



Relazione sociale 2011



RELAZIONE SOCIALE 2011

*Ripartizione Famiglia e Politiche sociali
Via C. Michael Gamper 1 - Bolzano
Tel.: 0471 41 82 00
Fax: 0471 41 82 19
E-mail: politiche.sociali@provincia.bz.it*

*Consultabile sul sito:
<http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali/servizi/pubblicazioni.asp>*

Dicembre 2011

Avvertenze

I dati della presente pubblicazione sono in gran parte il prodotto del Sistema Informativo provinciale socio-assistenziale SIPSA, gestito e coordinato dalla Ripartizione Famiglia e Politiche sociali in collaborazione con gli enti gestori dei servizi sociali.

Il Sistema è stato realizzato in collaborazione con l'ASTAT.

Nel corso dell'anno 2010 l'ASTAT ha provveduto alla riorganizzazione del sistema informativo in ambito sociale.

Un sentito ringraziamento va ai responsabili ed ai referenti SIPSA delle Comunità comprensoriali e a tutti coloro che nei servizi territoriali, pubblici e privati hanno contribuito all'effettiva raccolta dei dati, così come ai collaboratori e alle collaboratrici della Ripartizione Famiglia e Politiche sociali per il loro prezioso contributo.

Coordinamento:

Barbara Bisson

Sistema Informativo provinciale socio-assistenziale - SIPSA

Autore:

Andreas Sagner, Sozialwissenschaftliches Institut - Monaco

Supporto editoriale ed organizzativo:

Barbara Bisson

Supporto informatico:

Antonella Di Munno

Ufficio informatica geografica e statistica (9.6)

Qualora non diversamente indicato, la fonte di tutti i dati riportati è da intendersi: SIPSA 2011. Sono consentiti l'utilizzo e la riproduzione dei dati senza limitazioni, citando la fonte: Provincia autonoma di Bolzano, Ripartizione Famiglia e Politiche sociali, Relazione sociale 2011.

INDICE

1. CONDIZIONI QUADRO SOCIOECONOMICHE**1.1 Condizioni quadro sociali**

- 1.1.1 Popolazione residente per distribuzione territoriale e fascia d'età
- 1.1.2 Sviluppo demografico
- 1.1.3 Tendenze di sviluppo nella struttura dell'età
- 1.1.4 Tendenze di sviluppo nella struttura familiare

1.2 Condizioni quadro economiche

- 1.2.1 Sviluppo economico ed occupazione
- 1.2.2 Situazione reddituale e patrimoniale

2. POLITICA SOCIALE E SERVIZI SOCIALI**2.1 Indirizzi e tendenze di sviluppo della politica sociale altoatesina**

- 2.1.1 Indirizzi fondamentali e filosofia
- 2.1.2 Sviluppi recenti
- 2.1.3 Cultura socialis – Iniziativa per la promozione di una nuova cultura del sociale

2.2 Struttura organizzativa dei servizi sociali

- 2.2.1 Sintesi prospettica
- 2.2.2 Compiti dei Comuni
- 2.2.3 Compiti delle Comunità comprensoriali
- 2.2.4 Compiti della Provincia
- 2.2.5 Compiti della Regione

2.3 Strutture e servizi sociali

- 2.3.1 Assistenza sociale di base nei distretti
- 2.3.2 Servizi specializzati locali e sovralocali
- 2.3.3 Enti gestori

2.4 L'Area del Non Profit

- 2.4.1 Organizzazioni private
- 2.4.2 Il volontariato in Alto Adige
- 2.4.3 Gruppi di auto mutuo aiuto
- 2.4.4 Organizzazioni di persone direttamente interessate

3. SERVIZI E INTERVENTI TRASVERSALI**3.1 Area sociopedagogica**

- 3.1.1 Servizi e prestazioni offerte
- 3.1.2 Motivi del ricorso all'assistenza e prestazioni in sintesi
- 3.1.3 Minori

3.2 Servizi e interventi domiciliari e assistenziali

- 3.2.1 Assistenza familiare/ Assistenza informale
- 3.2.2 Assistenza domiciliare
- 3.2.3 Altre prestazioni erogate

3.3 Segretariato sociale (Infopoint)

3.4 Sintesi conclusiva e prospettive

4. FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA E MINORI

4.1 Situazione della famiglia, della prima infanzia e dei minori

- 4.1.1 Note sulla situazione attuale
- 4.1.2 La politica della famiglia in Alto Adige

4.2 Assistenza alla prima infanzia

- 4.2.1 L'offerta di assistenza in sintesi
- 4.2.2 Asili nido
- 4.2.3 Microstrutture diurne e asili nido aziendali
- 4.2.4 Servizio Tagesmutter

4.3 Assistenza all'infanzia e all'adolescenza

- 4.3.1 Strutture residenziali e centri diurni
- 4.3.2 Strutture residenziali
- 4.3.3 Istituto provinciale di assistenza all'infanzia
- 4.3.4 Centri diurni
- 4.3.5 Servizi di bassa soglia per i minori

4.4 Affidamenti familiari e adozioni

4.5 Servizi alla famiglia

- 4.5.1 Consultori familiari
- 4.5.2 Centri genitori-bambini

4.6 Servizio Casa delle donne

4.7 Offerte di consulenza agli utenti di sesso maschile

4.8 Sintesi conclusiva e prospettive

5. ANZIANI

5.1 Situazione degli anziani

- 5.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale
- 5.1.2 La politica della terza età in Alto Adige

5.2 Servizi residenziali

- 5.2.1 Case di riposo e centri degenza
- 5.2.2 Assistenza temporanea

5.3 Servizi e interventi di assistenza aperta

- 5.3.1 Centri di assistenza diurna
- 5.3.2 Alloggi per anziani
- 5.3.3 Mense per anziani

5.4 Sintesi conclusiva e prospettive

6. PERSONE CON DISABILITA'

6.1 Situazione delle persone con disabilità

- 6.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale
- 6.1.2 Politica per le persone disabili in Alto Adige

6.2 Servizi residenziali e semiresidenziali in sintesi

6.3 Servizi residenziali – assistenza residenziale

- 6.3.1 Convitti
- 6.3.2 Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo

6.4 Laboratori protetti e riabilitativi

6.5 Attività socio-assistenziali diurne

6.6 Altri interventi e servizi

- 6.6.1 Attività di sostegno in ambito scolastico
- 6.6.2 Interventi di inserimento lavorativo

6.7 Sintesi conclusiva e prospettive

7. DISAGIO PSICHICO E DIPENDENZE

7.1 Situazione del disagio psichico e delle dipendenze

- 7.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale
- 7.1.2 Gli obiettivi politici nel settore del disagio psichico e delle dipendenze

7.2 L'assistenza alle persone con malattie psichiche

- 7.2.1 L'assistenza in sintesi
- 7.2.2 Comunità alloggio
- 7.2.3 Servizi di riabilitazione lavorativa
- 7.2.4 Centri diurni

7.3 L'assistenza alle persone con dipendenze

- 7.3.1 Servizi dell'area sanitaria
- 7.3.2 Servizi sociali – Comunità alloggio e strutture lavorative
- 7.3.3 Altri servizi e progetti sociali

7.4 Sintesi conclusiva e prospettive

8. DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE

8.1 Immigrazione

- 8.1.1 Cittadini extracomunitari
- 8.1.2 Richiedenti asilo e profughi

8.2 Sinti e Rom

8.3 Senza dimora

8.4 Ex-detenuti**8.5 Sfruttamento della prostituzione****9. TRASFERIMENTI PUBBLICI****9.1 Povertà e debolezza reddituale in Alto Adige**

9.1.1. Concetti di povertà

9.1.2. Dimensioni del fenomeno povertà

9.2 Assistenza economica sociale

9.2.1. Principi informativi e tipologie di prestazioni

9.2.2. Spesa per l'assistenza sociale

9.2.3. Ricorso all'assistenza (indici di assistenza economica)

9.2.4. Caratteristiche dei beneficiari delle prestazioni

9.2.5. Motivi del ricorso all'assistenza economica

9.3 Sussidio casa**9.4 Indebitamento delle famiglie****9.5 Prestazioni a invalidi civili, ciechi e sordi**

9.5.1. Principi organizzativi e tipologie di prestazione

9.5.2. Spesa

9.6 Sintesi conclusiva e prospettive**10. PREVIDENZA INTEGRATIVA REGIONALE E PROVINCIALE****10.1 La previdenza integrativa**

10.1.1 Principi informativi della previdenza integrativa

10.1.2 Bilancio delle prestazioni

10.2 La copertura della non autosufficienza**10.3 Sintesi conclusiva e prospettive****11. IL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI E L'ATTIVITA' DEL VOLONTARIATO****11.1 Dotazione di personale in sintesi****11.2 Caratteristiche del personale****11.3 Formazione e aggiornamento professionale****11.4 Volontari, tirocinanti e operatori del servizio civile volontario**

- 12. IL FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI**
 - 12.1 Struttura e sviluppo della spesa**
 - 12.2 Entrate e uscite degli enti gestori dei servizi sociali pubblici**

- 13. OFFERTA IN SINTESI E ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE PROVINCIALE**
 - 13.1 Indicatori di riferimento per il sociale**
 - 13.2 Indicatori strutturali generali**

1. CONDIZIONI QUADRO SOCIOECONOMICHE

La struttura e lo sviluppo demografico e del mercato del lavoro costituiscono due pilastri centrali per la politica sociale della provincia. Essi forniscono importanti informazioni di base sulle condizioni di parità e sui processi di sviluppo rilevanti sul piano sociale con cui la politica sociale deve confrontarsi, e vanno quindi anzitutto sinteticamente descritti.

1.1 CONDIZIONI QUADRO SOCIALI

1.1.1 Popolazione residente per distribuzione territoriale e fascia d'età

Alla fine del 2010 risultavano residenti in Alto Adige, su una superficie di circa 7.400 chilometri quadrati, 507.595 persone, con una densità abitativa media di 68,6 abitanti per chilometro quadrato. La distribuzione spaziale della popolazione sul territorio provinciale è però assai disomogenea. Nei comuni urbani vive il 43,6% della popolazione, il 20,5% nel solo capoluogo provinciale di Bolzano. Più di metà (56,4%) abita in uno dei 109 comuni rurali, quelli cioè con meno di 10.000 abitanti. La densità abitativa di gran lunga più alta è quella registrata a Bolzano, con circa 1.988 abitanti per chilometro quadrato. Seguono ben distanziate le Comunità comprensoriali dell'Oltradige-Bassa Atesina (169,7), del Burgraviato (75,5) e della Val d'Isarco (72,9).

Varia fortemente anche la dimensione media dei comuni delle otto Comunità comprensoriali. In Val Venosta e in Val Pusteria i comuni presentano dimensioni sensibilmente inferiori alla media provinciale (senza tener conto di Bolzano). Peraltro appaiono fortemente caratterizzate dalla presenza di comuni piccoli anche le Comunità comprensoriali del Burgraviato e dell'Oltradige-Bassa Atesina. Sensibili disequaglianze si osservano altresì nella struttura per età della popolazione delle otto Comunità comprensoriali. A livello provinciale, nel 2010 il 19,8% della popolazione risultava costituito da bambini e giovani sotto i 18 anni, mentre il 17,9% era rappresentato da persone di 65 anni ed oltre. Le fasce di età inferiori ai 18 anni presentano un'incidenza particolarmente forte nelle Comunità comprensoriali di Salto-Sciliar (22,2%), della Val d'Isarco (21,6%) e della Val Pusteria (21,4%), mentre sensibilmente inferiore alla media appare la percentuale della popolazione minorenni a Bolzano (16,9%). Per contro, la popolazione anziana (65 anni e più) e molto anziana (75 anni e più) è presente in misura superiore alla media nel capoluogo provinciale (rispettivamente 22,5% e 10,9%). Lo stesso dicasi anche per il territorio di Merano, in cui la popolazione anziana raggiunge il 20,1% (il 9,4% della popolazione meranese ha già più di 74 anni).

SITUAZIONE GENERALE

DISEGUAGLIANZE
TERRITORIALI

Tabella 1.1: Popolazione residente per Comunità comprensoriale, Distretto e fascia d'età al 31.12.2010

Distretto	Classi di età in valori assoluti					Classi di età in valori %				Densità abitativa
	0-17	18-64	65-74	75+	Totale	0-17	18-64	65-74	75+	
Alta Val Venosta	3.219	10.043	1.297	1.246	15.805	20,4	63,5	8,2	7,9	21,7
Media Val Venosta	3.763	11.508	1.494	1.584	18.349	20,5	62,7	8,1	8,6	36,6
Val Venosta	6.982	21.551	2.791	2.830	34.154	20,4	63,1	8,2	8,3	27,7
Naturno e circondario	2.192	7.166	957	795	11.110	19,7	64,5	8,6	7,2	32,9
Lana e circondario	4.851	14.947	2.042	1.957	23.797	20,4	62,8	8,6	8,2	56,1
Merano e circondario	9.717	33.658	5.783	5.106	54.264	17,9	62,0	10,7	9,4	242,8
Val Passiria	1.988	5.574	683	616	8.861	22,4	62,9	7,7	7,0	28,3
Burgraviato	18.748	61.345	9.465	8.474	98.032	19,1	62,6	9,7	8,6	75,5
Oltradige	5.727	18.143	2.627	2.345	28.842	19,9	62,9	9,1	8,1	201,0
Laives-Bronzolo-Vadena	4.001	13.492	1.896	1.455	20.844	19,2	64,7	9,1	7,0	461,2
Bassa Atesina	4.898	15.215	2.050	2.127	24.290	20,2	62,6	8,4	8,8	98,3
Oltradige-Bassa Atesina	14.626	46.850	6.573	5.927	73.976	19,8	63,3	8,9	8,0	169,7
Bolzano	17.535	62.943	12.078	11.367	103.923	16,9	60,6	11,6	10,9	1.987,6
Val Gardena	2.023	5.441	968	751	9.183	22,0	59,3	10,5	8,2	83,9
Val d'Ega-Sciliar	4.354	12.399	1.734	1.550	20.037	21,7	61,9	8,7	7,7	49,2
Salto-Val Sarentino-Renon	4.329	11.774	1.626	1.337	19.066	22,7	61,8	8,5	7,0	36,7
Salto-Sciliar	10.706	29.614	4.328	3.638	48.286	22,2	61,3	9,0	7,5	46,6
Bressanone e circondario	7.761	23.134	3.076	2.807	36.778	21,1	62,9	8,4	7,6	78,4
Chiusa e circondario	3.798	10.471	1.326	1.177	16.772	22,6	62,4	7,9	7,0	63,3
Val d'Isarco	11.559	33.605	4.402	3.984	53.550	21,6	62,8	8,2	7,4	72,9
Alta Valle Isarco	3.844	12.452	1.633	1.350	19.279	19,9	64,6	8,5	7,0	29,7
Tures-Valle Aurina	2.963	8.177	1.131	951	13.222	22,4	61,8	8,6	7,2	24,4
Brunico e circondario	7.727	23.611	3.117	2.439	36.894	20,9	64,0	8,4	6,6	79,1
Alta Val Pusteria	3.341	9.666	1.242	1.398	15.647	21,4	61,8	7,9	8,9	28,5
Val Badia	2.343	6.523	911	855	10.632	22,0	61,4	8,6	8,0	26,5
Val Pusteria	16.374	47.977	6.401	5.643	76.395	21,4	62,8	8,4	7,4	39,0
TOTALE PROVINCIA	100.374	316.337	47.671	43.213	507.595	19,8	62,3	9,4	8,5	68,6

Fonte: ASTAT, elaborazione dei dati dei registri anagrafici comunali; classificazione "sociale" delle Comunità comprensoriali.

1.1.2 Sviluppo demografico

Il numero degli abitanti della provincia è cresciuto in continuazione negli ultimi decenni, a seguito di un bilancio positivo delle nascite - ci sono quindi stati più nati che morti - e a partire dall'inizio degli anni 90 anche di un saldo migratorio positivo. Nel 2002 il tasso di immigrazione netto superava per la prima volta il tasso di incremento naturale in relazione alla crescita demografica. Nel 2010 il 35,7% dell'incremento demografico doveva ascrivere all'eccedenza dei nati sui morti e il 64,3% al saldo migratorio positivo. In Italia l'incremento demografico è ormai dovuto esclusivamente al saldo migratorio positivo. Tra le varie Comunità comprensoriali si sono osservate notevoli differenze: mentre per esempio in Val Venosta la crescita demografica risultava dovuta esclusivamente alle eccedenze dei nati sui morti, a Bolzano è principalmente l'immigrazione che determina la crescita demografica.

FATTORI DI INCREMENTO
DEMOGRAFICO

Tabella 1.2: Indicatori demografici per Comunità comprensoriale al 31.12.2010

Comunità comprensoriale	Tasso di natalità ‰	Tasso di mortalità ‰	Saldo naturale per 1.000 abitanti	Saldo migratorio ‰	Saldo totale ‰
Val Venosta	10,0	8,5	1,5	-1,1	0,4
Burgraviato	10,7	7,2	3,5	9,0	12,5
Oltradige-Bassa Ates.	10,9	7,6	3,2	6,7	9,9
Bolzano	9,5	9,6	-0,1	8,7	8,6
Salto-Sciliar	11,1	7,0	4,1	1,2	5,3
Val d'Isarco	12,1	6,7	5,5	3,1	8,6
Alta Valle Isarco	11,7	7,8	3,9	4,1	8,0
Val Pusteria	10,8	6,4	4,4	2,5	6,9
ALTO ADIGE	10,6	7,7	3,0	5,4	8,4
Italia	9,5*	9,8*	-0,4	5,3	4,9
Austria	9,1	9,3	-0,1	2,5	2,4
Francia	12,8*	8,5*	4,3*	1,1*	5,4*
UE-27	10,7	9,7*	1,0*	1,8*	2,8*

Fonte: ASTAT, EUROSTAT, 2011: * Valutazione.

In base alle previsioni demografiche dell'Istituto provinciale di statistica, i due trend appena descritti (leggero incremento demografico con riduzione del peso dell'incremento naturale) si manterranno per i prossimi anni. In un prossimo futuro il saldo dei nati sui morti sarà assai probabilmente negativo. Il saldo migratorio continuerà però ad essere sensibilmente positivo, per cui perlomeno nel medio periodo si può comunque prevedere un ulteriore incremento demografico. Entro il 2021, stando alle previsioni, la popolazione potrebbe salire alle circa 527.000 unità.

1.1.3 Tendenze di sviluppo nella struttura dell'età

La struttura dell'età della popolazione altoatesina si è modificata sensibilmente negli scorsi anni. Così ad esempio il numero degli ultra64enni in Alto Adige è aumentato tra il 2000 e il 2010 di oltre un quarto (2000: 71.932; 2010: 90.884). La loro percentuale rispetto alla popolazione complessiva è salita negli ultimi 10 anni dal 15,5% al 17,9%. Dal canto suo, il numero degli ultra74enni è cresciuto nello stesso periodo del 35,2%. Determinanti per questo continuo spostamento della struttura dell'età sono da un canto l'aumento delle aspettative di vita e dall'altro il calo del tasso di natalità. Si tratta di un processo di invecchiamento che continuerà anche nei prossimi anni.

In un confronto con la situazione in Italia, il processo dell'invecchiamento demografico in Alto Adige ha tuttavia avuto finora un andamento abbastanza rallentato: prendendo a parametro la percentuale degli ultrasessantatrenni e l'indice di vecchiaia (che esprime il rapporto tra questi ultimi e la popolazione con meno di 15 anni),¹ l'Alto Adige risulta relativamente giovane in un raffronto con l'Italia nel suo complesso. Solo la Campania presenta infatti valori migliori.² Con un indice di vecchiaia di 108,8, l'Alto Adige si colloca non soltanto sensibilmente sotto la media norditaliana (155,7), ma anche sotto quella dell'Italia meridionale (122,8), che in termini demografici è la più giovane macroregione italiana. La struttura dell'età in Alto Adige si avvicina all'incirca a quella austriaca, anche se la fascia di età al di sotto dei 15 anni è ben più fortemente rappresentata in Alto Adige (16,5% a fronte di 14,9%).

¹ Vedi glossario.

² ISTAT, Indicatori demografici 2010, in: *Comunicato stampa*, 24 gennaio 2011, pag. 10. La data di riferimento è il 1/1/2011.

PREVISIONI DEMOGRAFICHE
AL 2021

TENDENZE DI SVILUPPO
FINO AD OGGI

STRUTTURA DELL'ETÀ
A RAFFRONTO

Tabella 1.3: **Struttura dell'età a raffronto, 2010³ (in % rispetto alla popolazione complessiva)**

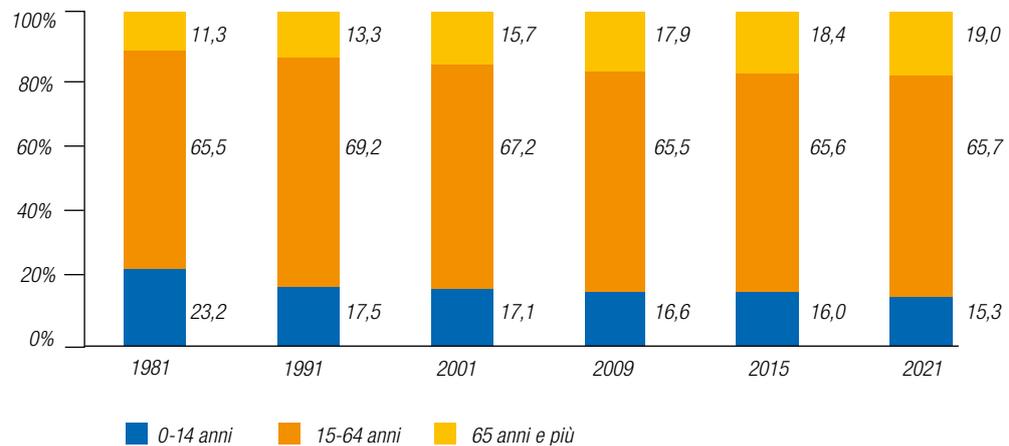
Paese	0 - 14	0 - 17	18 - 64	65+	75+
Italia	14,0	16,9	62,8	20,3	9,9
Alto Adige	16,5	19,8	62,3	17,9	8,5
Austria	14,9	18,4	64,0	17,6	8,0
Francia	18,5	22,1	61,2	16,8	8,9
UE a 27	15,6	19,2	63,6	17,2	7,9

Fonte: EUROSTAT, ASTAT, ISTAT, INSEE, Statistik Austria, 2010 ed elaborazioni SIM.

TENDENZE
DI SVILUPPO FUTURE

Nel 2021 il numero degli anziani salirà a quasi 100.000 unità. La loro percentuale (quota di vecchiaia) sulla popolazione salirà in questo modo dal 17,9% al 19,0%. Nel 2030 peraltro la quota di vecchiaia si collocherà già al 23,1%.⁴ Dal canto suo, l'indice di vecchiaia crescerà costantemente fino al 2021, passando da 108,8 (2010) a 124,7 anziani ogni 100 bambini/giovani. Non crescerà invece il cosiddetto indice di dipendenza, che esprime il rapporto - rilevantissimo sul piano economico e politico-sociale - tra i gruppi di età compresa tra 0 e 14 e pari o superiore a 65 anni e la popolazione in età cosiddetta produttiva (15-64 anni). Questo rapporto scenderà leggermente dal 53,4% nel 2010 al 52,2% nel 2021. Il numero delle persone che non svolgono attività produttiva per ogni 100 persone in età cosiddetta produttiva si mantiene più o meno costante. In altri termini, la quota di cittadini in età produttiva rimarrà fino al 2021 con grande probabilità, immutata. (dal 65,2% nel 2010 al 65,7% nel 2021). Scenderà invece sensibilmente la quota dei bambini e dei giovani (0-14 anni), che passeranno dal 16,5% al 15,3%, con una riduzione pronosticata di oltre il 4% (da 83.765 a 80.378 unità). L'aspetto di un tale sviluppo si osserva meglio in un raffronto di lungo periodo:

Grafico 1.1: **Popolazione residente per fasce di età allargate, 1981-2021 (in %) ⁵**



Ciò non toglie tuttavia che in un raffronto complessivo con l'Italia l'Alto Adige continuerà a mantenere la propria posizione anomala: stando alle più recenti proiezioni di EUROSTAT, prendendo a riferimento la quota e il quoziente di vecchiaia la provincia autonoma di Bolzano sarà non solo la provincia italiana demograficamente più giovane, ma presenterà addirittura valori migliori dell'Austria e della Francia, collocandosi un po' al di sotto della media europea (UE-27).

³ Il giorno di riferimento per l'Italia è il 1/1/2011 e quello per la Francia e per l'Austria il 1/1/2010. I dati EUROSTAT si riferiscono al 1/1/2009 (attualmente per l'Unione europea a 27 non sono disponibili dati più recenti). I dati relativi all'Alto Adige sono riferiti al 31/12/2010.

⁴ EUROSTAT (ed.), Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030 (*Eurostat Statistics in focus*, 1/2010), pag. 10.

⁵ ASTAT (ed.), La popolazione residente in provincia di Bolzano al 2021 (*ASTAT-Info 08/2010*), Bolzano 2010.

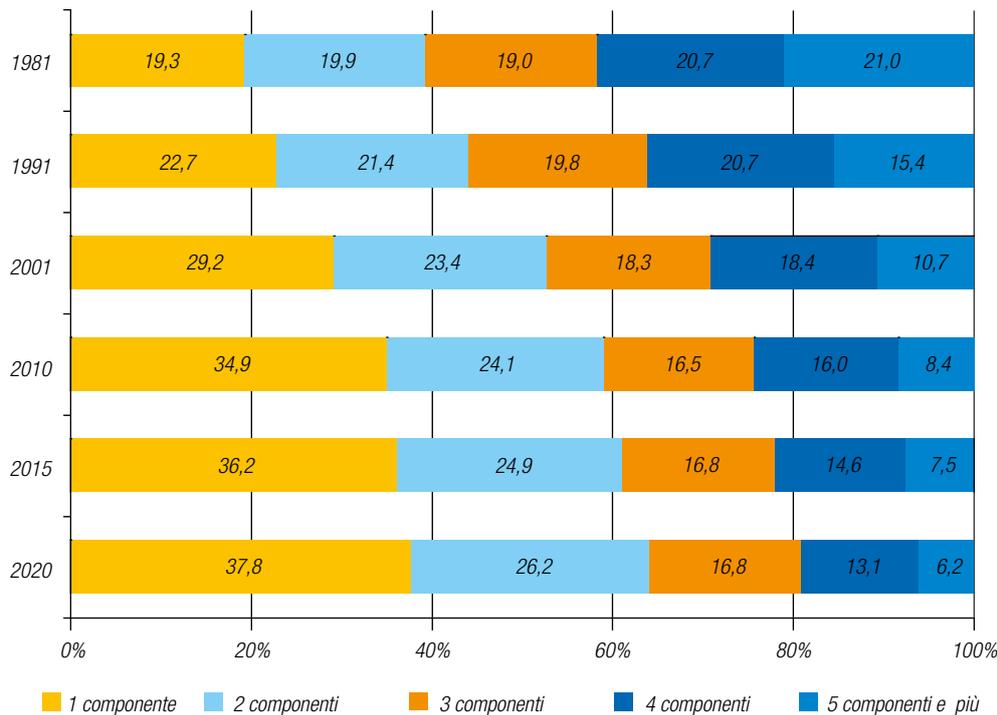
Tabella 1.4: L'invecchiamento demografico in Alto Adige a confronto, 2030 ⁶

Regione	Quota di vecchiaia (= percentuale dei 65+ rispetto alla popolazione complessiva)	Quoziente di vecchiaia (= (65+ / 15-64) * 100)
Italia	26,2	42,4
Alto Adige	23,1	36,9
Austria	23,7	38,1
Francia	23,2	39,0
UE-27	23,6	38,0

1.1.4 Tendenze di sviluppo nella struttura familiare

Negli ultimi decenni le famiglie hanno continuato a ridursi dimensionalmente. La loro dimensione media è passata dalle 3,0 persone del 1991 alle 2,4 persone del 2010. Stando alle previsioni l'ampiezza media delle famiglie è destinata a protrarsi fino a far raggiungere quota 2,2 nel 2020. La percentuale di famiglie costituite da una sola o da due persone è cresciuta costantemente a spese delle famiglie più numerose. Alla fine del 2010 le famiglie unipersonali rappresentavano il 34,9%, mentre quelle formate da due persone costituivano il 24,1% di tutti i nuclei familiari, una tendenza che proseguirà probabilmente anche nei prossimi anni, pur se in forma più attenuata.

Grafico 1.2: La famiglia per numero di componenti, 1981-2020 ⁷



Per quanto riguarda le tipologie dei nuclei familiari, la percentuale di famiglie con figli ha continuato a diminuire costantemente rispetto alle famiglie senza figli. Alla fine del 2010 il 53,9% delle famiglie non aveva figli. Una percentuale sempre maggiore di figli cresce oggi in famiglie monoparentali. Il numero delle famiglie monoparentali costituite da padri con figli è cresciuto sensibilmente, costituendo alla fine del 2010 praticamente oltre un quarto di tutte le famiglie monoparentali (28,2%).

⁶ EUROSTAT (ed.), Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030, in: *Statistics in focus*, 1/2010.

⁷ ASTAT (ed.), Famiglie in Alto Adige 2008 (ASTAT collana 153), Bolzano 2010, pag. 29.

DIMENSIONI
DEI NUCLEI FAMILIARI

FAMIGLIE
CON/SENZA FIGLI

Tabella 1.5: Tipologie di nuclei familiari in Alto Adige (in %), 1981-2010

Anno	Coppie con figli	Coppie senza figli	Famiglie monoparentali		Famiglie unipersonali		Altre	TOTALE	di cui con figli	di cui senza figli
			Madri con figli	Padri con figli	Uomini	Donne				
1981	53,0	13,5	7,9	1,9	6,7	12,6	4,3	100,0	62,8	37,2
1991	48,7	14,5	8,5	1,7	8,5	14,2	3,7	100,0	59,0	41,0
2001	40,4	13,2	10,3	2,5	13,2	16,7	3,7	100,0	53,2	46,8
2006	33,9	13,7	10,8	3,5	15,7	17,8	4,6	100,0	48,2	51,8
2007	32,9	13,7	10,9	3,7	16,0	18,1	4,8	100,0	47,5	52,5
2008	32,1	13,7	11,0	3,9	16,2	18,2	4,9	100,0	47,0	53,0
2009	31,3	13,8	11,1	4,2	16,3	18,3	5,1	100,0	46,5	53,5
2010	30,5	13,9	11,2	4,4	16,5	18,4	5,1	100,0	46,1	53,9

Fonte: ASTAT, 2011.

DIFFERENZE
TERRITORIALI

Tra le Comunità comprensoriali si osservano tra l'altro notevoli diversità nella distribuzione delle tipologie familiari. A Bolzano, nel Burgraviato e nell' Oltradige-Bassa Atesina le famiglie unipersonali costituiscono la tipologia di nucleo familiare più diffusa, mentre nelle altre Comunità comprensoriali lo sono le coppie con figli. Dal canto suo, la percentuale di famiglie monoparentali appare invece relativamente stabile.

Tabella 1.6: Tipologie di nuclei familiari per Comunità comprensoriali al 31.12.2010

Comunità comprensoriale	Coppie con figli		Coppie senza figli		Famiglie monoparentali		Famiglie unipersonali		Altre		TOTALE
		%		%		%		%		%	
Val Venosta	4.728	35,2	1.640	12,2	2.294	17,1	4.116	30,7	643	4,8	13.421
Burgraviato	11.519	27,7	5.688	13,7	6.680	16,1	15.643	37,6	2.098	5,0	41.628
Oltradige-Bassa Ates.	9.234	31,0	4.609	15,5	4.402	14,8	9.978	33,5	1.538	5,2	29.761
Bolzano	10.775	22,4	8.132	16,9	7.145	14,8	19.407	40,3	2.636	5,5	48.095
Salto-Sciliar	6.787	37,6	2.283	12,6	2.717	15,0	5.528	30,6	755	4,2	18.070
Val d'Isarco	6.581	34,1	2.323	12,0	3.042	15,8	6.288	32,6	1.064	5,5	19.298
Alta Valle Isarco	2.519	33,3	936	12,4	1.182	15,6	2.518	33,3	411	5,4	7.566
Val Pusteria	11.026	37,7	3.201	10,9	4.859	16,6	8.829	30,1	1.366	4,7	29.281
ALTO ADIGE	63.169	30,5	28.812	13,9	32.321	15,6	72.307	34,9	10.511	5,1	207.120

Fonte: ASTAT, 2011.

Le differenze si rispecchiano nella diversa percentuale di famiglie senza figli. A Bolzano ormai 2 famiglie su 3 (62,7%) non hanno figli.

Tabella 1.7: Famiglie con figli per Comunità comprensoriali al 31.12.2010

Comunità comprensoriale	di cui con figli		di cui senza figli	
	abs.	%	abs.	%
Val Venosta	7.022	52,3	6.399	47,7
Burgraviato	18.199	43,7	23.429	56,3
Oltradige-Bassa Ates.	13.636	45,8	16.125	54,2
Bolzano	17.920	37,3	30.175	62,7
Salto-Sciliar	9.504	52,6	8.566	47,4
Val d'Isarco	9.623	49,9	9.675	50,1
Alta Valle Isarco	3.701	48,9	3.865	51,1
Val Pusteria	15.885	54,3	13.396	45,7
ALTO ADIGE	95.490	46,1	111.630	53,9

Fonte: ASTAT, 2011.

1.2 CONDIZIONI QUADRO ECONOMICHE

1.2.1 Sviluppo economico ed occupazione

Stando ai dati di recente pubblicati dall'Eurostat, l'Ufficio statistico della Comunità europea, l'Alto Adige rientra tra le regioni economicamente più forti dell'Unione europea (UE). Sul piano del prodotto interno lordo (PIL) per abitante, espresso in standard di potere d'acquisto (SPA), l'Alto Adige si pone nel gruppo di testa delle regioni europee con maggiore potenzialità economica,⁸ del quale fanno parte - tra le 271 cosiddette regioni NUTS-2 degli ormai 27 membri della Comunità europea - le regioni il cui PIL per abitante, a parità di potere d'acquisto, supera la media dell'Unione (UE a 27) del 25%. In Italia questo è il caso, accanto alla provincia autonoma di Bolzano, solo di due altre regioni (Lombardia e Emilia-Romagna). In un confronto europeo, la provincia si posiziona al 26° posto; e se anche rispetto al 2004 esso è sceso di due posti, la sua posizione continua a mantenersi sensibilmente al di sopra di quella dei suoi due principali partner commerciali, l'Austria e la Germania.

PIL A RAFFRONTO

⁸ I dati si riferiscono al 2004 - dati più recenti non sono ancora disponibili a livello regionale.

Tabella 1.8: Prodotto interno lordo per abitante: l'Alto Adige in un raffronto nazionale e internazionale, 2008

Graduatoria tra le 271 regioni NUTS-2	Regione	PIL per abitante in SPA (UE-27 = 100)
1	Inner London (UK)	343
2	Lussemburgo (Granducato) (LU)	279
3	Région de Bruxelles-Capitale (BE)	216
4	Groningen (NL)	198
5	Amburgo (D)	188
6	Praha (CZ)	172
7	Île de France (FR)	168
8	Stoccolma (S)	167
9	Bratislavsky Kraj (SK)	167
10	Vienna (AT)	163
-		
26	Provincia Autonoma Bolzano-Bozen	137
29	Lombardia	134
36	Tirolo (AT)	129
37	Emilia-Romana	127
	Austria	124
44	Lazio	123
46	Provincia Autonoma Trento	122
47	Veneto	122
49	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	121
55	Friuli-Venezia Giulia	117
	Germania	116
67	Piemonte	114
68	Toscana	114
	Francia	107
90	Liguria	108
99	Marche	106
	Italien	104
131	Umbria	97
177	Abruzzo	85
197	Molise	80
199	Sardegna	79
204	Basilicata	76
223	Puglia	67
224	Campania	66
225	Calabria	66
226	Sicilia	66
271	Severozapaden (BG)	28

Fonte: EUROSTAT, 2011 ed elaborazioni SIM.

Non considerando l'anno della crisi (2009), il prodotto interno lordo (PIL) altoatesino ha continuato a crescere in questi ultimi anni sia rispetto ai prezzi di mercato che in termini pro capite. Il PIL pro capite espresso in SPA (standard di potere d'acquisto) continua a collocarsi sensibilmente sopra la media nazionale e quella europea (vedi tabella 1.8). Ciononostante la crescita economica dell'Alto Adige, se la si mette a confronto con lo sviluppo demografico degli ultimi anni, non appare particolarmente marcata.

Tabella 1.9: Principali indicatori dello sviluppo economico, 2005-2010

Indicatore	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inflazione						
Tasso nazionale di inflazione	1,7	2,0	1,7	3,2	0,7	1,6
Tasso di inflazione in Alto Adige	1,7	2,2	2,3	3,8	0,8	2,2
Prodotto interno lordo (PIL)						
PIL a prezzi di mercato* (Mil. €)	15.218,7	15.996,7	16.654,5	17.352,1	17.269,0	17.476,0*
PIL pro capite* (in €)	31.712	32.969	33.934	34.956	34.421	34.569*
Variazione annua PIL (%)	0,5	3,4	0,8	1,1	-2,6	0,9*
PIL pro capite (in SPA; UE-27=100)	135	136	135	137	141*	---

Fonte: ASTAT, ISTAT, EUROSTAT. * Valutazione ASTAT.

L'analisi delle attività economiche nel loro complesso rivela per il recente passato un'ulteriore contrazione del settore primario, mentre l'industria ed i servizi hanno invece segnato incrementi. D'altra parte la crescita del valore aggiunto nel settore terziario si è mantenuta in questi ultimi dieci anni inferiore a quella nazionale.

Tabella 1.10: Indicatori socio-economici, 1971-2010

Indicatore	1971	1981	1991	2001	2009	2010
Condizione professionale (popolazione > 14 anni)						
Occupato/a	50,8	51,9	52,3	53,9	57,8	57,9
Disoccupato/a	*1,5	3,4	2,6	2,3	1,7	1,6
Studente/studentessa	6,7	5,7	7,0	6,7	7,8	7,9
Casalinga	28,5	22,6	18,2	13,3	11,6	10,6
Ritirato/a dal lavoro	10,8	13,9	17,0	20,8	18,0	18,9
Altra	1,7	2,6	2,9	3,1	3,1	3,1
Settore di attività economica						
Agricoltura	20,3	13,9	10,7	7,7	6,7	6,6
Industria	30,6	27,1	26,3	25,8	24,0	24,1
Servizi	49,2	58,9	63,0	66,5	69,3	69,3

Fonte: ASTAT, 2011. * Solo persone in cerca di prima occupazione.

Il positivo andamento dell'economia si rispecchia anche nella situazione occupazionale. Il tasso di attività, che si ricava dal rapporto tra la popolazione attiva (persone con un'attività lavorativa più persone in cerca di lavoro) rispetto alla fascia di popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni compiuti, risultava nel 2010 pari al 73,1%. Di conseguenza questa percentuale ha continuato ad aumentare leggermente rispetto agli anni precedenti. Il tasso di attività degli uomini (81,1%) continua a rimanere sensibilmente superiore a quello delle donne (65,1%), tuttavia in quest'ultimo gruppo la tendenza di sviluppo appare più positiva che fra gli uomini. Considerando il tasso complessivo di occupazione (71,1%) e il tasso di occupazione femminile (62,9%), l'Alto Adige ha raggiunto gli obiettivi formulati dall'Unione europea per il 2010 (rispettivamente 70% e 60%). Solo il tasso di occupazione delle persone rientranti nella fascia di età superiore (55-64 anni) rimane con 44,9% sensibilmente lontano dall'obiettivo comunitario (50%). Il numero di persone occupate a tempo parziale ha continuato a crescere in questi ultimi anni, aumentando di quasi il 25% tra il 2005 e il 2010. Viene in tal modo a trovarsi occupato a tempo parziale il 20,4% della popolazione attiva. Gran parte delle persone che svolgono questo tipo di attività – per lo più donne – opta a favore del part time per motivi familiari. Nonostante l'incremento registrato, la percentuale di occupati a tempo parziale in Alto Adige continua a restare sensibilmente inferiore a quella riscontrata nei paesi contermini settentrionali, pur collocandosi sopra la media italiana (2009: 18,9% a fronte di 14,3%).

TASSO DI ATTIVITÀ E
TASSO DI OCCUPAZIONE

LAVORO PART TIME

DISOCCUPAZIONE

Il tasso di disoccupazione, definito come percentuale di persone che cercano lavoro rispetto alla popolazione attiva, è leggermente diminuito rispetto all'anno precedente, passando dal 2,9% (2009) al 2,7% (2010) e riportando la situazione all'incirca ai valori del 2007. Il calo della disoccupazione ha riguardato allo stesso modo gli uomini e le donne.

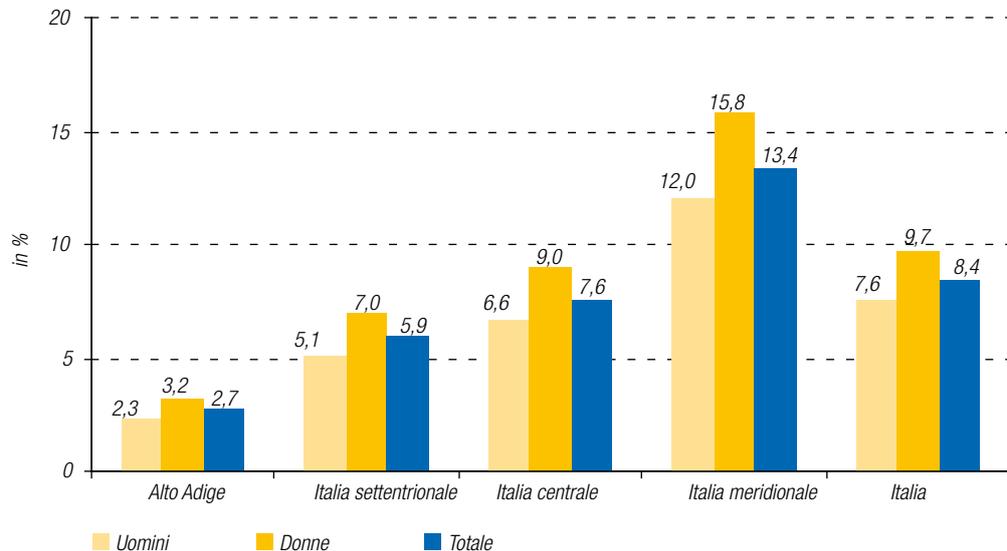
Tabella 1.11: Indicatori specifici di occupazione, 2005-2010

Indicatori	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tasso di attività (a)	71,1	71,5	71,7	72,3	72,6	73,1
Tasso di attività - uomini	80,7	81,3	81,2	80,7	80,8	81,1
Tasso di attività - donne	61,2	61,4	61,9	63,7	64,2	65,1
Tasso di occupazione (b)	69,1	69,6	69,8	70,5	70,5	71,1
Tasso di occupazione - uomini	78,9	79,8	79,5	79,1	78,8	79,1
Tasso di occupazione - donne	59,0	59,1	59,8	61,7	62,0	62,9
Tasso di disoccupazione (c)	2,8	2,6	2,6	2,4	2,9	2,7
Tasso di disoccupazione - uomini	2,2	1,9	2,0	1,9	2,5	2,3
Tasso di disoccupazione - donne	3,5	3,6	3,3	3,0	3,4	3,2
Part-Time	39.000	39.500	42.900	43.800	44.700	49.000
Uomini	5.300	5.500	6.700	6.400	6.700	7.400
Donne	33.700	34.100	36.200	37.400	38.000	41.600

Fonte: ASTAT, 2010. (a) Popolazione attiva (occupati e in cerca di lavoro) rispetto alla popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni. (b) Popolazione occupata di età compresa tra 15 e 64 anni rispetto alla popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni. (c) Disoccupati/(occupati+disoccupati); (d) Disoccupati/(disoccupati + occupati dipendenti).

Nel confronto con le macroregioni italiane, la situazione del mercato del lavoro in Alto Adige continua tuttavia a presentarsi come un caso a sé, anche e in particolare per le donne.

Grafico 1.3: Disoccupazione ufficiale per sesso, raffronto regionale, 2010



Fonte: ISTAT (Statistiche Flash, 1 aprile 2011); ASTAT.

DISOCCUPAZIONE
NEL RAFFRONTO EUROPEO

I più recenti dati EUROSTAT confermano questo quadro assai positivo, pur se con riferimento al 2009 e con un metodo di calcolo parzialmente diverso. Secondo EUROSTAT infatti, l'Alto Adige si colloca col suo tasso di disoccupazione del 2,9% al settimo posto tra le 271 regioni NUTS. Rispetto a numerose altre regioni italiane ed europee, la disoccupazione non costituisce una problematica centrale per la politica sociale altoatesina.

Un tasso di disoccupazione complessivamente basso non significa tuttavia che la disoccupazione a lungo termine sia sconosciuta. Stando ai dati dell'Ufficio osservazione mercato del lavoro, nel 2010 dei circa 8.873 disoccupati iscritti oltre un quarto (25,6%) si trovava attivamente alla ricerca di un lavoro da un anno o più. La disoccupazione a lungo termine in Alto Adige è tuttavia conseguenza non tanto di una generale debolezza del mercato del lavoro, quanto piuttosto di particolari difficoltà di inserimento degli interessati.

1.2.2 Situazione reddituale e patrimoniale

I più recenti rilevamenti ASTAT rivelano che una larga maggioranza delle famiglie altoatesine dispone di redditi continuativi. Nel 2008 quasi il 67,9% delle famiglie disponeva di redditi provenienti da un'attività principale. Rispetto al 2003 si segna tuttavia una leggera contrazione (-1,7%). Considerando anche gli introiti provenienti da attività secondarie e occasionali, nel 2008 il 71,7% del reddito complessivo delle famiglie altoatesine è provenuto da un'attività lucrativa. Cinque anni prima il valore si attestava sul 74,0%. Nello stesso periodo la percentuale dei redditi da pensione (di servizio o anzianità) è cresciuta dal 21,0% al 22,1%.⁹

In quest'ottica non sorprende che il reddito familiare medio si sia contratto in termini reali dell'1,0% tra il 2003 e il 2008. Anzi, il reddito da attività principale ha segnato una contrazione reale addirittura del 5,7%.¹⁰ Senza dubbio per un gran numero di altoatesini il reddito non è adeguato al fabbisogno, e anche se grazie al sostegno pubblico si è potuta ridurre sensibilmente la povertà, la percentuale di famiglie a rischio di povertà è cresciuta negli ultimi anni anche in Alto Adige (vedi cap. 9.1.2).

Ciò non muta peraltro la posizione particolare che la provincia autonoma di Bolzano presenta sul piano reddituale rispetto al resto del paese: stando alle più recenti statistiche ISTAT (2009) sulla spesa media mensile delle famiglie, l'Alto Adige si colloca con 2.784 Euro al secondo posto dietro la Lombardia (2.918 Euro).¹¹ Purtuttavia la recente crisi economica non ha ovviamente risparmiato la provincia: mentre infatti la spesa media mensile di una famiglia a livello nazionale si è ridotta tra il 2008 il 2009 di soli 48 Euro, quella della famiglia altoatesina si è contratta di 200 Euro.

La posizione particolare dell'Alto Adige nel raffronto nazionale è confermata anche da uno studio sulla qualità della vita nelle province italiane, pubblicato alla fine del 2010 da *Il sole 24 ore*.¹² Seguito a ruota dalla vicina provincia di Trento, l'Alto Adige si colloca qui al primo posto. Rispetto all'anno precedente (2009), la provincia è salita di ben otto posti nella graduatoria, passando dalla nona alla prima posizione. La valutazione della qualità della vita si basa in questo studio su 36 indicatori, tra i quali il reddito, il lavoro, la sicurezza, l'infrastruttura, la sanità, l'ambiente ed i servizi nelle singole regioni.

DISOCCUPAZIONE
A LUNGO TERMINE

COMPOSIZIONE DEL REDDITO

SVILUPPO DEL REDDITO

REDDITO PRO-CAPITE NEL
RAFFRONTO NAZIONALE

⁹ ASTAT (ed.), *Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige* (collana ASTAT 164), Bolzano 2010, pag. 14, 18.

¹⁰ ASTAT (ed.), *Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige* (collana ASTAT 164), Bolzano 2010, pag. 20.

¹¹ ISTAT (ed.), *I consumi delle famiglie* (Anno 2009), *Comunicato Stampa*, 5 luglio 2010.

¹² http://www.ilsole24ore.com/speciali/qvita_2010/home.shtml

2. POLITICA SOCIALE E SERVIZI SOCIALI

2.1 INDIRIZZI E TENDENZE DI SVILUPPO DELLA POLITICA SOCIALE ALTOATESINA

2.1.1 Indirizzi fondamentali e filosofia

L'attuale crisi finanziaria ed economica ha confermato chiaramente non soltanto la suscettibilità delle economie occidentali alle crisi, ma anche il rischio, che da queste deriva, di una potenziale rapida emarginazione di larghe fasce della popolazione. L'importanza della politica sociale per la coesione della collettività si è in questo modo evidenziata in maniera ancor più drammatica. Su questo sfondo si possono evidenziare i seguenti indirizzi politico-sociali dell'Alto Adige:

- Obiettivo principale della politica sociale è la prevenzione, intesa come intervento finalizzato ad evitare che i problemi insorgano. Prevenendo cioè attivamente il crearsi di situazioni di emergenza e di precarietà si evitano costi sociali e materiali altrimenti ineluttabili. La prevenzione interessa qui un'ampia gamma di tematiche, e va vista come un compito che coinvolge l'intera società.
- Ogni cittadino adulto deve provvedere in piena responsabilità a sé stesso e ai membri del nucleo familiare che da lui dipendono. Solo quando non vi è più la capacità di indipendenza e autonomia individuale e quella di partecipazione sociale, la società è tenuta ad intervenire con un sostegno basato sul principio della sussidiarietà. Confidando nelle capacità sociali del singolo, la politica sociale cerca di realizzare condizioni di contorno che consentano ai cittadini di aiutarsi da sé e di regolare in piena autonomia quelle parti della loro vita che essi possono in linea di massima liberamente stabilire. Obiettivo primario delle prestazioni di sostegno sociali è quindi il ripristino dell'autonomia dell'individuo.
- Le situazioni di svantaggio ed emarginazione sociale vanno affrontate in maniera finalizzata. Pure, una lotta all'emarginazione sociale non significa soltanto ovviare alle attuali carenze di risorse mediante trasferimenti finanziari e mitigare eventuali pregiudizi sociali nei confronti di singoli gruppi di persone, ma anche - e questo aspetto è altrettanto importante - fornire agli interessati quelle conoscenze che li possono mettere in condizione di aiutarsi da sé. Ciascuno deve avere la possibilità di condurre una vita priva di bisogni e di emarginazione.
- Il principio della sostenibilità impone che le strategie e gli strumenti politico-sociali guardino ad un orizzonte di lungo periodo, con l'obiettivo di perseguire un utilizzo consapevole e attento delle risorse, che consenta di garantire - nel rispetto di un patto generazionale - la solidarietà e la sicurezza sociale anche alle generazioni che verranno. Nello spirito della sostenibilità è quindi un obiettivo primario di ogni intervento di politica sociale anche quello di combattere le cause dei problemi sociali. Gli interventi che si concentrano esclusivamente sulla lotta ai sintomi dei problemi non sono destinati ad avere effetti perduranti.
- Sempre e segnatamente nello spirito del criterio della sostenibilità, è compito specifico della politica sociale altoatesina garantire all'assistenza la massima efficienza ed efficacia. Un impiego efficiente dei mezzi a disposizione presuppone che nel predisporre gli interventi si individuino chiaramente le priorità e si concentrino le offerte di assistenza anzitutto là dove i problemi si presentano più acuti.
- Le sfide che si pongono oggi sul piano politico-sociale possono affrontarsi solo in stretta cooperazione tra l'amministrazione pubblica, il terziario privato, la società civile e gli interessati. Operando in modo efficiente e professionale, i privati, le associazioni di pubblica utilità e le organizzazioni sono in grado di adempiere con responsabilità a numerose mansioni pubbliche. Un sistema di assistenza

INDIRIZZI

PREVENZIONE

AIUTO ALL'AUTO-AIUTO

LOTTA ALL'EMARGINAZIONE
SOCIALE

SOSTENIBILITÀ

EFFICIENZA

MIX DI OFFERTA

TESI SULLA POLITICA
SOCIALE E IL FUTURO

e sostegno sociale efficiente e adeguato deve inoltre essere vicino alla cittadinanza, attivare l'impegno civile e coinvolgere coerentemente nella predisposizione, attuazione e valutazione del supporto anche i cittadini potenzialmente interessati.

In questo contesto vanno senz'altro ricordati i dialoghi sulle politiche sociali che hanno caratterizzato il 2010. I risultati degli incontri organizzati a livello provinciale tra marzo e novembre sono stati riassunti alla fine dell'anno in dieci tesi incentrate sulla tematica „politica sociale e futuro“, tesi che si possono qui riportare solo in forma sintetica:¹

- I cittadini e le cittadine agiscono con responsabilità, autodeterminazione e consapevolezza nei confronti di sé stessi e delle loro famiglie. Dimostrano di essere solidali nei confronti della comunità e delle generazioni future.
- La sicurezza sociale è un investimento intelligente ed efficace per una società orientata al futuro.
- Lo sviluppo demografico comporta notevoli cambiamenti nel modo di vivere delle famiglie, nel mondo del lavoro, nei rapporti tra generazioni, nei sistemi assistenziali e pensionistici.
- La famiglia, luogo primario e insostituibile per le relazioni sociali e la sicurezza, diventa sempre più diversificata e instabile. Si avverte l'esigenza di una politica attenta ed olistica per la famiglia.
- Un sistema formativo che garantisce l'accesso a tutti è la chiave per l'autonomia personale, culturale, sociale ed economica.
- Il mondo economico ha una responsabilità sociale. I salari devono garantire una vita dignitosa al singolo ed alle famiglie. L'ente pubblico deve garantire un reddito minimo adeguato.
- Il sistema fiscale ha bisogno di maggior giustizia sociale. Il fisco deve alleggerire le tasse sui redditi della famiglia e da lavoro dipendente.
- l'immigrazione dei cittadini stranieri è una delle conseguenze del cambiamento globale. Una reale integrazione si ottiene solo se i diritti civili fondamentali sono messi in atto. La mediazione tra le parti, basata sul principio del “motivare e pretendere”, porta a condizioni di vita eque.
- Efficaci sistemi di sicurezza sociale contribuiscono allo sviluppo dell'innovazione e della produttività e tutelano la salute ed il benessere delle persone. La prevenzione sociale deve essere considerata come investimento in una comunità solidale.
- La sicurezza sociale necessita del dialogo e della collaborazione di tutti. Le parti sociali creano qui i presupposti materiali. Le comunità sociali/territoriali incentivano la propria responsabilità e sollecitano la (com)partecipazione.

Per il 2011 sono previsti nell'ambito dei dialoghi sulle politiche sociali quattro incontri sui temi migrazione, dialogo tra imprenditoria e ambito sociale, reddito minimo e presentazione del „documento strategico sulle politiche sociali “.

2.1.2 Sviluppi recenti

PRINCIPALI SVILUPPI

Dall'ultima Relazione sociale, l'assistenza sociale in Alto Adige ha continuato a svilupparsi in più direzioni. Così ad esempio nel 2010 per la prima volta ha avuto luogo un tavolo di coordinamento familiare che, destinato a tenersi periodicamente, è finalizzato a coordinare meglio l'attività delle varie ripartizioni provinciali e ad organizzare tre incontri – scambio. Va ricordata qui in particolare l'Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), che accorpa l'Ufficio previdenza ed assicurazioni sociali e il settore relativo agli invalidi civili dell'Ufficio portatori di handicap. L'agenzia è un ente di diritto pubblico dipendente dall'amministrazione provinciale, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile e patrimoniale (L.p. 22 dicembre 2009, n. 11). Sua competenza è quella di gestire ed erogare le varie prestazioni nell'ambito della previdenza regionale, dell'assegno provinciale

ASSE

¹ http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali/download/Politiche_sociali_e_futuro_10_tesi.pdf

al nucleo familiare e dell'assegno statale familiare e di maternità. Al contempo l'agenzia ha il compito di erogare l'assegno di cura come pure le prestazioni finanziarie destinate agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai non udenti. Accanto alla gestione e al pagamento di svariate prestazioni sociali di transfer, l'agenzia svolge altresì le seguenti attività: incasso, gestione e distribuzione dei finanziamenti destinati alla realizzazione di opere pubbliche o a progetti di sviluppo economico; amministrazione di risorse pubbliche su delega della Provincia; informazioni e consulenza nonché erogazione diretta agli aventi diritto di finanziamenti e/o contributi di ogni natura.

Considerevole è stato tuttavia anche l'allargamento dall'attuale offerta di servizi. Il numero di prestazioni erogate e di persone assistite - come pure quello delle persone impegnate - è aumentato in maniera considerevole. Gli indicatori dimostrano come il livello dell'assistenza sia sensibilmente migliorato (per esempio nel settore dell'assistenza alla prima infanzia) o per lo meno si sia mantenuto a un livello elevato, come è il caso dell'assistenza agli anziani. Uno sviluppo particolarmente dinamico si osserva nell'assistenza economica sociale e nell'area socio pedagogica (vedi il cap. 13).

Nei vari settori dell'assistenza sociale sono state avviate numerose iniziative concrete e progetti finalizzati ad uno sviluppo adeguato dell'assistenza stessa. I risultati raggiunti e le decisioni adottate sono descritti più in dettaglio nei singoli capitoli della presente relazione. A titolo puramente esemplare si cita qui l'area dei minori. Per diffondere meglio tra la popolazione l'informazione sull'affidamento dei minori - un intervento importante per la tutela dei giovani e dei bambini - nel 2010 è stata predisposta una pubblicazione informativa su questo argomento, che è stata accompagnata da svariati interventi di sensibilizzazione (per esempio conferenze stampa, trasmissioni radiofoniche, reportage televisivi). Inoltre un gruppo di lavoro a livello provinciale ha sviluppato per gli operatori del settore uno specifico manuale. Per l'area dei minori vanno citate anche la riforma del sistema delle adozioni e l'istituzione del network altoatesino „psichiatria/psicoterapia per i minori“.

Sul piano qualitativo, per l'anno di riferimento della presente Relazione sociale (2010) va citato, accanto ai lavori preliminari per l'istituzione dell'agenzia per lo sviluppo sociale ed economico di cui sopra, innanzitutto il proseguimento delle attività per il rilevamento unificato del reddito e del patrimonio (DURP), che entrerà in vigore con l'1 settembre 2011. Va ricordata poi anche la delibera della Giunta provinciale per l'introduzione di un nuovo sistema di finanziamento degli enti gestori dei servizi sociali (quota pro capite ponderata, vedi il cap. 12).

Obiettivo del rilevamento unificato di reddito e patrimonio DURP, che verrà introdotto in un primo momento nel settore della previdenza sociosanitaria, è quello di unificare i vari sistemi attualmente adottati per valutare la situazione reddituale e patrimoniale di coloro che presentano domanda di ammissione a un sostegno finanziario. Con il DURP viene per esempio a non essere più necessario per i cittadini ripresentare una nuova dichiarazione ad ogni richiesta. Accanto alla maggior attenzione per il cittadino, alla semplificazione degli iter e ad una miglior trasparenza, una finalità del DURP consiste anche nel risparmio di risorse grazie alle sinergie che si svilupperanno tra i vari settori. Una volta superata un'adeguata fase di avvio, il rilevamento reddituale e patrimoniale unificato verrà allargato anche all'edilizia agevolata, all'assistenza scolastica e alle prestazioni erogate da altri enti a livello locale.

Il tema della povertà e dell'emarginazione sociale ha assunto naturalmente un ruolo particolare nel 2010, dichiarato anno europeo della lotta alla povertà e all'emarginazione sociale. Accanto alle campagne di sensibilizzazione della popolazione e al supporto di svariate iniziative, va qui citata in particolare la pubblicazione dello studio „Povertà“. Si tratta di una pubblicazione che evidenzia la multidimensionalità del fenomeno (vedi in merito anche il cap. 10.1) e che dà indicazioni sui partner che a livello provinciale operano in questo settore. Strettamente legati alla tematica della povertà e della lotta all'emarginazione sociale sono anche le attività permanenti di lotta alla tratta e allo sfruttamento della prostituzione („progetto ALBA“), le varie iniziative nel settore della reintegrazione dei detenuti ed ex

L'OFFERTA DI SERVIZI
IN GENERALE

SVILUPPI SPECIFICI

CONTROLLO DI QUALITÀ

RILEVAMENTO UNIFICATO
DI REDDITO E PATRIMONIO
(DURP)

POVERTÀ ED EMARGINAZIONE
SOCIALE

ENTI PUBBLICI E PRIVATI

detenuti nonché il forte impegno nel reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati. Nel corso del 2010 si sono potuti sviluppare nuovi criteri per la concessione dei contributi alle cooperative sociali impegnate questo campo, criteri che troveranno attuazione nel 2011.

Per migliorare il coordinamento tra gli erogatori di servizi pubblici e privati nello scambio reciproco di informazioni, anche nel 2010 i servizi sociali pubblici si sono incontrati regolarmente con i rappresentanti del terzo settore. Complessivamente hanno avuto luogo dieci incontri degli enti gestori dei servizi sociali, pubblici e privati (di pubblico interesse). Inoltre è stata istituita una tavola rotonda per la Ripartizione Famiglia e Politiche sociali. Che la collaborazione tra il pubblico e il privato sia un elemento fondamentale per il sistema della sicurezza sociale e per una collettività ben funzionante è un fatto sottolineato più volte in occasione della serie di incontri denominata „Dialoghi sulle politiche sociali 2010“ (vedi il cap. 2.1.1).

LOTTA ALL'ESTREMISMO
GIOVANILE

La tavola rotonda sulla lotta all'estremismo giovanile in Alto Adige, attivata lo scorso anno sotto il coordinamento del Dipartimento alla Famiglia, Sanità e Politiche sociali, ha presentato nel 2010 un catalogo di interventi che è stato approvato dalla Giunta provinciale il 14 giugno dello stesso anno. Il catalogo prevede, accanto alla creazione di un "sistema di allarme preventivo" idoneo a riconoscere per tempo lo svilupparsi di fenomeni estremistici per la costituzione di un unità mobile di intervento ad indirizzo sociale e sociopedagogico, anche e in particolare il rafforzamento del lavoro sociale giovanile pubblico e l'organizzazione di campagne di informazione atte a sensibilizzare maggiormente la popolazione.

2.1.3 *Cultura socialis* – Iniziativa per la promozione di una nuova cultura del sociale

Cultura Socialis è un'iniziativa portata avanti dalla Ripartizione Famiglia e Politiche sociali, volta a promuovere una nuova cultura del sociale e a motivare i cittadini all'impegno sociale ad ogni livello. Essa poggia innanzitutto sull'omonima manifestazione *Cultura Socialis*, che ha luogo ogni anno all'inizio della primavera e nel cui ambito vengono presentati e premiati i progetti sociali che più si sono distinti, dando in tal modo segnali forti ed esemplari. Vengono proposti per la premiazione progetti e iniziative attuali o realizzati nei due anni precedenti. Per quanto attiene la natura dei progetti sono state individuate 5 aree: settore informale, settore formale, aziende, politica comunale e mass media. Nel 2010 i progetti premiati sono stati discussi per la prima volta anche nell'ambito di cosiddetti "dialoghi". Accanto alla selezione e premiazione di questi specifici progetti nell'ambito della manifestazione, *Cultura Socialis* comprende anche un "dialogo permanente", nel quale personalità dei più diversi settori (sociale, culturale, economico) si incontrano quattro volte all'anno per discutere delle problematiche sociali e dare nuovi impulsi alla politica sociale.

SVILUPPO DAL 2006

Nel marzo 2007 il premio *Cultura Socialis* è stato conferito per la prima volta a cinque progetti. Dal 2006 il numero dei progetti presentati è cresciuto in continuazione: se infatti in quell'anno ne sono stati segnalati dalla cittadinanza 76, nel 2007 essi avevano raggiunto il numero di 160, nel 2008 erano già 188. Nel 2010 la popolazione ha formulato 214 segnalazioni. In quell'anno, per le cinque aree considerate sono stati esaminati dalla giuria - costituita da 14 membri - 104 tra progetti e iniziative, a dimostrare come questa iniziativa culturale abbia ormai messo solide radici nel territorio e nello scenario sociale altoatesino.

VINCITORI DEL PREMIO
NEL 2010

SETTORE VOLONTARIATO

Nel 2010 sono stati selezionati come esemplari e premiati i seguenti cinque progetti:

- Nel settore „Volontariato“ il progetto „Fare il pane per Lasy“ presentato dalla Scuola professionale provinciale alberghiera e dell'alimentazione „Emma Hellenstainer“, in collaborazione con l'organizzazione di soccorso „Aktiv-Hilfe für Kinder“. Nell'ambito del progetto un collaboratore del panificio della stazione sociale di Lasy in Romania è stato invitato ad acquisire conoscenze pratiche di panificazione frequentando la scuola professionale di Bressanone. È prevista la prosecuzione del progetto, che si incammina su un terreno ancora inesplorato della collaborazione allo sviluppo.

- Nel settore “Professionisti” la giuria ha voluto premiare il progetto “Alla ricerca di nuove esperienze”, presentato dalla Federazione provinciale delle associazioni sociali. Nell’ambito di questo progetto otto organizzazioni facenti parte della Federazione hanno voluto offrire a giovani di età compresa tra 15 e 18 anni la possibilità di impegnarsi in diverse attività di volontariato nel periodo estivo. L’iniziativa porta vantaggi non soltanto alle persone che beneficiano del lavoro volontario, ma anche ai giovani stessi e alle associazioni, nel senso che ai giovani le conoscenze pratiche apprese nell’ambito dell’impegno sociale vengono riconosciute come credito formativo, mentre alle associazioni il praticantato estivo offre un’occasione di maggiore visibilità tra i giovani.
- Per il settore “Imprese” è stato premiato il progetto “Fianco a fianco”, presentato dalla cooperativa sociale Assist e dall’associazione Casa della solidarietà (HdS). Nella Val d’Isarco e nell’Alta Valle Isarco i due presentatori del progetto hanno istituito un servizio che senza ricorrere a finanziamenti pubblici è in grado di sostenere le famiglie che contano al loro interno persone non autosufficienti nella ricerca e nel successivo impiego di idoneo personale assistente, avvantaggiando in tal modo anche quest’ultimo (per esempio con l’organizzazione di offerte di formazione permanente). Il progetto rafforza in tal modo l’assistenza domiciliare, consentendo alle persone non autosufficienti di continuare a vivere in un ambiente a loro familiare.
- Nel settore “Politica comunale” la scelta è caduta su un progetto presentato dal comune di Villabassa e più precisamente sulla Conferenza “Villabassa – Il nostro paese del futuro”. Nell’ambito di un workshop di 3 giorni i cittadini hanno avuto modo di discutere sul futuro del loro comune, sviluppando assieme gli obiettivi per il futuro. 80 persone di ogni età e censo hanno partecipato al progetto. Il sindaco e l’amministrazione utilizzano ora i risultati della conferenza, che per 13 gruppi di tematiche ha definito complessivamente 19 obiettivi, quale base per il loro lavoro. Il progetto poggia sull’autoresponsabilità della cittadinanza e sul suo desiderio di partecipazione.
- Nel settore „Media“ il laboratorio protetto KIMM e il Centro per la promozione della lettura del Südtiroler Kulturinstitut (JUKIBUZ) sono stati premiati per il loro libro-progetto „Südti Roller“. Col suo titolo originale, il libro presenta una selezione di testi elaborati da complessivamente 140 tra bambini delle scuole materne, scolari e disabili, riguardanti le sculture della “Pista ciclabile e arte” Bolzano-Prato Isarco, realizzate da persone con disabilità. Ciascun testo prescelto è stato elaborato assieme al rispettivo autore o autrice, sì da dare a quest’ultimo/a la possibilità di seguire lo sviluppo del proprio testo. Innanzitutto però il libro è un segno inconfondibile di riconoscimento, che testimonia l’incontro di persone, disabili e non, di diverse età.

SETTORE PROFESSIONISTI

SETTORE IMPRESE

SETTORE POLITICA COMUNALE

SETTORE MEDIA

2.2 STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI SOCIALI

2.2.1 Sintesi prospettica

Sin dall’entrata in vigore del secondo Statuto di autonomia (1972), la Provincia autonoma di Bolzano dispone della competenza legislativa primaria in materia di assistenza e beneficenza pubblica. Con la Legge provinciale sul riordino dei servizi sociali (1991) si è poi sancita l’ampia autonomia della Provincia in relazione alla gestione dei servizi sociali sul territorio. Nel contempo tuttavia le competenze amministrative relative a questo settore sono state delegate ai Comuni: la Provincia continua cioè a mantenere la responsabilità dell’assistenza sociale, ma ne trasferisce ai Comuni le competenze amministrative. Per poter garantire una gestione dei complessi compiti dei servizi sociali che sia al contempo razionale sul piano economico e valida su quello tecnico, la maggior parte dei Comuni ha a sua volta ulteriormente delegato le competenze in materia socio-assistenziale alle Comunità compren-

LE COMPETENZE IN SINTESI

GESTORI PUBBLICI E PRIVATI

soriali. Solo il Comune di Bolzano, per la sua particolare situazione sociale e amministrativa, ha deciso di istituire un'Azienda per i Servizi sociali, cui viene affidata la gestione di tutti i servizi sociali presenti nel territorio comunale. Comunque, a prescindere da questa ulteriore delega, alcuni servizi continuano a venir gestiti direttamente dai Comuni.

I servizi sociali della provincia vengono quindi gestiti in gran parte dalle Comunità comprensoriali e dai Comuni, quindi da enti pubblici. Organizzazioni private (associazioni, cooperative sociali, organizzazioni religiose) svolgono tuttavia un ruolo sempre più importante nell'erogazione dei servizi sociali (per ulteriori dettagli vedi il punto 2.4). Questi gestori privati vengono ora considerati dalla pubblica amministrazione importanti partner e garanti di un'assistenza consona al fabbisogno, quindi meritevoli di un sostegno finanziario pubblico. Inoltre le organizzazioni private si vedono in parte delegare, mediante convenzioni, anche mansioni di pertinenza pubblica. Ciononostante gli enti gestori pubblici dei servizi sociali continuano ad avere la responsabilità globale della programmazione degli interventi sociali e della predisposizione dei servizi necessari. Il settore pubblico deve cioè garantire che la popolazione possa avvalersi del diritto di ricorrere alle prestazioni di sostegno sociale riconosciute a chi rientra negli standard sociali minimi definiti per legge.

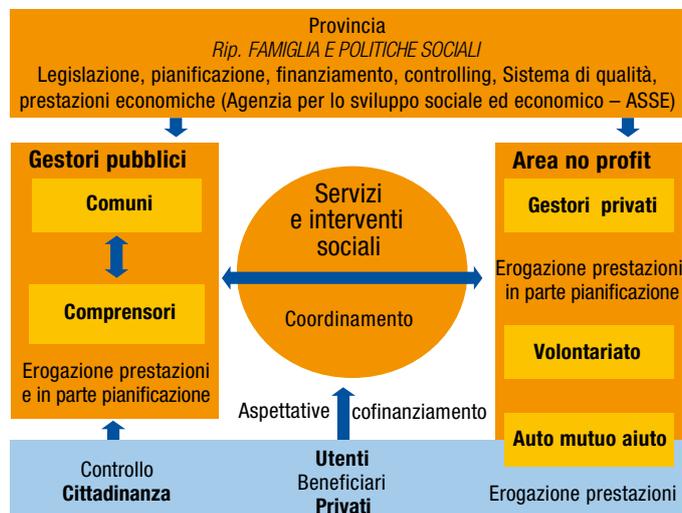
SETTORE INFORMALE

I servizi e gli interventi sociali non vengono tuttavia erogati solo dagli enti pubblici e da gestori privati: familiari, organizzazioni di auto mutuo aiuto, sodalizi di impegno civile e privati cittadini personalmente impegnati sono anch'essi importanti erogatori di servizi. Questo settore informale è particolarmente sviluppato in Alto Adige. Del resto, la vicinanza dei servizi sociali alla società civile è un elemento centrale per il corretto funzionamento del settore sociale.

MIX DI SERVIZI

L'amministrazione provinciale assume un ruolo primario nel controllo e nel coordinamento dei servizi e degli interventi sociali, ma per garantire un mix di servizi pubblici, privati (lucrativi e non) e informali che sia al contempo corretto e adeguato alle esigenze degli utenti occorre perseguire anche un corrispondente mix di controllo. Accanto alla Provincia in quanto istanza centrale di coordinamento e orientamento, si guarda qui in particolare alle Comunità comprensoriali e alle organizzazioni private (o rispettive federazioni), ma anche alle iniziative civiche locali. La struttura decentralizzata dei servizi sociali in Alto Adige rende necessario un coordinamento in loco tra i gestori territoriali pubblici e privati.

Grafico 2.1: Struttura organizzativa



2.2.2 Compiti dei Comuni

Rientra nelle competenze proprie dei Comuni la gestione degli asili nido, dei centri di accoglienza per i senzatetto, degli alloggi per gli anziani e del servizio di accompagnamento abitativo per anziani, come pure la predisposizione di aree attrezzate per Sinti e Rom e la partecipazione alle spese di ricovero nei servizi citati e nelle case di riposo. Questi compiti vengono svolti in applicazione delle leggi provinciali, e le relative attività vengono finanziate per lo più dal normale finanziamento dei Comuni e dalle rette degli utenti, ma in piccola parte anche dal Fondo sociale provinciale.

Le competenze delegate dalla Provincia ai Comuni nell'ambito del riordino dei servizi sociali del 1991 sono state ulteriormente delegate alle Comunità comprensoriali, salvo per il Comune di Bolzano. Nei confronti delle Comunità comprensoriali tuttavia i Comuni continuano a mantenere un'importante funzione di indirizzo e controllo. Essi possono ad esempio emanare direttive per lo svolgimento delle funzioni delegate alle Comunità comprensoriali. Le Comunità comprensoriali dal canto loro sono tenute a predisporre norme per l'attuazione di queste direttive. In tal modo, oltre ad essere presenti negli organi decisionali delle Comunità comprensoriali, i Comuni possono influenzare l'attività di gestione dei servizi.

2.2.3 Compiti delle Comunità comprensoriali

Come illustrato in precedenza, le Comunità comprensoriali si sono viste affidare competenze nel settore dei servizi sociali mediante delega dei Comuni. Con questa doppia delega attivata nell'ambito del riordino dei servizi sociali, le Comunità comprensoriali sono divenute di fatto il principale gestore pubblico dei servizi e delle strutture sociali in Alto Adige, e gestiscono i servizi sociali loro delegati direttamente attraverso le loro strutture oppure stipulando apposite convenzioni con altri gestori pubblici o privati.

Più in dettaglio sono stati delegati dai Comuni alle Comunità comprensoriali i seguenti compiti:

- organizzazione dei servizi sociali e coordinamento degli stessi con le iniziative di altri gestori sia pubblici che privati;
- garanzia di un'erogazione regolare delle prestazioni;
- conclusione di accordi con strutture private, associazioni, cooperative o fondazioni che svolgono attività in campo sociosanitario;
- assicurazione 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 operanti sul 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 fabbisogni.

La guida politica delle Comunità comprensoriali è affidata ad organi (consiglio, giunta, presidente) nominati dai Comuni che compongono il Comprensorio. La gestione dei servizi sociali, che rappresentano il principale ambito di attività delle Comunità comprensoriali, è affidata ad un direttore tecnico. Un caso a parte è rappresentato da Bolzano, dove i servizi sociali non sono gestiti da una Comunità comprensoriale ma da un'azienda istituita a questo scopo nel 1998 (Azienda per i Servizi sociali di Bolzano).

2.2.4 Compiti della Provincia

La Provincia è competente in materia di pianificazione, orientamento, coordinamento e controllo dei servizi sociali, formazione, aggiornamento professionale e riqualificazione del personale, nonché di finanziamento dei compiti delegati ai Comuni e alle Comunità comprensoriali. Infine, la Provincia è competente in materia di realizzazione, ampliamento e ristrutturazione dei beni immobili. Tra i compiti

COMPETENZE PROPRIE

COMPETENZE DELEGATE

DELEGHE

COMPITI

STRUTTURE DIRETTIVE E DI
COORDINAMENTO

COMPITI PRIMARI

STRUMENTI DI CONTROLLO

della Provincia rientra anche la gestione e lo sviluppo del Sistema informativo provinciale (SIPSA) (vedi Note introduttive). Spetta inoltre alla Provincia fornire supporto finanziario agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordi riconosciuti e corrispondere a varie strutture e associazioni contributi per l'assistenza di anziani, invalidi e minori, come pure per la prevenzione delle devianze sociali. Su incarico della Regione e dello Stato, la Provincia gestisce infine l'erogazione di prestazioni previdenziali. Con l'approvazione della L.p. n. 9/2007, la Provincia autonoma di Bolzano – Alto Adige ha inoltre assunto talune competenze in materia di copertura della non autosufficienza.

Strumenti centrali di controllo dell'amministrazione provinciale per lo sviluppo dei servizi sociali sono quelli connessi con la competenza in materia di finanziamento delle attività socio-assistenziali delegate ai Comuni e alle Comunità comprensoriali, nonché quelli che derivano dalla competenza in materia di erogazione di contributi a sostegno dei gestori privati cui vengono demandati servizi socio-assistenziali. Lo strumento di controllo tecnico più importante è il Piano sociale provinciale, elaborato dall'amministrazione provinciale in collaborazione con le Comunità comprensoriali, i Comuni e i gestori privati, che indica per il triennio successivo gli indirizzi strategici e gli standard tecnici per il settore dei servizi sociali. L'attuale Piano sociale provinciale è stato approvato dalla Giunta provinciale con delibera n. 3359 del 15/09/2008.

A partire dall'anno 2011 è stata istituita l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico – ASSE, che provvede all'erogazione di prestazioni sociali di natura economica (assegno di cura, assegno al nucleo familiare, prestazioni economiche per invalidi civili, ciechi e sordi, prestazioni di previdenza integrativa regionale, ecc.).

2.2.5 Compiti della Regione

PREVIDENZA INTEGRATIVA

Tra le principali competenze regionali va annoverato il settore della previdenza sociale integrativa, con cui la Regione Trentino-Alto Adige integra gli interventi previdenziali dello Stato nel settore della maternità, della disoccupazione, dell'invalidità e della vecchiaia. Inoltre la Regione partecipa finanziariamente a taluni provvedimenti provinciali, per esempio il fondo previdenziale per le persone non autosufficienti. Il sistema della previdenza integrativa regionale è stato riordinato continuamente negli ultimi anni (vedi cap. 10.1). La gestione degli interventi previdenziali è stata trasferita dalla Regione alle Province autonome, anche se la competenza legislativa ed il finanziamento in materia continuano a spettare all'amministrazione regionale. L'assistenza sociale (della Provincia) è ancora in un rapporto di sussidiarietà rispetto alla previdenza (della Regione), dato che le norme previdenziali garantiscono ai cittadini diritti di livello superiore. Ne consegue la necessità di una buona armonizzazione delle misure previdenziali con quelle assistenziali. Concretamente, i gestori dell'assistenza (Provincia, Comuni e Comunità comprensoriali) devono vincolare le loro prestazioni al totale esaurimento dell'offerta di previdenza integrativa.

2.3 STRUTTURE E SERVIZI SOCIALI

ORGANIZZAZIONE
TERRITORIALE

2.3.1 Assistenza sociale di base nei Distretti

Sul piano territoriale e organizzativo, l'assistenza sociale pubblica è articolata in otto Comunità comprensoriali (a Bolzano i servizi vengono gestiti da un'apposita Azienda per i servizi sociali). A loro volta le Comunità comprensoriali si suddividono complessivamente in 20 Distretti, ciascuno dei quali comprende diversi Comuni. Al Comune di Bolzano è riservato sul piano territoriale un unico Distretto, che però per quanto riguarda l'erogazione dei servizi è suddiviso in cinque unità d'offerta con aree di competenza chiaramente definite. I 20 Distretti sociali si sovrappongono territorialmente a quelli

sanitari, dando vita ai Distretti sociosanitari che costituiscono la base organizzativa di un'assistenza sociosanitaria integrata. Sul piano dell'assistenza sanitaria il territorio provinciale è suddiviso in quattro Comprensori sanitari, ciascuna delle quali copre il bacino di utenza di più Comunità comprensoriali. Le attività dei Distretti sociali si ripartiscono in quattro settori: area socio-pedagogica, assistenza domiciliare, assistenza economica sociale e segretariato socio-sanitario.

L'Area sociopedagogica ha come proprio compito il sostegno dei singoli, delle famiglie e dei gruppi che si trovano in una situazione di difficoltà personale e familiare. Si tratta di un mandato ampio, che rende necessaria la collaborazione di diverse figure professionali (principalmente assistenti sociali e educatori). Quasi il 36% dell'utenza è costituito da minori. Tra gli utenti adulti le categorie più significative sono, oltre agli anziani, gli extracomunitari, i disabili e i malati psichici.

L'assistenza domiciliare eroga prestazioni a domicilio a singoli e a famiglie, al fine di promuoverne la permanenza nel loro domicilio e ridurre così il bisogno di ricoveri in strutture residenziali.

Aree di intervento tipiche sono la cura del corpo, aiuto nei lavori domestici, consulenza personale e aiuto psicologico, esercizi terapeutici e motori e preparazione e consegna dei pasti. Le prestazioni vengono erogate presso il domicilio dell'utente o in appositi centri diurni dislocati sul territorio. L'assistenza domiciliare si rivolge indistintamente a tutte le tipologie di utenza (anziani, malati psichici, disabili, emarginati), anche se la grande maggioranza degli utenti è costituita da anziani.

L'assistenza economica sociale si compone di una serie di misure indirizzate a sostenere i singoli e le famiglie in particolari condizioni di disagio economico e sociale (reddito minimo di inserimento, contributo per locazione e spese accessorie, prestazioni specifiche) e di misure destinate invece a sostenere i bisogni specifici di particolari tipologie di utenza (contributi per l'acquisto e l'adattamento di mezzi di trasporto per disabili, spese di trasporto per anziani). Sempre nel campo degli interventi economici sono da ricordare gli interventi di previdenza integrativa finanziati dalla Regione e le prestazioni a favore di invalidi civili, ciechi e sordi, erogate direttamente dalla Provincia.

A differenza delle altre attività, il segretariato socio-sanitario non è stato ancora realizzato in ogni Distretto. Suo compito principale è l'erogazione di informazioni e la consulenza centralizzata a tutti gli utenti del Distretto. L'attività del segretariato mira a valutare le richieste degli utenti, ad informarli sulle offerte di servizi e se necessario ad avviare nel modo più rapido gli utenti ai settori specializzati e ai servizi del Distretto. Con il loro lavoro di informazione e orientamento, gli uffici del segretariato socio-sanitario hanno anche lo scopo di contribuire a coordinare nel migliore dei modi gli interventi necessari.

2.3.2 Servizi specializzati locali e sovralocali

Al di là dell'assistenza sociale di base, le svariate attività specializzate dei servizi sociali pubblici e privati in seno ai Distretti si possono descrivere al meglio considerandone i vari gruppi target. Le prestazioni sociali illustrate qui di seguito vengono offerte da gestori pubblici oppure da organizzazioni private che hanno stipulato con gli enti pubblici territorialmente competenti apposite convenzioni sull'erogazione delle prestazioni.

Nell'assistenza della prima infanzia (0-3 anni) operano gli asili nido, microstrutture private e il servizio "Tagesmutter", offerto da organizzazioni private non profit. Per l'assistenza ai minori in difficoltà esiste una rete ben differenziata di strutture residenziali (comunità alloggio, case famiglia, residenze assistite) e centri diurni. Nelle strutture residenziali vengono assistiti minori la cui situazione familiare rende necessaria una temporanea sistemazione diversa da quella familiare. L'accoglimento dei minori nelle strutture residenziali e in quelle diurne hanno luogo attraverso la mediazione e su proposta dei servizi distrettuali. Queste strutture interagiscono con l'Area sociopedagogica dei Distretti sociali e le altre iniziative preventive e di consulenza e sostegno ai minori e alle loro famiglie offerte sul territorio (centri giovanili, interventi di prevenzione, consulenza telefonica).

AREA SOCIOPEdagogica

ASSISTENZA DOMICILIARE

ASSISTENZA ECONOMICA
SOCIALESEGRETARIATO SOCIO-
SANITARIO

PRIMA INFANZIA E MINORI

FAMIGLIA E ADULTI

Nel sostegno alla famiglia e agli adulti operano, accanto all'area sociopedagogica dei Distretti (che si occupa principalmente dei problemi più gravi), i consultori familiari, che sono gestiti privatamente in convenzione con i servizi pubblici, al fine di garantire una collaborazione coordinata con i servizi sociali e sanitari del Distretto. Esistono inoltre servizi specializzati come il servizio Case delle donne e l'Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia. L'Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia è l'unica struttura sociale che viene ancora gestita direttamente dalla Provincia. Negli ultimi anni sono nati molti altri servizi di consulenza e sostegno specializzati in determinate problematiche o rivolti a particolari gruppi di utenza, spesso gestiti dal privato sociale (consultori maschili, consulenza ai debitori, ecc.).

DISABILI/ MALATI PSICHICI

L'assistenza nei settori disabili, malati psichici e dipendenze si articola essenzialmente in misure di sostegno di tipo abitativo (convitti, comunità alloggio, alloggi di addestramento) e in attività occupazionali (laboratori protetti, laboratori riabilitativi, centri di addestramento lavorativo, cooperative sociali e attività socio-assistenziali diurne). Nel campo della disabilità, ulteriori interventi di rilievo riguardano il sostegno all'inserimento lavorativo, l'integrazione scolastica, la formazione professionale e i servizi di trasporto. Nel campo del disagio psichico e delle dipendenze è molto consolidata l'integrazione con i servizi sanitari.

ANZIANI

L'assistenza intramurale degli anziani si avvale di case di cura e di riposo attrezzate per assistere persone non autosufficienti, in sintonia con l'obiettivo politico-sociale che prevede di garantire agli anziani ancora autosufficienti un'assistenza a domicilio oppure all'interno di strutture diurne. Tra queste due tipologie di assistenza (quella integrata all'interno di strutture e quella domiciliare) è stata da poco introdotta la formula del cosiddetto "Accompagnamento abitativo per anziani" (decreto 10/2010). Altri servizi centrali sono l'assistenza domiciliare, i centri di assistenza diurna e gli alloggi per anziani. A integrare queste iniziative esiste sul territorio una rete di servizi volta a promuovere la partecipazione attiva degli anziani alla vita sociale.

IMMIGRAZIONE ED
EMARGINAZIONE SOCIALE

Nel campo dell'immigrazione le iniziative della mano pubblica si concentrano principalmente sull'individuazione di soluzioni permanenti al problema abitativo (ostelli per lavoratori/case albergo, minialloggi, strutture di edilizia sociale), con la conseguente chiusura delle strutture di prima accoglienza. Nel campo dei servizi di consulenza e di integrazione (iniziative di formazione professionale, corsi di lingua, assistenza legale) sono prevalentemente impegnate organizzazioni private e religiose. Di competenza comunale è l'assistenza a Sinti/Rom, profughi, senzatetto e senza fissa dimora. Anche nel settore dei Sinti/Rom l'intervento è incentrato sulla creazione di soluzioni abitative stabili e sulle attività di integrazione culturale e sociale. Nel campo dei profughi e senzatetto la priorità degli ultimi anni è stata invece la creazione di strutture di prima accoglienza. Inoltre l'ufficio provinciale competente da qualche anno si sta impegnando a fondo nella lotta allo sfruttamento della prostituzione (progetto "ALBA") e nel reinserimento sociale degli ex detenuti.

Tabella 2.1: Quadro schematico delle strutture e dei servizi sociali

SERVIZI DI DISTRETTO			
AREA SOCIOPEdagogICA			
ASSISTENZA DOMICILIARE			
ASSISTENZA ECONOMICA SOCIALE			
Settore	Servizi residenziali	Servizi di ricovero parziale e strutture diurne	Servizi di consulenza e integrativi
Infanzia	Istituto provinciale assistenza per l'infanzia (I.P.A.I.)	Asili nido Microstrutture Nidi aziendali Tagesmütter /-väter	
Minori	Comunità alloggio Strutture di tipo familiare Residenze assistite	Centri diurni	Consultori familiari Servizi di consulenza
Famiglia / donne	Case dalle donne Istituto provinciale assistenza per l'infanzia (I.P.A.I.)		Consultori familiari Servizi di consulenza
Anziani	Case di riposo Centri di degenza Alloggi per anziani	Centri di assistenza diurna centri diurni Centri diurni	Club per anziani Mense per anziani Soggiorni
Persone con disabilità	Convitti Comunità alloggio Alloggi di addestramento	Laboratori Attività diurne Punti di incontro	Inserimento lavorativo Formazione professionale Integrazione scolastica Soggiorni
Persone con disagio psichico	Comunità alloggio	Laboratori Attività diurne Punti di incontro	Inserimento lavorativo Soggiorni
Abhängigkeiten	Comunità alloggio	Laboratori Attività diurne Punti di incontro	Inserimento lavorativo Soggiorni
Inserimento lavorativo Soggiorni	Strutture di prima accoglienza Centri di emergenza Campi per Sinti/Rom		Servizi di consulenza Progetti di integrazione

2.3.3 Enti gestori

La tabella che segue evidenzia come, senza contare i servizi di base dell'area sociopedagogica e dell'assistenza economica sociale (che rientrano tra le mansioni istituzionali dell'amministrazione pubblica), il 43,9% dei servizi sociali viene svolto da gestori privati. Un ruolo particolarmente importante è qui quello delle cooperative, presenti per il 21,4%.

Tabella 2.2: Enti gestori dei servizi: numero di enti per tipologia di servizio* e percentuale sul totale dei servizi, 2010

Natura del servizio	Ente pubblico		Ente religioso		Associazione		Cooperativa		Altro		Totale
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Casa di riposo	50	78,1	3	4,7	2	3,1	3	4,7	6	9,4	64
Centro di degenza	8	80,0	2	20,0	-	-	-	-	-	-	10
Centro ass. diurna anziani	12	92,3	-	-	-	-	-	-	1	7,7	13
Assistenza domiciliare	26	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	26
Comunità alloggio per minori	4	26,7	1	6,7	2	13,3	8	53,3	-	-	15
Casa famiglia	-	-	-	-	2	40,0	3	60,0	-	-	5
Residenza assistita per giovani	-	-	-	-	5	33,3	10	66,7	-	-	15
Centro diurno per giovani	-	-	1	10,0	7	70,0	2	20,0	-	-	10
Asilo nido pubblico	12	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Servizi privati per la prima infanzia	-	-	-	-	-	-	43	100,0	-	-	43
Servizio Tagesmutter	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	4
Consulorio familiare	-	-	-	-	7	50,0	-	-	7	50,0	14
Casa delle donne	1	20,0	-	-	4	80,0	-	-	-	-	5
Centro di contatto per le donne	1	25,0	-	-	3	75,0	-	-	-	-	4
Comunità alloggio per disabili	13	76,5	-	-	3	17,6	1	5,9	-	-	17
Convitto per disabili	17	85,0	1	5,0	2	10,0	-	-	-	-	20
Laboratorio protetto per disabili	22	73,3	-	-	3	10,0	5	16,7	-	-	30
Attività diurne per disabili	15	88,2	-	-	2	11,8	-	-	-	-	17
Alloggio di addestramento	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Comunità alloggio psichici	9	81,8	-	-	-	-	2	18,2	-	-	11
Riabilitazione lavorativa psichici	11	78,6	-	-	1	7,1	2	14,3	-	-	14
Attività diurne psichici	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Comunità alloggio per dipendenze	2	50,0	-	-	2	50,0	-	-	-	-	4
Attività lavorative per dipendenze	4	66,7	-	-	2	33,3	-	-	-	-	6
Servizi per persone in difficoltà / emarginazione sociale	2	15,4	7	53,8	2	15,4	-	-	2	15,4	13
Servizi per nomadi / profughi	-	-	3	42,9	2	28,6	-	-	2	28,6	7
TOTALE	217	56,1	18	4,7	51	13,2	83	21,4	18	4,7	387

* Dalla lista sono esclusi i servizi gestiti per definizione da enti pubblici

CAMPI DI ATTIVITÀ

Gli enti gestori privati si sono resi nel frattempo indispensabili in svariati settori, come quello dell'assistenza alla prima infanzia ed ai minori o alla famiglia, ma anche nell'assistenza alle persone in difficoltà (per esempio ai senza dimora) oppure ai profughi e ai nomadi (Sinti/Rom). Essi svolgono tuttavia un ruolo talora rilevante anche nelle attività di riabilitazione e inserimento lavorativo di persone con dipendenze e con disagio psichico.

2.4 L'AREA DEL NON PROFIT

ORGANIZZAZIONE GIURIDICA

L'area del non profit copre un gran numero di tipologie di organizzazioni, dagli enti e associazioni private riconosciute alle cooperative sociali, alle fondazioni, ai comitati e ai gruppi di auto mutuo aiuto. L'ultimo censimento rappresentativo delle organizzazioni non profit ha rivelato che la forma giuridica più frequente è quella dell'associazione riconosciuta, seguita dall'associazione non riconosciuta.² Il 90% circa delle organizzazioni presenta infatti una di queste due forme giuridiche. Accanto all'orientamento non lucrativo, tutte queste organizzazioni hanno in comune il fatto di essere sul piano orga-

² Provincia autonoma di Bolzano-Alto Adige, *Volontariato in Alto Adige e censimento del Non profit in Alto Adige*, Bolzano 2001.

nizzativo indipendenti dallo Stato (ossia dal settore pubblico) e di essere gestite in autonomia. Questo trovarsi “tra il mercato e lo Stato” non significa però che le organizzazioni non profit siano in linea di principio sganciate sia dall’uno che dall’altro: al contrario esse assumono spesso compiti che non potrebbero venir affrontati né dalla sola mano pubblica né dal solo mercato, oppure che vengono loro demandati dal settore pubblico per altri motivi (vedi oltre). Spesso quindi il denaro pubblico svolge un ruolo importante nel finanziamento delle loro attività. In una visione analitica, l’area del non profit può considerarsi sia un terzo settore accanto al mercato e allo Stato che un’entità collocata fra questi due settori e il settore informale.

Tuttavia i confini con lo Stato e il mercato non sono netti, né il non profit si caratterizza sempre, nel suo complesso, per gli stessi principi strutturali. Così ad esempio talune organizzazioni poggiano sul piano economico quasi interamente sui principi della solidarietà e del mutuo soccorso (“economia morale”), mentre in altre si compenetrano elementi sociali ed elementi di economia di mercato (“economia sociale”). In una prima approssimazione si possono distinguere quattro tipologie primarie di organizzazioni non profit:

- Organizzazioni private di utilità sociale, per l’erogazione di servizi e la messa a disposizione di strutture
- Organizzazioni di volontariato
- Gruppi di auto mutuo aiuto
- Organizzazioni di persone direttamente interessate.

2.4.1 Organizzazioni private

Le organizzazioni economiche private (a carattere lucrativo) non hanno attualmente alcun peso nel settore sociale altoatesino e non godono di alcun sostegno pubblico. Le organizzazioni private presenti sul territorio della provincia sono quasi esclusivamente organizzazioni di pubblica utilità, che generalmente hanno la forma giuridica di un’associazione, di una fondazione o di una cooperativa. Rientrano tra le organizzazioni private anche quelle ecclesiastiche e religiose, quali la Caritas e gli ordini religiosi. Gran parte degli enti privati che offrono servizi in campo sociale sono organizzati all’interno di una delle federazioni presenti in Alto Adige, che fungono da enti di riferimento per l’amministrazione pubblica a livello provinciale. Per meglio coordinare le loro strategie e migliorare i servizi offerti, all’inizio del 2007 cinque di queste federazioni si sono riunite assieme nel “Sozialring Südtirol”.

Le organizzazioni private sostengono e integrano i servizi sociali pubblici, talvolta assumendone le mansioni e stipulando a tal fine convenzioni con gli enti pubblici preposti. In Alto Adige esse hanno ormai assunto un ruolo rilevante nell’erogazione di servizi sociali, concentrandosi in particolare, come evidenzia la tabella 2.2, su taluni settori, come quello dell’assistenza alla prima infanzia.

Diversamente dagli enti pubblici, l’attività dei gestori privati non si basa su un obbligo di legge. All’interno di essi svolgono un ruolo preponderante il volontariato organizzato e quello individuale, anche se nella maggior parte dei casi ha un peso rilevante anche il personale retribuito. Numerose organizzazioni private considerano loro compito anche la rappresentanza degli interessi di gruppi sociali svantaggiati o bisognosi di sostegno (funzione di patrocinio) o l’individuazione di carenze nel meccanismo assistenziale. In complesso esse contribuiscono in maniera rilevante a garantire un livello di assistenza sociale consono al fabbisogno.

La Provincia può in applicazione delle leggi vigenti riconoscere agli enti e alle organizzazioni private contributi agli investimenti e ai costi gestionali. In linea di principio, il finanziamento del lavoro dei gestori privati segue diversi percorsi (mezzi propri delle organizzazioni private, contributi diretti o indiretti degli utenti, contributi o altre erogazioni finanziarie pubbliche conseguenti agli obblighi di legge degli enti territoriali). Il peso relativo di queste diverse fonti di finanziamento varia molto da gestore

TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE

ASPETTI STRUTTURALI

 IMPORTANZA DEL SETTORE
 NON PROFIT

FINANZIAMENTO

SETTORE PUBBLICO E PRIVATO

a gestore e a seconda del tipo di servizio o di struttura. Per la maggior parte delle organizzazioni non profit comunque il finanziamento delle attività costituisce un problema rilevante, prima di tutto perché non tutte le loro spese vengono coperte da finanziamenti pubblici e in secondo luogo perché per esse è difficile procurarsi capitali sul mercato finanziario privato (cioè attraverso crediti bancari tradizionali). Per agevolare l'accesso al mercato dei capitali da parte delle organizzazioni non profit, con la Legge provinciale 12/2006 la Giunta provinciale ha creato i presupposti giuridici per l'istituzione di una cooperativa di garanzia a sostegno delle organizzazioni non profit operanti nel settore sociale e in quello sanitario (cooperativa di garanzia „Socialfidi“). La costituzione formale della Socialfidi è stata sancita a metà 2007. Con delibera n. 3343/2007, la Giunta provinciale ha riconosciuto il nuovo istituto, predisponendo anche mezzi finanziari per la copertura dei rischi, integrati ulteriormente dai soci fondatori e dalle altre istituzioni che nel frattempo sono entrate a far parte della cooperativa, che conta ormai 35 soci. Nell'assunzione dei crediti, questi possono ora coprire parte delle fidejussioni richieste tramite la Socialfidi. Per le dimensioni contenute della cooperativa, le coperture in garanzia attualmente possibili sono peraltro ancora limitate.

Provincia e gestori privati concordano sul fatto che è necessario sviluppare ulteriormente il coordinamento tra i servizi sociali pubblici e quelli privati. Ciò vale anche e in particolare per la collaborazione del settore privato con le comunità comprensoriali e con gli enti gestori pubblici. Di certo tutte le funzioni primarie – ossia i servizi dell'assistenza economica sociale e della tutela dei minori - continueranno ad essere gestite dalla mano pubblica. In tutti gli altri settori tuttavia ad avviso dell'amministrazione provinciale potrebbe in linea di massima operare anche un ente gestore privato. Sono d'altra parte necessarie talune garanzie qualitative.

ACCREDITAMENTO

Un passo importante per la qualità delle prestazioni sociali è l'introduzione del sistema di accreditamento per i servizi sociali e sociosanitari, approvato nelle sue linee fondamentali dalla Giunta provinciale nel 2009 (delibera della Giunta provinciale del 29 giugno 2009, n. 1753). L'accREDITAMENTO costituisce il presupposto di base per l'accesso al finanziamento pubblico e per la stipula delle convenzioni e di altri accordi contrattuali con i gestori dei servizi sociali. Tuttavia per gli enti pubblici l'introduzione dell'accREDITAMENTO non comporta alcun obbligo; esso serve soltanto a garantire che i servizi sociali, sia pubblici che privati, rispondano a determinati standard minimi. Va qui peraltro posta particolare attenzione a minimizzare, nei confronti dei gestori privati di piccole dimensioni, l'onere connesso con la gestione burocratica della procedura di accREDITAMENTO.

ASPETTI QUANTITATIVI

2.4.2 Il volontariato in Alto Adige

Si intende per lavoro volontario l'attività lavorativa svolta a titolo personale, volontario e gratuito, prestata senza alcun fine di lucro - anche indiretto - ed esclusivamente per fini di solidarietà. In Alto Adige il volontariato poggia ormai su una lunga tradizione, che vede spesso i volontari riunirsi in proprie organizzazioni. Si definisce organizzazione di volontariato ogni sodalizio volontariamente istituito per prestare le attività lavorative di cui sopra e che si avvale in misura rilevante e prevalente della collaborazione volontaria e personale dei suoi membri. Nel "Registro provinciale del volontariato" risultavano iscritte oltre 1.800 organizzazioni, quasi la metà delle quali operante nel settore "cultura, educazione ed istruzione". Per il settore "assistenza sanitaria e sociale" risultavano invece iscritti circa 230 gruppi o associazioni. In realtà il numero effettivo è di certo abbastanza più elevato, in quanto l'iscrizione al registro non costituisce un presupposto indispensabile per la stipula di convenzioni con la pubblica amministrazione.

FINANZIAMENTO

Per quanto riguarda il finanziamento delle organizzazioni di volontariato, le erogazioni pubbliche hanno un peso assai rilevante, e questo vale in particolare per il settore dei servizi sanitari e sociali che - sotto forma di contributi o di altre tipologie di erogazione oppure in base a convenzioni - è finanziato in

grandissima parte da denaro pubblico. Alla fine del 2009, ai fini di garantire una copertura assicurativa al volontariato il Consiglio provinciale ha deliberato di stanziare in futuro fino ad un milione di Euro da un fondo di garanzia. Presupposto per l'erogazione della prestazione è tuttavia che l'organizzazione di volontariato sia assicurata. Dato che le organizzazioni di volontariato di norma non solo lavorano a costi inferiori degli enti pubblici ma spesso sono anche grado di erogare prestazioni che, pur istituzionalmente dovute, altrimenti resterebbero scoperte (quindi diversificando ulteriormente l'offerta), queste erogazioni pubbliche si possono senz'altro considerare un "impiego efficiente del denaro pubblico".

Il volontariato organizzato va distinto da quello individuale. Un'attività volontaria individuale è in linea di principio possibile in ogni tipologia di servizio sociale, ragion per cui questo tipo di volontariato svolge un ruolo importante sia all'interno delle organizzazioni non profit che presso i servizi sociali pubblici (per ulteriori dettagli vedi il cap. 11.4). Circa un servizio su quattro (28,0%) vede presente anche personale volontario. Strutture miste in tal senso, che vedono cioè combinati assieme la responsabilità dei professionisti e l'impegno della società civile, sono in particolare le case di riposo/centri di degenza (nell'81,1% di queste strutture sono presenti i volontari) e le Case della donna (64,3%). Mediamente presso i servizi nei quali è presente personale volontario vi sono 39,3 volontari ogni 100 operatori di ruolo, con una percentuale all'incirca corrispondente a quella dell'anno precedente (39,8). La varianza tuttavia continua ad essere considerevole: la presenza massima, con 265,1 volontari contro 100 operatori di ruolo, si riscontra ormai da anni presso le Case delle donne; segue l'assistenza domiciliare (167,2 contro 100); per contro continua a mantenersi quasi irrilevante la presenza di volontari presso i servizi per la prima infanzia (1,2 contro 100).

Con il D.p.g.p. 26/2006 sono state colmate le lacune legislative ancora esistenti in materia di servizio sociale volontario, a suo tempo definito dalla L.p. 7/2004. L'offerta del servizio sociale volontario si rivolge a tutte le persone di 28 e più anni, che a fronte di un rimborso spese e di altri benefici sono interessate a prestare a tempo determinato un contributo allo sviluppo sociale e culturale della nostra provincia. La durata del servizio è fissata in un massimo di 24 mesi. Come nell'anno precedente, anche per il 2010 la Giunta provinciale ha fissato un numero massimo di 55 operatori del servizio sociale, mantenendo il rimborso spese mensile sul livello di 450 Euro per 40 ore settimanali.

2.4.3 Gruppi di auto mutuo aiuto

Le iniziative di auto mutuo aiuto sono associazioni nelle quali si riuniscono persone direttamente coinvolte in un certo problema, al fine di sostenersi gratuitamente a vicenda o di organizzare in prima persona una determinata assistenza in campo sociale o sanitario. Queste iniziative costituiscono una forma particolare di lavoro volontario. Rendendo possibile lo scambio di esperienze e informazioni personali, offrendo un sostegno al superamento di certe problematiche della vita e promuovendo la partecipazione alla vita sociale, i gruppi di auto mutuo aiuto contribuiscono in misura decisiva ad integrare il lavoro dei servizi sociali.

Importante interfaccia di questo lavoro è il Servizio per i gruppi di auto mutuo aiuto, istituito nel 2002 presso la Federazione provinciale delle associazioni sociali. Questo servizio funge da punto di riferimento centrale per tutte le persone interessate al problema dell'autoaiuto, e con il suo lavoro contribuisce in maniera rilevante al potenziamento e al coordinamento delle attività di auto mutuo aiuto. Il Servizio ha gestito nel 2010 complessivamente 2219 contatti, sostenendo 39 iniziative di costituzione di gruppi di questo tipo, un terzo dei quali ha iniziato la propria attività come gruppo autonomo già in quell'anno. Il servizio viene gestito mediante la corresponsione di quote. Al finanziamento provvedono in primo luogo la Provincia autonoma e il Fondo speciale per le attività di volontariato. Attualmente si auspica e persegue la costituzione di un comitato per l'autoaiuto a livello confederale, con partecipazione dei rappresentanti delle organizzazioni più significative.

VOLONTARIATO INDIVIDUALE

SERVIZIO SOCIALE
VOLONTARIO

DEFINIZIONE

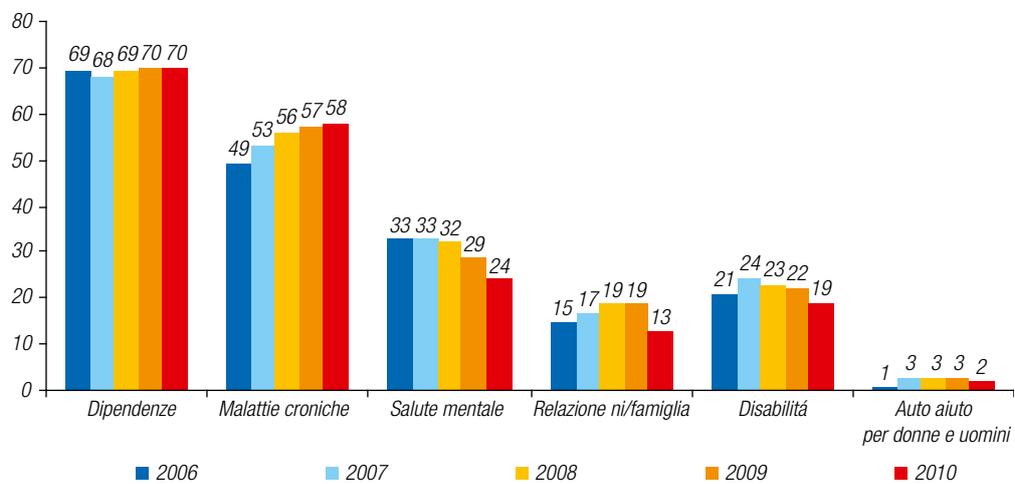
SERVIZIO PER I GRUPPI DI
AUTO MUTUO AIUTO

ASPETTI QUANTITATIVI

ASPETTI QUANTITATIVI

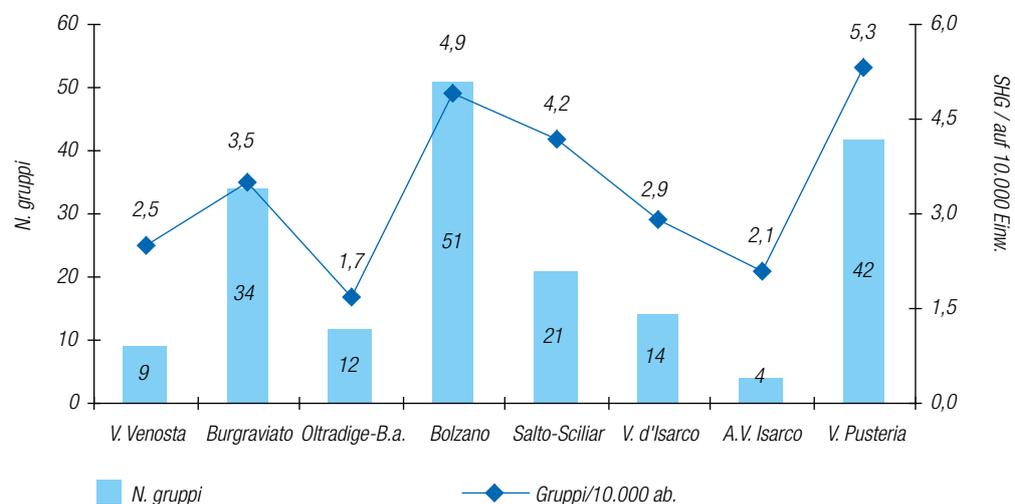
Alla fine del 2010 esistevano in Alto Adige complessivamente 187 gruppi di auto mutuo aiuto operanti nel settore sociosanitario. Rispetto al 2009 si è avuto quindi un leggero calo (pari a 14 gruppi). Va tuttavia tenuto presente che il settore dell'auto mutuo aiuto è sempre caratterizzato da una forte fluttuazione: nel 2010 complessivamente 36 gruppi hanno sospeso la loro attività, temporaneamente o definitivamente. Il grafico che segue illustra la distribuzione dei vari gruppi, ordinati per campi di attività principale. La maggior parte di essi opera nel settore delle dipendenze (70; seguono le malattie croniche (58) e i problemi psicosociali (24). Questa distribuzione appare ormai da anni relativamente stabile. Le tematiche sociali (per es. disoccupazione, mobbing, educazione, situazioni familiari particolari) risultano ancora sottorappresentate tra i gruppi di auto aiuto. L'esperienza mostra come sia difficile che nascano gruppi di auto aiuto in questi ambiti tematici

Grafico 2.2: Gruppi di auto mutuo aiuto in Alto Adige 2006–2010



In media vi sono in Alto Adige 3,7 gruppi di auto aiuto per 10.000 abitanti. Il lavoro di auto mutuo aiuto presenta diversa diffusione tra le varie Comunità comprensoriali. La maggior presenza di gruppi di auto mutuo aiuto rispetto alla popolazione residente si riscontra nei Comprensori Val Pusteria (5,3 gruppi per 10.000 abitanti), Bolzano (4,9) e Salto-Sciliar (4,2) anche se va ricordato che la partecipazione individuale ai gruppi non è ovviamente legata direttamente al criterio territoriale.

Grafico 2.3: Gruppi di auto mutuo aiuto per Comunità comprensoriale, 2010



Fonte: Federazione Provinciale delle Associazioni sociali 2011.

2.4.4 Organizzazioni di persone direttamente interessate

Di certo la maggior parte dei gestori attivi nell'area del non profit (cooperative, associazioni di servizi, gruppi di auto mutuo aiuto ecc.) si presentano anche - nei confronti del mondo politico, di quello amministrativo e degli enti gestori pubblici - come rappresentanti degli interessi dei cittadini che in essi si attivano. La promozione e lo sviluppo della volontà delle persone interessate e di chi le rappresenta verso il mondo esterno occupano una posizione importantissima nella maggior parte delle organizzazioni non profit. D'altra parte non va dimenticato che nel settore privato esiste tutta una serie di organizzazioni che non erogano servizi direttamente né svolgono primariamente attività locale a livello di auto mutuo aiuto, ma si considerano in forma più o meno esclusiva rappresentanti degli interessi di determinati gruppi e quindi loro portavoce. Proprio questo è il caso per una trentina delle complessivamente 46 organizzazioni di pubblica utilità attualmente organizzate all'interno della Federazione provinciale dalle associazioni sociali. Queste organizzazioni di persone interessate fanno sì che le esperienze personali non rimangano confinate a livello individuale ma diventino una conoscenza generale a disposizione di tutti. Con la loro "competenza del diretto interessato" esse apportano alla discussione tecnica una nuova prospettiva e una conoscenza che il mondo politico, quello amministrativo e la maggior parte degli enti gestori non sarebbero in grado di fornire.

3. SERVIZI E INTERVENTI TRASVERSALI

Il capitolo „Servizi e interventi trasversali“ descrive ed analizza il bilancio dei servizi offerti dai 20 Distretti sociali. I Distretti sociali costituiscono, come illustrato nel capitolo precedente (vedi cap. 2), le unità organizzative centrali dei servizi sociali per l'erogazione dei servizi sociali di base. Le loro attività vanno pertanto descritte in un capitolo a parte, fatto salvo per un'eccezione: siccome l'assistenza economica sociale è descritta in dettaglio, assieme ad altre prestazioni di tipo finanziario, in un altro capitolo della presente Relazione sociale (vedi cap. 9), gli aspetti qui di seguito esposti si concentrano sui due altri campi principali di intervento dei Distretti sociali, l'area sociopedagogica e l'assistenza domiciliare, ai quali si aggiunge il Segretariato sociale (Infopoint), che tuttavia si colloca all'interfaccia tra il servizio sociale e quello sanitario.

3.1 AREA SOCIOPEDAGOGICA

3.1.1 Servizi e prestazioni offerte

L'Area sociopedagogica costituisce un servizio di base che ha il compito di erogare prestazioni sociali nel territorio dei Distretti. Con la sua competenza psico-sociale e giuridica, l'Area sociopedagogica rappresenta uno dei pilastri fondamentali della rete sociale nei Distretti. Il suo compito istituzionale è piuttosto ampio, spaziando dalla prevenzione al superamento e alla mitigazione delle situazioni di disagio, alla promozione dell'integrazione sociale di persone, famiglie e gruppi a rischio. L'Area sociopedagogica provvede alla predisposizione, all'attuazione e al coordinamento in loco di interventi sociali ed educativi, al sostegno pedagogico di altri servizi e strutture, alla promozione e al sostegno di gruppi di auto-aiuto, associazioni di volontariato e strutture sociali. Per i cittadini in cerca di sostegno essa costituisce spesso il primo partner di riferimento.

Vi sono svariate forme di cooperazione reciproca tra l'Area sociopedagogica e gli altri servizi e strutture. Una cooperazione particolarmente stretta esiste con gli altri servizi distrettuali, in particolare con l'assistenza economica sociale. L'obiettivo primario dell'assistenza sociale - cioè un affrancamento quanto più rapido possibile dei fruitori del servizio - può infatti perseguirsi solo in stretta collaborazione tra l'assistenza economica sociale e l'Area sociopedagogica (vedi cap. 9). La cooperazione tra quest'ultima e i servizi sanitari ha preso nel frattempo piede tanto quanto quella con le scuole, i tribunali e i comuni.

SVILUPPO DEL NUMERO DI INTERVENTI

Rispetto al 2009, il numero complessivo di assistiti è cresciuto del 14,7%. Si tratta del maggiore incremento registrato da anni. Nel 2010 l'Area sociopedagogica ha per la prima volta assistito oltre 10.000 persone, e più precisamente 6.745 adulti e anziani e 3.824 minori. In particolare gli adulti/anziani sono aumentati numericamente assai più dei minori (17,8% a fronte di un 9,6%).

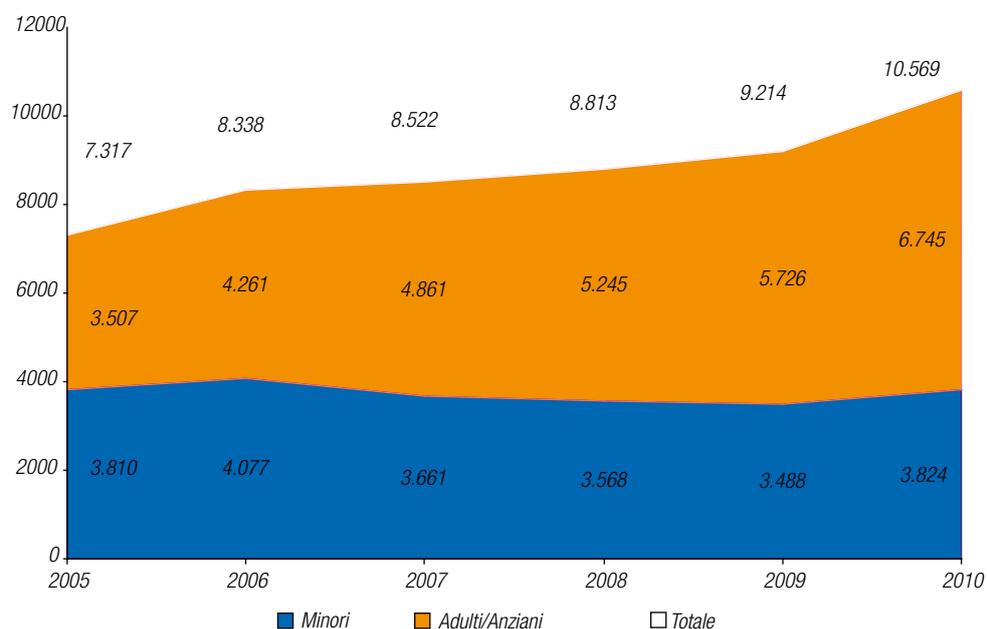
ARGOMENTO DEL CAPITOLO

COMPITI DELL'AREA
SOCIOPEDAGOGICA

FORME DI COOPERAZIONE

PERSONE ASSISTITE

Grafico 3.1: Assistiti dell'Area sociopedagogica



RAPPORTO MINORI/ADULTI

Fatta eccezione per le Comunità comprensoriali dell'Alta Valle Isarco e della Val Pusteria, in tutti i comprensori sono stati assistiti assai più adulti che minori, e questa forte sproporzione si osserva in particolare a Bolzano. A livello distrettuale la situazione è simile: solo in 4 dei 20 Distretti la quota dei minori è superiore a quella degli adulti.

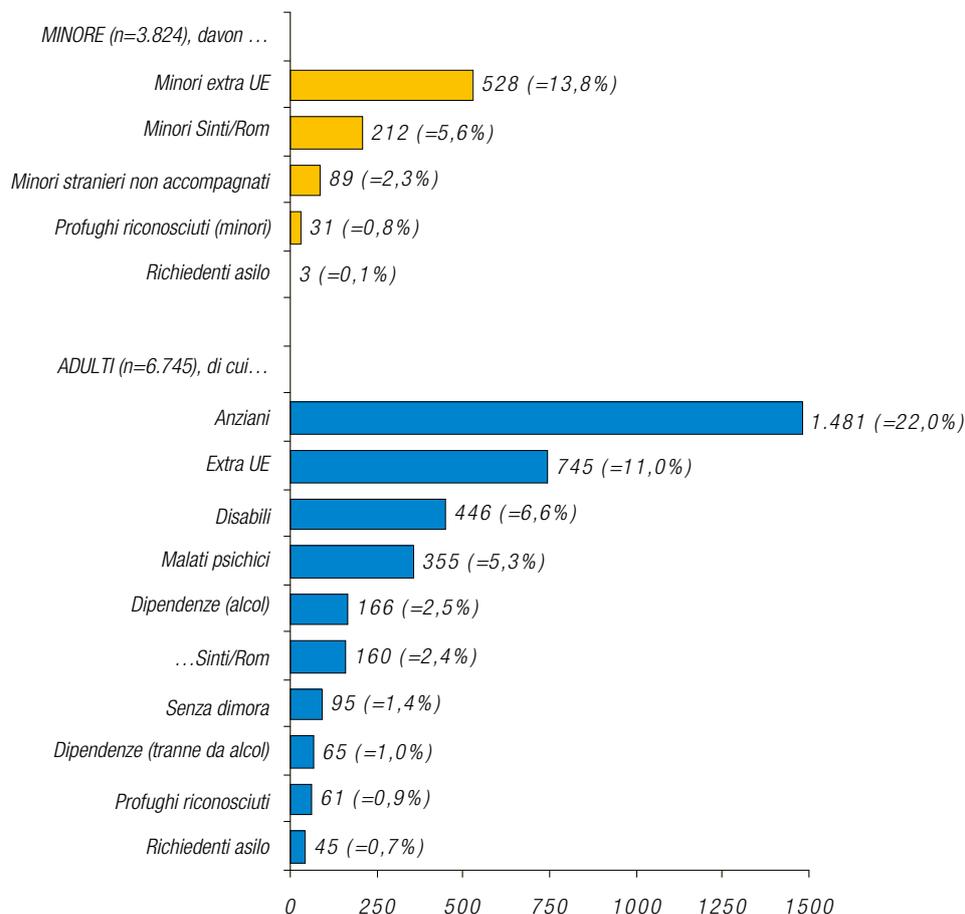
Tabella 3.1: Assistenti dell'Area sociopedagogica, 2009-2010

Distretto sociale	2009			2010		
	Minori	Adulti	Totale	Minori	Adulti	Totale
Alta Val Venosta	93	143	236	91	131	222
Media Val Venosta	102	103	205	94	123	217
Val Venosta	195	246	441	185	254	439
Naturno e circondario	82	159	241	87	171	258
Lana e circondario	180	291	471	169	287	456
Merano e circondario	459	795	1.254	483	819	1.302
Val Passiria	60	63	123	72	68	138
Burgraviato	781	1.308	2.089	811	1.343	2.154
Oltradige	72	46	118	111	168	279
Laives-Bronzolo-Vadena	148	110	258	144	171	315
Bassa Atesina	84	76	160	107	161	268
Oltradige-B. atesina	304	232	536	362	500	862
Gries-S. Quirino	149	524	673	163	806	969
Europa-Novacella	256	565	821	298	611	909
Don Bosco	242	362	604	268	517	785
Centro-Piani-Rencio	235	651	886	173	536	709
Oltrisarco-Asiago	111	446	557	161	476	637
Bolzano	993	2.548	3.541	1.063	2.946	4.009
Val Gardena	53	94	147	63	118	181
Val d'Ega-Sciliar	82	131	213	130	242	372
Salto-Val Sarentino-Renon	86	117	203	100	137	237
Salto-Sciliar	221	342	563	293	497	790
Bressanone e circondario	372	466	838	392	555	947
Chiusa e circondario	116	102	218	109	121	230
Val d'Isarco	488	568	1.056	501	676	1.177
Alta Valle Isarco	122	118	240	159	138	297
Tures-Valle Aurina	88	104	192	104	95	199
Brunico e circondario	185	129	314	199	142	341
Alta Val Pusteria	53	50	103	68	68	136
Val Badia	58	81	139	79	86	165
Val Pusteria	384	364	748	450	391	841
TOTALE PROVINCIA	3.488	5.726	9.214	3.824	6.745	10.569

Complessivamente le percentuali della maggior parte dei gruppi target sono cambiate solo di poco rispetto al 2009. Contrazioni evidenti, sia sul piano relativo che su quello assoluto, si riscontrano solo per i minori stranieri non accompagnati (da 104 a 89, ossia dal 3,0% al 2,3% degli assistiti minori nel loro complesso) e per i senza dimora (da 136 a 95, ossia dal 2,4% all'1,4% degli assistiti adulti). Nota: per minori non accompagnati si intendono quei minori che soggiornano in Italia senza la presenza dei genitori o di altri adulti che in base all'ordinamento giuridico italiano siano tenuti ad accudirli e a rispondere legalmente di loro. Tutti gli altri gruppi sono numericamente aumentati oppure rimasti invariati (in termini assoluti). Gli incrementi maggiori si osservano tra i cittadini extracomunitari adulti (da 559 a 745) e tra gli anziani (da 1.331 a 1.481).

GRUPPI TARGET

Grafico 3.2: **Persone assistite direttamente dall'Area sociopedagogica, 2010**



PERSONALE

All'interno dell'area sociopedagogica, alla fine del 2010 operavano 205 persone. Espressa in termini di operatori equivalenti a tempo pieno, la cifra risulta di 182,1 operatori, dei quali 157,2 effettivamente in servizio. Rispetto al 2009 il personale è quindi cresciuto leggermente (del 4,6%, passando dalle 174,1 alle 182,1 unità equivalenti a tempo pieno), rimanendo costituito in maggioranza da assistenti sociali (50,7%) ed educatori (28,8%). Fra le altre figure professionali si contano principalmente gli educatori per disabili e i pedagogisti (entrambi 5,4%). Siccome tra il 2009 e il 2010 il numero degli assistiti è aumentato abbastanza di più, il singolo operatore equivalente a tempo pieno nel 2010 avrebbe dovuto mediamente assistere più persone che nel 2009, ed effettivamente il relativo parametro è passato da 52,9 (2009) a 58,0 (2010). Nell'interpretare questo dato va tuttavia tenuto presente che questo indicatore è soggetto ogni anno a forti oscillazioni, e che il lavoro di assistenza fornito dall'Area sociopedagogica può dover affrontare problematiche e carichi di lavoro assai differenziati. Il numero di assistiti per singolo operatore a tempo pieno varia quindi considerevolmente sul territorio, passando dai 43,3 assistiti dell'Oltradige-Bassa atesina ai 75,5 di Bolzano, dove quest'ultima Comunità comprensoriale presenta sì il peggior rapporto assistiti per operatore, ma d'altra parte di gran lunga il miglior rapporto abitanti per operatore. La posizione particolare di Bolzano si rispecchia anche nel numero relativamente alto di assistiti per 1.000 abitanti (38,6 rispetto ad una media provinciale di 20,8).

Tabella 3.2: Utenti dell'Area sociopedagogica e personale, 2010

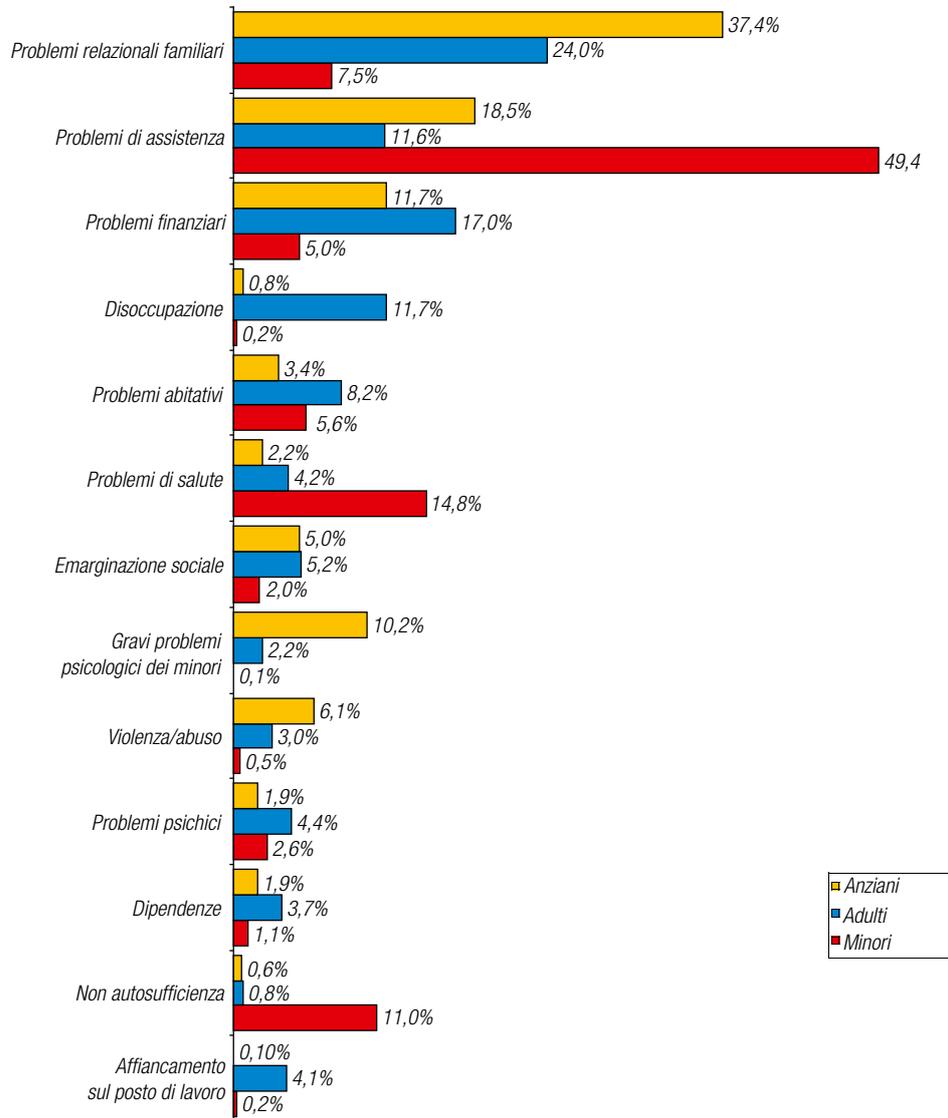
Comunità comprensoriale	Utenti	di cui minori	Utenti per 1000 abitanti	Utenti minori per 1000 minori	Operatori equivalenti t.p.	Utenti/operatori equivalenti t.p.	Abitanti/operatori equivalenti t.p.
Val Venosta	439	185	12,9	26,5	8,6	51,0	3.971,4
Burgraviato	2.154	811	22,0	43,3	37,8	57,0	2.593,4
Oltradige-Bassa Atesina	862	362	11,7	24,8	19,9	43,3	3.717,4
Bolzano	4.009	1.063	38,6	60,6	53,1	75,5	1.957,1
Salto-Sciliar	790	293	16,4	27,4	17,4	45,4	2.775,1
Val d'Isarco	1.177	501	22,0	43,3	22,9	51,4	2.338,4
Alta Valle Isarco	297	159	15,4	41,4	4,8	61,9	4.016,5
Val Pusteria	841	450	11,0	27,5	17,4	48,3	4.390,5
TOTALE PROVINCIA	10.569	3.824	20,8	38,1	182,1	58,0	2.787,5

3.1.2 Motivi del ricorso all'assistenza e prestazioni in sintesi

Per quanto riguarda le ragioni del ricorso all'assistenza, si osservano tra le varie fasce di età – minori, adulti e anziani – motivazioni in parte differenziate. Nel caso dei minori e degli adulti i motivi vanno ricercati prevalentemente nei problemi relazionali familiari, seguiti dai problemi di assistenza e da quelli finanziari. Una certa importanza presentano peraltro fra gli adulti anche la disoccupazione (11,7%) e i problemi abitativi (8,2%), mentre tra i minori (bambini e ragazzi) in circa un caso su dieci (10,2%) sono gravi problemi psicologici a determinare il ricorso all'assistenza. Tra gli anziani (cioè ultrasessantatenni), accanto ai problemi di assistenza, che sono alla base di quasi la metà (49,4%) delle prese di contatto con l'Area sociopedagogica, hanno un certo peso anche i problemi di salute (14,8%) e la non autosufficienza, mentre le altre motivazioni presentano valori percentuali praticamente irrilevanti.

MOTIVI DEL RICORSO
L'ASSISTENZA

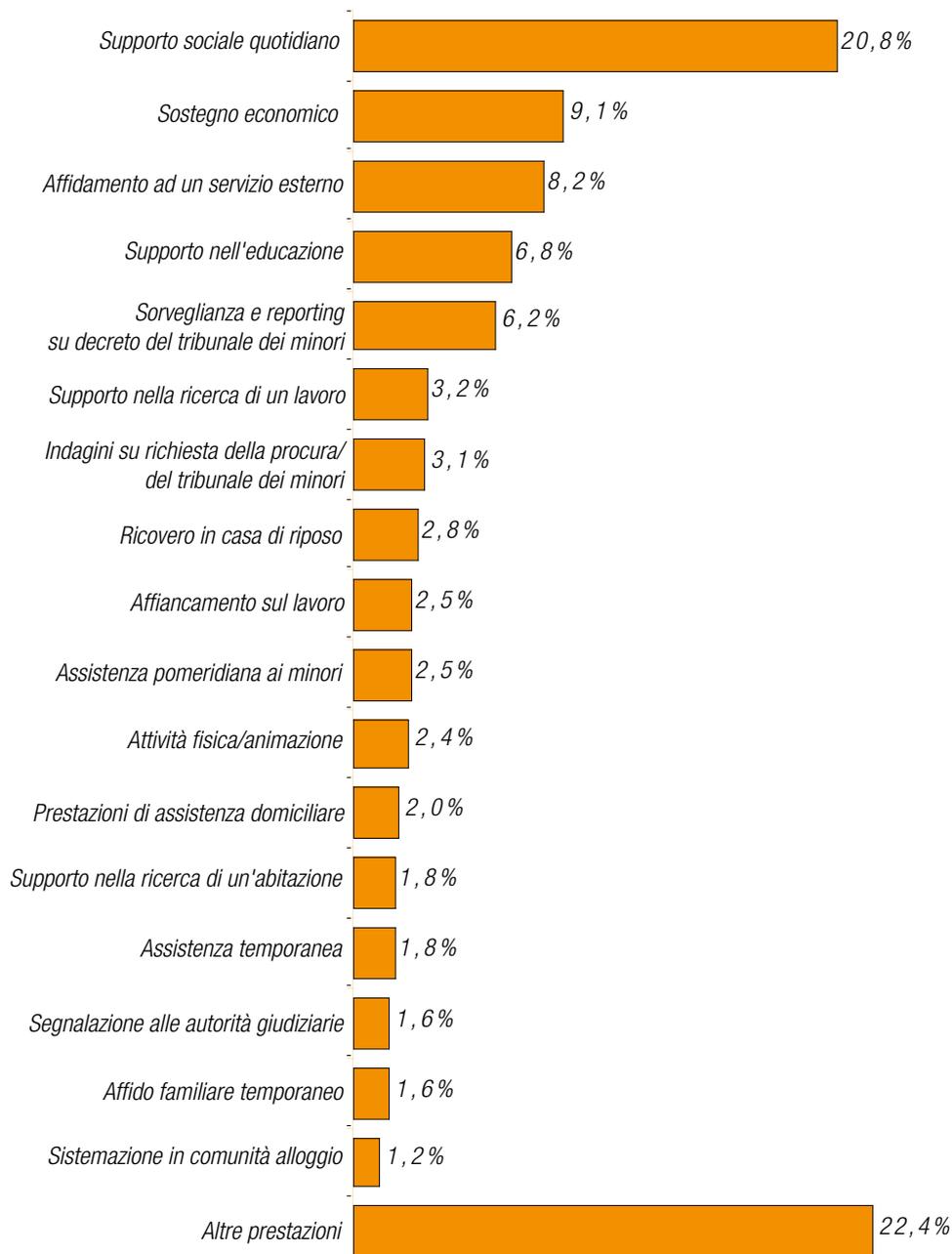
Grafico 3.3: Assistenti dell'Area sociopedagogica per motivo prevalente



PRESTAZIONI EROGATE

In funzione del motivo prevalente dell'assistenza, tra le prestazioni erogate predominano il supporto nelle relazioni sociali quotidiane (20,8%), seguito dalle prestazioni economico-sociali (9,1%), dall'avvio ad un servizio esterno (8,2%), dal supporto all'educazione (6,8%) e dalla sorveglianza disposta mediante decreto del tribunale dei minori (6,2%). Il grafico che segue evidenzia con chiarezza la molteplicità delle prestazioni erogate dall'Area sociopedagogica. Nel gruppo „Altre prestazioni“ rientrano 28 ulteriori prestazioni, ciascuna delle quali tuttavia costituisce meno dell'1% delle prestazioni complessive erogate.

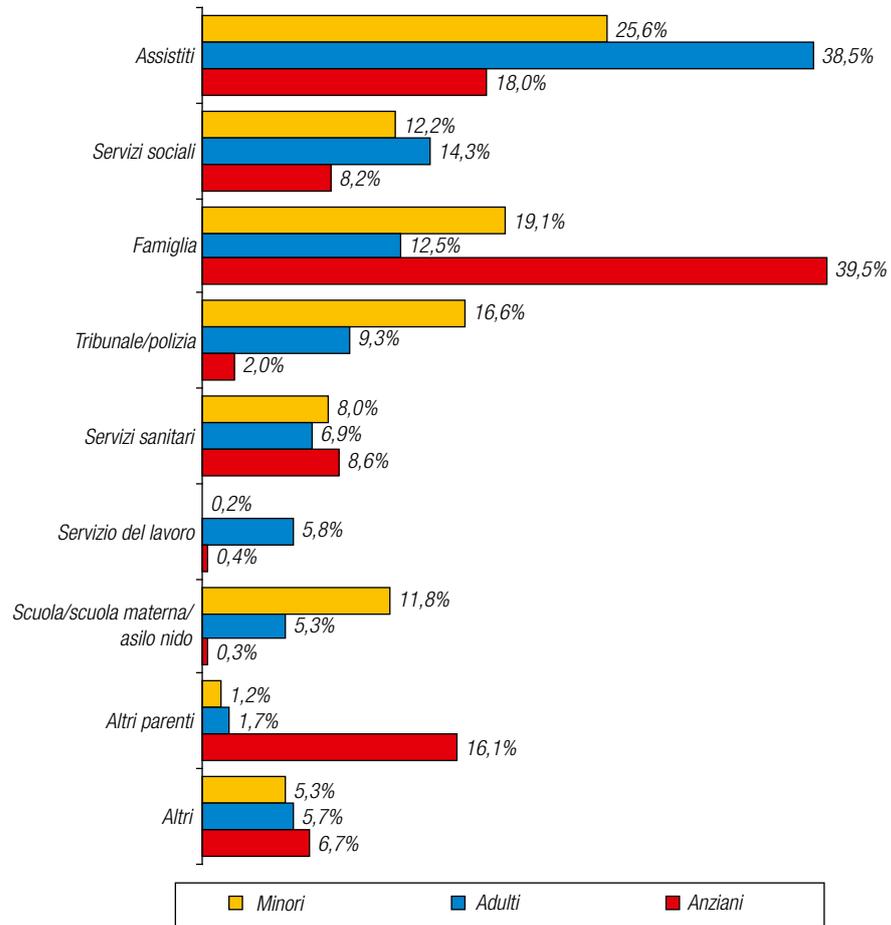
Grafico 3.4: Prestazioni erogate agli assistiti, 2010



Per quanto riguarda l'origine della richiesta di assistenza si osservano differenze rilevanti tra i vari gruppi (minori, adulti e anziani). Nel caso degli anziani la richiesta proviene di norma dai familiari (39,5%), dagli anziani stessi (18,0%) o da altri parenti (16,1%). Per gli adulti oltre un terzo (38,5%) delle richieste è presentato dagli stessi interessati. Col 14,3%, anche i servizi sociali hanno svolto qui un ruolo importante, mentre al terzo posto seguono i familiari (12,5%). Nel caso dei minori, oltre all'iniziativa individuale dell'interessato (25,6%) e della famiglia (19,1%) hanno un peso rilevante anche istituzioni come il tribunale dei minori/la polizia (16,6%) e la scuola/scuola materna (11,8%).

SOGGETTI DENUNCIANTI

Grafico 3.5: **Persone assistite dall'Area sociopedagogica per origine della denuncia, 2010**



3.1.3 Minori

SITUAZIONE FAMILIARE

Per quanto riguarda l'ambiente familiare dei minori assistiti, in oltre 4 casi su 10 (42,2%) si tratta di figli di genitori coniugati. Appaiono tuttavia sovrarappresentati i figli di genitori separati (26,9%). La maggior parte dei minori vive presso la famiglia di origine (87,5%). In oltre due terzi dei casi (72,6%) la patria potestà viene quindi esercitata dai due genitori, e solo in meno di un quinto dei casi (18,6%) dalla sola madre.

Grafico 3.6: **Minori assistiti per situazione familiare, 2010**

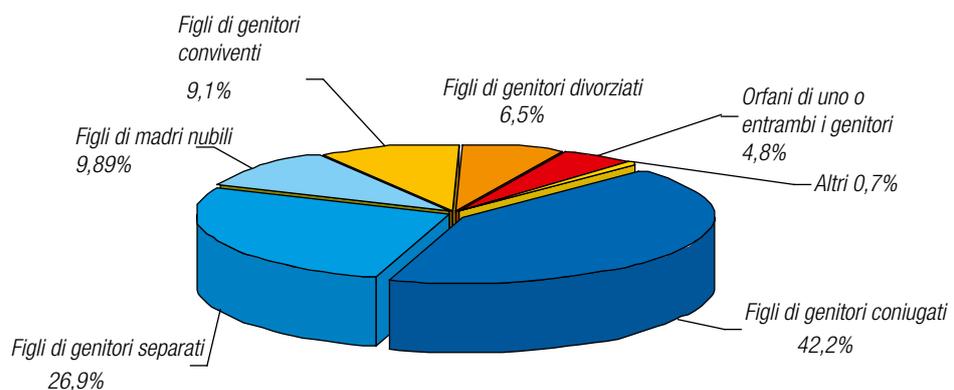


Grafico 3.7: Minori assistiti per tipologia di residenza, 2010

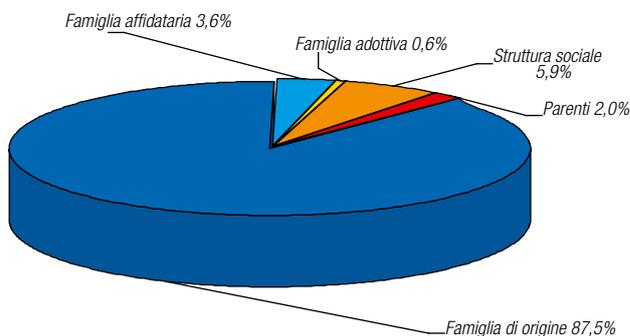
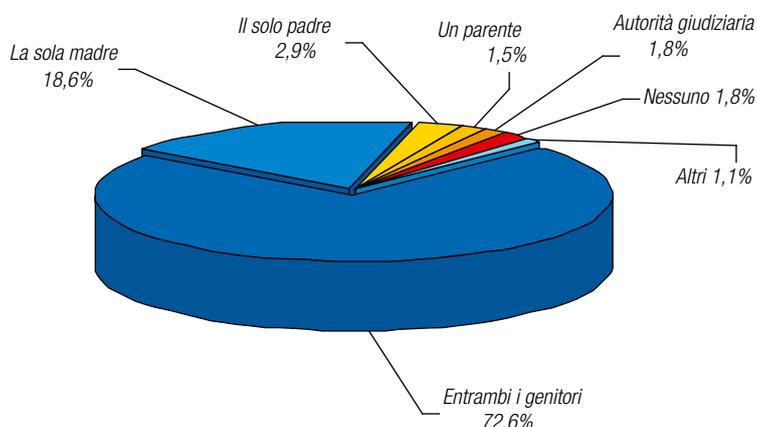
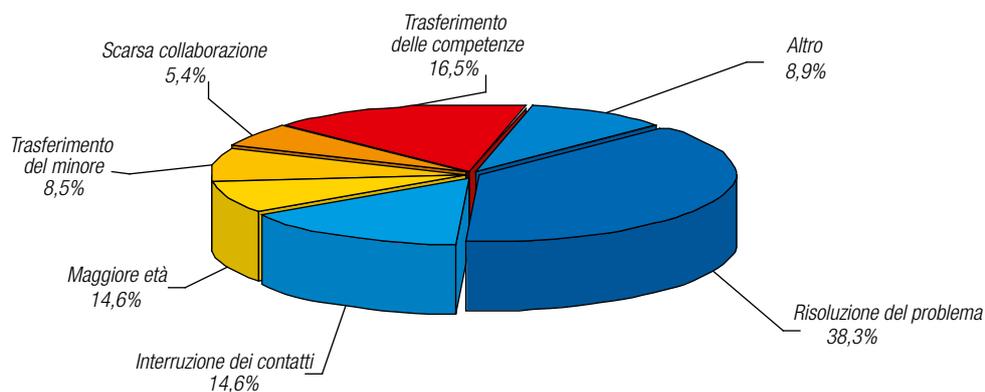


Grafico 3.8: Minori assistiti per soggetto esercitante la patria potestà, 2010



Nel 2010 l'assistenza è stata portata a conclusione per complessivamente 624 minori, in quasi il 40% dei casi perché il problema è stato risolto completamente. Il 14,6% delle assistenze prestate si è concluso per interruzione dei contatti, con una riduzione di oltre il 25% rispetto all'anno precedente. Queste interruzioni non significano necessariamente che l'assistenza sia stata inefficace, ma testimoniano comunque dei limiti dell'assistenza fornita dall'Area sociopedagogica. Negli altri casi il rapporto di assistenza è cessato per il passaggio dell'interessato ad altro servizio sociale (16,5%), per il raggiungimento della maggiore età (7,9%), per il suo trasferimento ad altra residenza (8,5%) o per la sua scarsa collaborazione (5,4%).

Grafico 3.9: Minori assistiti per motivo dell'interruzione, 2010



3.2 SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI E ASSISTENZIALI

3.2.1 Assistenza familiare / assistenza informale

IMPORTANZA
DELL'ASSISTENZA FAMILIARE

Anche in Alto Adige la famiglia rappresenta il principale servizio assistenziale. Stando alle statistiche dell'assicurazione sulla copertura della non autosufficienza, quasi il 75% delle persone anziane non autosufficienti viene assistito in casa (vedi cap. 10.2). Se anche gran parte dell'assistenza domestica continua a venir fornita esclusivamente dai parenti ovvero è organizzata in maniera puramente informale, si ricorre sempre più di frequente ai servizi professionali, particolarmente sotto forma di assistenza domiciliare (vedi cap. 3.2.2). Questo sviluppo può interpretarsi come un effetto della copertura della non autosufficienza, e senza dubbio l'erogazione dei relativi assegni contribuisce a sostenere l'assistenza in casa, rispondendo non soltanto ad una precisa volontà politica, ma anche all'esigenza delle persone assistite di vivere e venir accudite quanto più a lungo possibile a casa propria. In questo modo si rafforza la responsabilità e l'autodeterminazione sia degli assistiti che dei loro familiari. Con l'assegno diventa possibile assistere in casa anche persone fortemente non autosufficienti.

CARICO DI LAVORO DEI
FAMILIARI ASSISTENTI

Accanto a taluni vantaggi, questa soluzione presenta peraltro anche dei rischi. Le attività di assistenza pongono i parenti dell'assistito a confronto con pesanti responsabilità. L'esigenza di fornire l'assistenza può verificarsi in qualsiasi momento, la sua intensità e durata non è programmabile, ed essa comporta spesso per gli interessati pesanti carichi fisici e psichici, specie in caso di assistenza a persone colpite da demenza. In particolare all'inizio dell'assistenza, i familiari necessitano spesso di un'articolata consulenza. I distretti sociali costituiscono in realtà punti di riferimento centrali sul territorio, ma non sono in grado di soddisfare sempre e direttamente le esigenze di una consulenza globale e onnicomprensiva che numerose famiglie presentano. A tutto ciò si aggiungono i conflitti con altre attività o con le personali aspirazioni delle persone che prestano assistenza. Continua infatti a rimanere difficile conciliare l'attività lavorativa con quella assistenziale. Con l'acuirsi della non autosufficienza e quindi con il subentrare di un'esigenza di assistenza tende ad aumentare anche l'importanza di un supporto extrafamiliare, e segnatamente dell'aiuto di servizi professionali, senza che però diminuisca la rilevanza prioritaria dell'assistenza in famiglia e la necessità di una forte disponibilità di familiari e parenti a fornirla. La copertura della non autosufficienza, intesa come una sorta di "assicurazione casco parziale" (vedi cap. 10.2), punta esplicitamente a ché le persone necessitanti di un'assistenza e i loro familiari si servano, accanto ai servizi professionali (assistenza domiciliare), anche di risorse umane informali.

ASSISTENZA INFORMALE/
COLLABORATRICI FAMILIARI E
BADANTI STRANIERE

Dalla più recente rilevazione multiscopo si ricava che il 5,5% delle famiglie altoatesine si avvalgono dell'aiuto di una collaboratrice familiare, mentre il 2,0% ricorre a personale assistenziale privato per garantire l'assistenza ad un familiare anziano o disabile.¹ Da una valutazione approssimativa si può ipotizzare che circa il 30% delle famiglie che hanno in casa una persona non autosufficiente ricorra a tale personale assistenziale. In circa due terzi dei casi si tratta qui di persone immigrate, molto spesso donne sui quarant'anni. Come si può immaginare, sono prevalentemente le famiglie residenti in comuni con oltre 10.000 abitanti a ricorrere a questa tipologia di assistenza. Il personale assistenziale privato viene utilizzato in particolare quando i familiari assistenti non convivono con l'assistito: delle 194 persone che nel 2009 si sono rivolte allo sportello Nissà Care alla ricerca di una collaboratrice familiare o di un'assistente privata, oltre la metà (55,2%) erano anziani che vivono da soli e circa un quarto (27,8%) anziani che convivono con il coniuge, il quale però non è in grado di provvedere interamente da solo all'assistenza.² Le collaboratrici familiari e le badanti straniere sono diventate nel frattempo parte integrante dello scenario dell'assistenza in Alto Adige, e colmano con il loro lavoro le lacune as-

¹ ASTAT (ed.), 16 gennaio 2011 – Giornata mondiale degli immigranti e rifugiati, in: *ASTAT-Info*, 01/2011, pag. 3-4.

² Azienda per i servizi sociali di Bolzano, *Relazione sociale 2009*. Bolzano 2010, pag. 91.

sistenziali lamentate da molte persone anziane non autosufficienti. Cooperative ed altre organizzazioni offrono dal canto loro personale assistente sulla base di regolari contratti di lavoro, provvedendo anche al disbrigo delle relative pratiche amministrative.

3.2.2 Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare (AD) è organizzata a livello comprensoriale, e a ciascuno degli otto Comprensori sono subordinati i servizi istituiti presso il rispettivo Distretto. Complessivamente nei 20 Distretti sono istituite 28 unità di offerta. Nella maggior parte dei Distretti, l'assistenza domiciliare è gestita direttamente dalla Comunità comprensoriale o dall'azienda sociale di Bolzano con proprio personale. In quattro Distretti la gestione del servizio è stata affidata mediante convenzione ad una cooperativa sociale, oppure ad un gestore privato. In un caso ad essa provvede direttamente il comune. L'assistenza domiciliare eroga a favore di singole persone e famiglie parzialmente non autosufficienti tutta una serie di prestazioni finalizzate a consentire agli stessi di continuare a vivere nell'ambiente abituale. Oltre alle prestazioni di assistenza in casa, ritroviamo qui i pasti a domicilio e l'assistenza nei centri diurni.

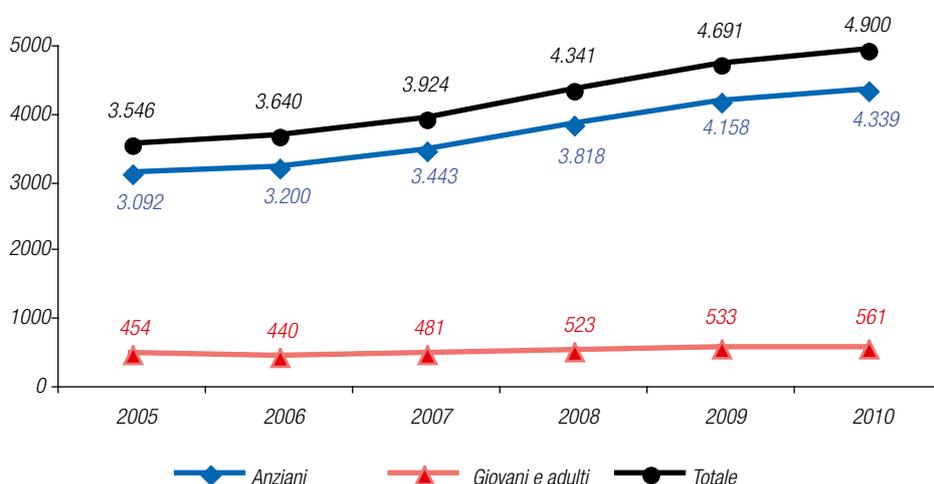
SERVIZI DOMICILIARI

Nel corso del 2010, il servizio di assistenza domiciliare ha fornito servizi domiciliari complessivamente a 4.900 persone. Rispetto all'anno precedente si segna qui un nuovo incremento del 4,5%, che porta l'aumento complessivo dalla fine del 2007 al 24,9%: incrementi considerevoli, strettamente correlati con l'introduzione della copertura della non autosufficienza (vedi cap. 10.2). Le prestazioni dei servizi domiciliari continuano a venir offerte prevalentemente alla popolazione anziana, la cui percentuale rispetto al numero complessivo di assistiti si è attestata nel 2010, come del resto anche nel 2009, sull'88,6%. Tuttavia il numero assoluto di assistiti giovani è ormai da anni in crescita, e rispetto al 2009 è aumentato di oltre il 5%, passando da 533 a 561 persone. Questa distribuzione per età rispecchia la ben maggiore necessità di aiuto e il rischio di non autosufficienza della popolazione ultrasessantatreenne, e di conseguenza la scelta politico-sociale di concentrare i servizi di assistenza domiciliare sugli anziani. Nell'interpretare il numero di assistiti non anziani raggiunti dall'assistenza domiciliare (561 persone) va tenuto presente che nel 2010 è stato erogato il contributo alla non autosufficienza a "sole" 1.750 persone circa sotto i 65 anni, e di essi il 20% ha fatto ricorso a servizi residenziali istituzionalizzati ed oltre un quarto si è avvalso di servizi di accompagnamento diurno. In quest'ottica il dato dei 561 assistiti non anziani appare del tutto coerente e in linea col numero di anziani non autosufficienti assistiti in casa.

CARATTERISTICHE
STRUTTURALI
DELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE

NUMERO ED ETÀ
DEGLI ASSISTITI

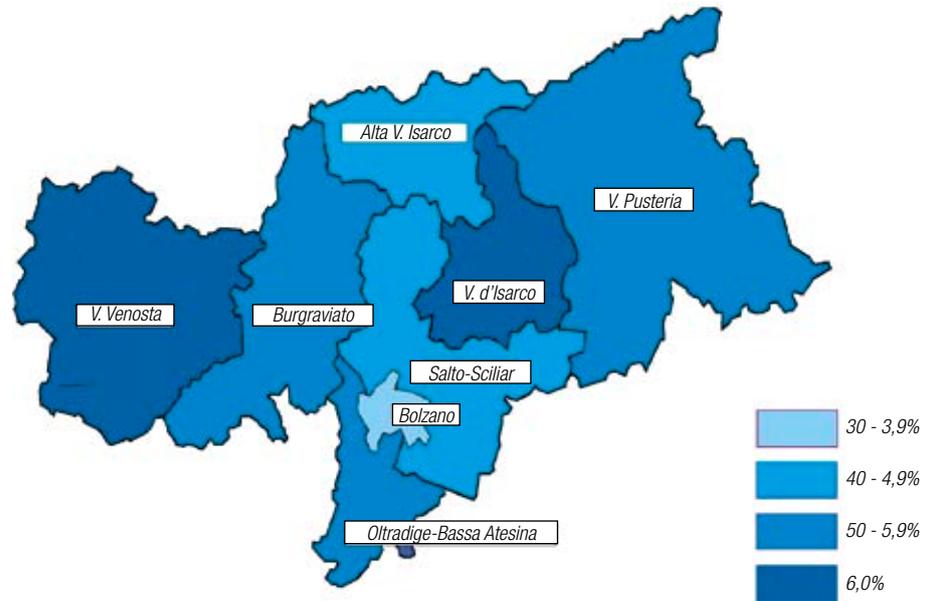
Grafico 3.10: Assistiti dell'assistenza domiciliare per fasce di età, 2005-2010



INDICE DI PENETRAZIONE

Complessivamente l'assistenza domiciliare ha raggiunto l'1,0% della popolazione e il 4,8% degli ultrasessantatenni. Nella maggior parte delle Comunità comprensoriali viene tuttavia assistito più del 4,8% degli anziani. Fanno eccezione Bolzano (3,3%), Salto-Sciliar (4,5%) e l'Alta Valle Isarco (4,6%). Per quanto attiene gli ultrasessantatenni, gli indici di penetrazione oscillano tra il 5,9% di Bolzano e l'11,1% della Val d'Isarco. Naturalmente questo dato non tiene conto dell'assistenza fornita dai privati (vedi oltre).

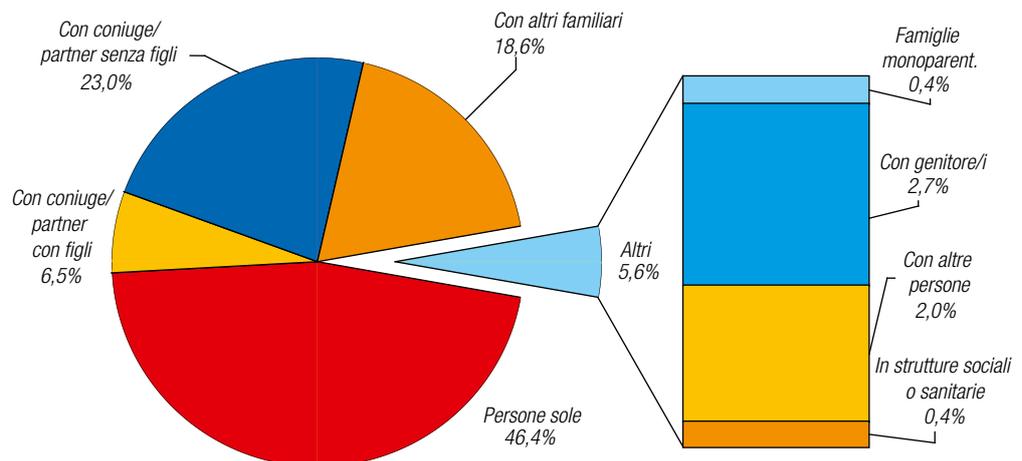
Grafico 3.11: Presenza percentuale di anziani beneficiari dell'assistenza domiciliare rispetto alla popolazione ultrasessantatenne, 2010 (per Comunità comprensoriale)



SITUAZIONE FAMILIARE

Tra i beneficiari dell'assistenza domiciliare, quasi una persona su due (46,4%) vive sola. Il ricorso al supporto professionale dipende di certo non da ultimo dall'assenza di un aiuto familiare. Né questa osservazione viene confutata dal fatto che quasi un quarto (23,0%) dei clienti dell'assistenza domiciliare vive con il coniuge o il partner: in molti casi infatti quest'ultimo è anch'esso in età avanzata e quindi solo limitatamente disponibile per dare assistenza all'altra persona. Gli altri assistiti vivono di norma in altre situazioni abitative presso parenti. In complesso non c'è alcun dubbio che l'assistenza domiciliare è in grado di sostenere l'assistenza familiare in casa, integrandola e consolidandola.

Grafico 3.12: Situazione familiare delle persone assistite dall'assistenza domiciliare, 2010



Rispetto all'anno precedente l'entità delle prestazioni è nuovamente aumentata (da 303.243 a 314.648 ore di servizio prestate): un incremento tanto più considerevole in quanto il numero di ore prestate era già cresciuto del 22,7% tra il 2008 e il 2009. L'incremento del 3,8% osservato nel 2010 corrisponde percentualmente circa all'aumento del numero di clienti (4,5%).

La prestazione più significativa sul piano quantitativo resta ancora l'igiene personale, che impegna il 52,6% delle ore di servizio erogate, seguita dall'aiuto domestico (17,9%). Le altre prestazioni si distribuiscono tra il lavoro sociopedagogico e sociogeragogico (10,4%), l'attività fisica (9,3%), l'accompagnamento/trasporto (6,1%) e l'assistenza medica (3,7%). Tuttavia si osservano considerevoli differenze a livello territoriale nel range delle prestazioni. Così ad esempio nell'Alta Valle Isarco, in Val d'Isarco e in Val Pusteria l'aiuto domestico ha con oltre il 23% una rilevanza sensibilmente superiore a quella che esso ha nelle altre Comunità comprensoriali, mentre a Bolzano quasi tre quarti delle ore di servizio prestate (72,7%) riguardano l'igiene personale.

Tabella 3.3: Assistenza domiciliare: ore erogate per tipologia di prestazione e distretto, 2010

Distretto sociale	Prestazioni (ore)							Totale
	As-sistiti	Igiene personale	Aiuto domestico	Attività fisica	Accomp. e trasporto	Assist. medica	Lavoro socio-pedagogico	
Alta Val Venosta	178	4.752	1.180	708	227	577	847	8.291
Media V. Venosta	202	5.682	169	843	1.392	359	1.096	9.541
Val Venosta	380	10.434	1.349	1.551	1.619	936	1.943	17.832
Naturno	103	2.838	137	14	159	704	3.122	6.974
Lana	257	10.812	751	3.037	61	853	2.671	18.185
Merano	541	20.351	7.035	874	3.989	560	5.063	37.872
Val Passiria	130	2.888	493	1.434	70	1.084	3.253	9.222
Burgraviato	1.031	36.889	8.416	5.359	4.279	3.201	14.109	72.253
Oltradige	208	5.958	1.721	3.777	193	153	52	11.854
Laives-Bronz.-Vad.	173	6.301	1.039	725	178	2	330	8.575
Bassa Atesina	406	7.475	3.147	2.045	915	1.558	2.916	18.056
Oltr.-Bassa Atesina	787	19.734	5.907	6.547	1.286	1.713	3.298	38.485
Gries-S. Quirino	277	10.774	2.445	0	0	0	1.607	14.826
Europa-Novac.	170	10.995	3.825	0	0	0	91	14.911
Don Bosco	151	12.334	909	0	0	0	295	13.538
Centro-Piani-R.	124	5.268	1.912	2	72	107	1.643	9.004
Oltrisarco-Aslago	102	3.619	2.161	0	10	10	1.061	6.861
Bolzano	824	42.990	11.252	2	82	117	4.697	59.140
V. Gardena	112	3.445	182	903	399	15	565	5.509
V.d'Ega-Sciliar	172	4.236	529	1.318	176	322	768	7.349
Salto-Sarent.-Renon	132	2.562	433	264	178	59	494	3.990
Salto-Sciliar	416	10.243	1.144	2.485	753	396	1.827	16.848
Bressanone	377	8.575	7.690	1.169	3.396	2.463	1.699	24.992
Chiusa	202	4.736	2.900	383	914	690	2.646	12.269
Val d'Isarco	579	13.311	10.590	1.552	4.310	3.153	4.345	37.261
Alta Valle Isarco	162	5.682	4.226	2.035	2.635	969	955	16.502
Tures-V. Aurina	141	4.160	2.855	1.123	397	268	440	9.243
Brunico	297	13.720	7.900	5.642	3.275	554	597	31.688
A. V. Pusteria	147	4.343	1.369	888	497	43	494	7.634
Val Badia	136	3.887	1.351	2.017	133	376	0	7.764
Val Pusteria	721	26.110	13.475	9.670	4.302	1.241	1.531	56.329
Totale provincia	4.900	165.393	56.359	29.201	19.265	11.725	32.704	314.648

In base alle direttive per l'accreditamento adottate alla fine del 2009 per i servizi di assistenza domiciliare, quest'ultima deve potersi erogare nei giorni feriali da lunedì a venerdì per almeno 12 ore al giorno e il sabato per almeno 6 ore. In caso di necessità l'assistenza deve potersi fornire anche nei

PRESTAZIONI EROGATE

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

ORARI DI EROGAZIONE

DEI SERVIZI

giorni festivi e alla sera. Già prima che queste direttive venissero approvate, l'introduzione della copertura della non autosufficienza aveva comunque determinato un sensibile prolungamento degli orari di erogazione dei servizi.

PERSONALE

ETÀ E SESSO

Alla fine del 2010 risultavano occupate nell'assistenza domiciliare 502 persone, per un totale di 343,6 unità equivalenti a tempo pieno. L'età media degli operatori è di 40,4 anni. Quasi il 40% (39,2%) del personale retribuito ha un'età compresa tra 40 e 49 anni, mentre circa un terzo (31,5%) ha tra i 30 e i 39 anni. Nell'assistenza domiciliare continuano ad operare quasi esclusivamente donne (92,3%). Il personale (collaboratori equivalenti a tempo pieno) è rimasto più o meno invariato rispetto al 2008, passando dalle 398,5 (2009) alle 397,3 (2010) unità.

PROFILI PROFESSIONALI

Tra i collaboratori predominano i profili professionali dell'assistente geriatrico e dell'assistente socio-assistenziale (41,0% in termini di unità equivalenti a tempo pieno) e quello dell'operatore socio-assistenziale (29,2%). La percentuale degli assistenti per disabili, con lo 0,9%, si sta avvicinando allo zero.

CARICO DI LAVORO ED ASSISTENZA PRESTATI

Su base annua, nel 2010 un operatore a tempo pieno ha assistito in media 12,4 persone. In tal modo il carico di lavoro per operatore a tempo pieno risulta essere leggermente aumentato rispetto al 2009 (2009: 11,8). Tra le Comunità comprensoriali continuano tuttavia ad osservarsi considerevoli differenze. Il numero di persone assistite per operatore oscilla infatti tra le 9,1 della Val Pusteria e le 15,9 della Val d'Isarco. Di conseguenza è diverso anche il numero di ore di assistenza prestate a ciascun assistito: il valore più alto si è riscontrato nell'Alta Valle Isarco con 101,9 ore, quello più basso nella Comunità comprensoriale Salto-Sciliar con 40,5 ore. In entrambi i casi si osserva qui tuttavia un sensibile incremento rispetto al 2009. Nell'interpretare questi dati va peraltro tenuto presente che questo indicatore oscilla in maniera considerevole di anno in anno e che l'assistenza domiciliare può trovarsi a dover affrontare problematiche e carichi di lavoro assai differenziati. Inoltre le assistenze possono avere anche diversa durata. Un calcolo medio del numero di ore di assistenza per persona e per anno consente quindi di trarre soltanto conclusioni indirette sull'effettivo carico di lavoro del personale e/o sull'adeguatezza dell'assistenza erogata, e ciò vale in particolar modo per il raffronto dei dati tra le varie Comunità comprensoriali. Meglio raffrontabile appare invece il parametro del numero di ore di assistenza fornite per operatore a tempo pieno, anche se pure per esso si osservano sensibili differenze tra le varie Comunità comprensoriali.

Tabella 3.4: Assistenza domiciliare: persone assistite, prestazioni e operatori, 2010

Comunità comprensoriale	Numero assistiti	Ore di assistenza	Operatori (equiv. a tempo pieno)	Ore per assistito	Assistiti per operatore equiv. effettivo	Ore per operatore equiv. effettivo
Val Venosta	380	17.832	31,0	46,9	12,3	575,2
Burgraviato	1.031	72.253	73,6	70,1	14,0	981,7
Oltr.-Bassa Atesina	787	38.485	54,2	48,9	14,5	710,1
Bolzano	824	59.140	65,8	71,8	12,5	898,8
Salto-Sciliar	416	16.848	37,1	40,5	11,2	454,1
Val d'Isarco	579	37.261	36,4	64,4	15,9	1.023,7
Alta V. Isarco	162	16.502	16,5	101,9	9,8	1.000,1
Val Pusteria	721	56.329	79,4	78,1	9,1	709,4
TOTALE PROVINCIA	4.900	314.648	394,0	64,2	12,4	798,6

CARATTERISTICHE DEL FABBISOGNO

Nonostante le differenze territoriali evidenziate dalla tabella 3.4, nella maggior parte dei casi è possibile rispondere prontamente ad una richiesta di prestazioni di assistenza domiciliare, mentre invece rappresentano ancora un problema le assistenze intensive e ripetute più volte al giorno. In apparenza

le persone necessitanti di assistenza e i loro familiari vengono a trovarsi in difficoltà al momento di concordare - come del resto è previsto dalla copertura della non autosufficienza (vedi cap. 10.2) - modalità assistenziali personalizzate, anche per il fatto che alle tariffe attualmente sovvenzionate dalla mano pubblica (tra 3,50 e 23 Euro nel 2011) la clientela non può acquistare quotidianamente prestazioni illimitate (copertura temporale del fabbisogno).

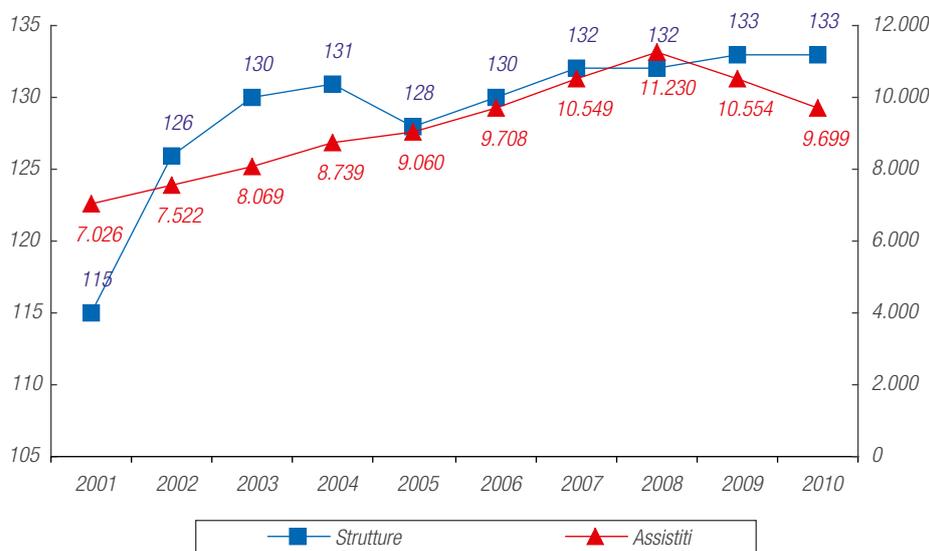
PASTI A DOMICILIO

Il servizio dei “pasti a domicilio” erogato dai servizi domiciliari viene offerto in tutti i Distretti provinciali. Nel 2010 2.639 persone hanno utilizzato questo servizio, che ha distribuito complessivamente 427.142 pasti. Il numero di utenti e di pasti somministrati è aumentato rispetto al 2009 rispettivamente del 5,1% e del 5,2%. Come negli anni precedenti, oltre il 90% degli utenti è costituito da ultrasessantatenni, mentre oltre tre quarti (77,4%) ha già raggiunto i 74 anni di età.

ASSISTENZA NEI CENTRI DIURNI

Nell’ambito dell’assistenza domiciliare operano 133 centri diurni. Queste strutture sono distribuite sull’intero territorio provinciale ed offrono prestazioni di assistenza in loco. Il numero degli assistiti ha continuato a crescere fino al 2008. Nel 2009 e nel 2010 per la prima volta si è segnato un lieve calo degli utenti (676 persone in meno nel 2009 ed altre 855 in meno nel 2010).

Grafico 3.13: Centro diurni: strutture e assistiti, 2001-2010



Gli assistiti sono nel 92,2% dei casi anziani (65 anni e più). Su un piano puramente statistico, nel 2010 ha fatto ricorso alle offerte dei centri diurni il 9,8% di tutti gli ultrasessantacinquenni (indice di penetrazione). A livello di Comunità comprensoriali, l’indice di penetrazione presentava variazioni comprese tra il 6,1% della Val Pusteria e il 12,6% dell’Oltradige-Bassa Atesina (vedi tab. 3.5).

Per il grande numero di strutture e i limitati orari di apertura, il personale retribuito (46 operatori) lavora di norma in più di un centro diurno, e in taluni casi viene impiegato contemporaneamente anche nell’assistenza domiciliare. In termini di operatori equivalenti effettivi, presso i centri diurni sono occupate 32,6 persone. Si tratta prevalentemente di assistenti geriatriche e socioassistenziali (25,0 equivalenti effettivi a tempo pieno).

SERVIZIO EROGATO

SVILUPPO DEL SERVIZIO

INDICE DI PENETRAZIONE

PERSONALE

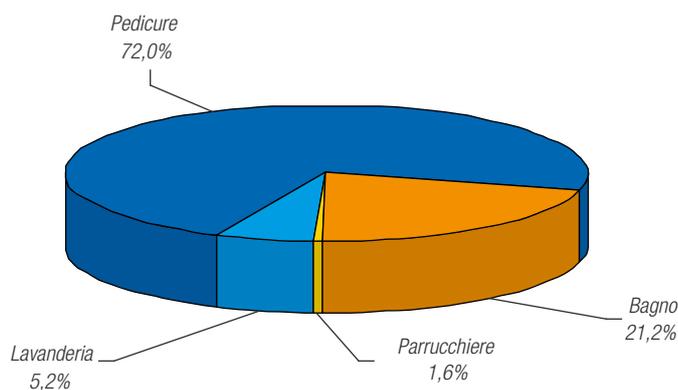
Tabella 3.5: **Assistiti nei centri diurni, 2010**

Comunità comprensoriale	Centri diurni	Assistiti	< 65 anni	> 65 anni	Carico assistenziale (65 +)	Operatori (equival. a tempo pieno)
Val Venosta	11	595	43	552	9,8	0,8
Burgraviato	31	1.156	67	1.089	6,1	5,6
Oltr.-B. Ates.	24	1.731	161	1.570	12,6	2,1
Bolzano	5	3.050	220	2.830	12,1	15,9
Salto-Sciliar	13	1.037	84	953	12,0	1,8
Val d'Isarco	10	1.081	97	984	11,7	4,8
Alta V. Isarco	17	237	17	220	7,4	1,2
Val Pusteria	22	812	67	745	6,2	4,6
Totale	133	9.699	756	8.943	9,8	36,9

SERVIZI OFFERTI

I centri diurni erogano principalmente prestazioni di igiene della persona, anzitutto pedicure (72,0%). Segue a sensibile distanza il bagno (21,2%), di norma assistito.

Grafico 3.14: **Prestazioni erogate, 2010**



PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2010 sono state erogate complessivamente 42.530 prestazioni a 9.699 utenti. La percentuale delle singole prestazioni non è cambiata in misura rilevante negli ultimi anni, tuttavia vi sono forti differenze tipologiche tra i Distretti.

Tabella 3.6: Utenti e prestazioni nei centri diurni, 2010

Distretto sociale	Utenti	Prestazioni				Totale
		Pedicure	Bagno	Parrucchiere	Lavanderia	
Alta Val Venosta	222	248	544	0	0	792
Media Val Venosta	373	855	190	0	0	1.045
Val Venosta	595	1.103	734	0	0	1.837
Naturno e circondario	86	159	171	0	0	330
Lana e circondario	296	717	247	10	27	1.001
Merano e circondario	713	2.755	676	79	227	3.737
Val Passiria	61	60	379	0	80	519
Burgraviato	1.156	3.691	1.473	89	334	5.587
Oltradige	632	2.298	363	1	144	2.806
Laives-Bronz.-Vad.	447	1.999	0	0	0	1.999
Bassa Atesina	652	1.763	927	13	165	2.868
Oltr. - Bassa Ates.	1.731	6.060	1.290	14	309	7.673
Gries-S. Quirino	857	3.141	484	1	307	3.933
Europa-Novacella	540	1.530	194	0	75	1.799
Don Bosco	787	2.953	21	0	97	3.071
Centro-Piani-Rencio	480	2.128	365	55	172	2.720
Oltrisarco-Asiago	386	1.366	238	0	58	1.662
Bolzano	3.050	11.118	1.302	56	709	13.185
Val Gardena	203	502	300	0	0	802
Val d'Ega-Sciliar	460	1.659	360	0	8	2.027
Salto-V. Sar.-Renon	374	971	725	0	150	1.846
Salto-Sciliar	1.037	3.132	1.385	0	158	4.675
Bressanone e circ.	769	2.031	511	1	67	2.610
Chiusa e circondario	312	732	78	0	123	933
Val d'Isarco	1.081	2.763	589	1	190	3.543
Alta Valle Isarco	237	475	942	88	361	1.866
Tures-Valle Aurina	67	73	299	0	83	455
Brunico e circ.	393	1.132	300	56	184	1.672
Alta Val Pusteria	290	1.003	534	0	24	1.561
Val Badia	62	78	166	0	232	476
Val Pusteria	812	2.286	1.299	56	523	4.164
Totale provincia	9.699	30.628	9.014	304	2.584	42.530

3.2.3 Altre prestazioni erogate

OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

Nel settore dell'ospedalizzazione a domicilio occorre distinguere tra l'Assistenza domiciliare programmata (ADP) e l'Assistenza domiciliare integrata (ADI). Obiettivo prioritario dell'assistenza domiciliare programmata è quello di evitare ricoveri ospedalieri non necessari, mantenendo quanto più a lungo possibile l'autonomia delle persone non autosufficienti che vivono a casa propria. L'assistenza è qui garantita dal medico di base, spesso da solo, talvolta supportato da un infermiere. Nel 2010 l'assistenza domiciliare programmata delle aziende sanitarie ha garantito un servizio a complessivamente 2.489 utenti (con un incremento del 33,9% rispetto all'anno precedente), oltre la metà dei quali (1.589) in carico al Distretto sanitario di Bolzano.

Dei casi sociosanitari più complessi, che richiedono l'impiego di personale variamente specializzato (medici, infermieri, assistenti geriatrici, fisioterapisti, assistenti sociali) si occupa invece l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Le persone assistite sono frequentemente malati terminali o pazienti dimessi in regime di dimissione protetta da strutture ospedaliere. Nel 2010 l'ADI ha seguito con le sue equipe miste socio-sanitarie 705 pazienti, quasi un quarto in più rispetto all'anno precedente (574). Nell'assistenza domiciliare integrata l'impegno del servizio è sensibilmente più elevato che in quella

ASSISTENZA DOMICILIARE
PROGRAMMATA

ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA

programmata, in termini sia temporali che economici. In media, nell'assistenza domiciliare integrata sono stati assicurati 3,9 interventi mensili per paziente, mentre nell'assistenza programmata gli interventi mensili si sono attestati sul valore di 1,9. In ogni caso i valori medi, particolarmente nell'ADI, variano notevolmente tra i diversi distretti sanitari.

Tabella 3.7: Ospedalizzazione a domicilio: assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza domiciliare programmata (ADP), 2010

Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Distretti sanitari				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
Assistiti nell'anno	150	126	347	82	705
Media degli interventi mensili per paziente	n.d.	5,7	3,0	3,1	3,9
Assistenza domiciliare programmata (ADP)	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistiti nell'anno	1.598	578	168	145	2.489
Media degli interventi mensili per paziente	1,5	2,4	2,0	1,6	1,9

Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2010.

OFFERTA PRIVATA

Anche nel settore dell'assistenza domiciliare si annoverano varie iniziative private che sostengono l'attività dei Distretti. Accanto all'assistenza domiciliare offerta dalla Caritas e operante sulla base di una convenzione nella Comunità comprensoriale Burgraviato, vanno citate non da ultime la Lebenshilfe Mobil (LM) – già Mobiler Hilfsdienst (MOHI) – e la cooperativa sociale „AGAPE“. La Lebenshilfe Mobil, costituita nel 1987 per offrire assistenza domiciliare alle persone disabili, ha nel corso degli anni esteso la propria attività a tutte le categorie bisognose di assistenza. Dalla fine del 2008 LM offre i suoi servizi in convenzione con gli enti gestori pubblici. Convenzioni sono attualmente sottoscritte con le Comunità comprensoriali della Val d'Isarco e dell'Alta Valle Isarco, mentre l'assistenza domiciliare convenzionata nel comune di Bolzano è stata sospesa nel 2010. Gli operatori sono per lo più non specializzati, ricchi però di motivazione, interesse e capacità di sviluppare rapporti interpersonali. Circa un terzo di essi ha peraltro seguito un corso di formazione quale operatore socio-assistenziale, ausiliario socio-assistenziale od operatore sanitario. La Lebenshilfe Mobil eroga quasi esclusivamente semplici prestazioni di assistenza (“assistenza domiciliare semplice” ai sensi della Legge sulla copertura della non autosufficienza). La cooperativa sociale “AGAPE”, istituita nel 2006, opera sull'intero territorio altoatesino e offre, accanto alle assistenza a ore con il proprio personale, anche il coordinamento e la verifica dei rapporti di assistenza domiciliare, per esempio con la predisposizione di specifici piani di assistenza. Inoltre essa offre il proprio supporto nel ricorso diretto al personale assistente privato („badanti“). Attualmente esiste una convenzione con l'Azienda sanitaria di Bolzano.

3.3 SEGRETARIATO SOCIALE (INFOPOINT)

Gli Infopoint dei Distretti sono concepiti quale punti di riferimento e contatto centralizzato per tutti i cittadini che necessitano di un'informazione o consulenza sociale e/o sanitaria. I loro compiti primari sono:

- l'informazione sui servizi offerti sia in campo sociale che in campo sanitario, comprese le offerte delle strutture private;
- l'avvio degli utenti al servizio o alla struttura competente.

Le esperienze sinora maturate con questi sportelli di informazione integrata sono assai positive. Con la creazione degli Infopoint si è potuta migliorare sensibilmente l'integrazione degli interventi e delle prestazioni del servizio sociale e di quello sanitario. Si può solo confidare che gli Infopoint siano portati rapidamente a regime in tutti i Distretti e possano svolgere il loro compito sull'intero territorio. Per

SITUAZIONE GENERALE

COMPITI

quanto riguarda l'organizzazione, gli enti competenti hanno ampio margine di manovra; tuttavia essi sono tenuti a servirsi di personale proveniente sia dal Distretto sanitario che da quello sociale. Finora di norma sono stati i Servizi sociali a prendere in carico la gestione di questi sportelli.

3.4 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

La crescita del numero di assistiti conferma come l'Area sociopedagogica, in quanto servizio di base per le prestazioni sociali, sia ormai una struttura perfettamente integrata nel tessuto della società altoatesina. Nel 2010 il numero complessivo di assistiti è cresciuto ancora una volta di quasi il 15% rispetto all'anno precedente, un incremento che si può ascrivere all'aumento sia delle assistenze agli adulti (+ 17,8% rispetto al 2009) che di quelle ai minori (+ 9,6%). In ogni caso oltre il 60% degli assistiti è costituito da adulti, per quanto a livello di singolo servizio vi siano ancora forti differenze nel rapporto tra adulti e minori. L'integrazione dell'Area sociopedagogica con altri servizi e strutture è ormai assai progredita, ed è elemento di soddisfazione che nel 2010 si sia ancora una volta sensibilmente ridotto (di oltre il 25%) il numero di interruzione dei rapporti.

Il cambiamento delle condizioni quadro finanziarie e organizzative portato dall'introduzione della copertura della non autosufficienza ha necessariamente coinvolto anche l'assistenza domiciliare, come evidenzia tra l'altro il numero di persone assistite da questo servizio, che rispetto all'anno precedente è cresciuto nell'anno di riferimento (2010) del 4,5%, con un contemporaneo incremento del 3,8% dei tempi di assistenza. Questo sviluppo va tuttavia valutato tenendo in considerazione il fatto che nell'anno precedente (dal 2008 al 2009) si erano segnati incrementi dell'8,1% (numero di assistiti) e del 22,7% (tempi di assistenza). Esso rivela comunque come l'assistenza domiciliare venga sempre più spesso integrata nelle diverse attività di supporto in casa. I dati della copertura della non autosufficienza (vedi cap. 10.2) dimostrano inoltre che anche le persone fortemente non autosufficienti vengono sempre più di frequente assistite a casa propria. È anche positivo il fatto che il numero delle persone con meno di 65 anni raggiunte dall'assistenza domiciliare sia ormai da anni in continua crescita. Stando ai dati disponibili, i giovani non autosufficienti assistiti a casa propria vengono ormai raggiunti dall'assistenza domiciliare nella stessa misura degli anziani non autosufficienti. In assenza di un riscontro diretto presso gli utenti non è peraltro possibile chiarire definitivamente se e in che misura vi sia ancora un fabbisogno da coprire sul piano degli orari di intervento (assistenze nei fine settimana e assistenze notturne), e ciò anche per il fatto che alle tariffe sovvenzionate dall'amministrazione provinciale gli utenti possono ricorrere all'assistenza domiciliare solo per un numero limitato di ore al giorno. Tuttavia si può affermare che l'assistenza domiciliare è nel suo complesso in grado di sostenere e consolidare, integrandola in ogni sua forma, l'assistenza prestata dai familiari.

Anche in Alto Adige le famiglie continuano a costituire il principale servizio di assistenza, e la disponibilità dei familiari a prestare assistenza continua a mantenersi a livelli elevatissimi, ed è stata senza dubbio ulteriormente rafforzata dalle prestazioni erogate nell'ambito della copertura della non autosufficienza. Anche e in particolare in considerazione dei prevedibili sviluppi demografici e sociostrutturali (vedi cap. 1.1), nei prossimi anni occorrerà tuttavia consolidare nel lungo periodo questa disponibilità a fornire assistenza, potenziando le relative offerte (per esempio assistenza temporanea, interventi di miglioramento della conciliabilità tra attività professionale e assistenza) e sviluppando specifiche misure organizzative (per esempio nel campo della messa in rete dei servizi assistenziali e degli enti gestori). Esiste ormai sull'intero territorio provinciale una rete capillare di centri diurni. In considerazione delle forti limitazioni degli orari di apertura di numerosi centri, c'è tuttavia da chiedersi se e in quale misura questo servizio risponda effettivamente alle esigenze della popolazione.

AREA SOCIO-
PEDAGOGICA

ASSISTENZA DOMICILIARE

ASSISTENZA DA PARTE
DEI FAMILIARI

CENTRI DIURNI

4. FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA E MINORI

4.1 SITUAZIONE DELLA FAMIGLIA, DELLA PRIMA INFANZIA E DEI MINORI

4.1.1 Note sulla situazione attuale

Le forme della convivenza familiare in Alto Adige stanno cambiando. I tassi di natalità e di nuzialità in calo e i contemporanei incrementi delle separazioni e dei divorzi influenzano fortemente il modello familiare e domestico, né la situazione appare migliore per il fatto che la divorzialità in provincia sia relativamente bassa in un raffronto con l'Unione a 27.¹ Ormai le famiglie unipersonali rappresentano con il 34,9% la tipologia familiare più frequente. Il modello tradizionale della famiglia nucleare, costituita da una coppia con uno o più figli, regredisce col 30,5% al secondo posto. Purtroppo si osservano qui chiari modelli territoriali: mentre nelle aree extraurbane prevale ancora la famiglia tradizionale, nei centri urbani predominano le famiglie costituite da single. La famiglia non presenta più una forma standard, ma diventa sempre più un modello di vita differenziato nelle sfumature più varie. Genitori non sposati e partner conviventi sono ormai una tipologia familiare assai diffusa. Ma se anche la famiglia non ha più una forma unitaria, essa continua a godere di ampia considerazione in Alto Adige. Vari studi confermano infatti che la coesione familiare viene avvertita come un'esigenza assai importante.

Alla fine del 2010 il tasso di occupazione delle donne si attestava sul 65,1%,² a fronte del 61,2% del 2005. In questo sviluppo si rispecchia da un lato una diversa interpretazione del proprio ruolo da parte delle donne, che oltre a gestire una famiglia vogliono svolgere anche un'attività lavorativa, dall'altro la sempre più sentita esigenza economica di un doppio reddito familiare. È quindi divenuta una problematica centrale per la maggior parte delle famiglie la questione della compatibilità tra la casa e il lavoro. L'attività extrafamiliare dei due genitori comporta nuove sfide per l'organizzazione della vita familiare e soprattutto per la cura dei figli.

Il cambiamento delle tipologie familiari e la dinamica delle famiglie moderne hanno accentuato l'importanza delle istituzioni pubbliche (scuole materne, scuole ecc.) in quanto istanze di socializzazione. Nei servizi sociali e nei consultori si osservano sempre più di frequente deficit delle competenze educative parentali ed un aumento dello stress a carico dei genitori. L'incremento del numero di persone che ricorrono ai consultori familiari (vedi oltre) e ai servizi sociali distrettuali (vedi cap. 3.1) evidenzia come da parte delle famiglie vi sia una sempre maggior necessità di sostegno professionale.

Il più recente rilevamento ASTAT sulla situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie altoatesine rivela come i nuclei familiari più numerosi (con tre o più figli a carico) presentano il reddito pro capite più basso, e quanti più figli vivono a carico dei genitori, tanto più basso diventa il reddito familiare complessivo.³ Con l'aumentare del numero di figli non crescono soltanto i costi diretti della gestione familiare, ma vengono a crearsi anche costi indiretti destinati a protrarsi nel tempo (cessazione dell'attività lavorativa da parte di un genitore, per la necessità di allevare i figli, con conseguente riduzione perdurante del reddito). Particolarmente colpite da questi effetti sono ovviamente le famiglie monoparentali. Non sorprende perciò che per coprire le spese correnti le coppie con due o più figli a carico e le famiglie monoparentali si indebitino con frequenza tre volte maggiore di quella della famiglia altoatesina „media“.⁴ E se anche l'amministrazione provinciale cerca di migliorare la situazione

CAMBIAMENTI NELLA
STRUTTURA FAMILIARE

PROFESSIONE E FAMIGLIA

51

RAPPORTO FAMIGLIA -
ISTITUZIONI PUBBLICHE

SITUAZIONE ECONOMICA
DELLE FAMIGLIE

¹ ASTAT, *Separazioni e divorzi - 2010* (Info ASTAT n. 24/2011).

² Donne lavoratrici e disoccupate rispetto alla popolazione femminile in età da lavoro (15-64 anni).

³ ASTAT (ed.), *Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige, 2008-2009*, Bolzano, pagg. 27, 34.

⁴ *Ibid.*, pag. 47.

PRESTAZIONI DI
TRASFERIMENTO ECONOMICO

FAMIGLIA E LAVORO

EDUCAZIONE ED
ACCOMPAGNAMENTO
FAMILIARE

economica delle famiglie grazie a trasferimenti finanziari diretti, quali l'assegno familiare provinciale o altre prestazioni monetarie o di servizio, occorrerà un ulteriore considerevole impegno per limitare efficacemente il disagio economico delle famiglie.

4.1.2 La politica della famiglia in Alto Adige

Una politica della famiglia efficace è possibile solo se essa viene intesa come un compito congiunto e trasversale. "Congiunto" significa che non è solo la Provincia a poter e dover migliorare in termini sostenibili la situazione delle famiglie e dei minori, ma che devono parteciparvi anche i comuni, il mondo economico, le associazioni, le strutture educative e le istituzioni. "Trasversale" significa invece che questo compito spetta a tutti settori politici, dalla politica sanitaria e sociale a quella dell'istruzione, della cultura, della casa e del lavoro, come pure dell'urbanistica e della finanza. In questi termini la politica della famiglia è costituita anche in Alto Adige da numerosi componenti, gestiti da enti diversi. Una politica della famiglia sostenibile deve esplicitarsi in un mix equilibrato di trasferimenti economici, servizi, infrastruttura e politica occupazionale. Per questo la politica altoatesina della famiglia non poggia soltanto sulla prestazioni finanziarie, per importanti che queste siano per numerose famiglie. Accanto al sostegno materiale alle famiglie con figli svolgono da sempre un ruolo importante in particolare il miglioramento dell'assistenza alla prima infanzia – anche e specialmente per migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro – e gli interventi di consulenza, educazione e accompagnamento familiare. Al centro della politica della famiglia adottata dall'amministrazione provinciale c'è comunque l'impegno di far fronte alle esigenze attuali delle famiglie. Per i figli occorre creare quelle condizioni di contorno che daranno loro in futuro una giusta opportunità di partecipare alla vita sociale. E i genitori devono poter decidere liberamente come organizzare e conciliare l'attività lavorativa e la famiglia e quale stile di vita familiare adottare. I diversi modelli familiari non vanno qui posti a confronto l'uno con l'altro.

Le prestazioni di trasferimento economico a favore delle famiglie hanno nel frattempo raggiunto un livello considerevole. Vanno ricordati a proposito non soltanto l'assegno familiare provinciale e quello regionale, corrisposti nel 2010 a circa 30.000 famiglie, ma anche svariati trasferimenti indiretti, quali quello del finanziamento delle assistenze estive e pomeridiane e quello dello scuolabus. Nei prossimi anni occorrerà non da ultimo coordinare meglio gli attuali sostegni finanziari alle famiglie, per esempio armonizzando gli assegni familiari della Provincia e della Regione. Del pari importante appare la possibilità di ulteriori sgravi fiscali alle famiglie. Né vanno dimenticate le recenti iniziative di introduzione di un "pass" familiare finalizzato ad agevolare alle famiglie in situazione svantaggiata l'accesso ad offerte ricreative e formative.

Il secondo pilastro della politica altoatesina della famiglia è quello che punta ad una maggior conciliabilità tra lavoro e famiglia grazie al potenziamento della relativa offerta infrastrutturale e di servizi, con particolare riguardo all'offerta di assistenza alla prima infanzia. In questo contesto va vista anche l'armonizzazione delle varie forme di assistenza alla prima infanzia (asili nido, microstrutture e servizio Tagesmütter), da perseguirsi congiuntamente coi comuni, e la prevista costituzione di uno specifico fondo per l'assistenza alla prima infanzia. Alla migliore conciliabilità tra famiglia e lavoro servono però anche specifici interventi volti ad alleggerire il carico di lavoro delle famiglie, quali ad esempio l'assistenza temporanea (vedi cap. 5) o il miglioramento dell'offerta di servizi di mensa nelle strutture scolastiche. Tenendo presente il carattere trasversale della politica della famiglia, l'approccio altoatesino al sostegno della famiglia interviene poi anche sull'ambiente lavorativo ed economico, con soluzioni di apertura delle aziende nei confronti della famiglia.

Il terzo pilastro punta al consolidamento della famiglia in sé. Obiettivo del lavoro di educazione familiare della Provincia è la creazione e il miglioramento delle condizioni quadro necessarie per garantire un futuro all'istituto della famiglia. Rientrano tra gli interventi il rafforzamento delle competenze educative dei

genitori e degli altri soggetti aventi titolo all'educazione, l'avvio di programmi di educazione dei genitori, la promozione dello scambio tra genitori (per esempio all'interno dei centri genitori-bambini) ma anche il supporto educativo e la consulenza tecnica alle famiglie in condizioni di disagio. Per il raggiungimento di questi obiettivi l'amministrazione provinciale riconosce alle organizzazioni pubbliche e private di pubblica utilità operanti in Alto Adige nel campo del sostegno alla famiglia contributi finalizzati allo svolgimento delle loro attività statutarie. Il lavoro di coordinamento e trasversale del Servizio alla famiglia supporta questa iniziativa con un'attività permanente di messa in rete tra i vari soggetti che operano con e per le famiglie. Per poter tener correttamente conto del carattere trasversale della politica della famiglia, concretizzandola in tutti i suoi aspetti, è prevista per la fine del 2012 la predisposizione di una nuova legge per il sostegno alle famiglie, che riassumerà in forma organica e trasparente tutti gli interventi già previsti a favore della famiglia e creerà i necessari meccanismi di coordinamento ed attuazione.

4.2 ASSISTENZA ALLA PRIMA INFANZIA

4.2.1 L'offerta di assistenza in sintesi

L'offerta di assistenza ai bambini di età fino a tre anni si articola sugli asili nido, le microstrutture e il servizio Tagesmutter. Gli asili nido vengono gestiti da servizi pubblici (comunali). Le microstrutture diurne sono gestite da aziende (asili nido aziendali) oppure dai comuni attraverso convenzioni con organizzazioni private non-profit. Il servizio Tagesmutter infine viene offerto da organizzazioni private non-profit. La capacità di accoglimento dei servizi destinati alla prima infanzia è cresciuta in continuazione in questi ultimi anni. Alla fine del 2010, nei 13 asili nido e nelle 43 microstrutture diurne erano disponibili complessivamente 1.379 posti, integrati dai 742 posti offerti dal servizio Tagesmutter. Il coefficiente di dotazione (numero di posti per 100 bambini di età compresa tra 0 e 3 anni) è cresciuto in tal modo da 9,2 a 13,3 tra il 2006 e il 2010. Per raggiungere l'obiettivo di 15 posti per 100 bambini fissato dal Piano sociale provinciale (coefficiente di dotazione 15,0) sarà perciò necessario procedere ancora coerentemente con il potenziamento. Il miglioramento del grado di copertura in questi ultimi anni si può ricondurre in prima linea al potenziamento delle strutture private (asili nido aziendali) e del servizio Tagesmutter (vedi il grafico riportato qui di seguito).

SVILUPPO DELL'OFFERTA E
GRADO DI COPERTURA

Tab. 4.1: Ricettività dei servizi per la prima infanzia, 2006-2010

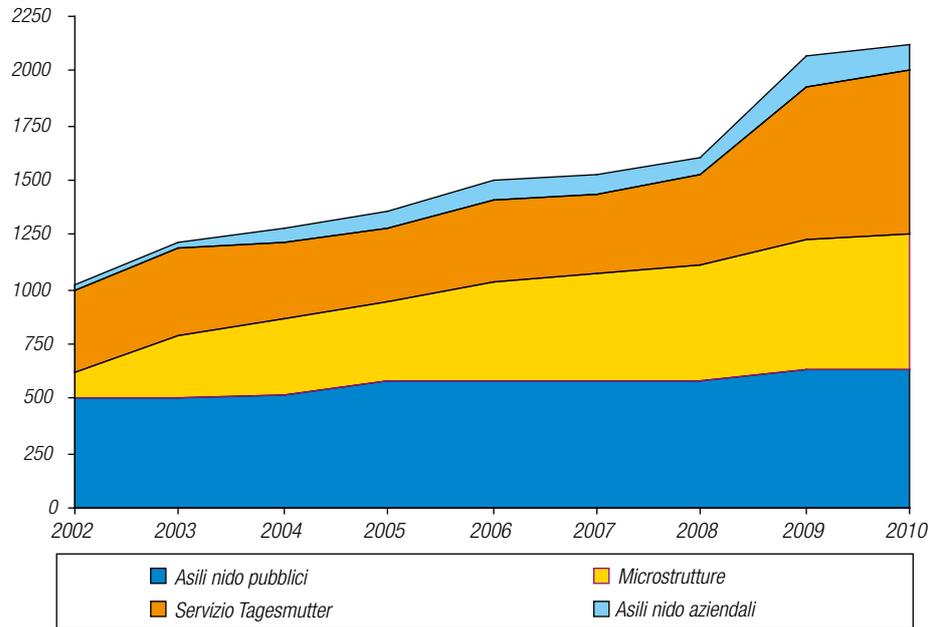
	2006	2007	2008	2009	2010
Asili nido pubblici	578	578	582	639	639
Microstrutture	462	492	534	584	618
Asili nido aziendali	87	84	79	134	122
Servizio Tagesmutter*	372	369	411	706	742
Ricettività complessiva	1.499	1.523	1.606	2.063	2.121
Bambini da 0 a 3 anni	16.206	16.234	16.252	16.130	16.006
Coefficiente di dotazione (posti per 100 bambini 0-3 a.)	9,2	9,4	9,9	12,8	13,3

* Per il 2006 – 2008 il numero dei bambini assistiti si ricava moltiplicando il numero delle Tagesmutter attive per il fattore 3, per il 2009 e il 2010 viene invece indicato il numero effettivo di bambini assistiti (0-3 a.).

Fonte: Ufficio famiglia, donna e gioventù - Rip. 24.

Tuttavia il numero di bambini effettivamente assistiti è ben maggiore di quello indicato in tabella 4.1: siccome lo stesso posto può venir utilizzato – come in effetti avviene, anche se non contemporaneamente – da più bambini, nell'anno di riferimento per la presente relazione (2010) sono stati effettivamente assistiti presso le strutture 2.826 bambini, pari al 17,7% dei bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi.

Grafico 4.1: Ricettività dei servizi per la prima infanzia, 2002-2010



4.2.2 Asili nido

La maggioranza dei bambini iscritti presso gli asili nido alla fine del 2010 parlava prevalentemente l'italiano (71,3%). Il tedesco era invece la lingua prevalente di solo un decimo circa dei bambini (10,7%). Questo maggior ricorso agli asili nido da parte della popolazione di lingua italiana è dovuto anche all'ubicazione territoriale delle strutture, tanto più che gran parte dei posti disponibili si concentra sulla città di Bolzano, con la sua popolazione prevalentemente italoфона. D'altro canto si osserva qui anche una diversificazione culturale dei vari gruppi linguistici. La percentuale di bambini iscritti che non parla in prevalenza alcuna delle tre lingue ufficiali della provincia si piazza sul 18% (nel 2008 era il 24,4%). Per l'assistenza ai bambini nella prima infanzia sarà quindi sempre più importante tener presenti nell'offerta le particolari esigenze culturali dei bambini stranieri.

Per quanto riguarda l'età, solo una piccola parte degli utenti iscritti agli asili nido pubblici (8,0%) non aveva ancora raggiunto l'anno di vita. Come negli anni precedenti, la maggior parte dei bambini aveva più di due anni.

Grafico 4.2: Utenti degli asili nido per lingua prevalente, 31/12/2010

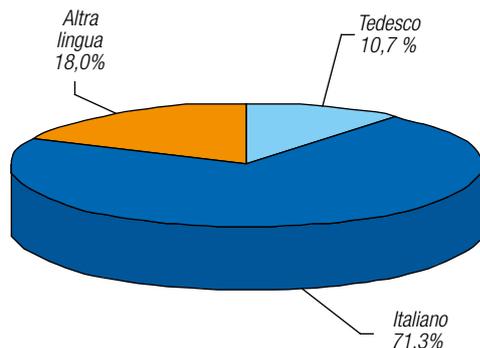
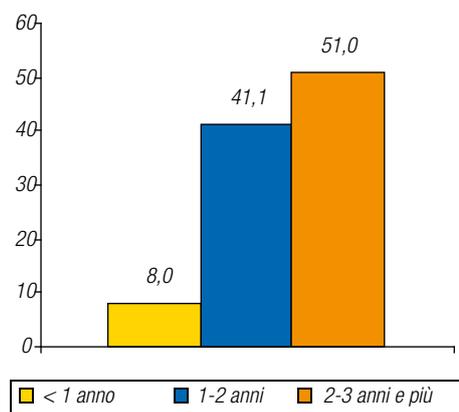


Grafico 4.3: Utenti degli asili nido per fascia di età, 31/12/2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Negli asili nido gestiti dalla pubblica amministrazione erano presenti alla fine del 2010 complessivamente 193 operatori. Rispetto al 2009 i quadri sono leggermente aumentati, passando da 166,4 a 168,1 operatori equivalenti effettivi a tempo pieno. L'indice di copertura potenziale (numero di posti per op. eq. t. p.) è quindi anch'esso leggermente migliorato, passando da 3,84 a 3,80. I profili professionali più rappresentati sono quelli degli assistenti all'infanzia (67,0% degli op. eq. t.p.) e degli ausiliari socio assistenziali (15,2%).

4.2.3 Microstrutture diurne e asili nido aziendali

La tabella che segue indica la ricettività, il numero di bambini iscritti alle strutture al 31/12/2010 e l'organico delle microstrutture private.

Tab. 4.2: Strutture per la prima infanzia, 31/12/2010

Microstrutture, microstrutture aziendali e strutture diurne miste	Posti	Bambini iscritti (31/12/ 2010)	Bambini assistiti (nel 2010)	Personale (eq. t. p.)	Ricettività / eq. t. p.
Cooperativa Sociale Babycoop					
Pinocchio - via Rosmini (BZ)	15	15	25	3,6	4,2
Aquilone - p.zza Don Bosco (BZ)	20	21	32	6,0	3,3
Arcobaleno - via Ortles (BZ)	14	14	26	4,0	3,5
Consorzio Sociale Consis (M) **					
Nikelino - v.le Europa (BZ) (M)**	20	16	24	7,7	2,6
Cooperativa Sociale Coccinella					
Bolzano - v. S. Quirino	17	19	38	4,1	4,1
Bolzano - via Bari	13	16	28	1,9	6,8
Bolzano - Lungo Talvera S. Quirino	20	22	49	7,8	2,6
Merano - via Haller	19	24	44	3,5	5,4
Bressanone - v. Durst (M)**	30	18	37	4,2	7,1
Varna - v. Vittur	17	18	34	3,1	5,5
Coop. Sociale Casa Bimbo Tagesmutter					
Centro bambini ASL Bolzano (A)*	20	28	49	5,1	3,9
Casa del bambino c/o Fiera (A)*	15	n.d.	18	2,7	5,6
Casa Infanzia - Scuola S. Maria - Bolzano	18	20	36	3,6	5,0
Casa Infanzia - Oltrisarco	17	18	31	3,9	4,4
Casa Infanzia - KITA Oltrisarco v. C. Augusta	18	21	32	4,4	4,1
Casa Infanzia KITA - S. Giacomo (Laives)	20	19	34	4,9	4,1
Casa Infanzia - Röchling Bronzolo (M)**	20	2	11	2,2	9,1
Casa Infanzia - Bronzolo	15	15	25	4,4	3,4
Casa Infanzia - Salorno	17	19	32	4,2	4,0
Casa Infanzia - Egna	18	15	35	4,2	4,3
Casa Infanzia - Merano	20	21	42	4,7	4,3
Casa Infanzia - Vipiteno	15	24	40	4,0	3,8
Casa Infanzia - Lagundo - Merano	11	10	19	2,3	4,8
Casa Infanzia - S. Martino in Passiria** (M)**	20	15	35	4,4	4,5
Ciasa di Pici - Badia	18	21	40	4,8	3,8
Cesa di Pitli - S. Cristina Val Gardena	20	17	38	2,1	9,5
Casa Infanzia - S. Leonardo in Passiria	10	10	16	1,6	6,3
Cooperativa sociale "Die Kinderfreunde Südtirol"					
Asilo nido Brunico (M)**	18	16	23 esclusi gli utenti aziendali	6,1	3,0
Asilo nido Brunico - v. M. Pacher	20	24	45	5,5	3,6
Asilo nido Vilpiano - Terlano	15	27	42	3,8	3,9
Minikita Riscone - Brunico	5	6	6	-	-

CARATTERISTICHE
SOCIDEMOGRAFICHE

Cooperativa sociale Tagesmütter					
Laces	20	17	36	3,4	5,9
"KITAS" – Frangarto	18	23	35	5,0	3,6
Naturno	20	21	36	3,3	6,1
Lana	17	17	27	3,3	5,2
Caldaro	19	21	34	4,7	4,0
Appiano	14	18	32	4,1	3,4
Vadena	9	9	16	2,5	3,6
Campo Tures	20	21	33	2,9	6,9
Silandro	17	19	30	11,1	1,5
Coop. Sociale Popele Merano (M**) **	16	18	27	3,0	5,3
Consorzio Quarantacinque					
"VIVA" – nido aziendale ASL Merano	20	56	78	7,6	2,6
"LILLIPUT" – nido aziendale ASL Bressanone	15	34	55	5,9	2,5
Totale	740	805	1425	181,5	4,1

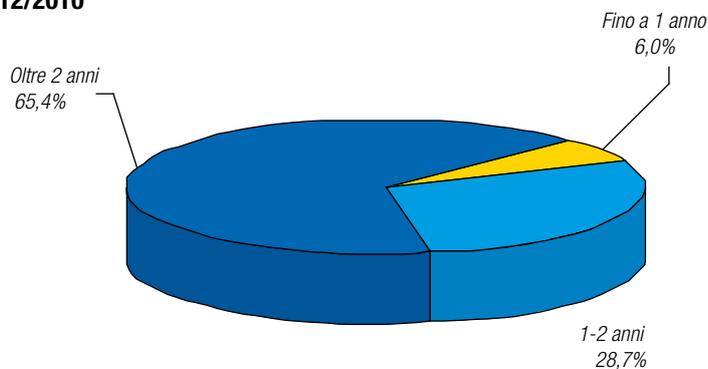
* Microstruttura diurna Aziendale

** Microstruttura diurna Mista (= microstrutture in cui vi sono posti riservati al comune e alle aziende)

Fonte: Ripartizione Famiglia e politiche sociali – Ufficio famiglia, donna e gioventù - Rip. 24.

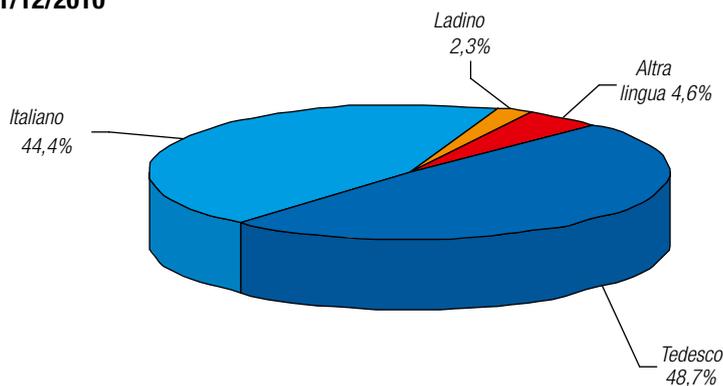
Poco meno della metà (44,4%) dei bambini presenti a fine 2010 nelle strutture parlava prevalentemente l'italiano, mentre una percentuale simile (48,7%) era di lingua tedesca e il 2,3% dei bambini faceva parte del gruppo linguistico ladino. Il 4,6% dei bambini parlava invece prevalentemente un'altra lingua. La fascia di età più numerosa era quella dei bambini con più di due anni (65,4%), seguita da quella dei bambini di 1-2 anni (28,7%). Solo un bambino su 20 aveva meno di un anno (6,0%).

Grafico 4.4: Utenti delle microstrutture diurne e degli asili nido aziendali per fascia di età, 31/12/2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Grafico 4.5: Utenti delle microstrutture diurne e degli asili nido aziendali per lingua prevalente, 31/12/2010



Fonte: ASTAT 2010.

Nelle microstrutture diurne e negli asili nido aziendali operavano alla fine del 2010 complessivamente 230 persone, pari a 181,8 operatori equivalenti a tempo pieno. Rispetto al 2009 si è quindi segnato un incremento del 16,1% (da 156,6 a 181,8 operatori equivalenti), e rispetto al 2008 addirittura del 27,1% (da 143,0 a 181,8). Si tratta di un incremento che va all'incirca di pari passo con l'aumento della ricettività, ragion per cui l'indice di copertura potenziale (numero di posti per op. eq. t. p.) tra il 2008 e il 2010 è rimasto praticamente invariato (da 4,29 a 4,31). Il profilo professionale più rappresentato è come ci si può aspettare quello degli assistenti all'infanzia (69,4% degli op. eq. t. p.), seguito dai coordinatori di asili nido (7,8%).

4.2.4 Servizio Tagesmutter

Il servizio di assistenza domiciliare all'infanzia/Tagesmutter è stato istituito nel 1996 con l'obiettivo di integrare ed allargare l'offerta educativa e di assistenza alla prima infanzia. Il servizio viene offerto dalle cooperative sociali ed è sostenuto da contributi provinciali. In funzione della situazione economica della famiglia, l'amministrazione provinciale garantisce inoltre determinate agevolazioni tariffarie. Al servizio Tagesmutter si può far ricorso sull'intero territorio provinciale. Le persone interessate a svolgere questa attività devono frequentare un corso per ottenere l'attestato di qualificazione quali Tagesmutter/Tagesvater e potersi iscrivere nel relativo elenco. La formazione professionale specifica comprende tematiche come l'assistenza al bambino e la sua alimentazione, il primo soccorso, fondamenti di psicologia dello sviluppo e pedagogia, organizzazione. Le abitazioni utilizzate dalle Tagesmutter devono rispondere a determinati requisiti in termini di dimensioni e standard igienici. Gli orari di assistenza sono molto flessibili e possono venir fissati dai genitori. In base alle disposizioni al momento in vigore, una Tagesmutter può attualmente assistere fino ad un massimo di sei bambini (compresi i figli propri fino a dieci anni).

La potenzialità del servizio Tagesmutter è stata costantemente migliorata in questi ultimi anni. Nel 2010 per la prima volta risultavano iscritti nel registro professionale oltre 300 Tagesmutter e Tagesvater, con un incremento di quasi il 25% rispetto al 2008. Se si prende a riferimento il numero di operatori effettivamente attivi l'incremento è in realtà sensibilmente inferiore (7,3%), pur continuando a rimanere rilevante. Nel 2010 le 147 Tagesmutter attive hanno assistito in tutto 924 bambini di età compresa tra 3 mesi e 3 anni, con un impegno lavorativo di 181.248 ore.

Tab. 4.3: Sviluppo del servizio Tagesmutter negli anni 2002-2010

Anno	Tagesmutter iscritte	Tagesmutter attive	Bambini assistiti nell'anno	Ore di lavoro prestate	Ore di assistenza prestate
2002	179	123	656	250.000	--
2003	212	135	775	288.010	415.860
2004	197	117	781	202.613	360.262
2005	195	110	798	152.948	260.320
2006	190	124	850	168.387	292.813
2007	232	123	917	196.424	340.969
2008	245	137	872	207.931	386.016
2009	281	143	950*	169.448	344.191**
2010	306	147	924*	181.248	383.079**

* A partire dal 2009, il numero di bambini assistiti dalle Tagesmutter non comprende più i bambini di età superiore a quattro anni, che invece erano stati inclusi fino al 2008.

** A partire dal 2009, il numero di ore di assistenza fornite dalle Tagesmutter non comprende più quelle erogate ai bambini di età superiore a quattro anni, che invece erano state considerate fino al 2008.

Fonte: Ufficio famiglia, donna e gioventù - Rip. 24.

PERSONALE

DEFINIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

POTENZIALITÀ DEL SERVIZIO

4.3 ASSISTENZA ALL'INFANZIA E ALL'ADOLESCENZA

4.3.1 Strutture residenziali e centri diurni

Le strutture residenziali e i centri diurni sono importanti capisaldi della rete di assistenza ai minori. Esse integrano le offerte di assistenza a bassa soglia e di prevenzione (servizi di consulenza, centri giovanili ecc.), i servizi sociopedagogici erogati dal Distretto sociale (vedi cap. 3.1) e l'affido familiare a tempo pieno o parziale (vedi cap. 4.4). L'accoglimento nella struttura residenziale o in quella diurna ha luogo attraverso la mediazione e su proposta dei servizi distrettuali.

Con deliberazione della Giunta provinciale 18 giugno 2007 n. 2085 è stata approvata l'istituzione della Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, avente l'obiettivo di assicurare sull'intero territorio provinciale un'offerta differenziata di strutture residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali nel settore della psichiatria sociale e della psicoterapia infantile. L'offerta di strutture residenziali e centri diurni sociopedagogici è stata di conseguenza trasformata ed allargata nel corso degli ultimi anni, integrandovi nuove comunità alloggio socioterapeutiche, come pure nuovi posti in comunità alloggio sociopedagogiche integrate ed un centro diurno sociopedagogico integrato.

Nelle strutture residenziali vengono assistiti minori la cui situazione familiare rende necessaria una temporanea sistemazione diversa dalla famiglia e per i quali l'affido familiare non appare una soluzione indicata, come pure minori con disturbi psicopatologici. Per quanto attiene le strutture residenziali stesse, si distingue tra comunità alloggio sociopedagogiche, sociopedagogiche integrate e socioterapeutiche, nonché tra case famiglia e residenze assistite.

Le comunità alloggio sociopedagogiche sono strutture residenziali di dimensioni ridotte che hanno il compito di accogliere i minori temporaneamente sprovvisti del sostegno del nucleo familiare. Le comunità alloggio sociopedagogiche integrate assistono sia i minori in condizioni familiari difficili che i bambini e gli adolescenti affetti da disturbi psichici. Le comunità alloggio socioterapeutiche sono invece destinate esclusivamente ai minori con disturbi psichici inseriti in un programma di riabilitazione e reinserimento psicosociale. Le case famiglia sono strutture residenziali a dimensione familiare, che si caratterizzano per la presenza di almeno una persona adulta che vive stabilmente nella comunità. Le residenze assistite sono strutture ad elevata autonomia per minori che hanno già raggiunto un certo grado di indipendenza. I centri diurni sociopedagogici hanno lo scopo di soddisfare temporaneamente la necessità di collocazione extrafamiliare diurna di minori in difficoltà e/o a rischio di emarginazione. Nella loro forma integrata, esse offrono anche assistenza ai minori con disturbi psichici. L'offerta del centro diurno non si rivolge soltanto ai minori stessi, ma punta anche ad alleggerire il carico di lavoro delle famiglie sottoposte a particolare stress. Le strutture interagiscono con l'Area sociopedagogica dei Distretti sociali e le altre iniziative preventive e di consulenza e sostegno ai minori e alle loro famiglie, spesso gestite da enti dell'area non lucrativa presenti sul territorio.

A fine 2010 esistevano in provincia di Bolzano 35 strutture residenziali e 10 centri diurni destinati alla popolazione minorile in difficoltà, per un totale di 312 posti e 260 minori assistiti. Le strutture residenziali consistevano in 15 comunità alloggio (di cui 3 socioterapeutiche e 6 sociopedagogiche integrate), 5 case famiglia e 15 residenze assistite. Solo uno dei dieci centri diurni offriva un'assistenza sociopedagogica integrata sia ai bambini e agli adolescenti con problemi socio-familiari che a quelli con disturbi psichici.

Le strutture residenziali e i centri diurni per minori sono gestiti quasi esclusivamente da organizzazioni private, in particolare cooperative sociali (51,1%) e associazioni (35,6%). Tutti questi enti hanno stipulato con le Comunità comprensoriali apposite convenzioni.

Tab. 4.4: Strutture per minori: numero, posti e utenti, 31/12/2010

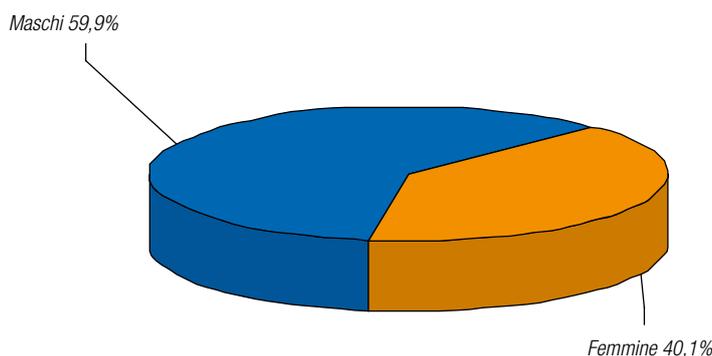
Tipo di struttura	Numero	Posti	Utenti	Indice di saturazione
Comunità alloggio	15	132	110	83,3
Case famiglia	5	26	21	80,8
Residenze assistite	15	37	26	70,3
Centri diurni	10	117	103	88,0
TOTALE PROVINCIA	45	312	260	83,3

Fonte: ASTAT, 2010.

4.3.2 Strutture residenziali

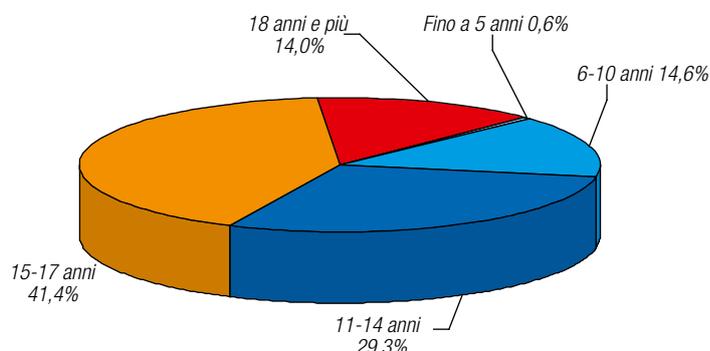
Le 35 strutture residenziali disponevano alla fine del 2010 di 195 posti complessivi. In tal modo la ricettività risulta leggermente migliorata rispetto al 2009 (da 187 a 195 posti), anche per effetto del potenziamento dell'offerta di assistenza ai minori con disturbi psichici, che alla fine del 2010 comprendeva 25 posti presso comunità alloggio socioterapeutiche e 12 presso comunità sociopedagogiche integrate. Nell'anno l'utenza era costituita per quasi il 60% dei casi da soggetti di sesso maschile. La maggior parte dei minori (41,4%) aveva un'età compresa tra 15 e 17 anni, mentre il secondo gruppo per ordine di importanza era quello degli 11-14enni (29,3%).

Grafico 4.6: Minori assistiti nelle strutture residenziali, per sesso, 2010



Fonte: ASTAT, 2010

Grafico 4.7: Minori assistiti nelle strutture residenziali, per fascia di età, 2010

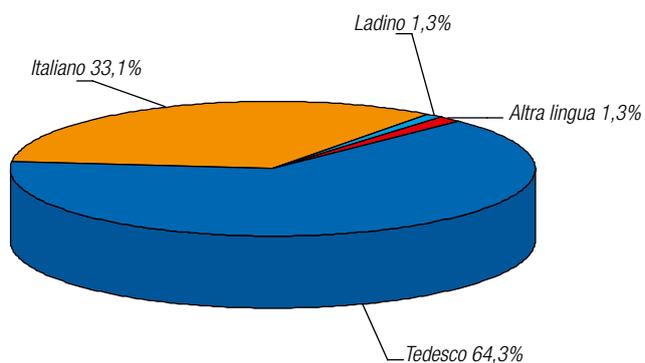


Fonte: ASTAT, 2010.

Quasi due terzi (64,3%) dei minori assistiti erano di madrelingua tedesca, un terzo invece (33,1%) di madrelingua italiana. Per quanto riguarda la cittadinanza, la maggior parte (82,2%) dei complessivamente 157 utenti era costituita da cittadini italiani, mentre circa un decimo (12,7%) proveniva da paesi extraeuropei.

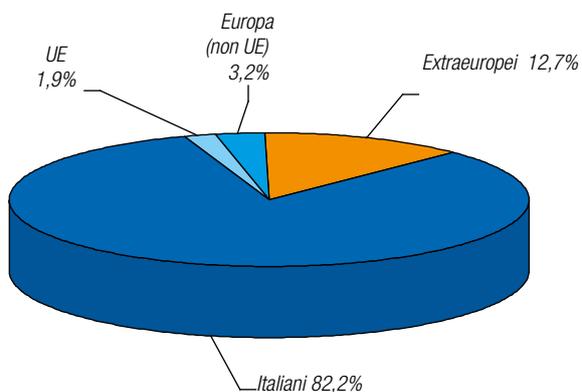
UTENTI E STRUTTURA
DELL'ETÀ

Grafico 4.8: Utenti delle strutture residenziali per madrelingua, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Grafico 4.9: Utenti delle strutture residenziali per cittadinanza, 2010

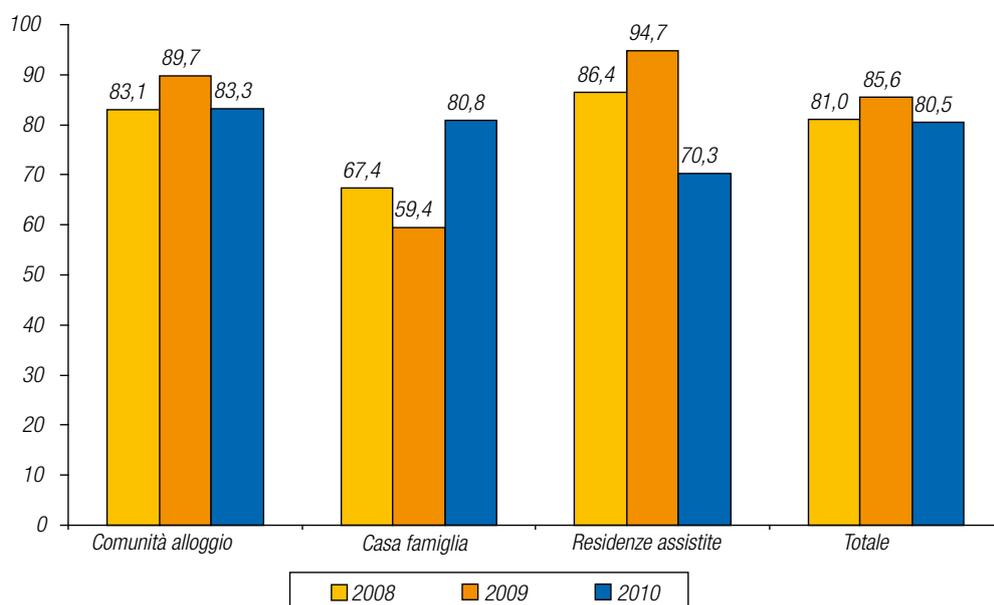


Fonte: ASTAT, 2010.

GRADO DI UTILIZZO

Il grado di utilizzo puntuale, che si ricava dal rapporto tra il numero di utenti e il numero di posti (al 31/12/2006) è risultato essere nel 2010 dell'80,5%, cioè all'incirca al medesimo livello del 2008 (81,0%). Il raffronto degli ultimi tre anni dimostra che il grado di utilizzo è soggetto a considerevoli oscillazioni, in particolare per quanto riguarda le case famiglia.

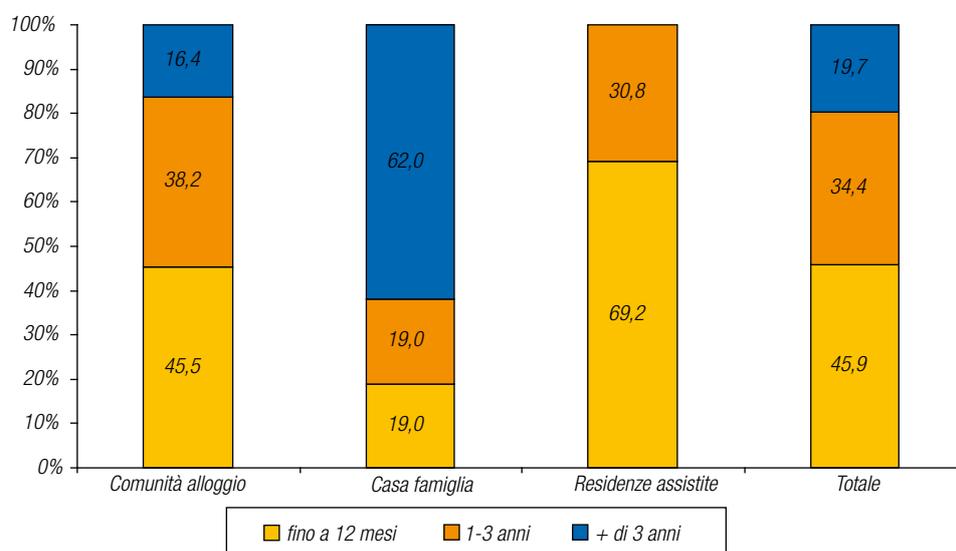
Grafico 4.10: **Strutture residenziali per minori: indice di saturazione a raffronto (in %), 2006 e 2010**



Fonte: ASTAT, 2010.

Se si considera la ricettività complessiva assoluta - che è relativamente bassa - e la conseguente elevata fluttuazione dell'utenza, le forti oscillazioni annuali nel grado di utilizzo non sorprendono. Alla fine del 2010 solo un 20% scarso dei minori assistiti viveva nella struttura da più di 3 anni. Si osservano peraltro anche considerevoli differenze tra le varie tipologie di struttura: nelle case famiglia il 62,0% degli utenti era costituito da soggetti che vivevano nella struttura da lungo tempo (3 anni e più), mentre nelle comunità alloggio e in particolare nelle residenze assistite il quadro era completamente differente, con la maggior parte degli utenti accolta nella struttura nel corso del 2010 (45,5% per le comunità alloggio e 69,2% per le residenze assistite).

Grafico 4.11: **Strutture residenziali per minori: permanenza degli utenti per tipologia di struttura, 2010**



Fonte: ASTAT, 2010.

PERSONALE

Presso le strutture residenziali operavano alla fine del 2010 complessivamente 166 persone, pari a 134,2 operatori equivalenti a tempo pieno. L'indice di copertura effettivo (numero di posti per op. eq. t. p.) risulta essere migliorato per tutte e tre le tipologie di struttura rispetto al 2008 e al 2009. La maggior parte dei collaboratori operava presso le comunità alloggio (84,3% degli op. eq. t. p.), mentre nelle case famiglia era presente l'8,1% e presso le residenze assistite il 7,6% degli operatori equivalenti a tempo pieno. Il profilo professionale di gran lunga più rappresentato in tutte e tre le tipologie di struttura è quello dell'educatore.

Tabella 4.5: **Personale operante presso le strutture residenziali, 2008-2010**

Struttura	Anno	Numero (ass.)	Op. eq. t. p.	Assistiti	Assistiti per op. eq. t. p.
Comunità alloggio	2008	104	91,7	103	1,12
	2009	115	96,3	105	1,09
	2010	137	113,1	110	0,97
Case famiglia	2008	16	14,3	29	2,03
	2009	14	11,6	19	1,64
	2010	14	10,9	21	1,93
Residenze assistite	2008	16	10,1	38	3,76
	2009	17	9,7	36	3,71
	2010	15	10,2	26	2,55

DESCRIZIONE
DELLA STRUTTURA

4.3.3 Istituto provinciale di assistenza all'infanzia

L'Istituto provinciale di assistenza all'infanzia (IPAI) è l'unica struttura ancora gestita direttamente dalla Provincia. Questa struttura ha il compito di assistere i bambini di età fino a tre anni ai quali viene temporaneamente a mancare un intorno familiare idoneo, come pure le future madri o le giovani madri in condizioni di particolare necessità. L'accoglimento avviene su proposta dell'area sociopedagogica, con l'assenso dell'Ufficio provinciale per la famiglia, la donna e i minori. L'assistenza ai bambini viene garantita, a seconda delle necessità, a tempo parziale o a tempo pieno, eventualmente assieme alle madri. Per l'assistenza a tempo parziale sono a disposizione un asilo nido o un centro diurno. All'interno della struttura, le gestanti e le madri sono ospitate in una comunità alloggio. Per i casi che richiedono un'assistenza particolarmente impegnativa esiste la possibilità di un'ospitalità in un piccolo alloggio. La durata massima della permanenza presso l'IPAI è di sei mesi.

Nel 2010 22 bambini sono stati accolti nella struttura assieme alle rispettive madri, e 19 senza le madri; nell'asilo nido interno sono stati accolti 16 bambini esterni e 6 interni. Complessivamente nel 2010 sono state assistite a tempo pieno 19 madri, mentre 13 madri e 10 padri sono stati tenuti sotto la sorveglianza dell'Istituto in seguito a provvedimento del tribunale minorile.

4.3.4 Centri diurni

Alla fine del 2010 i 10 centri diurni disponevano complessivamente di 117 posti; l'unico centro diurno sociopedagogico integrato offriva da solo 26 posti (di cui 4 destinati a bambini in età prescolare e 7 all'assistenza individuale). In tal modo la capacità rispetto al 2009 si è ridotta di 7 posti. Al 31/12/2010 risultavano assistiti 103 tra bambini e adolescenti, con un grado di utilizzo puntuale dell'88,0%. La maggioranza (66,0%) dei bambini e dei ragazzi presenti nei centri diurni era di sesso maschile. Un po' più della metà (52,4%) aveva un'età compresa tra 11 e 14 anni, mentre il secondo gruppo più numeroso (39,8%) era quello costituito dai bambini tra 6 e 10 anni. Nel 2010 la percentuale degli adolescenti (15 – 17 anni) si era ridotta ad un 3,9% soltanto, e soltanto un assistito aveva più di 18 anni. Per quanto riguarda la madrelingua ossia la lingua usata in prevalenza, oltre la metà (60,2%) degli assistiti parlava tedesco, a fronte di un 37,9% per il ceppo linguistico italiano. La presenza di minori provenienti da paesi extracomunitari era relativamente ridotta, con il 7,7%.

UTENTI E LORO STRUTTURA

Grafico 4.12: Minori utenti dei centri diurni per sesso, 2010

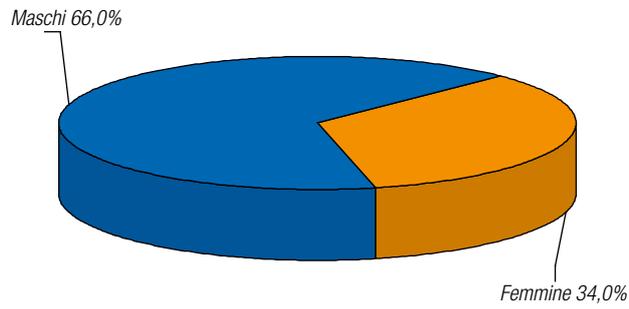


Grafico 4.13: Minori utenti dei centri diurni per fascia di età, 2010

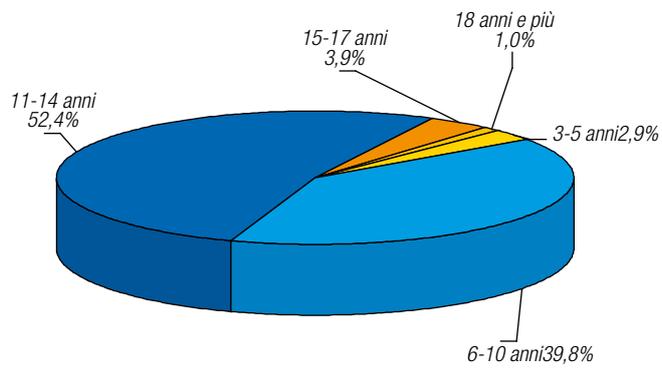


Grafico 4.14: Minori utenti dei centri diurni per gruppo linguistico, 2010

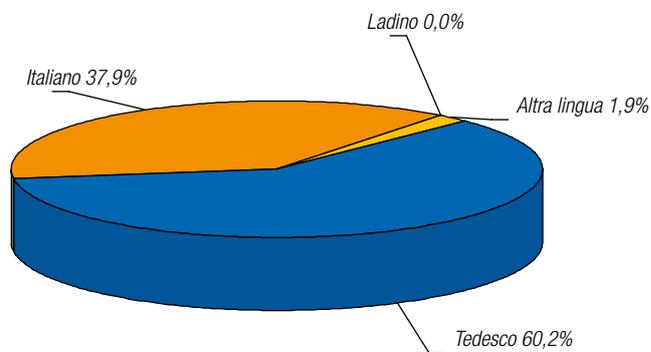
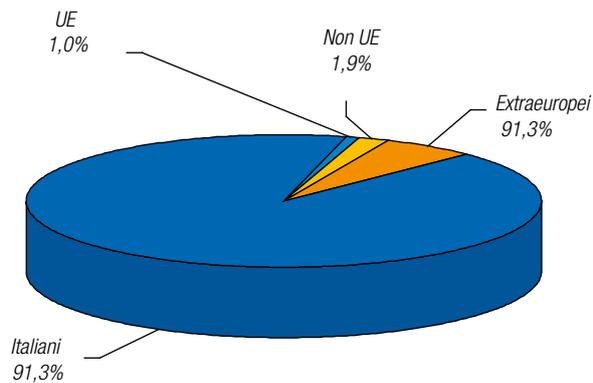


Grafico 4.15: Minori utenti dei centri diurni per cittadinanza, 2010

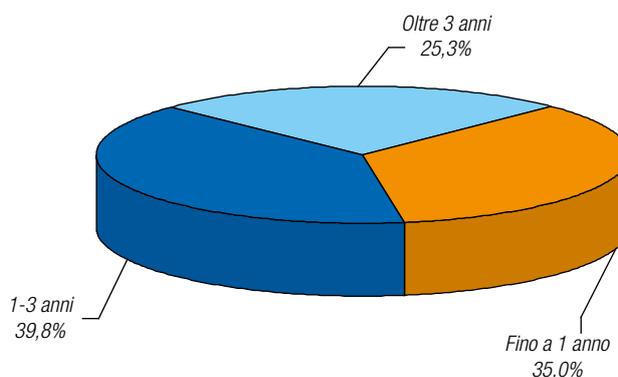


Fonte: ASTAT, 2010.

DURATA DELLA PERMANENZA

Alla fine del 2010 un quarto dei bambini e ragazzi risultava presente presso le strutture già da oltre 3 anni. Nel corso dell'anno circa un terzo (35,0%) dei bambini e ragazzi frequentava invece la struttura da meno di un anno.

Grafico 4.16: **Minori utenti dei centri diurni per durata della permanenza**



Fonte: ASTAT, 2010.

PERSONALE

Nei 10 centri diurni operavano complessivamente 56 dipendenti, pari a 43,8 operatori equivalenti a tempo pieno. Il gruppo professionale più numeroso era quello degli educatori/operatori sociopedagogici, che in termini di personale equivalente effettivo a tempo pieno rappresentavano il 61,4% del personale. Nei centri diurni svolge un ruolo importante il volontariato. Si cerca qui nella maggior parte dei casi di coinvolgere volontari nelle attività delle strutture. Alla fine del 2010 operavano nei 10 centri diurni complessivamente 54 volontari, con una media di 7,1 ore di attività al mese.

Tabella 4.6: **Personale operante presso i centri diurni, 2008-2010**

Anno	Numero	Op. eq. t. p.	Utenti	Utenti per op. eq. t. p.
2008	61	47,1	109	2,31
2009	60	43,8	130	2,97
2010	56	44,1	103	2,33

4.3.5 Servizi a bassa soglia per i minori

I SERVIZI IN SINTESI

Accanto ai servizi sociali pubblici, per l'assistenza ai minori in situazione di disagio esiste da molti anni in Alto Adige anche un'articolata rete di servizi a bassa soglia. L'offerta culturale e ricreativa viene proposta da diverse organizzazioni ed associazioni, la cui caratteristica principale è l'elevata eterogeneità rispetto ad aspetti sia formali che di contenuto. Qui l'interfaccia tra il lavoro giovanile e l'assistenza ai minori appare assai fluido.

OFFERTE DI CONSULENZA

Servizi di consulenza ai giovani vengono offerti da tutta una serie di enti, tra i quali vanno citati „Young+Direct“ e il servizio „Telefono Azzurro“, che, destinato anch'esso ai bambini e agli adolescenti, opera sull'intero territorio nazionale. Inoltre sono a disposizione dei giovani anche l'assistenza telefonica spirituale della Caritas e il Telefono amico Bolzano. Dai resoconti sulle attività delle singole strutture emerge come l'offerta trovi buona accettazione presso i giovani. Si citano qui a titolo di esempio alcuni dati di Young+Direct, il servizio di informazione e consulenza più noto e gradito ai giovani.

Nel 2010 Young+Direct, che è un servizio del Südtiroler Jugendring, ha effettuato 641 consulenze telefoniche, 1.447 consulenze via e-mail e 229 colloqui personali. Da anni il sistema di comunicazione preferito dai giovani è l'e-mail. A far ricorso ai servizi di informazione e consulenza continuano ad

essere prevalentemente giovani di sesso femminile (77%). L'età media degli utenti (che è nuovamente cresciuta: 2008 15,6; 2009 16,0) era nel 2010 di 16,6 anni; la fascia di età 13-16 anni era presente con il 43%, mentre il 23% era costituito da giovani tra 17 e 18 anni e il 29% addirittura da giovani di età superiore a 18 anni. Nonostante il servizio offerto sia bilingue, Young+Direct continua a venir utilizzato quasi esclusivamente (89%) dal gruppo linguistico tedesco.

Offerte culturali e ricreative per i giovani vengono proposte da tutta una serie di organizzazioni e associazioni, in particolare da organizzazioni giovanili, case giovani, enti servizio giovani, centri giovanili, punti di incontro giovani e gruppi giovanili. Queste organizzazioni offrono ai giovani possibilità di accesso a offerte culturali, ricreative e di apprendimento extrascolastico su base volontaria. Esiste in certi casi anche la possibilità di concorrere all'articolazione dell'offerta. Le organizzazioni giovanili sono associazioni per giovani o di giovani che perseguono precisi scopi politici e sociali e la salvaguardia di determinati valori. Esse sono in gran parte riunite nel "Südtiroler Jugendring" (SJR), una comunità di lavoro e di iniziativa di pubblico interesse che opera senza fini di lucro. Il SJR conta attualmente quasi 42.000 soci.

I centri giovanili e i punti di incontro altoatesini sono riuniti dal 2001 in un network a livello provinciale ("n.e.t.z."), che attualmente conta 56 strutture del settore. Dal 2003 il n.e.t.z gestisce un ufficio specializzato per il lavoro giovanile aperto, nel cui contesto si sviluppano standard e linee guida per le organizzazioni associate, per esempio approccio alla problematica delle tossicodipendenze, elaborazione di regolamenti interni, istituzione di associazioni, questioni assicurative e giuridiche. I punti di incontro sono strutture del lavoro giovanile aperto che offrono ai giovani in particolare la possibilità di incontrarsi e scambiare le proprie esperienze. Essi non sono necessariamente legati ad un'offerta programmatica, e sono in parte gestiti esclusivamente su base volontaristica. I centri giovanili dal canto loro sono gestiti in linea di massima da personale dipendente, dispongono di un programma pedagogico e propongono di norma svariate offerte formative e culturali per i giovani. Sono presenti prevalentemente nelle città e nei centri maggiori.

Gli Enti servizio giovani ("Jugenddienste") si considerano punti di riferimento per volontari e moltiplicatori che operano nel settore del lavoro giovanile. Nati dal Movimento cattolico giovanile, questi servizi vengono gestiti dall'Ufficio per il lavoro giovanile dei comuni e delle parrocchie, con attività che coprono l'intera gamma delle iniziative avviate per i giovani dalla chiesa, dai comuni e dalle istituzioni aperte. Nell'Unione degli Jugenddienste dell'Alto Adige (AGJD), istituita nel 1997, si raggruppano attualmente 20 servizi giovanili, presenti in modo capillare su quasi tutto il territorio provinciale, dove collaborano con i comuni e le Comunità comprensoriali.

Tutti questi servizi di consulenza ed assistenza a bassa soglia vengono ora integrati anche dall'Ufficio del garante dell'infanzia e dell'adolescenza, istituito con L.p. 26 giugno 2009, n. 3 presso il Consiglio provinciale a tutela dei diritti e degli interessi dei giovani che vivono in Alto Adige. L'Ufficio ha iniziato la propria attività il 26 luglio 2010.

4.4 AFFIDAMENTI FAMILIARI E ADOZIONI

L'affido familiare di minori è una forma particolare di "assistenza a tempo determinato" a favore dei genitori e dei bambini. I bambini o i ragazzi ai quali viene temporaneamente a mancare un intorno familiare adeguato vengono accolti per un periodo limitato da una famiglia affidataria. Nel caso degli affidi a tempo pieno i minori vivono permanentemente presso la famiglia affidataria per un periodo massimo di 24 mesi, periodo che può peraltro venir prolungato nell'interesse del minore. Nel caso degli affidi a tempo parziale invece il minore ritorna la sera a casa propria, rimanendo presso la famiglia

LE ORGANIZZAZIONI GIOVANILI
IN SINTESI

PUNTI DI INCONTRO /
CENTRI GIOVANILI

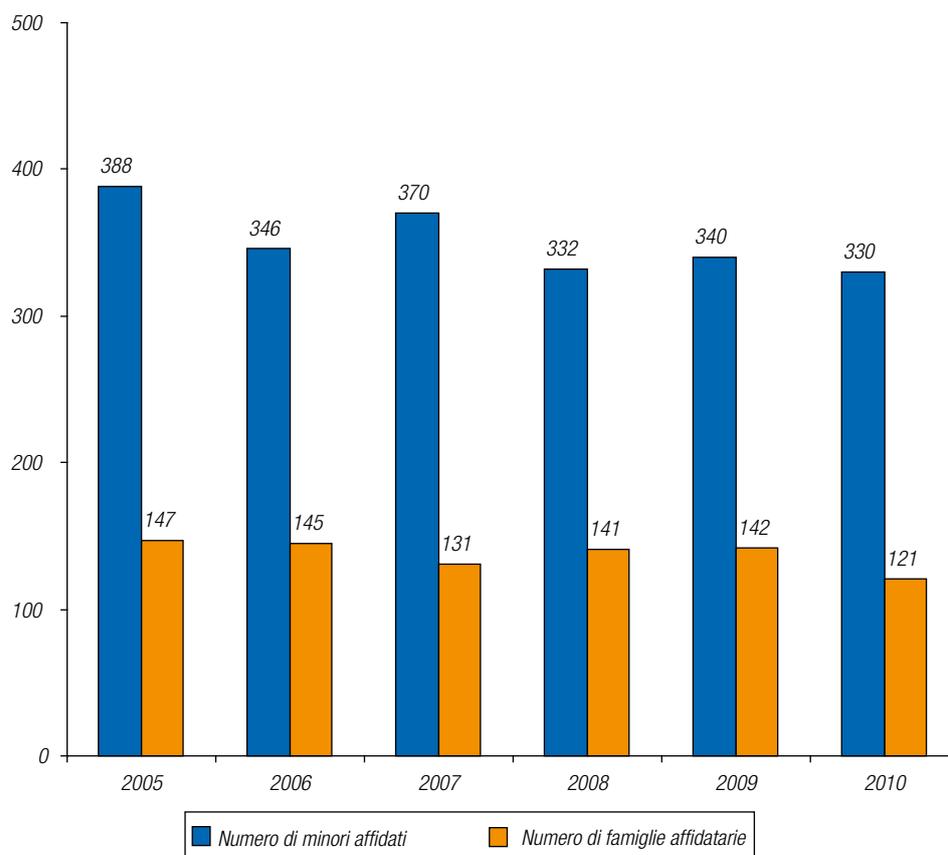
ENTI SERVIZIO GIOVANI

GARANTE DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA

NUMERO DI AFFIDI

affidataria per tutto il giorno o per parte di esso. Gli affidi familiari si accompagnano con altre misure sociopedagogiche di consolidamento della famiglia di origine, finalizzate a consentire il ritorno del minore al suo interno. La cultura dell'affido familiare è abbastanza radicata in Alto Adige. Nel 2010 sono stati affidati a famiglie affidatarie complessivamente 330 minori, di cui 172 a tempo parziale e 158 a tempo pieno. Nel 2009 gli affidi erano stati 340. Complessivamente nel 2010 121 famiglie affidatarie hanno accolto in casa propria minori nell'ambito di una procedura di affido (142 nel 2009). Inoltre alla fine del 2010 c'erano ancora 78 famiglie disponibili ad accogliere minori tramite un affido ma ancora in attesa (57 nel 2009).

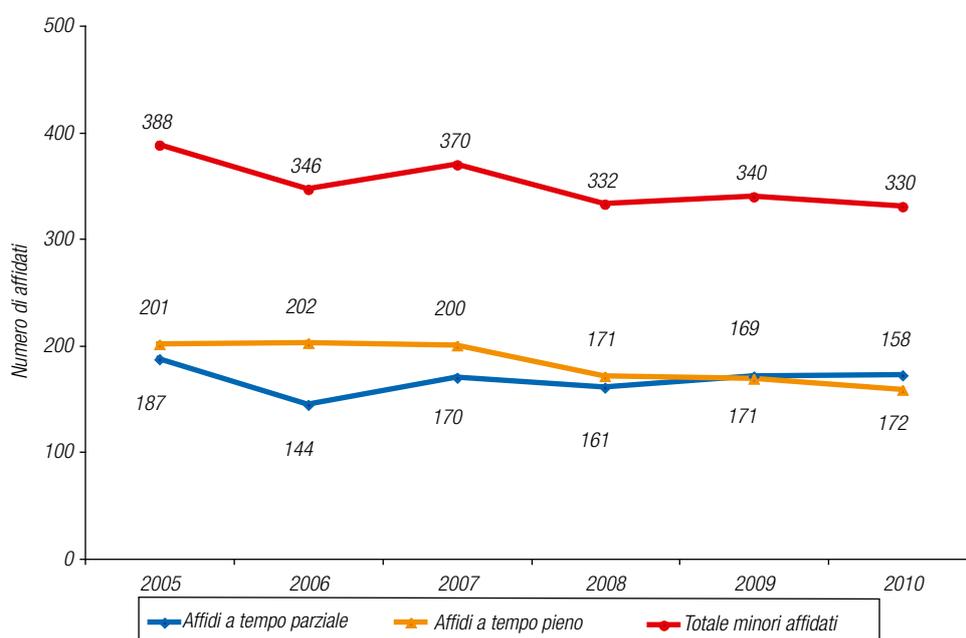
Grafico 4.17: Numero di minori affidati e di famiglie affidatarie, 2005-2010



Tra le famiglie affidatarie di minori con formula a tempo pieno prevalgono le coppie con figli (2009: 59,9%; 2010: 68,6%). In circa un quarto dei casi (2009: 23,2%; 2010: 21,5%) si tratta invece di persone che vivono da sole. Gran parte dei genitori affidatari ha più di 40 anni (2009: 84,4%; 2010: 85,0%). In circa il 40% dei casi la loro età è già di 50 anni e più.

Gli affidi a tempo pieno e a tempo parziale sono da qualche anno in qua all'incirca equilibrati. Nel 2010 c'è stata per la prima volta una leggera prevalenza di affidi a tempo parziale rispetto a quelli a tempo pieno (158 a fronte di 172).

Grafico 4.18: Numero di minori affidati, 2005-2010



L'affido familiare è praticato sull'intero territorio provinciale. La tabella 4.7 illustra per gli ultimi due anni la distribuzione territoriale per Comunità comprensoriali.

Tabella 4.7: Affidi familiari per Comunità comprensoriale, 2009 e 2010

Comunità comprensoriale	2009		2010	
	ass.	%	ass.	%
Val Venosta	23	6,8	25	7,6
Burgraviato	45	13,2	39	11,8
Oltradige-B.A.	102	30,0	87	26,4
Bolzano	71	20,9	86	26,1
Salto-Sciliar	20	5,9	17	5,2
Val d'Isarco	49	14,4	51	15,5
Alta Valle Isarco	18	5,3	12	3,6
Val Pusteria	12	3,5	13	3,9
TOTALE PROVINCIA	340	100,0	330	100,0

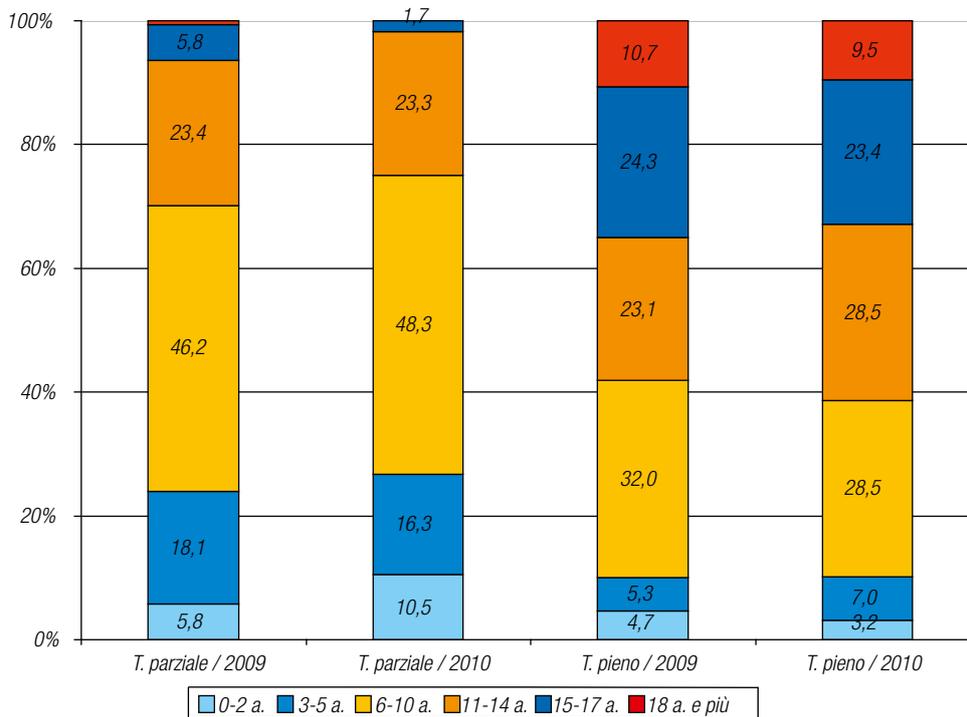
Come ci si può aspettare, nella struttura per età dei minori affidati a tempo parziale e a tempo pieno si osservano notevoli differenze. Negli affidi a tempo parziale predomina chiaramente la fascia di età 6-10 anni: questo gruppo costituisce circa la metà degli affidi, e solo una piccolissima percentuale dei minori ha 15 anni o più (2009: 6,4%; 2010: 1,7%). Per contro invece oltre un terzo dei minori affidati a tempo pieno ha già raggiunto i 14 anni di età, e circa il 10% ha addirittura 18 anni e più (2009: 9,5%).

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI MINORI

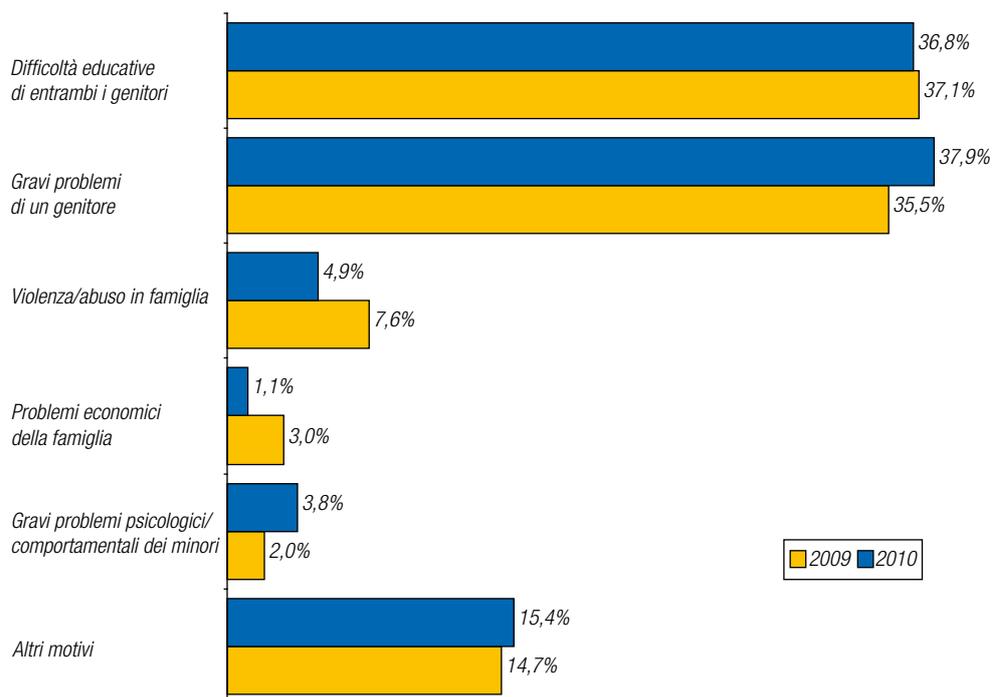
**MOTIVI DELL'AFFIDO
FAMILIARE**

Grafico 4.19: **Minori affidati a tempo parziale e a tempo pieno per età, 2009-2010**



Per quanto riguarda i motivi degli affidi a tempo pieno predominano chiaramente le difficoltà educative di entrambi i genitori, seguite da gravi problemi di uno di essi, quali l'alcol- o la tossicodipendenza. Solo in pochi casi il motivo dell'affido familiare va ricercato in difficoltà psichiche o problemi comportamentali dei minori.

Grafico 4.20: **Motivo principale dell'affido familiare dei minori con formula di affido a tempo pieno, 2009-2010**



Obiettivo ultimo degli affidi familiari è comunque il ritorno del minore alla sua famiglia di origine oppure – in caso di soggetti già più in età – il raggiungimento dell’indipendenza. In oltre un terzo (37,3%) dei 59 casi di affido a tempo pieno portati a conclusione nel corso del 2010 i minori sono rientrati nelle loro famiglie (2009: 26,5%), mentre 24 giovani (40,7%) hanno condotto a termine l’affido con il raggiungimento dell’indipendenza (2009: 32,7%). In entrambi gli anni soltanto una percentuale ridotta dei soggetti in precedenza affidati a tempo pieno è stata trasferita ad una struttura per minori (2009: 8,2%; 2010: 10,2%).

Le adozioni vanno nettamente distinte dagli affidi. A differenza di questi ultimi, che sono sempre a tempo determinato, le adozioni comportano l’inserimento definitivo del minore in una nuova famiglia. Le coppie adottanti vengono dettagliatamente informate in materia ed hanno inoltre la possibilità di approfondire questa tematica come pure i loro propri motivi ispiratori nell’ambito di un corso prope-
deutico offerto dall’Ufficio sviluppo del personale della Ripartizione Famiglia e politiche sociali. La decisione sull’adozione spetta comunque al tribunale dei minori, che fa predisporre dall’Ufficio adozioni Alto Adige (per il tramite di un team di esperti costituito da assistenti sociali e psicologi) un rapporto psico-socio-familiare sulla coppia adottante.

La tabella 4.7 illustra lo sviluppo delle domande di adozione nazionale e internazionale presentate al Tribunale dei minori di Bolzano tra il 2005 e il 2010 e delle delibere relative all’adottabilità (idoneità del minore all’adozione), al cosiddetto “affido preadottivo” finalizzato ad una successiva adozione (“pe-
riodo di prova” di un anno prima dell’adozione definitiva, in caso di adozioni nazionali) e alle adozioni stesse (definitivo inserimento del minore in un nuovo nucleo familiare).

Tab. 4.8: **Adozioni nazionali e internazionali – Domande presentate al Tribunale dei minori di Bolzano, 2005-2010**

Domande di adozione nazionale	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Domande inevase al 1 gennaio	475	518	607	696	683	677
Domande presentate nell’anno	200	239	234	182	230	174
- di cui da fuori provincia	82,5%	90,0%	87,2%	85,7%	84,8%	80,5%
- di cui dalla provincia	17,5%	10,0%	12,8%	14,3%	15,2%	19,5%
Domanda archiviate nell’anno	157	150	145	195	236	224
Domande inevase al 31/12	518	607	696	683	677	627
Delibere di adottabilità	8	9	8	9	3	10
Delibere di affido	5	3	6	2	4	2
Delibere di adozione	6	6	8	14	11	10
Domande di riconoscimento dell’idoneità all’adozione internazionale	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Domande inevase al 1 gennaio	16	22	21	11	16	16
Domande presentate nell’anno	40	33	29	33	40	36
Domande evase nel corso dell’anno	34	34	39	28	40	34
Domande accolte	27	26	32	22	35	29
Domande respinte	2	6	6	5	1	3
Altro	5	2	1	1	4	2
Domande inevase al 31/12	22	21	11	16	16	18
Delibere di adozione	17	18	13	22	19	22

Fonte: Tribunale dei minori di Bolzano.

CONCLUSIONE DELL’AFFIDO

A TEMPO PIENO

ADOZIONI

4.5 SERVIZI ALLA FAMIGLIA

4.5.1 Consulteri familiari

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

I Consulteri familiari offrono alle famiglie, alle coppie e alle singole persone consulenza ed aiuto per l'affrontamento di problemi sociali, psicologici, ginecologici nonché relazionali, sessuali, educativi e legali. Nel 2010 esistevano in Alto Adige 14 consulteri gestiti da sei diverse organizzazioni centrali. Tutte le organizzazioni che provvedono alla gestione sono associazioni private, che si distinguono tra loro per le differenti tradizioni ed orientamenti politico-culturali, che si esplicano nella diversità dell'offerta. I consulteri familiari collaborano con i servizi sociosanitari pubblici e si tengono in regolare contatto con gli ospedali, le Comunità comprensoriali, le scuole e le organizzazioni di volontariato.

DISTRIBUZIONE REGIONALE

La maggioranza delle strutture si trova nelle due principali aree conurbate di Bolzano (6) e di Merano (3). Bressanone, Brunico, Laives, Silandro e Ortisei dispongono ciascuna di un consultorio. La distribuzione territoriale ancora assai eterogenea delle strutture si rispecchia anche nel numero dei rispettivi utenti: nel 2010 circa il 58% degli utenti si è rivolto ad un consultorio a Bolzano, e circa il 27% a Merano.

Tab. 4.9: Utenti dei consulteri per sede del consultorio, 2005-2010

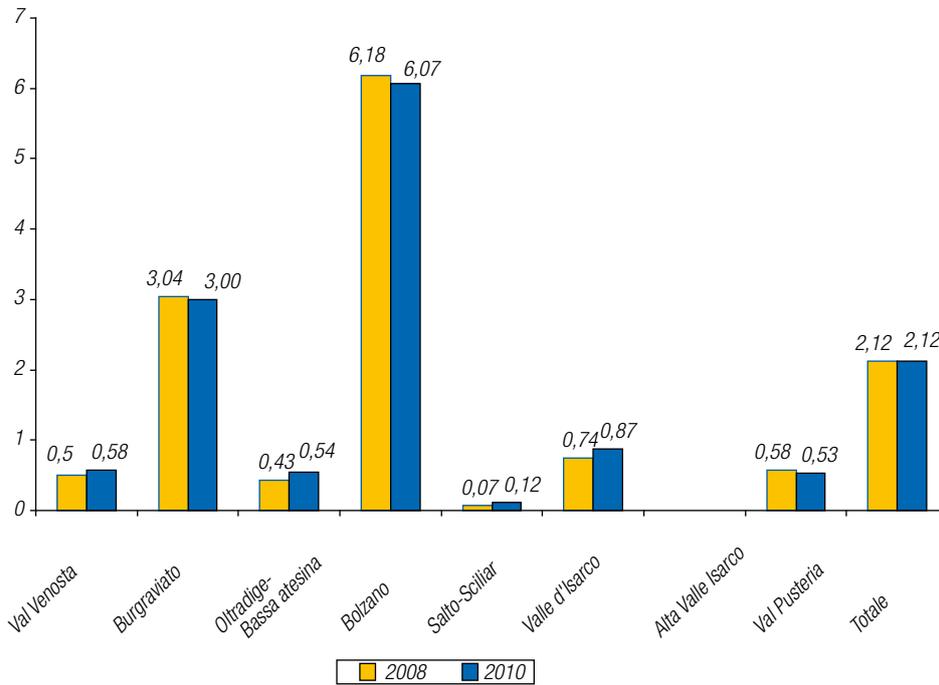
	2005	2006	2007	2008	2010
Val Venosta	155	156	179	170	197
Burgraviato	2.629	2.752	2.729	2.895	2.943
Oltradige-Bassa Atesina	305	260	303	311	396
Bolzano	5.929	5.583	5.899	6.303	6.307
Salto-Sciliar	36	41	31	34	58
Val d'Isarco	356	359	351	388	465
Alta Valle Isarco	-	-	-	-	-
Val Pusteria	334	398	398	431	407
TOTALE PROVINCIA	9.744	9.549	9.874	10.532	10.773

Fonte: ASTAT, 2010.

INDICE DI PENETRAZIONE

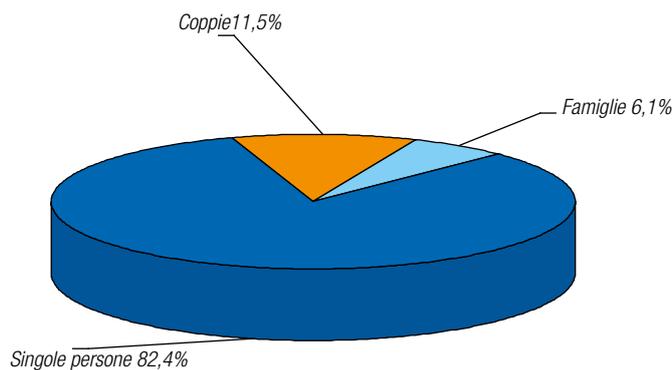
Purtroppo dalle statistiche non si possono ricavare informazioni sul luogo di residenza degli utenti dei consulteri. Anche se è probabile che una parte degli utenti non provenga dalla stessa Comunità comprensoriale nella quale ha sede il consultorio frequentato, si può comunque ravvisare un certo squilibrio nella distribuzione territoriale dell'offerta, che viene confermato dal dato del cosiddetto indice di penetrazione, che esprime il rapporto tra il numero di assistiti e la popolazione residente in ciascuna Comunità comprensoriale. Trascurando l'Alta Valle Isarco, dove non esiste alcun consultorio familiare, l'indice oscilla tra lo 0,12% del comprensorio Salto-Sciliar e il 6,07% di Bolzano. La media provinciale si attesta sul 2,12%, un valore perfettamente corrispondente a quello del 2008.

Grafico 4.21: **Indice di penetrazione dei consultori familiari per Comunità comprensoriale di residenza**



Nel 2010 i consultori hanno fornito assistenza a complessivamente 10.773 persone, con un leggero incremento rispetto ai due anni precedenti (2008: 10.532; 2009: 10.589). Anche nel 2010 gli utenti erano prevalentemente singole persone (82,4%), mentre le coppie (11,5%) e le famiglie (6,1%) costituivano solo una percentuale relativamente ridotta della clientela.

Grafico 4.22: **Utenti dei consultori familiari per tipologia di utenza, 2010**

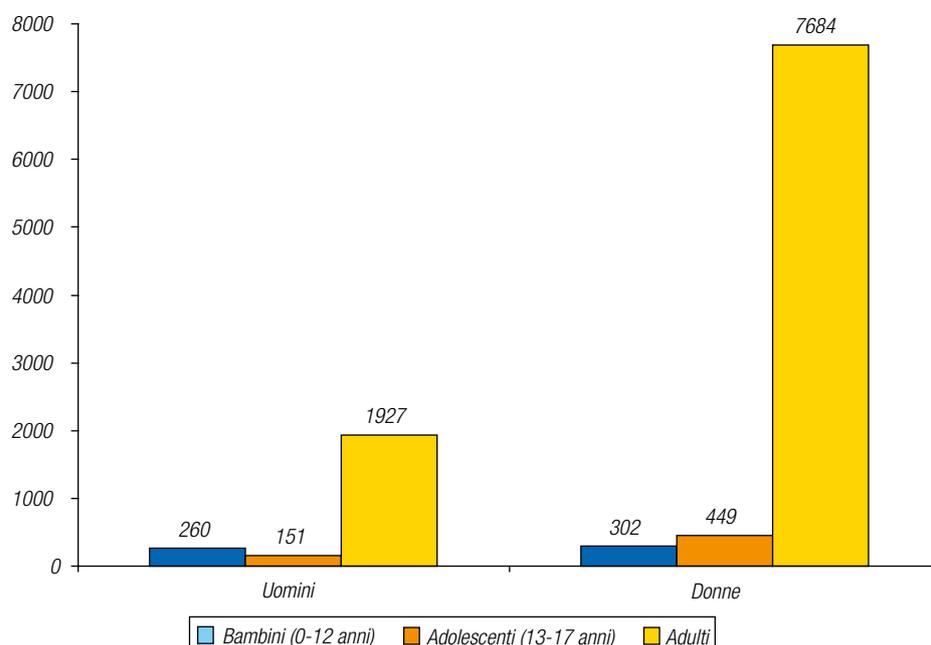


Fonte: ASTAT, 2010.

Per quanto riguarda la composizione dell'utenza, le donne si presentano in chiara maggioranza, con il 78,3%. Si tratta di una percentuale rimasta relativamente costante negli scorsi anni. Questa sensibile prevalenza delle donne è in parte correlata con i servizi offerti dalla consulenza – in particolare per quanto riguarda quelli sanitari, che sono rivolti essenzialmente alle donne (vedi oltre) – ma in parte può ascriversi anche alla minore propensione degli uomini a ricorrere a consulenze professionali in situazioni problematiche. I bambini e i giovani costituiscono circa il 10% dell'utenza.

SESSO ED ETÀ

Grafico 4.23: Utenti dei consultori familiari per sesso ed età, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate dai consultori familiari, queste consistono principalmente in colloqui di consulenza psicologica e pedagogica. Al secondo posto vengono le prestazioni sanitarie, per esempio visite ginecologiche, PAP-test, controlli di gravidanza e informazioni sulla prevenzione delle nascite. Il numero delle prestazioni è cresciuto in continuazione negli anni passati, e più rapidamente di quello delle persone assistite. Ne consegue che gli utenti vengono seguiti con maggiore attenzione.

Tab. 4.10: Numero e tipologie delle prestazioni erogate dai consultori familiari nel 2010

Tipologia di prestazione	Numero di prestazioni
Primi colloqui	4.836
Prestazioni sanitarie (informazioni, visite, prescrizioni)	12.511
Attività di gruppo *	1.609
Consulenza socio-psicologica (tribunale dei minori, per tutela minori)	925
Colloqui psicologici e pedagogici:	32.684
Problematiche individuali	14.152
Problemi dei rapporti di coppia	8.432
Problemi familiari	7.478
Problemi scolastici o di disabilità	477
Altri problemi	2.155
Consulenza legale	764
Consulenza sociale	1.438

* Numero di incontri svolti. Fonte: ASTAT, 2010.

PERSONALE

I 125 operatori dei consultori familiari presenti alla fine del 2010 erano in larga maggioranza donne (81,7%). In termini di operatori equivalenti a tempo pieno si trattava di 42,6 persone. Il profilo professionale di gran lunga più rappresentato era quello dello psicologo (38,7% degli operatori equivalenti a tempo pieno), seguito dallo psicoterapeuta (18,1%) e dall'assistente sociale (6,6%). Il rimanente personale è costituito da medici (compresi i pediatri), da consulenti sociali e legali e da figure ammi-

nistrative. La maggior parte degli operatori dei consultori familiari lavora presso più servizi. Accanto al personale professionale operano presso i consultori anche volontari. Nel 2010 questo gruppo era costituito da 69 persone che nel loro insieme hanno svolto circa 400 ore di lavoro al mese.

Una base importante per la qualità delle prestazioni degli operatori dei consultori consiste nella partecipazione a corsi di aggiornamento e formazione permanente. Qui si sono segnate nel 2010 svariate attività presso i consultori. 69 operatori hanno preso parte a corsi di aggiornamento, 6 a corsi di formazione e 11 ad altre attività di qualificazione.

4.5.2 Centri genitori-bambini

I centri genitori-bambini sono punti di incontro aperti destinati a futuri genitori, madri e padri con figli, nonni e nipoti. Queste strutture offrono ai genitori e ai bambini gli spazi necessari e la possibilità di scambiare esperienze e di allacciare contatti nuovi. I centri genitori-bambini propongono inoltre tutta una serie di servizi, corsi e manifestazioni, con un'offerta che va dal servizio di babysitter di alcune ore all'asilo estivo al corso di bricolage e ginnastica, al corso di preparazione alla gravidanza e al parto. Integrano l'offerta programmi ricreativi quali teatrini e mercatini dell'usato (vestiti e giocattoli). Per partecipare ai corsi occorre corrispondere una quota di iscrizione. Attualmente esistono in provincia 13 centri genitori-bambini, e più precisamente a Bolzano (con tre sedi), Merano, Bressanone, Brunico, Vipiteno, Lana, Chiusa, Termeno, Egna, Ora, Laives, Branzolo e Appiano. Nel gennaio 2008, per rafforzare la collaborazione i centri genitori-bambini altoatesini si sono riuniti in un network. Il numero di utenti delle diverse strutture varia molto in funzione delle dimensioni delle stesse e del loro bacino d'utenza. Per il 2009 esso è oscillato dalle 164 frequenze quotidiane di Bolzano alle 10-20 utenti dei centri minori.

4.6 SERVIZIO CASA DELLE DONNE

Il servizio "Casa delle donne", istituito con la L.P. 10/89, è costituito da due strutture che si integrano a vicenda, i centri antiviolenza e le strutture residenziali, che sono strettamente separate tra di loro per garantire l'anonimità delle strutture residenziali e quindi la sicurezza delle donne ivi alloggiate. Il servizio "Casa delle donne" si rivolge a donne esposte a vari tipi di violenza, fisica, psichica, sessuale o economica, che proprio per la loro particolare necessità di protezione non si possono supportare in maniera adeguata con altre offerte.

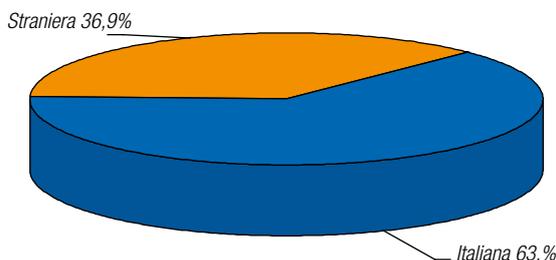
I Centri antiviolenza strutturalmente ed organizzativamente subordinati alle strutture costituiscono un primo punto di riferimento per le persone interessate. La maggioranza delle donne che si rivolgono al servizio non vi cerca soltanto un rifugio, ma anche informazione e consulenza.

Nel 2010 si sono rivolte a queste strutture complessivamente 662 donne, che vi hanno cercato consulenza o aiuto. Dell'utenza, il 63,1% era costituito da cittadine italiane, mentre il 36,9% erano donne provenienti da altri paesi europei o extraeuropei. Se si considerano le percentuali dal punto di vista delle persone autrici della violenza, queste sono per il 71,26% cittadini italiani e per il 28,74% persone provenienti da altri paesi dell'Unione o da fuori Europa. La discrepanza va ricercata nel fatto che alcuni uomini trovano una compagna all'estero e la portano in Italia. La presenza sovrapproporzionale di donne provenienti da paesi extraeuropei si spiega in parte con il fatto che le donne con un background di migrazione hanno minori possibilità di accedere ad altre risorse e contatti in caso di situazioni conflittuali. Non si può tuttavia escludere che esse siano anche più frequentemente vittime di violenze.

FORMA ORGANIZZATIVA

STRUTTURE RESIDENZIALI

Grafico 4.24: Case delle donne: utenti per cittadinanza, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Le strutture residenziali comprendevano alla fine del 2010 le tre case delle donne di Merano, Bolzano e Bressanone, per complessivi 100 posti, oltre ad alcuni alloggi protetti di dimensioni inferiori (in tutto 19 posti) a Bolzano e a Brunico. Oltre al servizio di sorveglianza notturna, presente solo nelle case delle donne, il profilo di servizio offerto dalle case delle donne non si distingue da quello degli alloggi protetti. Il centro antiviolenza viene integrato dai consultori, organizzativamente subordinati alle strutture residenziali di ricovero.

Nel corso del 2010 sono state accolte nelle strutture residenziali 117 donne e 10 bambini. Accanto al supporto offerto alle donne, le case delle donne hanno anche la funzione di garantire protezione ai bambini che, in quanto figli di donne oggetto di violenza, hanno anch'essi bisogno di un sostegno da parte di figure professionali e quindi vengono anch'essi accolti e assistiti all'interno delle strutture.

Tab. 4.11: Case delle donne: posti e utenti nel 2010

	Posti *	Utenti nell'anno	
		Donne	Bambini
Casa delle donne Bolzano	6	19	17
Casa delle donne Merano	12 (11+1)*	37	21
Casa delle donne Bressanone	9 (8+1)*	30	20
Alloggi protetti Bolzano	7	12	16
Associazione "Donne aiutano donne" Brunico	6 (5+1)*	19	17
Totale	40	117	100

* Numero complessivo di posti (posti fissi + posti per le emergenze).
Fonte: Ufficio per la famiglia, la donna e i minori - Rip. 24.

I 42 operatori dipendenti presenti a fine 2010 presso le strutture erano - come del resto prevedibile data la natura delle strutture - esclusivamente donne. In termini di operatori equivalenti a tempo pieno, lavorano presso le strutture 28,5 unità. I profili professionali più rappresentati sono quelli delle psicologhe (21,1% delle operatrici equivalenti tempo pieno), seguite dalle sociologhe (18,2%) e dalle operatrici pedagogiche (12,3%). Il personale dipendente è integrato da 114 operatrici ausiliarie volontarie, che lavorano mediamente ciascuna per circa 7 ore al mese presso il servizio Casa delle donne. L'elevata percentuale di collaboratrici volontarie evidenzia qui il significato della filosofia di base dell'auto-aiuto reciproco.

4.7 OFFERTE DI CONSULENZA AGLI UTENTI DI SESSO MASCHILE

Gli uomini hanno spesso maggiore difficoltà a ricorrere a prestazioni di consulenza o a chiedere aiuto e supporto. Svariate organizzazioni non profit e iniziative private hanno reagito in questi ultimi anni a questa situazione iniziando a predisporre offerte di consulenza rivolte particolarmente agli utenti di sesso maschile. Accanto alla consulenza agli uomini offerta dalla Caritas, che nel 2010 era operante ormai già da nove anni e che resta un'iniziativa unica nel suo genere in Italia, vanno qui citate in particolare la Männerinitiative Südtirol (MIT) e la Männerinitiative Pustertal (MIP), alle quali si aggiunge tutto un'altra serie di specifiche iniziative quali ad esempio quelle del Movimento degli uomini cattolici della Diocesi di Bolzano e del Gruppo di lavoro ragazzi e uomini („Buben- und Männerarbeit“), che operano all'interno di svariate strutture sociali (per es. servizi giovanili, centri giovanili, Caritas, Forum prevenzione, Jugendhaus Kassianum, Ufficio servizio giovani).

La Caritas offre consulenze a Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Questa consulenza comprende tematiche come il ruolo dell'uomo in quanto marito e padre, gli aspetti relazionali, le problematiche della separazione, la famiglia, la sessualità, il lavoro, la violenza, la droga e la dipendenza in genere. La consulenza è anonima e gratuita. Il servizio è operato da sette consulenti di sesso maschile. Nel 2010 si sono rivolti al consultorio 331 uomini di ogni fascia di età e di vari ceti sociali. Al centro delle 1.523 consulenze si collocavano quelle di natura psicologica (1.449). Nel 2011 il consultorio maschile della Caritas ha avviato il progetto "Training antiviolenza", cominciando quindi ad operare direttamente sui soggetti con tendenze violente. Attualmente partecipano al progetto cinque persone di sesso maschile. La Männerinitiative Südtirol (MIT), istituita nel 2006, si occupa invece prevalentemente delle problematiche degli uomini in situazione di separazione, mentre l'iniziativa privata Centaurus si concentra in particolare su quelle degli omosessuali.

4.8 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

Il cambiamento delle strutture familiari (con l'incremento delle famiglie monoparentali e delle cosiddette "famiglie patchwork") e l'esigenza di entrambi i genitori di conciliare la famiglia con il lavoro pongono nuovi compiti anche ai servizi sociali. Un importante presupposto per la conciliabilità di famiglia e lavoro è un'offerta di assistenza ai bambini che sia flessibile e adeguata al fabbisogno. In questo campo sono stati compiuti considerevoli passi avanti anche negli scorsi anni. Solo nell'ultimo biennio l'offerta, tenendo conto del servizio Tagesmutter, è stata potenziata di circa un terzo (32,1%), passando da 1.606 a 2.121 posti disponibili. Anche il numero di strutture è sensibilmente cresciuto: dal 2008 si sono aggiunte a quelle esistenti 6 nuove microstrutture (da 37 a 43) ed un nuovo asilo nido (da 12 a 13). In seguito al miglioramento dell'offerta sono cresciuti anche costantemente gli stanziamenti disposti per quest'area (2008: 6,2 milioni di Euro; 2009: 7,2 milioni 2010: 7,6 milioni). Per raggiungere l'obiettivo di 15 posti ogni 100 bambini previsto per il 2015 dall'attuale Piano sociale provinciale occorrerà comunque proseguire con il potenziamento anche negli anni a venire.

L'offerta per i minori si è sviluppata in modo eterogeneo rispetto al 2009. Mentre nel settore residenziale la ricettività è leggermente aumentata (passando da 187 a 195 posti), a livello di centri diurni si osserva una moderata contrazione (da 124 a 117 posti). L'incremento nell'area residenziale rispecchia anche il potenziamento della Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva. In che misura l'offerta sia tuttavia adeguata al fabbisogno è possibile valutarlo solo per via indiretta, non esistendo dati differenziati sul fabbisogno. Il grado di utilizzo rilevato per le strutture residenziali in

IL SERVIZIO IN SINTESI

CONSULENZA MASCHILE
DELLA CARITAS

OFFERTA PER I MINORI

COMPETENZE
INTERCULTURALI

specifici giorni campione (al 31/12) sembra tuttavia testimoniare – ferme restando talune diversità dell’offerta a livello territoriale – l’esistenza di un certo equilibrio.

Se si considera che quasi il 20% dei minori accolti presso le strutture residenziali non ha la cittadinanza italiana, diventa evidente l’importanza delle competenze interculturali nel lavoro di assistenza. E il fatto che stando ai dati ASTAT solo una ridotta percentuale di minori assistiti non parli né tedesco né italiano non modifica la situazione, anzi sottolinea la rilevanza di un aggiornamento professionale orientato all’interculturalità, cioè a strategie di apertura interculturale che comincino anche a livello organizzativo e di personale.

CONSULENZA FAMILIARE

I 14 consultori familiari hanno segnato anche nel 2010 un certo incremento del numero di utenti rispetto all’anno precedente, cui ha fatto fronte un incremento ancor maggiore delle prestazioni, che sta quindi a indicare come l’assistenza fornita agli utenti si sia intensificata. D’altra parte la distribuzione territoriale dei consultori familiari continua ad essere squilibrata, e le statistiche dei servizi rivelano anche l’esistenza di meccanismi di selezione problematici nell’accesso ai servizi. Così ad esempio gli uomini ricorrono al sostegno offerto dai servizi di consulenza in misura sensibilmente inferiore alle donne. Ancora più importante diventa in tale ottica l’offerta dei consultori maschili, un modello altoatesino che non ha riscontro nel resto d’Italia.

SERVIZIO CASA IN
DELLE DONNE

Il servizio casa delle donne non ha praticamente segnato cambiamenti sul piano quantitativo. Le cifre stanno comunque ad indicare nel loro complesso un buon grado di utilizzo di queste strutture così importanti sul piano politico-sociale.

5. ANZIANI

5.1 SITUAZIONE DEGLI ANZIANI

5.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale

Essere anziani non vuol dire necessariamente essere malati o aver bisogno di assistenza. Svariati studi dimostrano che in qualsiasi epoca solo una piccola parte della popolazione anziana necessita di aiuto o assistenza. Una rilevazione effettuata nel 2002 ha evidenziato come soltanto il 13,6% degli altoatesini sopra i 65 anni dipendeva dall'aiuto di terzi.¹ Stando alle più recenti rilevazioni dell'ASTAT, oltre la metà (51,3%) degli anziani altoatesini considera il proprio stato di salute generale "buono" o addirittura "ottimo", mentre solo l'11,4% dei cittadini rientranti nella stessa fascia di età lo valuta decisamente negativo („cattivo/pessimo“).² Quindi l'idea di un decadimento inevitabile e generalizzato dell'anziano è sbagliata, anche se a partire dai 65 anni le malattie croniche oppure problemi di salute permanenti diventano una presenza inevitabile per la maggioranza degli anziani altoatesini: nel medesimo studio dell'ASTAT infatti il 51,8% degli anziani intervistati ha risposto "sì" alla relativa domanda. Col passare degli anni cresce anche continuamente il rischio di diventare non autosufficienti. Prendendo a parametro la struttura per età dei beneficiari dei relativi assegni, si ricava che nella fascia 65-74 anni „solo“ il 3,3% non è autosufficiente, mentre nella fascia 75-84 anni questa percentuale sale già al 13,5%, e nella fascia ancora più anziana quasi una persona su due (45,9%) ha diritto all'erogazione di queste prestazioni. La maggioranza delle persone non autosufficienti è costituita da donne, per effetto della loro più lunga aspettativa di vita. Ciò non toglie tuttavia che continua ad essere relativamente ridotto il numero di anziani residenti in provincia che necessita dell'intervento dei servizi sociali o assistenziali. In Alto Adige nel 2010 60.400 persone in età lavorativa avevano un'età di 50 anni e più, con una percentuale del 24,4% rispetto alla popolazione attiva nella sua globalità.³ 13.600 uomini e donne avevano già superato i 60 anni di vita (5,5% dalla popolazione attiva). La percentuale di persone attive nelle fasce più anziane, quindi i 55-65enni, è in realtà sensibilmente cresciuta negli ultimi cinque anni (2005: 37,2%; 2010: 44,9%), ma continua a mantenersi parecchio al di sotto dell'obiettivo previsto a livello comunitario (50%). La medesima percentuale nella fascia dei 60-65enni si collocava nel 2010 sul 26,0%.

Dati statistici dettagliati sulla situazione reddituale e patrimoniale degli anziani in Alto Adige rispetto alle fasce di età più giovani non sono purtroppo disponibili. La più recente rilevazione ASTAT su detta situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie altoatesine rivela tuttavia che le famiglie che vivono esclusivamente di redditi da pensioni dispongono di un reddito annuale sensibilmente inferiore a quello della famiglia altoatesina media (19.037 Euro a fronte di 32.618 Euro).⁴ E la metà di queste famiglie può contare su un reddito annuo *massimo* di 15.000 Euro, mentre per i pensionati che vivono da soli il valore mediano si riduce ulteriormente a 11.240 Euro, il che vuol dire che il 50% di questo gruppo di persone dispone di *non più di* 936 Euro al mese. Per fare un raffronto, il corrispondente reddito in caso di famiglie unipersonali lavoratrici si colloca sui 20.000 Euro all'anno. Le famiglie con redditi provenienti esclusivamente da pensioni sono, dopo quelle monoparentali e quelle con 3 o più figli a carico, quelle a reddito più basso. Gli esperti concordano nell'affermare che gli anziani che accanto alla pensione di vecchiaia non dispongono di ulteriori previdenze né di ulteriori redditi a livello familiare

STATO DI SALUTE DELLA
POPOLAZIONE ANZIANA

PERCENTUALE DI
POPOLAZIONE ATTIVA

SITUAZIONE ECONOMICA

¹ Provincia autonoma di Bolzano, *Studio ARGENTO: Indagine sulla salute nella terza età*, Bolzano 2003.

² ASTAT, *Quadro sociale della Provincia di Bolzano 2009*, Bolzano 2010, pag. 74.

³ ASTAT, *Occupati e disoccupati in Alto Adige, 2006-2010*, in: *Informazione ASTAT* n. 27, Bolzano 2011, pag. 3.

⁴ ASTAT (ed.), *Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige*, Bolzano 2010, pagg. 26-28, 34.

TEMPO LIBERO E
PARTECIPAZIONE
ALLA VITA SOCIALE

rientrano con frequenza sovraproporzionale nella fasce a reddito più basso. Un gruppo particolarmente a rischio in questo senso è quello degli anziani che vivono da soli, e questo vale in particolare per le donne, dato che queste in media percepiscono pensioni di vecchiaia sensibilmente inferiori a quelle degli uomini: stando ad un'indagine presentata di recente sulle pensioni INPS, le donne hanno mediamente diritto ad una pensione di 572 Euro, mentre gli uomini in media possono contare su 1.082 Euro.⁵ In ogni caso anche tra gli anziani il divario del benessere tra le classi di reddito inferiori e quelle medio-superiori sta continuando ad allargarsi.

In complesso, le attività culturali e sociali tendono a diminuire nella terza età. In tutte le categorie di attività - cinema, concerti, teatro, musei, manifestazioni sportive - la partecipazione degli anziani cala sensibilmente.⁶ Tra le attività preferite si riscontra la frequenza di concerti e teatri. Nel corso delle rilevazioni effettuate nel 2009, solo un quarto / un quinto degli ultra65enni ha tuttavia affermato di essere andato almeno una volta ad un concerto o in un museo negli ultimi 12 mesi (per i 50-59enni la percentuale era quasi doppia). La limitata partecipazione della terza età rispecchia però in parte piuttosto differenze in termini di esperienze vissute tra le diverse fasce di età che non semplicemente fenomeni tipici della terza età. Così ad esempio il livello di istruzione, che influenza in maniera rilevante la portata della partecipazione ad attività sociali e culturali, è negli anziani ancora più basso che nella popolazione giovane.

SPORT

Anche le attività sportive ed altre attività fisiche si rarefano con il passare degli anni. Nel caso degli ultra65enni, solo circa un quarto svolge regolarmente od occasionalmente un'attività sportiva, mentre nei 60-65enni è pur sempre oltre la metà a svolgere queste attività. L'occupazione ricreativa preferita dagli anziani è chiaramente individuata: il 90,4% degli ultra65enni guarda quotidianamente o quasi quotidianamente la televisione, con una percentuale che li colloca al primo posto rispetto alle altre fasce di età. L'effetto dell'età si fa (ancora) sentire per i nuovi mezzi di comunicazione, che trovano diffusione sempre crescente grazie al computer: nel 2009 il 90,9% degli anziani non aveva ancora mai usato un computer (tuttavia anche il 44,4% dei 50-59enni ha dichiarato di non avere ancora alcuna esperienza di computer).⁷

NUOVI MEDIA

TEMPO LIBERO

Stando alla più recente rilevazione multiscopo elaborata dall'ASTAT in relazione alla soddisfazione quotidiana delle famiglie, la stragrande maggioranza degli anziani (81,9%) si dice molto o abbastanza soddisfatta del modo in cui gestisce il proprio tempo libero.⁸ Questa valutazione complessivamente positiva non toglie tuttavia che nell'età avanzata sono sempre più numerose le persone che trascorrono il loro tempo libero prevalentemente da sole. Studi regionali e internazionali rivelano che il pericolo dell'isolamento sociale cresce in maniera significativa col progredire dell'età. E il pericolo di un isolamento sociale sembra qui essere tanto più forte quanto più limitate sono le capacità di condurre una vita autonoma, come conferma il crescente peso dell'assistenza pubblica agli anziani.

CONSULENZA ABITATIVA

Attualmente la stragrande maggioranza degli ultra65enni altoatesini (circa il 95%) vive nella propria abitazione. E proprio per consentire quanto più a lungo possibile la permanenza degli anziani nella loro abitazione, la Ripartizione famiglia e politiche sociali si impegna ormai da anni ad eliminare le barriere architettoniche. In questo senso la consulenza abitativa è stata sviluppata in maniera finalizzata in questi ultimi anni. Dal 1/1/2011 la fondazione Vital, istituita con L.p. n. 10/2005, opera con funzioni di coordinamento in questo settore, essendo subentrata nelle mansioni del Centro di consulenza e documentazione Si-Mo (Sicurezza e Mobilità). La fondazione opera sull'intero territorio provinciale, con un'offerta che accanto al lavoro di sensibilizzazione e informazione prevede anche la consulenza differenziata a svariati gruppi target, la predisposizione di pareri tecnici e lo studio e la raccolta di

⁵ Istituto Promozione Lavoratori AFI-IPL, *Pensioni INPS in Alto Adige*, consultabile alla pagina http://www.afi-ipl.org/Pensioni_INPS_in_Alto_Adige.html

⁶ ASTAT, *Quadro sociale della Provincia di Bolzano 2009*, Bolzano 2010, pag. 159.

⁷ ASTAT (ed.), *Quadro sociale della Provincia di Bolzano 2009*, Bolzano 2010, pagg. 163, 164, 173.

⁸ ASTAT (ed.), *Soddisfazione e fiducia nella vita quotidiana - Indagine multiscopo sulle famiglie - 2010*, in: *Informazione ASTAT* n. 65/2010, pag. 4.

soluzioni costruttive e tecniche volte alla riduzione delle barriere architettoniche. All'inizio del 2010 la Giunta provinciale ha aggiornato le normative vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche (d.p.g.p. 9 novembre 2009, n. 54). Nelle nuove realizzazioni e nei nuovi progetti andrà ora adottata la filosofia del „design for all“, finalizzata a favorire l'accessibilità di tutta la popolazione, con o senza limitazioni di mobilità.

5.1.2 La politica della terza età in Alto Adige

Obiettivo primario della politica della terza età è quello di consentire alle persone anziane di continuare a vivere nell'intorno abitativo abituale, mantenendo uno stile di vita autonomo, il coinvolgimento sociale e l'integrazione e garantendo l'assistenza quando le competenze vengano ad indebolirsi. Pertanto la tematica della casa e dell'assistenza nella terza età assumerà un'importanza rilevantissima nelle decisioni politiche di medio e lungo termine. Il diritto all'autodeterminazione degli anziani deve trovare riscontro anche nella configurazione delle strutture di offerta, formulando le offerte di assistenza in modo tale che gli anziani possano continuare in maniera quanto più autonoma possibile a decidere i propri stili di vita. Anche le prestazioni della copertura della non autosufficienza puntano a questo obiettivo (vedi cap. 10.2). Vanno evitate dipendenze precoci promuovendo l'iniziativa autonoma e l'auto-organizzazione.

Assumono quindi particolare importanza per l'amministrazione provinciale le offerte di assistenza aperta agli anziani, come pure le misure preventive finalizzate ad evitare o ritardare le situazioni di non autosufficienza. La politica altoatesina della terza età non si concentra però soltanto su interventi di promozione della salute. La prevenzione viene piuttosto considerata una tematica trasversale, che tocca tutti i campi d'azione della politica della terza età (salute, casa, tempo libero, impegno sociale ecc.) e anche quelli della politica generale (sviluppo infrastrutturale, edilizia, politica economica ecc.). In tal senso la Provincia individua per la politica della terza età una strategia globale, che tenti sin dall'inizio di tener costantemente conto delle esigenze e degli interessi delle persone anziane anche in altri campi politici.

Alle persone anziane con forti limitazioni e problemi si dovrà assicurare anche un sostegno più intensivo. In linea di principio, l'obiettivo della politica di assistenza agli anziani adottata dall'amministrazione provinciale è quello di continuare a sviluppare la filiera dell'assistenza come un sistema progressivo di servizi orientati al fabbisogno e all'utente. In questo senso vanno intese le nuove tipologie di offerta - come l'accompagnamento abitativo - oppure l'allargamento dell'offerta preesistente. Di conseguenza nel 2010, con il piano quinquennale di armonizzazione delle prestazioni delle case di riposo e dei centri di degenza, l'amministrazione provinciale ha inteso porre le basi per il potenziamento dei ricoveri temporanei e di transito. Un potenziamento graduale della filiera dell'assistenza potrebbe in tal modo ridurre ulteriormente la pressione della domanda sulle case di riposo e i centri di degenza.

In generale si evidenzia la necessità di una migliore messa in rete dei servizi gestiti da diversi enti ed altri soggetti. Sono infatti proprio gli interfaccia tra questi vari servizi a rivelarsi problematici per gli utenti e per i loro familiari.

La responsabilità di garantire servizi adeguati spetta in realtà alla mano pubblica. Le nuove regole sull'accreditamento delle case di riposo e dei centri di degenza nonché dei servizi di assistenza domiciliare rispecchiano questa responsabilità esattamente come l'impegno volto ad assicurare in futuro un migliore mix di forme abitative (per esempio l'accompagnamento abitativo). L'assistenza alle persone non autosufficienti può però venir assicurata nel tempo solo coordinando ancora meglio gli aiuti familiari, di vicinato e professionali, sia pubblici che privati, e continuando quindi a sostenere in maniera coerente le famiglie che prestano assistenza. Anche per questo l'amministrazione provinciale cerca continuamente di concordare con i partner sociali i suoi principali interventi nel settore della politica della terza età.

AUTODETERMINAZIONE E
AUTONOMIA

PREVENZIONE

FILIERA DELL'ASSISTENZA

MESSA IN RETE

„WELFARE MIX“
E SUSSIDIARIETÀ

5.2 SERVIZI RESIDENZIALI

5.2.1 Case di riposo e centri di degenza

SVILUPPO DELL'OFFERTA E COPERTURA TERRITORIALE

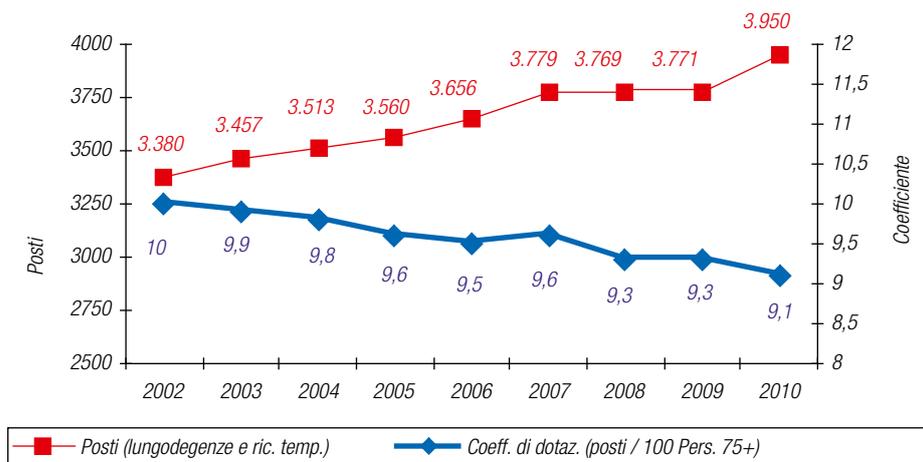
INDICE DI DOTAZIONE

In Alto Adige esistevano al 31/12/2010 74 strutture residenziali – 64 case di riposo e 10 centri di degenza - per complessivi 3.950 posti di lungodegenza e ricovero temporaneo. Dal 2002 l'offerta complessiva di posti in queste strutture è aumentata di quasi 600 unità, pari al 16,8%. Per ogni 100 anziani di età pari o superiore a 75 anni erano quindi disponibili alla fine del 2010 9,1 posti, un valore leggermente superiore all'obiettivo definito dall'attuale Piano sociale provinciale (8,6 posti di lungodegenza più 0,3 posti di ricovero temporaneo ogni 100 abitanti ultra75enni). Il grafico 5.1 rivela tuttavia come nonostante il continuo potenziamento del settore residenziale, l'indice di dotazione (posti in case di riposo / centri di degenza rispetto alla popolazione ultra75enne) sia in calo costante in questi ultimi anni, essenzialmente a causa dell'invecchiamento demografico della popolazione altoatesina (vedi cap. 1). Nell'interpretare il coefficiente va tuttavia tenuto presente che con l'introduzione della copertura della non autosufficienza sono nel frattempo migliorate notevolmente le condizioni di contorno dell'assistenza in casa (vedi cap. 10.2). In particolare per i livelli di assistenza più alti la domanda di ricoveri residenziali è quindi diminuita. A ciò si aggiunge il fatto che con l'introduzione dell'accompagnamento abitativo per gli anziani (deliberazione n. 174/2010) l'amministrazione provinciale ha creato un'ulteriore tipologia di assistenza abitativa, a metà strada tra l'assistenza in casa e quella all'interno di una struttura residenziale. Taluni segnali stanno ad indicare come il fabbisogno di ricoveri di lungo periodo diminuirà anche nel medio e lungo termine. Nonostante ciò si può però prevedere un ulteriore aumento dei ricoveri temporanei e di emergenza nei prossimi anni (vedi cap. 5.2.2).

GRADO DI UTILIZZO

Al 31.12.2010 risultavano risiedere nelle strutture 3.861 persone. Il grado di utilizzo puntuale (indice di saturazione) è quindi, come del resto anche nei due anni precedenti, nuovamente superiore al 97% (più precisamente 97,7%). È una percentuale difficilmente migliorabile, per effetto della fluttuazione naturale degli utenti.

Grafico 5.1: Posti in case di riposo/centri di degenza e indici di dotazione – 2000-2010



LISTE DI ATTESA

L'indice di domanda insoddisfatta (anziani in lista d'attesa x 100 posti disponibili) nel 2010 era di 58,3, il che vuol dire che, per ogni 100 posti esistenti, circa 58 anziani erano in lista d'attesa per un posto in una casa di riposo o in un centro di degenza. L'eccedenza della domanda risulta tuttavia variare fortemente nelle singole Comunità comprensoriali, e oscilla tra 27,6 (Salto-Sciliar) e 99,9 (Burgravia-to). Tuttavia le liste di attesa non vanno considerate un indice attendibile del fabbisogno di nuovi posti

presso case di riposo o centri di degenza, perché non si può escludere la presenza di doppie domande e per il fenomeno della domanda preventiva (cioè della domanda di ricovero presentata già oggi per il futuro), come pure perché talora si dimentica di cancellare domande di accoglimento di persone che nel frattempo hanno trovato posto in un'altra struttura o sono decedute. Le liste d'attesa rispecchiano peraltro anche carenze nella filiera dell'assistenza a monte (per esempio nel ricovero temporaneo o nell'assistenza domiciliare) e nelle offerte residenziali alternative (in particolare l'accompagnamento abitativo).

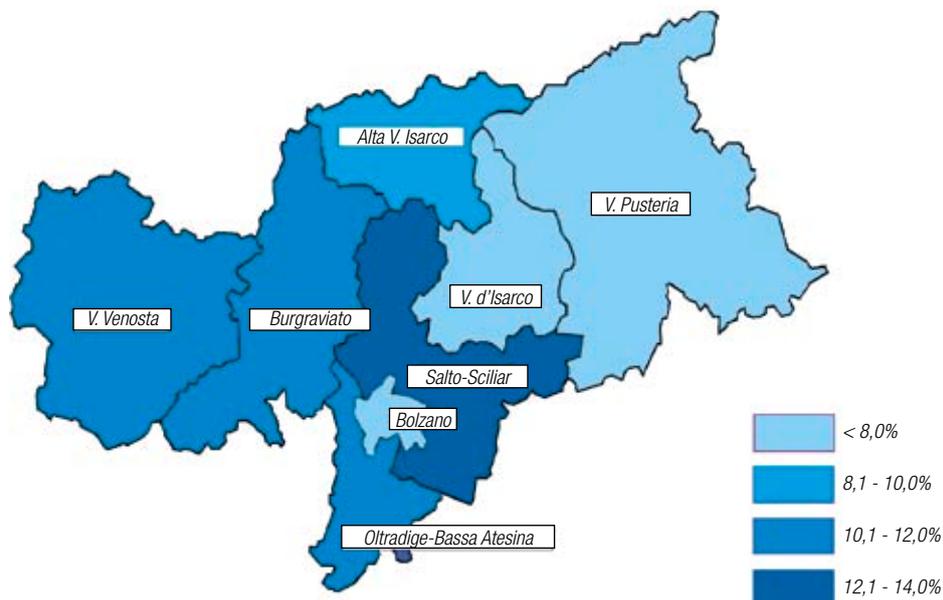
Tab. 5.1: **Casi di riposo e centri di degenza: strutture, posti letto e utenti per Comunità comprensoriali, 2010**

Comunità comprensoriali	Strutture	Posti letto	Posti per 100 abitanti 75+	Utenti al 31/12	Persone in lista d'attesa	Dimens. media (posti)	Posti per ricoveri temporanei
Val Venosta	5	328	11,2	320	223	65,6	12
Burgraviato	20	890	10,5	874	889	44,5	11
Oltr.-B.A.	13	701	12,1	678	298	53,9	22
Bolzano	10	693	6,1	680	232	69,3	19
Salto-Sciliar	10	446	12,3	439	123	44,6	13
Val d'Isarco	8	318	8,5	314	250	39,8	24
Alta V. Isarco	2	125	9,3	122	56	62,5	3
Val Pusteria	6	449	7,6	434	230	74,8	7
TOTALE	74	3.950	9,1	3.861	2.301	53,4	111

Fonte: ASTAT 2010.

Per quanto attiene la copertura territoriale, continuano ad osservarsi considerevoli differenze tra le Comunità comprensoriali. Bolzano e la Val Pusteria/Val d'Isarco dispongono di un'offerta di posti letto ben inferiore alla media, rispettivamente con 6,1 e 8,0 posti ogni 100 abitanti ultra75enni, mentre Salto-Sciliar (12,3) e l'Oltradige-Bassa Atesina (11,8) si mantengono invece chiaramente al di sopra della media.

Gráfico 5.2: **Posti in case di riposo e centri di degenza per 100 abitanti di età 75 anni e più, 2010**



ENTI GESTORI

DATI STATISTICI SULLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Gli enti gestori delle case di riposo e dei centri di degenza presentano natura giuridica assai differente: al primo posto (37,8%) si ritrovano le aziende pubbliche di servizi alla persona, seguite dai comuni (18,9%) e dai consorzi di comuni (12,2%) e ad una certa distanza dagli enti religiosi, dalle fondazioni e dalle cooperative. Questa composizione rimane grossomodo simile anche in base al criterio dei posti letto.

Tab.5.2: Case di riposo e centri di degenza: tipologia dell'ente gestore, 2010

Ente	Strutture	%	Posti letto	%
Comune	14	18,9	706	17,9
Consorzio di comuni	9	12,2	545	13,8
C. Comprensoriale / Azienda Servizi sociali BZ	1	1,4	77	1,9
Azienda sanitaria	1	1,4	120	3,0
A.P.S.P.	28	37,8	1.424	36,1
Altro ente pubblico	4	5,4	221	5,6
Cooperativa sociale	3	4,1	149	3,8
Ente religioso	5	6,8	241	6,1
Fondazione	5	6,8	332	8,4
Società privata	1	1,4	19	0,5
Altra associazione privata	3	4,1	116	2,9
Totale	74	100,0	3.950	100,0

Fonte: ASTAT 2010.

DIMENSIONI

Le case di riposo e i centri di degenza in Alto Adige presentano tradizionalmente dimensioni abbastanza ridotte. Solo 14 strutture (18,9%) disponevano di oltre 75 posti. Tuttavia le strutture residenziali "grandi", con 75 e più posti letto, rappresentano il 35,4% dell'offerta complessiva di posti letto (nel 2006 ne costituivano il 40,1%). Con l'avvenuta conversione degli istituti di assistenza e beneficenza pubblica (IPAB) in aziende pubbliche di servizi alla persona (A.P.S.P.), nel prossimo futuro si farà più impellente per le strutture più piccole l'esigenza di consociarsi o di confluire in strutture di dimensioni maggiori. Nel 2006 solo il 16,4% delle strutture aveva meno di 25 posti.

Tab. 5.3: Case di riposo e centri di degenza per numero di posti e offerta, 2010

Numero di posti letto	Numero di strutture	% sulle strutture	Numero di posti	% sui posti complessivi
meno di 25	10	13,5	223	5,6
da 25 a meno di 50	33	44,6	1.229	31,1
da 50 a meno di 75	17	23,0	1.097	27,8
da 75 a meno di 100	10	13,5	862	21,8
100 posti e più	4	5,4	539	13,6
Totale	74	100,0	3.950	100,0

Fonte: ASTAT 2010.

PROSSIMITÀ

Le limitate dimensioni delle case di riposo e dei centri di degenza rispondono all'obiettivo degli enti gestori di offrire strutture il più possibile vicine al luogo di residenza dell'utente. Così nel 2010, al momento dell'ingresso nella struttura, quasi il 90,4% degli utenti risultava risiedere nello stesso comune in cui aveva sede la struttura, mentre circa l'8% risiedeva in un comune limitrofo. In linea di principio la vicinanza delle strutture rappresenta un fattore di particolare qualità, in quanto trasmette un senso di familiarità e intimità e consente agli ospiti di conservare con maggior facilità il loro intorno di vita e di mantenere contatti regolari con la famiglia e gli amici.

Tab. 5.4: **Case di riposo e centri di degenza: utenti per provenienza, 2010**

Provenienza degli utenti	Utenti	%
Stessa Comunità comprensoriale	3.490	90,4
Comunità comprensoriale limitrofa	305	7,9
Altra Comunità comprensoriale	44	1,1
Fuori Alto Adige	22	0,6
Totale	3.861	100,0

Fonte: ASTAT 2010.

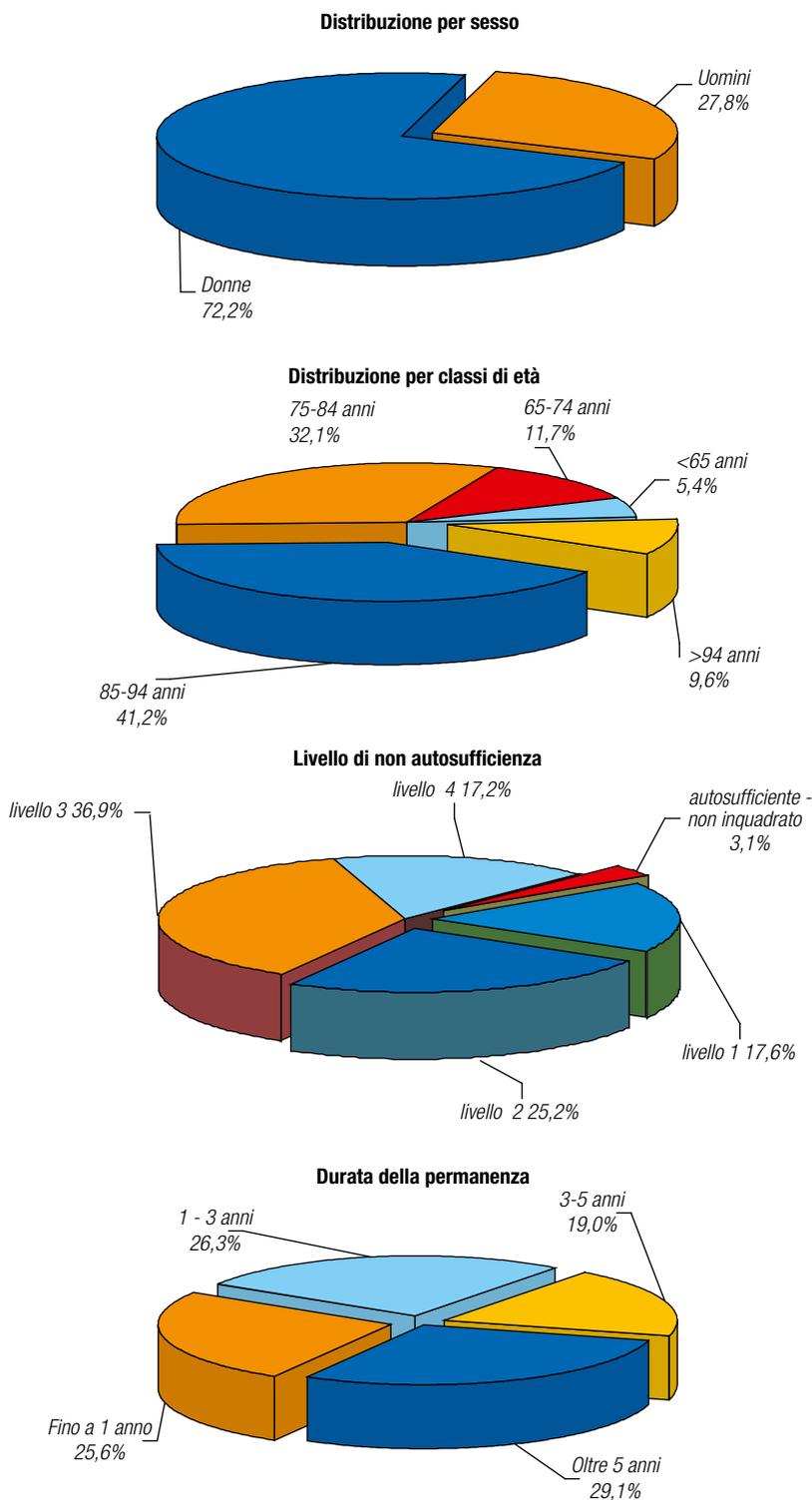
UTENTI DELLE STRUTTURE

Nelle case di riposo e nei centri di degenza risiedono prevalentemente persone di età assai avanzata. Nel 2010 la metà (50,8%) di esse aveva già più di 85 anni, e solo un sesto circa (17,1%) ne aveva meno di 75. Il processo di invecchiamento degli utenti è tuttavia assai lento, e si riconosce soprattutto dalla continua diminuzione del numero di persone con meno di 75 anni, la cui percentuale si è ridotta negli ultimi cinque anni di circa il 2%, passando dal 19,3% al 17,1%. Coerentemente con la distribuzione per età, la percentuale di donne (72,2%) è chiaramente superiore a quella degli uomini (27,8%). Quasi un terzo (29,1%) degli utenti vive ormai da oltre sei anni nel “suo” istituto, mentre quasi un quarto (21,6%) alla fine del 2010 vi risiedeva da meno di 12 mesi. Le permanenze in parte lunghe si riferiscono ad uno “zoccolo duro” di utenti ricoverati ormai da parecchi anni. Non c'è peraltro alcun dubbio che la prassi dei ricoveri negli ultimi anni si stia spostando verso età sempre più avanzate, il che porterà col tempo ad una riduzione dei tempi di permanenza. Sia come sia, le cifre dimostrano che le strutture sono per gran parte degli utenti luoghi di permanenza prolungata. L'idea di abitare in una struttura diventa quindi un aspetto essenziale della normalità o della normalizzazione di questa tipologia di vita. Una lunga permanenza sta ad indicare come sarebbe sbagliato intendere le strutture residenziali soltanto come luoghi di cura intensiva o addirittura di accompagnamento alla morte.

ETÀ E SESSO

CARATTERISTICHE SOCIO-
MOGRAFICHE

Grafico 5.3: Utenti delle case di riposo e dei centri di degenza, 2010



Fonte: ASTAT 2010.

LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Ai sensi della legge sulla copertura della non autosufficienza, si intendono non autosufficienti quelle persone che in seguito a malattia o handicap fisici, intellettuali e psichici non sono in larga misura e in permanenza in grado di svolgere le normali attività quotidiane, necessitando quindi regolarmente per mediamente più di due ore al giorno di un aiuto esterno. A seconda dell'impegno temporale, gli aventi diritto vengono inquadrati in quattro livelli di assistenza. Come ci si può attendere, oltre la metà degli

utenti delle strutture necessita di un livello di assistenza elevato (livello 3) o assai elevato (livello 4). La percentuale delle persone autosufficienti si colloca sul 2,5%. 23 utenti (0,6%) non sono (ancora) stati inquadrati. Raggruppando gli utenti per fascia di età si ha il seguente quadro:

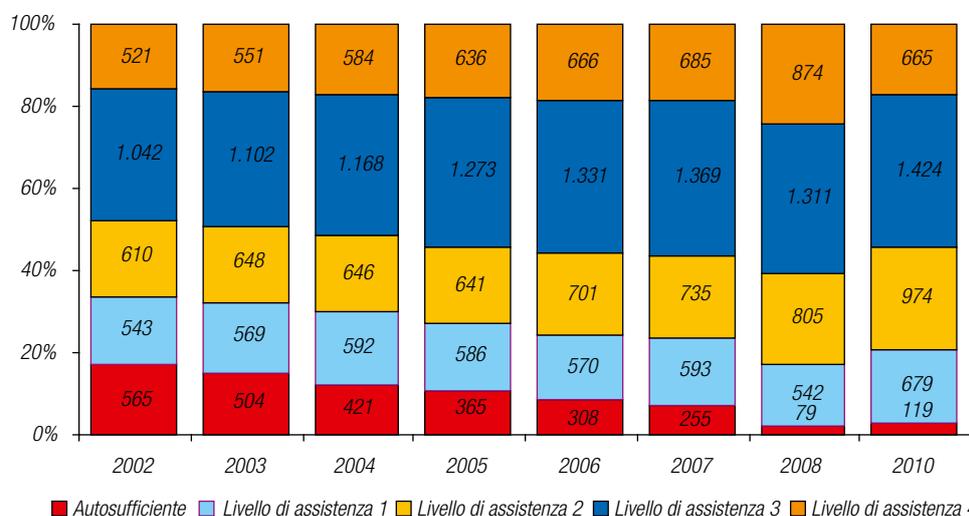
Tabella 5.5: Utenti al 31/12/2010 per fabbisogno di assistenza e fascia di età

Età	Autosufficiente/ non inquadrato		Utenti con...								Totale	
	ass.	%	livello di assistenza 1		livello di assistenza 2		livello di assistenza 3		livello di assistenza 4		ass.	%
			ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
< 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44	-	-	-	-	-	-	5	35,7	9	64,3	14	100,0
45-64	8	4,0	31	15,7	49	24,7	52	26,3	58	29,3	198	100,0
65-74	23	5,1	133	29,6	101	22,4	125	27,8	68	15,1	450	100,0
75-79	25	5,3	112	23,6	118	24,8	154	32,4	66	13,9	475	100,0
80-84	28	3,7	132	17,3	194	25,5	292	38,4	115	15,1	761	100,0
85-89	17	1,6	149	14,2	289	27,6	416	39,7	176	16,8	1.047	100,0
90-94	11	2,1	72	13,2	139	25,6	217	39,9	105	19,3	544	100,0
95+	7	1,9	50	13,4	84	22,6	163	43,8	68	18,3	372	100,0
Totale	119	3,1	679	17,6	974	25,2	1.424	36,9	665	17,2	3.861	100,0

Fonte: ASTAT 2010.

In una serie storica più prolungata, la tendenza delle strutture residenziali ad attrezzarsi per far fronte alle esigenze di ospiti non autosufficienti diventa particolarmente evidente. Fino al 2008 la percentuale di ospiti autosufficienti nei nuovi accoglimenti si è ridotta continuamente, mentre quella delle persone gravemente non autosufficienti è cresciuta di anno in anno. Nell'anno di riferimento per la presente relazione (2010) si osserva peraltro un leggero mutamento di tendenza. In che misura ciò si possa ascrivere al fatto che grazie alla copertura della non autosufficienza sono sempre più numerose le famiglie disponibili e in grado di assistere in casa i loro familiari gravemente non autosufficienti, non si è in grado di comprendere compiutamente in assenza di un'analisi di dettaglio dell'assistenza domestica e residenziale nel suo complesso.

Grafico 5.4: Case di riposo e centri di degenza: autosufficienza degli ospiti, 2002-2010*



* Con l'introduzione della L. p. n. 9/2007 „Interventi per la non autosufficienza“, il sistema di inquadramento degli utenti delle strutture residenziali è stato modificato. I dati relativi agli anni 2002-2007 sono stati adeguati al nuovo sistema utilizzando un parametro di conversione. Essi non sono tuttavia interamente confrontabili fra di loro. Per il 2009 non erano purtroppo disponibili dati.

FLUTTUAZIONE

Nel corso del 2010, 1.863 persone sono state accolte in una delle 74 strutture residenziali quali lungodegenti. 948 ospiti sono deceduti. L'indice di mortalità (numero di decessi x 100 ospiti mediamente presenti all'inizio e alla fine dell'anno) si colloca, come negli ultimi anni, sul 25%.

Tab. 5.6: **Case di riposo e centri di degenza: movimenti degli ospiti nel 2010**

Valori assoluti		Indicatori	
Ospiti al 01/01/2010	3.753	Indice di turnover	48,9%
Nuovi ingressi	1.863	(ammessi x 100 ospiti medi*)	
Decessi	948	Indice di mortalità	24,9%
Ospiti al 01/12/2010	3.861	(deceduti x 100 ospiti medi*)	

* Ospiti medi = [(ospiti al 1/1 + ospiti al 31/12) / 2]
Fonte: ASTAT 2010.

MOBILITÀ

Il coefficiente di turnover (numero dei nuovi ingressi rispetto al numero medio di ospiti) è cresciuto sensibilmente dal 2008, passando dal 30,0% all'attuale 48,9%. L'incremento è dovuto nella stessa misura all'aumento delle dimissioni e all'incremento della ricettività complessiva (vedi grafico 5.1).

OPERATORI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

PERSONALE

Alla fine del 2010 il personale delle case di riposo e dei centri di degenza era costituito da 4.066 collaboratori, pari a 3.360,4 operatori equivalenti a tempo pieno. Di questi risultavano effettivamente in servizio (al netto quindi delle assenze per maternità, per periodi prolungati di malattia o per aspettativa di altra natura) 3.132,5 unità.

PROFILI PROFESSIONALI

La cifra suindicata comprende tutti i profili professionali, incluso il personale amministrativo e direttivo e quello dei servizi ausiliari. Ovviamente i profili maggiormente presenti sono quelli del personale di "contatto": ausiliari socio-assistenziali e operatori socio-sanitari col 30,1% degli operatori equivalenti a tempo pieno, personale assistente (23,3%) con in prima linea assistenti geriatrici/socioassistenziali e assistenti sociali, e operatori sanitari (15,3%). Nei centri di degenza le professioni sanitarie occupano naturalmente una posizione più importante che nelle case di cura (26,4% a fronte di 13,2%). Per circa un quarto dell'operatori si tratta di personale dei servizi ausiliari (25,9%), principalmente domestici/inservienti, cuochi e addetti alle pulizie.

Tabella 5.7: **Case di riposo e centri di degenza: personale equivalente per tipologia di profili professionali, 2010**

Profilo professionale	Operatori eq. t. p.	%	Utenti per operatore eq. t. p.
Personale socio-assistenziale	782,1	23,3	4,9
Ausiliari socio-assistenziali	1.010,4	30,1	3,8
Altre professioni sociali	30,3	0,9	127,4
Professioni sanitarie	515,6	15,3	7,5
Personale ausiliario	871,8	25,9	4,4
Professioni tecniche ed amministrative	150,2	4,5	25,7
TOTALE	3.360,4	100,0	1,1

5.2.2 Assistenza temporanea

Per assistenza temporanea si intende il ricovero intramurale provvisorio di persone non autosufficienti. Prestazioni di assistenza temporanea si rendono necessarie quando l'assistenza domestica non può o non può ancora essere prestata, oppure non può essere prestata nella misura sufficiente, ed un'assistenza semiresidenziale (in un centro di assistenza diurna) non appare sufficiente. L'assistenza temporanea rappresenta quindi un elemento importante nella filiera dell'assistenza, ed ha lo scopo primo di alleggerire il carico di lavoro dei familiari assistenti, accogliendo per un certo periodo le persone non autosufficienti in una struttura. Di norma la durata massima del soggiorno è di 30 giorni, che in casi eccezionali possono venir portati fino a 90.

Per l'assistenza temporanea erano disponibili nei 2010 complessivamente 111 posti. Questa cifra non considera tuttavia i cosiddetti letti di emergenza. Si ha in tal modo un indice di dotazione di 2,6 posti ogni 1000 abitanti ultra75enni, che arriva vicino all'obiettivo prefissato dall'attuale Piano sociale provinciale (3 posti/1000 abitanti ultra75enni). Nel valutare l'offerta va in generale tenuto presente che le prestazioni dell'assistenza temporanea vengono in parte erogate anche negli ospedali e in taluni casi anche da gestori privati (cooperative sociali).

5.3 SERVIZI E INTERVENTI DI ASSISTENZA APERTA

5.3.1 Centri di assistenza diurna

I centri di assistenza diurna si rivolgono a quegli anziani che per le loro condizioni psicofisiche necessitano di una costante sorveglianza e assistenza, e che non sono più in grado di gestire autonomamente e in maniera soddisfacente la vita quotidiana. Di norma queste strutture sono aperte solo dal lunedì al venerdì, con orario approssimativo 8.00 - 16.00/18.00. Nondimeno l'assistenza a tempo parziale o a tempo pieno garantita nei centri di assistenza diurna contribuisce concretamente a ridurre il carico di lavoro delle persone che assistono l'utente in casa, e in particolare dei familiari. I centri di assistenza diurna sono quindi un elemento importante per ritardare o addirittura evitare ricoveri in strutture residenziali. Essi offrono non soltanto varie attività ricreative ma anche prestazioni di tipo assistenziale. Tuttavia dietro la denominazione di assistenza diurna si nascondono all'atto pratico concezioni e metodi di lavoro differenti, per cui l'assistenza diurna non individua un'istituzione omogenea e integrata. Il numero di posti disponibili ha continuato a crescere in questi ultimi anni. Alla fine del 2010 erano complessivamente disponibili 132 posti in 13 strutture, con un indice di copertura di 3,1 posti per 1.000 abitanti ultra75enni. Va qui tuttavia tenuto presente che anche diverse case di riposo e centri di degenza propongono servizi di assistenza diurna a 2-3 persone. In tal modo l'offerta complessiva sale ad oltre 160 posti, con un indice di copertura che passa quindi a 3,7. Per raggiungere gli obiettivi fissati dall'attuale Piano sociale provinciale (5,0 posti / 1.000 abitanti ultra75enni), nei prossimi anni occorrerà comunque un ulteriore impegno, che dovrà necessariamente accompagnarsi anche ad altri interventi, in particolare una migliore informazione sulle possibilità offerte dai centri di assistenza diurna (lavoro di informazione e divulgazione finalizzata), orari di apertura più flessibili e l'introduzione di un servizio di trasporto, la cui assenza equivale ad operare una discriminazione tra gli utenti.

OBIETTIVI E CARATTERISTICHE

STRUTTURALI

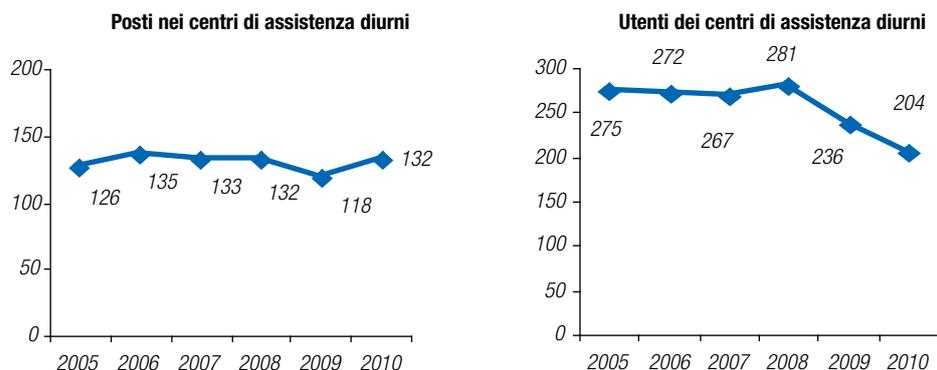
OFFERTA QUANTITATIVA

OBIETTIVI E CARATTERISTICHE

STRUTTURALI

OFFERTA QUANTITATIVA

Grafico 5.5: Centri di assistenza diurna per anziani, 2005-2010



ETÀ E SESSO

Nel 2010 i centri di assistenza diurna sono stati frequentati da 204 persone, 152 (74,5%) delle quali di età superiore ai 75 anni. Si osserva una prevalenza di donne, con una quota del 67,2%. Rispetto agli anni passati non si riscontrano qui grandi variazioni. Non è dato peraltro di sapere in quale misura il calo del numero di utenti rispetto all'anno precedente (da 236 a 204) possa ascrivere ad un più forte utilizzo dell'assistenza diurna offerta dalle case di riposo e dai centri di degenza (vedi sopra), in quanto queste offerte non vengono rilevate con gli stessi metodi statistici adottati nelle strutture di assistenza diurna. Indipendentemente da ciò non si può tuttavia in generale escludere che questo calo rispecchi semplicemente un errore di rilevazione.

Tab. 5.8: Centri di assistenza diurna: utenti per età e sesso, 2010

Età	Uomini	Donne	ass.	Totale	%
< 45	-	-	-	-	-
45-64	7	4	11	5,4	
65-74	20	21	41	20,1	
75-79	16	21	37	18,1	
80-84	10	32	42	20,6	
85-89	11	37	48	23,5	
90-94	2	16	18	8,8	
95 e più	1	6	7	3,4	
TOTALE	67	137	204	100,0	

Nel corso dell'anno vengono assistiti nei centri di assistenza diurna più persone rispetto ai posti disponibili, in quanto non tutti gli utenti frequentano regolarmente la struttura e ai sensi del regolamento attuativo sono previste anche assistenze sull'arco della mezza giornata. Questa flessibilità rappresenta peraltro una qualità positiva di queste strutture.

Tab. 5.9: Centri di assistenza diurna: posti e utenti per Comunità comprensoriali, 2010

Comunità comprensoriali	Strutt.	Posti	Utenti nell'anno	Utenti nell'anno per posto
Val Venosta	3	31	42	1,4
Burgraviato	2	53	53	1,0
Oltredige-B.A.	2	16	21	1,3
Bolzano	2	39	39	1,0
Salto-Sciliar	-	-	-	-
Val d'Isarco	1	10	10	1,0
Alta Valle Isarco	1	12	12	1,0
Val Pusteria	2	30	27	0,9
Provincia	13	191	204	1,1

Nei centri di assistenza diurna operavano alla fine del 2010 41 persone, pari a 32,1 operatori equivalenti a tempo pieno). Gli operatori qualificati erano in prevalenza assistenti geriatrici e socioassistenziali, supportati da ausiliari socioassistenziali (37,1% degli operatori equivalenti a tempo pieno) e da operatori sociosanitari (9,4%).

5.3.2 Alloggi per anziani

Un'ulteriore soluzione abitativa per anziani autosufficienti è quella degli alloggi per anziani, che presentano di norma una superficie variabile tra 35 e 45 m². Gli alloggi per anziani sono di norma privi di barriere architettoniche e dotati di un vano doccia adeguato alle esigenze dei disabili. La competenza della realizzazione di queste strutture spetta ai Comuni, che si possono far rimborsare dalla Provincia fino al 60% delle spese sostenute, mentre le spese correnti sono interamente a carico loro. A differenza del cosiddetto "accompagnamento abitativo per anziani", sul piano concettuale gli alloggi per anziani non sono strettamente correlati con un'offerta di servizi di supporto. Dispositivi per la chiamata di emergenza o un servizio di base, che sono la caratteristica principale dell'accompagnamento abitativo, non sono previsti nel caso degli alloggi per anziani. Questi sono quindi destinati agli anziani più autosufficienti, ai quali però la sistemazione e l'ubicazione dell'alloggio attuale creano sempre più problemi. Da alcuni anni si osserva una tendenza a realizzare gli alloggi per anziani nelle vicinanze di strutture di servizi, che possono così in caso di necessità garantire una migliore assistenza. Tenendo conto delle strutture in fase di progettazione e realizzazione, il fabbisogno complessivo si può, stando agli esperti, considerare più o meno coperto.

5.3.3 Mense per anziani

In Alto Adige sono attualmente presenti 8 mense per anziani, per complessivi 566 posti a sedere (omologati): tre nel capoluogo di Bolzano e una rispettivamente a Brunico, Lana, Laives, Merano e Silandro. Le mense vengono gestite direttamente dalle Comunità comprensoriali, oppure in convenzione con organizzazioni private. Dati più precisi sul numero di pasti serviti e sul numero di utenti non sono disponibili. L'offerta si rivolge comunque in particolare agli ultra60enni che per motivi fisici e/o psichici non sono più in grado di prepararsi almeno una volta al giorno da soli un pasto adeguato. Previo accordo con il Distretto sociale, le mense hanno tuttavia la possibilità di mettere il loro servizio a disposizione anche di altri gruppi di utenti (per esempio studenti). Accanto alla distribuzione di pasti, il servizio mensa ha anche la finalità di promuovere i contatti sociali tra gli utenti, e quindi di combattere l'isolamento degli anziani non del tutto autosufficienti. Le tariffe massime vengono stabilite dalla Comunità comprensoriale competente, e per Bolzano dall'Azienda per i servizi sociali.

Tab. 5.10: **Mense per anziani: ricettività, 2010**

Comunità comprensoriale	Località	N. di strutture	Posti
Val Venosta	Silandro	1	10
Burgraviato	Merano	1	130
Burgraviato	Lana	1	60
Oltradige - B. A.	Laives	1	20
Bolzano	Bolzano	3	216
Val Pusteria	Brunico	1	110
Totale provincia	-	8	556

Accanto a questi servizi di mensa, gestiti in base alla deliberazione n. 527 del 24/02/2003, offrono un servizio mensa interno anche svariate case di riposo e centri di degenza.

PERSONALE

CARATTERISTICHE

L'OFFERTA IN SINTESI

SERVIZI MENSA NELLE
STRUTTURE RESIDENZIALI

5.4 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

INTERVENTI NECESSARI

Il settore residenziale è stato considerevolmente potenziato nel 2010. Il processo di invecchiamento previsto per la popolazione rende peraltro assolutamente necessario un ulteriore potenziamento dell'offerta abitativo-assistenziale in strutture residenziali, un potenziamento che non dovrà tuttavia concretizzarsi esclusivamente nelle forme tradizionali della casa di riposo e del centro di degenza, seppure localmente (come ad esempio a Merano o Bolzano) vi sia senza dubbio un certo ritardo da recuperare. Accanto ad un ulteriore rafforzamento dell'assistenza domiciliare, con la creazione di offerte finalizzate di consulenza, informazione e supporto, occorrerà decisamente prendere in maggiore considerazione anche servizi alternativi, quale ad esempio l'accompagnamento abitativo.

ASSISTENZA TEMPORANEA E ASSISTENZA ALLE PERSONE COLPITE DA DEMENZA

Il potenziamento delle offerte di supporto a monte risponde anche al desiderio della maggior parte degli anziani di poter continuare a vivere nella propria abitazione anche in età avanzata. In questo senso assume importanza rilevante anche l'ulteriore rafforzamento dell'assistenza temporanea, per il quale nel 2010 sono stati compiuti nuovi importanti passi, per esempio con la creazione di nuove forme di finanziamento speciale. Va inoltre spinto anche il potenziamento dell'assistenza abitativa alle persone colpite da demenza. Sul piano politico-sociale si guarda qui in particolare alle case di riposo e ai centri di degenza, che anche in futuro costituiranno la colonna portante dell'assistenza residenziale a queste persone. Nello sviluppare queste forme di assistenza residenziale occorrerà curare un dialogo costante tra i settori dell'assistenza agli anziani e della psichiatria.

CONCERTAZIONE POLITICA

In linea di principio tuttavia quello di assicurare una vita indipendente nella terza età non va considerato un compito esclusivo della politica sociale e in generale del settore sociale, ma piuttosto un obiettivo anche di altre competenze politiche (urbanistica e programmazione infrastrutturale, trasporti, politica della casa ecc.). La filosofia del „design for all“, volutamente portata avanti dall'amministrazione provinciale, si può qui intendere come un esempio plastico dell'attuazione di quest'ampia concertazione politica.

6. PERSONE CON DISABILITÀ

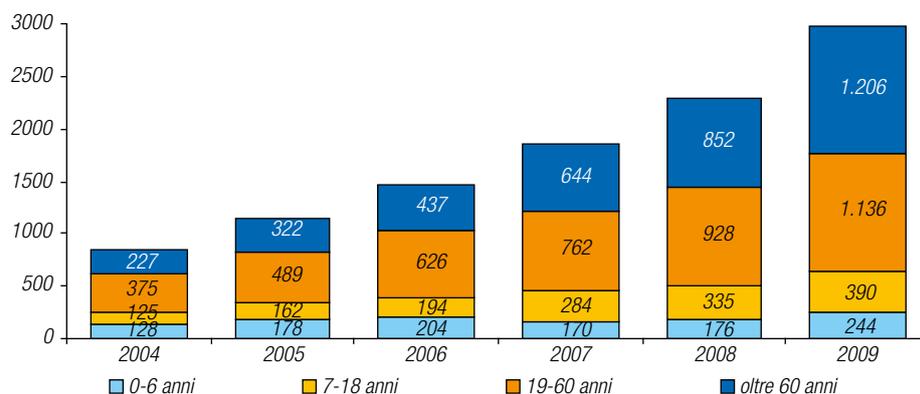
6.1 SITUAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

6.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale

Se e in quale misura l'handicap fisico, cognitivo o sensoriale di una persona possa definirsi disabilità dipende dal contesto socioculturale della persona stessa. Nella nuova *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) sviluppata dall'OMS la disabilità viene coerentemente considerata non tanto una caratteristica di una persona, quanto l'interazione "tra il problema di salute di una persona e le sue caratteristiche personali da una parte e i fattori esterni che rappresentano le situazioni nelle quali vivono gli individui dall'altra."¹ Tuttavia il concetto di disabilità viene interpretato in maniera diversa nei diversi sistemi giuridici e sociali.

Applicando i criteri della Legge 104/1992, alla fine del 2009 risultavano vivere in Alto Adige 2.976 persone con una disabilità grave accertata. Rispetto al 2004 c'è stato quindi un incremento del 350%. Questo sviluppo ha interessato in particolare la popolazione ultrasessantenne, come evidenzia il grafico che segue:

Grafico 6.1: Persone con disabilità grave accertata (ai sensi della L. 104/92)



Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap 2010.

Tuttavia queste cifre individuano di sicuro soltanto il limite numerico inferiore delle persone che presentano un handicap fisico, cognitivo e/o sensoriale. Stando ad una valutazione pubblicata dall'ISTAT, in Alto Adige presenterebbero un handicap 11.000 persone di età eguale o superiore a 6 anni,² la maggior parte delle quali (circa 7.000) ultrasessantacinquenni. Va detto peraltro che queste stime fanno riferimento al 2004, e che non sono disponibili dati più recenti.

Come evidenzia il grafico, la natura e la portata delle disabilità sono destinate a mutarsi in futuro. Si possono qui già a riconoscere due linee di tendenza:

- il numero di persone già disabili in età non anziana aumenterà ulteriormente, sia in termini assoluti che in termini relativi. Indagini svolte nei paesi contermini rivelano che il numero di pensionati con handicap presente nell'arco dell'intera vita cresce proporzionalmente al numero di pensionati senza handicap nella popolazione complessiva;³

¹ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): *ICF*, Final Draft (ottobre 2004), pag. 22.

² ISTAT (ed.), *Disabilità in cifre*, vedi: http://www.disabilitaincifre.it/indicatori/tabelle/intro04_2004.asp

³ Fritz Krueger & Johannes Degen (ed.), *Das Alter behinderter Menschen*, Friburgo 2006, pag. 43.

DEFINIZIONE DI DISABILITÀ

ASPETTI QUANTITATIVI

LINEE DI SVILUPPO FUTURE

**ELIMINAZIONE DELLE
BARRIERE ARCHITETTONICHE**

- nonostante il diverso segno che presentano i valori riportati al grafico 6.1, non c'è alcun dubbio che grazie ai metodi sempre più sofisticati adottati dalla diagnosi prenatale e alle biotecnologie i danni congeniti e le disabilità che ne derivano diminuiranno, mentre per contro aumenteranno, anche per effetto dei progressi della medicina, i disturbi funzionali e le disabilità dovute a malattie e incidenti, nonostante l'impegno volto a contrastare con la prevenzione l'insorgere di danni alla salute e di disabilità.

Nelle strutture residenziali presenti in provincia vivevano alla fine del 2010 soltanto 465 persone con una disabilità (vedi oltre). La maggior parte delle persone disabili vive in famiglia oppure da sola. I disabili che vivono da soli devono di solito affrontare problemi particolari. Per i portatori di handicap fisici l'assenza di barriere architettoniche in casa e presso i servizi ai quali essi ricorrono è spesso il presupposto di base per poter condurre una vita autonoma al di fuori di strutture residenziali, e anche per questo la Giunta provinciale e la Ripartizione famiglia e politiche sociali da anni si impegnano non solo nell'eliminazione delle barriere architettoniche esistenti, ma anche e in special modo nella creazione di spazi abitativi privi sin da subito di tali barriere („design for all“), indispensabili per consentire alle persone che presentano una mobilità limitata - transitoria o permanente – di partecipare alla vita pubblica. Ai sensi della L.p. 7/2002 e del D.p.g.p. 54/2009, tutte le strutture pubbliche erano tenute ad adottare entro l'inizio del 2011 idonei piani di adeguamento per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

CONSULENZA ABITATIVA

Anche la consulenza abitativa è stata ulteriormente sviluppata in modo finalizzato in questi ultimi anni. Dal 1/1/2011 la fondazione Vital, istituita con la L.p. 10/2005, opera sull'intero territorio provinciale con mansioni di coordinamento in questo campo, avendo assunto i compiti un tempo affidati al centro di consulenza e documentazione Si-Mo (Sicurezza e Mobilità). Accanto alla consulenza differenziata per i vari gruppi di persone interessate, la fondazione offre anche consulenza tecnica nella realizzazione degli adeguamenti.

**INTERVENTI DI SOSTEGNO NEL
SETTORE DELL'ABITAZIONE**

In campo abitativo vanno citati due ulteriori interventi di sostegno: anzitutto i contributi erogati dall'Ufficio promozione edilizia agevolata per il superamento e l'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti, quindi - se ne sussistono i presupposti - la possibilità di assegnazione di un alloggio di edilizia agevolata privo di barriere architettoniche da parte dell'Istituto per l'Edilizia Sociale.

ASSISTENZA E AUTOAIUTO

I disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti sono oggettivamente costretti a ricorrere a terzi per affrontare la vita quotidiana. Un ruolo centrale nell'assistenza e nel sostegno spetta alle famiglie, che provvedono a svolgere gran parte del lavoro di assistenza ed educazione ai bambini disabili. A sostegno delle giovani famiglie, nel 2010 sono iniziati i lavori preliminari all'istituzione di un sistema di sostegno pedagogico precoce per i bambini fino a sei anni. Le famiglie sono peraltro ovviamente determinanti anche nell'assistenza ai disabili adulti, dei quali favoriscono conseguentemente anche l'integrazione sociale. Per darsi reciproco supporto e scambiare le proprie esperienze, i disabili e/o le loro famiglie si sono pertanto riuniti in numerose organizzazioni di auto mutuo aiuto e associazioni. Alla fine del 2010 esistevano in questo settore complessivamente 19 gruppi di auto mutuo aiuto registrati (vedi il punto 2.4.3). Positivo appare il fatto che in questi ultimi anni abbiano cominciato a riunirsi in gruppi di auto mutuo aiuto anche persone con difficoltà di apprendimento („People First“). Associazioni e gruppi di auto mutuo aiuto sono un'importante e necessaria integrazione dell'attuale sistema di supporto esterno organizzato.

**NUOVI INTERVENTI NEL
CAMPO DELL'ASSISTENZA**

Nel settore dell'assistenza va citato quale nuovo intervento in particolare l'accompagnamento socio-pedagogico abitativo che, istituito nel 2011, si rivolge anche ai disabili adulti (deliberazione della Giunta provinciale 683/2011). Scopo di questo provvedimento è quello di consentire alle persone disabili di conseguire, sviluppare e conservare la loro autonomia nella vita quotidiana e di partecipare alla vita sociale. Con la deliberazione della Giunta provinciale del 26/09/2011 n. 1469 sono stati poi fissati i criteri per l'erogazione della prestazione „Vita indipendente e partecipazione sociale“, introdotta con

decreto 30/2010 (Art. 25), che consente alle persone portatrici di gravi handicap fisici di ottenere un contributo (legato al reddito) per l' "acquisto" di prestazioni di assistenza. A tal fine le persone interessate devono stipulare con l'assistente un regolare contratto di lavoro.

Le offerte di assistenza domiciliare a favore delle famiglie sono peraltro spesso ancora inadeguate alla domanda, non da ultimo quelle che riguardano l'accompagnamento familiare e il sostegno pedagogico precoce.

Nonostante l'eccellente situazione occupazionale sul mercato del lavoro in Alto Adige (vedi cap. 1.2.1) e nonostante l'obbligo di legge per i datori di lavoro di impiegare un determinato numero di persone portatrici di un'invalidità, per i disabili continua ad essere difficile trovare un'occupazione sul mercato generale del lavoro, cioè nel settore privato o in quello pubblico. In media solo con 16 disabili al mese si riesce a stipulare un contratto di lavoro ai sensi delle disposizioni di avviamento finalizzato al lavoro (così come previste dalla regolamentazione sull'assunzione obbligatoria⁴).⁵ Complessivamente negli ultimi cinque anni si è trattato di 650 persone. Alla fine del 2009 erano presenti nell'elenco tenuto dal Servizio del lavoro ancora 691 persone disabili per le quali occorre trovare un posto di lavoro.

Per migliorare l'integrazione delle persone disabili nel mercato del lavoro, la Giunta provinciale sta pertanto esplorando nuove vie. Al centro delle valutazioni si pone attualmente l'integrazione tramite le cooperative sociali, per esempio mediante un nuovo sistema di concorsi che privilegi l'affidamento di lavori e prestazioni di servizio a cooperative che danno lavoro a persone portatrici di handicap. Le procedure dettagliate dovranno venir chiarite nel prossimo futuro dagli uffici provinciali d'intesa con i rappresentanti di questi gruppi di interesse. Già deliberato è invece l'allargamento del progetto „Plus+35“ - che ha consentito di creare 35 posti di lavoro a tempo pieno per invalidi civili presso gli enti pubblici - al progetto „Plus+65“. Quale ulteriore misura è prevista l'introduzione di servizi di accompagnamento sul lavoro anche successivamente all'assunzione.

Per il sostegno economico la mano pubblica offre tutta una serie di contributi all'assistenza dei disabili e delle loro famiglie. Vanno qui ricordate - accanto alle prestazioni particolari della copertura della non autosufficienza e dell'assistenza economica sociale a sostegno dell'integrazione e a garanzia dell'autonomia dei disabili (vedi cap. 9.2) - prima di tutto le pensioni di invalidità civile e le indennità di accompagnamento. Nel 2010 sono stati erogati complessivamente 38.250.260 Euro di contributi economici a favore di 5.980 invalidi civili, ciechi e sordomuti (vedi più in dettaglio il cap. 9.5).

6.1.2 Politica per le persone disabili in Alto Adige

I principi informatori della politica per le persone disabili in Alto Adige sono quelli dell'attenzione alla persona, dell'autodeterminazione e del coinvolgimento:

- Attenzione alla persona significa che ogni pianificazione settoriale deve partire dalla considerazione delle capacità, delle esigenze e delle aspettative delle persone interessate. Obiettivo di ogni intervento del lavoro sociale deve essere la promozione individuale e il sostegno delle persone interessate nella concretizzazione dei loro programmi di vita. Ciò comporta l'esigenza di raffrontarsi seriamente sia con i disabili stessi che con i loro familiari, in quanto esperti della problematica.
- Il riconoscimento dell'autodeterminazione quale principio politico fondamentale va di pari passo con l'esigenza di mettere l'interessato in grado di agire responsabilmente, offrendogli le necessarie risorse e trasmettendogli se del caso le necessarie competenze. Autodeterminazione e responsabilità significano non da ultimo evitare nei limiti del possibile la dipendenza personale o professionale da terzi e la possibilità di avere il migliore controllo possibile sui servizi richiesti.

⁴ La legge prevede che nelle aziende con 15-35 dipendenti deve venire assunta una persona disabile. Di disabili assunti devono essere due nelle aziende con 36 - 50 dipendenti. In caso di aziende con oltre 50 dipendenti il 7% deve presentare un grado di invalidità riconosciuto.

⁵ Osservatorio del mercato del lavoro (ed.), *Rapporto sul mercato del lavoro in Alto Adige 2010*, Bolzano, pag. 319-321.

LAVORO E OCCUPAZIONE

NUOVE MISURE
DI INTEGRAZIONE
NEL MONDO DEL LAVORO

TRASFERIMENTI PUBBLICI

PRINCIPI INFORMATORI

ATTENZIONE ALLA PERSONA

AUTODETERMINAZIONE E
RESPONSABILITÀ

COINVOLGIMENTO

- In base al principio del coinvolgimento, non è sufficiente che ai disabili vengano messi a disposizione servizi e prestazioni particolari, per quanto importanti essi possano essere nello specifico caso. L'obiettivo è piuttosto il loro coinvolgimento nella vita e nei processi quotidiani "normali", quindi l'abbattimento delle barriere sociali e strutturali per rendere possibile la partecipazione personale alle attività e alle esperienze che la nostra società riconosce come centrali.

In base a questi principi assume un ruolo centrale la promozione dell'auto-organizzazione, intesa come autoaiuto e rappresentanza autonoma dei propri interessi. Ma il coinvolgimento può avere prospettive di successo solo se la popolazione in genere e i responsabili in particolare vengono sensibilizzati alle ottiche e alle esigenze delle persone disabili. È qui rilevante anche l'aspetto di una maggiore apertura e flessibilizzazione delle offerte formative, occupazionali e ricreative dei servizi sociali rispetto alle esigenze dei disabili.

6.2 SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI IN SINTESI

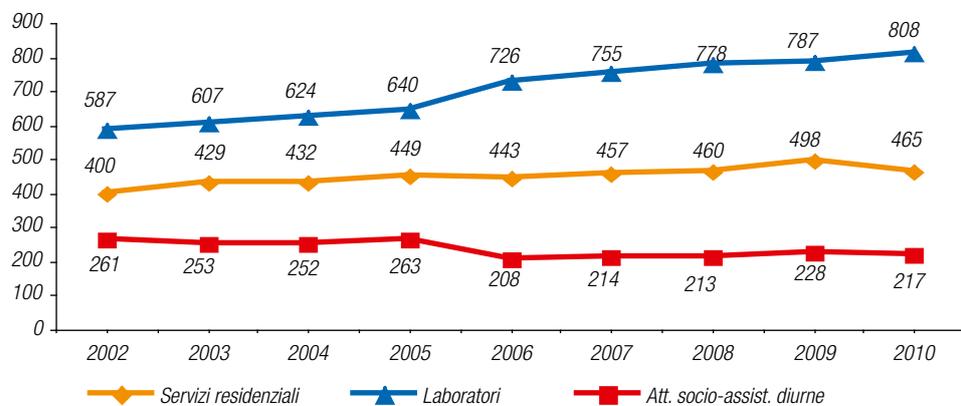
TIPOLOGIE DI OFFERTA

L'offerta di assistenza residenziale si articola su convitti, comunità alloggio e centri di addestramento abitativo. I convitti offrono un'assistenza costante, oltre ad interventi educativi e di sostegno in varie situazioni. Le comunità alloggio sono dal canto loro rivolte a persone con limitate esigenze di assistenza. I centri di addestramento abitativo servono infine a preparare gli assistiti ad una vita autonoma. Per queste diverse attività si attuano vari interventi educativi e formativi. Il settore semiresidenziale si suddivide in laboratori e attività socio-assistenziali diurne. Queste ultime sono rivolte ai disabili che non possono svolgere un'attività lavorativa regolare e di lunga durata e ai quali si vuole offrire, grazie ad attività occupazionali in un ambiente protetto, la possibilità di conservare e migliorare le capacità psicomotorie.

SVILUPPO DELL'OFFERTA

In questi ultimi anni la ricettività dei servizi residenziali e semiresidenziali per i disabili si è sviluppata in maniera eterogenea: mentre cioè l'offerta di laboratori è cresciuta costantemente, le attività socio-assistenziali diurne e le offerte residenziali presentano nel lungo periodo un quadro non unitario. Rispetto al 2009 la ricettività nell'anno di riferimento per la presente relazione è cresciuta soltanto per i laboratori (+ 2,7%).

Grafico 6.2: Ricettività dei servizi per i disabili – 2002-2010



Fonte: ASTAT 2010.

DISTRIBUZIONE DELL'ASSISTENZA SUL TERRITORIO

Fatta eccezione per i centri di addestramento abitativo, in ogni comunità comprensoriale si trova almeno una struttura per ogni tipologia di servizio.

Tab. 6.1: Strutture e numero di posti nei servizi per disabili 2010 (tra parentesi numero dei servizi attivi)

Comprensori	Convitti		Comunità alloggio		Centri di addestramento abitativo		Laboratori protetti e riabilitativi		Attività socio-assistenz. diurne	
Val Venosta	16	(1)	4	(1)	-	(-)	61	(2)	20	(2)
Burgraviato	37	(2)	34	(6)	-	(-)	135	(4)	16	(1)
Oltradige-B.A.	142*	(7)	13	(1)	-	(-)	75	(3)	29	(3)
Bolzano	49*	(5)	10	(2)	-	(-)	121*	(6)	73	(4)
Salto-Sciliar	8	(1)	23	(3)	10	(1)	108	(5)	19	(3)
Val d'Isarco	36	(2)	-	(-)	2	(1)	115	(2)	24	(1)
Alta V. Isarco	8	(1)	5	(1)	4	(1)	33	(2)	17	(1)
Val Pusteria	38	(1)	22	(3)	4	(1)	160	(6)	19	(2)
Totale	334	(20)	111	(17)	20	(4)	808	(30)	217	(17)

* Compresi i posti in strutture private (Casa del Gesù, Centro Ciechi, cooperative sociali). Fonte: ASTAT 2010.

Le differenze territoriali nell'offerta non sembrano creare grossi problemi di accesso: la distribuzione degli assistiti per comprensorio di provenienza corrisponde all'incirca alla distribuzione territoriale della popolazione nel suo complesso, perlomeno per quanto riguarda le strutture semiresidenziali.

Tab. 6.2: Assistiti per provenienza, 2010

Comunità comprensoriali	Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Popolazione totale
	Assistiti	%	Assistiti	%	
Val Venosta	17	3,9	79	8,2	6,7
Burgraviato	63	14,3	148	15,4	19,3
Oltradige-B.A.	154	34,9	101	10,5	14,6
Bolzano	53	12,0	172	17,9	20,5
Salto-Sciliar	39	8,8	109	11,3	9,5
Val d'Isarco	44	10,0	133	13,8	10,5
Alta Valle Isarco	12	2,7	50	5,2	3,8
Val Pusteria	59	13,4	170	17,7	15,1
Totale	441	100,0	962	100,0	100,0

Fonte: ASTAT 2010.

Le strutture sono amministrate da diversi enti gestori. Al primo posto troviamo le Comunità comprensoriali e l'Azienda per i servizi sociali di Bolzano (67,0%). Le cooperative sociali e le associazioni sono presenti in particolare nel settore dei laboratori.

ENTI GESTORI

Tab. 6.3: Enti gestori dei servizi per disabili, 2010

Natura giuridica dell'ente gestore	Convitti		Comunità alloggio		Centri di adde-str. abitativo		Laboratori		Attività socio-assist. diurne	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Compr./ASSB	12	60,0	13	76,5	4	100,0	19	63,3	11	64,7
Regione	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
OBPB	-	-	-	-	-	-	1	3,3	-	-
Altro ente pubblico	4	20,0	1	5,9	-	-	2	6,7	4	23,5
Cooperativa	-	-	-	-	-	-	2	6,7	-	-
Cooperativa sociale	-	-	1	5,9	-	-	3	10,0	-	-
Ente religioso	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Ass. di volontariato	-	-	1	5,9	-	-	-	-	-	-
Altra ass. privata	2	10,0	1	5,9	-	-	3	10,0	2	11,8
TOTALE	20	100,0	17	100,0	4	100,0	30	100,0	17	100,0

Fonte: ASTAT 2010.

6.3 SERVIZI RESIDENZIALI - ASSISTENZA RESIDENZIALE

6.3.1 Convitti

OFFERTA E INDICE
DI DOTAZIONE

Al 31/12/2010 esistevano in Alto Adige 20 convitti per una ricettività complessiva di 334 persone. L'offerta si mantiene da anni relativamente costante, e non vi sono stati mutamenti sostanziali né nella ricettività né nel numero di utenti. Si riduce tuttavia gradualmente la prevalenza dell'offerta nella Comunità comprensoriale Oltradige – Bassa Atesina: dal 2008 presso l'istituto Casa del Gesù i posti disponibili vengono gradualmente convertiti in posti di assistenza per agli anziani. Entro la fine del 2012 è prevista complessivamente la riconversione di 90 posti.

In ogni Comunità comprensoriale esiste almeno un convitto. L'indice di dotazione medio è di 0,66 posti per 1.000 abitanti, ma esso non tiene conto del fatto che L'Istituto Casa del Gesù (Oltradige-Bassa Atesina) continua, con la sua considerevole ricettività, ad accogliere persone provenienti dall'intera provincia. Nella maggior parte delle altre Comunità comprensoriali la dotazione si attesta più o meno chiaramente al di sotto dei 0,5 posti per 1.000 abitanti.

Tab. 6.4: Convitti e istituti: posti e utenti per Comunità comprensoriale, 2010

Comprensori	Strutture	Posti	Utenti totali al 31/12	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	1	16	13	0,47
Burgraviato	2	37	35	0,38
Oltradige-Bassa Atesina	7*	142*	141	1,92
Bolzano	5	49	43	0,47
Salto-Sciliar	1	8	7	0,17
Val d'Isarco	2	36	43	0,67
Alta Valle Isarco	1	8	8	0,41
Val Pusteria	1	38	37	0,50
Totale Provincia	20	334	327	0,66

* Nella Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina e nel territorio dell'Azienda sociosanitaria di Bolzano sono situate le due strutture sovraterritoriali "Casa del Gesù" e "Centro Ciechi", i cui assistiti provengono dall'intero territorio provinciale. Fonte: ASTAT 2010.

FLUTTUAZIONE
E GRADO DI UTILIZZO

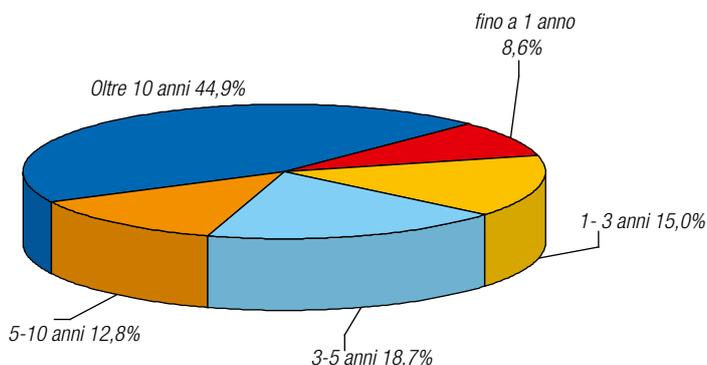
Nel 2010 sono stati accolti complessivamente 18 nuovi utenti. Il tasso di turnover (cioè il numero di nuovi accessi rispetto al numero medio di residenti) è quindi del 5,5%. 13 utenti hanno lasciato la rispettiva

struttura nel corso del 2010, la maggioranza di essi (11 su 13) in quanto trasferita ad altre strutture residenziali, probabilmente destinate all'assistenza delle persone anziane (case di riposo e di cura). 6 utenti sono deceduti nel corso dell'anno di riferimento. La limitata fluttuazione può motivarsi tenendo conto dell'elevato grado di utilizzo puntuale (numero di assistiti rispetto alla ricettività) che alla fine del 2010 si attestava sul 97,9%. In quest'ottica non sorprende che alla fine del 2010 nei nove convitti che tengono liste di attesa risultassero complessivamente iscritte 46 persone. Il coefficiente di eccedenza della domanda (persone in lista d'attesa per 100 posti presenti) risultava nel 2010 pari al 13,8%.

Per l'assistenza temporanea (fino a 3 mesi), nel 2010 erano disponibili complessivamente nei 20 convitti 6 posti.

Come si evince dalla limitata fluttuazione, la durata della permanenza nella struttura è di norma lunga. Alla fine del 2010 il 44,9% degli utenti viveva pressa la "sua" struttura già da oltre dieci anni. Solo un quarto scarso (23,6%) vi risiedeva da meno di 3 anni.

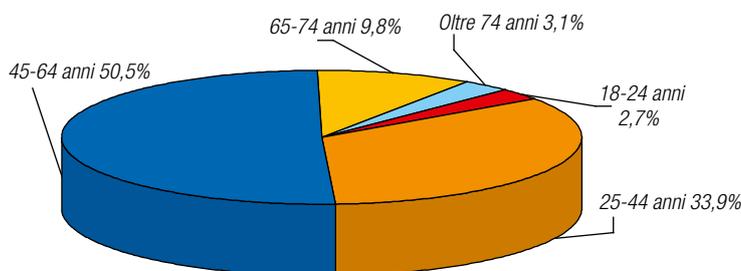
Grafico 6.3: Convitti e istituti: assistiti per durata della permanenza



Fonte: ASTAT 2010.

Oltre la metà degli assistiti ha un'età compresa tra 45 e 64 anni, mentre quasi il 10% rientra nella classe di età 65-74 anni. Di conseguenza oltre un quarto (27,5%) non svolge più alcuna attività lavorativa, in quanto pensionato. Soltanto una piccola percentuale di assistiti (2,4%) non ha ancora raggiunto i 25 anni. È quindi chiaramente riconoscibile l'invecchiamento demografico della popolazione disabile di cui si parlava nell'introduzione. Con una presenza del 55,4%, gli uomini sono leggermente più rappresentati delle donne.

Grafico 6.4: Convitti e istituti: assistiti per classe di età



Fonte: ASTAT 2010.

Ben oltre tre quarti degli assistiti (85,3%) presentano un grado di invalidità riconosciuto del 100%. Quasi la metà (42,2%) presenta un handicap cognitivo e un quarto abbondante (28,4%) una plurimiorazione.

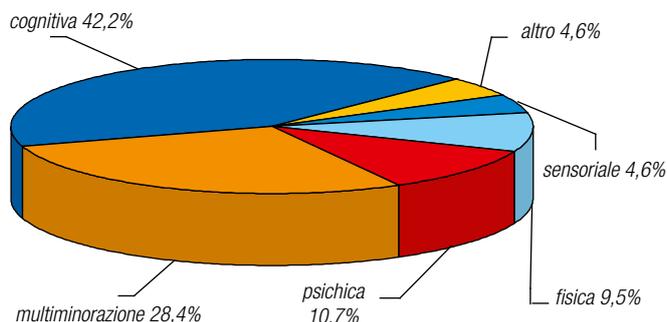
ASSISTENZA TEMPORANEA

DURATA DELLA PERMANENZA

STRUTTURA PER ETÀ E SESSO

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ

Grafico 6.5: Convitti: assistiti per tipologia di disabilità



Fonte: ASTAT 2010.

PERSONALE

Alla fine del 2010 il personale dei convitti era costituito da 447 operatori, pari a 374,9 operatori equivalenti a tempo pieno. Di questi (considerate le assenze per maternità, malattia di lunga durata o altre aspettative) erano effettivamente in servizio 350,4 unità. Nel 2009 gli operatori equivalenti a tempo pieno erano ancora 386,9, ma a fronte di una ricettività di 352 posti. Rispetto al 2009 quindi il rapporto tra i posti disponibili e il personale espresso in operatori equivalenti a tempo pieno non è praticamente cambiato (da 1,10 a 1,12). Il numero di collaboratori indicato comprende tutti i profili professionali, ivi compresi quelli amministrativi e dirigenziali e i collaboratori dei servizi ausiliari. I gruppi professionali più numerosi sono quelli del "personale di contatto", cioè gli assistenti per disabili con e senza diploma di specializzazione (rispettivamente 21,6% e 18,1% operatori equivalenti a tempo pieno) e gli assistenti sociali (17,3%). Un operatore su sei fa parte dei servizi ausiliari (16,4%); si tratta nella maggioranza dei casi di inservienti e addetti alle pulizie.

OFFERTA E INDICE
DI DOTAZIONE

6.3.2 Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo

Alla fine del 2010 esistevano in Alto Adige 17 comunità alloggio con 111 posti e 4 centri di addestramento abitativo con 20 posti. Rispetto al 2009 la ricettività delle comunità alloggio si è ridotta di oltre il 10%, passando da 128 a 111 posti. Per quanto riguarda i centri di addestramento abitativo l'offerta è invece aumentata leggermente (da 18 a 20 posti). Mentre i centri di addestramento abitativo continuano ad esistere soltanto in quattro Comunità comprensoriali, in tutte le Comunità comprensoriali salvo la Val d'Isarco esiste almeno una comunità alloggio (vedi tab. 6.1), per una media di 0,22 posti ogni 1000 abitanti. L'indice di dotazione (non tenendo conto della Val d'Isarco) oscilla localmente tra lo 0,10 di Bolzano e lo 0,48 di Salto-Sciliar.

Tab. 6.5: Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo: posti e utenti per Comunità comprensoriale, 31/12/2010

Comunità comprensoriale	Comunità alloggio				Centri di addestramento abitativo			
	Str.	Posti	Utenti 31/12	Posti/ 1.000 ab.	Str.	Posti	Utenti 31/12	Posti/ 1.000 ab.
Val Venosta	1	4	4	0,12	-	-	-	-
Burgraviato	6	34	28	0,35	-	-	-	-
Oltradige-B.A.	1	13	13	0,18	-	-	-	-
Bolzano	2	10	10	0,10	-	-	-	-
Salto-Sciliar	3	23	22	0,48	1	10	10	0,21
Val d'Isarco	-	-	-	-	1	2	1	0,04
Alta V. Isarco	1	5	2	0,26	1	4	2	0,21
Val Pusteria	3	22	18	0,29	1	4	4	0,05
Totale provincia	17	111	97	0,22	4	20	17	0,04

Fonte: ASTAT 2010.

Il grado di utilizzo puntuale (numero di utenti al 31/12/2010 rispetto al numero di posti alla stessa data) delle comunità alloggio alla fine del 2010 risultava con l'87,4% sensibilmente inferiore a quello dei convitti (97,9%). Questa differenza rispecchia certamente anche la fluttuazione sensibilmente più elevata delle comunità alloggio: l'indice di turnover (numero dei nuovi accessi rispetto al numero medio di utenti) delle comunità alloggio nel 2010 era del 9,2%, quello dei centri di addestramento abitativo del 36,8%. Complessivamente nel 2010 sono stati accolti 11 nuovi ospiti nelle comunità alloggio e 7 nei centri di addestramento abitativo. Nonostante la fluttuazione relativamente elevata rispetto ai convitti, la domanda di accoglimento in queste strutture è sensibilmente superiore a quella riscontrata nei convitti: il coefficiente di eccedenza della domanda (persone in lista d'attesa per ogni 100 posti esistenti) si è collocato al 16,2% per le comunità alloggio e al 115,8% per i centri di addestramento abitativo. In quest'ottica appare potenziabile in particolare l'offerta dei centri di addestramento abitativo e/o di altre forme di supporto finalizzato allo sviluppo dell'autonomia nella vita quotidiana (per esempio sotto forma di accompagnamento sociopedagogico abitativo, vedi cap. 6.1.1).

Per l'assistenza temporanea (fino a 3 mesi) erano disponibili 2 posti nelle comunità alloggio e 3 nei centri di addestramento abitativo.

Gli ospiti delle comunità alloggio e dei centri di addestramento abitativo sono mediamente un po' più giovani delle persone disabili assistite nei convitti. Nei centri di addestramento abitativo oltre la metà (52,9%) degli ospiti ha infatti meno di 45 anni, mentre nelle comunità alloggio la percentuale si attesta su oltre il 47,4% degli utenti. Ospiti ultrasessantacinquenni sono del tutto assenti (centri di addestramento abitativo) o assai rari (comunità alloggio). Nelle comunità alloggio prevalgono chiaramente gli uomini, con il 63,9%, mentre nei centri di addestramento abitativo il rapporto fra uomini e donne è quasi pari (donne 53,0%; uomini 47,0%).

GRADO DI UTILIZZO
E FLUTTUAZIONE

ASSISTENZA TEMPORANEA

ETÀ E SESSO DEGLI UTENTI

Grafico 6.6: Comunità alloggio: utenti per fascia di età

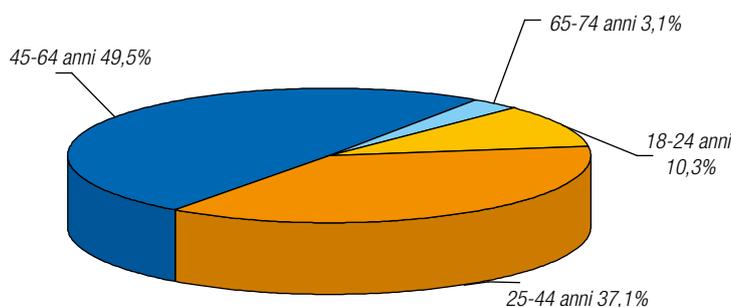
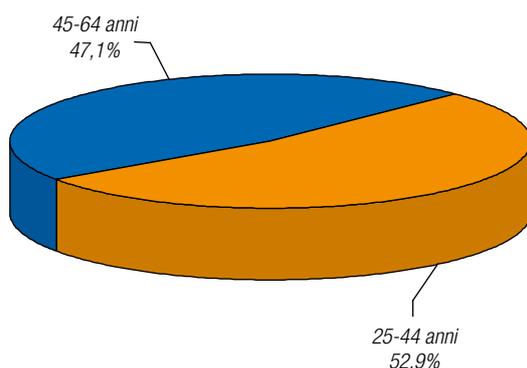


Grafico 6.7: Centri di addestramento abitativo: utenti per fascia di età



Fonte: ASTAT 2010.

DURATA DELLA PERMANENZA

La differente struttura per età si riflette anche nella durata della permanenza: nei centri di addestramento abitativo prevalgono, in conformità con gli obiettivi concettuali di questa tipologia di struttura, permanenze brevi o medie fino ad un massimo di tre anni (58,8%). Lo stesso dicasi, pur se in maniera meno spinta, anche per le comunità alloggio. D'altra parte, quasi un sesto (13,4%) degli utenti delle comunità alloggio vive da oltre dieci anni nella struttura, anche se in una serie storica più lunga si nota come la percentuale degli utenti a permanenza prolungata (dieci anni o più) si riduce tendenzialmente ormai da anni (2002: 26,2%; 2005: 23,5%). Questo sviluppo può essere attribuito sia a un crescente successo nell'acquisizione di autonomia da parte degli utenti che a una crescente integrazione in strutture convittuali (vedi grafico 6.12), e naturalmente la distribuzione delle permanenze dipende anche dalla frequenza con cui strutture esistenti vengono chiuse e ne vengono aperte di nuove.

Grafico 6.8: Comunità alloggio: utenti per durata della permanenza

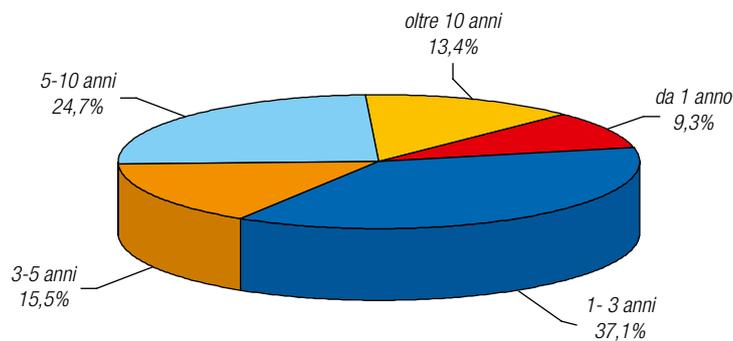
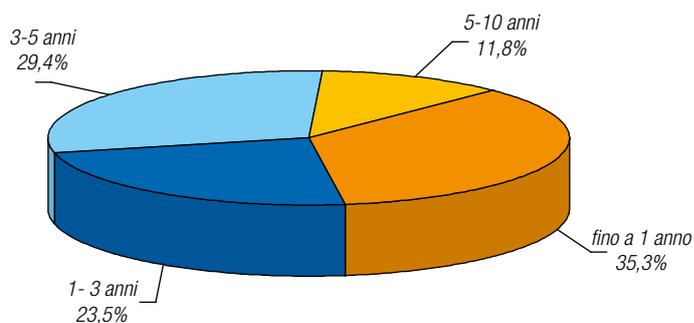


Grafico 6.9: Centri di addestramento abitativo: utenti per durata della permanenza



Fonte: ASTAT 2010.

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ

Gli utenti delle comunità alloggio sono in poco più della metà dei casi soggetti con grado di disabilità lieve o medio, anche se il 45,4% di essi presenta un grado di invalidità del 100%. Nei centri di addestramento abitativo invece nel 2010 questo era il caso per un solo ospite (5,9%). A differenza dei convitti, nelle comunità alloggio e nei centri di addestramento abitativo le pluriminorazioni non sono particolarmente diffuse. Predominano qui in particolare disabilità di tipo cognitivo. Peraltro nei centri di addestramento abitativo rivestono un certo peso anche le malattie/disabilità psichiche.

Grafico 6.10: **Comunità alloggio: utenti per tipologia di disabilità**

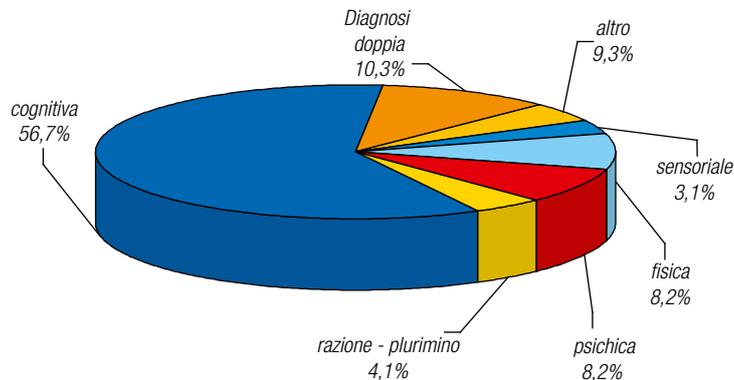
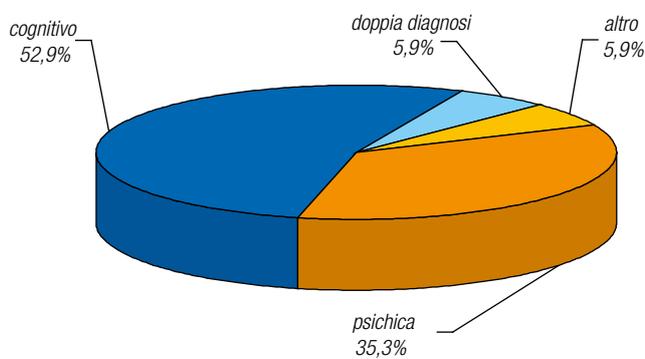
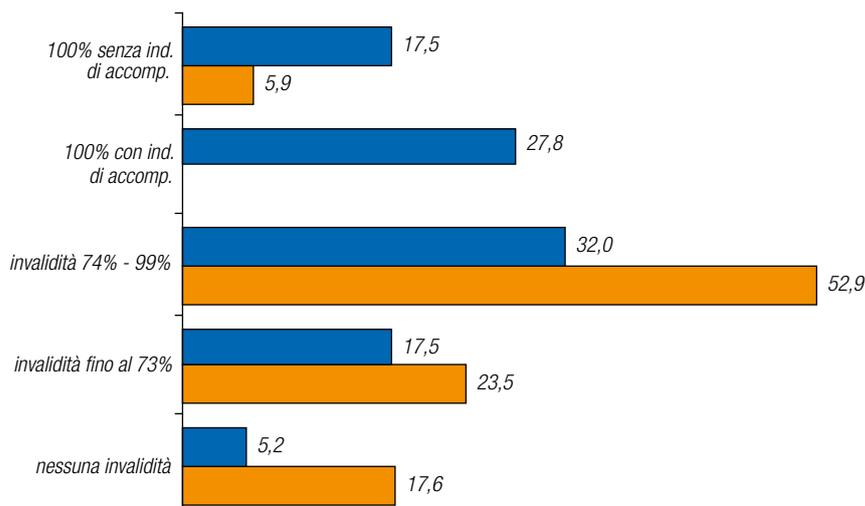


Grafico 6.11: **Centri di addestramento abitativo: utenti per tipologia di disabilità**



Fonte: ASTAT 2010.

Grafico 6.12: **Utenti delle comunità alloggio e dei centri di addestramento abitativo per grado di invalidità riconosciuto (in %)**

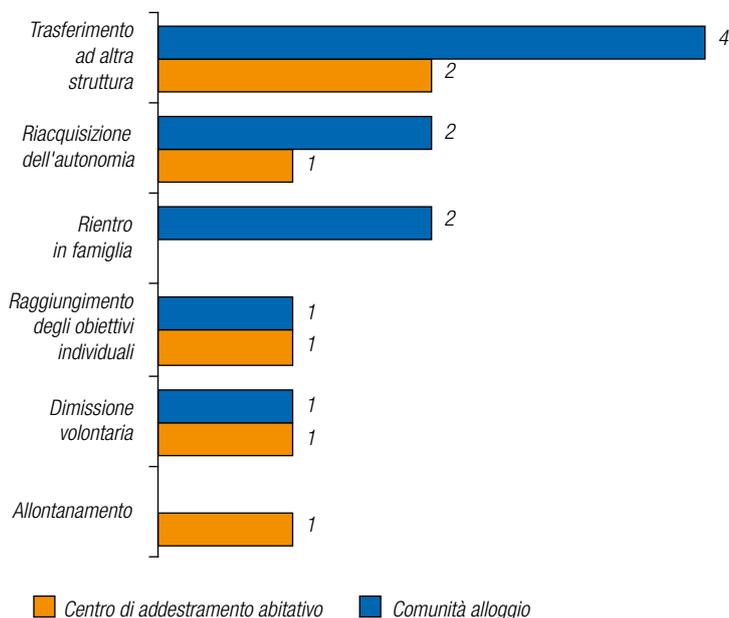


Fonte: ASTAT 2010.

Delle 16 dimissioni complessivamente registrate nel corso del 2010 (10 da comunità alloggio e 6 da centri di addestramento abitativo), 6 (37,5%) sono dovute ad accoglimento in un'altra struttura. 3 utenti sono stati dimessi per la riacquisita autosufficienza e 2 persone hanno raggiunto l'obiettivo del loro progetto individuale.

MOTIVI DELLE DIMISSIONI

Grafico 6.13: Utenti per motivo della dimissione (ass.)



Fonte: ASTAT 2010.

Il numero di operatori delle comunità alloggio si è leggermente ridotto rispetto al 2009, anche se in termini di personale equivalente a tempo pieno si riscontra una lieve crescita (da 55,0 a 56,2). Siccome contemporaneamente la ricettività nel 2010 si è ridotta rispetto al 2009, passando da 128 a 111 posti, il rapporto di assistenza (op. eq. t. p. per posto) risulta essere sensibilmente migliorato, passando da 0,42 a 0,51. Nei centri di addestramento abitativo il numero di collaboratori è rimasto costante rispetto all'anno precedente (con 6 persone), ma il rapporto di assistenza (op. eq. t. p. per posto) è leggermente peggiorato (da 0,27 a 0,24). Nelle comunità alloggio gli assistenti per invalidi costituiscono di gran lunga il profilo professionale più rappresentato, con il 67,0% (op. eq. t. p.). Nei centri di addestramento abitativo è questo invece il caso degli educatori per invalidi, con il 57,4% (op. eq. t. p.). Come prevedibile, rispetto ai convitti il personale ausiliario è scarsamente presente.

6.4 LABORATORI PROTETTI E RIABILITATIVI

Nel settore dei laboratori per i disabili va distinto tra i laboratori a carattere produttivo (laboratori protetti) e quelli a orientamento riabilitativo, che con il loro lavoro puntano più all'inserimento delle persone disabili nel mondo del lavoro (laboratori riabilitativi). I laboratori sono accessibili a tutti i disabili che per la natura o la gravità della loro disabilità non possono - o non possono ancora - trovare impiego nel normale mercato del lavoro. Il pur grande impegno profuso dalla Provincia nel miglioramento della situazione dei disabili sul mercato del lavoro grazie ad una loro migliore integrazione (vedi 6.6.2) non può pertanto sostituire i laboratori. Nel frattempo l'Alto Adige si è dotato di una rete assai fitta e capillare di laboratori: alla fine del 2010 esistevano sul territorio provinciale complessivamente 30 strutture di questo tipo per complessivi 808 posti, che garantivano assistenza a 769 persone. L'indice di dotazione risultava quindi di 1,59 posti per 1.000 abitanti.

Tab. 6.6: **Laboratori protetti e riabilitativi: posti e utenti, 2010**

Comprensorio	Strutture	Posti	Posti per 1.000 abitanti	Utenti totali al 31/12
Val Venosta	2	61	61	1,79
Burgraviato	4	135	132	1,38
Oltradige-Bassa Atesina	3	75	73	1,01
Bolzano	6	121	113	1,16
Salto-Sciliar	5	108	94	2,24
Val d'Isarco	2	115	112	2,15
Alta Valle Isarco	2	33	33	1,71
Val Pusteria	6	160	151	2,09
Totale Provincia	30	808	769	1,59

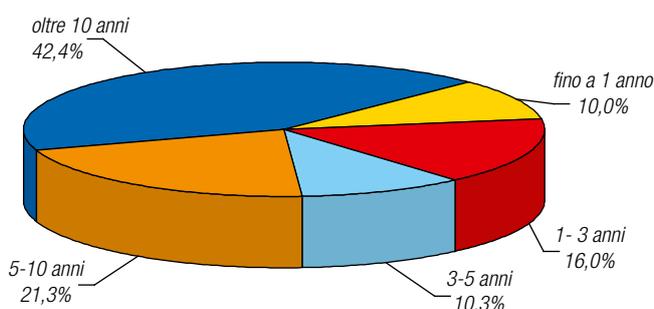
Fonte: ASTAT 2010.

Il grado di utilizzo puntuale (posti occupati sui posti complessivi disponibili al 31/12/2010) risultava a fine anno del 95,2%. Il grado di utilizzo puntuale è migliorato continuamente negli anni passati (2002: 87,6%; 2005: 90,2%). Tuttavia, prendendo a riferimento un giorno campione, il grado di utilizzo puntuale non considera gli spostamenti degli utenti e i problemi di occupazione che ne possono in certe circostanze derivare. Nel corso del 2010 sono stati accolti nei complessivamente 30 laboratori 88 nuovi utenti, mentre altri 70 sono stati dimessi. Prendendo a riferimento il numero medio di utenti, si ottiene così per i laboratori un indice di turnover dell'11,0%. Il coefficiente di eccedenza della domanda (persone in lista d'attesa per ogni 100 posti esistenti) si collocava alla fine del 2010 sul 4,6%. Tuttavia in quel momento solo 16 dei complessivamente 30 laboratori teneva delle liste di attesa. La percentuale di utenti con una permanenza di dieci e più anni si è attestata anche nel 2010 sensibilmente sopra il 40%. 1 utente su 10 frequentava il "suo" laboratorio da meno di un anno.

GRADO DI UTILIZZO

DURATA DELLA PERMANENZA

Grafico 6.14: **Laboratori: utenti per durata della permanenza**

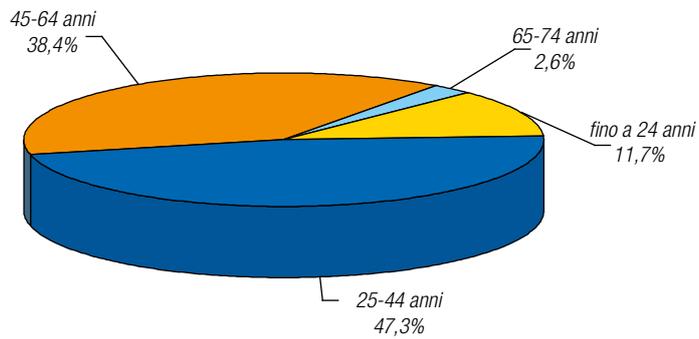


Fonte: ASTAT 2010.

Circa il 40% degli utenti dei laboratori ha già 45 anni e più. Solo circa un decimo (11,7%) non ha ancora compiuto 25 anni. Quasi il 60% degli utenti (57,6%) è costituito da uomini.

ETÀ E SESSO

Grafico 6.15: **Laboratori: utenti per fascia di età**



Fonte: ASTAT 2010.

La forte presenza di utenti a lunga permanenza (vedi grafico 6.14) rispecchia anche le particolari problematiche con le quali le persone con disabilità dell'intelletto si vedono confrontate sul mercato del lavoro: nei laboratori prevalgono infatti chiaramente gli utenti con una disabilità cognitiva (65,5%) e con una pluriminorazione (12,0%). A confronto, gli utenti con una disabilità psichica o fisica sono relativamente pochi (rispettivamente 3,9% e 2,7%). Alla fine del 2010 circa la metà degli utenti (54,4%) presentava un grado di disabilità riconosciuto del 100%.

Grafico 6.16: **Utenti dei laboratori per grado di invalidità riconosciuto (in %)**

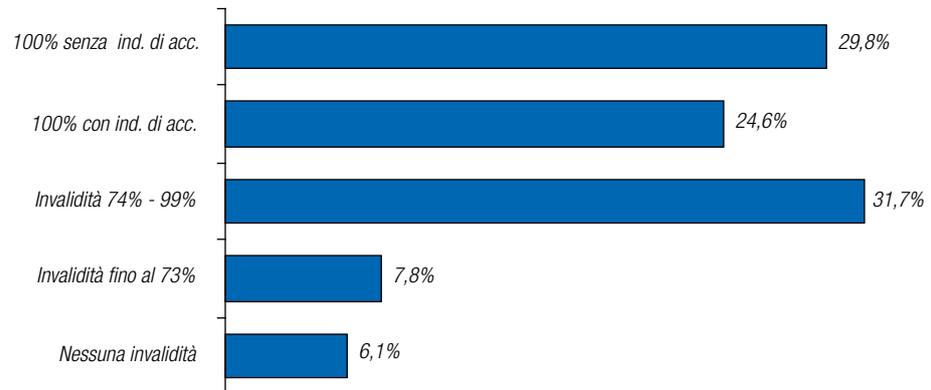
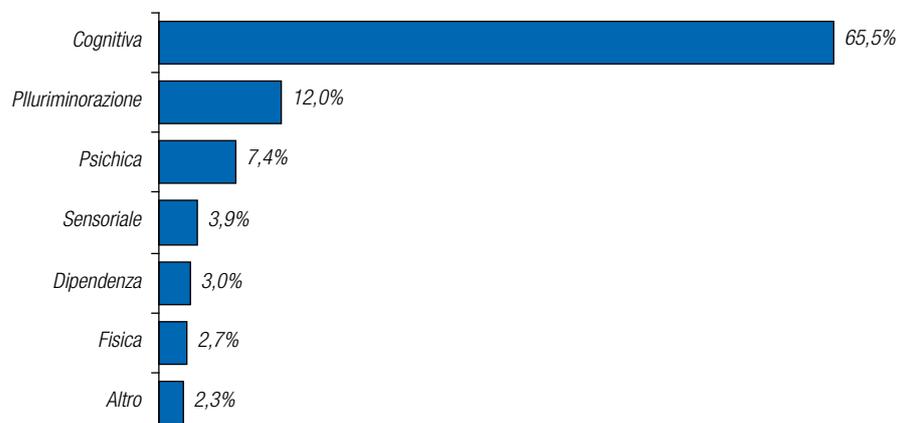


Grafico 6.17: **Utenti dei laboratori per tipologia di disabilità (in%)**

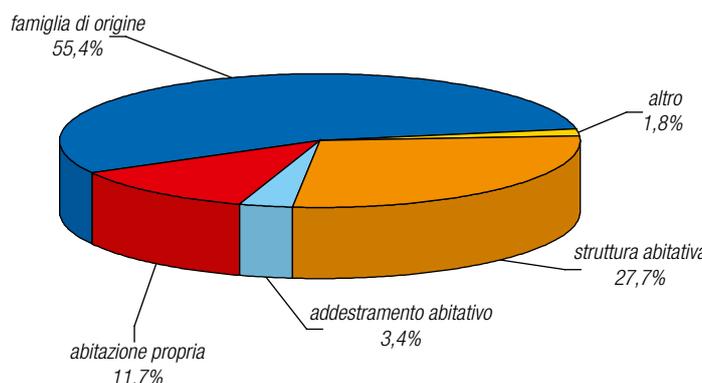


Fonte: ASTAT 2010.

TIPOLOGIA ABITATIVA

Gli utenti dei laboratori vivono prevalentemente presso la loro famiglia (55,4%) o a casa propria (11,7%). Solo circa un quarto di essi (27,7%) risiede presso una struttura residenziale. Questa elevata presenza di forme abitative private riflette l'omogenea e capillare distribuzione dei laboratori, nel senso che questi garantiscono un'assistenza relativamente vicina al luogo di residenza.

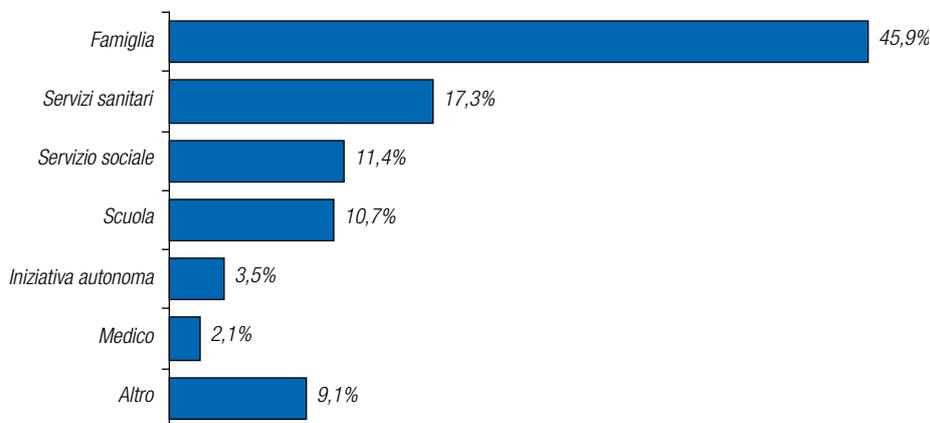
Grafico 6.18: Utenti dei laboratori per tipologia abitativa (in%)



Fonte: ASTAT 2010.

La richiesta di accoglimento nel laboratorio viene di norma dalla famiglia dell'interessato (45,9%), seguita dai servizi sociosanitari. Hanno tuttavia un certo peso anche le scuole, con il 10,7%.

Grafico 6.19: Utenti dei laboratori per provenienza della richiesta di accoglimento (in%)



Fonte: ASTAT 2010.

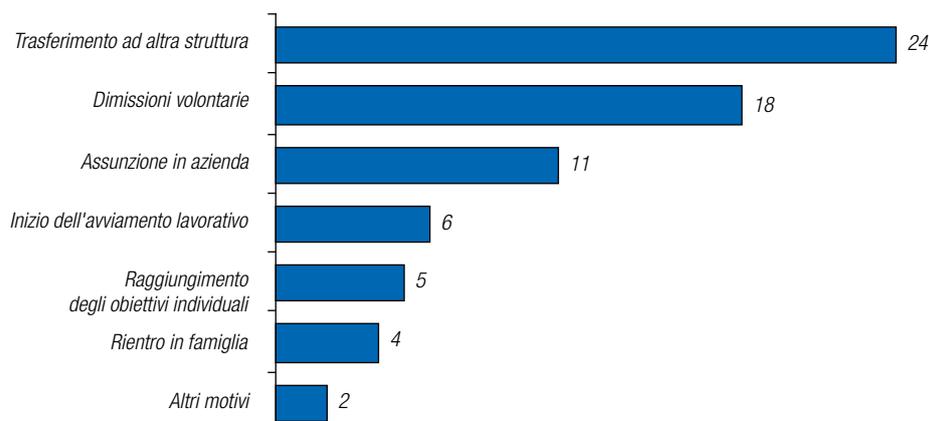
Nel 2010 sono stati dimessi complessivamente 70 utenti dei laboratori. Di essi 11 hanno trovato un posto di lavoro presso un'azienda e 6 hanno usufruito di un intervento di inserimento lavorativo. Raggruppando queste due categorie si ricava una percentuale di integrazione del 24,3% rispetto alle dimissioni complessive e del 2,2% rispetto al numero complessivo di utenti dei laboratori al 31/12/2010. In quest'ottica gli interventi a favore dell'inserimento lavorativo sembrano avere un successo limitato. Tuttavia le percentuali indicate potrebbero tendenzialmente sottostimare il risultato dell'integrazione, poiché per altre 18 persone sono state dichiarate semplicemente "dimissioni volontarie". Da una tale motivazione non si possono trarre indicazioni sul prosieguo dell'attività lavorativa, come non lo si può fare del resto anche per le quattro persone che sono rientrate nel proprio nucleo familiare.

PERCENTUALE
DI INTEGRAZIONE

PERSONALE

OFFERTA E
INDICE DI DOTAZIONE

Grafico 6.20: Utenti dei laboratori per motivo delle dimissioni (ass.)



Il personale dei laboratori per i disabili constava a fine 2010 di 371 operatori (232,3 in termini di operatori equivalenti a tempo pieno). Rispetto al 2009 si è così segnato un incremento pari a 12,5 operatori equivalenti a tempo pieno. Questo dato va visto tuttavia nell'ottica di un leggero incremento della ricettività delle strutture (da 787 a 808). Il rapporto di assistenza (numero di utenti per operatore equivalente effettivo a tempo pieno) è rimasto stabile rispetto all'anno precedente (0,37). Il personale era costituito quasi interamente da operatori specializzati. In termini di operatori equivalenti a tempo pieno il gruppo più numeroso risultava quello degli assistenti per disabili (38,7%), seguiti dagli istutori (17,6%) e dagli educatori per disabili (10,3%).

6.5 ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI DIURNE

Un elemento centrale dell'offerta semiresidenziale per i disabili sono le 17 strutture che offrono attività socio-assistenziali diurne, e che rappresentano un'importante integrazione della copertura assistenziale. La ricettività di queste strutture nel 2010 si è in realtà leggermente ridotta rispetto all'anno precedente (da 228 a 217 posti), ma continua a rimanere al di sopra dei valori degli anni 2006 - 2008 (vedi grafico 6.2.). Questo sviluppo va peraltro soppesato tenendo presente il contemporaneo potenziamento dell'offerta nei laboratori. Nel valutare le sensibili differenze territoriali (in relazione al numero di posti per 1000 abitanti) nel campo delle attività socio-assistenziali diurne va perciò tenuto conto dell'offerta territoriale in termini di laboratori (vedi tab. 6.1).

Tab. 6.7: Attività socio-assistenziali diurne: posti e utenti, 2010

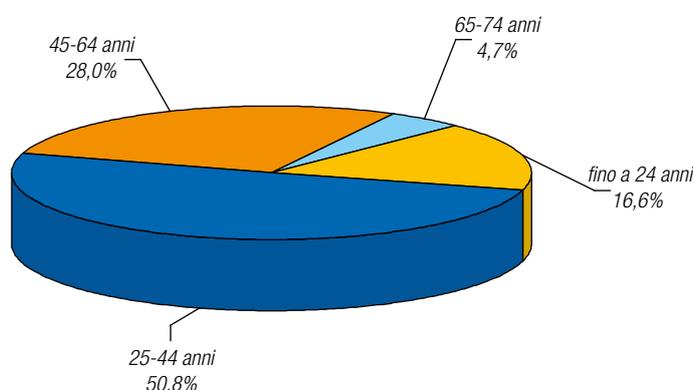
Comprensori	Strutture	Posti	Utenti compl. al 31/12	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	2	20	18	0,59
Burgraviato	1	16	16	0,16
Oltradige-Bassa Atesina	3	29	28	0,39
Bolzano	4	73	59	0,70
Salto-Sciliar	3	19	15	0,39
Val d'Isarco	1	24	21	0,45
Alta Valle Isarco	1	17	17	0,88
Val Pusteria	2	19	19	0,25
Totale provincia	17	217	193	0,43

Fonte: ASTAT 2010.

Alla fine del 2010 il grado di utilizzo puntuale delle strutture era dell'88,9%, quindi sensibilmente superiore a quello dell'anno precedente (84,2%). Oscillazioni di quest'ordine di grandezza si sono osservate ripetutamente in questi ultimi anni, in direzione sia positiva che negativa. Nel 2010 sono stati accolti complessivamente 14 nuovi utenti disabili, con un coefficiente di turnover del 6,3%. Nelle liste di attesa risultavano iscritte in quell'anno complessivamente 25 persone, per cui risultavano prenotate 10,1 persone per ogni 100 posti (coefficiente di eccedenza della domanda). In ogni caso va detto che soltanto 7 delle 17 strutture di attività socio-assistenziale tenevano liste di attesa.

Rispetto a quelli dei laboratori, gli utenti dei servizi che offrono attività socio-assistenziali diurne sono più giovani: oltre due terzi (67,4%) non hanno ancora compiuto i 45 anni. La presenza femminile si attesta sul 40% circa (39,4%).

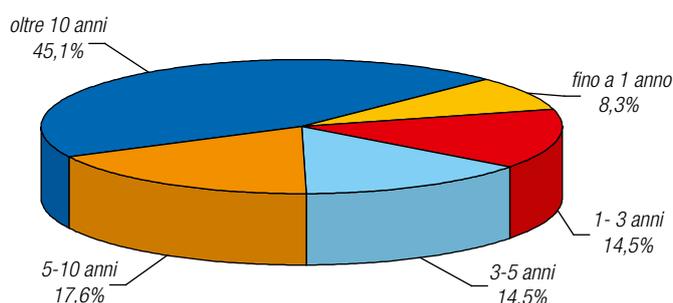
Grafico 6.21: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per fascia di età



Fonte: ASTAT 2010.

Come prevedibile, nelle strutture dedicate alle attività socio-assistenziali diurne prevalgono presenze di lungo periodo, superiori ai 10 anni (45,1%).

Grafico 6.22: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per durata della permanenza



Fonte: ASTAT 2010.

Gran parte degli utenti (92,7%) ha un grado di invalidità riconosciuto del 100%. Siccome questi particolari servizi sono destinati essenzialmente alle persone disabili che non possono o non possono più svolgere un'attività lavorativa regolare e prolungata, questa elevata percentuale può considerarsi conseguenza dell'indirizzo concettuale di queste strutture. Alle attività socio-assistenziali diurne fanno ricorso in particolare adulti con disabilità cognitive (52,3%) o con pluriminorazioni (40,4%).

GRADO DI UTILIZZO E
DOMANDA

STRUTTURA PER ETÀ E SESSO

DURATA DELLA PERMANENZA

GRADO DI INVALIDITÀ E
TIPOLOGIA DI DISABILITÀ

Grafico 6.23: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per grado di invalidità riconosciuto (in %)

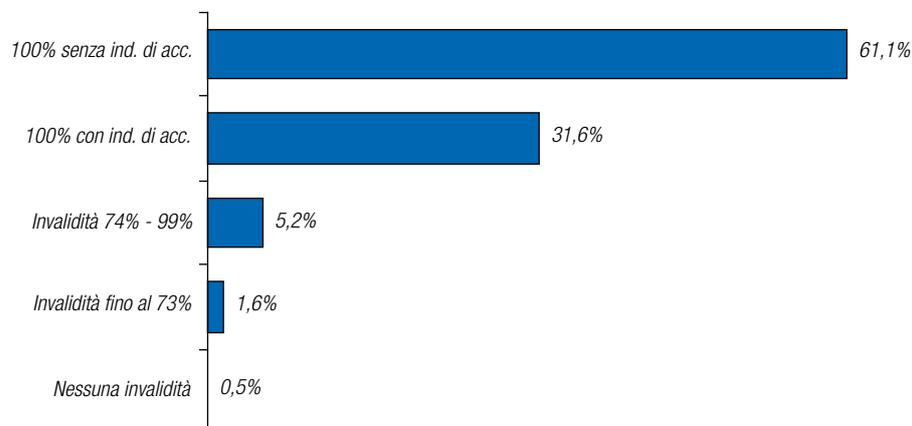
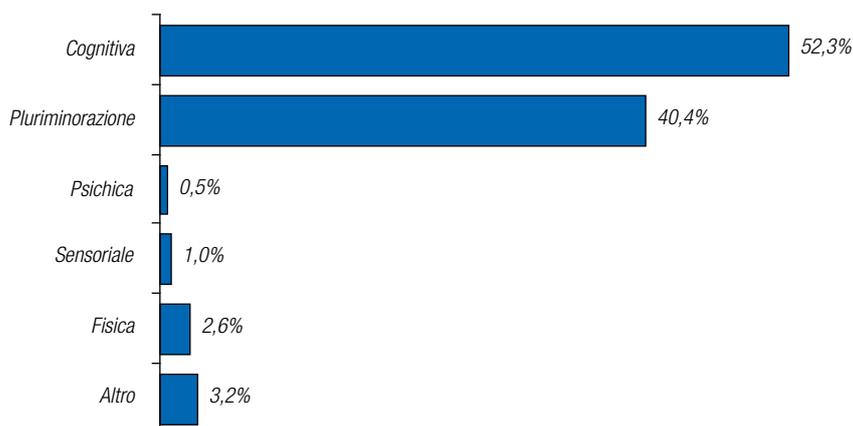


Grafico 6.24: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per tipo di disabilità (in%)

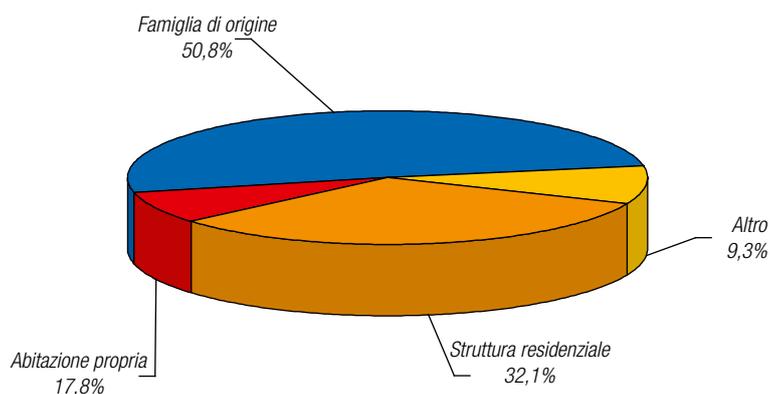


Fonte: ASTAT 2010.

TIPOLOGIA ABITATIVA

Gli utenti dei servizi socio-assistenziali diurni vivono in gran parte presso la loro famiglia (50,8%). Considerando il grado di disabilità, che è mediamente grave, si evidenzia l'importanza che queste strutture hanno nell'alleggerire il lavoro dei familiari assistenti, importanza non sminuita dal fatto che circa 3 utenti su dieci (32,1%) vivono in una struttura residenziale.

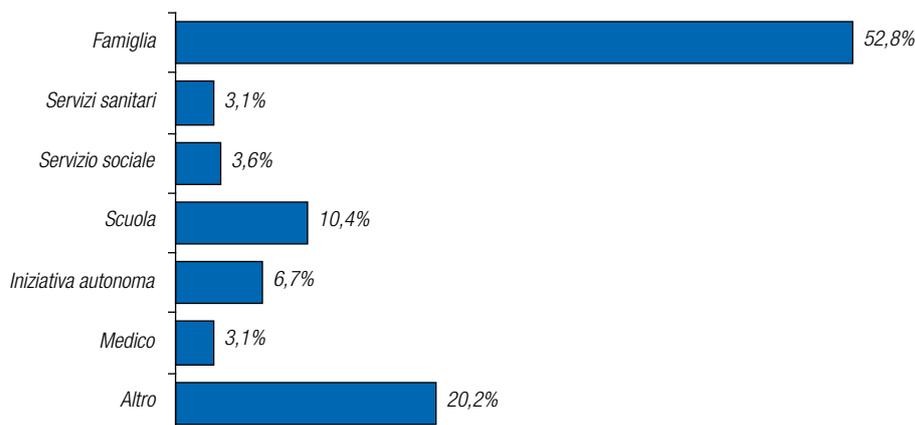
Grafico 6.25: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per tipologia abitativa (in%)



Fonte: ASTAT 2010.

L'iniziativa che porta all'accoglimento dell'interessato nel centro socio-assistenziale diurno viene adottata in circa la metà dei casi (52,8%) dalla famiglia stessa. Un certo peso hanno qui peraltro anche le scuole (10,4%).

Grafico 6.26: **Attività socio-assistenziali diurne: utenti per provenienza della domanda di accoglimento (in%)**



Fonte: ASTAT 2010.

Alla fine del 2010 risultavano presenti nei centri diurni altoatesini complessivamente 143 operatori. In termini di operatori equivalenti a tempo pieno il dato risultava pari a 118,1 unità. L'incidenza rilevata a campione (numero di utenti rispetto al numero di operatori presenti in quel giorno) era di 1,83. Col 50,9% del personale equivalente a tempo pieno, il profilo professionale più rappresentato risultava quello dell'educatore per disabili, seguito dall'assistente sociale (17,0%).

6.6 ALTRI INTERVENTI E SERVIZI

6.6.1 Attività di sostegno in ambito scolastico

In Alto Adige le strutture scolastiche hanno in linea di principio finalità di integrazione. Insegnanti di sostegno ed altro personale specializzato (assistenti per disabili) forniscono ai giovani in età scolare il necessario supporto scolastico e ne agevolano l'integrazione con gli scolari non disabili. Nell'anno scolastico 2010/2011 3.233 bambini e giovani con una "diagnosi funzionale" (compromissione funzionale dello stato psicofisico) hanno frequentato una scuola primaria, media o superiore. Le diagnosi funzionali non vanno peraltro equiparate a disabilità, in quanto le compromissioni funzionali possono ma non necessariamente devono essere permanenti. Accanto ai soggetti obiettivamente disabili, i numeri indicati comprendono perciò anche giovani con difficoltà di apprendimento o con problemi psicologici.

Tab. 6.8: **Numero di alunni con diagnosi funzionale nelle scuole dell'Alto Adige ***

	Anno scolastico					
	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Scuole materne	212	203	222	214	230	228
Scuole primarie	1.082	1.080	1.114	1.212	1.252	1.304
Scuole medie	1.190	1.067	1.064	1.213	1.295	1.374
Scuole sup.	302	329	359	412	430	545
Totale	2.786	2.679	2.759	3.051	3.207	3.451

* Oltre alle situazioni di handicap specifico, in questo dato sono compresi anche ragazzi con difficoltà di apprendimento e disagio psicologico.
Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap 2011.

TIPOLOGIA DI PROVENIENZA
DELLA DOMANDA

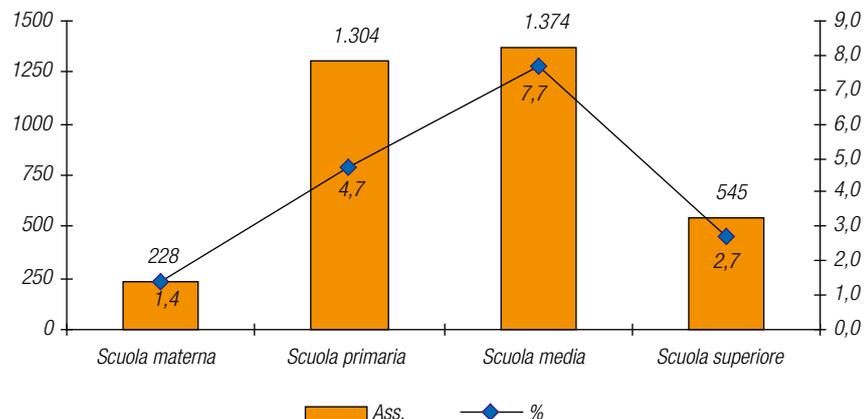
PERSONALE

ALUNNI CON DIAGNOSI
FUNZIONALI

DIAGNOSI FUNZIONALI PER
TIPOLOGIA DI SCUOLA

La percentuale di alunni con una diagnosi funzionale varia fortemente tra le varie tipologie di istituto scolastico: le scuole materne (1,4%) e quelle primarie (4,7%) effettuano come ci si può attendere un numero sensibilmente inferiore di indagini rispetto alle scuole medie (7,7%). Nelle scuole superiori invece la percentuale risulta nuovamente abbastanza bassa (2,7%). Non è peraltro possibile al momento capire se questa differenza possa ascrivere solo alle diverse capacità degli alunni oppure se essa sia motivata anche da carenze nel supporto scolastico. In linea di principio i genitori possono tuttavia rifiutarsi di inviare una diagnosi funzionale alla scuola materna o all'istituto scolastico, e stando alle esperienze maturate ciò accade in particolare al passaggio dalla scuola media a quella superiore. Positivo è in ogni caso che in tutte le scuole il numero di alunni presenti con una diagnosi funzionale sia cresciuto sensibilmente dall'epoca della precedente relazione sociale integrale (A. S. 2005/6), in particolare per quanto riguarda gli istituti superiori (dall'1,7% al 2,7%).

Grafico 6.27: Alunni con diagnosi funzionale: presenza assoluta e percentuale per tipologia di istituto scolastico – A. S. 2010/11



Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap 2011; conteggi SIM.

6.6.2 Interventi di inserimento lavorativo

L'inserimento nel mondo del lavoro viene attuato anzitutto tramite le convenzioni di affidamento, che possono venir stipulate tra la Ripartizione Lavoro ed idonee aziende produttive. Il presupposto di base delle convenzioni è che, per la natura e la gravità della disabilità, il soggetto non abbia altrimenti la possibilità di accedere ad un lavoro regolare. L'accompagnamento sul posto di lavoro è gestito in collaborazione con la Comunità comprensoriale competente. La Provincia eroga a ciascuna persona che partecipa al programma di inserimento lavorativo un sussidio mensile. L'inserimento lavorativo non prefigura il venire in essere di un rapporto di lavoro dipendente, ma è finalizzato essenzialmente al miglioramento e allo sviluppo delle capacità lavorative, al miglioramento del comportamento sociale e/o al mantenimento o all'integrazione delle capacità già acquisite. Nel settore dell'inserimento lavorativo va distinto tra interventi di osservazione e addestramento, di inserimento lavorativo assistenziale e di assunzione.

Nel 2010 sono stati attuati complessivamente 386 interventi. 172 persone sono state coinvolte nel progetto di apprendimento e osservazione, che dura mediamente due anni ed è mirato all'acquisizione di comportamenti e capacità lavorative finalizzate ad un futuro inserimento. Quasi altrettante persone (174) hanno usufruito dell'offerta di inserimento lavorativo protetto, che di norma ha una durata di più anni e punta ad un'occupazione protetta nel mondo del lavoro. 40 persone hanno partecipato ad un progetto di preparazione all'assunzione che si attiva quando nell'ambito del progetto di apprendimento e osservazione il soggetto acquisisce determinate conoscenze e competenze.

PRINCIPI E TIPOLOGIE DI
INSERIMENTO LAVORATIVO

SVILUPPO QUANTITATIVO

Tab. 6.9: Interventi di inserimento lavorativo 2002-2010

Anno	Interventi di apprendimento e osservazione	Interventi di inserimento lavorativo	Interventi di assunzione	Totale
2002	251	154	60	465
2003	257	164	59	480
2004	224	174	41	439
2005	183	169	28	380
2006	163	153	41	357
2007	149	165	38	352
2008	181	165	30	376
2009	188	164	27	379
2010	172	174	40	386

6.7 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

L'offerta di supporto residenziale e semiresidenziale in Alto Adige - che non teme il confronto internazionale - è ben distribuita sull'intero territorio provinciale ed è quindi accessibile agli utenti senza che siano necessari rilevanti spostamenti. Prendendo a riferimento le liste di attesa sembra ci sia una certa esigenza di intervento in particolare nel campo dei centri di addestramento abitativo e delle altre offerte destinate alla conservazione e alla riacquisizione dell'autonomia individuale. Con l'istituzione dell'accompagnamento sociopedagogico abitativo nel 2011 è stato di recente compiuto un passo decisivo in questa direzione.

Ai sensi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, nello sviluppo dell'offerta abitativa va tenuto adeguato conto del diritto delle persone disabili alla partecipazione e all'autodeterminazione in forma non limitata. Un eventuale potenziamento delle strutture residenziali deve quindi effettuarsi parallelamente allo sviluppo di forme abitative alternative di prossimità, collegate all'erogazione di interventi di sostegno flessibili e personalizzati. Un ruolo di precursore spetta qui al provvedimento - anch'esso deliberato nel 2011 - che prevede di offrire alle persone portatrici di handicap fisici, accanto alle prestazioni previste dalla copertura della non autosufficienza, anche ulteriori contributi per l' "acquisto" di prestazioni di assistenza su base contrattuale. Parallelamente allo sviluppo di questi nuovi modelli di finanziamento personalizzati, per un ulteriore adeguato sviluppo del settore abitativo occorrerà tener debito conto delle esigenze delle persone disabili anche nell'edilizia sociale, come pure dell'esigenza di creare sistematicamente spazi abitativi privi di barriere architettoniche, in una filosofia del „design for all“.

I laboratori per disabili presentano una limitata fluttuazione dell'utenza. Purtroppo i dati ASTAT disponibili non consentono di individuare la percentuale di utenti dei laboratori che annualmente vengono integrati nel mercato del lavoro (quota di integrazione). Siccome però soltanto un numero ridotto di laboratori ha finalità riabilitative e punta primariamente ad un reinserimento delle persone nel mercato del lavoro, si può ipotizzare che la quota di integrazione sia piuttosto ridotta. La maggioranza dei laboratori si concentra infatti sull'occupazione interna, cioè sulla conservazione e sul miglioramento delle capacità dei soggetti assistiti. Ciononostante, i progetti che puntano alla preparazione al lavoro evidenziano come sul mercato del lavoro i disabili debbano egualmente affrontare considerevoli problemi, di natura sia culturale che economica. In questo senso ci si concentra da alcuni anni sempre più su progetti („Plus+65“, rafforzamento delle cooperative sociali) finalizzati all'integrazione delle persone disabili nel mercato del lavoro.

VALUTAZIONE GENERALE

SISTEMAZIONE ABITATIVA

LAVORO

SCUOLA

Prendendo a riferimento gli ultimi cinque anni appare indubbio che il Servizio di inserimento scolastico raggiunge un numero sempre crescente di scolari e studenti. Anche e in particolare negli istituti superiori è sensibilmente aumentata la presenza di studenti con una diagnosi funzionale riconosciuta. La limitata presenza di bambini con disturbi funzionali nelle scuole preparatorie e primarie evidenzia invece l'ulteriore persistenza di lacune nel supporto precoce. Importante appare perciò l'impegno a potenziare il sostegno pedagogico precoce.

**SERVIZI DOMICILIARI E
RICOVERI TEMPORANEI**

In che misura l'assistenza domiciliare delle persone con disabilità, in particolare da parte del Servizio di assistenza domiciliare, sia adeguato al fabbisogno non è dato di stabilire con certezza sulla base dei dati disponibili. Non c'è però alcun dubbio che l'introduzione della copertura della non autosufficienza abbia portato considerevoli migliorie in questo campo, e che l'assistenza domiciliare raggiunge ora anche i giovani non autosufficienti nella stessa misura degli anziani (vedi cap. 3.2.2). Del pari i dati ASTAT disponibili non consentono di comprendere l'adeguatezza dell'offerta di ricoveri temporanei presso le strutture residenziali.

7. DISAGIO PSICHICO E DIPENDENZE

7.1 SITUAZIONE DEL DISAGIO PSICHICO E DELLE DIPENDENZE

7.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale

Uno studio pubblicato nel 2011 giunge al risultato che nell'arco di un anno il 38% degli abitanti dell'Unione europea soffre di un disturbo psichico clinicamente significativo.¹ I problemi più frequenti risultano essere l'ansia (14,0%), seguita da disturbi del sonno (7,0%), depressioni (6,9%) e malattie psicosomatiche (6,3%). Il 5 % dei minori soffre di disturbi dell'attenzione e di iperattività. Circa il 4% della popolazione dell'Unione europea si può considerare alcol- o tossicodipendente. Le demenze colpiscono circa l'1% dei 60-65enni e fino al 30% degli ultra85enni. Le affezioni neuropsichiatriche costituiscono oltre il 40% delle malattie croniche e sono la causa principale delle disabilità permanenti.² Una delle conseguenze più tragiche dei problemi psichici è il suicidio. Dei dieci paesi che presentano il più alto tasso di suicidi al mondo, nove si trovano in Europa.

Nei paesi industrializzati le dipendenze rappresentano un grave problema per la sanità e i servizi sociali. Esse causano enormi costi sociali ed economici, in particolare per quanto riguarda l'alcolismo, che dopo il fumo costituisce la dipendenza di gran lunga più diffusa. L'abuso di alcol e stupefacenti è peraltro ampiamente diffuso anche in Alto Adige. Stando alla più recente Relazione sanitaria provinciale, oltre un terzo (37,8%) della popolazione altoatesina di età compresa tra 18 e 69 anni presenta un comportamento a rischio per quanto attiene l'uso di alcol.³ Il fatto che in un raffronto italiano la provincia si collochi piuttosto in basso nella scala dell'abuso alcolico⁴ non sminuisce la gravità del compito politico connesso con l'affrontamento del problema del consumo di alcol. Problematico è non da ultimo il fatto che anche in Alto Adige i consumatori di sostanze alcoliche sono sempre più giovani. Positivo è tuttavia il fatto che le campagne preventive degli ultimi anni abbiano determinato nella fascia dei 14-15enni una significativa riduzione del consumo alcolico. Circa un quarto (26%) degli altoatesini di età compresa tra 18 e 69 anni fuma, e la percentuale si innalza sensibilmente tra i giovani (41,8%). In Alto Adige il fumo è responsabile di circa il 30% dei tumori e del 35% di tutti i decessi. Dati differenziati sul consumo di droghe proibite in Alto Adige purtroppo non esistono, ma gli esperti ritengono che esso sia in aumento, in particolare per quanto riguarda l'hascisc. Nel 2010 le dimissioni dagli ospedali in seguito a ricoveri riconducibili al consumo di stupefacenti hanno interessato 162 persone (cioè 60,5 persone su 100.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni). Ulteriori informazioni sul numero di assistiti con tossicodipendenze si possono trovare più in basso in questo capitolo.

L'integrazione sociale delle persone con affezioni psichiche continua a venir notevolmente ostacolata dall'ignoranza e dai pregiudizi che la popolazione ha in materia di malattie psichiche. Questa stigmatizzazione porta spesso le persone interessate a nascondere il proprio disturbo e a non ricorrere alle offerte di aiuto disponibili, non consentendo in tal modo quel riconoscimento precoce che è così importante per prevenire il rischio di una cronicizzazione. Un'importante risorsa nel disinnescare le conseguenze della stigmatizzazione sono le organizzazioni di auto mutuo aiuto e quelle che si costituiscono tra i parenti degli interessati, che, assai attive in Alto Adige, svolgono in tal senso un lavoro prezioso.

ORDINE DI GRANDEZZA DEL
DISAGIO PSICHICO

ORDINE DI GRANDEZZA DELLE
DIPENDENZE DA ALCOL E
STUPEFACENTI

STIGMATIZZAZIONE

¹ Wittchen, H.U. e coll.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 ECNP/EBC Report 2011, in: *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 2011, pagg. 655-679.

² OMS Europa (ed.), *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz*, Kopenhagen 2006, pagg. 1-2.

³ Osservatorio epidemiologico provinciale (ed.) *Relazione sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano-Alto Adige 2009*, Bolzano 2010, pagg. 9-10.

⁴ Mentre in Alto Adige „solo“ il 20,5% della popolazione di età superiore a 11 anni fa quotidianamente consumo di alcol, in Italia la percentuale è il 27,4%, vedi: ISTAT (ed.), *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, in: *Statistiche Breve*, 23 aprile 2009, pagg. 6-8.

TRATTAMENTO

Stando allo studio europeo citato in precedenza, in Europa solo il 10% dei disturbi psichici viene trattato con un livello di adeguatezza perlomeno minimo. Anche i migliori sistemi sanitari di conseguenza sono in grado di trattare in maniera sufficientemente adeguata nel migliore dei casi un paziente su due.⁵ Si può quindi ipotizzare che anche in Alto Adige i servizi sociopsichiatrici siano in grado di raggiungere solo una parte degli interessati.

**SITUAZIONE DELLE PERSONE
CON DISTURBI PSICHICI**

I disturbi psichici influenzano spesso in maniera tanto rilevante la vita dei soggetti colpiti da determinare l'abbandono dell'attività lavorativa e il ricorso ad un sostegno economico pubblico. Nonostante la diversificata offerta esistente nell'ambito dell'inserimento lavorativo e delle cooperative sociali di lavoro, sul mercato del lavoro i malati psichici - similmente ai disabili - si trovano continuamente a confronto con problemi rilevanti.

7.1.2 Gli obiettivi politici nel settore del disagio psichico e delle dipendenze

APPROCCIO PERSONALIZZATO

Nel potenziare le strutture di assistenza dei malati psichici, la Provincia ha adottato il criterio dell'approccio personalizzato. In altre parole, i processi di assistenza vengono pianificati, coordinati e attuati trasversalmente alle strutture ed essenzialmente in base al fabbisogno individuale. L'assistenza poggia essenzialmente sulle prestazioni domiciliari e sull'offerta semiresidenziale. Un'assistenza residenziale va fornita solo nei casi in cui non ci siano altre alternative valide. A livello nazionale gli standard dell'assistenza psichiatrica sono stati definiti da ultimo nelle „Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale“ (2008). Spunti importanti per l'assistenza psichiatrica a livello nazionale sono contenuti anche nel Piano sanitario nazionale 2006-2008. Accanto agli aspetti dell'intervento precoce, della messa in rete e del coordinamento delle varie offerte, si pone qui particolare attenzione alla continuità del trattamento individuale e all'assistenza alla popolazione immigrata.

**SISTEMA DI ASSISTENZA
DIFFERENZIATO**

Nei limiti delle sue possibilità finanziarie, la Provincia cerca di rendere la rete assistenziale quanto più possibile vicina alla popolazione e consona al fabbisogno, con un sistema di assistenza differenziato che coinvolge tutti i settori di intervento (trattamento terapeutico e riabilitazione; alloggi; lavoro e professione, tempo libero e gestione delle attività quotidiane). In futuro i malati psichici dovranno godere delle stesse possibilità di assistenza offerte a tutti gli altri malati. Gli obiettivi principali dell'assistenza sociopsichiatrica in Alto Adige sono definiti già nello specifico piano settoriale del 1996. Il Piano sociopsichiatria definisce la gamma dei servizi e delle prestazioni da offrirsi, come pure il ruolo dei servizi sociali e di quelli sanitari nell'erogazione delle prestazioni stesse. Nel suo complesso il livello prefissato per il Piano sociopsichiatria non è ancora del tutto concretizzato. Tuttavia il settore sociale ha nel frattempo raggiunto e in parte superato gli obiettivi a suo tempo indicati dal Piano settoriale. Ulteriori obiettivi e interventi di assistenza sociopsichiatrica sono indicati anche nel Piano sociale provinciale attualmente in vigore, che prevede in particolare una miglior assistenza dei malati psichici da parte del servizio di assistenza domiciliare e di altri servizi distrettuali, come pure il rafforzamento degli interventi di riabilitazione e reinserimento lavorativo.

LAVORO

Nell'ottica del miglioramento del reinserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici e dipendenze, all'inizio del 2011, con la riforma dei criteri di erogazione dei contributi alle cooperative sociali (tipo B), è stato compiuto un ulteriore importante passo avanti, che ha consentito di migliorare in maniera significativa - specie per questi gruppi di persone - la possibilità di un inserimento nel libero mercato del lavoro.

SISTEMAZIONE ABITATIVA

Sul piano della creazione di un sistema di assistenza differenziato esiste ancora un certo fabbisogno di recupero nel settore abitativo. Talune lacune hanno potuto colmarsi nel 2011 con la deliberazione n. 683 del 21//04/2011, avente ad oggetto l'istituzione dell'accompagnamento abitativo sociopedagogico-

⁵ Vedi nota a piè di pagina 1.

co. Detta forma di accompagnamento si rivolge agli adulti disabili, come pure alle persone con disturbi psichici e ad altri soggetti in gravi situazioni di disagio sociale che desiderano raggiungere l'obiettivo di una vita autonoma o che necessitano di un supporto costante per mantenere la loro indipendenza nell'ambiente loro abituale. Con riguardo al settore abitativo non va omissis di citare la deliberazione n. 226 del 08/02/2011, che ha uniformato le linee guida precedentemente vigenti in materia di affido familiare delle persone adulte. L'obiettivo è quello di rafforzare il principio dell'assistenza abitativa fornita dalla famiglia ospite in alternativa all'accoglimento in una struttura sociale. Nell'ambito della sensibilizzazione alla tematica della salute psichica in generale e dell'affido familiare di soggetti con malattie psichiche in particolare, il dipartimento per la famiglia, la salute e le politiche sociali ha pubblicato un foglio informativo bilingue per le famiglie affidatarie che intendono accogliere persone con malattie psichiche.

La realizzazione di un sistema di assistenza centrato sull'utente comporta da ultimo naturalmente anche l'esigenza di promuovere iniziative di auto mutuo aiuto, mettendole in rete con le offerte già esistenti. In questo senso assume ormai da anni un ruolo significativo anche la prevenzione. Così in stretta collaborazione con il competente assessorato sono state avviate campagne informative come ad esempio "Salute psichica – cos'è?" oppure grandi progetti di livello internazionale quali l' "Alleanza europea contro la depressione".

Anche nella politica della lotta alle dipendenze la prevenzione svolge un ruolo importante. Così ad esempio in Alto Adige è in corso già dal 2006 una campagna generale di prevenzione dell'abuso di alcol, che nel 2010 è entrata in una nuova fase all'insegna del motto "Responsabilità verso sé stessi e verso la collettività". Anche e in particolare nel campo della prevenzione, una politica efficace di lotta alle dipendenze necessita della collaborazione di tutti i principali protagonisti dell'area sanitaria e sociale, della scuola, del lavoro giovanile, della cultura, della giustizia e dell'ordine pubblico. Così ad esempio il servizio per l'educazione alla salute delle tre intendenze scolastiche (scuole materne e scuole) offre supporto nell'attuazione di iniziative nel settore della prevenzione delle dipendenze. L'integrazione dei servizi sociali e sanitari nel settore delle dipendenze è stata portata decisamente avanti già nel 2006, con l'approvazione della L. p. 18 maggio 2006 n. 3 "Interventi in materia di dipendenze". Per quanto attiene l'importanza della messa in rete va inoltre ricordato che anche in Alto Adige si osserva da un po' di tempo un incremento delle diagnosi doppie (malattie psichiche accompagnate da dipendenze). Senza un'adeguata messa in rete e collaborazione tra i servizi sociali e sanitari, non si sarà in grado di affrontare questo fenomeno.

7.2 L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON MALATTIE PSICHICHE

7.2.1 L'assistenza in sintesi

Compito della rete di assistenza alle persone con malattie psichiche è quello di prevenire, diagnosticare e trattare le persone con disturbi e problemi psichici, consentendone il reinserimento nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo, anche mediante specifiche misure di sostegno alla famiglia. L'accesso al trattamento e all'assistenza viene attivato tramite i servizi psichiatrici e psicologici. Per l'assistenza ai malati psichici in Alto Adige sono competenti sia i servizi sociali che quelli sanitari.

I campi di attività dei servizi sociali riguardano la riabilitazione sociale e lavorativa e l'assistenza abitativa, mentre l'attività dell'area sanitaria si concentra sulla prevenzione, il trattamento psichiatrico e la riabilitazione sanitaria. Di conseguenza è l'area sanitaria a gestire i reparti psichiatrici degli ospedali, i centri di salute mentale, i day and night hospitals, i centri di riabilitazione e le comunità protette (convitti). La tabella 7.1 illustra in sintesi lo stato attuale dell'assistenza psichiatrica nell'area sanitaria:

PREVENZIONE E AUTO MUTUO
AIUTO

PREVENZIONE E MESSA IN
RETE NELLA POLITICA DELLA
LOTTA ALLE DIPENDENZE

CAMPI DI ATTIVITÀ
DELL'AREA SANITARIA

Tab. 7.1: Posti letto in strutture sanitarie per malati psichici al 31/12/2009 e 31/12/2010 e utenti dei Centri di salute mentale e dei Servizi psicologici di diagnosi e cura nel 2009 / 2010

Strutture sanitarie	AS Bolzano		AS Merano		AS Bressanone		AS Brunico		Totale	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Ospedali ordinari	24	24	9	9	16	16	13	13	62	62
Ospedali/day hospital	6	6	1	-	1	1	1	1	9	8
Centri di riabilitazione	49	k.D.	6	k.D.	-	k.D.	-	k.D.	55	k.D.
Comunità protette	21	k.D.	42	k.D.	10	k.D.	12	k.D.	85	k.D.
Totale	100		58		27		26		211	
Centri di salute mentale	AS Bolzano		AS Merano		AS Bressanone		AS Brunico		Totale	
Pazienti assistiti nell'anno	3.695	3.445	1.863	1.920	1.694	1.868	2.031	1.916	9.283	9.149
- di cui nuovi utenti	762	753	369	379	432	443	457	329	2.020	1.904
Servizi psicologici	AS Bolzano		AS Merano		AS Bressanone		AS Brunico		Totale	
Pazienti assistiti nell'anno	4.246	2.852	1.986	2.114	1.410	1.442	1.108	1.206	8.750	7.614
- di cui nuovi utenti	1.153	1.150	690	722	586	562	360	315	2.789	2.749

Fonte: Relazioni sanitarie 2009 & 2010.

CAMPI DI ATTIVITÀ
DELL'AREA SOCIALE

COMUNITÀ ALLOGGIO

L'area sociale provvede alla gestione delle comunità alloggio per i malati psichici, delle famiglie affidatarie e delle strutture di riabilitazione lavorativa nonché delle strutture diurne (centri socioassistenziali diurni, punti di incontro) per la gestione del tempo libero e delle attività quotidiane.

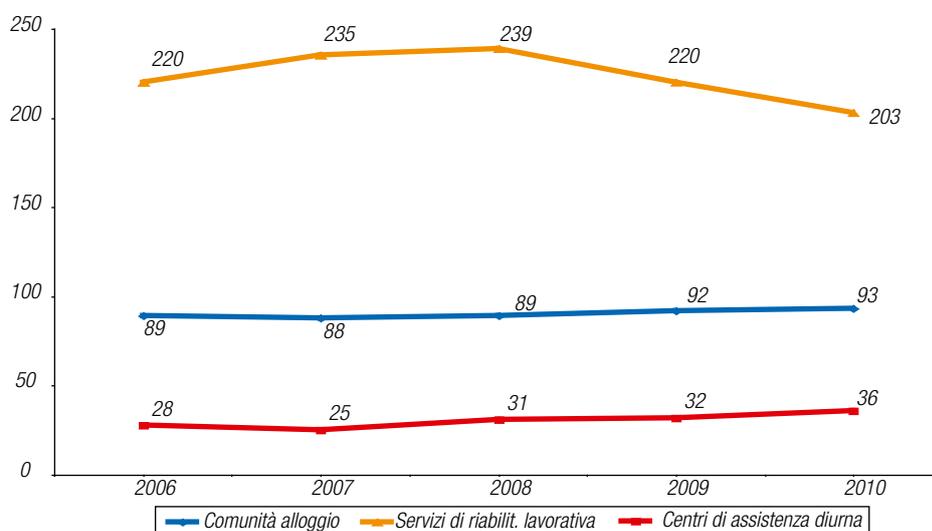
Le comunità alloggio sono destinate a quei malati psichici che dispongono di un grado di autonomia sufficiente a non necessitare di un'assistenza permanente. Salvo casi eccezionali, vi vengono accolte solo persone che sono in grado di svolgere almeno un'attività lavorativa protetta. La durata della permanenza si orienta sulle esigenze del singolo caso, per cui le comunità alloggio sono per taluni una residenza permanente, per altri invece solo una sistemazione provvisoria cui farà seguito una vita autonoma. Una tipologia tradizionale di supporto sul piano abitativo è quella dell'affido familiare, una forma di convivenza in ambito familiare che si rivolge essenzialmente a quei malati psichici che nonostante dispongano di un'ampia autonomia non sono ancora in grado di vivere in piena indipendenza. Le famiglie affidatarie hanno una particolare utilità sul piano dell'integrazione sociale degli interessati. La scuola abitativa e i miniappartamenti sono un'offerta abitativa limitata nel tempo, che permette a persone con problemi psichici o in situazione di handicap la possibilità di prepararsi gradualmente a vivere in autonomia.

STRUTTURE DI
RIABILITAZIONE LAVORATIVA

Per quanto attiene le strutture di riabilitazione lavorativa, si distingue tra laboratori riabilitativi, laboratori protetti e centri di addestramento lavorativo. I laboratori protetti sono strutture lavorative e occupazionali riservate a persone portatrici di una malattia psichica di media gravità a decorso cronico. Queste strutture, che poggiano sul criterio di una terapia occupazionale mirata alle esigenze dell'utente, offrono posti di lavoro protetti a tempo indeterminato, pur lasciando aperta la possibilità di un reinserimento nel mondo del lavoro. I centri di addestramento lavorativo hanno invece l'obiettivo di promuovere la riabilitazione professionale dei malati psichici all'interno di un processo produttivo e lavorativo il più possibile affine alla realtà. La permanenza all'interno di queste strutture è in linea di principio limitata nel tempo, l'obiettivo essendo quello di un reinserimento a medio termine nel mondo del lavoro.

Mentre nelle comunità alloggio e nei centri di assistenza diurna la ricettività si è potuta migliorare ancora leggermente in questi ultimi anni, quella dei servizi di riabilitazione lavorativa si è sensibilmente contratta dal 2008, passando da 239 a 203 posti.

Grafico 7.1: Ricettività dei servizi per i malati psichici, 2006-2010



Fonte: ASTAT, 2010

L'indice di dotazione medio (numero di posti per 1.000 abitanti) alla fine del 2010 variava per i 3 servizi tra lo 0,40 dei servizi di riabilitazione lavorativa e lo 0,07 dei centri diurni. Naturalmente a livello locale si riscontrano considerevoli differenze, come evidenzia la tabella che segue.

Tab. 7.2: Indice di dotazione medio per comunità comprensoriali, 2010

Comunità comprensoriale	Posti per 1.000 abitanti		
	Comunità alloggio	Servizi di riabilitazione lavorativa	Centri diurni
Val Venosta	0,18	0,50	-
Burgraviato	0,13	0,26	-
Oltradige-B.A.	0,24	0,41	0,18
Bolzano	0,13	0,29	-
Salto-Sciliar	0,27	0,56	0,12
Val d'Isarco	0,15	0,54	-
Alta Valle Isarco	0,16	0,93	0,41
Val Pusteria	0,25	0,35	0,12
Totale Provincia	0,18	0,40	0,07

Fonte: ASTAT, 2010; conteggi interni SIM.

L'assistenza psichiatrica e/o psicologica all'interno delle strutture gestite dai servizi sociali è di norma erogata dall'unità sanitaria territorialmente competente. Assume in tal modo una rilevanza centrale per l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sociopsichiatrica la collaborazione pratica tra i servizi sociali e quelli sanitari.

7.2.2 Comunità alloggio

Alla fine del 2010 esistevano in Alto Adige 11 comunità alloggio per malati psichici che, con una disponibilità complessiva di 93 posti, accoglievano 77 utenti. In linea di massima ciascuna Comunità comprensoriale ha almeno una comunità alloggio.

OFFERTA E UTILIZZO

Tab. 7.3: Numero, posti e utenti delle comunità alloggio, 2008-2010

Comunità alloggio	2008			2009			2010		
	Strutt.	Posti	Utenti	Strutt.	Posti	Utenti	Strutt.	Posti	Utenti
Val Venosta	1	6	4	1	6	5	1	6	4
Burgraviato	1	13	11	1	13	11	1	13	13
Oltradige-B.A.	2	17	17	2	18	17	2	18	12
Bolzano	2	13	12	2	13	13	2	13	11
Salto-Sciliar	2	12	11	2	12	6	2	13	12
Val d'Isarco	1	8	8	1	8	6	1	8	7
Alta Valle Isarco	1	3	3	1	3	3	1	3	1
Val Pusteria	1	17	15	1	19	16	1	19	17
Totale Provincia	11	89	81	11	92	77	11	93	77

Fonte: ASTAT, 2010.

Il grado di utilizzo puntuale (numero di assistiti al 31/12/2010 rispetto al numero di posti alla stessa data) risultava alla fine del 2010 dell'82,8%, quindi un valore all'incirca uguale a quello del 2009. Come ci si può aspettare, in una serie storica più lunga si osserva una considerevole oscillazione del grado di utilizzo in determinate giornate campione (di norma tra l'80% e il 90%). Nel 2010 sono state accolte in una comunità alloggio complessivamente 32 persone, con un coefficiente di turnover del 41,6%. Nello stesso anno, con 23 dimissioni si ha un coefficiente di dimissioni del 29,9%.

LISTE DI ATTESA

Sulla scorta dei dati disponibili, l'adeguatezza quantitativa dell'offerta di posti all'interno delle comunità alloggio si può stimare solo indirettamente esaminando le liste di attesa e il grado di utilizzo. Complessivamente, nel 2010 si sono iscritte in una lista d'attesa 8 persone. Il coefficiente di domanda insoddisfatta (persone in lista di attesa su 100 posti esistenti) si colloca in tal modo sull'8,6. In ogni caso va detto che in quel periodo soltanto 3 delle 11 strutture tenevano una lista di attesa. Si può quindi soltanto presumere che il fabbisogno non sia completamente coperto.

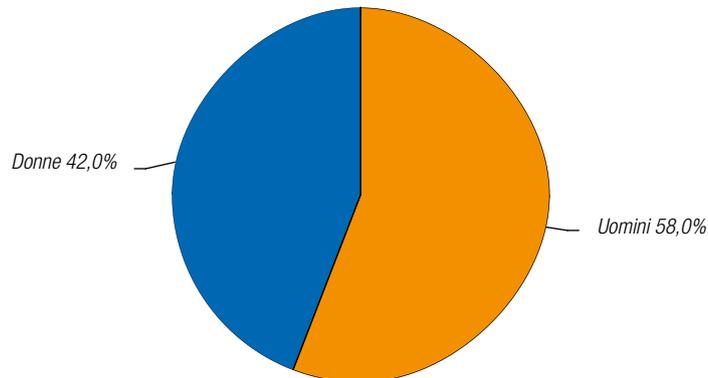
ENTI GESTORI

La maggior parte delle comunità alloggio (9 su 11) viene gestita dai servizi sociali delle Comunità comprensoriali. Solo in due casi la struttura è gestita da cooperative sociali, che hanno stipulato a tal fine convenzioni con le Comunità comprensoriali e le Aziende sanitarie.

CARATTERISTICHE SOCIO
DEMOGRAFICHE DEGLI UTENTI

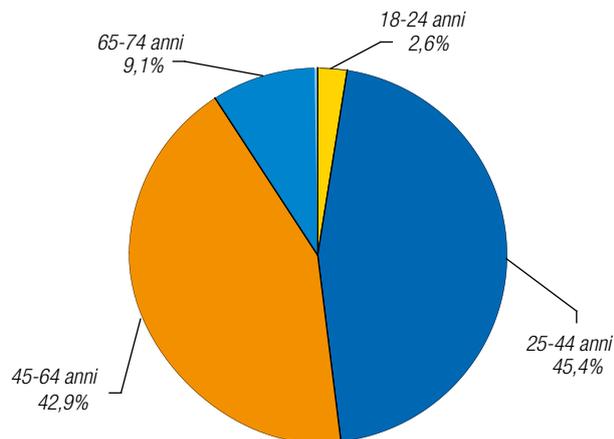
Alla fine del 2010, nelle comunità alloggio prevaleva col 58% la presenza maschile. La fascia di età più rappresentata era quella dei 25-44enni (45,4%), mentre gli anziani (utenti con 65 e più anni) non raggiungevano il 10% (9,1%).

Grafico 7.2: Utenti delle comunità alloggio per sesso, 2010



Quelle: ASTAT, 2010.

Grafico 7.3: Utenti delle comunità alloggio per fascia di età, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Per quanto riguarda il grado di invalidità, solo una piccola parte degli utenti (16,9%) è portatrice di un'invalidità totale ai sensi della L.p. 46/1978, in sintonia con le indicazioni concettuali per le comunità alloggio. In quasi un quinto dei casi (20,8%), agli utenti non è riconosciuto alcun grado di invalidità. Per quanto riguarda i quadri clinici, nel 2010 - come del resto anche negli anni precedenti - predominavano quelli schizofrenici (80,5%), seguiti dai disturbi affettivi (6,5%) e da quelli della personalità e del comportamento (6,5%).

GRADO DI INVALIDITÀ E
DIAGNOSI

Grafico 7.4: Utenti delle comunità alloggio per grado di invalidità, 2010

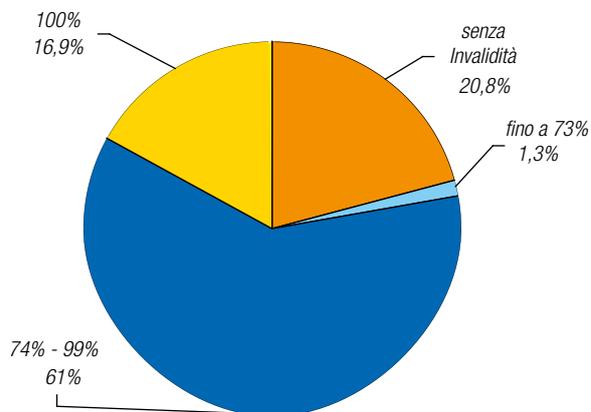
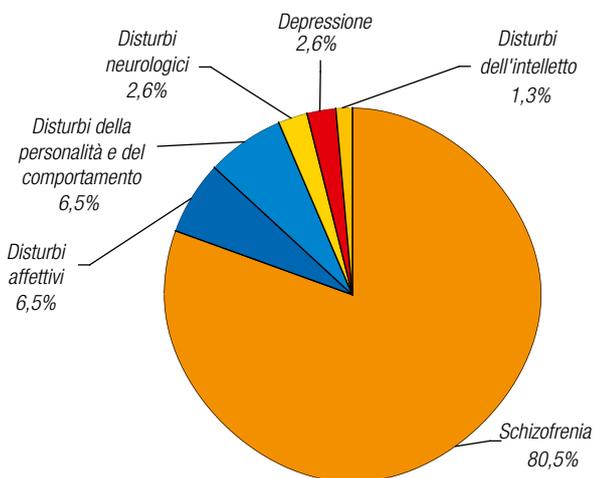


Grafico 7.5: Utenti delle comunità alloggio per diagnosi, 2010

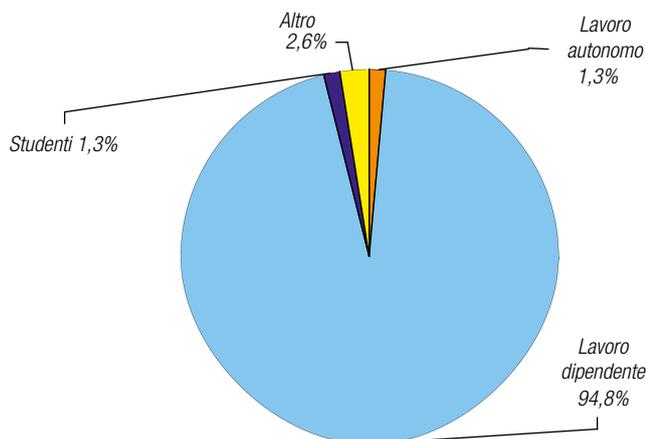


Fonte: ASTAT, 2010.

ATTIVITÀ LAVORATIVE

Quasi tutti gli utenti svolgevano di giorno un'attività lavorativa. Come ci si può aspettare, predominano le attività dipendenti (94,8%). Purtroppo le statistiche non consentono di ricavare informazioni sul luogo di lavoro (laboratori, progetti di inserimento lavorativo ecc.).

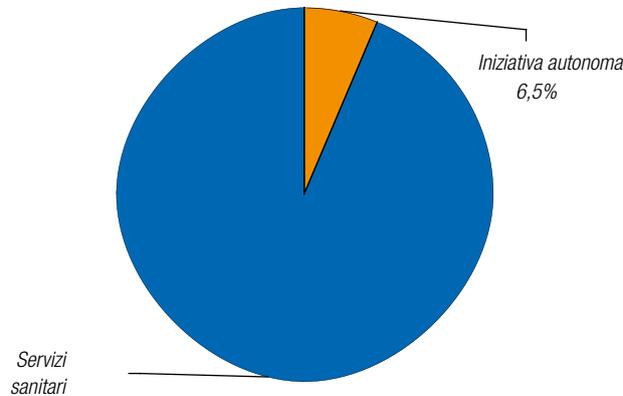
Grafico 7.6: Utenti delle comunità alloggio per attività lavorativa, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Di norma l'iniziativa di accoglimento in una comunità alloggio ha avuto origine dai servizi sanitari (93,5%).

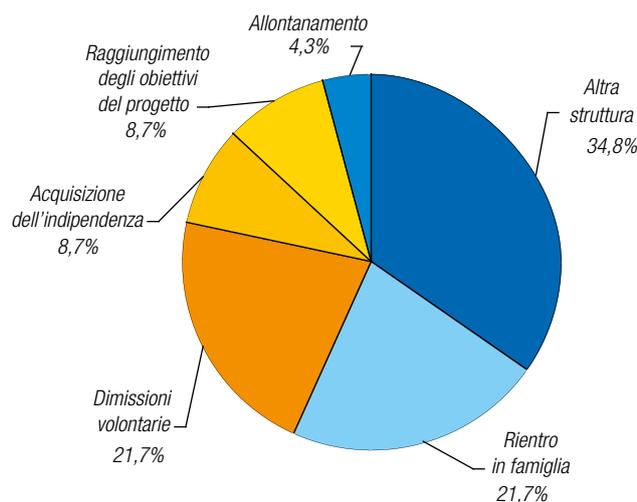
Grafico 7.7: Utenti delle comunità alloggio per tipologia di invio, 2010



Fonte: ASTAT, 2010

Le statistiche relative alle dimissioni rivelano che circa in un terzo dei casi (34,8%) l'utente è stato trasferito ad altre struttura. Meno di un quarto delle persone dimesse (21,7%) è ritornato alla propria famiglia. In entrambi i casi è però difficile valutare in che misura questa tipologia di dimissione abbia risposto effettivamente alle esigenze dell'utente, oppure se sia stata avvertita piuttosto come soluzione di emergenza in mancanza di alternative migliori. Nel caso delle dimissioni volontarie (21,7%), esattamente come nei casi che si nascondono sotto la voce "altro", non ci sono purtroppo informazioni sul prosieguo della vita dell'utente. Certo è comunque che il trasferimento ad un'abitazione propria viene fortemente ostacolato dalle difficoltà di accesso al mercato degli alloggi.

Grafico 7.8: Utenti delle comunità alloggio per tipologia di dimissioni, 2010



Fonte: ASTAT, 2010

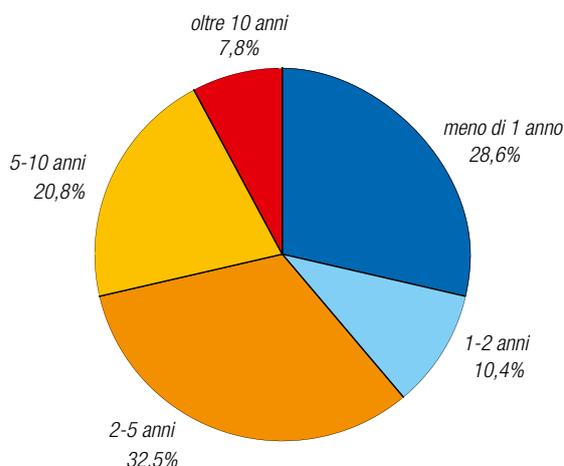
Per quanto riguarda la durata della permanenza nelle comunità alloggio, alla fine del 2010 il 28,6% degli utenti risultava risiedervi già da oltre 5 anni. Soltanto un quarto circa vi alloggiava da meno di un anno. Rispetto agli anni precedenti si osserva una certa tendenza al prolungamento delle permanenze: nel 2008 neppure un quarto (21,9%) degli utenti vi risiedeva da oltre 5 anni, e il 44% da fino a due anni.

INVIO

DIMISSIONI

DURATA DELLA PERMANENZA

Grafico 7.9: Utenti delle comunità alloggio per durata della permanenza, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

PERSONALE

Alla fine del 2010 risultavano occupati presso le comunità alloggio 35 operatori, pari a 30,2 operatori equivalenti a tempo pieno. Per ogni operatore equivalente a tempo pieno vi erano quindi 2,5 utenti. In questo modo il rapporto tra utenti e operatori equivalenti a tempo pieno risulta stabile ormai da anni. Il personale di ruolo è costituito anzitutto da assistenti per disabili (45,4% degli operatori equivalenti a tempo pieno) ed educatori per disabili (18,9% degli operatori equivalenti a tempo pieno). In nessuna comunità alloggio risultava operare alla fine del 2010 personale volontario.

7.2.3 Servizi di riabilitazione lavorativa

OFFERTA E GRADO DI UTILIZZO

Alla fine del 2010 esistevano in Alto Adige 13 servizi di riabilitazione lavorativa con complessivi 203 posti. Si tratta di tipologie di strutture assai diverse fra di loro: accanto ai laboratori protetti e a quelli riabilitativi, i servizi di riabilitazione lavorativa comprendono anche centri di addestramento professionale e strutture combinate (comprendenti all'interno della medesima struttura i centri di addestramento professionale e i laboratori protetti). Rispetto all'anno precedente la ricettività si è contratta di quasi l'8%. Rispetto al 2008 si ha una riduzione della ricettività addirittura del 15,1% (da 239 a 203 posti). Ai posti disponibili si aggiungono 11 posti per permanenze brevi.

Tab. 7.4: Strutture, posti e utenti dei servizi di riabilitazione lavorativa, 2008-2010

Comunità comprensoriali	2008			2009			2010		
	N.	Posti	Utenti	N.	Posti	Utenti	N.	Posti	Utenti
Val Venosta	2	18	16	2	16	17	2	17	17
Burgraviato	2	24	22	2	24	30	2	25	21
Oltredige-B.A.	1	30	23	1	28	30	1	30	21
Bolzano	3	59	58	3	45	79	2	30	31
Salto-Sciliar	2	27	21	2	27	19	2	27	19
Val d'Isarco	2	32	28	2	31	29	2	29	29
Alta Valle Isarco	1	23	20	1	23	19	1	18	18
Val Pusteria	1	26	26	1	26	35	1	27	27
Totale provincia	15	239	214	14	220	258	13	203	183

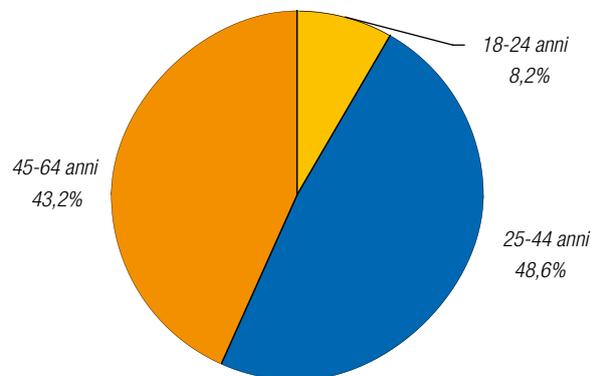
Il grado di utilizzo puntuale (posti occupati rispetto al numero complessivo di posti disponibili) era a fine 2010 del 90,1%. Questo dato tuttavia descrive solo una situazione momentanea e non tiene conto della fluttuazione tra gli utenti, che proprio nelle strutture di riabilitazione lavorativa non è trascurabile: nel 2010 sono stati infatti accolti 58 nuovi utenti, a fronte di 57 dimissioni. Si ha quindi per i servizi di riabilitazione lavorativa un indice di turnover del 28,6%.

Soltanto 5 dei 13 servizi di riabilitazione lavorativa tenevano nel 2010 una lista di attesa. Nelle liste di attesa si erano iscritti complessivamente nel 2010 18 persone. Non è dato qui di comprendere in quale misura questo dato possa interpretarsi come segno di una copertura insufficiente. Purtroppo non sono disponibili dati relativi ai contenuti degli elenchi per aree territoriali.

10 dei 13 servizi di riabilitazione lavorativa sono gestiti dalle Comunità comprensoriali. Negli altri casi la gestione della struttura è affidata rispettivamente ad un altro ente pubblico, ad una cooperativa sociale e ad un'associazione di volontariato.

Con il 50,8%, alla fine del 2010 prevaleva presso i servizi di riabilitazione lavorativa la presenza femminile. Per quanto riguarda la distribuzione per fasce di età, nel 2010 la fascia più numerosa risultava quella dei 25-44enni (48,6%), mentre quasi la stessa percentuale (43,2%) degli utenti aveva a quell'epoca già raggiunto i 45 anni di età.

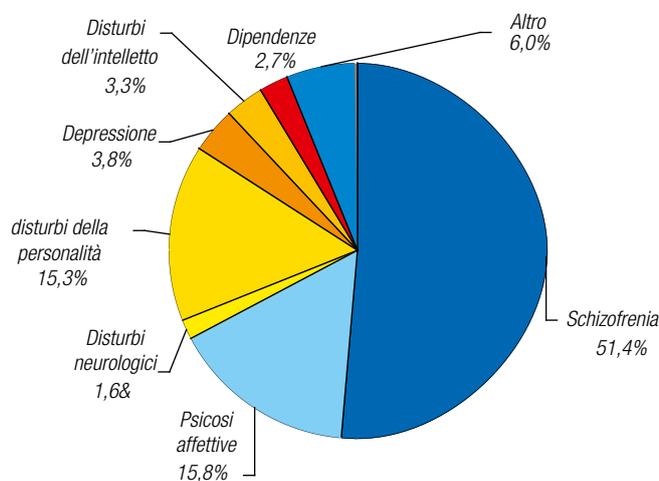
Grafico 7.10: Servizi di riabilitazione lavorativa: utenti per età, 2010



Fonte: ASTAT, 2010

Quasi la metà degli utenti (51,4%) presenta un quadro clinico di tipo schizofrenico; seguono le psicosi affettive (15,8%) e i disturbi della personalità e comportamentali (15,3%). Quasi un quarto degli utenti (24,6%) non presenta un grado di invalidità riconosciuto, mentre circa un interessato su sei ha un'invalidità del 100%. Per circa la metà degli utenti l'invalidità riconosciuta oscilla tra il 74 e il 99%.

Grafico 7.11: Servizi di riabilitazione lavorativa: utenti per diagnosi, 2010



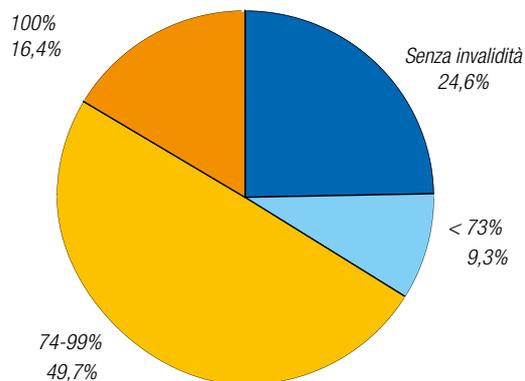
Fonte: ASTAT, 2010.

LISTE DI ATTESA

ENTI GESTORI

DIAGNOSI E INVALIDITÀ

Grafico 7.12: Servizi di riabilitazione lavorativa: utenti per grado di invalidità, 2010

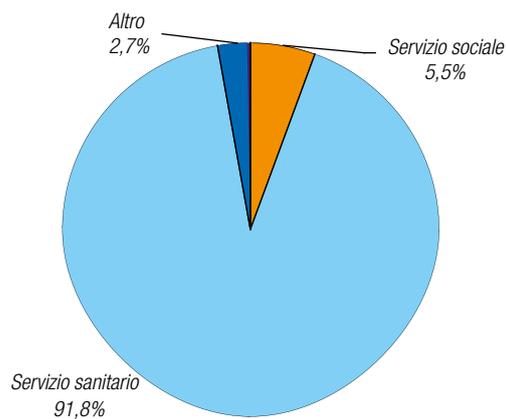


Fonte: ASTAT, 2010.

TIPOLOGIA DI INVIO

Circa 9 utenti su dieci (91,8%) sono stati accolti su invio di un servizio sanitario, il 5,5% su raccomandazione di un servizio sociale.

Grafico 7.13: Servizi di riabilitazione lavorativa: utenti per tipologia di invio, 2010

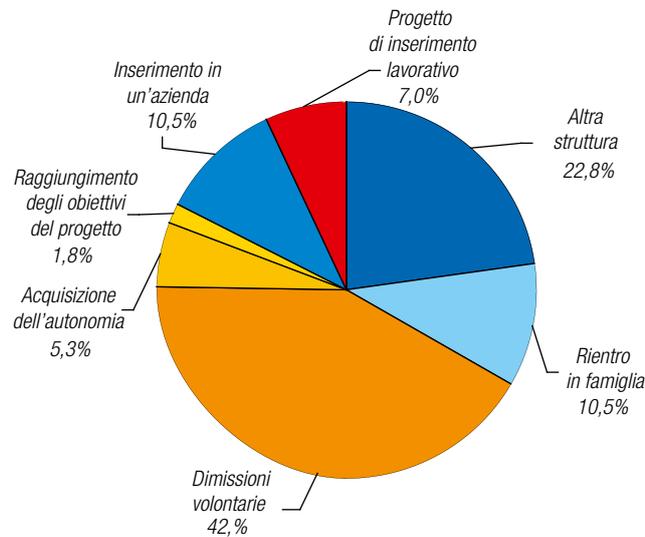


Fonte: ASTAT, 2010

DIMISSIONI

Delle 57 persone complessivamente dimesse del 2010, circa un quarto (22,8%) è stato trasferito direttamente ad un'altra struttura, il 10,5% ha trovato posto in un'azienda ed un altro 7,0% è stato inserito in un altro progetto di inserimento lavorativo. In quasi la metà dei casi (42,1%) si è trattato invece di dimissioni volontarie. Di conseguenza per circa la metà delle dimissioni non vi sono informazioni su quanto è accaduto dopo le dimissioni stesse. È quindi difficile valutare quante persone, dopo la permanenza nelle strutture di riabilitazione lavorativa, siano effettivamente riuscite a trovare un'occupazione.

Grafico 7.14: Servizi di riabilitazione lavorativa: utenti per motivo delle dimissioni, 2010

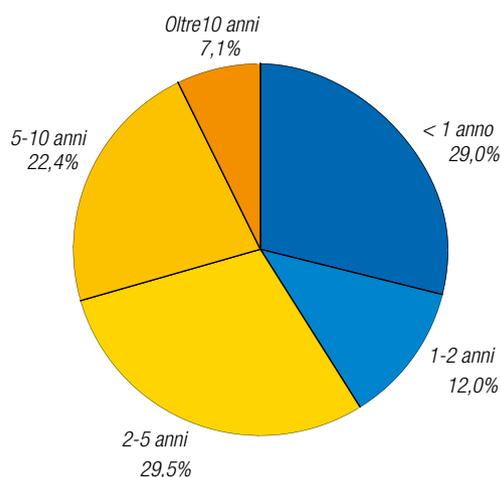


Fonte: ASTAT, 2010

Diversi essendo gli orientamenti concettuali dei vari servizi di riabilitazione lavorativa (posti di lavoro permanenti o posti di occupazione temporanea), i tempi di permanenza variano fortemente da una struttura all'altra. Considerando tutte le strutture nel loro insieme, alla fine del 2010 il 29,0% degli utenti si trovava presso la struttura da meno di un anno, il 12,0% da 1 a fino a 2 anni e un terzo scarso (29,5%) già da oltre 5 anni.

DURATA DELLA PERMANENZA

Grafico 7.15: Servizi di riabilitazione lavorativa: utenti per durata della permanenza, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Ad assistere gli utenti presenti nei servizi alla fine del 2010 erano complessivamente 124 collaboratori, pari a 101,2 operatori equivalenti a tempo pieno. Il rapporto è quindi di 1,8 persone assistite per ciascun operatore equivalente a tempo pieno, un'incidenza notevolmente migliorata (da 26 a 1,8) rispetto a quella dell'anno dell'ultima Relazione sociale integrale (2006). Tra gli operatori, i profili professionali più rappresentati sono gli assistenti per disabili (13,8% degli equivalenti a tempo pieno), seguiti dagli operatori socio-assistenziali (11,6%) e dagli istitutori (11,4%). In un terzo

PERSONALE

OFFERTA E UTILIZZO

delle strutture (35,7%) opera anche personale volontario: nel 2010 erano presenti presso i servizi di riabilitazione lavorativa complessivamente 43 volontari, con una prestazione lavorativa media di 9,6 ore al mese.

7.2.4 Centri diurni

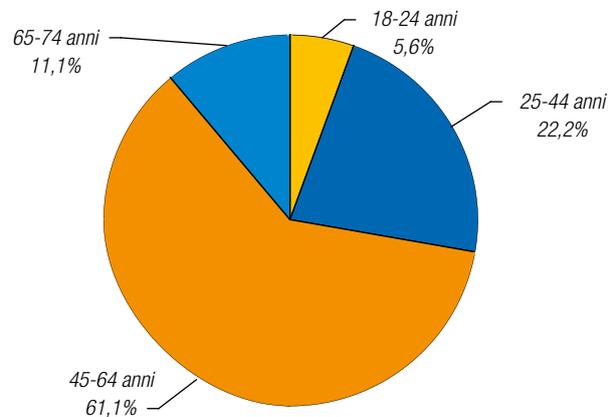
In Alto Adige esistevano a fine 2010 quattro centri diurni per malati psichici, per 36 posti complessivi: uno nella Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina (13 posti), uno a Salto-Sciliar (6 posti), uno in Val Pusteria (9 posti) e uno in Alta Valle Isarco (8 posti). Enti gestori di queste strutture sono le rispettive Comunità comprensoriali. In tal maniera negli ultimi cinque anni la ricettività è cresciuta del 28,6% (da 28 a 36 posti). Non è peraltro ancora raggiunto l'obiettivo di medio termine - definito nel Piano sociopsichiatria - di realizzare centri diurni in ciascuna Comunità comprensoriale. Si renderà quindi necessario un ulteriore potenziamento coordinato, in sintonia con le altre offerte di riabilitazione lavorativa.

Alla fine dell'anno complessivamente 36 persone frequentavano uno dei quattro centri, con un grado di utilizzo che raggiungeva quindi il 100%. Nel corso dell'anno sono stati accolti complessivamente 15 nuovi utenti e ne sono stati dimessi 6.

Gli uomini (20) e le donne (16) sono presenti nelle strutture in rapporto pressoché equilibrato. Si osserva però che rispetto agli utenti delle comunità alloggio e a quelli dei servizi di riabilitazione lavorativa, gli utenti dei centri diurni sono nel loro complesso sensibilmente più anziani: quasi tre quarti (72,3%) avevano 45 anni e più, e uno su dieci ha addirittura superato i 65 anni.

CARATTERISTICHE SOCIO-
DEMOGRAFICHE DEGLI UTENTI

Grafico 7.16: **Centri diurni: utenti per età, 2010**

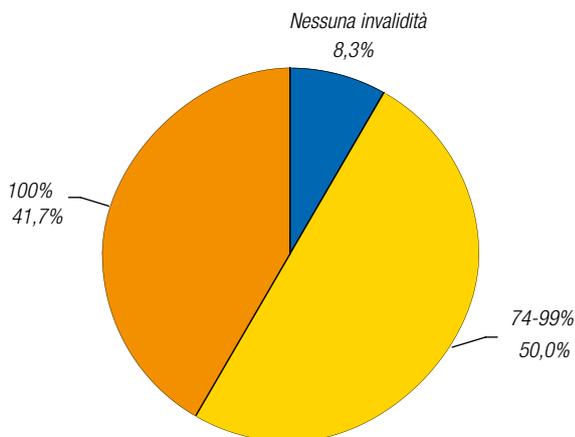


Fonte: ASTAT, 2010

DIAGNOSI E INVALIDITÀ

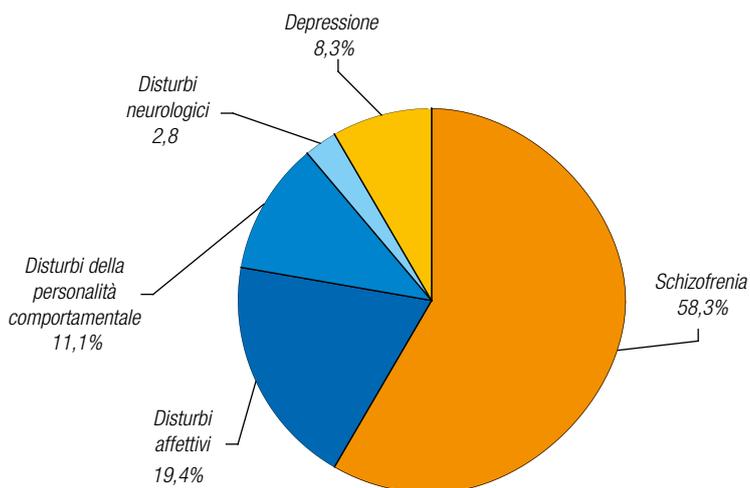
Rispetto agli utenti delle comunità alloggio e a quelli dei servizi di riabilitazione lavorativa, gli utenti dei centri diurni presentano tipologie di disabilità sensibilmente più gravi. Oltre il 40% sono invalidi totali, e solo per l'8,3% non è stata riconosciuta alcuna invalidità. Anche nel caso dei centri diurni prevalgono con quasi il 60% disturbi di tipo schizofrenico. Relativamente alta appare anche l'incidenza degli utenti con diagnosi di depressione (8,3%).

Grafico 7.17: Centri diurni: utenti per grado di invalidità, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Grafico 7.18: Centri diurni: utenti per diagnosi, 2010

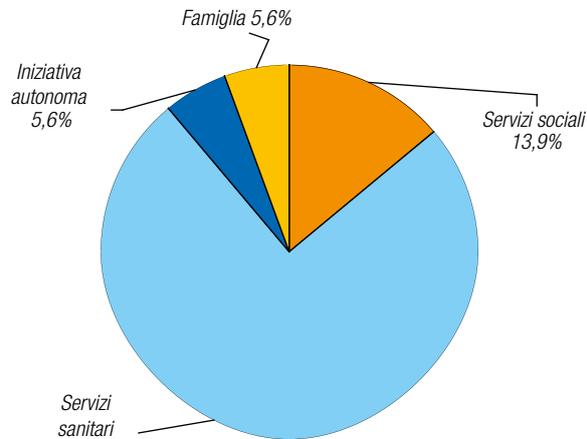


Fonte: ASTAT, 2010.

L'accoglimento nel centro diurno è avvenuto in tre casi su quattro su iniziativa di un servizio sanitario, e nel 13,9% dei casi su iniziativa di un servizio sociale. Alla fine del 2010 un buon quarto (27,8%) degli utenti era presente nella struttura da meno di un anno, ma il 16,7% di essi la frequentava invece da oltre cinque anni. Si evidenzia qui l'importanza che assume per qualcuno dei soggetti interessati la possibilità di dare un senso alla propria giornata.

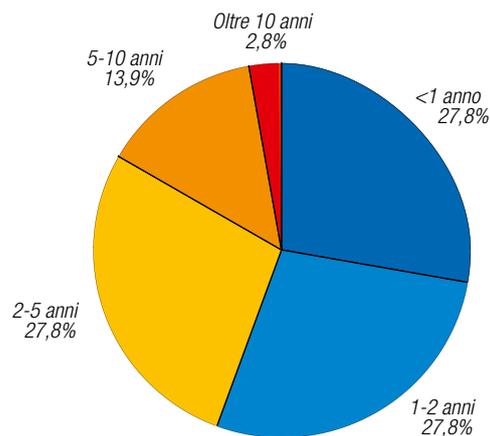
INVIO

Grafico 7.19: centri diurni: utenti per invio, 2010



Fonte: ASTAT, 2010

Grafico 7.20: Centri diurni: utenti per durata della permanenza, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

PERSONALE

Nei quattro centri diurni operavano alla fine del 2010 dieci collaboratori, pari a 8,1 operatori equivalente a tempo pieno. Il personale era costituito in essenza da assistenti per disabili (45,7% di tutti gli operatori equivalenti a tempo pieno) ed istitutori (30,9%).

7.3 L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIPENDENZE

7.3.1 Servizi dell'area sanitaria

ALCOLDIPENDENZA

In campo sanitario l'assistenza territoriale agli alcolodipendenti è garantita dai Servizi per le tossicodipendenze (SerD) e da due servizi privati convenzionati con le aziende sanitarie di Bolzano e di Merano. Nel 2009 i Servizi per le tossicodipendenze hanno assistito complessivamente 3.419 persone con problemi di alcolismo; di queste i due servizi privati ne hanno assistito 1.259 (36,8%). Nel 2010 il numero complessivo di persone assistite si è ridotto del 12% circa, passando alle attuali 2.991 persone.

Tab. 7.5: Alcoldipendenza: numero complessivo di utenti in carico, 2009 & 2010

2009 - 2010						
Utenti in carico	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Strutture private	Totale
Utenti in carico	189	332	267	365	1.123	2.276
Utenti non in carico	16	-	-	-	-	16
Contatti	61	291	304	335	136	1.127
Totale	266	623	571	700	1.259	3.419

2009 - 2010						
Utenti in carico	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Strutture private	Totale
Utenti in carico	4	306	259	230	823	1.622
Utenti non in carico	207	246	178	216	501	1.188
Contatti	-	45	25	54	57	181
Totale	211	597	462	500	1.381	2.991

Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2010.

In campo sanitario l'assistenza territoriale dei tossicodipendenti viene gestita anch'essa dai Servizi per le tossicodipendenze (SerD). Presso il SerD sono state assistite nel corso del 2009 1.506 persone con problemi di tossicodipendenza. Nel 2010 il numero degli assistiti si è ridotto solo di poco, passando a 1.446 persone.

TOSSICODIPENDENZA

129

Tab. 7.6.: Tossicodipendenza: utenti in carico del Servizio per le tossicodipendenze (SerD) per Distretto sanitario, 2009 & 2010

2009 - 2010					
Utenti in carico	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Utenti in carico	547	207	52	47	853
Utenti non in carico	88	34	9	11	142
Contatti	322	104	52	33	511
Totale	957	345	113	91	1.506

2009 - 2010					
Utenti in carico	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Utenti in carico	483	192	51	41	767
Utenti non in carico	285	116	37	53	534
Contatti	145	22	16	30	145
Totale	913	330	104	124	1.446

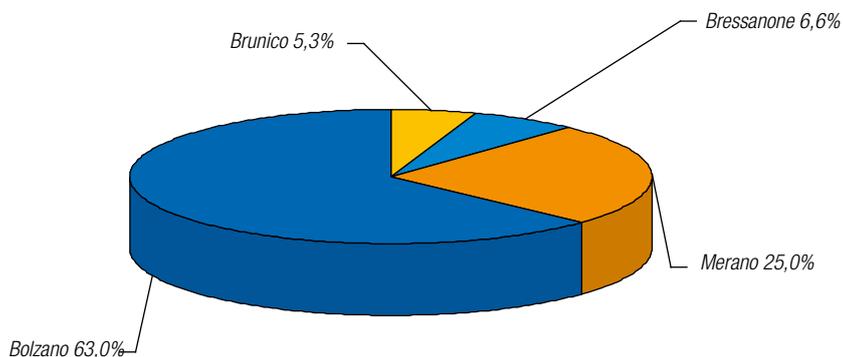
Fonte: Relazioni sanitarie provinciali 2009 e 2010.

La maggioranza degli utenti (63,0%) viene trattata dal SerD del Distretto sanitario di Bolzano, seguito da quello di Merano (25,0%). Questa distribuzione territoriale si mantiene stabile ormai da anni.

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE
DELL'UTENZA

MODELLI DI CONSUMO
DEGLI UTENTI

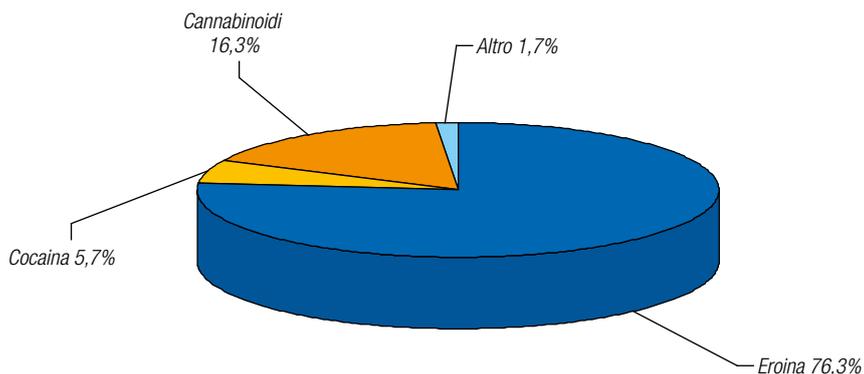
Grafico 7.21.: Utenti in carico per Distretto sanitario (%), 2010



Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2010.

Oltre tre quarti (76,3%) delle persone tossicodipendenti assistite dai SerD consumano prevalentemente eroina. Seguono a distanza i cannabinoidi (16,3%).

Grafico 7.22: Utenti in carico per sostanza assunta prevalentemente (%), 2010



Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2010.

In tutti e quattro i Distretti sanitari l'eroina costituisce la droga primaria consumata più di frequente. Si riconoscono peraltro differenze territoriali nel modello di consumo degli assistiti. Così ad esempio la cannabis assume nei Distretti sanitari di Bressanone e di Brunico un peso parecchio maggiore che negli altri Distretti, sia nel 2009 che nel 2010.

Tab. 7.7: Tossicodipendenza: utenti in carico del Servizio per le tossicodipendenze (SerD) per sostanza assunta prevalentemente, 2009 & 2010

Sostanza primaria	2009				Totale
	Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altro	
Bolzano	420	40	53	34	547
Merano	142	13	42	10	207
Bressanone	21	6	16	9	52
Brunico	19	4	22	2	47
Totale	602	63	133	55	853

2010

Sostanza primaria	Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altro	Totale
Bolzano	397	27	51	8	483
Merano	135	10	42	5	192
Bressanone	30	5	16	-	51
Brunico	23	2	16	-	41
Totale	585	44	125	13	767

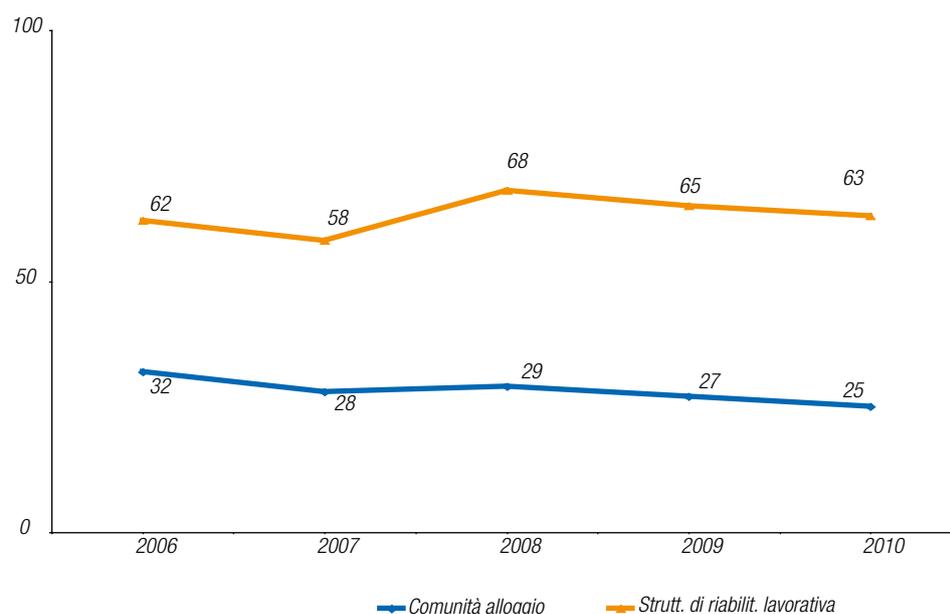
Fonte: Relazioni sanitarie provinciali 2009 e 2010.

7.3.2 Servizi sociali – Comunità alloggio e strutture lavorative

I servizi sociali svolgono un ruolo determinante anche nell'assistenza alle patologie compulsive. I loro interventi puntano in primo luogo a mitigare i problemi sociali - di natura vuoi abitativa, vuoi lavorativa, occupazionale o familiare - che accompagnano e seguono le dipendenze, come pure ad offrire supporto nel reinserimento dei soggetti dipendenti.

Per l'assistenza delle dipendenze esistevano a fine 2010 quattro strutture residenziali con 25 posti e 6 laboratori con complessivi 63 posti. In una serie storica più lunga si osserva una leggera riduzione della ricettività per quanto riguarda le strutture residenziali.

Grafico 7.23: Ricettività dei servizi sociali per persone con problemi di dipendenza, 2006-2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Con 21 persone assistite si ha per le comunità alloggio un utilizzo puntuale dell'84,0%, mentre per le strutture di riabilitazione lavorativa con i loro 63 assistiti il grado di utilizzo raggiunge il 100%. Nella distribuzione delle offerte continuano ad osservarsi rilevanti differenze a livello territoriale. In cinque Comunità comprensoriali continua a mancare un'offerta di tipo residenziale. In Val Venosta, Oltradige-Bassa Atesina e Val d'Isarco mancano inoltre strutture di riabilitazione lavorativa.

COMPITO
DEI SERVIZI SOCIALI

OFFERTE

DIFFERENZE
TERRITORIALI

Tab. 7.8: Strutture, posti e utenti per Comunità comprensoriale, 2010

Comunità comprensoriale	Comunità alloggio			Riabilitazione lavorativa		
	Servizi	Posti	Utenti	Servizi	Posti	Utenti
Val Venosta	-	-	-	-	-	-
Burgraviato	1	6	4	1	12	12
Oltradige-B.A.	-	-	-	-	-	-
Bolzano	2	9	7	1	12	12
Salto-Sciliar	-	-	-	2	15	15
Val d'Isarco	1	10	10	-	-	-
Alta Valle Isarco	-	-	-	1	4	4
Val Pusteria	-	-	-	1	20	20
TOTALE PROVINCIA	4	25	21	6	63	63

Fonte: ASTAT, 2010.

ENTI GESTORI

Due dalle quattro comunità alloggio e quattro delle sei strutture di riabilitazione lavorativa vengono gestite dalle Comunità comprensoriali competenti. Le altre strutture sono invece gestite da associazioni private, dove per i centri di riabilitazione svolgono un ruolo importante le associazioni di volontariato.

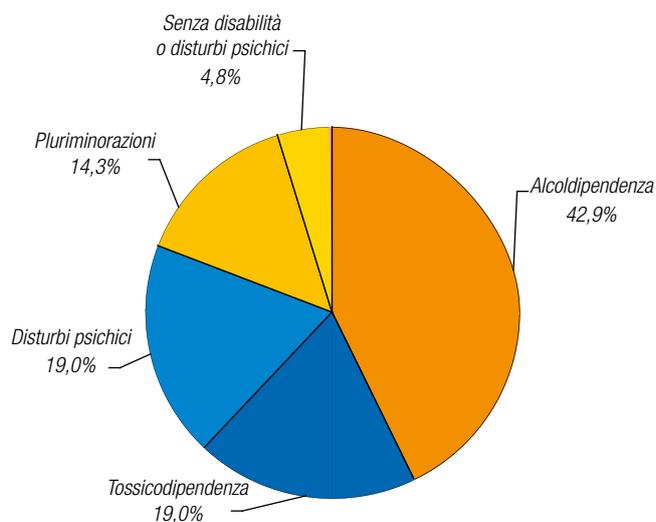
SESSO ED ETÀ

L'utenza è costituita prevalentemente da uomini: nelle comunità alloggio alla fine del 2010 gli uomini erano l'80,9%, nelle strutture di riabilitazione lavorativa addirittura il 90,5%. Per quanto riguarda la distribuzione per età, le due tipologie di strutture appaiono simili. Se anche nelle comunità alloggio i 18-24enni sono leggermente sovrarappresentati (col 9,5%) rispetto ai centri di riabilitazione lavorativa (4,8%), in entrambe le strutture circa due terzi degli utenti hanno 45 anni e più (comunità alloggio 61,9%; strutture di riabilitazione lavorativa 65,7%).

UTENTI PER DIAGNOSI

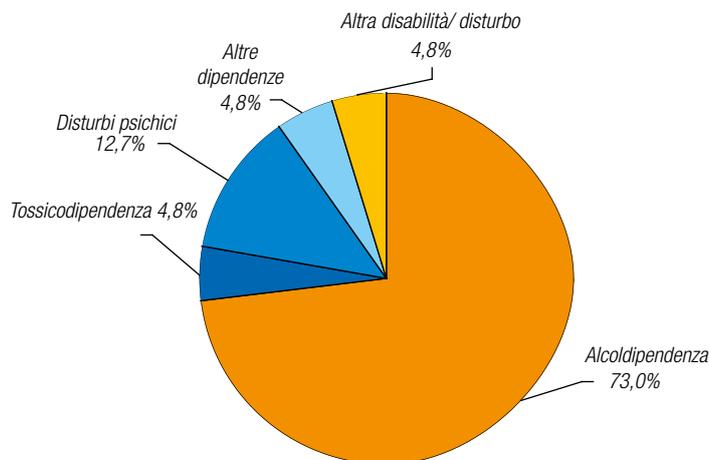
Nelle strutture di riabilitazione lavorativa vengono trattate prevalentemente persone con alcoldipendenze (73,0%). I tossicodipendenti costituiscono il 4,8% dell'utenza. Nel 12,7% dei casi si tratta invece di persone con problemi psichici. Questi ultimi assieme con i tossicodipendenti sono invece maggiormente presenti nelle comunità alloggio (ciascun gruppo col 19%). Persone con pluriminorazioni sono presenti soltanto presso le comunità alloggio.

Grafico 7.24: Comunità alloggio: utenti per diagnosi, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

Grafico 7.25: Strutture di riabilitazione lavorativa: utenti per diagnosi, 2010

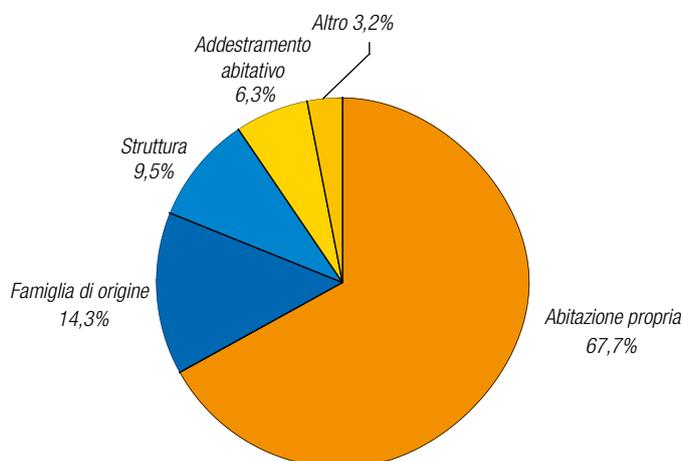


Fonte: ASTAT, 2010

Anche se le persone con invalidità totale vengono trattate soltanto nei centri di riabilitazione lavorativa (6,3%), nella distribuzione per grado di invalidità si osserva in entrambe le tipologie di struttura un modello simile: circa la metà degli assistiti sono in entrambi i casi inquadrati come non invalidi nel senso giuridico del termine (comunità alloggio 57,1%; strutture di riabilitazione lavorativa 49,2%), mentre circa un quarto (28,6% in entrambi i casi) presenta un grado di invalidità riconosciuto del 74-99%.

L'avvio ai servizi per le tossicodipendenze viene attivato in prevalenza dai servizi sanitari (comunità alloggio 61,9%, strutture di riabilitazione lavorativa 55,6%). Nel caso delle strutture di riabilitazione giocano un certo ruolo nell'invio i medici (17,5%), che sono invece del tutto assenti per le comunità alloggio. Il contrario succede invece per gli accoglimenti su iniziativa dello stesso interessato (comunità alloggio 14,3%, strutture di riabilitazione lavorativa 4,8%). I servizi sociali hanno un certo peso solo per le comunità alloggio (9,5%), mentre il loro intervento è irrilevante nel caso delle strutture riabilitative (1,6%). La maggior parte degli utenti delle strutture riabilitative abita in un'abitazione propria (67,7%), dove di norma non ricorre ad un servizio di assistenza domiciliare. Solo un utente scarso su dieci (9,5%) vive in una struttura.

Grafico 7.26: Strutture di riabilitazione lavorativa: utenti per la tipologia abitativa, 2010



Fonte: ASTAT, 2010.

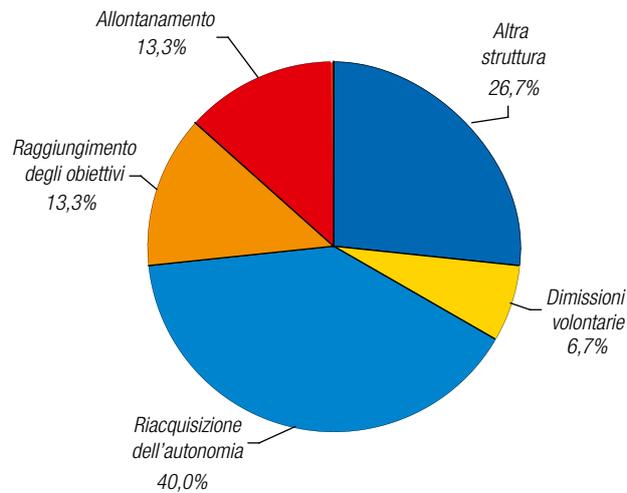
INVIO

TIPOLOGIA ABITATIVA

DIMISSIONI

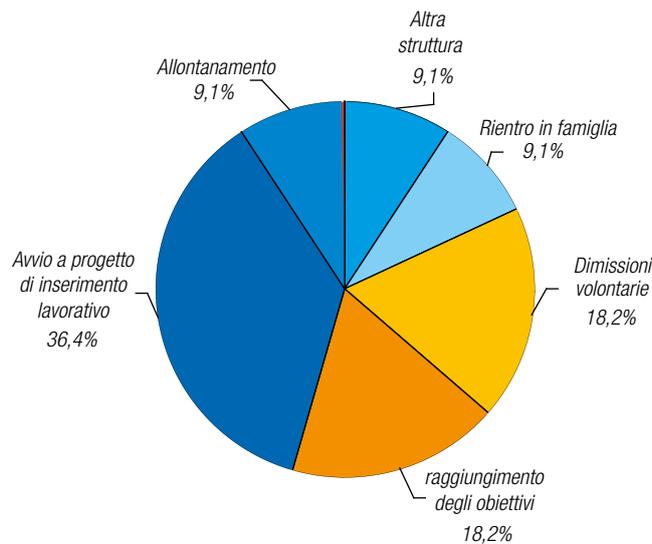
Anche se un'analisi dei motivi delle dimissioni non consente di trarre conclusioni del tutto affidabili a causa del numero limitato di dimissioni in termini assoluti (comunità alloggio 15, centri di riabilitazione lavorativa 11), le cifre relative al 2010 indicano un miglioramento dei risultati: un buon terzo (36,4%) degli ex utenti dei centri di riabilitazione lavorativa è riuscito ad inserirsi in un progetto di inserimento lavorativo, mentre un quinto scarso (18,2%) ha raggiunto gli obiettivi del progetto individuale. Soltanto il 9,1% è passato ad altra struttura. Per quanto riguarda gli ex utenti delle comunità alloggio, il 40% è stato dimesso in seguito alla riacquisizione dell'autonomia.

Grafico 7.27: **Comunità alloggio: utenti per motivo delle dimissioni, 2010**



Fonte: ASTAT, 2010

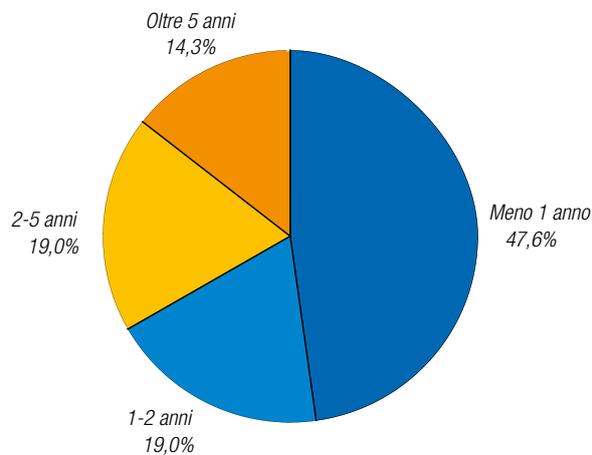
Grafico 7.28: **Centri di riabilitazione lavorativa: utenti per motivo delle dimissioni, 2010**



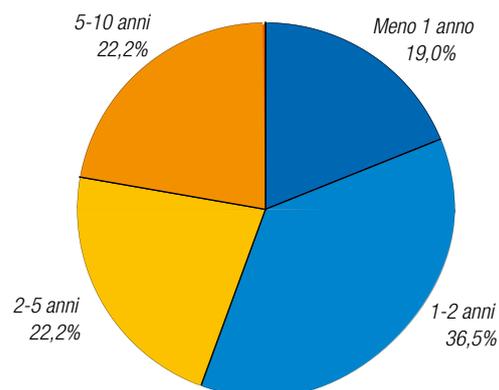
Fonte: ASTAT, 2010

DURATA DELLA PERMANENZA

La durata della permanenza varia considerevolmente tra le diverse tipologie di struttura. Nelle comunità alloggio alla fine del 2010 quasi la metà degli utenti (47,6%) non aveva ancora trascorso un anno presso la sua struttura, mentre il 19,0% vi risiedeva da uno-due anni e circa il 14% da più di cinque anni. Presso le strutture di riabilitazione lavorativa si osservano permanenze sensibilmente più lunghe.

Grafico 7.29: **Comunità alloggio: utenti per durata della permanenza, 2010**

Fonte: ASTAT, 2010

Grafico 7.30: **Centri di riabilitazione lavorativa: utenti per durata della permanenza, 2010**

Fonte: ASTAT, 2010

Presso le comunità alloggio operavano alla fine del 2010 complessivamente 10 collaboratori, pari a 6,5 operatori equivalente effettivi a tempo pieno. Sul piano dei profili si trattava di team multiprofessionali costituiti da assistenti per disabili, operatori socioassistenziali, educatori per disabili ed altri operatori. Presso le strutture di riabilitazione lavorativa erano invece presenti 15 operatori (13,2 op. eq. t.p.), con una presenza prevalente di istitutori (36,5% di tutti gli operatori equivalenti a tempo pieno) e di operatori socio-assistenziali (15,2%).

7.3.3 Altri servizi e progetti sociali

Un altro elemento centrale del sistema di assistenza adottato in questo settore in provincia sono due strutture a bassa soglia: il Caffè letterario „Binario 7“ di Bolzano, gestito dalla fondazione Odar della Caritas su incarico dell’Azienda sociale di Bolzano, e il centro diurno „plus“ di Merano. Scopo primario di queste due strutture è, accanto all’assistenza nei casi acuti, in particolare la minimizzazione dei danni e la prevenzione. “Bassa soglia” significa che l’utilizzo della struttura non è collegato a prerequisiti quali l’astinenza o la disponibilità all’astinenza. Gli utenti dei due centri diurni sono di norma persone con problematiche multiple, che si sostengono reciprocamente.

PERSONALE

STRUTTURE
A BASSA SOGLIA

BINARIO 7

Di conseguenza le prestazioni offerte sono assai varie, e comprendono:

- strutture ricreative (locali di soggiorno, biblioteca, proposte per il tempo libero);
- colloqui e consulenze (questioni legali, inserimento lavorativo ecc.), colloqui sul safer use / safer sex ecc.);
- somministrazione di pasti caldi e bevande;
- messa a disposizione di impianti sanitari, docce e lavabiancheria;
- distribuzione di siringhe nuove e ritiro di quelle usate;
- intermediazione di contatti con servizi specializzati e interventi in situazioni di crisi.

Nel 2010 il Centro “binario 7” ha registrato 220 nuovi utenti, come già nel 2009. Il numero complessivo degli accessi si colloca ormai su oltre 10.000. I frequentatori/utenti sono in larga prevalenza di sesso maschile (85-90%) e fanno principalmente uso di eroina e cocaina. Accanto alle prestazioni di assistenza sociale e alle offerte nel campo dell’igiene personale, un’importante servizio proposto è quello della sostituzione delle siringhe e della vendita di siringhe sterili. Nei 2009 sono state distribuite complessivamente 33.346 “nuovo per usato” e ne sono state vendute 7.901.

Il centro diurno meranese „plus“ è stato frequentato nel 2010 da complessivamente 87 persone (80,4% uomini e 19,6% donne),⁶ con una presenza media giornaliera di 20,8 persone. Le diagnosi prevalenti erano alcoldipendenza cronica (46,0%) e dipendenza da eroina (27,6%). Nel 2010 i nuovi accessi sono fortemente cresciuti, passando dai 24 del 2009 ai 40 del 2010. L’incremento va ascritto innanzitutto all’intensificazione della collaborazione con l’assistenza economica sociale di Merano e con le altre realtà sociali. Di conseguenza anche il volume delle prestazioni è nuovamente aumentato di molto nel 2010: di quasi il 20% nella somministrazione di pasti e bevande e del 10% per i servizi igienico-sanitari. La struttura diurna di Merano propone anche un progetto di integrazione lavorativa a bassa soglia per i soggetti con dipendenze, che quotidianamente offre a sei persone una possibilità di lavoro presso il centro stesso o esternamente ad esso.

7.4 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

STATO ATTUALE DELL’OFFERTA

Le offerte di assistenza ai malati psichici organizzate dai servizi sociali sono state migliorate in continuazione nel corso degli anni. Ormai le indicazioni del Piano sociopsichiatria si possono considerare soddisfatte per quanto riguarda l’ottica sociale, anche se continuano ad esservi disparità territoriali in parte anche assai forti.

OFFERTE ABITATIVE

Se e in quale misura l’offerta di una sistemazione abitativa in comunità sia adeguata alla domanda non è dato purtroppo di comprendere sulla scorta dei dati disponibili. Prendendo a riferimento le liste di attesa sembrerebbe di poterlo affermare; d’altra parte però le liste di attesa costituiscono per esperienza un indicatore assai poco attendibile del reale fabbisogno. Ma indipendentemente da ciò nei prossimi anni occorrerà porre particolare attenzione alle offerte abitative alternative, cioè in particolare a quelle finalizzate al rafforzamento dell’autonomia e dell’indipendenza delle persone interessate. Soltanto sulla base degli sviluppi dei prossimi anni si potrà stabilire se accanto all’accompagnamento abitativo sociopedagogico di recente introduzione e alla maggiore attenzione data al sistema delle famiglie affidatarie si renderà necessario adottare nuove iniziative. Strozzature continuano in ogni caso a segnalarsi nell’assegnazione di alloggi di comunità da parte dei servizi di edilizia sociale, ai quali gli utenti spesso debbono ricorrere per la loro situazione finanziaria di norma precaria.

SERVIZI DI RIABILITAZIONE LAVORATIVA

Per quanto riguarda i servizi e le strutture di riabilitazione lavorativa, sul piano quantitativo la situa-

⁶ Comunità comprensoriale Burgraviato (ed.), Servizio per persone con problemi di dipendenza – Rapporto sulle attività 2010, pagg. 6-9.

zione è rimasta praticamente invariata rispetto al 2009. In particolare con riferimento all'assistenza di persone con dipendenze continuano a osservarsi notevoli difformità a livello locale. Purtroppo i dati disponibili non consentono di stabilire se i servizi e le strutture di riabilitazione lavorativa siano riusciti nell'anno di riferimento per la presente relazione ad offrire ai propri ex-utenti iniziative di occupazione e formazione adeguate sia sul piano qualitativo che su quello quantitativo.

Anche se in questi ultimi anni la struttura dell'utenza sul piano del sesso, dell'età e delle diagnosi non è mutata di molto, i dati sociodemografici delle comunità alloggio delineano già ora una problematica che nei prossimi anni si acutizzerà sempre di più, cioè l'invecchiamento dell'utenza con problemi psichici, inteso come incremento della presenza di persone anziane tra gli utenti con disturbi psichici. Occorrerà qui elaborare opportuni piani di intervento, con l'obiettivo se possibile di consentire anche agli anziani con problematiche psichiche l'accesso alle strutture e ai servizi destinati agli anziani in genere, quali ad esempio le case di riposo. A tal fine sarà ovviamente e preventivamente necessario sensibilizzare a questa problematica e qualificare opportunamente le strutture stesse.

La qualità dell'assistenza sociopsichiatrica e di quella destinata ai soggetti con dipendenze dipende in misura rilevantissima dalla collaborazione fra i vari servizi e i vari enti erogatori. Negli scorsi anni si è registrato un forte impegno a migliorare questa cooperazione, in particolare tra i servizi sociali e quelli sanitari. Le sfide del futuro delineate in precedenza – come ad esempio l'aumento delle doppie diagnosi (vedi cap. 7.1), il progressivo invecchiamento dei soggetti con disturbi psichici e un'assistenza meglio orientata alle esigenze dei minori con problematiche psichiche – evidenziano sin d'ora la necessità di articolare meglio la collaborazione tra i vari soggetti del settore.

**INVECCHIA-MENTO
DELL'UTENZA**

**COLLABORA-ZIONE TRA
SERVIZIO SOCIALE E SERVIZIO
SANITARIO**

8. DISAGIO E MARGINALITÀ SOCIALE

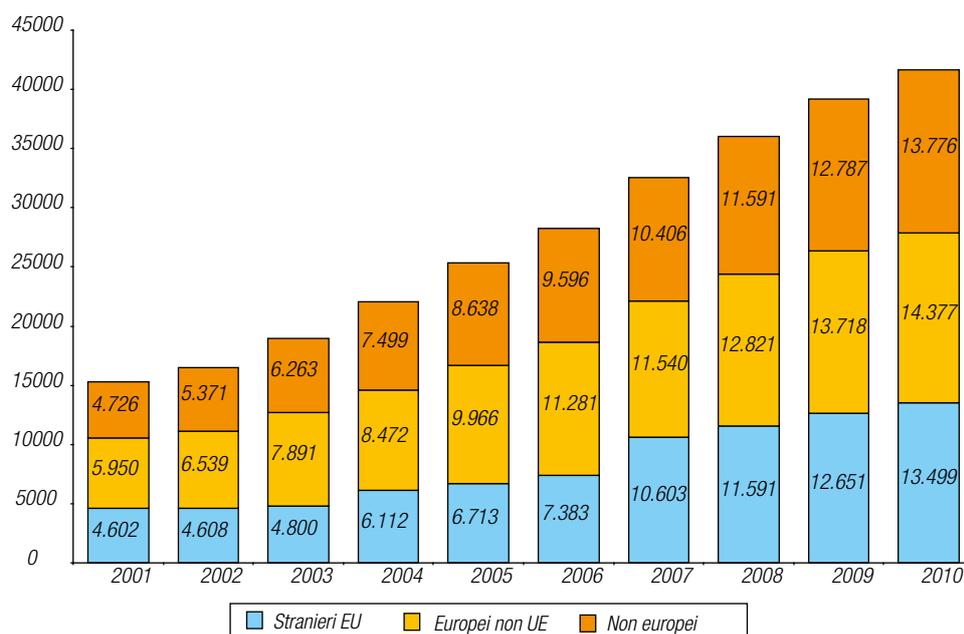
8.1 IMMIGRAZIONE

8.1.1 Cittadini extracomunitari

Si intendono cittadini extracomunitari tutte le persone non in possesso della cittadinanza di uno dei 27 paesi membro dell'Unione europea. La percentuale degli stranieri sul totale della popolazione altoatesina ha continuato a crescere in questi ultimi anni, per attestarsi sull'8,2% alla fine del 2010. Ad essi si aggiungono gli immigrati che vivono in Alto Adige senza essere in possesso di un permesso di soggiorno valido (cittadini stranieri irregolari/ clandestini). Inoltre in Alto Adige hanno acquisito la cittadinanza italiana in questi ultimi dieci anni quasi 3.500 stranieri, che perciò non si tengono più in considerazione in questa statistica. Con questo 8,2%, l'Alto Adige si colloca in realtà sopra la media nazionale (7,0%), ma al di sotto di quella dell'Italia settentrionale e centrale (9,0%), come pure di quella dei paesi contermini dell'area germanofona.¹ La presenza di cittadini extracomunitari nella popolazione straniera oscilla da anni tra il 65% e il 75% (2010: 67,6%). I cittadini extracomunitari provengono in percentuale all'incirca uguale da paesi europei (14.377) e da altri continenti (13.776).

PRESENZA DI STRANIERI

Grafico 8.1: Evoluzione della popolazione straniera per macroregioni, 2001-2010



139

I cittadini extracomunitari di origine europea provengono per oltre il 90% dall'Albania e dagli stati successori della Jugoslavia, quali il Kosovo, la Macedonia e la Serbia. Per gli altri cittadini extracomunitari il quadro è più eterogeneo. I gruppi più numerosi sono qui i Marocchini e i Pakistani, seguiti dagli Indiani e dai Tunisini. Se anche l'incremento della popolazione straniera continua come in passato a doversi ascrivere prevalentemente all'immigrazione, di anno in anno vengono al mondo più bambini di cittadinanza straniera. Il bilancio delle nascite tra la popolazione residente di origine straniera si attesta sull'16,8‰, a fronte del 10,1‰ di quello della popolazione di cittadinanza italiana. Questa

AREE DI PROVENIENZA

¹ I dati di raffronto sono tuttavia aggiornati al 1/1/2010, cioè ad un'epoca in cui in Alto Adige questa percentuale si attestava al 7,8%. Vedi: ASTAT, Popolazione straniera residente - 2010 (Info ASTAT n. 26/2011), Bolzano 2011.

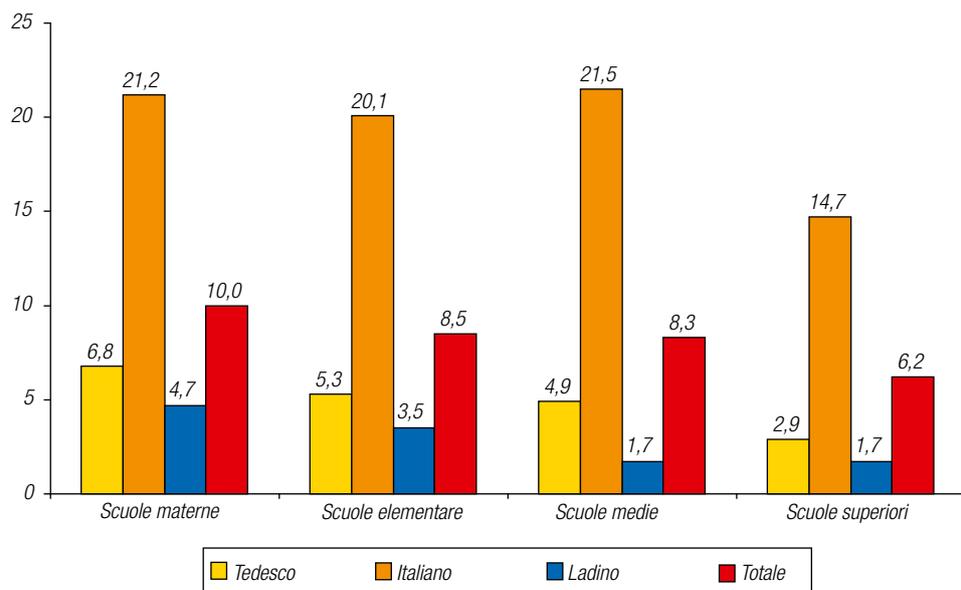
DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

MINORI STRANIERI

struttura demografica dinamica è strettamente correlata con la struttura per età più „giovane“ della popolazione straniera, in cui oltre due terzi delle persone hanno meno di 45 anni, mentre nella popolazione locale la relativa percentuale è solo di poco superiore alla metà (54,7%).²

La popolazione straniera non è distribuita in maniera uniforme sul territorio provinciale. Nelle città maggiori, ossia nei 7 comuni con oltre 10 mila abitanti, vivono quasi due terzi (63,1%) di tutte le persone con cittadinanza straniera: nel capoluogo Bolzano quasi un terzo (32,2%), seguito da Merano (13,6%) e da Bressanone (4,7%). Una percentuale elevata di stranieri rispetto alla popolazione complessiva si riscontra tuttavia, oltre che a Bolzano (12,9%) e a Merano (14,8%), anche in taluni centri minori quali Fortezza (20,5%), Salorno, (19,5%), Brennero (14,0%) e Ponte Gardena (13,6%). Nella maggioranza dei comuni (95 su 116) la percentuale si attesta al di sotto della media provinciale del 8,2%, in 28 addirittura a meno del 3%. In un'osservazione di lungo periodo tuttavia si evidenzia come il fenomeno dell'immigrazione è in lenta crescita non soltanto nei centri urbani ma in tutto il territorio provinciale. Una particolare sfida sociale è costituita dal continuo aumento del numero di minori stranieri. Dei cittadini stranieri che risultavano risiedere in Alto Adige al 31/12/2009, il 21,8% rientrava nella classe di età compresa tra 0 e 17 anni, e nel caso dei cittadini extracomunitari questa percentuale era ancora sensibilmente più alta. Nell'anno scolastico 2010/2011, 5.078 minori stranieri risultavano iscritti alle scuole elementari, medie e superiori,³ la maggioranza di essi (86,1%) figli di cittadini extracomunitari. Anche i 1.601 bambini stranieri iscritti alle scuole materne sono in oltre l'80% dei casi figli di cittadini extracomunitari. Nelle scuole materne la percentuale degli stranieri si colloca con il 10,0% già al di sopra della media provinciale (8,2%), mentre nelle scuole elementari e in quelle medie inferiori essa corrisponde all'incirca alla media provinciale, rispettivamente con l'8,5% e l'8,3%. Tuttavia il valore della media provinciale nasconde le considerevoli differenze tra le scuole di lingua tedesca e ladina da una parte e quelle di lingua italiana dall'altra.

Grafico 8.2: Presenza di minori stranieri nelle scuole per lingua di insegnamento (anno scolastico 2010/11)



RILEVANZA ECONOMICA

La situazione di mercato complessivamente buona rende interessante l'Alto Adige come regione di

² ASTAT (ed.), Popolazione straniera residente – 2010, in: ASTAT-Info n. 26/2011, Bolzano 2011.

³ ASTAT (ed.), Scuole primarie 2010/11 (ASTAT-Info n. 10/2011), Scuole secondarie di I grado 2010/11 (ASTAT-Info n. 12/2011), Scuole secondarie di II grado 2010/11 (ASTAT-Info n. 13/2011). Bolzano 2011.

immigrazione, e la forte domanda di manodopera stagionale ha determinato in questi ultimi anni anche un assorbimento mirato di manodopera straniera. In particolare per l'agricoltura e l'industria alberghiera questa manodopera è nel frattempo diventata indispensabile: nel settore primario per esempio quasi il 50% tutti i lavoratori dipendenti non ha la cittadinanza italiana, mentre nel settore turistico (alberghi e ristoranti) gli stranieri sono oltre un terzo (36,2%).⁴ In valori assoluti, dopo le attività alberghiere e della ristorazione sono i servizi (collaborazione domestiche, assistenze) ad occupare il maggior numero di persone, seguiti dall'agricoltura.

L'aumento delle coppie straniere con figli, la maggior presenza in termini assoluti di giovani stranieri e il crescente numero di famiglie miste non lasciano alcun dubbio che, al di fuori della manodopera stagionale, la stragrande maggioranza degli immigrati intende stabilirsi in Alto Adige in forma permanente. Nel frattempo oltre la metà (51,5%) dei minori stranieri che vivono in Alto Adige è costituita da persone nate in provincia; gli stranieri di seconda generazione – cioè quelli nati in Italia da genitori di cittadinanza non italiana – costituivano alla fine del 2009 già il 13,3% dell'intera popolazione straniera dell'Alto Adige.⁵

Per consentire l'integrazione dei cittadini stranieri nella società altoatesina e rendere possibile una pacifica convivenza tra gli immigrati e la popolazione autoctona, l'assessorato provinciale competente ha presentato all'inizio del 2011 un apposito disegno di legge provinciale ("integrazione di cittadini e cittadine straniere"), nel quale si regolamentano tutti i settori rilevanti ai fini dell'integrazione, tra l'altro anche l'accesso degli immigrati alle prestazioni del sistema sociale e sanitario e agli interventi di sostegno previsti dall'edilizia sociale. Particolare attenzione viene posta alle iniziative di insegnamento linguistico e di mediazione interculturale. Quale nuovo punto di riferimento è previsto un Comitato provinciale per l'immigrazione, del quale faranno parte anche cittadini e cittadine straniere e che avrà il compito di presentare proposte e pareri.

La maggior difficoltà per gli immigrati (in particolare quelli provenienti da paesi extracomunitari e più segnatamente da quelli non europei) sta nella difficoltà di trovare un alloggio non temporaneo. Essendo la situazione del mercato della casa già di per sé piuttosto complessa in Alto Adige, le famiglie straniere e le donne straniere che vivono sole hanno particolari problemi a trovare un'abitazione, e il problema non viene reso meno acuto dal fatto che la maggior parte degli stranieri riesce a coprire questa esigenza tramite il mercato privato, come confermano anche i dati dell'Istituto per l'edilizia sociale (IPES): nel 2010 i cittadini extracomunitari hanno presentato il 30,9% delle domande di contributo (2.890 su 9.365). Accanto alle strutture di prima accoglienza, nelle quali la permanenza è comunque limitata a non più di 30 giorni, svolgono qui un ruolo centrale nella soluzione dei problemi abitativi dei neoimmigrati il centro di accoglienza Migrantes e in particolare le case albergo per i lavoratori, gestite e amministrate dall'IPES. In queste ultime la permanenza è limitata a 5 anni, mentre presso il centro Migrantes – una struttura dei servizi sociali – la persona accolta non può soggiornare per più di 3 anni, il che vuol dire che trascorso questo periodo è comunque necessario cercare un alloggio sul mercato libero. Nelle case albergo per i lavoratori la persona ospitata perde inoltre il diritto all'accoglienza in caso di una sua disoccupazione prolungata, con le molteplici negative conseguenze che da ciò derivano. La capacità di accoglienza delle case albergo per i lavoratori è stata in questi ultimi anni costantemente migliorata, e il relativo programma di potenziamento è stato portato a conclusione nel 2009, epoca alla quale l'Istituto per l'edilizia sociale disponeva di 414 posti a Bolzano e di 114 a Merano. L'offerta si può considerare al momento rispondente alla domanda.

Tabella 8.1: Strutture abitative per stranieri *, 2010

⁴ EURAC Research (ed.), Rapporto annuale sull'immigrazione in Alto Adige 2010, Bolzano, pag. 93.

⁵ ASTAT (ed.), Minori stranieri nati in Italia, in: ASTAT-Info, n. 55/2010, pag. 1-2.

DISEGNO DI LEGGE

„INTEGRAZIONE DI CITTADINI
STRANIERI“

Strutture	Sede	Posti
Strutture di emergenza e di prima accoglienza per i neoimmigrati		
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per cittadini stranieri	Bolzano	20
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per famiglie straniere (5 alloggi singoli)	Bolzano	20
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per uomini e donne	Bolzano	60
Convitto „Giovanni XXIII“ (ACLI) (in ristrutturazione)	Bolzano	50
<i>Case albergo per i lavoratori (IPES)</i>		
Casa Lupi, Via Achille Grandi 25	Bolzano	32
Casa Tre Gobbi, Via Maso della Pieve 10	Bolzano	64
Via Torino 81	Bolzano	3
Struttura per lavoratori, Via Castel Firmiano 2	Bolzano	199
Struttura per lavoratrici, Via Maso della Pieve 18	Bolzano	20
Struttura per lavoratrici, Via Maso della Pieve 12	Bolzano	32
Casa ladina	Bolzano	36
Struttura per lavoratori Via Rismondo	Bolzano	28
Via Luis Zuegg 74-80 (ex caserma Bosin)	Merano	114
<i>Altre strutture</i>		
Centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati (VOLONTARIUS)	Bolzano	12

* Non si considerano le strutture abitative per i profughi e gli immigrati (vedi cap. 8.1.2).

Per la prima accoglienza dei cittadini stranieri, accanto al Centro Migrantes sono disponibili anche altre strutture, che pur se destinate ad altri gruppi vengono non di rado utilizzate anche dagli stranieri in situazioni di emergenza. A Bolzano esiste ad esempio il Centro crisi che offre ospitalità e assistenza temporanea a persone senza fissa dimora o in condizioni di grave difficoltà abitativa e sociale, mentre nei principali centri urbani della provincia sono funzionanti servizi di dormitorio (vedi cap. 8.3).

I neoimmigrati possono nel frattempo trovare in Alto Adige una fitta rete di servizi di consulenza, informazione e orientamento. Strutture di questo tipo sono disponibili a Bolzano, Merano e Brunico, e offrono una nutrita serie di prestazioni, dall'informazione e orientamento ai colloqui di prima accoglienza e analisi dei bisogni, all'accompagnamento e sostegno nell'inserimento professionale, al supporto nel disbrigo delle pratiche amministrative. Tutti questi servizi sono erogati da gestori privati convenzionati.

Tabella 8.2: **Servizi di consulenza per gli immigrati***, 2010

Servizi di consulenza	Sede
Servizio di consulenza per gli immigrati	Bolzano
Associazione Donne Nissà – Servizio di consulenza per donne straniere	Bolzano
Don Tonino Bello – Centro di prima accoglienza per cittadini extracomunitari**	Merano
Consulenza per migranti Chance**	Merano
Consulenza per migranti InPut	Brunico

* Non si considerano i servizi di consulenza speciali per i profughi (vedi cap. 8.1.2).

** Verranno riuniti in un'unica struttura.

Va ricordato anche l'ambulatorio integrato presso l'Ospedale di Bolzano, che assiste sul piano medico gli stranieri irregolari, nella maggior parte dei casi con interventi urgenti e non procrastinabili.

Accanto a questi servizi specializzati di consulenza e orientamento, gli immigrati possono naturalmente ricorrere anche ai "normali" servizi dei distretti, e in effetti vi ricorrono (vedi in particolare il cap. 3.1). Inoltre i distretti sociali sviluppano e attuano anche specifici progetti locali di sostegno. Così ad esempio la Comunità comprensoriale Val Punteria, in collaborazione con il servizio di consulenza per migranti InPut Caritas, ha organizzato per la terza volta il corso linguistico e di integrazione „Mami lernt Deutsch“. In questo progetto, destinato a donne e madri con un background di immigrazione, ci si con-

centra accanto al trasferimento di conoscenze di tipo linguistico in particolar modo sull'integrazione e sulla apprendimento delle caratteristiche della realtà altoatesina. Nel solo distretto sociale Tures-Valle Aurina, nell'autunno 2010 si sono iscritti al progetto 14 immigranti.

8.1.2 Richiedenti asilo e profughi

Una tipologia di persone straniere che manifestano bisogni sociali rilevanti e particolarmente delicati è costituita infine dai profughi e dai richiedenti asilo. I richiedenti asilo sono persone che nel proprio paese di origine sono state oggetto o rischiano di essere oggetto di discriminazioni di ordine religioso, politico o sociale che possono minacciare la loro stessa vita. I profughi sono invece coloro che hanno acquisito lo status di rifugiato dopo che è stata accolta la loro domanda di asilo. In entrambi i casi ci si trova di fronte a fattispecie particolari di immigrati stranieri che abbandonano il proprio paese di origine non per motivi di lavoro o familiari ma costretti da cause di forza maggiore che mettono in pericolo le loro stesse esistenze. Diversamente dai flussi migratori tradizionali che nel medio e lungo periodo risultano più facilmente prevedibili per dimensioni e portata, i movimenti dei profughi e dei richiedenti asilo sono maggiormente collegati a fattori contingenti come lo scoppio di un conflitto o di una guerra o un mutamento di regime politico, e necessitano quindi di una reazione assai flessibile da parte degli erogatori dei servizi e dell'amministrazione.

Premesso che è in atto una riorganizzazione del settore che si occupa della problematica dei profughi, in Alto Adige si è creata nel corso degli anni un'efficiente rete di servizi per l'assistenza e il supporto ai richiedenti asilo e ai profughi. Questa rete di servizi è strutturata su più livelli di intervento pensati per rispondere ai bisogni delle seguenti tipologie di persone:

- a) i richiedenti asilo che si fermano sul territorio della provincia per un breve periodo e proseguono poi verso un'altra regione per presentare la domanda di riconoscimento (il che è in realtà inammissibile sul piano giuridico);
- b) i richiedenti asilo che si fermano in provincia per un periodo di tempo più lungo per presentare sul luogo domanda di riconoscimento;
- c) i profughi riconosciuti che ottengono un permesso di soggiorno permanente e vengono in tal modo equiparati ai cittadini italiani;
- d) i richiedenti asilo che hanno ottenuto una tutela sussidiaria e che rimangono in provincia;
- e) i profughi che, nonostante il rigetto della loro domanda di asilo, usufruiscono per motivi umanitari di un permesso di soggiorno temporaneo.

Al primo livello d'intervento si trova il servizio di consulenza profughi ubicato nella città capoluogo, che eroga servizi di consulenza finalizzati all'orientamento e all'assistenza di tipo giuridico, all'aiuto nella ricerca di un alloggio e di un lavoro, alla realizzazione di progetti specifici di inserimento sociale. Nel 2010 complessivamente 408 persone si sono rivolte a questo servizio, in provenienza per la maggioranza dall'Afghanistan e dall'Irak.

Su un secondo livello di intervento troviamo il centro accoglienza, destinato alle persone delle quali non è ancora chiarita la posizione giuridica o l'iter di evasione della richiesta di asilo. Il centro accoglienza profughi in transito è istituito al piano terra dell'edificio "Conte F. J. Forni" a Bolzano. Il centro che accoglie profughi in transito di sesso maschile e femminile e bambini per un massimo di 30 giorni è una struttura residenziale temporanea al quale possono accedere le persone profughe per un periodo non superiore a trenta giorni consecutivi che è accessibile in presenza di posti vacanti anche da persone di sesso femminile, senza dimora, di origine comunitaria ed extracomunitaria, con precedenza per quelle di origine comunitaria della città e della provincia di Bolzano. La struttura dispone di 5 stanze per un totale di 20 posti letto.

Il terzo livello di intervento è ubicato nel centro di accoglimento ex caserma „Gorio“, una struttura

DEFINIZIONI

RETE DI SERVIZI

CONSULENZA PROFUGHI

SERVIZI RESIDENZIALI
PER PERSONE IN ATTESA
DI RICONOSCIMENTO

che dà accoglienza a uomini, donne e bambini in attesa di riconoscimento dello status di profughi. La struttura dispone di 9 locali, ognuno composto da 5 posti letto destinati all'alloggio degli ospiti per un totale di 45 posti letto e offre accoglienza diurna e notturna agli ospiti, garanzia ai richiedenti asilo della frequentazione di corsi di lingua italiana e tedesca, salvaguardia del diritto all'istruzione scolastica obbligatoria per i minori e i servizi di ascolto, socializzazione e integrazione sociale. Dopo aver "superato" il terzo livello di intervento, per trovare un alloggio gli interessati devono ricorrere al mercato privato o all'Istituto per l'edilizia sociale.

Tab. 8.3: **Strutture per i profughi e i richiedenti asilo,, 2010**

Livello di intervento	Sede	Posti	Destinatari
<i>Servizio di consulenza profughi</i>	Bolzano	-	<i>Profughi e richiedenti asilo</i>
<i>Centro di (prima) accoglienza per profughi in transito</i>	Bolzano (edificio „Conte Forni“)	20	<i>Profughi in transito</i>
<i>Struttura abitativa per profughi (centro di accoglienza)</i>	Bolzano (ex caserma „Gorio “)	45	<i>Profughi che hanno presentato richiesta d'asilo</i>

8.2 SINTI E ROM

Sinti e Rom sono i due gruppi etnici di lingua romanesh. Stando a talune stime risulterebbe che in Alto Adige vivono dai 700 ai 1.000 Sinti e Rom.

SINTI

I Sinti sono cittadini italiani che vivono ormai da più generazioni in Alto Adige e ai quali si applica a tutti gli effetti l'ordinamento giuridico italiano. La maggior parte di essi ha regolare residenza, e vive in roulotte in accampamenti attrezzati e messi a disposizione dai rispettivi Comuni, come pure in parte in alloggi di edilizia sociale e in abitazioni private. Insediamenti per i Sinti sono presenti a Merano (58 piazzole), Lana (14 piazzole), Appiano (10 piazzole) e Vadena (44 piazzole). L'insediamento di Bressanone (12 piazzole) non viene più utilizzato per fini abitativi, ma soltanto quale punto di incontro per riunioni e feste. Il grado di occupazione di queste strutture si discosta talora in larga misura dalla loro capacità nominale (vedi tab. 8.4). Esiste inoltre anche un insediamento a Bolzano („villaggio Spaghetтата“), per la cui gestione tuttavia dal 2008 non esiste più alcuna convenzione e che viene pertanto gestito di fatto direttamente dalle due tribù che vi vivono. Il finanziamento degli insediamenti è coperto dai fondi del competente ufficio provinciale.

ROM

I Rom attualmente residenti in provincia sono in gran parte ex profughi provenienti dalla ex Jugoslavia, rifugiatisi in Alto Adige dopo lo scoppio della guerra (1992). Si tratta di cittadini europei extracomunitari, che ormai dispongono tutti di un permesso di soggiorno per motivi di lavoro. L'unico insediamento Rom regolare, per complessivi 82 posti, si trova attualmente presso Castel Firmiano a Bolzano. Tuttavia, stando agli attuali progetti, l'insediamento dovrebbe venire chiuso nel 2012. Accanto all'insediamento di Castel Firmiano esiste anche un ridotto numero di Rom che vive in abitazioni di proprietà o di edilizia sociale.

PROBLEMI ABITATIVI

Individuare una soluzione idonea ai problemi abitativi dei Sinti e dei Rom è difficile. Problemi continuano ad esserci per l'atteggiamento della popolazione locale. Da alcuni anni è in discussione la seguente soluzione:

- sistemare le famiglie in alloggi di edilizia sociale, cioè in quelli gestiti dall'IPES. Come dimostrano le esperienze maturate sinora, un'integrazione negli alloggi di edilizia sociale per i Sinti che lo desiderano è in linea di principio possibile. Tuttavia si è constatato che anche questa strategia non è un toccasana, in quanto per la loro tradizione culturale e le loro abitudini di vita numerose

famiglie Sinti hanno difficoltà ad attenersi alle normali regole condominiali, come pure perché gli altri residenti sono assai scettici in proposito e accolgono talora questi nuovi vicini con forti pregiudizi.

- in alternativa agli attuali insediamenti si discute ormai da lungo tra i rappresentanti dei Sinti e l'amministrazione il progetto delle cosiddette „microaree“. Con la distribuzione degli interessati su una pluralità di siti di piccole dimensioni si potrebbe tra l'altro evitare una concentrazione territoriale problematica. Siti di minori dimensioni offrono inoltre alle famiglie allargate la possibilità di rimanere unite, conservando la tradizionale gerarchia delle strutture familiari. A ciò si aggiunge il fatto che i grandi insediamenti sono spesso collocati in siti assai poco attraenti (svincoli autostradali, impianti di depurazione o centri di riciclaggio), che non favoriscono affatto una buona integrazione nell'intorno abitativo. Secondo i sostenitori delle microaree la realizzazione di questo progetto consentirebbe anche una migliore configurazione sanitaria e infrastrutturale dei nuovi insediamenti. Con la Legge provinciale no. 1 del 22 gennaio 2010 i Comuni sono stati ora dotati degli strumenti giuridico-amministrativi necessari per l'effettiva realizzazione di queste microaree. Una regolamentazione trasparente della problematica abitativa costituirebbe un presupposto essenziale per la buona riuscita dell'integrazione sociale di questi gruppi etnici, non da ultimo perché in questo modo si agevolerebbe una frequenza scolastica regolare dei minori, il che costituirebbe un passo importante nella prevenzione di futuri problemi di emarginazione.

Tabella 8.4: **Insedimenti per Sinti e Rom**

Insedimenti	Località	Posti	Pop. attuale
Insedimento Rom "Castel Firmiano"	Bolzano	82	ca. 40
Insedimento Sinti	Lana	14	ca. 14
Insedimento Sinti	Appiano	10	ca. 8
Insedimento Sinti	Bressanone	12	---*
Insedimento Sinti	Merano	58	ca. 70-85
Insedimento Sinti	Vadena	44	ca. 50-70
Villaggio Sinti „Spaghetata“	Bolzano	44	47**

* nel frattempo l'intero gruppo si è trasferito in abitazioni; l'insediamento viene tuttavia ulteriormente utilizzato per incontri familiari finalizzati al mantenimento delle tradizioni culturali.

** di fatto l'insediamento non ha più carattere pubblico se non in misura limitata (vedi sopra).

Nell'assistenza ai Sinti e ai Rom svolgono ormai da anni un ruolo importante le associazioni private ed ecclesiastiche. Così ad esempio l'insediamento più grande, quello Rom di Castel Firmiano, viene gestito da un'organizzazione privata sulla base di una convenzione con gli enti pubblici.

Al centro del lavoro svolto a favore dei Rom e dei Sinti dai servizi sociali pubblici altoatesini ci sono tuttora - accanto alla realizzazione degli insediamenti e alla messa a disposizione di alloggi di edilizia sociale per affrontare il problema abitativo - progetti per l'inserimento lavorativo e per l'intensificazione della frequenza scolastica dei minori.

Per quanto riguarda l'occupazione, la situazione dei Rom si distingue nettamente da quella dei Sinti. Mentre nelle famiglie Rom quasi tutti gli adulti trovano un'occupazione, l'integrazione occupazionale dei Sinti si è rivelata assai difficile. Pochi di essi hanno infatti un lavoro regolare, a causa della scarsa disponibilità dei datori di lavoro ad assumere un Sinti, ma anche a causa del limitato livello di istruzione degli interessati. Si stima che circa il 70%-80% degli adulti Sinti che vivono in Alto Adige non sia quasi in grado di leggere e scrivere. A ciò si aggiunge la scarsa propensione della maggioranza della popolazione locale ad avviare progetti di lavoro tagliati su misura per questo gruppo. Così ad esempio per l'inaspimento della situazione normativa i Sinti sono di fatto impossibilitati a svolgere un'attività

PROBLEMATICA
DEGLI INSEDIAMENTI

OFFERTE DI ENTI PRIVATI

PRESTAZIONI DEI SERVIZI
SOCIALI

INTEGRAZIONE NEL MONDO
DEL LAVORO

**FORMAZIONE PERMANENTE E
QUALIFICAZIONE**

lavorativa per loro tradizionale ormai da secoli, quella del commercio di rottami. I severi vincoli imposti alla concessione delle licenze rendono infatti ormai impossibile l'esercizio di questo mestiere, che può venir eventualmente svolto di fatto solo in modo informale.

Per una migliore integrazione dei Sinti e dei Rom nel mercato altoatesino del lavoro sarà pertanto indispensabile proporre anche in futuro idonee offerte di formazione permanente, come pure programmi di qualificazione professionale. In questo senso costituiscono importanti punti di riferimento i programmi comunitari di sostegno. Tuttavia queste offerte di formazione permanente e gli altri programmi di sostegno potranno in generale avere esiti positivi duraturi soltanto se contemporaneamente si soddisferanno in maniera adeguata le esigenze di base degli interessati in altri settori (casa, salute, integrazione sociale ecc.) e si verrà a creare una reciproca comprensione tra i Rom/Sinti e la maggioranza della popolazione. Esiste a quest'ultimo proposito ancora una forte esigenza di intervento, come ha confermato non da ultimo nel giugno 2010 l'articolato incontro di Bolzano contro la discriminazione dei Sinti e dei Rom.

8.3 SENZA DIMORA

**DEFINIZIONE DI SENZA
DIMORA E SENZA TETTO**

Si intendono per "senza dimora" le persone che non solo non hanno una casa in cui vivere, ma che si trovano anche per molti versi in una situazione di emarginazione sociale. Spesso le persone senza dimora non dispongono neppure di un lavoro o di un reddito; di frequente presentano problemi psicosociali, dipendenze o condizioni di salute compromesse. La condizione del senza dimora va pertanto nettamente distinta da quella del senza tetto, cioè di chi per un tempo prolungato non ha un'abitazione ed ha difficoltà a reperirne una. Siccome tuttavia, per trovarsi nelle condizioni di "senza dimora", una persona deve necessariamente perdere anche la propria abitazione, nonostante le fondamentali differenze tra i due gruppi esiste pur sempre una stretta correlazione tra la tipologia di supporto offerta ai senza dimora e quella destinata ai senza tetto.

**NUMERO DI SOGGETTI
INTERESSATI**

Cifre precise sul numero delle persone direttamente interessate da questo problema non sono attualmente disponibili. Un'indicazione tuttavia si può trovare nella relazione dell'Osservatorio di strada provinciale sulle immigrazioni: stando a questa infatti nel 2010 - nell'ambito di svariati progetti e servizi - si sono potute quantificare in 308 le persone effettivamente senza dimora (222 a Bolzano e 86 sul rimanente territorio provinciale).⁶ Si può di conseguenza ipotizzare che il numero complessivo di senza dimora oscilli tra le 400 e le 500 persone. Si tratta tuttavia di un valore stimato, che non tiene conto delle cosiddette "situazioni abitative precarie", nelle quali il senza tetto trova una sistemazione presso conoscenti, amici o datori di lavoro. Particolarmente nel caso delle donne, una tale situazione è spesso collegata a dipendenze problematiche.

STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

La sistemazione dei senza dimora è in linea di principio competenza dei Comuni. Per essi i Comuni di Bolzano, Merano e Brunico e la Comunità comprensoriale Val d'Isarco (a Bressanone) hanno creato apposite strutture di accoglienza, che di norma offrono non soltanto una possibilità di pernottamento ma anche pasti caldi, servizi di guardaroba e lavabiancheria e supporto al reinserimento nella società e nel mondo del lavoro.

**RICOVERI PER L'EMERGENZA
FREDDO**

Nei mesi invernali, oltre alle strutture di accoglienza fisse vengono offerti una sessantina di posti presso i ricoveri per l'emergenza freddo. Questo programma di emergenza invernale è di norma rivolto a persone che provengono direttamente "dalla strada". A frequentare le strutture di accoglienza non sono tuttavia soltanto i senza dimora in senso stretto, ma in parte anche altre persone che si trovano in una situazione di emergenza sociale, quali ad esempio senza tetto, soggetti con dipendenze o ma-

⁶ Osservatorio di Strada Provinciale (Hg.), Relazione consuntiva 2010, pag. 9, 14-15.

lattie psichiche, persone con un background di immigrazione e profughi. La tabella che segue illustra l'offerta attuale. Non sono considerate le strutture destinate essenzialmente agli immigranti e ai profughi (vedi sopra, tabelle 8.1 e 8.3)

Tabella 8.5: **Strutture di accoglimento per senza dimora**

Tipo di struttura	Località	Posti
Strutture aperte tutto l'anno		
Struttura di accoglienza femminile "Casa Margaret"	Bolzano	18
Struttura per senza dimora di via Trento	Bolzano	22
Centro crisi di via Trento	Bolzano	10
Centro di accoglienza „Conte Forni“ (struttura di secondo livello)	Bolzano	33
Centro di accoglienza maschile e femminile "Casa Arché"	Merano	25
Struttura notturna	Merano	8 - 10
Centro di accoglienza Brunico	Brunico	27
Struttura notturna maschile	Bressanone	8
Centri di emergenza freddo		
Centro di emergenza freddo maschile di via Macello	Bolzano	47
Centro di emergenza freddo maschile e femminile "Conte Forni"	Bolzano	36

Questo sistema residenziale viene integrato da offerte semiresidenziali e sul territorio, con un'ampia gamma di servizi per persone senza tetto, dallo streetwork (progetto "Oltre la Strada") ai consultori (per esempio "La Sosta – der Halt") e ai centri diurni, fino alle mense sociali. Nel campo della prevenzione svolgono un ruolo importante le offerte di consulenza dell'Area sociopedagogica dei Distretti e i consultori per debitori.

Decisiva per un lavoro efficace ed efficiente dei vari servizi è una buona collaborazione tra i protagonisti pubblici e privati operanti sul campo. In questo contesto l'ufficio provinciale competente per l'area emarginazione (24.1) ha assunto negli anni passati importanti funzioni di coordinamento, dando vita a vari gruppi di lavoro ed accompagnandoli.

8.4 EX DETENUTI

Per le persone che hanno avuto problemi con la legge e che vengono liberate dopo una carcerazione è spesso molto difficile reinserirsi nella vita sociale e trovare un'occupazione adeguata. Per agevolare il reinserimento di costoro e prevenirne una permanente emarginazione, i servizi sociali pubblici, affiancati da un certo numero di enti gestori privati e cooperative sociali, hanno negli anni scorsi istituito, in collaborazione con le carceri mandamentali di Bolzano, un network di assistenza differenziata. Tradizionalmente in Alto Adige sono ormai da anni assai impegnate in questo campo istituzioni private ed ecclesiastiche. Le numerose iniziative vengono coordinate e sostenute dal competente ufficio provinciale (24.1).

In materia di ex detenuti va ricordato in particolare il progetto ODÒS, che nel 2010 era a regime già da undici anni. Questo servizio gestito da un ente privato affianca i detenuti durante e dopo la scarcerazione, con l'obiettivo di prepararli al reinserimento nella società e di accompagnarli nella ricerca di un alloggio e di un lavoro. Per ogni ex detenuto in cerca di supporto viene predisposto un programma individuale di reinserimento. Il servizio è inoltre aperto anche ai familiari degli ex detenuti, ai quali vengono offerte consulenza e aiuto. Oltre ciò Odòs è in grado di offrire a una ventina di persone – anche in regime di sospensione temporanea della pena o di semilibertà in osservazione - un alloggio temporaneo (posto di assistenza residenziale). Nel 2010 sono state accolte complessivamente 25 persone.

OFFERTE
SEMIRESDENZIALI
E SUL TERRITORIO

COORDINAMENTO
DEI PROTAGONISTI
DELLE INIZIATIVE

PROBLEMI
DI REINSERIMENTO

PROGETTO ODÒS

INSERIMENTO LAVORATIVO

Infine il servizio offre possibilità di occupazione di tipo artigianale o creativo. Il progetto viene finanziato dalla provincia e da un'organizzazione privata.

Nell'inserimento lavorativo degli ex detenuti (come del resto anche di altre persone socialmente svantaggiate) svolgono un ruolo importante anche le cooperative sociali, che offrono agli interessati possibilità di occupazione temporanea ed elaborano in collaborazione con gli altri servizi pubblici e privati progetti individuali di integrazione. Anche presso le carceri mandamentali di Bolzano vengono proposti ormai da anni svariati corsi di natura culturale, scolastica e formativa, che possono tuttavia risolvere solo in piccola parte i problemi che dopo il rilascio gli ex detenuti si trovano spesso a dover affrontare sul mercato del lavoro o della casa. Decisiva è qui la possibilità di trovare datori di lavoro disposti al di là dei pregiudizi ad offrire agli ex detenuti una possibilità di rientrare nel normale mondo lavorativo. Per migliorare ulteriormente l'inserimento socio-professionale degli ex detenuti, nel 2010 la Giunta provinciale ha sottoscritto inoltre una convenzione con il Ministero della giustizia. Le linee guida per il reinserimento socio-professionale da elaborarsi sulla base di questa convenzione sono attualmente allo studio degli uffici e dei soggetti competenti.

PREVENZIONE

Le esperienze degli scorsi anni hanno evidenziato come un accompagnamento coordinato degli ex detenuti da parte dei vari servizi sociali pubblici e privati possa migliorare considerevolmente le possibilità di reinserimento di questi ultimi, riducendo in tal modo il rischio di un ritorno all'illegalità e di una nuova carcerazione. In base a queste esperienze appare fortemente raccomandabile, per un futuro miglioramento della situazione, un'assistenza precoce e intensiva di questi gruppi di persone. Gli interventi preventivi appaiono qui in ogni caso una soluzione migliore rispetto ad un successivo tentativo di por rimedio ad un'integrazione non riuscita. In questo contesto va anche ricordato che nell'anno di riferimento della presente relazione la Giunta provinciale ha concordato con lo Stato un calendario dei lavori per la costruzione di una nuova casa circondariale, durante la cui realizzazione si provvederà altresì ad assicurare alla popolazione detenuta strutture occupazionali e formative adeguate agli standard attuali, che agevoleranno ulteriormente il successivo reinserimento degli ex detenuti.

8.5 SFRUTTAMENTO DELLA PROSTITUZIONE

SFRUTTAMENTO DELLA
PROSTITUZIONE IN EUROPA E
IN ITALIA

Il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione è senza dubbio assai diffuso nella maggior parte dei paesi europei: stando a stime dell'ONU il numero complessivo di donne costrette a prostituirsi in Europa si può quantificare in 500.000. Nei paesi dell'Unione europea si stima che ogni anno 200.000 donne vengano avviate alla prostituzione, con metodi che vanno dalle false promesse alle minacce, ai ricatti e alle violenze aperte. Indipendentemente dai meccanismi del loro avvio alla prostituzione - inganno o violenza -, queste donne si trovano di norma in una situazione di costrizione, e sono totalmente dipendenti da terzi. Invece di lavorare e guadagnare meglio, come loro promesso, devono spesso subire la sottrazione dei loro documenti personali e di gran parte dei loro introiti. Le normative vigenti in materia di permessi di soggiorno aggravano ulteriormente il problema, inducendo un senso di disperazione e di impotenza ancora maggiore ed impedendo alle donne di denunciare chi le sfrutta. Per la lotta allo sfruttamento della prostituzione, in Italia è stato istituito un numero verde (800290290), finanziato dallo Stato, a disposizione di tutti gli interessati (le prostitute stesse, i loro clienti, la cittadinanza in genere, le istituzioni, i servizi ecc.).

PROGETTO ALBA

Nell'ambito delle misure finalizzate alla lotta contro lo sfruttamento della prostituzione, svariati uffici e ripartizioni dell'amministrazione provinciale, in stretta collaborazione con le istituzioni e gli enti pubblici e privati, hanno dato vita al progetto „Alba“ che, entrato nella sua fase operativa nell'autunno 2003, fa sin da allora parte di un network progettuale a livello nazionale. Il progetto ha come obiettivo

il sostegno e l'accompagnamento delle donne che intendono uscire dal giro della prostituzione. Concettualmente esso prevede tre fasi di accompagnamento: dal primo contatto sulla strada e la messa a disposizione di un alloggio protetto ("prima accoglienza"), al passaggio ad un alloggio "normale" (nel quale si sviluppa il progetto di recupero), al reinserimento nel mondo del lavoro. L'attenzione dei responsabili del progetto si concentra oggi non più solo sulla prostituzione di strada, ma anche su quella indoor

Alla fine del 2010 gli operatori e le operatrici del progetto avevano preso contatto con complessivamente 450 donne, provenienti per quasi due terzi dall'Africa centrale e dal Sudamerica. I paesi di origine più frequenti sono la Nigeria e la Romania. Al momento sono state accolte nel progetto 44 donne, con risultati sorprendentemente positivi: delle 24 donne che nell'anno di riferimento della presente relazione hanno partecipato al progetto, 4 hanno concluso i programmi individuali di assistenza (con il conseguimento della loro indipendenza, con l'assegnazione di un alloggio e con la stipula di un contratto di lavoro). Altre nove donne sono riuscite a stipulare perlomeno un contratto di lavoro a tempo pieno e indeterminato. A fronte di queste, solo 3 donne hanno interrotto i rapporti con l'ente promotore del progetto. A livello nazionale il progetto Alba ha trovato grande attenzione e riconoscimento, e si considera oggi un progetto modello per l'Italia, che nel 2008 è stato inserito nel Catalogo nazionale delle buone pratiche del Fondo sociale europeo. Grazie ai risultati del progetto Alba la Provincia autonoma di Bolzano, assieme ad altre regioni, ha sottoscritto un protocollo d'intesa tra l'Italia e la Romania, finalizzato alla lotta alla tratta delle donne.

9. TRASFERIMENTI PUBBLICI

In questo capitolo, oltre a discutere il fenomeno della povertà, si illustreranno i principali trasferimenti effettuati dalla Provincia, esaminando l'entità e descrivendo la struttura della popolazione beneficiaria, e ponendo l'accento sulle prestazioni dirette dell'assistenza economica sociale, e in particolare sull'aspetto del reddito minimo di inserimento. Si descriveranno poi in dettaglio le prestazioni erogate a favore degli invalidi civili, dei ciechi e dei sordi, presentando altresì e alcuni dati sul sussidio casa, inteso quale potenziale indicatore per individuare la dimensione della povertà economica. Per una migliore linearità dell'esposizione, i dati relativi all'assegnamento di cura sono invece esposti in un altro capitolo (10.2).

9.1 POVERTÀ E DEBOLEZZA REDDITUALE IN ALTO ADIGE

9.1.1 Concetti di povertà

In linea di principio occorre distinguere tra povertà relativa dovuta a motivi reddituali (ossia un rischio di povertà connesso con un basso reddito) e situazioni di emarginazione o svantaggio ascrivibili a particolari condizioni di vita.

Il tasso di rischio di povertà è un indicatore atto a misurare la povertà reddituale relativa, che si calcola prendendo a base il reddito familiare mediano, ossia quel reddito che ripartisce la popolazione in due gruppi di dimensioni esattamente uguali. In base agli indicatori EU-SILC ¹ si considera a rischio di povertà chi ha un reddito inferiore al 60% del valore mediano (il valore del 60% è stato scelto convenzionalmente). Per questo motivo - come pure in considerazione del fatto che un reddito al di sotto di questa soglia non si può considerare condizione necessaria o sufficiente perché vi sia una situazione di povertà - l'indicatore viene considerato un indice del rischio di povertà. Il fatto che un reddito al di sotto di questa soglia comporti spesso rinunce più o meno dolorose e causi nella maggior parte dei casi situazioni di disagio soggettivo non modifica questa definizione concettuale. La prevenzione della povertà relativa è in prima linea un problema di politiche retributive e fiscali, di distribuzione dei redditi e di politiche di protezione sociale. L'assistenza economica sociale non ha come proprio compito primario il contrasto di questa forma di povertà.

La povertà non può essere descritta in termini esclusivamente economici. Le risorse materiali consentono in realtà la soddisfazione di numerose esigenze, ma non offrono sufficiente protezione rispetto a situazioni di vita precarie o a un disagio o un'emarginazione sociale. Altre forme di povertà o carenza, come ad esempio una "povertà culturale", possono peggiorare considerevolmente il livello di vita reale di una persona. Poiché gli aspetti centrali della vita, come il reddito, il lavoro, l'istruzione, la salute e le relazioni sociali sono strettamente intercorrelati, la povertà reddituale e le condizioni di vita svantaggiate costituiscono due "dimensioni diagnostiche" che si integrano a vicenda, e che si possono descrivere col concetto di povertà delle condizioni di vita (povertà della "Lebenslage"), che a differenza della povertà economica relativa fa riferimento alle effettive condizioni di vita di una persona o di una famiglia. Per valutare quindi se una persona sia povera o no, occorre in base a questa tipologia di approccio considerare gli aspetti centrali della vita del singolo individuo e della famiglia. Si parla di povertà delle condizioni di vita quando è limitato in maniera perdurante il margine di disponibilità di beni economici e non economici e di servizi necessari per soddisfare le principali esigenze della vita. Questa limitazione non deve necessariamente trovare le sue radici soltanto in condizioni oggettive di

TEMA DEL CAPITOLO

DEFINIZIONI

RISCHIO DI POVERTÀ

POVERTÀ DELLE CONDIZIONI
DI VITA (POVERTÀ DELLA
"LEBENS-LAGE")

¹ SILC sta per „Statistics on Income and Living Conditions.“

EMARGINAZIONE FINANZIARIA

indigenza, ma può anche riflettere carenze nelle competenze personali (per esempio atteggiamento di consumo inadeguato).

Sul piano delle situazioni di emarginazione ascrivibili a particolari condizioni di vita assumono particolare importanza due condizioni:² la cosiddetta emarginazione (“deprivazione”) finanziaria e quella secondaria.

Secondo Statistik Austria si considerano finanziariamente emarginati i soggetti che per la limitatezza delle loro disponibilità finanziarie non riescono a soddisfare almeno due dei seguenti standard minimi di vita:

- mantenere sufficientemente calda l’abitazione
- pagare con regolarità le bollette (affitti, spese di esercizio)
- ricorrere alle necessarie cure mediche e dentistiche
- coprire spese impreviste (per esempio per riparazioni)
- al bisogno acquistare nuovi indumenti
- mangiare ogni secondo giorno pesce, carne o alimenti vegetali dieteticamente equivalenti
- invitare una volta al mese a pranzo amici e parenti.

POVERTÀ MANIFESTA/ MANCATO ACCESSO ALLE RISORSE

I nuclei familiari finanziariamente emarginati in questo senso e il cui reddito è al di sotto della soglia di rischio di povertà si definiscono manifestamente poveri. Quelli invece il cui reddito si colloca al di sopra della soglia stessa ma che come il gruppo precedente non possono soddisfare almeno due dei requisiti minimi anzidescritti si considerano in condizioni di „mancato accesso alle risorse“.

EMARGINAZIONE SECONDARIA

Si considerano invece casi di emarginazione secondaria quelle situazioni in cui una famiglia non può permettersi determinati beni di consumo o servizi considerati necessari per una partecipazione a pieno titolo alla vita sociale. Si ipotizza l’esistenza di una emarginazione secondaria quando in famiglia non ci si può permettere tre beni di consumo tra quelli elencati qui di seguito:

- PC
- cellulare
- collegamento a Internet
- DVD-Player
- lavastoviglie
- automobile.

POVERTÀ DI SPESA O DI CONSUMO

I concetti di emarginazione finanziaria e secondaria sono strettamente legati a quello di povertà di spesa o di consumo. Dalla povertà di spesa o di consumo si parla di norma quando la spesa sostenuta da una persona o una famiglia all’acquisto di determinati prodotti, beni e servizi è inferiore a una determinata soglia (normalmente il 50% della spesa media sostenuta per quei prodotti in quella società), oppure quando essa supera (sempre rispetto al comportamento di consumo medio di tutte le famiglie) una determinata percentuale del bilancio personale o familiare disponibile. Il diverso utilizzo dei criteri di povertà reddituale e di povertà di spesa può portare a risultati assai differenti sia per quanto riguarda l’ordine di grandezza della popolazione povera che per quanto attiene la sua struttura.

POVERTÀ CONTRASTATA

L’ultimo concetto da definire è quello della “povertà contrastata”, che coinvolge gli svariati interventi di politica sociale con i quali si cerca di affrontare i casi di povertà più gravi. Per l’Alto Adige va qui citata in particolare l’assistenza economica sociale, l’accesso alla quale è subordinato alla condizione che il reddito di una persona o di una famiglia si collochi al di sotto della soglia ritenuta indispensabile per il soddisfacimento dei bisogni elementari - materiali, sociali, culturali - della vita. Nel contesto della povertà contrastata va ricordata anche la cosiddetta “povertà nascosta”, che caratterizza quei cittadini

² La descrizione che segue è stata ricavata dalla pubblicazione Gemeinsam gegen Armut! edita a cura del Ministero federale austriaco per il Lavoro, gli Affari sociali e la Difesa del consumatore, Vienna 2010.

che pur avendo diritto ad una prestazione assistenziale di base non vi fanno ricorso, per esempio per ignoranza o per vergogna.

Il concetto di povertà delle condizioni di vita è più adatto a descrivere la complessità e la multidimensionalità del fenomeno della povertà di quanto lo sia quello della povertà economica. Siccome le cause della povertà possono essere molteplici (multicausalità del fenomeno), gli interventi di politica sociale non possono di conseguenza limitarsi al solo aspetto economico, ma devono puntare a prevenire e mitigare possibili situazioni di rischio in tutti gli ambiti della vita sociale. La lotta alla povertà è un impegno trasversale che coinvolge tutti i settori e tutte le forze sociali. Per l'Alto Adige vanno qui citati in prima linea - accanto a prestazioni come il reddito minimo di inserimento, l'assegno per la cura di familiari non autosufficienti e l'assegno al nucleo familiare - tutti gli interventi volti a sviluppare e consolidare adeguate offerte di assistenza ai minori (vedi cap. 2).

9.1.2 Dimensioni del fenomeno povertà

Stando alla più recente indagine sulla situazione reddituale e patrimoniale, in Alto Adige il 17,9% delle famiglie presenta un reddito inferiore alla soglia di povertà (vedi sopra).³ Rispetto al 2003 si riscontra in tal modo un incremento dello 0,6%, in quanto si passa dal 17,3% al 17,9%. Se non si considerano i trasferimenti pubblici, la percentuale di famiglie a rischio di povertà sale addirittura al 25,3%. In tal modo si può affermare che i trasferimenti pubblici danno un'importante contributo alla prevenzione della povertà reddituale. In base ai dati rilevati, il 25,2% delle famiglie altoatesine è beneficiario di contributi pubblici. Se invece si considerano gli individui a rischio di povertà, l'Alto Adige si colloca con il 16,0% sensibilmente sotto la media italiana (18,7%), ma ben sopra quella austriaca (12,4%) e quella tedesca (15,2%). Sul piano sociopolitico è significativo che la percentuale di soggetti a rischio di povertà sia cresciuta tra il 2003 e il 2008 del 2% (passando dal 14,0% allo 16,0%).

Lo sviluppo sin qui descritto va valutato tenendo presente che il reddito medio da attività di lavoro principale - che costituisce il 69,6% del reddito familiare medio - si è ridotto nel medesimo periodo 2003 - 2008 del 5,7% in termini reali; come pure che il reddito pro-capite reale medio si è contratto del 2,7% nel medesimo arco di tempo.⁴

I dati disponibili confermano un'accentuata disparità reddituale tra le famiglie: mentre il 10% delle famiglie con reddito più basso riceve complessivamente soltanto il 3,2% del reddito complessivo ponderato sul fabbisogno⁵, l'equivalente fascia del 10% nella classe di reddito più alta riceve nel suo complesso oltre un quarto (26,9%) del reddito complessivo. Purtroppo i dati sinora pubblicati non consentono di verificare se e in quale misura questa ineguale distribuzione del reddito si sia modificata nel tempo.

Naturalmente non tutte le fasce sociali risultano esposte allo stesso modo al rischio di povertà. Pur non essendo purtroppo disponibili al momento analisi dettagliate, lo studio dell'ASTAT rivela che il reddito pro-capite ponderato sul fabbisogno varia molto a seconda della tipologia del nucleo familiare e della cittadinanza delle persone interessate. Per quanto riguarda la tipologia del nucleo familiare, i redditi di gran lunga più bassi si individuano nelle famiglie con 3 o più figli a carico, nelle famiglie unipersonali composte da donne e in quelle monoparentali. Particolarmente bassi risultano anche i redditi dei cittadini extracomunitari e quelli delle famiglie costituite da soli pensionati (vedi tabella 9.1). Queste persone sono quindi senz'altro maggiormente a rischio di povertà. L'indagine dell'ASTAT conferma che questi gruppi presentano difficoltà sensibilmente maggiori a raggiungere la fine del mese con i loro introiti.⁶

IMPLICAZIONI PER LA
POLITICA SOCIALE

DISPARITÀ REDDITUALE

ESPOSIZIONE
DI SPECIFICI GRUPPI

³ ASTAT (ed.), Persone e famiglie a rischio di povertà - 2008, in: ASTAT Info n. 46/2010.

⁴ ASTAT (ed.), Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige 2008-2009 (collana ASTAT 164), Bolzano 2010, pag. 18-19, 22.

⁵ Vedi glossario.

⁶ ASTAT (ed.), Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige 2008-2009 (collana ASTAT 164), Bolzano 2010, pag. 35, 45.

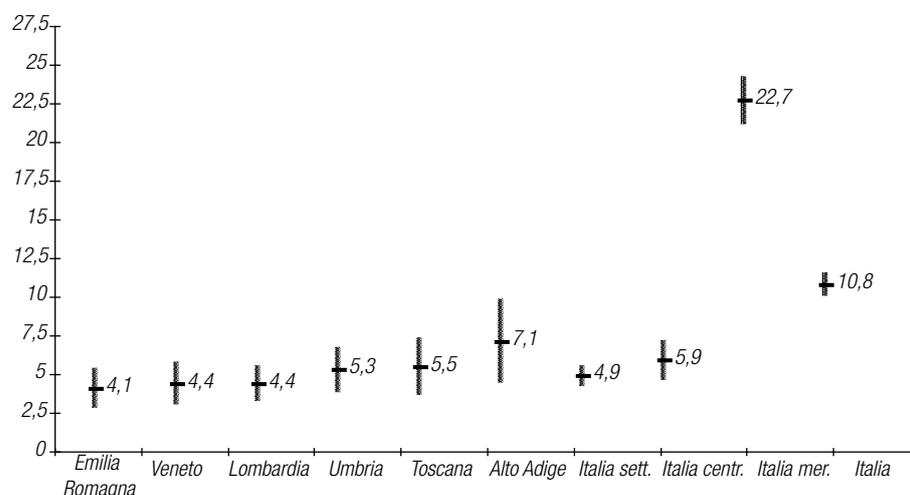
POVERTÀ DI SPESA O DI
CONSUMO NEL RAFFRONTO
ITALIANO

Tabella 9.1: **Reddito pro-capite ponderato sul fabbisogno per tipologia del nucleo familiare e cittadinanza – 2008**

Caratteristiche	Reddito pro-capite ponderato sul fabbisogno (Euro)	
	Media	Mediana
Tipologia di nucleo familiare		
– Famiglia monoparentale	12.592	13.047
– Coppia con un figlio	21.349	20.000
– Coppia con due figli	17.833	16.357
– Coppia con tre e più figli	15.182	10.333
– Famiglia unipers. (donna)	16.726	13.000
– Famiglia unipers. (uomo)	25.018	18.000
Cittadinanza		
– italiana	20.269	16.840
– paesi UE	18.411	17.287
– paesi non UE	11.658	10.750
Posizione reddituale		
– solo dipendenti	20.304	18.500
– solo autonomi	29.205	18.000
– dipendenti/autonomi	22.804	20.222
– solo pensionati	15.243	12.372
Totale	19.836	16.580

Gli ultimi dati ISTAT differenziati a livello regionale indicano per l'Alto Adige - anche se limitatamente al criterio della povertà di spesa o di consumo – un indice di povertà familiare del 7,1%.⁷ In tal modo l'Alto Adige viene a collocarsi a un livello medio-basso, piazzandosi sensibilmente dietro l'Emilia Romagna (4,1%), la Lombardia (4,4%) e il Veneto (4,4%). Due anni prima, con una percentuale del 4,5%, la nostra provincia era ancora tra le meglio collocate, dietro il Veneto e la Toscana. Tuttavia l'errore relativo di campionamento nel caso di Bolzano si presenta relativamente alto, a causa dei numeri assoluti piuttosto bassi: se si sceglie un intervallo di confidenza del 95% (il che vuol dire che i limiti di intervallo calcolati includono il valore vero in 95 casi su 100), il dato per l'Alto Adige oscilla tra il 4,6% e il 9,7%. Per questo motivo il grafico che segue riporta anche il rispettivo limite superiore e inferiore dell'intervallo.

Grafico 9.1: **Povertà in Alto Adige in un confronto nazionale – 2009 (povertà di consumo)**

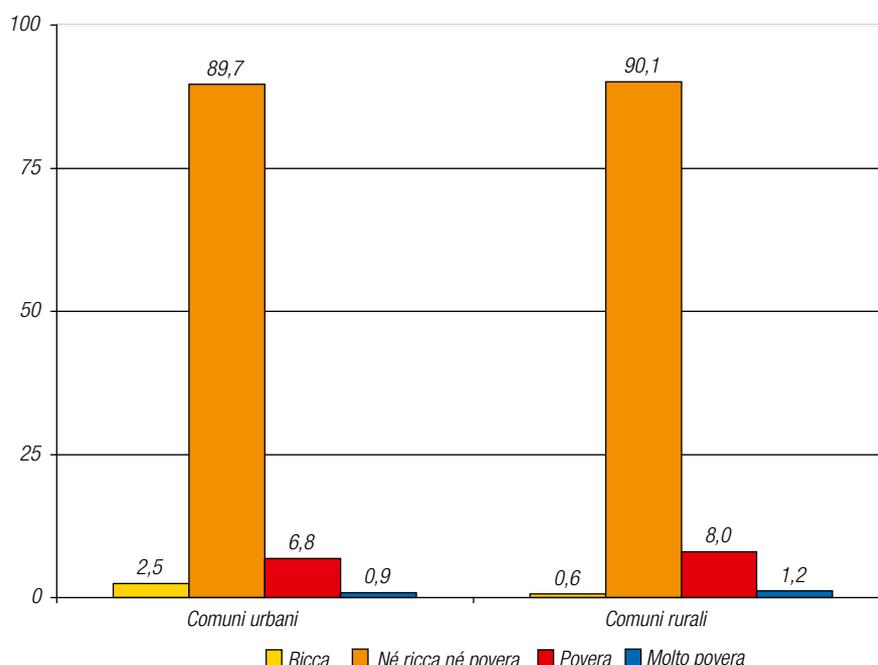


Fonte: ISTAT, 2010.

⁷ ISTAT, La povertà relativa in Italia nel 2009, in: Comunicato Stampa, 15 luglio 2010.

Per quanto riguarda l'indicatore della povertà soggettiva si rinvia ai risultati dello studio sulle famiglie altoatesine, pubblicato nel 2010. Stando a questa indagine, "solo" il 7,7% delle famiglie nei comuni urbani e il 9,2% di quelle nei comuni rurali si definisce "povero" o "molto povero".⁸

Grafico 9.2: Stima delle condizioni economiche della famiglia, 2008



I dati più recenti rivelano inoltre che parte delle famiglie altoatesine si trova in condizioni di deprivazione finanziaria (vedi sopra): così ad esempio l'8,2% delle famiglie in provincia non può al bisogno acquistare nuovi indumenti, e un buon 5,1% non si può permettere di spendere in relazione alle cure mediche.⁹ Quasi un quarto delle famiglie (21,3%) afferma addirittura di non poter far fronte da solo a spese impreviste di valore pari o superiore a 750 Euro. Quasi un terzo delle famiglie intervistate nel 2008 ha definito "scarsi" i mezzi finanziari disponibili nei 12 mesi precedenti.¹⁰

9.2. ASSISTENZA ECONOMICA SOCIALE

9.2.1 Principi informatori e tipologie di prestazioni

L'assistenza economica sociale rappresenta l'ultimo gradino del sistema di protezione sociale: le prestazioni vengono erogate solo quando le situazioni di bisogno non possono venir affrontate direttamente dell'interessato o dalla sua famiglia (autoaiuto), né possono venir coperte da prestazioni sociali erogate più a monte (principio di sussidiarietà). L'assistenza economica sociale è quindi intesa ad aiutare le persone che non sono in grado di mantenersi da sé e/o di far fronte a particolari esigenze esistenziali, e che non possono neppure trovare aiuto presso terzi. Essa deve al contempo consentire a queste persone di ridiventare autonome nel proprio mantenimento e di rendersi indipendenti dall'assistenza sociale ("aiuto all'autoaiuto"). Questo tipo di supporto viene pertanto di norma concesso solo per un periodo limitato: nello spirito del principio di sussidiarietà dianzi esposto, le persone

PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ /
PRINCIPIO
DI INDIVIDUALIZZAZIONE

⁸ ASTAT (ed.), Famiglie in Alto Adige – 2008, Bolzano 2010, (Collana ASTAT, vol. 153) pag. 95-96, 99.

⁹ ASTAT (ed.), Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige 2008-2009 (collana ASTAT 164), Bolzano 2010, pag. 46.

¹⁰ ASTAT (ed.), La percezione della situazione economica delle famiglie altoatesine – 2009, in: ASTAT Info, n. 18/2010.

PRESTAZIONI DIRETTE

che cercano aiuto sono cioè tenute a servirsi anzitutto della propria capacità lavorativa per procurarsi di che vivere. Inoltre il diritto all'assistenza economica sociale non viene subordinato solo al reddito e al patrimonio alienabile dell'interessato, ma anche a quello della famiglia di fatto, e per certe prestazioni anche al reddito e al patrimonio alienabile del nucleo familiare allargato. La natura e la portata del sostegno variano a seconda delle circostanze (principio di individualizzazione), che sono fissate in base alle disposizioni del DPGP 30/2000. Le erogazioni vengono effettuate a cura dei Distretti sociali, che verificano anche se sono soddisfatte le condizioni per la concessione dell'assistenza.

L'assistenza economica sociale prevede le seguenti prestazioni dirette:

- reddito minimo di inserimento, che ha lo scopo di garantire alle persone impossibilitate per cause psichiche, fisiche e sociali a provvedere al mantenimento proprio e del proprio nucleo familiare il soddisfacimento, per periodi limitati, dei bisogni fondamentali di vita, relativi all'alimentazione, abbigliamento e igiene della persona. Si tratta di un contributo integrativo che viene concesso per portare il reddito del richiedente ad un livello prestabilito ("quota base"), che varia in funzione del numero dei componenti del nucleo familiare;
- contributo per locazione e spese accessorie, che ha la finalità di consentire alle persone in situazioni di difficoltà economica di far fronte al pagamento delle spese di affitto e di riscaldamento;
- prestazioni specifiche, che hanno lo scopo di consentire la soddisfazione, in particolari circostanze della vita, di bisogni che determinano una situazione di emergenza individuale o familiare, non risolvibili con le altre prestazioni di assistenza economica sociale;
- prestazioni specifiche per minori, erogate ai minori che necessitano di interventi urgenti, specifici e mirati per garantire il loro armonico sviluppo;
- prestazione per la continuità della vita familiare e della casa, destinata ad aiutare il nucleo in caso di temporanea assenza della figura di riferimento;
- assegno per esigenze personali, che ha lo scopo di consentire un minimo di vita di relazione alle persone ricoverate in istituti assistenziali che non hanno la possibilità di sostenere le piccole spese quotidiane;
- rimborso per acquisto o adattamento mezzi di locomozione per persone affette da minorazione permanente;
- rimborso per adattamento mezzi di locomozione per persone con familiari o conviventi affetti da minorazione permanente;
- rimborso delle spese di trasporto sostenute da persone con difficoltà permanenti a utilizzare mezzi pubblici di trasporto per raggiungere le strutture diurne dei servizi sociali o altre strutture riabilitative o lavorative;
- contributo per la fruizione del servizio di telesoccorso e telecontrollo;
- rimborso delle spese di trasporto pubblico per anziani;
- contributo per l'acquisto di dispositivi telefonici per sordi;
- contributo per acquisto e installazione di telefoni per anziani;
- anticipo dell'assegno di mantenimento a tutela dei minori.

ALTRE EROGAZIONI

A queste erogazioni dirette si aggiungono l'assunzione di costi e tariffe per minori e disabili ospitati in istituto in provincia e fuori provincia, i compensi per l'affidamento familiare di minori e disabili e l'assunzione della retta per i cittadini stranieri ricoverati nelle case di riposo e degenza. Anche se erogati sempre dagli enti gestori dei servizi sociali pubblici, non si tratta nella fattispecie di interventi specifici mirati a contrastare determinate situazioni di bisogno; essi non verranno quindi considerati nelle analisi che seguono.

Con l'introduzione del nuovo sistema di calcolo della partecipazione degli utenti e dei familiari alle tariffe dei servizi sociali, l'assistenza economica è inoltre diventata il punto di contatto per i cittadini

che intendono far valere il proprio diritto all'agevolazione tariffaria.

9.2.2 Spesa per l'assistenza sociale

Nel 2010 la spesa complessiva per le prestazioni dirette di assistenza economica a favore di 9.691 richiedenti - che possono essere singoli individui o rappresentare nuclei familiari - si è attestata su 23.891.746 Euro. Poiché alcune prestazioni riguardano più i nuclei che i singoli, le persone complessivamente assistite sono naturalmente di più.¹¹

L'83,3% della spesa diretta viene ormai assorbito dalle due principali misure a contrasto delle situazioni di povertà: il reddito minimo di inserimento e il contributo per locazione e spese accessorie. In tal modo il peso di queste due voci rispetto alla spesa complessiva è cresciuto del 5,8% nel confronto col 2009. La spesa complessiva per entrambi i provvedimenti è stata nel 2010 di 19.900.592 Euro. Al terzo posto come entità di spesa si colloca ora l'anticipo dell'assegno di mantenimento, che rispetto al 2009 presenta una crescita del 22,1%, essendo passato da 1.194.357 a 1.458.587 Euro. Attualmente è dovuto a questa voce di spesa il 6,1% della spesa complessiva. Altre voci di spesa di un certo rilievo sono quelle per prestazioni specifiche e prestazioni specifiche per minori, che sono un insieme di possibilità di intervento legate alla necessità di affrontare un determinato impegno finanziario, ritenuto congruo e indispensabile dal Distretto. Tipici settori di intervento sono le spese dentistiche, per urgenti lavori di ristrutturazione, per l'acquisto di elettrodomestici o di materiale scolastico. La prestazione viene spesso anche concessa sotto forma di prestito rimborsabile al netto di interessi. Nel 2010 sono state erogate a 2.231 beneficiari prestazioni per 1.818.663 Euro, corrispondenti a circa il 9,1% della spesa complessiva. L'erogazione media per intervento è stata pari a 815 Euro.

Tra le altre erogazioni dirette dell'assistenza economica, le quote di spesa maggiori vengono assorbite dall'assegno per piccole spese (1,1%), seguita dall'assegno per la continuità della vita familiare (0,7%). Importi marginali ed un numero contenuto di assistiti caratterizzano invece le rimanenti prestazioni, il cui significato complessivo non può peraltro naturalmente venire determinato soltanto in base a parametri quantitativi, dato che si tratta di prestazioni chiamate a rispondere a bisogni circoscritti ma soggettivamente rilevanti.

Tabella 9.2: **Prestazioni dirette dell'assistenza economica per Comunità comprensoriale, 2010**

Comunità Comprensoriale	Reddito minimo di inserimento		Locazione e spese accessorie		Prestazioni specifiche		Prestazioni specifiche per minori	
	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti
Val Venosta	416.914	191	331.787	222	49.279	51	20.359	35
Burgraviato	2.007.922	909	1.858.674	1.086	328.655	370	87.206	130
Oltradige-B.A.	1.155.082	524	1.055.378	678	81.218	114	44.771	100
Bolzano	4.184.692	2.021	4.480.531	2.208	361.774	449	140.074	324
Salto-Sciliar	384.411	188	357.048	216	79.374	74	9.367	27
Val d'Isarco	1.045.123	425	1.023.880	569	111.341	108	211.205	170
Alta Valle Isarco	287.839	143	436.857	201	69.167	61	36.332	40
Val Pusteria	411.580	231	462.875	318	100.048	118	88.492	60
Totale	9.893.564	4.632	10.007.028	5.498	1.180.857	1.345	637.806	886
Comunità Comprensoriale	Continuità della vita familiare		Assegno per piccole spese		Acquisto automezzi per disabili		Adattamento automezzi per disabili	

¹¹ La quantificazione del numero delle persone beneficiarie degli interventi di assistenza economica pone diversi problemi. Se nel caso del reddito minimo di inserimento risulta evidente l'opportunità di considerare come assistiti tutti i componenti di un nucleo familiare, nel caso di altre prestazioni esistono valide ragioni a sostegno di entrambe le possibili soluzioni.

SPESA COMPLESSIVA

STRUTTURAZIONE DELLA
SPESA

	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti
Val Venosta	1.370	1	800	1	0	0	0	0
Burgraviato	18.898	9	54.497	43	4.310	2	2.495	2
Oltradige-B.A.	6.894	6	25.267	17	23.560	5	8.065	5
Bolzano	27.155	29	125.468	63	18.461	4	4.549	4
Salto-Sciliar	10.845	3	17.073	9	0	0	0	0
Val d'Isarco	63.453	33	8.362	9	12.183	4	4.910	4
Alta Valle Isarco	0	0	3.790	4	0	0	0	0
Val Pusteria	29.188	16	17.930	16	2.751	1	907	1
Totale	157.803	97	253.187	162	61.266	16	20.927	16
Comunità Comprensoriale	Adattamento auto-mezzi familiari di disabili		Servizio telesoccorso		Spese di trasporto privato		Spese di trasporto convenzionato	
	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti
Val Venosta	0	0	1.213	5	5.242	6	777	2
Burgraviato	0	0	5.834	24	13.630	13	44.064	16
Oltradige-B.A.	4.340	1	3.519	16	3.233	3	4.778	2
Bolzano	0	0	21.800	93	1.038	2	19.507	15
Salto-Sciliar	0	0	987	5	0	0	0	0
Val d'Isarco	4.719	1	3.133	16	8.010	14	39.157	8
Alta Valle Isarco	0	0	810	4	2.126	4	19.986	11
Val Pusteria	0	0	2.660	12	8.942	11	1.115	3
Totale	9.059	2	39.957	175	42.221	53	129.383	57

Comunità Comprensoriale	Spese trasporto anziani		Anticipazione assegno		TOTALE*	
	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti
Val Venosta	0	0	73.312	19	901.052	245
Burgraviato	0	0	334.571	91	4.760.758	1.397
Oltradige-B.A.	0	0	115.171	39	2.531.277	1.054
Bolzano	0	0	478.364	131	9.863.413	4.792
Salto-Sciliar	100	1	76.413	22	935.618	165
Val d'Isarco	0	0	184.748	45	2.720.225	1.363
Alta Valle Isarco	0	0	74.559	19	931.466	476
Val Pusteria	0	0	121.449	30	1.247.937	529
Totale	100	1	1.458.587	396	23.891.746	9.691

*Il numero complessivo degli utenti è indicativo, poiché un assistito può aver beneficiato di più prestazioni diverse. Gli assistiti che hanno ricevuto il RMI e il contributo per locazione vengono conteggiati una sola volta nel totale.

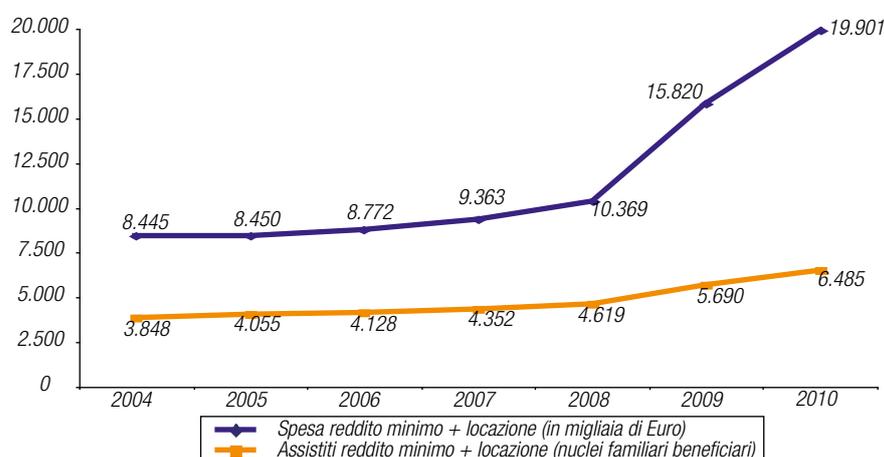
Rispetto al 2009, la spesa complessiva per prestazioni dirette è aumentata nominalmente ancora una volta del 21,9% (nel confronto col 2008 si tratta addirittura di un incremento del 70,5%). Il generalizzato aumento si spiega essenzialmente con lo sviluppo della spesa nel settore del contributo per locazione e spese accessorie (che è cresciuta di 2.601.288 Euro, cioè del 35,1%) e del reddito minimo di inserimento (più 1.479.582 Euro, cioè più 17,6%). Questo massiccio incremento è dovuto in prima linea alla crisi economica. Tassi di crescita sensibili si osservano per il resto solo per l'anticipo dell'assegno di mantenimento (22,1%) e per l'assegno per esigenze personali (20,6%).

Tabella 9.3: Reddito minimo di inserimento e contributo per locazione, 2005-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Assistiti reddito minimo (RMI)	2.761	2.964	3.202	4.156	4.632
Spesa RMI (in €)	4.479.010	4.773.276	5.366.612	8.413.982	9.893.564
Assistiti locazione	3.476	3.591	3.881	4.792	5.498
Spesa locazione (in €)	4.293.340	4.590.569	5.003.296	7.405.740	10.007.028
Assistiti RMI + locazione	4.128	4.352	4.619	5.690	6.485
Assistiti rispetto anno precedente	+1,8%	+5,4%	+6,1%	+23,2%	+14,0%
Assistiti e familiari RMI + locazione	9.357	9.763	10.720	13.748	15.966
Assistiti e familiari rispetto anno precedente	+1,9%	+4,3%	+9,8%	+28,2%	+16,1%
Spesa RMI + locazione	8.772.350	9.363.845	10.369.908	15.819.722	19.900.592
Spesa rispetto anno precedente	+3,8%	+6,7%	+10,7%	+52,5%	+25,8%

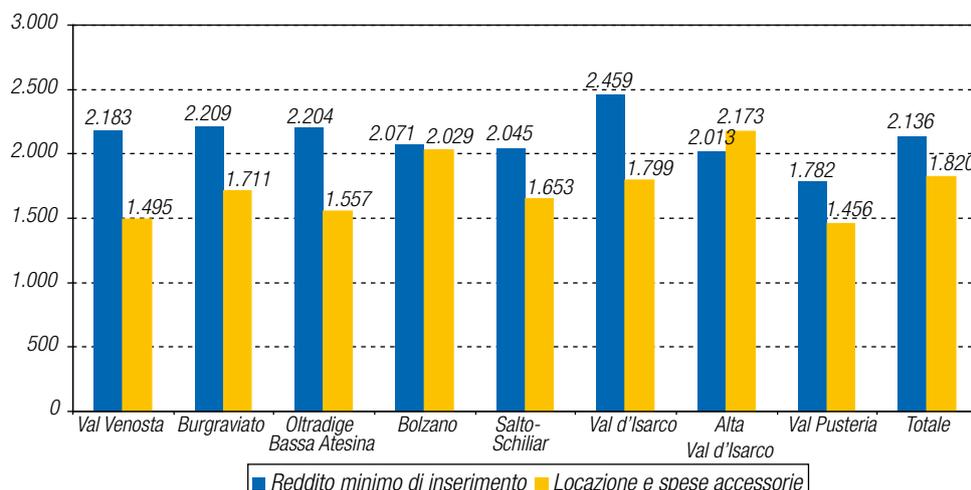
* LeistungsempfängerInnen + Angehörige.

Grafico 9.3: Reddito minimo di inserimento e contributo per locazione, 2004-2010



La spesa media sostenuta per il reddito minimo di inserimento è stata nel 2010 di 2.136 Euro per ciascuna domanda, con un'oscillazione territoriale che va dai 2.459 Euro della Val Isarco ai 1.782 Euro di Val Pusteria. Per i contributi alle locazioni, nel 2010 si sono spesi mediamente 1.820 Euro. Qui l'importo massimo è quello corrisposto nella Comunità comprensoriale Alta Val d'Isarco (2.173 Euro), mentre in Val Pusteria in media sono stati spesi solo 1.456 Euro per ciascun contributo erogato.

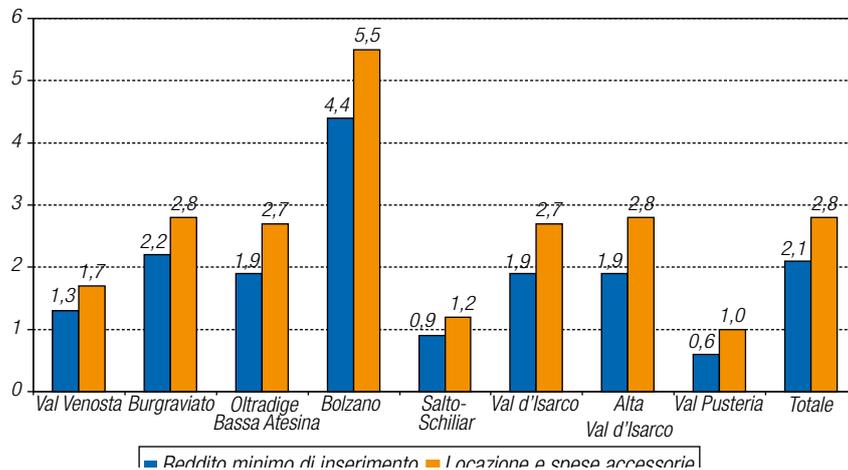
Grafico 9.4: Spese per prestazioni per Comunità comprensoriale, 2010



9.2.3 Ricorso all'assistenza (indici di assistenza economica)

Gli indici di assistenza economica si individuano calcolando il numero dei beneficiari per 100 abitanti. Nel caso del reddito minimo di inserimento e del contributo per locazione si intendono per beneficiari tutte le persone conviventi nella famiglia del richiedente. Il reddito minimo di inserimento e il contributo per locazione possono essere concessi assieme o separatamente. In complesso nel 2010 il reddito minimo di inserimento è stato erogato a 4.632 richiedenti, interessando in tal modo complessivamente 10.745 beneficiari, per una quota pari a 2,1. Nel caso del contributo per locazione e spese accessorie la quota si colloca a 2,8. I valori massimi si riscontrano a Bolzano (4,4/5,5), mentre quelli minimi si raggiungono in Val Pusteria: 0,6 (reddito minimo di inserimento) e 0,9 (contributo per locazione). Fatta eccezione per l'Alta Valle Isarco e la Val Pusteria, i valori percentuali sono cresciuti rispetto al 2009 in tutte le Comunità comprensoriali, e particolarmente a Bolzano (da 3,7 a 4,4 per il reddito minimo di inserimento e da 4,5 a 5,5 per il contributo per locazione).

Grafico 9.5: Indici di assistenza economica per Comunità comprensoriale, 2010



Di certo nel ricorso all'assistenza sociale svolgono un ruolo importante anche fattori come la differente struttura territoriale e la situazione sociale ed economica delle varie Comunità comprensoriali, quindi le differenze nella struttura sociodemografica della popolazione (composizione per età, struttura familiare, nazionalità eccetera). E in alcuni casi non si può escludere che la disomogeneità delle quote di erogazione sia condizionata dal processo di erogazione della prestazione nei vari distretti e dal diverso livello di informazione della cittadinanza. Ma anche tenendo conto di tutto questo, come pure del diverso costo della vita a livello locale (canoni di locazione ecc.), per chiarire queste differenze territoriali così eclatanti si rendono necessarie analisi più approfondite.

9.2.4 Caratteristiche dei beneficiari delle prestazioni

Le statistiche rivelano una stretta correlazione tra la disoccupazione e il ricorso al reddito minimo di inserimento. La metà dei richiedenti (50%) è disoccupata o in cerca di lavoro. In Alto Adige la disoccupazione è spesso correlata non tanto con una carenza della domanda o con la situazione generale del mercato del lavoro (vedi cap. 1.2), quanto con situazioni personali o familiari problematiche per chi cerca lavoro, come ad esempio cattive condizioni di salute, situazioni di dipendenza, scarsa qualificazione professionale, condizioni familiari svantaggiate quali divorzi o rapporti familiari deteriorati. Il 6,0% dei beneficiari delle prestazioni è in generale inabile al lavoro, per cui non è più possibile per loro un collocamento obbligatorio. La percentuale di popolazione attiva si attesta attualmente sul 29,2%, e per la prestazione "contributo per locazione e spese accessorie" addirittura sul 40,1%.

Tabella 9.4: **Reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per posizione lavorativa del richiedente, 2010**

	Reddito minimo di inserimento		Integrazione locazione	
	v.a.	%	v.a.	%
<i>Inabile al lavoro</i>	277	6,0	268	4,9
<i>In cerca di lavoro/ disoccupato</i>	2.318	50,0	2.016	36,7
<i>Occupato</i>	1.353	29,2	2.203	40,1
<i>Casalinga</i>	385	8,3	504	9,2
<i>Pensionato</i>	230	5,0	464	8,4
<i>Studente</i>	57	1,2	32	0,6
<i>Altro</i>	12	0,3	11	0,2
Totale	4.632	100,0	5.498	100,0

Un'analisi della tipologia dei beneficiari può essere utile a fornire indicazioni sui problemi e sulle situazioni specifiche che coloro che richiedono l'erogazione del reddito minimo di inserimento si trovano a dover affrontare. In ogni caso i funzionari incaricati del disbrigo delle pratiche devono indicare caso per caso, sulla scorta di una determinata check-list di caratteristiche, i motivi che giustificano in ultima analisi il riconoscimento del sostegno finanziario. Per oltre due terzi (70,9%) dei casi viene specificata l'appartenenza a categorie demografiche quali "adulto (18-64) con famiglia" o "adulto (18-64) che vive da solo". In questi casi la necessità di sostegno non deriva di norma tanto da una personale necessità del richiedente, quanto piuttosto da problemi come la disoccupazione o un reddito da lavoro o da pensione troppo basso, o ancora un'impossibilità di guadagno dovuta a impegni familiari. Le più importanti categorie "non demografiche" sono le dipendenze, le malattie psichiche e le disabilità. Proprio in questi casi sono necessari ulteriori interventi particolari, specie di assistenza e supporto alla persona.

Tabella 9.5: **Reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per tipologia dei beneficiari, 2010**

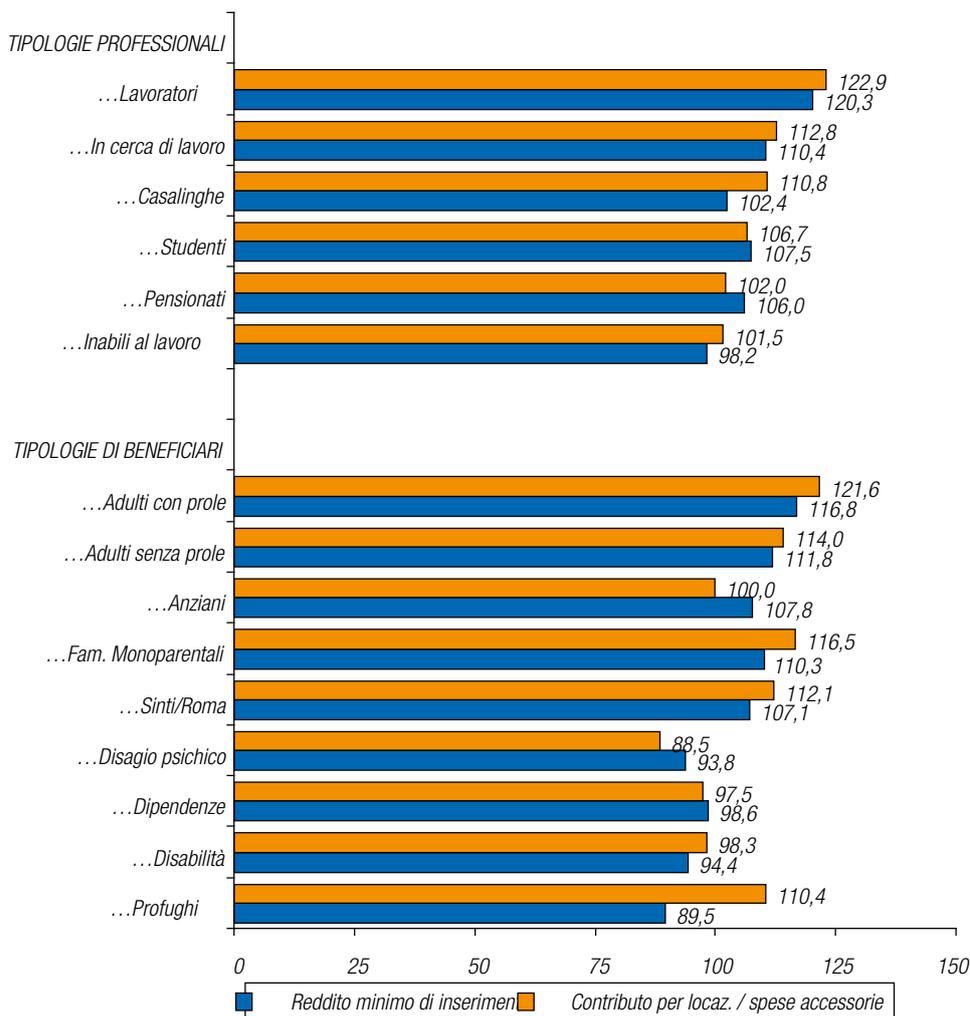
	Reddito minimo di inserimento		Integrazione locazione	
	v.a.	%	v.a.	%
<i>Adulti con famiglia</i>	1.951	40,7	2.857	50,8
<i>Adulti senza famiglia</i>	1.447	30,2	1.353	24,0
<i>Famiglia monoparentale con figli</i>	470	9,8	566	10,1
<i>Soggetti dipendenti</i>	215	4,5	156	2,8
<i>Malati psichici</i>	136	2,8	131	2,3
<i>Richiedenti asilo / rifugati riconosciuti</i>	119	2,5	74	1,3
<i>Anziani</i>	124	2,6	257	4,6
<i>Disabilit</i>	85	1,8	118	2,1
<i>Sinti e Roma</i>	90	1,9	74	1,3
<i>Altri</i>	160	3,3	41	0,7
Totale	4.797	100,0	5.627	100,8

Con un +20,3%, il numero assoluto di persone che nonostante svolgano un'attività lavorativa si sono viste costrette a richiedere l'erogazione della prestazione "reddito minimo di inserimento" è cresciuto in maniera chiaramente sovrapporzionale rispetto al 2009. Del pari assai alto appare per la popolazione attiva l'incremento per la prestazione "contributo per locazione e spese accessorie", con un +22,9%. Rispetto al 2008 si osservano incrementi addirittura del 69,3% per il reddito minimo di inserimento e del 62,7% per il canone di locazione e spese accessorie, anche se il numero dei beneficiari è cresciuto nello stesso periodo "solo" di poco più del 40%. E anche se i valori assoluti continuano a rimanere relativamente modesti, questo sviluppo rivela comunque un inasprimento del

problema del cosiddetto working poor.

Tassi di crescita superiori alla media si riscontrano come nell'anno precedente nelle famiglie con prole: per la prestazione "reddito minimo di inserimento" il loro numero assoluto è cresciuto del 16,8% rispetto al 2009 (a fronte di un incremento medio nominale del 12,5%). Rispetto al 2008 l'incremento risulta addirittura del 73,3%, collocandosi in tal modo ben oltre il valore medio del 45,7%.

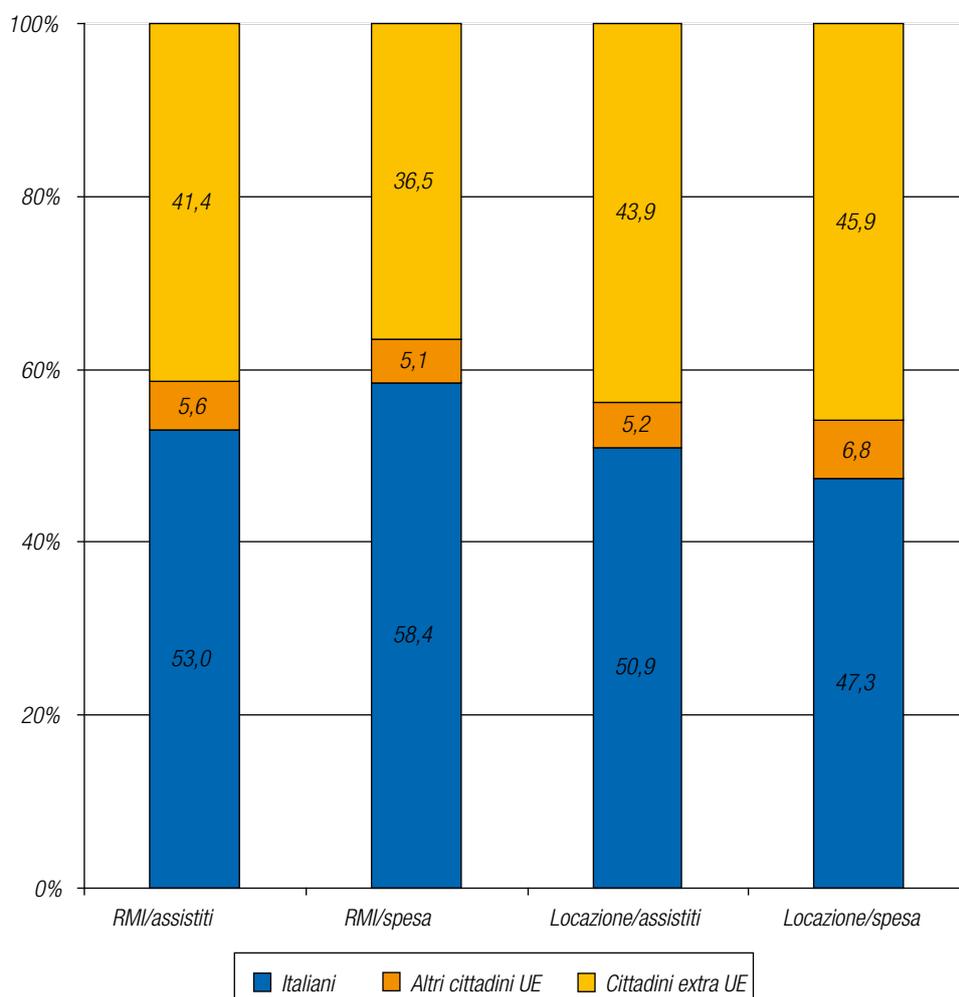
Grafico 9.6: Incremento del numero di beneficiari delle prestazioni "reddito minimo di inserimento" e "contributo per locazione" per tipologia professionale e di beneficiari, 2009-2010 (2009=100)



NAZIONALITÀ

Buona parte dei beneficiari delle prestazioni "reddito minimo di inserimento" e "contributo per locazione" non ha cittadinanza italiana. Si tratta quasi esclusivamente di cittadini extracomunitari. Tuttavia per il reddito minimo di inserimento il volume di prestazioni erogate ai non italiani è inferiore a quello che potrebbe far ritenere la loro presenza percentuale rispetto al totale dei richiedenti. Per la prestazione "contributo per locazione e spese accessorie" il rapporto si presenta invece all'incirca equilibrato.

Grafico 9.7: Ricorso al reddito minimo di inserimento (RMI) e integrazione locazione per cittadinanza del richiedente, 2010 (%)



Le due tabelle che seguono illustrano la distribuzione territoriale dei richiedenti per cittadinanza. Si evidenzia come la distribuzione dei richiedenti rispecchia solo in parte la presenza di cittadini stranieri rispetto alle popolazioni locali.

Tabella 9.6: Beneficiari della prestazione „Reddito minimo di inserimento“ per Comunità comprensoriale e cittadinanza, 2010

Comunità comprensoriale	Italia		Altri paesi UE		Extra UE		Totale %	stranieri %
	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
Val Venosta	107	56,0	8	4,2	76	39,8	100,0	8,5
Burgraviato	539	59,3	65	7,2	305	33,6	100,0	8,9
Oltradige-B.A.	242	46,2	26	5,0	256	48,9	100,0	8,5
Bolzano	996	49,3	100	4,9	925	45,8	100,0	13,0
Salto-Sciliar	97	51,6	13	6,9	78	41,5	100,0	5,1
Val d'Isarco	229	53,9	26	6,1	170	40,0	100,0	7,0
Alta Val d'Isarco	93	65,0	5	3,5	45	31,5	100,0	7,6
Val Pusteria	151	65,4	18	7,8	62	26,8	100,0	4,9
Totale	2.454	53,0	261	5,6	1.917	41,4	100,0	8,2

Tabella 9.7: Beneficiari della prestazione „Contributo per locazione e spese accessorie“ per Comunità comprensoriale e cittadinanza, 2010

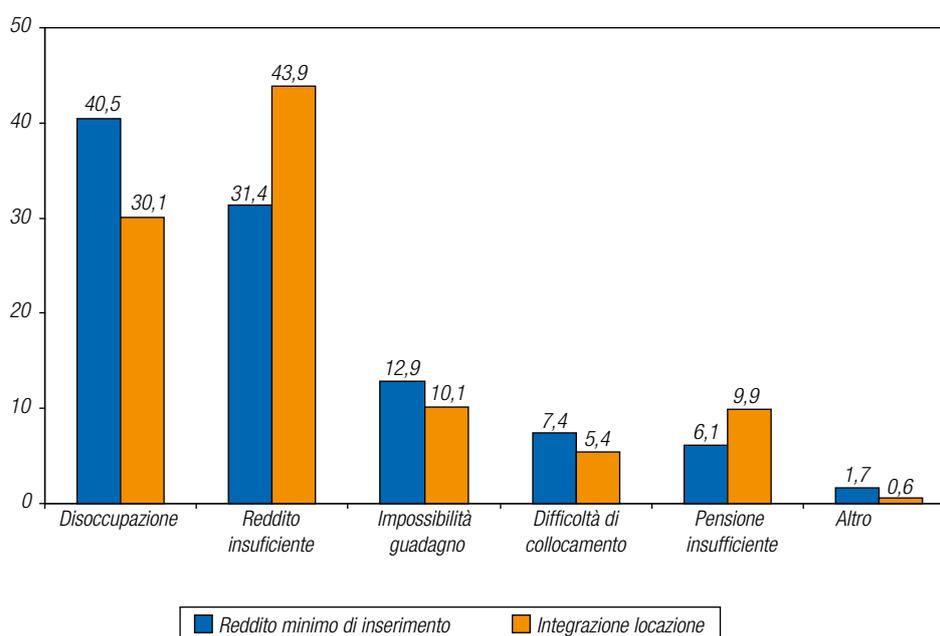
Comunità comprensoriale	Italia		Altri paesi UE		Extra UE		Totale	stranieri
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	%	%
Val Venosta	115	51,8	15	6,8	92	41,4	100,0	8,5
Burgraviato	601	55,3	87	8,0	398	36,6	100,0	8,9
Oltradige-B.A.	277	40,9	31	4,6	370	54,6	100,0	8,5
Bolzano	1.072	48,6	76	3,4	1.060	48,0	100,0	13,0
Salto-Sciliar	105	48,6	14	6,5	97	44,9	100,0	5,1
Val d'Isarco	319	56,1	32	5,6	218	38,3	100,0	7,0
Alta Val d'Isarco	112	55,7	10	5,0	79	39,3	100,0	7,6
Val Pusteria	196	61,6	23	7,2	99	31,1	100,0	4,9
Totale	2.797	50,9	288	5,2	2.413	43,9	100,0	8,2

9.2.5 Motivi del ricorso all'assistenza economica

Il motivo principale del ricorso all'erogazione del reddito minimo di inserimento è la disoccupazione (40,5%), in particolare quella a lungo termine di durata superiore a tre mesi (28,8%). Questa situazione si riscontra in tutte le Comunità comprensoriali. Il secondo più frequente motivo della domanda è con il 31,4% un reddito da lavoro insufficiente, seguito col 12,9% dalla mancanza di una possibilità di guadagno. Quest'ultima motivazione viene di norma giustificata dalla presenza di una malattia, invalidità, terapia in atto o gravidanza, nonché dalla necessità di prendersi cura di figli minori. Il motivo principale del ricorso alla prestazione "contributo per locazione e spese accessorie" è un reddito insufficiente (43,9%), seguito da una situazione di disoccupazione (30,1%). Gioca altresì un ruolo rilevante la motivazione "pensione inadeguata".

La motivazione del reddito insufficiente dimostra che molti beneficiari del reddito minimo di inserimento non hanno più, nonostante il loro impegno, alcuna possibilità di autonomia economica, e che la sussidiarietà dell'assistenza economica sociale rispetto al sistema di previdenza sociale è un meccanismo fragile.

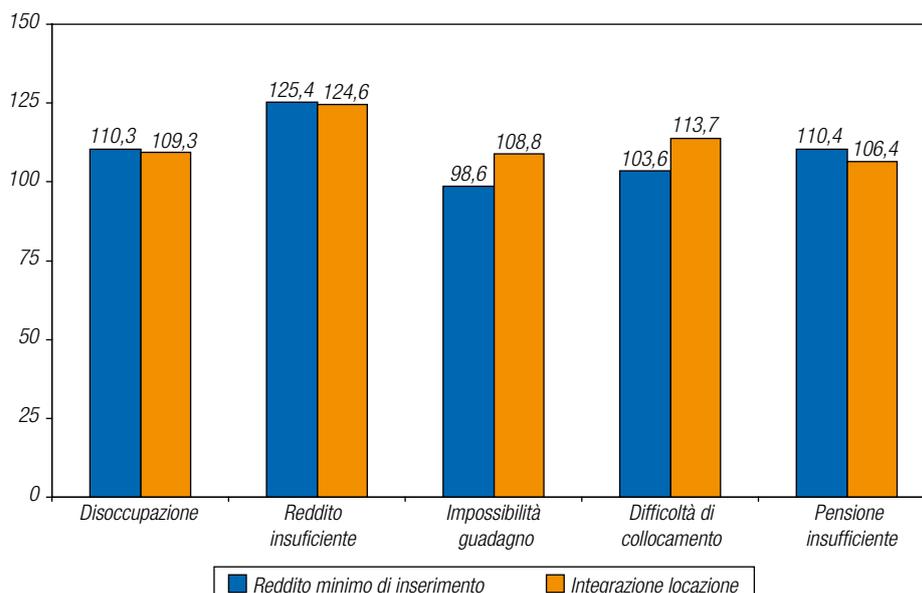
Grafico 9.8: Ricorso al reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per motivazione, 2010 (%)



MOTIVI PRINCIPALI DEL RICORSO

Rispetto all'anno precedente il numero assoluto di beneficiari con reddito insufficiente è cresciuto quindi del 25,4% (per la prestazione "reddito minimo di inserimento) e del 24,6% (per la prestazione "contributo per canone e spese accessorie"). L'incremento medio risulta rispettivamente del 12,5% e del 15,7%. Tutti gli altri gruppi presentano invece tassi di crescita inferiori alla media. Così ad esempio il numero di beneficiari disoccupati è cresciuto per entrambe le prestazioni "soltanto" del 10% circa.

Grafico 9.9: Incremento del numero di beneficiari delle prestazioni "reddito minimo di inserimento" e "contributo per locazione" per motivo di ricorso alla prestazione, 2009-2010 (2009=100)



9.3 SUSSIDIO CASA

Le famiglie a basso reddito possono richiedere all'Istituto per l'edilizia sociale della Provincia autonoma di Bolzano l'erogazione del sussidio casa. Presupposto per poter presentare la domanda è l'esistenza di un regolare contratto di locazione (sono tuttavia escluse dal sussidio le persone già locatarie di strutture dell'Istituto). Il sussidio casa erogato dall'Istituto per l'edilizia sociale e il contributo per locazione e spese accessorie dell'assistenza economica sociale sono abbinabili fra di loro, tenendo però presente che le soglie di reddito sono diverse per le due prestazioni

La soglia minima di reddito per l'assistenza economica sociale è abbastanza più alta di quella prevista dall'Istituto per l'edilizia sociale, ragion per cui il numero di persone che hanno richiesto il sussidio casa è ben superiore a quello dei richiedenti il contributo per locazione e spese accessorie. Nel 2010 hanno infatti ricevuto quest'ultimo contributo 5.498 famiglie, a fronte delle 9.365 alle quali è stato erogato il sussidio casa. Quasi un terzo di queste era composto da cittadini stranieri (2.890 su 9.365). Rispetto al 2009 si riscontra una contrazione del 14,5%, che rispecchia la più accentuata contingentazione dei contributi ai cittadini extracomunitari, entrata in vigore nel 2010. Nell'interpretare il dato occorre tener presente che stando alla più recente indagine multiscopo il 73,8% delle famiglie altoatesine abita in un alloggio di proprietà e non può quindi presentare richiesta di erogazione del sussidio casa, mentre gli stranieri saranno probabilmente assai sottorappresentati nel gruppo dei proprietari di abitazione. In futuro le persone il cui reddito non raggiunge l'esistenza minima riceveranno il sussidio

PRESUPPOSTI
DELL'EROGAZIONE

CENNI STATISTICI

non più dalla Ripartizione provinciale dell'edilizia sociale bensì dalle assistenze sociali di distretto delle Comunità comprensoriali.

Tabella 9.8: **Dati statistici sul sussidio casa e sul contributo per locazione, 2005-2010**

Anno	Famiglie		Importo erogato		Importo per famiglia	
	Locaz. (Ass. ec.)	Suss. Casa (Ist. ed. soc9)	Locaz. (Ass. ec.)	Suss. Casa (Ist. ed. soc9)	Locaz. (Ass. ec.)	Suss. Casa (Ist. ed. soc9)
2005	3.386	7.142	3.967.662	21.284.713	1.172	2.980
2006	3.476	9.892	4.293.340	26.617.621	1.235	2.691
2007	3.591	9.344	4.590.569	29.099.761	1.278	3.114
2008	3.881	9.929	5.003.296	31.802.070	1.289	3.203
2009	4.792	10.420	7.405.740	34.208.188	1.545	3.283
2010	5.498	9.365	10.007.028	30.484.123	1.820	-----

Fonte (Sussidio casa): Istituto per l'edilizia sociale della Provincia autonoma di Bolzano.

9.4 INDEBITAMENTO DELLE FAMIGLIE

L'assunzione di prestiti rientra ormai nel normale comportamento economico di numerose famiglie. Tuttavia gli impegni creditizi possono ben presto diventare incontrollabili, e quindi limitare l'indipendenza economica delle famiglie. Nel caso peggiore l'indebitamento può determinare un sovraindebitamento, e dare quindi il via ad un processo di crescente impoverimento. Un sovraindebitamento si ha quando una famiglia non è più in grado, pur contenendo le spese, di fare interamente fronte ai debiti ricorrendo alle proprie entrate correnti. Dati affidabili sul numero e sulla struttura delle famiglie indebitate o sovraindebitate in Alto Adige non sono purtroppo disponibili, ma quelli che ci sono parlano chiaro. Stando alla più recente rilevazione ASTAT, nel 2008 il 3,3% delle famiglie altoatesine si è indebitato per poter coprire le proprie spese correnti. Nelle famiglie con 3 o più figli a carico la percentuale sale al 9,1%, in quelle monoparentali al 5,4%. La percentuale di famiglia che nell'anno di riferimento dello studio (2008) ha acquistato qualche cosa a rate si colloca secondo l'ASTAT sullo 6,1%. Il 14,6% delle famiglie che ha assunto un credito (eccettuati i mutui sulla casa) o effettuato acquisti rateali si è trovato poi nel 2008 in mora sulla restituzione degli importi, e quasi la metà (43,1%) ha dichiarato che gli impegni assunti gravano pesantemente sul bilancio familiare. E anche se per la copertura di spese correnti la maggioranza delle famiglie altoatesine non ricorre e non ricorrerà neanche in futuro a queste due forme di dilazione del pagamento, la crisi economica ha senz'altro contribuito ad inasprire la situazione debitoria generale. Dati recenti attestano che in materia di crediti personali e cessione del quinto dello stipendio l'Alto Adige si colloca ai primi posti in Italia. Si stima che la famiglia altoatesina media abbia debiti per oltre 21.000 Euro (compresi i mutui per l'acquisto della casa o dell'alloggio). In questi ultimi anni sembra cresciuto di molto il ricorso ai crediti al consumo, e con esso, in misura sensibile, anche i casi di insolvenza. Soltanto tra il 2008 e il 2009 si ritiene che l'incremento abbia superato il 20%. Nello stesso periodo il numero di esecuzioni forzose è cresciuto del 26%. Questo sviluppo va valutato considerando che negli ultimi anni sono cresciuti sia l'occupazione part-time che il lavoro a tempo determinato e i cosiddetti „jobs-on-call“ (vedi anche il cap. 9.2.5).

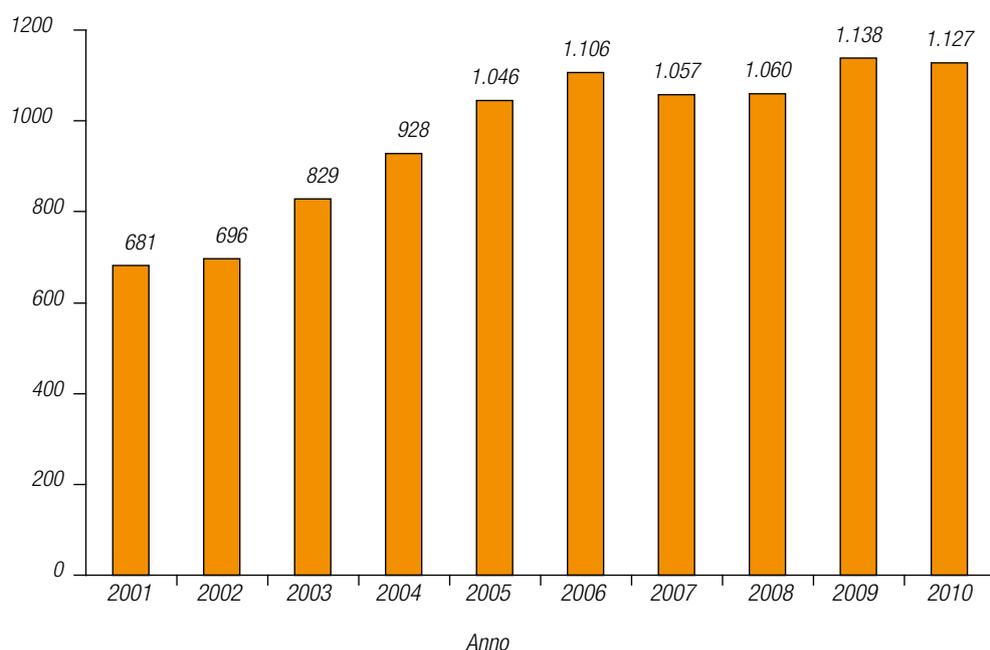
Numerose organizzazioni private (Centro tutela consumatori-utenti ecc.) operano nel settore della consulenza ai consumatori e quindi anche ai debitori. La fonte di dati più differenziata, che dà indicazioni anche sull'indebitamento e sul sovraindebitamento delle famiglie, è la statistica della clientela dei servizi di consulenza ai debitori gestiti dalla Caritas. Tuttavia questi dati sono ovviamente in grado di quantificare soltanto l'indebitamento noto. La portata dell'indebitamento sommerso è probabilmente assai maggiore.

OSSERVAZIONI PRELIMINARI

DATI

Il numero di utenti dei servizi di consulenza ai debitori si è in questi ultimi anni consolidato ad un livello elevato. Nel 2010 i quattro consultori esistenti (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) hanno fornito consulenza diretta - accanto ai 288 utenti dell'anno precedente - anche a 585 nuovi utenti. Se si tiene conto anche delle consulenze telefoniche, il numero di persone/famiglie raggiunte nel 2010 sale a 1.127, un livello cioè praticamente uguale a quello del 2009. Non si può qui escludere che i tempi di attesa medi, attualmente oscillanti tra due e tre settimane, dissuadano talune persone dal rivolgersi ai servizi di consulenza.

Grafico 9.10: Sviluppo dell'utenza dei servizi di consulenza ai debitori 2001 – 2010



Fonte: Consulenza ai debitori Caritas 2011.

La tabella 9.9 illustra le principali caratteristiche sociodemografiche dell'utenza dei servizi di consulenza ai debitori. La maggior parte degli utenti ha un'età compresa tra 36 e 45 o tra 46 e 65 anni. Il sovraindebitamento si presenta quindi prevalentemente come un fenomeno della mezza età. Molti problemi che determinano il sovraindebitamento (per esempio disoccupazione, separazione/divorzio, acquisto della casa o di un appartamento ecc.) si accumulano infatti in queste due fasce di età. I giovani sotto i 25 anni costituiscono ufficialmente una porzione limitata della clientela, ma si può presumere che la loro presenza nella categoria delle persone indebitate sia in realtà maggiore, anche perché nelle rilevazioni un certo numero di giovani è nascosto dietro al nome dei genitori. Sorprendentemente alta è la presenza dei debitori separati o divorziati, a riflettere il particolare rischio di sovraindebitamento connesso con la perdita del partner. Nonostante un calo del 9% rispetto al 2009, la percentuale di utenti occupati a tempo pieno continua a mantenersi relativamente alta, con il 30,2%. Per il resto le statistiche dei servizi di consulenza ai debitori per il 2010 delineano il seguente quadro:

- Quasi il 60% degli utenti ha un reddito principale proveniente da uno stipendio o salario, mentre circa il 17% vive prevalentemente con una o più pensioni. Per il 13% il reddito principale proviene dall'assistenza sociale.
- Circa la metà degli utenti ha da 2 a 5 creditori, mentre un quarto ne ha 6 o più. Tuttavia va tenuto

UTENTI

CARATTERISTICHE
SOCIO- DEMOGRAFICHE
DELL'UTENZA

ASPETTI DELLA SITUAZIONE DI
INDEBITAMENTO

presente che il numero di creditori non consente di trarre conclusioni certe sul numero di debiti, che di norma è superiore a quello dei creditori.

- Due terzi (66,2%) degli utenti hanno debiti per 10.000 Euro o più. L'indebitamento medio pro capite era nel 2010 di 60.474 Euro. Nel 2009, punto culminante della crisi, questo indebitamento medio arrivava a 70.474 Euro. Oltre un quarto degli utenti ha una situazione debitoria di 50.000 Euro e più.
- Il 15% delle famiglie dispone di un reddito mensile di oltre 2.000 Euro. Oltre un terzo (34,7%) guadagna invece meno di 1.000 Euro al mese. Per questi gruppi già debiti di poche migliaia di Euro possono mettere in moto una spirale di sovraindebitamento dalla quale essi non sono più in grado di uscire senza interventi esterni.
- La forbice tra il reddito e il debito si è ridotta leggermente: nel 2010 gli utenti avevano accumulato in media debiti pari a 3,6 volte il loro reddito familiare annuo. Nel 2009 il debito accumulato era pari a 4,2 volte il reddito annuo.

Tabella 9.9: **Caratteristiche degli utenti dei servizi di consulenza ai debitori (colloqui preliminari), 2010**

Dato caratteristico	in %	Dato caratteristico	in %
Sesso		Stato civile	
Donne	51,3	Coniugato/convivente	40,5
Uomini	48,7	Celibe/nubile	22,6
		Separato/divorziato	30,4
		Vedovo	4,6
Età		Situazione occupazionale	
≤ 25	2,1	Occupato a tempo pieno	30,2
26 ≤ 35	18,1	Disoccupato	32,2
36 ≤ 45	34,4	Occupato a tempo parziale	17,4
46 ≤ 65	40,7	Pensionato	10,0
> 65	4,8	Casalinga	2,3
		Inabile al lavoro	2,8
		Altro	5,1
Reddito principale		Ammont. del debito (in Euro)	
Stipendio/salario	57,6	< 1.000	4,5
Pensione	17,4	1.000 < 2.500	7,0
Assistenza sociale	12,9	2.500 < 5.000	8,3
Suss. disocc.	3,2	5.000 < 10.000	14,0
Sussidio casa	3,0	10.000 < 30.000	26,7
Alimenti	1,7	30.000 < 50.000	9,9
Assegno familiare	0,6	50.000 < 100.000	14,0
Assegno di cura	0,6	> 100.000	15,7
Altri introiti	3,0		
Reddito familiare		Numero di creditori	
< 500 Euro	10,5	1	17,7
500 < 1.000 Euro	24,2	2 - 5	56,5
1.000 < 1.500 Euro	32,1	6 - 10	21,2
1.500 < 2.000 Euro	17,9	Oltre 11	4,6
> 2.000 Euro	15,3		
		Debito medio pro capite	60.474

Fonte: Consulenza ai debitori Caritas 2011.

CAUSE DELL'INDEBITAMENTO

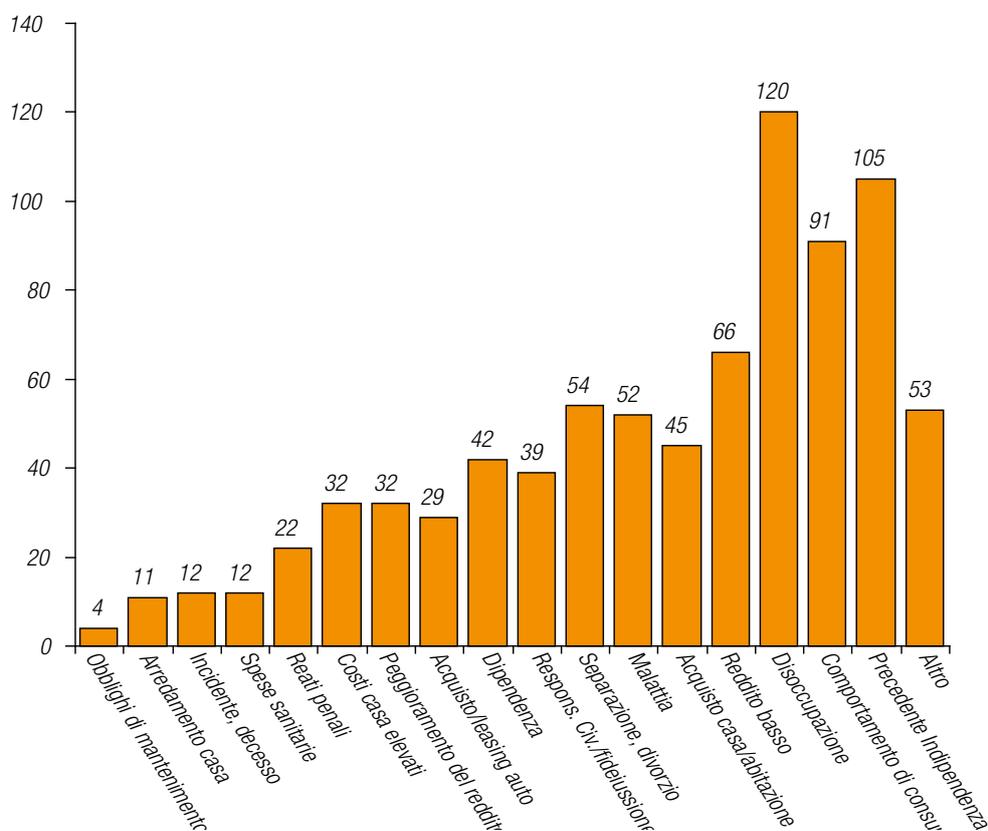
Il rischio di indebitamento è il risultato di un processo al quale concorrono numerosi fattori. Il grafico 9.12 evidenzia come in Alto Adige non ci sia un motivo scatenante. I fattori che danno il via all'indebitamento sono anzitutto la disoccupazione, ma poi anche una precedente condizione di lavoratore autonomo e un atteggiamento sbagliato nei confronti del consumo e dell'assunzione di crediti,

congiuntamente all'elevato costo della vita in provincia. Ma anche eventi critici della vita, quali il perdere il partner o l'ammalarsi, possono determinare uno squilibrio nel rapporto tra entrate e uscite; hanno del pari un peso rilevante anche l'insufficiente educazione finanziaria e le carenti competenze in materia di economia familiare, e in misura non inferiore anche le prassi creditizie di taluni istituti finanziari. L'attuale crisi economica ha quindi un carattere prevalentemente rafforzante. In molti casi concorrono al fenomeno più fattori. In ultima analisi nessuno si può dire completamente al sicuro da ogni rischio di indebitamento.

Proprio per evitare l'insorgere di situazioni di indebitamento, i servizi di consulenza ai debitori puntano sempre più, accanto alla consulenza sociale e alle trattative con i creditori, all'informazione e al lavoro di prevenzione. Parallelamente ad iniziative di informazione sulla gestione del danaro, destinate agli adulti, assume grande rilevanza anche il lavoro sui giovani. Va citata a questo proposito in particolare la "patente finanziaria", un progetto avviato a livello provinciale nell'anno scolastico 2010/11 su iniziativa della Consulenza Debitori della Caritas, dell'Intendenza scolastica in lingua tedesca, dell'Istituto pedagogico e della Formazione professionale tedesca e ladina con l'obiettivo di prevenire l'indebitamento negli adolescenti e negli adulti giovani. L'offerta ha trovato già nel primo anno una risposta fortemente positiva sia tra gli insegnanti che tra gli studenti, e ad essa si accompagnano ormai da quasi quattro anni seminari di aggiornamento sul tema (coaching finanziario), destinati al personale dei servizi e delle strutture sociali.

PREVENZIONE

Grafik 9.11: Cause di indebitamento tra gli utenti dei servizi di consulenza ai debitori, 2010 (possibili indicazioni multiple)



Fonte: Consulenza ai debitori Caritas 2011.

9.5 PRESTAZIONI A INVALIDI CIVILI, CIECHI E SORDI

9.5.1 Principi organizzativi e tipologie di prestazione

PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Gli invalidi civili, i ciechi civili e i non udenti riconosciuti possono presentare alla Provincia autonoma di Bolzano domanda di erogazione di assistenza economica. Anche nel 2010 le prestazioni sono state riconosciute ed erogate in forma centralizzata dall'Ufficio soggetti portatori di handicap ed invalidi civili presso la Ripartizione Famiglia e Politiche Sociali. A partire dal 2011 all'erogazione provvederà la neo-costituita Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE). La normativa esclude espressamente dalla fruizione delle prestazioni gli invalidi di guerra e quelli per causa di lavoro o di servizio, per i quali provvedono altri istituti. Le prestazioni a favore degli invalidi civili, dei ciechi e dei sordi hanno natura assistenziale e non previdenziale, e non sono quindi agganciate a contributi versati in precedenza, né sono tassabili o reversibili. Tuttavia esse sono in parte compatibili fra di loro, possono cioè in presenza di determinati requisiti sanitari ed economici essere erogate contemporaneamente alla stessa persona. Si tratta nella fattispecie delle situazioni di cosiddetta "pluriminorazione". Il presupposto per il riconoscimento delle prestazioni è tuttavia che per ciascuna minorazione venga riconosciuto il raggiungimento della percentuale minima di invalidità singolarmente richiesta.

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

L'assistenza a invalidi civili, ciechi civili e sordi si concretizza nell'erogazione di prestazioni economiche suddivise in tre gruppi:

- le pensioni, previste per gli invalidi civili, i ciechi e sordi, assoggettate a limiti di reddito e di età (per i ciechi totali la pensione non ha limiti di età);
- le indennità di accompagnamento, previste per gli invalidi (autosufficienti) e i ciechi civili, non assoggettate a limiti di età e reddito;
- gli assegni integrativi, previsti solo per i ciechi, non assoggettati a limiti di reddito e di età.

AVENTI DIRITTO

Gli utenti, a loro volta, si possono suddividere in diverse categorie a seconda del tipo e del grado di invalidità:

- gli invalidi assoluti, che possono percepire pensione (dai 18 ai 65 anni di età) e indennità di accompagnamento;
- gli invalidi parziali, che possono percepire la sola pensione (da 0 a 65 anni di età);
- i ciechi totali, che possono percepire pensione (senza limiti di età), indennità di accompagnamento e l'assegno integrativo per ciechi totali;
- i ciechi parziali, che possono percepire pensione (senza limiti di età), indennità speciale e assegno integrativo per ciechi parziali;
- i sordi, che possono percepire pensione (dai 18 anni fino al decesso) e indennità di comunicazione.

AMMONTARE DELLE PRESTAZIONI

Nella tabella che segue sono riportati i contributi mensili corrisposti nel 2010. Fatta eccezione per le pensioni, le prestazioni sono state incrementate a partire dal 01/01/2010.

Tabelle 9.10: prestazioni mensili tra invalidi, ciechi e sordi, 2010

Prestazione	Euro	Leistung	Euro
Invalidi		Non udenti	
<i>Pensione</i>	400,00	<i>Pensione</i>	400,00
<i>Ind. di accomp.*</i>	480,47	<i>Ind. di comunic.</i>	239,97
<i>Ciechi totali</i>		<i>Ipovedenti</i>	
<i>Pensione</i>	400,00	<i>Pensione</i>	400,00
<i>Indenn. accomp.</i>	783,60	<i>Ass. integrativo</i>	74,34
<i>Ass. integrativo</i>	104,06	<i>Ind. speciale</i>	185,25

* solo per invalidità totale.

I criteri sanitari e reddituali di ammissione alle prestazioni sono fissati a livello nazionale. Inoltre gli importi delle prestazioni vengono adeguati automaticamente a quelli erogati in sede nazionale. In complesso tuttavia le prestazioni erogate in Alto Adige sono un po' più ampie di quelle previste dallo Stato: così ad esempio è prevista una tredicesima mensilità anche per l'indennità di accompagnamento, e viene erogato un assegno integrativo per i ciechi totali e parziali.

9.5.2 Spesa

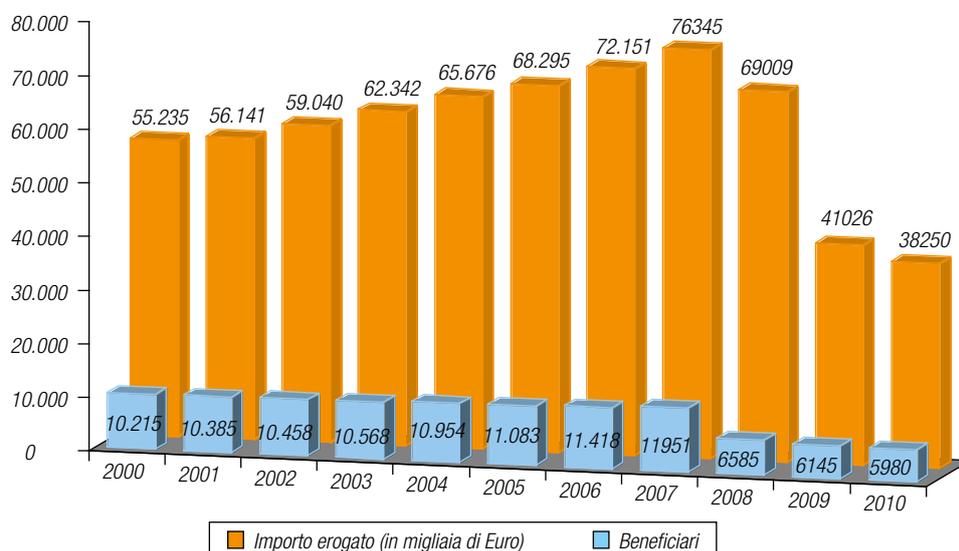
Nel 2010 sono stati erogate a favore degli invalidi civili, dei non vedenti e dei non udenti prestazioni per complessivi 38.250.261 Euro, con un calo nominale di poco meno del 7% rispetto all'anno precedente. Nel corso del 2010 complessivamente 5.980 persone – pari al 1,2% della popolazione altoatesina – hanno ricevuto le prestazioni loro spettanti. L'utenza era costituita prevalentemente da invalidi civili (82,5%), mentre era ridotta la percentuale dei ciechi civili (12,5%) e dei sordi (5,1%).

Tabella 9.11: Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2010

Prestazione	Beneficiari		Importo erogato	
	Val.ass.	in %	Val.ass.	in %
Invalidi				
Pensione	4.246	71,0	23.190.656	60,6
Indennità di accompagnamento	818	13,7	5.872.203	15,4
Totale invalidi	4.931	82,5	29.062.859	76,0
Ciechi				
Pensione	513	8,6	2.774.322	7,3
Indennità di accompagnamento	222	3,7	2.286.960	6,0
Assegno integrativo	747	12,5	835.316	2,2
Indennità speciale	524	8,8	1.324.797	3,5
Totale ciechi	747	12,5	7.221.395	18,9
Sordi				
Pensione	179	3,0	1.002.155	2,6
Indennità di comunicazione	302	5,1	963.851	2,5
Totale sordi	302	5,1	1.966.006	5,1
Totale	5.980	100,0	38.250.260	100,0

Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap, Relazione annuale 2011.

Grafik 9.12: Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2000-2010



COMPITI DELLO STATO E DELLA PROVINCIA

SPESA COMPLESSIVA

BENEFICIARI

LINEE DI SVILUPPO

La forte contrazione dopo il 2007 rispecchia il cambiamento dei presupposti per l'accesso ai contributi determinato dall'introduzione della copertura obbligatoria della non autosufficienza: gli invalidi civili riconosciuti non autosufficienti ai sensi della nuova legge e quindi beneficiari delle relative prestazioni (assegno per la cura di familiari non autosufficienti) hanno automaticamente perso il diritto all'indennità di accompagnamento.

9.6 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

Anche se in un raffronto nazionale e internazionale la provincia autonoma di Bolzano continua a presentare un livello di rischio di povertà relativamente basso, la recente crisi economica naturalmente non l'ha risparmiata. Le più recenti statistiche ASTAT rivelano che anche in Alto Adige sono sempre più numerose le persone minacciate dalla povertà: tra il 2003 e il 2008 la percentuale di cittadini a rischio di povertà è salita dal 14,0% al 16,0%, e questa tendenza è confermata dall'enorme incremento del numero di persone che negli ultimi due anni hanno dovuto ricorrere alle prestazioni dell'assistenza economica sociale, come pure dalle statistiche dei servizi di consulenza ai debitori. Particolarmente preoccupante appare qui il fatto che l'attività lavorativa retribuita sembra essere sempre meno in grado di proteggere adeguatamente dal rischio di povertà e dalla povertà stessa: il numero di persone che nonostante dispongano di un reddito hanno dovuto ricorrere alle prestazioni del reddito minimo di inserimento o del contributo per la locazione è cresciuto in maniera sovraproporzionale negli ultimi due anni. E a questo fenomeno si aggiunge una forte disparità reddituale tra le famiglie. I dati rivelano anche che l'assistenza economica sociale non deve più affrontare solo situazioni di disagio individuale, ma anche e in misura rilevante emergenze strutturali.

Lo studio ASTAT del 2008 conferma al di là di ogni dubbio che i trasferimenti pubblici costituiscono un'importante contributo alla prevenzione della povertà reddituale. La lotta alla povertà e all'emarginazione sociale occupa da anni una posizione primaria tra gli obiettivi di politica sociale dell'amministrazione provinciale. Tra gli strumenti adottati non vanno ricordati soltanto i pilastri classici, come l'assistenza economica sociale, la previdenza integrativa, le prestazioni a favore degli invalidi civili e il sussidio casa, ma anche quelli introdotti nel 2008, come la copertura della non autosufficienza, l'assegno familiare e il conseguente potenziamento delle offerte di assistenza ai minori in età prescolare. Del pari, anche l'attuale piano sociale provinciale ha individuato interventi a vari livelli (per esempio migliore accesso al mercato del lavoro, potenziamento delle strutture di assistenza ai minori, ampliamento dell'offerta di alloggi a canoni agevolati). In occasione dell'anno europeo della lotta alla povertà e all'emarginazione sociale 2010, l'amministrazione provinciale ha voluto aumentare ulteriormente il proprio impegno. Sulla propria pagina web, la Ripartizione famiglia e politiche sociali mette a disposizione dei soggetti pubblici e privati che intendono avviare iniziative di lotta alla povertà e all'emarginazione sociale un efficace forum di presentazione delle varie attività.

Il numero degli assistiti dei centri di consulenza ai debitori si è consolidato ad un livello elevato. In realtà, per la prima volta da anni, l'indebitamento medio pro capite si è ridotto nel 2010. Questa circostanza non deve tuttavia indurre a credere che la fase acuta sia passata: la controtendenza va infatti ascritta più che altro alla diminuzione di coloro che si sono presentati ai centri con indebitamenti di 100.000 Euro e più. Ciononostante, con lo sviluppo più articolato di offerte preventive, i centri di consulenza ai debitori in provincia danno il loro importante contributo agli interventi di lotta contro le emergenze materiali.

10. PREVIDENZA INTEGRATIVA REGIONALE E PROVINCIALE

10.1 LA PREVIDENZA INTEGRATIVA

10.1.1 Principi informativi della previdenza integrativa

A partire dal 1992 la Regione Trentino-Alto Adige ha istituito un sistema di previdenza integrativa gestito direttamente dalle Province di Trento e di Bolzano su delega della Regione. Per quanto la previdenza integrativa sia in linea di massima subordinata al principio del contributo previdenziale, nel frattempo numerose prestazioni sono state sganciate dall'obbligo di una contribuzione preliminare. La previdenza obbligatoria dello Stato ha in linea di principio priorità rispetto a quella integrativa delle Regioni, per il cui efficace funzionamento è peraltro essenziale la cooperazione con i patronati, presso i quali vengono presentate in gran parte le domande di ammissione alla prestazione previdenziale: nel 2010 oltre l'80% delle domande è stato infatti presentato tramite un patronato. Per questo loro lavoro di supporto, che si estende anche alla previdenza obbligatoria dello Stato, i patronati ricevono annualmente anche un contributo finanziario. Alla gestione e all'erogazione delle prestazioni provvedeva in Alto Adige fino a tutto il 2010 l'Ufficio previdenza e assicurazioni sociali della Ripartizione Politiche sociali. Dal gennaio 2011 ha assunto questo compito l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE, vedi il cap. 2.1.2).

Alla gestione e all'erogazione delle prestazioni, che si concentrano sul settore della famiglia e su quello pensionistico, provvede in Alto Adige l'Ufficio previdenza e assicurazioni sociali della Ripartizione Politiche sociali, che in tal modo assicura la copertura di talune lacune prestazionali del sistema previdenziale nazionale. D'altra parte la previdenza integrativa serve anche alla copertura di determinate malattie professionali (per esempio silicosi, asbestosi e sordità professionale da rumore) e di talune tipologie di disoccupazione (per esempio a favore dei lavoratori „in mobilità“, cioè licenziati in seguito alla chiusura di piccole aziende, di quelli frontalieri e di quelli stagionali in Svizzera).

Negli ultimi cinque anni c'è stata tutta una serie di innovazioni. Con la Legge regionale 2005/1 “Pacchetto famiglia e previdenza sociale”, recentemente modificata e integrata dalla Legge regionale 2008/3, il Consiglio regionale ha ridefinito la previdenza integrativa in relazione al sostegno alla famiglia e al sistema pensionistico. In tal modo le prestazioni erogate fino a quel momento dalla Regione a favore della famiglia – assegno di natalità, assegno di cura e assegno integrativo al nucleo familiare – sono state sostituite a far data dall'1/7/2005 dall'assegno regionale al nucleo familiare (vedi oltre). Nel settore pensionistico coloro che per essersi dedicati ad allevare i propri figli o ad assistere familiari non autosufficienti, oppure ancora perché svolgono un'attività lavorativa tra quelle cosiddette atipiche presentano talune “lacune contributive”, vengono da quella stessa data sostenuti nel proseguimento della contribuzione volontaria. Al contempo, d'altra parte, svariate prestazioni sono state abrogate ovvero non sono più erogabili a nuovi beneficiari. La misura a sostegno del reddito introdotta con la Legge regionale 2009/5 costituisce l'innovazione più recente nel sistema della previdenza integrativa: essa si rivolge infatti a coloro che nel periodo 01/09/2008 – 31/12/2010 hanno perso il loro lavoro oppure ne sono stati sospesi per effetto della crisi economica. Questa indennità integrativa al reddito viene erogata per un massimo di sei mesi, ed è legata all'eventuale corresponsione di un'indennità di disoccupazione. Le prestazioni attualmente erogate dalla previdenza integrativa si possono schematicamente riassumere come segue:

PRINCIPI STRUTTURALI

NOVITÀ DAL 2005

Tabella 10.1: Prestazioni previdenziali in sintesi

Famiglia	Pensione	Malattia / infortunio	Disoccupazione
<i>Assegno familiare (L.R. 1/2005)</i>	<i>Sostegno della prosecuzione volontaria delle persone casalinghe (L.R. 7/1992)</i>	<i>Rendita a persone affette da silicosi e asbestosi (L.R. 8/1961)</i>	<i>Indennità di mobilità (L.R. 19/1993)</i>
	<i>Sostegno della contribuzione previdenziale di coltivatori diretti, mezzadri e coloni (L.R. 7/1992)</i>	<i>Rendita a persone affette da sordità professionale da rumore (L.R. 1/1976)</i>	<i>Trattamento di disoccupazione a favore dei lavoratori frontalieri (L.R. 7/1992)</i>
	<i>Contributo per il riscatto di periodi di lavoro all'estero ai fini pensionistici (L.R. 14/1976)</i>		
	<i>Sostegno alla contribuzione volontaria a copertura dei periodi dedicati all'educazione dei figli* (L.R. 1/2005 – Art. 1)</i>		
	<i>Sostegno alla contribuzione volontaria a copertura dei periodi dedicati all'assistenza ai familiari* (L.R. 1/2005 – Art. 2)</i>		
	<i>Contributo alla pensione integrativa delle persone casalinghe (L.R. 7/1992 Art.1-bis)</i>		
Prestazioni temporanee introdotte il 15 luglio 2009			<i>Indennità integrativa al reddito (L.R. 5/2009)**</i>
Prestazioni interdetteste a nuovi accessi dal 1 giugno 2005			
<i>Assegno di natalità (L.R. 4/1992)</i>	<i>Pensione alle persone casalinghe (L.R. 3/1993)</i>	<i>Indennità per infortuni domestici (L.R. 4/1992)</i>	
<i>Assegno di cura (L.R. 4/1992)</i>	<i>Assegno agli ex combattenti (L.R. 12/1995)</i>	<i>Indennità per deg. ospedaliera (L.R. 4/1992)</i>	

* Inizio dell'erogazione 2007; ** Inizio dell'erogazione 2010.

FINANZIAMENTO

Il finanziamento delle prestazioni è coperto prevalentemente dal contributo annuale garantito dall'amministrazione regionale, che viene versato direttamente ad un fondo speciale. Al finanziamento della previdenza integrativa non contribuiscono fondi provinciali. I contributi assicurativi svolgono dal canto loro nel complesso solo un ruolo subordinato, e sono da sempre tenuti bassi per favorire l'ulteriore sviluppo del sistema

STRUTTURA DELLE PRESTAZIONI 2010**10.1.2 Bilancio delle prestazioni**

Nel 2010 le spese complessive sostenute dalla previdenza integrativa a favore di 33.201 beneficiari – sia singole persone che nuclei familiari – sono ammontate a 48,6 milioni di Euro. Rispetto all'anno precedente risulta quindi un incremento dell'1,7%, pari a 0,8 milioni di Euro. L'incremento del volume della spesa si colloca quindi leggermente al di sotto del tasso di inflazione (2,2%). Nell'interpretare

questi dati statistici va tenuto presente che in taluni casi le erogazioni si riferiscono a prestazioni dovute negli anni precedenti, e che in determinate circostanze i beneficiari possono ottenere contemporaneamente anche più prestazioni. Oltre la metà della spesa riguarda gli interventi di sostegno alle famiglie ovvero l'assegno familiare regionale (55,6% della spesa complessiva). In campo pensionistico sono state erogate 8.132 prestazioni (39,6% della spesa complessiva), mentre nel settore del sostegno alla disoccupazione le prestazioni erogate sono state 1.708 (3,9% della spesa complessiva) e in quello dell'assicurazione della malattia in totale 144 (0,9% della spesa complessiva).

Con la L.R. 2005/1 è stata abolita la pensione alle casalinghe; siccome però sino a immediatamente prima del giorno dell'abolizione (1/6/2005) era possibile stipulare una copertura assicurativa, le erogazioni e la spesa complessiva continuano comunque a crescere (nel 2010 del 5,9% rispetto all'anno precedente, passando da 11,1 a 11,7 milioni di Euro). Si sono invece ridotte quasi a zero le erogazioni per l'assegno di natalità e di cura. Nel campo pensionistico i più rilevanti incrementi si sono riscontrati per la prestazione introdotta ex novo nel 2005, cioè quella a copertura dei periodi di cura all'interno della famiglia (+ 16,1%), seguiti dal sostegno della contribuzione previdenziale di coltivatori diretti, mezzadri e coloni (+ 7,2%). L'incremento di gran lunga più forte si osserva comunque nel campo del sostegno alla disoccupazione, e più precisamente nella spesa per l'indennità di mobilità. Se si tiene conto della prestazione di sostegno al reddito introdotta con la Legge Regionale 2009/5, il volume della spesa nel campo del sostegno alla disoccupazione risulta cresciuto di oltre il 200% (da 0,8 a 1,9 milioni di Euro). È uno sviluppo che riflette chiaramente l'attuale crisi economica.

La tabella 10.2 illustra lo sviluppo del numero di beneficiari e della spesa sostenuta negli anni 2005 - 2010. I dati offrono un quadro del significato sociale e finanziario che la previdenza integrativa è venuta ad assumere.

SVILUPPO DI SINGOLE
PRESTAZIONI

Tabella 10.2: Prestazioni di previdenza integrativa, 2005-2010

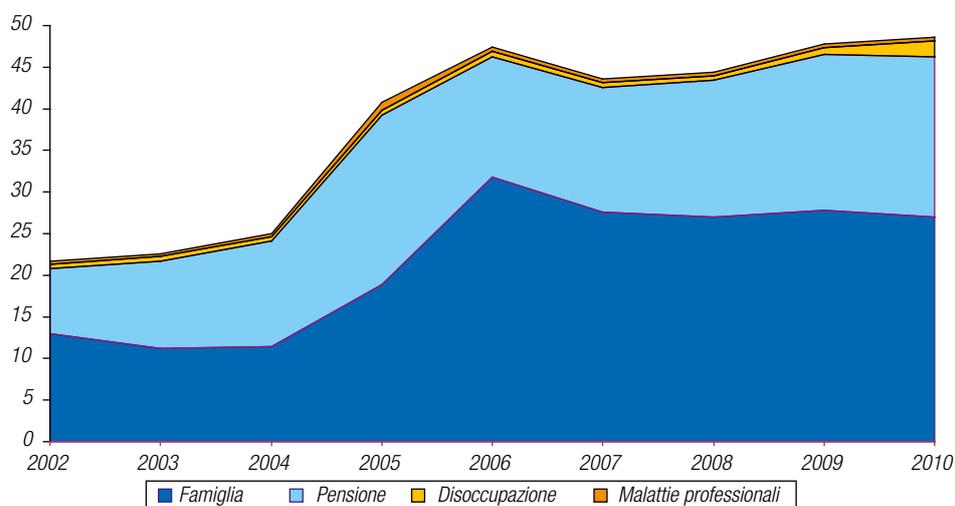
Prestazione	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FAMIGLIA	18.919	31.819	27.565	26.962	27.839	26.994
Assegno di natalità						
Nuove adesioni	624	-	-	-	-	-
Liquidazioni	901	229	1	-	-	-
Spesa (in migliaia di €)	2.049	516	2	-	-	-
Assegno di cura						
Nuove adesioni	1.041	1.595	293	-	-	-
Liquidazioni	2.395	3.088	1.596	324	1	-
Spesa (in migliaia di €)	4.116	5.804	3.399	707	5	-
Assegno regionale al nucleo familiare						
Liquidazioni (fino al 30.06.2005)	6.296	23	1	2	-	-
Spesa (in migliaia di €)	3.645	18	2	2	-	-
Liquidazioni (dal 01.07.2005)	17.531	19.912	19.460	21.747	23.773	23.217
Spesa (in migliaia di €)	9.109	25.481	24.162	26.253	27.834	26.994
PENSIONE	20.314	14.411	14.968	16.505	18.675	19.250
Pensione regionale di vecchiaia (Pensione delle casalinghe)						
Nuove adesioni	-	-	-	-	-	-
Liquidazioni	1.365	1.459	1.653	1.802	1.911	1.987
Spesa (in migliaia di €)	6.684	8.129	8.989	10.042	11.055	11.711
Copertura previdenziale per periodi di assistenza ai figli						
Liquidazioni	-	-	160	226	532	380
Spesa (in migliaia di €)	-	-	271	455	1.145	744
Copertura previdenziale per periodi di assistenza a familiari non autosufficienti						
Liquidazioni	-	-	50	23	146	168

Spesa (in migliaia di €)	-	-	87	22	305	354
Costituzione pensione complementare						
Liquidazioni	-	-	32	55	43	55
Spesa (in migliaia di €)	-	-	13	24	20	25
Sostegno della contribuzione volontaria delle casalinghe						
Liquidazioni	275	76	207	67	272	126
Spesa (in migliaia di €)	167	70	180	71	296	149
Contributi sui versamenti previdenziali dei coltivatori diretti e mezzadri						
Liquidazioni	4.636	5.508	4.909	5.510	5.179	5.416
Spesa (in migliaia di €)	4.353	5.928	5.421	5.890	5.845	6.267
Assegno ex-combattenti						
Liquidazioni	3.070	63	3	-	1	-
Spesa (in migliaia di €)	8.249	163	6	-	4	-
Integrazione di maggiorazione agli ex-combattenti*						
Liquidazioni	1.426	241	2	1	-	-
Spesa (in migliaia di €)	861	121	1	1	-	-
Riscatto periodi di lavoro all'estero						
Liquidazioni	-	-	-	-	1	-
Spesa (in migliaia di €)	-	-	-	-	5	-
DISOCCUPAZIONE	647	700	572	495	805	1.897
Indennità di mobilità						
Liquidazioni	437	489	399	452	719	994
Spesa (in migliaia di €)	627	661	550	455	720	1.249
Trattamento di disoccupazione per frontalieri						
Liquidazioni	7	9	5	8	15	9
Spesa (in migliaia di €)	20	39	22	40	84	56
Sostegno al reddito						
Liquidazioni	-	-	-	-	-	705
Spesa (in migliaia di €)	-	-	-	-	-	592
MALATTIE PROFESSIONALI	969	500	492	467	457	439
Indennità degenza ospedaliera						
Liquidazioni	30	7	-	-	-	-
Spesa (in migliaia di €)	6	1	-	-	-	-
Indennità per infortunio domestico						
Liquidazioni	12	1	-	-	-	-
Spesa (in migliaia di €)	6	2	-	-	-	-
Rendita per silicosi e asbestosi						
Liquidazioni	2	2	2	2	1	-
Spesa (in migliaia di €)	33	18	18	17	10	-
Rendita per sordità da rumore						
Liquidazioni	177	175	166	157	148	144
Spesa (in migliaia di €)	924	479	474	450	447	439
TOTALE	40.849	47.430	43.597	44.429	47.776	48.580

* Questa prestazione è gestita su delega dell'INPS, e non è finanziata con il bilancio stanziato per la previdenza integrativa.
Fonte: Ufficio previdenza ed assicurazione 2011.

La riforma della previdenza integrativa operata nel 2005 ha determinato un considerevole incremento del volume delle prestazioni erogate, come si evidenzia in particolare in una serie storica di più lungo periodo:

Grafico 10.1: Spese per prestazioni di previdenza integrativa, 2002-2009 (in milioni di Euro)



La riforma operata nel settore dell'assegno familiare regionale ha di certo contribuito ad un miglioramento della situazione economica delle famiglie con figli. Con il riordino, adesso anche famiglie con due figli (prima erano tre) possono godere dell'assegno familiare. Inoltre dal 2008 l'assegno regionale al nucleo familiare viene erogato già a partire dal primo figlio, anche se solo fino al compimento del settimo anno di età. Sul piano della politica della famiglia e della lotta alla povertà (vedi il cap. 9.1.2) è anche significativo che l'assegno familiare regionale venga riconosciuto indipendentemente dall'erogazione dell'assegno familiare provinciale e di quello dello Stato (vedi il cap. 4.1.1).

L'assegno di maternità e l'assegno familiare dello Stato vengono gestiti anch'essi dall'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE). Queste prestazioni sono in linea di principio cumulabili con le prestazioni a favore della famiglia previste dalla legge regionale. L'assegno di maternità - erogato in funzione del reddito - è una prestazione finanziaria una tantum riconosciuta a donne che non ricevono altri assegni di questo tipo, salvo nel caso in cui l'entità complessiva degli importi di questi assegni non superi quella dell'assegno di maternità dello Stato. Attualmente (2010) in caso di ammissione alla prestazione vengono corrisposti 1.556,35 Euro per ciascun figlio nato. L'assegno familiare dello Stato, anch'esso erogabile in funzione del reddito, può venir riconosciuto solo a famiglie che hanno almeno 3 figli sotto i 18 anni di età. Attualmente (2010) vengono corrisposti mensilmente al massimo 129,79 Euro. Dall'anno 2010 questi mezzi vengono finanziati dal bilancio provinciale. Il numero delle prestazioni erogate oscilla ormai da anni tra 500 e 600 per l'assegno di maternità dello Stato e intorno a 1000 per l'assegno familiare dello Stato:

Tabella 10.3: Erogazione delle prestazioni statali per la famiglia, 2003-2010

Anno	Assegno statale di maternità		Assegno statale al nucleo familiare	
	Prestazioni erogate	Importo erogato	Prestazioni erogate	Importo erogato
2003	553	765.994	1.036	1.369.256
2004	546	772.421	1.017	1.369.903
2005	487	704.094	1.035	1.387.212
2006	557	813.887	988	1.499.302
2007	542	813.474	996	1.340.180
2008	614	915.302	953	1.626.123
2009	594	914.995	866	1.325.755
2010	568	899.766	907	1.530.911

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2011

ASSEGNO FAMILIARE
REGIONALE E PROVINCIALE

ASSEGNI DI MATERNITÀ E
ASSEGNI FAMILIARI DELLO
STATO

10.2 LA COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

SITUAZIONE DI PARTENZA

Con la L.p. n. 9 „Interventi per l’assistenza alle persone non autosufficienti“, entrata in vigore nel novembre 2007, la Provincia di Bolzano si è assunta nuovi compiti in campo previdenziale. L’apposito fondo costituito in base alla legge viene finanziato esclusivamente con mezzi pubblici, provenienti in prima linea dal bilancio provinciale (vedi cap. 12.1). Con questa riforma si intende anche migliorare per i bilanci pubblici la possibilità di controllare le spese da destinarsi all’assistenza. L’assegno di cura viene ormai erogato dal 1 luglio 2008, e dal 1 gennaio 2009 anche le persone assistite presso le case di riposo e i centri di degenza hanno accesso a questa prestazione.

OGGETTIVI PRIMARI

Con la nuova legge si intendono ridurre i sensibili oneri finanziari sostenuti dagli interessati e dai loro familiari per la presenza di una non autosufficienza. Tenendo conto delle esigenze espresse dagli interessati, il sistema altoatesino punta ad un rafforzamento dell’assistenza domiciliare in generale e al sostegno dei familiari assistenti in particolare. Il contributo erogato ha lo scopo di consentire alle persone che si trovano in una tale condizione di condurre nonostante questa limitazione una vita quanto più possibile dignitosa, autonoma e autodeterminata. L’organizzazione dell’assistenza in casa resta demandata alla responsabilità del singolo, che può però contare su un sostegno finanziario da parte della mano pubblica. Non è peraltro prevista la copertura completa di tutti gli oneri connessi con l’assistenza: Similmente a quello di altri paesi contermini, questo sistema costituisce una sorta di contributo alle spese di assistenza.

PRESUPPOSTI PER L’EROGAZIONE

Il presupposto per l’erogazione della prestazione è l’accertamento dell’esistenza di una non autosufficienza. Si intendono non autosufficienti quelle persone che in seguito a malattia o handicap fisici, intellettuali e psichici non sono in larga misura e in permanenza in grado di svolgere le normali attività quotidiane, necessitando quindi regolarmente - per media settimanale più di due ore al giorno - di un aiuto esterno. A seconda dell’impegno temporale, gli aventi diritto vengono inquadrati in quattro livelli di assistenza.

EQUIPE DI VALUTAZIONE

L’accertamento della non autosufficienza spetta ad una equipe multidisciplinare di valutazione, costituita da operatori infermieristici e sociali. La valutazione viene effettuata nello stesso ambiente domestico nei quali la persona richiedente vive, e che non deve essere necessariamente il suo luogo di residenza. Dopo questo primo inquadramento, l’equipe di valutazione effettua anche visite di controllo non preannunciate al domicilio della persona non autosufficiente, nel corso delle quali si verifica da un canto se il livello di assistenza corrisponde ancora al fabbisogno rilevato in precedenza, dall’altro se vi sono nell’ambiente domestico condizioni idonee a garantire l’assistenza necessaria. Il tutto viene svolto in collaborazione con i servizi territoriali, come l’assistenza domiciliare, l’assistenza sanitaria domiciliare e i servizi specialistici.

CONTRIBUTO

Per il riconoscimento del diritto al contributo non si considera la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente. In generale il contributo stesso serve a finanziare le prestazioni di assistenza e costituisce un sostegno a copertura dei costi previdenziali dei familiari esistenti e/o per l’attuazione di interventi atti ad assicurare una vita autonoma. È in linea di massima il beneficiario a stabilire in quale maniera utilizzare il contributo. Con il sostegno finanziario si intende mettere gli interessati e i loro parenti in condizione di poter acquistare i servizi loro necessari, accedendo a prestazioni tagliate su misura sulle loro esigenze. I beneficiari decidono autonomamente se ricorrere con il contributo a prestazioni professionali e/o ad un sostegno informale, oppure ancora se utilizzare il lavoro per compensare prestazioni fornite da familiari o da terzi. L’entità del contributo varia in funzione del livello di non autosufficienza riconosciuto:

Tabella 10.4: Entità dell'assegno per la copertura della non autosufficienza, 2011

Livello di assistenza	Fabbisogno mensile di assistenza (in ore)	Assegno mensile (in €)
1	60 – 120	529
2	più di 120 – 180	900
3	più di 180 – 240	1.350
4	più di 240	1.800

Come già nel 2010, all'inizio del 2011 il contributo previsto per gli aventi diritto in livello di assistenza 1 è stato ancora una volta leggermente aumentato, passando da 517 a 529 Euro.

I soggetti il cui fabbisogno di assistenza attualmente riconosciuto è inferiore alle due ore quotidiane non rientrano in alcun livello di assistenza. Nella media provinciale questa situazione si applica a poco meno del 14% dei richiedenti.

Nel 2010 sono stati effettuati complessivamente 6.998 interventi di valutazione, di cui 4.036 di prima valutazione e 2.962 di rivalutazione, oltre a 1.431 interventi di verifica. In complesso, dal gennaio 2008 27.788 persone sono state inquadrate in uno dei livelli di assistenza. Ciascun intervento di valutazione del livello di non autosufficienza dell'interessato richiede fino ad 1 ora e mezza. Sono cifre che evidenziano l'enorme lavoro organizzativo connesso con l'introduzione della copertura obbligatoria della non autosufficienza.

Nel 2010 sono stati effettuati complessivamente 6.998 interventi di valutazione, di cui 4.036 di prima valutazione e 2.962 di rivalutazione, oltre a 1.431 interventi di verifica. In complesso, dal gennaio 2008 27.788 persone sono state inquadrate in uno dei livelli di assistenza. Ciascun intervento di valutazione del livello di non autosufficienza dell'interessato richiede fino ad 1 ora e mezza. Sono cifre che evidenziano l'enorme lavoro organizzativo connesso con l'introduzione della copertura obbligatoria della non autosufficienza.

BUONI DI SERVIZIO

LINEE DI SVILUPPO

179

Tabelle 10.5: Inquadramenti per livello di assistenza e Comunità comprensoriale, 2010

Comunità comprensoriale	Persone senza rilevante fabbisogno di assistenza		Persone con								Totale	
	ass.	%	livello 1		livello 2		livello 3		livello 4		ass.	%
			ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
Val Venosta	57	6,2	156	6,3	125	6,4	88	6,8	33	9,5	459	6,6
Burgraviato	112	12,2	530	21,3	423	21,7	307	23,8	110	31,6	1.482	21,2
Oltradige-B.A.	132	14,3	337	13,5	238	12,2	182	14,1	41	11,8	930	13,3
Bolzano	425	46,1	749	30,0	506	26,0	285	22,1	50	14,4	2.015	28,8
Salto-Sciliar	55	6,0	178	7,1	152	7,8	104	8,1	25	7,2	514	7,3
Val'd'Isarco	40	4,3	249	10,0	218	11,2	138	10,7	48	13,8	693	9,9
Alta V. Isarco	15	1,6	80	3,2	66	3,4	48	3,7	14	4,0	223	3,2
Val Pusteria	85	9,2	214	8,6	220	11,3	136	10,6	27	7,8	682	9,7
Totale	921	100,0	2.493	100,0	1.948	100,0	1.288	100,0	348	100	6.998	100,0

Fonte: Servizio per la non autosufficienza, 2011.

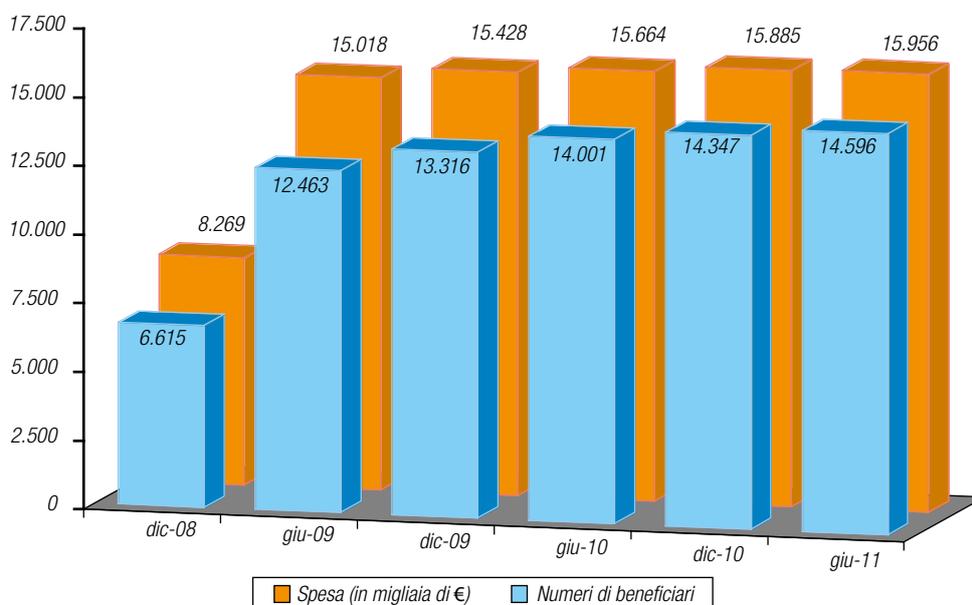
Tabelle 10.6: Inquadramenti per Comunità comprensoriale e livello di assistenza, 2010

Comunità comprensoriale	Persone senza rilevante fabbisogno di assistenza		Persone con								Totale	
	ass.	%	livello 1		livello 2		livello 3		livello 4		ass.	%
			ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
Val Venosta	57	12,4	156	34,0	125	27,2	88	19,2	33	7,2	459	100,0
Burgraviato	112	7,6	530	35,8	423	28,5	307	20,7	110	7,4	1.482	100,0
Oltredige-B.A.	132	14,2	337	36,2	238	25,6	182	19,6	41	4,4	930	100,0
Bolzano	425	21,1	749	37,2	506	25,1	285	14,1	50	2,5	2.015	100,0
Salto-Sciliar	55	10,7	178	34,6	152	29,6	104	20,2	25	4,9	514	100,0
Val d'Isarco	40	5,8	249	35,9	218	31,5	138	19,9	48	6,9	693	100,0
Alta V. Isarco	15	6,7	80	35,9	66	29,6	48	21,5	14	6,3	223	100,0
Val Pusteria	85	12,5	214	31,4	220	32,3	136	19,9	27	4,0	682	100,0
Totale	921	13,2	2.493	35,6	1.948	27,8	1.288	18,4	348	5,0	6.998	100,0

Fonte: Servizio per la non autosufficienza, 2011.

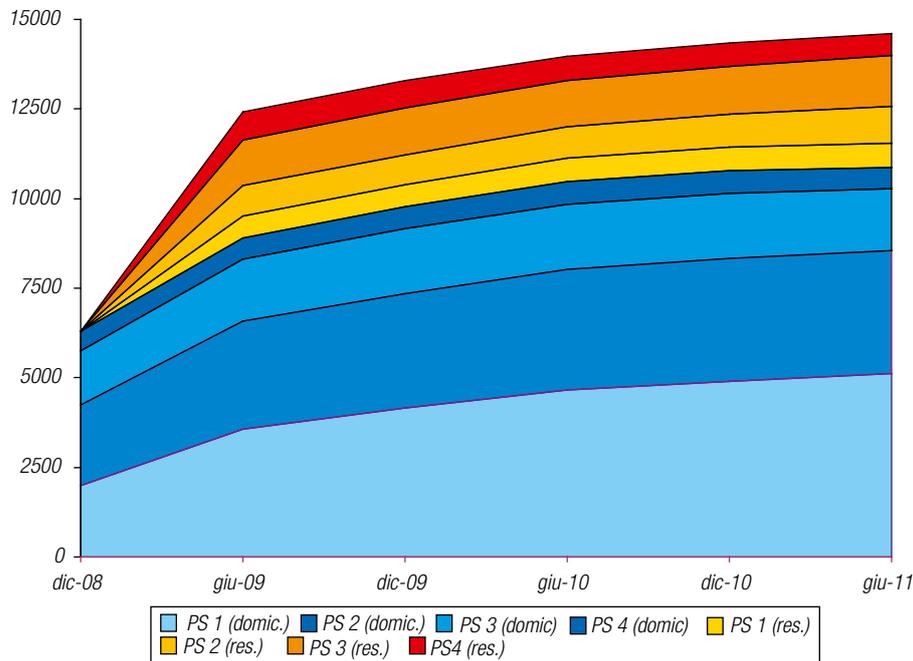
A fine giugno 2011 risultavano complessivamente inquadrate come non autosufficienti 14.596 persone, con un incremento del 4,2% rispetto all'anno precedente (giugno 2010). Siccome il rischio di diventare non autosufficienti aumenta col progredire dell'età e nei prossimi decenni la percentuale di anziani tra la popolazione è destinata a crescere ulteriormente, nel medio termine si può prevedere un sensibile incremento del numero di beneficiari di questo servizio.

Grafik 10.2: Sviluppo del numero di aventi diritto alla copertura della non autosufficienza e della relativa spesa, dicembre 2008 - giugno 2011



Dopo l'inizio dei pagamenti agli aventi diritto trattati presso strutture residenziali, nel gennaio 2009, il numero di questi beneficiari - come ci si poteva attendere - non è praticamente più cresciuto. Diversa è la situazione dei beneficiari assistiti in casa, il cui numero è aumentato nel periodo gennaio 2009 - giugno 2011 di quasi 47% (da 7.392 a 10.861). L'incremento si è avuto in particolare tra le persone rientranti nel livello 1, un livello che ha presentato crescita continua sin dall'inizio dell'erogazione della prestazione.

Grafik 10.3: Sviluppo del numero di aventi diritto per assistenza domiciliare/residenziale e per livello di assistenza, dic. 2008-giugno 2011



Tra le varie Comunità comprensoriali si osservano in parte differenze considerevoli nella distribuzione dei livelli di assistenza: mentre nella Comunità Val d'Isarco il 13,3% dei beneficiari è inquadrato nel livello 4, nella Comunità Alta V. Isarco rientra in questa classe solo il 4,8% degli interessati. Svolgono qui probabilmente un ruolo rilevante le differenti condizioni demografiche generali e la differente disponibilità di posti presso le strutture di cura e di riposo.

DIFFERENZE TERRITORIALI

181

Tabella 10.7: Numero di beneficiari per Comunità comprensoriale e livello di assistenza, giugno 2011

Comunità comprensoriale	Persone con								Totale	
	livello 1		livello 2		livello 3		livello 4		ass.	%
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
Val Venosta	429	41,2	324	31,1	210	20,2	79	7,6	1.042	100,0
Burgraviato	1.230	37,0	1.049	31,6	733	22,1	308	9,3	3.320	100,0
Oltradige-B.A.	735	36,5	631	31,3	481	23,9	167	8,3	2.014	100,0
Bolzano	1.418	43,3	916	28,0	699	21,4	240	7,3	3.273	100,0
Salto-Sciliar	432	38,4	323	28,7	256	22,8	114	10,1	1.125	100,0
Val d'Isarco	584	39,0	443	29,6	302	20,2	169	11,3	1.498	100,0
Alta V. Isarco	239	42,7	182	32,5	112	20,0	27	4,8	560	100,0
Val Pusteria	748	42,4	597	33,8	330	18,7	89	5,0	1.764	100,0
Totale	5.815	39,8	4.465	30,6	3.123	21,4	1.193	8,2	14.596	100,0

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2011.

Tabelle 10.8: Numero di beneficiari per livello di assistenza e Comunità comprensoriale, giugno 2011

Comunità comprensoriale	Persone con								Totale	
	livello 1		livello 2		livello 3		livello 4		ass.	%
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
Val Venosta	429	7,4	324	7,3	210	6,7	79	6,6	1.042	7,1
Burgraviato	1.230	21,2	1.049	23,5	733	23,5	308	25,8	3.320	22,7
Oltрадige-B.A.	735	12,6	631	14,1	481	15,4	167	14,0	2.014	13,8
Bolzano	1.418	24,4	916	20,5	699	22,4	240	20,1	3.273	22,4
Salto-Sciliar	432	7,4	323	7,2	256	8,2	114	9,6	1.125	7,7
Val'd'Isarco	584	10,0	443	9,9	302	9,7	169	14,2	1.498	10,3
Alta V. Isarco	239	4,1	182	4,1	112	3,6	27	2,3	560	3,8
Val Pusteria	748	12,9	597	13,4	330	10,6	89	7,5	1.764	12,1
Totale	5.815	100,0	4.465	100,0	3.123	100,0	1.193	100,0	14.596	100,0

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2011.

Nonostante queste differenze nella distribuzione interna, le percentuali dei beneficiari e della relativa spesa nelle varie Comunità comprensoriali sono proporzionali alla rispettiva percentuale di popolazione.

Tabelle 10.9: Numero di beneficiari e spesa per Comunità comprensoriale, giugno 2011

Comunità comprensoriale	Beneficiari			Spesa per livello (in €)				Totale	
	ass.	%	popo- laz.	Liv. 1	Liv. 2	Liv. 3	Liv. 4	ass.	%
Val Venosta	1.042	7,1	6,7	281.035	369.641	341.924	178.049	1.170.649	7,3
Burgraviato	3.320	22,7	19,3	744.288	1.085.284	1.203.924	672.467	3.705.963	23,2
Oltрадige-B.A.	2.014	13,8	14,6	471.054	682.503	834.160	368.783	2.356.500	14,8
Bolzano	3.273	22,4	20,5	810.466	907.972	1.135.378	514.662	3.368.477	21,1
Salto-Sciliar	1.125	7,7	9,5	277.257	346.129	424.230	256.932	1.304.548	8,2
Val'd'Isarco	1.498	10,3	10,5	327.496	436.259	474.750	365.868	1.604.373	10,1
Alta V. Isarco	560	3,8	3,8	148.181	190.070	180.277	56.243	574.771	3,6
Val Pusteria	1.764	12,1	15,1	470.369	646.018	556.821	197.375	1.870.583	11,7
Totale	14.596	100,0	100,0	3.530.145	4.663.876	5.151.463	2.610.380	15.955.864	100,0

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2011.

Come prevedibile, tra i beneficiari assistiti in casa predominano i livelli 1 e 2, mentre tra quelle ricoverati presso una struttura residenziale prevalgono i due livelli superiori. Ciononostante quasi la metà (581 su 1.193) dei beneficiari nel livello 4 è assistita domiciliariamente.

Tabelle 10.10: Numero di beneficiari e spesa per tipo (domiciliare/ residenziale) e livello di assistenza, giugno 2011

Livello	Domiciliare			Residenziale			Totale		
	Numero		Importo	Numero		Importo	Numero		Importo
	ass.	%		ass.	%		ass.	%	
1	5.124	47,2	2.803.417	691	18,5	726.728	5.815	39,8	3.530.145
2	3.436	31,6	3.145.692	1.029	27,6	1.518.183	4.465	30,6	4.663.876
3	1.720	15,8	2.315.345	1.403	37,6	2.836.118	3.123	21,4	5.151.463
4	581	5,3	1.034.431	612	16,4	1.575.949	1.193	8,2	2.610.380
Totale	10.861	100,0	9.298.885	3.735	100,0	6.656.978	14.596	100,0	15.955.864

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2011.

10.3 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

La previdenza sociale costituisce per la popolazione altoatesina un importante pilastro della sicurezza sociale. Il sistema della previdenza sociale si è sempre dimostrato assai flessibile: dopo le più estese riforme delle leggi regionali 2005/1 e 2008/3, il livello delle prestazioni nel 2009 (con la L.R. 2009/5) è stato temporaneamente aumentato per ammortizzare gli effetti negativi che la crisi economica mondiale ha determinato sul mercato del lavoro. Tra il 2008 e il 2010 le prestazioni sono infatti cresciute del 9,3%, passando da 44,4 a 48,6 milioni di Euro. Le prestazioni quantitativamente più significative sono l'assegno familiare regionale e la pensione di anzianità regionale (pensione alle persone casalinghe), che costituiscono congiuntamente poco meno dell'80% del volume complessivo di prestazioni erogate. Concentrandosi sui soggetti meno tutelati e sui gruppi più a rischio, quali le famiglie con prole numerose e i familiari assistenti, la previdenza integrativa contribuisce a minimizzare i rischi di povertà e di emarginazione e a tutelare, conservare e potenziare le risorse disponibili, anche tenendo presente che per molte prestazioni non trova applicazione il principio della pregressa contribuzione obbligatoria. La copertura obbligatoria della non autosufficienza costituisce una pietra miliare della politica sociale altoatesina, che allevia in maniera rilevante la criticità della situazione delle persone non autosufficienti e delle famiglie assistenti. Essa consente ai soggetti non autosufficienti, che pure necessitano di un'ininterrotta assistenza, di continuare a vivere nel modo più autonomo e più autogestito possibile. La soglia di accesso a questa prestazione è stata mantenuta relativamente bassa, mentre i trasferimenti finanziari pubblici a favore delle persone non autosufficienti si sono nel frattempo stabilizzati a livelli piuttosto elevati: alla fine del 2010 risultavano erogati a 14.347 aventi diritto quasi 15,9 milioni di Euro, con un incremento del 2,9% in termini di prestazioni, a fronte di un tasso di inflazione del 2,2%. La programmazione finanziaria a lungo termine garantisce la sicurezza del finanziamento, e di conseguenza la controllabilità nel tempo del sistema della copertura della non autosufficienza nel suo complesso. E anche se questo tipo di copertura può considerarsi soltanto un contributo parziale alle spese di cura e di assistenza, grazie ad esso le famiglie assistenti sono perlomeno messe in grado di continuare a fornire l'assistenza in casa. L'entità del contributo è comunque assai più elevata di ogni altra erogazione di cui si abbia notizia in Italia e all'estero. Diventa ora possibile coprire o perlomeno ridurre quelle limitazioni allo svolgimento dell'attività lavorativa del familiare assistente che derivano dall'esigenza di fornire l'assistenza. Non ci sono in realtà dati che confermino che la copertura della non autosufficienza ha anche determinato una riduzione del rischio di povertà nelle fasce interessate da questi trasferimenti finanziari, ma se si considera che questi ultimi nel loro complesso hanno ridotto la percentuale di famiglie a rischio di povertà del 7,4% (vedi il cap. 9.1.2), non vi è alcun dubbio che la risposta debba essere anche qui positiva. Di certo con la copertura della non autosufficienza si è consolidato ulteriormente il principio del finanziamento diretto degli utenti in campo sociale: sono ora infatti i diretti interessati ad "acquistare" le prestazioni da un terzo soggetto autorizzato e accreditato, sia esso pubblico o privato, che deve erogare le stesse attenendosi a parametri strutturali e qualitativi fissati con precisione.

PREVIDENZA INTEGRATIVA

COPERTURA DELLA NON
AUTOSUFFICIENZA

11. IL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI E L'ATTIVITÀ DEL VOLONTARIATO

11.1 DOTAZIONE DI PERSONALE IN SINTESI

I dati forniti in questo capitolo sul personale dei servizi sociali si riferiscono alle 579 strutture e offerte di servizi censite dal SIPSA. In queste strutture operavano alla fine del 2010 complessivamente 7.328 persone (6.201 donne e 1.127 uomini), corrispondenti in termini di unità a tempo pieno (38 ore alla settimana) a 5.968,8 operatori (operatori equivalenti). Al netto delle persone assenti (per es. per maternità o per malattia prolungata), risultavano al 31/12/2010 5.537,9 operatori equivalenti effettivamente in servizio (operatori equivalenti effettivi).

In termini di operatori equivalenti, il personale risulta aumentato del 3,5% rispetto all'anno precedente (da 5.764,7 a 5.968,8 unità equivalenti a tempo pieno). Dal 2006 il personale occupato nel servizio sociale pubblico è quindi aumentato complessivamente dell'11,8%. Rispetto alla popolazione attiva, i lavoratori del servizio sociale rappresentano il 3,0%.

Grafico 11.1: Personale dei servizi sociali (operatori equivalenti), 2006-2010

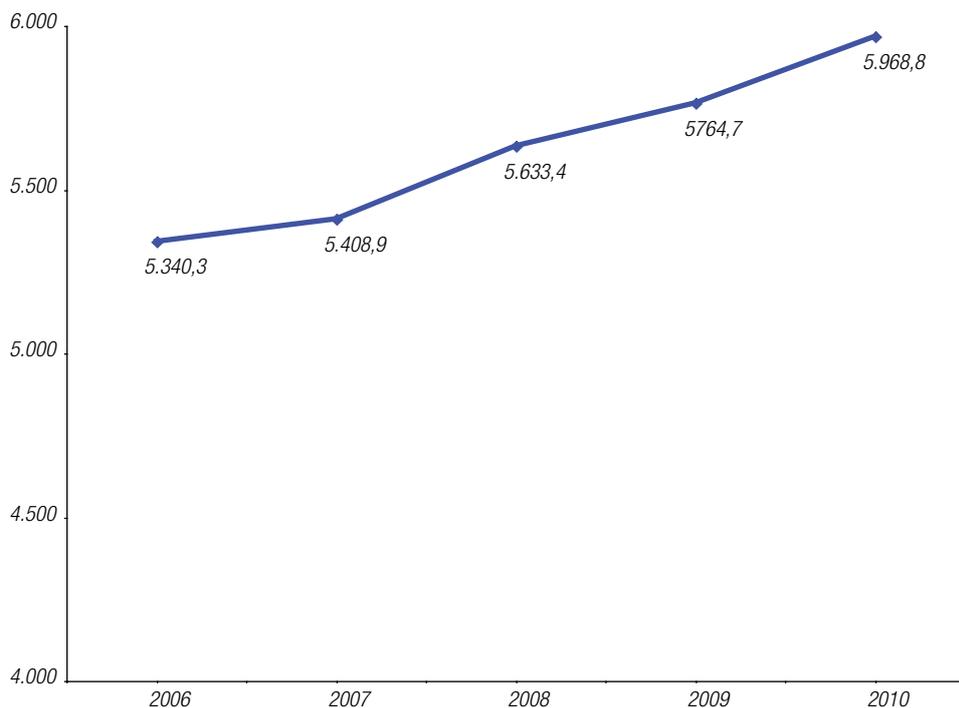


Tabella 11.1: Personale dei Servizi sociali rispetto alla popolazione attiva, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Popolazione attiva in Alto Adige	227.700	229.500	235.200	237.300	240.300
Operatori dei servizi sociali	6.417	6.564	6.858	7.068	7.328
Operatori dei servizi sociali/ popolazione attiva in Alto Adige	2,8%	2,9%	2,9%	3,0%	3,0%
Totale					

Fonte: ASTAT (ed.), Occupazione 2010 (ASTAT-Info 12/2011), Bolzano 2011.

DOTAZIONE COMPLESSIVA DI PERSONALE

SVILUPPO DEL PERSONALE

DISTRIBUZIONE
SETTORIALE DEL PERSONALE

Oltre la metà degli operatori equivalenti a tempo pieno (3.356,5 unità, pari al 56,2%) opera nel settore dei servizi per gli anziani. Se si considerano anche gli operatori dell'assistenza domiciliare e quelli dei centri diurni, che continuano a rivolgersi in prevalenza agli anziani, questa percentuale cresce al 64,0%. Al secondo posto vengono i servizi destinati ai disabili, con 861,8 operatori equivalenti a tempo pieno (14,4%), al terzo quelli destinati alla prima infanzia, con una dotazione di 349,9 operatori a tempo pieno (5,9%).

Gli incrementi più sensibili di personale rispetto all'anno precedente sono stati nel 2010 quelli dei servizi ai minori (+10,5%) nonché alla prima infanzia (8,3%). Lievi contrazioni si sono invece riscontrate nei servizi ai disabili (-2,4%). Nel medio periodo una carenza di personale si farà sentire in particolare nel settore dell'assistenza agli anziani e alla prima infanzia.

Tabella 11.2: Operatori equivalenti presenti presso i Servizi socio-assistenziali, 2006-2010

Settore	2006	2007	2008	2009	2010
Servizi per anziani	2.922,89,0	3.033,4	3.154,0	3.191,7	3.356,5
Servizi per disabili	831,6	794,2	833,8	882,7	861,8
Servizi per malati psichici	112,1	119,0	127,0	140,6	139,3
Servizi per giovani	151,9	147,6	163,2	161,3	178,3
Servizi per la prima infanzia	291,5	291,6	311,2	323,0	349,9
Servizi per la donna e la famiglia	69,6	68,7	72,1	71,0	71,6
Servizi per dipendenze	19,1	19,2	22,5	18,5	18,9
Servizi amm. del Comprensorio	186,6	189,2	180,4	193,5	207,0
Servizi del Distretto					
Assistenza dom. e centri diurni	461,0	441,0	454,6	463,2	462,5
Area sociopedagogica	165,9	173,5	174,5	174,1	182,1
Assistenza economica sociale	59,1	62,8	63,2	63,0	63,9
Amministrazione dei distr. sociali	68,9	68,7	77,0	81,8	77,2
TOTALE	5.340,3	5.408,9	5.633,4	5.764,7	5.968,9

La tabella che segue illustra la dotazione di personale dei singoli servizi al 31/12/2010 per numero di operatori complessivi, operatori equivalenti a tempo pieno e operatori equivalenti effettivi.

Tabella 11.3: Dotazione di personale nei servizi socio-assistenziali, 2010

Settore	Servizi	Unità di personale	Equiv. tempo pieno	Equiv. t.p. effettivi	Equiv. t.p. per serv
Servizi per anziani	74	4.066	3.356,5	3.129,0	45,4
Case di riposo	64	3.446	2.823,26	2.611,63,6	44,1
Centri di degenza	10	620	533,3	517,4	53,3
Servizi per disabili	88	1.046	861,8	814,9	9,8
Comunità alloggio per disabili	17	79	59,9	58,4	3,5
Convitti per disabili	20	447	381,8	357,7	19,1
Alloggi di addestramento	4	6	4,9	4,9	1,2
Laboratori protetti per disabili	30	371	294,3	279,1	9,8
Centri socio-assistenziali diurni per disabili	17	143	120,9	114,8	7,1
Servizi per malati psichici	29	169	139,3	136,3	4,8
Comunità alloggio per malati psichici	11	35	29,9	29,9	2,7
Servizi di riab. lavorativa per malati psichici	14	124	101,6	99,6	7,3
Centri diurni per malati psichici	4	10	7,8	6,8	2,0

Servizi per minori	45	222	178,3	167,0	4,0
Comunità alloggio per minori	15	137	113,1	106,9	7,5
Case famiglia	5	14	10,9	10,9	2,2
Centri diurni per minori	10	56	44,1	40,1	4,4
Residenze assistite per minori	15	15	10,2	9,1	0,7
Servizi per la prima infanzia	54	423	349,9	317,9	6,5
Strutt. pubbliche per la prima infanzia	12	193	168,1	147,6	14,0
Strutture private per la prima infanzia	42	230	181,8	170,3	4,3
Servizi per la donna e la famiglia	19	167	71,6	68,2	3,8
Consultori familiari	14	125	42,8	42,5	3,1
Case delle donne	5	42	28,8	25,7	5,8
Servizi per dipendenze	10	25	18,9	18,9	1,9
Comunità alloggio per dipendenze	4	10	5,5	5,5	1,4
Attività lavorative per dipendenze	6	15	13,4	13,4	2,2
Servizi amministrativi CC	15	247	207,0	188,5	13,8
Direzioni di distretto	8	121	108,6	99,6	13,6
Servizi amministrativi dei Comprensori	7	126	98,4	88,9	14,1
Servizi del Distretto	245	963	785,7	697,3	3,2
Area sociopedagogica	24	205	182,1	157,7	7,6
Assistenza economica sociale	25	72	63,9	57,2	2,6
Assistenza domiciliare	26	502	394,0	340,7	15,2
Centri diurni dell'AD	133	46	38,2	37,0	0,3
Centri di assistenza diurna anziani	12	41	30,3	30,0	2,5
Direzione/Amministrazione dei Distretti sociali	25	97	77,2	74,7	3,1

* Gli operatori che lavorano presso più servizi sono conteggiati presso quello in cui prestano servizio prevalente.

La distribuzione del personale nelle varie Comunità comprensoriali in rapporto alla popolazione locale appare assai differenziata. La dotazione più bassa continua a riscontrarsi nelle Comunità comprensoriali Val Pusteria e Val d'Isarco, quella più alta nel Comune di Bolzano e nel Comprensorio Oltradige-Bassa Atesina. Va qui tuttavia tenuto conto della forte presenza di servizi sovralocali nel territorio comunale di Bolzano; qui nel complesso la dotazione è nuovamente un po' aumentata rispetto agli anni precedenti, e alla fine del 2010 si attestava sui 11,8 operatori equivalenti a tempo pieno ogni 1.000 abitanti (2007: 11,0; 2008: 11,3; 2009: 11,5).

Tabella 11.4: Personale dei servizi socio-assistenziali per Comunità comprensoriale, 2010

Comunità Comprensoriale	Unità di personale*	Operatori equivalenti	Operatori equivalenti effettivi	Operatori equivalenti/ 1.000 abitanti
Val Venosta	526	412,1	367,8	12,1
Burgraviato	1.479	1.184,2	1.109,8	12,1
Oltradige-Bassa Atesina	1.222	993,2	922,4	13,4
Bolzano	1.536	1.314,0	1.259,3	12,6
Salto-Sciliar	730	592,2	533,4	12,3
Val d'Isarco	698	541,1	506,6	10,1
Alta Valle Isarco	258	200,5	189,6	10,4
Val Pusteria	906	731,5	648,9	9,6
TOTALE PROVINCIA	7.328	5.968,8	5.537,9	11,8

* Gli operatori che lavorano in più Comunità comprensoriali sono stati conteggiati nel Comprensorio in cui prestano servizio per un maggior numero di ore.

STRUTTURA PER ETÀ

11.2 CARATTERISTICHE DEL PERSONALE

L'età media dei complessivamente 7.328 operatori del sociale risultava alla fine del 2010 di 41,4 anni, quindi con un leggero „ringiovanimento“ (di 0,3 anni) rispetto all'anno precedente. Alla fine del 2010 poco più del 20% del personale aveva cinquant'anni e più, mentre il 15,5% non aveva ancora raggiunto i trent'anni. Non si osserva qui praticamente alcuna differenziazione tra i sessi. Tra i singoli servizi l'età media varia tuttavia di oltre dieci anni, il che rispecchia non da ultimo differenze nell'anzianità di servizio media nei rispettivi servizi (vedi tab. 11.5).

Grafico 11.2: Personale dei servizi sociali per età, 2010

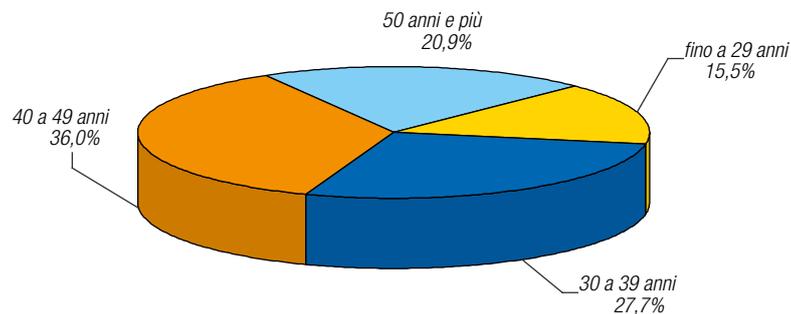
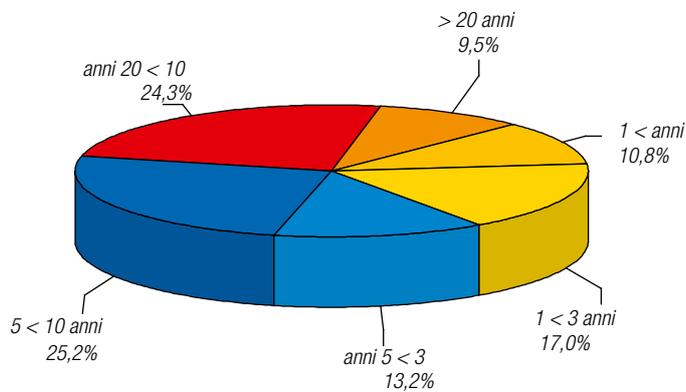


Grafico 11.3: Personale dei servizi sociali per anzianità di servizio, 2010



ANZIANITÀ DI SERVIZIO

L'anzianità media di servizio si attestava nel 2010 sugli 8,6 anni. Oltre un terzo (33,8%) dei collaboratori e delle collaboratrici opera già da oltre dieci anni in questo campo professionale, mentre l'10,8% è entrato in servizio appena nel corso del 2010. Il 17,0% conta dal canto suo da 1 a meno di 3 anni di servizio. Nonostante le misure suggerite e stimolate dall'amministrazione provinciale in questi ultimi anni per il miglioramento dell'attrattività delle professioni sociali, i tempi di permanenza in taluni servizi continuano a rimanere ancora assai brevi. Particolarmente ridotta, con 4,1 anni in media, appare la permanenza nelle strutture private per la prima infanzia e in taluni servizi destinati ai minori. Tuttavia anche nel campo dei centri di degenza la permanenza si attesta sensibilmente al di sotto della media, con un'anzianità media di servizio di 6,6 anni. Per quanto attiene i profili professionali, presentano anzianità di servizio alquanto inferiori alla media in particolare gli operatori socio-sanitari (4,6 anni) quelli socio-assistenziali (4,6 anni) e gli educatori / il personale dell'area sociopedagogica (5,1 anni) (vedi tab. 11.7).

Tabella 11.5: **Età media ed anzianità di servizio 2010**

Servizi	Età media (anni)	Anzianità servizio media (anni)
Servizi per anziani		
Case di riposo	41,9	8,1
Centri di degenza	41,3	6,6
Servizi per disabili		
Comunità alloggio per disabili	40,7	7,1
Convitti per disabili	41,2	8,3
Alloggi di addestramento	43,2	11,3
Laboratori protetti per disabili	45,3	13,7
Centri socio-assistenziali diurni per disabili	41,3	13,1
Servizi per malati psichici		
Comunità alloggio per malati psichici	43,5	9,4
Servizi di riab. lavorativa per malati psichici	42,5	7,3
Centri diurni per malati psichici	42,9	8,1
Servizi per minori		
Comunità alloggio per minori	37,1	6,2
Case famiglia	46,6	11,5
Centri diurni per minori	34,8	5,5
Residenze assistite per minori	35,7	5,2
Servizi per la prima infanzia		
Strutt. pubbliche per la prima infanzia	39,6	11,2
Strutture private per la prima infanzia	36,2	4,1
Servizi per la donna e la famiglia		
Consultori familiari	49,0	15,5
Case delle donne	39,7	6,9
Servizi per dipendenze		
Comunità alloggio per dipendenze	40,4	10,3
Attività lavorative per dipendenze	45,8	7,1
Servizi amministrativi CC		
Direzioni di distretto	42,1	10,1
Servizi amministrativi dei Comprensori	41,3	11,7
Servizi del Distretto		
Area sociopedagogica	35,2	6,7
Assistenza economica sociale	39,9	9,2
Assistenza domiciliare	40,4	9,6
Centri diurni dell'AD	45,2	13,8
Centri di assistenza diurna anziani	46,1	9,7
Direzione/Amministrazione dei Distretti sociali	42,7	8,7
TOTALE	41,4	8,6

 SERVIZI ED ANZIANITÀ
 DI SERVIZIO

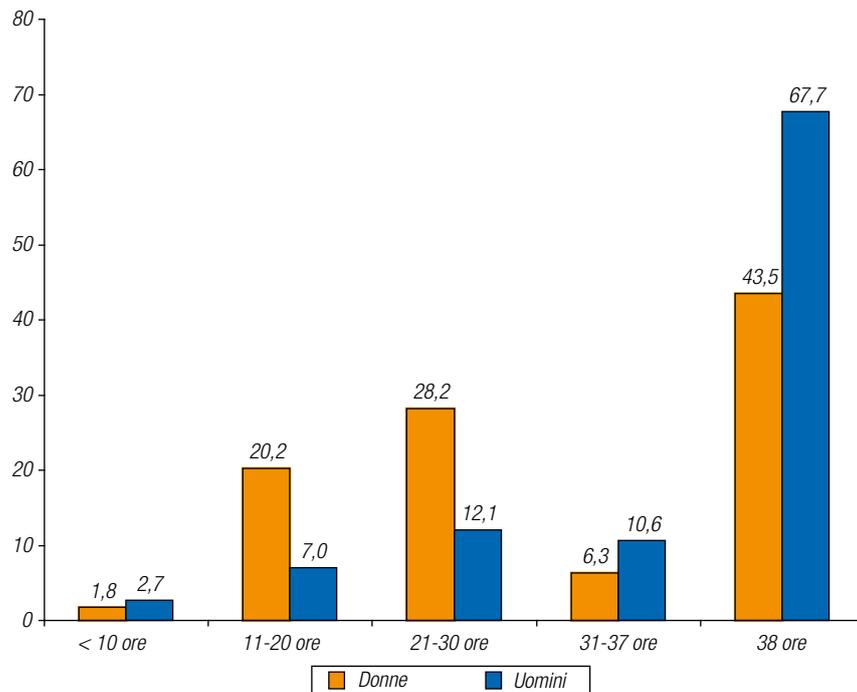
Per quanto riguarda i titoli di studio degli operatori dei servizi sociali, negli scorsi anni ci sono state soltanto limitate variazioni. Alla fine del 2010 il 42,0% dagli operatori dei servizi socio-assistenziali era in possesso della licenza elementare o media inferiore, il 27,5% disponeva di un diploma di scuola superiore bi- o triennale e il 17,4% di un diploma di maturità. Il 13,1% possedeva un diploma universitario o una laurea.

Anche nel rapporto lavorativo non vi sono praticamente differenze rispetto agli anni precedenti. Per oltre due terzi del personale (68,4%) è stato infatti nel frattempo stipulato un contratto di lavoro di questo tipo. La percentuale dei dipendenti con contratto di lavoro a termine si assesta sul 17,1%. Peraltro è continuata a crescere nel 2010 anche la percentuale del personale part-time: alla fine dell'anno soltanto 3.460 persone (47,2%) avevano un orario lavorativo di 38 ore settimanali, mentre il 20,1% aveva un

TITOLI DI STUDIO

orario ridotto fino a 20 ore e il 25,7% lavorava da 21 a 30 ore alla settimana. Senza dubbio la possibilità di svolgere un lavoro a tempo parziale è assai importante per l'acquisizione e la conservazione del personale in campo sociale. Mentre sul piano del rapporto lavorativo esistono solo limitate differenze tra i due sessi, su quello degli orari di lavoro si osservano modelli lavorativi chiaramente specifici.

Grafico 11.4: Orario di lavoro per sesso, 2010 (in %)



ASSENZE DAL LAVORO

Se si analizzano i motivi delle assenze dal lavoro del personale, si evidenzia immediatamente come tra il personale dei servizi sociali vi sia un'elevata presenza di donne. Nel 2010 quasi l'80,3% delle 497 assenze poteva infatti ricondursi a motivi di maternità, il 3,8% a malattia e il 15,9% ad altri motivi. La percentuale di assenze per maternità rispetto al personale nel suo complesso si è collocata quindi sul 5,4% nel 2010. Questo indicatore si può valutare in termini senz'altro assai positivi dal punto di vista politico-sociale, in quanto esso rispecchia le condizioni di lavoro relativamente concilianti che vigono nel servizio pubblico. D'altra parte le lunghe assenze comportano per gli enti erogatori impegni notevoli sul piano della gestione del servizio e del personale, e questo vale anche per i distretti sociali: nel 2010, nell'assistenza domiciliare, in quella sociopedagogica di base e in quella economica risultava assente dal servizio per maternità dall'8,1% (assistenza economica sociale) al 9,3% (assistenza sociopedagogica di base) del personale femminile. Anche nelle case delle donne e negli asili nido la percentuale si colloca sopra il 9%.

PROFILI PROFESSIONALI

Il profilo professionale più rappresentato tra le operatori dei servizi socioassistenziali risultava a fine 2010 quello dagli operatori socio-sanitari, con 874 unità, seguito da quello dagli operatori socio-assistenziali (756) e degli assistenti geriatrici e socio-assistenziali (692 unità),

CAMPI DI ATTIVITÀ

In termini di operatori equivalenti a tempo pieno, a fine 2010 il 61,4% svolgeva una professione sociale, il 10,8% una professione sanitaria, l'8,5% una professione tecnico-amministrativa e l'19,3% un'altra professione d'ausilio. Questa ripartizione è cambiata di poco rispetto agli anni scorsi.

Tabella 11.6: Caratteristiche del personale nei servizi socio-assistenziali, 2008-2010

Caratteristiche	2008		2009		2010	
	Unità di personale	%	Unità di personale	%	Unità di personale	%
Condizione professionale						
In servizio	6.403	93,4	6.548	92,6	6.831	93,2
Assente per maternità	361	5,3	438	6,2	399	5,4
Assente per malattia/altra lunga ass	94	1,4	83	1,2	98	1,3
Tipo di professione						
Personale socio-assistenziale	2.187	31,9	2.273	32,2	2.324	31,7
Ausiliari assistenziali e inservienti	1.290	18,8	1.335	18,9	1.417	19,3
Altre professioni sociali	721	10,5	735	10,4	759	10,4
Professioni sanitarie	619	9,0	664	9,4	790	10,8
Professioni d'ausilio	1.388	20,2	1.376	19,5	1.413	19,3
Professioni tecnico-amministrative	552	8,0	583	8,2	625	8,5
Gruppo linguistico						
Tedesco	4.664	68,0	4.793	67,8	5.000	68,2
Italiano	1.505	21,9	1.577	22,3	1.609	22,0
Ladino	231	3,4	243	3,4	236	3,2
Altro/non dichiarato	458	6,7	455	6,4	483	6,6
Titolo di studio						
Licenza elementare	181	2,6	153	2,2	150	2,0
Licenza media	2.824	41,2	2.873	40,6	2.934	40,0
Diploma bi- o triennale	1.895	27,6	1.946	27,5	2.013	27,5
Maturità	1.231	17,9	1.287	18,2	1.274	17,4
Diploma universitario	339	4,9	389	5,5	499	6,8
Laurea	388	5,7	420	5,9	458	6,3
Rapporto di lavoro						
Tempo indeterminato	4.683	68,3	4.868	68,9	5.016	68,4
Tempo determinato	1.119	16,3	1.128	16,0	1.251	17,1
Provvisorio	632	9,2	629	8,9	601	8,2
Supplente	338	4,9	344	4,9	368	5,0
Incarico di consulenza	86	1,3	99	1,4	92	1,3
Ore settimanali lavorate						
10 o meno	129	1,9	142	2,0	142	1,9
11-20	1.265	18,4	1.305	18,5	1.332	18,2
21-30	1.580	23,0	1.745	24,7	1.886	25,7
31-38	3.884	56,6	3.876	54,8	3.968	54,1
Sesso						
Uomini	1.070	15,6	1.092	15,4	1.127	15,4
Donne	5.788	84,4	5.976	84,6	6.201	84,6
Età media (anni)	40,6	-	41,1	-	41,4	-
Anzianità di servizio media	8,1	-	8,4	-	8,6	-

Tabella 11.7: Personale per qualifica professionale (tutti i servizi), 2010

Qualifica professionale	N. unità di personale*	N. oper. equivalenti	N. oper. equiv. effettivi	Età media	Anz. media di serv. **
Personale socio-assistenziale	2.324	1.926,1	1.723,7	38,8	9,0
Assistente geriatrico/a e socio-assistenziale	692	537,7	477,2	43,7	12,4
Assistente per disabili con dipl. spec.	348	280,1	260,0	44,0	15,5
Ass. per disabili senza dipl. spec.	164	130,7	126,0	39,8	6,1
Tecnico dei servizi sociali	13	11,6	8,6	34,3	5,4
Animatore / animatrice	64	48,7	43,7	42,6	10,7

Assistente all'infanzia	287	240,9	217,6	34,5	6,5
Operatore socio-assistenziale	756	676,5	590,7	33,2	4,6
Auxiliari assistenziali e inservienti	1.417	1.186,5	1.120,0	42,2	7,3
Auxiliario/a socio-assistenziale	531	434,5	406,8	45,7	11,9
Operatore/ice socio-sanitario/a	874	743,4	706,2	40,0	4,6
Tagesmutter/assistente domiciliare all'infanzia	12	8,6	7,1	46,5	5,0
Altre professioni sociali	759	639,2	582,7	39,6	9,5
Educatore/educatrice per disabili con dipl. spec.	111	94,5	90,5	45,2	15,3
Educatore/educatrice per disabili senza dipl. spec.	23	20,3	17,3	36,6	8,9
Direttore/direttrice tecnico socio-assistenziale	18	15,3	14,3	53,5	18,1
Educatore/educatrice professionale	188	157,3	146,2	33,9	5,1
Consulente familiare	1	0,4	0,4	59,5	19,5
Educatore/educatrice di istituto con dipl. spec.	12	10,0	9,0	39,4	10,6
Educatore/educatrice di istituto senza dipl. spec.	36	30,3	29,8	39,7	9,4
Coordinatore/coordinatrice di asili nido	28	24,0	19,0	39,8	7,1
Pedagogista	44	32,8	27,4	39,4	6,8
Responsabile tecnico/a socio-assistenziale	34	29,9	27,0	41,6	10,4
Assistente sociale	134	117,8	100,1	35,2	7,8
Operatore/operatrice laureato/a in scienze sociali	26	20,6	18,6	38,0	7,0
Sociologo/a/a	12	8,8	8,8	44,1	11,0
Educatore/educatrice al lavoro con dipl. spec.	63	56,7	54,6	48,4	17,2
Educatore/educatrice al lavoro senza dipl. spec.	29	20,3	19,6	46,6	8,9
Professioni sanitarie	790	601,1	567,1	41,6	8,3
Medico/Dott.ssa	1	0,3	0,3	55,5	28,5
Infermiere/a professionale	524	432,3	408,1	41,5	8,1
Dietista	1	0,7	0,7	36,5	10,5
Terapista occupazionale	26	21,9	19,3	31,4	3,5
Ostetrico/a	7	2,3	2,3	47,4	11,4
Ginecologo/a	8	1,1	1,1	51,0	18,4
Infermiere/a generico/a	32	24,6	23,6	51,6	11,9
Pediatra	1	0,0	0,0	60,5	32,5
Logopedista	10	7,5	7,5	30,0	4,4
Massaggiatore / massofisioterapista	12	8,3	8,3	40,8	7,4
Fisioterapista	65	43,6	38,6	38,0	6,4

Qualifica professionale	N. unità di personale*	N. oper. equivalenti	N. oper. equiv. effettivi	Età media	Anz. media di serv. **
Psichiatra	1	0,3	0,3	68,5	35,5
Psicologo/a	69	38,6	37,2	41,6	8,0
Psicoterapeuta	24	11,8	11,8	49,0	14,5
Tecnico/a della riabilitazione	8	7,2	7,2	34,5	5,5
Assistente sanitario/a	1	0,6	0,6	55,5	28,5
Professioni d'ausilio	1.413	1.104,8	1.072,2	45,6	8,0
Usciere-commesso/a-portiere/a	17	11,5	11,5	41,6	5,3
Coadiutore / coadiutrice	19	13,5	12,8	45,2	9,1
Capo cuoco	22	20,7	20,7	45,7	13,8
Operaio/a generico/a	30	26,1	26,1	45,0	4,2
Operaio/a specializzato/a	25	22,3	22,3	45,7	12,4
Cuoco/a specializzato/a	98	88,1	83,9	45,7	11,9
Autista	10	7,6	7,6	49,1	11,2
Custode	70	63,4	63,4	45,0	10,5
Assistente di economia domestica	5	3,9	3,9	44,3	10,7
Inserviente - domestico/a	627	481,1	461,2	45,0	7,0
Aiuto cuoco	65	51,4	50,4	49,1	8,4
Magazziniere/a	2	1,8	1,8	43,5	4,5
Operaio/a qualificato/	17	15,1	14,1	48,3	10,4

Cuoco/a qualificato/a	74	59,8	57,3	43,1	8,0
Addetto/a alle pulizie	287	202,2	200,4	46,4	7,1
Sarto/a-guardarobiere/a	6	5,0	5,0	52,7	15,2
Centralinista	8	6,2	5,2	37,3	7,4
Lavandaia/o	31	25,3	24,8	48,4	12,3
Professioni tecnico-amministrative	625	511,1	472,3	42,0	10,4
Funzionario/a contabile	3	2,2	2,2	37,8	6,2
Direttore/direttrice dei servizi sociali delle CC	7	7,0	6,0	46,4	10,5
Programmatore/programmatrice CED	12	10,7	9,7	37,9	5,1
Segretario/a generale	9	8,4	7,4	48,6	12,7
Geometra	3	3,0	3,0	41,8	8,5
Contabile - economo/a	8	5,6	5,6	46,6	14,4
Procuratore/trice legale	5	2,2	2,2	45,9	13,9
Consulente legale	5	0,7	0,7	51,3	16,3
Segretario/a - economo/a	2	1,4	1,4	56,5	15,0
Segretario/a	12	6,6	6,6	44,2	7,7
Assistente di segreteria	6	3,3	3,3	39,8	8,7
Operatore/operatrice di assistenza economica	23	19,5	17,5	40,2	8,3
Funzionario/a tecnico/a	1	1,0	1,0	30,5	1,5
Assistente amministrativo/a	280	231,8	203,9	39,4	9,7
Operatore/operatrice amministrativo/a	148	113,6	110,8	43,7	12,4
Direttore/direttrice amministrativo/a	65	60,5	58,5	47,0	10,7
Funzionario/a amministrativo/a	36	33,4	32,4	42,6	8,2

* Gli operatori che lavorano in più strutture con qualifiche professionali diverse vengono contati una sola volta in base alla qualifica professionale con la quale prestano più ore. ** L'anzianità di servizio è relativa agli anni di presenza nell'attuale profilo professionale e non all'inizio dell'attività lavorativa

11.3 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Valide offerte di formazione ed aggiornamento professionale, adeguate agli attuali standard tecnici, costituiscono un presupposto fondamentale per uno sviluppo di qualità nel settore socio-assistenziale. In Alto Adige corsi di formazione e aggiornamento professionale vengono offerti da numerose istituzioni. Accanto alle scuole professionali e settoriali offrono corsi di questo genere anche numerose strutture formative ed organizzazioni private.

Nel campo della formazione universitaria, la Libera Università di Bolzano offre dal 1998 corsi di studio nelle discipline Educazione sociale e Servizio sociale. Alla fine del 2010, al corso di studi in Educazione sociale risultavano iscritti 101 studenti, a quello in Servizio sociale 113 e al master IRIS (Innovazione e Ricerca per gli Interventi Socio-assistenziali-educativi) 19. Sempre nel 2010 hanno concluso gli studi 23 iscritti ai corsi di educazione sociale e 29 iscritti a quelli di servizio sociale. Di conseguenza l'attenzione sembra essersi spostata sensibilmente verso il lavoro sociale.

La formazione di livello non universitario è affidata in Alto Adige principalmente a due scuole per le professioni sociali, una con lingua d'insegnamento tedesca e l'altra con lingua d'insegnamento italiana. Questi istituti offrono corsi di formazione triennali a tempo pieno per operatori socio-assistenziali (OSA) e corsi di formazione annuali, anch'essi a tempo pieno, per operatori socio-sanitari (OSS) e per assistenti all'infanzia. Esistono poi per questi profili professionali, come pure per gli operatori del servizio Tagesmutter/Tagesvater e per gli istitutori, anche altre attività di formazione con frequenza in servizio, alle quali si aggiungono poi ulteriori corsi brevi di formazione e aggiornamento professionale. Anche l'Azienda sanitaria offre dal canto suo corsi per operatori socio-sanitari. Un obiettivo formativo rilevante, in particolare nella formazione degli operatori socio-assistenziali, si considera oggi la trasmissione di conoscenze specifiche quanto più ampie possibili, sì da consentire l'impiego più flessibile possibile dell'operatore nella sua successiva attività professionale (polivalenza). Presso le scuole per le

FORMAZIONE
UNIVERSITARIA

FORMAZIONE
NON UNIVERSITARIA

FABBISOGNO FORMATIVO

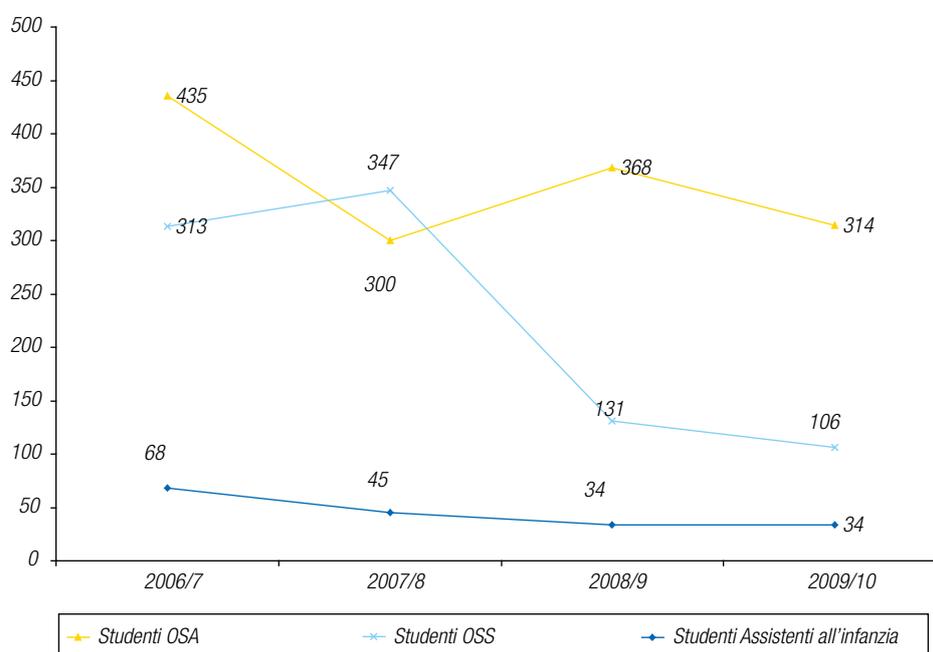
professioni sociali risultavano in formazione nell'anno scolastico 2009/10 106 operatori socio-sanitari e 314 operatori socio-assistenziali. Il numero di studenti iscritti risulta quindi per entrambi gli indirizzi sensibilmente inferiore a quello degli anni precedenti. Nel 2010 si sono diplomati 148 operatori socio-assistenziali, 71 operatori socio-sanitari e 33 assistenti per l'infanzia.

Nonostante il considerevole impegno nel settore della formazione e dell'aggiornamento professionale, i servizi sociali sia pubblici che privati lamentano una generalizzata mancanza di personale qualificato. Così il piano triennale per il settore sociale avviato nel 2010 prevede fino al 2013 un forte fabbisogno formativo: accanto a 600 operatori socio-assistenziali e a 300 assistenti per l'infanzia saranno quindi necessari anche 370 operatori socio-sanitari, 110 assistenti sociali e 130 educatori sociali.

Tabella 11.8: Laureati e diplomati nel settore sociale: Università di Bolzano e Scuole per le professioni sociali, 2007-2010

Università di Bolzano:	2007	2008	2009	2010
Facoltà di scienze della formazione				
Corso di laurea in Servizio sociale	19	19	21	29
Corso di laurea in Educatori sociali	36	36	34	23
Scuole per le professioni sociali	2007	2008	2009	2010
Operatori socio-assistenziali (OSA)	121	124	108	148
Operatori socio-sanitari (OSS)	161	190	71	71
Assistenti all'infanzia	19	25	21	33

Grafico 11.5: Numero di studenti nelle scuole per le professioni sociali, 2006-2010



SERVIZIO SVILUPPO PERSONALE

Il coordinamento delle offerte di aggiornamento professionale per gli operatori dei servizi sociali è curato a livello provinciale dal Servizio sviluppo personale, che dipende dalla Ripartizione politiche sociali. Questo servizio offre semestralmente un nuovo ampio programma di aggiornamento, le cui tematiche vengono individuate in collaborazione con le varie ripartizioni provinciali e con gli enti gestori a livello territoriale (comunità comprensoriali e ASS Bolzano). Gli enti territoriali organizzano peraltro essi stessi corsi di aggiornamento per i propri collaboratori. Un importante obiettivo strategico di questi ultimi anni è stato quello di favorire una migliore messa in rete dei servizi sociali e di quelli sanitari

con il settore formativo e scolastico. Di conseguenza nel 2010 è stato sviluppato e presentato un indirizzo per la collaborazione tra gli operatori sociali e quelli sanitari. I corsi proposti sono aperti non solo al personale sociale del servizio pubblico, ma anche a quello dei gestori privati e ai volontari. Per assicurare standard qualitativi elevati, tutti i corsi di aggiornamento vengono ormai da anni valutati in base a criteri unitari.

Nel 2010 l'83,7% degli operatori dei servizi socio-assistenziali ha preso parte ad attività di aggiornamento professionale per mediamente 2,8 giornate ciascuno. La quota di partecipazione nominale corrisponde all'incirca al valore del 2008 (83,4%); rispetto al 2009 essa segna tuttavia un calo del 4,1%. Sempre nel 2010, il 3,6% ha partecipato ad attività di formazione con frequenza in servizio, per una durata media di circa 20,4 giorni. L'1,9% ha frequentato un corso di specializzazione o qualificazione della durata media di 15,7 giorni (si tratta di attività formative aggiuntive rispetto alla formazione di base, con una durata di almeno 150 ore). Tra i singoli servizi si osservano tuttavia rilevanti differenze sul piano della partecipazione ai corsi di formazione e aggiornamento professionale.

Tabella 11.9: **Operatori che hanno partecipato ad attività formative e numero medio di giornate per partecipante, 2010**

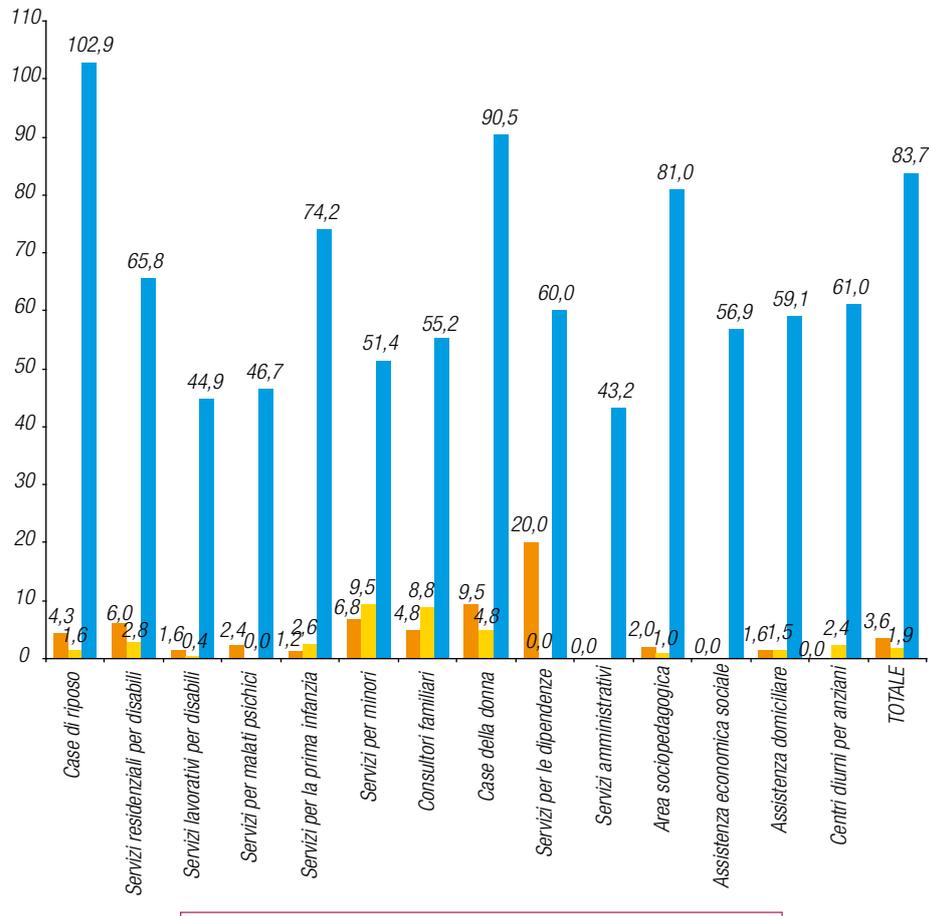
Servizi	Formazione		Qualificazione/ specializzazione		Aggiornamento professionale	
	N. di parteci- panti	Giornate medie per partec	N. di parteci- panti	Giornate medie per partec	N. di parteci- panti	Giornate medie per partec
Case di riposo/ Centri di degenza	173	15,0	66	18,3	4.184	2,5
Centri di assistenza diurna anziani	---	---	1	18,0	25	3,4
Servizi residenziali per disabili	32	13,3	15	10,5	350	2,3
Servizi lavorativi per disabili	8	18,6	2	15,5	231	2,8
Servizi per malati psichici	4	46,5	---	---	79	4,7
Servizi per le dipendenze	5	22,0	---	---	15	3,7
Servizi per la prima infanzia	5	9,4	11	28,1	314	2,9
Servizi per minori	15	99,2	21	12,4	114	4,3
Consultori familiari	6	15,8	11	10,1	69	6,3
Case delle donne	4	7,5	2	18,0	38	8,0
Assistenza domiciliare	9	24,3	8	3,5	324	3,6
Area sociopedagogica	4	16,3	2	7,5	166	4,9
Assistenza economica sociale	---	---	---	---	41	3,0
Servizi amministrativi	---	---	---	---	183	3,2
TOTALE	265	20,4	139	15,7	6.133	2,8
2009	298	16,9	96	20,3	6.191	2,6
2008	397	20,1	189	16,2	5.718	3,1

Una forte frequenza ai corsi di aggiornamento professionale si è riscontrata nel 2010 tra gli operatori delle case di riposo e dei centri di degenza, dove a livello statistico tutto il personale si è avvalso dell'offerta di aggiornamento professionale, e singoli operatori hanno partecipato addirittura a più di un corso, il che spiega le quote percentuali talora superiori al 100% nel grafico che segue. Partecipazioni elevate si riscontrano anche tra il personale delle case delle donne (90,5%) e quello dell'assistenza socio-pedagogica di base (81,0%). Le partecipazioni più basse nel 2010 si riscontrano invece nuovamente nei servizi lavorativi per i disabili (44,9%) e in quelli per i malati psichici (46,7%). Una distribuzione un po' diversa si osserva per i corsi di formazione con frequenza in servizio: qui si collocano sensibilmente sopra la media (3,6%) i servizi per le dipendenze con il 20,0% e le case delle donne con il 9,5%. Queste distribuzioni differenziate non vanno tuttavia sopravvalutate, in considerazione del numero assoluto

PARTECIPAZIONE A CORSI DI
FORMAZIONE E AGGIORNA-
MENTO PROFESSIONALE

piuttosto ridotto del personale operante di questi servizi, che fa sì che le partecipazioni all'interno dei singoli servizi varino in parte fortemente di anno in anno.

Grafico 11.6: Percentuale di operatori che hanno partecipato ad attività formative, 2010 (in %)



11.4 VOLONTARI, TIROCINANTI E OPERATORI DEL SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO

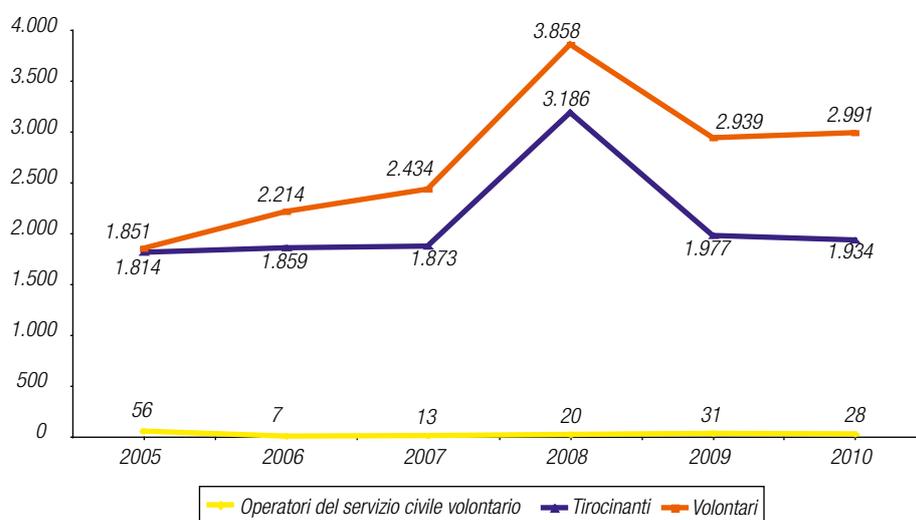
DEFINIZIONE

Si intende per lavoro volontario l'attività lavorativa svolta a titolo personale, volontario e gratuito, prestata senza alcun fine di lucro - neppure indiretto - ed esclusivamente per fini di solidarietà. Il volontariato inteso come forma di impegno civile va nettamente distinto dalle attività professionali di beneficenza gestite privatamente (Onlus), nelle quali si fondono assieme la visione sociale e quella economica. Volontari e tirocinanti sono presenti in quasi tutti i servizi sociali, dove forniscono un importante supporto al personale professionale.

NUMERO DI VOLONTARI

Alla fine del 2010 hanno prestato la propria opera presso i servizi sociali in Alto Adige complessivamente 2.991 volontari e 1.934 tirocinanti. Il servizio civile volontario, dal canto suo, svolge invece ormai da anni solo un ruolo subordinato: alla fine del 2010 solo 28 giovani operavano in questo servizio. Rispetto al 2009 si osservano cambiamenti solo minimi, ma in una serie temporale più lunga si evidenzia uno sviluppo positivo. Il volontariato è in parte organizzato in associazioni, in parte si esplica in iniziative spontanee. Complessivamente tutto questo personale ha prestato nel 2010 502.421 ore di lavoro, il 54,5% delle quali (273.921 ore) è stato svolto dai tirocinanti.

Grafico 11.7: Operatori del servizio civile volontario, tirocinanti e volontari nei servizi sociali, 2005-2010



Come negli anni passati, anche nel 2010 la maggior parte dei volontari e tirocinanti ha operato presso le case di riposo e i centri di degenza, dove 2.309 persone (il 46,6% del personale volontario nel suo complesso) ha prestato 252.893 ore di lavoro, pari al 50,3% dell'attività lavorativa svolta da questa categoria di operatori. Al secondo posto ritroviamo anche nel 2010 i volontari e i tirocinanti del servizio domiciliare, con 1.210 persone (il 24,4% di tutti gli operatori volontari) che vi hanno svolto 70.345 ore di lavoro, pari al 14,0% del lavoro prestato complessivamente. Un numero rilevante di tirocinanti e volontari ha operato anche nei servizi lavorativi per i disabili (398 persone) e nei servizi per la prima infanzia (247 persone).

Tabella 11.10: Operatori del servizio civile volontario, tirocinanti e volontari, 2010

Servizi	Operatori servizio civile volontario		Tirocinanti		Volontari	
	N. totale	Ore medie annue	N. totale	Ore medie annue	N. totale	Ore medie annue
Case di riposo/ centri di degenza	16	845,8	825	150,1	1.468	78,7
Centri di assistenza diurna anziani	2	438,0	30	51,6	9	133,1
Servizi residenziali per disabili	---	---	119	155,3	65	226,0
Servizi lavorativi per disabili	6	599,0	308	136,7	84	79,1
Servizi per malati psichici	---	---	63	179,0	44	114,5
Servizi per dipendenze	---	---	5	74,6	9	215,8
Servizi per la prima infanzia	---	---	242	90,7	5	43,6
Strutture per minori	---	---	50	146,9	72	130,2
Case delle donne	---	---	9	210,0	114	80,9
Consultori familiari	---	---	7	260,4	69	70,0
Assistenza domiciliare	3	252,3	213	155,0	994	36,8
Area sociopedagogica	---	---	32	146,7	58	51,9
Servizi amministrativi	1	1.500,0	31	179,4	---	---
TOTALE	28	723,5	1.934	141,6	2.991	69,6

Considerando il rapporto tra il personale volontario e quello di ruolo nei servizi, nel 2010 si contavano mediamente 39,3 operatori volontari ogni 100 operatori di ruolo (Nel 2009 erano 39,8). Vi sono peraltro considerevoli differenze tra un servizio e l'altro: la presenza massima di volontari si riscontra nel 2010

presso le case delle donne (265,1), seguite dall'assistenza domiciliare (162,7). Gli altri servizi seguono con sensibile distacco.

Una forte oscillazione si osserva anche nelle ore medie mensili svolte dai volontari nei vari servizi. Queste differenze si spiegano in parte anche con le diversissime modalità di lavoro dei servizi. I volontari svolgono il massimo numero di ore lavorative settimanali presso i servizi residenziali per i disabili e presso quelli per dipendenze.

Tabella 11.11: Presenza di volontari all'interno dei servizi e ore di lavoro prestate

Servizi	Servizi in cui operano volontari (%)	N. volontari	N. volontari ogni 100 operatori retribuiti (%)	Ore medie mensili/ volontario
Case di riposo/ centri di degenza	81,1	1.468	36,0	6,6
Centri di assistenza diurna anziani	33,3	9	18,4	11,1
Servizi residenziali per disabili	36,6	65	10,8	18,8
Servizi lavorativi per disabili	51,1	84	13,9	6,6
Servizi per malati psichici	20,7	44	24,2	9,5
Servizi per dipendenze	30,0	9	34,6	18,0
Servizi per la prima infanzia	7,4	5	1,2	3,6
Strutture per minori	28,9	72	29,9	10,8
Consultori familiari	64,3	69	54,3	5,8
Case delle donne	44,4	114	265,1	6,7
Assistenza domiciliare	13,8	994	162,7	3,1
Area sociopedagogica	25,0	58	27,9	4,3
Assistenza economica sociale	---	---	---	---
Servizi amministrativi	---	---	---	---
TOTALE	28,0	2.991	39,3	5,8

DIFFERENZE TERRITORIALI

Anche a livello territoriale si osservano differenze nella portata dell'impegno volontaristico. Il numero maggiore di volontari rispetto alla popolazione complessiva si riscontrava anche nel 2010 nelle Comunità comprensoriali Oltradige-Bassa Atesina e Val Venosta. Lo stesso dicasi anche per il rapporto tra operatori dipendenti dei servizi e volontari. Nell'interpretare questi dati va tuttavia tenuto presente che lo scenario dei servizi nei vari Comprensori è assai differenziato, e quindi sono assai diverse anche le possibilità di un impegno volontaristico.

Tabella 11.12: Presenza di volontari nei diversi Comprensori e ore di lavoro prestate, 2010

Comunità comprensoriale	N. volontari	N. volontari ogni 1.000 abitanti	N. volontari ogni 100 operatori retribuiti (%)	Ore medie mensili/ volontario
Val Venosta	332	9,7	60,1	3,1
Burgraviato	670	6,8	43,3	5,0
Oltradige-B. Atesina	665	9,0	53,2	5,0
Bolzano	332	3,2	21,0	7,4
Salto-Sciliar	357	7,4	47,5	5,5
Val d'Isarco	297	5,5	38,2	9,4
Alta Valle Isarco	114	5,9	42,9	4,7
Val Pusteria	224	2,9	24,1	8,6
TOTALE	2.991	5,9	39,1	5,8

12. IL FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

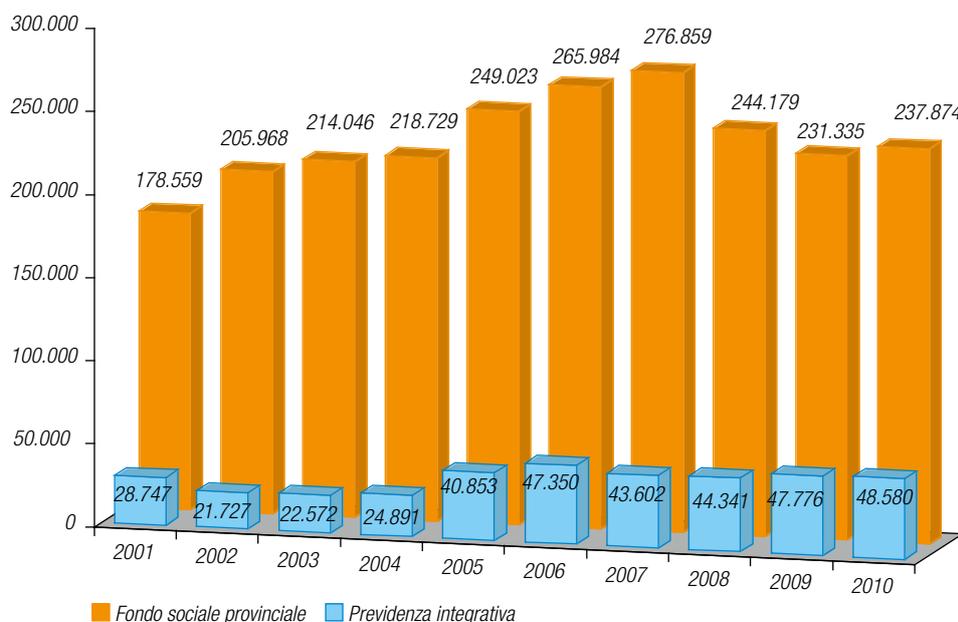
12.1 STRUTTURA E SVILUPPO DELLA SPESA

Non considerando la copertura della non autosufficienza, il finanziamento dei servizi socio-assistenziali segue cinque percorsi:

- stanziamenti della Provincia (Fondo sociale provinciale);
- stanziamenti dei Comuni (per le case di riposo, gli asili nido e l'assistenza domiciliare);
- contributi degli utenti che richiedono particolari prestazioni socio-assistenziali (scaglionati in base alla situazione reddituale e patrimoniale degli utenti stessi - partecipazione tariffaria);
- mezzi propri degli enti gestori di servizi sociali, provenienti da elargizioni o da patrimonio proprio;
- creazione di fondi.

Tramite il Fondo sociale provinciale si finanziano in essenza i servizi sociali delegati, le erogazioni a favore degli invalidi civili, dei ciechi e dei sordi e i contributi alle organizzazioni pubbliche e private che erogano servizi sociali ovvero li sostengono ed integrano. Nel 2010 le spese complessive del fondo sociale provinciale sono ammontate a 237.874.446 Euro. Il grafico 12.1 illustra lo sviluppo della spesa a partire dal 2001. Lo sviluppo della spesa nel settore della previdenza integrativa è indicato a parte, in quanto questo settore è finanziato da mezzi esterni al bilancio della Provincia, e più segnatamente da trasferimenti regionali e statali. Per le prestazioni della previdenza integrativa, nel 2010 si sono spesi complessivamente 48,6 milioni di Euro.

Grafico 12.1: Spesa nel settore sociale (in migliaia di Euro): 2001–2010



* Spesa non rivalutata in base all'inflazione.

La ripartizione del Fondo sociale per settori di attività è in linea di principio immutata ormai da anni. Anche nel 2010 gli importi trasferiti agli enti gestori dei servizi sociali pubblici e ai Comuni per la gestione dei servizi delegati (comprese le spese per gli investimenti) sono stati nettamente al primo

STRUTTURA
DEL FINANZIAMENTO

FONDO SOCIALE
PROVINCIALE

RIPARTIZIONE DEL FONDO
SOCIALE PROVINCIALE PER
SETTORI DI INTERVENTO

posto, con 114,5 milioni di Euro, seguiti dalla spesa per le pensioni agli invalidi civili (38,4 milioni di Euro). I rimanenti stanziamenti della Provincia sono destinati in gran parte ai contributi a strutture ed associazioni per l'assistenza agli anziani, ai disabili, alle famiglie e ai minori nonché per la prevenzione dell'emarginazione sociale.

Complessivamente l'90,9% dei mezzi del Fondo sociale provinciale è stato destinato alle spese correnti, e il rimanente 9,1% agli investimenti. Si osservano comunque notevoli differenze tra i diversi settori di intervento, che riflettono le diverse modalità di finanziamento dei singoli settori.

Tabella 12.1: Fondo sociale provinciale: spesa per settore di intervento, 2010 (in Euro)

Settore di intervento	Spese di gestione in €	Investimenti in €	Totale in €
Finanziamento Servizi sociali delegati (senza assistenza economica sociale)	109.589.070	4.934.533	114.523.603
Assistenza economica sociale Sozialhilfe	24.462.217	-----	24.462.217
Prestazioni invalidi civili	38.393.356	-----	38.393.356
Assistenza anziani (contributi)	3.983.942	13.849.915	17.833.857
Assistenza disabili (contributi)	4.198.666	804.976	5.003.642
Famiglia e prima infanzia (contributi)	10.844.815	1.504.134	12.348.949
Prevenzione emarginazione (contributi)	5.657.883	438.992	6.096.875
Assistenza varia (contributi)	1.406.008	-----	1.406.008
Studi, consulenze, aggiornamento personale, elaborazione elettronica dati	1.726.756	103.054	1.829.810
Assegni familiari provinciali / assegni a favore delle famiglie*	15.976.129	-----	15.976.129
Totale**	216.238.842	21.635.604	237.874.446

* Compresi gli assegni statali di maternità e assegni statali al nucleo familiare.

** Escluso il Fondo per la non autosufficienza.

Fonte: Dati del bilancio consuntivo, 2010.

COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La spesa sostenuta nel campo della copertura della non autosufficienza viene finanziata tramite un apposito fondo istituito ad hoc dalla Provincia. Non è prevista alcuna partecipazione contributiva da parte dei cittadini. Oltre l'80% dei mezzi finanziari del fondo (oltre 198 milioni di Euro nel 2010) proviene dal bilancio provinciale. I trasferimenti dalla Regione costituiscono complessivamente il 15% dello stanziamento.

Tabella 12.2: Pflegefonds: Die Finanzierungsquellen, 2010 (in Euro)

Fonti di finanziamento	Assegnazioni in €	%
Assegnazioni dal Bilancio provinciale	168.124.221	84,9
Trasferimenti dalla Regione	30.000.000	15,1
Trasferimenti dallo Stato	0	0
Totale	198.124.151	100,0

INDICATORI PRINCIPALI (USCITE)

Nel 2010 è confluito nel fondo sociale provinciale complessivamente il 4,89% di tutte le risorse del bilancio provinciale (l'anno precedente questa percentuale si era attestata sul 4,59%). Questo sviluppo si rispecchia anche nella spesa pro capite: rispetto al 2009 la spesa sostenuta dall'amministrazione provinciale per fare fronte alle esigenze sociali di ciascun cittadino si è accresciuta da 554,5 Euro a 564,2 Euro.

Tabella 12.3: **Spesa nel settore sociale in rapporto al bilancio provinciale e al PIL (in milioni di Euro)*, 2005-2010**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fondo sociale provinciale	249,0	266,0	277,0	244,2	231,1	237,8
...Rivalutazione in base all'inflazione	277,2	290,2	295,7	251,5	236,1	237,8
Spesa complessiva del bilancio provinciale (senza partite di giro)	4.820,8	4.740,5	4.924,2	5.122,6	5.039,8	4.859,41
Spesa provinciale nel settore sociale*/totale spese	5,17%	5,61%	5,63%	4,77%	4,59%	4,89%
Fondo sociale provinciale e previdenza integrativa	290,0	313,3	320,4	288,6	278,8	286,4
Prodotto interno lordo (PIL) al prezzo di mercato	15.218,7	15.996,7	16.670,4	17.059,0	17.246,7	17.476,0
Spesa sociale/PIL	1,91%	1,96%	1,92%	1,69%	1,62%	1,64%
Spesa pro capite (€)	602,8	644,9	652,2	581,0	554,5	564,2

Fonte: ASTAT.

* Escluso il Fondo per la non autosufficienza.

12.2 ENTRATE E USCITE DEGLI ENTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIALI PUBBLICI

Il finanziamento degli enti preposti ai servizi pubblici sociali (che sono in forma diretta o indiretta i principali soggetti erogatori di servizi sociali in Alto Adige) avviene attualmente in gran parte con i mezzi del fondo sociale provinciale, mentre i mezzi per la gestione dei servizi sociali delegati vengono assegnati ai vari enti gestori (Comunità comprensoriali o comuni) suddivisi per categorie di spesa (spese correnti, assistenza economica sociale, costi del Servizio per la non autosufficienza e investimenti). I mezzi per gli investimenti vengono calcolati e accreditati sulla scorta delle iniziative effettivamente programmate, mentre quelli destinati alle prestazioni dell'assistenza economica sociale sono di norma assegnati in base alle indicazioni di fabbisogno previsto comunicate dagli enti gestori dei servizi sociali pubblici.

Nel settore delle spese correnti si applicano due diversi meccanismi di finanziamento: una parte (circa il 10%) dei mezzi viene assegnata ai singoli enti gestori in base alla maggiore o minor presenza di servizi multizonali sul territorio e all'esistenza di progetti innovativi programmati e di altre voci di spesa (canoni di locazione, piani e programmi classificati prioritari dalla Ripartizione provinciale alla Famiglia e politiche sociali) chiaramente individuate ("trasferimenti garantiti"). La maggior parte (cioè il 90%) dei mezzi stanziati per il finanziamento delle spese correnti viene però assegnata agli enti gestori tenendo conto del numero di abitanti e di altri parametri (quota pro capite). In questi ultimi anni la Provincia ha individuato assieme agli enti gestori dei servizi sociali un nuovo modello di finanziamento basato su una quota pro capite ponderata. In tal maniera si garantisce che l'assegnazione delle risorse agli enti gestori rispetti in futuro maggiormente i reali fabbisogni locali. Il nuovo modello di finanziamento verrà ora introdotto gradualmente, per entrare a regime a partire dal 2013.

L'82% delle entrate degli enti gestori dei servizi sociali pubblici è derivato dai trasferimenti provinciali a favore del Fondo sociale provinciale. Al finanziamento di determinate prestazioni dei servizi sociali delegati contribuiscono però anche i Comuni e gli utenti stessi. Nel 2010 la partecipazione degli utenti ai costi della spesa sociale ha costituito l'9,1% delle entrate complessive dei Comprensori, mentre i trasferimenti operati dai Comuni hanno rappresentato l'2,1% delle entrate. Questi dati vanno valutati tenendo presente che i Comuni e gli utenti sono tenuti a partecipare alla copertura dei costi solo per determinati servizi o prestazioni, ragion per cui le quote di partecipazione possono variare notevolmente a seconda del settore di intervento. La partecipazione tariffaria degli utenti assume un certo peso in particolare nell'assistenza domiciliare, nelle comunità alloggio e nei convitti per i disabili.

STRUTTURA

DI FINANZIAMENTO

SPESE CORRENTI

FONTI DI FINANZIAMENTO

Tabella 12.4: Fonti delle entrate degli enti gestori dei servizi sociali pubblici (in Euro), 2010

Fonte di finanziamento	Ausgaben (in €)	%
Contributi e trasferimenti		
Trasferimenti dalla Provincia (Fondo sociale), incl. assistenza economica sociale e Ticket 99	132.388.848	82,3
Altri contributi e trasferimenti	649.995	0,4
Entrate da servizi		
Partecipazione alle spese da parte dei Comuni	3.430.576	2,1
Trasferimenti da altre CC per rette giornaliere*	5.308.762	3,3
Partecipazione alle rette da utenti e famiglie	14.491.215	9,0
Vendita prodotti	2.113.993	1,3
Altre entrate	2.531.241	1,6
Totale	160.914.630	100,0

* Si tratta di compensazioni tra enti gestori dei servizi sociali pubblici per utenti residenti nel territorio di altri enti gestori.

FINANZIAMENTO DIRETTO

Con l'introduzione della copertura della non autosufficienza (vedi capitolo 10.2) è significativamente aumentata la rilevanza dei contributi corrisposti agli utenti per la copertura dei servizi assistenziali: ai cittadini ai quali è stato riconosciuto un fabbisogno di assistenza viene ora assegnato dallo specifico fondo un contributo che consente loro di acquistare servizi professionali. Il finanziamento diretto significa per gli enti erogatori di servizi sociali una maggior dipendenza delle entrate dal comportamento dell'utenza in relazione alla domanda, e quindi una minore pianificabilità delle entrate.

SPESA PRO CAPITE

Nel 2010 la spesa sociale per i vari enti gestori dei servizi sociali pubblici oscillava tra i 233,5 e i 318,0 Euro pro capite. Queste differenze sono condizionate in gran parte dalle diverse problematiche sociali e dal diverso numero e tipologia di strutture e di servizi nei vari territori nei quali vengono erogate le prestazioni. Di conseguenza il dato della spesa pro capite non fornisce indicazioni affidabili sull'effettiva efficienza della spesa, che può valutarsi solo in base ad approfondite analisi comparate. Se si considerano nel loro complesso le spese sostenute dagli enti gestori dei servizi sociali pubblici si constata come la spesa pro capite nominale media (al netto dei mezzi finalizzati espressamente all'assistenza economica sociale) sia gradualmente cresciuta a partire dal 2006 (da 233,7 a 264,5 Euro), tendenza questa condivisa da quasi tutti gli enti gestori: solo a Bolzano e nella Comunità comprensoriale della Val Venosta si è segnato nel 2010 un leggero decremento della spesa pro capite rispetto all'anno precedente.

Tabella 12.5: Spesa pro capite degli enti gestori dei servizi sociali pubblici, 2005-2010 (in Euro)*

Comunità comprensoriale	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Val Venosta	230,1	213,4	220,9	230,1	235,9	233,5
Burgraviato	274,5	205,1	226,5	246,9	254,7	256,1
Oltradige-B.A.	239,6	227,4	241,7	231,6	245,0	245,7
Bolzano	303,7	283,9	290,1	309,2	312,2	306,6
Salto Sciliar	249,4	234,8	234,9	256,0	258,9	262,1
Val d'Isarco	254,5	223,7	224,3	237,9	255,6	257,0
Alta Valle Isarco	281,1	277,1	278,8	309,9	307,8	318,0
Val Pusteria	187,9	204,1	209,1	233,3	234,9	243,5
Media Provincia	255,1	233,7	241,3	256,8	263,3	264,5

* I dati si riferiscono alla spesa complessiva sostenuta dalle Comunità comprensoriali (spese annue vincolate) per i servizi di propria competenza (con esclusione delle spese per l'assistenza economica sociale).

13. OFFERTA IN SINTESI E ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE PROVINCIALE

In questo capitolo si illustra sinteticamente, sulla scorta di indicatori selezionati, l'offerta di servizi sociali in Alto Adige e il suo sviluppo. Nella prima parte del capitolo si riportano gli indicatori di riferimento (numero di strutture/servizi, ricettività, persone assistite, spese) differenziati per settore di intervento. I dati del 2010 vengono qui raffrontati con quelli del 2009. Nella seconda parte vengono illustrati gli ulteriori indicatori strutturali per i singoli settori. Si tratta in essenza dell'elenco degli indicatori generali da anni ormai aggiornato permanentemente nelle statistiche sociali. Nella terza parte si valuta lo stadio di sviluppo raggiunto a fine 2010 dai servizi e dalle strutture nei principali settori, alla luce degli obiettivi quantitativi individuati dal Piano sociale attualmente in vigore.

13.1 INDICATORI DI RIFERIMENTO PER IL SOCIALE

La tabella che segue illustra - suddivisi per settori di intervento - i principali indicatori dell'offerta di servizi sociali. Da essi si evince che nella maggior parte delle aree di intervento si è riusciti a migliorare sensibilmente il livello di assistenza fornito, in particolare nell'area sociopedagogica, nell'assistenza domiciliare, in quella alla prima infanzia e in quella residenziale agli anziani.

Tabella 13.1: Indicatori di riferimento in sintesi

SERVIZI E INTERVENTI TRASVERSALI				
	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Assistenza domiciliare				
Utenti nell'anno	4.691	4.900	209	4,5
Ore di assistenza	303.243	314.648	11.405	3,8
Centri diurni AD				
Utenti nell'anno	10.554	9.699	-855	-8,1
Ore di assistenza	45.275	42.530	-2.745	-6,1
Pasti a domicilio				
Utenti nell'anno	2.510	2.639	129	5,1
Pasti distribuiti	405.958	427.142	21.184	5,2
Area sociopedagogica				
Utenti nell'anno	9.214	10.569	1.355	14,7
di cui minori	3.488	3.824	336	9,6
di cui adulti	5.726	6.745	1.019	17,8

AREA FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA, MINORI				
PRIMA INFANZIA				
	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Asili nido pubblici				
	13	13	0	0,0
Utenti (31/12)	477	477	0	0,0
Ricettività	639	639	0	0,0
Servizi privati per la prima infanzia				
	37	43	6	13,9
Utenti (31/12)	1.131	1.425	294	26,0
Ricettività	718	740	-22	3,1
Servizio Tagesmutter				
Tagesmutter operative (31/12)	143	147	4	2,8
Bambini assistiti nell'anno	950	924	-26	-2,7
STRUTTURE PER MINORI				

SUDDIVISIONE DEL CAPITOLO

INDICATORI DI RIFERIMENTO

SERVIZI TRASVERSALI

FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA
E MINORI

ANZIANI

	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Strutture residenziali	37	35	-2	-5,4
Utenti (31/12)	160	157	-3	-1,9
Ricettività	187	195	8	4,3
Strutture diurne	11	10	-1	-9,1
Utenti (31/12)	130	103	-27	-20,8
Ricettività	124	117	-7	-5,6
CONSULTORI FAMILIARI	14	14	0	0,0

AREA ANZIANI

	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Case di riposo	61	64	3	4,9
Centri di degenza	8	10	2	25,0
Posti letto (31/12)	3.771	3.950	179	4,7
Ricovero temp. (posti letto 31/12)	116	111	-5	-4,3
Utenti (31/12)	3.659	3.861	202	5,5
Senza rilevante bisogno di assistenza	81	119	38	46,9
Persone con livello 1	552	679	127	23,0
Persone con livello 2	822	974	152	18,5
Persone con livello 3	1.315	1.424	109	8,3
Persone con livello 4	889	665	-224	-25,2
Centri di assist. diurna per anziani	11	13	2	18,2
Utenti (31/12)	236	204	-32	-13,6
Ricettività	118	132	14	11,9

PERSONE CON DISABILITÀ

AREA PERSONE CON DISABILITÀ

	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Strutture residenziali	44	41	-3	-6,8
Utenti (31/12)	458	441	-17	-3,7
Ricettività	498	465	-33	-6,6
Laboratori	30	30	0	0,0
Utenti (31/12)	777	769	-8	-1,0
Ricettività	787	808	21	2,7
Attività socio-assistenziali diurne	16	17	1	6,3
Utenti (31/12)	192	193	1	0,5
Ricettività	228	217	-11	-4,8

DISAGIO PSICHICO

AREA DISAGIO PSICHICO

	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Strutture residenziali	11	11	0	0,0
Utenti (31/12)	77	77	0	0,0
Ricettività	92	93	1	1,1
Servizi di riabilitazione	14	13	-1	-7,1
Utenti (31/12)	258	183	-75	-29,1
Ricettività	202	203	1	0,5
Attività socio-assistenziali diurne	4	4	0	0,0
Utenti (31/12)	39	36	-3	-7,7
Ricettività	32	36	4	12,5

AREA DIPENDENZE				
	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Strutture residenziali	4	4	0	0,0
Utenti (31/12)	23	21	-2	-8,7
Ricettività	27	25	-2	-7,4
Servizi di riabilitazione	6	6	0	0,0
Utenti (31/12)	91	63	-28	-30,8
Ricettività	65	63	-2	-3,1

DIPENDENZE

PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI				
	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Operatori	7.068	7.328	260	3,7
Equivalenti a tempo pieno	5.765	5.969	204	3,5
Equivalenti a tempo pieno effettivamente in servizio	5.320	5.538	218	4,1

PERSONALE

SPESA TRASFERIMENTI (EURO)				
	2009	2010	(+/-)	(+/-) %
Spesa Assist. economica sociale				
Redd. min. di inserimento/locaz.	15.819.722	19.900.592	4.080.870	25,8
Spesa complessiva per prestazioni dirette	19.595.130	23.891.746	4.296.616	21,9
Spesa per prestazioni agli invalidi civili	41.025.660	38.250.260	-2.775.400	-6,8
Spesa complessiva per fondo sociale provinciale	231.071.014	237.874.446	6.803.432	2,9
Spesa per prestazioni previdenza integrativa	47.776.359	48.580.711	804.352	1,7
Fondo per la non autosufficienza	184.662.026	198.124.151	13.462.125	7,3
Ausgaben Pflegefonds	184.662.026	198.124.151	13.462.125	7,3

TRASFERIMENTI FINANZIARI

205

13.2 INDICATORI STRUTTURALI GENERALI

La tabella 13.2 riporta – suddivisi per settori – vari indicatori strutturali per i servizi sociali. Per evidenziare le linee di sviluppo si sono presi qui in considerazione gli ultimi 5 anni (2006-2010).

Tabella 13.2: Indicatori strutturali selezionati

ASPETTI DEMOGRAFICI					
	2006	2007	2008	2009	2010
Quota di vecchiaia					
= (Popolazione > 74 anni x 100) / Popolazione totale					
Val Venosta	7,4	7,6	7,8	8,1	8,3
Burgraviato	8,0	8,1	8,2	8,5	8,6
Oltradige-Bassa Atesina	7,5	7,6	7,8	7,9	8,0
Bolzano	10,4	10,6	10,7	10,9	10,9
Salto-Sciliar	6,9	6,9	7,1	7,4	7,5
Val d'Isarco	6,9	7,0	7,1	7,3	7,4
Alta Valle Isarco	6,7	6,6	6,8	7,0	7,0
Val Pusteria	6,7	6,8	6,9	7,2	7,4
Media	7,9	8,0	8,2	8,4	8,5

QUOTA DI VECCHIAIA

INDICE DI VECCHIAIA

Indice di vecchiaia					
= (Popolazione > 74 anni x 100) / Popolazione 0-14					
Val Venosta	41,2	42,8	45,6	48,3	50,3
Burgraviato	49,0	49,7	50,6	53,0	54,2
Oltredige-Bassa Atesina	43,7	45,3	46,4	47,7	48,6
Bolzano	76,2	76,8	76,2	77,1	76,9
Salto-Sciliar	35,5	36,4	37,3	39,3	40,8
Val d'Isarco	36,6	37,6	39,0	40,4	41,2
Alta Valle Isarco	38,8	39,0	40,0	41,5	41,6
Val Pusteria	35,8	36,8	38,0	39,8	41,2
Media	46,7	47,7	48,8	50,6	51,6

INDICE 4A ETÀ / 3A ETÀ

Indice 4a età/3a età					
= (Popolazione > 84 anni / Popolazione > 74 anni)					
Val Venosta	21,1	22,5	23,0	24,3	24,6
Burgraviato	25,3	26,2	26,8	27,8	29,1
Oltredige-Bassa Atesina	22,3	23,3	24,8	26,1	27,7
Bolzano	25,3	27,3	28,3	28,9	29,8
Salto-Sciliar	23,1	24,0	25,3	26,4	27,4
Val d'Isarco	22,7	23,4	25,0	26,2	27,1
Alta Valle Isarco	16,5	18,4	20,4	22,6	23,4
Val Pusteria	21,1	22,1	23,7	24,9	25,7
Media	23,4	24,6	25,8	26,8	27,8

AREA FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA E MINORI

FAMIGLIA

	2006	2007	2008	2009	2010
Indice di assistenza famiglie (consultori familiari)					
= (utenti dei consultori familiari x 1.000) / totale popolazione residente					
	19,7	20,1	21,2	21,0	21,2

MINORI

Indice di penetrazione minori (area sociopedagogica)					
= (0-17enni in carico all'area sociopedagogica x 100) / totale popolazione 0-17enne					
	4,0	3,7	3,6	3,5	3,8

Incidenza tipologica dell'utenza minorile (consultori familiari)					
= (0-17enni utenti dei consultori familiari x 100) / totale utenti					
	9,1	9,7	9,8	10,5	10,8

Incidenza tipologica dell'utenza minorile (area sociopedagogica)					
= (0-17enni utenti dell'area sociopedagogica x 100) / totale utenti					
	47,5	43,0	40,5	37,9	36,2

PRIMA INFANZIA

Indice di dotazione (servizi per la prima infanzia)					
= (n. posti servizi per la prima infanzia x 100) / totale popolazione 0-2 anni					
	9,2	9,4	9,9	12,8	13,5

Indice di penetrazione (asili nido pubblici)					
= (n. bambini iscritti negli asili nido x 100) / totale popolazione 0-2 anni					
	3,5	3,5	3,5	3,6	3,0

Indice di domanda insoddisfatta (asili nido pubblici)					
= (n. bambini in lista di attesa x 100) / n. posti disponibili in asilo nido					
	45,5	53,1	49,3	k.D.	k.D.

Indice di saturazione teorica / grado di utilizzo puntuale (asili nido pubblici)					
= (n. bambini iscritti x 100) / n. posti disponibili in asilo nido (al 31/12)					
	97,2	97,4	98,8	89,7	74,6

Indice di saturazione media (asili nido pubblici)					
= (n. medio di bambini frequentanti nell'anno x 100) / n. posti disponibili in asilo nido					
	74,1	70,8	72,9	k.D.	k.D.

AREA ANZIANI					
	2006	2007	2008	2009	2010
Indice di penetrazione nei servizi					
= (utenti CR+CD > 74 anni x 100) / popolazione > 74 anni					
	7,5	7,0	7,3	k.D.	7,4
Indice di dotazione strutture residenziali					
= (posti letto in CR+CD x 100) / popolazione > 74 anni					
Val Venosta	12,3	11,9	12,1	11,8	11,2
Burgraviato	11,9	11,7	10,9	10,1	10,5
Oltradige-Bassa Atesina	11,1	11,2	10,8	11,1	12,1
Bolzano	6,2	6,0	5,9	6,2	6,1
Salto-Sciliar	13,5	13,3	12,8	12,2	12,3
Val d'Isarco	7,7	8,1	7,4	7,9	8,5
Alta Valle Isarco	10,0	9,8	9,5	9,4	9,3
Val Pusteria	8,3	8,1	7,8	7,4	7,6
Insieme	9,5	9,4	9,0	8,9	9,1
Indice di saturazione / grado puntuale di utilizzo					
= (posti letto occupati in CR+CD x 100) / posti letto totali in CR+CD					
	97,8	98,1	98,5	97,0	97,7
Indice di mortalità in CdR					
= (decessi in CR+CD x 100) / n. medio di utenti CR+CD					
	24,3	23,2	24,2	k.D.	24,9
Indice di domanda insoddisfatta in CR+CD*					
= (anziani in lista di attesa x 100) / totale posti letto					
Val Venosta	19,7	34,4	37,0	k.D.	68,0
Burgraviato	91,8	87,8	103,0	k.D.	99,9
Oltradige-Bassa Atesina	42,4	48,2	72,7	k.D.	42,5
Bolzano	44,9	64,2	59,2	k.D.	33,5
Salto-Sciliar	23,8	21,8	24,8	k.D.	27,6
Val d'Isarco	45,2	87,0	75,2	k.D.	78,6
Alta Valle Isarco	63,4	57,4	45,1	k.D.	44,8
Val Pusteria	35,0	49,5	52,1	k.D.	51,2
Insieme	50,9	59,8	65,6	k.D.	58,3

* L'indice sovrastima il dato reale a causa delle liste multiple, cioè della possibilità di iscriversi in attesa presso più di una struttura. Tale sovrastima si è tuttavia ridotta negli ultimi anni grazie alla crescente presenza di liste di attesa uniche.

AREA PERSONE CON DISABILITÀ					
	2006	2007	2008	2009	2010
Indice di residenzialità					
= (utenti in strutture residenziali x 100) / totale utenti in strutture residenziali e semiresidenziali					
	32,4	32,6	32,1	32,9	31,4
Indice di saturazione dei servizi / grado di utilizzo puntuale					
= (utenti totali x 100) / posti disponibili					
	93,2	91,9	92,6	94,3	94,8
Persone con disabilità assistite per tipologia di disabilità prevalente					
(= utenti con rispettiva disabilità prevalente x 100) / totale utenti					
Disabilità prevalente					
cognitiva	47,2	48,5	52,0	k.D.	57,5
psichica	7,9	8,5	8,6	k.D.	7,6
fisica	7,2	6,1	5,4	k.D.	4,6
sensoriale	4,0	5,2	4,0	k.D.	3,6

CASE DI RIPOSO/CENTRI DI
DEGENZA

VALUTAZIONE DEL PIANO
SOCIALE PROVINCIALE

13.3 ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE PROVINCIALE

Una finalità "istituzionale" di ogni Relazione sociale è anche quella di fornire indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuati dai Piani sociali provinciali. Accanto ad ampi obiettivi strategici e specifici, i Piani sociali provinciali individuano anche parametri quantitativi per i grandi interventi sui diversi gruppi di utenti. Il raggiungimento degli obiettivi strategici e specifici in essi descritti viene poi verificato dalla Ripartizione Politiche Sociali, che si avvale allo scopo di una propria procedura di valutazione.

I sottocapitoli che seguono esaminano alcuni fra i più importanti obiettivi quantitativi del Piano sociale attualmente in vigore e ne raffrontano il grado di attuazione alla fine del 2010. Si esaminano qui gli obiettivi quantitativi nelle aree famiglia, prima infanzia e minori, anziani, persone con disabilità, disagio psichico e dipendenze.

(A) FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA E MINORI

PRIMA INFANZIA

Alla fine del 2010 erano disponibili per la prima infanzia 639 posti presso gli asili nido pubblici e 740 presso strutture private (complessivamente 1.379 posti). In tal modo appaiono quasi raggiunti gli obiettivi previsti dall'attuale Piano sociale provinciale per queste due aree. Prendendo a riferimento il Piano sociale provinciale, un significativo fabbisogno di intervento esiste soltanto per il servizio Tagesmutter/Tagesvater. Nel prossimo futuro occorrerà tuttavia verificare se e in che misura il potenziamento ancora necessario nell'area dell'assistenza alla prima infanzia debba realizzarsi anche intervenendo sull'offerta degli asili nido pubblici e privati. E comunque occorrerà porre maggiore attenzione ad una più adeguata distribuzione territoriale delle offerte.

Tabella 13.3: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza alla prima infanzia

Servizi di assistenza alla prima infanzia (0-2 anni)	Situazione posti al 2010	Piano sociale provinciale		Fabbisogno di posti al 31/12/2010 Obiettivo II (Obiettivo II)
		Obiettivo I (125 posti / 1.000 bambini nella fascia di età)	Obiettivo II (150 posti / 1.000 bambini nella fascia di età)	
Totale	2.121	2.001	2.401	- (280)
di cui				
asili nido pubblici	639			
asili nido aziendali	122	1.287	1.413	- (34)
strutture private per la prima infanzia	618			
Tagesmutter	742	714	988	- (246)

MINORI

In questi ultimi anni è stata sensibilmente potenziata in particolare l'offerta abitativa e assistenziale ai minori con problemi psichici. Per questa utenza appaiono nel frattempo raggiunti o quasi raggiunti gli obiettivi del Piano sociale provinciale. Occorre tuttavia intervenire ancora sulle strutture socio-pedagogiche residenziali e sui centri diurni socio-pedagogici per i minori. In base alle nuove esperienze acquisite dagli studi settoriali in materia di assistenza alla prima infanzia e ai minori, nel nuovo Piano sociale si lascia volutamente aperta la ripartizione delle ricettività tra le varie tipologie di struttura. In questo modo si intende assicurare un potenziamento dell'offerta di assistenza socio-pedagogica che sia al contempo flessibile e quanto più possibile adeguata al fabbisogno.

Tabella 13.4: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza ai minori

Strutture sociopedagogiche residenziali per minori	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Totale	312	414	102
di cui			
<i>case famiglia</i>	26	225	67
<i>comunità alloggio per minori</i>	95		
<i>residenze assistite</i>	37		
<i>comunità alloggio socioterapeutiche per minori con problematiche psichiche/ psichiatriche</i>	25	10	-
<i>comunità alloggio sociopedagogiche integrate</i>	12	20	8
Centri diurni	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
<i>Centri diurni sociopedagogici per minori</i>	91	120	29
<i>Centri diurni per minori con problematiche psichiche/ psichiatriche (centri diurni sociopedagogici integrati)</i>	26	39	13

(B) ANZIANI

Come osservato al capitolo 5, l'offerta di strutture abitative per anziani si può ormai considerare più o meno adeguata al fabbisogno. Qui di seguito ci si concentra pertanto soltanto sulla tematica dell'assistenza diurna. Anche se si considera che l'offerta di 132 posti indicata per il 2010 non tiene conto dell'assistenza diurna offerta presso le case di riposo e i centri di degenza, è infatti evidente come sia necessario intervenire ancora con una certa intensità anche in quest'area.

Tabella 13.5: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza aperta agli anziani

Assistenza diurna	Situazione posti	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Totale	132	216	84

Parametri assistenza diurna: 5 posti per 1.000 abitanti oltre i 74 anni.

Nel settore dell'assistenza residenziale i valori di riferimento indicati dall'attuale Piano sociale provinciale sono invece raggiunti per quanto riguarda l'assistenza di lungo periodo e quasi raggiunti per quanto riguarda quella temporanea. Se anche il parametro previsto per l'assistenza di lungo periodo (86 su 1.000) necessita di un continuo controllo di congruità, non c'è peraltro alcun dubbio che il crescente fabbisogno di posti di assistenza residenziale può e dovrà venir coperto anche grazie a nuove forme di assistenza di questo tipo, come ad esempio l'assistenza abitativa. In relazione a queste offerte alternative il Piano sociale provinciale non individua in ogni caso parametri di riferimento. Di certo occorrerà però continuare ad intervenire in una certa misura nel settore dei ricoveri temporanei e di transito.

Tabella 13.6: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza residenziale agli anziani

Servizi residenziali	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Totale	3.950	3.846	---
di cui			
<i>case di riposo/centri di degenza *</i>	3.839	3.716	---
<i>ricoveri temporanei **</i>	111	130	19

* Parametri case di riposo e centri di degenza: 86 posti per 1.000 abitanti oltre i 74 anni.

** Parametri ricoveri temporanei: 3 posti per 1.000 abitanti oltre i 74 anni

ASSISTENZA APERTA AGLI ANZIANI

ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI

LA COPERTURA IN CIFRE

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

(C) PERSONE CON DISABILITÀ

Le indicazioni di fabbisogno formulate nel Piano sociale provinciale per le aree “assistenza occupazionale” e “assistenza diurna” si possono considerare nel frattempo raggiunte con l’offerta, al fine 2010, di 1.025 posti. Ciò vale anche, come rivela con chiarezza la tabella che segue, per il più ambizioso e lontano Obiettivo II. Una certa necessità di intervento continua invece ad osservarsi per le offerte residenziali, anche se qui va tenuto presente che in tempi più recenti sono state sviluppate nuove forme di assistenza, come ad esempio l’accompagnamento sociopedagogico abitativo. Ai sensi della convenzione sui diritti delle persone con disabilità, nella realizzazione di ulteriori offerte abitative occorrerà in generale prestare attenzione a ché si tenga conto al meglio del diritto delle persone con disabilità ad una partecipazione ed autodeterminazione non limitata.

Tabella 13.7: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell’assistenza alle persone con disabilità

LA COPERTURA IN CIFRE

Strutture residenziali per le persone con disabilità	Situazione posti al 2010	Piano sociale provinciale		Fabbisogno di posti al 31/12/2010 Obiettivo I (Obiettivo II)
		Obiettivo I (2009)	VObiettivo II (2015)	
Totale	465	500	550	35 (85)
di cui				
convitti	334			
alloggi di addestramento	20	500	550	35 (85)
comunità alloggio	111			
Assistenza occupazionale e diurna per le persone con disabilità	Situazione posti al 2010	Obiettivo I (2009)	VObiettivo II (2015)	Fabbisogno di posti al 31/12/2010 Obiettivo I (Obiettivo II)
Totale	1.025	950	980	- (-)
di cui				
laboratori riabilitativi/ laboratori	808	950	980	- (-)
attività socio-assistenziali diurne	217			

210

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

(D) DISAGIO PSICHICO

Mentre nell’area dell’assistenza semiresidenziale alle persone con disagio psichico gli obiettivi indicati dal Piano sociale provinciale si possono dire più o meno raggiunti, si osserva ancora una sensibile sottocopertura del fabbisogno nel campo dei servizi residenziali. Come già prima con riferimento alle persone con disabilità, in questo caso nell’interpretare i dati occorre tener presente che più di recente sono state elaborate o ulteriormente sviluppate nuove tipologie di accompagnamento abitativo (accompagnamento sociopedagogico abitativo) e di assistenza abitativa (per esempio l’affido familiare). Nei prossimi anni occorrerà verificare in che misura queste innovazioni potranno modificare le indicazioni di fabbisogno del Piano sociale provinciale.

LA COPERTURA IN CIFRE

Tabella 13.8: Versorgungsniveau und –ziele im Bereich psychisch kranke

Servizi residenziali	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Comunità alloggio	93	125	32
Servizi semiresidenziali	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Totale	239	250	11
di cui			
strutture di riabilitazione lavorativa	203	250	11
centri diurni	36		

(E) PERSONE AFFETTE DA DIPENDENZE: ALCOL- E TOSSICODIPENDENZA

Rispetto agli obiettivi indicati dal Piano sociale provinciale, per i prossimi anni appare esserci ancora un notevole fabbisogno di potenziamento, in particolare per quanto riguarda la riabilitazione lavorativa.

Tabella 13.9: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza alle persone con problemi di dipendenza

Strutture residenziali e lavorative	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Comunità alloggio	25	50	25
Laboratori protetti	63	140	77
Strutture diurne a bassa soglia	k.D.	90 presenze al giorno	---

(F) PERSONE IN SITUAZIONI DI DISAGIO E MARGINALITÀ SOCIALE

Anche nel campo dell'assistenza alle persone in situazioni di disagio e marginalità sociale le indicazioni di fabbisogno formulate nel Piano sociale provinciale possono al momento considerarsi soddisfatte, con la sola eccezione delle strutture abitative per i profughi/ricipienti asilo. Va qui tuttavia tenuto presente che non soltanto la situazione giuridica è in costante evoluzione ma che anche l'immigrazione e l'assegnazione di contingenti di profughi all'Alto Adige da parte dello Stato sono soggette a considerevoli oscillazioni.

Tabella 13.10: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza alle persone in situazioni di disagio e marginalità sociale

GRUPPO	Situazione posti al 2010	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2010
Profughi/ricipienti esilio			
Servizi residenziali – strutture abitative per i richiedenti asilo	65	150	85
Cittadini extracomunitari/persone di recente immigrazione			
Accoglimenti temporanei (di emergenza/prima accoglienza)		140	77
Senza dimora			
Totale		236	227
Strutture di accoglienza	143	142	-
Ricoveri per l'emergenza freddo	83	75	-
Centri crisi di prima assistenza sociale	10	10	-

* compreso il centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati (12 posti)

(G) DOTAZIONE DI PERSONALE PRESSO I SERVIZI DI BASE DEI DISTRETTI

Nel Piano sociale provinciale attualmente in vigore non ci sono - come ci si può aspettare - parametri di riferimento per il personale. Infatti per una pianificazione coerente con il fabbisogno e adeguata sia alle esigenze locali che agli standard e ai requisiti settoriali si rendono necessari strumenti programmatici ben più sensibili di un parametro onnicomprensivo. I parametri precisi di fabbisogno di personale vanno pertanto fissati per le differenti aree di ciascun servizio e settore, tenendo presente il quadro complessivo del fabbisogno. La precisa distribuzione territoriale del personale tra le varie Comunità comprensoriali e Distretti va fissata in collaborazione con gli enti gestori locali. Nel Piano sociale è indicato un valore di riferimento approssimativo soltanto per l'organico nel suo complesso, stando al quale comunque continua a sussistere un considerevole fabbisogno di recupero.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

LA COPERTURA IN CIFRE

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

LA COPERTURA IN CIFRE

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

LA COPERTURA IN CIFRE

Tabella 13.11: Livelli e obiettivi di copertura nel campo del personale addetto al settore sociale

	<i>Situazione al 31/12/2010</i>	<i>Obiettivo LSP</i>	<i>Fabbisogno di personale al 31.12.2010</i>
<i>Operatori</i>	7.328	----	---
<i>Operatori equivalenti a tempo pieno</i>	5968,8	----	---
<i>Operatori equivalenti a tempo pieno effettivamente in servizio</i>	5.537,9	5.798	260,1