



# Relazione sociale 2013



# RELAZIONE SOCIALE 2013

*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](mailto:politiche.sociali@provincia.bz.it)*

*Consultabile sul sito:*

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

*Dicembre, 2013*

## Avvertenze

I dati della presente pubblicazione sono 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.

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.

Ai Direttori/trici, Coordinatori/trici e collaboratori/trici della Ripartizione Famiglia e Politiche sociali e dell'ASSE (Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico) si esprime sincera gratitudine per il loro prezioso contributo.

**Autore:**

Andreas Sagner

SIM - Sozialwissenschaftliches Institut München

**Coordinamento:**

Barbara Bisson

Sistema Informativo provinciale socio-assistenziale – SIPSA

**Supporto informatico:**

Antonella Di Munno

Analisi e programmazione (ambiente SAS)

Qualora non diversamente indicato, la fonte di tutti i dati riportati è da intendersi: SIPSA 2013. 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 2013.

## INDICE

<b>INDICE</b>	<b>IV</b>
<b>1. CONDIZIONI QUADRO SOCIOECONOMICHE</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Condizioni quadro sociali</b>	<b>9</b>
1.1.1 Popolazione residente per distribuzione territoriale e fascia d'età	9
1.1.2 Sviluppo demografico	10
1.1.3 Tendenze di sviluppo nella struttura dell'età	11
1.1.4 Tendenze di sviluppo nella struttura familiare	13
<b>1.2 Condizioni quadro economiche</b>	<b>15</b>
<b>2. POLITICA SOCIALE E SERVIZI SOCIALI</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Indirizzi e tendenze di sviluppo della politica sociale alto-atesina</b>	<b>19</b>
2.1.1 Indirizzi fondamentali e filosofia	19
2.1.2 Sviluppi recenti	20
2.1.3 Cultura socialis - Iniziativa per la promozione di una nuova cultura del sociale	21
<b>2.2 Struttura organizzativa dei servizi sociali</b>	<b>22</b>
2.2.1 Sintesi prospettica	22
2.2.2 Compiti dei Comuni	24
2.2.3 Compiti delle Comunità comprensoriali	24
2.2.4 Compiti della Provincia	24
2.2.5 Compiti della Regione	25
<b>2.3 Strutture e servizi sociali</b>	<b>25</b>
2.3.1 Assistenza sociale di base nei distretti	25
2.3.2 Servizi specializzati locali e sovralocali	26
2.3.3 Enti gestori	28
<b>2.4 L'area del Non profit</b>	<b>30</b>
2.4.1 Organizzazioni private	30
2.4.2 Il volontariato in Alto Adige	31
2.4.3 Gruppi di auto mutuo aiuto	33
2.4.4 Organizzazioni di persone direttamente interessate	34
<b>3. SERVIZI ED INTERVENTI TRASVERSALI</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Area sociopedagogica</b>	<b>35</b>
3.1.1 Servizi e prestazioni offerte	35
3.1.2 Motivi del ricorso all'assistenza e prestazioni in sintesi	39
3.1.3 Minori	42
<b>3.2 SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI E ASSISTENZIALI</b>	<b>45</b>
3.2.1 Assistenza familiare/ Assistenza informale	45
3.2.2 Assistenza domiciliare	46
3.2.3 Altre prestazioni erogate	53
<b>3.3 Segretariato sociale (Infopoint)</b>	<b>54</b>
<b>3.4 Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>54</b>
<b>4. FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA E MINORI</b>	<b>56</b>
<b>4.1 Situazione della famiglia, della prima infanzia e dei minori</b>	<b>56</b>

4.1.1	Note sulla situazione attuale	56
4.1.2	La politica della famiglia in Alto Adige	57
<b>4.2</b>	<b>Assistenza alla prima infanzia</b>	<b>58</b>
4.2.1	L'offerta di assistenza in sintesi	58
4.2.2	Asili nido	59
4.2.3	Microstrutture diurne e asili nido aziendali	60
4.2.4	Servizio Tagesmutter	63
4.2.5	Centri genitori-bambini	64
<b>4.3</b>	<b>Assistenza all'infanzia e all'adolescenza</b>	<b>64</b>
4.3.1	Strutture residenziali e centri diurni	64
4.3.2	Strutture residenziali	66
4.3.3	Istituto provinciale di assistenza all'infanzia	69
4.3.4	Centri diurni	69
4.3.5	Servizi di bassa soglia per i minori	72
<b>4.4</b>	<b>Affidamenti familiari e adozioni</b>	<b>73</b>
<b>4.5</b>	<b>Consultori familiari</b>	<b>77</b>
<b>4.6</b>	<b>Servizio Casa delle donne</b>	<b>79</b>
4.6.1	Centri antiviolenza	79
4.6.2	Strutture residenziali del servizio Casa delle donne	80
<b>4.7</b>	<b>Offerte di consulenza agli utenti di sesso maschile</b>	<b>82</b>
<b>4.8</b>	<b>Altre offerte di consulenza</b>	<b>82</b>
<b>4.9</b>	<b>Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>82</b>
<b>5.</b>	<b>ANZIANI</b>	<b>84</b>
<b>5.1</b>	<b>Situazione degli anziani</b>	<b>84</b>
5.1.1	Osservazioni sulla situazione attuale	84
5.1.2	La politica della terza età in Alto Adige	85
<b>5.2</b>	<b>Servizi residenziali</b>	<b>86</b>
5.2.1	Case di riposo e centri degenza	86
5.2.2	Assistenza temporanea	95
<b>5.3</b>	<b>Servizi e interventi di assistenza aperta</b>	<b>95</b>
5.3.1	Centri di assistenza diurna	95
5.3.2	Alloggi per anziani	98
5.3.3	Mense per anziani	98
<b>5.4</b>	<b>Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>99</b>
<b>6.</b>	<b>PERSONE CON DISABILITÀ</b>	<b>100</b>
<b>6.1</b>	<b>Situazione delle persone con disabilità</b>	<b>100</b>
6.1.1	Osservazioni sulla situazione attuale	100
6.1.2	Politica per le persone con disabilità in Alto Adige	102
<b>6.2</b>	<b>Servizi residenziali e semiresidenziali in sintesi</b>	<b>103</b>
<b>6.3</b>	<b>Servizi residenziali – assistenza residenziale</b>	<b>106</b>
6.3.1	Convitti	106
6.3.2	Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo	108

<b>6.4</b>	<b>Laboratori protetti e riabilitativi</b>	<b>113</b>
<b>6.5</b>	<b>Attività socio-assistenziali diurne</b>	<b>117</b>
<b>6.6</b>	<b>Altri interventi e servizi</b>	<b>121</b>
6.6.1	Attività di sostegno in ambito scolastico	121
6.6.2	Interventi di inserimento lavorativo	122
<b>6.7</b>	<b>Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>123</b>
<b>7.</b>	<b>DISAGIO PSICHICO E DIPENDENZE</b>	<b>127</b>
<b>7.1</b>	<b>Situazione del disagio psichico e delle dipendenze</b>	<b>127</b>
7.1.1	Osservazioni sulla situazione attuale	127
7.1.2	Gli obiettivi politici nel settore del disagio psichico e delle dipendenze	128
<b>7.2</b>	<b>L'assistenza alle persone con malattie psichiche</b>	<b>130</b>
7.2.1	L'assistenza in sintesi	130
7.2.2	Comunità alloggio	132
7.2.3	Servizi di riabilitazione lavorativa	138
7.2.4	Centri diurni	142
<b>7.3</b>	<b>L'assistenza alle persone con dipendenze</b>	<b>145</b>
7.3.1	Servizi dell'area sanitaria	145
7.3.2	Servizi dell'area sanitaria – Comunità alloggio e strutture lavorative	147
7.3.3	Altri servizi e progetti sociali	151
<b>7.4</b>	<b>Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>152</b>
<b>8.</b>	<b>DISAGIO E MARGINALITÀ SOCIALE</b>	<b>155</b>
<b>8.1</b>	<b>Immigrazione</b>	<b>155</b>
8.1.1	Cittadini extracomunitari	155
8.1.2	Richiedenti asilo e profughi	160
<b>8.2</b>	<b>Sinti e Rom</b>	<b>161</b>
<b>8.3</b>	<b>Senza dimora</b>	<b>164</b>
<b>8.4</b>	<b>Ex-detenuti</b>	<b>165</b>
<b>8.5</b>	<b>Sfruttamento della prostituzione</b>	<b>166</b>
<b>9.</b>	<b>TRASFERIMENTI PUBBLICI</b>	<b>169</b>
<b>9.1</b>	<b>Povertà e debolezza reddituale in Alto Adige</b>	<b>169</b>
9.1.1	Concetti di povertà	169
9.1.2	Dimensioni del fenomeno povertà	171
<b>9.2</b>	<b>Assistenza economica sociale</b>	<b>172</b>
9.2.1	Principi informativi e tipologie di prestazioni	172
9.2.2	Spesa per l'assistenza sociale	173
9.2.3	Ricorso all'assistenza (indici di assistenza economica)	176
9.2.4	Caratteristiche dei beneficiari delle prestazioni	177
9.2.5	Motivi del ricorso all'assistenza economica	180

<b>9.3</b>	<b>Sussidio casa</b>	<b>181</b>
<b>9.4</b>	<b>Indebitamento delle famiglie</b>	<b>182</b>
<b>9.5</b>	<b>Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>185</b>
<b>10.</b>	<b>PREVIDENZA INTEGRATIVA REGIONALE E PROVINCIALE</b>	<b>189</b>
<b>10.1</b>	<b>Assegni familiari</b>	<b>190</b>
<b>10.2</b>	<b>Prestazioni Previdenziali</b>	<b>191</b>
<b>10.3</b>	<b>La copertura della non autosufficienza</b>	<b>194</b>
<b>10.4</b>	<b>Prestazioni a invalidi civili, ciechi e sordi</b>	<b>197</b>
<b>10.5</b>	<b>Sintesi conclusiva e prospettive</b>	<b>200</b>
<b>11.</b>	<b>IL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI E L'ATTIVITÀ DEL VOLONTARIATO</b>	<b>203</b>
<b>11.1</b>	<b>Dotazione di personale in sintesi</b>	<b>203</b>
<b>11.2</b>	<b>Caratteristiche del personale</b>	<b>206</b>
<b>11.3</b>	<b>Formazione e aggiornamento professionale</b>	<b>211</b>
<b>11.4</b>	<b>Volontari, tirocinanti e operatori del servizio civile volontario</b>	<b>214</b>
<b>12.</b>	<b>IL FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI</b>	<b>221</b>
<b>12.1</b>	<b>Struttura e sviluppo della spesa</b>	<b>221</b>
<b>12.2</b>	<b>Entrate e uscite degli enti gestori dei servizi sociali pubblici</b>	<b>223</b>
<b>13.</b>	<b>OFFERTA IN SINTESI E ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE PROVINCIALE</b>	<b>227</b>
<b>13.1</b>	<b>Indicatori di riferimento per il sociale</b>	<b>227</b>
<b>13.2</b>	<b>Indicatori strutturali generali</b>	<b>230</b>
<b>13.3</b>	<b>Attuazione del Piano sociale provinciale</b>	<b>232</b>



# 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 partenza 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 2012 erano residenti in Alto Adige, su una superficie di circa 7.400 chilometri quadrati, 514.516 persone, con una densità abitativa media di 69,5 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 2.017 abitanti per chilometro quadrato. Seguono ben distanziate le Comunità comprensoriali dell'Oltradige-Bassa Atesina (172,5), del Burgraviato (76,8) e della Val d'Isarco (73,9).

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 2012 il 19,6% della popolazione risultava costituito da bambini e giovani sotto i 18 anni, mentre il 18,5% 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 (21,8%), della Val d'Isarco (21,3%) e della Val Pusteria (21,1%), mentre sensibilmente inferiore alla media appare la percentuale della popolazione minorenni a Bolzano (17,1%). 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 23,1% e 11,1%). Lo stesso dicasi anche per il territorio di Merano, in cui la popolazione anziana raggiunge il 20,6% (il 9,7% della popolazione meranese ha già più di 74 anni).

SITUAZIONE GENERALE

DISUGUAGLIANZE  
TERRITORIALI

Tabella 1.1: Popolazione residente per Comunità comprensoriale, Distretto e fascia d'età al 31.12.2012

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	3.089	10.094	1.323	1.290	15.796	19,6	63,9	8,4	8,2	21,7
Media Val Venosta	3.683	11.590	1.485	1.646	18.404	20,0	63,0	8,1	8,9	36,7
<b>Val Venosta</b>	<b>6.772</b>	<b>21.684</b>	<b>2.808</b>	<b>2.936</b>	<b>34.200</b>	<b>19,8</b>	<b>63,4</b>	<b>8,2</b>	<b>8,6</b>	<b>27,8</b>
Naturno e circondario	2.164	7.221	978	849	11.212	19,3	64,4	8,7	7,6	33,2
Lana e circondario	4.815	15.087	2.132	2.017	24.051	20,0	62,7	8,9	8,4	56,7
Merano e circondario	9.980	34.119	6.058	5.401	55.558	18,0	61,4	10,9	9,7	248,6
Val Passiria	1.948	5.589	685	674	8.896	21,9	62,8	7,7	7,6	28,4
<b>Burgraviato</b>	<b>18.907</b>	<b>62.016</b>	<b>9.853</b>	<b>8.951</b>	<b>99.717</b>	<b>19,0</b>	<b>62,2</b>	<b>9,9</b>	<b>9,0</b>	<b>76,8</b>
Oltradige	5.819	18.450	2.811	2.416	29.496	19,7	62,6	9,5	8,2	205,5
Laives-Bronzolo-Vadena	4.070	13.531	2.099	1.543	21.243	19,2	63,7	9,9	7,3	470,0
Bassa Atesina	4.860	15.244	2.176	2.158	24.438	19,9	62,4	8,9	8,8	98,9
<b>Oltradige-Bassa Atesina</b>	<b>14.749</b>	<b>47.225</b>	<b>7.086</b>	<b>6.117</b>	<b>75.177</b>	<b>19,6</b>	<b>62,8</b>	<b>9,4</b>	<b>8,1</b>	<b>172,5</b>
<b>Bolzano</b>	<b>18.037</b>	<b>63.003</b>	<b>12.681</b>	<b>11.746</b>	<b>105.467</b>	<b>17,1</b>	<b>59,7</b>	<b>12,0</b>	<b>11,1</b>	<b>2.016,6</b>
Val Gardena	2.013	5.477	967	825	9.282	21,7	59,0	10,4	8,9	84,8
Val d'Ega-Sciliar	4.328	12.498	1.781	1.627	20.234	21,4	61,8	8,8	8,0	49,7
Salto-Val Sarentino-Renon	4.301	11.927	1.668	1.394	19.290	22,3	61,8	8,6	7,2	37,1
<b>Salto-Sciliar</b>	<b>10.642</b>	<b>29.902</b>	<b>4.416</b>	<b>3.846</b>	<b>48.806</b>	<b>21,8</b>	<b>61,3</b>	<b>9,0</b>	<b>7,9</b>	<b>47,1</b>
Bressanone e circondario	7.739	23.410	3.218	2.956	37.323	20,7	62,7	8,6	7,9	79,5
Chiusa e circondario	3.828	10.453	1.369	1.265	16.915	22,6	61,8	8,1	7,5	63,8
<b>Val d'Isarco</b>	<b>11.567</b>	<b>33.863</b>	<b>4.587</b>	<b>4.221</b>	<b>54.238</b>	<b>21,3</b>	<b>62,4</b>	<b>8,5</b>	<b>7,8</b>	<b>73,9</b>
<b>Alta Valle Isarco</b>	<b>3.913</b>	<b>12.658</b>	<b>1.693</b>	<b>1.437</b>	<b>19.701</b>	<b>19,9</b>	<b>64,3</b>	<b>8,6</b>	<b>7,3</b>	<b>30,3</b>
Tures-Valle Aurina	2.946	8.232	1.137	1.011	13.326	22,1	61,8	8,5	7,6	24,6
Brunico e circondario	7.663	23.734	3.286	2.614	37.297	20,5	63,6	8,8	7,0	79,9
Alta Val Pusteria	3.324	9.828	1.283	1.429	15.864	21,0	62,0	8,1	9,0	28,8
Val Badia	2.331	6.548	948	896	10.723	21,7	61,1	8,8	8,4	26,7
<b>Val Pusteria</b>	<b>16.264</b>	<b>48.342</b>	<b>6.654</b>	<b>5.950</b>	<b>77.210</b>	<b>21,1</b>	<b>62,6</b>	<b>8,6</b>	<b>7,7</b>	<b>39,4</b>
<b>Totale provincia</b>	<b>100.851</b>	<b>318.693</b>	<b>49.778</b>	<b>45.194</b>	<b>514.516</b>	<b>19,6</b>	<b>61,9</b>	<b>9,7</b>	<b>8,8</b>	<b>69,5</b>

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 2012 il 24,8% dell'incremento demografico doveva ascrivere all'eccedenza dei nati sui morti e il 75,2% 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 31.12.2012

Comunità comprensoriale	Tasso di natalità ‰	Tasso di mortalità ‰	Saldo naturale ‰	Saldo migratorio ‰	Saldo totale ‰
Val Venosta	11,1	8,0	3,1	-1,7	1,5
Burgraviato	9,9	8,8	1,2	7,1	8,3
Oltradige-Bassa Ates.	11,5	8,0	3,5	10,1	13,5
Bolzano	9,4	10,3	-0,9	14,5	13,6
Salto-Sciliar	10,8	6,9	3,9	2,2	6,2
Val d'Isarco	12,3	7,0	5,3	5,4	10,8
Alta Valle Isarco	11,9	7,5	4,4	6,1	10,5
Val Pusteria	10,9	7,1	3,8	4,0	7,8
Alto adige	10,7	8,2	2,4	7,3	9,7
Italia	9,0	9,8	-0,8	4,0	3,2
Austria	9,3	9,1	0,2	4,4	4,6
Francia	12,6	8,3	4,3	0,8	5,1
UE-27	10,4	9,6	0,8	1,7	2,5

Fonte: ASTAT. \* Fonte: EUROSTAT.

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 2003 e il 2012 di un quarto (2003: 75.941; 2012: 94.972). La loro percentuale rispetto alla popolazione complessiva è salita negli ultimi 10 anni dal 16,1% al 18,5%. Dal canto suo, il numero degli ultra74enni è cresciuto nello stesso periodo del 29,2%. 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), l'Alto Adige risulta relativamente giovane in un raffronto con l'Italia nel suo complesso. Solo la Campania presenta infatti valori migliori. Con un indice di vecchiaia di 111,5, l'Alto Adige si colloca non soltanto sensibilmente sotto la media norditaliana (156,9), ma anche sotto quella dell'Italia meridionale (126,2), che in termini demografici è la più giovane macroregione italiana<sup>1</sup>. 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 (16,3% a fronte di 14,6%).

PREVISIONI

DEMOGRAFICHE AL 2021

11

TENDENZE DI SVILUPPO

FINO AD OGGI

STRUTTURA DELL'ETÀ

A RAFFRONTO

TENDENZE  
DI SVILUPPO FUTURE

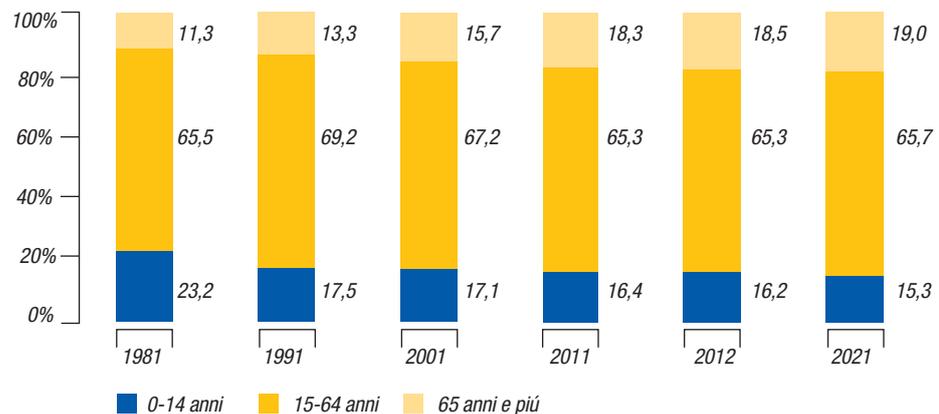
Tabella 1.3: Struttura dell'età a raffronto, 2012<sup>2</sup> (in % rispetto alla popolazione complessiva)

Paese	0 - 14	0 - 17	18 - 64	65+	75+
Italia	14,0	16,8	62,3	20,8	10,4
Alto Adige	16,3	19,6	61,9	18,5	8,8
Austria	14,6	18,0	64,3	17,7	8,0
Francia	18,6	22,3	60,2	17,5	9,0

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

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 18,5% al 19,0%. Nel 2030 peraltro la quota di vecchiaia si collocherà già al 23,1%. Dal canto suo, l'indice di vecchiaia crescerà costantemente fino al 2021, passando da 113,6 (31/12/2012) a 124,7 anziani ogni 100 bambini/giovani. Non crescerà invece il cosiddetto indice di dipendenza, che esprime il rapporto - rilevantisimo 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 53,2% nel 2012 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 65,3% nel 2012 al 65,7% nel 2021). Scenderà invece sensibilmente la quota dei bambini e dei giovani (0-14 anni), che passeranno dal 16,2% al 15,3%, con una riduzione pronosticata di quasi il 4% (da 83.634 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 d'età allargate, 1981-2021 (in %) <sup>4</sup>



<sup>1</sup> <http://noi-italia2013en.istat.it>

<sup>2</sup> Il giorno di riferimento per l'Italia è il 1/1/2012 e quello per la Francia il 1/1/2010. I dati relativi all'Alto Adige sono riferiti al 31/12/2012.

<sup>3</sup> EUROSTAT (ed.), Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030 (Eurostat Statistics in focus, 1/2010), pag. 10.

<sup>4</sup> ASTAT (ed.), La popolazione residente in provincia di Bolzano al 2021 (ASTAT-Info 08/2010), Bolzano 2010.

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 ben al di sotto della media europea (UE-27).

Tabella 1.4: Invecchiamento demografico in Alto Adige a confronto, 2030

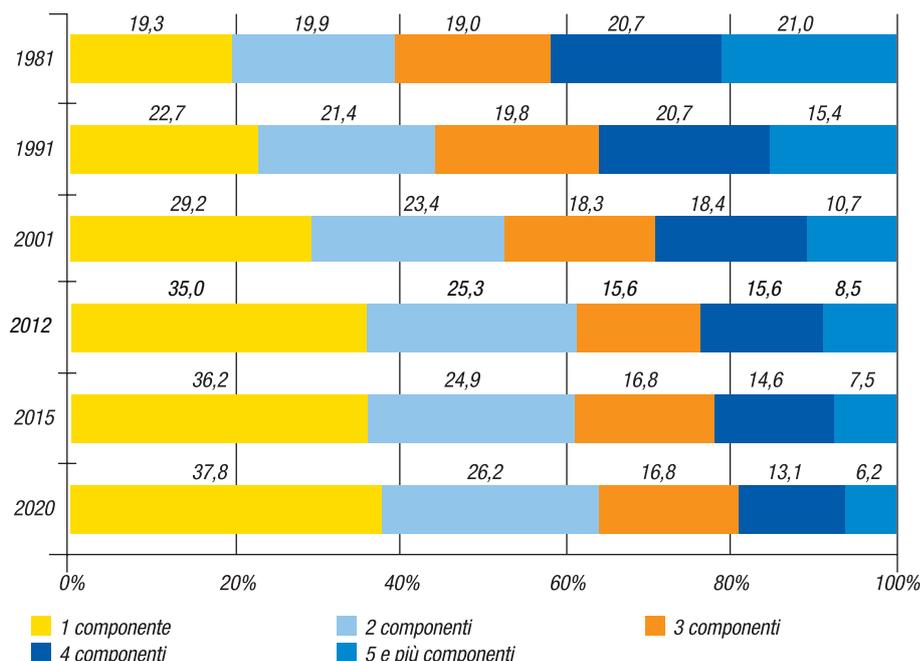
Regione	Quota di vecchiaia (= percentuale dei 65+ rispetto alla popolazione complessiva) <sup>5</sup>	Quota di vecchiaia = $(65+/15-64)*100$ <sup>6</sup>
Italia	26,2	41,1
Alto Adige	23,1	36,9
Austria	23,7	38,8
Francia	23,2	39,1
UE a 27	23,6	38,3

### 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 2012. 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 2012 le famiglie unipersonali rappresentavano il 35,0%, mentre quelle formate da due persone costituivano il 25,3% di tutti i nuclei familiari, una tendenza che proseguirà probabilmente anche nei prossimi anni, pur se in forma più attenuata.

DIMENSIONI DEI NUCLEI  
FAMILIARI

Grafico 1.2 : La famiglia per numero di componenti, 1981-2020 <sup>7</sup>



<sup>5</sup> EUROSTAT (ed.), Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030, in: Statistics in focus, 1/2010.

<sup>6</sup> EUROSTAT, Banca dati online "Quoziente di vecchiaia stimato". I dati per l'Alto Adige si ricavano dalla fonte citata all'ultima nota a piè di pagina.

<sup>7</sup> ASTAT (ed.), Famiglie in Alto Adige 2008 (ASTAT collana 153), Bolzano 2010, pag. 29, ASTAT (ed.), Andamento demografico 2012 (ASTAT-Info 61/2013), pag. S. 10.

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 2012 il 54,8% 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 2012 praticamente quasi un terzo di tutte le famiglie monoparentali (30,0%).

Tabella 1.5: Tipologie di nuclei familiari in Alto Adige (in %), 1981-2012

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
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
2011	29,9	14,1	11,2	4,6	16,6	18,4	5,3	100,0	45,7	54,4
2012	29,3	14,2	11,2	4,8	16,6	18,5	5,4	100,0	45,2	54,8

Fonte: ASTAT, 2013

Tra le Comunità comprensoriali si osservano tra l'altro notevoli diversità nella distribuzione delle tipologie familiari. A Bolzano, nel Burgraviato, nell' Oltradige-Bassa Atesina, nella Val d'Isarco e nell' Alta Val d'Isarco 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 31.12.2012

Comunità comprensoriale	Coppie con figli		Coppie senza figli		Famiglie monoparentali		Famiglie unipersonali		Altre		Totale
		%		%		%		%		%	
Val Venosta	4.601	33,8	1.751	12,8	2.406	17,7	4.203	30,8	669	4,9	13.630
Burgraviato	11.360	26,7	5.996	14,1	7.008	16,5	15.805	37,1	2.383	5,6	42.552
Oltradige-Bassa Ates.	9.006	29,5	4.862	15,9	4.633	15,2	10.390	34,0	1.638	5,4	30.529
Bolzano	10.637	21,9	8.224	16,9	7.279	15,0	19.506	40,2	2.883	5,9	48.529
Salto-Sciliar	6.608	35,6	2.421	13,0	2.888	15,5	5.858	31,5	811	4,4	18.586
Val d'Isarco	6.480	32,6	2.459	12,4	3.225	16,3	6.552	32,9	1.141	5,7	19.857
Alta Val d'Isarco	2.509	32,0	971	12,4	1.228	15,7	2.712	34,6	430	5,5	7.850
Val Pusteria	10.791	35,7	3.475	11,5	5.146	17,1	9.399	31,1	1.424	4,7	30.235
<b>Alto Adige</b>	<b>61.992</b>	<b>29,3</b>	<b>30.159</b>	<b>14,2</b>	<b>33.813</b>	<b>16,0</b>	<b>74.425</b>	<b>35,1</b>	<b>11.379</b>	<b>5,4</b>	<b>211.768</b>

Fonte: ASTAT, 2013

Le differenze si rispecchiano nella diversa percentuale di famiglie senza figli. A Bolzano ormai 2 famiglie su 3 (63,1%) non hanno figli.

Tabella 1.7: Famiglie con figli per Comunità comprensoriali al 31.12.2012

Comunità comprensoriale	di cui con figli		di cui senza figli		Totale
	abs	%	abs	%	abs
Val Venosta	7.007	51,4	6.623	48,6	13.630
Burgraviato	18.368	43,2	24.184	56,8	42.552
Oltradige-Bassa Ates.	13.639	44,7	16.890	55,3	30.529
Bolzano	17.916	36,9	30.613	63,1	48.529
Salto-Sciliar	9.496	51,1	9.090	48,9	18.586
Val d'Isarco	9.705	48,9	10.152	51,1	19.857
Alta Val d'Isarco	3.737	47,6	4.113	52,4	7.850
Val Pusteria	15.937	52,7	14.298	47,3	30.235
<b>ALTO ADIGE</b>	<b>95.805</b>	<b>45,2</b>	<b>115.963</b>	<b>54,8</b>	<b>211.768</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

## 1.2 CONDIZIONI QUADRO ECONOMICHE

Un raffronto indicativo tra il reddito pro-capite in Alto Adige e quello delle altre regioni europee non è purtroppo possibile. Gli ultimi dati pubblicati in merito da EUROSTAT, l'Ufficio statistico della comunità europea, si riferiscono al 2009 e non possono quindi più avere alcuna pretesa di attualità.<sup>8</sup> Ma a prescindere da ciò va osservato che l'Alto Adige si colloca attualmente al 19° posto nella graduatoria delle regioni economicamente più solide dell'Unione europea (le regioni NUTS-2), piazzandosi sensibilmente prima della Lombardia (al 28° posto) e dell'Emilia-Romagna (al 38° posto).

Anche in Alto Adige si è osservato in realtà un indebolimento dell'economia nel 2012, tuttavia con una contrazione dei PIL reale stimata nello 0,7% la provincia si è trovata in una situazione sensibilmente migliore rispetto alla media italiana (-2,4%). Questa posizione relativamente più favorevole potrebbe ascrivere ai forti legami economici che la provincia ha con la Germania e con l'Austria, il cui andamento economico nel 2012 ha segnato un lieve miglioramento. In termini reali il PIL altoatesino nel 2012 si è nuovamente attestato poco sotto il livello di antecrisi (-0,4% rispetto al 2007).<sup>9</sup>

Tabella 1.9: Principali indicatori dello sviluppo economico, 2007-2012

Indicatore	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Inflazione</b>						
Tasso di inflazione nazionale	1,7	3,2	0,7	1,6	2,7	3,0
Tasso di inflazione (Comune di Bolzano)	2,3	3,8	0,8	2,2	2,9	3,5
PIL a prezzi di mercato* (Mil. €)	17.294,0	17.772,3	17.732,9	18.305,6	18.664,2	18.755,7*
PIL pro capite* (in €)	35.237,0	35.803,6	35.384,7	36.209,6	36.617,8	36.787,3*
Variazione annua PIL (%)	1,4	-0,5	-2,3	2,4	0,7	-0,7*
PIL pro capite (in SPA; UE-27=100)	135	137	148	146	-	-

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

<sup>8</sup> Vedi: [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/regional\\_yearbook](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/regional_yearbook)<sup>9</sup> ASTAT (ed.), PIL - Stime per il 2012 e previsioni per il 2013, in: ASTAT-Info, n. 37/2013.

L'analisi dell'attività economica complessiva rivela per la prima volta nel 2012 un relativo aumento della rilevanza del settore primario quale fonte di occupazione. Ancora più evidente appare peraltro la crescita del terziario. Questo sviluppo rispecchia specularmente la contrazione prodotta dalla crisi nel settore produttivo: nel 2012 soltanto il 22,2% dei lavoratori svolgeva la propria attività principale in quest'ultimo settore.

Tabella 1.10: Indicatori socio-economici, 1971-2012

Indicatore	1971	1981	1991	2001	2009	2010	2011	2012
<b>Condizione professionale (popolazione &gt; 14 anni)</b>								
Occupato/a	50,8	51,9	52,3	53,9	57,8	57,9	57,3	57,9
Disoccupato/a	*1,5	3,4	2,6	2,3	1,7	1,6	2,0	2,5
Studente/studentessa	6,7	5,7	7,0	6,7	7,8	7,9	7,8	7,4
Casalinga	28,5	22,6	18,2	13,3	11,6	10,6	10,2	9,8
Ritirato/a dal lavoro	10,8	13,9	17,0	20,8	18,0	18,9	19,8	19,2
Altra	1,7	2,6	2,9	3,1	3,1	3,1	2,9	3,1
<b>Settore di attività economica</b>								
Agricoltura	20,3	13,9	10,7	7,7	6,7	6,6	6,1	6,5
Industria	30,6	27,1	26,3	25,8	24,0	24,1	23,8	22,2
Servizi	49,2	58,9	63,0	66,5	69,3	69,3	70,0	71,4

Fonte: ASTAT, 2012. \* Solo persone in cerca di prima occupazione.

Nonostante l'incremento della disoccupazione (vedi oltre), la perdurante crisi economica e finanziaria non si rispecchia 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) e la fascia di popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni compiuti - risultava nel 2012 pari al 75,0%, con un incremento dell'1,5% rispetto all'anno precedente. Il tasso di attività degli uomini (81,1%) continua a rimanere sensibilmente superiore a quello delle donne (68,1%), tuttavia in quest'ultimo gruppo la tendenza di sviluppo appare chiaramente più positiva che fra gli uomini. I tassi di attività rilevati per il 2012 si collocano in ogni caso ben più in alto dei valori medi dell'Europa a 27 (uomini: 78,0%; donne: 65,6%) e ancor di più di quelli italiani (uomini: 73,9%; donne: 53,5%), potendosi piuttosto paragonare a quelli austriaci (uomini: 81,4%; donne: 70,3%). Rispetto all'anno precedente è cresciuto in misura rilevabile anche il tasso di occupazione, che è passato dal 71,0% al 71,9%. Segnando per la fascia dei 20-64enni un tasso di occupazione del 76,9%, l'Alto Adige ha quindi raggiunto l'obiettivo del 75% fissato dalla strategia „Europa 2020“.<sup>10</sup>

Il numero degli occupati a tempo parziale è sensibilmente aumentato nel 2012 (di quasi il 12% rispetto all'anno precedente). In tal modo in quell'anno quasi un quarto degli occupati risultava svolgere un lavoro a tempo parziale. Si osserva qui un'evidente differenza tra i sessi: mentre tra le donne la percentuale delle occupate part-time si colloca sul 42,0%, fra gli uomini questa percentuale raggiunge solo il 6,8%. Circa la metà (50,2%) delle persone occupate a tempo parziale opta a favore di questa soluzione per motivi familiari. Comunque a prescindere dall'incremento la percentuale di occupati part-time in Alto Adige contiene a mantenersi sensibilmente al di sotto di quella riscontrata nei paesi contermini a nord, pur collocandosi ad un livello più alto rispetto a quello nazionale (17,1% a fronte di un 22,4%).

Il tasso di disoccupazione, definito come percentuale di persone che cercano lavoro rispetto alla popolazione attiva, è ancora una volta sensibilmente aumentato rispetto all'anno precedente (2011),

<sup>10</sup>ASTAT (ed.), Occupati e disoccupati 2008-2012, in; ASTAT-Info, n. 35/2013, pag. 5.

passando dal 3,3% (2011) al 4,1% (2012). Il numero di persone in cerca di lavoro - considerato sulla media annuale - ha per la prima volta da molti anni in qua superato quota 10.000. La disoccupazione femminile è cresciuta quasi del doppio rispetto a quella maschile. Tra i giovani nella fascia di età 15 - 24 anni risultava ufficialmente disoccupato nel 2012 l'11,6%. Rispetto al 2011 quindi il tasso ha subito un ulteriore incremento del 2,2%.

Tabella 1.11: Indicatori specifici di occupazione, 2007-2012

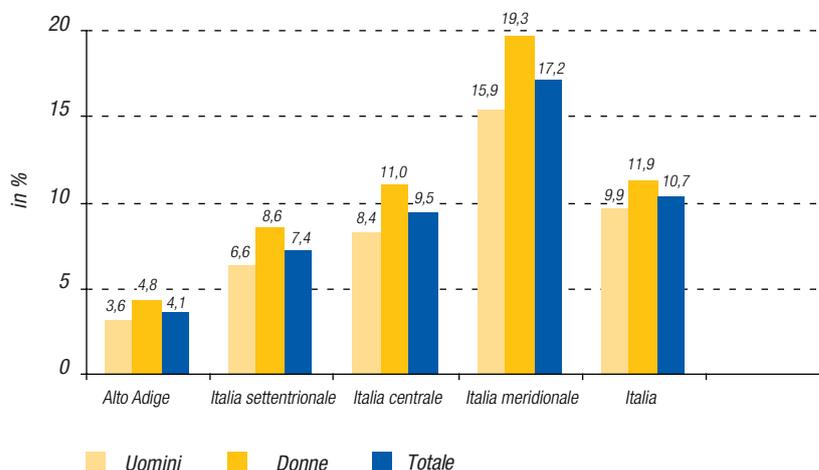
Indicatori	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Tasso di attività (a)</b>	<b>71,7</b>	<b>72,3</b>	<b>72,6</b>	<b>73,1</b>	<b>73,5</b>	<b>75,0</b>
Tasso di attività - uomini	81,2	80,7	80,8	81,1	81,3	81,8
Tasso di attività - donne	61,9	63,7	64,2	65,1	65,5	68,1
<b>Tasso di occupazione (b)</b>	<b>69,8</b>	<b>70,5</b>	<b>70,5</b>	<b>71,1</b>	<b>71,0</b>	<b>71,9</b>
Tasso di occupazione - uomini	79,5	79,1	78,8	79,1	78,8	78,8
Tasso di occupazione - donne	59,8	61,7	62,0	62,9	63,0	64,8
<b>Tasso di disoccupazione (c)</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,9</b>	<b>2,7</b>	<b>3,3</b>	<b>4,1</b>
Tasso di disoccupazione - uomini	2,0	1,9	2,5	2,3	3,0	3,6
Tasso di disoccupazione - donne	3,3	3,0	3,4	3,2	3,8	4,8
<b>Tasso di disoccupazione (15-24 anni)</b>	<b>5,3</b>	<b>6,0</b>	<b>8,9</b>	<b>6,4</b>	<b>9,4</b>	<b>11,6</b>
Tasso di disoccupazione - uomini	5,3	4,2	8,1	5,4	11,2	11,5
Tasso di disoccupazione - donne	5,4	8,3	10,1	7,9	6,9	11,7
<b>Part-Time</b>	<b>42.900</b>	<b>43.800</b>	<b>44.700</b>	<b>49.000</b>	<b>49.100</b>	<b>54.900</b>
Uomini	6.700	6.400	6.700	7.400	8.400	9.300
Donne	36.200	37.400	38.000	41.600	40.800	45.700

Fonte: ASTAT, 2013. (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).

Delle 10.600 persone in cerca di lavoro nel 2012, 2.900 (27,2%) erano disoccupate a lungo termine, cioè in cerca di lavoro da un anno o più.

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, 2012



Fonte: ISTAT 2013 ([http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_TAXDISOCCU](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TAXDISOCCU))

### DISOCCUPAZIONE NEL RAFFRONTO INTERNAZIONALE

Anche rispetto alla media europea (10,4%) la percentuale di disoccupati in Alto Adige appare relativamente bassa: col 4,1% gli altoatesini si collocano addirittura meglio dei tedeschi (5,5%) e degli austriaci (4,3%). D'altra parte il divario col Tirolo, il cui tasso di disoccupazione del 2,5% è rimasto invariato rispetto al 2011, si è ora allargato<sup>11</sup>. I più recenti dati EUROSTAT confermano del resto questo dato relativamente positivo: stando ad EUROSTAT, nel 2012 l'Alto Adige si è collocato con la sua quota del 4,1% al 35° posto tra le 271 regioni NUTS.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> ASTAT (ed.), Occupati e disoccupati 2008-2012, in; ASTAT-Info, n. 35/2013, pag. 13

<sup>11</sup> Per ulteriori informazioni sulla situazione finanziaria delle famiglie altoatesine si veda il cap. 9.

## 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 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.

INDIRIZZI

PREVENZIONE

AIUTO ALL'AUTO-AIUTO

LOTTA ALL'EMARGINAZIONE SOCIALE

SOSTENIBILITÀ

EFFICIENZA

MIX DI OFFERTA

### 2.1.2 Sviluppi recenti

**L'OFFERTA DI SERVIZI IN  
GENERALE**

Nonostante il perdurare della crisi economica, i servizi sociali in Alto Adige si sono sviluppati in misura considerevole dall'epoca dell'ultima Relazione sociale. Degno di nota è in quest'ottica in particolare il potenziamento dell'offerta di servizi: il numero di prestazioni erogate e di persone assistite - come pure quello degli operatori impegnati - è aumentato in maniera rilevante in svariati settori. 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 sociopedagogica.

**SVILUPPI SPECIFICI**

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 Famiglia, donna e giovani. Con la Legge provinciale "Sviluppo e sostegno della famiglia in Alto Adige", approvata nell'aprile 2013, non soltanto sono stati riuniti in forma organica i numerosi interventi previsti a sostegno della famiglia ma è stata predisposta anche tutta una serie di misure volte a dare supporto al nucleo familiare. In questo senso nel 2012 sono stati svolti i lavori preliminari necessari per l'introduzione di una "Carta famiglia" provinciale, destinata appunto alle famiglie. Al fine di individuare nuove famiglie affidatarie è stata condotta nel 2012 anche una campagna di sensibilizzazione a livello provinciale. Nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale è stato predisposto anche il Manuale per il personale dei servizi sociali territoriali operante nel settore degli affidi familiari di minori. E per il rafforzamento della paternità, il Servizio famiglia ha raccolto e diffuso su internet, a disposizione del pubblico, tutte le offerte provenienti da padri residenti in provincia. Nel settore della consulenza maschile va ricordato anche il programma "Training antiviolenza per uomini" - avviato nel 2011 e sostenuto dalla Provincia anche nel 2012 -, grazie al quale si è riusciti a dare un approccio deciso alla problematica del trattamento degli uomini violenti.

**CONTROLLO DI QUALITÀ**

Nel settore del controllo e dell'assicurazione della qualità, per l'anno di riferimento per la presente Relazione sociale (2012) accanto alla prosecuzione dei lavori relativi all'elaborazione dei criteri per l'accreditamento (per esempio nel settore dei servizi per i minori) e di quelli attuativi (per esempio nel settore delle case di riposo e dei centri di assistenza diurni) va ricordato in prima linea il miglioramento delle modalità di rilevamento unificato delle rendite e del patrimonio (DURP): dall'inizio del 2012 infatti il sistema DURP, entrato in vigore il 1 settembre 2011, si estende anche a prestazioni come ad esempio il rimborso delle spese odontoiatriche o il contributo alla pensione integrativa delle persone casalinghe. Vanno qui citati anche la rielaborazione e l'ulteriore sviluppo, da parte di un gruppo di lavoro ad hoc, degli standard prestazionali quali strumenti di controllo e intervento dei servizi sociali delegati.

**EMARGINAZIONE SOCIALE**

La tematica dell'emarginazione sociale ha assunto anche nel 2012 una forte rilevanza, e non solo per il perdurare della crisi economica e finanziaria. Così ad esempio in campo penale è stato istituito il "Gruppo tecnico di coordinamento per il settore sociale", in progetto già dal 2010. Compito di questo gruppo sarà quello di sviluppare e controllare l'attuazione di un programma di interventi per il reinserimento delle persone condannate a pene detentive ancora in corso o già scontate. Nel campo dell'assistenza ai senza dimora è stato istituito nel corso dell'anno di riferimento per la presente relazione sociale uno specifico gruppo di lavoro avente il compito di rielaborare ed aggiornare le „Linee guida per l'istituzione e la gestione di strutture di accoglienza per persone senza dimora“, in vigore ormai già dal 2003. Strettamente legate alla tematica della povertà e della lotta all'emarginazione sociale sono anche le attività permanenti di lotta alla tratta delle donne e allo sfruttamento della prostituzione ("Progetto ALBA"), nelle quali nel 2012 per la prima volta si è operato in rete con la provincia di Trento. Va qui ricordata anche, alla luce delle massicce immigrazioni di profughi provenienti dal Nordafrica, la

nomina di un incaricato per i profughi. Infine si vogliono ricordare anche i “Dialoghi sociali” altoatesini, che hanno avuto luogo nel gennaio 2012: in collaborazione con il mondo imprenditoriale sono state qui elaborate proposte volte alla prevenzione del rischio di povertà.<sup>1</sup>

Per migliorare il coordinamento tra gli erogatori di servizi pubblici e privati nello scambio reciproco di informazioni, anche nel 2012 i servizi sociali pubblici si sono incontrati regolarmente con i rappresentanti del terzo settore. Complessivamente hanno avuto luogo sette 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 2012“ (vedi il cap. 2.1.1).

### 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 su tre pilastri: la raccolta e documentazione di iniziative e progetti sociali particolari, i dialoghi permanenti e la 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 attuati o realizzati nei due anni precedenti. Per quanto attiene la natura dei progetti sono state individuate cinque aree: settore informale, settore formale, aziende, politica comunale e mass media.

Nel marzo 2007 è stato conferito per la prima volta a cinque progetti il premio *Cultura Socialis*. Dal 2006 il numero dei progetti presentati è cresciuto in continuazione: se infatti in quel anno ne sono stati segnalati dalla cittadinanza 76, nel 2007 essi avevano raggiunto il numero di 160, nel 2008 erano già 188, nel 2010 214. Nel 2012 la popolazione ha formulato 230 segnalazioni. Complessivamente nel 2012 sono stati valutati per le cinque aree da una giuria costituita da 16 membri 82 progetti e iniziative, a testimoniare come questa iniziativa culturale abbia ormai messo solide radici nel territorio e nello scenario sociale altoatesino.

Tra i progetti presentati nel 2012 sono stati premiate nella primavera del 2013 le seguenti 5 iniziative, una per area:

- Nell’area “Volontariato” il festival rock „Rock in dusty valley“, una manifestazione di due giorni ideata e attuata annualmente dal Centro giovani Hondenada in Val Sarentino. Con il festival non si promuove soltanto la cultura musicale alternativa in Alto Adige, ma anche una “diversa cultura” degli eventi, ponendo l’accento su un consumo responsabile di bevande alcoliche (per esempio chioschi con bibite analcoliche) e su cibi biologici e variati. Per gli organizzatori è importante anche la sostenibilità ecologica della manifestazione (per esempio si utilizzano bicchieri in plastica dura e i manifestini vengono stampati con metodi di stampa a bassa emissione di CO<sub>2</sub>). Oltre a questo, gli organizzatori devolvono ogni anno parte degli incassi ad un’istituzione di pubblica utilità. “Sostenibilità anche nelle feste”: questo il motto di questo esemplare progetto, che si intende proporre come buona pratica da seguire.
- Nell’area “Professionisti” la giuria si è espressa a favore del laboratorio teatrale creato dall’associazione Lebenshilfe ONLUS e gestito congiuntamente con l’Associazione culturale Theatraki e il Teatro La Ribalta di Bolzano. Con la supervisione di operatori professionisti, persone disabili ideano pezzi teatrali in collaborazione con attori dell’associazione culturale, per portarli poi in scena, per un pubblico di lingua tedesca o italiana, in teatri “normali”. L’obiettivo è quello di modificare l’ottica degli spettatori,

ENTI PUBBLICI E PRIVATI

GENERALITÀ

SVILUPPO DAL 2006

VINCITORI NEL 2012  
AREA VOLONTARIATO

AREA PROFESSIONISTI

<sup>1</sup> Per le relazioni si veda la pagina <http://www.provinz.bz.it/sozialwesen/projekte/Sozialgespr%C3%A4che.asp>

AREA POLITICA  
COMUNALE

che sulla scena non devono vedere più in essenza l'uomo disabile, ma un attore e il suo racconto. I progetti realizzati dal 2006 dal laboratorio teatrale consentono alle persone con disabilità di dimostrare al pubblico le loro competenze alla pari con gli attori non disabili.

- Nell'area "Politica comunale" la scelta della giuria è caduta sul progetto "Passeggiate antiviolenza", presentato dal Comune di Bolzano e nel cui ambito sono state organizzate nel 2012 sei "passeggiate contro la violenza" aperte all'intera cittadinanza. Nel corso di queste passeggiate, attori anonimi rappresentano sulla strada scene di violenza non preannunciate, i cui esiti i partecipanti hanno la possibilità di modificare con specifici interventi finalizzati. In questo modo si fanno comprendere in prima persona al pubblico le conseguenze di una reazione spontanea. Alla fine di ciascuna scena, col supporto di mediatori qualificati, ha luogo una rivisitazione dell'accaduto volta a creare una miglior coscienza del comportamento individuale, e a comprendere le possibilità di un intervento non violento. Con il loro obiettivo di rafforzare il senso di responsabilità e il coraggio civile della cittadinanza, le "passeggiate antiviolenza" svolgono la funzione di una vera e propria scuola di vita.

AREA MEDIA

- Nella categoria „Mezzi di comunicazione“ è stato premiato per il suo progetto di teatro giovanile „Xenia & Phoebe“ - incentrato sulla tematica della xenofobia - il Centro pedagogico teatrale di Bressanone (TPZ), che ha preso spunto nell'incendio appiccato nel maggio 2012 al centro profughi di Vandoies per occuparsi di questa tematica su un palco teatrale. La problematica della xenofobia è stata qui intenzionalmente mantenuta su un'ottica allargata, interpretandola piuttosto come la paura dell'estraneo o dello sconosciuto presente occasionalmente in ognuno di noi che non in maniera sbrigativa come ostilità nei confronti dello straniero. Alla base del discorso si vede la questione del rapporto personale con l'estraneo o con culture diverse, che stimola una riflessione aperta tra i giovani attori e il pubblico.

AREA AZIENDE

- Nell'area "Aziende", dopo un'approfondita discussione la giuria ha deciso di non conferire per il 2013 alcun premio. È stato tuttavia segnalato quale distinto un progetto, e più precisamente l'iniziativa natalizia dell'azienda di prodotti dietetici DS-gluten free. Con l'aiuto di un'agenzia di marketing bolzantina, l'azienda ha sviluppato un particolare calendario dell'Avvento basato sul web: dietro a ciascuna finestrella stavano fantastiche opere d'arte create da persone con disabilità, acquistabili all'asta via email. L'intero ricavato è stato devoluto al programma mondiale di alimentazione delle Nazioni Unite.

## 2.2 STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI SOCIALI

### 2.2.1 Sintesi prospettica

LE COMPETENZE IN  
SINTESI

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 comprensoriali. 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.

GESTORI PUBBLICI E  
PRIVATI

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.

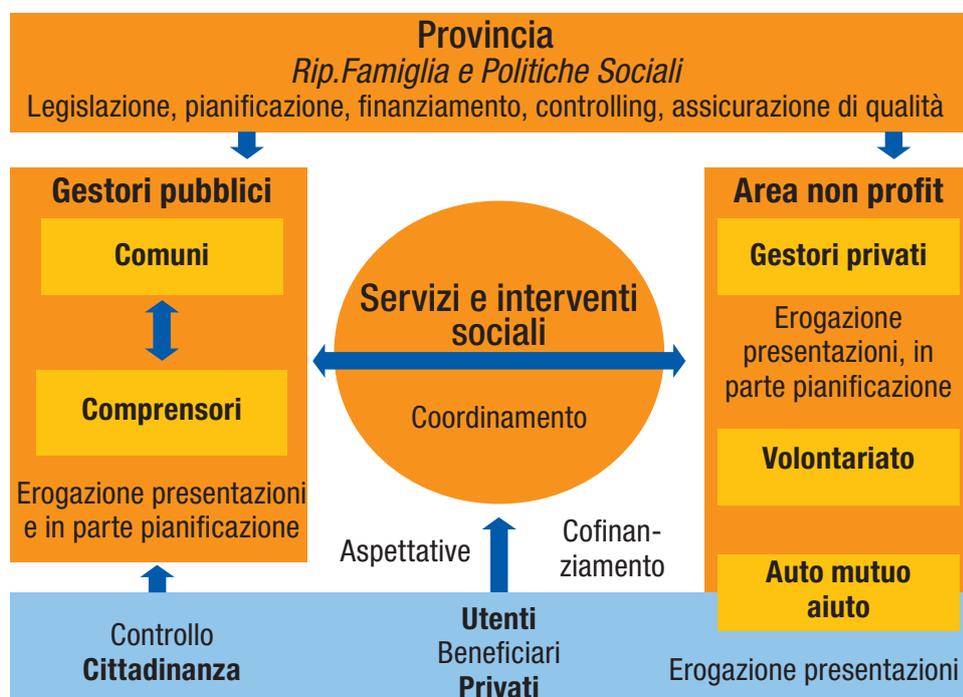
I servizi e gli interventi sociali non vengono tuttavia erogati solo dagli enti pubblici e da gestori privati: familiari, organizzazioni di auto mutuo aiuto, sodalizi di impegno civile e privati cittadini personalmente impegnati sono anch'essi importanti erogatori di servizi. Questo settore informale 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.

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.

SETTORE INFORMALE

MIX DI SERVIZI

Grafico 2.1: **Struttura organizzativa**



COMPETENZE PROPRIE	<p><b>2.2.2 COMPITI DEI COMUNI</b></p> <p>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.</p>
COMPETENZE DELEGATE	<p>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.</p>
DELEGHE	<p><b>2.2.3 COMPITI DELLE COMUNITÀ COMPrensORIALI</b></p> <p>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.</p>
COMPITI	<p>Più in dettaglio sono stati delegati dai Comuni alle Comunità comprensoriali i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organizzazione dei servizi sociali e coordinamento degli stessi con le iniziative di altri gestori sia pubblici che privati;</li> <li>• garanzia di un'erogazione regolare delle prestazioni;</li> <li>• conclusione di accordi con strutture private, associazioni, cooperative o fondazioni che svolgono attività in campo sociosanitario;</li> <li>• 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;</li> <li>• partecipazione alla pianificazione dei servizi sociali tramite l'elaborazione di programmi di attività;</li> <li>• preparazione di studi ed effettuazione di indagini per il rilevamento dei fabbisogni.</li> </ul>
STRUTTURE DIRETTIVE E DI COORDINAMENTO	<p>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).</p>
COMPITI PRIMARI	<p><b>2.2.4 COMPITI DELLA PROVINCIA</b></p> <p>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</p>

competente in materia di realizzazione, ampliamento e ristrutturazione dei beni immobili. Tra i compiti 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.

### 2.2.5 COMPITI DELLA REGIONE

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

### 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.

STRUMENTI  
DI CONTROLLO

PREVIDENZA  
INTEGRATIVA

ORGANIZZAZIONE  
TERRITORIALE

AREA SOCIOPEdagogICA

Le attività dei Distretti sociali si ripartiscono in quattro settori: area sociopedagogica, 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.

ASSISTENZA DOMICILIARE

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. Elemento determinante per il ricorso all'assistenza domiciliare è la circostanza che, a causa del suo stato di salute o di difficoltà di natura sociale, una persona non sia in grado di svolgere autonomamente alcune attività essenziali della vita quotidiana, né possa per questo ricorrere all'aiuto di familiari.

ASSISTENZA ECONOMICA SOCIALE

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 attraverso l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE).

SEGRETARIATO SOCIO SANITARIO

Compito principale del segretariato socio-sanitario 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.

PRIMA INFANZIA E MINORI

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 quelle familiari. 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).

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.).

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. Con l'accompagnamento sociopedagogico abitativo introdotto nel 2011 è venuto ad aggiungersi all'offerta di assistenza già esistente un ulteriore elemento, finalizzato al raggiungimento, allo sviluppo e al mantenimento dell'autonomia nella vita quotidiana come pure alla partecipazione alla vita sociale. Nel campo del disagio psichico e delle dipendenze è molto consolidata l'integrazione con i servizi sanitari.

L'assistenza residenziale agli anziani si svolge all'interno di case di riposo e centri di degenza, destinati all'assistenza degli anziani non autosufficienti in un'ottica che più in generale riserva alle persone ancora sufficientemente autonome l'assistenza domiciliare oppure quella in strutture diurne. Quale elemento intermedio tra l'assistenza a tempo pieno nelle strutture residenziali e la vita nella propria abitazione è stato introdotto alcuni anni fa l'accompagnamento abitativo degli anziani (D.p.g.p. n. 10/2010), che con un ulteriore decreto dell'ottobre 2012 è stato ulteriormente sviluppato assumendo ora la forma di un "accompagnamento e assistenza abitativa", che prevede ulteriori possibilità di differenziazione dell'intensità dell'assistenza. 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.

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.

FAMIGLIA E ADULTI

DISABILI/ MALATI  
PSICHICI

ANZIANI

IMMIGRAZIONE ED  
EMARGINAZIONE  
SOCIALE

Tabella 2.1: Quadro schematico delle strutture e dei servizi sociali

<b>SERVIZI DI DISTRETTO</b>			
AREA SOCIOPEDAGOGICA ASSISTENZA DOMICILIARE ASSISTENZA ECONOMICA SOCIALE			
<b>Settore</b>	<b>Servizi residenziali</b>	<b>Servizi di ricovero parziale e strutture diurne</b>	<b>Servizi di consulenza e integrativi</b>
<b>Infanzia</b>	Istituto provinciale assistenza per l'infanzia (I.P.A.I)	Asilo nido Microstrutture Nidi aziendali Tagesmütter /-väter	
<b>Minori</b>	Comunità alloggio Strutture di tipo familiare Residenze assistite	Centri diurni	Consultori familiari Servizi di consulenza
<b>Famiglia / Donne</b>	Case delle donne Istituto provinciale assistenza per l'infanzia (I.P.A.I)		Consultori familiari Servizi di consulenza
<b>Anziani</b>	Case di riposo Centri di degenza Alloggi per anziani Accompagnamento e assistenza abitativa	Centri di assistenza diurna Centri diurni	Club per anziani Mense per anziani Soggiorni
<b>Persone con disabilità</b>	Convitti Comunità alloggio Alloggi di addestramento Nuovi modelli abitativi (per esempio Progetto Phönix)	Laboratori Attività diurne Punti d'incontro	Inserimento lavorativo Formazione professionale Integrazione scolastica Soggiorni Accompagnamento abitativo socio-pedagogico
<b>Persone con disagio psichico</b>	Comunità alloggio	Laboratori Attività diurne Punti d'incontro	Inserimento lavorativo Soggiorni
<b>Dipendenze</b>	Comunità alloggio	Laboratori Attività diurne Punti d'incontro	Inserimento lavorativo Soggiorni
<b>Emarginazione sociale / Immigrazione</b>	Strutture prima 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 43,7% dei servizi sociali viene svolto da gestori privati. Un ruolo particolarmente importante è qui quello delle cooperative, presenti per il 22,8%.

Tabella 2.2: : Enti gestori dei servizi: numero di enti per tipologia di servizio\* e percentuale sul totale dei servizi, 2012

Natura del servizio	Ente pubblico		Ente religioso		Associazione		Cooperativa		Altro		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Casa di riposo	52	77,6	4	6,0	2	3,0	3	4,4	6	9,0	67
Centro di degenza	7	77,8	2	22,2	-	-	-	-	-	-	9
Centro ass. diurna anziani	13	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Assistenza domiciliare	26	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	26
Comunità alloggio per minori	3	20,0	1	6,7	3	20,0	8	53,3	-	-	15
Casa famiglia	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	3
Residenza assistita per giovani	-	-	-	-	5	31,2	11	68,8	-	-	16
Centro diurno per giovani	-	-	1	11,1	6	66,7	2	22,2	-	-	9
Asilo nido pubblico	13	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Servizi privati per la prima infanzia	-	-	-	-	-	-	56	100,0	-	-	56
Servizio Tagesmutter	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-	-	5
Consulterio 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	15	88,2	-	-	1	5,9	1	5,9	-	-	17
Convitto per disabili	17	85,0	-	-	2	10,0	-	-	1	5,0	20
Laboratorio protetto per disabili	24	82,8	1	3,4	3	10,3	1	3,4	-	-	29
Attività diurne per disabili	16	88,9	-	-	2	11,1	-	-	-	-	18
Alloggio di addestramento	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Comunità alloggio psichici	11	84,6	-	-	-	-	2	15,4	-	-	13
Riabilitazione lavorativa psichici	10	90,9	-	-	1	9,1	-	-	-	-	11
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	16,7	5	41,7	2	16,7	-	-	3	25,0	12
Servizi per nomadi / profughi	-	-	3	50,0	2	33,3	-	-	1	16,7	6
<b>TOTALE</b>	<b>224</b>	<b>56,3</b>	<b>17</b>	<b>4,3</b>	<b>48</b>	<b>12,1</b>	<b>91</b>	<b>22,8</b>	<b>18</b>	<b>4,5</b>	<b>398</b>

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

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.

CAMPI DI ATTIVITÀ

ORGANIZZAZIONE GIURIDICA

## 2.4 L'AREA DEL NON PROFIT

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. Accanto all'orientamento non lucrativo, tutte queste organizzazioni hanno in comune il fatto di essere sul piano organizzativo 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.

TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE

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.

ASPETTI STRUTTURALI

### 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".

IMPORTANZA DEL SETTORE  
NON PROFIT

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.

FINANZIAMENTO

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 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. Nel febbraio 2012 la Socialfidi si è fusa con la cooperativa di credito Confidi, grazie alla quale cooperazione la nuova cooperativa di garanzia (Confidi Alto Adige) dispone di fondi di garanzia più alti come pure di un maggiore patrimonio netto. La fusione, che consentirà un impiego più razionale dei mezzi finanziari e quindi migliorerà ulteriormente l'efficienza dell'ente, costituisce tuttavia per la Giunta provinciale solo un primo passo, che si concluderà con la fusione in un'unica cooperativa di garanzia in luogo delle attuali due. Attualmente l'amministrazione provinciale ha stanziato circa cinque milioni di Euro quale capitale di rischio per le cooperative di garanzia.

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.

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.

#### 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 circa 2.000 organizzazioni, oltre la metà delle quali operante nel settore "cultura, educazione ed istruzione".<sup>1</sup>

SETTORE PUBBLICO

E PRIVATO

31

ACCREDITAMENTO

ASPETTI QUANTITATIVI

**FINANZIAMENTO**

Per il settore “assistenza sanitaria e sociale” risultavano invece iscritti circa 250 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. Stando ad un recente rilevamento, oltre il 20% degli altoatesini di età pari o superiore ai 14 anni opera a titolo gratuito per un’organizzazione di volontariato.<sup>2</sup>

**VOLONTARIATO  
INDIVIDUALE**

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 (29,4%) 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’94,7% di queste strutture sono presenti i volontari) ed i centri di assistenza diurna per anziani (69,2%). Mediamente presso i servizi nei quali è presente personale volontario vi sono 48,9 volontari ogni 100 operatori di ruolo. La varianza tuttavia continua ad essere considerevole: la presenza massima, con 349,1 volontari contro 100 operatori di ruolo, si riscontra presso i centri di assistenza diurna per anziani; segue le Case delle donne (307,3 contro 100) e l’assistenza domiciliare (184,5 contro 100); per contro continua a mantenersi quasi irrilevante la presenza di volontari presso i servizi per la prima infanzia (2,5 contro 100).

**SERVIZIO SOCIALE  
VOLONTARIO**

Altre forme di impegno personale per il bene comune sono il Servizio civile volontario e il Servizio sociale volontario. In Alto Adige, queste attività sono disciplinate dalla legge provinciale n. 7/2004 (“Disposizioni per la valorizzazione del servizio civile volontario in Provincia di Bolzano”). Mentre per il servizio civile è stata sostanzialmente recepita una legge dello Stato, il servizio sociale volontario è un’iniziativa messa in atto dalla Provincia autonoma di Bolzano<sup>3</sup>. L’offerta del servizio sociale volontario si rivolge a tutte le persone di 28 anni e più, 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 civile volontario è attualmente di 32 mesi al massimo, e il numero massimo di operatori di questo servizio comandati ai servizi sociali è attualmente fissato dalla Giunta provinciale in 50. Negli ultimi anni risultavano mediamente impiegati nell’anno all’interno dei servizi sociali poco meno di 40 adulti. Con un impegno di lavoro di 40 ore settimanali, nel 2012 il rimborso spese degli operatori del servizio civile volontario all’interno del servizio sociale ammontava a 450 Euro.

**DEFINIZIONE**

<sup>1</sup> Schnock, Brigitte & Atz, Hermann (ed.), *Rapporto sul volontariato e sull’impegno solidale in Alto Adige*. Bolzano 2011, pag. 38.

<sup>2</sup> Ibid. pag. 42.

<sup>3</sup> Ibid. pag. 55.

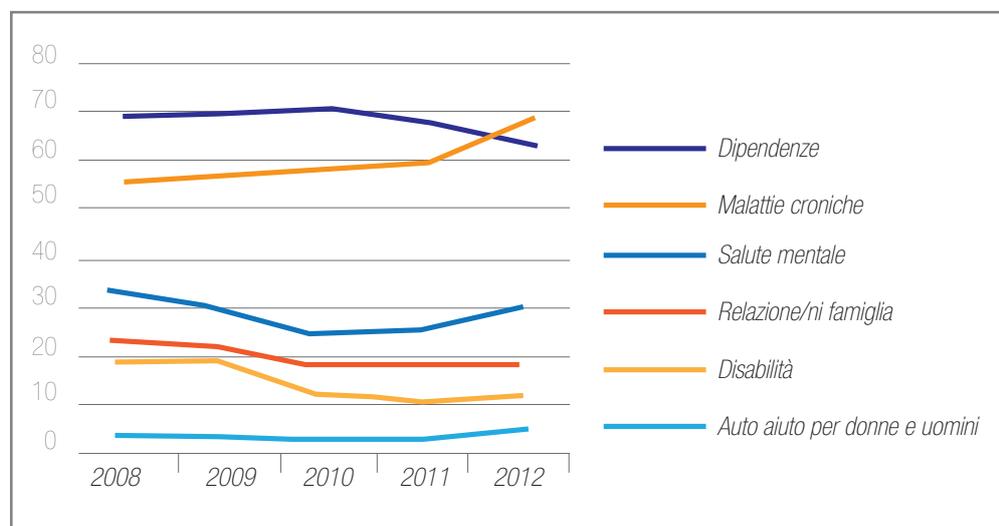
### 2.4.3 GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

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 del lavoro di auto mutuo aiuto 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'auto mutuo aiuto, e con il suo lavoro contribuisce in maniera rilevante al potenziamento e al coordinamento di queste attività. Il Servizio ha gestito nel 2012 complessivamente 2.048 contatti, sostenendo 23 iniziative di costituzione di gruppi di questo tipo, tredici dei quali hanno avviato una loro attività autonoma nel 2013. Con il progetto „AutoAiuto per giovani“ si cerca inoltre di appropciare in maniera più efficace la fascia di età dei 20-30enni, motivandoli a cercare aiuto e sostegno all'interno di un gruppo di auto mutuo aiuto. 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.

Alla fine del 2012 esistevano in Alto Adige complessivamente 196 gruppi di auto mutuo aiuto operanti nel settore sociosanitario. Rispetto al 2010 si è avuto quindi un leggero aumento (pari a 9 gruppi). Va tuttavia tenuto presente che il settore dell'auto mutuo aiuto è sempre caratterizzato da una forte fluttuazione. 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 malattie croniche (68); seguono le dipendenze (64) e i problemi psicosociali (29). 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 2008-2012



DEFINIZIONE

SERVIZIO PER I GRUPPI  
DI AUTO MUTUO AIUTO

ASPETTI QUANTITATIVI

In media vi sono in Alto Adige 3,8 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 (5,2 gruppi per 10.000 abitanti) e Bolzano (6,1) 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, 2012



Fonte: Federazione Provinciale delle Associazioni sociali 2013.

#### 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 50 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 TRAVERSALI

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 2011 il numero di adulti/anziani assistiti è aumentato del 4,0%, mentre quello dei minori si è leggermente contratto (-1,7%). In complesso le persone assistite sono ora l'1.9% in più (da 10.550 a 10.747). Negli ultimi cinque anni il numero di assistiti è aumentato di addirittura un quarto (26,1%). Dal 2010 l'area sociopedagogica assiste ogni anno oltre 10.000 persone. Nel 2012 si è trattato di 6.853 adulti o anziani e di 3.894 minori.

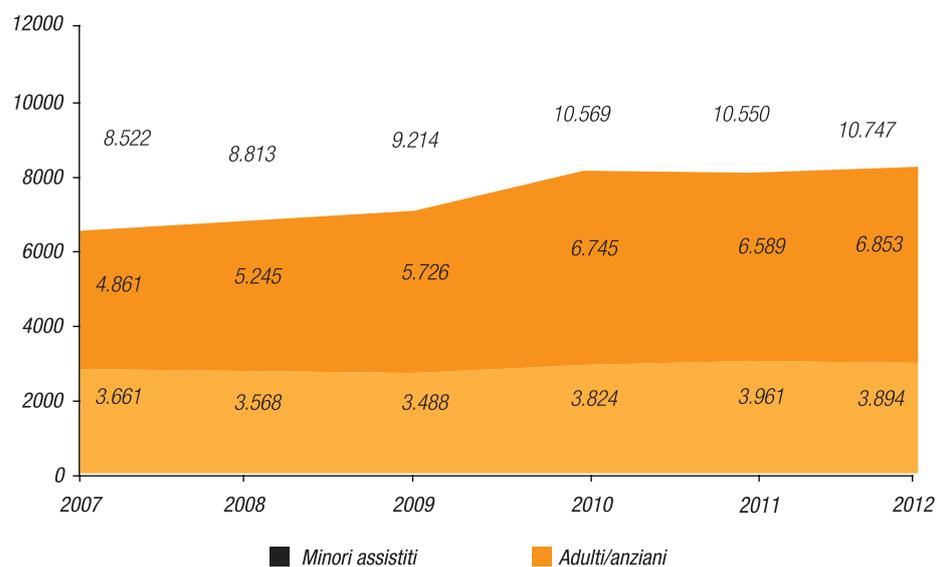
ARGOMENTO DEL CAPITOLO

COMPITI DELL'AREA  
SOCIOPEDAGOGICA

FORME DI COOPERAZIONE

PERSONE ASSISTITE

Grafico 3.1: Assistiti dell'Area sociopedagogica, 2007-2012



RAPPORTO  
MINORI / ADULTI

Fatta eccezione per la Comunità comprensoriale dell'Alta Valle Isarco, 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 2 dei 20 Distretti la quota dei minori è superiore a quella degli adulti.

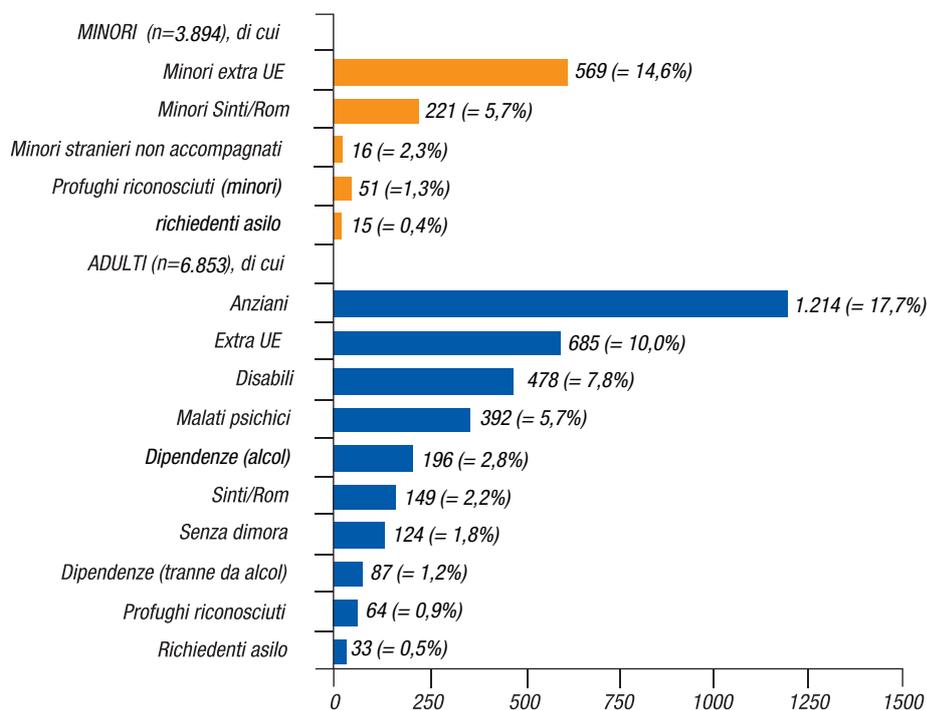
Tabella 3.1: Assistiti dell'Area sociopedagogica, 2011-2012

Distretto sociale	2011			2012		
	Minori	Adulti	Totale	Minori	Adulti	Totale
<b>Val Venosta</b>	<b>191</b>	<b>243</b>	<b>434</b>	<b>212</b>	<b>334</b>	<b>546</b>
Alta Val Venosta	98	141	239	107	173	280
Media Val Venosta	93	102	195	105	161	266
<b>Burgraviato</b>	<b>857</b>	<b>1.492</b>	<b>2.349</b>	<b>773</b>	<b>1.446</b>	<b>2.219</b>
Naturno e circondario	84	211	295	94	194	288
Lana e circondario	197	298	495	163	287	450
Merano e circondario	523	914	1.437	451	873	1.324
Val Passiria	53	69	122	65	92	157
<b>Oltradige-B. atesina</b>	<b>346</b>	<b>523</b>	<b>869</b>	<b>358</b>	<b>516</b>	<b>874</b>
Oltradige	100	174	274	104	170	274
Laives-Bronzolo-Vadena	153	210	363	148	190	338
Bassa atesina	93	139	232	106	156	262
<b>Bolzano</b>	<b>1.120</b>	<b>2.502</b>	<b>3.622</b>	<b>1.059</b>	<b>2.560</b>	<b>3.619</b>
Gries-S. Quirino	175	632	807	165	678	843
Europa-Novacella	283	514	797	242	505	747
Don Bosco	278	371	649	275	401	676
Centro-Piani-Rencio	251	570	821	244	572	816
Oltrasarco-Aslago	133	415	548	133	404	537
<b>Salto-Sciliar</b>	<b>302</b>	<b>546</b>	<b>848</b>	<b>309</b>	<b>614</b>	<b>923</b>
Val Gardena	58	138	196	72	147	219
Val d'Ega-Sciliar	134	255	389	135	279	414
Salto-V Sarentino-Renon	110	153	263	102	188	290
<b>Val d'Isarco</b>	<b>553</b>	<b>738</b>	<b>1.289</b>	<b>540</b>	<b>712</b>	<b>1.252</b>
Bressanone e circondario	440	605	1.045	432	592	1.024
Chiusa e circondario	113	131	244	108	120	228
<b>Alta Valle Isarco</b>	<b>141</b>	<b>140</b>	<b>281</b>	<b>170</b>	<b>160</b>	<b>330</b>
<b>Val Pusteria</b>	<b>451</b>	<b>407</b>	<b>858</b>	<b>473</b>	<b>511</b>	<b>984</b>
Tures-Valle Aurina	102	83	185	110	137	247
Brunico e circondario	209	148	357	212	169	381
Alta Val Pusteria	78	88	166	84	102	186
Val Badia	62	88	150	67	103	170
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>3.961</b>	<b>6.589</b>	<b>10.550</b>	<b>3.894</b>	<b>6.853</b>	<b>10.747</b>

Complessivamente le percentuali della maggior parte dei gruppi target sono cambiate solo di poco rispetto al 2011. Incrementi evidenti sia sul piano relativo che su quello assoluto si osservano solo per i minori extracomunitari (da 552 a 569, cioè dal 13,9% al 14,6% di tutti i clienti minori), mentre un calo più o meno sensibile si osserva invece tra gli adulti extracomunitari (da 705 a 685, cioè dal 10,7% al 10,0% di tutti i clienti adulti). Nota: per minori non accompagnati (16) 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.

GRUPPI TARGET

Grafico 3.2: Persone assistite direttamente dall'Area sociopedagogica, 2012



### PERSONALE

All'interno dell'area sociopedagogica, alla fine del 2012 operavano 214 persone. Espressa in termini di operatori equivalenti a tempo pieno, la cifra risulta di 192,1 operatori, dei quali 159,2 effettivamente in servizio. Rispetto al 2011 il personale è quindi cresciuto in modo significativo (del 6,6%, passando dalle 180,2 alle 192,1 unità equivalenti a tempo pieno), rimanendo costituito in maggioranza da assistenti sociali (50,7%) ed educatori (29,5%). Fra le altre figure professionali si contano principalmente gli educatori per disabili (5,0%) e i pedagogisti (3,1%). Siccome tra il 2011 e il 2012 il numero degli assistiti è aumentato in misura minore rispetto al personale, il singolo operatore equivalente a tempo pieno nel 2012 avrebbe dovuto mediamente assistere meno persone che nel 2011, ed effettivamente il relativo parametro è passato da 58,5 (2011) a 55,9 (2012). 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 operatore a tempo pieno varia fortemente sul territorio, dai 49,1 per l'Oltradige-Bassa atesina ai 68,8 per l'Alta Valle Isarco. Per quanto Bolzano presenti dopo l'Alta Valle Isarco il rapporto numero di assistiti/operatore più sfavorevole, la città presenta di gran lunga la miglior relazione popolazione/operatori.

La posizione particolare di Bolzano si rispecchia anche nel numero relativamente alto di assistiti per 1.000 abitanti (34,3 rispetto ad una media provinciale di 20,9).

Tabella 3.2: Utenti dell'Area sociopedagogica e personale, 2012

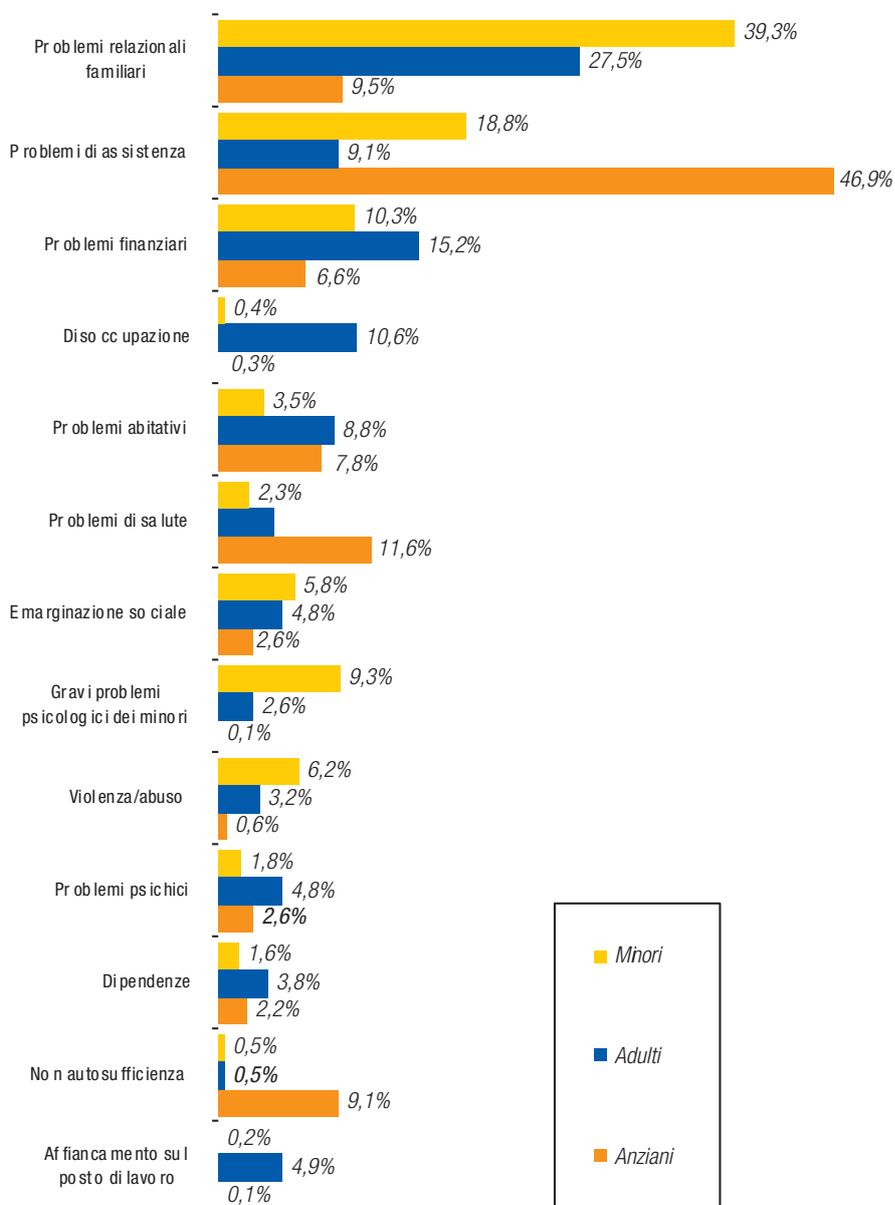
Comunità comprensoriale	Utenti	di cui minori	Utenti per 1000 abitanti	Utenti minori per 1000 minori	Operatori equivalenti t. p.	Utenti/operatori equivalenti t. p.	Abitanti/operatori equivalenti t. p.
Val Venosta	546	212	16,0	31,3	10,1	54,1	3.386,1
Burgraviato	2.219	773	22,3	40,9	42,4	52,3	2.351,8
Oltradige-Bassa atesina	874	358	11,6	24,3	17,8	49,1	4.223,4
Bolzano	3.619	1.059	34,3	58,7	58,5	61,9	1.802,9
Salto- Sciliar	923	309	18,9	29,0	15,4	59,9	3.169,2
Val d'Isarco	1.252	540	23,1	46,7	25,0	50,1	2.169,5
Alta Valle Isarco	330	170	16,8	43,4	4,8	68,8	4.104,4
Val Pusteria	984	473	12,7	29,1	18,2	54,1	4.242,2
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>10.747</b>	<b>3.894</b>	<b>20,9</b>	<b>38,6</b>	<b>192,3</b>	<b>55,9</b>	<b>2.675,6</b>

### 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 (10,6%) e i problemi abitativi (8,8%), mentre tra i minori (bambini e ragazzi) in circa un caso su dieci (9,3%) sono gravi problemi psicologici a determinare il ricorso all'assistenza. Tra gli anziani (cioè ultrasessantaquattrenni), accanto ai problemi di assistenza, che sono alla base di quasi la metà (46,9%) delle prese di contatto con l'Area sociopedagogica, hanno un certo peso anche i problemi di salute (11,6%) e la non autosufficienza (9,1%), mentre le altre motivazioni presentano valori percentuali praticamente irrilevanti.

MOTIVI DEL RICORSO  
ALL'ASSISTENZA

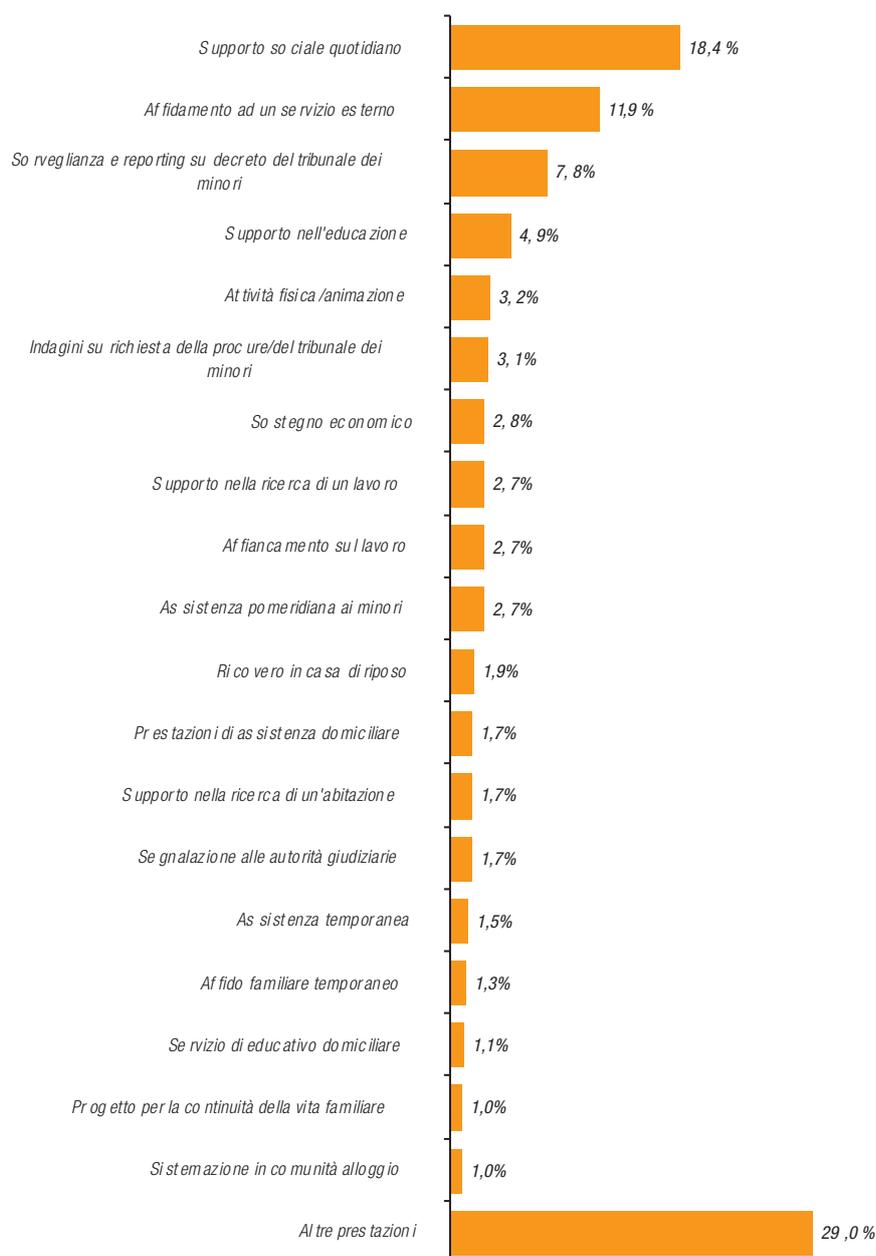
Grafico 3.3: Assistiti dell'area sociopedagogica per motivo prevalente, 2012



PRESTAZIONI EROGATE

In funzione del motivo prevalente dell'assistenza, tra le prestazioni erogate predominano il supporto nelle relazioni sociali quotidiane (18,4%), seguito dall'avvio ad un servizio esterno (11,9%) e dalla sorveglianza disposta mediante decreto del tribunale dei minori (7,8%). Il grafico che segue evidenzia con chiarezza la molteplicità delle prestazioni erogate dall'Area sociopedagogica. Nel gruppo „Altre prestazioni“ rientrano 26 ulteriori prestazioni, ciascuna delle quali tuttavia costituisce meno dell'1% delle prestazioni complessive erogate.

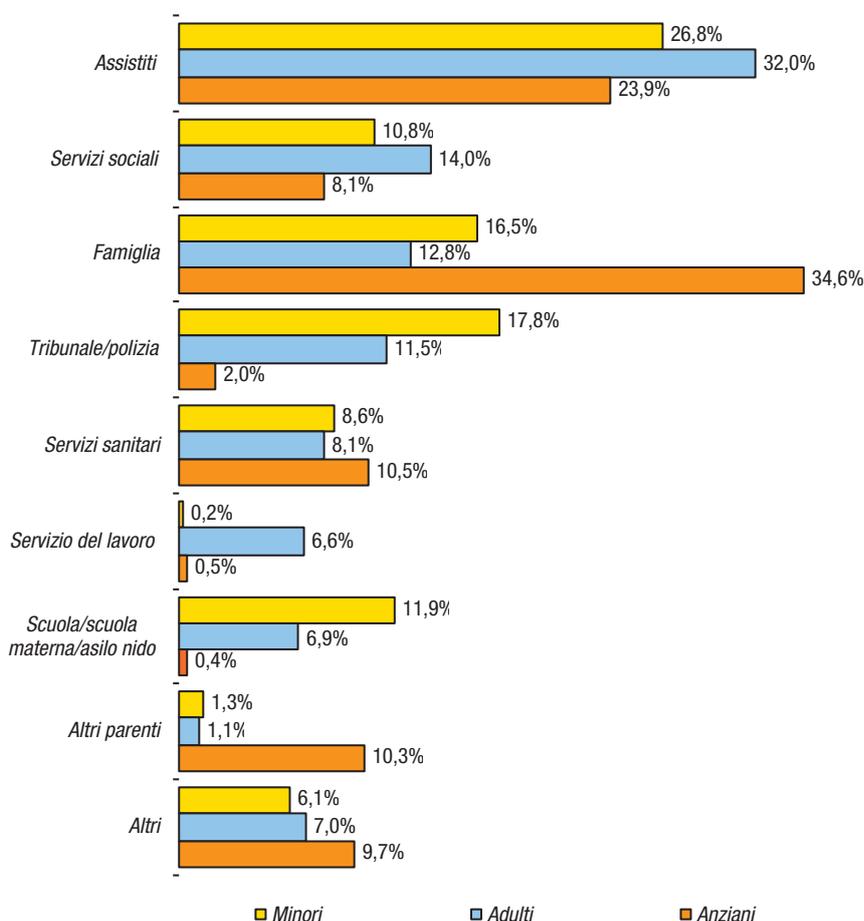
Grafico 3.4: Prestazioni erogate agli assistiti, 2012



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 (34,6%), dagli anziani stessi (23,9%) o da altri parenti (10,3%). Per gli adulti circa un terzo (32,0%) delle richieste è presentato dagli stessi interessati. Col 14,0%, anche i servizi sociali hanno svolto qui un ruolo importante, mentre al terzo posto seguono i familiari (12,8%). Nel caso dei minori, oltre all'iniziativa individuale dell'interessato (26,8%) e della famiglia (16,5%) hanno un peso rilevante anche istituzioni come il tribunale dei minori/la polizia (17,8%) e la scuola/scuola materna (11,9%).

SOGGETTI DENUNCIANTI

Grafico 3.5: Persone assistite dall'Area sociopedagogica per origine della denuncia, 2012



### 3.1.3 MINORI

#### SITUAZIONE FAMILIARE

Per quanto riguarda l'ambiente familiare dei minori assistiti, in oltre 4 casi su 10 (44,4%) si tratta di figli di genitori coniugati. Appaiono tuttavia sovrarappresentati i figli di genitori separati (26,6%). La maggior parte dei minori vive presso la famiglia di origine (87,3%). In tre quarti dei casi (75,8%) la patria potestà viene quindi esercitata dai due genitori, e solo in meno di un quinto dei casi (16,1%) dalla sola madre.

Grafico 3.6: Minori assistiti per situazione familiare, 2012

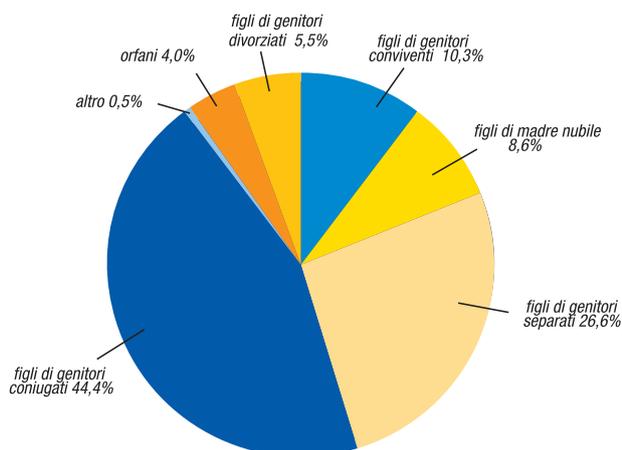


Grafico 3.7: Minori assistiti per tipologia di residenza, 2012

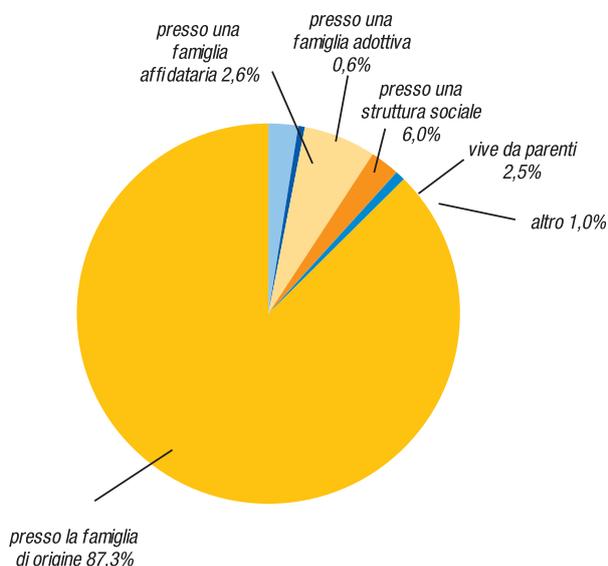
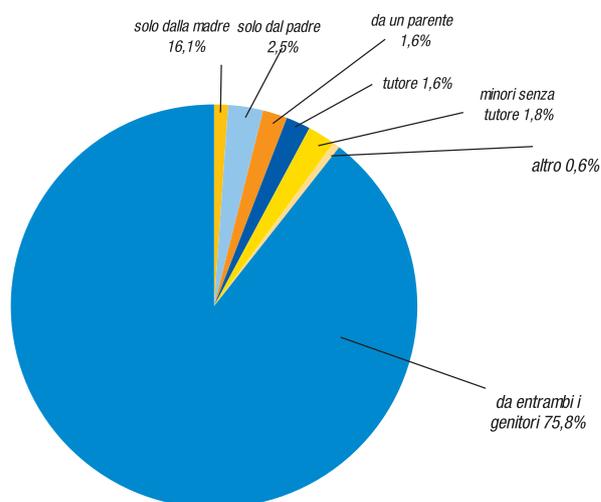


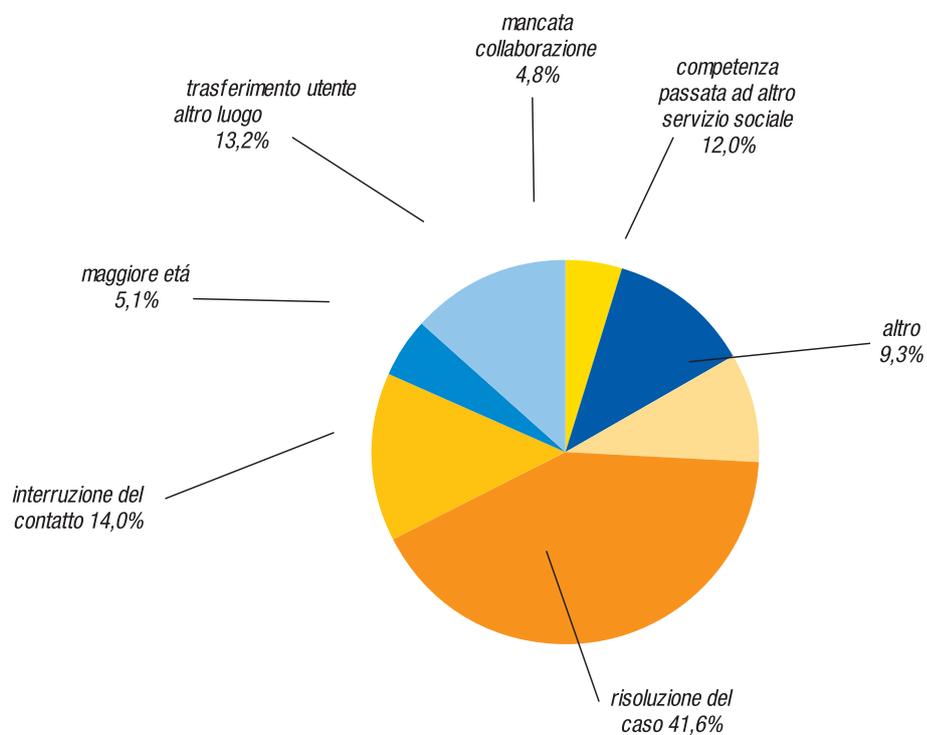
Grafico 3.8: Minori assistiti per soggetto esercitante la patria potestà, 2012



Nel 2012 l'assistenza è stata portata a conclusione per complessivamente 778 minori, in oltre il 40% dei casi perché il problema è stato risolto completamente. Il 14,0% delle assistenze prestate si è concluso per interruzione dei contatti. 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 (12,0%), per il raggiungimento della maggiore età (5,1%), per il suo trasferimento ad altra residenza (13,2%) o per la sua scarsa collaborazione (4,8%).

MOTIVI DELL'INTERRUZIONE DELL'ASSISTENZA

Grafico 3.9: Minori assistiti per motivo dell'interruzione, 2012



## 3.2 SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI E ASSISTENZIALI

### 3.2.1 ASSISTENZA FAMILIARE / ASSISTENZA INFORMALE

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. 10.3). 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.

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. 10.3), 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.

Non sono al momento disponibili dati aggiornati sul numero di badanti operanti privatamente. Stando ad un rilevamento pubblicato nel 2011 dall'ASTAT, a ricorrere all'aiuto di personale domestico è il 5,5% delle famiglie altoatesine, mentre il 2,0% si avvale di badanti private per assistere un familiare anziano o disabile.<sup>1</sup> 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. 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 probabilmente utilizzato in particolare quando i familiari assistenti non convivono con l'assistito. Le collaboratrici familiari e le badanti sono diventate nel frattempo parte integrante dello scenario dell'assistenza in Alto Adige, e colmano con il loro lavoro le lacune assistenziali 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.

IMPORTANZA  
DELL'ASSISTENZA  
FAMILIARE

CARICO DI LAVORO DEI  
FAMILIARI ASSISTENTI

ASSISTENZA INFORMALE  
/ COLLABORTRICI  
FAMILIARI E BADANTI  
STRANIERE

<sup>1</sup> ASTAT (ed.), 16 gennaio 2011 – Giornata mondiale degli emigranti e dei profughi, in: ASTAT-Info, 01/2011, pag. 3-4.

CARATTERISTICHE  
STRUTTURALI  
DELL'ASSISTENZA  
DOMICILIARE

NUMERO ED ETÀ  
DEGLI ASSISTITI

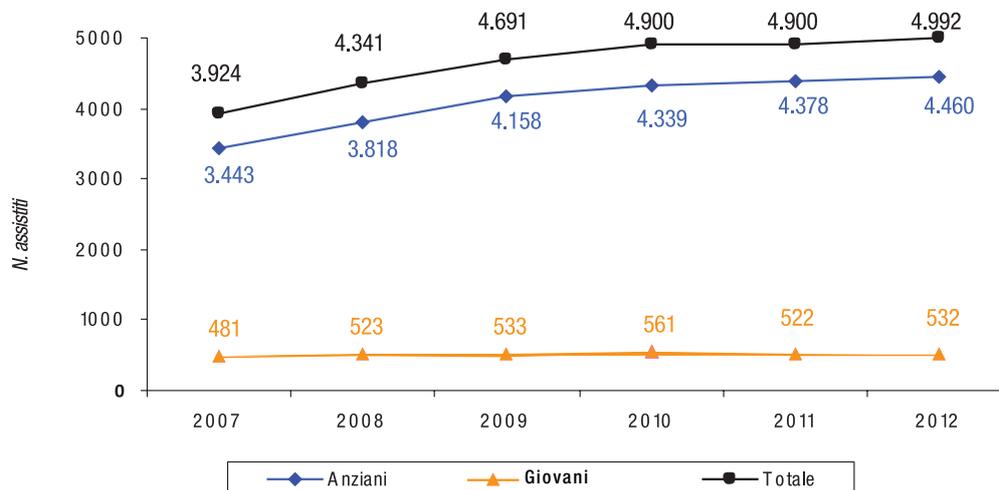
### 3.2.2 ASSISTENZA DOMICILIARE

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 26 unità di offerta. L'assistenza domiciliare viene gestita dai Servizi sociali delle sette Comunità comprensoriali, dall'Azienda per i servizi sociali di Bolzano e, su base convenzionata, da alcuni gestori privati dell'area non profit. 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 2012, il servizio di assistenza domiciliare ha fornito servizi domiciliari complessivamente a 4.992 persone. Rispetto all'anno precedente si segna qui un lieve incremento del 1,9%, che porta l'aumento complessivo dalla fine del 2007 al 27,2%: incrementi considerevoli, strettamente correlati con l'introduzione della copertura della non autosufficienza (vedi cap. 10.3). 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 2012, come del resto anche nel 2011, sull'89,3%. In termini assoluti, il numero di assistiti si mantiene stabile da alcuni anni per quanto riguarda i minori, variando di norma tra le 520 e le 560 persone. Questa distribuzione per età rispecchia la ben maggiore necessità di aiuto e il rischio di non autosufficienza degli anziani, e di conseguenza la scelta politico-sociale di concentrare i servizi di assistenza domiciliare sugli anziani.

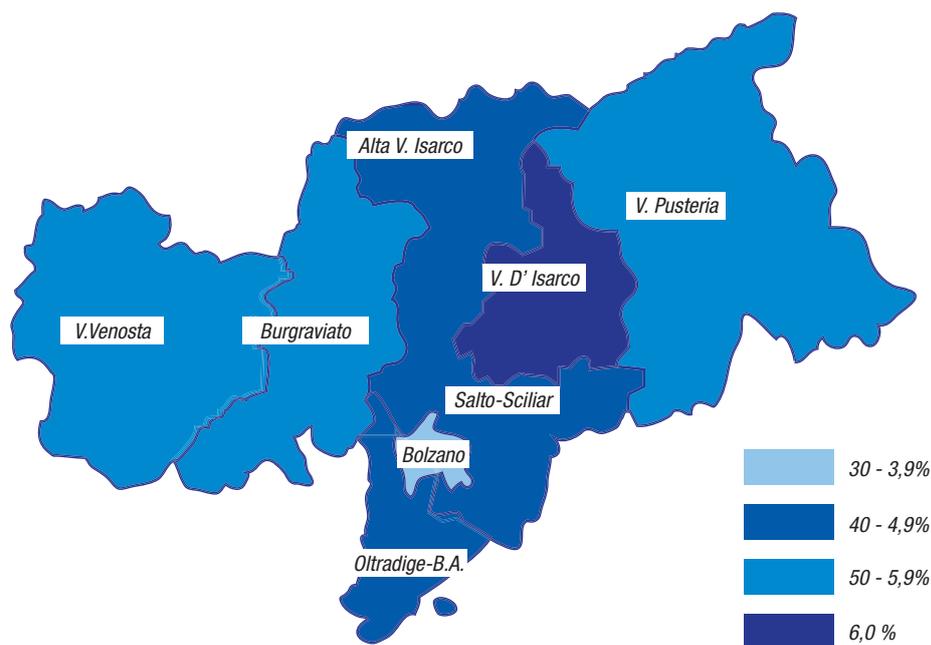
Grafico 3.10: Assistiti dell'assistenza domiciliare per fasce di età, 2007-2012



INDICE DI PENETRAZIONE

Complessivamente l'assistenza domiciliare ha raggiunto l'1,0% della popolazione e il 4,7% degli ultrasessantaquattrenni. Nella maggior parte delle Comunità comprensoriali viene tuttavia assistito più del 4,7% degli anziani. Fanno eccezione Bolzano (3,0%) e l'Alta Valle Isarco (4,7%). Per quanto attiene gli ultrasettantacinquenni, gli indici di penetrazione oscillano tra il 5,4% di Bolzano e l'11,4% della Val d'Isarco. Naturalmente questo dato non tiene conto dell'assistenza fornita dai privati (vedi oltre).

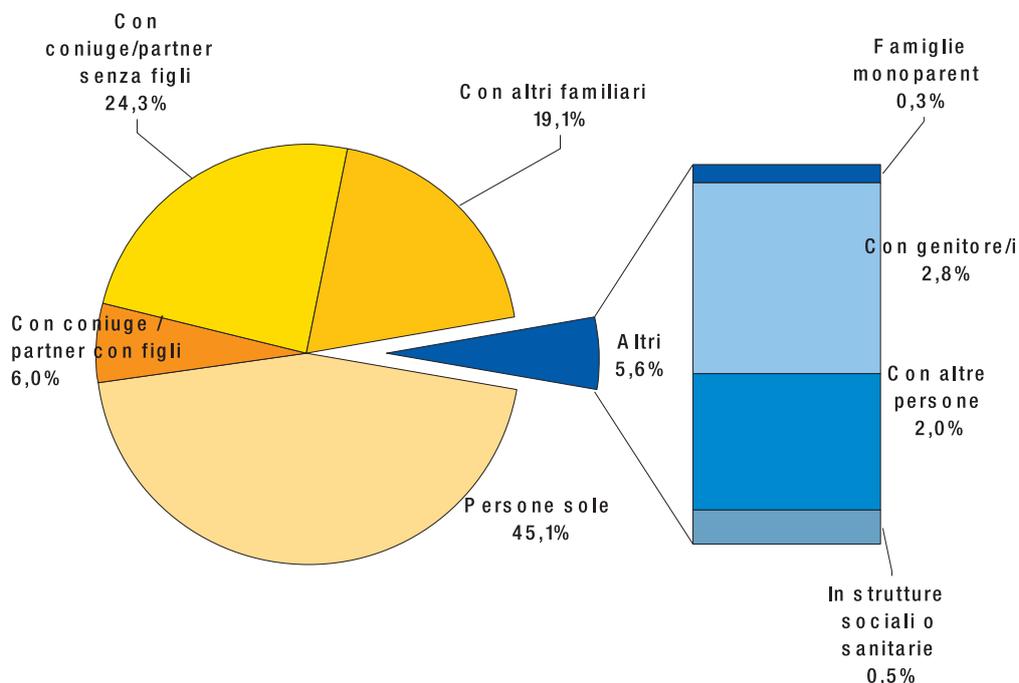
**Grafico 3.11: Presenza percentuale di anziani beneficiari dell'assistenza domiciliare rispetto alla popolazione ultrasessantaquattrenne, (per Comunità comprensoriale)**



SITUAZIONE FAMILIARE

Tra i beneficiari dell'assistenza domiciliare, quasi una persona su due (45,1%) vive sola. Il ricorso al supporto professionale dipende di certo non da ultimo dall'assenza di un aiuto familiare (vedi oltre). Né questa osservazione viene confutata dal fatto che quasi un quarto (24,3%) dei clienti dell'assistenza domiciliare vive con il coniuge o il partner (senza figli): 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, 2012



PRESTAZIONI EROGATE

Le prestazioni si sono leggermente ridotte rispetto all'anno precedente (-1,1%), passando da 306.170 a 302.804 ore. Ciononostante in un arco temporale di cinque anni si registra un aumento del 22,6% (2008: 247.058). La contrazione dell'1,1% riscontrata nel 2012 va tuttavia interpretata considerando l'incremento della clientela in termini assoluti (2011: 4.900; 2012: 4.992).

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

La prestazione più significativa sul piano quantitativo resta ancora l'igiene personale, che impegna il 55,5% delle ore di servizio erogate, seguita dall'aiuto domestico (16,1%). Le altre prestazioni si distribuiscono tra il lavoro sociopedagogico e sociogeragogico (13,5%), l'attività fisica (7,8%), l'accompagnamento/trasporto (4,0%) e l'assistenza medica (3,1%). Tuttavia si osservano considerevoli differenze a livello territoriale nel range delle prestazioni. Così ad esempio in Val d'Isarco e in Val Pusteria l'aiuto domestico ha con il 34,1% e il 26,6% una rilevanza sensibilmente superiore a quella che esso ha nelle altre Comunità comprensoriali, mentre a Bolzano tre quarti delle ore di servizio prestate (75,4%) riguardano l'igiene personale.

Tabella 3.3: Assistenza domiciliare: ore erogate per tipologia di prestazione e distretto, 2012

Distretto sociale	Assistiti	Prestazioni erogate ed ore						Totale
		Igiene personale	Aiuto domestico	Attività fisica	Accomp.e trasporto	Assist. medica	Lavoro socio-pedagogico	
Alta Val Venosta	164	4.885	430	397	299	593	972	7.576
Media V. Venosta	201	5.418	352	844	1.355	564	1.295	9.828
<b>Val Venosta</b>	<b>365</b>	<b>10.303</b>	<b>782</b>	<b>1.241</b>	<b>1.654</b>	<b>1.157</b>	<b>2.267</b>	<b>17.404</b>
Naturno	103	2.222	193	74	281	827	3.198	6.795
Lana	255	10.247	917	3.908	146	553	1.988	17.759
Merano	645	21.012	5.493	969	4.160	842	5.362	37.838
Val Passiria	114	2.240	964	2.350	321	1.039	2.645	9.559
<b>Burgraviato</b>	<b>1.117</b>	<b>35.721</b>	<b>7.567</b>	<b>7.301</b>	<b>4.908</b>	<b>3.261</b>	<b>13.193</b>	<b>71.951</b>
Oltradige	209	5.023	1.118	2.468	215	195	23	9.042
Laives-Bronz.-Vad.	161	6.639	678	107	114	25	317	7.880
B. atesina	337	7.656	1.990	1.513	648	1.743	2.500	16.050
<b>Oltr.-B.atesina</b>	<b>707</b>	<b>19.318</b>	<b>3.786</b>	<b>4.088</b>	<b>977</b>	<b>1.963</b>	<b>2.840</b>	<b>32.972</b>
Gries-S. Quirino	236	9.896	403	0	3	0	1.109	11.411
Europa-Novac.	176	6.792	1.741	2	5	1	151	8.692
Don Bosco	145	11.356	735	0	3	0	283	12.377
Centro-Piani-R.	132	5.430	2.138	19	78	109	2.097	9.871
Oltris.-Asiago	113	3.542	881	2	37	2	746	5.210
<b>Bolzano</b>	<b>802</b>	<b>37.016</b>	<b>5.898</b>	<b>23</b>	<b>126</b>	<b>112</b>	<b>4.386</b>	<b>47.561</b>
V. Gardena	123	2.683	192	775	432	40	589	4.711
V.d'Ega-Sciliar	196	4.292	559	1.039	342	274	772	7.278
Salto-Sar.-R.	144	2.417	225	137	164	105	369	3.417
<b>Salto-Sciliar</b>	<b>463</b>	<b>9.392</b>	<b>976</b>	<b>1.951</b>	<b>938</b>	<b>419</b>	<b>1.730</b>	<b>15.406</b>
Bressanone	393	8.973	8.946	1.077	7.122	2.627	1.837	30.582
Chiusa	219	4.776	2.406	242	1.461	553	2.669	12.107
<b>Val d'Isarco</b>	<b>612</b>	<b>13.749</b>	<b>11.352</b>	<b>1.319</b>	<b>8.583</b>	<b>3.180</b>	<b>4.506</b>	<b>42.689</b>
<b>Alta Valle Isarco</b>	<b>169</b>	<b>4.858</b>	<b>4.440</b>	<b>2.282</b>	<b>2.765</b>	<b>858</b>	<b>677</b>	<b>15.880</b>
Tures-V. Aurina	116	4.582	2.439	959	1.247	425	523	10.175
Brunico	337	13.593	9.850	5.025	3.953	642	355	33.418
A. V. Pusteria	156	4.178	1.922	1.097	345	88	435	8.065
Val Badia	148	3.698	1.075	2.280	197	472	0	7.722
<b>Val Pusteria</b>	<b>757</b>	<b>26.051</b>	<b>15.286</b>	<b>9.361</b>	<b>5.742</b>	<b>1.627</b>	<b>1.313</b>	<b>59.380</b>
<b>Totale provincia</b>	<b>4.992</b>	<b>156.408</b>	<b>50.087</b>	<b>27.566</b>	<b>25.693</b>	<b>12.577</b>	<b>30.912</b>	<b>303.243</b>

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 giorni festivi e alla sera.

## PERSONALE

Alla fine del 2012 risultavano occupate nell'assistenza domiciliare 505 persone, per un totale di 396,7 unità equivalenti a tempo pieno. L'età media degli operatori è di 41,3 anni. Il 40,7% del personale retribuito ha un'età compresa tra 40 e 49 anni, mentre circa un quarto (28,3%) ha tra i 30 e i 39 anni. Nell'assistenza domiciliare continuano ad operare quasi esclusivamente donne (92,2%). Il personale (collaboratori equivalenti a tempo pieno) è rimasto più o meno invariato rispetto al 2011, passando dalle 393,2 (2011) alle 396,7 (2012) unità.

Tra i collaboratori predominano i profili professionali dell'assistente geriatrico e dell'assistente socio-assistenziale (38,9% in termini di unità equivalenti a tempo pieno) e quello dell'operatore socio-assistenziale (32,0%). La percentuale degli assistenti per disabili e degli educatori per disabili, con lo 1,7%,

ORARI DI EROGAZIONE  
DEI SERVIZI

ETÀ E SESSO

PROFILI PROFESSIONALI

CARICO DI LAVORO  
ED ASSISTENZA PRESTATATA

si sta avvicinando allo zero.

Su base annua, nel 2012 un operatore a tempo pieno ha assistito in media 12,8 persone. In tal modo il carico di lavoro per operatore a tempo pieno risulta essere leggermente aumentato rispetto al 2011 (2011: 12,5). Tra le Comunità comprensoriali continuano tuttavia ad osservarsi considerevoli differenze. Il numero di persone assistite per operatore oscilla infatti tra le 9,8 dell'Alta Valle Isarco e le 15,9 del Burgraviato. 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 80,9 ore, quello più basso nella Comunità comprensoriale Val Venosta con 42,0 ore. Nell'interpretare questi dati va tenuto presente che questi indicatori oscillano 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, 2012

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	365	15.346	28,5	42,0	12,8	538,5
Burgraviato	1.117	71.461	70,4	64,0	15,9	1.015,1
Oltr.-B. Ates.	707	35.208	49,3	49,8	14,3	714,2
Bolzano	802	59.456	67,7	74,1	11,8	878,2
Salto-Sciliar	463	25.234	38,4	54,5	12,1	657,1
Val d'Isarco	612	33.618	45,7	54,9	13,4	735,6
Alta V. Isarco	169	13.680	17,2	80,9	9,8	795,3
Val Pusteria	757	48.801	73,9	64,5	10,2	660,4
<b>Totale provincia</b>	<b>4.992</b>	<b>302.804</b>	<b>391,2</b>	<b>60,7</b>	<b>12,8</b>	<b>774,0</b>

CARATTERISTICHE  
DEL FABBISOGNO

Nonostante le differenze a livello territoriale, nella maggior parte dei casi la domanda di prestazioni di assistenza domiciliare ha incontrato una risposta positiva in tempi brevi, nel senso di una buona rispondenza dei criteri di accesso al servizio (vedi oltre). Sull'erogazione del servizio decide di norma la direzione operativa del servizio di assistenza domiciliare competente per territorio. Criterio rilevante è qui la circostanza che il richiedente non sia in grado di svolgere autonomamente attività essenziali della vita quotidiana e non possa ricorrere all'aiuto di familiari. Di norma tuttavia nell'arco di una settimana non si possono erogare - alle tariffe sovvenzionate pubblicamente - più di 20 ore di assistenza domiciliare. Al momento la tariffa massima è di 23,70 Euro, mentre quella minima - a seconda del livello di non autosufficienza - varia tra 3,70 e 12,70 Euro.

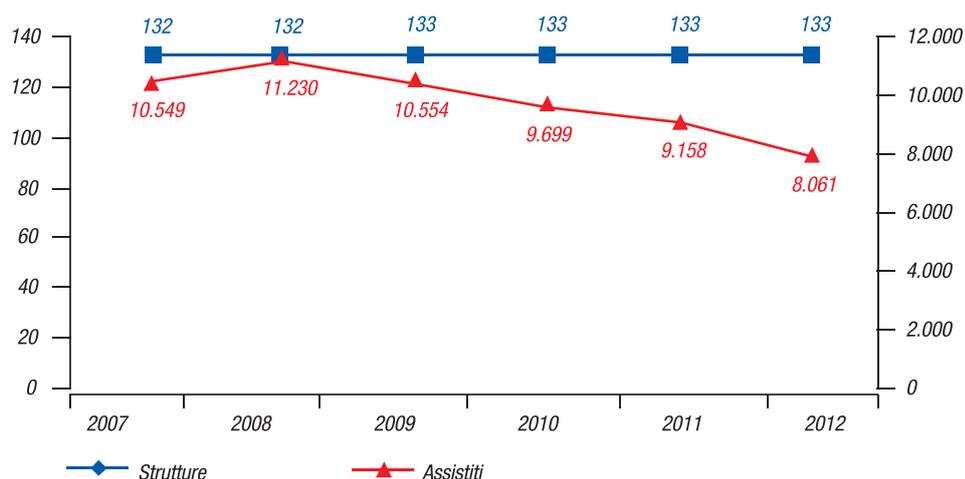
### PASTI A DOMICILIO

Il servizio dei “pasti a domicilio” erogato dai servizi domiciliari viene offerto in tutti i Distretti provinciali. Nel 2012 2.488 persone hanno utilizzato questo servizio, che ha distribuito complessivamente 396.589 pasti. Il numero di utenti e di pasti somministrati è diminuito rispetto al 2011 rispettivamente del 5,1% (utenti) e del 6,6% (pasti). Come negli anni precedenti, oltre il 90% degli utenti è costituito da ultrasessantaquattrenni, mentre oltre tre quarti (79,6%) 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 dei centri diurni è diminuito in continuazione in questi ultimi anni, riducendosi dal 2008 al 2012 di 3.169 unità, cioè del 28,2%. Questa contrazione può ragionevolmente correlarsi con l’introduzione della copertura della non autosufficienza.

Grafico 3.11: Centri diurni: strutture ed assistiti, 2007-2012



Gli assistiti sono nel 94,6% dei casi anziani (65 anni e più), mentre oltre tre quarti (74,6%) ha già raggiunto i 74 anni di età. Su un piano puramente statistico, nel 2012 ha fatto ricorso alle offerte dei centri diurni il 8,0% di tutti gli ultrasessantacinquenni (indice di penetrazione). A livello di Comunità comprensoriali, l’indice di penetrazione presentava variazioni comprese tra 5,3 (Burgraviato) e 9,3 (Bolzano) (vedi tab. 3.5).

Per il grande numero di strutture e i limitati orari di apertura, il personale retribuito (40 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 28,1 persone. Si tratta prevalentemente di assistenti geriatrici e socioassistenziali (22,5 equivalenti effettivi a tempo pieno).

SERVIZIO EROGATO

SVILUPPO DEL SERVIZIO

INDICE DI PENETRAZIONE

PERSONALE

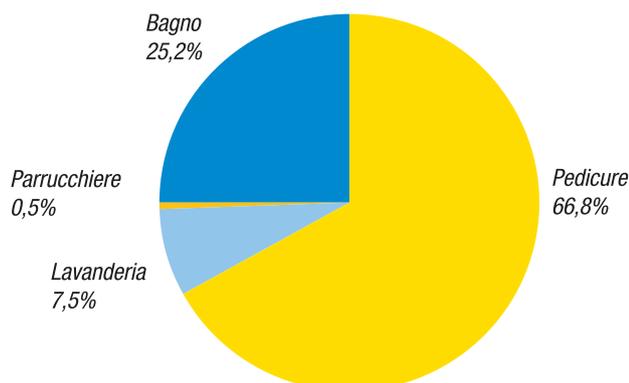
Tabella 3.5: Assistiti nei centri diurni, 2012

Comunità comprensoriale	Centri diurni	Assistiti	< 65 anni	> 65 anni	Carico assistenziale (65 +)	Operat. (equiv. a tempo pieno)
Val Venosta	11	519	40	479	8,3	1,4
Burgraviato	31	1.042	41	1.001	5,3	5,2
Oltr.-B. Ates.	24	1.174	50	1.124	8,5	2,1
Bolzano	5	2.355	72	2.283	9,3	13,8
Salto-Sciliar	13	775	44	731	8,8	2,0
Val d'Isarco	10	860	72	788	8,9	4,4
Alta V. Isarco	17	241	17	224	7,2	1,2
Val Pusteria	22	1.095	100	995	7,9	3,7
<b>Totale</b>	<b>133</b>	<b>8.061</b>	<b>436</b>	<b>7.625</b>	<b>8,0</b>	<b>28,1</b>

SERVIZI OFFERTI

I centri diurni erogano principalmente prestazioni di igiene della persona, anzitutto pedicure (66,8%). Segue a sensibile distanza il bagno (25,2%), quasi sempre assistito.

Grafico 3.14: Prestazioni erogate, 2012



PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2012 sono state erogate complessivamente 38.503 prestazioni a 8.061 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, 2012

Distretto sociale	Utenti	Prestazioni				Totale
		Pedicure	Bagno	Parrucchiere	Lavanderia	
<b>Val Venosta</b>	<b>519</b>	<b>925</b>	<b>1.414</b>	<b>0</b>	<b>239</b>	<b>2.569</b>
Alta Val Venosta	186	218	856	0	230	1.304
Media Val Venosta	333	707	558	0	0	1.265
<b>Burgraviato</b>	<b>1.042</b>	<b>3.362</b>	<b>1803</b>	<b>43</b>	<b>623</b>	<b>5.831</b>
Naturo e circondario	73	134	240	0	68	442
Lana e circondario	357	780	240	5	32	1.057
Merano e circondario	552	2.381	682	38	292	3.393
Val Passiria	60	67	641	0	231	939
<b>Oltr. - Bassa ates.</b>	<b>1174</b>	<b>3.804</b>	<b>351</b>	<b>1</b>	<b>148</b>	<b>3.426</b>
Oltradige	402	1.319	250	2	24	1.595
Laives-Bronz.-Vad.	342	1.302	0	33	1	1.336
Bassa Atesina	430	1.183	803	17	156	2.159

<b>Bolzano</b>	<b>2.355</b>	<b>10.207</b>	<b>1.234</b>	<b>62</b>	<b>599</b>	<b>12.102</b>
Gries-S. Quirino	750	3.148	500	0	120	3.768
Europa-Novacella	435	1.803	137	0	144	2.084
Don Bosco	480	2.035	132	0	109	2.276
Centro-Piani-Rencio	370	1.817	367	62	142	2.388
Oltrisarco-Aslago	320	1.404	98	0	84	1.586
<b>Salto-Sciliar</b>	<b>775</b>	<b>2.248</b>	<b>1.263</b>	<b>1</b>	<b>145</b>	<b>3.657</b>
Val Gardena	201	560	420	0	7	987
Val d'Ega-Sciliar	296	993	292	0	16	1.301
Salto-V. Sar.-Renon	278	695	551	1	122	1.369
<b>Val d'Isarco</b>	<b>860</b>	<b>2.237</b>	<b>879</b>	<b>1</b>	<b>414</b>	<b>3.531</b>
Bressanone e circ.	571	1.654	628	1	180	2.463
Chiusa e circondario	289	583	251	0	234	1.068
<b>Alta Valle Isarco</b>	<b>241</b>	<b>504</b>	<b>658</b>	<b>25</b>	<b>216</b>	<b>1.403</b>
<b>Val Pusteria</b>	<b>1.095</b>	<b>2.430</b>	<b>1.411</b>	<b>0</b>	<b>479</b>	<b>4.320</b>
Tures-Valle Aurina	76	87	259	0	113	459
Brunico e circ.	727	1.546	339	0	114	1.999
Alta Val Pusteria	230	726	618	0	27	1.371
Val Badia	62	71	195	0	225	491
<b>Totale provincia</b>	<b>8.061</b>	<b>25.717</b>	<b>9.715</b>	<b>184</b>	<b>2.887</b>	<b>38.503</b>

### 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 2012 l'assistenza domiciliare programmata delle aziende sanitarie ha garantito un servizio a complessivamente 2.190 utenti (con un incremento del 11,5% rispetto all'anno precedente), oltre la metà dei quali (1.272) 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 2012 l'ADI ha seguito con le sue equipe miste socio-sanitarie 742 pazienti, quasi un quinto in più rispetto all'anno precedente (614). Nell'assistenza domiciliare integrata l'impegno del servizio è sensibilmente più elevato che in quella programmata, in termini sia temporali che economici. In media, nell'assistenza domiciliare integrata sono stati assicurati 3,3 interventi mensili per paziente, mentre nell'assistenza programmata gli interventi mensili si sono attestati sul valore di 1,5. 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), 2012

Distretti sanitari					
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistiti all'anno	97	106	411	128	742
Media degli interventi mensili per paziente	4,0	4,7	1,6	2,9	3,3
Assistenza domiciliare programmata (ADP)	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistiti all'anno	1.272	584	189	145	2.190
Media degli interventi mensili per paziente	1,0	2,5	1,3	1,3	1,5

Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2012

ASSISTENZA  
DOMICILIARE  
PROGRAMMATA

ASSISTENZA  
DOMICILIARE INTEGRATA

SITUAZIONE GENERALE

**OFFERTA PRIVATA**

Anche per l’assistenza domiciliare esistono svariate iniziative private a integrare l’attività dei Distretti sociali. Accanto all’assistenza domiciliare della Caritas vanno qui annoverati il servizio offerto da Lebenshilfe Mobil (LM) – già Mobiler Hilfsdienst (MOHI) – e dalle cooperative sociali „AGAPE“ e „Itaca“. Dal marzo 2012 la Caritas, che già da alcuni anni gestisce l’assistenza domiciliare in più distretti del Burgraviato, opera anche nel comune di Merano con 14.000 ore convenzionate di assistenza e cura all’anno. La Lebenshilfe Mobil, convenzionata con la Comunità comprensoriale Val d’Isarco, 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 all’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 essa opera in convenzione con l’Azienda sociale di Bolzano e con la Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina. La cooperativa sociale „Itaca“ presenta dal canto suo un profilo di attività simile ed è convenzionata con la Comunità comprensoriale Val Pusteria.

**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. Per 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. Negli ultimi cinque anni il numero di assistiti è aumentato di quasi un quarto (22,0%). L’incremento è dovuto sostanzialmente all’aumento degli adulti assistiti (+ 30,7% rispetto al 2008). In ogni caso quasi due terzi (63,8%) degli assistiti sono costituiti 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 2012 si sia ancora una volta sensibilmente ridotto il numero di interruzione dei rapporti.

I mutamenti prodotti all’assistenza in generale (sia sul piano finanziario che su quello organizzativo) dall’introduzione della copertura della non autosufficienza hanno necessariamente finito per influenzare anche l’assistenza domiciliare, come risulta evidente anche nello sviluppo del numero di assistiti: dal 2008 il numero di utenti è aumentato del 15,0% e quello delle ore di assistenza addirittura del 22,6%. 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. 10.3)

COMPITI

AREA SOCIOPEdagogICA

ASSISTENZA  
DOMICILIARE

dimostrano inoltre che anche le persone fortemente non autosufficienti vengono spesso assistite a casa propria. È anche positivo il fatto che 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.

ASSISTENZA DA PARTE  
DEI FAMILIARI

CENTRI DIURNI

CAMBIAMENTI NELLA  
STRUTTURA  
FAMILIARE

PROFESSIONE  
E FAMIGLIA

RAPPORTO  
FAMIGLIA - ISTITUZIONI  
PUBBLICHE

SITUAZIONE  
ECONOMICA

## 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. Mentre a livello nazionale si contano 181,9 divorzi ogni 1.000 matrimoni, in Alto Adige i matrimoni che si concludono davanti al giudice sono sensibilmente più numerosi, cioè 222,5. Nel 27,6% di tutte le coppie divorziate nel 2012 non vi sono figli.<sup>1</sup> Il fatto che il tasso di divorzialità in Alto Adige sia relativamente basso rispetto all’Austria e ad altri paesi contermini non toglie peraltro che il rischio di separazione continua a crescere. 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 29,9% al secondo posto.<sup>2</sup> 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 2012 il tasso di occupazione delle donne si attestava sul 68,1%,<sup>3</sup> a fronte del 63,7% del 2008. 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.

Purtroppo non sono disponibili dati recenti sulla situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie altoatesine. L’ultimo rilevamento dell’ASTAT (2008) rivela tuttavia come i nuclei familiari più numerosi (con tre o più figli a carico) presentino il reddito pro capite più basso, e quanti più figli vivono a carico dei genitori, tanto più basso diventa il reddito familiare complessivo.<sup>4</sup> Né probabilmente la situazione è mutata nel frattempo, visto che con l’aumentare del numero di figli crescono anche le spese familiari dirette. Inoltre 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. E se anche l’amministrazione provinciale cerca di migliorare la situazione economica delle

<sup>1</sup> ASTAT, *Separazioni e divorzi* - 2012, in: Info ASTAT n. 56/2013.

<sup>2</sup> ASTAT, *Annuario statistico 2012*, pagg. 111, 113.

<sup>3</sup> Donne lavoratrici e disoccupate rispetto alla popolazione femminile in età da lavoro (15-64 anni).

<sup>4</sup> ASTAT (ed.), *Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige, 2008-2009*, Bolzano, pagg. 27, 34.

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 esplicarsi 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. In questo senso la nuova legge sullo sviluppo della famiglia (L.p. 17 maggio 2013, n. 8 „Sviluppo e sostegno della famiglia in Alto Adige“) definisce famiglie „tutti i nuclei familiari e le diverse forme di convivenza, nei quali componenti della stessa generazione o di generazioni diverse hanno uno stretto legame fra loro, si prendono cura vicendevole e assumono responsabilità reciproche“.

Con tale legge la politica della famiglia assume per la prima volta un contorno giuridico complessivo. L'attuazione della legge costituisce peraltro un processo pluriennale, con tre obiettivi sovraordinati.

Il primo pilastro è rappresentato da un rafforzamento quanto più precoce possibile della famiglia nel suo insieme, e quindi da un miglioramento delle condizioni quadro necessarie per garantire un futuro all'istituto della famiglia. Rientrano qui fra 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 ormai da anni alle organizzazioni di pubblica utilità (pubbliche e private) 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 meglio coordinare e mettere in rete gli interventi di politica della famiglia, la nuova legge prevede inoltre l'istituzione di un' „Agenzia per la famiglia“ nonché di una „Consulta per la famiglia“ quali organi consultivi della Giunta provinciale.

Il secondo pilastro della politica altoatesina della famiglia è quello che punta ad una maggior conciliabilità tra lavoro e famiglia grazie al potenziamento, previsto dalla nuova legge, della relativa offerta infrastrutturale e di servizi, con particolare riguardo all'offerta di assistenza alla prima infanzia. In questo

GENERALITÀ

INTERVENTI PRECOCI  
DI RAFFORZAMENTO  
DELLA FAMIGLIA

FAMIGLIA E LAVORO

**SOSTEGNO  
ECONOMICO ALLE  
FAMIGLIE**

contesto va vista anche l'armonizzazione del finanziamento e delle tariffe previste per le varie forme di assistenza alla prima infanzia (asili nido, microstrutture e servizio Tagesmutter), da perseguirsi entro il 1/1/2014. 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 (promozione all'interno delle aziende di una politica del personale orientata alle famiglie e creazione di stimoli finanziari per le aziende; promozione della creazione di strutture aziendali di assistenza).

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 2012 a circa 26.000 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. Va qui citata anche l'introduzione - deliberata con la nuova legge - di una „carta famiglia“ a livello provinciale, che consentirà alle famiglie con figli minori taluni sgravi economici negli acquisti e nel tempo libero. D'intesa con la Regione è inoltre prevista una verifica della legge, volta al rafforzamento della posizione pensionistica.

## 4.2 ASSISTENZA ALLA PRIMA INFANZIA

### 4.2.1 L'OFFERTA DI ASSISTENZA IN SINTESI

**SVILUPPO  
DELL'OFFERTA E  
GRADO DI COPERTURA**

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 2012, nei 13 asili nido e nelle 56 microstrutture diurne erano disponibili complessivamente 1.600 posti, integrati dai 854 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 9,9 a 15,3 tra il 2008 e il 2012. In tal modo si considera raggiunto l'obiettivo di 15 posti ogni 100 bambini previsto dall'attuale Piano sociale provinciale. 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).

Tabella 4.1: Ricettività dei servizi per la prima infanzia, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Asili nido pubblici	582	639	639	642	693
Microstrutture *	534	584	618	674	714
Microstrutture aziendali*	79	134	122	185	193
Servizio Tagesmutter**	411	706	742	813	854
<b>Ricettività complessiva</b>	<b>1.606</b>	<b>2.063</b>	<b>2.121</b>	<b>2.314</b>	<b>2.454</b>
Bambini da 0 a 3 anni	16.252	16.130	16.006	15.905	16.040
<b>Coefficiente di dotazione</b> (posti per 100 bambini 0-3 a.)	<b>9,9</b>	<b>12,8</b>	<b>13,3</b>	<b>14,5</b>	<b>15,3</b>

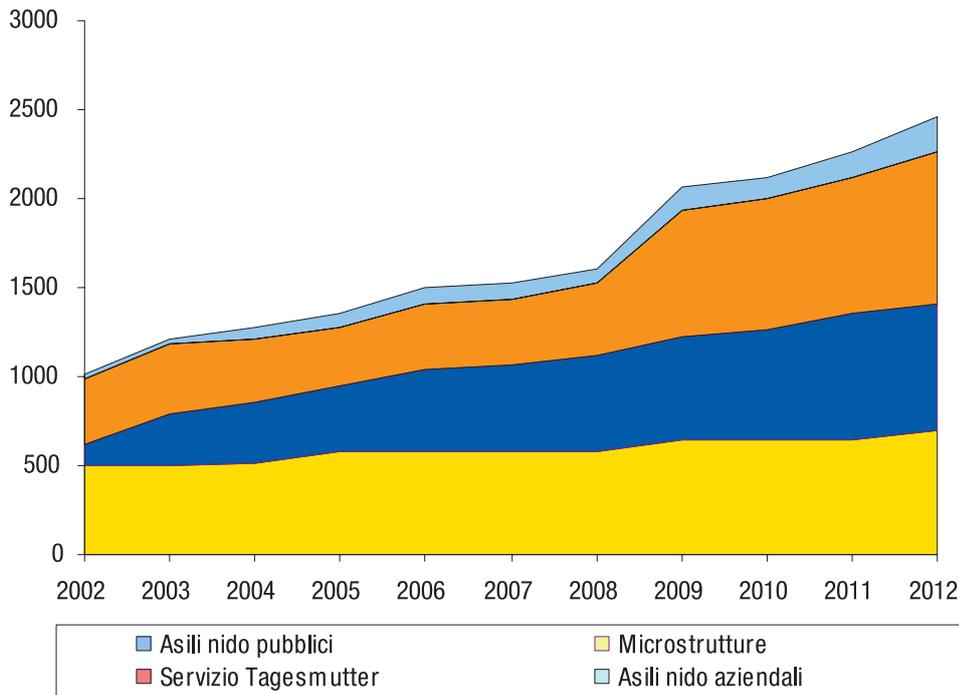
\* Non si considerano i posti assegnati a privati (complessivamente 21).

\*\* Nel 2008 la capacità ricettiva veniva calcolata moltiplicando per un fattore 3 il numero di Tagesmutter/Tagesvater in servizio. A partire dal 2009 si è invece preso a base il numero di posti effettivamente disponibili.

Fonte: Ripartizione Famiglia e politiche sociali – Ufficio Famiglia, donna e gioventù - Rip. 24; Ufficio Sanità – Rip. 23.

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 (2012) sono stati effettivamente assistiti presso le strutture 3.141 bambini, pari al 19,6% dei bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi.

Grafico 4.1: Ricettività dei servizi per la prima infanzia, 2002-2012



#### 4.2.2 ASILI NIDO

Al 31/12/2012 risultavano assistiti nei 13 asili nido 651 bambini, in prevalenza italofoeni (66,2%). Alla stessa epoca il tedesco era invece la lingua prevalente di solo un decimo circa dei bambini (9,8%). Questo maggior ricorso agli asili nido da parte della popolazione di lingua italiana è dovuto, oltre che a preferenze culturali, 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 italofoena. Il crescente numero di presenze straniere (vedi cap. 8.1.1) si rispecchia peraltro nell'aumento del numero di bambini che non parlano prevalentemente nessuna delle tre lingue della provincia, e che alla fine del 2012 erano già il 24,0% (nel 2010 costituivano ancora il 18,0%) Per l'assistenza alla 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 (7,4%) non aveva ancora raggiunto l'anno di vita. Come negli anni precedenti, la maggior parte dei bambini aveva più di due anni.

CARATTERISTICHE  
SOCIO-DEMOGRAFI-  
CHE DELL'UTENZA

Grafico 4.2: Utenti degli asili nido per lingua prevalente, 31/12/2012

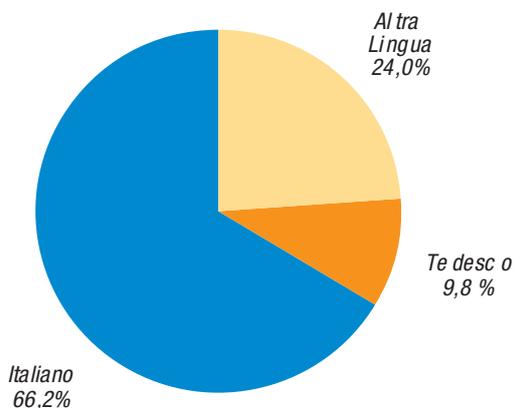
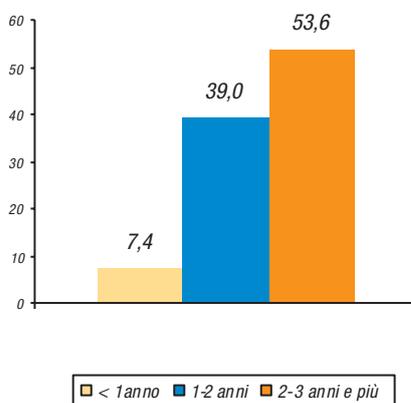


Grafico 4.3: Utenti degli asili nido per fascia di età, 31/12/2012



Fonte: ASTAT, 2013

**PERSONALE**

Negli asili nido gestiti dalla pubblica amministrazione erano presenti alla fine del 2012 complessivamente 199 operatori. Rispetto al 2011 l'organico è rimasto pressoché invariato, passando da 171,0 a 170,9 operatori equivalenti effettivi a tempo pieno. L'indice di copertura potenziale (numero di posti per operatore equivalente a tempo pieno) è quindi leggermente peggiorato, passando da 3,74 a 3,81. I profili professionali più rappresentati sono quelli degli assistenti all'infanzia (68,9% degli op. eq. t.p.) e degli ausiliari socio-assistenziali (13,8%).

**4.2.3 MICROSTRUTTURE DIURNE E ASILI NIDO AZIENDALI**

La tabella che segue illustra la ricettività, il numero di bambini assistiti al 31/12/2012 e nel corso dell'anno nonché l'organico delle microstrutture diurne private.

Tabella 4.2: Microstrutture diurne, 2012

<b>Microstrutture comunali, aziendali e strutture diurne miste</b>	<b>Posti</b> <i>(31/12/ 2012)</i>	<b>Bambini iscritti</b> <i>(31/12/ 2012)</i>	<b>Bambini assistiti</b> <i>(nel 2012)</i>
<b>Cooperativa Sociale Babycoop</b>			
<i>Bolzano, v. Rosmini (M)**</i>	15	13	20
<i>Bolzano, p.zza Don Bosco (M)**</i>	20	22	32
<i>Bolzano, v. Ortles</i>	14	14	23
<i>Bolzano, v. Gaismair (A)*</i>	15	10	24
<i>Bolzano, v.le Europa (M)**</i>	20	19	28
<b>Cooperativa Sociale Coccinella</b>			
<i>Bolzano, v. S. Quirino</i>	17	19	28
<i>Bolzano, v. Bari</i>	13	12	25
<i>Bolzano, Lungo Talvera S. Quirino (M)**</i>	20	19	44
<i>Bolzano, v. Combattenti (M)**</i>	17	15	30
<i>Merano, v. Haller</i>	20	23	41
<i>Bressanone, v. Durst (M)**</i>	30	29	60
<i>Varna</i>	19	27	46
<b>Cooperativa Sociale Casa Bimbo Tagesmutter</b>			
<i>Bolzano, v. Lorenz Böhler (A)*</i>	20	28	49
<i>Bolzano, v. Galilei (M)*</i>	15	13	27
<i>Bolzano, v. dei Vanga</i>	18	17	31
<i>Bolzano, v. Claudia Augusta 66</i>	18	16	30
<i>Bolzano, v. Claudia Augusta 48/B (M)**</i>	18	19	30
<i>S. Giacomo (Laives)</i>	20	20	38
<i>Bronzolo, Zona Artigianale (M)**</i>	20	5	21
<i>Bronzolo, v. Aquila Nera</i>	16	16	26
<i>Salorno</i>	17	10	20
<i>Egna</i>	18	21	33
<i>Merano, v. Marlengo 61/A (M)**</i>	20	22	43
<i>Vipiteno</i>	20	26	43
<i>Lagundo</i>	10	7	15
<i>S. Martino in Passiria</i>	18	17	35
<i>Badia</i>	20	26	39
<i>S. Cristina Val Gardena</i>	18	30	65
<i>S. Leonardo in Passiria</i>	10	11	19
<i>Merano, v. Marlengo 61/F (M)**</i>	15	5	12
<b>Cooperativa Sociale "Die Kinderfreunde Südtirol"</b>			
<i>Brunico, v. Bruder Willram (M)**</i>	17	21	32
<i>Brunico, v. M. Pacher</i>	20	19	36
<i>Vilpiano (Terlano)</i>	15	17	40
<i>Riscone (Brunico)</i>	9	7	19
<i>Dobbiaco</i>	10	17	24
<b>Cooperativa Sociale Tagesmütter</b>			
<i>Laces</i>	20	24	39
<i>Frangarto (Appiano)</i>	18	28	40
<i>Naturno</i>	20	23	39
<i>Lana, v. Arciduca Eugenio</i>	15	22	31
<i>Caldaro</i>	20	25	40

CARATTERISTICHE  
SOCIODEMOGRAFICHE

S. Michele (Appiano)	14	20	30
Vadena	9	9	14
Campo Tures	20	22	41
Silandro	15	21	33
Bolzano, v. Gebert Deeg (A)*	15	14	20
Termeno	10	10	19
Castelrotto	15	14	30
Nova Ponente	10	10	20
Cermes	10	10	10
Ora	15	16	19
Chiusa	15	16	16
<b>Cooperativa Sociale Popele</b>			
Sinigo (Merano) (M)**	16	19	30
Lana, v. Industriale (A)*	18	6	6
<b>Cooperativa Sociale Quarantacinque</b>			
Merano, v. Rossini (A)*	20	51	60
Bressanone, v. Dante (A)*	15	13	52
<b>Cooperativa Sociale Xenia</b>			
Bolzano, p.zza Fiera (A)*	16	11	17
<b>Totale</b>	<b>928</b>	<b>996</b>	<b>1.734</b>

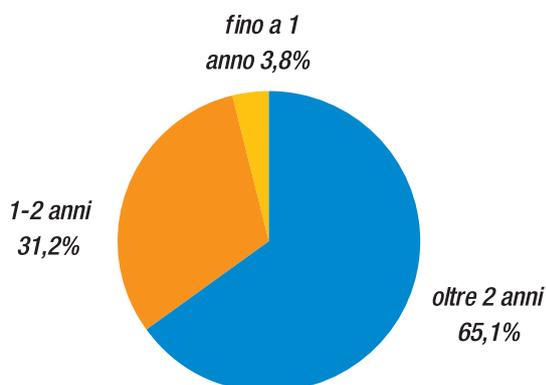
\* Microstruttura diurna Aziendale

\*\* Microstruttura diurna Mlsta (=microstrutture in cui vi sono posti riservati al comune e alle azien-de)

Fonte: Ripartizione Famiglia e politiche sociali – Ufficio Famiglia, donna e gioventù, 2013;  
Ripartizione Sanità – Ufficio Distretti sanitari, 2013.

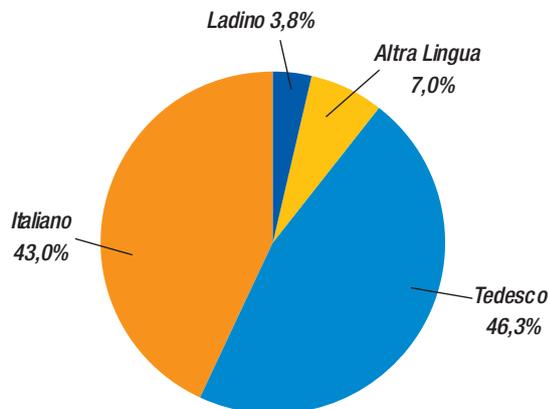
Quasi la metà (46,3%) dei bambini assistiti era germanofona, mentre una percentuale leggermente inferiore (43,0%) risultava parlare italiano, a fronte di un 3,8% di bambini di lingua ladina e di un 7,0% di bambini di altra lin-gua.. La fascia di età più numerosa era quella dei bambini con più di due anni (65,1%), seguita da quella dei bambini di 1-2 anni (31,2%). Solo un bambino su 25 aveva meno di un anno (3,8%).

Grafico 4.4: Utenti delle microstrutture diurne e delle microstrutture aziendali per fascia di età, 31/12/2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 4.5: Utenti delle microstrutture diurne e delle microstrutture aziendali per lingua prevalente, 31/12/2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Nelle microstrutture diurne e negli asili nido aziendali operavano alla fine del 2012 complessivamente 273 persone, pari a 213,1 operatori equivalenti a tempo pieno. Rispetto al 2011 si è quindi segnato un incremento del 4,8% (da 203,4 a 213,1 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 operatore equivalente a tempo pieno) tra il 2011 e il 2012 è rimasto praticamente invariato (da 4,23 a 4,26). Il profilo professionale più rappresentato è come ci si può aspettare quello degli assistenti all'infanzia (67,1% degli op. eq. tempo pieno).

#### 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 registro provinciale. 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, nel 2012 c'erano già 351. Se si prende a riferimento il numero di operatori effettivamente attivi l'incremento è solo leggermente inferiore (10,2%). Nel 2012 le 162 Tagesmutter attive hanno assistito in tutto 992 bambini di età compresa tra 3 mesi e 3 anni, con un impegno lavorativo di 184.256 ore.

PERSONALE

DEFINIZIONE E  
ORGANIZZAZIONE  
DELL'OFFERTA

POTENZIALITÀ DEL  
SERVIZIO

Tabella 4.3: Sviluppo del servizio Tagesmutter negli anni 2002-2012

Anno	Tagesmutter iscritte 31/12/2012	Tagesmutter attive 31/12/2012	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**
2011	332	152	918*	181.835	390.274**
2012	351	162	992*	184.256	387.721**

\* 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 per la famiglia, la donna e i minori - Rip. 24.

#### 4.2.5 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. Nel gennaio 2008, per rafforzare la collaborazione 13 centri genitori-bambini altoatesini si sono riuniti in un network. Rispetto al 2011, la rete comprende oggi 15 dei complessivamente 19 centri genitori-bambino presenti in provincia. Il numero di utenti delle diverse strutture varia molto in funzione delle dimensioni delle stesse e del loro bacino d'utenza.

### 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 nelle strutture residenziali e nei centri diurni ha luogo attraverso la mediazione e su proposta dell'assistenza sociopedagogica di base, anche in collaborazione con i servizi sanitari territoriali.

Nelle strutture residenziali vengono assistiti minori la cui situazione familiare rende necessaria una

OFFERTA DI  
STRUTTURE  
RESIDENZIALI

temporanea sistemazione diversa dalla famiglia e per i quali l'affido familiare non appare una soluzione indicata, come pure minori con disturbi psicopatologici. Nell'ambito delle comunità alloggio si distingue quindi tra comunità alloggio sociopedagogiche, comunità alloggio sociopedagogiche integrate e comunità alloggio socioterapeutiche. L'offerta viene integrata da comunità di tipo familiare/case famiglia e residenze protette.

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 comunità di tipo familiare/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.

Nel settore dei centri diurni si distingue tra i centri diurni sociopedagogici e quelli sociopedagogici integrati.

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 2012 esistevano in provincia di Bolzano 35 strutture residenziali e 9 centri diurni destinati alla popolazione minorile in difficoltà, per un totale di 297 posti e 256 minori assistiti. Le strutture residenziali consistevano in 15 comunità alloggio, 4 comunità di tipo familiare/case famiglia e 16 residenze assistite. Solo uno dei nove 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 (53,5%) e associazioni (34,9%) (vedi tab. 2.2). Tutti questi enti hanno stipulato con le Comunità comprensoriali apposite convenzioni.

**Tabella 4.4: Strutture per minori: numero, posti e utenti, 31/12/2012**

<b>Tipo di struttura</b>	<b>Numero</b>	<b>Posti</b>	<b>Utenti</b>	<b>Indice di saturazione</b>
<i>Comunità alloggio</i>	15	132	115	87,1
<i>Comunità di tipo familiare/case famiglia</i>	4	18	15	83,3
<i>Residenze assistite</i>	16	42	33	78,6
<i>Centri diurni</i>	9	105	93	88,6
<b>TOTALE</b>	<b>44</b>	<b>297</b>	<b>256</b>	<b>86,2</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

UTENTI E LORO  
STRUTTURA

#### 4.3.2 STRUTTURE RESIDENZIALI

Le 35 strutture residenziali disponevano alla fine del 2012 di 192 posti complessivi. In tal modo la ricettività non è praticamente cambiata rispetto al 2011 (2011: 194). Come negli anni precedenti prevalgono le ragazze (58,3%). La maggior parte dei minori (47,2%) aveva un'età compresa tra 15 e 17 anni, mentre il secondo gruppo per ordine di importanza era quello degli 11-14enni (27,6%).

Grafico 4.6: Minori assistiti nelle strutture residenziali, per sesso, 2012

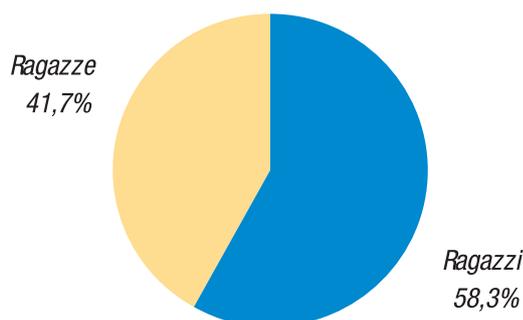
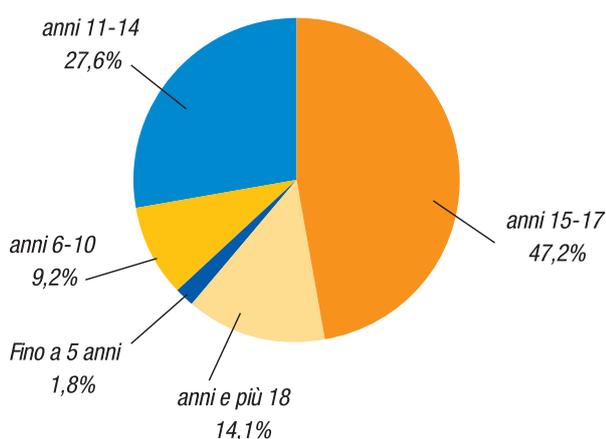


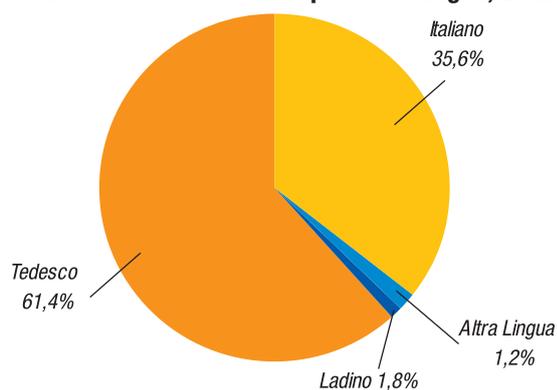
Grafico 4.7: Minori assistiti nelle strutture residenziali, per fascia di età, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

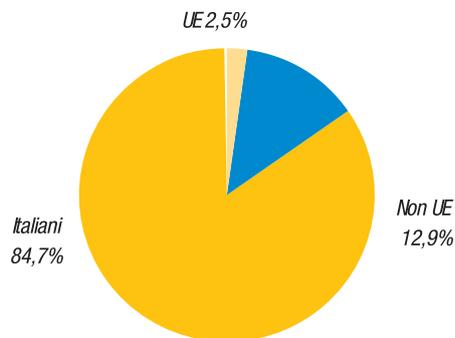
Quasi due terzi (61,4%) dei minori assistiti erano di madrelingua tedesca, un terzo invece (35,6%) di madrelingua italiana. Per quanto riguarda la cittadinanza, la maggior parte (84,7%) dei complessivamente 163 utenti era costituita da cittadini italiani, mentre circa un ottavo (12,9%) proveniva da paesi extracomunitari.

Grafico 4.8: Utenti delle strutture residenziali per madrelingua, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 4.9: Utenti delle strutture residenziali per cittadinanza, 2012

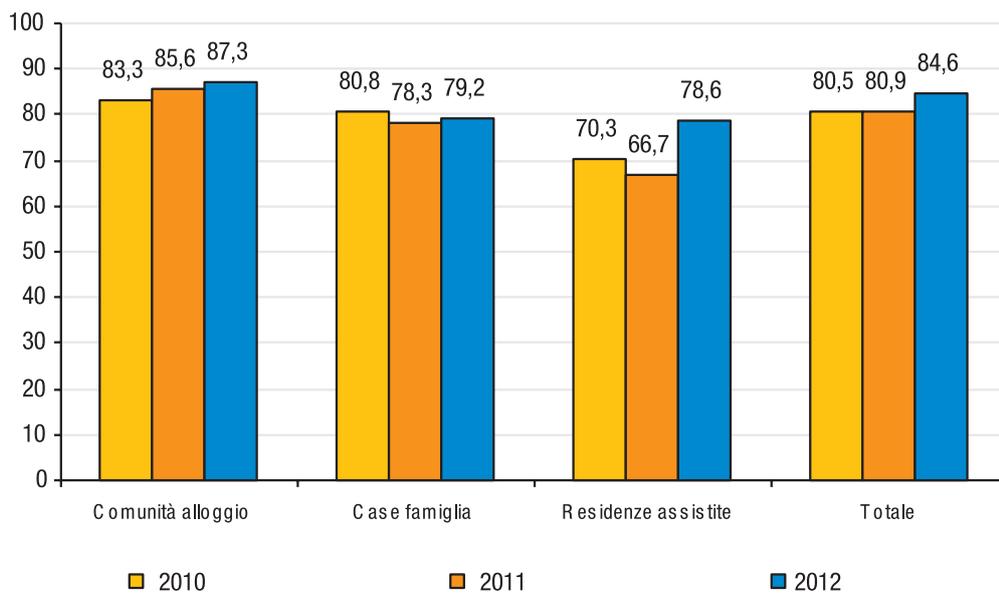


Fonte: ASTAT, 2013.

Il grado di utilizzo puntuale, che si ricava dal rapporto tra il numero di utenti e il numero di posti (al 31/12) è risultato essere nel 2012 dell'84,9%. Miglioramenti significativi del grado di utilizzo si sono osservati nel 2012 per le residenze protette e, in misura minore, anche per le comunità alloggio. Il grado di utilizzo complessivo - considerando i giorni campione prescelti - risulta in tal modo aumentato di 4 punti percentuali rispetto ai due anni precedenti, e anche se nel 2012 per mancanza di posto non si è potuto far fronte a complessivamente 13 domande di accoglimento in una struttura residenziale e 9 persone continuano a rimanere in lista di attesa, il livello di ricettività raggiunto si può considerare adeguato al fabbisogno.

GRADO DI UTILIZZO

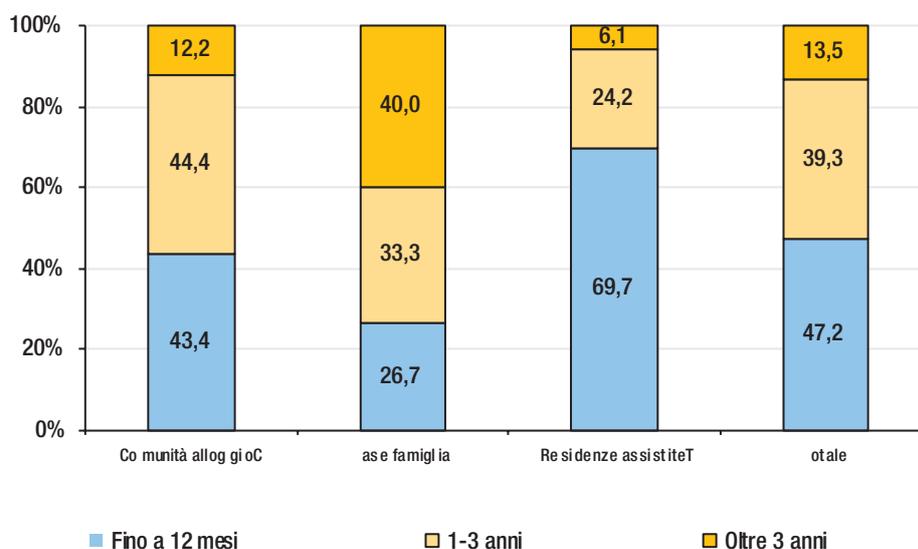
Grafico 4.10: Strutture residenziali per minori: indice di saturazione a raffronto (in %), 2010 e 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Alla fine del 2012 solo il 13,5% 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 40,0% 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 dei minori accolta nella struttura nel corso del 2012 (43,4% per le comunità alloggio e 69,7% per le residenze assistite).

Grafico 4.11: Strutture residenziali per minori: permanenza degli utenti per tipologia di struttura, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

**PERSONALE**

Presso le strutture residenziali erano presenti alla fine del 2012 complessivamente 175 operatori, pari a 138,3 operatori equivalenti a tempo pieno. L'indice di copertura effettivo (numero di posti per op. eq. t. p.) risulta essere peggiorato rispetto ai due anni precedenti soltanto negli alloggi protetti (va tuttavia tenuto presente che siccome il rilevamento delle persone assistite viene effettuato in giornate campione vi possono essere considerevoli fluttuazioni). La maggior parte dei collaboratori operava presso le comunità alloggio (87,2% degli op. eq. t. p.), mentre nelle comunità di tipo familiare/case famiglia era presente l'7,0% e presso le residenze assistite il 5,9% 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, 2010-2012

<b>Struttura</b>	<b>Anno</b>	<b>Numero (ass.)</b>	<b>Op. eq. tempo pieno</b>	<b>Assistiti</b>	<b>Assistiti per op. eq. t. p.</b>
Comunità alloggio	2010	137	113,1	110	0,97
	2011	140	115,3	113	0,98
	2012	149	120,6	115	0,96
Comunità di tipo familiare/ case famiglia	2010	14	10,9	21	1,93
	2011	15	11,2	18	1,61
	2012	13	9,6	15	1,57
Residenze assistite	2010	15	10,2	26	2,55
	2011	14	8,8	26	2,96
	2012	13	8,1	33	4,08
	2012	13	8,1	33	4,08

Fonte: ASTAT, 2013.

#### 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 le situazioni 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 2012 8 bambini sono stati accolti nella struttura assieme alle rispettive madri, e 10 senza le madri; nell'asilo nido interno sono stati accolti 12 bambini. Complessivamente nel 2012 sono state assistite a tempo pieno 16 madri, mentre 16 madri e 5 padri sono stati tenuti sotto la sorveglianza dell'Istituto in seguito a provvedimento del tribunale minorile.

#### 4.3.4 CENTRI DIURNI

Alla fine del 2012 i 9 centri diurni disponevano complessivamente di 105 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 2011 si è ridotta di 3 posti. Al 31/12/2012 risultavano assistiti 93 tra bambini e adolescenti, con un grado di utilizzo puntuale dell'88,6%. La maggioranza (66,7%) dei bambini e dei ragazzi presenti nei centri diurni era di sesso maschile. Sei su dieci (60,2%) aveva un'età compresa tra 11 e 14 anni, mentre il secondo gruppo più numeroso (35,5%) era quello costituito dai bambini tra 6 e 10 anni. Nel 2012 la percentuale degli adolescenti (15 – 17 anni) si era ridotta ad un 2,2% soltanto, e soltanto un assistito aveva più di 18 anni. Per quanto riguarda la madrelingua ossia la lingua usata in prevalenza, oltre la metà (57,0%) degli assistiti parlava

DESCRIZIONE DELLA

STRUTTURA

UTENTI

UTENTI E STRUTTURE

italiano, a fronte di un 35,5% per il gruppo linguistico tedesco. Il numero di minori provenienti da paesi extracomunitari è cresciuto continuamente negli ultimi anni, e si attesta attualmente sul 25,8%.

Grafico 4.12: Minori utenti dei centri diurni per sesso, 2012

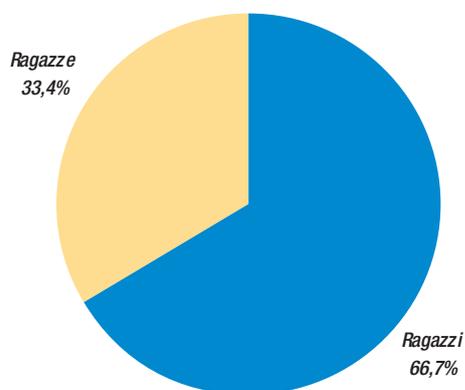


Grafico 4.13: Minori utenti dei centri diurni per fascia di età, 2012

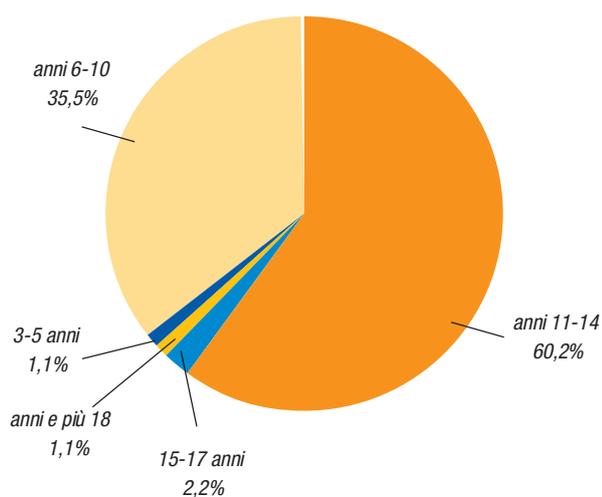
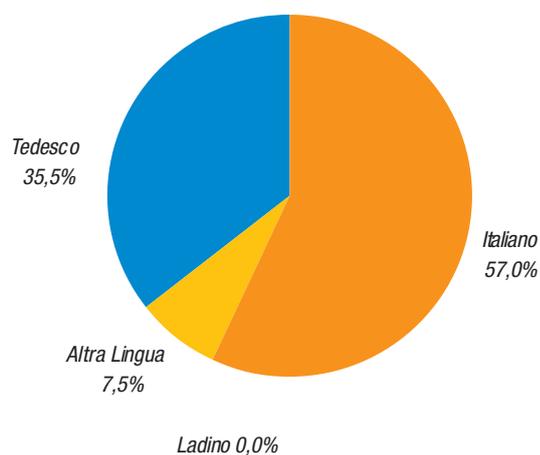
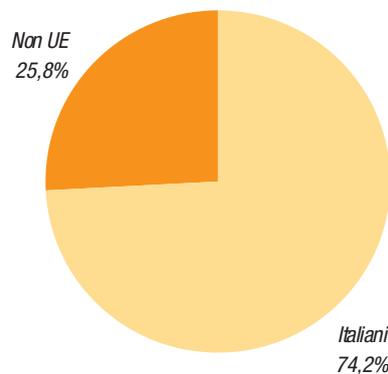


Grafico 4.14: Minori utenti dei centri diurni per gruppo linguistico, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

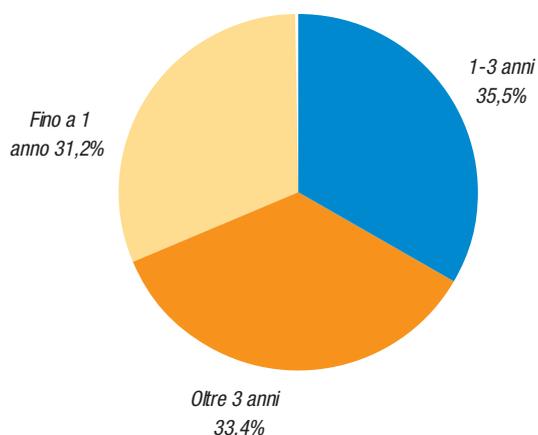
Grafico 4.15: Minori utenti dei centri diurni per cittadinanza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Alla fine del 2012 un terzo dei bambini e ragazzi risultava presente presso le strutture già da oltre 3 anni, mentre una percentuale quasi pari (31,2%) frequentava i centri diurni da meno di un anno e il 35,5% da 1-3 anni.

Grafico 4.16: Minori utenti dei centri diurni per durata della permanenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Nei 9 centri diurni operavano complessivamente 52 dipendenti, pari a 39,9 operatori equivalenti a tempo pieno. La relazione tra assistiti e operatori equivalenti a tempo pieno corrisponde al valore riscontrato nell'anno di riferimento della relazione sociale precedente (2010). Il gruppo professionale più numeroso era quello degli educatori/operatori sociopedagogici, che in termini di personale equivalente effettivo a tempo pieno rappresentavano il 60,9% 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 2012 operavano nei 9 centri diurni complessivamente 70 volontari, con una media di 6,5 ore di attività al mese.

DURATA DELLA  
PERMANENZA

PERSONALE

Tabella 4.6: Personale operante presso i centri diurni, 2010-2012

Anno	Numero	Op. eq. t. p.	Utenti 31/12	Utenti per op. eq. t. p.
2010	56	44,1	103	2,33
2011	62	42,1	103	2,45
2012	52	39,9	93	2,33

Fonte: ASTAT, 2013.

#### 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“, che festeggiava il suo 200° anniversario nel 2012, 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 2012 Young+Direct, che è un servizio dei Südtiroler Jugendring, ha operato 1.913 contatti, il 90% dei quali attraverso il telefono o la posta elettronica. Continuano a ricorrere al servizio di informazione e consulenza in particolare giovani di sesso femminile (75%). Il gruppo più numeroso di utenti è quello della fascia di età compresa tra 15 e 16 anni, seguito dai 17-18enni. Nonostante il servizio offerto sia bilingue, Young+Direct continua a venir utilizzato quasi esclusivamente (90%) dal gruppo linguistico tedesco.

### LE ORGANIZZAZIONI GIOVANILI IN SINTESI

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.

### PUNTI DI INCONTRO / CENTRI GIOVANILI

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 dall’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.

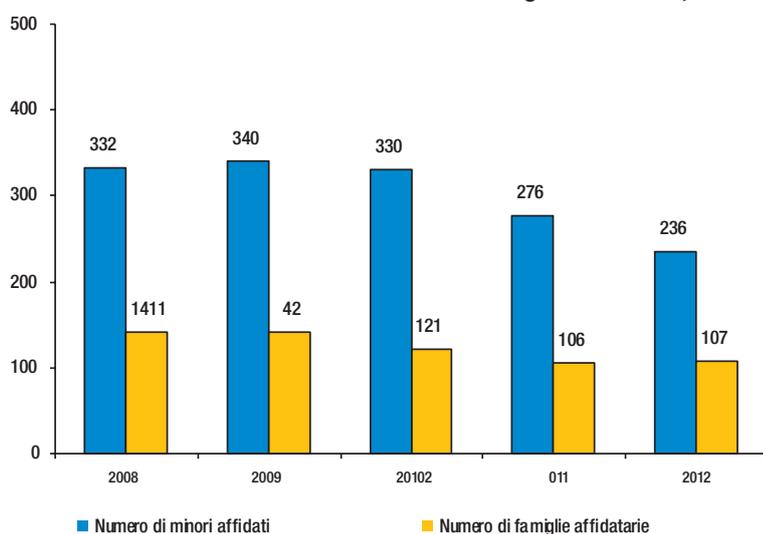
Tutti questi servizi di consulenza ed assistenza a bassa soglia vengono ora integrati anche dall’Ufficio del garante dell’infanzia e dell’adolescenza, istituito con L.p. 26 giugno 2009, n. 3 presso il Consiglio provinciale a tutela dei diritti e degli interessi dei giovani che vivono in Alto Adige. L’Ufficio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

#### 4.4 AFFIDI 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 esclusivamente nell’interesse del minore. Nel caso degli affidi a tempo parziale invece il minore ritorna la sera a casa propria, rimanendo presso la famiglia 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’affidamento familiare trova in Alto Adige radici relativamente forti. Tuttavia in questi ultimi anni il numero di genitori che si dichiarano disposti ad accogliere temporaneamente in casa figli di famiglie in difficoltà sta diminuendo. Per migliorare nuovamente questa disponibilità, la Ripartizione Famiglia e politiche sociali ha avviato nel 2012 una campagna di sensibilizzazione con articoli su giornali, inserzioni e spot radiofonici.

Nel 2012 sono stati affidati a famiglie affidatarie complessivamente 236 minori, di cui 108 a tempo parziale e 128 a tempo pieno. Nel 2010 gli affidi erano stati 276. Complessivamente nel 2012 107 famiglie affidatarie hanno accolto in casa propria minori nell’ambito di una procedura di affido (106 nel 2011).

Grafico 4.17: Numero di minori affidati e di famiglie affidatarie, 2008-2012



Fonte: SIPSA, SOZINFO-Case

ENTI SERVIZIO

GIOVANI

GARANTE

DELL'INFANZIA E

DELL'ADOLESCENZA

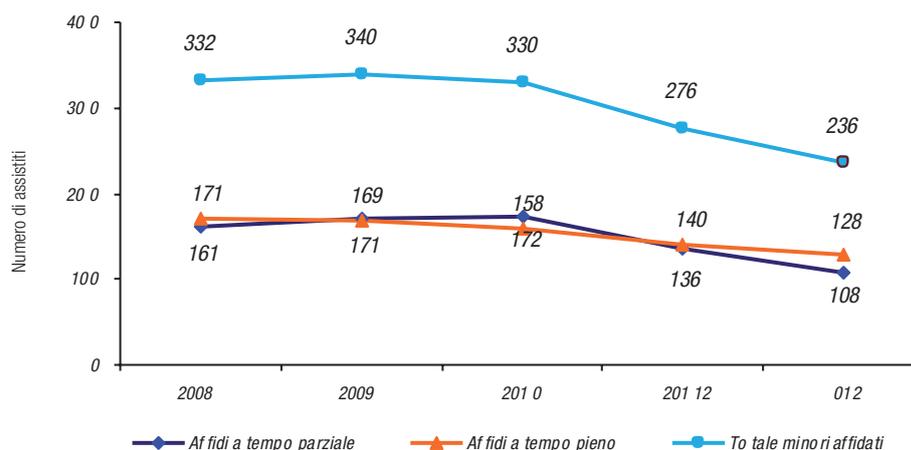
GENERALITÀ

NUMERO DI AFFIDI

Le famiglie affidatarie di minori con formula a tempo pieno sono in circa la metà dei casi coppie (49,5%) o persone che vivono da sole (50,5%). Gran parte dei genitori affidatari ha più di quarant'anni (2011: 85,5%; 2012: 85,3%) e nel 50% esatto dei casi l'età è già di 50 anni e più.

Gli affidi a tempo pieno e a tempo parziale sono stati per parecchi anni all'incirca equilibrati. Nel 2012 si riscontrava tuttavia per la prima volta da qualche tempo una leggera prevalenza degli affidi a tempo pieno rispetto a quelli a tempo parziale (128 a fronte di 108).

Grafico 4.18: Numero di minori affidati, 2008-2012



Fonte: SIPSA, SOZINFO-Case.

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

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.

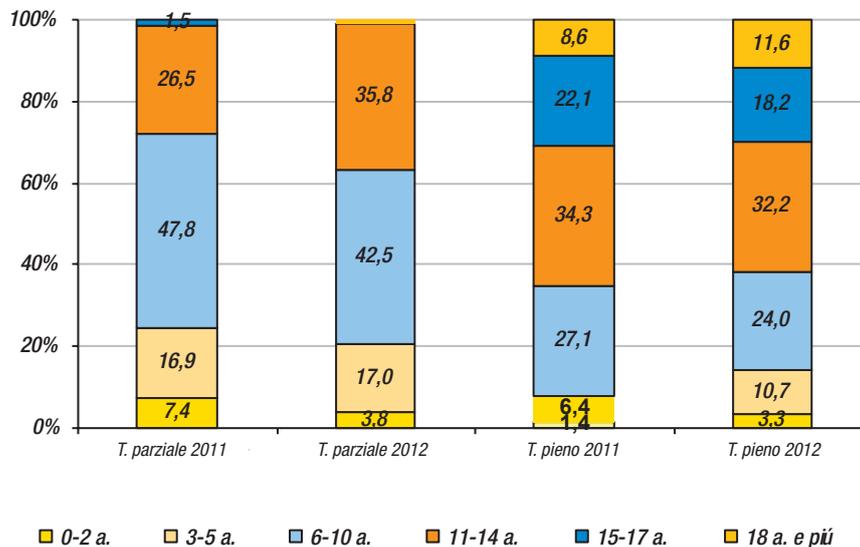
Tabella 4.7: Affidi familiari per Comunità comprensoriale, 2011 e 2012

Comunità comprensoriale	2011		2012	
	ass.	%	ass.	%
Val Venosta	21	7,6	21	8,9
Burgraviato	32	11,6	31	13,1
Oltradige-B.A.	57	20,7	53	22,4
Bolzano	80	29,0	63	26,7
Salto-Sciliar	18	6,5	5	2,1
Val d'Isarco	45	16,3	34	14,4
Alta Valle Isarco	9	3,3	13	5,5
Val Pusteria	14	5,1	16	6,8
<b>Totale</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI MINORI

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. Nel 2012 meno dell'1% dei ragazzi affidati aveva 15 anni o più (2011: 1,5%). Per contro quasi un terzo aveva già compiuto il 14° anno di età. Circa il 10% aveva addirittura 18 anni o più (2011: 8,6%).

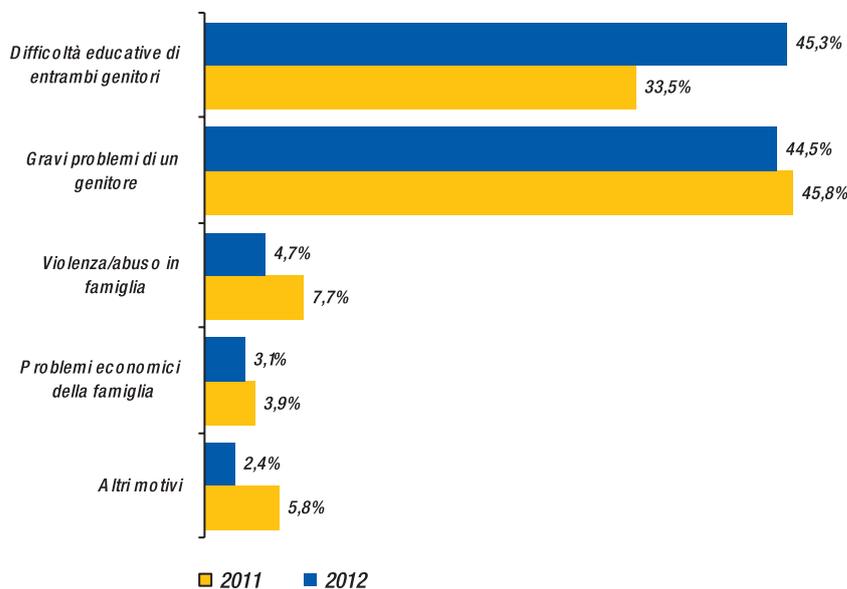
Grafico 4.19: Minori affidati a tempo parziale e a tempo pieno per età, 2011-2012



Fonte: SIPSA, SOZINFO-Case.

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.

Grafico 4.20: Motivo principale dell'affido familiare dei minori con formula di affido a tempo pieno, 2011-2012



Fonte: SIPSA, SOZINFO-Case.

Obiettivo ultimo degli affidi familiari è comunque il ritorno del minore alla famiglia di origine oppure – in caso di soggetti già più in età – il raggiungimento dell'indipendenza. In oltre la metà (57,2%) dei 35 casi di affido a tempo pieno portati a conclusione nel corso del 2012 i minori sono rientrati nelle loro famiglie (2011: 51,9%), mentre 4 giovani (11,4%) hanno condotto a termine l'affido con il raggiungimento dell'indipendenza. Un ragazzo su cinque (20,0%) tra quelli affidati a tempo pieno è stato

MOTIVI DELL'AFFIDO  
FAMILIARE

CONCLUSIONE  
DELL'AFFIDO A TEMPO  
PIENO

ADOZIONI

trasferito ad una struttura per minori (2011: 7,4%).

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 4.8 illustra lo sviluppo delle domande di adozione nazionale e internazionale presentate al Tribunale dei minori di Bolzano tra il 2008 e il 2012 e delle delibere relative all'adottabilità (rilascio per l'adozioni di minori), 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).

**Tabella 4.8: Adozioni nazionali e internazionali – Domande presentate al Tribunale dei minori di Bolzano, 2008-2012**

<b>Domande di adozione nazionale</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>Domande inevase al 1 gennaio</i>	696	683	677	627	579
<i>Domande presentate nell'anno</i>	182	230	174	135	134
- di cui da fuori provincia	85,7%	84,8%	80,5%	87,4%	84,3%
- di cui dalla provincia	14,3%	15,2%	19,5%	12,6%	15,7%
<i>Domanda archiviate nell'anno</i>	195	236	224	183	253
<i>Domande inevase al 31/12</i>	683	677	627	579	460
<i>Delibere di adottabilità</i>	9	3	10	10	5
<i>Delibere di affido</i>	2	4	2	4	1
<i>Delibere di adozione</i>	14	11	10	9	16
<b>Domande di riconoscimento dell'idoneità all'adozione internazionale</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>Domande inevase al 1 gennaio</i>	11	16	16	18	12
<i>Domande presentate nell'anno</i>	33	40	36	26	27
<i>Domande evase nel corso dell'anno</i>	28	40	34	32	26
<i>Domande accolte</i>	22	35	29	26	22
<i>Domande respinte</i>	5	1	3	2	1
<i>Altro</i>	1	4	2	4	3
<i>Domande inevase al 31/12</i>	16	16	18	12	13
<i>Delibere di adozione</i>	22	19	22	23	11

Fonte: Tribunale dei minori di Bolzano.

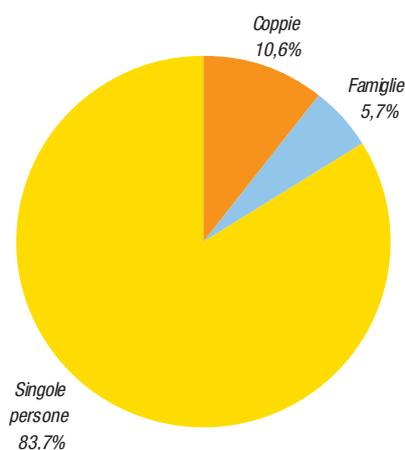
#### 4.5 CONSULTORI FAMILIARI

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 2012 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.

La maggioranza delle strutture si trova nelle due principali aree conurbate di Bolzano (5) e di Merano (3). Bressanone, Brunico, Laives, Egna, 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 2012 circa il 56% degli utenti si è rivolto ad un consultorio a Bolzano, e circa il 29% a Merano.

Nel 2012 i consulteri hanno fornito assistenza a complessivamente 10.865 persone, con un leggero incremento rispetto ai due anni precedenti (2010: 10.773; 2011: 10.682). Anche nel 2012 gli utenti erano prevalentemente singole persone (83,7%), mentre le coppie (10,6%) e le famiglie (5,7%) costituivano solo una percentuale relativamente ridotta della clientela.

Grafico 4.21: Utenti dei consulteri familiari per tipologia di utenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

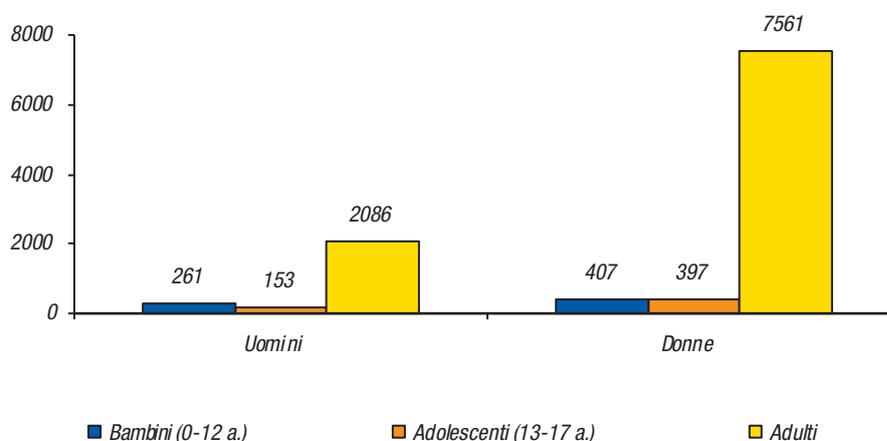
Per quanto riguarda la composizione dell'utenza, le donne si presentano in chiara maggioranza, con il 78,0%. Si tratta di una percentuale rimasta relativamente costante negli scorsi anni. Questa sensibile prevalenza delle donne è in parte correlata con i servizi offerti dalla consulenza – in particolare 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 11% dell'utenza.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

DISTRIBUZIONE REGIONALE

SESSO ED ETÀ

Grafico 4.22: Utenti dei consultori familiari per sesso ed età, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

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.

Tabella 4.9: Numero e tipologie delle prestazioni erogate dai consultori familiari nel 2012

Tipologia di prestazione	Numero di prestazioni
Primi colloqui	4.661
Prestazioni sanitarie (informazioni, visite, prescrizioni)	10.224
Attività di gruppo *	2.242
Consulenza socio-psicologica (tribunale dei minori, per tutela minori)	1.109
<b>Colloqui psicologici e pedagogici:</b>	
Problematiche individuali	11.451
Problemi dei rapporti di coppia	5.393
Problemi familiari	6.323
Problemi scolastici o di disabilità	182
Altri problemi	2.057
Consulenza legale	---
Consulenza sociale	1.069

Numero di incontri svolti. Fonte: ASTAT, 2013.

#### PERSONALE

I 126 operatori dei consultori familiari presenti alla fine del 2012 erano in larga maggioranza donne (83,3%). In termini di operatori equivalenti a tempo pieno si trattava di 43,4 persone. Il profilo professionale di gran lunga più rappresentato era quello dello psicologo (37,6% degli operatori equivalenti a tempo pieno), seguito dallo psicoterapeuta (18,4%) e dall'assistente sociale (6,2%). Il rimanente personale è costituito da medici (compresi i pediatri), da consulenti sociali e legali e da figure amministrative. La maggior parte degli operatori dei consultori familiari lavora presso più servizi. Accanto al personale professionale operano presso i consultori anche volontari. Nel 2012 questo gruppo era costituito da 55 persone che nel loro insieme hanno svolto circa 150 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 2012 svariate attività presso i consultori. 83 operatori hanno preso parte a corsi di aggiornamento, 2 a corsi di formazione e 8 ad altre attività di qualificazione.

#### 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. Queste due tipologie di strutture sono strettamente separate tra di loro per garantire l’anonimità delle strutture residenziali e quindi la sicurezza delle donne ivi alloggiate e dei loro figli. Il servizio Casa delle donne si rivolge a donne esposte a vari tipi di violenza - da quella fisica, psichica, sessuale a quella economica o allo “stalking” -, che proprio per la loro particolare necessità di protezione non si possono supportare in maniera adeguata con altre offerte.

##### 4.6.1 CENTRI ANTIVIOLENZA

Nel 2012 662 donne - due terzi (68,1%) per la prima volta - si sono rivolte alla ricerca di consulenza o aiuto ad uno dei quattro centri antiviolenza ubicati a Bolzano, Bressanone, Brunico e Merano e quindi presenti sull’intero territorio. Le operatrici dei centri hanno inoltre erogato complessivamente 5.079 prestazioni a donne esternamente alle strutture, con una prevalenza di informazioni e consulenze telefoniche (48,6%), seguite da consulenze personali (38,2%).

Tabella 4.10: Numero e tipologia di prestazioni fornite nel 2012 dal servizio esternamente alle strutture

Tipologia di prestazione	Numero	in %
Informazioni / consulenze telefoniche	2.468	48,6
Consulenze personali / colloqui presso i centri	1.940	38,2
Consulenze legali	164	3,2
Informazioni giuridiche	394	7,8
Contatti epistolari	52	1,0
Accompagnamento degli utenti ad altri servizi o visite domiciliari	61	1,2

Fonte: ASTAT, 2013.

Nell’ambito dell’assistenza successiva - cioè quella erogata a donne già dimesse dalla struttura - il servizio ha fornito ulteriori 283 informazioni o consulenze telefoniche e 132 consulenze dirette. L’attività è stata integrata da accompagnamenti e visite domiciliari (21) nonché da contatti epistolari (10). Le esperienze di violenza delle donne sono di norma molteplici, cioè non riguardano solo una forma di violenza (psichica, fisica, sessuale o economica). Quasi tre quarti delle donne (74,4%) denunciano violenze multiple. Praticamente tutte le donne hanno sofferto violenze psichiche (93,3%), seguite da quelle fisiche (59,8%) e da quelle economiche (39,4%). La violenza sessuale (19,5%) dal canto suo non si riscontra quasi mai da sola.

Purtroppo le statistiche non consentono di ricavare dati dettagliati sulla struttura del gruppo di persone oggetto degli interventi, sia per quanto riguarda l’età che con riferimento all’appartenenza linguistica o allo stato civile. Per quanto riguarda la cittadinanza si può tuttavia constatare che il 62,2% è di cittadinanza italiana, mentre il 7,6% proviene da altri stati dell’Unione e il 23,6% da paesi extracomunitari. Si

FORMA

ORGANIZZATIVA

PORTATA E

CONTENUTI

DELL’ATTIVITÀ

STRUTTURE  
RESIDENZIALI  
  
DONNE E MINORI  
ASSISTITI

evidenzia inoltre come l'autore della violenza sia prevalentemente l'attuale partner della donna (marito, compagno, fidanzato o amante: 66,2%), seguito dall'ex partner (16,3%).

#### 4.6.2 STRUTTURE RESIDENZIALI DEL SERVIZIO CASA DELLE DONNE

Ai centri antiviolenza sono affiancate strutture residenziali di accogliimento. Alla fine del 2012 vi erano complessivamente 5 di queste strutture a Bolzano, Bressanone, Brunico e Merano, con complessivamente 40 posti per le donne e una sessantina per i loro figli. Si può qui distinguere tra case delle donne nel senso stretto e alloggi protetti. A parte il servizio di sorveglianza notturno e gli accoglimenti di emergenza in orari non di apertura dei centri - servizi che vengono offerti solo nelle case delle donne -, il profilo delle prestazioni erogate praticamente non si distingue tra le due tipologie di strutture. Nel 2012 sono state accolte nelle case delle donne o negli alloggi protetti 127 donne e 146 minori. Accanto al loro compito istituzionale primario di sostegno alle donne, le strutture residenziali svolgono chiaramente anche mansioni di tutela dei minori: di norma infatti anche i figli di donne oggetto di violenza necessitano di un supporto professionale. Per quanto riguarda le prestazioni erogate ai minori, al primo posto si collocano le attività individuali con gli stessi (35,6% di tutte le prestazioni), seguite da consulenze individuali alle madri (25,3%) e da attività di gruppo con i minori (14,3%). Svolgono altresì un ruolo importante le attività pedagogiche comuni con le madri e con i figli (8,4%) nonché i servizi di babysitteraggio o assistenza ai minori (7,3%).

Tabella 4.11: Strutture residenziali: posti e utenti nel 2012

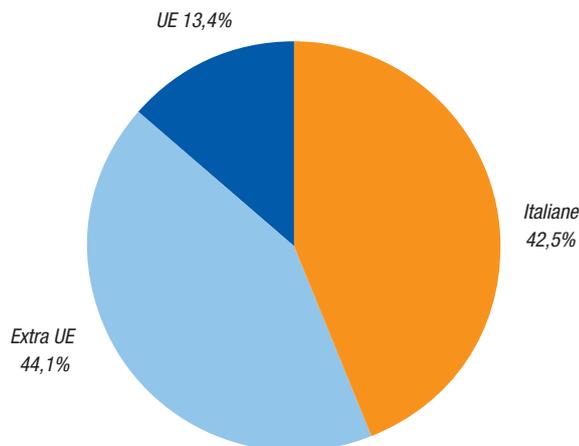
	Posti*	Utenti nell'anno		
		Anno 2012	Donne	Bambini
Casa delle donne Bolzano	6	52	24	28
Casa delle donne Merano	12 (11+1)*	74	35	39
Casa delle donne Brunico	9 (8+1)*	62	28	34
Casa degli alloggi protetti Bolzano	7	53	23	30
„Alloggi protetti“ Brunico	6 (5+1)*	32	17	15
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>273</b>	<b>127</b>	<b>146</b>

\* Numero complessivo di posti (posti fissi + posti per le emergenze).  
Fonte: Ufficio per la famiglia, la donna e i minori - Rip. 24; ASTAT, 2013.

Le strutture residenziali protette offrono alle donne e ai minori non solo protezione grazie ad un accogliimento temporaneo, ma anche consulenza nella pianificazione della vita futura e assistenza post-accogliimento. I consultori concettualmente e organizzativamente subordinati alle strutture residenziali fungono, grazie anche al numero verde, da prima struttura di riferimento per le persone interessate. La maggior parte delle donne che si rivolgono al servizio Casa delle donne non vi cerca soltanto un rifugio, ma anche informazione e consulenza.

Delle 127 donne assistite nel 2012, 54 (42,5%) avevano la cittadinanza italiana, mentre 17 (13,4%) provenivano da un altro paese comunitario. Il gruppo più numeroso - con 56 unità (44,1%) - è costituito da cittadine extracomunitarie. La presenza sovrapproporzionale di donne provenienti da paesi extraeuropei si spiega non da ultimo 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.

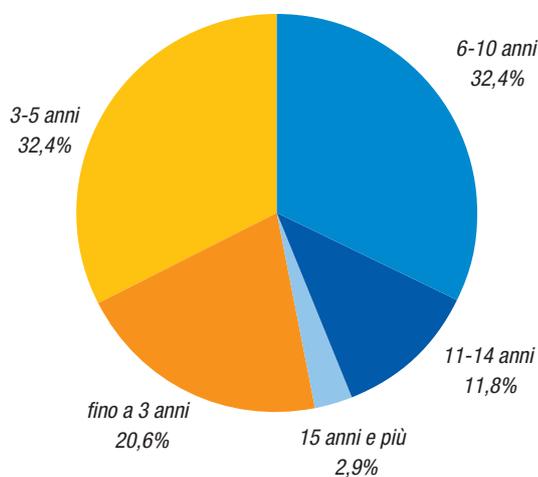
Grafico 4.23: Case delle donne: donne assistite per cittadinanza (senza figli), 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Con riferimento all'età, le utenti del servizio rientrano prevalentemente nel gruppo delle 25-44enni (67,7%). Alla fine del 2012 risultava più anziano solo il 23,5% delle donne assistite. Non sorprende quindi che la maggioranza (85,3%) dei minori che alla fine del 2012 vivevano in una Casa delle donne non avesse ancora raggiunto l'11° anno di età.

Grafico 4.24: Case delle donne: età dei minori assistiti, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

I 40 operatori dipendenti presenti a fine 2012 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 25,4 unità. I profili professionali più rappresentati sono quelli dalle sociologhe (24,4% delle op. eq. t. p), seguite dalle psicologhe (16,9%) e delle assistenti sociali (14,6%). Il personale dipendente è integrato da 126 operatrici ausiliarie volontarie, che lavorano mediamente ciascuna per circa 6,5 ore al mese presso il servizio Casa delle donne. L'elevata percentuale di collaboratrici volontarie evidenzia qui il significato della filosofia di base dell'autoaiuto reciproco.

PERSONALE

IL SERVIZIO IN  
SINTESI

CONSULENZA  
MASCILE DELLA  
CARITAS

INIZIATIVE A  
SOSTEGNO DEGLI  
UOMINI

PER LE DONNE  
PER LE FAMIGLIE  
MONOPARENTALI  
PER LE PERSONE  
SEPARATE E  
DIVORZiate

OFFERTE DI  
ASSISTENZA ALLA  
PRIMA INFANZIA

#### 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 2011 era operante ormai già da dieci anni e che resta un'iniziativa unica nel suo genere in Italia, vanno qui citate in particolare la Männerinitiative Südtirol (MIT), la Männerinitiative Pustertal (MIP) e Figli per sempre, 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 Kassianeum, 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 2012 si sono rivolti al consultorio 358 uomini di ogni fascia di età e di vari ceti sociali. Al centro delle 1.552 consulenze si collocavano quelle di natura psicologica (1.472). Nel 2011 il consultorio maschile della Caritas ha avviato il progetto "Training anti-violenza", cominciando quindi ad operare direttamente sui soggetti con tendenze violente. Ogni gruppo sarà condotto da due esperti. I gruppi saranno due: uno in lingua tedesca e uno in lingua italiana. Il Training anti-violenza non prevede costi a carico dei partecipanti. 2012, 33 uomini hanno partecipato al Training.

Nel 2012 era attiva ormai da 10 anni l'associazione MIP (Männerinitiative Pustertal), iscritta dal 2009 nel Registro provinciale delle organizzazioni di volontariato. Nel 2012 sono state 103 le persone che hanno fatto ricorso alla consulenza offerta da questa organizzazione, che si concentra su tematiche come l'affido, il diritto di visita, gli alimenti e il rapporto con i figli. Anche la MIT (Männerinitiative Südtirol), istituita nel 2006, si impegna nel campo delle problematiche degli uomini in situazione di separazione.

#### 4.8 ALTRE OFFERTE DI CONSULENZA

Vanno qui citate in particolare tre offerte:

- L'associazione „Frauen helfen Frauen“, che propone consulenze a donne in situazioni difficili a Bolzano, Merano e Brunico.
- L'associazione „Südtiroler Plattform für Alleinerziehende“ a Bolzano, che affianca le madri e i padri soli con varie offerte di consulenza e supporto (per esempio colloqui di gruppo).
- L'associazione A.S.Di di Bolzano, che quale consultorio per separati e divorziati offre prestazioni di consulenza, mediazione familiare e supporto psicosociale.

#### 4.9 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

Con l'approvazione della cosiddetta legge sullo sviluppo della famiglia sono state poste le basi giuridiche per l'ulteriore adeguato sviluppo della politica della famiglia in Alto Adige (vedi cap. 4.1.2). Ma, a prescindere dalla legge, negli anni scorsi si sono compiuti considerevoli progressi in vari settori. Ciò vale in particolare per l'assistenza alla prima infanzia, dove è stato possibile conciliare meglio le esigenze della vita familiare e di quella professionale. Dal 2010 si è potuto potenziare il servizio Tagesmutter). È cresciuto sensibilmente anche il numero delle strutture: dal 2010 sono sorte 13 nuove microstrutture diurne (passando da 43 a 56). Si è potuto in tal modo raggiungere l'obiettivo di 15 posti

ogni 100 bambini previsto dall'attuale Piano sociale provinciale.

L'offerta per i minori non è invece praticamente mutata rispetto al 2011, sia per quanto riguarda il numero di posti all'interno di strutture residenziali che con riferimento alla ricettività delle strutture diurne. In che misura l'offerta sia tuttavia adeguata al fabbisogno è possibile valutarlo solo per via indiretta, non esistendo dati differenziati sul fabbisogno. Ferme restando talune differenze dell'offerta a livello territoriale, il grado di utilizzo delle strutture residenziali (che prende a riferimento il giorno campione del 31/12) sembra tuttavia testimoniare - al pari del limitato numero di domande alle quali non si è potuto far fronte per mancanza di posto - l'esistenza di un certo equilibrio.

Se si considera che circa il 15% 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.

I 14 consultori familiari hanno segnato anche nel 2012 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. 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.

**OFFERTE A SOSTEGNO**

**DEI MINORI**

**COMPETENZE**

**INTERCULTURALI**

**CONSULENZA**

**FAMILIARE**

## 5. ANZIANI

### 5.1 SITUAZIONE DEGLI ANZIANI

#### 5.1.1 Osservazioni sulla situazione

STATO DI SALUTE  
DELLA POPOLAZIONE  
ANZIANA

Essere anziani non vuol dire necessariamente essere malati o aver bisogno di assistenza. Svitati 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.<sup>1</sup> Interrogati nel 2011 sulla loro soddisfazione per il proprio stato di salute, gli anziani si sono detti per „soltanto“ un quinto circa (20,5%) poco o per niente soddisfatti.<sup>2</sup> 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. Di certo col passare degli anni cresce continuamente il rischio di diventare non autosufficienti, però fra gli anziani fino a 80 anni solo una percentuale compresa tra il 5 e il 10% non è autosufficiente, e anche tra gli 85-90enni sono numerose le persone ancora in grado di cavarsela da sé e non costrette a rivolgersi all'aiuto altrui.

PERCENTUALE DI  
POPOLAZIONE ATTIVA  
SITUAZIONE  
ECONOMICA

In Alto Adige nel 2012 65.100 persone in età lavorativa avevano un'età di cinquant'anni e più, con una percentuale pari al 26,0% della popolazione attiva,<sup>3</sup> mentre 14.400 tra uomini e donne avevano già superato i 60 anni (6,0% della popolazione attiva). La percentuale di persone attive nelle fasce più anziane, quindi i 55-65enni, è cresciuta continuamente negli ultimi anni (2005: 37,2%; 2010: 44,9%; 2012: 52,0%), e nel 2012 per la prima volta si è raggiunta e superata la percentuale del 50% considerata obiettivo nell'Unione europea. Nella fascia dei 60-65enni questa percentuale si collocava nel 2012 al 30,8%.

SITUAZIONE  
ECONOMICA

Dati statistici attuali sulla situazione reddituale e patrimoniale degli anziani in Alto Adige rispetto alle fasce di età più giovani non sono purtroppo disponibili. Se si prende a riferimento l'ultimo rilevamento dell'ASTAT sulla situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie altoatesine si constata che le famiglie che godono esclusivamente di redditi da pensione si collocano sul piano reddituale sensibilmente al di sotto della media provinciale (19.037 Euro a fronte di 32.618 Euro).<sup>4</sup> Nel 2008 le famiglie con redditi esclusivamente da pensione si trovavano sul piano reddituale al gradino più basso, dopo le famiglie monogenitoriali e quelle con 3 o più figli a carico. 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 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: In base ad una recente analisi dell'ASTAT sulle pensioni, il valore mediano delle pensioni si attesta per le donne sugli 897 Euro mensili e per gli uomini sui 1.466 Euro<sup>5</sup>. Limitando l'analisi alle pensioni di anzianità la differenza diventa ancora più evidente (donne 588 Euro, uomini 1.512 Euro). In ogni caso anche tra gli anziani il divario del benessere tra le classi di reddito inferiori e quelle medio-superiori si allarga sensibilmente. Tuttavia stando ad uno studio pubblicato di recente la maggior parte degli altoatesini anziani è nel complesso assai soddisfatta della sua situazione materiale.<sup>6</sup>

In complesso, le attività culturali e sociali tendono a diminuire nella terza età. In tutte le categorie di

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

<sup>2</sup> ASTAT (ed.), *Soddisfazione e fiducia nella vita quotidiana*, in: ASTATinfo n. 45/2011, pag. 4.

<sup>3</sup> ASTAT, *Occupati e disoccupati in Alto Adige, 2008-2012*, in: ASTATinfo n. 35, Bolzano 2013, pag. 5.

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

<sup>5</sup> ASTAT (ed.), *Pensioni 2011*, in: ASTATinfo n. 57/2013, pag. 9.

<sup>6</sup> Südtirols Senioren: eine Generation der Zufriedenen, pag. 6-8, scaricabile al sito: [www.provinz.bz.it/sozialwesen/download/Pressebericht\\_LPA.doc](http://www.provinz.bz.it/sozialwesen/download/Pressebericht_LPA.doc)

attività - cinema, concerti, teatro, musei, manifestazioni sportive - la partecipazione degli anziani cala sensibilmente.<sup>7</sup> Tra le attività preferite si riscontra la frequenza di concerti e teatri. Nel corso della rilevazione effettuata 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.

Anche le attività sportive ed altre attività fisiche sono meno frequenti con il passare degli anni. Nel caso degli ultra65enni, solo circa un quarto (27,8%) svolge regolarmente od occasionalmente un'attività sportiva, mentre nei 60-65enni è pur sempre quasi la metà a svolgere queste attività.<sup>8</sup> 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 84,4% degli anziani non aveva ancora mai usato un computer (per i 50-59enni questo vale per solo il 35%).<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup> 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.

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. 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 que-

TEMPO LIBERO E PAR-  
TECIPAZIONE ALLA VITA  
SOCIALE

SPORT

NUOVI MEDIA

TEMPO LIBERO

CONSULENZA  
ABITATIVA

AUTODETERMINAZIONE  
E AUTONOMIA

<sup>7</sup> ASTAT, *Quadro sociale della Provincia di Bolzano 2009*, Bolzano 2010, pag. 159.

<sup>8</sup> ASTAT (ed.), *Attività sportive: Indagine multiscopo sulle famiglie – 2012*, in: ASTATinfo n. 06/2013, pag. 2.

<sup>9</sup> ASTAT (ed.), *Uso del pc e di internet: Indagine multiscopo sulle famiglie – 2012*, in: ASTATinfo n. 28/2013, pag. 2.

<sup>10</sup> ASTAT (ed.), *Soddisfazione e fiducia nella vita quotidiana - Indagine multiscopo sulle famiglie – 2010*, in: ASTATinfo n. 65/2010, pag. 4.

**INVECCHIAMENTO****ATTIVO**

sto obiettivo (vedi cap. 10.3). Vanno evitate dipendenze precoci promuovendo l'iniziativa autonoma e l'auto-organizzazione.

Un aspetto che nel 2012 - anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni - ha assunto ancora una volta particolare importanza è quello dell'invecchiamento attivo. Per perseguire questa condizione gli anziani non devono soltanto avere la possibilità di partecipare pienamente alla vita sociale trovando idonee possibilità di occupazione: è per loro altrettanto importante che si migliori l'accesso al volontariato e si operino i necessari adeguamenti nell'ambito dell'intorno abitativo e in quello infrastrutturale. Nell'anno di riferimento per la presente relazione sociale (2012), la Ripartizione famiglia e politiche sociali ha istituito un gruppo di lavoro che si è occupato di questa tematica, composto da rappresentanti di vari uffici e organizzazioni operanti in campo sociale e in quello della politica della famiglia.

**PREVENZIONE**

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.

**FILIERA****DELL'ASSISTENZA**

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.

**„WELFARE MIX“****E SUSSIDIARIETÀ**

La responsabilità di garantire servizi adeguati spetta in realtà alla mano pubblica. Le regole sull'accreditamento delle case di riposo e dei centri di degenza - modificate nuovamente alla fine del 2011 - 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.

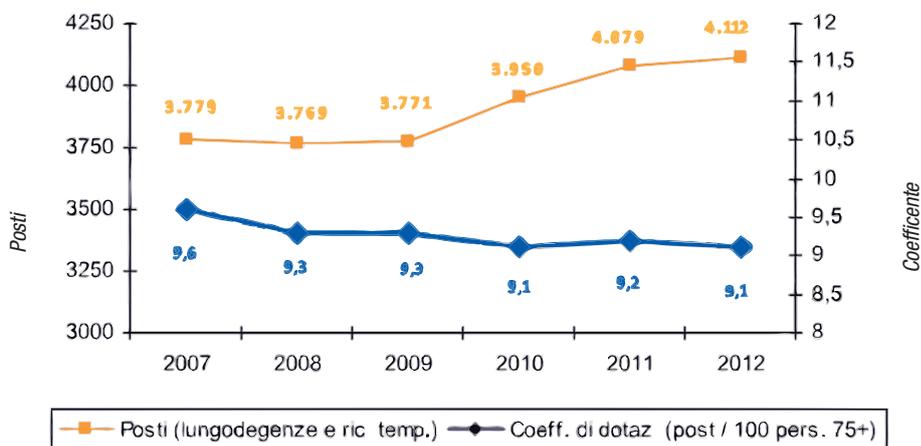
**5.2 SERVIZI RESIDENZIALI****5.2.1 Case di riposo e centri di degenza****SVILUPPO DELL'OFFERTA E COPERTURA TERRITORIALE****INDICE DI DOTAZIONE**

In Alto Adige esistevano al 31/12/2012 76 strutture residenziali - 67 case di riposo e 9 centri di degenza - per complessivi 4.112 posti di lungodegenza e ricovero temporaneo. Dal 2007 l'offerta complessiva di posti in queste strutture è aumentata di quasi 330 unità, pari al 8,8%. Per ogni 100 anziani di età

pari o superiore a 75 anni erano quindi disponibili alla fine del 2012 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 che grazie al miglioramento dell'offerta di posti l'indice di dotazione (posti in case di riposo/centri di degenza rispetto alla popolazione ultra75enne) è rimasto più o meno invariato negli ultimi cinque anni nonostante l'invecchiamento demografico della società (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. 10.3). 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).

Al 31.12.2012 risultavano risiedere nelle strutture 4.040 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 98,3%). 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 – 2007-2012



L'indice di domanda insoddisfatta (anziani in lista d'attesa x 100 posti disponibili) nel 2012 era di 52,0, il che vuol dire che, per ogni 100 posti esistenti, circa 52 anziani erano in lista d'attesa per un posto in una casa di riposo o in un centro di degenza. L'eccedenza della domanda è tuttavia variata fortemente nelle singole Comunità comprensoriali, e oscilla tra 33,0 (Salto-Sciliar) e 77,2 (Val Pusteria). Tuttavia le liste d'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. Più indicativo delle liste d'attesa è pertanto il numero di persone che nel 2012 hanno presentato domanda di accoglimento

GRADO DI UTILIZZO

LISTE DI ATTESA

in una casa di riposo o centro di degenza ma che non hanno potuto essere accolte per mancanza di posto. Nell'anno di riferimento per la presente relazione sociale (2012), questa situazione è venuta a crearsi in 36 strutture, ed ha interessato 380 persone. Le liste d'attesa e le domande di accoglimento riflettono però anche lacune nella catena dell'assistenza a monte (per esempio nei ricoveri temporanei o nell'assistenza domiciliare) e nelle offerte abitative/assistenziali alternative (in particolare sotto forma di accompagnamento abitativo).

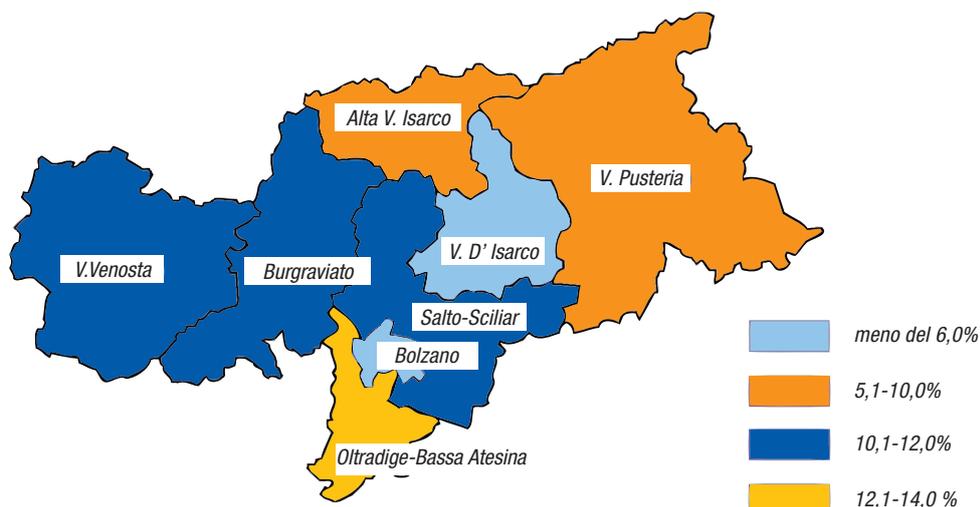
**Tabella 5.1: Case di riposo e centri di degenza: strutture, posti letto e utenti per Comunità comprensoriali, 2012**

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	327	11,1	318	160	65,4	14
Burgraviato	21	964	10,8	954	668	45,9	10
Oltr. - B. Atesina	13	756	12,4	750	353	58,2	19
Bolzano	9	662	5,6	648	238	73,6	25
Salto-Sciliar	10	445	11,6	438	147	44,5	13
Val d'Isarco	8	314	7,4	314	110	39,3	24
Alta V. Isarco	2	126	8,8	126	62	63,0	3
Val Pusteria	7	518	8,7	492	400	74,0	18
<b>TOTALE</b>	<b>75</b>	<b>4.112</b>	<b>9,1</b>	<b>4.040</b>	<b>2.138</b>	<b>54,8</b>	<b>126</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

Per quanto attiene la copertura territoriale, continuano ad osservarsi considerevoli differenze tra le Comunità comprensoriali. Bolzano e la Val d'Isarco dispongono di un'offerta di posti letto ben inferiore alla media, rispettivamente con 5,6 e 7,4 posti ogni 100 abitanti ultra75enni, mentre Salto-Sciliar (11,6) e l'Oltradige-Bassa Atesina (12,4) si mantengono invece chiaramente al di sopra della media.

**Grafico 5.2: Posti in case di riposo e centri di degenza per 100 abitanti di età 75 anni e più, 2012**



COPERTURA  
TERRITORIALE

## 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 (44,7 %) si ritrovano le aziende pubbliche di servizi alla persona, seguite dai Comuni e dai Consorzi di comuni (22,4 %) e a una certa distanza dalle Comunità comprensoriali ovvero dall'Azienda sociale di Bolzano (9,2%). Tra gli enti gestori privati i più importanti sono quelli religiosi. Le dimensioni medie delle strutture variano fortemente tra gli enti gestori: le 11 strutture gestite dai Comuni hanno in media non più di 30 posti, quelle gestite dalle Comunità comprensoriali quasi 95. L'offerta complessiva di posti si distribuisce quindi fra i singoli enti in maniera diversa di quanto potrebbe far credere un primo sguardo ai numeri di ciascuna struttura.

Tabella 5.2: Case di riposo e centri di degenza: tipologia dell'ente gestore, 2012

Ente	Strutture	%	Posti letto	%
Comune	11	14,5	329	8,0
Consorzio di comuni	6	7,9	377	9,2
C. comprensoriale / Azienda sociale	7	9,2	568	13,8
Azienda sanitaria	1	1,3	120	2,9
A.P.S.P.	34	44,7	1.840	44,7
Cooperativa sociale	3	3,9	150	3,6
Ente religioso	6	7,9	337	8,2
Associazione	2	2,6	139	3,4
Altro soggetto privato	6	7,9	252	6,1
<b>Totale</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>4.112</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIPSA e ASTAT 2013.

Le case di riposo e i centri di degenza in Alto Adige presentano tradizionalmente dimensioni abbastanza ridotte. Solo 20 strutture (26,7%) disponevano di oltre 75 posti. Tuttavia le strutture residenziali "grandi", con 75 e più posti letto, rappresentano il 46,1% dell'offerta complessiva di posti letto. Dalla conversione degli istituti di assistenza e beneficenza pubblica (IPAB) in aziende pubbliche di servizi alla persona (A.P.S.P.) si è fatta più impellente per le strutture più piccole l'esigenza di consociarsi o di confluire in strutture di dimensioni maggiori. Nel 2012 esistevano ancora soltanto 7 strutture (9,3%) con meno di 25 posti, che offrivano però soltanto il 3,6% dei posti complessivi (150). In base alle nuove direttive di accreditamento, in futuro non vi dovranno essere più case di riposo o centri di degenza con meno di 40 o più di 120 posti letto.

Tabella 5.3: Case di riposo e centri di degenza per numero di posti e offerta, 2012

Numero di posti letto	Numero di strutture	% sulle strutture	Numero di posti	% sui posti complessivi
meno di 25	7	9,3	150	3,6
da 25 a meno di 50	34	45,3	1.224	29,8
da 50 a meno di 75	14	18,7	843	20,5
da 75 a meno di 100	15	20,1	1.250	30,4
100 posti e più	5	6,6	645	15,7
<b>Totale</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>4.112</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

ENTI GESTORI

DIMENSIONI

## 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 2012, al momento dell'ingresso nella struttura, quasi il 90,3% degli utenti risultava risiedere nella stessa comunità comprensoriale in cui aveva sede la struttura, mentre circa l'8% risiedeva in una comunità comprensoriale limitrofa. 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.

Tabella 5.4: Case di riposo e centri di degenza: utenti per provenienza, 2012

Provenienza degli utenti	Utenti	%
Stessa Comunità comprensoriale	3.649	90,3
Comunità comprensoriale limitrofa	303	7,5
Altra Comunità comprensoriale	72	1,8
Fuori Alto Adige	16	0,4
<b>Totale</b>	<b>4.040</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

## ETÀ E SESSO

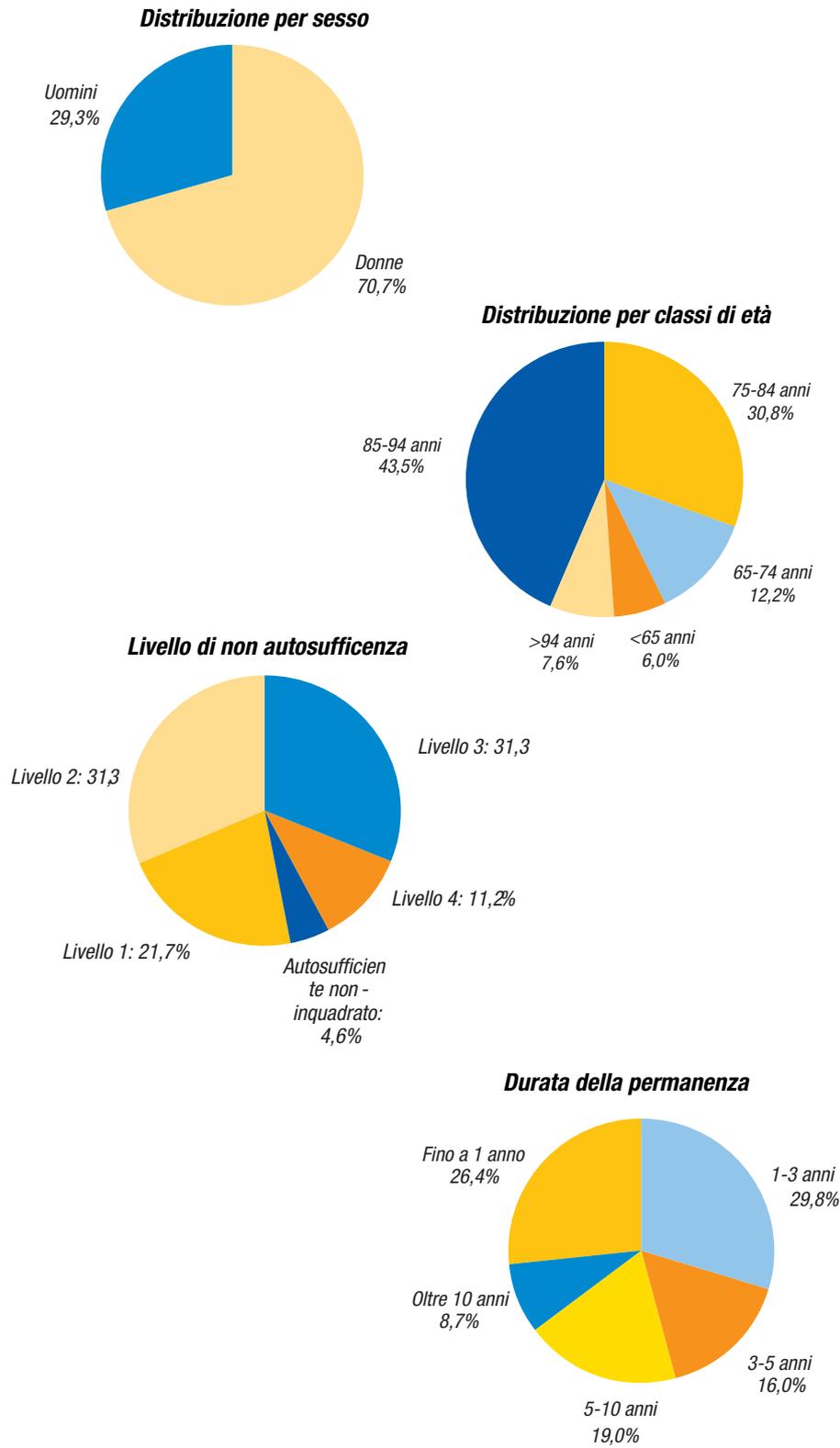
## UTENTI DELLE STRUTTURE

Nelle case di riposo e nei centri di degenza risiedono prevalentemente persone di età assai avanzata. Come già negli anni precedenti, anche nel 2012 la metà (51,1%) di esse aveva già più di 85 anni, e solo un sesto circa (18,2%) ne aveva meno di 75. Coerentemente con la distribuzione per età, la percentuale di donne (70,7%) è chiaramente superiore a quella degli uomini (29,3%). Quasi tutti gli utenti (99,3%) hanno cittadinanza italiana.

CARATTERISTICHE  
SOCIODEMOGRAFICHE

Oltre un quarto (27,7%) degli utenti vive ormai da oltre cinque anni nel "suo" istituto, mentre quasi altrettanti (26,4%) alla fine del 2012 vi risiedevano da meno di 12 mesi. Purtroppo i dati non permettono di rilevare in che misura sia aumentata negli ultimi anni l'età raggiunta al momento dell'accoglimento, tuttavia taluni segni starebbero a confermare questa ipotesi, e in tali termini si può prevedere 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.

Grafico 5.3: Utenti delle case di riposo e dei centri di degenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

**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, quasi 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 3,7%. 34 utenti (0,9%) non sono (ancora) stati inquadrati. Raggruppando gli utenti per fascia di età si ha il seguente quadro:

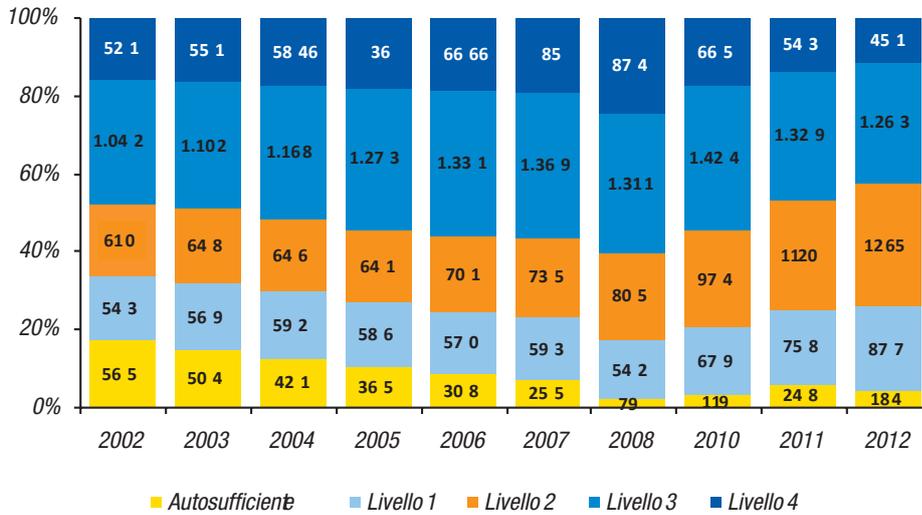
**Tabella 5.5: Utenti al 31/12/2012 per fabbisogno di assistenza e fascia di età**

Età	Autosufficiente/ non inquadrato		Utenti con...								Totale	
			livello di assistenza 1		livello di assistenza 2		livello di assistenza 3		livello di a ssistenza 4			
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%
< 25	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0
25-44	-	-	-	-	1	6,3	2	12,5	13	81,3	16	100,0
45-64	7	3,2	40	18,1	67	30,3	60	27,1	47	21,3	221	100,0
65-74	34	6,9	144	29,3	151	30,7	113	23,0	50	10,2	492	100,0
75-79	33	6,8	139	28,7	150	30,9	119	24,5	44	9,1	485	100,0
80-84	38	5,0	178	23,4	232	30,5	236	31,1	76	10,0	760	100,0
85-89	44	4,2	203	19,6	343	33,1	345	33,3	101	9,7	1.036	100,0
90-94	24	3,3	131	18,2	219	30,4	261	36,3	85	11,8	720	100,0
95+	4	1,3	42	13,7	102	33,3	127	41,5	31	10,1	306	100,0
<b>Totale</b>	<b>184</b>	<b>4,6</b>	<b>877</b>	<b>21,7</b>	<b>1.265</b>	<b>31,3</b>	<b>1.263</b>	<b>31,3</b>	<b>451</b>	<b>11,2</b>	<b>4.040</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

In una serie storica più prolungata, dal 2010 si sta delineando una certa variazione della tendenza. Se infatti fino a quell'anno la percentuale degli ospiti gravemente non autosufficienti era cresciuta anno per anno, dal 2010 in poi si osserva uno sviluppo in controtendenza. Si può ipotizzare che grazie alla copertura della non autosufficienza siano sempre più numerose le famiglie disponibili e in grado di assistere in casa i loro familiari gravemente non autosufficienti. Non si è invece in grado di comprendere compiutamente - in assenza di un'analisi di dettaglio sull'assistenza domestica e residenziale nel suo complesso - in quale misura l'incremento perdurante di ospiti parzialmente non autosufficienti sia ascrivibile a lacune nel sistema di assistenza a monte.

Grafico 5.4: Case di riposo e centri di degenza: autosufficienza degli ospiti, 2002-2012\*



\* 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 raffrontabili fra di loro. Per il 2009 non erano purtroppo disponibili dati.

Nel corso del 2012, 2.235 persone sono state accolte in una delle 76 strutture residenziali quali lungodegenti. 1.132 ospiti sono deceduti. L'indice di mortalità (numero di decessi x 100 ospiti mediamente presenti all'inizio e alla fine dell'anno) si colloca sul 28,2%. Nel 2010 questa percentuale era del 24,9%

FLUTTUAZIONE

Tabella 5.6: Case di riposo e centri di degenza: movimenti degli ospiti nel 2012

Valori assoluti		Indicatori	
Ospiti al 01/01/2012	3.981	Indice di turnover (ammessi x 100 ospiti medi*)	55,7%
Ammissioni	2.235		
Dimissioni	1.044	Indice di mortalità (deceduti x 100 ospiti medi*)	28,2%
Decessi	1.132		
Ospiti al 31/12/2012	4.040		

\* Ospiti medi = [(ospiti al 1/1 + ospiti al 31/12) / 2]

Fonte: ASTAT 2013.

Il coefficiente di turnover (numero dei nuovi ingressi rispetto al numero medio di ospiti) è cresciuto sensibilmente dal 2010, passando dal 48,9% all'attuale 55,7%. L'incremento è dovuto nella stessa misura all'aumento delle dimissioni e all'incremento della ricettività complessiva (vedi grafico 5.1).

Motivo prevalente dell'accoglimento sono risultati essere i problemi di salute (51,5%), seguiti da un fabbisogno di supporto e assistenza (44,1%), mentre problemi abitativi solo stati dichiarati solo nell'1,3% dei casi.

Tre quarti (75,4%) delle persone dimesse nel corso dell'anno sono rientrati nelle famiglie di origine, mentre quasi il 20% è stato trasferito ad altre strutture. I motivi di questi movimenti non solo tuttavia ricavabili dai dati disponibili.

MOBILITÀ

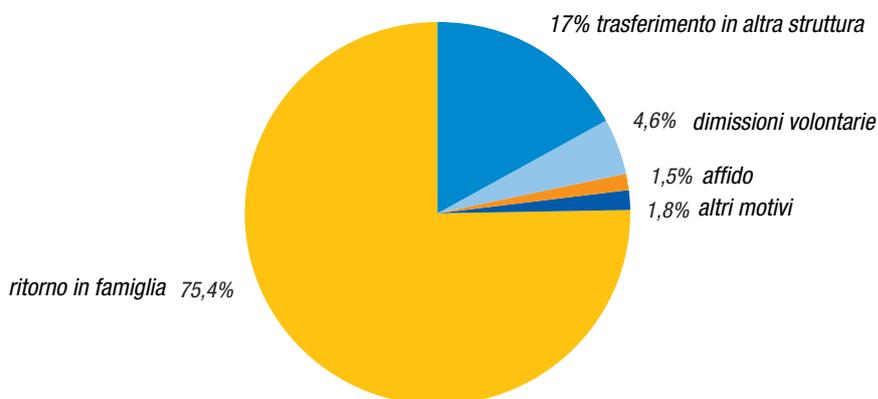
MOTIVI DELL'

ACCOGLIMENTO

MOTIVI DELLE

DISSIONI

Grafico 5.5: Anziani assistiti per motivo delle dimissioni, 2012



## PERSONALE

**OPERATORI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI**

Alla fine del 2012 il personale delle case di riposo e dei centri di degenza era costituito da 4.381 collaboratori, pari a 3.595,5 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) 3.371,1 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 (23,1%) con in prima linea assistenti geriatrici/socioassistenziali e assistenti sociali, e operatori sanitari (16,6%). Nei centri di degenza le professioni sanitarie occupano naturalmente una posizione più importante che nelle case di cura (27,6% a fronte di 14,8%). Per circa un quarto dell'operatori si tratta di personale dei servizi ausiliari (24,9%), 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, 2012

Profilo professionale	Operatori	Numero di posti	% sui posti complessivi
Personale socio-assistenziale	831,1	23,1	4,9
Ausiliari socio-assistenziali	1.081,0	30,1	3,7
Altre professioni sociali	28,6	0,8	141,3
Professioni sanitarie	596,1	16,6	6,8
Personale ausiliario	896,7	24,9	4,5
Professioni tecniche ed amministrative	161,9	4,5	25,0
<b>TOTALE</b>	<b>3.595,5</b>	<b>100,0</b>	<b>1,1</b>

### 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 2012 complessivamente 126 posti nelle case di riposo e nei centri di degenza. Questa cifra non considera tuttavia i cosiddetti letti di emergenza (69 posti). Si ha in tal modo un indice di dotazione di 2,8 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. Le direttive per l'accreditamento prevedono un orario minimo di apertura di sei ore giornaliere per cinque giorni alla settimana, con una capacità ricettiva contemporanea variabile da 8 a 25 persone. Ne consegue che il supporto e l'assistenza nelle rimanenti ore della giornata - quindi la sera, la notte, la mattina fino al prelievamento dell'ospite e durante i fine settimana - vengono lasciati in genere ai familiari e/o all'assistenza domiciliare. 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 negli ultimi due anni. Alla fine del 2012 erano complessivamente disponibili 161 posti in 13 strutture, con un indice di copertura di 3,6 posti per 1.000 abitanti ultra75enni. 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.

OBIETTIVI E

CARATTERISTICHE

STRUTTURALI

OFFERTA

QUANTITATIVA

OBIETTIVI E

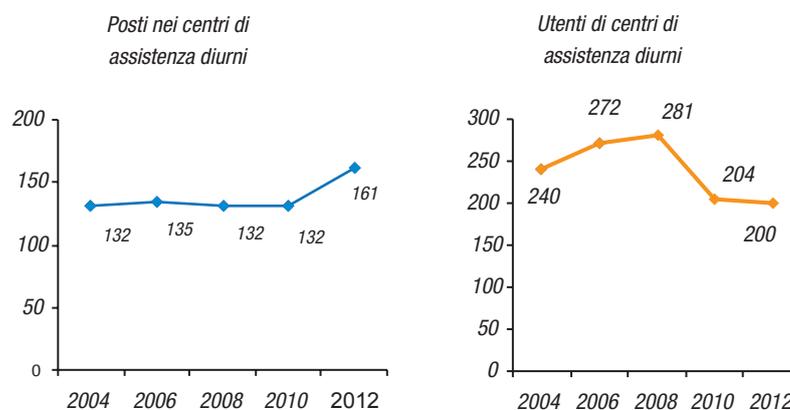
CARATTERISTICHE

STRUTTURALI

OFFERTA

QUANTITATIVA

Grafico 5.6: Centri di assistenza diurna per anziani, 2004-2012



## NUMERO DI ASSISTITI

Alla fine del 2012 risultavano ricorrere ai centri di assistenza diurna 200 persone. Nel corso dell'intero anno hanno frequentato le strutture 306 fra uomini e donne, un valore rispondente all'incirca a quello dei due anni precedenti. In una serie storica più lunga si riscontra tuttavia un calo delle frequenze, anche se non si può escludere che questo dato sia ascrivibile all'adozione di metodi di rilevamento diversi. La circostanza che il numero di assistiti sia superiore a quello dei posti disponibili si spiega col fatto che presso queste strutture sono previste anche le assistenze sulla mezza giornata. Inoltre non tutti gli utenti frequentano le strutture con regolarità, e questa flessibilità costituisce un fattore di qualità per queste strutture.

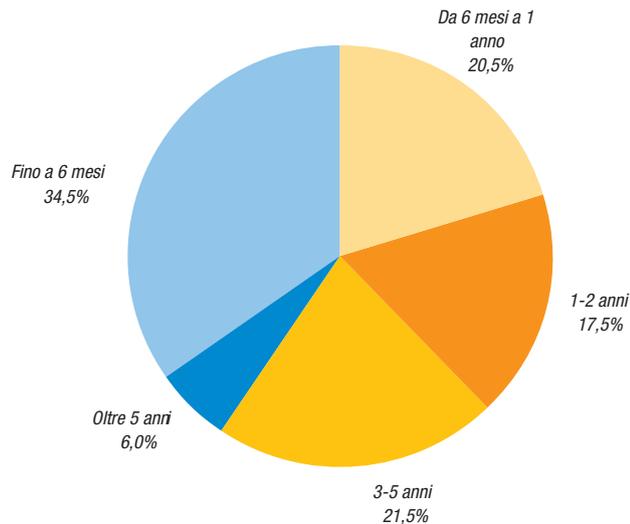
Fatta eccezione per la Comunità comprensoriale Salto-Sciliar, in ogni Comprensorio è presente perlomeno un centro di assistenza diurna. Il numero di posti oscilla qui tra 10 e 38. Basandosi sulle attuali liste di attesa si può ipotizzare che l'offerta sia sottodimensionata in particolare a Bolzano e nell'Oltradige-Bassa Atesina.

Tabella 5.8: Centri di assistenza diurna: posti e utenti per Comunità comprensoriali, 2012

Comunità comprensoriali	Strutt.	Posti	Utenti al 31.12	Utenti nell'anno per posto	Persone iscritte alla lista d'attesa
Val Venosta	3	38	38	1,0	4
Burgraviato	2	30	49	1,6	-
Oltr. - B. Atesina	2	16	18	1,1	14
Bolzano	2	36	48	1,3	34
Salto-Sciliar	-	-	-	-	-
Val d'Isarco	1	10	10	1,0	2
Alta V. Isarco	1	10	18	1,8	3
Val Pusteria	2	21	19	0,9	-
<b>Provincia</b>	<b>13</b>	<b>161</b>	<b>200</b>	<b>1,3</b>	<b>57</b>

Oltre la metà degli utenti (55,0%) risultava frequentare la struttura da meno di 12 mesi. D'altra parte circa un quarto (27,5%) ricorre a questo servizio da più di 3 anni. Motivo prevalente del ricorso al centro di assistenza diurna è il bisogno di supporto/assistenza (60,7%), seguito da problemi di salute (14,1%). Al terzo posto troviamo motivazioni sociopedagogiche (7,4%), mentre gravi problemi psicologici e comportamentali svolgono col 2,5% un ruolo pressoché trascurabile.

**Grafico 5.7: Assistiti per durata della permanenza, 2012**



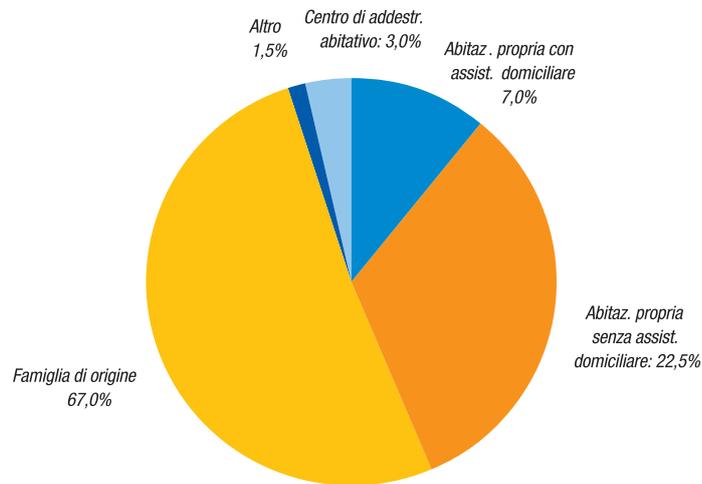
Prevalgono le donne con una percentuale del 63,0%. 8 utenti su 10 (80,0%) hanno 75 anni e più. La percentuale di persone in età assai avanzata (85 anni e più) si attesta sul 37%.

**Tabella 5.9: Centri di assistenza diurna: utenti per età e sesso, 2012**

Età	Uomini	Donne	Totale	
			ass.	%
< 45	-	1	1	0,5
45-64	4	6	10	5,0
65-74	15	14	29	14,5
75-79	17	10	27	13,5
80-84	24	35	59	29,5
85-89	9	40	49	24,5
90-94	5	17	22	11,0
95 u. älter	-	3	3	1,5
<b>TOTALE</b>	<b>74</b>	<b>126</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Circa due terzi degli assistiti abitano presso la loro famiglia. Quasi un quarto (22,5%) vive in un'abitazione propria e non dispone dell'assistenza domiciliare.

Grafico 5.8: Assistiti per tipologia di alloggio, 2012



## PERSONALE

Nei centri di assistenza diurna operavano alla fine del 2012 48 persone, pari a 38,4 operatori equivalenti a tempo pieno). Gli operatori qualificati erano in prevalenza assistenti geriatrici e socioassistenziali (35,2% degli operatori equivalenti a tempo pieno) ed assistenti sociali (23,4% degli operatori equivalenti a tempo pieno).

98

## CARATTERISTICHE

**5.3.2 Alloggi per anziani**

Un'altra soluzione abitativa per anziani autosufficienti è quella degli alloggi per anziani, che presentano di norma una superficie variabile tra 35 e 45 m<sup>2</sup>. Gli alloggi per anziani sono di norma privi di barriere architettoniche e dotati di un vano doccia adeguato alle esigenze dei disabili. Attualmente esistono in Alto Adige circa 850 abitazioni per anziani, ed altre 300 circa sono in progetto. 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**

## L'OFFERTA IN SINTESI

In Alto Adige sono attualmente presenti 8 mense per anziani, per complessivi 438 posti a sedere (omologati): tre nel capoluogo di Bolzano e una rispettivamente a Brunico, Lana, Laives, Merano e Silandro. Le mense possono venir gestite dalle aziende per i servizi sociali competenti territorialmente oppure mediante convenzione da un ente pubblico o privato, da una associazione o da una cooperativa senza fini di lucro. Dati più precisi sul numero di pasti serviti e sul numero di utenti non sono disponibili. L'offerta si rivolge in ogni caso 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 servizi sociali.

Tabella 5.10: Mense per anziani: ricettività, 2012

Regione	Località	N. di strutture	Posti
Val Venosta	Silandro	1	10
Burgraviato	Merano	1	80
Burgraviato	Lana	1	60
Oltradige - B. A.	Laives	1	16
Azienda Servizi Sociali di Bolzano	Bolzano	3	170
Val Pusteria	Brunico	1	102
<b>Totale provincia</b>	-	<b>8</b>	<b>438</b>

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.

## 5.4 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

L'offerta residenziale è stata potenziata in continuazione negli ultimi due anni. Il processo d'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 altro 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.

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 il rafforzamento dell'assistenza temporanea, per il quale nel 2010 sono stati compiuti nuovi passi importanti, 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 psico-geriatria.

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.

SERVIZI MENSA  
NELLE STRUTTURE  
RESIDENZIALI

99

INTERVENTI  
NECESSARI

ASSISTENZA  
TEMPORANEA E  
ASSISTENZA ALLE  
PERSONE  
COLPITE DA DEMENZA

CONCERTAZIONE  
POLITICA

## 6. PERSONE CON DISABILITÀ

### 6.1 SITUAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

#### 6.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale

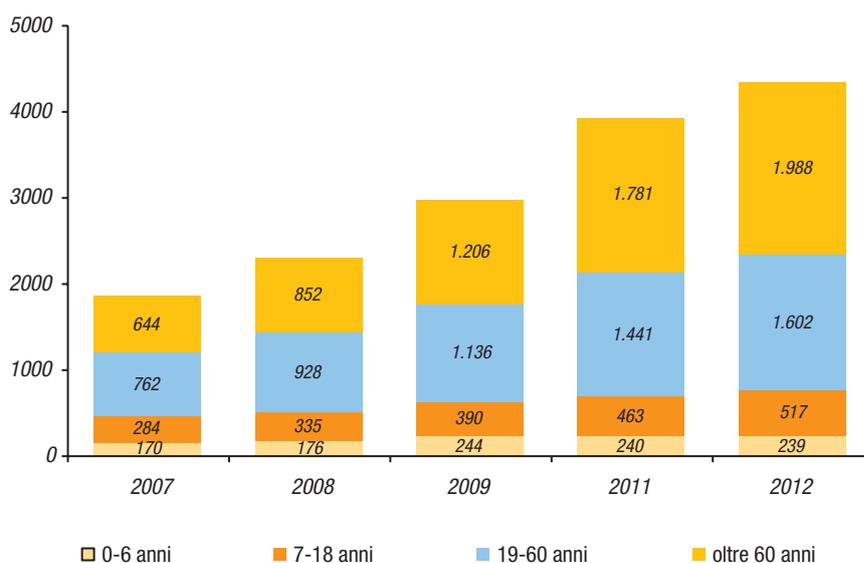
DEFINIZIONE DI  
DISABILITÀ

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità riconosce che la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri.<sup>1</sup> In questi termini la disabilità non è una caratteristica dei singoli individui ma una funzione dell'ambiente, che agevola od ostacola competenze diverse. In altre parole non si è disabili ma si viene resi disabili. Tuttavia il concetto di disabilità viene interpretato in maniera differente nei diversi sistemi giuridici e sociali.

ASPETTI  
QUANTITATIVI

Applicando i criteri della Legge 104/1992, alla fine del 2012 risultavano vivere in Alto Adige 4.346 persone con una disabilità grave accertata. Rispetto al 2007 c'è stato quindi un incremento del 230%. 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)<sup>2</sup>



Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap 2013.

Tuttavia queste cifre individuano di sicuro soltanto il limite numerico inferiore delle persone che presentano un handicap fisico, cognitivo e/o sensoriale. Stando all'ISTAT il 4,8% di tutte le persone di età pari o superiore a sei anni che vivono all'interno di una famiglia presenta una qualche disabilità.<sup>3</sup> In Alto Adige si tratterebbe quindi di circa 20.000 persone.

<sup>1</sup> Antje Welke (ed.), UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, Berlino 2012, pag. 10.

<sup>2</sup> Per il 2010, purtroppo non ci sono dati corrispondenti.

<sup>3</sup> ISTAT (ed.), *Disabilità in cifre*, scaricabile alla pagina: [http://www.disabilitaincifre.it/prehome/quantif\\_disabilitainitalia.asp](http://www.disabilitaincifre.it/prehome/quantif_disabilitainitalia.asp)

Come evidenzia il grafico, la natura e la portata delle disabilità sono destinate a mutarsi in futuro. Si possono qui già a riconoscere svariate linee di tendenza: <sup>4</sup>

- 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; <sup>5</sup>
- L'anzidetta Convenzione delle Nazioni Unite in generale e il Piano settoriale Disabilità presentato nel 2011 con le sue svariate proposte di intervento in particolare contribuiranno a rafforzare nelle persone interessate e nei loro familiari la consapevolezza dei loro diritti.
- Un'ulteriore presa di coscienza non riguarda del resto soltanto i diritti, ma anche le possibilità e i vantaggi connessi con una più corretta valutazione dei potenziali di competenza individuale delle persone disabili. Grazie allo sviluppo tecnologico e scientifico e alle possibilità di intervento sempre crescenti si può a ragione ritenere che le esigenze delle persone continueranno a differenziarsi sempre di più, e i programmi, i servizi e le prestazioni dovranno adeguarsi a questa tendenza.
- I servizi erogati alle persone con disabilità hanno continuato a svilupparsi negli ultimi dieci anni, e questo sviluppo è destinato a perdurare. La differenziazione quantitativa e qualitativa delle erogazioni evidenzia l'esigenza di nuovi modelli di gestione e messa in rete.
- D'altra parte questa differenziazione tecnica e istituzionale evidenzia anche, per il limitato incremento della spesa nel settore sociale, la necessità di individuare le corrette priorità.

Nelle strutture residenziali presenti in provincia vivevano alla fine del 2012 soltanto 418 persone con disabilità (vedi oltre). La maggior parte delle persone con disabilità 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 tutti i Comuni come pure le Aziende sanitarie e la Provincia sono tenuti a presentare piani di adeguamento idonei al superamento delle barriere architettoniche. Detti piani sono stati in gran parte ultimati nel corso del 2013.

Con riferimento agli aspetti abitativi va citata anche la delibera, approvata nel 2012, sulle nuove “Linee guida per l'accoglienza in strutture e servizi degli anziani con disabilità”, grazie alla quale sarà possibile migliorare l'accompagnamento delle persone anziane con disabilità.

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. Nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale, la Giunta provinciale ha altresì approvato le due linee guida sull'accompagnamento familiare e sul sostegno pedagogico precoce dei minori con disabilità fino a sei anni, elaborate nei due anni precedenti.

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

**LINEE DI SVILUPPO**

**FUTURE**

**ASPETTI ABITATIVI**

**INTERVENTI DI**

**SOSTEGNO NEL**

**SETTORE**

**DELL'ABITAZIONE**

**ASSISTENZA E**

**AUTOAIUTO**

<sup>4</sup> Vedi in proposito: Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige (Ripartizione 24 – Famiglia e politiche sociali), *Piano di settore Disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015*, Bolzano, pagg. 27-31.

<sup>5</sup> Fritz Krueger & Johannes Degen (ed.), *Das Alter behinderter Menschen*, Friburgo 2006, pag. 43.

**NUOVI INTERVENTI  
NEL CAMPO  
DELL'ASSISTENZA**

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 2012 esistevano in questo settore complessivamente 19 gruppi di auto mutuo aiuto registrati (vedi il punto 2.4.3). Positivo appare il fatto che in ultimi dieci 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.

Nel campo dell'assistenza va ricordato tra i nuovi interventi in particolare l'accompagnamento abitativo sociopedagogico, che si rivolge in maniera finalizzata anche agli adulti con disabilità (delibera della Giunta provinciale n. 683/2011). Obiettivo dell'accompagnamento abitativo è il perseguimento, lo sviluppo e il mantenimento dell'indipendenza nella vita quotidiana e della partecipazione alla vita sociale. Si tratta di una nuova possibilità sulla quale ci si dovrà concentrare ancor di più in futuro, anche con nuove formule abitative. Del pari, con delibera della Giunta provinciale n. 1469 del 26/09/2011, sono stati fissati i criteri per l'erogazione della prestazione „Vita indipendente e partecipazione sociale“, introdotta con il decreto 30/2010 (art. 25). In tal modo le persone con una grave disabilità fisica hanno ora la possibilità di beneficiare di un sussidio (commisurato al reddito) per “acquistare” prestazioni assistenziali sulla base di un regolare contratto di lavoro stipulato con le persone assistenti. Nel corso dell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale quattro persone con grave disabilità fisica hanno potuto beneficiare di questa nuova tipologia di supporto.

**LAVORO E  
OCCUPAZIONE**

Nonostante la situazione del mercato del lavoro sia nel complesso accettabile in Alto Adige (vedi cap. 1.2.1) e nonostante l'obbligo di legge per i datori di lavoro di occupare in una certa misura anche persone con disabilità, per questi soggetti continua ad essere difficile trovare un posto di lavoro in generale, sia nel settore privato che in quello pubblico. Alla fine del 2011 nell'elenco per il collocamento mirato tenuto dall'Ufficio servizio lavoro erano iscritte in attesa di un lavoro ancora 600 persone con un'invalidità civile.

**NUOVI INTERVENTI  
DI INTEGRAZIONE  
LAVORATIVA**

Al fine di migliorare l'integrazione delle persone con disabilità nel mercato del lavoro, nel 2011 la Giunta provinciale ha approvato un programma quadro per l'inserimento lavorativo, finalizzato tra l'altro ad agevolare l'aggiudicazione di lavori e servizi a cooperative del tipo B, che impiegano persone con disabilità. L'attuazione concreta del programma era ancora in atto nel corso dell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale (2012). Strumento particolarmente efficace di inserimento lavorativo persone con grave disabilità si è dimostrato il progetto „Plus +35“, col quale si intende motivare mediante incentivi finanziari gli enti pubblici a creare posti di lavoro per questa categoria di persone. Dalla prima fase progettuale il numero di posti di lavoro assegnato al progetto è stato gradualmente aumentato; in tal modo entro il 2014 dovrebbero essere disponibili per esso 114 posti di lavoro a tempo pieno.

**TRASFERIMENTI  
PUBBLICI**

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 2012 sono stati erogati complessivamente 40.005.662 Euro di contributi economici a favore di 7.516 invalidi civili, ciechi e sordomuti (vedi più in dettaglio il cap. 10.4).

**PRINCIPI DELLA  
POLITICA PER LE PER-  
SONE CON DISABILITÀ**

**6.1.2 Politica per le persone con disabilità in Alto Adige**

L'articolo 1 della Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità indica quale obiettivo centrale di ogni politica per le persone disabili” “promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali”. In questo spirito il Piano di settore Disabilità individua complessivamente 11 principi ai quali l'amministrazione provinciale si ispira nello sviluppare gli interventi per il settore delle disabilità.<sup>6</sup> Particolare importanza assumono qui

<sup>6</sup> Vedi in proposito: *Piano di settore Disabilità*, pagg. 10-11.

concetti chiave come “la persona al centro dell’attenzione”, “l’autodeterminazione” e “l’inclusione”.

- **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.
- 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.

Nello spirito di questi principi un ruolo centrale compete alla promozione dell’auto-organizzazione - intesa come aiuto all’autoaiuto e rappresentazione autonoma dei propri interessi -, come pure al rafforzamento delle famiglie e degli intorno sociali degli interessati. 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 SEMI-RESIDENZIALI IN SINTESI

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.

In questi ultimi anni la ricettività dei servizi residenziali e semiresidenziali per i disabili si è sviluppata in maniera eterogenea: fatta eccezione per le attività socio-assistenziali diurne, la ricettività nei servizi si sono nel loro complesso ridotte negli ultimi due anni. In un raffronto temporale decennale il quadro appare tuttavia in controtendenza: si evidenziano qui incrementi in particolare per i laboratori e in misura minore anche per le strutture residenziali.

ATTENZIONE ALLA  
PERSONA

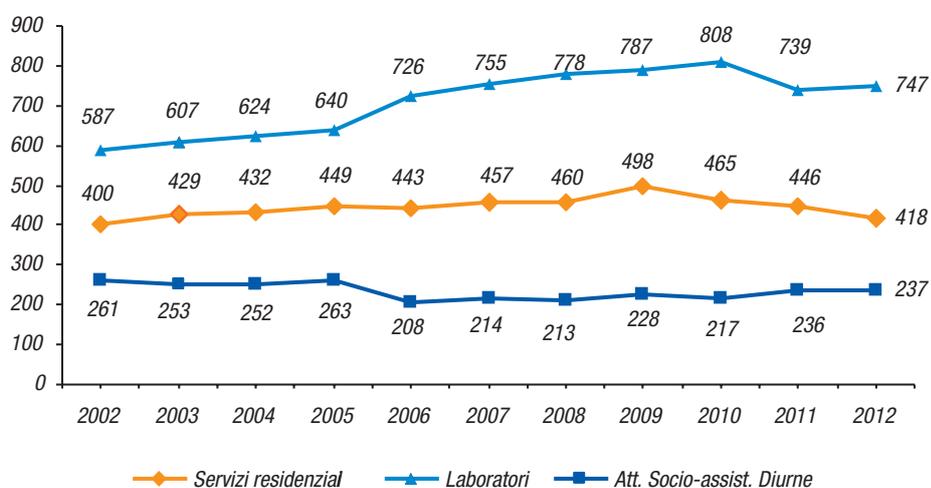
AUTODETERMINA-  
ZIONE E RESPONSA-  
BILITÀ

COINVOLGIMENTO

TIPOLOGIE DI  
OFFERTA

SVILUPPO  
DELL’OFFERTA

Grafico 6.2: Ricettività dei servizi per i disabili – 2002-2012



Fonte: ASTAT, 2013.

DISTRIBUZIONE  
DELL'ASSISTENZA SUL  
TERRITORIO

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

Tabella 6.1 : Strutture e numero di posti nei servizi per disabili 2012  
(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)	-	(-)	59	(2)	25	(2)
Burgraviato	37	(2)	35	(7)	-	(-)	160	(6)	24	(1)
Oltradige-B.A.	93*	(7)	13	(1)	-	(-)	75	(3)	31	(3)
Bolzano	50*	(5)	7	(1)	-	(-)	57	(4)	72	(4)
Salto-Sciliar	12	(1)	24	(3)	10	(1)	91	(5)	21	(3)
Val d'Isarco	36	(2)	-	(-)	2	(1)	120	(2)	42	(1)
Alta V. Isarco	8	(1)	4	(1)	3	(1)	24	(1)	17	(1)
Val Pusteria	38	(1)	22	(3)	4	(1)	161	(6)	23	(3)
<b>Totale</b>	<b>290</b>	<b>(20)</b>	<b>109</b>	<b>(17)</b>	<b>19</b>	<b>(4)</b>	<b>747</b>	<b>(29)</b>	<b>237</b>	<b>(18)</b>

\* Compresi i posti in strutture private (Casa del Gesù, Centro Ciechi, cooperative sociali).  
Fonte: ASTAT, 2013.

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.

Tabella 6.2: Assistenti per provenienza, 2012

Comprensori	Strutture residenziali		Strutture semi-residenziali		Popolazione totale
	Assistenti	%	Assistenti	%	
Val Venosta	21	5,4	75	8,1	6,6
Burgraviato	73	18,8	167	18,0	19,4
Oltradige-B.A.	64	16,5	116	12,5	14,6
Bolzano	64	16,5	127	13,7	20,5
Salto-Sciliar	36	9,3	89	9,6	9,5
Val d'Isarco	45	11,6	134	14,5	10,5
Alta V. Isarco	16	4,1	41	4,4	3,8
Val Pusteria	64	16,5	69	7,5	15,0
Altra origine	5	1,3	8	0,9	-
<b>Totale</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>	<b>926</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

Le strutture sono amministrate da diversi enti gestori. Al primo posto troviamo le Comunità comprensoriali e l'Azienda per i servizi sociali di Bolzano (71,6%). Altri soggetti privati sono presenti in particolare nel settore dei laboratori.

ENTI GESTORI

Tabella 6.3: Enti gestori dei servizi per disabili, 2012

Natura giuridica dell'ente gestore	Convitti		Comunità a lloggio		Centri di addestr. abitativo		Laboratori		Attività socio-assist. diurne	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Compr./ASSB	13	65,0	14	82,4	4	100,0	20	69,0	12	66,7
Provincia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6
Altro ente pubblico	4	20,0	1	5,9	-	-	4	13,8	3	16,7
Cooperativa	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-
Cooperativa sociale	-	-	1	5,9	-	-	-	-	-	-
Ente religioso	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-
Associazione privata	2	10,0	1	5,9	-	-	3	10,3	2	11,1
Altro soggetto privato	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

## 6.3 SERVIZI RESIDENZIALI - ASSISTENZA RESIDENZIALE

### 6.3.1 Convitti

OFFERTA E INDICE DI  
DOTAZIONE

Al 31/12/2012 esistevano in Alto Adige 20 convitti con una disponibilità complessiva di 290 posti. La contrazione rispetto agli anni precedenti (2010: 334 posti; 2011: 315 posti) è ascrivibile quasi esclusivamente alla conversione dei posti disponibili presso l'Istituto Casa del Gesù in posti di assistenza per gli anziani. In tal modo è venuto in parte a ridursi anche l'eccesso di offerta presente presso la Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina.

In tutti i Comprensori è presente almeno un convitto. L'indice di dotazione medio è di 0,54 posti per 1.000 abitanti, ma esso non tiene conto del fatto che L'Istituto Casa del Gesù (Oltradige- Bassa Atesina) continua 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.

Tabella 6.4: Convitti e istituti: posti e utenti per Comunità comprensoriale, 2012

Comprensori	Strutture	Posti	Utenti totali al 31/12	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	1	16	13	0,38
Burgraviato	2	37	35	0,35
Oltradige-Bassa Atesina	7*	93	91	1,21
Bolzano	5	50	44	0,42
Salto-Sciliar	1	12	8	0,16
Val d'Isarco	2	36	41	0,76
Alta Valle Isarco	1	8	7	0,36
Val Pusteria	1	38	37	0,48
<b>Totale Provincia</b>	<b>20</b>	<b>290</b>	<b>276</b>	<b>0,54</b>

\* Nella Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina e nel territorio dell'Azienda sociosanitaria di Bolzano sono situate le due strutture sovraterritoriali

GRADO DI UTILIZZO E  
FLUTTUAZIONE

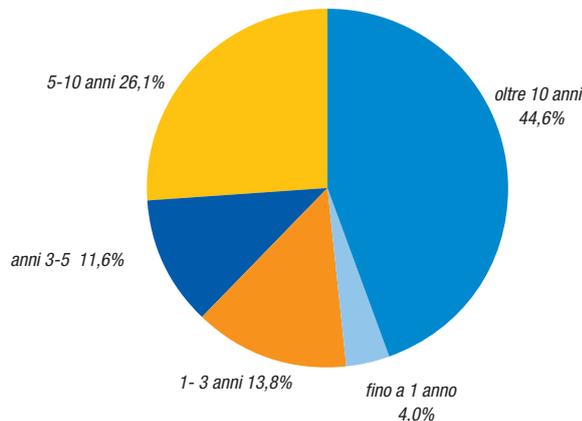
Nel 2012 sono stati accolti complessivamente 13 nuovi utenti. Il tasso di turnover (cioè il numero di nuovi accessi rispetto al numero medio di residenti) è quindi del 4,5%. 32 utenti hanno lasciato la rispettiva struttura nel corso del 2012. Motivi più dettagliati per tali dimissioni si possono ricavare dalle statistiche solo per nove persone: sette sono state trasferite ad un'altra struttura, mentre due sono rientrate in famiglia. Nello stesso anno sono deceduti quattro ospiti. La limitata fluttuazione si riflette in un elevato grado d'utilizzo (numero di assistiti presenti al 31/12 rispetto alla ricettività), che alla fine del 2012 si collocava al 95,2%. In quest'ottica non sorprende che alla fine del 2012 nei 10 convitti che tengono liste di attesa risultassero complessivamente iscritte 69 persone. Il coefficiente di eccedenza della domanda (persone in lista d'attesa per 100 posti presenti) risultava nel 2012 pari al 23,8%. Il fatto che l'offerta e la domanda non si sovrappongano è del resto testimoniato anche dalla circostanza che nel 2012 45 persone che hanno chiesto di essere accolte non hanno potuto trovare sistemazione nelle strutture, pur soddisfacendo i requisiti.

ASSISTENZA  
TEMPORANEA

Per l'assistenza temporanea (fino a 3 mesi), nel 2012 erano complessivamente disponibili nei 20 convitti 7 posti, alcuni dei quali - al fine di alleggerire al meglio il carico di lavoro dei familiari assistenti - vengono gestiti a rotazione, ossia possono nel corso dell'anno venir occupati alternatamente da diverse persone.

Come si evince dalla limitata fluttuazione, la durata della permanenza nella struttura è di norma lunga. Alla fine del 2012 il 44,6% degli utenti viveva presso la “sua” struttura già da oltre dieci anni. Solo un sesto (17,8%) vi risiedeva da meno di 3 anni.

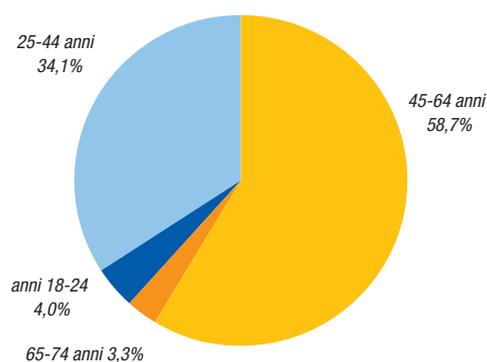
**Grafico 6.3: Convitti e istituti: assistiti per durata della permanenza, 2012 (in %)**



Fonte: ASTAT, 2013.

Oltre la metà degli assistiti ha un'età compresa tra 45 e 64 anni. Le persone in età avanzata (65 anni e più) costituivano alla fine del 2012 solo il 3,3% dell'utenza; del pari, solo una piccola parte (4,0%) non aveva ancora raggiunto il 25° anno di età. L'invecchiamento demografico delle persone con disabilità cui si è accennato nell'introduzione si riflette in particolare nel sovradimensionamento della fascia di età 45-64 anni. Gli uomini sono un po' più numerosi delle donne, con il 58,0%.

**Grafico 6.4: Convitti e istituti: assistiti per classe di età, 2012 (in %)**



Fonte: ASTAT, 2013.

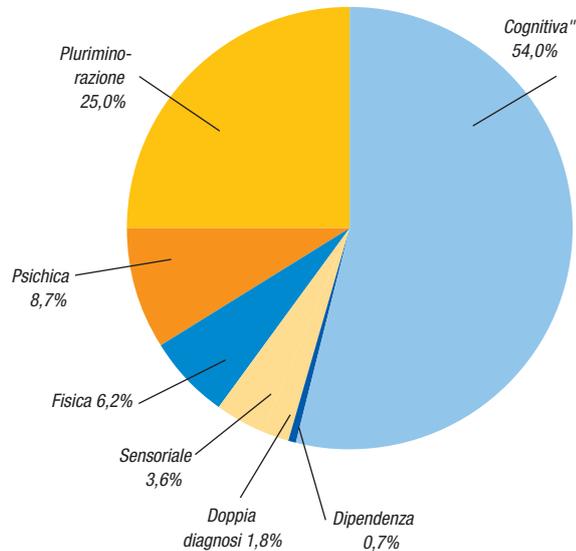
Ben oltre tre quarti degli assistiti (84,4%) hanno un grado di invalidità riconosciuto del 100%. In oltre la metà dei casi si tratta di persone con difficoltà di apprendimento (“handicap cognitivo”). Esattamente un quarto (25,0%) presenta una pluriminorazione.

DURATA DELLA  
PERMANENZA

STRUTTURA PER ETÀ  
E SESSO

TIPOLOGIE DI  
DISABILITÀ

Grafico 6.5: Convitti e istituti: assistiti per tipologia di disabilità, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

**PERSONALE**

Alla fine del 2012 il personale dei convitti era costituito da 403 operatori, pari a 335,2 operatori equivalenti a tempo pieno. Nel 2011 gli operatori equivalenti a tempo pieno erano ancora 353,9, ma a fronte di una ricettività di 315 posti. Rispetto al 2011 quindi il rapporto tra i posti disponibili e il personale espresso in operatori equivalenti a tempo pieno non è praticamente cambiato (da 1,13 a 1,16). 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 20,8% e 20,1% operatori equivalenti a tempo pieno) e gli assistenti sociali (23,8%). Un operatore su otto fa parte dei servizi ausiliari (12,4%); si tratta nella maggioranza dei casi di inservienti e addetti alle pulizie.

**6.3.2 Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo**

Alla fine del 2012 esistevano in Alto Adige 17 comunità alloggio con 109 posti e 4 centri di addestramento abitativo con 19 posti. Rispetto al 2011 la ricettività delle comunità alloggio (111 posti) e dei centri di addestramento abitativo (20 posti) è rimasta pressoché invariata. 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 0,21 posti ogni 1000 abitanti. L'indice di dotazione (non tenendo conto della Val d'Isarco) oscilla localmente tra lo 0,07 di Bolzano e lo 0,49 di Salto-Sciliar.

**OFFERTA E INDICE DI DOTAZIONE**

Tabella 6.5: Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo: posti e utenti per Comunità comprensoriale, 31/12/2012

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	7	35	32	0,35	-	-	-	-
Oltradige-B.A.	1	13	13	0,17	-	-	-	-
Bolzano	1	7	6	0,07	-	-	-	-
Salto-Sciliar	3	24	23	0,49	1	10	5	0,20
Val d'Isarco	-	-	-	-	1	2	1	0,04
Alta V. Isarco	1	4	4	0,20	1	3	2	0,15
Val Pusteria	3	22	18	0,28	1	4	4	0,05
<b>Totale provincia</b>	<b>17</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>0,21</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>0,04</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

Il grado di utilizzo puntuale (numero di utenti al 31/12/2012 rispetto al numero di posti alla stessa data) delle comunità alloggio alla fine del 2012 risultava con l'91,8% sensibilmente inferiore a quello dei convitti (95,2%). 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 2012 era del 10,0%, quello dei centri di addestramento abitativo del 57,1%. Complessivamente nel 2012 sono stati accolti 10 nuovi ospiti nelle comunità alloggio e 8 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 38,5% per le comunità alloggio e al 68,4% per i centri di addestramento abitativo. Va osservato che nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale non si sono potute accogliere per mancanza di posto 43 domande presentate presso le comunità alloggio e 13 presentate presso i centri di addestramento abitativo. Entrambi gli indicatori stanno qui ad indicare lacune nella copertura del fabbisogno.

Per l'assistenza temporanea (fino a 3 mesi) erano disponibili 1 posto nelle comunità alloggio e 3 posti 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 degli ospiti ha infatti meno di 45 anni, mentre nelle comunità alloggio la percentuale si attesta su oltre il 48,0% 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 60,0%, mentre nei centri di addestramento abitativo il rapporto fra uomini e donne è opposto (donne 58,3%; uomini 41,7%).

GRADO DI UTILIZZO E  
FLUTTUAZIONE

ASSISTENZA  
TEMPORANEA  
ETÀ E SESSO DEGLI  
UTENTI

Grafico 6.6: Comunità alloggio: utenti per fascia di età, 2012 (in %)

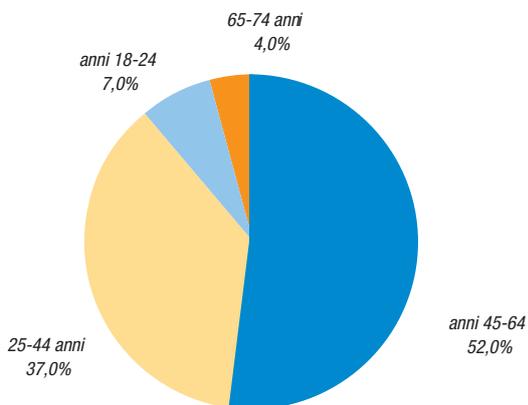
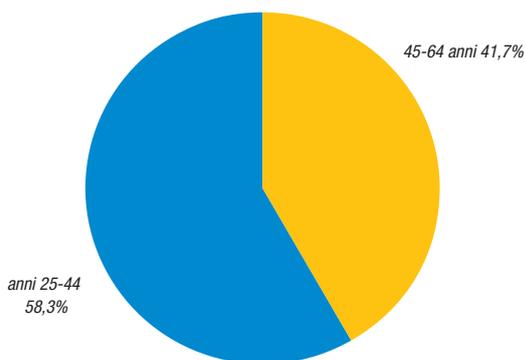


Grafico 6.7: Centri di addestramento abitativo: utenti per fascia di età, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

**DURATA DELLA  
PERMANENZA**

Le differenze nella struttura per età si riflettono anche nella durata della permanenza: nei centri di addestramento abitativo prevalgono - in sintonia con gli obiettivi concettuali di questo tipo di struttura - le permanenze di breve-medio periodo, ossia fino ad un massimo di 3 anni (58,3%). Nelle comunità alloggio questo è invece il caso per solo un terzo scarso (30,0%) degli utenti. Peraltro quasi un quarto di questi ultimi (22,0%) vive ormai da oltre dieci anni nella “sua” struttura.

Grafico 6.8: Comunità alloggio: utenti per durata della permanenza, 2012 (in %)

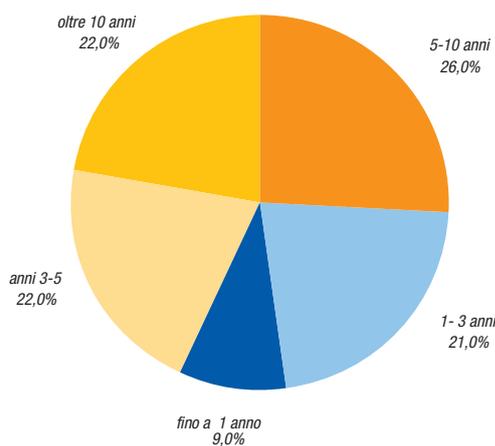
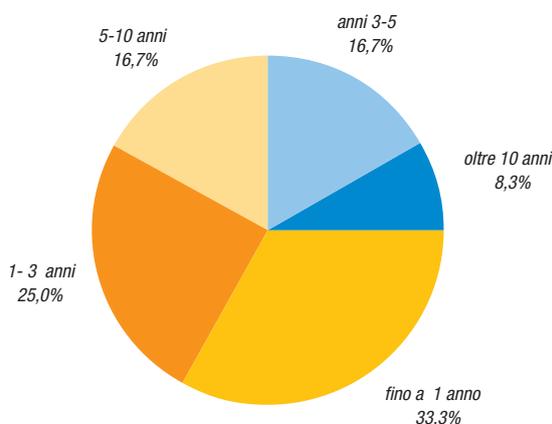


Grafico 6.9: Centri di addestramento abitativo: utenti per durata della permanenza, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

Gli utenti delle comunità alloggio sono in poco più della metà dei casi soggetti con grado di disabilità lieve o medio, anche se il 40,0% di essi presenta un grado di invalidità del 100%. Nei centri di addestramento abitativo invece nel 2012 questo era il caso per un solo ospite (8,3%). A differenza dei convitti, alla fine del 2012 nelle comunità alloggio e nei centri di addestramento abitativi non vi era praticamente alcun assistito con pluriminorazioni. Erano qui presenti in essenza persone con difficoltà di apprendimento e nei centri di addestramento abitativo persone con malattie/disabilità psichiche.

TIPOLOGIE DI  
DISABILITÀ

Grafico 6.10: Comunità alloggio: utenti per tipologia di disabilità, 2012 (in %)

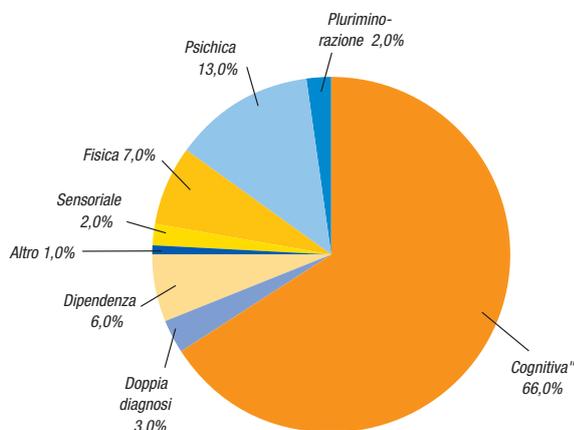
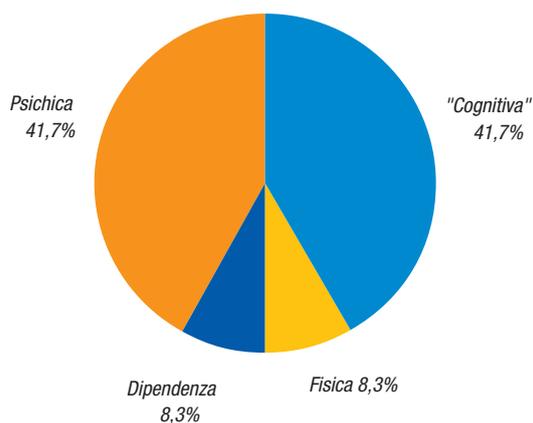
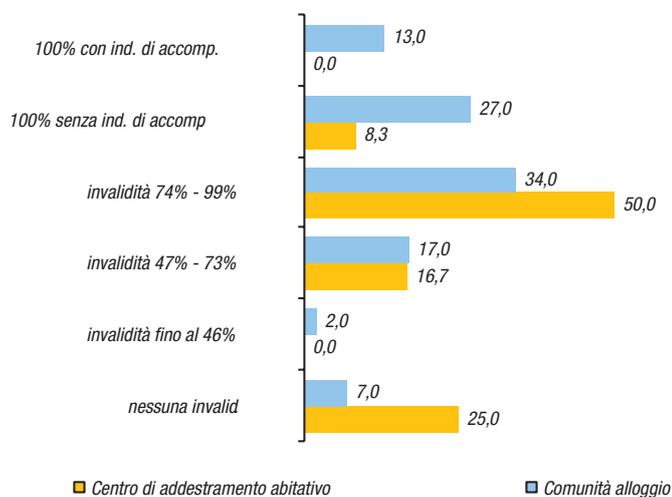


Grafico 6.11: Centri di addestramento abitativo: utenti per tipologia di disabilità, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

**Grafico 6.12: Utenti delle comunità alloggio e dei centri di addestramento abitativo per grado di invalidità, 2012 (in %)**

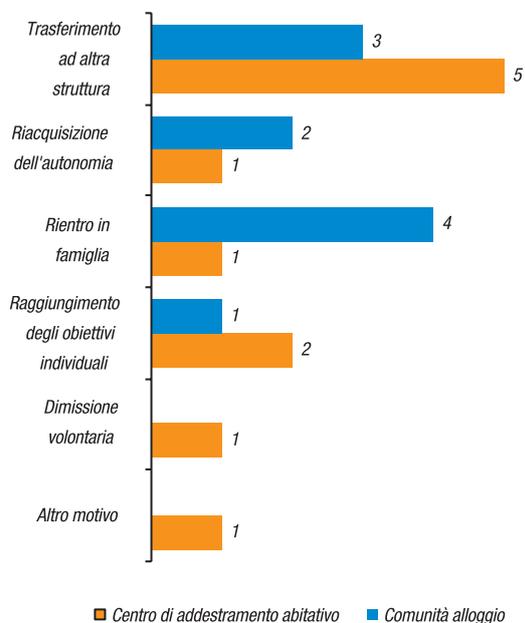


Fonte: ASTAT, 2013.

**MOTIVI DELLE  
DIMISSIONI**

Delle 22 dimissioni complessivamente registrate nel corso del 2012 (10 da comunità alloggio e 11 da centri di addestramento abitativo), 8 (36,4%) sono dovute ad accoglimento in un'altra struttura, mentre cinque persone sono rientrate in famiglia. 3 utenti sono stati dimessi per la riacquisita autosufficienza e 3 persone hanno raggiunto l'obiettivo del loro progetto individuale.

**Grafico 6.13: Utenti per motivo della dimissione, 2012 (ass.)**



Fonte: ASTAT, 2013.

Il numero di operatori delle comunità alloggio si è leggermente ridotto rispetto al 2011 (in termini di personale equivalente a tempo da 50,9 a 48,9). Siccome contemporaneamente la ricettività nel 2012 si è leggermente ridotta rispetto al 2011, passando da 111 a 109 posti, il rapporto di assistenza (op. eq. t. p. per posto) non è praticamente cambiato (da 0,46 a 0,45). Nei centri di addestramento abitativo il numero di collaboratori è rimasto costante rispetto all'anno precedente (con 7 persone), ma il rapporto di assistenza (op. eq. t. p. per posto) è leggermente migliorato (da 0,25 a 0,28). Nelle comunità alloggio gli assistenti per invalidi costituiscono di gran lunga il profilo professionale più rappresentato, con il 54,2% (op. eq. t. p.). Nei centri di addestramento abitativo è questo invece il caso degli operatori socio-assistenziali, con il 42,3% (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 2012 esistevano sul territorio provinciale complessivamente 29 strutture di questo tipo per complessivi 747 posti, che garantivano assistenza a 702 persone. L'indice di dotazione risultava quindi di 1,45 posti per 1.000 abitanti.

Tabella 6.6: Laboratori protetti e riabilitativi: posti e utenti, 2012

Comprensorio	Strutture	Posti	Posti per 1.000 abitanti	Utenti totali al 31/12
Val Venosta	2	59	52	1,73
Burgraviato	6	160	143	1,60
Oltradige-Bassa Atesina	3	75	75	1,00
Bolzano	4	57	49	0,54
Salto-Sciliar	5	91	100	1,86
Val d'Isarco	2	120	112	2,21
Alta Valle Isarco	1	24	24	1,22
Val Pusteria	6	161	147	2,09
<b>Totale Provincia</b>	<b>29</b>	<b>747</b>	<b>702</b>	<b>1,45</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

Il grado di utilizzo puntuale (posti occupati sui posti complessivi disponibili al 31/12/2012) si attestava sul 94,0%, quindi su livelli corrispondenti a quelli degli anni precedenti (2010: 95,2%; 2011: 94,3%). 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 2012 sono stati accolti nei complessivamente 29 laboratori 77 nuovi utenti, mentre altri 78 sono stati dimessi. Prendendo a riferimento il numero medio di utenti, si ottiene così per i laboratori un indice di turnover dell'10,9%. Il coefficiente di eccedenza dalla domanda (persone in lista d'attesa per

PERSONALE

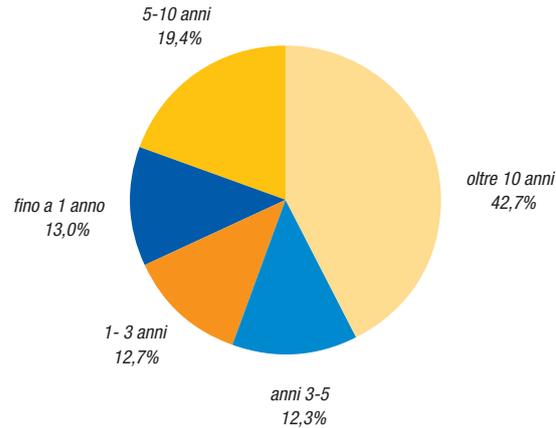
OFFERTA E INDICE DI DOTAZIONE

GRADO DI UTILIZZO

**DURATA DELLA  
PERMANENZA**

ogni 100 posti esistenti) risultava alla fine del 2012 pari al 3,6%. Tuttavia in quel momento solo 10 dei complessivamente 29 laboratori tenevano delle liste di attesa. Di conseguenza risulta più indicativo il numero di persone che nel 2012 hanno presentato domanda di accoglimento in un laboratorio ma non sono state accettate per mancanza di posto. Nel 2012 è stato questo il caso per solo 11 persone. La percentuale di utenti con una permanenza di dieci e più anni si è attestata anche nel 2012 sensibilmente sopra il 40%. 1 utente su 8 frequentava il “suo” laboratorio da meno di un anno.

**Grafico 6.14: Laboratori: utenti per durata della permanenza, 2012 (in %)**

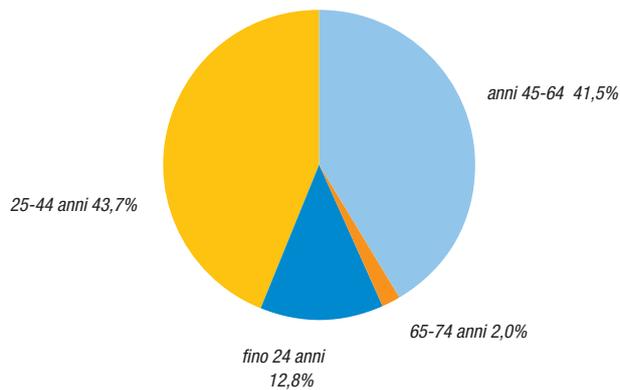


Fonte: ASTAT, 2013.

**ETÀ E SESSO**

Oltre il 40% degli utenti dei laboratori ha già 45 anni e più. Solo circa un decimo (12,8%) non ha ancora compiuto 25 anni. Quasi il 60% degli utenti (56,4%) è costituito da uomini.

**Grafico 6.15: Laboratori: utenti per fascia di età, 2012 (in %)**



Fonte: ASTAT, 2013.

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 difficoltà di apprendimento (persone con disabilità “cognitiva”) (67,7%) e con una pluriminorazione (12,3%). A confronto, gli utenti con una disabilità sensoriale o fisica sono relativamente pochi (rispettivamente 3,6% e 2,0%). Alla fine del 2012 oltre la metà degli utenti (57,2%) presentava un grado di disabilità riconosciuto del 100%.

Grafico 6.16: Utenti dei laboratori di invalidità riconosciuta, 2012 (in %)

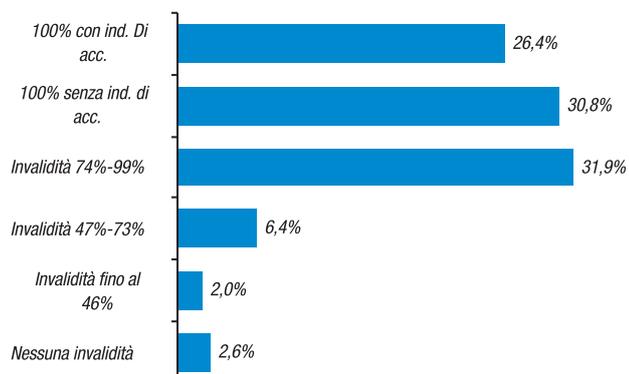
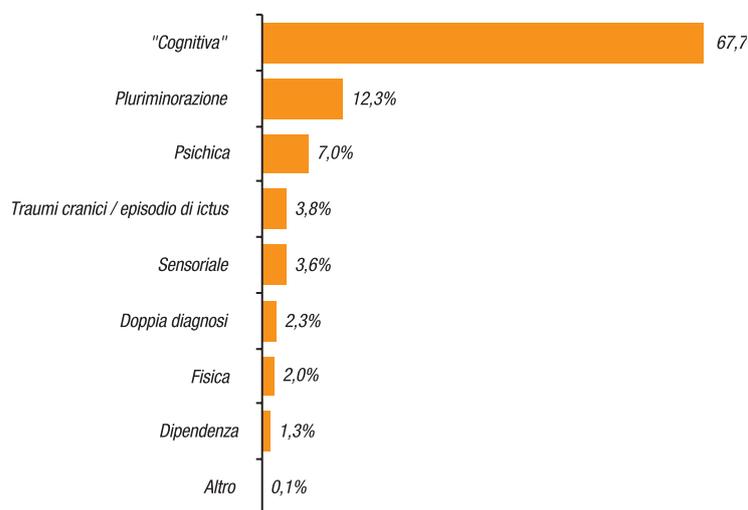


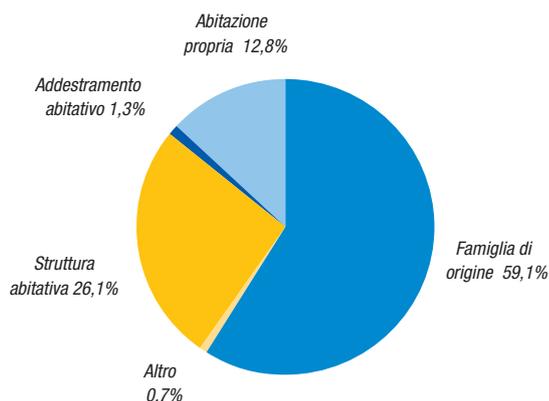
Grafico 6.17: Utenti dei laboratori per tipologia di disabilità, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

Gli utenti dei laboratori vivono prevalentemente presso la loro famiglia (59,1%) o a casa propria (12,8%). Solo circa un quarto di essi (26,1%) 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.

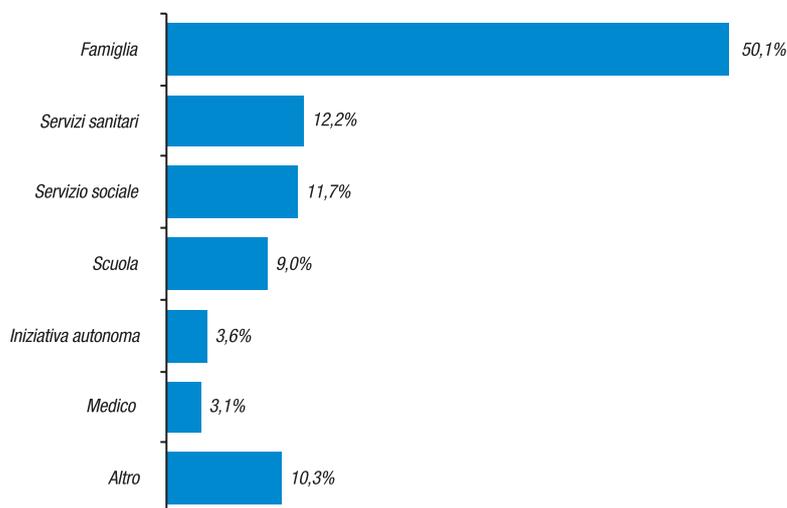
Grafico 6.18: Utenti dei laboratori per tipologia abitativa, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

La richiesta di accoglimento nel laboratorio viene di norma dalla famiglia dell'interessato (50,1%), seguita dai servizi sociosanitari. Hanno tuttavia un certo peso anche le scuole, con il 9,0%.

Grafico 6.19: Utenti dei laboratori per provenienza della richiesta di accoglimento, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

PERCENTUALE DI  
INTEGRAZIONE

Nel 2012 sono stati dimessi dai laboratori complessivamente 78 utenti. Di essi 3 hanno trovato un posto di lavoro presso un'azienda e 8 hanno usufruito di un intervento di inserimento lavorativo. Raggruppando queste due categorie si ricava una percentuale di integrazione del 14,1% rispetto alle dimissioni complessive e dell'1,6% rispetto al numero complessivo di utenti dei laboratori al 31/12/2012. Nei 2010 le percentuali si collocavano ancora rispettivamente sul 24,3% e sul 2,2%. Questa contrazione va vista alla luce del perdurare della crisi economica, che nel 2012 ha gravato pesantemente sul mercato del lavoro (vedi cap. 1). Tuttavia le percentuali indicate potrebbero tendenzialmente sottostimare il risultato dell'integrazione, poiché per altre 12 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 nove persone che sono rientrate nel proprio nucleo familiare.

Grafico 6.20: Utenti dei laboratori per motivo delle dimissioni, 2012 (ass.)



Fonte: ASTAT, 2013.

Il personale dei laboratori per i disabili constava a fine 2012 di 336 operatori (282,9 in termini di operatori equivalenti a tempo pieno). Il rapporto di assistenza (numero di utenti per operatore equivalente effettivo a tempo pieno) è rimasto stabile rispetto all'anno precedente (0,38). 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 (36,1%), seguiti dagli istitutori (13,7%) e dagli educatori per disabili (10,2%).

### 6.5 ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI DIURNE

Un elemento centrale dell'offerta semiresidenziale per i disabili sono le 18 strutture che offrono attività socio-assistenziali diurne, e che rappresentano un'importante integrazione della copertura assistenziale. Per le attività socio-assistenziali diurne la ricettività nel 2012 era pari a 237 posti. Rispetto al 2010, l'offerta è cresciuta leggermente in quasi tutte le Comunità comprensoriali. 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).

Tabella 6.7: Attività socio-assistenziali diurne: posti e utenti, 2012

Comprensorio	Strutture	Posti	Utenti compl.	Utenti totali al 31/12
Val Venosta	2	25	22	0,73
Burgraviato	1	24	23	0,24
Oltradige-Bassa Atesina	3	31	31	0,41
Bolzano	4	72	64	0,68
Salto-Sciliar	3	21	21	0,43
Val d'Isarco	1	24	22	0,44
Alta Valle Isarco	1	17	19	0,86
Val Pusteria	3	23	22	0,30
<b>Totale provincia</b>	<b>18</b>	<b>237</b>	<b>224</b>	<b>0,46</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

Alla fine del 2012 il grado di utilizzo puntuale delle strutture era dell'94,5%, quindi sensibilmente superiore a quelli dell'anni precedenti (2011: 91,1%; 2010: 88,9%). Oscillazioni di quest'ordine di grandezza si sono osservate ripetutamente in questi ultimi anni, in direzione sia positiva che negativa. Nel 2012 sono stati accolti complessivamente 24 nuovi utenti disabili, con un coefficiente di turnover del 11,0%. Nelle liste di attesa risultavano iscritte in quell'anno complessivamente 6 persone, per cui risultavano prenotate 2,6 persone per ogni 100 posti (coefficiente di eccedenza della domanda). In ogni caso va detto che soltanto 5 delle 18 strutture di attività socio-assistenziale tenevano liste di attesa. Di conseguenza appare maggiormente rivelatore il numero di persone la cui domanda di accoglimento deve venir rigettata per mancanza di posti, un rigetto che tuttavia nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale ha riguardato solo sei persone..

Rispetto a quelli dei laboratori, gli utenti dei servizi che offrono attività socio-assistenziali diurne sono leggermente più giovani: quasi due terzi (63,4%) non hanno ancora compiuto i 45 anni. La presenza femminile si attesta sul 40% circa (42,4%).

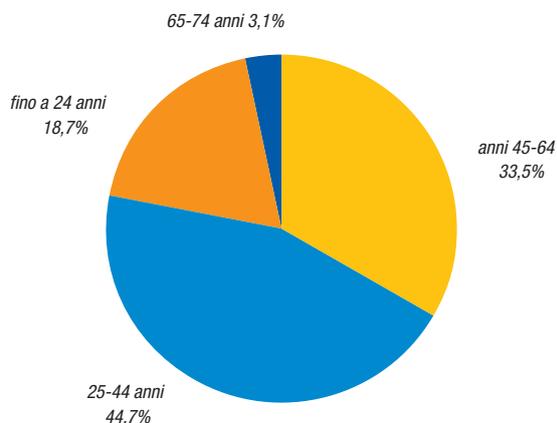
PERSONALE

OFFERTA E INDICE DI DOTAZIONE

GRADO DI UTILIZZO E DOMANDA

STRUTTURA PER ETÀ E SESSO

Grafico 6.21: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per fascia di età, 2012 (in %)

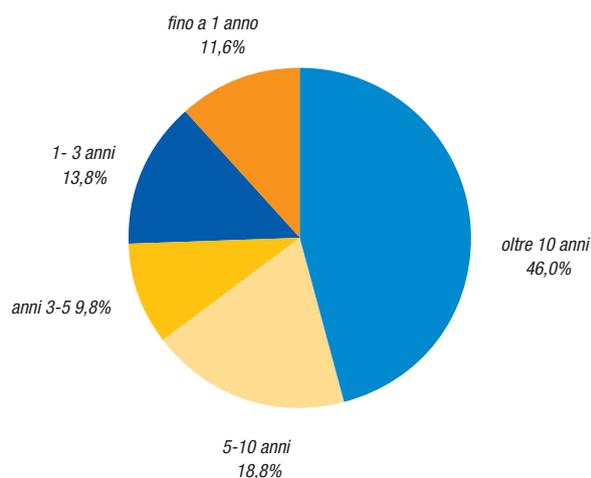


Fonte: ASTAT, 2013.

**DURATA DELLA  
PERMANENZA**

Come prevedibile, nelle strutture dedicate alle attività socio-assistenziali diurne prevalgono presenze di lungo periodo, superiori ai 10 anni (46,0%).

Grafico 6.22: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per durata della permanenza, 2012 (in %)

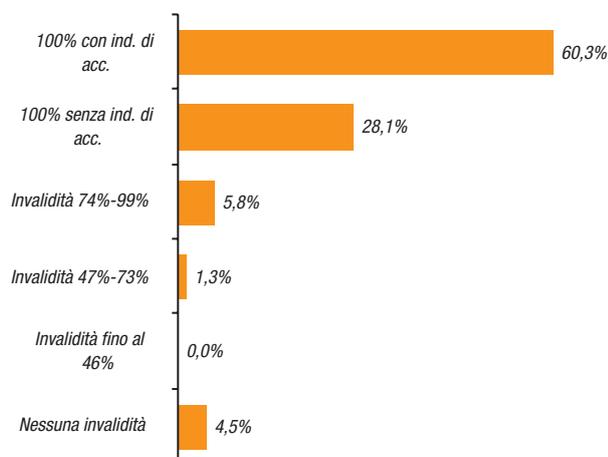


Fonte: ASTAT, 2013.

**GRADO DI  
INVALIDITÀ E  
TIPOLOGIA DI  
DISABILITÀ**

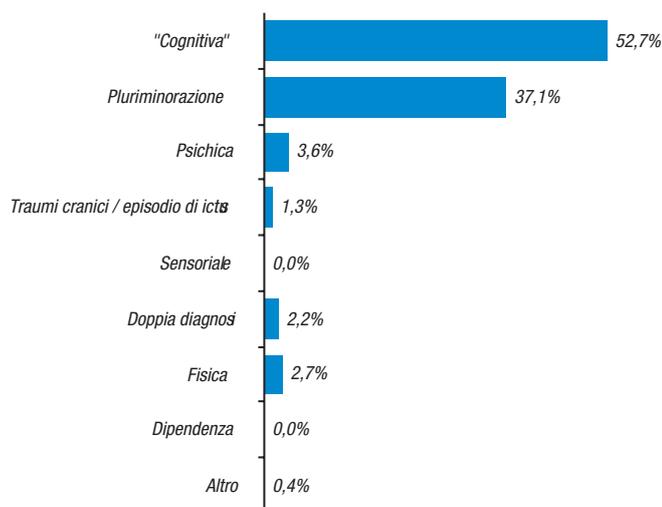
Gran parte degli utenti (88,4%) ha un grado di invalidità riconosciuto del 100%. Siccome questi particolari servizi sono destinati essenzialmente alle persone disabili che non possono o non possono più svolgere un'attività lavorativa regolare e prolungata, questa elevata percentuale può considerarsi conseguenza dell'indirizzo concettuale di queste strutture. Alle attività socio-assistenziali diurne fanno ricorso in particolare adulti con disabilità cognitive (52,7%) o con pluriminorazioni (37,1%).

**Grafico 6.23: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per grado di invalidità riconosciuto, 2012 (in %)**



Fonte: ASTAT, 2013.

**Grafico 6.24: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per tipo di disabilità, 2012 (in%)**

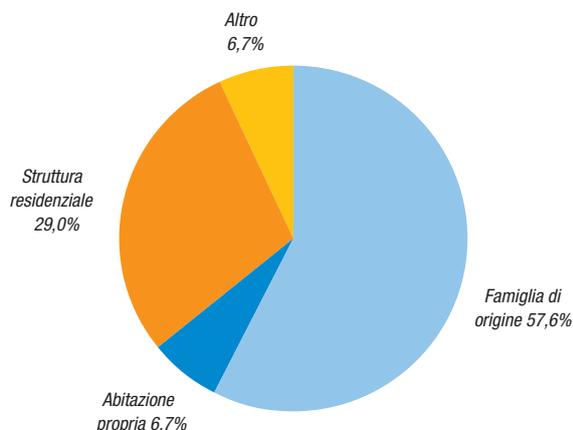


Fonte: ASTAT, 2013.

Gli utenti dei servizi socio-assistenziali diurni vivono in gran parte presso la loro famiglia (57,6%). 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 (29,0%) vivono in una struttura residenziale.

**TIPOLOGIA ABITATIVA**

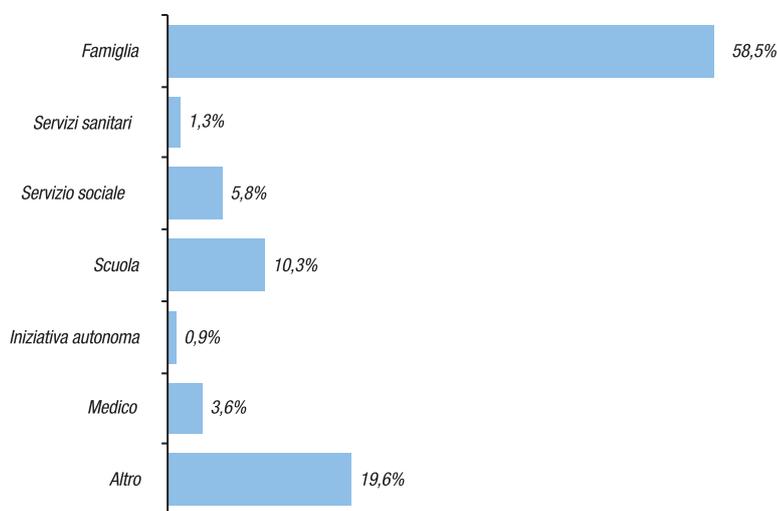
Grafico 6.25: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per tipologia abitativa, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

L'iniziativa che porta all'accoglimento dell'interessato nel centro socio-assistenziale diurno viene adottata in oltre la metà dei casi (58,5%) dalla famiglia stessa. Un certo peso hanno qui peraltro anche le scuole (10,3%).

Grafico 6.26: Attività socio-assistenziali diurne: utenti per provenienza della domanda di accoglimento, 2012 (in %)



Fonte: ASTAT, 2013.

Le 12 persone dimesse nel 2012 da queste strutture sono state in gran parte (9) trasferite ad altra struttura, mentre due persone sono rientrate in famiglia ed una è stata dimessa su sua richiesta ("dimissioni volontarie").

Alla fine del 2012 risultavano presenti nei 18 centri diurni altoatesini complessivamente 164 operatori. In termini di operatori equivalenti a tempo pieno il dato risultava pari a 126,5 unità. L'incidenza rilevata a campione (numeri di operatori equivalenti effettivi a tempo pieno per posto) era di 0,54. Col 48,0% del personale equivalente a tempo pieno, il profilo professionale più rappresentato risultava quello dell'educatore per disabili, seguito dall'assistente sociale (19,6%).

TIPOLOGIA DI  
PROVENIENZA DELLA  
DOMANDA

PERSONALE

## 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 all'integrazione scolastica) forniscono ai giovani in età scolare il necessario supporto scolastico e ne agevolano l'integrazione con gli scolari non disabili. Nell'anno scolastico 2011/2012 3.608 bambini e giovani con una diagnosi o una descrizione funzionale (compromissione funzionale dello stato psicofisico) hanno frequentato una scuola primaria, media o superiore. Le diagnosi funzionali e specialmente le descrizioni 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.

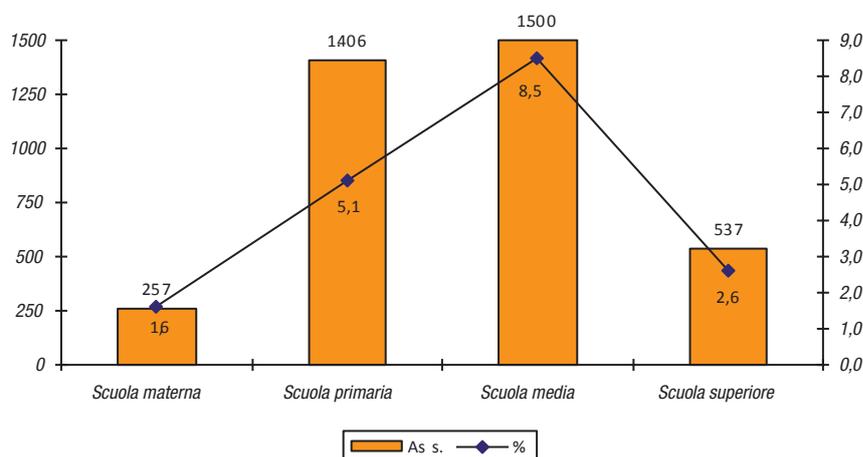
Tabella 6.8: Numero di alunni con diagnosi funzionale nelle scuole dell'Alto Adige\*

Anno scolastico						
	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Scuole materne	222	214	230	228	259	257
Scuole primarie	1.114	1.212	1.252	1.304	1.346	1.406
Scuole medie	1.064	1.213	1.295	1.374	1.448	1.500
Scuole sup.	359	412	430	545	537	n.d.
<b>Totale</b>	<b>2.759</b>	<b>3.051</b>	<b>3.207</b>	<b>3.451</b>	<b>3.608</b>	<b>---</b>

\* Oltre alle situazioni di handicap specifico, in questo dato sono compresi anche ragazzi con difficoltà di apprendimento e disagio psicologico.  
Fonte: ASTAT 2013.

La percentuale di studenti con diagnosi funzionali varia fortemente tra le varie tipologie d'istituto scolastico: scuole materne (1,6%) e scuole elementari (4,9%) svolgono come ci si può attendere un numero sensibilmente inferiore di indagini rispetto alle scuole medie (8,2%). Nelle scuole superiori invece la percentuale risulta nuovamente abbastanza bassa 2,6%, fatto questo ascrivibile alla circostanza che la maggior parte degli studenti con diagnosi o descrizione funzionale frequenta scuole di tipo professionale.

Grafico 6.27: Alunni con diagnosi funzionale: presenza assoluta e percentuale per tipologia di istituto scolastico – A. S. 2012/13 <sup>7</sup>



Fonte: ASTAT 2013.

<sup>7</sup> I dati per le scuole superiori sono per l'anno scolastico 2011/12.

ALUNNI CON

DIAGNOSI FUNZIONALI

DIAGNOSI FUNZIONALI

PER TIPOLOGIA DI

SCUOLA

PRINCIPI E TIPOLOGIE

DI INSERIMENTO

LAVORATIVO

SVILUPPO

QUANTITATIVO

### 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 2012 sono stati attuati complessivamente 431 interventi di inserimento lavorativo. Al primo posto troviamo qui i 213 interventi relativi a progetti di apprendimento e osservazione, della durata media di due anni e volti all'acquisizione di competenze comportamentali e lavorative finalizzate a un successivo inserimento; seguono poi le offerte di inserimento lavorativo protetto (185), che normalmente durano svariati anni e puntano ad una occupazione permanente - seppur protetta - nel mondo del lavoro. Infine vanno citati i 33 progetti di preparazione all'assunzione, che normalmente si attivano quando nell'ambito del progetto di apprendimento e osservazione il soggetto acquisisce determinate conoscenze e competenze.

Tabella 6.9: Interventi di inserimento lavorativo, 2002-2012

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
2011	199	183	40	422
2012	213	185	33	431

## 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 domande di accoglimento non prese in considerazione per mancanza di posto si può ipotizzare che nel settore abitativo vi siano talune carenze nell'offerta. Nell'ampliare l'offerta abitativa si dovrà tener adeguatamente conto del diritto all'autodeterminazione e alla piena partecipazione sociale delle persone disabili previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Per questo motivo il potenziamento delle strutture residenziali dovrà quindi attuarsi in parallelo con lo sviluppo di forme abitative alternative di prossimità, collegate all'erogazione di interventi di sostegno flessibili e personalizzati. Un ruolo di precursore potrà avere qui la prestazione „Vita indipendente e partecipazione sociale“, deliberata nel 2011 e il cui sviluppo dovrà venir proseguito nei prossimi anni, come pure il miglioramento dell'offerta di accompagnamento abitativo sociopedagogico e di addestramento abitativo. Accanto allo sviluppo di queste nuove offerte sarà determinante - per quanto riguarda gli aspetti abitativi - che nell'edilizia sociale e in quella agevolata si tengano in adeguata considerazione le esigenze delle persone con disabilità e che si consenta la realizzazione sistematica di spazi abitativi privi di barriere architettoniche, all'insegna del concetto „design for all“. Particolare attenzione andrà rivolta nei prossimi anni alle esigenze abitative dei disabili anziani.

Il superamento delle barriere non va inteso soltanto in termini architettonici. Così ad esempio le persone che presentano disabilità cognitive si imbattono spesso in barriere linguistiche. In questi termini è importantissimo che anche nell'amministrazione pubblica si sviluppi una maggiore sensibilità all'uso di una lingua semplice e si addestri in tal senso il personale.

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. Il Piano di settore Disabilità punta coerentemente anche al potenziamento della ricettività dei laboratori protetti e delle attività socio-assistenziali diurne. Oltre a ciò occorrerà negli anni a venire impegnarsi ancora di più per agevolare l'accesso delle persone disabili al mercato del lavoro, per esempio sostenendo in maniera finalizzata le cooperative sociali, potenziando ulteriormente il progetto „Plus +35“, delocalizzando nelle aziende i posti attualmente presenti nei laboratori e sensibilizzando in tal senso l'opinione pubblica; in tal modo si indurranno le aziende private ad assumere anche persone con disabilità, facendo fronte agli obblighi di legge previsti in materia.

Il numero assoluto e quello percentuale di studenti con una diagnosi funzionale riconosciuta sono cresciuti continuamente negli ultimi anni, anche negli istituti superiori. La limitata presenza di bambini in età prescolare con diagnosi funzionale accertata rivela tuttavia che nel sostegno pedagogico precoce ci sono ancora lacune. Per completezza va qui citata la delibera della Giunta provinciale n. 1283/2012 „Sostegno familiare e intervento pedagogico per bambini con disabilità“: con il previsto nuovo servizio si intende integrare l'attuale offerta (prioritariamente clinica) nel settore del supporto precoce con un'offerta di consulenza sociale domiciliare.

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

VALUTAZIONE

GENERALE

ASPETTI ABITATIVI

SUPERAMENTO DELLE

BARRIERE

LINGUISTICHE

LAVORO

SCUOLA

SERVIZI DOMICILIARI

E RICOVERI

TEMPORANEI

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<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. Una triste conseguenza dei problemi psichici può essere 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 una sfida per la sanità e i servizi sociali. Esse causano 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 ampiamente diffuso anche in Alto Adige. Stando alla più recente Relazione sanitaria provinciale, oltre un terzo (37,4%) della popolazione altoatesina di età compresa tra 18 e 69 anni presenta un comportamento a rischio per quanto attiene l'uso di alcol<sup>3</sup>. Né il fatto che in un raffronto italiano la provincia si collochi piuttosto in basso nella scala dell'abuso alcolico<sup>4</sup> sminuisce la gravità del compito politico connesso con l'affrontamento del problema del consumo di alcol. Circa un quinto (20,8%) delle persone con 14 anni e più fuma regolarmente. Negli uomini la percentuale dei fumatori (24,2%) è chiaramente più alta che nelle donne (17,5%)<sup>5</sup>. In Alto Adige il fumo è responsabile di circa il 30% dei tumori e del 35% di tutti i decessi. Dati differenti 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'hashish. Nel 2012 le dimissioni dagli ospedali in seguito a ricoveri riconducibili al consumo di stupefacenti hanno interessato 234 persone (cioè 87,0 persone su 100.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni). Altre informazioni sul numero di assistiti con tossicodipendenze si possono trovare all'interno 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.

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 2011*, Bolzano 2012, reperibile alla pagina: <http://www.provinz.bz.it/eb/gesundheitsbericht/alkohol-drogenmissbrauch.asp>

4 ASTAT (ed.), Consumo e abuso di alcol 2012 – Approfondimento, in: *ASTAT-Info*, 03/2013. A livello nazionale si constata un consumo quotidiano eccessivo di alcol nel 7,5% della popolazione; in Alto Adige la percentuale si attesta sul 6,9%.

5 ASTAT (ed.), Fattori di rischio per la salute - Abitudine al fumo, in: *ASTAT-Info*, 04/2013.

ORDINE DI GRANDEZZA  
DEL DISAGIO PSICHICO

ORDINE DI GRANDEZZA  
DELLE DIPENDENZE DA  
ALCOL E STUPEFACENTI

STIGMATIZZAZIONE

TRATTAMENTO

Anche i Servizi si sono attivati a scopo preventivo, istituendo un gruppo di lavoro sociosanitario del quale fanno parte rappresentanti dei servizi psichiatrici, dei servizi sociali (servizi sociopsichiatrici), della Ripartizione Famiglia e politiche sociali, del volontariato sociale e dei diretti interessati. Il gruppo di lavoro si è posto l'obiettivo di promuovere la prevenzione e l'inserimento delle persone con disturbi psichici mediante la sensibilizzazione e l'informazione sulla tematica della salute psichica.

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<sup>6</sup>. Si può quindi ipotizzare che anche in Alto Adige la rete di assistenza alle persone con malattie psichiche è sia in grado di raggiungere solo una parte degli interessati.

INSERIMENTO  
LAVORATIVO

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. Considerato che l'inserimento delle persone con problemi psichici o di dipendenza nel mercato del lavoro aperto non è semplice, esiste qui una complessa rete di supporto, quali ad esempio le cooperative sociali di lavoro e i servizi sociali e di riabilitazione lavorativa.

APPROCCIO  
PERSONALIZZATO

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

Nel potenziare le strutture di assistenza dei malati psichici, la Provincia ha adottato il criterio dell'approccio personalizzato, della partecipazione e dell'inclusione. A livello organizzativo è prevista un'assistenza prevalentemente domiciliare con servizi specifici (per esempio accompagnamento abitativo sociopedagogico, affidamento familiare per adulti), come pure un migliore coordinamento degli interfaccia nell'integrazione sociosanitaria.

Ciò significa che i processi di assistenza vengono pianificati, coordinati ed attuati essenzialmente in base al fabbisogno del singolo ed attenendosi al progetto individuale, nei limiti del possibile coinvolgendo trasversalmente più strutture. L'assistenza si concentra prevalentemente sulle prestazioni domiciliari e sulle offerte semiresidenziali, limitando i servizi residenziali ai soli casi per i quali non esiste un'alternativa razionale. Questa tipologia di approccio alle priorità con particolare accentuazione dell'attenzione alla singola persona e alla continuità dell'assistenza individuale si ritrova anche nella bozza del Piano psichiatrico nazionale attualmente in fase di discussione<sup>7</sup>.

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). Ai soggetti con problemi psichici e di dipendenza vengono assicurate le medesime possibilità di assistenza garantite alle persone con problemi fisici. Gli obiettivi principali dell'assistenza sociopsichiatrica in Alto Adige sono già stati definiti nello specifico piano settoriale del 1996, mentre quelli delle dipendenze sono fissati in un piano settoriale deliberato all'inizio del 2013. Entrambi i piani definiscono lo spettro dei servizi e delle prestazioni da erogare, come pure il ruolo dei servizi sociali e sanitari nell'erogazione dei servizi stessi. Nel suo complesso il livello prefissato per il Piano sociopsichiatria non è ancora del tutto concretizzato. Il settore sociale ha nel frattempo raggiunto (e in parte superato) gli obiettivi a suo tempo indicati dal Piano settoriale. Altri 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.

6 Vedi nota a piè di pagina 1.

7 La bozza del Piano Nazionale "Salute Mentale" si può scaricare alla pagina: [http://www.quotidianosanita.it/allegati/create\\_pdf.php?all=6767455.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=6767455.pdf)

Accanto al miglioramento della terapia e delle possibilità di riabilitazione nonché all'ulteriore sviluppo di interventi di tipo sociale per agevolare il reinserimento professionale e sociale degli interessati, il Piano settoriale Dipendenze pone l'accento sulla prevenzione. La prevenzione svolge ormai da anni un ruolo importantissimo nella politica provinciale della lotta alle dipendenze. Nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale è entrata in una nuova fase la campagna di prevenzione antialcolica "Mi piace", avviata nel 2006 e rivolta espressamente alla nuova generazione. Va ricordato in questo contesto anche il forum Prevenzione, che accanto a offerte informative e di dialogo propone anche supporto nella predisposizione e attuazione di progetti e nel campo della formazione e dell'aggiornamento negli interventi di prevenzione. Il Piano settoriale punta espressamente su interventi di lungo termine, volti direttamente o indirettamente a promuovere un comportamento favorente la salute: accanto a misure di sensibilizzazione sul consumo di alcol e tabacco si denotano anche iniziative in realtà non direttamente correlate con le dipendenze ma comunque riguardanti i gruppi a rischio (per esempio quello dei ragazzi che abbandonano lo studio). Prevenzione e autoaiuto svolgono un ruolo importante anche nell'assistenza sociopsichiatrica: così ad esempio negli ultimi anni sono state organizzate di concerto con l'Assessorato competente anche campagne di informazione come "Salute mentale: che cos'è?", e sono stati portati avanti grandi progetti di salute collettiva come l'"Alleanza europea contro la depressione". Ed il 10 ottobre, Giornata europea sulla depressione, verranno diffuse in svariati ospedali della provincia informazioni su questa patologia e sulle possibilità di un suo trattamento. Inoltre nel 2010 e nel 2012 è stato allestito nell'ambito della manifestazione fieristica specializzata „Sani & Vital“ uno stand dedicato al tema della salute mentale. Infine il Gruppo di lavoro „Up and down“ organizza ormai da alcuni anni nella Giornata mondiale della salute mentale (10 ottobre), diverse occasioni di incontro con manifestazioni di carattere culturale, ricreativo e informativo.

Una politica efficace nel campo della lotta alla dipendenza e della psichiatria sociale non è pensabile in assenza di una collaborazione tra tutti i principali protagonisti del settore sanitario e sociale, della scuola, del lavoro giovanile, della cultura, della giustizia e dell'ordine pubblico. E l'incremento delle doppie diagnosi (malattie psichiche accompagnate da dipendenze), che da alcuni anni si riscontra anche in Alto Adige, rende dal canto suo ancora più evidente la necessità di una messa in rete e cooperazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. Di conseguenza anche il Piano settoriale Dipendenze è stato elaborato in stretta collaborazione tra l'Ufficio provinciale persone con disabilità e l'Ufficio distretti sanitari, come pure con esperti settoriali dei servizi pubblici e privati.

Riguardo al miglioramento dell'inserimento lavorativo delle persone con malattie psichiche e dipendenze (e anche di altri gruppi emarginati), con la rielaborazione dei criteri di quantificazione dei contributi per le cooperative sociali (tipo B), si è compiuto all'inizio del 2011 un ulteriore importante passo avanti. Con l'intento di sostenere l'impegno delle cooperative sociali nel campo dell'integrazione lavorativa sono state rielaborate le specifiche clausole sociali e le categorie merceologiche destinate all'erogazione. In questo modo è stato possibile migliorare sensibilmente anche e in particolare per questi gruppi di persone la possibilità di un inserimento nel mercato libero del lavoro. Nel campo dell'inserimento lavorativo presso enti pubblici di persone con disabilità gravi si è dimostrato un valido strumento il progetto „Plus + 35“. Nel 2012 il numero di posti a tempo pieno da assegnarsi entro il 2014 è stato incrementato a 115. Per migliorare ulteriormente il lavoro di rete e promuovere approcci di buona prassi nel campo dell'inserimento lavorativo, hanno avuto luogo anche due workshop sul tema lavoro e psichiatria sociale, destinati ai direttori dei servizi sociali e ai responsabili dei servizi sociopsichiatrici per la riabilitazione lavorativa coinvolgendo anche l'Ufficio del lavoro, gli operatori della formazione permanente e i rappresentanti delle cooperative sociali. Inoltre è stato organizzato anche un incontro di lavoro tra tutte le agenzie interinali e i servizi sociali (Servizio di accompagnamento al posto di lavoro). Sul piano della creazione di un sistema di assistenza differenziato esiste ancora un certo fabbisogno

PREVENZIONE

MESSA IN RETE

LAVORO

CASA

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. Detta forma di accompagnamento si rivolge agli adulti disabili, come pure alle persone con disagio psichico 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 omissa di citare la deliberazione n. 226 del 08/02/2011, che ha uniformato le linee guida prima vigenti in materia di affido familiare delle persone adulte. L'obiettivo, raggiunto in realtà solo in alcuni casi, è quello di creare, con l'aiuto delle famiglie affidatarie, un'alternativa all'accoglimento in una struttura sociale. Nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale si è continuato a lavorare, all'interno di un gruppo di lavoro, alle nuove strategie atte a consolidare e promuovere l'utilizzo di questo strumento da parte dei servizi competenti. Va infine ricordato anche il forte impegno profuso dai servizi sociosanitari nel creare i presupposti per un accoglimento adeguato delle persone affette da disagio psichico nelle strutture residenziali per anziani.

## 7.2 L'ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA DISAGIO PSICHICO

### 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'accompagnamento/assistenza abitativa sociopedagogica volta ad assicurare una maggior indipendenza e integrazione sociale e una maggior autonomia nella gestione del tempo libero. L'attività dell'area sanitaria si concentra dal canto suo sulla prevenzione, la terapia 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 hospital, i centri di riabilitazione e le comunità protette (convitti), come pure i servizi psicologici. La Tabella 7.1 illustra in sintesi lo stato attuale dell'assistenza psichiatrica e psicologica nell'area sanitaria:

Tabella 7.1: Posti letto in strutture sanitarie per malati psichici e utenti dei Centri di salute mentale e dei Servizi psicologici, 2012

Strutture sanitarie	AS Bolzano	AS Merano	AS Bressanone	AS Brunico	Totale
Ospedali ordinari	20	9	15	13	57
Ospedali/day hospital	6	7	1	1	15
Centri di riabilitazione	43	12	1	1	57
Comunità protette	22	35	10	12	79
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>63</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>242</b>

Centri di salute mentale	AS Bolzano	AS Merano	AS Bressanone	AS Brunico	Totale
Pazienti assistiti nell'anno	3.402	2.666	1.805	1.748	9.621
- di cui nuovi utenti	863	637	405	332	2.237

<b>Servizi psicologici</b>	<b>AS Bolzano</b>	<b>AS Merano</b>	<b>AS Bressanone</b>	<b>AS Brunico</b>	<b>Totale</b>
<i>Pazienti assistiti nell'anno</i>	3.145	2.248	1.658	1.329	8.380
<i>- di cui nuovi utenti</i>	1.226	751	612	497	3.086

Fonte: Relazione sanitaria, 2013; Osservatorio epidemiologico provinciale, 2013.

Nel campo della psichiatria sociale i servizi sociali gestiscono le comunità alloggio, i servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, i centri di addestramento professionale e le strutture diurne (centri socioassistenziali diurni, punti di incontro) per la gestione del tempo libero e delle attività quotidiane nonché per la promozione dei rapporti e dell'integrazione sociale delle persone con disturbi psichici. Essi accompagnano anche le famiglie affidatarie e sono competenti in materia di accompagnamento abitativo sociopedagogico.

Le comunità alloggio sono destinate a quelle persone con disturbi psichici che dispongono di un grado di autonomia sufficiente a non necessitare di un'assistenza permanente. Di norma le persone accolte devono poter contare su un'occupazione permanente. La durata della permanenza dipende dalle esigenze del singolo; la permanenza può quindi prolungarsi nel tempo o rappresentare una sistemazione temporanea in vista di una futura vita indipendente. 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. Una tipologia tradizionale di supporto sul piano abitativo può essere in determinati casi 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, in quanto rendono possibili rapporti interumani di una qualche valenza terapeutica.

I servizi semiresidenziali di riabilitazione sociale e lavorativa si rivolgono a persone adulte con disturbi psichici. Si tratta di servizi diurni che offrono accompagnamento e sostegno/assistenza sociopedagogica, al fine di conseguire, riacquisire e sviluppare ulteriormente le competenze sociali e lavorative delle persone interessate. Questi servizi consentono di esercitare svariate attività anche produttive in un contesto protetto, e si articolano in centri di addestramento lavorativo e servizi di riabilitazione lavorativa.

Il servizio di riabilitazione lavorativa si rivolge a persone che necessitano di interventi riabilitativi di diverso grado e durata, in un ambito più o meno protetto. La frequentazione dei servizi di riabilitazione lavorativa può concretizzarsi in una forma di occupazione permanente in un ambiente protetto o rappresentare una fase di transizione verso altri servizi o verso un successivo reinserimento nel mondo lavorativo "normale". La durata della permanenza non prevede limiti, e dipende da progetto individuale. I centri di addestramento lavorativo hanno l'obiettivo di promuovere la formazione e la riqualificazione professionale delle persone con disturbi psichici all'interno di un ambiente lavorativo quanto più possibile reale. La durata della permanenza con l'obiettivo di un inserimento lavorativo a medio termine è di norma limitata nel tempo.

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 195 posti.

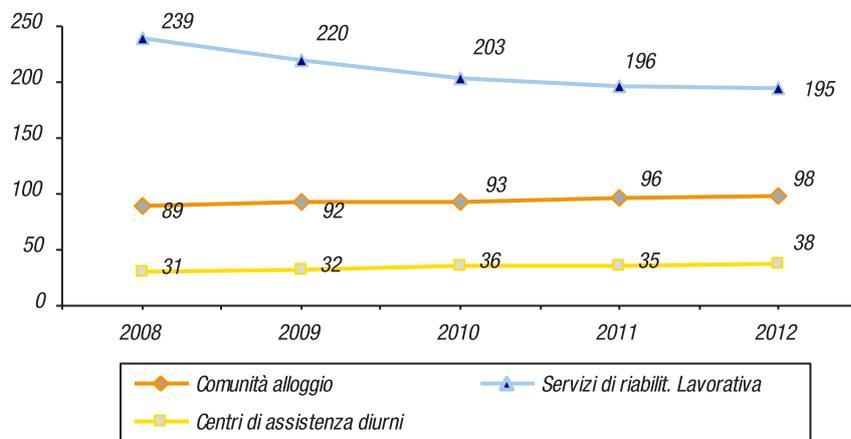
CAMPI DI ATTIVITÀ  
DELL'AREA SOCIALE

OFFERTE ABITATIVE

RIABILITAZIONE SOCIALE  
E LAVORATIVA

L'OFFERTA IN SINTESI

Grafico 7.1: Ricettività dei servizi socio-psichiatrici per i malati psichici, 2008-2012



Fonte: ASTAT, 2013.

COPERTURA  
TERRITORIALE

L'indice di dotazione medio (numero di posti per 1.000 abitanti) alla fine del 2012 variava per i 3 servizi tra lo 0,38 dei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa e lo 0,07 dei centri diurni. Naturalmente a livello locale si riscontrano considerevoli differenze, come evidenzia la tabella che segue.

Tabella 7.2: Indice di dotazione medio per comunità comprensoriali / l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, 2012

Comunità comprensoriale	Posti per 1.000 abitanti		
	Comunità alloggio	Servizi di riabilitazione lavorativa	Centri diurni
Val Venosta	0,18	0,50	---
Burgraviato	0,13	0,24	---
Oltradige- B. Atesina	0,24	0,40	0,20
Bolzano	0,12	0,27	---
Salto-Sciliar	0,25	0,55	0,14
Val d'Isarco	0,18	0,46	---
Alta Valle Isarco	0,30	0,81	0,41
Val Pusteria	0,26	0,36	0,10
<b>Totale Provincia</b>	<b>0,19</b>	<b>0,38</b>	<b>0,07</b>

Fonte: ASTAT, 2013; conteggi interni SIM.

L'ASSISTENZA  
PSICHIATRICA

L'assistenza psichiatrica e/o psicologica all'interno delle strutture gestite dai servizi sociali è di norma erogata dal comprensorio sanitario 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. I servizi predispongono protocolli di collaborazione.

### 7.2.2 Comunità alloggio

OFFERTA E UTILIZZO

Alla fine del 2012 esistevano in Alto Adige 11 comunità alloggio per malati psichici che, con una disponibilità complessiva di 98 posti, accoglievano 90 utenti. In linea di massima ciascuna Comunità comprensoriale ha almeno una comunità alloggio.

Tabella 7.3: Numero, posti e utenti delle comunità alloggio, 2010-2012

Comunità alloggio	2010			2011			2012		
	Strutt.	Posti	Utenti	Strutt.	Posti	Utenti	Strutt.	Posti	Utenti
Val Venosta	1	6	4	1	6	5	1	6	6
Burgraviato	1	13	13	1	13	13	1	13	13
Oltradige- B. Atesina	2	18	12	2	18	14	2	18	16
Bolzano	2	13	11	2	13	13	2	13	12
Salto-Sciliar	2	13	12	2	13	9	2	12	11
Val d'Isarco	1	8	7	1	11	8	1	10	9
Alta Valle Isarco	1	3	1	1	3	2	1	6	5
Val Pusteria	1	19	17	1	19	17	1	20	18
<b>Totale Provincia</b>	<b>11</b>	<b>93</b>	<b>77</b>	<b>11</b>	<b>96</b>	<b>81</b>	<b>11</b>	<b>98</b>	<b>90</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

Il grado di utilizzo puntuale (numero di assistiti al 31/12/2012 rispetto al numero di posti alla stessa data) risultava alla fine del 2012 del 91,8%. Rispetto agli anni precedenti si segna quindi un notevole incremento (2011: 84,4%; 2010: 82,8%). Tuttavia in una serie storica più lunga si osserva una considerevole oscillazione del grado di utilizzo nelle giornate campione (di norma tra l'80% e il 90%). Nel 2012 sono state accolte in una comunità alloggio complessivamente 31 persone, con un coefficiente di turnover del 36,5%. Nello stesso anno, con 21 dimissioni si ha un coefficiente di dimissioni del 24,7%. 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 2012 si sono iscritte in una lista d'attesa 12 persone. Il coefficiente di domanda insoddisfatta (persone in lista di attesa su 100 posti esistenti) si colloca in tal modo sull'12,3. In ogni caso va detto che in quel periodo soltanto 4 delle 11 strutture tenevano una lista di attesa. D'altra parte nel 2012 solo cinque domande concrete di accoglimento si sono dovute respingere per mancanza di posto. La maggior parte delle comunità alloggio (9 su 11) viene gestita dai servizi sociali delle Comunità comprensoriali e dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Solo in due casi la struttura è gestita da cooperative sociali, che hanno stipulato a tal fine convenzioni con le Comunità comprensoriali e con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano.

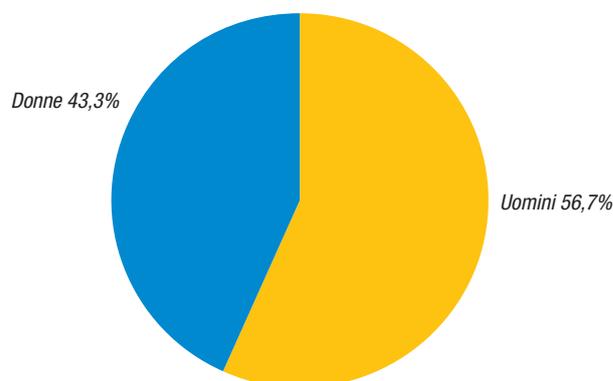
Alla fine del 2012, nelle comunità alloggio prevaleva col 56,7% la presenza maschile. La fascia di età più rappresentata era quella dei 25-44enni (47,8%), mentre il 10% era costituito dalla fascia degli "adulti giovani" (18-24 anni). Questa distribuzione è relativamente stabile ormai da anni.

LISTE DI ATTESA

ENTI GESTORI

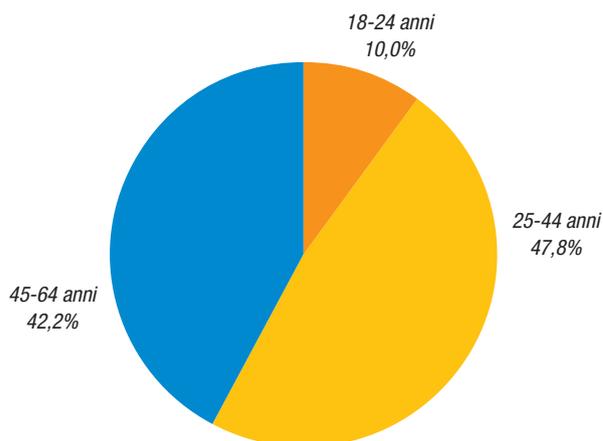
CARATTERISTICHE SOCIO  
DEMOGRAFICHE DEGLI  
UTENTI

Grafico 7.2: Utenti delle comunità alloggio per sesso, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 7.3: Utenti delle comunità alloggio per fascia di età, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

GRADO DI INVALIDITÀ E  
DIAGNOSI

Per quanto riguarda il grado di invalidità, solo una piccola parte degli utenti (17,8%) 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 quarto dei casi (23,8%), agli utenti non è riconosciuto alcun grado di invalidità. Per quanto riguarda i quadri clinici, nel 2012 - come del resto anche negli anni precedenti - predominavano quelli schizofrenici (75,6%), seguiti dai disturbi affettivi (6,7%) e da quelli della personalità e del comportamento (7,8%).

Grafico 7.4: Utenti delle comunità alloggio per grado di invalidità, 2012

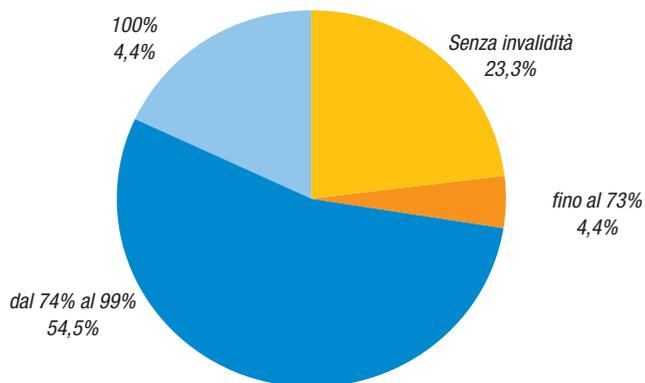
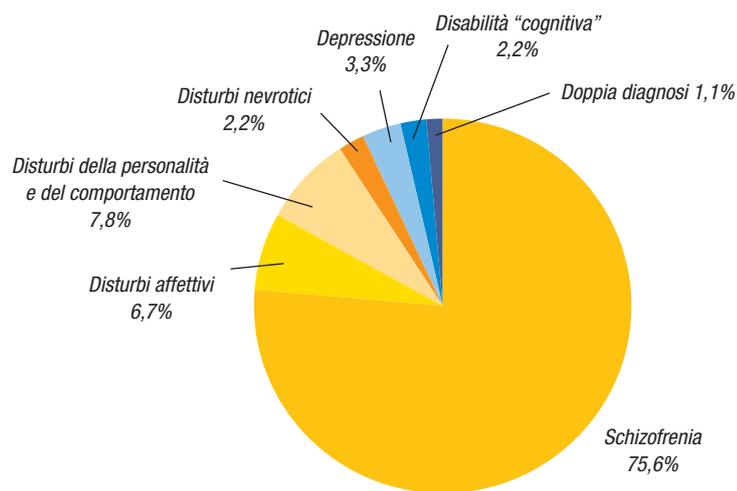


Grafico 7.5: Utenti delle comunità alloggio per diagnosi, 2012

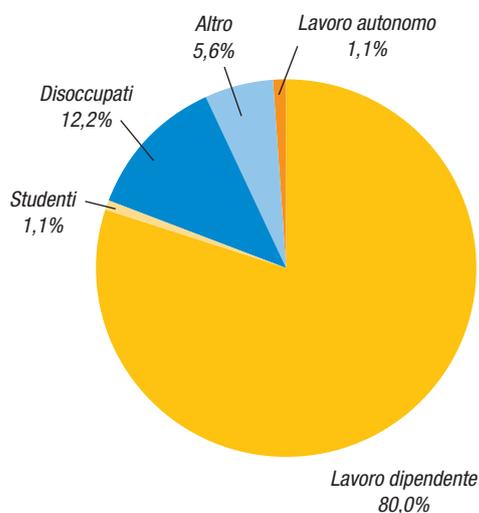


Fonte: ASTAT, 2013.

La maggior parte degli utenti svolge di giorno un'attività lavorativa. Come ci si può aspettare, predominano le attività dipendenti (80,0%). Purtroppo le statistiche non consentono di ricavare informazioni sul luogo di lavoro (servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, progetti di inserimento lavorativo ecc.). Circa un utente su 9 era disoccupato alla fine del 2012.

ATTIVITÀ LAVORATIVA

Grafico 7.6: Utenti delle comunità alloggio per attività lavorativa, 2012

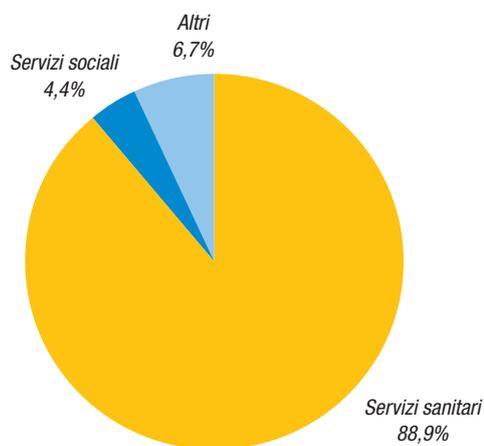


Fonte: ASTAT, 2013.

INVIO

Di norma l'iniziativa di accoglimento in una comunità alloggio ha avuto origine dai servizi sanitari (88,9%).

Grafico 7.7: Utenti delle comunità alloggio per attività lavorativa, 2012

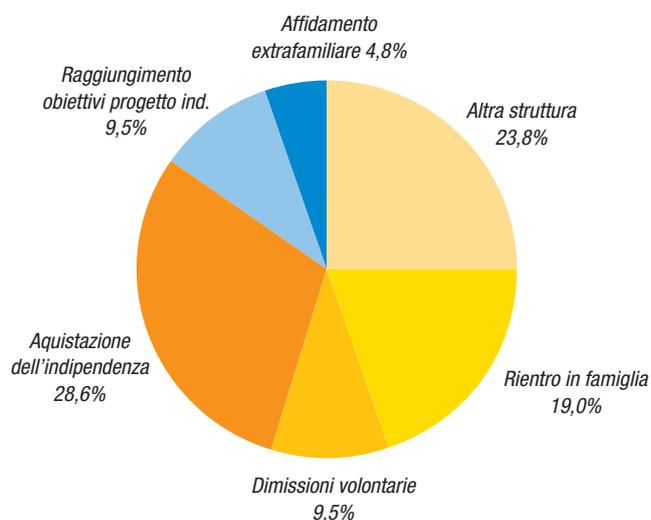


Fonte: ASTAT, 2013.

DIMISSIONI

Le statistiche relative alle dimissioni rivelano che 5 delle 21 persone dimesse (23,8%) sono state trasferite ad altre strutture dei servizi sociali. In quasi il 40% dei casi le dimissioni si motivano con il raggiungimento della piena indipendenza (28,6%) o degli obiettivi del progetto individuale (9,5%). Quattro persone (19,0%) sono tornate alle loro famiglie. È qui però difficile valutare in che misura questa tipologia di dimissione abbia risposto effettivamente alle esigenze dell'utente, ovvero se sia stata avvertita piuttosto come soluzione di emergenza in mancanza di alternative migliori.

Grafico 7.8: Utenti delle comunità alloggio per tipologia di dimissioni, 2012

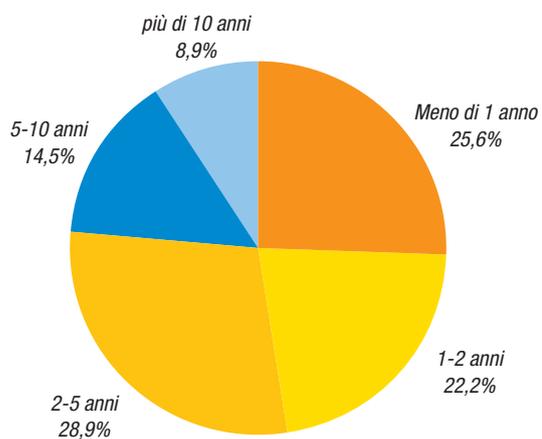


Fonte: ASTAT, 2013.

Per quanto riguarda la durata della permanenza nelle comunità alloggio, alla fine del 2012 il 23,4% degli utenti risultava risiedervi già da oltre 5 anni. Soltanto un quarto circa vi alloggiava da meno di un anno.

DURATA DELLA PERMANENZA

Grafico 7.9: Utenti delle comunità alloggio per durata della permanenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Alla fine del 2012 erano occupati presso le comunità alloggio 37 operatori, pari a 31,3 operatori equivalenti a tempo pieno. Per ogni operatore equivalente a tempo pieno vi erano quindi 2,9 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 (41,8% degli operatori equivalenti a tempo pieno) ed operatori socio-assistenziali (17,6% degli operatori equivalenti a tempo pieno). In nessuna comunità alloggio operava alla fine del 2012 personale volontario.

PERSONALE

### 7.2.3 Servizi di riabilitazione lavorativa

Alla fine del 2012 esistevano in Alto Adige 11 servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, con complessivi 195 posti. Si tratta di tipologie di strutture assai diverse fra di loro, dai servizi di riabilitazione lavorativa ai centri di addestramento professionale. Rispetto all'anno precedente la ricettività è rimasta più o meno invariata, tuttavia rispetto al 2010 si riscontra una riduzione di quasi il 4% (da 203 a 195 posti). Al contempo il numero degli assistiti è aumentato dell' 8,7% (da 183 a 199).

Tabella 7.4: Strutture, posti e utenti dei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, 2010-2012

Comunità comprensoriali	2010			2011			2012		
	N.	Posti	Utenti	N.	Posti	Utenti	N.	Posti	Utenti
Val Venosta	2	17	17	1	17	17	1	17	17
Burgraviato	2	25	21	2	24	23	2	24	22
Oltradige- B. Atesina	1	30	21	1	30	22	1	30	23
Bolzano	2	30	31	2	27	30	2	28	36
Salto-Sciliar	2	27	19	2	27	22	2	27	22
Val d'Isarco	2	29	29	1	25	24	1	25	27
Alta Valle Isarco	1	18	18	1	18	21	1	16	24
Val Pusteria	1	27	27	1	28	28	1	28	28
<b>Totale Provincia</b>	<b>13</b>	<b>203</b>	<b>183</b>	<b>11</b>	<b>196</b>	<b>187</b>	<b>11</b>	<b>195</b>	<b>199</b>

Il grado di utilizzo puntuale (posti occupati rispetto al numero complessivo di posti disponibili) era a fine 2012 del 102,1%. I dati disponibili non consentono di comprendere se questo sovrautilizzo debba ascrivere ad assistenze "parallele" di mezza giornata ciascuna o ad assistenze di brevissimo periodo, ma è comunque certo che nelle strutture di riabilitazione lavorativa la fluttuazione degli assistiti è considerevole: nel 2012 sono state accolte complessivamente 68 nuove persone e ne sono stati dimesse 55. Per i servizi di riabilitazione sociale e lavorativa si ha quindi un indice di turnover del 35,3%.

Solo 5 degli 11 servizi di riabilitazione sociale e lavorativa hanno tenuto nel 2012 una lista di attesa, nelle quali risultavano complessivamente iscritte 15 persone. Circa di pari entità (11) è il numero di persone la cui domanda non ha potuto essere accolta per mancanza di posto nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale (2012).

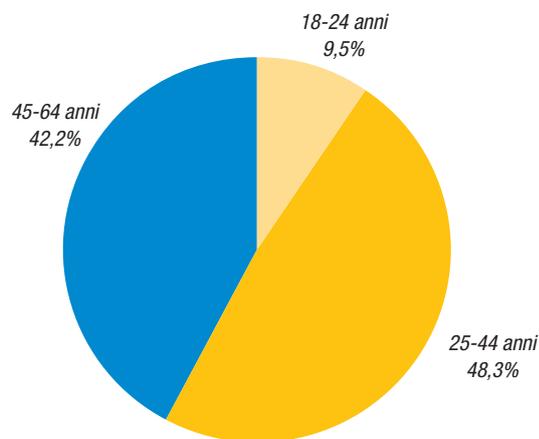
10 degli 11 servizi di riabilitazione sociale e lavorativa sono gestiti dalle Comunità comprensoriali / dall'Azienda Sociale di Bolzano. In un caso la gestione è affidata ad un Onlus privata.

Con il 55,3%, alla fine del 2012 prevaleva presso i servizi di riabilitazione lavorativa la presenza maschile. Per quanto riguarda la distribuzione per fasce di età, nel 2012 la fascia più numerosa risultava quella dei 25-44enni (48,3%), mentre quasi la stessa percentuale (42,2%) degli utenti aveva a quell'epoca già raggiunto i 45 anni di età.

LISTE DI ATTESA

ENTI GESTORI

Grafico 7.10: Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: utenti per età, 2012

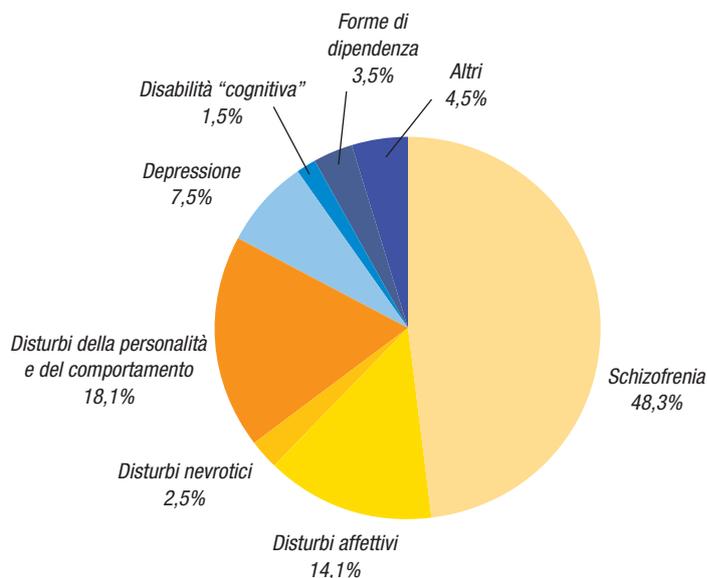


Fonte: ASTAT, 2013.

Quasi la metà degli utenti (48,3%) presenta un quadro clinico di tipo schizofrenico; seguono i disturbi della personalità e comportamentali (18,1%) e le psicosi affettive (14,1%). Quasi un terzo degli utenti (30,1%) non presenta un grado di invalidità riconosciuto, mentre circa un interessato su dieci ha un'invalidità del 100%. Per circa la metà (43,2%) degli utenti l'invalidità riconosciuta oscilla tra il 74 e il 99%.

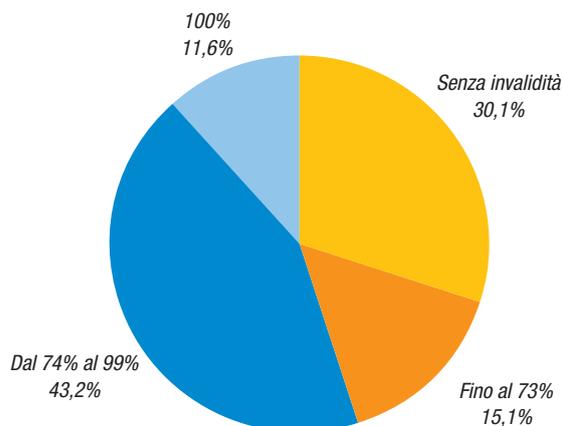
DIAGNOSI E INVALIDITÀ

Grafico 7.11: Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: utenti per diagnosi, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 7.12: Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: utenti per grado di invalidità, 2012

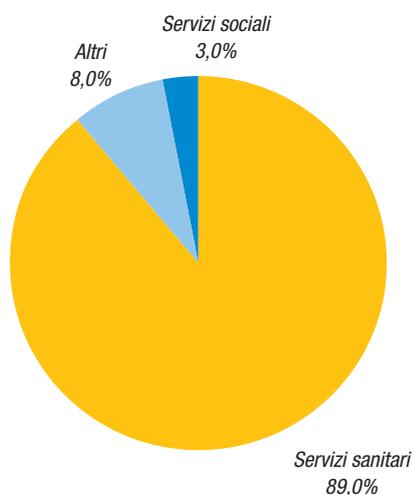


Fonte: ASTAT, 2013.

TIPOLOGIA DI INVIO

Circa 9 utenti su dieci (89,0%) sono stati accolti su invio di un servizio sanitario, il 3,0% su raccomandazione di un servizio sociale.

Grafico 7.13: Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: utenti per tipologia di invio, 2012

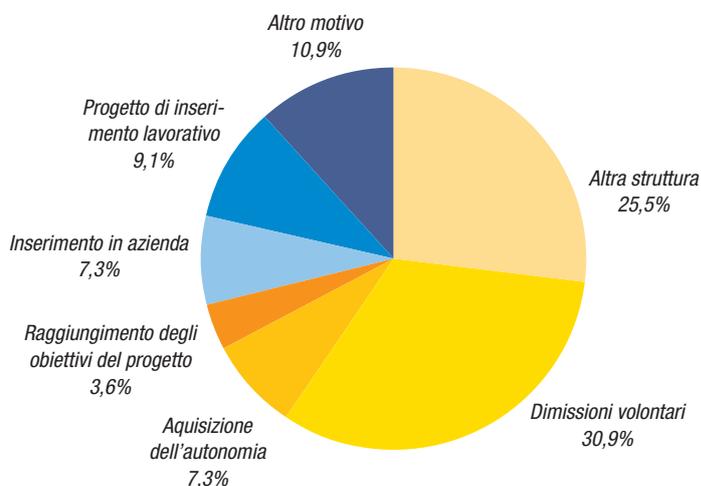


Fonte: ASTAT, 2013.

DIMISSIONI

Delle 55 persone complessivamente dimesse del 2012, circa un quarto (25,5%) è stato trasferito direttamente ad un'altra struttura, il 7,3% ha trovato posto in un'azienda ed un altro 9,1% è stato inserito in un altro progetto di inserimento lavorativo. Al momento delle dimissioni, un utente su dieci circa aveva riottenuto l'indipendenza o raggiunto gli obiettivi del suo progetto individuale. In quasi un terzo dei casi (30,9%) si trattava comunque di dimissioni volontarie. Se si considera poi anche il 10,9% per i quali non sono indicati in dettaglio i motivi delle dimissioni, risulta che per circa il 40% non vi sono informazioni sugli sviluppi successivi alle dimissioni. È quindi difficile valutare quante persone, dopo la permanenza nelle strutture di riabilitazione lavorativa, siano effettivamente riuscite a trovare un'occupazione.

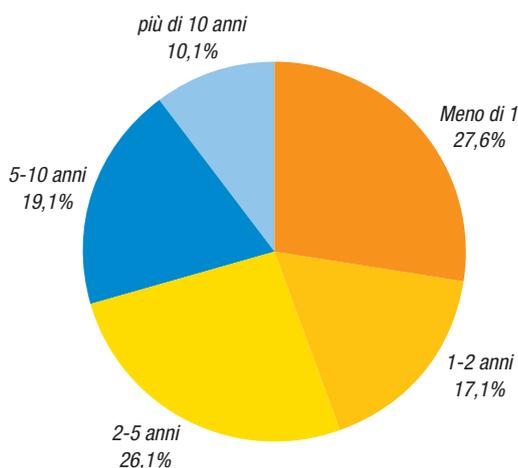
**Grafico 7.14: Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: utenti per motivo delle dimissioni, 2012**



Fonte: ASTAT, 2013.

Diversi essendo gli orientamenti concettuali dei vari servizi di riabilitazione sociale e 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 2012 il 27,6% degli utenti si trovava presso la struttura da meno di un anno, il 17,1% da 1 a fino a 2 anni e un terzo scarso (29,2%) già da oltre 5 anni.

**Grafico 7.15: Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: utenti per durata della permanenza, 2012**



Fonte: ASTAT, 2013.

Ad assistere gli utenti presenti nei servizi alla fine del 2012 erano complessivamente 78 collaboratori, pari a 67,9 operatori equivalenti a tempo pieno. Il rapporto è quindi di 2,9 persone assistite per ciascun operatore equivalente a tempo pieno. Tra gli operatori, i profili professionali più rappresentati sono gli assistenti per disabili (22,1% degli equivalenti a tempo pieno), seguiti dagli operatori socio-assisten-

DURATA DELLA PERMANENZA

PERSONALE

OFFERTA E UTILIZZO

ziali (13,6%) e dagli istitutori (15,0%). In quasi la metà delle strutture (54,5%) opera anche personale volontario: nel 2012 erano presenti presso i servizi di riabilitazione lavorativa complessivamente 38 volontari, con una prestazione lavorativa media di 7,8 ore al mese.

**7.2.4 Centri diurni**

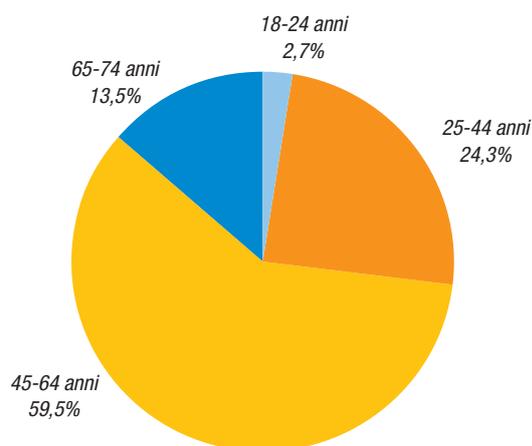
In Alto Adige esistevano a fine 2012 quattro centri diurni per malati psichici, per 38 posti complessivi: uno nella Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina (15 posti), uno a Salto-Sciliar (7 posti), uno in Val Pusteria (8 posti) e uno in Alta Valle Isarco (8 posti). Enti gestori di queste strutture sono le rispettive Comunità comprensoriali e l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. In tal maniera negli ultimi cinque anni la ricettività è cresciuta del 22,6% (da 31 a 38 posti).

Alla fine dell'anno complessivamente 37 persone frequentavano uno dei quattro centri, con un grado di utilizzo che raggiungeva quindi quasi il 100%. Nel corso dell'anno sono stati accolti complessivamente 17 nuovi utenti e ne sono stati dimessi 13.

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEGLI UTENTI

Gli uomini (23) sono più fortemente rappresentati delle donne (14). 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 (73,0%) avevano 45 anni e più, e uno su otto ha addirittura superato i 65 anni.

**Grafico 7.16: Centri diurni: utenti per età, 2012**

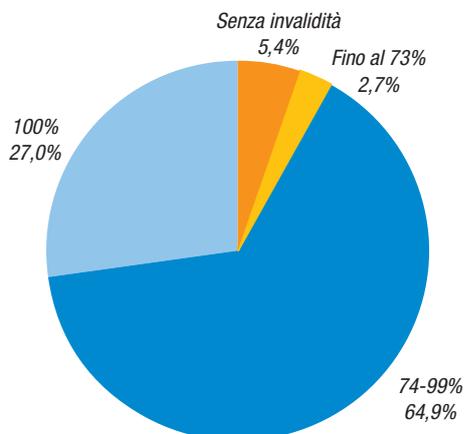


Fonte: ASTAT, 2013.

DIAGNOSI E INVALIDITÀ

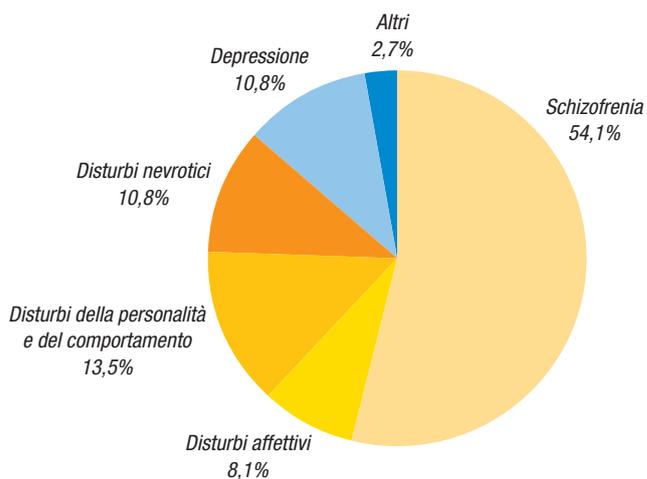
Rispetto agli utenti delle comunità alloggio e a quelli dei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, gli utenti dei centri diurni presentano tipologie di disabilità sensibilmente più gravi. Più di un quarto (27,0%) sono invalidi totali, e solo per l'5,4% non è stata riconosciuta alcuna invalidità. Anche nel caso dei centri diurni prevalgono con quasi il 50% disturbi di tipo schizofrenico. Relativamente alta appare anche l'incidenza degli utenti con diagnosi di depressione (10,8%).

Grafico 7.17: Centri diurni: utenti per grado di invalidità, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 7.18: Centri diurni: utenti per diagnosi, 2012

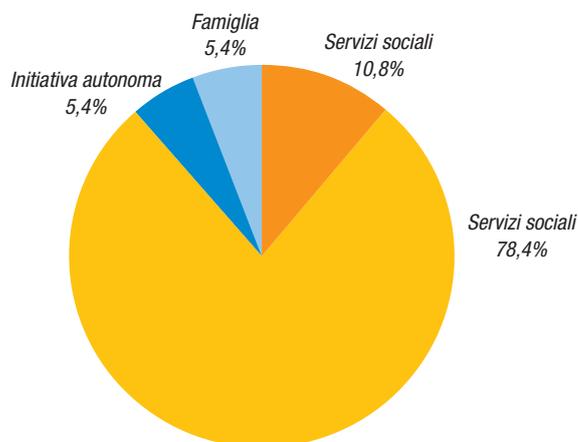


Fonte: ASTAT, 2013.

L'accoglimento nel centro diurno è avvenuto in tre casi su quattro su iniziativa di un servizio sanitario, e nel 10,8% dei casi su iniziativa di un servizio sociale. Alla fine del 2012 un buon terzo (35,1%) degli utenti era presente nella struttura da meno di un anno, ma il 16,2% 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.

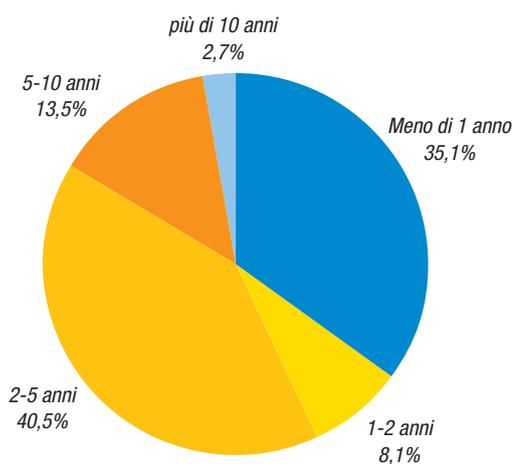
INVIO

Grafico 7.19: Centri diurni: utenti per invio, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 7.20: Centri diurni: utenti per durata della permanenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

PERSONALE

Nei quattro centri diurni operavano alla fine del 2012 nove collaboratori, pari a 7,3 operatori equivalente a tempo pieno. Il personale era costituito in essenza da assistenti per disabili (30,1% di tutti gli operatori equivalenti a tempo pieno) ed istitutori (34,3%).

## 7.3 L'ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA DIPENDENZE

### 7.3.1 Servizi dell'area sanitaria

In campo sanitario l'assistenza territoriale agli alcolodipendenti è garantita dai Servizi per le tossicodipendenze (SerT) e da due servizi privati convenzionati con le aziende sanitarie di Bolzano e di Merano. Nel 2012 i Servizi per le tossicodipendenze hanno assistito complessivamente 3.083 persone con problemi di alcolismo; di queste i due servizi privati ne hanno assistito 1.376 (44,6%). Rispetto al 2011, il numero complessivo di persone assistite è aumentato di circa il 3%.

Tabella 7.5: Alcolodipendenza: numero complessivo di utenti in carico, 2012

	con terapia	senza terapia	Contatti	Totale
Sert Bolzano	-	10	-	10
Algologia Bolzano	3	203	3	209
Hands – Bolzano	691	471	7	1.169
<b>Distretto sanitario di Bolzano*</b>	<b>694</b>	<b>562</b>	<b>10</b>	<b>1.266</b>
Sert Merano	308	294	3	605
Caritas	157	60	-	207
<b>Distretto sanitario di Merano*</b>	<b>465</b>	<b>324</b>	<b>3</b>	<b>792</b>
<b>Distretto sanitario di Bressanone*</b>	<b>271</b>	<b>169</b>	<b>3</b>	<b>443</b>
<b>Distretto sanitario di Brunico*</b>	<b>337</b>	<b>281</b>	<b>11</b>	<b>629</b>
<b>Totale</b>	<b>1.767</b>	<b>1.289</b>	<b>27</b>	<b>3.083</b>

Utenti in carico per 1.000 abitanti				
Bolzano	3,1			
Merano	3,6			
Bressanone	3,8			
Brunico	4,5			
<b>Totale</b>	<b>3,5</b>			

\*In caso di trasferimento da un servizio all'altro gli utenti vengono contati solo una volta.

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige – Sert, Relazione sanitaria provinciale 2012.

In campo sanitario l'assistenza territoriale dei tossicodipendenti viene gestita anch'essa dai Servizi per le tossicodipendenze (SerT). Presso il SerT sono state assistite nel corso del 2012 1.413 persone con problemi di tossicodipendenza.

Tabella 7.6: Tossicodipendenza: utenti in carico del Servizio per le tossicodipendenze (SerT) per Distretto sanitario, 2012

Utenti in carico	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia*
Utenti in carico	497	193	49	77	816
Utenti non in carico	268	111	32	59	425
Contatti	105	2	18	47	172
<b>Totale</b>	<b>870</b>	<b>306</b>	<b>99</b>	<b>183</b>	<b>1.413</b>

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige – Sert, Relazione sanitaria provinciale 2012.

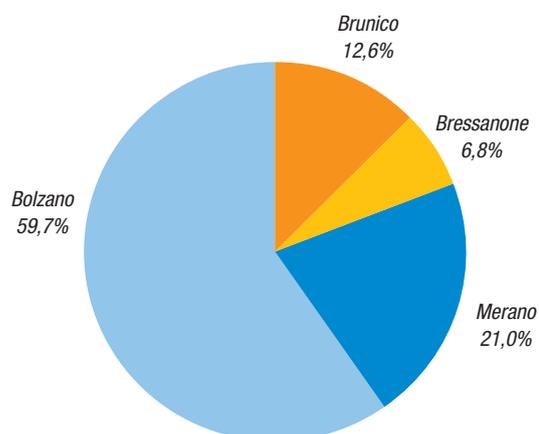
ALCOL  
DIPENDENZA

TOSSICO-DIPENDENZA

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE  
DELL'UTENZA

La maggioranza degli utenti (59,7%) viene trattata dal SerT del Distretto sanitario di Bolzano, seguito da quello di Merano (21,0%). Questa distribuzione territoriale si mantiene stabile ormai da anni.

Grafico 7.21: Utenti in carico per Distretto sanitario (%), 2012

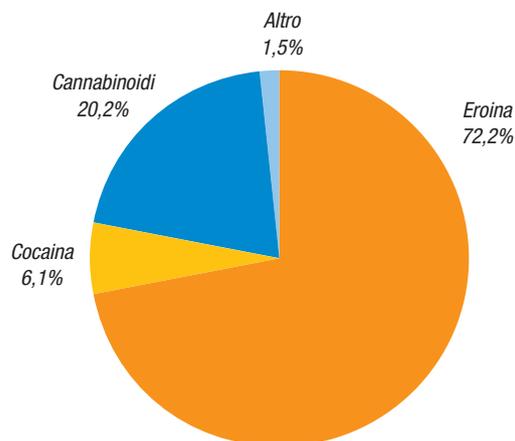


Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige – SerT, Relazione sanitaria provinciale 2012.

MODELLI DI CONSUMO DEGLI  
UTENTI

Quasi tre quarti (72,2%) delle persone tossicodipendenti assistite dai SerT consumano prevalentemente eroina. Seguono a distanza i cannabinoidi (20,2%). Questa distribuzione è relativamente stabile ormai da anni.

Grafico 7.22: Utenti in carico per sostanza assunta prevalentemente (%), 2012



Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2012.

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

Fatto salvo per Brunico, l'eroina è in tutti i distretti sanitari la droga primaria più consumata.

Tabella 7.7: Tossicodipendenza: utenti in carico del Servizio per le tossicodipendenze (SerT) per sostanza assunta prevalentemente, 2012

Sostanza primaria	Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altro	Totale
Bolzano	395	34	65	3	497
Merano	141	9	39	1	190
Bressanone	26	2	20	1	49
Brunico	25	5	40	7	77

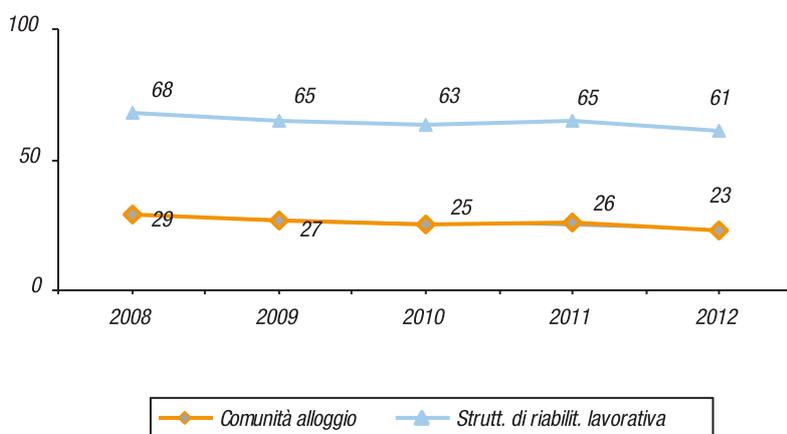
Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2012.

### 7.3.2 Servizi sociali – Comunità alloggio e strutture lavorative

I servizi sociali svolgono un ruolo decisivo anche nell'assistenza alle patologie compulsive. I loro interventi puntano in primo luogo a mitigare i problemi sociali - di natura abitativa, 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 2012 quattro strutture residenziali con 23 posti e 6 laboratori con complessivi 61 posti. Rispetto agli anni precedenti si ha una lieve riduzione della ricettività.

Grafico 7.23: Ricettività dei servizi sociali per persone con problemi di dipendenza, 2008-2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Con 19 persone assistite si ha per le comunità alloggio un utilizzo puntuale dell'82,6%, mentre per le strutture di riabilitazione lavorativa con i loro 64 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

**Tabella 7.8: Strutture, posti e utenti per Comunità comprensoriale / Azienda Servizi Sociali di Bolzano, 2012**

Comunità comprensoriali	Comunità comprensoriale			Comunità alloggio		
	Servizi	Posti	Utenti	Servizi	Posti	Utenti
Val Venosta	-	-	-	-	-	-
Burgraviato	1	4	3	1	13	13
Oltradige- B. Atesina	-	-	-	-	-	-
Bolzano	2	9	6	1	12	12
Salto-Sciliar	-	-	-	2	12	15
Val d'Isarco	1	10	10	-	-	-
Alta Valle Isarco	-	-	-	1	3	3
Val Pusteria	-	-	-	1	21	21
<b>Totale Provincia</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>61</b>	<b>64</b>

Fonte: ASTAT, 2013.

#### 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 e un'associazione di volontariato.

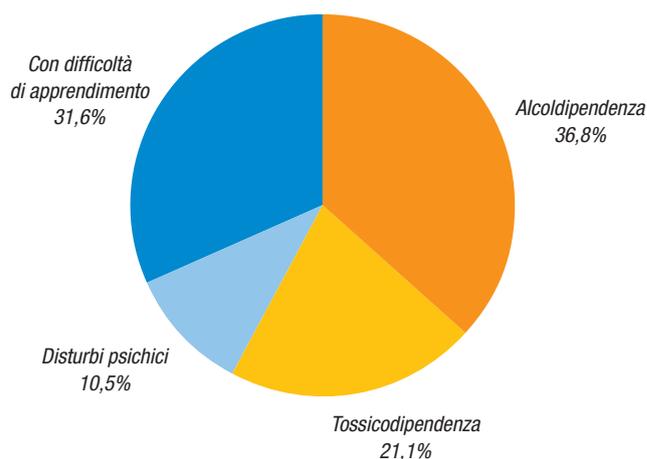
#### SESSO ED ETÀ

Le persone dipendenti assistite sono in prevalenza di sesso maschile. Nelle comunità alloggio la percentuale di uomini alla fine del 2012 si attestava sul 79,0%, nei laboratori addirittura sull'87,5%. Presso i laboratori tre quarti (73,4%) degli utenti hanno 45 anni e più, mentre nelle comunità alloggio questo è il caso per solo la metà circa (47,4%) degli assistiti.

#### UTENTI PER DIAGNOSI

Nelle strutture di riabilitazione lavorativa sono assistiti in prevalenza soggetti alcoldipendenti (65,6%), mentre i tossicodipendenti costituiscono solo il 4,7% dell'utenza e i malati psichici il 10,9%. Nelle comunità alloggio l'alcoldipendenza svolge un ruolo piuttosto rilevante (36,8%), la tossicodipendenza col 21,1% un ruolo minore.

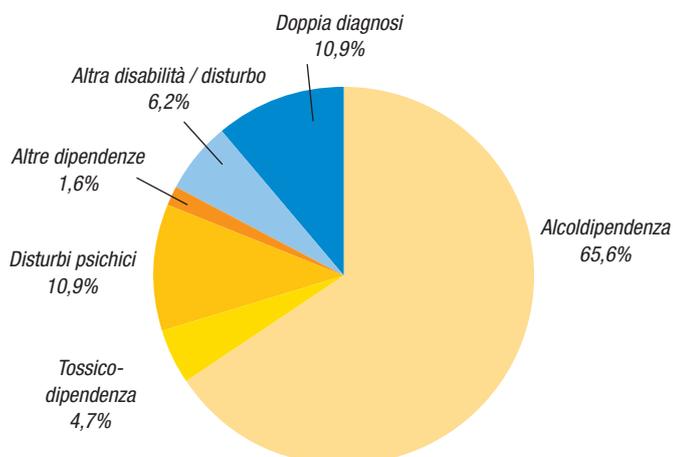
**Grafico 7.24: Comunità alloggio: utenti per diagnosi, 2012**



Fonte: ASTAT, 2013.

La forte presenza 31,6% di persone con difficoltà di apprendimento si spiega con la particolare tipologia di offerta mista praticata dalla Comunità comprensoriale della Val d'Isarco.

Grafico 7.25: Strutture di riabilitazione lavorativa: utenti per diagnosi, 2012



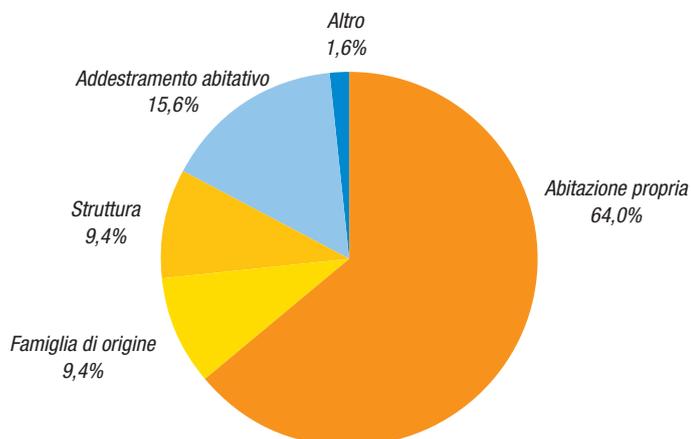
Fonte: ASTAT, 2013.

Anche se le persone con invalidità totale vengono trattate soltanto nei centri di riabilitazione lavorativa (4,7%), 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 47,4%; strutture di riabilitazione lavorativa 45,3%), mentre circa un terzo (comunità alloggio 31,6%; strutture di riabilitazione lavorativa 40,6%) presenta un grado di invalidità riconosciuto del 74-99%.

L'invio ai servizi per le tossicodipendenze è stato attivato esclusivamente (per le comunità alloggio) o in prevalenza (per le strutture di riabilitazione lavorativa - 81,3%) dai servizi sanitari. Nelle strutture di riabilitazione lavorativa hanno peraltro un certo peso anche i servizi sociali (18,7%). Nessuna delle persone assistite alla fine del 2012 risultava essere stato ammesso alla struttura di sua iniziativa.

La maggior parte degli utenti delle strutture riabilitative abita in un'abitazione propria (64,0%), dove di norma non ricorre ad un servizio di assistenza domiciliare. Solo un utente scarso su dieci (9,4%) vive in una struttura.

Grafico 7.26: Strutture di riabilitazione lavorativa: utenti per la tipologia abitativa, 2012

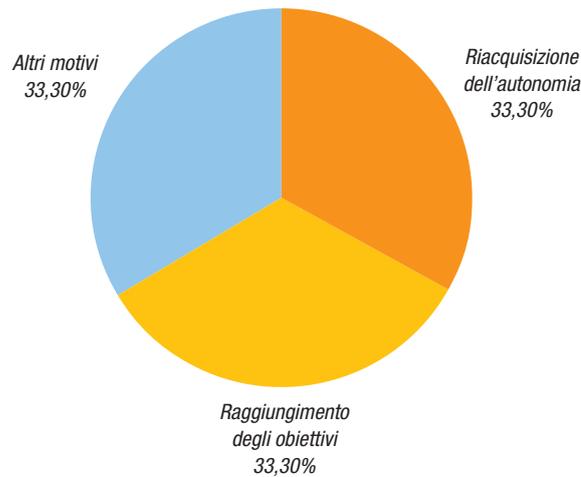


Fonte: ASTAT, 2013.

DIMISSIONI

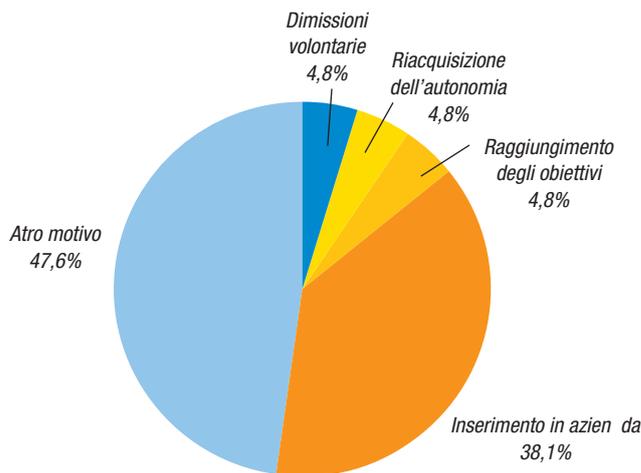
Se anche un'analisi dei motivi delle dimissioni non consente di trarre conclusioni sufficientemente affidabili, a causa del ridotto numero assoluto di casi (comunità alloggio 6 dimissioni, strutture di riabilitazione lavorativa 21), i dati per il 2012 stanno comunque ad indicare un diffuso esito positivo delle assistenze: un buon terzo (38,1%) delle persone un tempo occupate presso i laboratori ha potuto venir occupato in un'azienda. Purtroppo per quasi la metà (47,6%) dei dimessi, non vengono fornite informazioni sui motivi delle dimissioni. Per gli ex utenti delle comunità alloggio, un terzo degli interessati ha ottenuto la propria indipendenza o ha raggiunto gli obiettivi del suo progetto individuale.

Grafico 7.27: **Comunità alloggio: utenti per motivo delle dimissioni, 2012**



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 7.28: **Centri di riabilitazione lavorativa: utenti per motivo delle dimissioni, 2012**

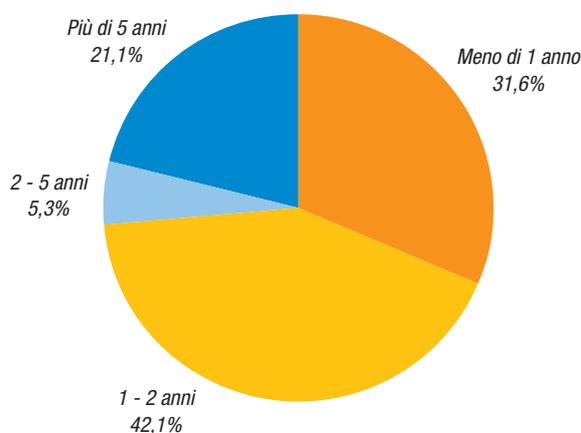


Fonte: ASTAT, 2013.

DURATA DELLA PERMANENZA

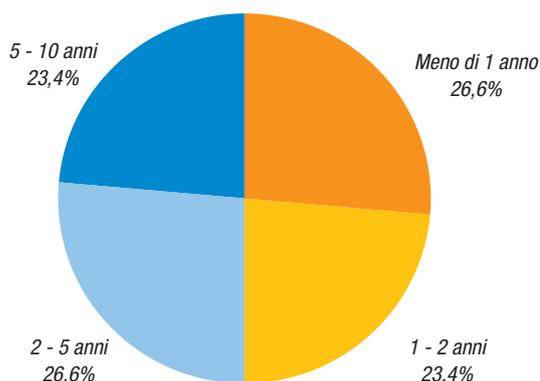
La durata della permanenza nelle due tipologie di struttura presenta forti sovrapposizioni: un buon quarto delle persone in carico alla fine del 2012 non aveva ancora trascorso un anno intero nella "sua" struttura, mentre quasi la stessa percentuale vi era assistita già da oltre cinque anni.

Grafico 7.29: Comunità alloggio: utenti per durata della permanenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Grafico 7.30: Centri di riabilitazione lavorativa: utenti per durata della permanenza, 2012



Fonte: ASTAT, 2013.

Presso le comunità alloggio operavano alla fine del 2012 complessivamente 18 collaboratori, pari a 13,9 operatori equivalente effettivi a tempo pieno. Sul piano dei profili si trattava di team costituiti da operatori socioassistenziali, educatori sociali, educatori per disabili ed altri operatori. Presso le strutture di riabilitazione lavorativa erano invece presenti 15 operatori (13,4 op. equivalenti a tempo pieno), con una presenza prevalente di istitutori (50,8% di tutti gli operatori equivalenti a tempo pieno) e di operatori socio-assistenziali (14,9%).

### 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 Servizi Sociali di Bolzano, e il centro diurno „Plus“ di Merano. Scopo primario di queste due strutture è, accanto all’assistenza nei casi acuti, il contenimento 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

BINARIO 7

CENTRO DIURNO „PLUS“

problematiche multiple, che si sostengono reciprocamente.

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 2012 il Centro “binario 7” ha registrato 220 utenti abituali con dipendenza da droghe illegali. 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 2012 sono state distribuite complessivamente 23.664 “nuovo per usato”.

Il centro diurno meranese „plus“ è stato frequentato nel 2012 da complessivamente 103 persone (89,3% uomini e 10,7% donne)<sup>1</sup>, con una presenza media giornaliera di 24,8 persone. Le diagnosi prevalenti erano alcoldipendenza cronica (83,4%) e dipendenza da eroina (7,2%). Nel 2012 i nuovi accessi sono fortemente cresciuti, passando dai 40 del 2010 ai 56 del 2012. Di conseguenza il volume delle prestazioni è notevolmente: Nell’anno 2012 sono stati distribuiti 18.160 pasti e 2.513 servizi igienico-sanitari (doccia o cure personali, lavaggio biancheria). 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

Nelle comunità alloggio e nei centri diurni, l’offerta di assistenza dei servizi sociali per le persone con disturbi psichici ha potuto venir ampliata in continuazione in questi ultimi anni. Ormai le indicazioni del Piano socio-psichiatria 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. Se da un canto le liste di attesa e il numero limitato di domande concrete rimaste insoddisfatte per mancanza di posto nell’anno di riferimento per la presente Relazione sociale sembrano indicare limitate carenze nella copertura, le prescrizioni del Piano sociale provinciale (vedi cap. 13) evidenziano una sottocopertura ben più rilevante. 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. Strozature 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. Senza dubbio vi è peraltro anche un fabbisogno di posti-letto di emergenza per le persone con dipendenze.

SERVIZI DI RIABILITAZIONE  
LAVORATIVA

L’offerta di riabilitazione lavorativa appare ormai da alcuni anni in contrazione. Indipendentemente

1 Comunità comprensoriale Burgraviato (ed.), *Servizio per persone con problemi di dipendenza – Rapporto sulle attività 2012*, pag. 6-8.

dalle indicazioni - invero ambiziose - del Piano sociale provinciale (vedi cap. 13), nel campo del reinserimento lavorativo si osserva una forte necessità di recupero. Come di recente sottolineato nel Piano settoriale per le dipendenze, assumono qui un ruolo significativo le cooperative sociali. 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. In quest'ottica va accolto con favore il costante impegno dei servizi sociosanitari a rendere accessibili - nei limiti del possibile - anche agli anziani con problemi psichici le strutture ed i servizi destinati agli anziani in genere, quali ad esempio le case di riposo.

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.

**INVECCHIAMENTO  
DELL'UTENZA**

**COLLABORAZIONE TRA  
SERVIZIO SOCIALE E SERVIZIO  
SANITARIO**



## 8. DISAGIO E MARGINALITÀ SOCIALE

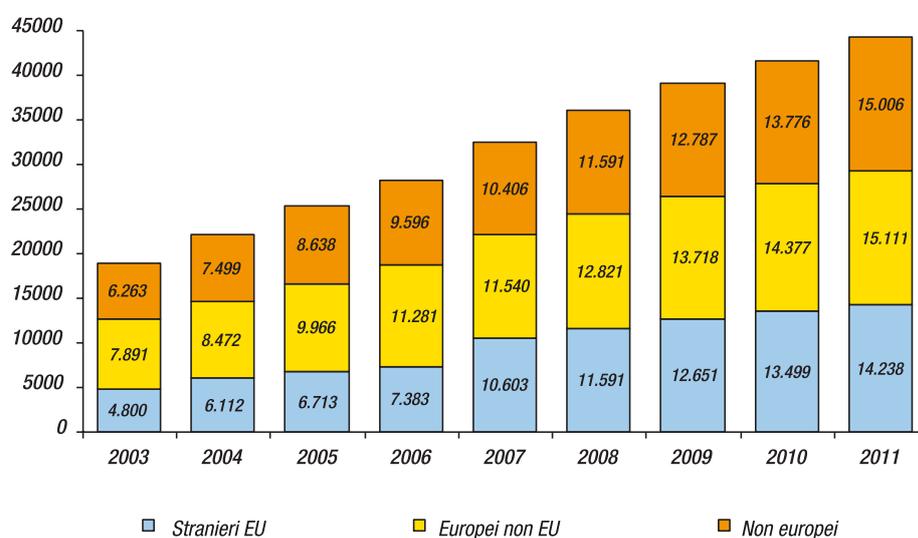
### 8.1 IMMIGRAZIONE

#### 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'8,3% alla fine del 2012. 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 più di 5.000 stranieri, che non vengono quindi più considerati in questa statistica. Con l' 8,3% delle presenze, l'Alto Adige si colloca in realtà sopra la media nazionale (7,4%), ma al di sotto di quella dell'Italia settentrionale e centrale, come pure di quella dei paesi confinanti dell'area germanofona<sup>1</sup>. La presenza di cittadini extracomunitari nella popolazione straniera oscilla da anni tra il 65% e il 75%. La quota è attualmente al 66%. I cittadini extracomunitari provengono in percentuale all'incirca uguale da paesi europei e da altri continenti.

PRESENZA DI STRANIERI

Gráfico 8.1: Evoluzione della popolazione straniera per macroregioni, 2003-2011



Fonte: ASTAT, 2013.

<sup>1</sup> ASTAT (ed.), Stranieri in Alto Adige – 2012, in: ASTAT-Info n. 71/2013, Bolzano 2013

## AREE DI PROVENIENZA

I cittadini extracomunitari di origine europea provengono per oltre il 90% dall'Albania (5.500 immigrati) e dagli stati successori della Jugoslavia, quali il Cossovo, la Macedonia e la Serbia. Per gli altri cittadini extracomunitari il quadro è più eterogeneo. I gruppi più numerosi sono qui i Marocchini (più di 3.600 immigrati) e i Pakistani (3.240). 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 sui 18,2 nati vivi ogni mille abitanti (18,2‰), a fronte del 10,1‰ di quello della popolazione di cittadinanza italiana. Questa struttura demografica dinamica è strettamente correlata con la struttura per età più „giovane“ della popolazione straniera: l'età media dei cittadini extracomunitari è di 33,6 anni, quasi 10 anni meno della media della popolazione locale (42,4 anni)<sup>2</sup>.

DISTRIBUZIONE  
TERRITORIALE

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 (62,5%) di tutte le persone con cittadinanza straniera: nel capoluogo Bolzano quasi un terzo (32,9%), seguito da Merano (12,8%) e da Bressanone (4,6%). Una percentuale elevata di stranieri rispetto alla popolazione complessiva si riscontra tuttavia, oltre che a Bolzano (13,5%) e a Merano (14,4%), anche in taluni centri minori quali Fortezza (23,9%), Salorno (21,0%), Brennero (14,3%) e Ponte Gardena (15,9%). Nella maggioranza dei comuni (94 su 116) la percentuale si attesta al di sotto della media provinciale del 8,3%, in 31 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.

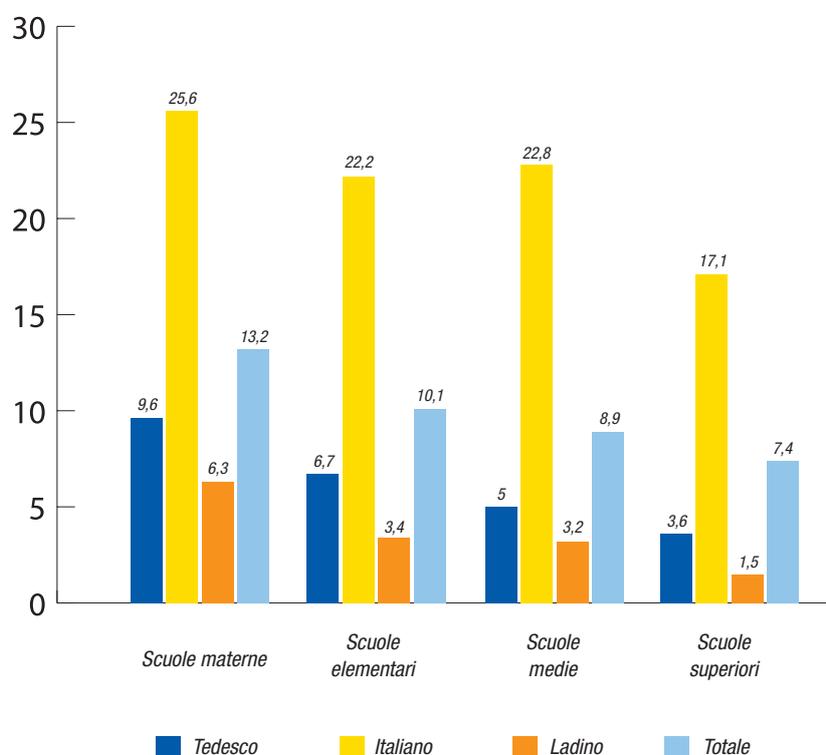
## MINORI STRANIERI

Una particolare sfida sociale è costituita dal continuo aumento del numero di minori stranieri. Dei cittadini stranieri che risultavano risiedere in Alto Adige al 31/12/2012, circa il 23,0% 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 2012/2013, 5.899 minori stranieri risultavano iscritti alle scuole elementari, medie e superiori<sup>3</sup>, la maggioranza di essi (85,4%) figli di cittadini extracomunitari. Anche i 2.144 bambini stranieri iscritti alle scuole materne sono in oltre l'80% dei casi figli di cittadini extracomunitari. Nelle scuole materne e nelle scuole elementari la percentuale degli stranieri si colloca con il 13,2% e l'10,1% già al di sopra della media provinciale (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.

<sup>2</sup> ASTAT (ed.), Stranieri in Alto Adige – 2012, in: *ASTAT-Info* n. 71/2013, Bolzano 2013, pag. 7.

<sup>3</sup> ASTAT (ed.), Scuole dell'infanzia 2012/13 (*ASTAT-Info* n. 04/2013); Scuole primarie 2012/13 (*ASTAT-Info* n. 15/2013), Scuole secondarie di I grado 2012/13 (*ASTAT-Info* n. 18/2013), Scuole secondarie di II grado 2012/13 (*ASTAT-Info* n. 45/2013). Bolzano 2013.

Grafico 8.2: Presenza di minori stranieri nelle scuole per lingua di insegnamento (anno scolastico 2012/13)



La situazione di mercato complessivamente buona rende interessante l'Alto Adige come regione di immigrazione. Stando ad un recente studio dell'ASTAT, la maggioranza (57,9%) degli stranieri presenti in provincia deve la sua immigrazione a motivi di lavoro. Questo è il caso in particolare dei cittadini extracomunitari (62,7%)<sup>4</sup>. Va tuttavia detto che, anche a causa della crisi economica, il lavoro costituisce un fattore di attrazione meno forte che in passato<sup>5</sup>: nel 2011 è stato rilasciato per motivi di lavoro ai cittadini extracomunitari il 47,5% dei permessi di soggiorno, a fronte del 55,9% del 2007. In questi ultimi anni sono stati rilasciati sempre più di frequente permessi di soggiorno per motivi familiari (2011: 40,8%; 2007: 30,6%). I cittadini extracomunitari sono per lo più lavoratori dipendenti con la qualifica di operai, e sono impiegati prevalentemente nel terziario. Le donne lavoratrici trovano per oltre la metà impiego quali donne delle pulizie, domestiche o badanti. 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%)<sup>6</sup>. 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. Il citato studio dell'ASTAT conferma che sono relativamente pochi gli stranieri che intendono

<sup>4</sup> ASTAT (ed.), *Immigrazione in Alto Adige. Stili di vita ed opinioni della popolazione altoatesina e straniera*. Bolzano 2012, pag. 52.

<sup>5</sup> Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige, Ripartizione lavoro (ed.), *Immigrazione e integrazione in Alto Adige* Un rapporto del Servizio coordinamento immigrazione, Bolzano 2013, pagg. 17, 29-33.

<sup>6</sup> EURAC Research (ed.), *Rapporto annuale sull'immigrazione in Alto Adige 2010*, Bolzano, pag. 93.

RILEVANZA ECONOMICA

MINORE TENDENZA AL  
RIENTRO IN PATRIA

## QUADRO NORMATIVO

ritornare ai loro paesi nei prossimi 1-2 anni (1,6%) o più a lungo termine, cioè fra oltre 5 anni (5,7%). Quanto più lunga è la loro permanenza in provincia, tanto più alta diventa la probabilità che vi rimangono ancora più a lungo. E nel frattempo il 15,5% dei cittadini stranieri residenti in Alto Adige vi è anche nato<sup>7</sup>.

Per consentire l'integrazione dei cittadini stranieri nella società altoatesina e rendere possibile una pacifica convivenza tra gli immigrati e la popolazione autoctona, nell'ottobre 2011 il Consiglio provinciale ha approvato una specifica legge provinciale ("Integrazione di cittadini e cittadine straniere"), nella 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. Nello spirito della legge nel frattempo ogni ripartizione dell'amministrazione provinciale che in qualche modo si occupa di immigrazione e integrazione ha designato un proprio responsabile per l'integrazione. Questi funzionari si riuniscono a cadenza regolare per scambiare informazioni e per coordinare le attività delle varie ripartizioni („network dei responsabili per l'integrazione“), in tal modo integrando il Servizio coordinamento immigrazione operante presso la Ripartizione lavoro<sup>8</sup>.

## PROBLEMA ABITATIVO

Una delle principali 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<sup>9</sup>. 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, trovando alloggio in qualità di locatari (67,7%) o proprietari (16,9%). Da un canto si osservano qui eclatanti differenze a seconda del paese di provenienza: mentre il 34,9% dei cittadini comunitari è proprietario dell'alloggio in cui abita, per gli extracomunitari questo accade solo nel 7,5% dei casi<sup>10</sup>. Per fare un raffronto, oltre il 70% degli altoatesini dispone di un'abitazione di proprietà. D'altro canto anche i dati dell'Istituto per l'edilizia sociale (IPES) confermano la pesante problematica dell'alloggio per i cittadini extracomunitari: nel 2012 questi sono stati beneficiari del 34% dell'importo complessivamente erogato a titolo di sussidio casa. Circa un terzo (34,0%) dei cittadini stranieri attualmente residenti in Alto Adige ha trovato al suo arrivo una sistemazione provvisoria presso parenti/conoscenti o presso una struttura alberghiera (perché gli interessati lavoravano presso la stessa struttura) o in una stanza in locazione presso una comunità alloggio. Un ruolo non trascurabile nella soluzione del problema abitativo dei neo-immigrati (in particolare quelli extracomunitari) è svolto accanto alle strutture di prima accoglienza - nelle quali peraltro la permanenza è limitata a 30 giorni - dal centro di accoglienza Migrantes, oltre naturalmente alle importanti case albergo per i lavoratori, gestite dall'Istituto per l'edilizia sociale. 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 ricettività delle case albergo per i lavoratori è stata continuamente migliorata in questi ultimi anni. Il relativo programma di potenziamento è stato portato a termine nel 2009. Alla fine del 2012 l'IPES disponeva di 411 posti a Bolzano e di 114 Merano, con una copertura che al momento si può considerare rispondente alla domanda.

7 ASTAT (ed.), Popolazione straniera residente 2012, in: *ASTAT-Info* n. 71/2013, pag. 9.

8 Ai sensi del D.p.g.p. 15 ottobre 2012, n. 35.

9 Salvo diversamente indicato, i dati sulla situazione abitativa qui riportati sono tratti dal recentissimo studio ASTAT *Immigrazione in alto Adige*, Bolzano 2012, pagg. 103-108.

10 ASTAT (ed.), *Immigrazione in Alto Adige. Stili di vita ed opinioni della popolazione altoatesina e straniera*. Bolzano 2012, pag. 103.

Tabella 8.1: Strutture abitative per stranieri \*, 2012

Strutture	Sede	Posti	Utenti	
			Anno 2012	31/12/2012
<b>Strutture di emergenza e di prima accoglienza per i neoimmigrati</b>				
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per cittadini stranieri	Bolzano	20	375	81
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		
<b>Case albergo per i lavoratori (IPES)</b>				
Casa Lupi, Via Achille Grandi 25	Bolzano	27	n.d.	n.d.
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 Albergo per lavoratori/studenti per il gruppo linguistico ladino ("Ciasa dei Ladins")	Bolzano	36		
Struttura per lavoratori, Via Rismondo	Bolzano	30		
Struttura per lavoratori, Via Luis Zuegg	Merano	114		
<b>Altre strutture</b>				
Centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati (VOLONTARIUS)	Bolzano	12	44	8

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

Fonte: ASTAT, 2013.

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. L'offerta di consulenza trova un forte riscontro presso il pubblico: il solo sportello di consulenza e orientamento per donne e famiglie straniere dell'associazione Donne Nissà è stato frequentato da 567 donne, 173 delle quali per la prima volta. Alle offerte dei due servizi di consulenza Moca e InPut hanno fatto ricorso nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale complessivamente 1.145 tra uomini e donne immigrate.

OFFERTE DI CONSULENZA  
E ORIENTAMENTO (PRIMA  
ACCOGLIENZA)

Tabella 8.2: Servizi di consulenza per gli immigrati\*, 2012

Servizi di consulenza	Sede
Servizio di consulenza per gli immigrati	Bolzano
Associazione Donne Nissà – Servizio di consulenza per donne straniere	Bolzano
Consulenza per migranti Moca	Merano
Consulenza per migranti InPut	Bolzano

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

Fonte: ASTAT, 2013.

## ENTI GESTORI TERRITORIALI

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.

Oltre a questi servizi specializzati di consulenza e prima accoglienza, gli immigrati possono ricorrere naturalmente anche ai "normali" servizi distrettuali (vedi in particolare il cap. 3.1), accanto ai quali i Distretti sociali sviluppano e realizzano anche specifici progetti di promozione locale. Così ad esempio nella Comunità comprensoriale della Val Pusteria è stato nuovamente proposto nel 2012, in collaborazione con il servizio di consulenza Input della Caritas, un corso per moltiplicatori interculturali della durata di due mesi, che è stato concluso con successo da 15 persone nel gennaio 2013.

## DEFINIZIONI

### 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.

#### ONDATA DI PROFUGHI DEL 2011

Questa flessibilità si è dimostrata efficace nel 2011, quando l'ondata di profughi provocata dalle crisi in Libia e in Tunisia ha raggiunto l'Italia e l'Alto Adige è stato precettato con decreto statale ad accogliere profughi in un numero commisurato alla sua popolazione. Nell'aprile 2011 e con effetto fino al 31/12/2012 in Alto Adige è stato nominato uno specifico incaricato per i profughi, che ha coordinato la sistemazione dei profughi del Nord Africa in quattro strutture. Accanto all'ex caserma „Gorio“ di Bolzano, che ormai da anni funge da centro di accoglienza (vedi oltre), queste strutture erano la Casa Arnika di Merano, la Casa Sara di Bolzano e il Centro profughi Fischerhaus di Vandoies. Complessivamente nel 2011 e nel 2012 sono state accolte 201 persone, delle quali alla fine del 2012, 121 vivevano ancora nelle quattro strutture. 38 persone avevano nel frattempo concluso positivamente la procedura connessa con la richiesta di asilo e 52 avevano trovato un'occupazione.

## RETE DI SERVIZI

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:

- richiedenti asilo che si fermano sul territorio della provincia per un breve periodo e proseguono poi verso un'altra Land 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 Alto Adige, venendo ampiamente equiparati ai cittadini italiani;
  - 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 2012 complessivamente 463 persone si sono rivolte a questo servizio.

Al primo livello di intervento si trova il centro di primo accoglimento per le persone la cui posizione giuridica e la cui procedura di riconoscimento di asilo non sono ancora chiarite. Il centro di prima accoglienza per i profughi si trova al piano terra dell'edificio "Conte F. J. Forni" di Bolzano, ed è destinato all'accoglimento temporaneo di donne, bambini ma anche uomini per un periodo massimo di sei settimane. Se sono disponibili posti sufficienti vengono accolte anche persone senza dimora originarie di paesi europei e non comunitari, con priorità per quelle provenienti dai paesi dell'Unione europea e residenti a Bolzano o in provincia. La struttura dispone di 5 stanze per complessivamente 22 posti letto. Il secondo livello di intervento strutturale è quello del centro profughi „ex-Gorio“, oltre alla Casa Arnika a Merano. La prima struttura dispone complessivamente di 65 posti letto, la Casa Arnika di 45. Il centro profughi „ex-Gorio“, situato appunto nella ex caserma Gorio, accoglie uomini, donne i bambini in attesa del riconoscimento dello status di profughi. Tra i servizi offerti da questa struttura vanno citate l'accoglienza diurna e notturna agli ospiti, la garanzia ai richiedenti asilo della frequentazione di corsi di lingua italiana e tedesca, la salvaguardia del diritto all'istruzione scolastica obbligatoria per i minori e i servizi di ascolto, socializzazione e integrazione sociale.

Dopo aver "superato" il secondo livello di intervento, per trovare un alloggio gli interessati devono ricorrere al mercato privato o all'Istituto per l'edilizia sociale.

**Tabella 8.3: Strutture per i profughi e i richiedenti asilo, 2012**

<b>Livello di intervento</b>	<b>Sede</b>	<b>Posti</b>	<b>Destinatari</b>
<i>Servizio di consulenza profughi</i>	<i>Bolzano</i>	-	<i>Profughi e richiedenti asilo</i>
<i>Centro di (prima) accoglienza per profughi in transito</i>	<i>Bolzano (edificio „Conte Forni“)</i>	22	<i>Richiedenti asilo</i>
<i>Struttura abitativa per profughi (centro di accoglienza)</i>	<i>Bolzano (ex caserma „Gorio“)</i>	65	<i>Persone che hanno presentato richiesta d'asilo</i>
<i>Struttura abitativa "Haus Arnika"</i>	<i>Merano</i>	45	<i>Persone che hanno presentato richiesta d'asilo</i>

Fonte: ASTAT, 2013.

## 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 900 Sinti e Rom.

I Sinti sono cittadini italiani che vivono ormai da più generazioni in Alto Adige e ai quali si applica a

STRUTTURE

SINTI

ROM	<p>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. Insedimenti per i Sinti sono presenti a Merano (60 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 Spaghettata“), 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 (costi di costruzione e di investimento) degli insediamenti è coperto dai fondi del competente ufficio provinciale.</p> <p>I Rom attualmente residenti in provincia sono in gran parte ex profughi provenienti dall'allora Jugoslavia, rifugiatisi in Alto Adige dopo lo scoppio della guerra (1992). A questi si aggiungono persone provenienti dalla Romania e dalla Bulgaria in seguito all'allargamento dell'Unione europea, appartenenti in parte all'etnia Rom. Si tratta nella fattispecie di cittadini europei extracomunitari che nel frattempo hanno ottenuto un permesso di soggiorno per motivi di lavoro. Fino a poco tempo fa l'unico insediamento Rom regolare, con 82 posti, si trovava presso Castel Firmiano a Bolzano. La chiusura della struttura, avviata nel 2011, risultava quasi completata alla fine del 2012: fatta eccezione per una famiglia, tutti gli ex residenti dell'insediamento sono riusciti a trovare con l'aiuto dei servizi sociali un alloggio "normale".</p>
PROBLEMI ABITATIVI	<p>Individuare una soluzione idonea ai problemi abitativi dei Sinti e dei Rom è difficile. Problemi continuano ad esserci per l'atteggiamento della popolazione locale e per la situazione legislativa inadeguata. Da alcuni anni è in discussione la seguente soluzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>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.</p>
PROBLEMATICA DEGLI INSEDIAMENTI	

Tabella 8.4: Insediamenti per Sinti e Rom

Insediamenti	Località	Posti	Pop. attuale
Insedimento Rom "Castel Firmiano"	Bolzano	(82)*	1 nucleo con circa 8 persone
Insedimento Sinti	Lana	14	ca. 14
Insedimento Sinti	Appiano	10	ca. 8
Insedimento Sinti	Bressanone	12	---**
Insedimento Sinti	Merano	60	ca. 70-85
Insedimento Sinti	Vadena	44	ca. 50-70
Villaggio Sinti „Spaghetata“	Bolzano	44	ca. 30-35***

\* Realizzato in chiusura dal 2011 (vedi sopra).

\*\* 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. 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. Negli ultimi due anni l'amministrazione provinciale ha dibattuto largamente la questione della possibilità di un inserimento lavorativo, in particolare nel settore del commercio di rottami ferrosi, che tra i Sinti ha ormai una tradizione secolare. Per individuare qui soluzioni accettabili è stato istituito nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale un gruppo di lavoro trasversale tra le varie ripartizioni.

Per una migliore integrazione dei Sinti e dei Rom nel mercato altoatesino del lavoro sarà inoltre 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 solo 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: uno studio pubblicato nel 2012 è giunto infatti alla conclusione che tra tutti i gruppi "stranieri" presenti sul territorio i Rom e i Sinti vengono considerati dalla popolazione locale i peggiori<sup>11</sup>. Alla luce delle indicazioni dell'UE sull'integrazione economica e sociale dei Rom in Europa<sup>12</sup>, l'Ufficio ritiene che il primo passo da compiersi sia organizzare con tutte le parti coinvolte un primo colloquio esplorativo per l'istituzione di un tavolo provinciale, peraltro già previsto nel Piano strategico nazionale per l'integrazione dei Rom, Sinti e Camminanti, piano al quale collabora l'Ufficio Anziani e Distretti sociali.

11 ASTAT (ed.), *Immigrazione in Alto Adige*, pag. 177.

12 Vedi in proposito le comunicazioni della Commissione europea sull'integrazione sociale ed economica dei Rom in Europa: com 2010(133), com2011(173), com2012(226) e com2013(454&460), scaricabili alla pagina <http://eurlex.europa.eu/>

OFFERTE

INTEGRAZIONE NEL MONDO  
DEL LAVOROFORMAZIONE PERMANENTE E  
QUALIFICAZIONE

### 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

Non sono disponibili dati precisi sul numero di persone senza dimora presenti in Alto Adige. Un’indicazione la dà tuttavia il rapporto dell’Osservatorio di Strada Provinciale, stando al quale nel 2012 nel corso di svariati progetti e servizi si sono potute identificare 415 persone (344 a Bolzano e 71 in altre zone della provincia) come effettivamente senza dimora (vale dire persone che dormono senza un tetto sulla testa)<sup>13</sup>. In questi termini si può ipotizzare che il numero dei senza dimora si attestava in quel momento tra le 400 le 500 persone. Questo valore stimato non tiene però conto delle cosiddette “situazioni abitative precarie”, nelle quali il senza dimora trova una sistemazione presso conoscenti, amici o datori di lavoro. In genere non c’è dubbio che la crisi economica finanziaria, anche alla luce degli elevati costi di un alloggio, abbia aumentato il rischio di perdere la propria abitazione scivolando così nella categoria dei senzateetto. Nel 2012 quasi un terzo (29,0%) di tutti gli accoglimenti in una struttura per senza dimora (vedi tabella 8.5) risultava motivato prevalentemente da problemi abitativi della persona assistita.

#### 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 85 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 malattie 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).

<sup>13</sup> Osservatorio di Strada Provinciale (ed.), *Relazione consuntiva 2012*.

Tabella 8.5: Strutture di accoglimento per senza dimora

Tipo di struttura	Sede	Utenti	
		Anno 2012	31/12/2012
<b>Strutture aperte tutto l'anno</b>			
Struttura di accoglienza femminile "Casa Margaret" (Bolzano)	18	77	16
Struttura per senza dimora e Centro crisi di via Trento (Bolzano)	32	78	31
Centro di accoglienza „Conte Forni“ (struttura di secondo livello)	26	18	12
Struttura notturna per senza dimora (c/o Casa Forni; Bolzano)	28	162	25
Centro di accoglienza maschile e femminile "Casa Arché" (Merano)	25	54	25
Struttura notturna (Merano)	9	71	9
Centro di accoglienza Brunico	25	31	25
Struttura notturna maschile (Bressanone)	10	71	9
<b>Centri di emergenza freddo</b>			
Centro di emergenza freddo maschile di via Macello (Bolzano)	50	229	47

Fonte: ASTAT, 2013; Ufficio Famiglia, donna e gioventù.

Le persone assistite alla fine del 2012 erano in prevalenza di sesso maschile (71,6%). I cittadini italiani e quelli extracomunitari costituivano ciascuno oltre il 40% degli utenti, mentre circa una persona su dieci (12,2%) proveniva da un altro paese dell'Unione.

La precedente tabella mostra come il grado di utilizzo nel giorno campione (31/12/2012) si attesti sempre oltre il 90%, fatta eccezione per la struttura "Conte Forni". In certi casi si osserva anche un utilizzo al 100%. Non sorprende pertanto che nel 2012 alcune strutture abbiano dovuto respingere qualche richiesta di accoglimento per mancanza di posto. I complessivamente 237 respingimenti si concentrano qui su due strutture di Bolzano, la struttura "Conte Forni" (120 mancati accoglimenti) e la Casa Margaret (88), seguita a grande distanza dalla struttura di Brunico (16).

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", Osservatorio provinciale, „Diversamente Insieme“, „ComunicaStrada“) 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.

Nel 2012 è stato istituito un gruppo di lavoro per aggiornare le "Linee guida per l'istituzione e la gestione di strutture di accoglienza per persone senza dimora", che risalgono al 2003. I relativi lavori non sono ancora conclusi, in quanto il nuovo documento farà riferimento a tutti i servizi e le strutture per i senza dimora e non soltanto a quelle di accoglienza.

## 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

SESSO E CITTADINANZA

GRADO DI UTILIZZO

OFFERTE SEMIRESIDENZIALI E  
SUL TERRITORIO

COORDINAMENTO DEI  
PROTAGONISTI DELLE  
INIZIATIVE

PROBLEMI DI REINSERIMENTO

ed ecclesiastiche. Le numerose iniziative vengono coordinate e sostenute dal competente ufficio provinciale (24.1).

#### PROGETTO ODÒS

In materia di ex detenuti va ricordato in particolare il progetto Odòs, che nel 2012 era a regime già da tredici 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 a ciò Odòs è in grado di offrire un alloggio a 15 persone (più 5 altre persone in regime di sospensione temporanea della pena o di semilibertà in osservazione). Nel 2012 sono state accolte complessivamente 24 persone, oltre la metà delle quali (54,2%) di età compresa tra 30 e 50 anni; 6 persone (25%) non erano di cittadinanza italiana e provenivano da fuori provincia. Infine il servizio offre possibilità di occupazione di tipo artigianale o creativo. Il progetto viene finanziato dalla provincia e da un'organizzazione privata.

#### INSERIMENTO LAVORATIVO

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 poter migliorare l'inserimento socio-lavorativo degli ex detenuti, nel 2012 è stato istituito un apposito gruppo di coordinamento, come previsto in una convenzione stipulata nel 2010 con il Ministero della giustizia. Compito di questo gruppo sarà quello di sviluppare nei prossimi mesi un idoneo programma di misure per il reinserimento, e di sovrintendere alla sua attuazione.

#### 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 con la realizzazione della nuova Casa circondariale, che dovrebbe iniziare nell'autunno 2013, si dovrà anche assicurare che le necessarie strutture di occupazione e formazione permanente dei detenuti rispondano a standard moderni, il che agevolerà ulteriormente il successivo reinserimento degli ex detenuti.

## 8.5 SFRUTTAMENTO DELLA PROSTITUZIONE

Nell'Unione europea, per quanto noto, la "tratta delle donne" è cresciuta del 18% tra il 2008 e il 2010; in Italia addirittura del 46,6%, passando da 1.624 a 2.381 persone<sup>14</sup>. Nella maggior parte dei casi ne sono vittime donne, che vengono sfruttate per finalità sessuali<sup>15</sup>. Non vi sono peraltro dati statistici affidabili sull'entità dello sfruttamento della prostituzione in Europa e in Italia. Di certo la portata del fenomeno è considerevole. 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

14 EUROSTAT (ed.), *Trafficking in human beings*, Lussemburgo 2013, pagg. 10, 31.

15 Vedi anche: UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (ed.), *Global Report on Trafficking in Persons 2012*, New York 2012, pagg. 53-54.

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 e della "tratta delle donne", 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.).

Nell'ambito delle misure finalizzate alla lotta contro lo sfruttamento della prostituzione e della "tratta delle donne", 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.

Nel 2012 gli operatori e le operatrici del progetto hanno allacciato contatti più stretti con complessivamente 326 persone; in circa la metà dei casi (162) si è trattato di un primo contatto. La maggior parte dei nuovi contatti (102) ha riguardato la prostituzione indoor. 108 delle 326 persone contattate provenivano dall'America centrale e meridionale (33,1%). I principali paesi di origine risultavano essere la Colombia (68), la Romania (45) e la Nigeria (35). Nell'anno di riferimento per la presente relazione sociale 30 donne sono state accompagnate nell'ambito di un progetto individuale; due di esse hanno portato il progetto a conclusione con successo.

Il Progetto Alba ha incontrato grande attenzione e riconoscimento a livello nazionale, e si considera nel frattempo un modello di riferimento esemplare. Nel 2008 questo progetto è stato infatti inserito nel „Catalogo nazionale delle buone pratiche del Fondo sociale europeo“. Nel 2011 è stato inoltre avviato un progetto di messa in rete con iniziative, strutture e istituzioni analoghe della provincia di Trento, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri. Le sinergie derivanti da questo network offriranno la possibilità di adottare misure ancor più finalizzate contro lo sfruttamento della prostituzione e la tratta delle donne. Così nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale si è potuto dare avvio nell'ambito del network ai primi accoglimenti reciproci di persone, finalizzati alla tutela e all'accompagnamento delle donne.

PROGETTO ALBA



## 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 e del contributo per locazione. Per una migliore linearità dell'esposizione, i dati relativi all'assegno di cura e alle prestazioni a favore degli invalidi civili, ciechi e sordi sono invece esposti in un altro capitolo (10).

### 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<sup>1</sup> 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 a lungo termine 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 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 parti-

TEMA DEL CAPITOLO

DEFINIZIONI

RISCHIO DI POVERTÀ

POVERTÀ DELLE CONDIZIONI  
DI VITA

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

**EMARGINAZIONE FINANZIARIA**

colore importanza due condizioni<sup>2</sup>: 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 anzi descritti 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 che pur avendo diritto ad una prestazione assistenziale di base non vi fanno ricorso, per esempio per ignoranza o per vergogna.

**IMPLICAZIONI PER LA  
POLITICA SOCIALE**

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

<sup>2</sup> 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.

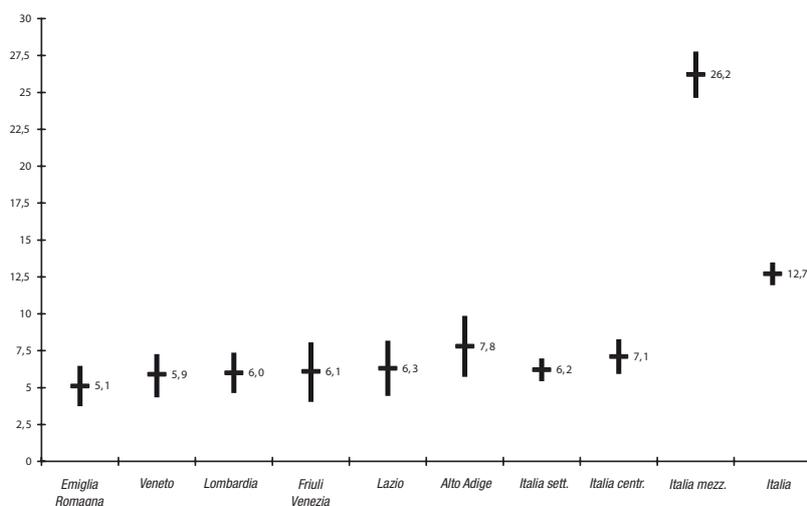
della povertà possono essere molteplici (multi-causalità del fenomeno), gli interventi di politica sociale non possono di conseguenza limitarsi al solo aspetto economico, ma devono puntare a prevenire e mitigare possibili situazioni di rischio in tutti gli ambiti della vita sociale. La lotta alla povertà 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

L'ultimo rilevamento rappresentativo della situazione reddituale e patrimoniale nella provincia autonoma di Bolzano-Alto Adige risale al 2008<sup>3</sup>. Non essendone state effettuate di più recenti, non sono purtroppo disponibili al momento dati aggiornati sul rischio di povertà in Alto Adige. La perdurante crisi economica rende peraltro quei dati ancor meno affidabili se si voglia avere un quadro della situazione reale al 2012, come si evidenzia anche in una statistica predisposta di recente dall'ASTAT in materia di consumi<sup>4</sup>: stando ad essa infatti il consumo di merci e servizi delle famiglie altoatesine si è contratto nel 2011 a valori reali inferiori dell'8,5% a quelli del 2008.

Gli ultimi dati ISTAT sulla povertà differenziati a livello regionale rivelano per l'Alto Adige - il criterio adottato è quello della povertà di spesa o di consumo - un indice di povertà familiare del 7,8%<sup>5</sup>. Rispetto al 2011 si segna quindi una contrazione del 2,6% (2011: 10,4%), che ricolloca l'Alto Adige ad un livello medio fra le altre regioni, ma pur sempre sensibilmente al di sotto dell'Emilia Romagna (5,1%), del Veneto (5,8%) e della Lombardia (6,0%). Va peraltro detto che nel caso di Bolzano l'errore relativo di campionatura si presenta abbastanza alto, a causa dei numeri assoluti piuttosto bassi: se cioè si prende un intervallo di confidenza del 95% (il che significa che in 95 casi su 100 i limiti di intervallo calcolati conteranno il valore reale) il valore per l'Alto Adige risulta oscillare tra il 5,9% e il 9,7%. Per questo motivo e tenendo conto delle forti oscillazioni annue un indice del 7,8% per la povertà relativa in Alto Adige si può considerare un dato approssimativamente corretto. 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 – 2012 (povertà di consumo)**



Fonte: ASTAT, 2012.

<sup>3</sup> ASTAT (ed.), Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige 2008-2009 (collana ASTAT 164), Bolzano 2010, pagg. 18-19, 22.

<sup>4</sup> ASTAT (ed.), Consumi delle famiglie 2011, in: *ASTAT Info* n. 21 / 2013.

<sup>5</sup> ISTAT, La povertà in Italia, anno 2012, in: *statistiche report*, 17 luglio 2013.

SITUAZIONE

POVERTÀ DI CONSUMO NEL  
RAFFRONTO ITALIANO

## 9.2 ASSISTENZA ECONOMICA SOCIALE

### 9.2.1 Principi informativi 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 dall'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. In base al principio di sussidiarietà coloro che necessitano di aiuto devono inoltre impegnare anzitutto la propria capacità lavorativa per ottenere i necessari mezzi di sostentamento, e ricorrere prioritariamente a tutte le altre risorse cui essi hanno diritto. 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.

#### PRESTAZIONI DIRETTE

L'assistenza economica sociale prevede attualmente 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 riconosciute 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;
- 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;

- prestazione „Vita indipendente e partecipazione sociale”, che viene concessa a persone con una grave disabilità esclusivamente fisica sotto forma di un assegno mensile finalizzato a garantire il supporto personale, al fine di consentire loro una vita autonoma e di agevolare la loro partecipazione alla vita sociale.

- anticipo dell’assegno di mantenimento a tutela dei minori.

A queste erogazioni dirette si aggiungono l’assunzione di costi e tariffe per minori, disabili e anziani 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 2012 la spesa complessiva per le prestazioni dirette di assistenza economica a favore di 9.730 richiedenti - che possono essere singoli individui o rappresentare nuclei familiari - si è attestata su 25.386.552 Euro. Poiché alcune prestazioni riguardano più i nuclei che i singoli, le persone complessivamente assistite sono naturalmente di più<sup>6</sup>.

L’82,8% 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; questo indice si presenta relativamente stabile da alcuni anni (2010: 83,3%; 2011: 83,5%). La spesa complessiva per entrambi i provvedimenti è stata nel 2012 di 21.016.166 Euro. Al terzo posto come entità di spesa si colloca l’anticipo dell’assegno di mantenimento, che rispetto al 2011 presenta una crescita del 12,7%, essendo passato da 1.709.019 a 1.925.781 Euro. Attualmente è dovuto a questa voce di spesa il 7,6% della spesa complessiva. Altre voci di spesa di un certo rilievo sono quelle per prestazioni specifiche, 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 o per l’acquisto di elettrodomestici. La prestazione specifica viene spesso anche concessa sotto forma di prestito rimborsabile al netto di interessi. Nel 2012 sono state erogate a 1.991 beneficiari prestazioni per 1.645.377 Euro, corrispondenti a circa il 6,5% della spesa complessiva. L’erogazione media per intervento è stata pari a 826 Euro.

Tra le altre erogazioni dirette dell’assistenza economica, le quote di spesa maggiori vengono assorbite dall’assegno per piccole spese e dall’assegno per la continuità della vita familiare (entrambi 1,0%). 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.

ALTRE EROGAZIONI

L’AGEVOLAZIONE TARIFFARIA

SPESA COMPLESSIVA

STRUTTURAZIONE DELLA  
SPESA

<sup>6</sup> 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.

Tabella 9.1: Prestazioni dirette dell'assistenza economica per Comunità comprensoriale, 2012

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	339.726	176	312.060	212	63.836	64	0	0
Burgraviato	2.246.075	908	2.039.167	1.122	401.296	451	0	0
Oltradige- B. Atesina	1.040.711	455	1.292.498	577	76.664	150	0	0
Bolzano	4.250.467	2.016	4.919.412	2.454	514.657	736	3.120	2
Salto-Sciliar	370.452	152	289.265	187	89.110	74	0	0
Val d'Isarco	888.987	390	1.061.387	562	171.095	277	0	0
Alta Valle Isarco	404.216	174	576.999	253	206.230	111	0	0
Val Pusteria	463.279	232	521.464	337	122.489	128	0	0
<b>Totale</b>	<b>10.003.914</b>	<b>4.503</b>	<b>11.012.251</b>	<b>5.704</b>	<b>1.645.377</b>	<b>1.991</b>	<b>3.120</b>	<b>2</b>

Comunità Comprensoriale	Continuità della vita familiare		Assegno per piccole spese		Acquisto automezzi per disabili		Adattamento automezzi per disabili	
	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti
Val Venosta	0	0	4.157	3	600	1	1.467	1
Burgraviato	3.741	3	62.509	76	10.324	3	3.130	3
Oltradige- B. Atesina	3.229	2	18.773	13	650	1	1.062	1
Bolzano	117.881	48	119.891	94	18.598	6	9.426	5
Salto-Sciliar	7.837	3	6.872	6	0	0	0	0
Val d'Isarco	80.511	53	15.743	31	8.359	2	1.548	1
Alta Valle Isarco	5.358	2	7.181	3	1.348	1	1.424	1
Val Pusteria	24.133	13	20.635	22	923	1	0	0
<b>Totale</b>	<b>242.689</b>	<b>124</b>	<b>255.761</b>	<b>248</b>	<b>40.801</b>	<b>15</b>	<b>18.059</b>	<b>12</b>

Comunità Comprensoriale	Adattamento automezzi 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	648	3	7.223	8	3.572	3
Burgraviato	0	0	4.171	20	41.268	21	4.243	1
Oltradige- B. Atesina	0	0	2.306	10	241	1	4.133	1
Bolzano	309	1	14.415	65	1.393	2	35.343	13
Salto-Sciliar	4.896	1	336	3	466	2	0	0
Val d'Isarco	9.792	2	1.893	8	9.439	14	41.395	7
Alta Valle Isarco	0	0	306	2	2.388	2	18.164	8
Val Pusteria	0	0	1.832	10	20.225	12	8.399	5
<b>Totale</b>	<b>14.997</b>	<b>4</b>	<b>25.907</b>	<b>121</b>	<b>82.645</b>	<b>62</b>	<b>115.249</b>	<b>38</b>

Comunità Comprensoriale	Anticipazione assegno		TOTALE*	
	Spesa €	Assistiti	Spesa €	Assistiti
Val Venosta	78.458	20	811.747	341
Burgraviato	414.418	122	5.230.342	1.969
Oltradige- B. Atesina	174.045	45	2.614.312	881
Bolzano	688.472	182	10.693.384	4.078
Salto-Sciliar	104.401	25	873.636	348
Val d'Isarco	238.229	62	2.528.379	1.072
Alta Valle Isarco	71.031	18	1.294.645	431
Val Pusteria	156.728	43	1.340.107	610
<b>Totale</b>	<b>1.925.781</b>	<b>517</b>	<b>25.386.552</b>	<b>9.730</b>

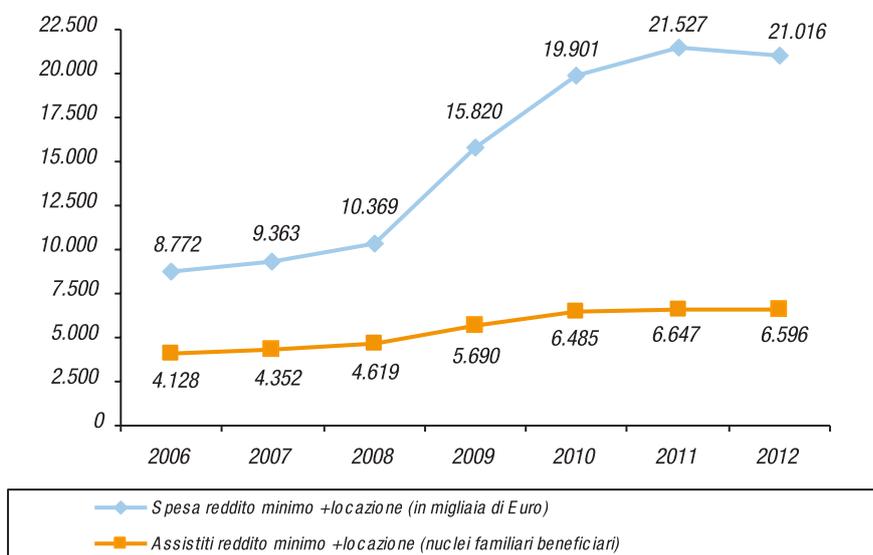
\* Il numero complessivo degli utenti è indicativo, poiché un assistito può aver beneficiato di più prestazioni diverse. Gli assistiti che hanno ricevuto il RMI e il contributo per locazione vengono conteggiati una sola volta nel totale.

Rispetto al 2011 la spesa complessiva per le prestazioni dirette si è ridotta nominalmente dell'1,5% (peraltro rispetto al 2010 si segna pur sempre un incremento dell'8,3%). Questo sviluppo si spiega essenzialmente con lo sviluppo della spesa nel settore del contributo per locazione e spese accessorie (che ha segnato una riduzione di 152.659 Euro, pari a -1,4%) e di quello del reddito minimo di inserimento ( -511.954 Euro, pari a -2,4%). Sensibili incrementi si sono invece osservati nelle prestazioni Continuità della vita familiare (+32,1%) e Anticipo dell'assegno di mantenimento (+12,7%).

Tabella 9.2: Reddito minimo di inserimento e contributo per locazione, 2008-2012

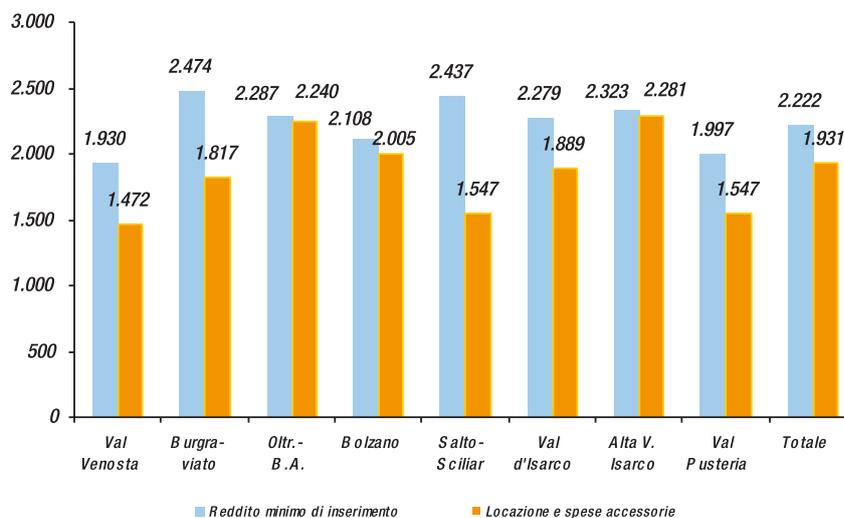
	2008	2009	2010	2011	2012
Assistiti reddito minimo (RMI)	3.202	4.156	4.632	4.766	4.503
Spesa RMI (in €)	5.366.612	8.413.982	9.893.564	10.362.310	10.003.914
Assistiti locazione	3.881	4.792	5.498	5.624	5.704
Spesa locazione (in €)	5.003.296	7.405.740	10.007.028	11.164.910	11.012.251
Assistiti RMI + locazione	4.619	5.690	6.485	6.647	6.596
Assistiti rispetto anno precedente	+6,1%	+23,2%	+14,0%	+2,5%	-0,8%
Assistiti e familiari RMI + locazione	10.720	13.748	15.966	16.498	16.285
Assistiti e familiari rispetto anno precedente	+9,8%	+28,2%	+16,1%	+3,3%	-1,3%
Spesa RMI + locazione	10.369.908	15.819.722	19.900.592	21.527.220	21.016.166
Spesa rispetto anno precedente	+10,7%	+52,5%	+25,8%	+8,2%	-2,4%

Grafico 9.2: Reddito minimo di inserimento e contributo per locazione, 2006-2012



La spesa media sostenuta per il reddito minimo di inserimento è stata nel 2012 di 2.222 Euro per ciascuna domanda, con un'oscillazione territoriale che va dai 2.474 Euro della Comunità comprensoriale Burgraviato ai 1.782 Euro di Val Venosta. Per i contributi alle locazioni, nel 2012 si sono spesi mediamente 1.931 Euro. Qui l'importo massimo è quello corrisposto nella Comunità comprensoriale Alta Val d'Isarco (2.173 Euro), mentre in Val Venosta in media sono stati spesi solo 1.472 Euro per ciascun contributo erogato.

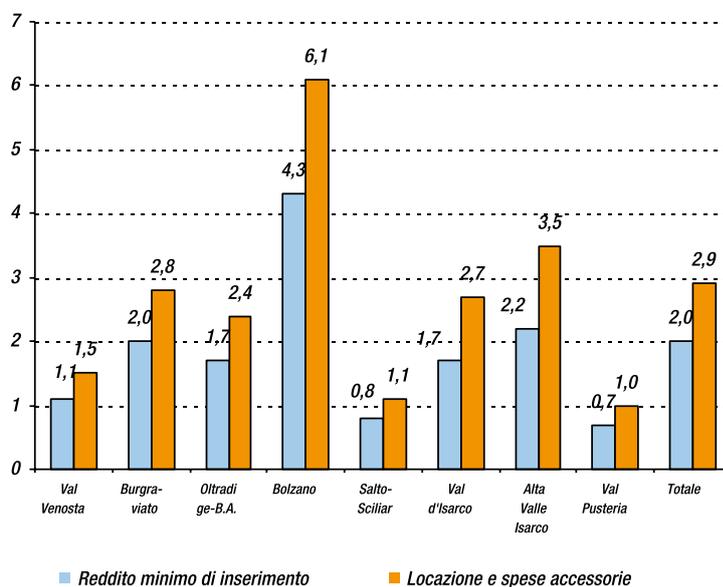
Grafico 9.3: Spese per prestazioni per Comunità comprensoriale, 2012



### 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 2012 il reddito minimo di inserimento è stato erogato a 4.503 richiedenti, interessando in tal modo complessivamente 10.445 beneficiari, per una quota pari a 2,0. Nel caso del contributo per locazione e spese accessorie la quota si colloca a 2,9. I valori massimi si riscontrano a Bolzano (4,3/6,1), mentre quelli minimi si raggiungono in Val Pusteria: 0,7 (reddito minimo di inserimento) e 1,0 (contributo per locazione). Con riferimento al reddito minimo di inserimento, gli indici di assistenza si sono ridotti in tutte le Comunità comprensoriali tranne l'Alta Valle Isarco (2010: 1,9%; 2012: 2,2%). Nel contributo per locazione la tendenza di sviluppo appare peraltro assai differenziata: mentre nell'Alta Valle Isarco e a Bolzano l'indice è salito rispettivamente di 0,7 e 0,6 punti percentuali, nella Val Venosta, Oltradige-Bassa Atesina e Salto-Sciliar lo sviluppo è in controtendenza.

Grafico 9.4: Indici di assistenza economica per Comunità comprensoriale, 2012



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

Da anni ormai le statistiche rivelano una stretta correlazione tra la disoccupazione e il ricorso al reddito minimo di inserimento. Oltre la metà dei richiedenti (52,2%) è disoccupata o in cerca di lavoro. Senza dubbio l'indice di disoccupazione in Alto Adige continua ad attestarsi a livelli bassi rispetto alla situazione italiana o europea, e di certo nel contesto altoatesino la disoccupazione è spesso correlata non tanto ad una carenza della domanda o alla situazione generale del mercato del lavoro (vedi cap. 1.2), quanto a 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 (ad esempio in seguito a divorzi). In un raffronto temporale più lungo si evidenzia tuttavia come la crisi finanziaria ed economica si sia fatta sentire: dal 2008 il numero di persone in cerca di lavoro tra quelle aventi diritto alla prestazione Reddito minimo di inserimento è cresciuto del 46,4% (2008: 1.607; 2012: 2.352). Il 4,5% 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 27,4%, e per la prestazione "contributo per locazione e spese accessorie" addirittura sul 38,6%.

POSIZIONE LAVORATIVA

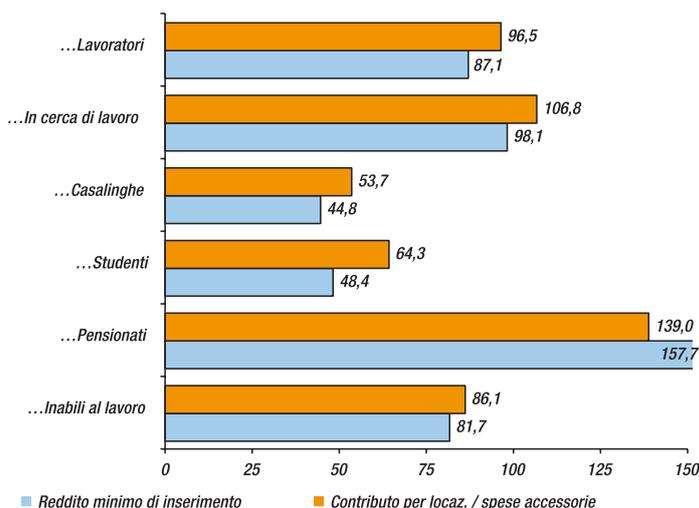
**Tabella 9.3: Reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per posizione lavorativa del richiedente, 2012**

	Reddito minimo di inserimento		Integrazione locazione	
	v.a.	%	v.a.	%
Inabile al lavoro	201	4,5	216	3,8
Inabile al lavoro	2.352	52,2	2.204	38,6
Occupato	1.234	27,4	2.200	38,6
Casalinga	179	4,0	271	4,8
Pensionato	358	8,0	645	11,3
Studente	31	0,7	27	0,5
Progetto inserimento lavorativo	144	3,2	135	2,4
Altro	4	3,3	6	0,1
<b>Totale</b>	<b>4.503</b>	<b>100,0</b>	<b>5.704</b>	<b>100,0</b>

Il numero di persone che hanno fatto ricorso al reddito minimo di inserimento nonostante abbiano un lavoro si è in realtà contratto sensibilmente rispetto al 2011 (-12,9%), però rispetto all'ultimo anno prima della crisi (2008) si segna un incremento di oltre il 50% (2008: 799; 2012: 1.234). Una riduzione rispetto all'anno precedente (2011) si riscontra anche per le posizioni lavorative "Casalinga" (-54,2%), "Studente" (-51,6%) e "Inabile al lavoro" (-18,3%), ma va qui tenuto presente che per il numero assoluto piuttosto limitato di casi di questo genere è raccomandabile non sopravvalutare queste oscillazioni. È invece cambiato solo di poco il numero degli aventi diritto classificati come "In cerca di

lavoro" (-1,9%), mentre sensibili incrementi si sono riscontrati nelle categorie „Pensionato“ (+57,7%) e „Occupato in progetti di inserimento lavorativo“ (da 9 a 144 unità). La situazione appare simile per quanto riguarda gli aventi diritto alla prestazione Contributo per locazione e spese accessorie.

**Grafico 9.5: Incremento del numero di beneficiari delle prestazioni “reddito minimo di inserimento” e “contributo per locazione” per tipologia professionale, 2011-2012 (2011=100)**



TIPOLOGIA DI BENEFICIARI

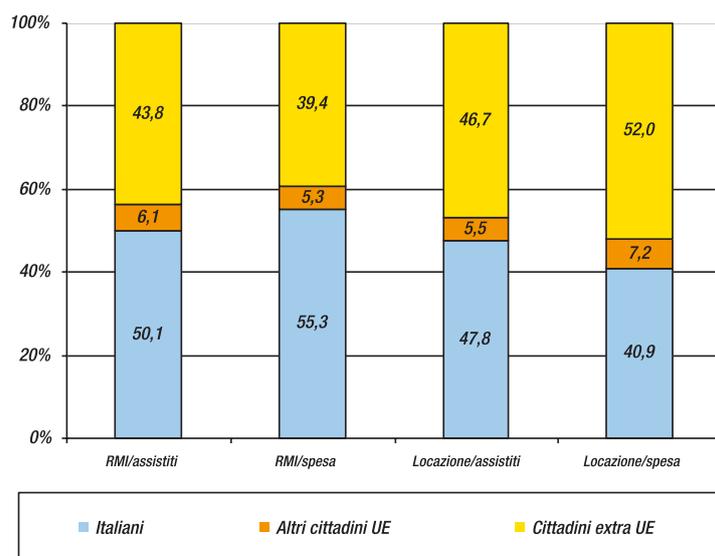
Un'analisi della tipologia dei beneficiari può essere utile a fornire indicazioni sui problemi e sulle situazioni specifiche che coloro che richiedono l'erogazione del reddito minimo di inserimento si trovano a dover affrontare. In ogni caso i funzionari incaricati del disbrigo delle pratiche devono 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 (72,2%) 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 9.4: Reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per posizione lavorativa del richiedente, 2012**

	Reddito minimo di inserimento		Integrazione locazione	
	v.a.	%	v.a.	%
Adulti con famiglia	2.111	39,8	3.339	49,6
Adulti senza famiglia	1.719	32,4	1.764	26,2
Famiglia monoparentale con figli	556	10,5	737	11,0
Soggetti dipendenti	196	3,7	149	2,2
Malati psichici	112	2,1	126	1,9
Richiedenti asilo / rifugati riconosciuti	166	3,1	73	1,1
Anziani	133	2,5	299	4,5
Disabilità	85	1,6	110	1,6
Sinti e Roma	101	1,9	98	1,5
Altri	125	2,4	31	0,5
<b>Totale</b>	<b>5.304</b>	<b>100,0</b>	<b>6.726</b>	<b>100,0</b>

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 è leggermente superiore.

NAZIONALITÀ

**Grafico 9.6: Ricorso al reddito minimo di inserimento (RMI) e integrazione locazione per cittadinanza del richiedente, 2012 (in %)**


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 9.5: Beneficiari della prestazione „Reddito minimo di inserimento“ per Comunità comprensoriale e cittadinanza, 2012**

Comunità comprensoriale	Italia		Altri paesi UE		Extra UE		Totale	stranieri
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	%	%
Val Venosta	99	56,3	13	7,4	64	36,4	100,0	5,5
Burgraviato	536	59,0	70	7,7	302	33,3	100,0	8,7
Oltradige-B.Atesina	194	42,6	20	4,4	241	53,0	100,0	8,7
Bolzano	874	43,4	120	6,0	1.022	50,7	100,0	13,5
Salto-Sciliar	88	57,9	11	7,2	53	34,9	100,0	5,1
Val d'Isarco	209	53,6	15	3,8	166	42,6	100,0	7,1
Alta Val d'Isarco	106	60,9	9	5,2	59	33,9	100,0	7,8
Val Pusteria	148	63,8	18	7,8	66	28,4	100,0	5,1
<b>Totale</b>	<b>2.254</b>	<b>50,1</b>	<b>276</b>	<b>6,1</b>	<b>1.973</b>	<b>43,8</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>

**Tabella 9.6: Beneficiari della prestazione „Contributo per locazione e spese accessorie“ per Comunità comprensoriale e cittadinanza, 2012**

Comunità comprensoriale	Italia		Altri paesi UE		Extra UE		Totale	stranieri
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	%	%
Val Venosta	111	52,4	20	9,4	81	38,2	100,0	5,5
Burgraviato	611	54,5	90	8,0	421	37,5	100,0	8,7
Oltradige-B.Atesina	227	39,3	22	3,8	328	56,8	100,0	8,7
Bolzano	1.047	42,7	109	4,4	1.298	52,9	100,0	13,5
Salto-Sciliar	91	48,7	13	7,0	83	44,4	100,0	5,1
Val d'Isarco	309	55,0	26	4,6	227	40,4	100,0	7,1
Alta Val d'Isarco	140	55,3	11	4,3	102	40,3	100,0	7,8
Val Pusteria	192	57,0	24	7,1	121	35,9	100,0	5,1
<b>Totale</b>	<b>2.728</b>	<b>47,8</b>	<b>315</b>	<b>5,5</b>	<b>2.661</b>	<b>46,7</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>

### 9.2.5 Motivi del ricorso all'assistenza economica

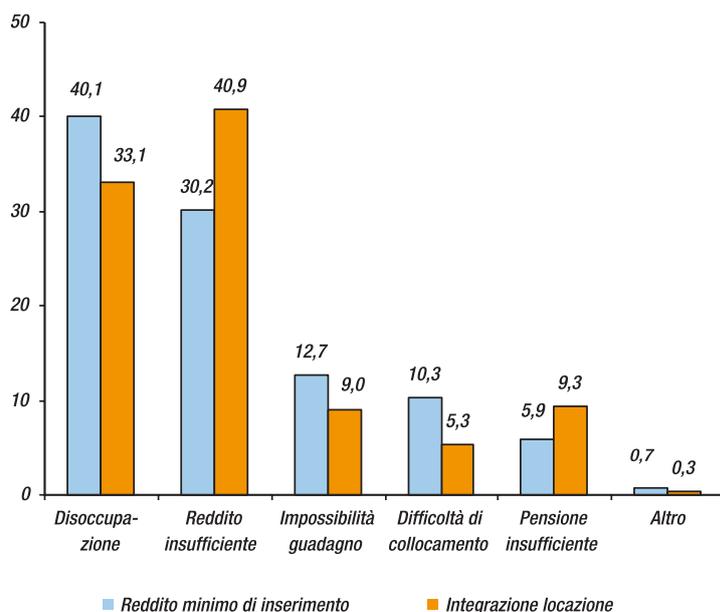
Il motivo principale del ricorso all'erogazione del reddito minimo di inserimento è la disoccupazione (40,1%), in particolare quella a lungo termine di durata superiore a tre mesi (29,8%). Questa situazione si riscontra in tutte le Comunità comprensoriali. Il secondo più frequente motivo della domanda è con il 30,2% un reddito da lavoro insufficiente, seguito col 12,7% 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 (40,9%), seguito da una situazione di disoccupazione (33,1%). 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. I dati confermano che le spese per l'affitto costituiscono un onere eccessivo per molti lavoratori. Questo fatto non deve peraltro sorprendere: ad esempio l'ultima indagine ASTAT sui consumi privati rivela che le spese per l'abitazione rappresentano ormai oltre un terzo della spesa

MOTIVI PRINCIPALI  
DEL RICORSO

complessiva per i generi non alimentari<sup>7</sup>. Particolarmente colpito risulta qui quasi un quarto delle famiglie altoatesine che vivono in affitto. E se si considera che Bolzano è fra le città più care d'Italia non si può non ricordare che quasi la metà (44,3%) dei lavoratori altoatesini percepisce meno di 1.400 Euro (e ciò riguarda anche quasi un terzo - 29,9% - degli occupati a tempo pieno)<sup>8</sup>.

**Grafico 9.7: Ricorso al reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per motivazione, 2012 (in %)**



### 9.3 SUSSIDIO CASA

Fino alla fine del 2012 le famiglie a basso reddito potevano richiedere all'Istituto per l'edilizia sociale (IPES) l'erogazione del "Sussidio casa". Presupposto per l'accesso all'erogazione era l'esistenza di un regolare contratto di locazione (salvo per gli affittuari dell'Istituto stesso). Il sussidio casa dell'IPES e la prestazione "Contributo per locazione e spese accessorie" dell'Assistenza economica sociale erano peraltro cumulabili, anche se legati a soglie di reddito diverse. Dal 1 gennaio 2013 il sussidio casa dell'IPES e il contributo erogato dai distretti sociali sono stati unificati (L.P. 11/2012, Art. 2). L'erogazione viene ora effettuata a cura dei Distretti sociali<sup>9</sup>.

La soglia di reddito per l'erogazione del sussidio casa dell'IPES era sensibilmente superiore a quella prescritta dall'Assistenza economica sociale. Per questo motivo sono assai più numerosi coloro che hanno richiesto la prestazione "sussidio casa" rispetto a quelli che hanno fatto ricorso all'erogazione "Contributo per locazione e spese accessorie". Nel 2012 5.704 famiglie hanno percepito quest'ultima erogazione, a fronte delle 10.054 che hanno ottenuto il sussidio casa.

PRESUPPOSTI PER L'EROGAZIONE

CENNI STATISTICI

<sup>7</sup> ASTAT (ed.), Consumi delle famiglie 2011, in: *ASTAT info*, n. 03/2013, pag. 6.

<sup>8</sup> AFI (ed.): *Paghe insufficienti, occorrono redditi integrativi* (Indagine sui lavoratori 2010), in: Newsletter 33/2011.

<sup>9</sup> Sono state tuttavia nel frattempo introdotte regolamentazioni transitorie: fino alla scadenza del contratto di affitto, i preesistenti affittuari possono continuare a richiedere all'IPES l'erogazione del sussidio casa. Questa regolamentazione in deroga resterà in vigore fino alla metà del 2016.

Tabella 9.7: Dati statistici sul sussidio casa e sul contributo per locazione, 2007-2012

Locaz. (Ass. ec.)	Famiglie		Importo erogato		Importo per famiglia	
	Locaz. (Ass. ec.)	Suss. Casa (Ist. ed. soc)	Locaz. (Ass. ec.)	Suss. Casa (Ist. ed. soc)	Locaz. (Ass. ec.)	Suss. Casa (Ist. ed. soc)
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	11.147	10.007.028	34.148.998	1.820	3.064
2011	5.624	8.874	11.164.910	31.859.662	1.985	3.590
2012	5.704	10.054	11.012.251	33.164.459	1.931	3.299

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 disponibili, ma quelli che ci sono parlano chiaro. Non c'è nel complesso alcun dubbio che la perdurante crisi economica e finanziaria degli ultimi anni abbia contribuito ad un inasprimento della situazione debitoria delle famiglie: stando ad un recente studio dell'Associazione degli artigiani di Mestre (CGIA), alla fine del 2011 ogni famiglia altoatesina aveva accumulato un debito medio di 22.523 Euro<sup>10</sup>. Soltanto tra il 2008 e il 2011 l'indebitamento delle famiglie altoatesine risulta quindi cresciuto del 16,0% (da 19.417 a 22.523 Euro). E anche se questo incremento appare piuttosto moderato rispetto alla situazione nazionale nel suo complesso (+33,4%) e alla maggior parte delle altre regioni italiane, nel frattempo l'Alto Adige è giunto a collocarsi al 23° posto (su 110) nella graduatoria dell'indebitamento privato.

DATI

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.

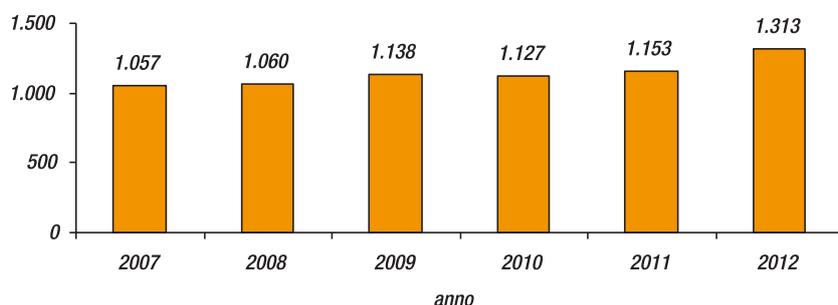
UTENTI

Rispetto all'anno precedente, nel 2012 il numero di utenti è aumentato del 14%. Anche qui la crisi economica e finanziaria ha lasciato il segno. E la contrazione del valore reale di stipendi e pensioni rende sempre più difficile tenere sotto controllo il crescente costo della vita. Nel 2012 i quattro consultori esistenti (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) hanno fornito consulenza diretta - accanto ai 370 utenti dell'anno precedente - anche a 644 nuovi utenti. Se si tiene conto anche delle consulenze telefoniche, il numero di persone/famiglie raggiunte nel 2012 sale a 1.313.

<sup>10</sup> CGIA Mestre, Famiglie sempre più in rosso: L'indebitamento medio supera ormai i 20.000 Euro, in:

<http://www.cgiamestre.com/wp-content/uploads/2012/08/debitifamiglie.pdf>

Grafico 9.8: Sviluppo dell'utenza dei servizi di consulenza ai debitori, 2007 - 2012



Fonte: Consulenza ai debitori Caritas, 2013.

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 55 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. Per il resto le statistiche dei servizi di consulenza ai debitori per il 2012 delineano il seguente quadro:

- Circa la metà delle persone che fanno ricorso al servizio (54,7%) trae il proprio reddito da un lavoro dipendente. Rispetto agli anni precedenti questo gruppo si è continuamente ridotto (2009: 62,3%; 2010: 57,6%; 2011: 56,9%). Sono invece cresciute nel 2012 le percentuali di coloro che come fonte di reddito indicavano l'assistenza sociale (14,4%) e l'assegno di disoccupazione (3,8%). Circa il 16% vive principalmente grazie a redditi da pensione.
- Circa la metà degli utenti (53,2%) ha da 2 a 5 creditori, mentre un quarto ne ha 6 o più. Tuttavia va tenuto 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.
- L'indebitamento medio della clientela del consultorio risultava nel 2012 di 63.556 Euro. In tal modo il livello di indebitamento, dopo una contrazione nei due anni precedenti, è nuovamente salito (del 5,1% rispetto al 2010). Nella metà dei casi l'indebitamento si colloca sotto i 15.800 Euro ("valore mediano"). Oltre un quarto presenta tuttavia debiti per un importo uguale o superiore ai 50.000 Euro.
- Solo il 7,1% dei clienti dispone di un reddito mensile di oltre 2.000 Euro. Quasi la metà (43,4%) 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.
- Il divario tra reddito e debiti è considerevole: nel 2012 i clienti del consultorio avevano accumulato mediamente debiti pari a 4,5 volte il loro reddito personale e a 3,9 volte quello familiare.
- I principali creditori risultavano essere, accanto alle banche (23,1%) e alle società finanziarie (15,5%), i locatori (11,5%) e i fornitori di energia (6,6%), il che rivela chiaramente come siano sempre più numerose le persone che hanno difficoltà a pagare l'affitto e la bolletta dell'energia elettrica e del gas.

CARATTERISTICHE SOCIO-  
DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

ASPETTI DELLA SITUAZIONE  
DI INDEBITAMENTO

Tabella 9.8: Caratteristiche degli utenti dei servizi di consulenza ai debitori (colloqui preliminari), 2012

Dato caratteristico	in %	Dato caratteristico	in %
<i>Sesso</i>		<i>Stato civile</i>	
Donne	48,0	Coniugato/convivente	44,3
Uomini	52,0	Celibe/nubile	23,8
		Separato/divorziato	25,9
		Vedovo	4,4
<i>Età</i>		<i>Situazione occupazionale</i>	
≤ 25	3,4	Disoccupato	30,6
26 ≤ 35	16,6	Occupato a tempo pieno	27,1
36 ≤ 45	32,1	Occupato a tempo parziale	19,2
46 ≤ 55	27,6	Pensionato	9,2
56 ≤ 65	15,2	Casalinga	4,3
> 65	5,0	Inabile al lavoro	3,3
		Altro	6,3
<i>Reddito principale</i>		<i>Ammont. del debito (in Euro)</i>	
Stipendio/salario	54,7	< 1.000	6,0
Pensione	16,1	1.000 < 2.500	11,3
Assistenza sociale	14,4	2.500 < 5.000	11,4
Suss. disocc.	3,8	5.000 < 10.000	11,6
Sussidio casa	2,6	10.000 < 30.000	23,2
Alimenti	1,9	30.000 < 50.000	10,4
Assegno familiare	2,1	50.000 < 100.000	9,1
Assegno di cura	1,1	> 100.000	17,1
Altri introiti	3,4		
<i>Reddito dei utenti</i>		<i>Numero di creditori</i>	
< 500 Euro	13,8	1	22,3
500 < 1.000 Euro	29,6	2 - 5	53,2
1.000 < 1.500 Euro	31,3	6 - 10	18,8
1.500 < 2.000 Euro	18,3	Oltre 11	5,7
> 2.000 Euro	7,1	<i>Debito medio pro capite</i>	
		<i>Reddito medio</i>	
		Utenti	1.182
		Famiglie	1.359

Fonte: Consulenza ai debitori Caritas 2012.

 CAUSE DELL'  
INDEBITAMENTO

Il rischio di indebitamento è il risultato di un processo al quale concorrono numerosi fattori. Il grafico 9.9 evidenzia come in Alto Adige non ci sia un motivo scatenante. I fattori che danno il via all'indebitamento sono anzitutto un reddito troppo basso o assente (per esempio in seguito a disoccupazione), ma 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 Alto Adige.

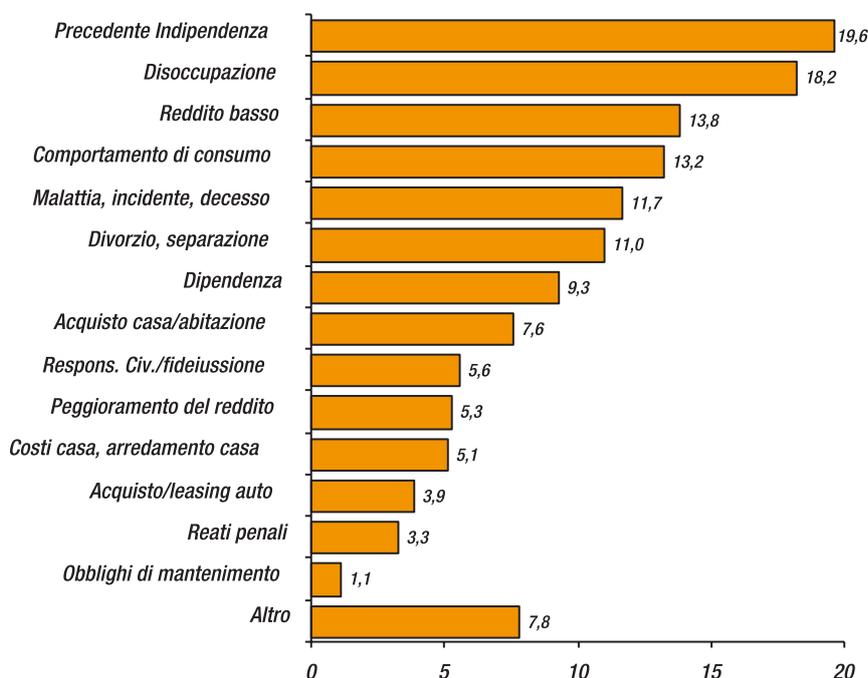
Ma anche eventi critici della vita, quali il perdere il partner o l'ammalarsi, possono determinare uno squilibrio nel rapporto tra entrate e uscite; hanno del pari un peso rilevante anche l'insufficiente educazione finanziaria e le carenti competenze in materia di economia familiare, e in misura non 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.

## PREVENZIONE

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.

**Grafico 9.9: Cause di indebitamento tra gli utenti dei servizi di consulenza ai debitori, 2012 (possibili indicazioni multiple)**



Fonte: Consulenza ai debitori Caritas, 2012.

## 9.5 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

Purtroppo non sono disponibili dati attuali sulla situazione reddituale delle famiglie altoatesine. L’ultima indagine ASTAT in merito risale al 2008 e non consente, a causa della crisi economica e finanziaria che perdura ormai da anni, di trarre conclusioni applicabili all’anno di riferimento della presente relazione (2012). Se si considera che il numero delle famiglie altoatesine che hanno diritto all’erogazione “Reddito minimo di inserimento” è aumentato del 40,6% dal 2008, si può ragionevolmente concludere che l’indice di rischio di povertà è ulteriormente cresciuto e si colloca oggi ben sopra il 16,0%. A testimoniare è anche il presunto tasso di disoccupazione (2008: 2,4%; 2012: 4,1%), come pure le statistiche del servizio consulenza ai debitori della Caritas. Fa in particolare riflettere la circostanza che un’attività lavorativa retribuita sembra proteggere sempre meno dal rischio di povertà e dalla povertà stessa: la percentuale di persone che pur avendo un lavoro sono costrette a far ricorso al Reddito minimo di

INDEBITAMENTO

inserimento o al Contributo per locazione è cresciuta in maniera sovraproporzionale dal 2008. Né la situazione cambia se si considera che nell'anno di riferimento (2012) si è segnato un lieve miglioramento rispetto a quello precedente. È evidente come l'Assistenza economica sociale debba affrontare in misura sempre crescente situazioni di emergenza strutturale.

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. La perdurante crisi economica ha evidenziato ancora una volta l'importanza di una copertura di base adeguata ai fabbisogni, che riassume le prestazioni minime necessarie per l'esistenza.

Il numero di clienti dei servizi di consulenza ai debitori è cresciuto ulteriormente nel 2012, proprio come è cresciuto l'indebitamento medio individuale. Ciò evidenzia l'importanza sociale di questi servizi in provincia, specialmente in considerazione dell'attività preventiva che questi sempre di più svolgono.





## 10. PREVIDENZA INTEGRATIVA REGIONALE E PROVINCIALE

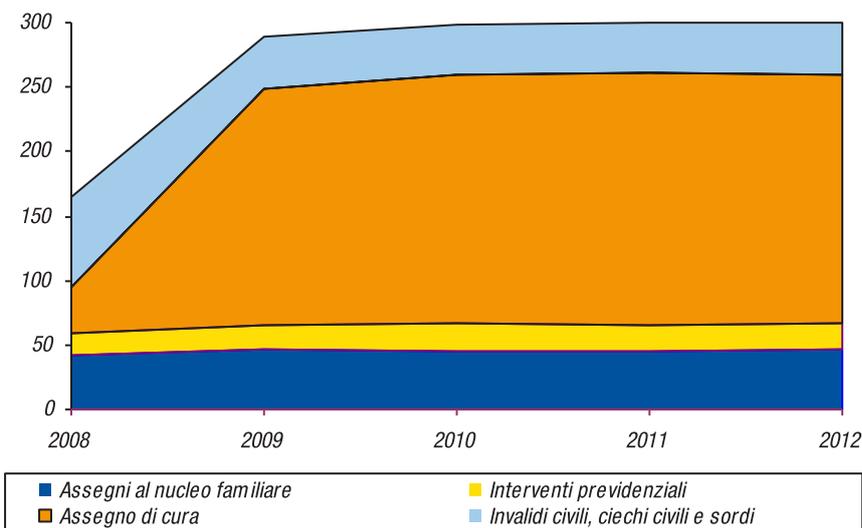
Con la costituzione, nel gennaio 2011, dell'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico della Provincia autonoma di Bolzano (ASSE), la gestione e l'erogazione delle prestazioni di trasferimento pubblico sono state rimodulate su una base diversa. L'agenzia è un ente di diritto pubblico dipendente dall'amministrazione 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 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.

Nel 2012 l'ASSE ha erogato complessivamente 299.613.135 Euro a 72.261 persone. Gran parte di questo denaro (65%, pari a 192.564.012 Euro) è stata destinata alla copertura della non autosufficienza, mentre il 15% è stato corrisposto sotto forma di assegni familiari e il 13% per prestazioni agli invalidi civili, ciechi civili e sordi. Gli importi rimanenti sono stati destinati a prestazioni previdenziali. Sia in termini assoluti che in percentuale gli importi si sono mantenuti relativamente stabili negli ultimi anni.

ASSE

IMPORTI  
EROGATI

Grafico 10.1: Spese per trasferimenti finanziari pubblici, 2008-2012 (in milioni di Euro)



## 10.1 ASSEGNI FAMILIARI

PRESTAZIONI	<p>Gli assegni familiari erogati dall'ASSE coprono quattro tipologie di prestazione: accanto all'assegno familiare della Regione e a quello della Provincia, l'assegno familiare statale e l'assegno di maternità dello Stato.</p>
ASSEGNO FAMILIARE REGIONALE	<p>L'assegno familiare regionale spetta alle famiglie con almeno due figli minori ovvero un figlio di età inferiore ai sette anni ovvero un figlio disabile (anche dopo il raggiungimento della maggiore età). I figli devono vivere nella stessa abitazione della persona richiedente. 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 oltre). Nel 2012 22.662 famiglie hanno beneficiato di questa prestazione, a fronte delle 22.596 dell'anno precedente. A seconda della composizione del nucleo familiare, del numero di figli minori e della classe di reddito della famiglia, l'importo mensile dell'assegno familiare può variare tra 50 e 1.000 Euro. Nel 2012 esso si è attestato mediamente sui 115 Euro circa. In quell'anno sono stati in tal modo erogati complessivamente 27,7 milioni di Euro, con un incremento di spesa del 5,4% rispetto al 2011.</p>
ASSEGNO FAMILIARE PROVINCIALE	<p>L'assegno familiare provinciale, erogabile in funzione del reddito, è destinato all'educazione dei figli fino al terzo anno di vita (36 mesi). In caso di adozione o affidamento, detto triennio ha inizio a partire dal momento dell'entrata in vigore del relativo decreto. L'importo erogato è pari a 100 Euro mensili. Nell'anno di riferimento della presente relazione 14.190 famiglie altoatesine hanno beneficiato di questa erogazione, per una spesa complessiva di 15,8 milioni di Euro, cioè l'1,4% in meno rispetto all'anno precedente (16,0 milioni di Euro).</p>
PRESTAZIONI CUMULATE	<p>Nel mese di dicembre 2012 14.800 famiglie risultavano aver beneficiato esclusivamente dell'assegno familiare regionale, 4.500 esclusivamente di quello provinciale e quasi 7.000 di entrambi. Complessivamente circa 26.000 famiglie hanno quindi goduto di almeno una di queste due prestazioni. In tal modo si può dire che circa la metà delle famiglie altoatesine con figli minori ha avuto accesso a questa tipologia di prestazione.</p>
ASSEGNI DI MATERNITÀ E ASSEGNI FAMILIARI DELLO STATO	<p>L'assegno di maternità e l'assegno familiare dello Stato 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 (2012) in caso di ammissione alla prestazione vengono corrisposti 1.623,95 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 (2012) vengono corrisposti mensilmente al massimo 135,43 Euro, con un beneficio medio di 1.760,59 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:</p>

Tabella 10.1: Assegni al nucleo familiare per area di prestazione, 2008-2012

<b>Prestazione</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Assegno al nucleo familiare regionale</b>					
Beneficiari	22.684	23.773	23.217	22.596	22.662
Spesa (in migliaia di €)	26.253	27.834	26.994	26.310	27.720
<b>Assegno provinciale al nucleo familiare</b>					
Beneficiari	14.696	14.607	14.460	14.572	14.190
Spesa (in migliaia di €)	13.736	16.282	15.999	16.015	15.793
<b>Assegno statale al nucleo familiare</b>					
Beneficiari	1.003	835	907	762	930
Spesa (in migliaia di €)	1.626	1.326	1.531	1.250	1.720
<b>Assegno statale di maternità</b>					
Beneficiari	609	593	567	787	677
Spesa (in migliaia di €)	915	914	898	1.248	1.100
<b>TOTALE</b>					
<b>Beneficiari</b>	<b>38.992</b>	<b>39.808</b>	<b>39.151</b>	<b>38.717</b>	<b>38.459</b>
<b>Spesa (in migliaia di €)</b>	<b>42.530</b>	<b>46.356</b>	<b>45.422</b>	<b>44.822</b>	<b>46.333</b>

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2013.

## 10.2 PRESTAZIONI PREVIDENZIALI

Le erogazioni previdenziali garantite dall'ASSE coprono prestazioni nel settore pensionistico e in quelli della disoccupazione e delle malattie professionali. Con esse si coprono non solo talune lacune prestazionali del sistema previdenziale nazionale, ma anche determinate malattie professionali (per esempio la sordità professionale da rumore) e talune tipologie di disoccupazione (per esempio le prestazioni a favore dei lavoratori „in mobilità“, cioè licenziati in seguito alla chiusura di piccole aziende, di quelli frontalieri e di quelli stagionali in Svizzera). La categoria prestazionale più recente nel campo della disoccupazione è la cosiddetta „Indennità integrativa al reddito“, introdotta con la L.R. n. 5/2009. Questo provvedimento è destinato alle persone che per effetto della crisi economica hanno perso il loro lavoro o ne sono state sospese nel periodo 1 settembre 2008 - 31 dicembre 2010, ed è stato poi prorogato fino al 31/12/2012. L'indennità integrativa al reddito viene erogata per un massimo di sei mesi, ed è legata all'eventuale corresponsione di un'indennità di disoccupazione. 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 sostenuti nel proseguimento della contribuzione volontaria.

Per quanto le prestazioni previdenziali siano in linea di massima subordinate al principio del versamento di un contributo previdenziale, nel frattempo numerose prestazioni sono state sganciate dall'obbligo di una contribuzione preliminare. La previdenza obbligatoria dello Stato ha peraltro in linea di principio priorità rispetto a quella integrativa delle Regioni. Come per l'assegno familiare regionale e provinciale, i patronati svolgono un ruolo essenziale anche nella presentazione delle domande di erogazione delle prestazioni previdenziali. Per questo loro lavoro di supporto, che si estende anche alla previdenza obbligatoria dello Stato, i patronati ricevono annualmente anche un contributo finanziario.

Le prestazioni attualmente erogate dalla previdenza integrativa si possono schematicamente riassumere come segue:

Tabella 10.2: Prestazioni previdenziali in sintesi

Pensione	Malattia / infortunio	Disoccupazione
<b>Prestazioni esistenti</b>		
Sostegno della prosecuzione volontaria delle persone casalinghe (L.R. 7/1992 – Art. 4)	Rendita a persone affette da silicosi e asbestosi (L.R. 8/1961)	Indennità di mobilità (L.R. 19/1993)
Sostegno della contribuzione previdenziale di coltivatori diretti, mezzadri e coloni (L.R. 7/1992 – Art. 14)	Rendita a persone affette da sordità professionale da rumore (L.R. 1/1976)	Trattamento di disoccupazione a favore dei lavoratori frontalieri (L.R. 7/1992)
Contributo per il riscatto di periodi di lavoro all'estero ai fini pensionistici (L.R. 14/1976)		
Sostegno alla contribuzione volontaria a copertura dei periodi dedicati all'educazione dei figli* (L.R. 1/2005 – Art. 1)		
Sostegno alla contribuzione volontaria a copertura dei periodi dedicati all'assistenza ai familiari* (L.R. 1/2005 – Art. 2)		
Contributo alla pensione integrativa delle persone casalinghe (L.R. 7/1992 Art.6-bis)		
<b>Prestazioni temporanee introdotte il 15 luglio 2009</b>		
		Indennità integrativa al reddito (L.R. 5/2009)**
<b>Prestazioni interdette a nuovi accessi dal 1 giugno 2005</b>		
Pensione alle persone casalinghe (L.R. 3/1993)		
Assegno agli ex combattenti (L.R. 12/1995)		

\* Inizio dell'erogazione 2007; \*\* Inizio dell'erogazione 2010.

## FINANZIAMENTO

Il finanziamento delle prestazioni è coperto prevalentemente dal contributo annuale garantito dall'amministrazione regionale. 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.

ENTITÀ  
DELLE PRESTAZIONI

Nel 2012 le spese complessive per le prestazioni previdenziali sono ammontate a 20,7 milioni di Euro, erogati a 9.076 beneficiari. Rispetto all'anno precedente si è segnato un incremento dello 2,0%, pari a 0,4 milioni di Euro. In tal modo l'incremento del volume di spesa si è quindi collocato al di sotto del tasso di inflazione (3,5%). Oltre il 90% dell'esborso ha riguardato prestazioni di tipo pensionistico, che con 11,8 milioni di Euro e 2.005 beneficiari vede collocate al primo posto le pensioni alle persone casalinghe. Nel 2012 l'entità delle pensioni mensili variava, a seconda degli anni di contribuzione, tra 443 e 531,60 Euro.

La tabella 10.3 illustra lo sviluppo del numero di beneficiari e della spesa sostenuta negli anni 2008 - 2012.

Tabella 10.3: Interventi previdenziali, 2008-2012

Prestazione	2008	2009	2010	2011	2012
<b>PENSIONE</b>					
Liquidazioni	7.683	8.081	8.142	7.763	7.599
Spesa (in migliaia di €)	16.182	18.262	18.779	18.731	18.869
<b>Pensione regionale di vecchiaia (Pensione delle casalinghe)</b>					
Liquidazioni	1.802	1.911	1.987	2.001	2.005
Spesa (in migliaia di €)	9.719	10.646	11.240	11.523	11.837
<b>Copertura previdenziale per periodi di assistenza ai figli</b>					
Liquidazioni	226	531	380	247	431
Spesa (in migliaia di €)	455	1.145	744	528	672
<b>Copertura previdenziale per periodi di assistenza a familiari non autosufficienti</b>					
Liquidazioni	23	145	168	128	112
Spesa (in migliaia di €)	22	305	354	296	243
<b>Costituzione pensione complementare</b>					
Liquidazioni	55	43	55	42	42
Spesa (in migliaia di €)	24	20	25	18	18
<b>Sostegno della contribuzione volontaria delle casalinghe</b>					
Liquidazioni	67	271	126	107	102
Spesa (in migliaia di €)	72	296	149	131	123
<b>Contributi sui versamenti previdenziali dei coltivatori diretti e mezzadri</b>					
Liquidazioni	5.510	5.179	5.416	5.238	4.906
Spesa (in migliaia di €)	5.890	5.845	6.267	6.236	5.976
<b>Assegno ex-combattenti</b>					
Liquidazioni	-	1	-	-	-
Spesa (in migliaia di €)	-	4	-	-	-
<b>Riscatto periodi di lavoro all'estero</b>					
Liquidazioni	-	1	-	-	1
Spesa (in migliaia di €)	-	5	-	-	1
<b>DISOCCUPAZIONE</b>					
Liquidazioni	460	734	1.707	1.167	1.346
Spesa (in migliaia di €)	469	767	1.817	1.152	1.451
<b>Indennità di mobilità</b>					
Liquidazioni	452	719	994	866	1.048
Spesa (in migliaia di €)	432	691	1.173	910	1.126
<b>Trattamento di disoccupazione per frontalieri</b>					
Liquidazioni	8	15	9	6	13
Spesa (in migliaia di €)	37	77	51	32	76
<b>Sostegno al reddito</b>					
Liquidazioni	-	-	704	295	285
Spesa (in migliaia di €)	-	-	592	210	249
<b>MALATTIE PROFESSIONALI</b>					
Liquidazioni	168	157	145	140	131
Spesa (in migliaia di €)	467	457	439	419	391
<b>Rendita per silicosi e asbestosi</b>					
Liquidazioni	2	1	-	-	-
Spesa (in migliaia di €)	17	10	-	-	-
<b>Rendita per sordità da rumore</b>					
Liquidazioni	166	156	145	140	131
Spesa (in migliaia di €)	450	447	439	419	391
<b>TOTALE</b>	<b>17.102</b>	<b>19.486</b>	<b>21.034</b>	<b>20.302</b>	<b>20.711</b>

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2013.

### 10.3 LA COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

<p><b>SITUAZIONE DI PARTENZA</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>OGGETTIVI PRIMARI</b></p>	<p>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 confinanti, questo sistema costituisce una sorta di contributo alle spese di assistenza.</p>
<p><b>PRESUPPOSTI PER L’EROGAZIONE</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>EQUIPE DI VALUTAZIONE</b></p>	<p>L’accertamento della non autosufficienza spetta ad un’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.</p>
<p><b>CONTRIBUTO</b></p>	<p>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:</p>

Tabella 10.4: Entità dell'assegno per la copertura della non autosufficienza, 2012

Livello di assistenza	Fabbisogno mensile di assistenza (in ore)	Assegno mensile (in €)
1	60 – 120	535
2	più di 120 – 180	900
3	più di 180 – 240	1.350
4	più di 240	1.800

Come già nel 2011, all'inizio del 2012 il contributo previsto per gli aventi diritto in livello di assistenza 1 è stato ancora una volta leggermente aumentato, passando da 529 a 535 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 circa il 20% dei richiedenti.

Nei casi previsti dalla legge provinciale, il servizio può prescrivere i cosiddetti “buoni di servizio”, che vanno a sostituire parte dell'assegno mensile di copertura della non autosufficienza. Un buono di servizio corrisponde ad un'ora di assistenza a domicilio, che va fornita da un servizio di assistenza domiciliare pubblico o privato accreditato. I buoni di servizio possono venir riconosciuti anche su richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante, e servono a garantire la qualità dell'assistenza. A seconda della situazione reddituale del beneficiario, questo servizio “prescritto” comporta un esborso compreso tra 3,50 e 23,70 Euro all'ora, che viene poi defalcato dall'assegno mensile per la copertura della non autosufficienza.

Nel 2012 sono stati effettuati complessivamente 5.269 interventi di valutazione:

Tabella 10.5: Inquadramenti (domiciliare e residenziale) per classe di età, 2012

Classe di età	Person senza rilevante fabbisogno di assistenza	livello 1	livello 2	livello 3	livello 4	Totale
0-17	13	32	46	10	6	107
18-24	1	5	2	5	2	15
25-44	34	35	14	13	10	106
45-64	96	147	90	45	17	395
65-74	170	245	147	75	18	655
75-84	397	651	466	236	47	1797
85-94	344	722	617	299	44	2026
95+	10	38	66	47	7	168
<b>TOTALE</b>	<b>1.065</b>	<b>1.875</b>	<b>1.448</b>	<b>730</b>	<b>151</b>	<b>5.269</b>

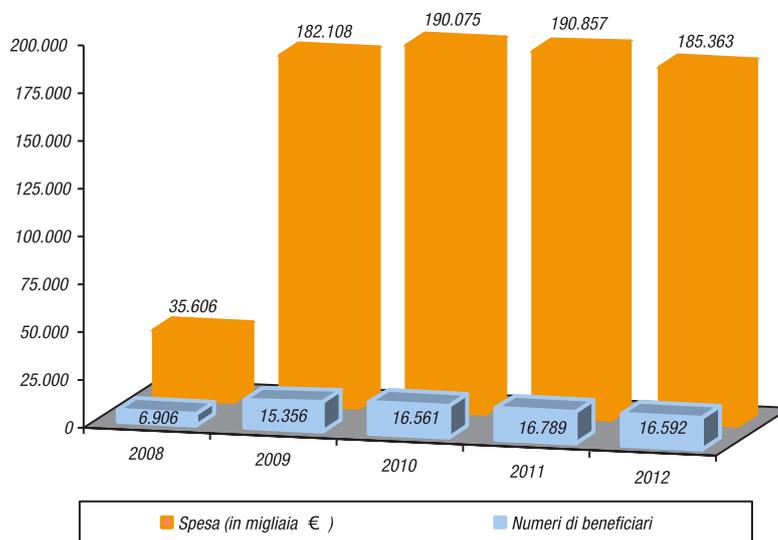
Fonte: Ripartizione Famiglia e politiche sociali - Servizio per la non autosufficienza, 2013.

Nel 2012 16.592 persone hanno avuto accesso alla prestazione “Copertura della non autosufficienza”, con un'erogazione complessiva di 185.363.181 Euro. Considerando anche gli esborsi per i buoni di servizio (686.780 Euro) ed altre voci di spesa (per es. il finanziamento speciale delle case di riposo, le prestazioni di assistenza), la spesa complessiva nel 2012 ha raggiunto i 192.564.012 Euro. Il grafico 10.2 rivela inoltre che il numero di beneficiari dell'indennità di copertura della non autosufficienza si è nel frattempo stabilizzato. 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.

BUONI  
DI SERVIZIO

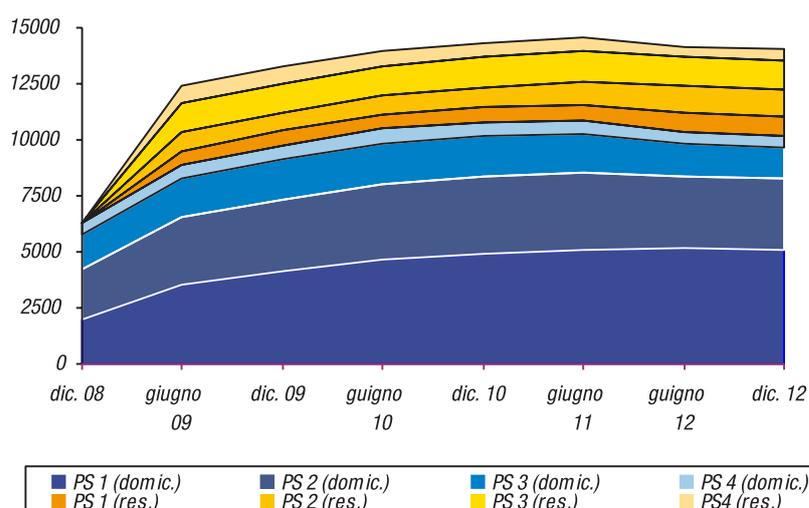
LINEE  
DI SVILUPPO

Grafico 10.2: **Sviluppo del numero degli aventi diritto alla copertura della non autosufficienza e della relativa spesa, 2008 - 2012**



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 – dicembre 2012 di quasi 38% (da 7.392 a 10.183). L'incremento si è avuto in particolare tra le persone rientranti nel livello 1.

Grafico 10.3: **Sviluppo del numero degli aventi diritto per assistenza domiciliare/residenziale e per livello di assistenza, dicembre 2008 - dicembre 2012**



DIFFERENZE  
TERRITORIALI

Tra le varie Comunità comprensoriali si osservano in parte differenze considerevoli nella distribuzione dei livelli di assistenza: mentre nella Comunità Val d'Isarco il 9,5% 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 disponibilità di posti presso le strutture di cura e di riposo.

Tabella 10.6: Numero di beneficiari per Comunità comprensoriale e livello di assistenza, dicembre 2012

Comunità comprensoriale	Persone con								Totale	
	livello 1		livello 2		livello 3		livello 4		ass.	%
	ass.	%	ass.	%	ass.	%	ass.	%		
Val Venosta	404	41,1	299	30,4	202	20,6	77	7,8	982	100,0
Burgraviato	1.349	41,6	1.025	31,6	628	19,4	240	7,4	3.242	100,0
Oltradige-B.Ates.	755	38,7	623	31,9	437	22,4	136	7,0	1.951	100,0
Bolzano	1.461	47,5	890	28,9	546	17,8	179	5,8	3.076	100,0
Salto-Sciliar	419	39,4	348	32,7	216	20,3	80	7,5	1.063	100,0
Val d'Isarco	564	39,5	466	32,6	263	18,4	135	9,5	1.428	100,0
Alta V. Isarco	247	44,3	182	32,6	102	18,3	27	4,8	558	100,0
Val Pusteria	727	41,8	590	33,9	329	18,9	94	5,4	1.740	100,0
<b>Totale</b>	<b>5.926</b>	<b>42,2</b>	<b>4.423</b>	<b>31,5</b>	<b>2.723</b>	<b>19,4</b>	<b>968</b>	<b>6,9</b>	<b>14.040</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2013.

Come prevedibile, tra i beneficiari assistiti in casa predominano i livelli 1 e 2, mentre tra quelle ricoverati presso una struttura residenziale prevalgono i livelli 2 e 3. Ciononostante oltre la metà (497 su 968) dei beneficiari nel livello 4 è assistita domiciliariamente.

Tabella 10.7: Numero di beneficiari e spesa per tipo (domiciliare/ residenziale) e livello di assistenza, dicembre 2012

Livello	Domiciliare			Residenziale			Totale		
	Numero		Importo	Numero		Importo	Numero		Importo
	ass.	%		ass.	%		abs.	%	
1	5.082	49,9	2.768.017	844	21,9	969.379	5.926	42,2	3.737.396
2	3.170	31,1	2.835.848	1.253	32,5	2.099.292	4.423	31,5	4.935.140
3	1.434	14,1	1.906.110	1.289	33,4	2.665.687	2.723	19,4	4.571.797
4	497	4,9	880.542	471	12,2	1.086.102	968	6,9	1.966.644
<b>Totale</b>	<b>10.183</b>	<b>100,0</b>	<b>8.390.518</b>	<b>3.857</b>	<b>100,0</b>	<b>6.820.460</b>	<b>14.040</b>	<b>100,0</b>	<b>15.210.978</b>

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2013.

## 10.4 PRESTAZIONI A INVALIDI CIVILI, CIECHI E SORDI

Gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordi riconosciuti possono presentare domanda di sostegno finanziario all'Amministrazione provinciale. Fino al 2010 le relative risorse venivano gestite ed erogate dall'Ufficio persone con disabilità della Ripartizione Famiglia e politiche sociali. Dal 2011 l'erogazione viene gestita dall'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 provvengono 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.

ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE

PRINCIPI ORGANIZZATIVI

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 2012. Con effetto dal 01/01/2012 le pensioni e gli altri sussidi sono stati aumentati.

Tabella 10.8: **Prestazioni mensili tra invalidi, ciechi e sordi, 2012**

Prestazione	Euro	Prestazione	Euro
<i>Invalidi</i>		<i>Non udenti</i>	
Pensione	422,80	Pensione	422,80
Ind. di accomp.*	492,97	Ind. di comunicazione	245,63
<i>Ciechi totali</i>		<i>Ipovedenti</i>	
Pensione	422,80	Pensione	422,80
Indenn. accomp.	827,05	Ass. integrativo	79,13
Ass. integrativo	110,77	Ind. speciale	193,26
<b>Totale</b>	<b>4.156</b>	<b>100,0</b>	<b>4.792</b>

COMPITI DELLO STATO  
E DELLA PROVINCIA

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.

Tabella 10.9: **Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2008-2012**

Prestazione	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Pensioni per invalidi assoluti e parziali; ciechi assoluti e con residuo visivo; sordi</i>					
Beneficiari	4.891	5.109	4.938	4.909	4.932
Spesa (in migliaia di €)	22.510	27.764	26.967	27.071	27.163
<i>Assegno integrativo per ciechi</i>					
Beneficiari	703	718	747	750	740
Spesa (in migliaia di €)	732	784	835	859	885
<i>Altre prestazioni (Indennità di accompagnamento, indennità di comunicazione, indennità speciale...)</i>					
Beneficiari	2.614	1.851	1.866	1.814	1.844
Spesa (in migliaia di €)	45.768	12.477	10.448	10.311	11.958

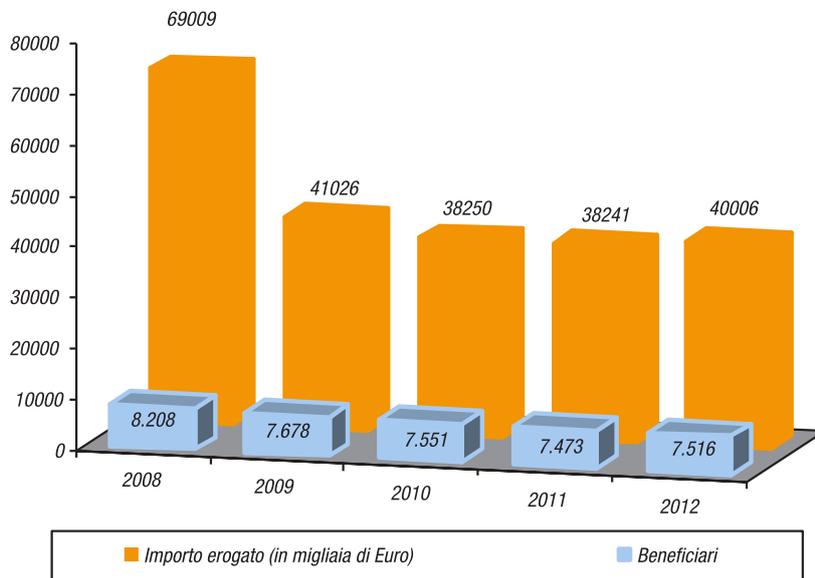
Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2013.

Tabella 10.10: Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2012

Prestazione	Beneficiari		Importo erogato	
	Val.ass.	in %	Val.ass.	in %
<b>Invalidi</b>				
Pensione	4.255	69,9%	23.256.942	60,8%
Assegno mens. Minori parziali	198	3,3%	1.208.572	3,0%
Indennità di accompagnamento	808	12,6%	5.978.851	14,6%
<b>Totale invalidi</b>	<b>4.940</b>	<b>82,5%</b>	<b>30.444.365</b>	<b>75,4%</b>
<b>Ciechi</b>				
Pensione	504	8,6%	2.908.108	7,4%
Indennità di accompagnamento	218	3,7%	2.430.764	6,3%
Assegno integrativo	740	12,4%	885.049	2,2%
Indennità speciale	521	8,7%	1.366.244	3,5%
<b>Totale ciechi</b>	<b>740</b>	<b>12,4%</b>	<b>7.590.165</b>	<b>19,5%</b>
<b>Sordi</b>				
Pensione	173	2,9%	997.697	2,6%
Indennità di comunicazione	301	5,0%	973.435	2,5%
<b>Totale sordi</b>	<b>301</b>	<b>5,0%</b>	<b>1.971.132</b>	<b>5,1%</b>
<b>Totale</b>	<b>5.981</b>	<b>100,0%</b>	<b>40.005.662</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Agenzia provinciale per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), 2013.

Grafico 10.4: Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2008-2012



La forte contrazione dopo il 2008 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.

## 10.5 SINTESI CONCLUSIVA E PROSPETTIVE

### PRESTAZIONI

Nel 2012 l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE), cui ora compete l'erogazione di tutte le prestazioni di assistenza sociale, ha operato a favore di oltre 72.000 beneficiari trasferimenti finanziari per quasi 300 milioni di Euro, cifra che raggiunge pressoché il livello dell'anno precedente. Un tale impegno va visto e valutato alla luce dei provvedimenti adottati a livello nazionale per contrastare la crisi economica (il cosiddetto "patto di stabilità"), provvedimenti che restringono i margini di manovra finanziari della Provincia e degli enti locali. Con 192,6 milioni di Euro, la copertura della non autosufficienza si colloca al primo posto tra le prestazioni erogate dall'ASSE, seguita dalle varie tipologie di assegni familiari (46,3 milioni di Euro) e dalle prestazioni a favore degli invalidi civili (40,0 milioni di Euro). La portata e la molteplicità delle prestazioni rivelano da un canto la validità del sistema sociale altoatesino, dall'altro però anche il pericolo di una scarsa visibilità delle prestazioni da parte dei cittadini. Per questo motivo la Provincia sta al momento concentrando la propria attenzione su un modello nuovo e adeguato di copertura del reddito minimo, che riunisca tutte le prestazioni di sostegno finanziario.

### COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

I numeri evidenziano ancora una volta il considerevole alleggerimento garantito alle persone non autosufficienti e ai loro familiari dalla prestazione di copertura della non autosufficienza, che li aiuta a condurre una vita quanto più possibile autonoma e autogestita nonostante la non autosufficienza. La soglia di ammissione alla prestazione è mantenuta relativamente bassa. I trasferimenti pubblici a favore delle persone non autosufficienti si sono nel frattempo stabilizzati ad un livello piuttosto elevato: alla fine del 2012 sono stati corrisposti complessivamente per questa prestazione 185,4 milioni di Euro a 16.592 beneficiari. Rispetto all'anno precedente la prestazione complessiva si è leggermente ridotta (del 2,9% a fronte di un tasso di inflazione del 3,5% e a una contrazione dei beneficiari dell'1,2%).

I numeri evidenziano ancora una volta il considerevole alleggerimento garantito alle persone non autosufficienti e ai loro familiari dalla prestazione di copertura della non autosufficienza, che li aiuta a condurre una vita quanto più possibile autonoma e autogestita nonostante la non autosufficienza. La soglia di ammissione alla prestazione è mantenuta relativamente bassa. I trasferimenti pubblici a favore delle persone non autosufficienti si sono nel frattempo stabilizzati ad un livello piuttosto elevato: alla fine del 2012 sono stati corrisposti complessivamente per questa prestazione 185,4 milioni di Euro a 16.592 beneficiari. Rispetto all'anno precedente la prestazione complessiva si è leggermente ridotta (del 2,9% a fronte di un tasso di inflazione del 3,5% e a una contrazione dei beneficiari dell'1,2%). 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. 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.

### ASSEGNI FAMILIARI

Le prestazioni finanziarie hanno del resto assunto ormai da tempo un importante ruolo di politica sostenibile non solo nell'assistenza ma anche nel settore della famiglia. Nel 2012 quasi la metà delle famiglie altoatesine con figli minori ha percepito l'assegno familiare regionale e/o provinciale. Complessivamente circa 26.000 famiglie hanno goduto perlomeno di una di queste due prestazioni. Oltre a compensare la sperequazione delle famiglie con figli rispetto a quelle senza figli, gli assegni familiari contribuiscono non soltanto alla stabilità economica dei nuclei familiari beneficiari (e quindi presumi-

bilmente anche alla riduzione del rischio di povertà), ma anche a sostenere eventualmente le famiglie nella realizzazione del desiderio di avere figli.

Leggermente incrementate rispetto all'anno precedente sono risultate anche le prestazioni finanziarie a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordi (+4,6%). Per le persone che per la loro disabilità non hanno la possibilità di assicurarsi un reddito da lavoro queste prestazioni rappresentano un valido contributo alla copertura delle esigenze materiali fondamentali.

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. Nel 2012 la spesa complessiva - senza considerare il sostegno alla famiglia - è ammontata a 20,7 milioni di Euro. La prestazione quantitativamente più significativa è qui la pensione regionale di anzianità (e segnatamente quella alle persone casalinghe), che ha costituito il 57,2% dell'intera spesa.

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.

PRESTAZIONI FINANZIARIE

A FAVORE

DEGLI INVALIDI CIVILI

PREVIDENZA INTEGRATIVA



## 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 596 strutture e offerte di servizi censite dal SIPSA. In queste strutture operavano alla fine del 2012 complessivamente 7.613 persone (6.470 donne e 1.143 uomini), corrispondenti in termini di unità a tempo pieno (38 ore alla settimana) a 6.169,4 operatori (operatori equivalenti). Al netto delle persone assenti (per es. per maternità o per malattia prolungata), risultavano al 31/12/2012 5.725,0 operatori equivalenti effettivamente in servizio (operatori equivalenti effettivi).

In termini di operatori equivalenti, il personale risulta aumentato del 1,5% rispetto all'anno precedente (da 6.074,8 a 6.169,4 unità equivalenti a tempo pieno). Dal 2008 il personale occupato nel servizio sociale pubblico è quindi aumentato complessivamente del 9,5%. Rispetto alla popolazione attiva, i lavoratori del servizio sociale rappresentano il 3,1%.

DOTAZIONE  
COMPLESSIVA  
DI PERSONALE

SVILUPPO  
DEL PERSONALE

Grafico 11.1: Personale dei servizi sociali (operatori equivalenti), 2008-2012

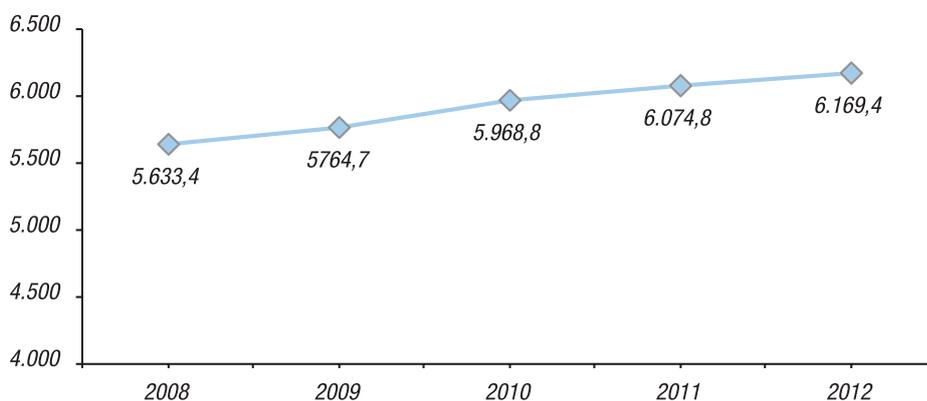


Tabella 11.1: Personale dei Servizi sociali rispetto alla popolazione attiva, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Popolazione attiva in Alto Adige	235.200	237.300	240.300	240.400	245.200
Operatori dei servizi sociali	6.858	7.068	7.328	7.465	7.613
Operatori dei servizi sociali/popolazione attiva in Alto Adige	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%	3,1%

Fonte: ASTAT (ed.), Occupazione 2012 (ASTAT-Info n. 17/2013), Bolzano 2013.

DISTRIBUZIONE  
SETTORIALE  
DEL PERSONALE

Oltre la metà degli operatori equivalenti a tempo pieno (3.595,5 unità, pari al 58,3%) 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 65,8%. Al secondo posto vengono i servizi destinati ai disabili, con 798,7 operatori equivalenti a tempo pieno (12,9%), al terzo quelli destinati alla prima infanzia, con una dotazione di 384,0 operatori a tempo pieno (6,2%).

Gli incrementi più significativi nel personale rispetto all'anno precedente si sono registrati nel 2012 nei servizi per i soggetti dipendenti (+19,2%) e nell'assistenza economica sociale (+10,4%). Ciò non toglie che il 75,2% degli incrementi del personale si concentra sui servizi destinati agli anziani. Leggere contrazioni si sono riscontrate invece nei servizi per i disabili e in quelli destinati alle donne e alle famiglie (-1,4% in ciascuno).

Tabella 11.2: Operatori equivalenti presenti presso i Servizi socio-assistenziali, 2008-2012

Settore	2008	2009	2010	2011	2012
Servizi per anziani	3.154,0	3.191,7	3.356,5	3.524,3	3.595,5
Servizi per disabili	833,8	882,7	861,8	810,2	798,7
Servizi per malati psichici	127,0	140,6	139,3	103,0	106,5
Servizi per giovani	163,2	161,3	178,3	177,3	178,2
Servizi per la prima infanzia	311,2	323,0	349,9	374,4	384,0
Servizi per la donna e la famiglia	72,1	71,0	71,6	69,8	68,8
Servizi per dipendenze	22,5	18,5	18,9	22,9	27,3
Servizi amm. del Comprensorio	180,4	193,5	207,0	209,1	206,3
<b>Servizi del Distretto</b>					
Assistenza dom. e centri diurni	454,6	463,2	462,5	463,1	463,2
Area sociopedagogica	174,5	174,1	182,1	180,2	192,1
Assistenza economica sociale	63,2	63,0	63,9	63,7	70,3
Amministrazione dei distr. sociali	77,0	81,8	77,2	76,7	78,4
<b>TOTALE</b>	<b>5.633,4</b>	<b>5.764,7</b>	<b>5.968,9</b>	<b>6.074,8</b>	<b>6.169,4</b>

La tabella che segue illustra la dotazione di personale dei singoli servizi al 31/12/2012 per numero di operatori complessivi, operatori equivalenti a tempo pieno e operatori equivalenti effettivi.

Tabella 11.3: Dotazione di personale nei servizi socio-assistenziali, 2012

Settore	Servizi	Unità di personale*	Equiv. tempo pieno	Equiv. t.p. effettivi	Equiv. t.p. per serv.
Servizi per anziani	76	4.381	3.595,5	3.371,1	47,3
Case di riposo	67	3.784	3.087,4	2.885,9	46,1
Centri di degenza	9	597	508,1	485,2	56,5
Servizi per disabili	88	978	798,7	742,1	9,1
Comunità alloggio per disabili	17	68	48,9	45,9	2,9
Convitti per disabili	20	403	335,2	309,4	16,8
Alloggi di addestramento	4	7	5,2	5,2	1,3
Laboratori protetti per disabili	29	336	282,9	263,9	9,8
Centri socio-assistenziali diurni per disabili	18	164	126,5	117,7	7,0
Servizi per malati psichici	28	124	106,5	100,1	3,8
Comunità alloggio per malati psichici	13	37	31,3	30,5	2,4
Servizi di riab. lavorativa per malati psichici	11	78	67,9	63,3	6,2
Centri diurni per malati psichici	4	9	7,3	6,3	1,8
Servizi per minori	45	227	178,2	169,5	4,0
Comunità alloggio per minori	15	149	120,6	114,7	8,0
Case famiglia	4	13	9,6	8,9	2,4

Centri diurni per minori	9	52	39,9	38,3	4,4
Residenze assistite per minori	16	13	8,1	7,6	0,5
Servizi per la prima infanzia	69	472	384,0	349,1	5,6
Strutt. pubbliche per la prima infanzia	13	199	170,9	147,4	13,1
Strutture private per la prima infanzia	56	273	213,1	201,7	3,8
Servizi per la donna e la famiglia	19	166	68,8	67,3	3,6
Consultori familiari	14	126	43,4	43,4	3,1
Case delle donne	5	40	25,4	23,9	5,1
Servizi per dipendenze	10	33	27,3	25,8	2,7
Comunità alloggio per dipendenze	4	18	13,9	12,4	3,5
Attività lavorative per dipendenze	6	15	13,4	13,4	2,2
Servizi amministrativi CC	15	248	206,3	193,3	13,8
Direzioni di distretto	8	117	104,2	98,2	13,0
Servizi amministrativi dei Comprensori	7	131	102,1	95,1	14,6
Servizi del Distretto		984	804,0	706,8	3,3
Area sociopedagogica	24	214	192,1	159,2	8,0
Assistenza economica sociale	25	81	70,3	62,3	2,8
Assistenza domiciliare	26	505	396,7	347,3	15,3
Centri diurni dell'AD	133	40	28,1	25,9	0,2
Centri di assistenza diurna anziani	13	48	38,4	35,7	3,0
Direzione/Amministrazione dei Distretti sociali	25	96	78,4	76,4	3,1
<b>TOTALE</b>	<b>596</b>	<b>7.613</b>	<b>6.169,4</b>	<b>5.725,0</b>	<b>10,4</b>

\* Gli operatori che lavorano presso più servizi sono conteggiati presso quello in cui prestano servizio prevalente.

In rapporto alla popolazione residente la distribuzione territoriale del personale appare assai differenziata tra una Comunità comprensoriale e l'altra. Il rapporto più sfavorevole fra personale e popolazione si riscontra nella Val Pusteria e nell'Alta Valle Isarco, mentre quello più favorevole è quello dell'Oltredige-Bassa Atesina e del Burgraviato, seguiti da Bolzano. Va qui tuttavia tenuto conto della diversa presenza dei servizi sovralocali nelle varie realtà comprensoriali. Nel complesso la dotazione di personale per 1.000 abitanti si è comunque contratta leggermente rispetto agli anni precedenti. Alla fine del 2012 essa si attestava sugli 11,1 operatori equivalenti a tempo pieno ogni 1.000 abitanti (2011: 11,9; 2010: 11,8).

Tabella 11.4: Personale dei servizi socio-assistenziali per Comunità comprensoriale, 2012

Comunità Comprensoriale	Unità di personale*	Equiv. tempo pieno	Equiv. t.p. effettivi	Equiv. t.p. / 1.000 abitanti
Val Venosta	528	414,1	369,8	10,8
Burgraviato	1.607	1.285,4	1.209,1	12,1
Oltredige-Bassa Atesina	1.271	1.014,2	955,1	12,7
Bolzano	1.503	1.278,9	1.210,6	11,5
Salto-Sciliar	761	612,4	551,7	11,3
Val d'Isarco	757	587,4	528,5	9,7
Alta Valle Isarco	257	195,9	183,0	9,3
Val Pusteria	974	781,1	712,2	9,2
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>7.613</b>	<b>6.169,4</b>	<b>5.725,0</b>	<b>11,1</b>

\* 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 7.613 operatori del sociale risultava alla fine del 2012 di 42,2 anni, quindi con un leggero „ringiovanimento“ (di 0,5 anni) rispetto all'anno precedente. Alla fine del 2012 quasi un quarto (24,2%) del personale aveva cinquant'anni e più, mentre il 14,5% 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, 2012**

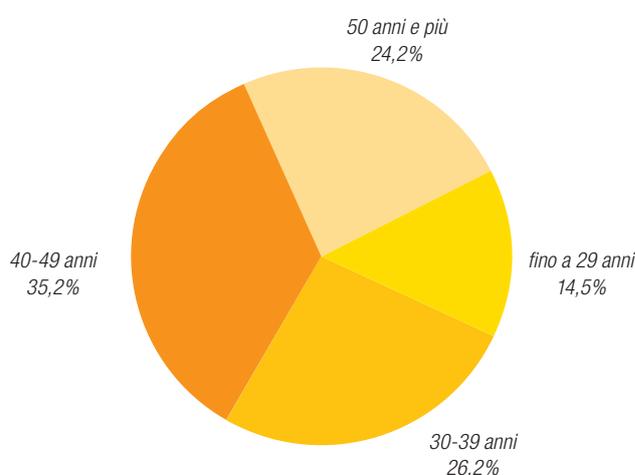
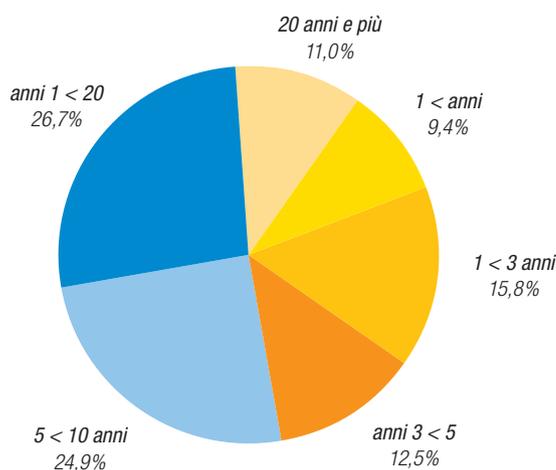


Grafico 11.3: **Personale dei servizi sociali per età, 2012**



ANZIANITÀ  
DI SERVIZIO

L'anzianità media di servizio si attestava nel 2012 sugli 9,3 anni. Oltre un terzo (37,7%) dei collaboratori e delle collaboratrici opera già da oltre dieci anni in questo campo professionale, mentre l'9,4% è entrato in servizio appena nel corso del 2012. Il 15,4% 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 assai brevi. Particolarmente ridotta, con 4,6 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 7,6 anni. Rispetto al 2010 l'anzianità media di servizio nella maggior parte dei servizi è tuttavia aumentata: nel caso dei centri di degenza, per esempio, dai 6,6 agli attuali 7,6 anni. Per quanto riguarda i profili professionali, gli assistenti per disabili senza diploma di specializzazione (5,5 anni), gli educatori/personale sociopedagogico (5,5 anni) e gli operatori socio-sanitari (5,6 anni) sono quelli che si contraddistinguono per l'anzianità di servizio minore (vedi tabella 11.7).

Tabella 11.5: **Età media ed anzianità di servizio, 2012**

<b>Servizi</b>	<b>Età media (anni)</b>	<b>Anzianità servizio media (anni)</b>
<b>Servizi per anziani</b>		
Case di riposo	42,8	11,0
Centri di degenza	42,4	7,6
<b>Servizi per disabili</b>		
Comunità alloggio per disabili	42,3	7,6
Convitti per disabili	41,2	8,6
Alloggi di addestramento	46,4	8,6
Laboratori protetti per disabili	46,1	15,1
Centri socio-assistenziali diurni per disabili	42,9	13,6
<b>Servizi per malati psichici</b>		
Comunità alloggio per malati psichici	44,3	9,1
Servizi di riab. lavorativa per malati psichici	44,3	11,4
Centri diurni per malati psichici	49,1	13,1
<b>Servizi per minori</b>		
Comunità alloggio per minori	36,7	6,3
Case famiglia	36,5	6,7
Centri diurni per minori	36,1	4,9
Residenze assistite per minori	36,0	6,0
<b>Servizi per la prima infanzia</b>		
Strutt. pubbliche per la prima infanzia	40,1	11,5
Strutture private per la prima infanzia	35,4	4,6
<b>Servizi per la donna e la famiglia</b>		
Consultori familiari	50,3	16,1
Case delle donne	40,4	8,1
<b>Servizi per dipendenze</b>		
Comunità alloggio per dipendenze	42,5	7,3
Attività lavorative per dipendenze	47,4	11,0
<b>Servizi amministrativi CC</b>		
Direzioni di distretto	44,3	11,5
Servizi amministrativi dei Comprensori	42,8	12,8
<b>Servizi del Distretto</b>		
Area sociopedagogica	36,0	7,4
Assistenza economica sociale	40,8	9,2
Assistenza domiciliare	41,3	10,6
Centri diurni dell'AD	47,3	16,4
Centri di assistenza diurna anziani	45,9	11,2
Direzione/Amministrazione dei Distretti sociali	44,7	10,6
<b>TOTALE</b>	<b>42,2</b>	<b>9,3</b>

SERVIZI ED ANZIANITÀ  
DI SERVIZIO

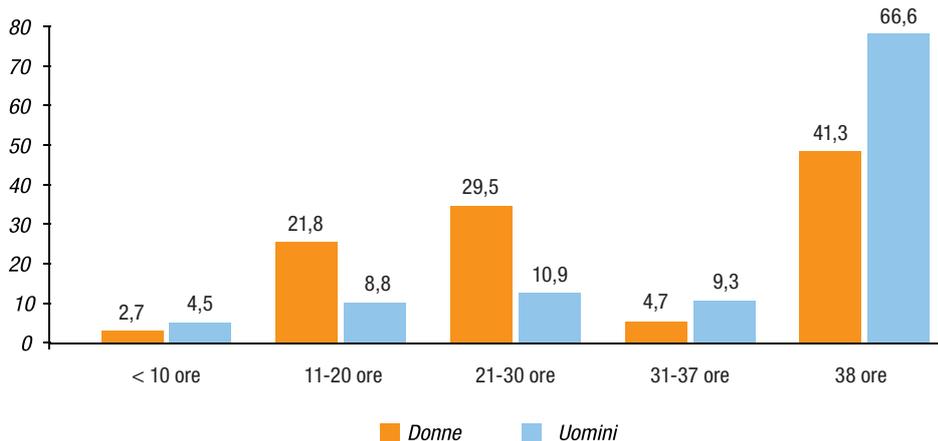
TITOLI  
DI STUDIO

Per quanto riguarda i titoli di studio degli operatori dei servizi sociali, negli scorsi anni ci sono state soltanto limitate variazioni. Alla fine del 2012 il 39,7% 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 19,0% di un diploma di maturità. Il 13,9% possedeva un diploma universitario o una laurea.

RAPPORTO LAVORATIVO  
E ORARI DI LAVORO

Anche nel rapporto lavorativo non vi sono praticamente differenze rispetto agli anni precedenti. Per oltre due terzi del personale (68,7%) 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 15,4%. Peraltro è continuata a crescere nel 2012 anche la percentuale del personale part-time: alla fine dell'anno soltanto 3.436 persone (45,1%) avevano un orario lavorativo di 38 ore settimanali, mentre il 22,8% aveva un orario ridotto fino a 20 ore e il 26,7% 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, 2012 (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 2012 quasi l'78,4% delle 522 assenze poteva infatti ricondursi a motivi di maternità, il 4,4% a malattia e il 17,2% ad altri motivi. La percentuale di assenze per maternità rispetto al personale nel suo complesso si è collocata quindi sul 5,4% nel 2012. 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 2012, nell'assistenza domiciliare, in quella sociopedagogica di base e in quella economica risultava assente dal servizio per maternità dall'7,8% (assistenza domiciliare) al 13,7% (assistenza sociopedagogica di base) del personale. Anche negli asili nido la percentuale si colloca sopra il 10%.

PROFILI  
PROFESSIONALI

Il profilo professionale più rappresentato tra le operatori dei servizi socioassistenziali risultava a fine 2012 quello dagli operatori socio-sanitari, con 1.036 unità, seguito da quello dagli operatori socio-assistenziali (947) e degli assistenti geriatrici e socio-assistenziali (648 unità).

CAMPI  
DI ATTIVITÀ

In termini di operatori equivalenti a tempo pieno, a fine 2012 il 61,9% svolgeva una professione sociale, il 11,4% una professione sanitaria, l'8,4% una professione tecnico-amministrativa e l'18,3% 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, 2010-2012

Caratteristiche	2010		2011		2012	
	Unità di personale	%	Unità di personale	%	Unità di personale	%
<b>Condizione professionale</b>						
In servizio	6.831	93,2	6.941	93,0	7.091	93,1
Assente per maternità	399	5,4	410	5,5	409	5,4
Assente per malattia/altra lunga ass	98	1,3	114	1,5	113	1,5
<b>Tipo di professione</b>						
Personale socio-assistenziale	2.324	31,7	2.396	32,1	2.452	32,2
Auxiliari assistenziali e inservienti	1.417	19,3	1.493	20,0	1.517	19,9
Altre professioni sociali	759	10,4	723	9,7	746	9,8
Professioni sanitarie	790	10,8	829	11,1	869	11,4
Professioni d'ausilio	1.413	19,3	1.402	18,8	1.390	18,3
Professioni tecnico-amministrative	625	8,5	622	8,3	639	8,4
<b>Gruppo linguistico</b>						
Tedesco	5.000	68,2	5.132	68,7	5.243	68,9
Italiano	1.609	22,0	1.606	21,5	1.644	21,6
Ladino	236	3,2	236	3,2	247	3,2
Altro/non dichiarato	483	6,6	491	6,6	479	6,3
<b>Titolo di studio</b>						
Licenza elementare	150	2,0	134	1,8	126	1,7
Licenza media	2.934	40,0	2.860	38,3	2.894	38,0
Diploma bi- o triennale	2.013	27,5	2.129	28,5	2.093	27,5
Maturità	1.274	17,4	1.363	18,3	1.443	19,0
Diploma universitario	499	6,8	537	7,2	607	8,0
Laurea	458	6,3	442	5,9	450	5,9
<b>Rapporto di lavoro</b>						
Tempo indeterminato	5.016	68,4	5.020	67,2	4.706	68,7
Tempo determinato	1.251	17,1	1.265	16,9	1.175	15,4
Provvisorio	601	8,2	686	9,2	734	9,6
Supplente	368	5,0	399	5,3	388	5,1
Incarico di consulenza	92	1,3	95	1,3	88	1,2
<b>Ore settimanali lavorate</b>						
10 o meno	142	1,9	128	1,7	128	1,7
11-20	1.332	18,2	1.362	18,2	1.418	18,6
21-30	1.886	25,7	1.976	26,5	2.047	26,9
31-38	3.968	54,1	3.999	53,6	4.020	52,8
<b>Sesso</b>						
Uomini	1.127	15,4	1.116	14,9	1.143	15,0
Donne	6.201	84,6	6.349	85,1	6.470	85,0
Età media (anni)	41,4	-	41,7	-	42,2	-
Anzianità di servizio media	8,6	-	8,9	-	9,3	-

Tabella 11. 7: Personale per qualifica professionale (tutti i servizi), 2012

Qualifica professionale	N. unità di personale*	N. oper. equivalenti	N. oper. equiv. effettivi	Età media	Anz. media di serv. **
<b>Personale socio-assistenziale</b>	<b>2.452</b>	<b>2.009,4</b>	<b>1.779,7</b>	<b>39,4</b>	<b>9,7</b>
Assistente geriatrico/a e socio-assistenziale	648	488,6	443,6	45,6	14,0
Assistente per disabili con dipl. spec.	313	253,4	235,8	45,8	17,2
Ass. per disabili senza dipl. spec.	157	122,9	114,5	38,8	5,5
Tecnico dei servizi sociali	11	9,4	6,4	33,0	6,0
Animatore / animatrice	60	44,6	40,4	43,3	12,3
Assistente all'infanzia	316	261,4	231,7	34,2	6,7
Operatore socio-assistenziale	947	829,1	707,3	34,7	5,8
<b>Ausiliari assistenziali e inservienti</b>	<b>1.517</b>	<b>1.257,1</b>	<b>1.193,6</b>	<b>43,3</b>	<b>8,1</b>
Ausiliario/a socio-assistenziale	458	371,6	351,3	47,6	14,1
Operatore/ice socio-sanitario/a	1.036	870,0	827,6	41,4	5,6
Tagesmutter/assistente domiciliare all'infanzia	23	15,6	14,8	44,5	4,0
<b>Altre professioni sociali</b>	<b>746</b>	<b>636,1</b>	<b>570,4</b>	<b>39,9</b>	<b>9,9</b>
Educatore/educatrice per disabili con dipl.	110	97,3	94,5	46,0	16,1
Educatore/educatrice per disabili senza dipl.	19	15,3	14,3	38,6	8,7
Direttore/direttrice tecnico socio-assistenziale	15	12,8	11,3	55,2	17,8
Educatore/educatrice professionale	203	172,4	148,7	34,3	5,5
Consulente familiare	-	-	-	-	-
Educatore/educatrice di istituto con dipl. spec.	12	9,2	9,2	38,4	10,1
Educatore/educatrice di istituto senza dipl. spec.	32	25,4	25,4	18,8	9,8
Coordinatore/coordinatrice di asili nido	35	30,4	28,4	39,0	7,0
Pedagogista	42	27,9	25,4	42,4	8,3
Responsabile tecnico/a socio-assistenziale	27	24,6	23,4	43,5	10,3
Assistente sociale	145	127,5	105,7	36,0	8,4
Operatore/operatrice laureato/a in scienze sociali	23	19,4	15,7	40,8	9,1
	12	8,9	7,9	44,2	12,2
Sociologo/a	58	52,9	49,3	49,4	18,3
Educatore/educatrice al lavoro con dipl. spec.	13	12,0	11,3	45,1	9,7
<b>Professioni sanitarie</b>	<b>869</b>	<b>668,7</b>	<b>640,3</b>	<b>42,1</b>	<b>8,7</b>
Medico/Dott.ssa	1	0,3	0,3	57,5	30,5
Infermiere/a professionale	581	482,1	460,1	52,5	8,8
Dietista	2	1,1	1,1	41,5	6,5
Terapista occupazionale	34	29,7	28,4	31,7	3,2
Ostetrico/a	6	2,6	2,6	43,2	13,2
Ginecologo/a	7	0,8	0,8	58,5	17,5
Infermiere/a generico/a	28	22,2	22,2	55,3	13,1
Pediatra	-	-	-	-	-
Logopedista	14	11,5	10,5	28,5	3,6
Massaggiatore / massofisioterapista	10	6,6	5,3	42,5	9,6
Fisioterapista	86	57,9	56,9	36,8	6,2
Psichiatra	1	0,3	0,3	70,5	37,5
Psicologo/a	71	37,9	37,7	42,8	8,9
Psicoterapeuta	23	11,6	11,1	50,9	16,7
Tecnico/a della riabilitazione	2	1,7	1,7	46,0	10,5
Assistente sanitario/a	3	2,5	1,5	39,2	11,2
<b>Professioni d'ausilio</b>	<b>1.390</b>	<b>1.074,9</b>	<b>1.049,9</b>	<b>46,8</b>	<b>9,0</b>
Usciere-commesso/a-portiere/a	12	9,2	9,2	42,8	9,0
Coadiutore / coadiutrice	18	12,4	11,7	44,8	8,9
Capo cuoco	25	22,6	22,6	47,1	14,2
Operaio/a generico/a	29	24,7	24,0	41,7	4,3

<i>Operaio/a specializzato/a</i>	20	16,1	15,4	48,0	14,4
<i>Cuoco/a specializzato/a</i>	101	91,9	89,0	46,6	11,8
<i>Autista</i>	8	6,7	6,7	47,6	14,8
<i>Custode</i>	69	62,4	61,4	45,6	11,9
<i>Assistente di economia domestica</i>	6	4,2	4,2	44,0	11,7
<i>Inservente - domestico/a</i>	601	456,7	444,4	47,1	8,4
<i>Aiuto cuoco</i>	67	52,0	51,0	48,5	8,6
<i>Magazziniere/a</i>					
<i>Operaio/a qualificato/</i>	18	16,2	16,2	48,5	9,8
<i>Cuoco/a qualificato/a</i>	74	57,7	56,2	45,2	8,8
<i>Addetto/a alle pulizie</i>	301	209,1	205,9	47,2	8,0
<i>Sarto/a-guardarobiere/a</i>	3	2,7	2,7	51,8	18,8
<i>Centralinista</i>	10	8,3	7,3	37,0	7,7
<i>Lavandaia/o</i>	28	21,9	21,9	49,8	13,3
<b>Professioni tecnico-amministrative</b>	<b>639</b>	<b>523,2</b>	<b>491,1</b>	<b>43,3</b>	<b>11,3</b>
<i>Funzionario/a contabile</i>	2	1,7	1,7	40,5	10,5
<i>Direttore/direttrice dei servizi sociali delle CC</i>	9	9,0	8,0	45,5	9,6
<i>Programmatore/programmatrice CED</i>	13	11,5	11,5	41,7	6,2
<i>Segretario/a generale</i>	6	5,4	5,4	50,0	13,2
<i>Geometra</i>	4	4,0	4,0	38,8	8,3
<i>Contabile - economo/a</i>	6	4,6	4,6	46,2	18,3
<i>Procuratore/trice legale</i>	5	2,2	2,2	47,9	15,9
<i>Consulente legale</i>	4	0,7	0,7	55,8	19,8
<i>Segretario/a - economo/a</i>	2	0,8	0,8	58,5	17,0
<i>Segretario/a</i>	13	7,7	7,7	44,0	6,3
<i>Assistente di segreteria</i>	6	4,0	4,0	43,5	11,8
<i>Operatore/operatrice di assistenza economica</i>	26	22,7	22,7	40,5	9,7
<i>Funzionario/a tecnico/a</i>	2	2,0	2,0	37,0	2,0
<i>Assistente amministrativo/a</i>	287	237,3	211,3	41,1	10,9
<i>Operatore/operatrice amministrativo/a</i>	157	120,7	116,7	45,0	13,0
<i>Direttore/direttrice amministrativo/a</i>	61	55,1	55,1	48,0	11,8
<i>Funzionario/a amministrativo/a</i>	36	33,7	32,7	43,6	9,8

\* 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 2012, al corso di studi in Educazione sociale risultavano iscritti 119 studenti, a quello in Servizio sociale 96 e al master IRIS (Innovazione e Ricerca per gli Interventi Socio-assistenziali-educativi) 25. Sempre nel 2012 hanno concluso gli studi 24 iscritti ai corsi di educazione sociale e 31 iscritti a quelli di servizio sociale.

La formazione a livello non universitario viene erogata essenzialmente dalle due scuole professionali provinciali per le professioni sociali, una con lingua di insegnamento tedesca („Hannah Arendt“) e l'altra con lingua di insegnamento italiana („Emmanuel Lèvinas“). Questi istituti offrono una formazione triennale a tempo pieno per operatori socio-assistenziali, un corso a tempo pieno di un anno per operatori sociosani-

**FORMAZIONE  
UNIVERSITARIA**

FABBISOGNO  
FORMATIVO

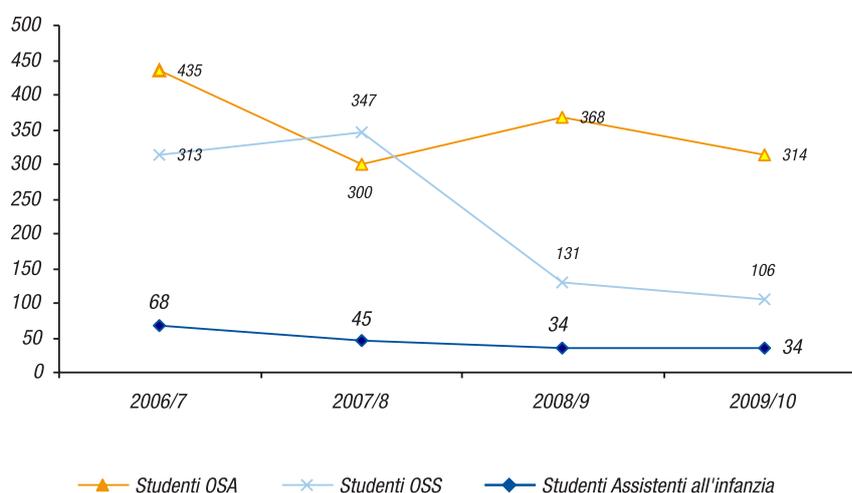
tari e uno analogo per assistenti per l'infanzia, oltre ad un corso a tempo pieno di due semestri per collaboratori/trici all'integrazione di bambini ed alunni in situazione di handicap. Inoltre vengono proposti corsi di formazione integrativi a questi profili professionali, come pure corsi per Tagesmutter/Tagesvater e per istituti, ai quali si aggiungono poi ulteriori corsi brevi di formazione e aggiornamento professionale. Così ad esempio l'ACLI e l'Azienda sanitaria Alto Adige propongono 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 professioni sociali risultavano in formazione nell'anno scolastico 2012 251 operatori socio-sanitari e 487 operatori socio-assistenziali. Il numero di studenti iscritti risulta quindi per entrambi gli indirizzi sensibilmente superiore a quello degli anni precedenti. Nel 2012 si sono diplomati 126 operatori socio-assistenziali, 141 operatori socio-sanitari e 49 assistenti per l'infanzia.

Nonostante il considerevole impegno nel campo della formazione e dell'aggiornamento professionale e l'aumento continuo degli organici in questi ultimi anni, nel settore sociale continua ad esservi ancora un grosso fabbisogno di operatori. I mutamenti demografici evidenzieranno in futuro sempre di più l'esigenza in particolare di profili professionali destinati all'assistenza agli anziani. In una sua delibera dell'inizio del 2013, la Giunta provinciale prevede che il fabbisogno di formazione per il settore sociale salirà entro il 2015 a 1.270 unità: accanto a 450 operatori socio-sanitari e a 450 operatori socio-assistenziali saranno quindi necessari anche 190 assistenti per l'infanzia e complessivamente 180 tra assistenti sociali ed educatori sociali.

Tabella 11.8: **Laureati e diplomati nel settore sociale: Università di Bolzano e Scuole per le professioni sociali, 2008-2012**

<b>Università di Bolzano: Facoltà di scienze della formazione</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>Corso di laurea in Servizio sociale</i>	19	21	29	25	31
<i>Corso di laurea in Educatori sociali</i>	36	34	23	17	24
<b>Scuole per le professioni sociali</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>Operatori socio-assistenziali (OSA)</i>	124	108	148	98	126
<i>Operatori socio-sanitari (OSS)</i>	190	71	71	154	141
<i>Assistenti all'infanzia</i>	25	21	33	29	49

Grafico 11.5: **Numero di studenti nelle scuole per le professioni sociali, 2007/8-2012**



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. Nel 2012 il Servizio sviluppo personale si è occupato anche delle contrattazioni di comparto nonché del riconoscimento di titoli di studio ai fini dell'accesso ai profili professionali nel settore sociale. 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 2012 il 95,6% 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 è ben al di sopra del valore del 2010 (83,7%); rispetto al 2011 essa segna tuttavia un lieve aumento del 3,7%. Sempre nel 2012, il 2,4% ha partecipato ad attività di formazione con frequenza in servizio, per una durata media di circa 17,8 giorni. Il 2,0% ha frequentato un corso di specializzazione o qualificazione della durata media di 7,7 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, 2012**

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	106	22,1	85	6,7	4.871	2,5
Centri di assistenza diurna anziani	6	13,8	--	--	230	1,0
Servizi residenziali per disabili	20	10,0	18	7,6	499	1,6
Servizi lavorativi per disabili	17	11,5	17	10,3	314	3,0
Servizi per malati psichici	2	27,5	8	11,1	86	4,3
Servizi per le dipendenze	1	30,0	3	6,3	16	3,3
Servizi per la prima infanzia	12	9,8	2	4,0	364	4,1
Servizi per minori	12	19,8	16	4,4	163	10,0
Consultori familiari	2	9,5	8	18,0	83	7,0
Case delle donne	3	6,0	--	--	37	8,0
Assistenza domiciliare	14	22,3	7	8,6	531	2,9
Area sociopedagogica	7	4,7	4	6,5	173	5,5
Assistenza economica sociale	1	2,0	--	--	55	2,4
Servizi amministrativi	3	5,0	--	--	622	2,4
<b>TOTALE</b>	<b>206</b>	<b>17,8</b>	<b>168</b>	<b>7,7</b>	<b>8.044</b>	<b>2,8</b>
2011	314	13,7	214	9,8	5.955	3,0
2010	265	20,4	139	15,7	6.133	2,8

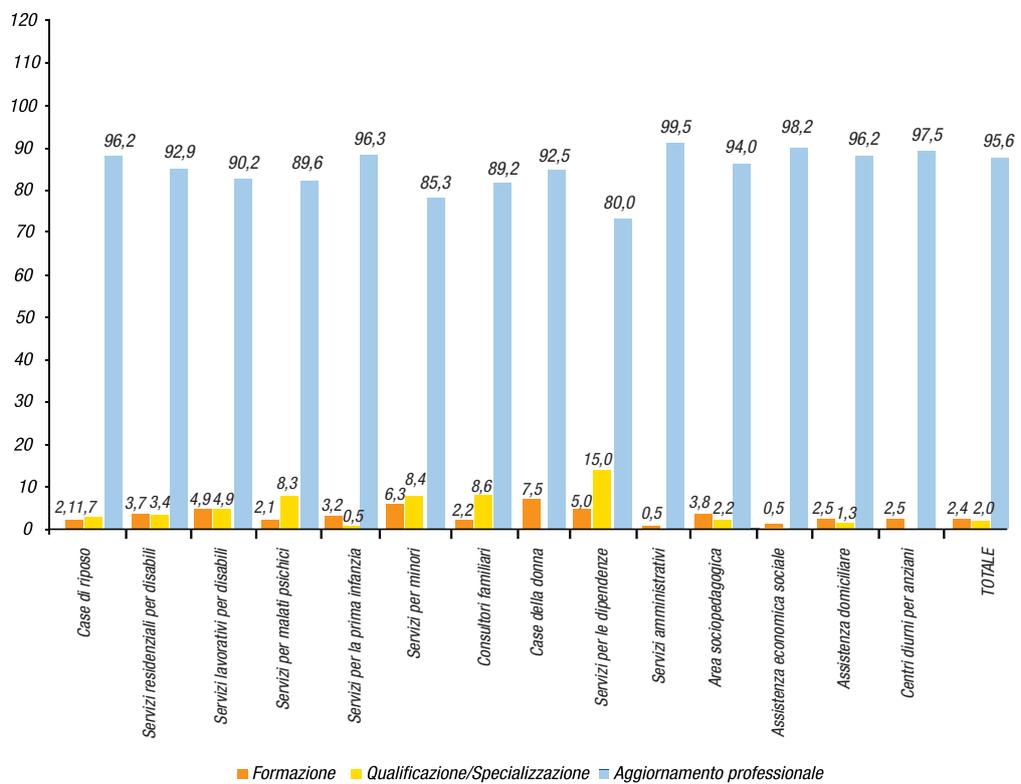
Nel campo della formazione permanente tutti i servizi hanno segnato nel 2012 elevati livelli di partecipazione ai corsi di aggiornamento professionale, con presenze dell'80% e più. Particolarmente alta è risultata qui la frequenza del personale dei servizi amministrativi (99,5%), dell'assistenza economica sociale

SERVIZIO SVILUPPO  
PERSONALE

PARTECIPAZIONE A  
CORSI DI FORMAZIONE  
E AGGIORNAMENTO  
PROFESSIONALE

(98,2%) e dei centri di assistenza diurna per anziani (97,5%). In termini relativi, i valori più bassi si sono riscontrati nei servizi per le dipendenze (80,0%) e in quelli per i minori (85,3%). Una distribuzione un po' diversa si osserva per i corsi di formazione con frequenza in servizio: qui si collocano sensibilmente sopra la media (2,4%) le case delle donne con il 9,5% e i servizi per minori con il 6,3% e. Queste distribuzioni differenziate non vanno tuttavia sopravvalutate, in considerazione del numero assoluto 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, 2012 (in %)



### 11.4 VOLONTARI, TIROCINANTI E OPERATORI DEL SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO

**DEFINIZIONE**

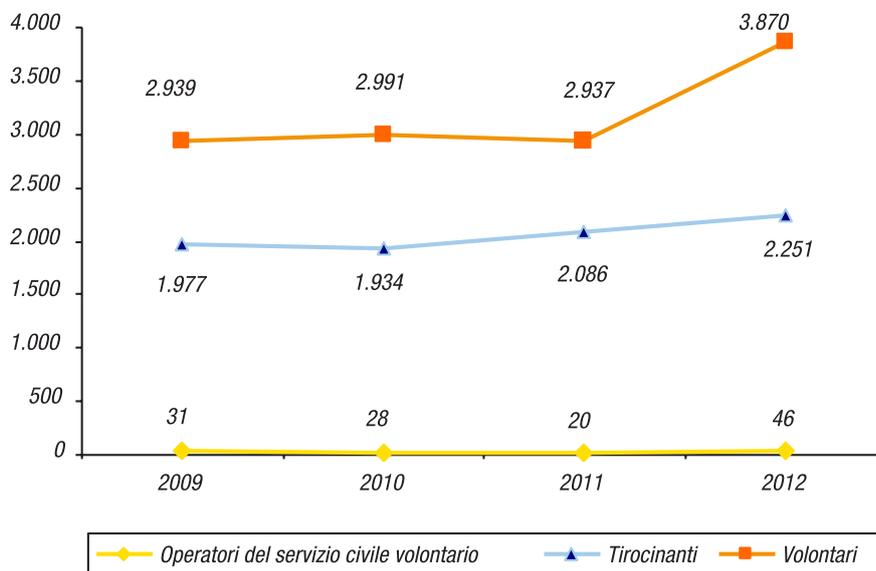
Si intende per lavoro volontario l'attività lavorativa svolta a titolo personale, volontario e gratuito, prestata senza alcun fine di lucro - neppure indiretto - ed esclusivamente per fini di solidarietà. Il volontariato inteso come forma di impegno civile va nettamente distinto dalle attività professionali 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 2012 operavano presso i servizi sociali altoatesini 3.870 volontari e 2.251 tirocinanti. Il servizio civile volontario, dal canto suo, svolge invece ormai da anni solo un ruolo subordinato: alla fine del 2012 solo 46 giovani operavano in questo servizio. Rispetto al 2011 e ai due anni precedenti si segnano peraltro sensibili incrementi in tutti e tre i campi di attività, in particolare con riguardo

ai volontari. Stando alle statistiche attualmente reperibili, questo generalizzato incremento va quasi esclusivamente a favore di quattro servizi: case di riposo, centri di degenza, centri diurni per anziani e case della donna. Se si considera tuttavia che negli ultimi tre servizi citati gli incrementi di personale volontario risultano oscillare tra un 50% scarso (case della donna) e un 600% abbondante (centri diurni per anziani), si conclude che non è possibile escludere errori di rilevazione, tanto più che anche in passato si sono osservate occasionalmente forti differenze tra un anno e l'altro. Il volontariato è in parte organizzato in associazioni, in parte si esplica in iniziative spontanee. Complessivamente tutto questo personale ha prestato nel 2012 611.893 ore di lavoro, il 52,4% delle quali (320.868 ore) è stato svolto dai tirocinanti.

Gráfico 11.7: **Operatori del servizio civile volontario, tirocinanti e volontari nei servizi sociali, 2009-2012**



Come negli anni passati, anche nel 2012 la maggior parte dei volontari e tirocinanti ha operato presso le case di riposo e i centri di degenza, dove 3.073 persone (il 50,2% del personale volontario nel suo complesso) ha prestato 311.263 ore di lavoro, pari al 54,1% dell'attività lavorativa svolta da questa categoria di operatori. Al secondo posto ritroviamo anche nel 2012 i volontari e i tirocinanti del servizio domiciliare, con 1.347 persone (il 22,0% di tutti gli operatori volontari) che vi hanno svolto 76.485 ore di lavoro, pari al 13,3% del lavoro prestato complessivamente. Un numero rilevante di tirocinanti e volontari ha operato anche nei servizi lavorativi per i disabili (401 persone) e nei servizi per la prima infanzia (265 persone).

SERVIZIO SVILUPPO  
PERSONALE

PARTECIPAZIONE A  
CORSI DI FORMAZIONE  
E AGGIORNAMENTO  
PROFESSIONALE

Tabella 11.10: Operatori del servizio civile volontario, tirocinanti e volontari, 2012

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	21	913	1.022	144	2.051	80
Centri di assistenza diurna anziani	3	784	47	125	192	36
Servizi residenziali per disabili	2	65	140	181	53	138
Servizi lavorativi per disabili	11	696	341	163	60	68
Servizi per malati psichici	3	147	71	139	38	93
Servizi per dipendenze	--	--	6	174	6	140
Servizi per la prima infanzia	--	--	253	80	12	40
Strutture per minori	4	1.454	66	142	81	74
Case delle donne	--	--	8	210	126	77
Consultori familiari	--	--	13	178	55	33
Assistenza domiciliare	2	505	216	138	1.131	41
Area sociopedagogica	--	--	34	201	65	48
Servizi amministrativi	--	--	34	153	--	--
<b>TOTALE</b>	<b>46</b>	<b>795</b>	<b>2.251</b>	<b>143</b>	<b>3.870</b>	<b>66</b>

Osservando il rapporto tra volontari e dipendenti nei servizi, si vede che nel 2012 per ogni 100 dipendenti erano presenti in media 52,5 volontari (erano 39,3 nel 2010). Comunque tra un Servizio e l'altro si osservano da sempre notevoli differenze: la presenza massima di volontari si riscontra nel 2012 nei centri diurni per anziani (400,0), seguiti dalle case delle donne (315,0) e dall'assistenza domiciliare (207,5). Gli altri servizi seguono con sensibile distacco. Questi dati vanno tuttavia considerati con una certa prudenza, in quanto come esposto in precedenza non si possono escludere errori di rilevazione. 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, 2012

Servizi	Servizi in cui operano volontari (%)	N. volontari	N. volontari ogni 100 operatori retribuiti (%)	Ore medie mensili/ volontario
Case di riposo/ centri di degenza	94,7	2.051	46,8	6,7
Centri di assistenza diurna anziani	69,2	192	400,0	3,0
Servizi residenziali per disabili	35,0	53	11,1	11,5
Servizi lavorativi per disabili	42,6	60	12,0	5,7
Servizi per malati psichici	21,4	38	30,6	7,8
Servizi per dipendenze	10,0	6	18,2	11,6
Servizi per la prima infanzia	10,1	12	2,5	3,3
Strutture per minori	20,9	81	35,7	6,2
Consultori familiari	57,1	55	43,7	2,8
Case delle donne	55,6	126	315,0	6,4
Assistenza domiciliare	15,7	1.131	207,5	3,4
Area sociopedagogica	25,0	65	30,4	4,0
Assistenza economica sociale	---	---	---	---
Servizi amministrativi	---	---	---	---
<b>TOTALE</b>	<b>29,4</b>	<b>3.870</b>	<b>52,5</b>	<b>5,5</b>

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 2012 nelle Comunità comprensoriali Oltradige-Bassa Atesina e Val Venosta. Lo stesso dicasi è anche più o meno 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.

DIFFERENZE  
TERRITORIALI

Tabella 11.12: **Presenza di volontari nei diversi Comprensori e ore di lavoro prestate, 2012**

<i>Comunità comprensoriale</i>	<i>N. volontari</i>	<i>N. volontari ogni 1.000 abitanti</i>	<i>N. volontari ogni 100 operatori retribuiti (%)</i>	<i>Ore medie mensili/ volontario</i>
<i>Val Venosta</i>	721	21,1	131,8	2,5
<i>Burgraviato</i>	832	8,3	49,7	5,7
<i>Oltradige-B. Atesina</i>	752	10,0	57,7	5,0
<i>Bolzano</i>	384	3,6	24,6	8,2
<i>Salto-Sciliar</i>	460	9,4	58,5	5,8
<i>Val d'Isarco</i>	351	6,5	41,7	7,1
<i>Alta Valle Isarco</i>	75	3,8	28,2	6,7
<i>Val Pusteria</i>	295	3,8	29,4	7,0
<b>TOTALE</b>	<b>3.870</b>	<b>7,5</b>	<b>48,5</b>	<b>5,5</b>



## 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.

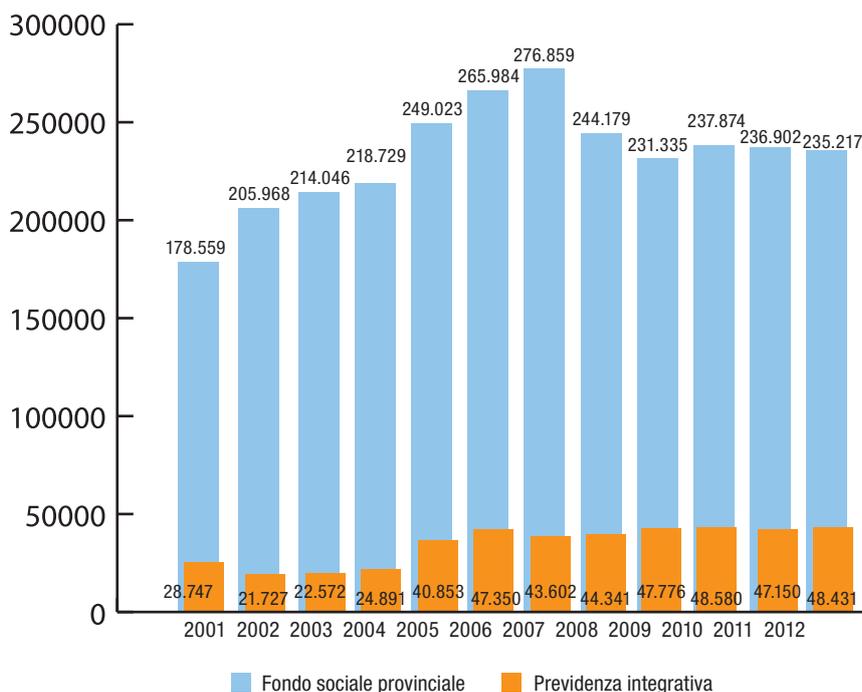
Tramite il Fondo sociale provinciale si finanziano in essenza i servizi sociali delegati, le erogazioni a favore degli invalidi civili, dei ciechi e dei sordi e i contributi alle organizzazioni pubbliche e private che erogano servizi sociali ovvero li sostengono ed integrano. Nel 2012 le spese complessive del fondo sociale provinciale sono ammontate a 235.216.573 Euro. Il grafico 12.1 illustra lo sviluppo della spesa a partire dal 2003. 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 2012 si sono spesi complessivamente 48,4 milioni di Euro.

STRUTTURA  
DEL FINANZIAMENTO

FONDO SOCIALE  
PROVINCIALE

219

Grafico 12.1: Spesa nel settore sociale (in migliaia di Euro), 2003–2012



\* Spesa non rivalutata in base all'inflazione.

RIPARTIZIONE DEL FONDO  
SOCIALE PROVINCIALE PER  
SETTORI DI INTERVENTO

La ripartizione del Fondo sociale per settori di attività è in linea di principio immutata ormai da anni. Anche nel 2012 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 posto, con 109,8 milioni di Euro, seguiti dalla spesa per le pensioni agli invalidi civili (40,0 milioni di Euro) e per l'assistenza economica sociale (25,4 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 il 92,7% dei mezzi del Fondo sociale provinciale è stato destinato alle spese correnti, e il rimanente 7,3% 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, 2012 (in Euro)

Finanziamento Servizi sociali delegati (senza assistenza economica sociale)	Spese di gestione (in €)	Investimenti (in €)	Totale (in €)
Assistenza economica sociale	106.445.197	3.397.200	109.842.397
Prestazioni invalidi civili	25.350.000	---	25.350.000
Assistenza anziani (contributi)	40.000.000	---	40.000.000
Assistenza disabili (contributi)	3.325.520	10.575.811	13.901.331
Finanziamento Servizi sociali delegati (senza assistenza economica sociale)	4.854.210	765.097	5.619.307
Famiglia, prima infanzia ed educazione familiare (contributi)	11.967.928	1.860.026	13.827.954
Prevenzione emarginazione (contributi)	<b>5.165.827</b>	<b>652.460</b>	<b>5.818.287</b>
Assistenza varia (contributi)	1.167.822	---	1.167.822
Studi, consulenze, aggiornamento personale, elaborazione elettronica dati	2.189.476	---	2.189.476
Assegni familiari provinciali / assegni a favore delle famiglie*	17.500.000	---	17.500.000
<b>Totale **</b>	<b>217.965.979</b>	<b>17.250.594</b>	<b>235.216.573</b>

\* Compresi gli assegni statali di maternità e assegni statali al nucleo familiare.

\*\* Escluso il Fondo per la non autosufficienza

Fonte: Dati del bilancio consuntivo, 2012.

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 205 milioni di Euro nel 2012) proviene dal bilancio provinciale. I trasferimenti dalla Regione costituiscono complessivamente quasi il 15% dello stanziamento.

Tabella 12.2: Fonti di finanziamento del Fondo per la non autosufficienza, 2012 (in Euro)

Fonti di finanziamento	Assegnazioni in €	%
Assegnazioni dal Bilancio provinciale	178.532.215	85,6
Trasferimenti dalla Regione	30.000.000	14,4
<b>Totale</b>	<b>208.532.215</b>	<b>100,0</b>

Nel 2012 è confluito nel Fondo sociale provinciale il 4,95% di tutte le risorse del bilancio provinciale (l'anno precedente era stato il 4,92%). Siccome però l'intera spesa provinciale si è ridotta di un po' rispetto all'anno precedente (2011), nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale (2012) la spesa sociale pro capite risulta - nonostante l'incremento relativo - leggermente inferiore, essendo passata da 555,2 Euro a 551,0 per abitante: un calo che, se si tiene conto dell'inflazione, si attesta peraltro sul 3,6%.

**Tabella 12.3: Spesa nel settore sociale in rapporto al bilancio provinciale e al PIL (in milioni di Euro)\* – 2007-2012**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fondo sociale provinciale	277,0	244,2	231,1	237,8	236,9	235,2
Rivalutazione in base all'inflazione	313,4	267,1	251,2	253,1	245,2	235,2
Spesa complessiva del bilancio provinciale (senza partite di giro)	4.924,2	5.122,6	5.039,8	4.859,41	4.818,26	4.746,60
Spesa provinciale nel settore sociale*/totale spese	5,63%	4,77%	4,59%	4,89%	4,92%	4,95%
Fondo sociale provinciale e previdenza integrativa	320,4	288,6	278,8	286,4	284,1	283,5
Prodotto interno lordo (PIL) ai prezzi di mercato	16.670,4	17.059,0	17.246,7	17.476,0	17.858,4	18.755,7*
Spesa sociale/PIL	1,92%	1,69%	1,62%	1,64%	1,59%	1,51%
Spesa pro capite (€)	652,2	581,0	554,5	564,2	555,2	551,0

Fonte: ASTAT, 2013; \* Valutazione ASTAT.

## 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 (circa il 90%) delle risorse assegnate al finanziamento delle spese correnti viene ripartita tra i vari enti gestori in base al numero di abitanti e ad altri parametri (quota pro-capite). Dal 2010 si fa riferimento alla cosiddetta „quota pro capite ponderata“, più idonea ad assicurare che nell'assegnazione dei mezzi finanziari ai vari enti si tenga conto del rispettivo fabbisogno territoriale. Il sistema poggia su una serie di indicatori misurabili oggettivamente, come ad esempio - accanto alla popolazione e alla superficie - il numero di persone necessitanti di un'assistenza o beneficiarie di un'assistenza domiciliare.

INDICATORI PRINCIPALI

STRUTTURA

DI FINANZIAMENTO

STRUTTURA DI

FINANZIAMENTO

SPESE CORRENTI

**FONTI  
DI FINANZIAMENTO**

L'84,2% 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 2012 la partecipazione degli utenti ai costi della spesa sociale ha costituito il 9,6% delle entrate complessive dei Comprensori, mentre i trasferimenti operati dai Comuni hanno rappresentato l'2,4% 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, per questo motivo 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.

**Tabella 12.4: Fonti delle entrate degli enti gestori dei servizi sociali pubblici (in Euro), 2012**

Fonte di finanziamento	Spesa (in €)	%
<i>Contributi e trasferimenti</i>		
<i>Trasferimenti dalla Provincia (Fondo sociale), incl. assistenza economica sociale e Ticket 99</i>	131.728.670	84,2
<i>Altri contributi e trasferimenti</i>	1.152.822	0,7
<i>Entrate da servizi</i>		
<i>Partecipazione alle spese da parte dei Comuni</i>	3.788.706	2,4
<i>Partecipazione alle rette da utenti e famiglie</i>	15.062.431	9,6
<i>Vendita prodotti</i>	2.175.901	1,4
<i>Altre entrate</i>	2.531.650	1,6
<b>Totale</b>	<b>156.440.180</b>	<b>100,0</b>

222

**FINANZIAMENTO  
DIRETTO**

Con l'introduzione della copertura della non autosufficienza (vedi capitolo 10.3) 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 2012 la spesa sociale per i vari enti gestori dei servizi sociali pubblici oscillava tra i 229,7 e i 314,0 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 2007 (da 241,3 a 268,2 Euro). In ogni caso si osservano qui linee di sviluppo assai differenziate tra i vari enti gestori.

Tabella 12.5: Spesa pro capite degli enti gestori dei servizi sociali pubblici, 2007-2012 (in Euro)\*

<b>Comunità comprensoriale</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Val Venosta	220,9	230,1	235,9	233,5	229,8	229,7
Burgraviato	226,5	246,9	254,7	256,1	256,4	262,6
Oltradige-Bassa Atesina	241,7	231,6	245,0	245,7	244,1	241,2
Bolzano	290,1	309,2	312,2	306,6	308,8	314,0
Salto Sciliar	234,9	256,0	258,9	262,1	261,5	260,4
Val d'Isarco	224,3	237,9	255,6	257,0	261,6	264,4
Alta Valle Isarco	278,8	309,9	307,8	318,0	298,8	298,0
Val Pusteria	209,1	233,3	234,9	243,5	251,1	256,1
<b>Media Provincia</b>	<b>241,3</b>	<b>256,8</b>	<b>263,3</b>	<b>264,5</b>	<b>265,4</b>	<b>268,2</b>

\* 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 2012 vengono qui raffrontati con quelli del 2011. 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 2012 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 (adulti), in quella alla prima infanzia e in quella alla assistenza dei malati psichici.

Tabella 13.1: Indicatori di riferimento in sintesi

<b>SERVIZI E INTERVENTI TRASVERSALI</b>				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
<b>Assistenza domiciliare</b>				
Utenti nell'anno	4.900	4.992	+92	+1,9
Ore di assistenza	306.175	302.804	-3.371	-1,1
<b>Centri diurni AD</b>				
Utenti nell'anno	279,7	291,5	291,6	311,2
Prestazioni	9.158	8.061	-1.097	-12,0
<b>Pasti a domicilio</b>				
Utenti nell'anno	42.647	38.503	-4.144	-9,7
Utenti nell'anno	2.621	2.488	-133	-5,1
Pasti distribuiti	424.492	396.589	-27.903	-6,6
<b>Area sociopedagogica</b>				
Utenti nell'anno	56,3	59,1	62,8	63,2
	10.550	10.747	+197	+1,9
di cui minori	3.961	3.894	-67	-1,7
di cui adulti	6.589	6.853	+264	+4,0

SUDDIVISIONE  
DEL CAPITOLO

INDICATORI  
DI RIFERIMENTO

SERVIZI TRASVERSALI

FAMIGLIA,  
 PRIMA INFANZIA  
 E MINORI

AREA FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA, MINORI				
PRIMA INFANZIA				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
Asili nido pubblici	13	13	-	
Utenti (31/12)	639	651	+12	+1,9
Ricettività	642	693	+51	+7,9
Servizi privati per la prima infanzia	53	56	+3	+5,7
Utenti (31/12)	919	996	+77	+8,4
Ricettività	859	907	+48	+5,6
Servizio Tagesmutter				
Tagesmutter operative (31/12)	152	162	+10	+6,6
Bambini assistiti nell'anno	918	992	+74	+8,1
STRUTTURE PER MINORI				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
Strutture residenziali	36	35	-	-2,8
Utenti (31/12)	157	163	+6	+3,8
Ricettività	194	192	-2	-1,0
Strutture diurne	9	9	-	-
Utenti (31/12)	103	93	-10	-9,7
Ricettività	108	105	-3	-2,8
<b>CONSULTORI FAMILIARI</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

ANZIANI

AREA ANZIANI				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
Case di riposo	66	67	+1	+1,5
Centri di degenza	9	9	-	-
Posti letto (31/12)	4.079	4.112	+33	+0,8
Ricovero temp. (posti letto 31/12)	111	126	+15	+13,5
Utenti (31/12)	3.998	4.040	+42	+1,1
autosufficienti	248	150	-98	-39,5
al I° livello di non autosufficienza	758	877	+119	+15,7
al II° livello di non autosufficienza	1.120	1.265	+145	+12,9
al III° livello di non autosufficienza	1.329	1.263	-66	-5,0
al IV° livello di non autosufficienza	543	451	-92	-16,9
Centri di assist. diurna per anziani	14	13	-1	-7,1
Utenti (31/12)	182	200	+18	+9,9
Ricettività	132	161	+29	+22,0

 PERSONE  
 CON DISABILITÀ

AREA PERSONE CON DISABILITÀ				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
Strutture residenziali	39	41	+2	+5,1
Utenti (31/12)	411	388	-23	-5,6
Ricettività	446	418	-28	-6,3
Laboratori	27	29	+2	+7,4
Utenti (31/12)	696	702	+6	+0,9
Ricettività	739	747	+8	+1,1
Attività socio-assistenziali diurne	18	18	-	-
Utenti (31/12)	215	224	+9	+4,2
Ricettività	236	237	+1	+0,4

<b>AREA DISAGIO PSICHICO</b>				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
<i>Strutture residenziali</i>	11	11	-	-
<i>Utenti (31/12)</i>	81	90	+9	+11,1
<i>Ricettività</i>	96	98	+2	+2,1
<i>Servizi di riabilitazione</i>	11	11	-	-
<i>Utenti (31/12)</i>	187	199	+12	+6,4
<i>Ricettività</i>	196	195	-1	-0,5
<i>Attività socio-assistenziali diurne</i>	4	4	-	-
<i>Utenti (31/12)</i>	34	37	+3	+8,8
<i>Ricettività</i>	35	38	+3	+8,6

DISAGIO PSICHICO

<b>AREA DIPENDENZE</b>				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
<i>Strutture residenziali</i>	4	4	-	-
<i>Utenti (31/12)</i>	17	19	+2	+11,8
<i>Ricettività</i>	26	23	-3	-11,5
<i>Servizi di riabilitazione</i>	6	6	-	-
<i>Utenti (31/12)</i>	63	64	+1	+1,6
<i>Ricettività</i>	65	61	-4	-6,2

DIPENDENZE

<b>PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI</b>				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
<i>Operatori</i>	7.465	7.613	+148	+2,0
<i>Equivalenti a tempo pieno</i>	6.075	6.169	+94	+1,6
<i>Equivalenti a tempo pieno effettivamente in servizio</i>	5.625	5.725	+100	+1,8

PERSONALE

<b>SPESA TRASFERIMENTI (EURO)</b>				
	2011	2012	(+/-)	(+/-) %
<i>Spesa Assist. economica sociale</i>				
<i>Redd. min. di inserimento/locazione</i>	21.527.220	21.016.166	-511.054	-2,4
<i>Spesa complessiva per prestazioni dirette</i>	25.776.041	25.386.552	-389.489	-1,5
<i>Spesa per prestazioni agli invalidi civili</i>	38.240.736	40.005.662	+1.764.926	+4,6
<i>Spesa complessiva per fondo sociale provinciale</i>	236.902.126	235.216.573	-1.685.553	-0,71
<i>Spesa per prestazioni previdenza integrativa</i>	47.150.028	48.430.171	1.280.143	+2,7
<i>Fondo per la non autosufficienza</i>	192.597.116	186.952.174	-5.644.942	-2,9

TRASFERIMENTI

FINANZIARI

## 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 (2008-2012).

Tabella 13.2: Indicatori strutturali selezionati

		ASPETTI DEMOGRAFICI					
		2008	2009	2010	2011	2012	
QUOTA DI VECCHIAIA	<b>Quota di vecchiaia</b> = (Popolazione > 74 anni x 100) / Popolazione totale						
	Val Venosta	7,8	8,1	8,3	8,5	8,6	
	Burgraviato	8,2	8,5	8,6	8,8	9,0	
	Oltradige- Bassa Atesina	7,8	7,9	8,0	8,1	8,1	
	Bolzano	10,7	10,9	10,9	11,1	11,1	
	Salto-Sciliar	7,1	7,4	7,5	7,7	7,9	
	Val d'Isarco	7,1	7,3	7,4	7,6	7,8	
	Alta Valle Isarco	6,8	7,0	7,0	7,1	7,3	
	Val Pusteria	6,9	7,2	7,4	7,5	7,7	
	Media	8,2	8,4	8,5	8,7	8,8	
	INDICE DI VECCHIAIA	<b>Indice di vecchiaia</b> = (Popolazione > 74 anni x 100) / Popolazione 0-14					
		Val Venosta	45,6	48,3	50,3	52,6	54,4
Burgraviato		50,6	53,0	54,2	55,6	57,0	
Oltradige- Bassa Atesina		46,4	47,7	48,6	49,3	49,8	
Bolzano		76,2	77,1	76,9	77,6	77,3	
Salto-Sciliar		37,3	39,3	40,8	42,1	44,0	
Val d'Isarco		39,0	40,4	41,2	42,7	43,9	
Alta Valle Isarco		40,0	41,5	41,6	42,6	44,1	
Val Pusteria		38,0	39,8	41,2	42,6	44,2	
Media		48,8	50,6	51,6	52,9	54,0	
INDICE 4a ETÀ / 3a ETÀ		<b>Indice 4a età/3a età</b> = (Popolazione > 84 anni / Popolazione > 74 anni)					
		Val Venosta	23,0	24,3	24,6	26,3	27,0
	Burgraviato	26,8	27,8	29,1	29,9	29,7	
	Oltradige-Bassa Atesina	24,8	26,1	27,7	29,1	29,6	
	Bolzano	28,3	28,9	29,8	30,3	30,7	
	Salto-Sciliar	25,3	26,4	27,4	27,7	28,9	
	Val d'Isarco	25,0	26,2	27,1	27,3	28,0	
	Alta Valle Isarco	20,4	22,6	23,4	25,4	26,7	
	Val Pusteria	23,7	24,9	25,7	26,0	26,3	
	Media	25,8	26,8	27,8	28,6	29,0	
			AREA FAMIGLIA, PRIMA INFANZIA E MINORI				
	FAMIGLIA	<b>Indice di assistenza famiglie (consultori familiari)</b> = (utenti dei consultori familiari x 1.000) / totale popolazione residente	2008	2009	2010	2011	2012
		21,2	21,0	21,2	20,9	21,1	
MINORI	<b>Indice di penetrazione minori (area sociopedagogica)</b> = (0-17enni in carico all'area sociopedagogica x 100) / totale popolazione 0-17enne	3,6	3,5	3,8	3,9	3,9	
	<b>Incidenza tipologica dell'utenza minorile (consultori familiari)</b> = (0-17enni utenti dei consultori familiari x 100) / totale utenti	9,8	10,5	10,8	11,4	11,2	
	<b>Incidenza tipologica dell'utenza minorile (area sociopedagogica)</b> = (0-17enni utenti dell'area sociopedagogica x 100) / totale utenti	40,5	37,9	36,2	37,5	36,2	

<b>Indice di dotazione (servizi per la prima infanzia)</b> = (n. posti servizi per la prima infanzia x 100) / totale popolazione 0-2 anni					
	9,9	12,8	13,5	14,5	15,3
<b>Indice di penetrazione (asili nido pubblici)</b> = (n. bambini iscritti negli asili nido x 100) / totale popolazione 0-2 anni					
	3,5	3,6	3,0	4,0	4,1
<b>Indice di saturazione teorica / grado di utilizzo puntuale (asili nido pubblici)</b> = (n. bambini iscritti x 100) / n. posti disponibili in asilo nido (al 31/12)					
	98,8	89,7	74,6	99,5	93,9

PRIMA INFANZIA

<b>AREA ANZIANI</b>					
	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Indice di penetrazione nei servizi</b> = (utenti CR+CD > 74 anni x 100) / popolazione > 74 anni					
	7,3	k.D.	7,4	7,5	7,3
<b>Indice di dotazione strutture residenziali</b> = (posti letto in CR+CD x 100) / popolazione > 74 anni					
Val Venosta	12,1	11,8	11,2	11,4	11,1
Burgraviato	10,9	10,1	10,5	10,9	10,8
Oltradige-Bassa Atesina	10,8	11,1	12,1	12,1	12,4
Bolzano	5,9	6,2	6,1	5,7	5,6
Salto-Sciliar	12,8	12,2	12,3	11,9	11,6
Val d'Isarco	7,4	7,9	8,5	7,8	7,4
Alta Valle Isarco	9,5	9,4	9,3	9,1	8,8
Val Pusteria	7,8	7,4	7,6	8,9	8,7
Insieme	9,0	8,9	9,1	9,2	9,1
<b>Indice di saturazione / grado puntuale di utilizzo</b> = (posti letto occupati in CR+CD x 100) / posti letto totali in CR+CD					
	98,5	97,0	97,7	98,0	98,3
<b>Indice di mortalità in CdR</b> = (decessi in CR+CD x 100) / n. medio di utenti CR+CD					
	24,2	k.D.	24,9	26,2	28,2
<b>Indice di domanda insoddisfatta in CR+CD*</b> = (anziani in lista di attesa x 100) / totale posti letto					
Val Venosta	37,0	k.D.	68,0	69,0	48,9
Burgraviato	103,0	k.D.	99,9	91,9	69,3
Oltradige-Bassa Atesina	72,7	k.D.	42,5	39,5	46,7
Bolzano	59,2	k.D.	33,5	48,3	36,0
Salto-Sciliar	24,8	k.D.	27,6	27,3	33,0
Val d'Isarco	75,2	k.D.	78,6	81,4	35,0
Alta Valle Isarco	45,1	k.D.	44,8	31,0	49,2
Val Pusteria	52,1	k.D.	51,2	69,9	77,2
Insieme	65,6	k.D.	58,3	61,1	52,0

 CASE DI RIPOSO/CENTRI DI  
DEGENZA

\* 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					
	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Indice di residenzialità</b> = (utenti in strutture residenziali x 100) / totale utenti in strutture residenziali e semiresidenziali					
	32,1	32,9	31,4	31,1	29,5
<b>Indice di saturazione dei servizi / grado di utilizzo puntuale</b> = (utenti totali x 100) / posti disponibili					
	92,6	94,3	94,8	93,0	93,7
<b>Persone con disabilità assistite per tipologia di disabilità prevalente</b> = (utenti con rispettiva disabilità prevalente x 100) / totale utenti					
	9,8	10,5	10,8	11,4	11,2
<b>Incidenza tipologica dell'utenza minorile (area sociopedagogica)</b> = (0-17enni utenti dell'area sociopedagogica x 100) / totale utenti					
Disabilità prevalente	40,5	37,9	36,2	37,5	36,2
cognitiva	52,0	k.D.	57,5	60,1	61,9
psichica	8,6	k.D.	7,6	7,3	7,5
fisica	5,4	k.D.	4,6	3,4	2,7
sensoriale	4,0	k.D.	3,6	3,1	2,8

### 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 Famiglia e 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 2012. 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

Alla fine del 2012 erano disponibili per la prima infanzia 693 posti presso gli asili nido pubblici e 907 presso strutture private (complessivamente 1.600 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. Tuttavia in considerazione del grado di sviluppo raggiunto dai servizi sociali nel loro complesso una tale carenza non sembra avere un'importanza rilevante. 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 2012	Piano sociale provinciale		Fabbisogno di posti al 31/12/2012
		Obiettivo I (125 posti / 1.000 bambini nella fascia di età)	Obiettivo II (150 posti / 1.000 bambini nella fascia di età)	
Totale	2.454	2.005	2.406	- (-)
di cui				
asili nido pubblici	693			
asili nido aziendali	193	1.289	1.416	- (-)
strutture private per la prima infanzia	714			
Tagesmutter	854	716	990	- (+136)

Per minori con problemi psichici appaiono nel frattempo raggiunti o quasi raggiunti gli obiettivi del Piano sociale provinciale. Occorre tuttavia intervenire ancora sulle strutture sociopedagogiche 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 sociopedagogica che sia al contempo flessibile e quanto più possibile adeguata al fabbisogno.

MINORI

Tabella 13.4: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza ai minori

Strutture sociopedagogiche per minori	Situazione posti al 2012	Situazione posti al 2012	Fabbisogno al 31.12.2012
Totale	297	414	+117
di cui			
Strutture residenziali per minori	Situazione posti al 2012	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2012
case famiglia	18		
comunità alloggio	132	255	+63
residenze assistite	42		
Centri diurni	Situazione posti al 2012	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2012
Centri diurni per minori	79	120	+41
Centri diurni per minori con problematiche psichiche/ psichiatriche (centri diurni sociopedagogici integrati)	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 161 posti indicata per il 2012 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.

ASSISTENZA APERTA AGLI ANZIANI

Tabella 13.5: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza aperta agli anziani

Assistenza diurna	Situazione posti	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2012
<b>Totale</b>	<b>161</b>	<b>226</b>	<b>65</b>

Parametri assistenza diurna: 5 posti per 1.000 abitanti oltre i 74 anni.

ASSISTENZA RESIDENZIALE  
AGLI ANZIANI

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 2012	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2012
<i>Totale</i>	4.112	4.023	---
<i>di cui</i>			
<i>case di riposo/centri di degenza *</i>	3.986	3.887	---
<i>ricoveri temporanei **</i>	126	136	10

\* 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.

LA COPERTURA  
IN CIFRE

### (C) PERSONE CON DISABILITÀ

VALUTAZIONE  
COMPLESSIVA

Le indicazioni di fabbisogno formulate nel Piano sociale provinciale per le aree "assistenza occupazionale" e "assistenza diurna" si possono considerare nel frattempo quasi raggiunte con l'offerta, al fine 2012, di 984 posti. Ciò vale più o meno, come rivela con chiarezza la tabella che segue, per il più ambizioso e lontano Obiettivo II. Una chiara 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

Strutture residenziali per le persone con disabilità	Situazione posti al 2012	Piano sociale provinciale		Fabbisogno di posti al 31/12/2012
		Obiettivo I	Obiettivo II	
<i>Totale</i>	418	531	584	+113 (+166)
<i>di cui</i>				
<i>convitti</i>	290			
<i>alloggi di addestramento</i>	19	531	584	+113 (+166)
<i>comunità alloggio</i>	109			
Assistenza occupazionale e diurna per le persone con disabilità	Situazione posti al 2012	Piano sociale provinciale		Fabbisogno di posti al 31/12/2012
		Obiettivo I	Obiettivo II	
<i>Totale</i>	984	1.009	1.042	+25 (+58)
<i>di cui</i>				
<i>laboratori riabilitativi</i>	747			
<i>laboratori</i>				
<i>attività socio-assistenziali diurne</i>	237	1.009	1.042	+25 (+58)

#### (D) DISAGIO PSICHICO

Rispetto alle indicazioni del Piano sociale provinciale si osservano sia nel settore residenziale che in quello semiresidenziale talune carenze nell'assistenza. Come già osservato in precedenza con riferimento ai disabili, anche in questo caso nell'interpretare i dati occorre tener conto del fatto che in tempi recentissimi sono state sviluppate - o ulteriormente sviluppate - nuove forme di accompagnamento abitativo (accompagnamento abitativo sociopedagogico) e di assistenza abitativa, come ad esempio la sistemazione presso famiglie affidatarie. Occorrerà ora verificare in quale misura queste innovazioni potranno o dovranno condurre ad una revisione dei parametri definiti dal Piano sociale provinciale. Il limitato numero di domande concrete non soddisfatte nel corso dell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale - sia per l'assistenza residenziale che per quella semiresidenziale (vedi il cap. 7.) -, fa peraltro apparire auspicabile questa ipotesi.

Tabella 13.8: Livelli e obiettivi di copertura nel settore dell'assistenza alle persone con disagio psichico

Servizi residenziali	Situazione posti al 2012	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2012
<i>Comunità alloggio</i>	98	133	+35
Servizi semiresidenziali	Situazione posti al 2012	Obiettivo posti PSP	Fabbisogno al 31.12.2012
<i>Totale</i>	233	266	+33
<i>di cui</i>			
<i>strutture di riabilitazione lavorativa</i>	195	266	33
<i>centri diurni</i>	38		

VALUTAZIONE  
COMPLESSIVA

(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

LA COPERTURA  
IN CIFRE

<b>Strutture residenziali e lavorative</b>	<b>Situazione posti al 2012</b>	<b>Obiettivo posti PSP</b>	<b>Fabbisogno al 31.12.2012</b>
Comunità alloggio	23	53	30
Laboratori protetti	61	149	88
Strutture diurne a bassa soglia	k.D.	90 presenze al giorno	---

VALUTAZIONE  
COMPLESSIVA

(F) PERSONE IN SITUAZIONI DI DISAGIO E MARGINALITÀ SOCIALE

Nel campo dell'assistenza a persone in situazioni di particolare disagio sociale, i valori di riferimento indicati nel Piano sociale provinciale non vengono di fatto raggiunti - in misura più o meno evidente - in particolare per quanto riguarda le strutture abitative per i profughi/ricipienti asilo e per i cittadini extracomunitari di recente immigrazione. 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

LA COPERTURA  
IN CIFRE

<b>GRUPPO</b>	<b>Situazione posti al 2012</b>	<b>Obiettivo posti PSP</b>	<b>Fabbisogno al 31.12.2012</b>
<b>Profughi/ricipienti esilio</b>			
Servizi residenziali – strutture abitative per i richiedenti asilo	132	150	+18
<b>Cittadini extracomunitari/persona di recente immigrazione</b>			
Accoglimenti temporanei (di emergenza/ prima accoglienza)	112*	133	+21
Senza dimora			
Totale	223	241	+18
Struttura di accoglienza (compreso i centri crisi)	173	161	-
Ricoveri per l'emergenza freddo	50	80	+ 30

\* compreso il centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati (12 posti)

VALUTAZIONE  
COMPLESSIVA

(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. Un valore indicativo si trova nel Piano solo con riferimento all'organico nel suo complesso. Con riferimento al 2009 il Piano sociale indica un numero complessivo di 5.798 operatori equivalenti effettivi a tempo

pieno. Applicando il criterio dell'incremento demografico, per il 2012 ci sarebbe un fabbisogno di 6.159 operatori equivalenti effettivi a tempo pieno, il che significa una sottocopertura di 434 unità.

Tabella 13.11: Livelli e obiettivi di copertura nel campo del personale addetto al settore sociale

	<i>Situazione posti al 31/12/2012</i>	<i>Obiettivo LSP</i>	<i>Fabbisogno di personale al 31.12.2012</i>
<i>Operatori</i>	7.613	----	---
<i>Operatori equivalenti a tempo pieno</i>	6.169,4	----	---
<i>Operatori equivalenti a tempo pieno effettivamente in servizio</i>	5.725,0	6.159,0	434,0

LA COPERTURA  
IN CIFRE