto che dormono sotto i ponti o in case disabitate. Il centro di accoglienza di Merano dispone ufficialmente di 28 posti letto, 24 per uomini e 4 per donne. La richiesta è però spesso molto più elevata. L'80 % delle persone sono ospiti fissi, solo una piccola parte di loro vi si reca irregolarmente e si tratta principalmente di extracomunitari. Quasi tutti gli ospiti fissi provengono dal Comune di Merano. Si tratta di persone che sono state sfrattate dal loro alloggio per problemi di alcolismo o per altre difficoltà o di persone escluse dalla famiglia per diverse ragioni. Nel centro di accoglienza di Bressanone, una piccola casa di sei stanze, sono attualmente ospitate 6 persone, originarie del Comune e divenute senzatetto per problemi di alcolismo. Sono disponibili altri 8 posti letto in due container, nel quale le persone possono pernottare per massimo 3 giorni e dove c'è un lavandino. I gestori dell'istituzione definiscono molto elevata la richiesta di posti letto e, in particolare, descrivono la richiesta da parte dei senzatetto extracomunitari come un grosso problema. A Brunico vi sono attualmente 14 senzatetto in un complesso residenziale di 14 stanze. Si tratta esclusivamente di uomini del posto, soli e nullatenenti. La sistemazione viene fornita fino a

¹¹⁵ Le persone/famiglie sono *direttamente minacciate dalla condizione di senzatetto* se rischiano di perdere la loro attuale abitazione e se "non sono in grado, senza un'assistenza istituzionale, di mantenere il proprio alloggio nel tempo o di trovare un altro alloggio". (Città di Magonza: Sozialbericht 1996 – Wohnungsnot und Obdachlosigkeit in Mainz, Magonza 1996, p. 14.

¹¹⁶ Sono minacciate *potenzialmente dalla condizione di senzatetto* le persone/famiglie che vivono in situazioni abitative inaccettabili ovvero "per le quali non è ancora prevedibile in termini temporali la perdita dell'alloggio ma per le quali non si può escludere la possibilità che ciò avvenga in base alla loro situazione abitativa ed economica inadeguata". (Schuler, G.: Ursachen der Entstehung von Obdachlosigkeit, Darmstadt 1983, p. 7).

revoca. Attualmente non viene offerta assistenza sociale nel centro. Nel 1998 è stato creato a Bolzano un centro di accoglienza per donne senzate (casa Margareth).

10.9.3 Calcolo del fabbisogno per i servizi in base a parametri strutturali

Ai fini di una visione generale dei servizi da attivare nei prossimi anni, si è effettuato un calcolo del fabbisogno sulla base di parametri strutturali. Qui di seguito viene presentato il risultante fabbisogno di servizi per l'assistenza sociale ai senzate.

Tipo di prestazione	Parametro strutturale	Situazione attuale	Situazione a regime
Centri di accoglienza per senzate	5 in Provincia	5 con 159 posti	5 con 174 posti

Fonte: calcoli della Ripartizione provinciale Servizio sociale.

10.9.4 Misure

Le misure qui descritte vanno applicate secondo la seguente scala di priorità: **A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente**

Priorità	Misura
B	a) Miglioramento di informazioni e dati
A	b) Ampliamento delle capacità di sistemazione notturna dei senzate e creazione di ulteriori centri di accoglienza durante la stagione fredda

a) Miglioramento di informazioni e dati

Situazione iniziale: Come già indicato, le nostre conoscenze sull'entità e la struttura sociale dei senzate sono molto limitate. Ciò vale in particolare per i dati specifici dell'evolversi del fenomeno, che potrebbero fornirci maggiori informazioni sulle dinamiche e le cause responsabili dello scivolamento nella condizione di senzate.

Misure:

- Poiché l'elaborazione di piani operativi concreti trae il proprio fondamento da risultati empirici e poiché questi ultimi possono costituire argomentazioni sociopolitiche decisive, si dovrebbe effettuare un'indagine sociologica dell'entità, della struttura e delle condizioni di vita dei senzate o delle persone a rischio in Alto Adige, includendo dati ed informazioni biografiche. L'obiettivo di tale indagine è offrire ai gruppi interessati adeguate misure di sostegno.

Tempi: Nel periodo di validità del piano.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con gli enti gestori territoriali, la Ripartizione Edilizia e servizio tecnico e l'Istituto per l'edilizia per l'edilizia sociale (IPES).

b) Ampliamento delle capacità di sistemazione notturna dei senzatetto e creazione di ulteriori centri di accoglienza durante la stagione fredda

Situazione iniziale: Come sopra indicato, le attuali capacità di sistemazione per i senzatetto e le persone prive di alloggio non sono più sufficienti. Inoltre, durante la stagione fredda, mancano centri di accoglienza nei quali i senzatetto possano ricevere l'assistenza minima. Un problema deriva anche dalla situazione giuridica, in base alla quale l'assistenza ai senzatetto rientra nella sfera di competenza dei Comuni. Questi concentrano dunque per lo più le proprie prestazioni su casi problematici del Comune stesso. Nelle città di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico, così come nei Comuni più grandi, confluiscono però anche senzatetto che provengono da altri Comuni o dall'estero. La loro assistenza è quella più a rischio.

Misure:

- Nelle città di Bolzano, Bressanone, Merano e Brunico e nei Comuni maggiori si dovrebbero ampliare le offerte esistenti di sistemazione dei senzatetto con il sostegno della Provincia (in particolare nel caso dell'accoglienza di senzatetto non residenti nel Comune, la Provincia offrirà il proprio supporto nel quadro di un programma speciale).
- Inoltre, si dovrà promuovere nelle città e nei maggiori Comuni la creazione di locali riscaldati o che servono bevande calde in cui i senzatetto possano rifugiarsi soprattutto durante la stagione fredda e ricevere l'assistenza minima.
- Per le persone, che oltre ad essere senzatetto, presentano altre gravi difficoltà (ad es. alcolismo, dipendenza da droghe ecc.) si dovrebbero approntare sistemazioni separate e specifiche per il singolo problema.

Tempi: Periodo di validità del Piano.

Risorse: Sono necessarie ulteriori risorse.

Competenze: I Comuni in collaborazione con gli enti gestori territoriali dei servizi sociali e con il sostegno della Ripartizione provinciale Servizio sociale

11 Previdenza integrativa

La previdenza sociale integrativa rientra nella sfera di competenza legislativa della Regione Autonoma Trentino-Alto Adige. Concretamente, la potestà legislativa nel campo della previdenza e della sicurezza sociale si riferisce all'integrazione delle misure previdenziali statali nel campo della maternità, della disoccupazione, dell'invalidità e della sicurezza sociale degli anziani a tutela dei lavoratori. Le prestazioni della previdenza integrativa poggiano per lo più su un rapporto assicurativo e possono essere:

- Estensione delle prestazioni erogate per la maternità alle persone senza assicurazione sociale (assegno di natalità e assegno di cura) dietro il versamento di un contributo assicurativo;
- Integrazione delle prestazioni statali (ad. es. l'assegno integrativo al nucleo familiare per le famiglie numerose, l'indennità di disoccupazione per i lavoratori frontalieri con contratto stagionale, l'assegno di mobilità anche in caso di piccole aziende, l'aumento della pensione in seguito all'equiparazione con gli ex combattenti);
- Rimborso parziale dei contributi per la assicurazione di invalidità e vecchiaia (ad es. sussidio per l'assicurazione obbligatoria dei coltivatori diretti che lavorano in condizioni difficili, sussidio per l'assicurazione volontaria di invalidità e vecchiaia delle persone casalinghe);
- Pensione d'anzianità autonoma dietro il versamento di contributi per l'assicurazione di invalidità e vecchiaia per le persone (donne e uomini) che non percepiscono una propria pensione d'anzianità.

11.1 Obiettivi della previdenza sociale integrativa

La previdenza integrativa della Regione assume la maggiore rilevanza dove la previdenza statale tutela solo in modo insufficiente dal rischio sociale. Per tale ragione deve adeguarsi costantemente ai mutamenti delle condizioni generali di vita e della previdenza statale, ad es. rafforzando le disposizioni pensionistiche, la partecipazione alle spese sanitarie, ai costi assistenziali ecc.

In tale spirito la Regione attua le seguenti misure legislative:

- sovvenzioni più marcate ed efficaci alle famiglie a basso reddito, estensione dell'assegno di cura fino al secondo anno di vita e una determinazione più oggettiva delle condizioni economiche delle famiglie;
- Adeguamento della pensione regionale alle persone casalinghe alle condizioni modificate dalla riforma statale delle pensioni, recuperando i contributi assicurativi per la pensione esistenti e riconoscendo come contributi i periodi dedicati alla cura dei figli e all'assistenza;
- Introduzione di una copertura previdenziale obbligatoria per non autosufficienti.
- Incentivazione della rendita aggiuntiva, ai sensi del decreto legge statale n. 124/1993, sotto forma di un aiuto finanziario iniziale per la gestione del fondo.

- Creazione di un istituto di previdenza autonomo per una migliore amministrazione di tutte le misure previdenziali della Regione e per la successiva assunzione di misure previdenziali che oggi spettano agli istituti di assicurazione sociale INPS e INAIL, per una regolamentazione organica della previdenza e dell'assicurazione sociale statale e regionale. Il sistema pensionistico generale, destinato ad una sempre maggiore internazionalizzazione, difficilmente sarà sufficientemente flessibile da poter essere adeguato alle condizioni locali. La competenza di Regione e Provincia si concentrerà piuttosto sull'assunzione delle ulteriori misure previdenziali, attualmente ancora amministrato dallo Stato, come la pensione di invalidità, gli assegni familiari, il sussidio di disoccupazione e il conguaglio salariale, la pensione sociale ecc., collegandole da un punto di vista organizzativo e rendendole più a misura di cittadino.

In tal senso la Regione negli ultimi anni ha previsto le seguenti misure previdenziali per il sostegno alle famiglie, la tutela degli anziani e per le situazioni di disoccupazione, infortunio e malattia:

Famiglia	Pensione	Malattia Infortunio	Disoccupazione
Assegno di natalità	Pensione di vecchiaia	Indennità degenza ospedaliera	Indennità di mobilità
Assegno di cura	Sostegno prosecuzione volontaria casalinghe	Indennità infortuni domestici	Assegno di disoccupazione per frontalieri
Assegno al nucleo familiare	Sostegno contribuzione coltivatori diretti	Silicosi Asbestosi	
	Assegno agli ex combattenti	Sordità professionale	
	Recupero dei periodi di assicurazione all'estero		

11.2 Conseguenze per le misure assistenziali della Provincia

Le misure regionali della previdenza integrativa implicano quanto segue per la politica assistenziale della Provincia:

- In base all'art. 6 dello Statuto di autonomia, la Regione può integrare la legislazione statale nel settore della previdenza sociale e delle assicurazioni sociali.
- Esiste un diritto soggettivo alla previdenza e alle prestazioni di sicurezza sociale. Le prestazioni di assistenza sociale degli enti gestori territoriali, approntate sulla base delle leggi provinciali in materia, sono subordinate alle prestazioni della previdenza integrativa della Regione. Concretamente, la Provincia e gli altri enti gestori di assistenza sociale vincolano le proprie prestazioni alla condizione che le offerte della previdenza integrativa siano completamente esaurite. Devono essere tuttavia considerati anche i contributi assicurativi versati e futuri quale onere per l'acquisizione della prestazione previdenziale.
- Ai fini di un'assicurazione sociale ottimale è opportuno, laddove necessario, investire nella previdenza attraverso l'assistenza economica sociale, riprendendo nel quadro dell'assistenza economica sociale, del tutto o in parte, i contributi di assicurazione sociale p. es. per la pensione di anzianità regionale.
- Non solo è necessario collaborare con la gestione della previdenza integrativa ma anche con gli uffici amministrativi dell'INPS. In tal senso è opportuno un accordo tra l'INPS, i Comuni e le comunità comprensoriali e le aziende per i servizi sociali, per concordare il sito di un ufficio esterno dell'INPS e per valutare ed esaminare i criteri a tal fine validi, ad es. per la determinazione del sito della sede distrettuale o della sede amministrativa. La decisione dell'INPS sull'apertura o la chiusura di un ufficio amministrativo nonché su quali servizi debbano essere decentrati, dipende fra l'altro dalla presenza di altri centri di servizi di natura analoga e non da ultimo dalla partecipazione o meno alle spese da parte di un Comune.

12 COPERTURA PREVIDENZIALE PER NON AUTOSUFFICIENTI

Le iniziative della Regione e delle Province autonome di Bolzano e Trento per l'istituzione di una copertura previdenziale per non autosufficienti. Dato che il fabbisogno assistenziale e dunque anche le spese per tale settore nei prossimi anni aumenteranno in modo evidente a causa del notevole invecchiamento della popolazione (si veda anche la sezione „Anziani“ nel capitolo “Misure per i diversi gruppi”), si rende necessario garantire tempestivamente la copertura delle crescenti spese in questo settore. Non da ultimo ai fini di un rafforzamento della responsabilità personale, è opportuno organizzare questa copertura con un'adeguata partecipazione da parte degli interessati, in base al principio assicurativo o dei tributi ad hoc.

Nel rispetto delle competenze della Regione nel campo della previdenza e dell'assicurazione sociale, la Regione intende introdurre, ad integrazione della previdenza obbligatoria sanitaria e pensionistica, una copertura previdenziale obbligatoria per non autosufficienti a favore della popolazione residente nella Regione. Poiché nella passata legislatura non è stato possibile realizzare tale progetto per la mancanza di informazioni certe sui piani di riforma per la riorganizzazione dello stato sociale e del sistema tributario a livello statale, la Regione mette a disposizione delle Province un fondo perché eseguano lavori preparatori in materia di copertura previdenziale per non autosufficienti.

In questo senso si insiste nella richiesta di una copertura previdenziale stabilita per legge, e specificatamente sulla scorta di modelli già praticati (in Germania dal 1994), già introdotti (Lussemburgo dal 1.1.1999) o discussi negli altri paesi dell'Unione Europea. Sono considerate non autosufficienti tutte le persone “affette da malattie o minorazione irreversibili, che abbiano determinato l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, da cui derivi la necessità di un'assistenza continua” (cfr. cap. II, art. 5 della bozza di legge regionale del 17.01.1997, n. 63/XI).

Le prestazioni pecuniarie dipendono dal grado di non autosufficienza. Devono, indipendentemente dalla situazione economica e familiare individuale, garantire la copertura delle spese standard per le prestazioni assistenziali, rese necessarie dallo stato di non autosufficienza, ma non coperte da altre misure pubbliche. Obiettivo primario delle prestazioni è consentire alla persona non autosufficiente di rimanere nella propria famiglia. Si dovrà inoltre privilegiare l'assistenza in una struttura diurna rispetto alla sistemazione in un centro di degenza.

Sezione E

Finanziamento

13 FINANZIAMENTO

13.1 Finanziamento dei servizi sociali

In linea di principio, i servizi sociali sono finanziati attraverso quattro vie:

- mezzi finanziari della Provincia (Fondo sociale provinciale),
- mezzi finanziari dei Comuni,
- mezzi propri degli enti gestori indipendenti dei servizi sociali per donazioni o beni proprie
- contributi degli utenti che richiedono prestazioni dei servizi sociali, oppure contributi dei parenti tenuti agli alimenti
- creazione di fondi.

Gli enti gestori privati dell'assistenza sociale (v. capitolo 5) sono finanziati con mezzi pubblici; tuttavia, per l'erogazione delle prestazioni offerte, si servono anche di attrezzature e di mezzi propri. Le leggi sul finanziamento degli enti gestori privati prevedono che, nelle richieste di contributi dell'ente pubblico, si tenga conto delle attrezzature e dei mezzi propri utilizzati.

13.2 Principi del finanziamento delle prestazioni sociali

Al finanziamento delle prestazioni del servizio sociale si applicano i seguenti principi:

- Il finanziamento del servizio sociale, se possibile, deve avvenire tramite trasferimenti in denaro agli stessi utenti. Questi ultimi devono avere la possibilità di acquistare direttamente le prestazioni di cui hanno bisogno, nei limiti dell'offerta disponibile. Tramite questo principio di controllo, si deve raggiungere, a medio termine, uno sviluppo dell'offerta orientata alle esigenze dell'utenza, sulla base dei bisogni.
- Per il ricorso ai servizi sociali vale il principio che tali servizi non sono interamente gratuiti ma che gli utenti devono contribuire in misura ragionevole al finanziamento delle prestazioni. Questo principio mira ad ottenere una maggiore attenzione per i costi, anche da parte degli utenti.

13.3 Il Fondo sociale provinciale

Da quando è avvenuto il riordino dei servizi sociali (a partire dall'esercizio finanziario 1992) il finanziamento dei costi dell'assistenza sociale pubblica avviene tramite il Fondo sociale provinciale. Questo rappresenta un'apposita sezione del bilancio provinciale e comprende in particolare i seguenti capitoli di spesa¹¹⁷:

- finanziamento delle attività della Provincia
- finanziamento delle attività delegate ai Comuni nell'ambito dei servizi sociali
- concessione di contributi per l'attività dei Comuni (ai sensi della legge del 6 dicembre 1971, n. 1044 e della legge provinciale dell'8 novembre 1974, n. 26, modificata con la legge provinciale del 26 luglio 1978, n. 45)
- concessione di contributi a enti pubblici e privati che svolgono funzioni dei servizi sociali o che supportano ed integrano la loro attività.

¹¹⁷Cfr. art. 29 della Legge provinciale n. 13, del 30 aprile 1991.

Nell'ambito del Fondo sociale provinciale le spese correnti e quelle per gli investimenti sono indicate separatamente. I finanziamenti agli enti gestori per la copertura delle spese correnti per le funzioni delegate nell'ambito dei servizi sociali, sono suddivisi dalla Giunta provinciale. I finanziamenti per le spese d'investimento sono assegnati dalla Giunta provinciale in base a programmi annuali e pluriennali. La Giunta provinciale può tenere pronto il 10% delle risorse del Fondo sociale provinciale per oneri imprevisti. Qualora i finanziamenti assegnati agli enti gestori non siano impiegati per la finalità rispettivamente prevista, essi vengono riportati con impegno nel bilancio dell'esercizio successivo.

13.3.1 Stanziamenti per gli enti gestori territoriali

13.3.1.1. Spese correnti

Gli enti gestori (pubblici) territoriali dei servizi sociali inoltrano una volta l'anno (entro fine luglio) all'Assessore competente per il settore sociale i programmi di attività e di spesa per l'anno successivo, secondo uno schema predisposto dalla Giunta provinciale. Entro fine gennaio gli enti gestori trasmettono una distinta delle spese dell'anno precedente sulla base di schede di rilevazione approvate dalla Giunta provinciale.

L'assegnazione di finanziamenti agli enti gestori avviene anticipatamente in relazione al fabbisogno finanziario trimestrale ed allo stato di cassa. I finanziamenti assegnati devono essere iscritti nei bilanci di previsione degli enti gestori come capitoli di entrata e di spesa.

Gli enti gestori dei servizi sociali delegati (Comuni, aziende per i servizi sociali o comunità comprensoriali) allegano al conto consultivo una relazione dettagliata dei risultati conseguiti, nonché una distinta delle spese sostenute.

13.3.1.2 Investimenti

Il piano di investimenti del settore sociale viene varato dalla Giunta provinciale, previa consultazione della Consulta provinciale per l'assistenza sociale in base ai piani triennali di investimento (delle comunità comprensoriali), redatti secondo le indicazioni della Giunta provinciale.

Nell'esecuzione dei piani di investimento devono essere rispettati i seguenti criteri:

- le dimensioni e la dotazione delle strutture da allestire devono essere in linea con gli obiettivi e gli standard assistenziali previsti dal Piano sociale provinciale e dai piani di settore.
- Le caratteristiche qualitative delle strutture e della loro dotazione devono soddisfare almeno gli standard minimi, previsti dalle norme stabilite a livello provinciale.
- Gli investimenti devono garantire l'adeguamento della dotazione strumentale al livello attuale dello sviluppo tecnologico.
- Gli investimenti dovrebbero anche offrire il necessario margine di azione per soddisfare nuove esigenze, come previsto per i progetti straordinari di interesse provinciale al livello delle comunità comprensoriali, nonché per i progetti pilota nell'ambito dello sviluppo dell'organizzazione e dell'assicurazione qualità.

13.3.1.3 Quota di finanziamento

Secondo l'articolo 2, comma 2 lettera g della legge provinciale 30 aprile 1991 n. 13 e successive modifiche, il piano sociale prevede la misura e l'utilizzo dei mezzi finanziari a disposizione, così come il grado di copertura delle spese degli enti gestori, che è da assicurare oltre alle provvidenze finanziarie previste dall'art. 29, comma 1 lettera b).

Come è noto, la legge provinciale del 30 aprile 1991, n. 13 ha portato a un chiarimento delle competenze della Provincia e dei Comuni nel settore della "pubblica assistenza e beneficenza", riconoscendo alcuni compiti come compiti di competenza stessa dei Comuni, altri come delegati dalla Provincia ai Comuni. I compiti delegati sono finanziati dalla Provincia con le seguenti quote di copertura:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| a. servizio di aiuto domiciliare | Spese correnti 70% |
| b. Case di riposo e centri di degenza | Investimenti 70% tramite contributi |

Le quote di finanziamento presentate rispecchiano le quote di finanziamento all'entrata in vigore della legge provinciale 30 aprile 1991 e relative modifiche e devono essere mantenute così anche per il periodo di validità del piano.

Gli ulteriori compiti delegati vengono totalmente finanziati dalla Provincia.

13.3.2 Stanziamenti per le istituzioni convenzionate

La Provincia, i Comuni, le aziende per i servizi sociali e le comunità comprensoriali possono affidare in gestione anche a privati i servizi sociali di loro competenza. A tale scopo vengono stipulate tra gli enti gestori pubblici e privati degli appositi accordi (convenzioni). Nell'ambito di tali accordi l'ente gestore privato s'impegna ad erogare prestazioni sociali, mentre l'ente gestore pubblico si incarica di stanziare i necessari finanziamenti, in modo da coprire totalmente le spese necessarie. In futuro gli stanziamenti rispecchieranno maggiormente le prestazioni (sistema delle tariffe).

13.3.3 Contributi ad associazioni ed iniziative pubbliche e private

Le associazioni ed iniziative pubbliche e private impegnate nel campo sociale, offrendo esse stesse determinate prestazioni o attivandosi nel settore della prevenzione, possono ricevere contributi dalla Provincia per il sostegno di tali attività. Si sovvenzionano sostanzialmente associazioni, fondazioni, cooperative o altre istituzioni private, attive nel campo dei servizi sociali, senza fini di lucro e che rispettano le finalità dei programmi a livello provinciale, di comunità comprensoriale e di distretto¹¹⁸. Vale il principio in base al quale l'iniziativa privata stessa deve procurare una determinata percentuale dei mezzi finanziari necessari. E' possibile un contributo finanziario massimo dell'85 % delle spese riconosciute (spese correnti ed investimenti). In base al principio della sovvenzione contributiva non è previsto un finanziamento totale. Si finanziano in linea di massima le seguenti attività¹¹⁹:

- gestione di servizi sociali,
- gestione di colonie, campi e case di villeggiatura,
- attività per la tutela della convivenza e promozione dei rapporti sociali,
- attività di club, iniziative per il tempo libero, iniziative di educazione sociale e soggiorni di villeggiatura,
- realizzazione di progetti per la promozione di nuove forme di assistenza,
- realizzazione di attività di consulenza e patronato nonché unioni a favore di gruppi di persone particolarmente bisognose di aiuto a livello sociale,
- realizzazione di iniziative finalizzate all'informazione e alla sensibilizzazione

¹¹⁸Cfr. art. 20 della legge provinciale 30 aprile 1991 n. 13 e successive modifiche.

¹¹⁹Cfr. art. 20 della legge provinciale 30 aprile 1991 n. 13 e successive modifiche.

- della popolazione su temi di interesse sociale,
- realizzazione di corsi di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale e dei volontari e volontarie,
 - realizzazione di studi scientifici nel campo dei servizi sociali,
 - realizzazione di iniziative di autoaiuto,
 - affitto di beni immobili,
 - acquisto, costruzione, ristrutturazione, opere di miglioria e manutenzione di immobili utilizzati ai fini dell'assistenza sociale nonché acquisizione e riparazione di mobili, impianti, mezzi di trasporto e altra attrezzatura necessaria per l'espletamento dell'attività sociale.

13.3.4 Riforma della procedura di assegnazione di contributi

Nel 1996/97, nell'ambito di un gruppo di lavoro a livello provinciale ("Omogeneizzazione dei criteri di assegnazione"), che riuniva rappresentanti dei servizi sociali e sanitari, e con la sistematica consulenza dell'Istituto di gestione amministrativa di Innsbruck (*Institut für Verwaltungsmanagement*), si è intrapresa una riforma della procedura di assegnazione dei contributi provinciali.

La revisione della procedura di assegnazione dei contributi si era resa necessaria per molteplici ragioni. L'assegnazione dei contributi si basava finora su una varietà di leggi e delibere settoriali della Giunta provinciale, in base alle quali i singoli uffici hanno potuto erogare contributi. Ciò rende difficile un finanziamento coordinato, rispondente a criteri unitari. Inoltre, la cosiddetta "Legge sulla trasparenza" richiede che il rispetto dei criteri e delle modalità fissati per la concessione di contributi pubblici e altri incentivi a enti pubblici e privati emerga chiaramente dai singoli atti amministrativi¹²⁰. Un ulteriore impulso per la revisione della procedura di assegnazione dei contributi è rappresentato dalla riduzione dei mezzi a causa del numero crescente di aspiranti a finanziamenti e contributi. Era infine necessario controllare meglio l'adeguatezza delle prestazioni finanziate rispetto al fabbisogno.

La revisione della procedura di assegnazione dei contributi mirava a:

- stabilire criteri unitari e trasparenti di assegnazione dei contributi
- finanziamenti più mirati e commensurati al fabbisogno sulla base di priorità ben definite nell'ambito di una pianificazione provinciale coordinata
- miglioramento del controllo per raggiungere un impiego più efficiente degli incentivi
- in futuro i criteri di qualità dovranno rivestire una maggiore importanza nell'assegnazione dei contributi
- nei prossimi tre anni verrà elaborata una procedura di valutazione ai fini della definizione degli standard qualitativi.

La procedura, attualmente in fase di preparazione, deve essere rielaborata con gli enti gestori indipendenti e fare maggiore riferimento ai criteri di qualità.

Definizione delle priorità di finanziamento in base al fabbisogno

¹²⁰ Cfr. legge provinciale n. 17/1993.

La Giunta provinciale definirà con un regolamento di esecuzione entro il triennio 1999-2001 i fattori di ponderazione per il finanziamento dei diversi settori di attività nonché le quote di finanziamento per le varie attività. Le ponderazioni faranno riferimento alle priorità generali (intersectoriali), stabilite nel Piano sociale provinciale. Affinché si possano fissare le priorità comuni ai diversi settori in modo preciso e commensurato allo scopo, è necessario uniformare i piani specifici nei diversi settori dei servizi sociali (assistenza agli anziani, ai disabili, ai bambini, ai giovani e alla famiglia) nella loro sistematica. Per definire e coprire i fabbisogni si devono sviluppare criteri trasparenti e comparabili, per consentire di identificare la necessità di recupero in settori finora trascurati e di motivare oggettivamente gli stanziamenti delle conseguenti risorse.

13.3.5 Il finanziamento dopo il trasferimento delle competenze amministrative ai Comuni

Nel medio periodo si avrà il trasferimento delle competenze amministrative - ora meramente delegate - ai Comuni nell'ambito del riordino dei servizi sociali¹²¹. In questo modo si dovranno modificare anche le modalità di finanziamento del settore sociale. Si prevede a medio termine che le spese in ambito sociale vengano coordinate mediante finanziamenti dai Comuni. Questa radicale modifica richiede un'adeguata preparazione di tutti gli interessati (Provincia, Comuni, comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali, enti gestori privati), in modo che gli stessi standard assistenziali attualmente esistenti in ambito sociale possano continuare ad essere garantiti a tutti i cittadini e cittadine dell'intera provincia e che, dove necessario, possano essere ulteriormente potenziati. In nessun caso si dovrà pervenire, sulla spinta della prevista crescente penuria di risorse (o rincaro delle voci di costo), ad economie di spesa in ambito sociale episodiche e disomogenee. Il decentramento dovrebbe piuttosto portare allo sfruttamento mirato dei potenziali esistenti di razionalizzazione e ad una mobilitazione delle nuove risorse presenti a livello locale.

Il nuovo modello di finanziamento è attualmente in fase di elaborazione. Esso prevede l'assegnazione in base ad una quota pro capite ponderata. Essa include (in base al capoverso 29 della L. P. n. 13 del 30 aprile 1991) i seguenti criteri: popolazione residente, situazione ambientale, sociale ed economica del territorio, presenza (anche) di servizi multizonali nel territorio di competenza e obiettivi del Piano sociale provinciale e delle relative leggi provinciali, in riferimento alle persone residenti sul territorio dell'ente gestore (Comune o comunità comprensoriale). La procedura presuppone che i costi per l'assistenza degli utenti dei cosiddetti servizi multizonali che sono assistiti in strutture non situate nel loro territorio di provenienza, siano conteggiati fra gli enti gestori. Le spese per i servizi multizonali vengono assegnati, in aggiunta alla quota capitaria, alle comunità comprensoriali che li gestiscono. Questo significa che un ente gestore ha facoltà di acquistare da un altro ente posti o prestazioni assistenziali, oppure di vendere ad altri le proprie capacità.

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo di questo modello di finanziamento va considerato che il bacino di utenza di un ente gestore può presentare particolarità, consolidate dalla tradizione o specificità di natura strutturale che possono comportare costi sociali più o meno elevati, non considerati dal concetto della quota pro capite. Essi possono essere ad esempio rappresentati dalla tradizionale maggiore presenza di determinati servizi o prestazioni. Possono però interferire anche altri fattori, come ad esempio la diversa diffusione di determinati problemi sociali nei centri urbani e nelle aree rurali o anche la presenza di zone depresse (per es. dipendenza dall'assistenza sociale, problema droga, criminalità minorile, ecc.). Anche la densità degli insediamenti e l'estensione di un territorio si riflettono sui costi per la predisposizione di un livello assistenziale omogeneo. A medio termine si dovrebbe quindi creare, in base a un'analisi differenziata dei flussi finanziari degli anni precedenti, un

¹²¹Cfr. art. 10 della Legge provinciale n.13 del 30 aprile 1991.

modello pluridimensionale di indicatori ai fini di una ripartizione dei finanziamenti tra gli enti territoriali che tenga conto delle condizioni menzionate.

13.3.6 Misura

L'attuazione delle misure descritte nel prosieguo deve avvenire secondo le seguenti priorità:
A = molto urgente, B = urgente, C = meno urgente

Priorità	misura
A	a) Elaborazione di un programma di finanziamento delle funzioni delegate in ambito sociale dopo il loro trasferimento ai Comuni

a) Elaborazione di un programma di finanziamento delle funzioni delegate in ambito sociale dopo il loro trasferimento ai Comuni

Misura: A livello provinciale viene insediato un gruppo di lavoro preposto all'elaborazione di un nuovo modello di finanziamento delle funzioni delegate o trasferite ai Comuni in ambito sociale. Al gruppo di lavoro devono partecipare rappresentanti della Provincia, dei Comuni, delle comunità comprensoriali e degli enti gestori privati. Obiettivo è l'elaborazione di indicatori e di una procedura per l'assegnazione dei finanziamenti ai Comuni ed alle comunità comprensoriali che non si fondi solo sulla quota pro capite, bensì contenga anche indicatori che considerano sia il diverso grado di intensità di determinate problematiche sociali nei singoli Comuni e comunità comprensoriali, che le strutture tradizionalmente presenti. Vanno soprattutto considerate in proposito le diverse esigenze delle aree rurali rispetto ai centri urbani.

Risorse: non sono necessarie ulteriori risorse.

Tempi: il gruppo di lavoro dovrà essere insediato nell'arco del 2000 e presentare i suoi risultati entro la fine del 2002.

Competenze: Ripartizione provinciale Servizio sociale in collaborazione con i Comuni, le comunità comprensoriali e gli enti gestori privati.

13.4 Fabbisogno finanziario per il triennio 2000 - 2002

Nel calcolo delle risorse necessarie per la realizzazione di questo piano sono da considerare i piani settoriali (Assistenza anziani 2001 – approvato con delibera n. 5040 del 6 ottobre 1997 - Programma psichiatria – approvato con delibera 711 del 4 marzo 1996 - Interventi nel settore delle dipendenze – approvato con delibera n. 1240 del 30 marzo 1998-). I calcoli si riferiscono alle misure del piano e devono essere ulteriormente concretizzati in dettaglio nei piani di settore e nei progetti. Va inoltre considerato che - in considerazione delle ampie riforme indotte dal riordino dei servizi sociali e che viene continuato con il presente Piano sociale - non ci si potrà limitare a stanziare di anno in anno le stesse risorse in bilancio.

Devono essere introdotti nuovi modelli di gestione e di finanziamento, che si distacchino dalla meccanicistica logica di bilancio delle amministrazioni tradizionali e che consentano di fare fronte alle crescenti sfide sociopolitiche, con lungimiranza macroeconomica (in modo da non perdere mai di vista la cura dell'interesse pubblico) e ragionevolezza microeconomica (ai fini di un impiego possibilmente efficiente delle risorse).

13.4.1 Fabbisogno finanziario della Provincia

Fondo sociale/Provincia

Spese correnti	1999	2000	2001	2002
Invalidi civili	106.000	115.000	120.000	125.000
Servizi delegati	115.000	141.000	161.000	164.000
Assistenza ec. sociale	14.000	16.000	16.000	17.000
Contributi	23.000	25.000	26.000	26.000
Provincia	4.000	5.000	5.000	5.000
Totale	262.000	302.000	328.000	336.000

Investimenti	1999	2000	2001	2002
Comunità comprensoriali	12.000	19.000	20.000	24.000
Assistenza agli anziani*	38.000	52.000	61.000	74.000
Contributi	34.000	36.000	38.000	38.000
Totale	84.000	107.000	119.000	136.000

*Di cui dal bilancio regionale:

Assistenza agli anziani*	18.000	33.000	30.000	38.000
--------------------------	--------	--------	--------	--------

13.4.2 Fabbisogno finanziario dei Comuni

Spese correnti/Comuni

Tipo di spesa:	1999	2000	2001	2002
Asili nido	4.000	4.000	4.500	5.000
Assistenza agli anziani	15.000	17.000	20.000	24.000
Assistenza domiciliare	3.000	4.500	5.000	5.000
Gruppi marginali	1.000	1.500	2.000	2.000
Totale	23.000	26.000	31.500	36.000

Investimenti/Comuni

Tipo di investimenti	1999	2000	2001	2002
Assistenza agli anziani	14.000	54.000	50.000	60.000
Asili nido	1.000	2.000	3.000	4.000
Gruppi emarginati	3.000	3.000	3.000	3.000
totale	18.000	59.000	56.000	67.000

13.4.3 Fabbisogno generale

Fabbisogno finanziario/Fondo sociale

Anno	Spese correnti		Spese per investimenti	
	Provincia	Comuni	Provincia	Comuni
1999	262.000	23.000	84.000	22.000
2000	302.000	26.000	107.000	59.000
2001	328.000	31.500	119.000	56.000
2002	336.000	36.000	136.000	67.000