Relazione Sociale

2015

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Abteilung 24 - Soziales

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Ripartizione 24 - Politiche sociali

Impressum

Ripartizione Politiche Sociali
Via C. Michael Gamper 1
39100 Bolzano
E-mail: politiche.sociali@provincia.bz.it

Libera Università di Bolzano
Facoltà di Scienze della Formazione
Viale Ratisbona 16
39042 Bressanone
E-mail: faculty.education@unibz.it

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

Dicembre 2015

unibz

Fakultät für Bildungswissenschaften Brixen
Facoltà di Scienze della Formazione Bressanone
Facultà de Scienzes dla Formazion Persenon

Premessa

Con la pubblicazione delle Statistiche Sociali e della Relazione Sociale la Ripartizione Politiche sociali dell'Amministrazione Provinciale altoatesina documenta i provvedimenti ed i servizi nel settore della politica e dei servizi sociali della Provincia nonché il loro finanziamento.

I dati sui quali si base la Relazione Sociale sono in gran parte il prodotto dell'attività del Sistema Informativo Provinciale Socio-Assistenziale (SIPSA), gestito dalla Ripartizione Politiche sociali in collaborazione con gli enti gestori dei servizi sociali.

Le relazioni sulle attività sociali hanno innanzi tutto un'importante funzione informativa, non solo per coloro che si occupano del settore sociale, bensì in prima linea per il pubblico, nei confronti del quale la politica sociale deve identificarsi, ma dove deve anche comunicare il suo significato all'intera società.

La Relazione Sociale della Provincia Autonoma di Bolzano rappresenta una fonte importante di informazioni per lo sviluppo del welfare e per il modo in cui la politica sociale affronta le attuali sfide ed i cambiamenti sociali in corso. Pertanto rappresenta anche una base importante per la valutazione e la programmazione delle misure e delle politiche sociali e per la loro connessione ad altri campi politici.

La presente Relazione Sociale tratta in prima linea gli sviluppi socio-demografici nonché gli orientamenti e le tendenze di sviluppo della politica sociale altoatesina. Di seguito sono descritti la struttura organizzativa e le competenze sia degli enti pubblici sia delle organizzazioni private, gestori dei servizi sociali, nonché sono messi in evidenza i potenziali dell'autosostegno e il ruolo di una società civile impegnata. Successivamente la relazione si concentra su diversi gruppi target, campi di azione e settori di servizi nonché su aspetti del finanziamento del sociale. Tuttavia questa rappresentazione, in parte organizzata secondo categorie di bisogni ed interventi, non deve far passare in secondo piano che la politica sociale e il lavoro sociale in fondo non operano pensando in categorie, ma si devono orientare nel complesso alle condizioni di vita e agli legami e spazi sociali sul territorio, alla luce del contesto della società in cambiamento e con la pretesa di giustizia sociale.

La stesura della relazione sociale 2015 è stata affidata al settore sociale della Facoltà di Scienze della Formazione presso la Libera Università di Bolzano. Per la presente relazione è stato scelto un formato nel quale, accanto alla relazione ufficiale, le singole aree tematiche sono commentate ed elaborate ulteriormente da esperte ed esperti e dove si fa riferimento come modello a progetti ed innovazioni presentati nell'ambito dell'iniziativa "Cultura Socialis".

Il risultato di questa coproduzione dimostra che la gestione del sociale necessita da un lato di una politica sociale che abbia il coraggio di realizzare con determinazione progetti lungimiranti, ma che d'altro canto deve ricorrere al contributo di diversi e numerosi attrici e attori sociali.

Le lettrici ed i lettori attenti incontreranno nei e tra i numeri, le righe, gli interventi e gli esempi riportati tendenze e domande delle quali il settore sociale e gli attori che partecipano alla formazione di esso in Alto Adige continueranno ad occuparsi.

Responsabile del progetto
Susanne Elsen

Coordinamento generale
Urban Nothdurfter

Gruppo redazionale
Urban Nothdurfter, Sabina Frei, Gerlinde Haller e Susanne Elsen

Autrici e autori
Walter Lorenz, Susanne Elsen, Giulia Cavrini, Carlo Lallo, Luca Critelli, Urban Nothdurfter, Sabina Frei, Gerlinde Haller, Armin Berhard, Werner Schefold, Lothar Böhnisch, Sylvia Rainer, Claudia Lintner, Oscar Kiesswetter, Kolis Summerer, Sigrid Mairhofer, Peter Koler, Christina Tinkhauser, Alexander Nitz, Nadja Schuster, Elisabeth Tauber, Karl Tragust, Reinhard Gunsch, Heiner Keupp.

Elaborazione ed analisi dati
Giulia Cavrini, Carlo Lallo, Gerlinde Haller, Oscar Kiesswetter, Sabina Frei.

Traduzioni
Oscar Kiesswetter, Sylvia Rainer, Veronica Panella, Helga Gurndin Rainer, Studio Traduc.

Realizzazione grafica
Irmi Unterfrauner alias idee + form

Indice

Premessa 4
Introduzione 8

1. Il contesto sociale e demografico in Alto Adige 11

Economie per migranti in Alto Adige 13
Orto interculturale "Semirurali" CULTURA SOCIALIS 2014 25
La disoccupazione – un problema sociale serio 27

2. Politica sociale e servizi sociali in sintesi 35

Cultura Socialis – una campagna esemplare per la promozione dell'innovazione sociale 37
Lo spazio, il tempo, il sociale: Ripensare l'organizzazione del sociale in un'ottica innovativa 41
Orientamento alla spazialità sociale 42
Il tronco della cultura di Verdignes CULTURA SOCIALIS 2014 45
Adam und Epfl CULTURA SOCIALIS 2014 51

3. Servizi ed interventi trasversali 55

4. Famiglia, prima infanzia e minori 77

Af Zack CULTURA SOCIALIS 2014 79
Tutela dei minori 93

5. Anziani 101

Prospettive per l'organizzazione di cura e sostegno in età avanzata sul territorio 108
Consultorio per l'assistenza e il sociale CULTURA SOCIALIS 2013 112

6. Persone con disabilità 117

La politica resa facile per persone con difficoltà di apprendimento CULTURA SOCIALIS 2014 120
Partecipazione 132

7. Disagio psichico e dipendenze 147

Fate il nostro gioco CULTURA SOCIALIS **2014** **153**
Verführungen CULTURA SOCIALIS **2014** **162**
Malattie di dipendenza **169**

8. Persone con esigenze speciali 171

Fotografia partecipativa con profughi CULTURA SOCIALIS **2014** **176**
Sinti e Rom **181**
VinziBus – Una stazione di rifornimento di calore umano CULTURA SOCIALIS **2013** **184**
Casa della Solidarietà "Luis Lintner" a Bressanone **185**
Persone in fuga ed il confine del Brennero **188**

9. Trasferimenti pubblici 189

Abitare – una questione socio-politica **201**

10. La previdenza integrativa della regione e della provincia 221

La preoccupazione della prevenzione **230**
Previdenza ed assistenza economico-sociale **234**

11. Il personale dei servizi sociali 235

Cambiamento delle identità professionali nel lavoro sociale **239**
Sfide e rischi per chi lavora nel sociale **254**

12. Il finanziamento dei servizi socio-assistenziali 255

Introduzione

Walter Lorenz

La crisi finanziaria ed economica che dal 2008 sconvolge praticamente tutti i paesi e le cui conseguenze si espandono rapidamente a causa della messa in rete globale del sistema economico, è stata sorprendentemente limitata in Alto Adige. Ciò è dovuto da un lato ad un sistema orientato a prodotti gestibili, flessibili e specializzati di aziende relativamente piccole, d'altro lato ad una politica che aspira ad un mix equilibrato di responsabilità pubblica e privata e dunque non decaduta ad un'ideologia neoliberale che lascia soprattutto ai meccanismi del libero mercato la guida di processi economici e sociali. Così è stata significativamente limitata in Alto Adige la disoccupazione e soprattutto la disoccupazione giovanile, che negli altri stati europei e in particolar modo in altre parti d'Italia, raggiungeva dimensioni disastrose. Tuttavia è da osservare, proprio in considerazione del verificarsi di cambiamenti non rilevanti nelle condizioni di vita della popolazione altoatesina, che comunque si delineano cambiamenti ai quali la politica deve reagire e ai quali la popolazione deve essere preparata, per poter mantenere l'equilibrio tra continuità e trasformazione, caratteristico dell'Alto Adige.

Il presente report sociale dunque dà alla politica soprattutto lo spunto per differenziare chiaramente il significato positivo e negativo di indicatori di cambiamento e definire così determinate priorità per lo sviluppo futuro, discusse con una popolazione responsabile. La politica sociale è e rimane uno strumento di guida centrale che, oltre alle implicazioni materiali, ha anche un significato simbolico. Il paesaggio sociopolitico europeo è caratterizzato da una serie di indicatori, riconoscibili anche in questa Relazione Sociale, anche se parzialmente espressi solo in forma quasi impercettibile, cosicché la politica non è costretta ad agire con urgenza.

Caratteristico per il quadro generale europeo è il cambiamento demografico. Da un lato i miglioramenti nell'assistenza sociale e sanitaria hanno portato ad un costante accrescimento della durata media della vita, il quale però da parte sua produce ulteriori costi di mantenimento con contemporanea riallocazione dei rapporti tra la popolazione di lavoratori subordinati e la popolazione dipendente da prestazioni di ridistribuzione. D'altra parte sempre più giovani indotti da guerra e stati d'emergenza economici si spingono in Europa, senza però essere totalmente integrati nei sistemi sociali ed economici dei singoli paesi. Le conseguenze di questi sviluppi sono incalcolabili, nascondono sia rischi che opportunità. Questi cambiamenti sono accompagnati da una chiara mutazione di valori, il sostegno sociale alle persone anziane trovando l'approvazione di gran parte della popolazione, mentre cala il consenso a prestazioni sociali a favore di giovani, p.es. in situazioni di disoccupazione oppure anche a causa di cittadinanza non-nazionale.
Riflessioni meritocratiche apparentemente hanno maggior peso dei principi dei diritti universali sull'assistenza base sociale e politica e opinione pubblica rafforzano reciprocamente questo trend. Attraverso corrispondenti riallocazioni socio-politiche delle priorità, in combinazione con contratti di lavoro modificati, che riducono le sicurezze a suo tempo ottenute da parte dei sindacati, nasce un crescente fenomeno del precariato, cioè della povertà tra i lavoratori subordinati, il cui rischio di povertà non era previsto nelle misure tradizionali della politica sociale e per i quali non vengono messe a disposizione nuove prestazioni efficaci.

Queste tendenze mostrate solo sulla base di un esempio vengono affiancate da un'enfatizzazione dell'individualismo, che concede al singolo cittadino maggiore responsabilità autonoma con contemporanea promessa di maggiore libertà. Così nell'area sociale il focus si sposta da una mentalità di approvvigionamento attraverso la mano pubblica, che a volte viene considerato come indiscusso compito di uno stato sociale legittimato, in direzione di una capacità del singolo di poter scegliere autonomamente tra un mix di offerte di prestazioni pubbliche e private. Così nasce un nuovo rapporto tra le istituzioni pubbliche e quelle che si basano su iniziative di società civile e sempre più anche quelle di aziende commercialmente operanti.

In Alto Adige questo principio è stato messo in pratica soprattutto sotto forma del assgeno di cura, un modello che ha portato ad una chiara riproduzione delle offerte, che però lascia sempre indeterminato il fatto se con ciò gli interessati ricevono le migliori prestazioni effettivamente adatte ai loro bisogni. In considerazione della continuità che si esprime in generale nella maggior parte delle rimanenti prestazioni sociali in Alto Adige, cioè nei principi che si trovano alla loro base, questo "esperimento" merita particolare attenzione ed il suo sviluppo deve essere analizzato in connessione con altri indicatori. Poiché lo spostamento dei costi di diverse prestazioni finanziarie sociali segnala che anche in Alto Adige devono essere affrontate nuove condizioni di bisogno in modo attuale e preventivo tra la popolazione di lavoratori subordinati. La popolazione di questo paese solitamente dispone ancora di un considerevole capitale sociale in forma di familiari che vivono nelle immediate vicinanze, di circoli ed associazioni sociali, e la soddisfazione nei confronti dei servizi pubblici in generale è alta. Proprio per questo coloro che cadono in difficoltà devono superare lo scrupolo rappresentato dalla richiesta di un aiuto pubblico. Così cresce anche il numero di coloro che necessitano di sussidio pubblico nonostante abbiano un lavoro, che cercano però l'aiuto solo quando l'indebitamento ha raggiunto livelli considerevoli.

Alla totalità delle crescenti richieste verso la struttura sociale si oppone una riduzione dei fondi pubblici a disposizione, il che significa che le risorse devono essere applicate in modo efficiente. Nella scarsa crescita delle offerte di prestazioni di servizi, come si registra da alcuni anni in Alto Adige, e nella invece constatabile diversificazione di offerte attraverso una varietà di enti s'intravede l'opportunità di trasferire la responsabilità della sicurezza sociale a diverse parti in causa. Ciò può però portare a una maggiore efficienza ed a risultati durevoli solamente affrontando una discussione pubblica con la quale esporre alla popolazione in modo trasparente le condizioni quadro ed esaminando le sue necessità apertamente. Il cambiamento verso nuove condizioni di bisogno in Alto Adige si compie abbastanza lentamente, così da agevolare lo sviluppo organico di nuovi modelli socio-politici che considerano la particolare situazione di questo paese in un contesto internazionale, senza portare a bruschi "cambiamenti di regime" che comporterebbero disorientamento, producendo alla fine un alterato quadro delle necessità e delle possibilità. L'intesa solidale di una società richiede il costante rinnovo del contratto sociale costituente tra cittadine e cittadini autonomi ed un governo trasparente, che mostra il coraggio di avere delle prospettive.

1.

Il contesto sociale e demografico in Alto Adige

Giulia Cavrini e Carlo Lallo

1.1 Aspetti demografici: fattori strutturali e nuove tendenze

1.1.1 Superficie e densità demografica

SITUAZIONE GENERALE

Il territorio, esclusivamente montano , della Provincia di Bolzano si estende su circa 7.400 Km2. Al 31/12/2014 la popolazione residente in Provincia di Bolzano ammontava a 518.518 abitanti, in leggero aumento rispetto al 2013 (2.804 persone in più, che corrisponde ad una variazione relativa di + 5,4 per 1.000 abitanti). Con un'età media pari a 41,8 anni, la provincia di Bolzano è una delle provincie più giovani d'Italia. L'età media nazionale nel 2014 era pari, infatti, a 43.7 anni.
Nella tabella 1.1 viene riportata la popolazione residente in Alto Adige, distintamente per sesso, e la densità abitativa degli ultimi 13 anni. L'incremento demografico è il più basso dell'ultimo decennio (a parte quello del 2011, in cui si è registrato un decremento vero e proprio, ma che potrebbe essere imputabile ad una correzione dovuta alla revisione anagrafica post-Censimento del 2011[2]).

[T.1.1] Popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol, per anno, sesso e densità abitativa media complessiva. (Superficie = 7.398,38 Km²)

31 gennaio dell´anno	Maschi	Femmine	Totale	Densità abitativa media (Abitanti per Km²)
2002	230.188	237.150	467.338	63,17
2003	232.699	238.936	471.635	63,75
2004	235.671	241.396	477.067	64,48
2005	238.626	244.024	482.650	65,24
2006	241.234	246.439	487.673	65,92
2007	244.164	249.746	493.910	66,76
2008	246.437	252.420	498.857	67,43
2009	248.563	254.871	503.434	68,05
2010	250.674	256.983	507.657	68,62
2011	248.407	256.301	504.708	68,22
2012	250.924	258.702	509.626	68,88
2013	254.328	261.386	515.714	69,71
2014	255.792	262.726	518.518	70,09

Fonte: Elaborazioni proprie su dati Istat

Nel 2014 circa il 16 % della popolazione risultava costituito da bambini sotto il 14 anni, mentre il 19,5 % era rappresentato da persone di 65 anni e oltre. Si notano però differenze distributive a livello territoriale (Tabella 1.2). Infatti, il Comprensorio che presenta la

1 In Italia le due regioni con territorio esclusivamente montano sono Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige. Fonte Istat – Annuario Statistico Italiano 2014.
2 Come riferito anche dall'ASTAT, nel Manuale demografico della Provincia di Bolzano del 2014.

percentuale maggiore di ultrasessantacinquenni è quello di Bolzano, dove essi rappresentano il 23,4 %; il comprensorio più "giovane", ovvero con la quota di anziani minore è l'Alta Valle Isarco.
Discorso complementare per quanto riguarda la percentuale di bambini di età inferiore o uguale a 14 anni. Il comprensorio con la quota più bassa è quello di Bolzano, mentre il comprensorio con la quota più alta è rappresentata dalla Valle Isarco.

[T.1.2] Popolazione residente in Alto-Adige per Comunità comprensoriale e tre principali fascia di età, anno 2014 (Dati in percentuale sul totale dei residenti della Comunità comprensoriale)

DIFFERENZE TERRITORIALI

Comunità Comprensioriale	Popolazione in percentuale sul totale Comunità Comprensoriale			Età media
	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	
Alta Valle Isarco	16,63 %	66,84 %	16,54 %	40,22
Bolzano	14,48 %	62,07 %	23,45 %	44,18
Burgraviato	15,72 %	64,93 %	19,35 %	41,87
Oltradige - Bassa Atesina	16,15 %	65,80 %	18,05 %	41,36
Salto-Scillar	17,28 %	65,30 %	17,42 %	40,15
Val Pusteria	17,02 %	66,10 %	16,88 %	40,19
Val Venosta	15,54 %	67,14 %	17,32 %	40,89
Valle Isarco	17,49 %	65,67 %	16,84 %	40,04

Fonte: Elaborazione propria su dati Astat

Le caratteristiche territoriali rendono la provincia di Bolzano relativamente poco popolata. Infatti la densità media sull'intero territorio, pur essendo incrementata dal 2002 ad oggi, ammonta a circa 70 abitanti per km². La distribuzione spaziale della popolazione sul territorio provinciale è però disomogenea. Infatti, osservando la tabella 1.2 si può osservare un'alta variabilità legata alla tipologia del comprensorio considerato. Infatti,

Economie per migranti in Alto Adige
Claudia Lintner

Come nel resto d'Italia anche in Alto Adige aumenta il numero di imprenditori ed imprenditrici con un background di migrazione. Attualmente si contano 3.545 imprenditori ed imprenditrici migranti e la tendenza è in aumento. Quasi il 60 % sono originari da paesi extra UE (Provincia Autonoma di Bolzano 2013: 19). Spesso in alternativa al pericolo di disoccupazione molte persone migranti proprio in tempi di crisi economica osano la via della impresa propria. Ciò è strettamente connesso alle difficoltà che le/i migranti incontrano sul mercato di lavoro locale. La crisi economica, considerando attuali studi (Fondazione Leone Moressa 2012), non ha influito in modo negativo solamente alla quantità delle possibilità di lavoro, ma soprattutto anche alla qualità delle condizioni lavorative.
Solitamente collocati in reti sociali e religiose, gli imprenditori e le imprenditrici migranti si intromettono nel mercato e creano così nuovi circoli economici locali, volti alle necessità concrete delle persone. La via dell'imprenditorialità può così essere considerata una risposta individuale a problemi sociali più ampi (come p. es. l'aumento della disoccupazione). Ciò nonostante, come mostrano gli esempi locali, esistenze precarie spesso non possono essere superate con l'imprenditorialità che così difficilmente riesce a sviluppare il potenziale di una durevole stabilizzazione del mercato del lavoro (creazione di nuovi posti di lavoro e di formazione professionale). Ciò è dovuto soprattutto ad una mancanza di coinvolgimento istituzionale. Dare continuità a questi progetti ovvero il loro coinvolgimento sulla base della solidarietà e della responsabilità sociale è dunque un passo necessario. Ciò può essere raggiunto ad esempio attraverso il networking di stakeholder diversi che coinvolgono sia rappresentanti dell'economia e della politica nonché rappresentanti della sfera socio-culturale e degli ambienti di vita diversi. La formazione di una tale lobby può essere di importanza fondamentale sia nella consulenza che nel sostegno di progetti individuali.

mentre nella città di Bolzano, in cui si concentra circa un quinto dell'intera popolazione provinciale, vivono 2.029 persone per chilometro quadrato, nelle altre aree comprensoriali la densità per Km² si abbassa notevolmente, toccando quota 174,56 solo nella comunità comprensoriale dell'Oltradige-Bassa Atesina. Valori superiori alla media territoriale si riscontrano anche nel Burgraviato (91,9) e nella Val d'Isarco (83,3).

[T.1.3] Popolazione per sesso, densità abitativa e numero comuni compresi in Alto-Adige/Südtirol per Comunità Comprensoriale, anno 2014.

Comunità Comprensoriale	Superficie in Km²	Popolazione			Abitanti per Km²	Numero Comuni compresi
		Maschi	Femmine	Totale		
Alta Valle Isarco	674,34	11.014	10.585	21.599	32,03	6
Bolzano	52,29	50.700	55.410	106.110	2.029,19	1
Burgraviato	1.099,45	49.615	51.449	101.064	91,92	26
Oltradige - Bassa Atesina	423,22	36.446	37.432	73.878	174,56	18
Salto-Scillar	1.039,99	24.724	24.483	49.207	47,31	13
Val Pusteria	2.068,71	40.714	40.520	81.234	39,27	26
Val Venosta	1.440,46	17.917	17.555	35.472	24,63	13
Valle Isarco	599,92	24.662	25.292	49.954	83,27	12

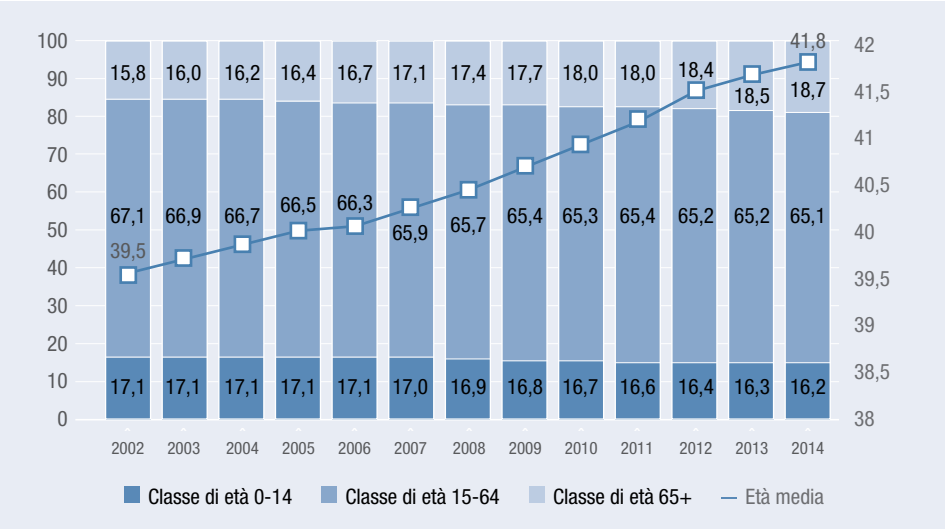
Fonte: Elaborazioni proprie su dati Astat e Istat

1.1.2 Sviluppo demografico

INCREMENTO DEMOGRAFICO

Il numero degli abitanti della provincia è cresciuto in continuazione negli ultimi decenni, ma il tasso di crescita totale del 2014 ha subito una flessione rispetto agli anni precedenti e la crescita è stata di entità inferiore, solo il 5,4 per mille. L'età media della popolazione alto-atesina è cresciuta passando da 39.5 nel 2002 agli attuali 41.8 (Grafico 1.1).

[G.1.1] Età media della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol e suddivisione per le 3 principali classi di età, anni 2002-2014 (Dati in percentuale)



Il movimento demografico è determinato dai fenomeni delle nascite e delle morti, che ne costituiscono le componenti naturali o biologiche, e dalle migrazioni, che rappresentano invece la componente spaziale o sociale. Il *saldo complessivo* tiene conto del *saldo migratorio* (immigrati – emigrati) e del *saldo naturale* (nati – morti), e indica, se positivo, un incremento numerico della popolazione.
L'andamento demografico provinciale nel 2014 ha confermato il trend in crescita, già evidenziato negli ultimi anni. Come abbiamo già detto in precedenza, il numero degli abitanti della provincia è cresciuto in continuazione negli ultimi decenni e, in particolare, la crescita degli ultimi anni è imputabile principalmente al saldo migratorio positivo. Nella tabella 1.4 possiamo riscontrare che il saldo naturale dal 2002 al 2014 presenta leggerissime fluttuazioni, mentre il saldo migratorio è molto variabile, sempre in senso positivo, portando ad un tasso di crescita oscillante tra il 7 e il 12 per mille (a parte l'ultimo anno).

[T.1.4] Dinamica generale della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol suddivisa per saldo naturale e saldo migratorio, anni 2002-2014. (Dati per mille abitanti)

Anno	Saldo naturale (per mille abitanti)	Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	Tasso di crescita totale (per mille abitanti)
2002	3,3	5,0	8,3
2003	3,1	4,2	7,3
2004	3,6	5,8	9,4
2005	3,6	6,4	10,0
2006	3,5	6,7	10,2
2007	3,7	8,1	11,8
2008	3,2	5,9	9,2
2009	2,9	4,7	7,6
2010	3,0	4,0	7,0
2011	2,7	4,4	7,1
2012	2,4	7,3	9,7
2013	2,4	9,5	11,9
2014	2,7	2,7	5,4

Fonte: Istat

NATALITÀ

Il tasso di natalità, che esprime il rapporto tra i nati vivi e la popolazione residente, ha subito un leggero decremento negli anni, passando da 11,8 ‰ del 2000 agli attuali 10,7 ‰. Il tasso è sceso sotto 11,0 ‰ nel 2008; dopo tale anno, in realtà il valore è rimasto sostanzialmente stabile. Il dato, però, presenta qualche differenza a livello comprensoriale: valori più alti si registrano in Alta Valle Isarco e in Valle Isarco, mentre il dato più basso si registra nel Comprensorio di Bolzano. Questi dati sono in accordo con la struttura per età delle diverse realtà comprensoriali, presentando Bolzano una struttura più anziana rispetto agli altri due comprensori menzionati e, più in generale, a tutti gli altri.
Volendo fare un confronto con le altre regioni italiane, occorre comunque sottolineare come la provincia di Bolzano presenti il tasso di natalità più elevato. Il dato medio nazionale del 2014 si attesta intorno all'8,3 ‰, ma con regioni che scendono al di sotto del 7, quali la Liguria (6,8 ‰) e la Sardegna (6,9 ‰).
Considerando i dati europei, nel 2012, il tasso grezzo di natalità dell'UE-28 era pari a 10,4 nascite per mille abitanti. Tra gli Stati membri dell'UE, il tasso grezzo di natalità

ha raggiunto il picco di 15,7 nascite per mille abitanti in Irlanda, ma ha registrato valori relativamente alti anche in Regno Unito (12,8) e in Francia (12,6). Per quanto riguarda invece i valori più bassi, nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale (Bulgaria, Croazia, Ungheria, Polonia e Romania), dell'Europa meridionale (Grecia, Spagna, Italia, Malta e Portogallo), così come in Germania, Lettonia e Austria, il tasso grezzo di natalità era minore o uguale a 10,0 nascite per mille abitanti. Rispetto ai dati del 2009, si è rilevato un calo dei tassi di natalità nella maggior parte degli Stati membri dell'UE: ciò potrebbe suggerire che la crisi economica e finanziaria abbia influenzato la decisione di avere figli. Se osserviamo il grafico 1.2 possiamo osservare che dopo il forte calo avvenuto dopo il 1980, a partire dal 2008 si osserva in tutte le regioni italiane, a parte il Trentino Alto-Adige, in cui la diminuzione è più contenuta, un forte decremento del tasso di natalità.

MORTALITÀ

Per quanto riguarda il tasso di mortalità (Tabella 1.5), a livello nazionale si è osservato una diminuzione nel numero dei decessi, in particolare nelle regioni del Centro e del Nord Italia. Il tasso di mortalità nel 2014 in Italia era pari a 9.8 con variazioni importanti tra le diverse regioni: il valore più basso si riscontra proprio nella provincia di Bolzano, dove è risultato pari a 8.0 per mille, mentre il valore più elevato si è osservato in Liguria (13 ‰). Dobbiamo specificare che tale tasso è correlato con la struttura per età della popolazione, risultando più elevato nelle regioni più fortemente invecchiate, come è appunto la Liguria.

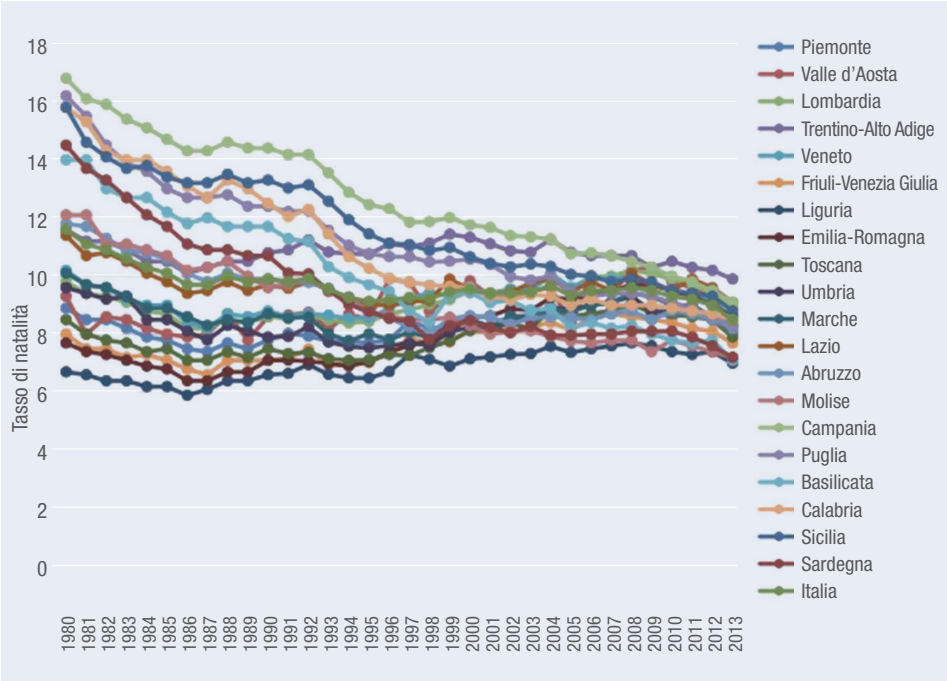
Considerando i dati del tasso di mortalità relativo all'Alto Adige distinti per Comunità comprensoriale (Tabella 1.5), possiamo osservare che il valore più elevato è registrato nella comunità di Bolzano mentre quelli più bassi si registrano in Val Pusteria e in Valle Isarco.

[T.1.5] Dinamica della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol per Comunità comprensoriale, anno 2014 (dati per mille abitanti, ‰)

Comunità comprensoriale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio	Tasso di crescita totale
Alta Valle Isarco	11,89	7,61	4,28	3,83	8,11
Bolzano	9,48	9,95	-0,47	4,22	3,75
Burgraviato	10,39	7,87	2,52	5,26	7,77
Oltradige - Bassa Atesina	10,68	8,16	2,52	2,40	4,92
Salto-Sciliar	11,17	7,14	4,03	1,18	5,21
Val Pusteria	11,15	6,68	4,46	0,51	4,97
Val Venosta	10,77	7,81	2,96	-1,78	1,18
Valle Isarco	11,75	6,78	4,97	2,76	7,73

Fonte: elaborazioni proprie su dati Astat 2015

[G.1.2] Andamento del tasso di natalità per le regioni italiane dal 1980 al 2014 (elaborazione propria su dati Health for All - Italia, ISTAT)



Fonte: Elaborazione propria su dati Istat (HFA Italia)

Lo studio delle dinamiche che caratterizzano una determinata popolazione non può prescindere dall'analisi di due componenti fondamentali: le caratteristiche strutturali (determinate da età, sesso, stato civile, etc.) e il movimento della popolazione (determinato da fenomeni della natalità, mortalità e mobilità). Nei prossimi paragrafi, quindi, seguirà l'analisi di queste due componenti.

1.2 Caratteristiche strutturali della popolazione

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

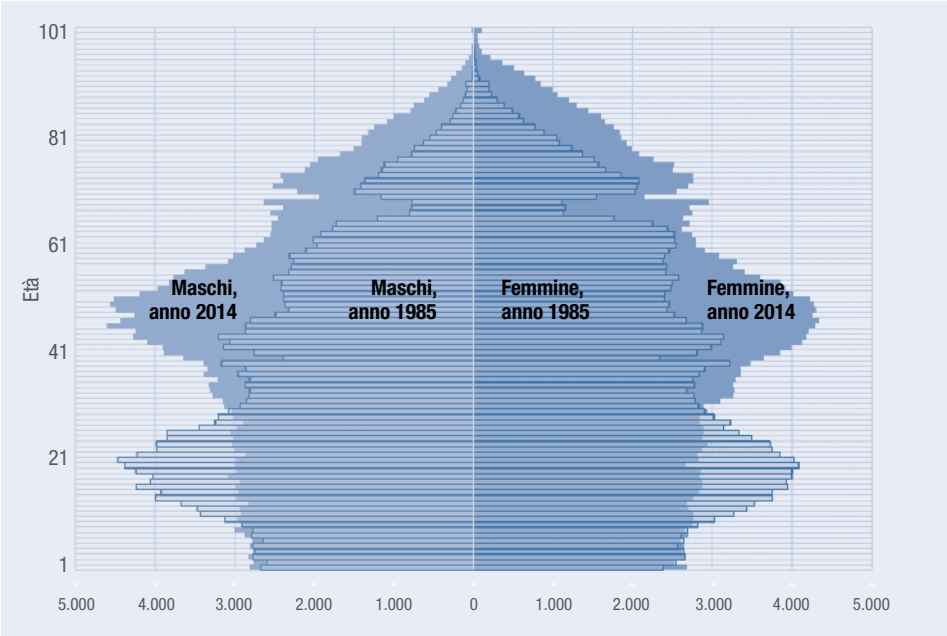
L'età e il sesso rappresentano due importanti attributi all'interno dei caratteri strutturali di una popolazione, pertanto la loro analisi è un primo e fondamentale momento descrittivo.

Graficamente la distribuzione per età della popolazione, distintamente per i due sessi e ad un dato riferimento temporale, è visualizzata mediante la piramide dell'età, che consente di confrontare le consistenze numeriche di classi quinquennali di età tra i due sessi. Alla base sono riportate le classi di età più giovani e all'apice le più anziane.

Il confronto tra le piramidi dell'età della Provincia di Bolzano per l'anno 1985 e 2014 mostra come la base della piramide, che corrisponde alle fasce di età più giovani, si sia mantenuta uguale tra i due anni per le età fino ai 9 anni, denotando un tasso di natalità simile. La parte della piramide relativa alle età 9-29 era più allargata nel 1985 mentre si è spostata verso l'alto nel 2014. Si tratta delle stesse persone che nel trentennio successivo ha raggiunto le età 39-59. Sostanzialmente, la piramide relativa al 2014 si è allungata. Inoltre, rispetto al 1985, si è allargata la parte superiore della piramide, che corrisponde alle classi di età più anziane. In particolare, si nota come le femmine siano in maggioranza rispetto agli uomini nel gruppo dei soggetti con più di 75 anni. Infatti, nel 1985 il rapporto di mascolinità all'età di 75 anni era pari a 71.3, mentre nel 2014 risulta essere uguale a 81,2, registrando un incremento del 13,8 %. Il numero degli ultra64enni in Italia, in generale, e in Alto Adige in particolare è aumentata nell'ultimo trentennio di circa il 113 %, passando da 47.408 a 101.167. La loro percentuale rispetto alla popolazione complessiva è salita da poco meno dell'11 % al 19,5 % attuali. D'altro canto, anche il numero degli ultra74enni è cresciuto, nello stesso periodo del 111% passando dal 4,6 % al 9,7 % della popolazione (1985: 19.715; 2014: 50.394). Infine, gli ultra-centenari residenti in Provincia di Bolzano nel 2014 erano 127, 24 maschi e 103 femmine (con un rapporto 1 maschio a 4 femmine, circa). Nel 1985 gli ultracentenari erano soltanto 3 (tutte femmine). Focalizzando l'attenzione sul genere femminile, che in questa fascia d'età si sa essere predominante, si nota che le ultra-centenarie rappresentano circa l'81 % sul totale degli over-100.

Come spiegato anche nel Rapporto Sociale del 2013, "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."

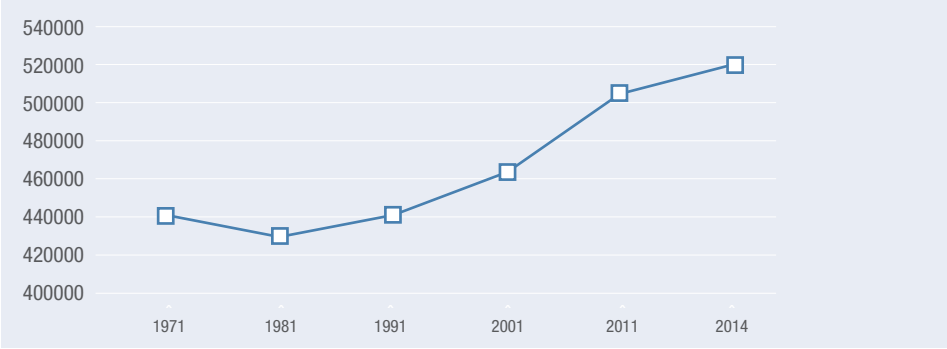
[G.1.3] Popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol per sesso ed età, anni 1985 e 2014



Fonte: Elaborazione su dati Istat.

Analizzando le rilevazioni censuarie, dal 1971 la popolazione Alto-Atesina è cresciuta di oltre 77.000 residenti (+17,6 %). Dopo un primo piccolo decremento tra il 1971 e il 1981, si è assistito ad una continua crescita che ha toccato l'apice nel 2011, con un incremento, rispetto al censimento precedente, pari a circa il 9 %. Tra il 2011 e il 2014 si assiste, invece, ad un incremento di intensità minore (Grafico 1.4).

[G.1.4] Popolazione residente ai censimenti (1971-2011 più 2014)



Fonte: Elaborazione su dati Istat.

INDICATORI DI DIPENDENZA

Per meglio valutare la distribuzione della popolazione per età, anche nell'ottica di evidenziare le dinamiche che regolano i processi d'invecchiamento e gli equilibri tra le classi attive e non, si utilizzano alcuni indicatori sintetici.
Per quanto riguarda il grado di invecchiamento della popolazione, si fa riferimento all'indice di vecchiaia, che si ottiene come rapporto (moltiplicato per 100) tra la popolazione residente con età maggiore di 65 anni e la popolazione in età compresa tra 0 e 14 anni. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi. Come si può notare dal grafico 1.5, l'indice di vecchiaia è aumentata costantemente

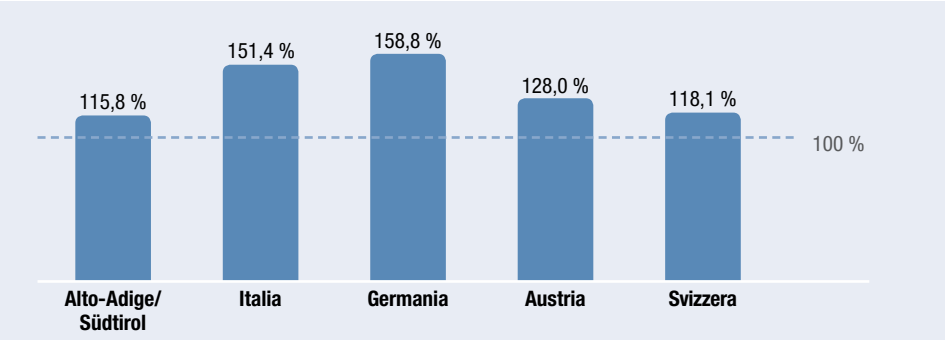
dal 2002 ad oggi passando dal 92 % al 115,80 %. Questo significa che mentre fino al 2006, la quota di giovanissimi (0-14 anni) era ancora superiore agli ultra65enni, a partire dal 2007 c'è stato il sorpasso delle età più anziane. In base alla previsione sull'andamento demografico fino al 2030, pubblicato dall'ASTAT nel 2014, l'indice di vecchiaia aumenterà notevolmente, toccando quota 170,8. Ciò significa che ogni 100 ragazzi ci saranno 170 persone di 65 anni e oltre. Le implicazioni sociali ed economiche di questo dato sono preoccupanti e non possono essere trascurate da chi si occupa delle politiche sociali.

[T.1.6] Principali indici di dipendenza della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol, anni 2002-2014 (valori in percentuale)

Anno	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia
2002	48,90 %	23,50 %	92,10 %
2003	49,40 %	23,80 %	93,30 %
2004	49,90 %	24,20 %	94,50 %
2005	50,40 %	24,70 %	96,20 %
2006	50,90 %	25,20 %	97,60 %
2007	51,70 %	25,90 %	100,40 %
2008	52,10 %	26,40 %	102,70 %
2009	52,80 %	27,10 %	105,10 %
2010	53,00 %	27,50 %	107,50 %
2011	53,00 %	27,60 %	108,50 %

Fonte: Istat
Nota: Indice di dipendenza strutturale = [Pop (0-14) + Pop (65+)] / Pop (15-64)
Indice di dipendenza degli anziani = Pop (65+) / Pop (15-64)
Indice di vecchiaia = Pop (65+) / Pop (0-14)

[G.1.5] Indice di vecchiaia in Alto-Adige/Südtirol, Italia e Stati più prossimi, anno 2013 (valori in percentuale)

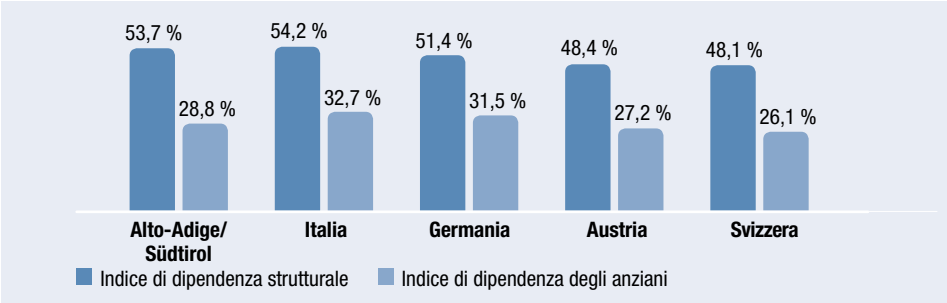


Fonte: Elaborazioni proprie su dati Eurostat

Un altro indicatore sintetico è l'indice di dipendenza totale o strutturale, che rappresenta il rapporto tra la popolazione residente in età 0-14 sommata alla popolazione con età superiore a 65 anni e la popolazione di 15-64 anni. Questo è un indicatore di rilevanza economica e sociale e confronta le persone che si presume non siano autonome per ragioni anagrafiche (giovanissimi e anziani) con quelle che si presume debbano sostenerle con il loro lavoro. In altre parole, tale indice esprime il carico della popolazione non attiva

su quella attiva. Anche tale indice è in costante aumento, passando da un valore di 48,9 % nel 2002 a 53.7 nel 2014 (+9,8 %). L'aumento dell'indice dipende, in gran parte, dalla crescita dei soggetti anziani residenti.
Infine, un ulteriore indicatore che può essere considerato per capire tale fenomeno è l'indice di dipendenza degli anziani o indice di dipendenza senile, ottenuto dal rapporto tra le persone ritirate dal lavoro (65 e oltre) e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni). Anche tale indice è stato in costante crescita dal 2002 (23,5 %) al 2014 (28,8 %). Secondo le previsioni ASTAT, tale indice salirà a 40,1 nel 2030. Pertanto, in futuro, l'invecchiamento e la diminuzione della popolazione in età lavorativa porterà quest'ultima a sentire sempre più sulle spalle il peso degli anziani.

[G.1.6] Principali indici di dipendenza in Alto-Adige/Südtirol, Italia e Stati più prossimi, anno 2013 (valori in percentuale)



Fonte: Elaborazioni proprie su dati Eurostat

1.2.1 Speranza di vita

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita rappresenta il numero medio di anni che una persona può attendersi di vivere ad una determinata età in quel territorio in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno considerato. In particolare, la speranza di vita alla nascita costituisce uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie di un paese, configurandosi, quindi, non solo come un indicatore demografico ma anche di sviluppo di un paese.
Nel territorio provinciale, nel 2014 il numero medio di anni che ci si attende di vivere alla nascita è pari a 81,3, se si è maschi, e a 85,7, se si è femmine. Tali valori sono aumentati sensibilmente dal 2002 ad oggi: per i maschi il guadagno in anni è stato di 3,5 anni mentre per le femmine è stato solo di 1,6 anni. Consideriamo anche che la differenza tra i due sessi è passata da 6,3 anni nel 2002 a 4,4 anni nel 2014. Che cosa significa? Che pur crescendo la speranza di vita nei due gruppi, tale incremento è più attenuato per le femmine e il divario si sta via via riducendo.
Per avere un quadro ancora più completo, possiamo considerare la speranza di vita a 65 anni. Per i maschi si è passati da 17,5 (nel 2002) a 19,6 (nel 2014) mentre per le femmine si è passati da 21,4 (nel 2002) a 23,4 (nel 2014). In questo caso, dal 2002 al 2014 si è assisto per i maschi che raggiungono i 65 anni ad un incremento lievissimo del guadagno medio, rispetto alla nascita (da 2,3 a 2,4 anni) mentre per le donne, nello stesso periodo, si è osservato a un vero e proprio decremento, in quanto si è passati dai 4,7 anni ai 3,3 anni di vita media in più.

[G.1.7] Speranza di vita alla nascita e Speranza di vita a 65 anni in Alto-Adige/Südtirol, maschi, anni 2002-2014

Fonte: Elaborazione su dati Istat

[G.1.8] Speranza di vita alla nascita e Speranza di vita a 65 anni in Alto-Adige/Südtirol, femmine, anni 2002-2014

Fonte: Elaborazione su dati Istat

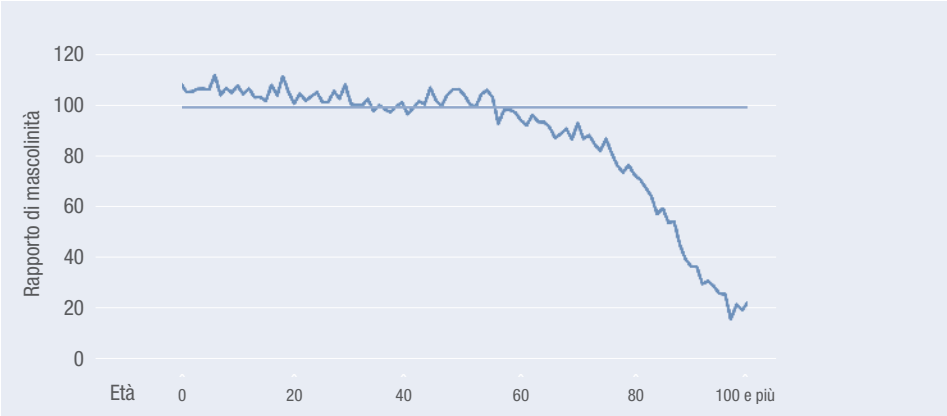
Il vantaggio in termini di sopravvivenza di cui godono le donne si riscontra anche nell'indice di mascolinizzazione o rapporto di mascolinità, che mette in evidenza l'aumento delle donne nella popolazione anziana.

1.2.2 Il rapporto di mascolinità

RAPPORTO TRA I DUE GENERI

Il rapporto di mascolinità è il rapporto tra il numero di maschi e il numero di femmine moltiplicato per 100; quando assume valore uguale a 100 significa che esiste una parità numerica tra i due sessi, valori inferiori a 100 indicano invece un numero di femmine superiore ai maschi. Analizzando lo scostamento percentuale tra maschi e femmine distinto per età in Provincia di Bolzano (Grafico 1.2) si nota come le femmine siano più numerose dei maschi a partire dai 56 anni. All'aumentare dell'età questo fenomeno si accentua ancora di più, fino a diventare 23 % a 100 anni e più. In altre parole, al 31 dicembre 2014 su un totale di 123 ultra-centenari, 100 sono di sesso femminile (81,3 %).

[G.1.9] Scostamento percentuale tra maschi e femmine – Provincia di Bolzano – Anno 2014

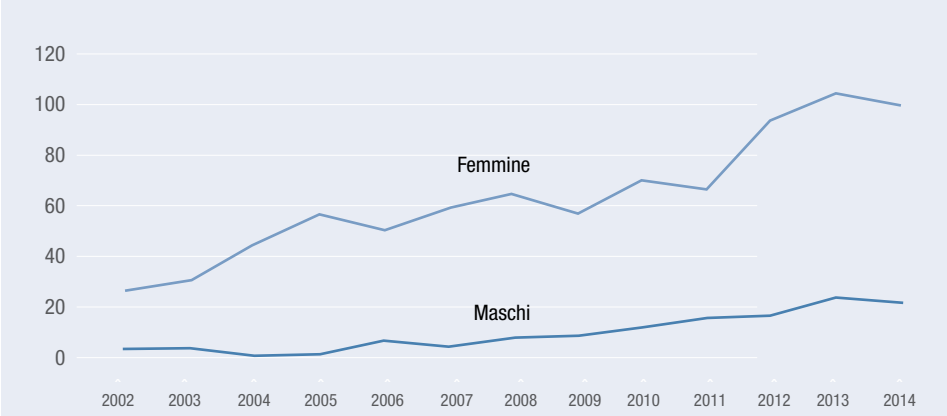


Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

CENTENARI

Le/gli ultra-centenari residenti in Provincia di Bolzano nel 2002 erano 31, di cui 27 di sesso femminile. Nell'ultimo decennio si è quindi assistito ad un incremento del numero delle/dei centenari pari al 297 percento. Si può osservarne l'andamento nel grafico sottostante.

[G.1.10] Andamento del numero dei centenari nella provincia di Bolzano dal 2002 al 2014



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

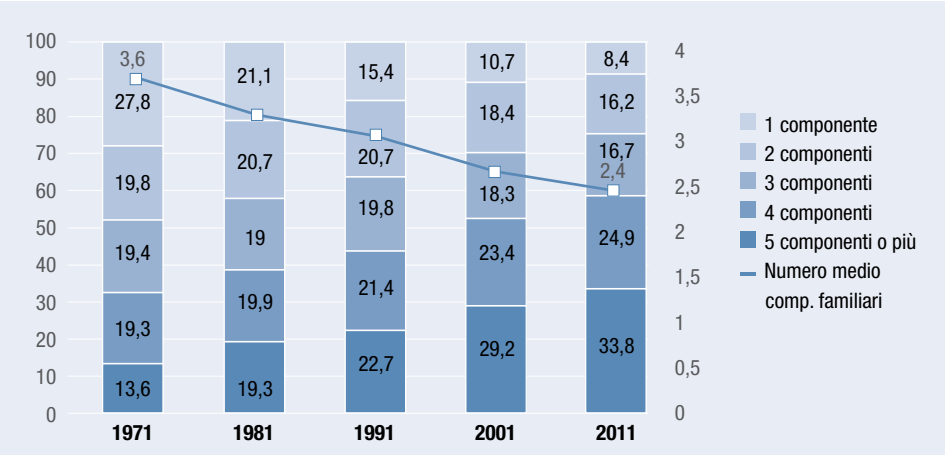
1.3 La struttura familiare

DIMENSIONE DEI NUCLEI FAMILIARI

Negli ultimi decenni, accanto ad un aumento del numero di famiglie (dalle 111.176 famiglie al censimento del 1971 alle 204.416 del censimento del 2011), si è osservata una sensibile riduzione della dimensione familiare che è passata da 3,6 persone per famiglia al censimento 1971 alle 2,4 persone del censimento 2011, come si può osservare nel grafico 1.11. Quest'ultimo dato viene confermato anche dai dati del 2014. Questo fenomeno non è presente solo in Alto-Adige ma è comune a tutte le regioni italiane, con punte massime del numero medio di componenti in Campania (2,8) e minime in Liguria (2,1)[3]. Tale riduzione è imputabile all'evoluzione di diverse componenti demografiche (nascite, decessi, migrazioni) che ha portato ad un aumento delle famiglie residenti con una contemporanea riduzione della loro dimensione media. In particolare, è in continuo aumento la quota di famiglie unipersonali. A questo aumento è sicuramente imputabile Il calo significativo del numero medio di componenti. Questo fenomeno è legato, in particolare, al maggior rischio di separazione e divorzio, fenomeno che ha una forte ricaduta sull'aumento del numero di famiglie unipersonali e monoparentali. Stando alle previsioni ASTAT[4], questa tendenza alla diminuzione dell'ampiezza media delle famiglie è destinata a continuare fino a far raggiungere quota 2,2 nel 2030.

La percentuale di famiglie costituite da una sola o da due persone è cresciuta costantemente a spese delle famiglie più numerose. Al censimento 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.

[G.1.11] Famiglie residenti in Alto-Adige/Südtirol per numero di componenti (composizione percentuale sul totale), e numero medio componenti familiari, anni censuari 1971-2011.



Fonte: Elaborazione personale su dati ASTAT

Tuttavia, alcune famiglie si ricompattano. Un fenomeno emergente, in controtendenza rispetto ai processi di semplificazione della struttura familiare in atto da alcuni decenni, è proprio la crescita delle famiglie con due o più nuclei.

3 ISTAT (ed.), Rapporto annuale 2014.
4 ASTAT (ed.), Previsione sull'andamento delle famiglie in provincia di Bolzano fino al 2030.

Con l'orto interculturale "Semirurali", l'associazione "Donne Nissà" ha perseguito l'obiettivo di trasformare un terreno abbandonato nel cuore della città in una florida area, dove dare la possibilità alle famiglie di immigrati di diverse culture di coltivare, in piccole superfici, piante di verdura e frutta provenienti dai loro paesi d'origine. Da questa idea si è sviluppata poi un'iniziativa che ha soprattutto un valore sociale: vi partecipano 60 persone di nazioni e gruppi linguistici diversi che, nel rispetto di regole precise e sotto la loro responsabilità, lavorano nell'orto, che è così diventato automaticamente un punto di incontro di culture diverse. L'iniziativa risale al 2010 e da allora il numero dei partecipanti è in costante aumento. Il terreno di via Bari ha una superficie di 1.800 mq, 300 dei quali sono coltivati direttamente dagli aderenti al progetto, mentre la superficie restante è composta da aree verdi e aiuole realizzate insieme e da spazi per il tempo libero. Ogni anno, in primavera e in autunno, si organizzano due manifestazioni aperte a tutti. I singoli lotti vengono riassegnati ogni anno. Nel frattempo, l'orto è diventato anche il teatro di altri progetti di integrazione, e per il 2014 il Comune di Bolzano ha messo a disposizione un secondo terreno in via Volta.

CULTURA SOCIALIS
Orto interculturale "Semirurali"

[T. 1.7] Coppie e famiglie monoparentali residenti in Alto-Adige/Südtirol per tipologia, anno 2011 (Censimento)

Tipologia coppia	Numero coppie	Percentuale su totale
Coppie con bambini	74.452	46 %
Coppie senza bambini	37.599	23 %
Padri soli con bambini	3.826	2 %
Madri sole con bambini	21.790	13 %
Famiglie Monoparentali	25.616	16 %
Totale	163.283	100 %

Fonte: Istat (Censimento 2011)

Tra il censimento del 2001 e il censimento del 2011, le famiglie ricostituite con figli da precedenti relazioni sono incrementate dell'8 %, le famiglie ricostituite con figli dalla corrente relazione hanno avuto un aumento del 74 %, mentre quelle ricostituite con figli sia dalla corrente sia dalla precedente relazione sono cresciute del 70 %. Infine, quelle senza figli hanno subito un incremento di oltre l'87 % (Tabella 1.5).

[T. 1.8] Famiglie ricostituite in Alto-Adige/Südtirol per tipologia, anni 2001 e 2011 (Censimento)

Anno di Censimento	2001	2011
Famiglie ricostituite con figli da precedenti relazioni	645	698
Famiglie ricostituite con figli dalla corrente relazione	2.115	3.679
Famiglie ricostituite con figli da precedenti e dalla corrente relazione	397	674
Famiglie ricostituite senza figli	2.315	4.331
Totale	5.472	9.382

Fonte: Istat (Censimento 2001 e 2011)

1.4 Qualità della vita

BENESSERE PERCEPITO

"*Abbiamo erroneamente usato il PIL per valutare il benessere di un paese … Il PIL è necessario, ma inadeguato e abbiamo bisogno di sviluppare ulteriori misure che ci consentano di fornire una visione più ampia di come la società umana sta progredendo … L'essere umano ha due tipi di necessità, quelle del corpo e quelle della mente e per molto tempo noi ci siamo interessati troppo alla dimensione corporale, forse solo a questa … Quello di cui abbiamo bisogno è un cambiamento di paradigma.*" Con queste parole il Primo Ministro del Bhutan Lyonpyo Jigmi y Thinley intende affermare che per misurare il progresso di una società non possono essere valutati solo indicatori di tipo macroeconomico (come il PIL), ma vanno considerate anche le dimensione del benessere soggettivo, della coesione sociale e dell'uso delle risorse naturali. Appare fondamentale, quindi, soprattutto in un periodo di crisi economica, misurare la qualità della vita delle persone.

DEFINIZIONE

Ma cosa si intende per qualità della vita? Appare molto difficile darne una definizione univoca: si tratta di un concetto multidimensionale, interessa cioè molti aspetti della nostra quotidianità; è un concetto astratto, difficile quindi da misurare; inoltre è totalmente soggettivo, ovvero legato alla scala personale dei valori.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la Qualità della Vita (d'ora in poi Q.d.V.) è la "percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura o del sistema dei valori in cui è inserito, in relazione ai propri obiettivi, aspettative, priorità, preoccupazioni", e, fatto di importanza cruciale, fin dal 1948 questo stesso organismo (all'atto della sua fondazione) si pronunciava sulla Q.d.V., a proposito delle problematiche inerenti la salute, dichiarando che essa dovesse essere qualcosa di diverso dall'assenza di malattia, bensì uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Quindi possiamo pensare alla qualità della vita come alla percezione che un individuo ha della propria vita, nel contesto della cultura in cui vive, integrando personali obiettivi, aspettative e preoccupazioni, benessere e disagio. L'Istituto Centrale di statistica, prova ogni anno a misurarla utilizzando strumenti validati e strutturati, predisposti a tale obiettivo.

STATO DI SALUTE

Nel 2013 si è svolta l'ultima edizione dell'indagine Multiscopo relativa allo stato di salute della popolazione ed al ricorso ai servizi sanitari, realizzata dall'ISTAT a livello nazionale e dall'ASTAT a livello locale. Si tratta di un'indagine quinquennale volta ad indagare tutti gli aspetti legati direttamente o indirettamente alla salute degli italiani. Alla domanda "Come va in generale la Sua salute?", tratta da questa indagine, oltre l'80% (81.9%) degli abitanti della Provincia di Bolzano ha dichiarato di godere di buona salute, rispondendo "molto bene" o "bene".
Rispetto alla precedente edizione dell'indagine svoltasi nel 2005, si registra un lieve miglioramento dello stato di salute percepito: la percentuale di persone che dichiara di stare "male" o "molto male" passa da 3,5 % a 3,4 %. Il corrispondente valore nazionale è del 7,3 %. Secondo quanto riportato dall'ASTAT, il 3,2 % degli uomini sta male o molto male, contro il 3,7 % delle donne. Questa differenza è però unicamente dovuta al fatto che la popolazione anziana è a maggioranza femminile: i valori standardizzati sono identici (3,4 %). A tale proposito, dai confronti nazionali, si è notato che Bolzano e Trento sono le uniche regioni dove le donne non stanno peggio degli uomini (ASTAT[5]).

5 ASTAT (ed.): La salute degli altoatesini 2014, in ASTAT-Info, n. 56/2014, pag.

La disoccupazione – un problema sociale serio

Susanne Elsen

Nella Provincia Autonoma di Bolzano il mercato del lavoro appare essere stabile in confronto alle Regioni del Sud d'Italia. Il tasso di occupazione è superiore alla media UE. Uno sviluppo positivo è stato rilevato in particolare nel tasso di occupazione femminile in Alto Adige, il quale è aumentato dal 62,5 % nell'anno 2005 al 69,5 % nell'anno 2013.

Il tasso di disoccupazione attuale è pari al 4,4 %. Con il 2,6 % nell'anno 2007 in Alto Adige era ancora possibile parlare di piena occupazione, ma i cambiamenti sul mercato del lavoro degli ultimi anni sono stati molto evidenti anche in questo contesto: il numero di disoccupati e disoccupate in Alto Adige dall'inizio del 2013 all'inizio del 2014 è aumentato del 25 % - di cui i disoccupati di lunga durata del 15 %. Come in tutta Europa, rispetto agli uomini le donne sono più colpite dalla disoccupazione e le persone anziane prevalgono nel gruppo delle persone disoccupate di lunga durata.

In particolare deve essere prestata grande attenzione alla disoccupazione giovanile, che va affrontata con misure mirate. Attualmente la quota si aggira sul 12,3 %. Anche se questo valore è di gran lunga inferiore alla media nazionale, il suo sviluppo è stato drammatico. Nel 2007 il tasso di disoccupazione giovanile in Alto Adige ammontava ancora al 5,3 %.

I cambiamenti del mercato di lavoro sono sorti con la crisi finanziaria ed economica - in particolare a causa della crisi nei settori ad alta intensità di manodopera: nell'edilizia, nell'agricoltura, nella gastronomia, nella pubblica amministrazione nonché nei servizi sociali e sanitari. Lo sviluppo di razionalizzazione nel settore dei servizi pubblici e dell'indebolimento della domanda nel settore gastronomico probabilmente persisterà ancora per un certo periodo.

Per le persone della regione il cambiamento della struttura del mercato lavorativo è accompagnato da un aumento dei rischi di disoccupazione, precarietà e povertà. Questi fattori promuovono la concorrenza spietata tra i diversi gruppi sociali e l'ulteriore discriminazione nei confronti dei più svantaggiati minacciando in tal modo la coesione sociale.

Le misure per la promozione dell'occupazione, soprattutto per le persone giovani con problemi di accesso al mercato del lavoro, hanno un'alta priorità politica. Devono essere sostenuti i tirocini d'orientamento nonché altre misure di assistenza ed accompagnamento nella fase dell'orientamento e della scelta professionale.

Inoltre, annualmente viene svolta anche un'altra indagine campionaria, sempre realizzata dall'ISTAT a livello nazionale e coordinata, a livello locale, dall'ASTAT (Indagine Statistica Multiscopo sulle famiglie: "Aspetti della vita quotidiana"), al fine di conoscere i vari aspetti del vivere quotidiano. Uno degli aspetti indagati riguarda la soddisfazione individuale del proprio stato di salute. Nel 2013[6] oltre il 91 % degli abitanti della provincia di Bolzano ha dichiarato di essere "molto" o "abbastanza" soddisfatto della propria salute, e solo un 2,0 % riferisce di non essere "per niente" soddisfatto del proprio stato di salute.

[T.1.9] Persone di 14 anni e oltre per livello di soddisfazione per la propria salute (valori %) – Anno 2013.

Ripartizione	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Bolzano	33,9	57,2	6,9	2,0
Trento	23,5	64,6	9,6	2,3
Nord EST	21,4	63,2	11,9	3,5
Italia	16,6	64,5	14,2	4,7

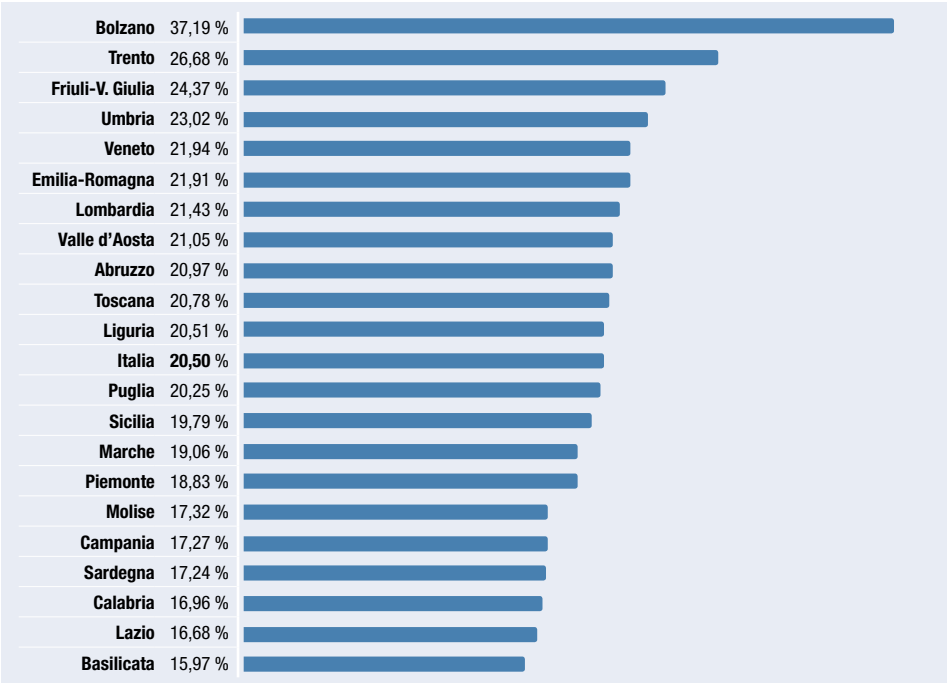
Fonte: Elaborazione propria dai dati ISTAT: Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della Vita quotidiana"– Anno 2013.

Se da un lato, la descrizione che i cittadini dell'Alto Adige danno del proprio stato di salute è decisamente migliore di quella dei connazionali, come possiamo osservare nel grafico 1.12, dall'altro si rileva una maggior presenza di patologie dichiarate sia

6 *Al momento della stesura del presente report non erano disponibili i dati relativi al 2014.*

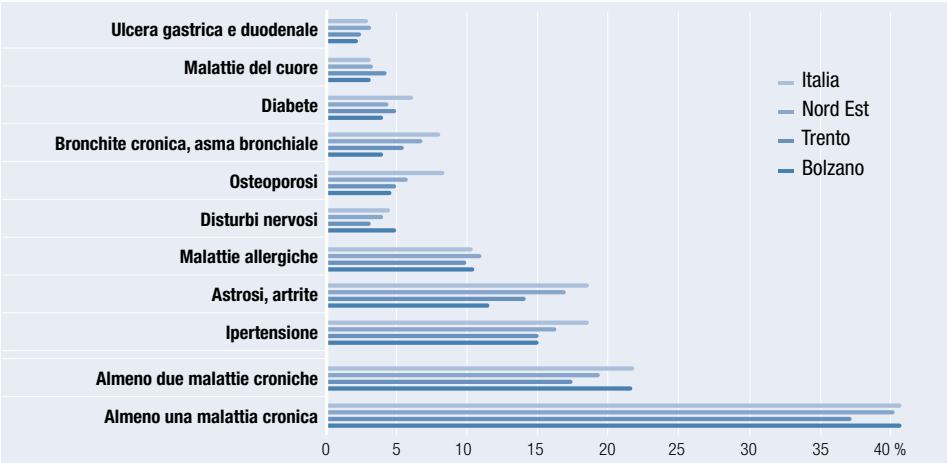
rispetto alla provincia di Trento sia rispetto ai dati relativi al resto d'Italia. In particolare, tra le principali patologie indicate, la più diffusa è l'ipertensione, di cui dichiara esserne affetto circa il 15 % della popolazione. Al secondo posto troviamo artrosi e artrite. È da sottolineare la maggior percentuale di disturbi nervosi rispetto a Trento e al resto d'Italia. Risultano meno presenti rispetto ai connazionali, la bronchite cronica e l'asma bronchiale, l'osteoporosi, ma anche il diabete e l'ulcera gastrica e duodenale (Grafico 1.13).

[G.1.12] Persone di 14 anni e oltre che dichiarano un livello di soddisfazione "molto" per la propria salute (valori %) – Anno 2013



Fonte: Elaborazione propria dai dati ISTAT: Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della Vita quotidiana"–Anno 2013.

[G.1.13] Persone con presenza di alcune malattie croniche (%) – Anno 2013.



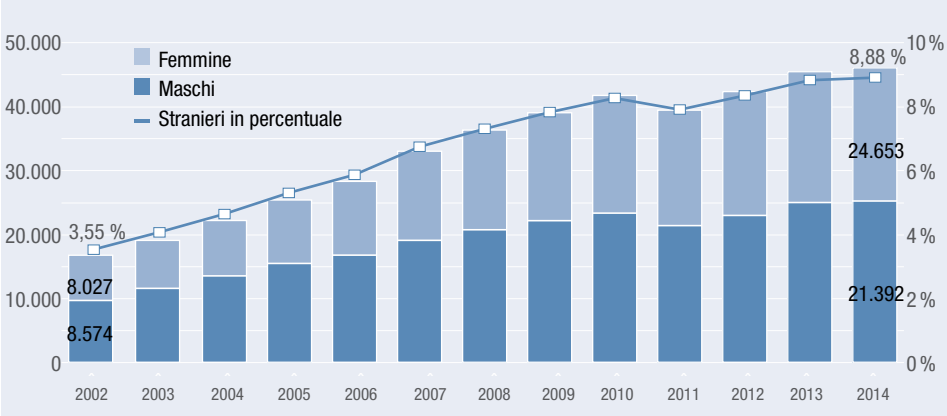
Fonte: Elaborazione propria dai dati ISTAT: Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della Vita quotidiana"–Anno 2013.

Movimento migratorio 1.5

MOVIMENTO MIGRATORIO

Un discorso a parte, data l'attualità dell'argomento, merita il movimento migratorio e, in particolare, l'immigrazione, data la rilevanza sociale che ha assunto negli ultimi anni. L'Alto Adige ha conosciuto un notevole incremento del flusso migratorio dall' estero a partire dagli anni '90 del secolo scorso.
Un'economia in stabile crescita e l'aumento della domanda di lavoro da parte del mercato altoatesino, insieme ad una legislazione sempre più aperta alla libera circolazione dei lavoratori, ha creato un ambiente favorevole all'aumento dei flussi migratori. Questo è anche più vero nei confronti dei Paesi membri dell'Unione Europea, che nel frattempo ha allargato i propri confini fino ad includere Romania e Bulgaria nel 2007 e Croazia nel 2013 [Benedikter 2005[7]; Wisthaler, Flarer 2013[8]].
Nel complesso, la popolazione straniera residente in Alto Adige è aumentata del 177 % dal 2002 ad oggi, ovvero di circa 30.000 unità, in termini assoluti (Grafico 1.14).

[G.1.14] Popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per sesso e percentuale complessiva sulla popolazione totale, anni 2002-2014. (Tutte le cittadinanze non italiane)



Fonte: elaborazione propria da dati Istat, Astat

NAZIONALITÀ

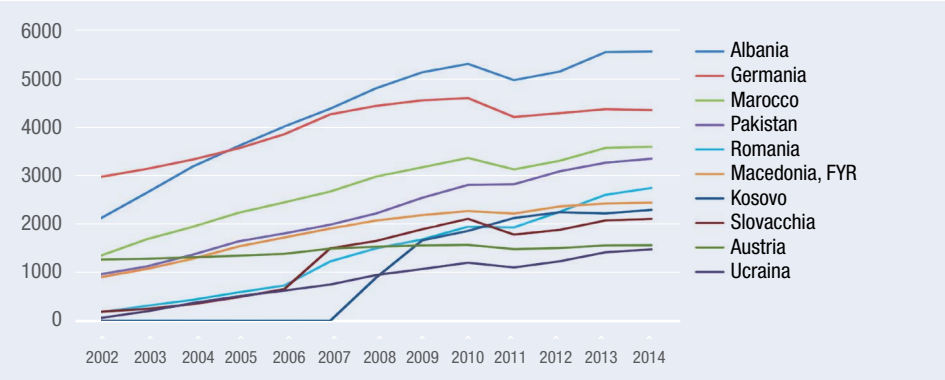
Come si può osservare nella figura 1.15 le comunità che hanno maggiormente incrementato la loro presenza dal 2002 ad oggi sono quelle albanesi (+5.572), rumene (+2.568), pakistane (+2.390), marocchine (+2.252) e slovacche (+1.918).
Sebbene con flussi più stabili negli ultimi anni, sono comunque rilevanti le comunità tedesche ed austriache, testimonianza di uno scambio che affonda le proprie radici nel passato dell'Alto Adige. Come si può osservare in Grafico 1.16, la comunità tedesca è la seconda per numerosità, mentre quella austriaca (che può contare su una popolazione di provenienza di 10 volte inferiore a quella tedesca [Fonte: Eurostat]) è al nono posto.
Concentrandosi solo sui gruppi di migranti provenienti da Paesi esterni all'Unione Europea, oltre ai già citati rumeni, pakistani e albanesi, costituiscono gruppi consistenti anche macedoni, kosovari ed ucraini, rispettivamente al quarto, quinto e sesto gruppo per numerosità tra gli extra-Ue (Grafico 1.17).

7 Benedikter T. (2005) Immigration in South Tyrol and its impact on the protection of the autochtonous national minorities. European Academy of Bolzano/Bozen.
8 Verena Wisthaler, Heidi Flarer. (2013) Convivenza e diversità a Bressanone, Rapporto di ricerca su vantaggi, pregiudizi e sfide alla convivenza fra diverse culture, lingue e religioni nel Comune di Bressanone. EURAC research working paper.

GENERE

Dal punto di vista della composizione per genere (Grafico 1.18), i gruppi rumeni, slovacchi, austriaci, ucraini, polacchi e moldavi risaltano per un forte sbilanciamento femminile. Al contrario, il gruppo indiano risulta caratterizzato da una composizione prevalentemente maschile.

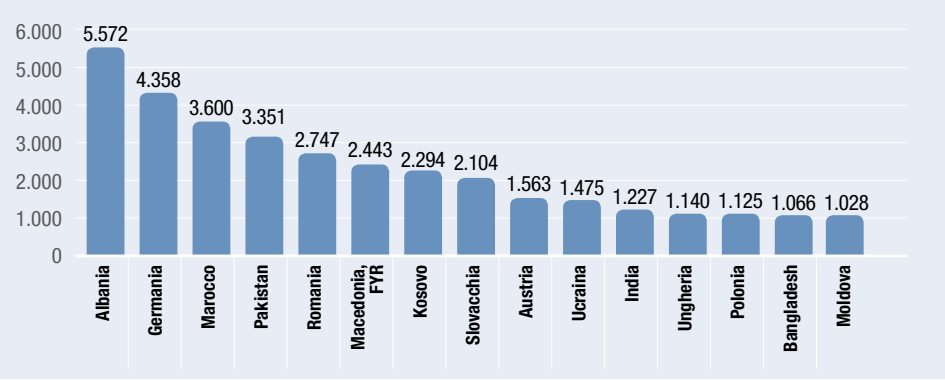
[G.1.15] Dinamica della popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per i primi 10 gruppi di cittadinanza, anni 2002-2014 (31 dicembre dell´anno)



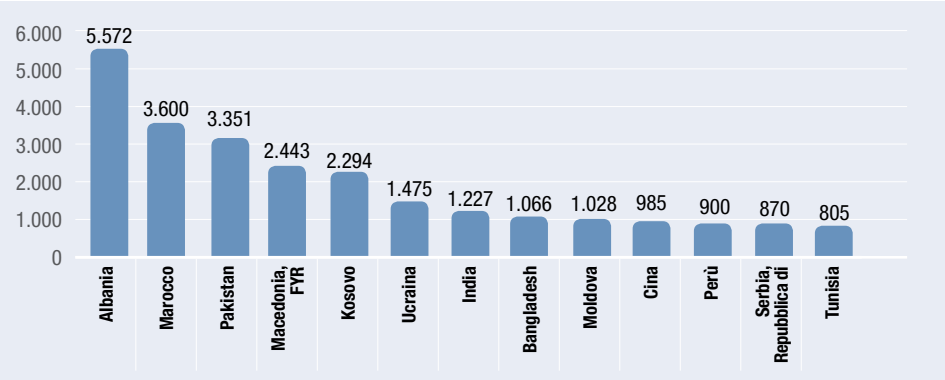
Fonte: Istat, Astat

CONFRONTO TRA PAESI

[G.1.16] Popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per principali gruppi di cittadinanza, 31 dicembre dell´anno 2014 (Gruppi sopra i 1000 individui)

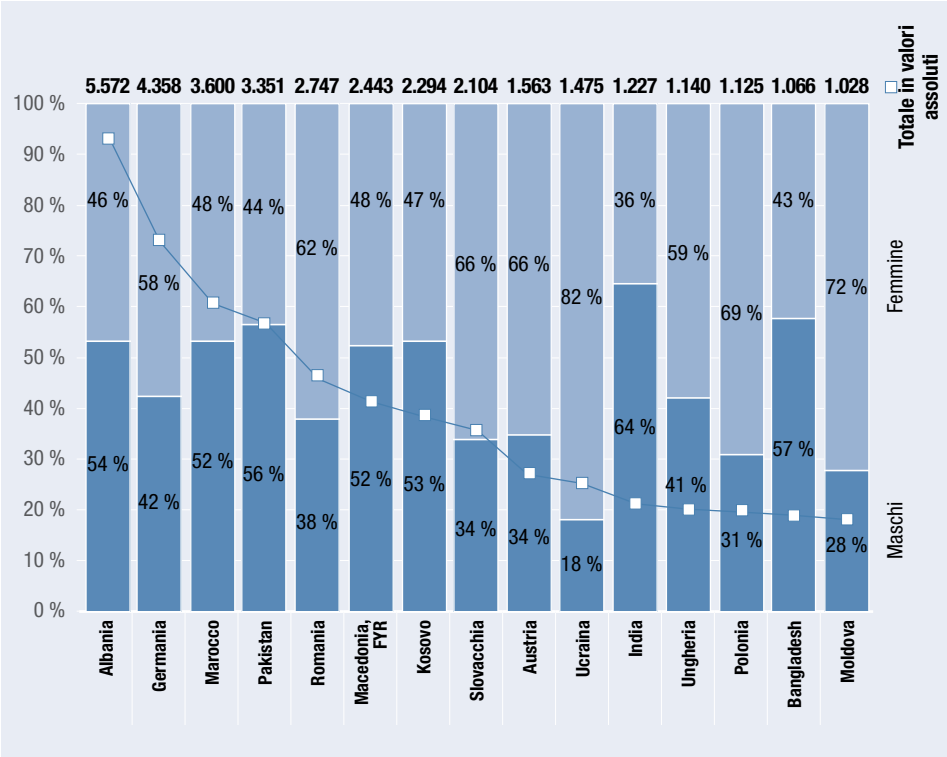


[G.1.17] Popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per principali gruppi di cittadinanza extra-UE a 28, 31 dicembre dell´anno 2014 (gruppi sopra gli 800 individui)



Fonte: Istat, Astat

[G.1.18] Composizione sessuale percentuale dei principali gruppi di stranieri residenti in Alto-Adige/ Südtirol per cittadinanza di origine, al 31 dicembre 2014. (Gruppi sopra i 1000 individui)



Fonte: Elaborazione propria su dati Istat, Astat

Questi sbilanciamenti sono tutt'altro che sorprendenti, rispecchiando le caratteristiche tipiche già riscontrate nei recenti flussi migratori verso l'Italia e spesso analizzati in letteratura [De Rose, Strozza 2015[9]].

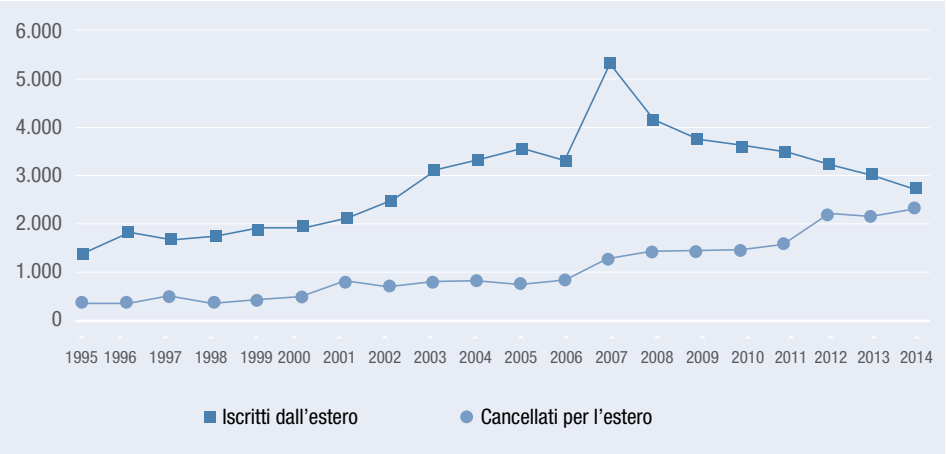
I gruppi provenienti da Romania, Ucraina e Moldavia sono infatti caratterizzati da donne chiamate in Alto Adige dal mercato dei lavori domestici e di cura degli anziani, mentre i gruppi provenienti dalla penisola indiana sono spesso costituiti da uomini ancora in funzione "esplorativa" o inseriti in un modello migratorio tutto dedicato al lavoro temporaneo e quindi non di lungo periodo. Ovviamente questo squilibrio non esclude successivi riequilibri in futuro per ricongiungimenti familiari.

Tornando ad una visione complessiva e passando da una analisi di "stock" ad una di "flusso", la situazione delle migrazioni in Alto Adige presenta uno scenario in repentino cambiamento.

Escludendo gli eventi eccezionali della cronaca attuale, causati dalla fuga dei profughi dalle nuove zone di guerra in Siria, Iraq e Libia, le ultime tendenze indicano infatti due fenomeni nuovi: da un lato uno stabile rallentamento dell'immigrazione dall'estero e dall' altro un costante aumento dell'emigrazione verso l'estero, come mostrato nel grafico 1.19.

9 De Rose A., Strozza S., a cura di, (2015) Rapporto sulla popolazione. L'Italia nella crisi economica. Il Mulino.

[G.1.19] Movimenti da e per l´estero registrati dalle anagrafi in Alto-Adige/Südtirol, anni 1995-2014. (Valori assoluti)



Fonte: Istat, Astat

Questi due movimenti, in controtendenza rispetto agli anni'90 e ai primi anni del duemila, hanno portato nel 2014 il saldo migratorio con l'estero (la differenza tra immigrati ed emigrati) a meno di 400: un tonfo rispetto al periodo 2002-2009 che aveva registrato in media 2.600 immigrati "netti" in più all'anno. In termini assoluti non si registrava un aumento simile nel numero di emigranti almeno dagli anni ´80 del secolo scorso [Barsotti, Bonaguidi, 1985[10]; Pittau, 1987[11]], mentre gli immigrati sono tornati ai livelli del 2002.

L'elemento forse più interessante degli ultimi anni, tuttavia, riguarda l'evoluzione dei flussi tra Alto Adige ed Italia.

Dagli anni '50 e '60 del secolo scorso, sia l'emigrazione che l'immigrazione verso l'Italia ha sempre rappresentato un elemento trascurabile nella dinamica della popolazione altoatesina, con un saldo migratorio relativamente basso (sotto i 500, meno dell'1 ‰) e stabile. Dal 2007-2009 è invece diventato sempre più importante fino a divenire, dal 2012 in poi, più rilevante degli scambi con l'estero (Grafico 1.10). Nel 2014, il saldo migratorio verso le altre regioni italiane (+1.270) è arrivato ad essere circa 3 volte più grande del saldo con l'estero. In pratica il tasso migratorio altoatesino (che è pari a poco meno del 3 ‰) sarebbe già oggi in negativo se non fosse per le migrazioni dalle altre regioni italiane.

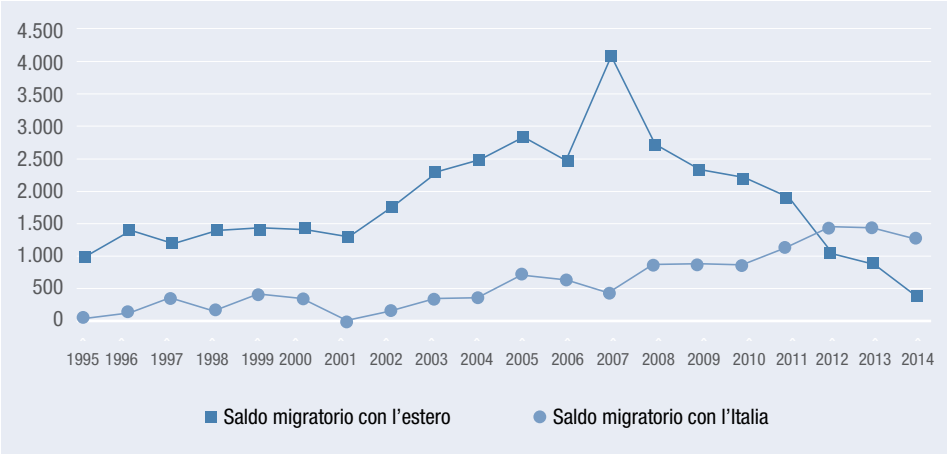
Le ragioni di questa importante inversione di tendenza possono essere legati alla crisi economica del 2009. Un fenomeno simile è infatti registrato anche in Italia e ha provocato una trasformazione nella struttura migratoria consolidata tra gli anni '90 e i primi anni del duemila [De Rose, Strozza 2015[12]; Strozza 2014[13]].

Tutto il Nord Italia è stato infatti investito sia da una rinnovata immigrazione dalle regioni meridionali sia dal sorgere di una nuova emigrazione verso i Paesi del Nord Europa.

Un altro elemento, che potrebbe aver influito nel quadro attuale, va ricercato nella peculiare relazione che l'Alto Adige ha con i Paesi germanofoni: la Germania e l'Austria. Come ricordato sopra, questi gruppi costituiscono una importante presenza straniera e possono rappresentare un elemento determinante anche nelle modifiche dei flussi migratori.

10 Barsotti O., Bonaguidi A. (1985) Migrazioni e demografia regionale in Italia. F. Angeli editore.
11 Pittau F. (1987) Regioni nordorientali minoranze e migrazioni. Concordia Sette editore.
12 Cfr. Nota 7
13 Strozza Salvatore. (2014) L'emigrazione netta italiana: apparenza o realtà? Neodemos

[G.1.20] Saldo migratorio con l'estero da dati anagrafici in Alto-Adige/Südtirol, anni 1995-2014. (Valori assoluti)



Fonte: Istat, Astat

In effetti, se queste tendenze dovessero consolidarsi o incrementarsi in futuro, le conseguenze sulle proiezioni demografiche dell'Alto Adige sarebbero notevoli, considerando che la popolazione di lingua italiana costituisce attualmente il 23 % della popolazione totale.

2.

Politica sociale e servizi sociali in sintesi

Luca Critelli e Urban Nothdurfter

2.1 Orientamenti e tendenze di sviluppo della politica sociale altoatesina

2.1.1 Orientamenti fondamentali

La persistente crisi economica ha confermato non soltanto la vulnerabilità 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 netta. Oltre a questi sviluppi, tendenze sociali di lungo periodo, come ad esempio l'invecchiamento della popolazione o la crescente instabilità e fragilità delle famiglie, continuano ad occupare un posto centrale nelle riflessioni sullo sviluppo del sistema sociale.

Su questo sfondo si possono evidenziare i seguenti indirizzi di sviluppo per le politiche sociali in Alto Adige:

PREVENZIONE

– 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.

AIUTO ALL'AUTO-AIUTO

– Ogni cittadino adulto e ogni cittadina adulta deve provvedere in piena responsabilità a sé stesso e ai membri del nucleo familiare che da lui o lei eventualmente 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 tenta di realizzare contesti che consentano ai cittadini e alle cittadine un auto aiuto 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.

LOTTA ALL'ESCLUSIONE SOCIALE

– Le situazioni di svantaggio ed emarginazione sociale vanno affrontate in maniera mirata. Una lotta all'emarginazione sociale non significa soltanto ovviare alla carenza 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 e competenze che li mettano in condizione di auto aiuto. Ciascuno deve avere la possibilità di condurre una vita priva di bisogni e di emarginazione.

SOSTENIBILITÀ

– Il principio della sostenibilità impone che le strategie e gli strumenti di politica sociale 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.

EFFICIENZA

– Sempre e segnatamente nello spirito del criterio della sostenibilità, è compito specifico della politica sociale garantire all'assistenza la massima efficienza. 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 laddove i problemi si presentano più acuti.

WELFARE MIX

– 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 e le interessate. Operando in modo efficiente e professionale, i privati, le associazioni di pubblica utilità e le diverse 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 delle persone e coinvolgere coerentemente nella predisposizione, attuazione e valutazione del supporto anche i soggetti interessati.

2.1.2 Sviluppi più recenti

L'OFFERTA DI SERVIZI IN GENERALE

Nonostante il perdurare della crisi economica e le maggiori difficoltà visibili nei bilanci pubblici degli ultimi anni, il sistema dei servizi sociali è riuscito nella sostanza a mantenere gli standard raggiunti ed è stato possibile persino sviluppare e potenziare il sistema. Il numero di prestazioni erogate, di persone assistite e degli operatori e delle operatrici sociali è aumentato in maniera rilevante in molti settori anche in questi anni di crisi.

Si coglie però in maniera netta un approccio diverso da quello diffuso ancora pochi anni fa: mentre in passato l'introduzione di nuovi servizi e prestazioni era una reazione quasi automatica ad ogni nuovo bisogno, reale o percepito che fosse, da alcuni anni vengono

Cultura Socialis – una campagna esemplare per la promozione dell'innovazione sociale

Susanne Elsen

Dal 2006 la campagna „Cultura Socialis" della Ripartizione Politiche Sociali promuove approcci ed iniziative innovativi per l'organizzazione degli interessi sociali in diversi ambiti. Si interessa del "sociale" nella sua comprensione globale che riguarda tutte le cittadine e tutti i cittadini. Il sociale non è quindi visto come una dimensione residuale che riguarda esclusivamente gruppi marginali. È invece visto come la forza unificante della società e la base per la convivenza. La partecipazione attiva dei cittadini alla definizione del sociale crea il nucleo della società civile.

L'obiettivo della campagna Cultura Socialis, che riscuote molta attenzione anche al di fuori dell'Alto Adige, è quello di stimolare e promuovere soluzioni innovative e non convenzionali nella vita sociale quotidiana e di presentarli all'attenzione pubblica. Si vogliono promuovere la creatività sociale nel mondo dell'economia, della politica e della società civile, l'impegno civile e le innovazioni istituzionali che contribuiscono ad una cultura viva del sociale.

Nei primi otto anni della campagna Cultura Socialis sono stati inoltrati più di 1.500 progetti, iniziative e soluzioni per la vita quotidiana nei settori dell'economia, della società civile e dei servizi sociali. Gli esempi sono variopinti e gli attori e le attrici delle invenzioni provengono da tutti gli ambiti. Si tratta per esempio di cittadini e cittadine di una valle che vogliono allineare esplicitamente le attività pubbliche e private al bene comune, di un'insegnante in pensione che insegna l'italiano ad un ragazzo di 15 anni fuggito da solo dall'Afghanistan che decide di scrivere insieme al ragazzo un libro sulle esperienze vissute durante la sua fuga, di una famiglia di commercianti che a fine mese concede alle/ai propri clienti un prestito per i consumi necessari basato sulla mera fiducia, di un'iniziativa di persone giovani che annualmente organizza un festival rock nella loro valle secondo determinati criteri.

Esempi di una cultura sociale e solidale che – in considerazione delle attuali sfide comunitarie ma anche delle nuove esigenze sociali – sono presupposti per lo sviluppo sostenibile della comunità e della società in generale.

ricercate in modo molto più conseguente sinergie, innovazioni e margini di ottimizzazione nell'ambito dell'offerta esistente. Questo impegno riguarda i gestori pubblici come privati dei servizi, ma anche ogni singolo operatore e ogni singola operatrice.

TENDENZE GENERALI E SVILUPPI SPECIFICI SUL TARGET

Nei vari settori dell'assistenza sociale sono state attuate in questi anni numerose misure ed iniziative. I risultati raggiunti e le decisioni adottate sono descritti più in dettaglio nei singoli capitoli della presente relazione.

Alcune linee di sviluppo sono però comuni a più settori.

Si può così ad esempio riscontrare da diversi anni in più settori una crescente diversificazione dell'offerta: mentre in passato esistevano per ogni settore di intervento, p.es. gli anziani, poche tipologie di servizio, sono oggi presenti in numero molto maggiore diverse tipologie di offerta. Se da un lato questo consente di rispondere in modo più mirato all'effettivo fabbisogno delle singole persone, evitando fenomeni di sotto- o sovra-assistenza, la maggiore complessità della rete di offerta richiede maggiori informazioni ed attività di consulenza per gli utenti, spesso disorientati da tale complessità.

Un'altra tendenza comune è lo sviluppo di forme di assistenza ed accompagnamento di più bassa soglia, come ad esempio l'accompagnamento abitativo per le persone con disabilità o forme di residenza assistita per anziani. Questo sviluppo è da una parte un ulteriore passo nella direzione di una deistituzionalizzazione, dall'altro rappresenta un tipo di offerta che risponde in misura maggiore al principio dell'aiuto all'auto-aiuto consentendo spesso anche costi di gestione più contenuti.

Forte rimane la necessità di una maggiore collaborazione tra i diversi servizi e i diversi settori, anche oltre il settore sociale in senso stretto. Dirigenti e collaboratori hanno investito grandi energie nel miglioramento qualitativo del proprio servizio, raggiungendo spesso anche standard notevoli, tralasciando però talvolta le possibilità e necessità di collaborazione con altri servizi. Alcune misure per il miglioramento del lavoro di rete sono state attuate o avviate; molto resta però da fare in tale merito.

Le aumentate difficoltà finanziarie hanno portato ad una maggiore insicurezza anche tra i/le dirigenti e gli operatori e le operatrici dei servizi. E' però necessario che tale situazione non sia causa di rassegnazione o pessimismo, tenuto anche conto delle possibilità tuttora notevoli di cui la Provincia di Bolzano dispone, quanto lo spunto per un continuo ripensamento critico delle proprie attività.

La struttura organizzativa del sistema dei servizi sociali

2.2

2.2.1 Sintesi

COMPETENZE IN SINTESI

Dall'entrata in vigore del secondo Statuto di autonomia nel 1972, la Pro-vincia autonoma di Bolzano – Alto Adige dispone della competenza legisla-tiva primaria in materia di assistenza e beneficenza pubblica. Nei primi decenni erano parte di tali competenze inoltre competenze amministrative per i servizi sociali pubblici.
Con la riforma dei servizi sociali nell'anno 1991 sono state definite con legge provinciale le competenze della provincia in merito alla gestione dei servizi sociali, delegando però le competenze amministrative in questo settore ai comuni. Questa riorganizzazione si orientava ai principi del decentramento e della territorializzazione, avendo quale scopo di venire incontro alla necessità di vicinanza ai cittadini e alle cittadine nonché di facilitare i provvedimenti a sostegno nell'ambiente sociale. Il vasto numero di piccoli comuni raccomandava tuttavia di delegare le competenze amministrative attinenti ai servizi sociali alle Comunità comprensoriali, in modo da garantire una gestione dei servizi economicamente e professionalmente qualitativa. Ad eccezione della città di Bolzano, che sulla base della propria speciale posizione politico-sociale ed amministrativa prendeva un regime organizzativo particolare, con la creazione dell'Azienda per i Servizi Sociali. Indipendentemente dalla delega di competenze alle Comunità comprensoriali, restano nell'ambito di efficacia dei comuni alcune competenze ed alcuni servizi. Le competenze dei comuni, delle Comunità comprensoriali nonché della provincia e della regione sono brevemente esposte nei capitoli che seguono.

SUPPORTO PRIVATO E PUBBLICO

Oltre agli enti pubblici, cioè ai servizi sociali condotti dalla pubblica amministrazione, sono di grande importanza per la prestazione dei servizi sociali enti privati, come cooperative sociali, associazioni, organizzazioni religiose ecc. Nel corso degli ultimi anni il ruolo degli enti privati è aumentato di importanza comportando una notevole razionalizzazione dei servizi (vedi punto 2.4). La collaborazione del settore pubblico e di quello privato è una sfida chiave per la ripartizione dei servizi sociali. Organizzazioni private ed iniziative sono riconosciute dalla mano pubblica quali partner nella formazione di un'offerta adeguata e dinamica di servizi sociali e prevenzioni di sostegno. Inoltre organizzazioni private assumono compiti da organizzazioni pubbliche sulla base di adeguate convenzioni di prestazione. La funzione centrale del settore pubblico nell'ambito del sociale tuttavia non è di sostituire. Infine il settore pubblico deve assumere la responsabilità che le richieste di prestazioni di sostegno, come definite dalla politica negli standard sociali minimi, possano essere ottenute dai cittadini in un sistema integro che si adatta a nuove esigenze.

SETTORE INFORMALE

Prestazioni di sostegno sociali vengono rese solamente in parte da enti pubblici ed organizzazioni private. Fornitori fondamentali di servizi sono e restano famiglie, organizzazioni di auto aiuto, volontari in iniziative della società civile nonché nell'immediato contesto personale e del buon vicinato. Inoltre anche le numerose persone nella loro attività di personale di cura privato rappresentano un pilastro importante nella prestazione di servizi sociali. Da un lato questo settore informale in Alto Adige è ancora fortemente

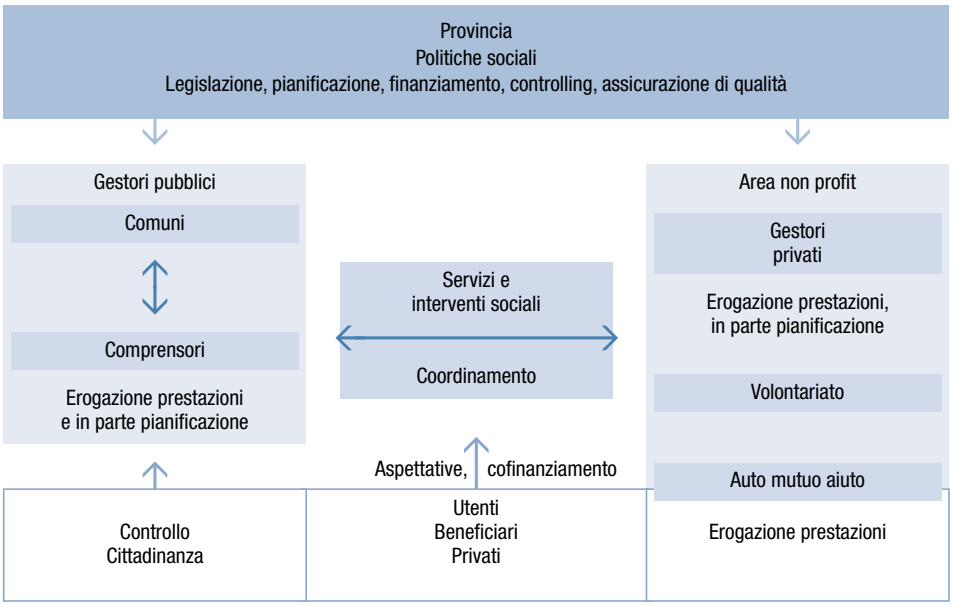
presente per gran parte della popolazione, grazie all'importanza e disponibilità di reti familiari e sociali nel contesto sociale prossimo. D'altra parte nascono nuove sfide sociali che rendono necessario un più forte impiego o l'organizzazione di un sostegno sociale informale. Sono dunque nuovamente di accresciuta importanza la possibilità di e la misura in cui poter ricorrere ad aiuto e sostegno tramite il settore informale. Conseguentemente lo sviluppo del settore sociale deve avere come scopo l'integrazione a forma di sostegno informale per garantire in modo durevole relative potenzialità ed incrementare forme integrate di sostegno.

WELFARE MIX

La provincia ha un ruolo centrale nella guida e nel coordinamento dei servizi e dei provvedimenti sociali. Per poter garantire un sistema integrato di servizi pubblici, privati, organizzazioni non lucrative nonché di forme di sostegno informali, sistema adeguato alle esigenze dei cittadini, parallelamente ad un pluralismo di assistenza sociale nella prestazione di servizi sociali, c'è da puntare anche su una guida partecipativa dell'assistenza sociale. Oltre alla provincia in funzione di istanza centrale di coordinamento e guida sono in tale merito coinvolte comunità comprensoriali, organizzazioni private cioè le loro confederazioni ma anche la rappresentanza civica di interessi ed iniziative in loco. La struttura decentrale dell'assistenza sociale in Alto Adige da una parte richiede accordi in loco tra organizzazioni pubbliche e private, ma d'altra parte anche meccanismi di orientamento centrale per definire a livello provinciale standard generali nell'assistenza sociale.

[G.2.1] Struttura organizzativa in sintesi

SEZIONE SOCIALE



2.2.2 Compiti dei comuni

PROPRIO RAGGIO D'AZIONE

Resta nelle competenze proprie dei Comuni la gestione degli asili nido, dei centri di accoglienza per persone senzatetto, degli alloggi e del servizio di accompagnamento abitativo per persone anziane, 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/delle utenti, ma in piccola parte anche dal Fondo sociale provinciale.

COMPETENZE DELEGATE

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) come già accennato. 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 da parte loro sono tenute a predisporre norme per l'attuazione di queste direttive. In tal modo, oltre ad essere presenti negli organi decisionali delle Comunità comprensoriali, i Comuni possono influenzare l'attività di gestione dei servizi.

2.2.3 Compiti delle comunità comprensoriali

DELEGHE

Le Comunità comprensoriali si sono viste affidare competenze nel settore dei servizi sociali mediante delega da parte 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.

Lo spazio, il tempo, il sociale: Ripensare l'organizzazione del sociale in un'ottica innovativa

A giugno del 2015 ha luogo a Termeno per la prima volta un open space organizzato dalla Ripartizione Politiche sociali con l'obiettivo di raccogliere e trattare le domande che persone utenti, operatrici, operatori, dirigenti e responsabili politici si pongono sul tema dell'organizzazione del sociale in un'ottica innovativa.
Circa 80 persone partecipano ai dialoghi, cercano di individuare il potenziale di un lavoro più orientato verso il territorio e di indicare possibili vie per il futuro. La costruzione e il rafforzamento di diverse linee di cooperazione, è questo il filo conduttore che emerge: cooperazione tra il pubblico e il privato sociale, tra operatrici ed operatori professionisti e collaboratrici e collaboratori volontari, tra servizi e persone utenti, tra i Comuni, le Comunità comprensoriali e l'Amministrazione Provinciale.
Lungo queste linee di cooperazione vengono poste e approfondite le domande che riguardano l'organizzazione futura del sociale. L'orientamento della formazione sia di base che permanente dovrà essere rafforzato verso un lavoro più volto verso il territorio, dovranno essere soprattutto promossi il coinvolgimento di attrici e attori diversi nel dibattito nonché la riflessione di pratiche locali. In questo contesto, saranno importanti il riconoscimento e la collaborazione strategica con chi fa rete e chi svolge un ruolo chiave sul territorio. In questo senso si allarga il campo di azione per la prevenzione di situazioni di disagio sociale, purché le persone non vengano ridotte al loro ruolo di utenti di servizio ma viste e supportate come costruttrici e costruttori dei loro mondi di vita. Una politica sociale orientata dal principio di sussidiarietà e le rispettive strategie e pratiche permettono l'esperienza di un potenziale creativo sul territorio a tutte le persone coinvolte.
I risultati di questa prima officina del pensiero dovrebbero fornire un punto di riferimento per l'indirizzo delle politiche sociali della Provincia, per il lavoro svolto sul territorio da parte degli enti gestori ma non per ultimo anche per il lavoro sociale concreto, anche in situazioni di "lavoro sul caso".

COMPITI

Più in dettaglio, sono stati delegati dai Comuni alle Comunità comprensoriali i seguenti compiti:
- organizzazione dei servizi sociali e coordinamento degli stessi con le iniziative di altri gestori sia pubblici che privati;
- garanzia di un'erogazione regolare delle prestazioni;
- conclusione di accordi con strutture private, associazioni, cooperative o fondazioni che svolgono attività in campo sociosanitario;
- assicurazione della partecipazione dei cittadini e delle cittadine alla gestione - ma anche al controllo - delle strutture e dei servizi sociali, tramite il coinvolgimento delle/degli utenti, delle famiglie e delle forze sociali operanti sul territorio;
- partecipazione alla pianificazione dei servizi sociali tramite l'elaborazione di programmi di attività;
- preparazione ed effettuazione di studi e di indagini per il rilevamento dei fabbisogni.

STRUTTURE DIRETTIVE E DI COORDINAMENTO

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 dalla città di Bolzano, dove i servizi sociali non sono gestiti da una Comunità comprensoriale ma da un'azienda istituita a tale scopo nel 1998 (Azienda per i Servizi sociali di Bolzano).

Orientamento alla spazialità sociale

Susanne Elsen

L'orientamento alla spazialità sociale è un principio organizzativo e un orientamento professionale per il lavoro nel sociale, il quale offre la possibilità di riconoscere nessi causali e anche soluzioni, attrici, attori nonché potenziali e risorse sul territorio e nei diversi contesti di vita.

Esso amplia, integra, consolida e corregge dei setting di assistenza e di aiuto professionali nei legami della quotidianità e nelle strutture di sostegno che rendono possibile una normalizzazione di situazioni di bisogno. Esso rende possibile un ampliamento di prospettiva dall'amministrazione di casi ad una gestione di uno spazio sociale. Soltanto così il sociale diventa utilizzabile come forza di unione tra le persone e in termini di capitale sociale prezioso. "Il sociale" non è appunto il valore residuale delle problematiche sociali.

Negli ultimi 30 anni l'Alto Adige ha attraversato una fase di prosperità ineguagliabile. I sostanziali cambiamenti economici e socio-culturali hanno portato con sé nuove esigenze e opportunità, ma anche dei problemi. L'Alto Adige ha investito molto nel settore socio-sanitario, altamente specializzato, e attualmente è in Europa una delle regioni con la maggior offerta per le sue cittadine ed i suoi cittadini in questo settore.

Tuttavia la costante specializzazione dei servizi socio-sanitari comporta il rischio di perdere di vista le situazioni di vita di persone che rischiano di essere ridotte in una logica di intervento professionale. Ci sono molte pubblicazioni specializzate che analizzano questa stortura professionale nell'ambito del lavoro sociale.

La collaborazione e il networking tra i servizi e soprattutto di questi servizi con il loro ambiente territoriale sono i primi passi fondamentali di un lavoro sociale orientato alla spazialità del sociale.

Questo orientamento consente un lavoro professionale al di là di specializzazioni mal interpretate, problemi parziali o aiuti acuti. Esso offre la prospettiva di un contesto di vita che produce carichi e problemi specifici e che implica anche approcci quotidiani alla soluzione dei problemi. I seguenti approcci potrebbero contribuire allo sviluppo di un tale orientamento in Alto Adige:

- *apertura di servizi professionali al coordinamento, alla collaborazione e al networking all'interno del e con il loro ambiente sociale di riferimento*
- *osservazione critica della concezione di professione e introduzione di una prospettiva attenta ai processi sociali, del loro avvio e accompagnamento*
- *osservazione critica delle logiche di intervento e dell'orientamento di una politica sociale*
- *rilancio e riorientamento dell'iniziativa Cultura Socialis in considerazione delle nuove questioni sociali.*

2.2.4 Compiti della provincia

COMPITI PRIMARI

La Provincia è competente in materia di pianificazione, orientamento, coordinamento e controllo dei servizi sociali, formazione, aggiornamento professionale e riqualificazione del personale, nonché di finanziamento dei compiti delegati ai Comuni e alle Comunità comprensoriali. Infine, la Provincia è competente in materia di realizzazione, ampliamento e ristrutturazione dei beni immobili. Tra i compiti della Provincia rientra anche la gestione e lo sviluppo del Sistema informativo provinciale (SIPSA).
Spetta inoltre alla Provincia fornire supporto finanziario agli/alle invalidi civili, ai ciechi e alle cieche civili e ai sordi e alle sorde e corrispondere a varie strutture e associazioni contributi per l'assistenza di persone anziane, invalidi e minori, come pure per le misure di prevenzione sociale. 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 per l'introduzione dell'assicurazione per l'assistenza continuativa, la Provincia autonoma di Bolzano – Alto Adige ha inoltre assunto competenze in materia del finanziamento dell'assistenza.

STRUMENTI DI CONTROLLO

Strumenti centrali di controllo dell'amministrazione provinciale per lo sviluppo dei servizi sociali sono quelli connessi alla 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, come naturalmente la funzione legislativa della Provincia. 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, il quale indica per il triennio successivo gli indirizzi strategici e gli standard tecnici per il settore dei servizi sociali. L'ultimo Piano sociale provinciale è stato tuttavia approvato dalla Giunta provinciale nel 2008.

2.2.5 Compiti della regione

ASSISTENZA SOCIALE COMPLEMENTARE

Tra le 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, trasferendo la gestione degli interventi previdenziali dalla Regione alle Province autonome. 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 e alle cittadine 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.
Per la distribuzione delle prestazioni di trasferimento della Regione, così come per la gestione e liquidazione delle altre prestazioni di trasferimento del paese, è stata istituita nel 2010 l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASWE) quale organo ausiliario della Provincia.

2.3 Strutture e servizi sociali in generale

2.3.1 Assistenza sociale di base nei distretti

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

Sul piano territoriale ed organizzativo, l'assistenza sociale pubblica è articolata in otto Comunità comprensoriali; nonché il comprensorio del Comune di Bolzano. 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, ciascuno dei quali copre il bacino di utenza di più Comunità comprensoriali. Le attività dei distretti sociali si ripartiscono in quattro settori: area socioeducativa, assistenza domiciliare, assistenza economica sociale e segretariato socio-sanitario.

ASSISTENZA BASE SOCIO-EDUCATIVA

L'Area socioeducativa 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 ed educatori). Immutato nel 2014, quasi il 36% dell'utenza dell'assistenza base socio-educativa è costituito da minori. Tra gli/le utenti adulti e adulte le categorie più significative sono, oltre alle persone anziani, le persone con background migratorio, disabilità e problemi di salute mentale.

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 delle prestazioni di cura a domicilio sono la cura del corpo, aiuto nei lavori domestici, assistenza psicosociale nel concetto di vita quotidiana, esercizi terapeutici e motori e preparazione e consegna dei pasti. Le prestazioni vengono erogate presso il domicilio dalla persona utente o in appositi centri diurni dislocati sul territorio. Gli anziani e le anziane sono la clientela principale delle cure a domicilio. 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 ECONOMICO SOCIALE

L'assistenza economico-sociale si compone di una serie di misure indirizzate a sostenere persone singole e 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).

SEGRETARIATO SOCIO-SANITARIO

Il cosiddetto segretariato socio-sanitario è punto centrale d'informazione e consulenza per tutti gli utenti del distretto della circoscrizione. L'attività del segretariato consiste nel valutare le richieste e le necessità degli utenti, nell'informarli sulle offerte di servizi e se necessario nell'avviare nel modo più rapido gli/le utenti ai settori specializzati e ai servizi del distretto. Con il loro lavoro di informazione ed orientamento, gli uffici del segretariato

socio-sanitario hanno anche lo scopo di contribuire a coordinare e sincronizzare nel migliore dei modi gli interventi necessari.

2.3.2 Servizi specializzati locali e sovralocali

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.

BAMBINI E GIOVANI

Per l'assistenza di bambini e bambine e giovani con richiesta di assistenza intensiva socioeducativa (e socio-terapeutica) è a disposizione una rete differenziata di strutture residenziali (comunità alloggio, case famiglia, residenze assistite) e centri diurni. Nelle strutture residenziali socioeducative vengono assistiti minori la cui situazione familiare rende necessaria una temporanea sistemazione diversa da quella familiare. Queste strutture interagiscono con l'Area socioeducativa di distretti sociali, tribunali minorili, avvocatura giovanile della Provincia, scuole nonché altri servizi di consulenza e sostegno per minori e le loro famiglie.

FAMIGLIE E PERSONE ADULTE

Nel sostegno alla famiglia e alle persone adulte operano, accanto all'area socioeducativa dei distretti, i consultori familiari. Questi sono gestiti privatamente e convenzionati tramite servizi pubblici, per garantire una collaborazione coordinata con i servizi sociali 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. Questi servizi in gran parte sono gestiti da organizzazioni private (p.es. consulenza per uomini, consulenza debitori, offerte di sostegno per famiglie monogenitoriali, prestazioni di educativa domiciliare).

DISABILITÀ SALUTE MENTALE DIPENDENZE

L'assistenza nei settori disabilità, salute mentale 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.

CULTURA SOCIALIS

Il tronco della cultura di Verdignes

In un punto collocato al centro del paese è stata eretta una struttura a forma di tronco d'albero contenente dei cassettini, ognuno con un frontalino su cui poter scrivere. Si tratta di una "Borsa, nella quale i cittadini possono inserire, in modo semplice e autonomo, offerte formative gratuite, limitate nella durata e nel numero di partecipanti. La struttura permette anche di cercare offerte formative. Tutti i cittadini hanno conoscenze e competenze che, magari non per tutti ma certo per alcuni, possono essere molto interessanti e importanti. Non si tratta tanto di trasmettere una cultura professionale o accademica, quanto piuttosto di condividere con i propri simili agevolazioni o stimoli per la vita di tutti i giorni, o di incuriosirli su un determinato settore tematico. Ognuno di noi non fa che continuare a imparare e, con il tronco della cultura, può condividere questo regalo (ottenuto anche tramite la cultura e la società) con tutti gli altri, facendolo circolare.

Con l'accompagnamento socioeducativo abitativo 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.

PERSONE ANZIANE

L'assistenza residenziale alle persone anziane si svolge all'interno di case di riposo e centri di degenza, destinati all'assistenza di anziani ed anziane 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, nell'anno 2010 è stato introdotto l'accompagnamento abitativo delle persone anziane. Questa offerta è stata ulteriormente sviluppata assumendo ora la forma di "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 persone anziane. A integrare queste iniziative esiste sul territorio una rete di servizi volta a promuovere la partecipazione attiva delle anziane e degli anziani alla vita sociale.

IMMIGRAZIONE ED EMARGINAZIONE SOCIALE

Nel campo dell'immigrazione le iniziative della mano pubblica si concentrano principalmente sull'individuazione di soluzioni permanenti al problema abitativo, 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, persone profughe, 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 delle persone profughe e senzatetto la priorità degli ultimi anni è stata invece la creazione di strutture di prima accoglienza. Dalla metà del 2014 sono molto aumentati le persone profughi che arrivano in Italia ed in parte viaggiano verso Nord, ponendo così dinanzi a nuove sfide in queste misure la politica sociale dell'Alto Adige. Oltre alla creazione di alloggi per i richiedenti asilo che restano in Alto Adige per più tempo, è stato necessario creare adeguate offerte di sostegno a bassa soglia per le persone di passaggio. La mano pubblica e le organizzazioni non-profit hanno trovato sostegno da parte di numerosi volontari e volontarie.

[T.2.1] Quadro schematico delle strutture e dei servizi sociali

SERVIZI DI DISTRETTO			
ASSISTENZA BASE SOCIOEDUCATIVA ASSISTENZA DOMICILIARE ASSISTENZA ECONOMICA SOCIALE			
Target	**Servizi residenziali**	**Servizi di ricovero parziale e strutture diurne**	**Servizi di consulenza e integrativi**
Bambini piccoli	Istituto provinciale assistenza per l'infanzia (I.P.A.I)		
Minori	Comunità alloggio Strutture di tipo familiare Residenze assistite	Centri diurni	Consultori familiari Servizi di consulenza
Famiglie / donne	Case per donne Istituto provinciale assistenza per l'infanzia (I.P.A.I)		Consultori familiari Servizi di consulenza
Persone anziane	Case di riposo Centri di degenza Alloggi per anziani Accompagnamento e assistenza abitativa	Centri di assistenza diurni	Club per anziani Mense per anziani Soggiorni
Persone disabili	Pensionati Comunità alloggio Alloggi addestramento Nuovi modelli abitativi (p.es. WG Phönix)	Laboratori Attività diurne Punti di incontro	Inserimento lavorativo Formazione professionale Integrazione scolastica Soggiorni feriali Accompagnamento abitativo
Persone con disagi psichici	Comunità alloggio	Laboratori Attività diurne Punti di incontro	Inserimento lavorativo Soggiorni feriali
Persone con dipendenze	Comunità alloggio	Laboratori Attività diurne Punti di incontro	Inserimento lavorativo Soggiorni feriali
Persone con esperienza di migrazione ed emarginazione	Strutture di prima accoglienza Centri di emergenza Alloggi per Sinti		Servizi di consulenza Integrazione sociale

2.3.3 Panoramica sugli enti gestori

Come riportato nella seguente tabella, senza contare i servizi di base nell'area socioeducativa e nell'assistenza economico-sociale – che rientrano tra le competenze dell'amministrazione pubblica – il 36 % dei servizi sociali viene svolto da gestori privati.

[T.2.2]

	Enti gestori										
	Enti pubblici		Enti religiosi		Associazioni		Cooperative		Altro		Tot.
Tipologia del servizio	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**
Casa di riposo	52	77,7	5	7,5	2	3,0	4	6,0	4	6,0	**67**
Centro di degenza	7	77,7	2	22,2							**9**
Comunità alloggio sociopedagogica per minori	3	20,0	1	6,7	3	20,0	8	53,3			**15**
Casa famiglia					1	25,0	3	75,0			**4**
Comunità alloggio per persone con disabilità	12	80,0			2	13,3	1	6,7			**15**
Convitto per persone con disabilità	18	81,8			2	9,1			2	9,1	**22**
Laboratorio e Laboratorio Riabilitazione per persone con disabilità	25	83,3	1	3,3	3	10,0	1	3,3			**30**
Servizio domiciliare	26	100,0									**26**
Centro di assistenza diurna per anziani	13	100,0									**13**
Casa delle donne	1	20,0			4	80,0					**5**
Consultori famigliari					6	42,9	1	7,1	7	50,0	**14**
Centro diurno socio-pedagogico per persone con disabilità	17	89,5			2	10,5					**19**
Centro di addestramento abitativo	4	100,0									**4**
Comunità alloggio per persone con problemi di salute mentale	11	84,6					2	15,4			**13**
Riabilitazione lavorativa per malati psichici	10	90,9			1	9,1					**11**
Centro diurno per minori			1	12,5	6	75,0	1	12,5			**8**
Comunità alloggio per persone affette da dipendenze	1	25,0			3	75,0					**4**
Riabilitazione lavorativa per persone affette da dipendenze	4	66,7			2	33,3					**6**
Centro diurno per persone con problemi di salute mentale	4	100,0									**4**
Residenza assistita per minori					5	33,3	10	66,7			**15**
Strutture di accoglienza per persone senza dimora	1	8,3	6	50,0	5	41,7					**12**
Strutture di accoglienza per immigrati, profughi, nomadi			6	60,0	1	10,0	3	30,0			**10**
Centro d'ascolto antiviolenza	1	25,0			3	75,0					**4**
Totale	**210**	**63,6**	**22**	**6,7**	**51**	**15,4**	**34**	**10,3**	**13**	**4,0**	**330**

Nella tabella non sono indicati i servizi che per definizione vengono gestiti da parte di enti pubblici, nonché servizi nel settore della custodia dei bambini (asili nido pubblici nonché servizi privati per la custodia di bambini).

SETTORI DI ATTIVITÀ

Gli enti privati si sono resi nel frattempo indispensabili in vari settori, come quello dell'assistenza di persone senza dimora, persone profughe nonché Sinti e Rom. I servizi gestiti da enti privati rivestono un ruolo importante nelle attività di riabilitazione ed inserimento lavorativo di persone con dipendenze e con disagi psichici. Nel campo dell'assistenza per la prima infanzia nonché del sostegno e della consulenza di giovani nel contesto del servizio (culturale) giovanile, i servizi vengono erogati prevalentemente da enti gestori privati. Questi servizi – a causa dell'appartenenza a differenti ripartizioni – non sono inclusi nella tabella sopra indicata.

Il settore non-profit 2.4

ORGANIZZAZIONE GIURIDICA

Il settore del cosiddetto non profit copre un vasto numero di tipologie di organizzazioni: dagli enti privati ed associazioni riconosciuti alle cooperative sociali, alle fondazioni, ai comitati e ai gruppi di auto mutuo aiuto. Tutte queste organizzazioni non possiedono un orientamento lucrativo, sono indipendenti dal settore pubblico e vengono gestite autonomamente. Ciò non significa che le organizzazioni senza scopo di lucro agiscano lontano dai principi del mercato e siano sganciate dallo Stato. Esse spesso assumono compiti che non potrebbero essere affrontati né dalla mano pubblica né dal solo mercato privato e/o che vengono loro demandati dal settore pubblico per motivi specifici. Spesso quindi il denaro pubblico svolge un ruolo importante nel finanziamento dei loro compiti ed attività. Osservato analiticamente, il settore non profit può essere considerato da un lato come un terzo settore accanto al mercato privato ed allo Stato e dall'altro come 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 alcune organizzazioni sul piano economico poggiano quasi interamente sui principi della solidarietà e del supporto reciproco, mentre in altre il perseguimento di obiettivi sociali deve confrontarsi più fortemente con elementi del mercato privato ed economici. In un primo approccio si possono distinguere le seguenti quattro tipologie primarie di organizzazioni non profit:

- Organizzazioni private di utilità sociale, per l'erogazione di servizi e la messa a disposizione di strutture
- Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo
- Organizzazioni di volontariato
- Organizzazioni di persone direttamente interessate e gruppi di auto mutuo aiuto

2.4.1 Private Trägerorganisationen

ASPETTI STRUTTURALI

Le organizzazioni private a carattere lucrativo non hanno (ancora?) alcun peso nel settore sociale altoatesino e non godono di alcun sostegno pubblico. Le organizzazioni private presenti sul territorio altoatesino 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 della Diocesi Bolzano-Bressanone. 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 cinque di queste federazioni si sono riunite nel "Comitato Sociale Alto Adige".

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 e la tabella 2.2 evidenzia che in molti settori offrono la maggior parte dei servizi offerti.

Diversamente dagli enti pubblici, l'attività dei gestori privati non si basa su un obbligo di legge e/o su competenze governative. All'interno delle organizzazioni private svolgono un ruolo importante il volontariato organizzato e quello individuale, sebbene anche nell'erogazione dei servizi mediante organizzazioni private ha un peso rilevante il personale

retribuito. Numerose organizzazioni private considerano loro compito anche la rappresentanza patrocinante degli interessi di gruppi sociali svantaggiati o bisognosi di sostegno nonché l'individuazione di nuovi bisogni e carenze nel meccanismo assistenziale e delle rispettive nuove soluzioni. Di conseguenza esse contribuiscono in maniera rilevante a garantire uno sviluppo dei servizi adeguato alle varie esigenze e l'implementazione di approcci innovativi nell'assistenza sociale.

FINANZIAMENTO

La Provincia può, in applicazione delle leggi vigenti, riconoscere agli enti ed organizzazioni private contributi per investimenti e costi gestionali. In linea di principio, il finanziamento del lavoro dei gestori privati segue diversi percorsi – tra l'altro mezzi propri delle organizzazioni private, contributi diretti o indiretti delle/degli utenti, nonché contributi o altre erogazioni finanziarie pubbliche conseguenti agli obblighi di legge degli enti territoriali. Le quote di finanziamento delle diverse fonti variano molto da gestore a gestore, a seconda del tipo di servizio o di struttura. Comunque per la maggior parte delle organizzazioni non- profit il finanziamento delle attività costituisce una grande sfida, prima di tutto perché non tutte le loro spese vengono coperte da finanziamenti pubblici e in secondo luogo perché per esse è difficile procurarsi prestiti bancari sul mercato finanziario privato. Per agevolare l'accesso al mercato monetario delle organizzazioni non-profit, la Giunta Provinciale con la Legge provinciale 12/2006 ha istituito i presupposti giuridici per la fondazione di una cooperativa di garanzia a sostegno delle organizzazioni non profit operanti nel settore sociale e in quello sanitario (cooperativa di garanzia „Socialfidi"). A metà dell'anno 2007 la Socialfidi è stata costituita formalmente e 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 a questa coalizione 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 al posto dalle attuali due. Attualmente l'amministrazione provinciale ha stanziato circa 5 milioni di Euro come capitale di rischio per le cooperative di garanzia.

SETTORE PUBBLICO E PRIVATO

La Provincia e le organizzazioni del settore privato concordano sul fatto che è necessario continuare a sviluppare il coordinamento tra i servizi sociali pubblici e quelli privati. Ciò vale anche 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 di bambini e minori – continueranno ad essere gestite dalla mano pubblica. In tutti gli altri settori a parere dell'amministrazione provinciale potrebbero operare anche enti gestori privati. Sono però assolutamente necessarie garanzie qualitative.

ACCREDITAMENTO

Un passo decisivo per la qualità delle prestazioni sociali è stata l'introduzione del sistema di accreditamento per i servizi sociali e sociosanitari integrati, 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 ai finanziamenti pubblici e per la stipula di convenzioni ed altri accordi contrattuali con i gestori dei servizi sociali. Tuttavia per gli enti pubblici l'introduzione dell'accreditamento non comporta alcun obbligo. Con il processo di accreditamento deve essere garantito, che sia gestori di servizi pubblici che privati rispondano a determinati standard minimi. Relativamente a ciò però si deve porre attenzione al fatto che anche i piccoli gestori di servizio riescano comunque a far fronte alle richieste burocratiche derivanti

Adam und Epfl è un'iniziativa civica dell'Alta Val Venosta, nata da un gruppo di cittadini che, con sentimenti diversi, hanno assistito al lento mutamento del paesaggio e all'irruzione delle colture intensive di frutta nell'Alta Val Venosta. Questo gruppo inizialmente ha voluto invitare al dibattito e a riflettere per tempo sul mutamento sociale, invece di stare ad aspettare che il paesaggio finisca sotto una rete antigrandine. "Adam & Epfl" si impegna a favore di un'agricoltura sostenibile in Alto Adige. Da un punto di vista economico ed ecologico, la varietà della produzione è decisiva: più un (eco) sistema è diversificato, più esso è stabile. Da questa varietà nella produzione è nato il paesaggio trasformato dall'intervento dell'uomo, un paesaggio unico. L'Alta Val Venosta - questa la visione di Adam&Epfl - sarà in futuro una regione che praticherà in modo mirato la coltura degli alberi da frutta, gestendola con modalità biologiche e attente alla varietà.

CULTURA SOCIALIS
Adam & Epfl

dall'accreditamento. Inoltre si pone la domanda se e fino a che punto le linee guida di accreditamento debbano prendere in considerazione anche lo sviluppo di gestori nel territorio sociale adiacente.

2.4.2 Il volontariato in Alto Adige

ASPETTI QUANTITATIVI

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 l'attività di volontariato organizzato in associazioni e organizzazioni simili, poggia su una lunga tradizione. 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" attualmente risultano iscritte circa 2.100 organizzazioni, oltre la metà delle quali sono operanti nel settore generale della "cultura, educazione ed istruzione". Nel settore dell'assistenza sanitaria e sociale sono invece impegnati circa 250 gruppi o associazioni. Tuttavia il numero effettivo è di certo 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 rilevamento del 2011, oltre il 20 % degli altoatesini e delle altoatesine di età pari o superiore ai 14 anni è impegnato a titolo gratuito in un'organizzazione di volontariato.[1] Il 9° Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non-profit dell'ISTAT ha rilevato in Alto Adige con data di riferimento 31 dicembre 2011 complessivamente 4.927 organizzazioni non-profit. Anche questi dati confermano il forte orientamento del volontariato nel settore non-profit con 3.012 volontari per 10.000 abitanti.

FINANZIAMENTO

Per quanto concerne il finanziamento delle organizzazioni di volontariato, le erogazioni pubbliche hanno un ruolo fondamentale. Ciò vale in particolare per i servizi nel campo sanitario e sociale che – sotto forma di contributi o altre tipologie di erogazione oppure in base alle convenzioni stipulate – viene finanziato in gran parte da fonti pubblici. Dato che le organizzazioni di volontariato di norma non solo lavorano a costi inferiori rispetto agli enti pubblici, ma spesso sono anche grado di erogare prestazioni che, pur istituzionalmente dovute, resterebbero scoperte e/o arricchiscono ulteriormente l'offerta, queste erogazioni pubbliche si possono senz'altro considerare un "impiego sensato del denaro pubblico".

1 Schnock, Brigitte & Atz, Hermann (Edit.), Rapporto sul volontariato e sull'impegno solidale in Alto Adige 2011, Bolzano

VOLONTARIATO INDIVIDUALE

Il volontariato organizzato va distinto da quello. 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 ed è aumentato notevolmente negli ultimi anni (vedi cap. 11.4). Quasi in un terzo dei servizi nel campo sociale (circa il 32 %) è presente personale volontario. Strutture miste in tal senso, che vedono cioè combinati assieme la responsabilità di professionisti e professioniste e l'impegno della società civile, sono in particolare le case di riposo/i centri di degenza (nel 97 % di queste strutture sono presenti i volontari) nonché i centri di assistenza diurna per anziani (61,5 %). Mediamente presso questi servizi vi sono 48,6 volontari e volontarie ogni 100 operatori e operatrici di ruolo. La banda di oscillazione tuttavia continua ad essere considerevole: la presenza massima, con 256,4 % volontari e volontarie per 100 operatori e operatrici di ruolo si riscontra nell'assistenza domiciliare seguita dalle Case delle donne (211,4/100).

SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO E SERVIZIO SOCIALE

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" nella quale per il servizio civile è stata sostanzialmente recepita una legge statale, mentre il servizio sociale volontario è stato istituito come servizio provinciale[2]. L'offerta del servizio sociale volontario si rivolge a tutte le persone a partire da 28 anni che, a fronte di un rimborso spese e di altri benefici, sono interessate a prestare a tempo determinato un contributo allo sviluppo sociale e culturale della nostra provincia. La durata del servizio civile volontario è attualmente fissato a un massimo di 32 mesi. Il numero massimo di operatori volontari ed operatrici volontarie nel servizio sociale è attualmente determinato da parte della Giunta Provinciale in 50 unità. Negli ultimi anni risultano mediamente impiegati nel servizi sociale volontario poco meno di 40 persone adulte all'anno. Con un impegno di lavoro di 40 ore settimanali, nel 2014 il rimborso spese delle operatrici e degli operatori del servizio civile volontario ammontava a 450 Euro a persona e mese.

2.4.3 Gruppi di auto mutuo aiuto

DEFINIZIONE

Le iniziative di auto mutuo aiuto sono associazioni nelle quali si riuniscono persone direttamente coinvolte in una certa situazione problematica, al fine di sostenersi gratuitamente a vicenda o per organizzare autonomamente una determinata assistenza in campo sociale o sanitario. Queste iniziative costituiscono una forma particolare di lavoro volontario. Rendendo possibile lo scambio di esperienze ed 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.

SERVIZI PER I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

Importante interfaccia del lavoro di auto aiuto è il servizio per i gruppi di auto mutuo aiuto, istituito nel 2002 presso la Federazione per il Sociale e la Sanità. Questo servizio funge da punto di riferimento centrale per tutte le persone interessate al tema dell'auto mutuo aiuto, e con il suo lavoro contribuisce in maniera rilevante al potenziamento e al coordinamento di queste attività. Nel 2014 il servizio ha sostenuto 221 contatti con la costituzione di complessivamente 24 iniziative di gruppo. Con il progetto „Join Life – Auto-Aiuto per giovani"

2 Ibid, pag. 55

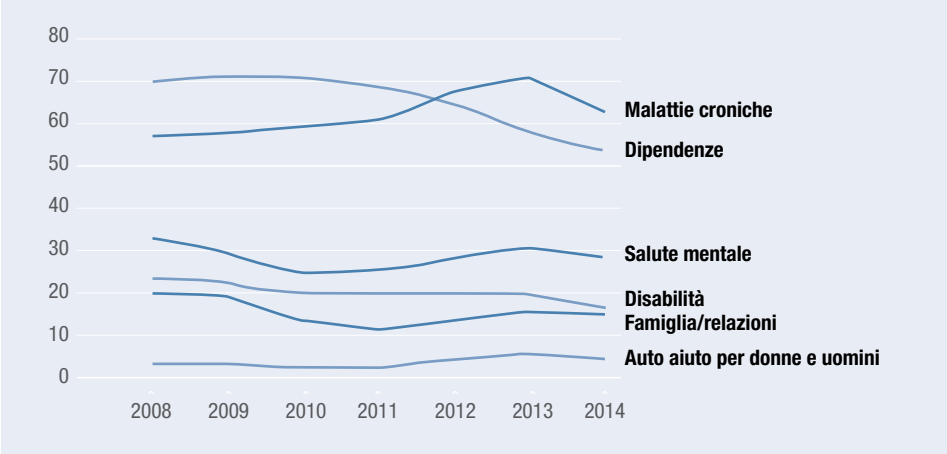
si cerca inoltre di coinvolgere in maniera più efficace la fascia di età dei 20-30enni, motivandoli a cercare aiuto e sostegno all'interno di un gruppo di auto mutuo aiuto. Anche se non è sempre semplice motivare giovani adulti, è stato tuttavia dimostrato che, tramite un approccio attivo e di consulenza, alcuni giovani adulti trovano la propria strada verso l'auto mutuo aiuto, che ci sono più giovani capigruppo di gruppi di auto muto aiuto e che generalmente il settore del mutuo aiuto si dirige in generale verso il ringiovanimento e la partecipazione. Il servizio viene gestito mediante la corresponsione di quote. Al finanziamento provvedono in primo luogo la Provincia Autonoma e i fondi speciali per le attività di volontariato.

ASPETTI QUANTITATIVI

Alla fine del 2014 esistevano in Alto Adige complessivamente 188 gruppi di auto mutuo aiuto operanti nel settore sociale e sanitario. Quindi il numero di gruppi di auto mutuo aiuto nel corso degli anni rimane relativamente costante.

Il seguente grafico illustra la distribuzione dei vari gruppi, ordinati per ambiti di attività principale. La maggior parte di essi opera nel settore delle malattie croniche (62), segue il campo delle dipendenze (53) e delle malattie psichiche (28). Questa distribuzione appare ormai da anni relativamente stabile. Le tematiche sociali e altre situazioni problematiche famigliari come p. es. disoccupazione o mobbing, questioni sull'educazione o situazioni familiari specifiche risultano ancora sottorappresentate. L'esperienza mostra come sia difficile che nascano gruppi in questi ambiti tematici.

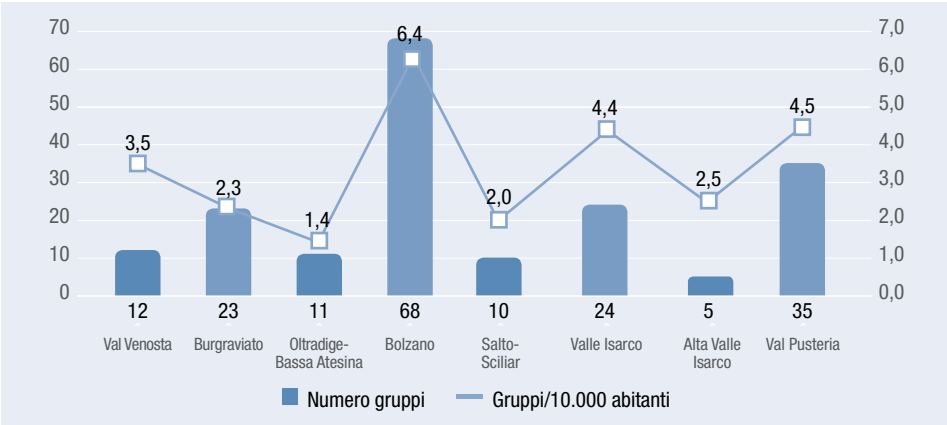
[G.2.2] Gruppi di auto mutuo aiuto in Alto Adige, 2008-2012



Fonte: Federazione per il Sociale e la Sanità, Servizio per gruppi di auto mutuo aiuto 2015.

In media in Alto Adige nel 2014 vi erano 3,4 gruppi di auto mutuo aiuto per 10.000 abitanti. Il lavoro di mutuo aiuto è profilato in maniera differente tra le varie Comunità Comprensoriali. La maggior presenza di gruppi di auto mutuo aiuto rispetto alla popolazione residente si riscontra nei Comprensori della Val Pusteria (4,5) e di Bolzano (6,4), anche se va ricordato che la partecipazione individuale ai gruppi non è ovviamente legata direttamente al criterio territoriale.

[G.2.3] Gruppi di auto mutuo aiuto per Comunità Comprensoriale, 2014 (in valori assoluti e in relazione alla popolazione residente)



Fonte: Federazione per il Sociale e la Sanità, Servizio per gruppi di auto mutuo aiuto 2015.

2.4.4 Organizzazioni di persone direttamente interessate

Di certo la maggior parte delle organizzazioni attive 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 delle cittadine e dei cittadini che in essi sono attivamente impegnati. 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 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 di una trentina delle complessivamente 54 organizzazioni di pubblica utilità attualmente organizzate all'interno della Federazione per il Sociale e la Sanità. 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 esperienza e competenza specifica esse apportano una prospettiva e conoscenza alla discussione tecnica e politica, che politica, amministrazione, la maggior parte degli enti gestori e il corpo professionale non sono in grado di mettere a disposizione e/o solo in maniera limitata.

3. Servizi ed interventi trasversali

Sabina Frei

Il presente capitolo è dedicato alla presentazione e all'analisi delle attività svolte dai 20 Distretti sociali della nostra provincia. Come esposto nel precedente capitolo 2, i Distretti rappresentano le unità organizzative strutturate in forma decentrata e preposte all'erogazione delle prestazioni di assistenza sociale di base. Qui di seguito saranno quindi illustrate le modalità operative dell'Assistenza socio-pedagogica di base, dell'Assistenza domiciliare e del Segretariato sociale istituito quale punto di riferimento e di orientamento per la cittadinanza su tutti i temi inerenti ai servizi sociali e sanitari. Un ulteriore servizio distrettuale, quello dell'Assistenza economica sociale, sarà invece presentato in maniera approfondita nel capitolo 9.

3.1 Assistenza socio-pedagogica di base

3.1.1 Servizi e prestazioni offerte

COMPITI DELL'ASSISTENZA SOCIO-PEDAGOGICA

L'Assistenza sociopedagogica di base rappresenta il servizio di base dedicato alle prestazioni sociali nel territorio del Distretto. Con il suo bagaglio di competenza psico-sociale e giuridica, l'area sociopedagogica funge da pilastro portante della rete sociale operante a livello distrettuale. Il suo mandato istituzionale si presenta complesso, spaziando dagli interventi di prevenzione, di superamento e di mitigazione delle situazioni di disagio, al sostegno dell'integrazione sociale di persone, famiglie e gruppi a rischio. L'Assistenza sociopedagogica di base è infatti preposta all'elaborazione, all'attuazione e al coordinamento di interventi e progetti sociali ed educativi in loco, al sostegno pedagogico per altri servizi e strutture, alla promozione e all'accompagnamento di gruppi di auto-mutuo aiuto, di organizzazioni di volontariato o strutture sociali. Per i cittadini e le cittadine in cerca di sostegno essa funge spesso quale primo punto di orientamento.

FORME DI COOPERAZIONE

Le forme di cooperazione reciproca fra l'Assistenza sociopedagogica di base ed altri servizi e strutture sono molteplici. Un'interazione particolarmente stretta è quella con le altre aree d'intervento a livello distrettuale, tra cui in primo luogo l'Assistenza economica sociale. Infatti, l'obiettivo primario dell'assistenza sociale – l'affrancamento dei fruitori dei servizi dal fabbisogno di sostegno istituzionale – è perseguibile solo in stretta collaborazione fra Assistenza economica sociale e Assistenza sociopedagogica di base (vedi cap. 9). È ormai da anni che si presenta consolidata anche la cooperazione fra Assistenza economica sociale e Servizi sanitari, come pure quella con le scuole, con l'Autorità giudiziaria e i Comuni.

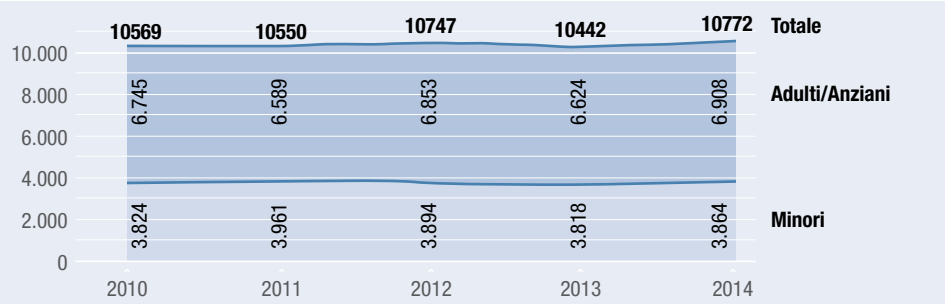
ANDAMENTO DEL NUMERO DI UTENTI

Mentre nel 2013, rispetto al 2012, si è registrato un calo pari al 2,8 % del numero complessivo di utenti, nel 2014 esso si attesta su un totale di 10.772 persone, tra cui 5.251 (48,7 %) uomini e 5.521 (51,3 %) donne, un livello quindi di poco superiore a quello osservato nel 2012. Complessivamente, nel periodo 2013-2014, l'utenza è accresciuta del 3,2 %.

Rispetto al 2013, il numero degli adulti utenti dall'Area di assistenza sociopedagogica dei Distretti sociali è aumentato del 4,3 % nel 2014, mentre quello dei minori è incrementato di appena l'1,2 %.

Dopo l'accrescimento costante e relativamente marcato registrato nel periodo 2006-2010, tra il 2010 e il 2014 si osserva un rallentamento per quanto riguarda gli utenti minorenni, con un aumento dell'1%, mentre la quota dei fruitori adulti di servizi dell'Area sociopedagogica, nel 2014 risulta aumentato del 2,4% rispetto al 2010.

[G.3.1] Utenti dell'Area sociopedagogica, 2010-2014



Fonte: SIPSA, 2015

RAPPORTO UTENTI MINORI/ADULTI

Nell'anno di riferimento 2014, i servizi dell'Assistenza sociopedagogica di base di tutte le Comunità comprensoriali altoatesine hanno seguito più adulti che minori. Per la prima volta vi si allinea anche la Comunità comprensoriale dell'Alta Valle Isarco che in passato era l'unico territorio a registrare un numero di utenti adulti superiore a quello dei minori. Dal confronto fra il rapporto adulti/minori e il totale degli utenti di servizi dell'Area sociopedagogica nelle singole Comunità comprensoriali, emerge che l'Area di assistenza socio-pedagogica dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano registra la quota più consistente di utenti adulti (pressoché il 70 %), mentre la quota più bassa di utenti adulti è quella registrata nella Comunità comprensoriale dell'Alta Valle Isarco, con il 54 % circa. Analogo l'esito dell'analisi per Distretti: in tutti i Distretti gli adulti seguiti dall'Area sociopedagogica sono più numerosi rispetto ai minori, con il 73 % di fruitori adulti - valore più elevato a livello provinciale – nel Distretto bolzanino Centro-Piani-Rencio.

[T.3.1] Utenti dell'Area sociopedagogica, 2013-2014

Distretti Sociali e Comunità Comprensoriali	2013			2014		
	Minori	Adulti	Totale	Minori	Adulti	Totale
Alta Val Venosta	80	182	262	97	205	302
Media Val Venosta	130	230	360	121	237	358
VAL VENOSTA	210	412	622	218	442	660
Naturno e circondario	108	234	342	98	252	350
Lana e circondario	139	199	338	150	222	372
Merano e circondario	473	905	1.378	480	904	1.384
Val Passiria	48	88	136	51	82	133
BURGRAVIATO	768	1.426	2.194	779	1.460	2.239
Oltradige	95	137	232	95	131	226
Laives-Bronzolo-Vadena	150	206	356	154	219	373
Bassa Atesina	99	150	249	96	157	253
OLTRADIGE-BASSA ATESINA	344	493	837	345	507	852
Gries-San Quirino	174	379	553	199	367	566
Europa-Novacella	217	533	750	222	575	797
Don Bosco	282	432	714	316	511	827
Centro-Piani-Rencio	234	551	785	195	521	716
Oltriscarco-Aslago	156	406	562	147	393	540
BOLZANO	1.063	2.301	3.364	1.079	2.367	3.446
Val Gardena	73	118	191	74	151	225
Val d'Ega-Sciliar	121	264	385	110	238	348
Salto-Val Sarentino-Renon	90	191	281	107	209	316
SALTO-SCILIAR	284	573	857	291	598	889
Bressanone e circondario	427	584	1.011	445	603	1.048
Chiusa e circondario	99	104	203	91	122	213
VALLE ISARCO	526	688	1.214	536	725	1.261
ALTA VALLE ISARCO	172	168	304	185	217	402
Tures-Valle Aurina	107	150	257	100	173	273
Brunico e circondario	178	152	330	181	188	369
Alta Val Pusteria	88	106	194	76	111	187
Val Badia	78	155	233	74	120	194
VAL PUSTERIA	451	563	1.014	431	592	1.023
TOTALE PROVINCIA	3.818	6.624	10.442	3.864	6.908	10.772

Fonte: SIPSA, 2015

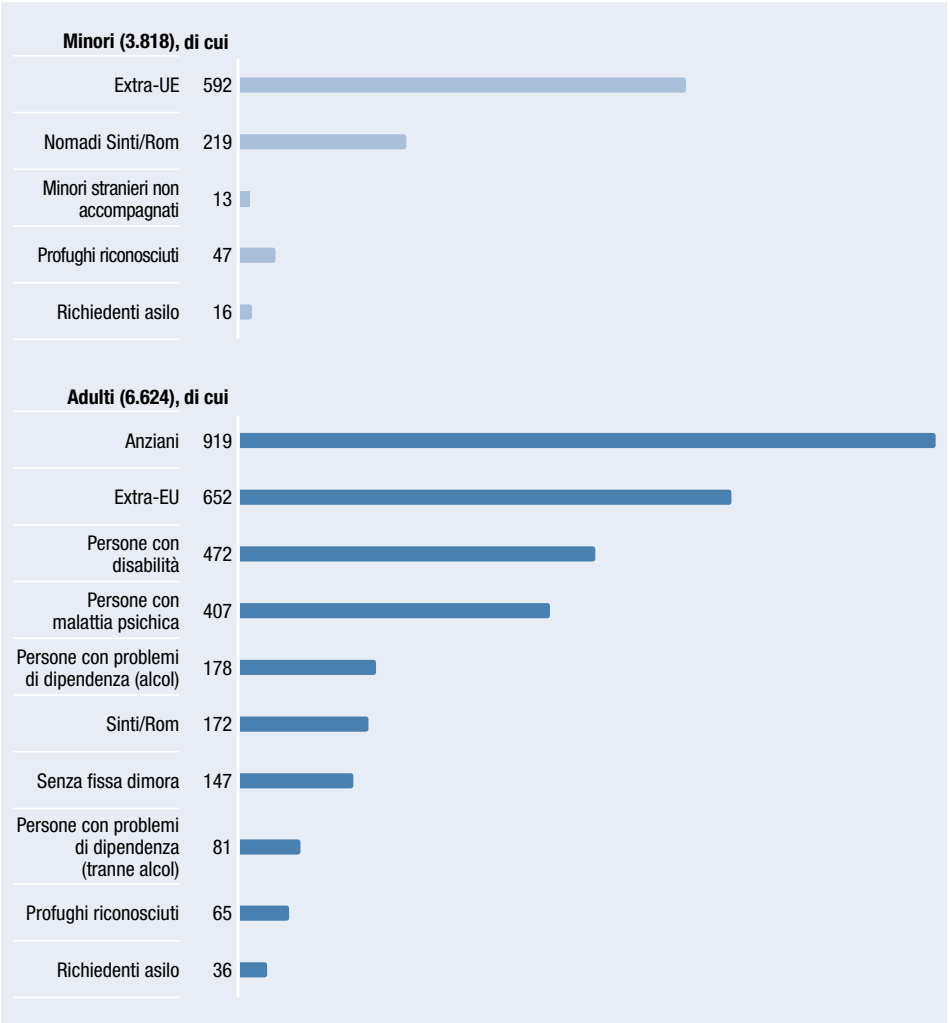
GRUPPI TARGET

A parte alcune poche eccezioni, le variazioni osservate nel 2014 rispetto al 2013 si rivelano modeste nella maggior parte dei gruppi target, sia in termini percentuali che in valori assoluti, con oscillazioni in aumento e in diminuzione.

Tutte le variazioni riguardanti i minori rimangono entro valori millesimali, ad eccezione del lieve incremento in termini sia assoluti che percentuali registrato esclusivamente riguardo ai profughi riconosciuti in età minore (dai 47 profughi minori, equivalenti all'1,2 % del 2013 a 66 ovvero l'1,7 % nel 2014) e ai richiedenti asilo (da 16 persone equivalenti allo 0,4 % a 23 ossia lo 0,6 %).

Nel periodo 2013/2014, il numero dei fruitori adulti dell'assistenza sociopedagogica di base offerta dai Distretti sociali altoatesini è cresciuto in termini assoluti di 292 persone, sempre con variazioni millesimali fra i gruppi target rispetto al 2013. Il calo percentuale più consistente si è verificato fra gli utenti anziani, e precisamente dal 13,9 % registrato nel 2013 al 13,3 % nel 2014 nonché fra i cittadini extracomunitari la cui quota è scesa dal 9,8 % nel 2013 al 9,4 % nel 2014. L'accrescimento relativo più consistente osservato fra il 2013 e il 2014 è quello relativo alle persone con patologie psichiche (dal 6,1 al 6,4 %) e quello dei profughi riconosciuti. (dall'1,0 % all'1,3 %).

[G.3.2] Persone direttamente seguite dall'Area sociopedagogica, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

PERSONALE

Alla fine del 2014, le persone operanti nell'ambito dell'Assistenza sociopedagogica di base erano 241, per un equivalente a tempo pieno di 216,4. Le persone effettivamente in servizio erano 174,2. Rispetto al 2013, la dotazione organica è quindi aumentata dell'8,1 % (da 200,8 ETP a 216,4). Il personale operante nell'Area sociopedagogica di base è composto per lo più di assistenti sociali (il 52 % di tutti gli ETP) e di educatori/trici sociali o educatori/trici (il 30,8 % degli ETP). Nel 2014, la media aritmetica delle persone seguite da un equivalente a tempo pieno erano 49,8, contro le 55,9 persone seguite per ETP del 2012. Adottando questo criterio va peraltro considerato che ci si basa su un indicatore soggetto di anno in anno a variazioni considerevoli e che il lavoro sociale svolto nell'ambito dell'Area sociopedagogica di base deve far fronte a problematiche e carichi di impegno molto differenziati. Di conseguenza, il numero degli utenti per ETP varia fortemente fra i singoli ambiti territoriali anche nel 2014, passando dal 44,6 nella Val Venosta al 77,3 nell'Alta Valle Isarco.

[T.3.2] Utenti dell'assistenza sociopedagogica di base e personale, 2014

Comunità Comprensoriale	Utenti	di cui minori	Utenti per 1000 abitanti	Operatori equivalenti	Utenti/operatori equivalenti
Val Venosta	660	218	16,0	14,8	44,6
Burgraviato	2.239	779	22,3	47,2	47,4
Oltradige-Bassa Atesina	852	345	11,6	18,8	45,3
Bolzano	3.446	1.079	34,3	65,8	52,4
Salto-Sciliar	889	291	18,9	16,3	54,5
Valle Isarco	1.261	536	23,1	28,1	44,9
Alta Valle Isarco	402	185	16,8	5,2	77,3
Val Pusteria	1.023	431	12,7	20,2	50,6
Totale	**10.772**	**3.864**	**20,9**	**192,3**	**49,8**

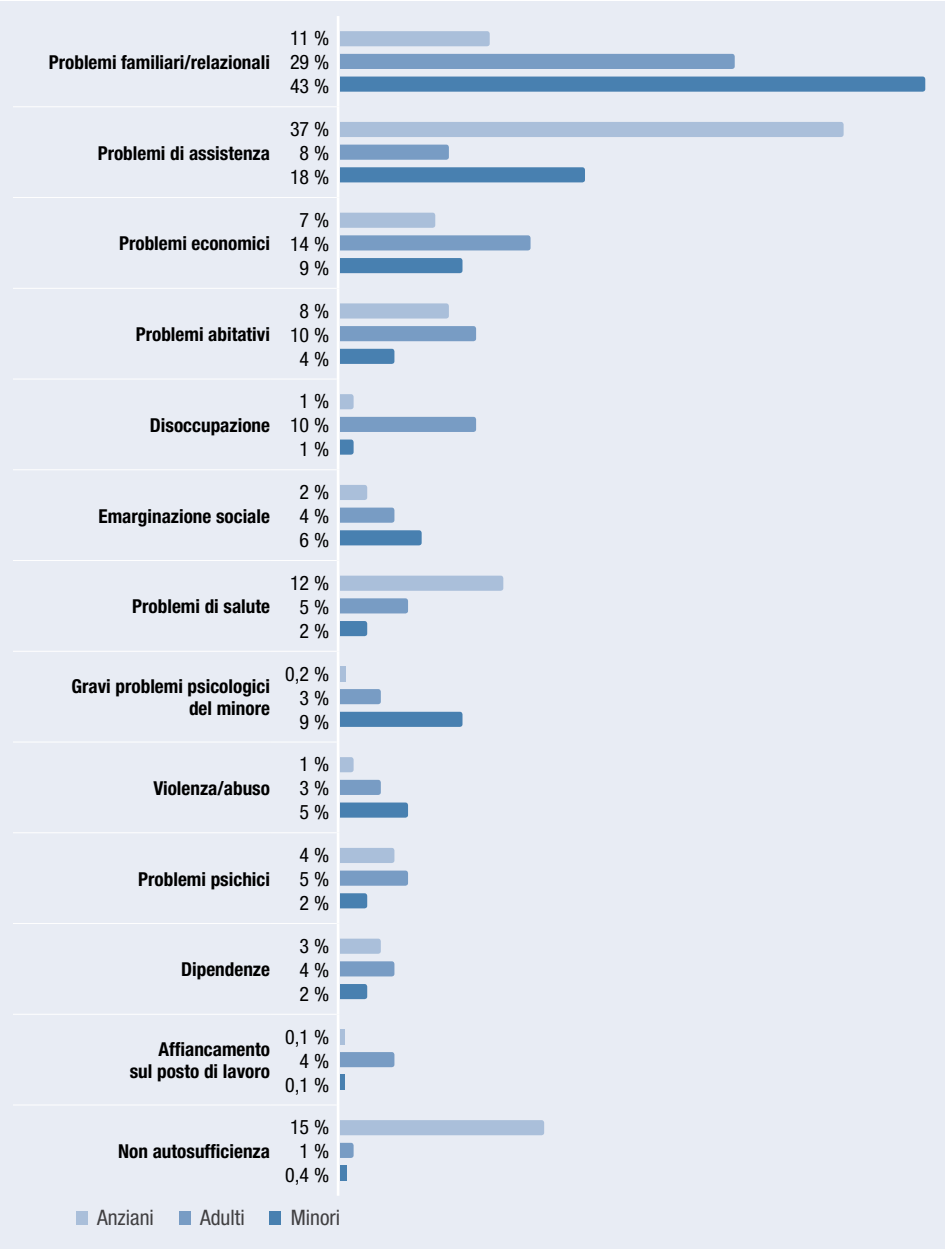
Fonte: SIPSA, 2015

3.1.2 Motivi del ricorso all'assistenza e alle prestazioni in sintesi

MOTIVI DEL RICORSO ALL'ASSISTENZA

Le motivazioni principali che inducono a ricorrere all'assistenza sociopedagogica di base si rivelano differenziate per gruppi di età – minori, adulti e anziani.
Per gli utenti adulti e minori, le ragioni relativamente più ricorrenti sono problemi familiari e relazionali, mentre nel caso delle persone anziane prevalgono, con una quota del 37 %, i problemi di assistenza, seguiti dalla condizione di non autosufficienza (15 %) e da problemi di salute (12 %).
Fra gli utenti adulti, ulteriori motivi della richiesta di assistenza sociopedagogica di base sono problemi finanziari (14 %), problemi abitativi (10 %) e disoccupazione (10 %). Infine, nell'anno di riferimento 2014, il ricorso all'assistenza sociopedagogica di base per bambini/e e giovani era motivato da difficoltà finanziarie (9 %) e da gravi problemi psicologici (9 %).

[G.3.3] Utenti dell'Area sociopedagogica per motivo prevalente, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

PRESTAZIONI EROGATE

Complessivamente, nel 2014 gli operatori dell'Area sociopedagogica hanno erogato 19.809 prestazioni agli/alle utenti. Ancor più marcata rispetto al 2012 (18,4 %) risulta nel 2014 la prevalenza del sostegno sociale nel quotidiano che si attesta sul 25,2 % delle prestazioni erogate, seguito dall'invio ad un Servizio esterno e dalla collaborazione con Servizi esterni, interventi che dal 2012 vedono un rialzo di quasi dieci punti percentuali, raggiungendo il 21,5 %. Il monitoraggio e le relazioni al Tribunale per i minorenni si collocano anche nel 2014 al terzo posto fra le prestazioni più frequenti, con il 12,1 %. Dal grafico che segue emerge l'ampia gamma di prestazioni erogate dall'Area sociopedagogica. Il gruppo "Altre prestazioni" comprende tutte le ulteriori categorie di prestazioni di cui ciascuna rappresenta meno dell'1 % delle prestazioni complessive erogate.

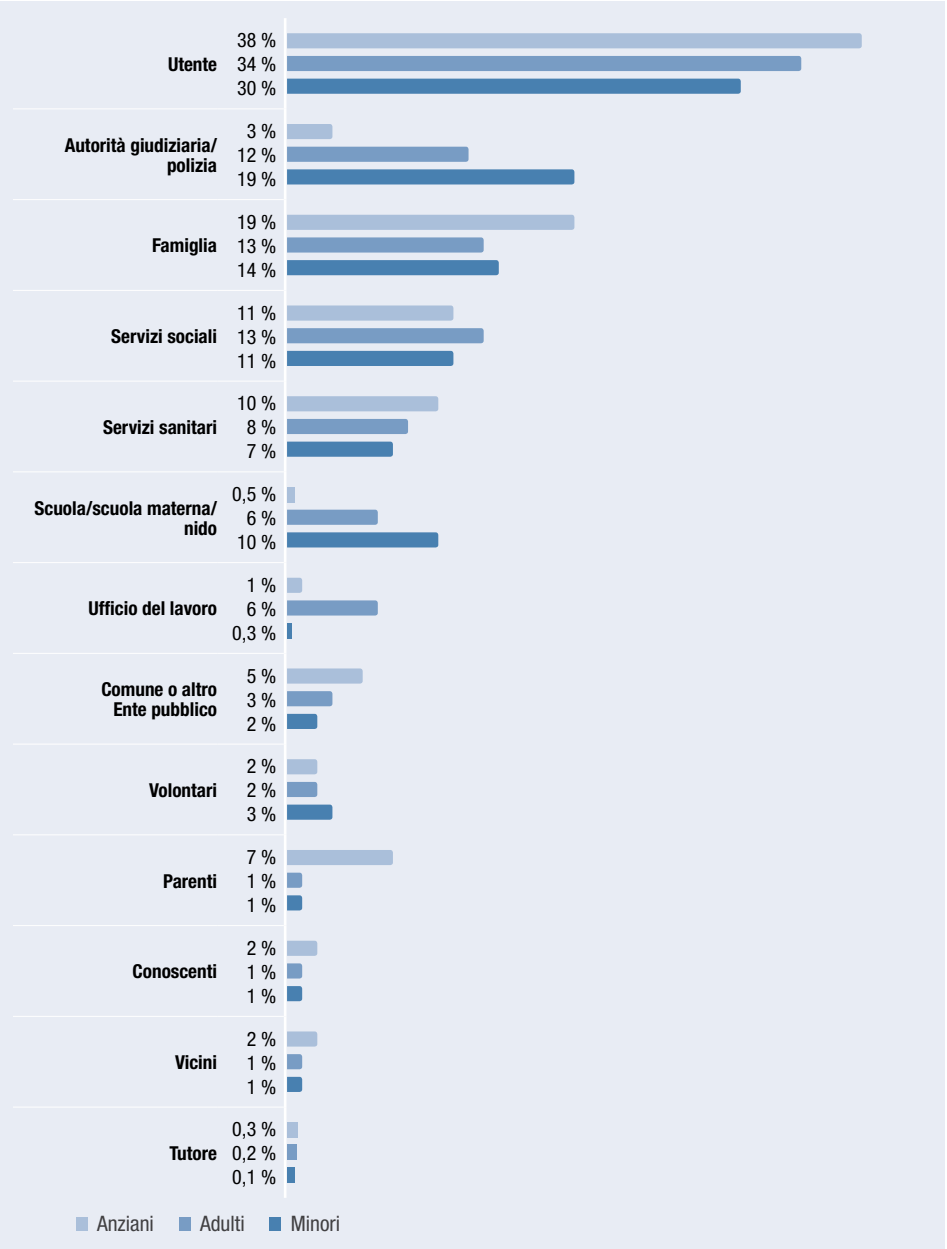
[G.3.4] Prestazioni erogate 2014

Fonte: SIPSA, 2015

SEGNALAZIONI DEL FABBISOGNO

Quanto alla segnalazione del fabbisogno di assistenza, emergono ovviamente differenziazioni fra i vari gruppi di utenza (minori, adulti, anziani). In tutti e tre i gruppi, la prima presa di contatto avviene prevalentemente su iniziativa della persona interessata.
La maggioranza delle persone anziane (38 %) ha richiesto l'intervento in prima persona, nel 19 % dei casi sono stati i familiari a segnalare un fabbisogno.
Fra gli adulti, le richieste sono state presentate dagli stessi interessati nel 34 % dei casi, mentre il 13 % delle richieste proveniva dalle famiglie o dal Servizio sociale.
La prima segnalazione da parte degli stessi minori direttamente interessati si attesta sul 30 % ca., con un aumento dell'8 % rispetto al 2012, seguita dalle segnalazioni da parte dell'Autorità giudiziaria o dalle Forze dell'ordine (19 %).

[G.3.5] Utenti dall'Area sociopedagogica per segnalante, 2014



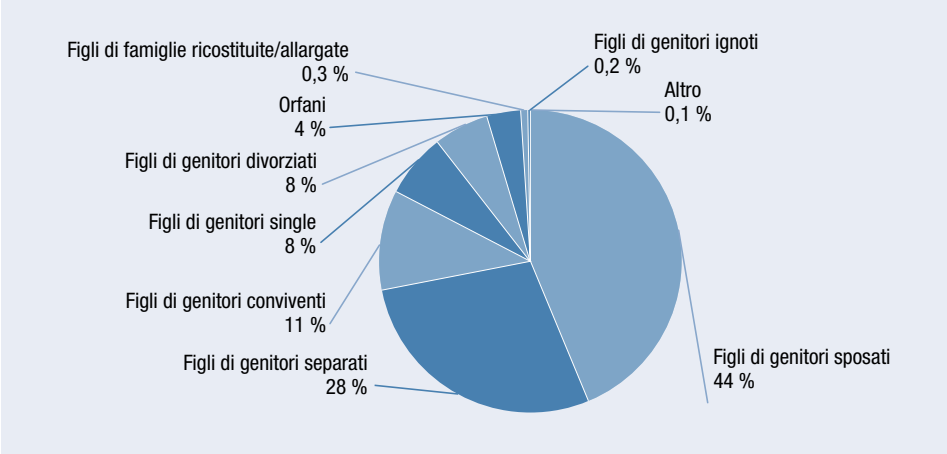
Fonte: SIPSA , 2015

3.1.3 Area minori

SITUAZIONE FAMILIARE

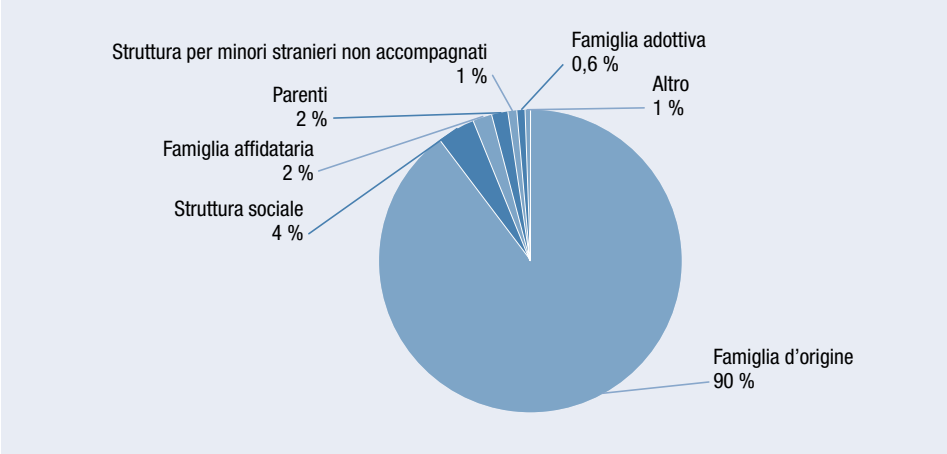
Considerando la condizione familiare dei minori seguiti, essi sono, come nel 2012, per lo più figli di genitori coniugati (44 %). Rispetto al 2012 si registra peraltro un lieve incremento della percentuale di figli di genitori separati (dal 26,6 % al 28 %), categoria che rispetto alla totalità della popolazione continua ad essere sovrarappresentata. La stragrande maggioranza dei bambini e delle bambine e dei giovani vive presso la propria famiglia di origine (90 %), con un aumento rispetto al 2012 (87,3 %) di quasi tre punti percentuali. Il numero dei minori ospitati in strutture sociopedagogiche fa invece registrare un calo dal 6 % al 4 % rispetto 2012. La patria potestà è quindi esercitata da ambedue i genitori nel 79 % dei casi e nel 15 % dei casi dalla sola madre.

[G.3.6] Utenti minori per condizione familiare, 2014



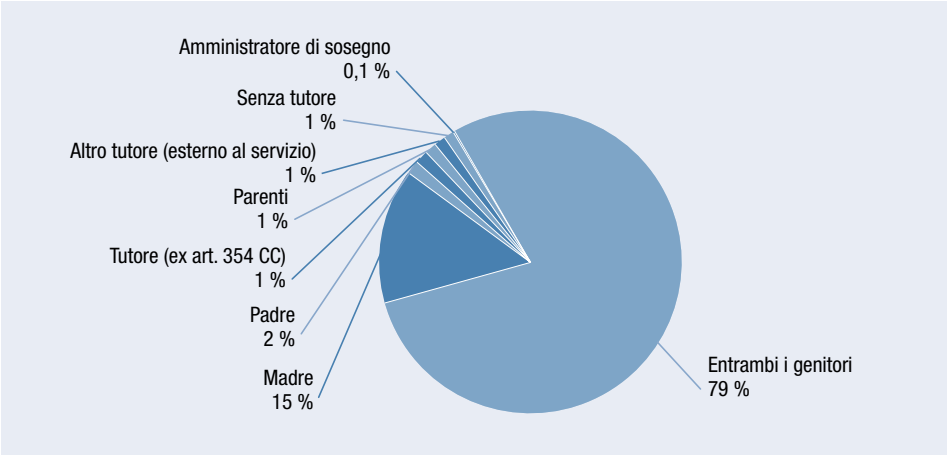
Fonte: SIPSA, 2015

[G.3.7] Utenti minori per tipologia residenziale, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

[G.3.8] Utenti minori per soggetto esercitante la patria potestà, 2014

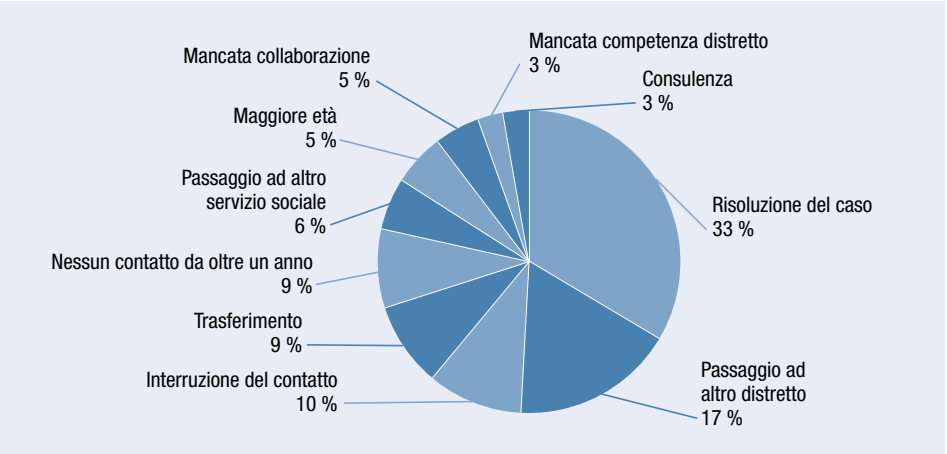


Fonte: SIPSA, 2015

MOTIVI DI SOSPENSIONE DELL'ASSISTENZA

Nel 2014, l'assistenza è stata portata a conclusione per 822 minori. Nel 33 % dei casi la ragione era il superamento delle difficoltà che in precedenza avevano determinato la presa in carico. Al riguardo spicca il fatto che nel 2012 tale quota risultava superiore al 41 %. L'interruzione dei contatti, il mancato contatto per la durata di un anno e la mancata collaborazione da parte dell'utente stesso hanno causato la sospensione dell'assistenza nel 24 % dei casi.

[G.3.9] Utenti minori per motivo di sospensione dell'assistenza, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

Servizi e interventi domiciliari e assistenziali

3.2

3.2.1 Assistenza familiare/Assistenza informale

RUOLO DELL'ASSISTENZA IN FAMIGLIA

Anche nell'anno di riferimento 2013-2014 la famiglia continua a svolgere il ruolo di "servizio di assistenza" principale, accudendo ai tre quarti circa di tutte le persone anziane non autosufficienti (vedi capitolo 10). Nel contempo, l'assistenza familiare ovvero domiciliare organizzata in via informale continua ad essere integrata con prestazioni professionali dei Servizi di assistenza domiciliare dei Distretti sociali, come si evince dal numero di utenti in costante, seppur modico rialzo nel corso di questi ultimi anni (vedi capitolo 3.2.2). L'introduzione dell'assegno di cura era infatti destinata a consentire e ad agevolare l'assistenza domiciliare e di fare in modo che anche persone con un livello di non autosufficienza elevato possano rimanere a vivere nell'ambiente consueto e di beneficiare in casa delle prestazioni di sostegno necessarie. Alla vita determinata in larga misura da terzi come spesso è vissuta nelle case per anziani e di cura, si contrappongono le potenzialità di un modello assistenziale capace di tener conto delle esigenze e preferenze della persona non autosufficiente, modello che punta fortemente sulle prestazioni di cura dei familiari, eventualmente integrate con le prestazioni di cura ambulante erogate dai Servizi dei Distretti sociali.

Peraltro, le potenzialità implicite a questa modalità di assistenza alle persone non autosufficienti non devono ostacolare la riflessione su tutta una serie di possibili rischi e gravose sfide per la persona assistita e per i familiari impegnati nei compiti di cura.

CARICO PSICO-FISICO DELLE/ DEI CARER E RELATIVE OFFERTE DI SOSTEGNO

Il fabbisogno di una gamma più o meno ampia di interventi assistenziali e di cura può crescere lentamente nel tempo come può imporsi in maniera subitanea e non è valutabile o prevedibile né in termini di intensità né in termini di durata. La conciliabilità fra compiti di assistenza domiciliare a familiari anziani e attività lavorativa professionale con i compiti di educazione e di assistenza per bambini e bambine rappresenta una grande sfida per i carer, per lo più donne di mezza età, e spesso è un compito che implica il grave rischio di oberazione e di sovraccarico. Il fabbisogno di consulenza e di informazione dei familiari è elevato, specie nella fase iniziale dell'assistenza in casa. Con il crescere dell'esperienza ma anche con l'appesantirsi del carico psico-fisico sia nel tempo che nell'intensivarsi dell'impegno, vi si aggiunge il fabbisogno di sostegni concreti e di offerte di sgravio temporaneo (respite care). Al fine di far fronte in maniera efficace a tali esigenze, negli anni passati in numerosi Distretti sociali sono stati allestiti appositi servizi di consulenza e di informazione per familiari impegnati in compiti di cura (i cosiddetti Servizi territoriali per l'assistenza e cura[1]). La delibera adottata in merito dovrà essere messa in atto in un processo a scaglioni, entro il 31/12/2017 e prevede ampie prestazioni di consulenza per le persone non autosufficienti e loro familiari che si prevede siano erogate in maniera capillare su tutto il territorio provinciale.

1 Delibera della Giunta provinciale del 07-07-2015, n. 817

Circa le badanti assunte dalle famiglie in forma privata, non sono disponibili cifre aggiornate. Stando ad un'indagine ASTAT pubblicata nel 2011, è il 5,5 % dei nuclei familiari altoatesini a ricorrere all'aiuto di una collaboratrice familiare e nel 2,0 % delle famiglie presta servizio una badante privata per una persona anziana oppure per una persona con disabilità.[2] Nell'ambito dell'indagine sulla terza età dell'ASTAT pubblicato nel 2013[3], lo 0,5 % della fascia di età compresa fra i 65 e i 74 anni, il 2,4 % del gruppo fra i 75 e gli 84 anni e il 16 % degli ultraottantacinquenni dichiara di usufruire dell'aiuto di una badante a tempo pieno. Da tali dati è lecito dedurre che la presenza in famiglia di una collaboratrice familiare o di una badante sia ormai diventata parte integrante del panorama assistenziale altoatesino, contribuendo a colmare le lacune presenti nel sistema assistenziale.

3.2.2 Assistenza domiciliare

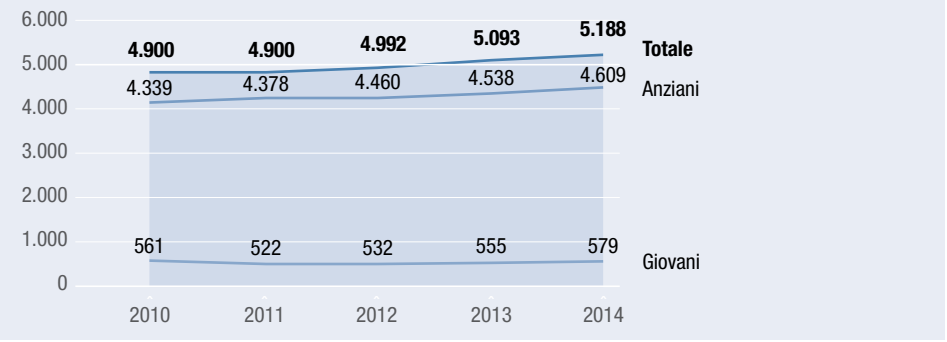
L'assistenza domiciliare (AD) è garantita in tutti i 19 Distretti sociali delle sette Comunità comprensoriali e nei cinque Distretti dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Oltre ai Servizi sociali delle sette Comunità comprensoriali e all'Azienda Servizi Sociali di Bolzano provvedono al servizio di assistenza domiciliare alcuni soggetti privati operanti senza scopi di lucro. In un caso, l'assistenza domiciliare è gestita direttamente dal Comune. Il personale dell'AD eroga una serie di prestazioni in forma ambulante a favore di persone singole e famiglie, affinché esse possano rimanere a vivere nel proprio ambiente abituale. Accanto alle prestazioni di cura a domicilio, l'AD fornisce i pasti a domicilio e i servizi offerti presso i centri diurni.

Assistenza a domicilio

CARATTERISTICHE STRUTTURALI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Nel 2014 erano 5.188 persone ad usufruire di servizi assistenziali a domicilio offerti dalle équipes di assistenza domiciliare. Rispetto all'anno precedente, l'incremento è leggermente inferiore all'1,9 % e dal 2010 il numero degli utenti è accresciuto complessivamente del 5,8 %. Dopo il sensibile rialzo del tasso degli utenti di oltre il 27 % verificatosi tra il 2007 e il 2012 a seguito dell'introduzione della copertura della non autosufficienza, nel periodo più recente lo sviluppo del numero dei fruitori si è stabilizzato. Le prestazioni erogate dall'AD si rivolgono principalmente alle persone anziane. Nel 2014, la quota di utenti anziani era dell'88,8 %. Quanto agli utenti rientranti in classi di età inferiori, si registra un costante lieve aumento in cifre assolute dal 2011, che peraltro incide in misura trascurabile sul rapporto percentuale fra utenti anziani e non. La distribuzione per età rispecchia quindi il fabbisogno di sostegno più consistente nettamente superiore degli anziani.

[G.3.10] Utenti dell'assistenza domiciliare per classi d'età, 2010-2014



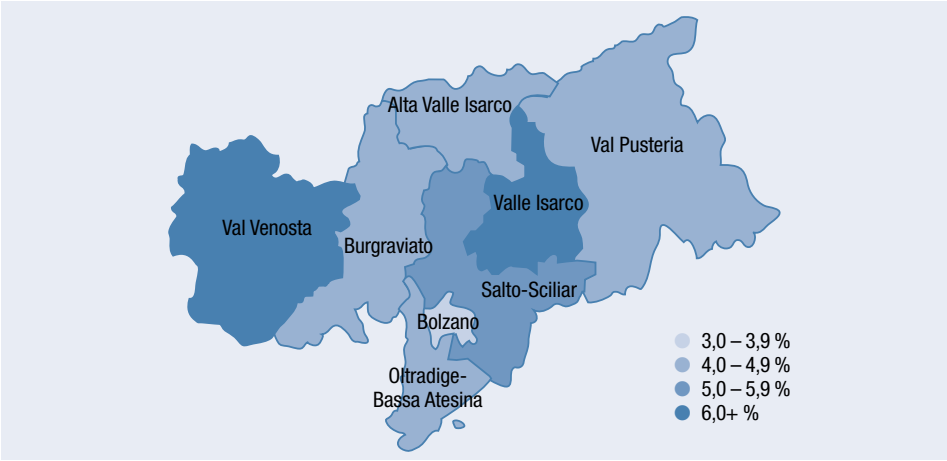
Fonte: SIPSA, 2015

2 ASTAT (ed.), 16 gennaio 2011 – Giornata del migrante e del rifugiato, in: ASTAT-info
3 ASTAT (2013) Senioren-Dasein in Südtirol / La terza età in Alto Adige, p. 111

Dell'assistenza domiciliare hanno usufruito nel 2014 poco meno dell'1,0 % della popolazione totale e il 5,4 % degli abitanti ultra-sessantaquattrenni. La quota più consistente di utenti oltre i 64 anni di età è stata registrata in Val Venosta, mentre a Bolzano sono solo il 2,9 % della stessa classe di età a fruire dell'AD.

NUMERO E ETÁ UTENTI

[G.3.11] Percentuale delle persone anziane utenti dell'Assistenza domiciliare rispetto alla popolazione ultrasessentaquattrenne, 2014 (per Comunità comprensoriale)

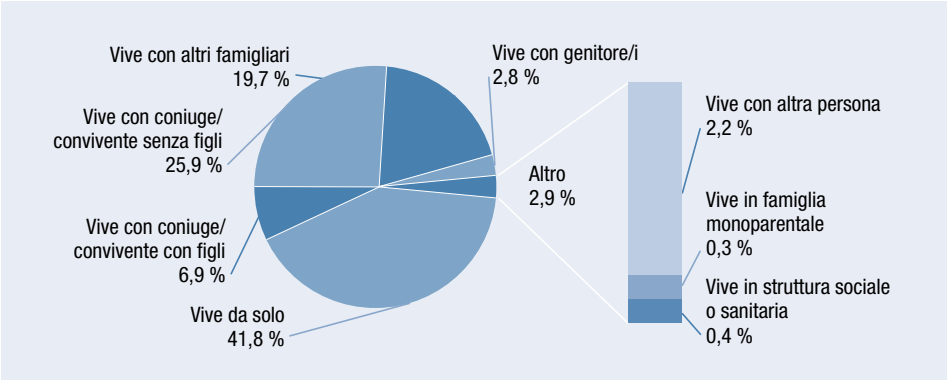


La fascia delle persone sole che usufruiscono delle prestazioni dell'AD si è contratta del 3,3 % rispetto al 2012, attestandosi sul 41,8 %. Poco più di un quarto degli utenti (25,9 %) vive senza figli, con un compagno/una compagna. Il fabbisogno di prestazioni di cura si registra quindi soprattutto fra le persone che non possono contare sull'aiuto di familiari conviventi più giovani. Nel contempo si osserva come l'assistenza domiciliare riesca a promuovere e ad accompagnare i rapporti assistenziali familiari nelle sue differenti forme.

INDICE DI PENETRAZIONE

SITUAZIONE FAMILIARE

[G.3.12] La situazione familiare delle persone utenti del Servizio di assistenza domiciliare, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

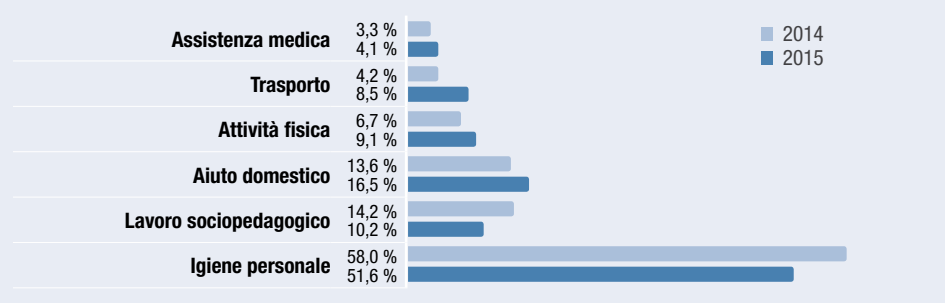
Il volume delle prestazioni erogate è cresciuto rispetto al 2012 (302.804) del 3,5 %, portandosi a ormai 313.324 ore di intervento nel 2014. Il numero degli utenti invece è aumentato, nello stesso periodo, del 3,9 % dalle 4.992 persone registrate nel 2012 a 5.188 persone nel 2014. Come abbiamo già avuto modo di osservare negli anni passati, risulta in rialzo il numero degli utenti, mentre cala la media delle prestazioni godute per persona.

PRESTAZIONI EROGATE

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

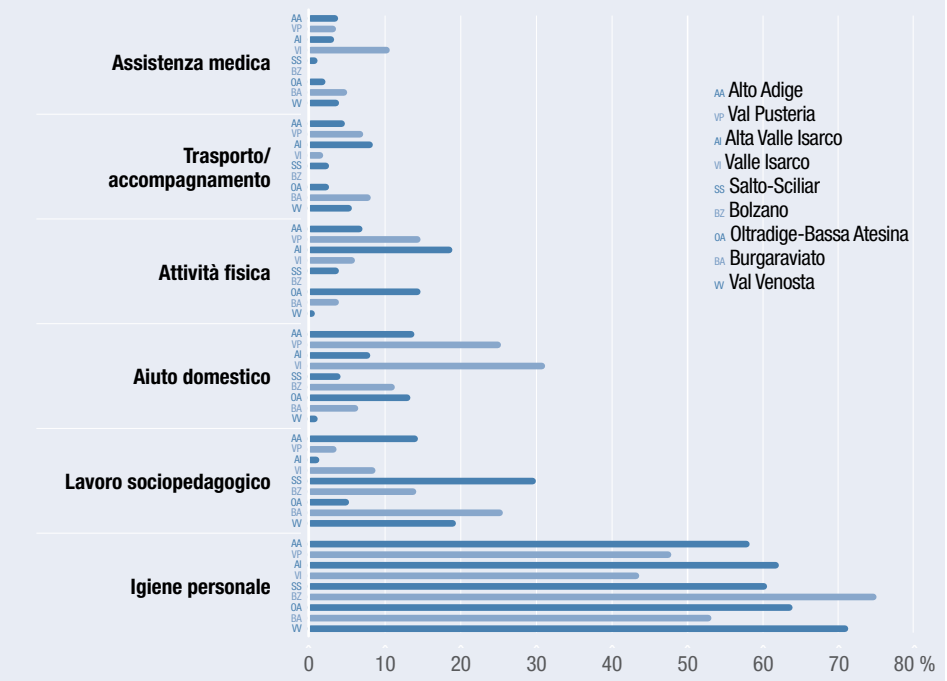
In termini quantitativi, fra le tipologie di prestazioni erogate si colloca al primo posto l'igiene personale, con il 58 % di tutte le ore d'intervento prestate, seguita dall'impegno socio-pedagogico o socio-geragogico (14,2 %). Le rimanenti ore d'intervento si ripartiscono fra l'aiuto nei compiti domestici (13,6 %), l'attività fisica (6,7 %), i servizi di trasporto (4,2 %) e le cure sanitarie (3,3 %). Dal confronto con i dati del 2012 spicca lo slittamento percentuale delle prestazioni verso la fruizione nettamente più intensa dei servizi di cura e delle prestazioni sociopedagogiche e il ricorso complessivamente molto meno frequente a servizi meno complessi, ma anche alle cure sanitarie.
Nell'ottica territoriale, le differenziazioni osservabili nella gamma delle prestazioni erogate appaiono molto marcate anche nell'arco di diversi anni. Il fenomeno potrebbe spiegarsi con le differenti priorità definite a livello di offerta dalle organizzazioni e strutture preposte oppure con differenti condizioni di fabbisogno a livello locale.

[G.3.13] Ore d'intervento prestate per tipologia di prestazione in valori percentuali sul monte ore complessivo, 2012-2014



Fonte: SIPSA, 2015

[G.3.14] Ore prestate per Comunità comprensoriali in valori percentuali per tipologia di prestazione, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

[T.3.3] Assistenza domiciliare: Ore prestate per tipologia di prestazione e Distretto, 2014

Sozialsprengel	Utenti	Prestazioni (ore)						
		Igiene personale	Lavoro socio-pedago-gico	Aiuto domestico	Attività fisica	Trasporto/ accompa-gnamento	Assistenza medica	Totale
Alta Val Venosta	244	4.950	939	46	26	288	306	6.555
Media Val Venosta	231	5.713	1.929	60	0	509	218	8.429
Val Venosta	**475**	**10.663**	**2.868**	**106**	**26**	**797**	**524**	**14.984**
Naturno e circondario	108	3.842	2.644	427	23	161	610	7.707
Lana e circondario	232	10.306	4.661	555	1.660	102	608	17.892
Merano	634	21.348	8.035	3.017	792	5.245	1.610	40.047
Val Passiria	105	4.186	3.559	470	168	285	516	9.184
Burgaraviato	**1.079**	**39.682**	**18.899**	**4.469**	**2.643**	**5.793**	**3.344**	**74.830**
Oltradige	187	7.333	5	1.087	3.070	174	46	11.715
Laives-Bronzolo-Vadena	194	5.979	208	1.183	35	270	0	7.675
Bassa Atesina	305	7.270	1.379	1.940	1.505	263	508	12.865
Oltradige-Bassa Atesina	**686**	**20.582**	**1.592**	**4.210**	**4.610**	**707**	**554**	**32.255**
Gries-S.Quirino	249	9.061	4.188	3.004	0	0	0	16.253
Europa-Novacella	181	10.984	6	2.146	0	0	0	13.136
Don Bosco	143	15.486	1.043	584	3	0	0	17.116
Centro-Piani-Rencio	120	5.428	1.490	431	10	2	3	7.364
Oltrisarco-Aslago	99	3.087	1.420	384	0	9	14	4.914
Bolzano	**792**	**44.046**	**8.147**	**6.549**	**13**	**11**	**17**	**58.783**
Val Gardena	133	5.541	3.259	472	88	120	0	9.480
Val d'Ega-Sciliar	215	6.259	3.782	290	544	200	141	11.216
Salto-Val Sarentino	166	4.408	904	301	315	263	0	6.191
Salto-Sciliar	**514**	**16.208**	**7.945**	**1.063**	**947**	**583**	**141**	**26.887**
Bressanone e circ.	411	9.964	1.028	6.573	1.668	173	2.821	22.227
Chiusa e circondario	225	5.947	2.057	4.756	445	320	951	14.476
Valle Isarco	**636**	**15.911**	**3.085**	**11.329**	**2.113**	**493**	**3.772**	**36.703**
Alta Valle Isarco	**173**	**8.388**	**108**	**1.055**	**2.517**	**1.077**	**359**	**13.504**
Tures-Valle Aurina	137	3.866	538	1.770	868	179	152	7.373
Brunico	361	12.430	1.009	7.477	3.418	1.675	542	26.551
Alta Val Pusteria	185	5.675	14	2.134	1.044	1.179	105	10.151
Val Badia	150	4.420	229	2.501	2.687	760	706	11.303
Val Pusteria	**833**	**26.391**	**1.790**	**13.882**	**8.017**	**3.793**	**1.505**	**55.378**
Totale Provincia	**5.188**	**181.871**	**44.434**	**42.663**	**20.886**	**13.254**	**10.216**	**313.324**

Fonte: SIPSA, 2015

ORARI DI SERVIZIO

In conformità alle direttive di accreditamento varate alla fine del 2009 per i servizi dell'Assistenza domiciliare, le prestazioni vanno erogate in un orario di almeno 12 ore giornaliere nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) e di sabato per almeno 6 ore. In casi di particolare necessità il servizio di assistenza domiciliare deve essere prestato anche nei giorni festivi e nelle ore serali.

Personale

ETÁ E SESSO

Alla fine del 2014 nei Servizi di assistenza domiciliare erano occupati/-e 499 collaboratori/trici, 333,1 in termini di equivalenti a tempo pieno. L'età media del personale è di 42,9 anni e l'anzianità media di servizio si attesta su 11,9 anni. L'organico (espresso in ETP) ha subito una contrazione a 375,8 ETP rispetto ai 396,7 ETP registrati nel 2012.

PROFILI PROFESSIONALI

I profili professionali maggiormente rappresentati sono quello dell'assistente geriatrico e dell'assistente socio-assistenziale (39,5 % in termini di ETP effettivi) nonché dell'operatrice/operatore socio-assistenziale (34,5 %).

INDICE DI PENETRAZIONE E INTENSITÀ DELL'IMPEGNO

Su base annua, nel 2014 un equivalente a tempo pieno (ETP) segue in media 13,8 persone, una persona in più rispetto al 2012 (12,8 persone per ETP). Già negli ultimi anni, il carico di lavoro aritmetico per ETP è quindi leggermente aumentato. Fra le singole Comunità comprensoriali si riscontrano sensibili differenze anche sotto questo profilo: Infatti, se nell'Alta Valle Isarco e in Val Pusteria gli utenti per ETP erano 11,6, in Val Venosta il valore sale a 18,4 – rispetto alla media provinciale la differenza è di quasi 5 persone. Per contro, considerando la media delle ore prestate per utente, la Val Venosta registra il valore più basso (31,5 ore), mentre l'Alta Valle Isarco si colloca al primo posto con 78,0 ore per utente. Si osserva comunque un calo generico del monte ore prestato per utente rispetto al 2012. Considerando il numero di ore di assistenza prestata per ETP, si riscontrano differenziazioni marcate fra le singole Comunità comprensoriali: Mentre in Val Venosta si registrano 580,9 ore di assistenza prestata per ETP, nel Burgraviato il relativo dato si attesta su 1.033,5 ore. Tali divari potrebbero essere dovuti a condizioni operative nettamente diverse (quali ad esempio le distanze più meno lunghe da percorrere per raggiungere l'utente) oppure ad altri fattori strutturali che occorrerà approfondire con ulteriori indagini.

[T.3.4] Assistenza domiciliare: utenti, prestazioni e operatori/trici, 2014

Comunità Comprensoriale	Numero Utenti	Ore assistenza	Operatori equivalenti	Ore per utente	Utenti per operatore equivalente	Ore per operatore equivalente*
Val Venosta	475	14.984	25,8	31,5	18,4	580,9
Burgraviato	1.079	74.830	72,4	69,3	14,9	1033,5
Oltradige-Bassa Atesina	686	32.255	49,1	47,0	13,9	656,9
Bolzano	792	58.783	63,1	74,2	12,5	931,5
Salto-Sciliar	514	26.887	35,8	52,3	14,3	751,0
Valle Isarco	636	36.703	43,0	57,7	14,7	853,5
Alta Valle Isarco	173	13.504	14,9	78,0	11,6	906,3
Val Pusteria	833	55.378	71,7	66,4	11,6	772,3
Totale	**5.188**	**313.324**	**375,8**	**60,3**	**13,8**	**833,7**

* Calcoli in base agli equivalenti in servizio in data 31 dicembre 2014. Non è quindi considerato l'avvicendarsi del personale nel corso dell'anno. Gli indicatori devono perciò essere interpretati con cautela.
Fonte: SIPSA, 2015

ASPETTI DEL FABBISOGNO

Nonostante le divergenze in termini di ore e per territori evidenziate nella tabella 3.4, la maggior parte dei Servizi di assistenza domiciliare è di norma in grado di rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza avanzate ai sensi dei criteri di accesso (vedi più avanti). In linea di massima, sull'erogazione dell'assistenza domiciliare decide il/la responsabile del Servizio di assistenza domiciliare competente per territorio. Criteri determinanti sono l'incapacità della persona interessata di svolgere autonomamente le attività essenziali del quotidiano e l'impossibilità di ricorrere all'aiuto di familiari. In genere non è comunque consentito che un utente usufruisca di oltre 20 ore di prestazioni domiciliari per settimana ai tassi sovvenzionati dall'ente pubblico. La delibera della Giunta provinciale del 09-12-2014, n. 1529 stabilisce una tariffa massima di 23,90 euro, mentre la tariffa minima varia secondo il livello di non autosufficienza ed è compresa fra i 3,80 euro e i 12,90 euro.

Pasti a domicilio

PASTI FORNITI

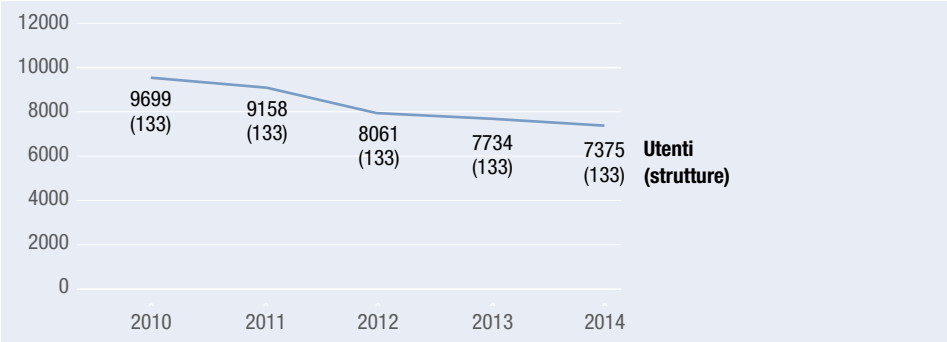
Il servizio dei "pasti a domicilio" gestito dall'Assistenza domiciliare è disponibile in tutti i Distretti della provincia. Nel 2014 gli utenti di tale servizio erano 2.390, per un totale di 364.441 pasti forniti. Il numero degli/delle utenti e dei pasti forniti è diminuito rispettivamente del 4 % (persone) e dell'8 % (pasti) rispetto al 2012. Come negli anni precedenti, oltre il 90 % dei fruitori è di età superiore ai 64 anni, l'80 % ha superato i 74 anni.

Assistenza nei centri diurni

SVILUPPI DEL SERVIZIO

Nell'ambito dell'Assistenza domiciliare sono complessivamente operanti 133 Centri diurni. Essi si trovano capillarmente distribuiti su tutto il territorio provinciale ed offrono servizi di cura e assistenziali in loco. Il numero degli utenti ha subito contrazioni continuative in questi ultimi anni, attestandosi su 7.375 persone nel 2014. Fra il 2010 e il 2014, il numero degli utenti nell'arco dell'anno si è ridotto di 2324 persone ovvero del 24 %. Il fenomeno è probabilmente dovuto all'introduzione della copertura della non autosufficienza.

[G.3.15] Centri diurni: Strutture e utenti, 2010-2014



Fonte: SIPSA, 2015

INDICE DI PENETRAZIONE

Nel 94,7 % dei casi, gli utenti sono donne anziane (dai 65 anni di età ed oltre). Il 72,8 % di tutte le fruitrici hanno già superato i 75 anni di età. In termini meramente aritmetici, nel 2014 è stato il 7,1 % di tutti gli ultrasessantacinquenni ad usufruire dei servizi offerti dai centri diurni (indice di penetrazione). Il dato disaggregato per Comunità comprensoriali oscilla fra il 4,5 % (nel Burgraviato) e il 9,0 % (a Bolzano) (vedi tabella 3.5).

PERSONALE

Data la molteplicità delle strutture e gli orari di apertura limitati, il personale retribuito (36 operatori/trici) è impiegato di norma in più di un Centro diurno e, in alcuni casi anche nell'assistenza domiciliare. In termini di equivalenti a tempo pieno, presso i Centri diurni sono occupate 25,1 persone, prevalentemente assistenti geriatrici e socioassistenziali (17,7 ULU).

[T.3.5] Utenti nei centri diurni, 2014

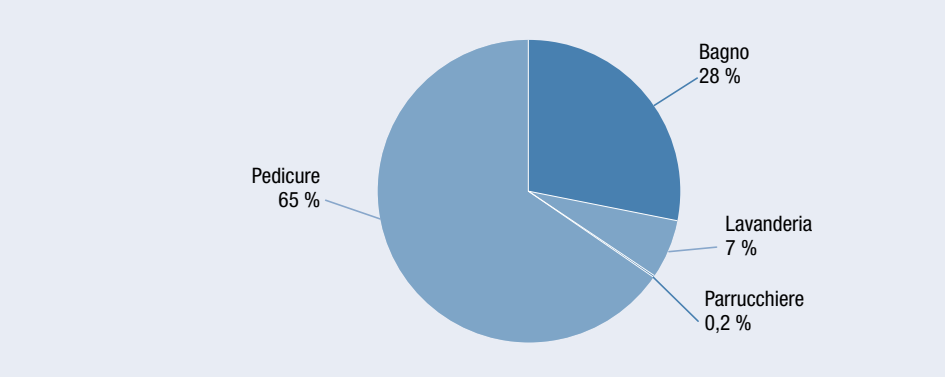
Comunità Comprensoriale	Centri diurni	Utenti	Utenti < 65 anni	Utenti > 65 anni	Carico assistenziale (65 +)
Val Venosta	11	412	36	376	6,3
Burgraviato	31	924	38	886	4,5
Oltradige-Bassa Atesina	24	929	56	873	6,3
Bolzano	5	2.331	69	2.262	9,0
Salto-Sciliar	13	654	41	613	7,1
Valle Isarco	10	825	53	772	8,3
Alta Valle Isarco	17	184	10	174	5,2
Val Pusteria	22	1.116	83	1033	7,8
Totale	**133**	**7.375**	**386**	**6.989**	**7,1**

Fonte: SIPSA, 2015

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

I centri diurni offrono principalmente prestazioni di igiene personale, con una netta prevalenza del pedicure (65 %); segue con un marcato scarto il bagno (28 %), quasi sempre assistito.

[G.3.16] Centri diurni: Prestazioni erogate in %, 2014



Fonte: SIPSA, 2015

PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2014 sono state erogate 37.237 prestazioni a favore di 7.375 persone, con un lieve calo rispetto al 2012 sia del numero delle/degli utenti del servizio sia delle prestazioni erogate. Il dato risulta peraltro alquanto differenziato nella disaggregazione per enti gestori: il numero delle/degli utenti si è contratto in tutte le Comunità comprensoriali, ad eccezione della Valle Isarco e della Val Pusteria che registrano un lieve rialzo. Il fenomeno è ascrivibile al maggior numero di prestazioni erogate, mentre la composizione dell'offerta di prestazioni è rimasta essenzialmente invariata in questi ultimi anni.

[T.3.6] Utenti e prestazioni erogate presso i centri diurni, 2014

Distretto Sociale	Utenti	Prestazioni				
		Pedicure	Bagno	Parrucchiere	Lavanderia	Totale
Val Venosta	**412**	**627**	**1.618**	**0**	**71**	**2.316**
Alta Val Venosta	153	154	1.057	0	71	1.282
Media Val Venosta	259	473	561	0	0	1.034
Burgraviato	**924**	**3.235**	**1.633**	**12**	**649**	**5.529**
Naturno e circondario	68	120	217	0	101	438
Lana e circondario	244	629	448	0	23	1.100
Merano	517	2.330	460	12	339	3.141
Val Passiria	95	156	508	0	186	850
Oltradige-Bassa Atesina	**929**	**2.817**	**835**	**50**	**107**	**3.809**
Oltradige	278	1.025	219	0	8	1.252
Laives-Bronzolo-Vadena	251	813	29	50	14	906
Bassa Atesina	400	979	587	0	85	1.651
Bolzano	**2.331**	**10.022**	**813**	**21**	**325**	**11.181**
Gries-S. Quirino	785	3.222	235	0	55	3.512
Europa-Novacella	457	1.914	51	0	8	1.973
Don Bosco	419	1.739	52	0	138	1.929
Centro-Piani-Rencio	352	1.732	209	21	177	2.079
Oltrisarco-Aslago	318	1.415	266	0	7	1.688
Salto-Sciliar	**654**	**1.972**	**1.386**	**0**	**75**	**3.433**
Val Gardena	184	535	456	0	6	997
Val d'Ega-Sciliar	239	842	300	0	0	1.142
Salto-Val Sarentino-Renon	231	595	630	0	69	1.294
Valle Isarco	**825**	**2.197**	**1.289**	**4**	**507**	**3.997**
Bressanone e circondario	575	1.674	686	4	203	2.567
Chiusa e circondario	250	523	603	0	304	1.430
Alta Valle Isarco	**184**	**392**	**736**	**4**	**254**	**1.386**
Val Pusteria	**1.116**	**3.076**	**2.090**	**0**	**420**	**5.586**
Tures-Valle Aurina	80	109	405	0	138	652
Brunico e circondario	741	2.270	619	0	138	3.027
Alta Val Pusteria	233	630	801	0	39	1.470
Val Badia	62	67	265	0	105	437
Totale Provincia	**7.375**	**24.338**	**10.400**	**91**	**2.408**	**37.237**

Fonte: SIPSA, 2015

SINTESI

Gestori privati dei servizi

Anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare si sta instaurando l'iniziativa privata che, parte in cooperazione con gli enti gestori decentrati, parte da essi delegata, rappresenta ormai una componente fissa della gamma di servizi sociali offerti alle persone anziane. Accanto al servizio di assistenza domiciliare erogato dalla Caritas, vanno qui annoverati la Lebenshilfe Mobil (LM) – già Mobiler Hilfsdienst (MOHI) – e le cooperative sociali "AGAPE" e "Itaca". La Caritas, da alcuni anni impegnata nell'assistenza domiciliare in diversi Distretti del Burgraviato, dal marzo 2012 opera anche nel comune di Merano. La Lebenshilfe Mobil, convenzionata con la Comunità comprensoriale della Valle Isarco, provvede quasi esclusivamente alla "assistenza domiciliare semplice" ai sensi della Legge sulla copertura della non autosufficienza. La cooperativa sociale "AGAPE" costituitasi nel 2006 opera invece sull'intero territorio altoatesino ed offre, oltre all'assistenza a ore prestata da personale proprio, anche il coordinamento e la sorveglianza di rapporti di assistenza domiciliare, ad esempio predisponendo specifici piani di assistenza. Inoltre, essa assiste le famiglie nell'assunzione diretta di badanti private. Attualmente è in atto una convenzione con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e con la Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina. Analogo si presenta il profilo di attività della cooperativa sociale "Itaca", convenzionata con la Comunità comprensoriale Val Pusteria.

Accompagnamento e assistenza abitativa

L'offerta dell'accompagnamento e dell'assistenza abitativa per persone anziane è in atto dal 1° gennaio 2014, ai sensi delle delibere adottate in materia dalla Giunta provinciale. Essa chiude la lacuna fra l'assistenza a tempo pieno in una casa per anziani o di cura e la vita in ambito familiare (con o senza l'aiuto da parte dell'assistenza domiciliare).
Gli alloggi per anziani attualmente esistenti sul territorio altoatesino sono 850 circa, la messa a disposizione di altri 300 alloggi è in fase di programmazione. Gli alloggi per anziani sono piccoli appartamenti che possono essere realizzati dai Comuni, da fondazioni o dall'Istituto di edilizia abitativa agevolata secondo criteri architettonici che rispettino le esigenze degli anziani. Gli inquilini possono usufruire dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza infermieristica domiciliare e di altri servizi (ad esempio dei pasti a domicilio).

Segretariato sociale (Infopoint) 3.3

COMPITI

Con delibera del 23 luglio 2012, n. 1141, il servizio di Segretariato sociale è stato inserito fra gli standard fondamentali del sistema sociale altoatesino e deve pertanto essere disponibile in tutti i Distretti sociali. Esso rappresenta il primo punto di riferimento per cittadini e cittadine che abbiano bisogno di informazioni e di consulenza su questioni sociali e sanitarie. Compito degli operatori dell'Infopoint è quello di informare i cittadini sull'offerta di servizi in ambito sociale e sanitario, ivi comprese le attività dei gestori privati presenti nel territorio di competenza del Distretto e di inviare i richiedenti, se necessario, al servizio o alla struttura competente.

La scelta della forma organizzativa è ampiamente rimessa ai gestori, aspetto che sul piano pratico si riflette nell'impostazione e gestione alquanto eterogenea del servizio offerto dalle varie organizzazioni. Vale peraltro l'obbligo per tutti i gestori di servirsi di personale sia del Distretto sanitario che del Distretto sociale. Finora, di norma sono stati i Servizi sociali ad assumersi la gestione di tale offerta.

Le modalità di accesso ai Servizi sociali e sanitari e alle relative prestazioni costituiscono un fattore fondamentale per il buon funzionamento dei Servizi e per la sintonizzazione tempestiva, mirata e personalizzata fra esigenze e fabbisogni sociali e sanitarie del cittadino da un lato e offerte di sostegno disponibili dall'altro.

3.4 Sintesi conclusiva e prospettive

ASSISTENZA SOCIOPEDAGOGICA DI BASE

Dagli anni 2007-2010, periodo in cui il numero degli utenti di prestazioni nell'ambito dell'assistenza sociopedagogica di base ha visto un incremento relativamente cospicuo, si osserva ormai una certa stabilizzazione. Il numero delle/dei minori, ad esempio, è accresciuto nel periodo 2010-2014 dell'1 %, mentre gli utenti adulti nel 2014 sono aumentati del 2,4 % rispetto al 2010. Le attività svolte continuano a concentrarsi sul sostegno sociale nello svolgimento dei compiti quotidiani, ambito in cui le criticità insorgono per lo più a causa di problemi familiari e per difficoltà nell'accudire alle figlie/ai figli o a familiari non autosufficienti. La quota delle/dei minori seguite/i dal Servizio sociale che continuano a vivere nella famiglia di origine è accresciuta di 3 punti percentuali scarsi, fenomeno senz'altro positivo se si considera il calo del ricorso all'inserimento in strutture residenziali effetto diretto del sostegno quanto più intenso possibile offerto alla famiglia. Occorre tuttavia verificare il motivo per cui la quota dei casi di assistenza portata a conclusione a seguito del completo superamento del problema preesistente abbia subito una contrazione di pressoché il 9 %.

ASSISTENZA DOMICILIARE

I cambiamenti scaturiti dall'introduzione della copertura della non autosufficienza riguardo alle condizioni quadro finanziarie e organizzative dei compiti di cura hanno mostrato un impatto, anche in questi ultimi anni, sul numero delle/degli utenti e delle prestazioni erogate dal Servizio di assistenza domiciliare. Peraltro, all'iniziale forte rialzo ha fatto seguito una stabilizzazione relativa dell'andamento, con il 3,8 % di utenti in più rispetto al 2012. Le ore di impegno prestate sono aumentate di un buon 3,4 % rispetto al 2012. In assenza di un riscontro diretto da parte degli utenti non è peraltro dato conoscere definitivamente se e in quale misura sia opportuno modificare gli orari di lavoro (per assistenze nei fine settimana e nelle ore notturne). Lo stesso vale per la norma che limita ad un dato numero di ore al giorno il ricorso alle prestazioni dell'Assistenza domiciliare ai tassi sovvenzionati dalla Provincia. A prescindere da questi interrogativi, l'Assistenza domiciliare sembra riuscire ad integrare e a sostenere i rapporti assistenziali familiari in ogni loro forma, favorendone la stabilità.

FAMILIARI IMPEGNATI NEI COMPITI DI CURA

Il ruolo portante che la famiglia riveste nella cura degli anziani è andato consolidandosi grazie all'introduzione della copertura della non autosufficienza. Di pari passo va la necessità di prendere atto che i familiari impegnati nella cura degli anziani sono attori fondamentali nel sistema del Lavoro sociale, di valorizzarne il ruolo e di mettere a punto sostegni concreti. L'attivazione di servizi di informazione e di consulenza a livello di Distretti, le offerte di sgravio dei Servizi di assistenza domiciliare, ma anche l'opportunità di ricorrere all'assistenza residenziale temporanea e ai Centri diurni per persone affette da demenza nonché la possibilità di un confronto, all'interno di gruppi di auto-aiuto gestiti da figure professionali qualificate, saranno di fondamentale importanza per il buon funzionamento nel tempo dell'assistenza prestata in famiglia.

4.

Famiglia, prima infanzia e minori

Sabina Frei

4.1 Situazione attuale della famiglia, della prima infanzia e dei minori

CAMBIAMENTI NELLA STRUTTURA FAMILIARE

Nel corso degli ultimi decenni si è potuto registrare un cambiamento nelle forme di convivenza familiare anche nella popolazione sudtirolese. La percentuale delle famiglie unipersonali nel 2014 era pari al 35,2 %, superando quindi quella delle coppie con figli (28,4 %) di 6,8 punti percentuali. Nel corso del 2014 in ogni famiglia altoatesina hanno vissuto in media 1,7 bambini/e[1]. Nelle sue indagini, l'Istituto provinciale di statistica ASTAT accanto alle famiglie anagrafiche, esamina anche la cosiddetta "famiglia nucleare", intesa come coppia genitoriale (o genitore single) che vive con i propri figli e le proprie figlie nella stessa abitazione[2].

Dagli ultimi tre censimenti del 1991, 2001 e 2011 emerge come questa famiglia nucleare, nelle sue diverse espressioni, sia soggetta a notevoli cambiamenti: se nel 1991 ancora il 64,3 % delle famiglie nucleari era composto da una coppia di genitori con figli/e, nel 2011 questo dato scende di quasi 10 punti percentuali al 53,1 %, mentre la percentuale delle coppie senza figli/e è cresciuta nel medesimo periodo dal 20,9 % al 27,9 % e nel 2011 quasi una famiglia nucleare su cinque (19 %) era una famiglia monoparentale, composta dalla madre (16,2 %) oppure dal padre (2,8 %) con uno/a o più figli/e.

Dalla rilevazione delle cosiddette famiglie ricostituite, composte da una coppia con o senza figli/e dove almeno uno dei due coniugi è stato sposato in precedenza con un'altra persona, svoltasi per la prima volta nel 2001, emerge come queste siano salite da 5.472 famiglie nel 2001 a 9.652 nel 2011.

RAPPORTO TRA FAMIGLIE ED ISTITUZIONI PUBBLICHE

Questi cambiamenti hanno inciso anche sulle politiche sociali e per la famiglia in Alto Adige, portando nel 2014 alla riorganizzazione del settore e l'istituzione dell'Agenzia per la Famiglia con l'obiettivo di offrire risposte differenziate alle diverse sfide e problematiche che le famiglie e con loro le bambine ed i bambini e le/gli adolescenti devono affrontare.

L'evoluzione delle forme familiari e la dinamicità delle famiglie moderne hanno accresciuto l'importanza delle istituzioni pubbliche (asili, scuole, ecc.), quali agenzie di socializzazione. Servizi sociali, consultori e strutture socio-pedagogiche sostengono con crescente impegno e con modalità differenziate le competenze di genitori fortemente impegnati, talvolta anche oberati dai loro compiti educativi. Le relative offerte dei consultori familiari, dei servizi distrettuali e delle organizzazioni del privato sociale vengono quindi debitamente utilizzate.

1 ASTAT, Annuario Statistico 2014, pag. 111, 113.
2 ASTAT, Giornata internazionale della famiglia, 2015 (ASTAT-Info, n. 26/2015)

CULTURA SOCIALIS

Af Zack: divertimento e prevenzione sotto lo stesso tetto

Dal 2012, Af Zack è un'offerta di vacanze estive organizzata dal Forum Prevenzione, rivolta ai giovani, che offre uno spazio libero, nel quale possono conoscere sé stessi e altri ragazzi, e rafforzare i talenti personali. I partecipanti, circa 40, vengono accolti in una Selbstversorgerhaus (causa autogestita), dove devono occuparsi di organizzare e gestire la struttura, e di programmare la giornata. Gli assistenti accompagnano i ragazzi da pari a pari: nessuno li guarda dall'alto in basso e qui i giovani si sentono presi sul serio. Gli assistenti usano l'atmosfera positiva e rilassata che si crea nel gruppo per affrontare con i ragazzi discussioni approfondite e per elaborare tematiche importanti per i giovani nell'ambito di workshop creativi legati alla realtà. Al centro di tutto c'è il divertimento: mettersi in gioco, fare esperienze, essere creativi, incontrare altre persone e agire in modo comunitario sono aspetti importanti del progetto.

SITUAZIONE ECONOMICA DI MINORI E FAMIGLIE

Purtroppo non sono disponibili dati attuali sul reddito e sul patrimonio delle famiglie altoatesine. L'ultima rilevazione dell'Istituto provinciale di statistica del 2008 dimostra, tuttavia, che i nuclei familiari con tre o più minori a carico dispongono del reddito pro capite più basso. Più sono i figli che vivono a carico dei genitori, minore è stato il reddito delle famiglie[3]. E' probabile che questo dato non sia sostanzialmente cambiato, visto che i costi vivi che le famiglie devono affrontare aumentano in relazione ad un numero crescente di figli. Inoltre questo fatto, a lungo termine, incide anche sull'aumento dei costi indiretti (interruzione della situazione occupazionale da parte di un genitore per periodi più o meno lunghi che incide negativamente sulla situazione reddituale per il resto della vita).

Lo studio sulla povertà infantile in Alto Adige con particolare riguardo alla situazione delle famiglie monoparentali, condotto dall'Istituto di ricerca Apollis nel 2010, ha evidenziato che bambini e bambine che crescono in famiglie numerose o monoparentali sono colpiti al di sopra della media da situazioni di multi-svantaggio (tenendo in considerazione il tenore di vita, la situazione abitativa e l'ambiente di vita) e dalla povertà di reddito.[4]

Ciò rappresenta una sfida considerevole per le politiche sociali e a favore della famiglia, che la giunta provinciale cerca di affrontare sia con trasferimenti diretti, come gli assegni familiari o altre prestazioni in denaro, sia attraverso molteplici servizi modulati sui bisogni delle famiglie interessate. Allo stesso tempo, saranno necessari anche in futuro notevoli sforzi per migliorare la situazione economica e sociale di famiglie sempre più diversificate, le cui condizioni di vita stanno cambiando a ritmo elevato.

3 ASTAT (Hg.), Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige, 2008-2009, Bolzano, pagg. 27, 34.
4 Troger, Tobias / Hermann Atz (2010): Kinderarmut in Südtirol. Eine empirische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der Situation von EinElternHaushalten. Bozen: apollis.

4.2 Assistenza alla prima infanzia e ai minori

CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA RESIDENZIALE

4.2.1 Strutture residenziali e centri diurni in sintesi

Nell'ambito dell'assistenza e consulenza a bambini/e e adolescenti in situazioni sociali problematiche, alle prestazioni erogate dai Distretti sociali e al sostegno pedagogico a domicilio cui provvedono diversi gestori, in parte privati, si aggiunge l'offerta di varie strutture residenziali e dei Centri diurni. Inoltre, nel settore della prima infanzia e delle/dei minori in generale è operante una serie di servizi di consulenza e di prevenzione a bassa soglia offerti da associazioni e organizzazioni private.

Sia all'accoglienza in strutture residenziali sia all'assistenza presso i Centri diurni provvede l'Assistenza sociopedagogica di base operante sul territorio, talvolta in cooperazione con i Servizi sanitari e spesso a seguito di apposito decreto del Tribunale per i minorenni.

La gamma delle strutture residenziali per bambine/i e adolescenti in situazioni problematiche che rendano necessaria l'accoglienza temporanea extrafamiliare comprende diverse strutture, da quelle di tipo familiare destinate ad ospitare bambine/i piccole/i ai gruppi residenziali di tipo familiare e alle comunità alloggio sociopedagogiche per adolescenti. A tale offerta si aggiungono le comunità alloggio sociopedagogiche e socioterapeutiche integrate per bambine/i e adolescenti con patologie psichiche.

Giovani adulti in difficoltà trovano invece sostegno nel loro cammino verso l'autonomia nelle residenze assistite.

Le comunità alloggio sociopedagogiche sono piccole strutture che ospitano bambine/i e adolescenti le cui famiglie siano temporaneamente incapaci di accudirvi. Le comunità alloggio sociopedagogiche accolgono minori che si trovano in condizioni familiari problematiche e che siano affetti da patologie psichiche. Le comunità alloggio socioterapeutiche invece sono riservate esclusivamente a bambine/i e adolescenti con patologie psichiche che vi trovano assistenza sanitaria e sociopedagogica nel quadro di un programma terapeutico individuale.

La struttura di tipo familiare/casa famiglia è una struttura residenziale sul modello familiare in cui almeno un adulto convive in maniera continuativa con le bambine ed i bambini e le/gli adolescenti ospitate/i. Le residenze assistite infine, operano a sostegno di ragazzi e ragazze che abbiano già raggiunto un certo grado di autonomia, adottando modalità relativamente aperte.

Fra i Centri diurni si distinguono i Centri diurni sociopedagogici e quelli sociopedagogici integrati.

Il Centro diurno sociopedagogico offre accoglienza a tempo parziale a minori con problemi sociali o familiari oppure a rischio di esclusione. Nella versione integrata, esso assiste inoltre minori con patologie psichiche. Alla stregua dell'accoglienza extrafamiliare a tempo pieno, anche i Centri diurni mirano a sostenere utenti minori sgravando nel contempo le loro famiglie.

Tutte le strutture qui descritte operano in stretta cooperazione con l'Assistenza sociopedagogica di base e i Distretti sociali, i Servizi sanitari ed altri servizi di prevenzione e di consulenza destinati al sostegno di bambine e bambini e minori e delle loro famiglie. A parte alcune poche eccezioni, esse sono gestite da organizzazioni non profit private.

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

Alla fine del 2014, in Alto Adige erano operanti 35 strutture residenziali per l'accoglienza a tempo pieno di minori, ivi comprese le residenze assistite, e nove Centri diurni; complessivamente i posti disponibili erano 288 con 231 utenti seguiti. Le strutture residenziali comprendevano 14 comunità alloggio, cinque strutture di tipo familiare/case famiglia e 16 residenze assistite. Un solo Centro diurno offriva assistenza sociopedagogica integrata, seguendo sia bambine/i e adolescenti in situazioni di problematicità sociale che con patologie psichiche.
Le strutture residenziali e i Centri diurni sono gestiti quasi esclusivamente da enti privati, in primo luogo cooperative sociali e associazioni (vedi tabella 2.2). Tutti gli enti gestori hanno stipulato apposite convenzioni con le Comunità comprensoriali competenti per territorio.

[T.4.1] Strutture per bambine/i e adolescenti: numero, posti e utenti, 31.12.2014

Tipo struttura	Numero	Posti	Utenti	Indice di saturazione
Comunità alloggio	14	124	105	84,7
Comunità di tipo familiare/case famiglia	5	28	24	85,7
Residenze assistite	16	39	19	48,7
Centri diurni	9	97	83	85,6
Totale	**44**	**288**	**231**	**80,2**

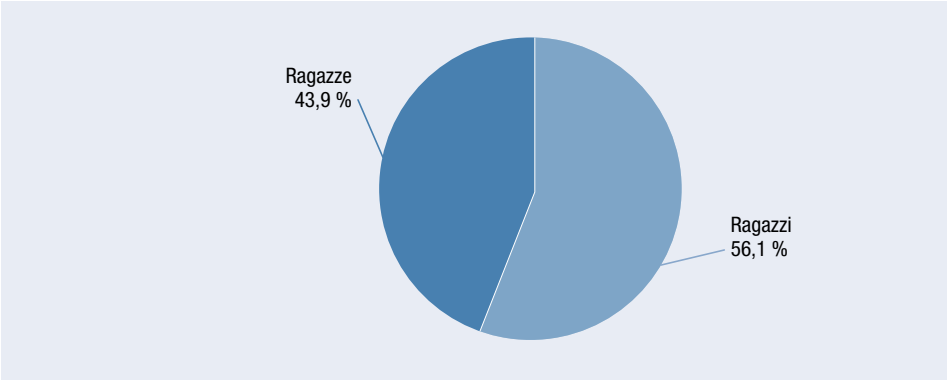
Fonte: ASTAT, 2015

4.2.2 Strutture residenziali

NUMERO E CATEGORIE DI UTENTI

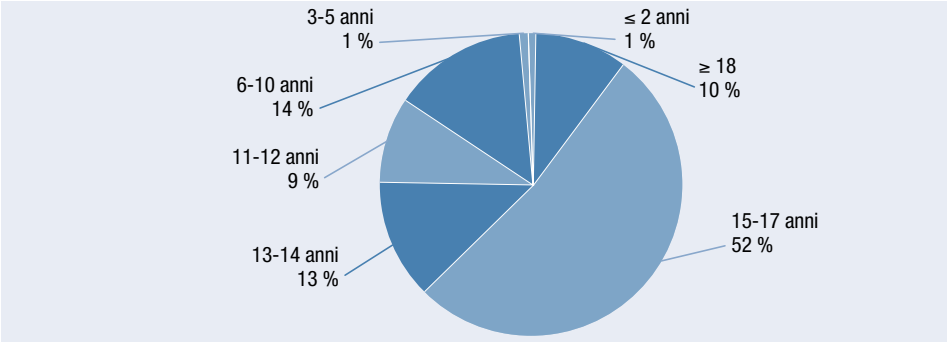
Alla fine del 2014, la capacità ricettiva delle 35 strutture residenziali era di complessivi 191 posti, con una variazione minima rispetto al 2012 (192). Nonostante un lieve calo rispetto all'anno di riferimento 2012, i maschi prevalgono tuttora con una quota del 56,1 %. La maggioranza degli utenti presso le strutture residenziali è costituita, con il 53 %, da giovani di età compresa fra i 15 e i 17 anni (2012: 47,2 %), seguiti dai bambine/i fra i 6 e i 10 anni di età che con il 14 % rappresentano il secondo gruppo in ordine di grandezza, con un sensibile aumento di quasi 5 punti percentuali rispetto al 2012.

[G.4.1] Minori assistite/i nelle strutture residenziali, per sesso, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

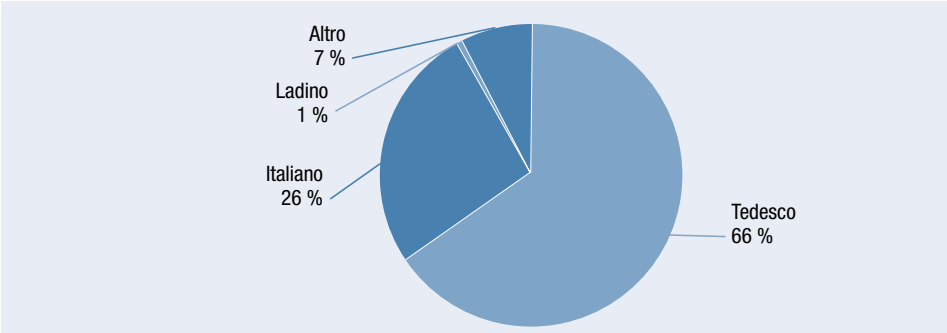
[G.4.2] Minori assistite/i nelle strutture residenziali, per classi di età, 2014



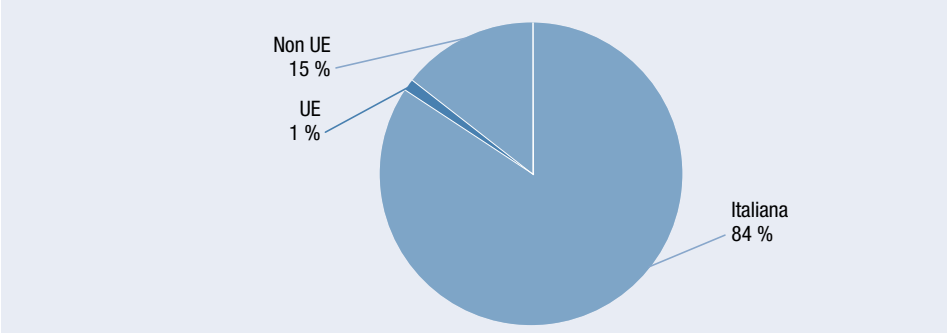
Fonte: ASTAT, 2015

Due terzi (66 %) dei minori assistiti erano di madrelingua tedesca, il 26 % di lingua italiana. Rispetto al 2012, ciò significa un aumento degli utenti di lingua tedesca di 5 punti percentuali (2012: 61,4 %), mentre le bambine ed i bambini e le/gli adolescenti di lingua italiana hanno fatto registrare un calo di 10 punti percentuali (2012: 35,6 %). La quota delle/degli utenti di madrelingua diversa è anch'essa accresciuta sensibilmente, passando dall'1,2 % osservato nel 2012 al 7 % nel 2014. Confrontando i dati sotto l'aspetto della cittadinanza, emerge come la quota delle/degli utenti di cittadinanza italiana (84 %) sia rimasta pressoché invariata rispetto al 2012 (84,7 %), mentre il gruppo delle cittadine e dei cittadini extracomunitari è aumentato di un buon 3 %, attestandosi sul 16 % rispetto al 12,9 % del 2012 e la percentuale di bambine/i e adolescenti di origine comunitaria si è contratta all'1 % (2012: 2,5 %).

[G.4.3] Minori assistite/i nelle strutture residenziali, per lingua, 2014



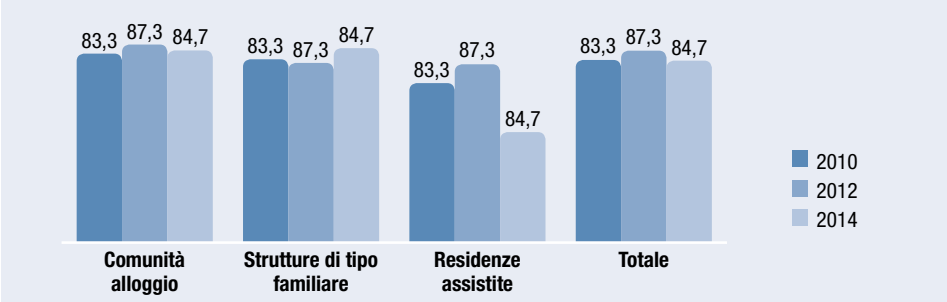
[G.4.4] Minori assistite/i nelle strutture residenziali, per cittadinanza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

Il tasso di utilizzo puntuale che si esprime nel rapporto fra il numero delle/degli utenti e il numero dei posti disponibili (sempre al 31 dicembre) si è ridotto leggermente rispetto al 2010 e più marcatamente rispetto al 2012, attestandosi sull'80,2 % nel 2014. Una forte contrazione risultante al 31/12/2014 (48,7 %) hanno visto unicamente le residenze assistite, mentre le comunità alloggio registrano a loro volta un calo, seppur meno accentuato. Un aumento (di 5,5 punti percentuali) si è verificato fra il 2012 e il 2014 solo per le strutture di tipo familiare.

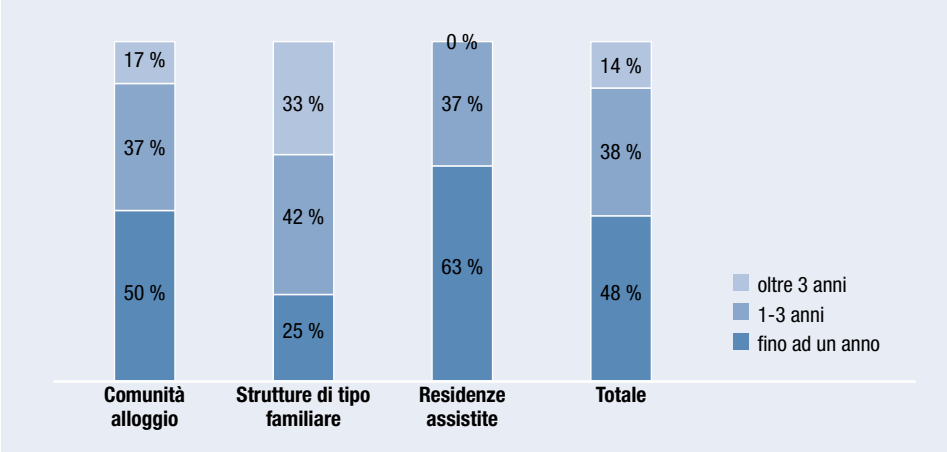
[G.4.5] Strutture residenziali per minori: indice di saturazione a confronto (in %), 2010-2012-2014



Fonte: ASTAT, 2015

Alla fine del 2014, il 14 % dell/dei minori ospiti di strutture residenziali vi aveva passato oltre tre anni. Spicca il fatto che una permanenza prolungata è osservabile con frequenza nettamente maggiore (33 %) nelle strutture di tipo familiare rispetto alle comunità alloggio (12 %) o nelle residenze assistite, dove nel 2014 nessun ospite viveva da più di tre anni. Per contro, nel corso del 2014 le nuove ammissioni si sono attestate sul 50 % nelle comunità alloggio, sul 63 % nelle residenze assistite e sul 25 % nelle strutture di tipo familiare.

[G.4.6] Strutture residenziali per minori: permanenza degli assistiti per tipologie di struttura, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Il personale delle strutture residenziali in servizio alla fine del 2014 era pari a 167 operatrici/operatori complessivi, 132,6 in termini di equivalenti a tempo pieno (ETP). Il rapporto di assistenza effettivo (numero di assistiti per ETP) si è ridotto sensibilmente

rispetto al 2012, a seguito del consistente calo dell'utenza registrato nel 2014, mentre le strutture di tipo familiare e in particolare le comunità alloggio registrano valori relativamente stabili. Peraltro va fatto osservare che i dati risultanti dal rilevamento dell'utenza riferito ad una determinata data sono comunque soggetti a forti oscillazioni. La maggior parte delle operatrici e degli operatori era impegnata nelle comunità alloggio (l'82,6 % di tutti gli ETP). Presso le strutture di tipo familiare/case famiglia operava l'11,3 % degli ETP complessivi e nelle residenze assistite il 6,1 %. Fra i profili professionali, in tutte le tipologie di struttura prevale largamente quello delle educatrici e degli educatori sociali o professionali, con il 61,7 %.

[T.4.2] Personale impegnato nelle strutture residenziali, 2010-2012-2014

Tipo di struttura	Anno	Numero (ass.)	Operatrici/ operatori equivalenti t.p.	Utenti	Utenti per operatrice/ operatore equivalente a t.p.
Comunità alloggio	2010	137	113,1	110	0,97
	2012	149	120,6	115	0,95
	2014	136	109,6	105	0,96
Comunità di tipo familiare	2010	14	10,9	21	1,93
	2012	13	9,6	15	1,56
		18	15,0	24	1,60
Residenze assistite	2010	15	10,2	26	2,55
	2012	13	8,1	33	4,07
	2014	13	8,0	19	2,38

Fonte: ASTAT, 2015

4.2.3 Istituto provinciale di assistenza all'infanzia

CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA

L'Istituto provinciale di assistenza all'infanzia (IPAI) è l'unica struttura direttamente gestita dalla Provincia. Essa è destinata all'accoglienza di bambine e bambini fino all'età di tre anni cui temporaneamente viene a mancare un contesto familiare idoneo nonché a future madri o giovani madri in situazioni di particolare difficoltà. L'accoglienza avviene su proposta dell'Area sociopedagogica di base, con l'assenso dell'Ufficio famiglia, donna e gioventù. Le bambine ed i bambini sono assistite/i a tempo parziale o a tempo pieno, a seconda del fabbisogno, in alcuni casi anche insieme alle madri. L'assistenza a tempo parziale è garantita in asilo nido e nel centro diurno dedicato al sostegno ai genitori. Le future madri e le giovani madri sono ospitate in una comunità alloggio allestita all'interno dell'Istituto. Nei casi di fabbisogno di assistenza particolarmente impegnativa è possibile l'accoglienza in un piccolo alloggio. La durata massima di permanenza nell'IPAI è di sei mesi.

NUMERO DEGLI UTENTI

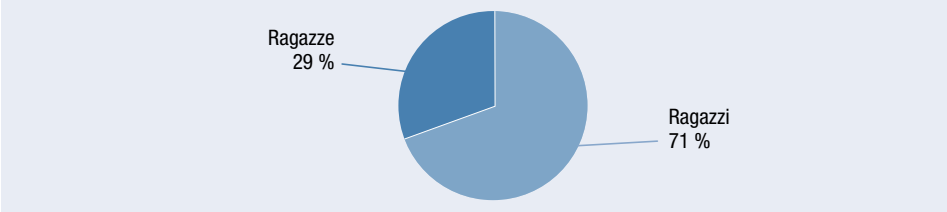
Nel 2014, i minori accolti nell'Istituto di assistenza all'infanzia erano 59: 22 di essi sono stati ospitati a tempo pieno insieme alle rispettive madri, 12 a tempo pieno senza le madri e 25 bambine e bambini frequentavano l'asilo nido dell'IPAI. Complessivamente, nel 2014 sono state assistite a tempo pieno 32 madri. 13 madri e 11 padri sono stati accolti temporaneamente, a seguito di apposito provvedimento del Tribunale per i minorenni, per una verifica delle competenze educative e assistenziali.

4.2.4 Centri diurni

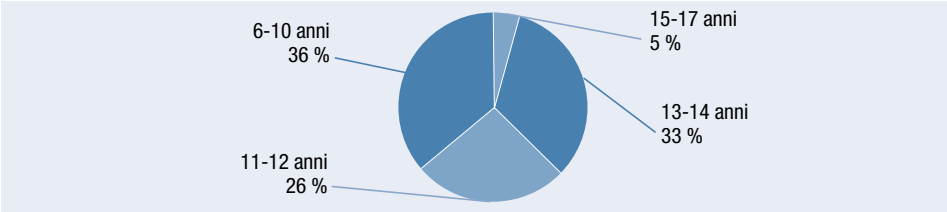
STRUTTURA DELL'UTENZA

Alla fine del 2014, i nove Centri diurni disponevano di 97 posti complessivi, con una riduzione della capacità ricettiva di otto posti rispetto al 2012. Il numero degli utenti rilevato al 31/12/2014 era di 83 fra bambine/i e adolescenti, con un tasso di utilizzo puntuale pari all'85,6 %. Le/i minori seguite/i nei Centri diurni erano prevalentemente maschi (71 %). Pressoché sei su dieci utenti (59 %) erano di età compresa fra gli 11 e i 14 anni. Il secondo gruppo in ordine di grandezza è quello delle bambine e dei bambini fra i 6 e i 10 anni (36 %). La quota delle/degli adolescenti (dai 15 ai 17 anni di età) seguite/i nel 2014 si attestava sul 5 %. Sotto l'aspetto della madrelingua delle/degli utenti ovvero della lingua da esse/essi prevalentemente parlata all'interno della struttura, oltre la metà (54 %) è attribuibile al gruppo di lingua italiana e il 37 % al gruppo di lingua tedesca. La quota delle/dei minori provenienti da paesi extracomunitari si è ridotta di quasi 10 punti percentuali rispetto al 2012 (25,8 %), passando al 16 %, dopo diversi anni in cui tale gruppo registrava un costante aumento.

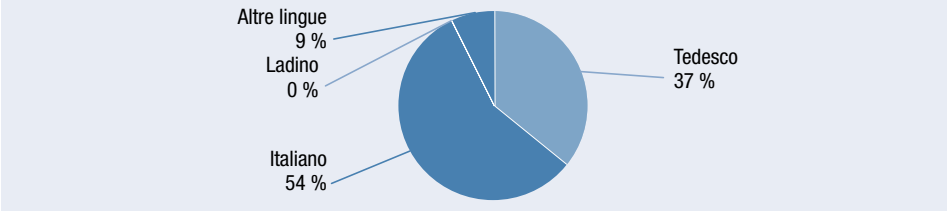
[G.4.7] Minori assistite/i nei Centri diurni per sesso, 2014



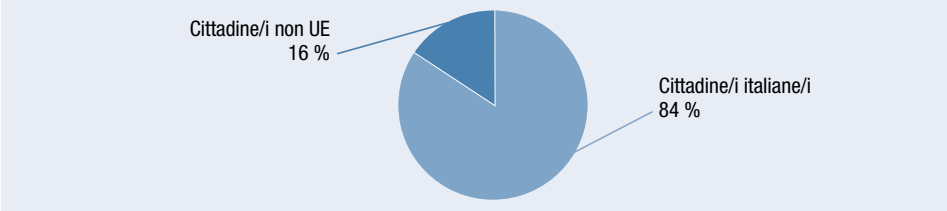
[G.4.8] Minori assistite/i nei Centri diurni per classi di età, 2014



[G.4.9] Minori assistite/i nei Centri diurni per gruppo linguistico, 2014



[G.4.10] Minori assistite/i nei Centri diurni per cittadinanza, 2014

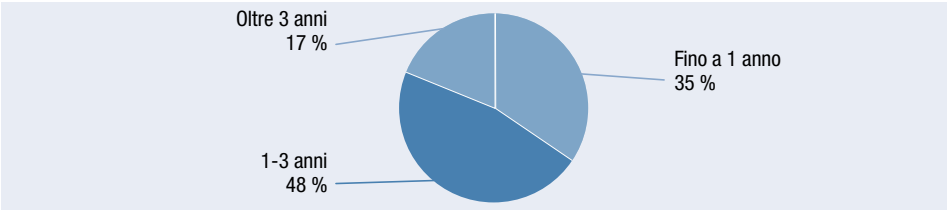


Fonte: ASTAT, 2015

DURATA DELLA PERMANENZA

Alla fine del 2014 le/gli utenti seguite/e da ormai oltre tre anni si attestavano appena sul 17 %, mentre la relativa quota registrata nel 2012 era ancora di un terzo circa. Gran parte delle/dei minori frequentava il Centro diurno per un periodo compreso fra 1 e 3 anni (48 %), la quota delle nuove ammissioni nel 2014 era del 35 %.

[G.4.11] Minori assistite/i nei Centri diurni per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Presso i nove Centri diurni operano complessivamente 73 collaboratrici e collaboratori dipendenti, 54,9 in termini di equivalenti a tempo pieno. Nel 2014, il rapporto utenti/ETP è sceso all'1,51. Il profilo professionale maggiormente rappresentato è quello delle educatrici/degli educatori sociali o professionali.

[T.4.3] Personale addetto ai Centri diurni, 2010-2012-2014

Anno	Numero	Operatrici/operatori equivalenti t.p.	Utenti	Utenti per operatrice/operatore equivalente t.p.
2010	56	44,1	103	2,34
2012	52	39,9	93	2,33
2014	73	54,9	83	1,51

Fonte: ASTAT, 2015

4.2.5 Offerte di consulenza a bassa soglia per bambine e bambini e adolescenti

OFFERTE DI CONSULENZA

Oltre ai servizi sociali pubblici, in Alto Adige le bambine ed i bambini e le/gli adolescenti in condizioni sociali problematiche possono ricorrere al sostegno da parte di una vasta rete di servizi a bassa soglia operante da molti anni. Tra l'altro sono numerose e molto differenziate in termini strutturali e dei contenuti le attività culturali e ricreative offerte da una serie di organizzazioni e associazioni. In questo contesto, è difficile individuare la linea di delimitazione esatta fra il lavoro di animazione sociale e l'assistenza sociale.

Numerosi sono i gestori di servizi di consulenza per i giovani. Fra questi vanno annoverati in primo luogo "Young+Direct" e il servizio di consulenza "Telefono Azzurro" operante a livello nazionale, anch'esso rivolto specificamente a bambine e bambini e adolescenti. Inoltre, le/gli adolescenti possono ovviamente rivolgersi anche al servizio di "sostegno telefonico" della Caritas oppure al "Telefono amico" di Bolzano.

Nell'anno 2014 vi sono stati 1.769 contatti con il centro di consulenza young+direct, prevalentemente da parte di ragazze. Il 72 % di tutta l'utenza hanno tra i 13 ed i 17 anni. Temi personali (32 %), la sessualità (29 %) e domande sull'amore e la relazione di coppia (22 %) erano al centro dei temi affrontati nel corso del 2014. La maggior parte delle richieste di consulenza avveniva via e-mail (46,4 %), il telefono giovani (20,4 %) e

WhatsApp (19,8%). Per il primo contatto i richiedenti consulenza utilizzano prevalentemente il telefono giovani (81%), mentre la consulenza a lungo termine avviene attraverso facebook (63%), e-mail (53%) e consulenza personale (49%). Seppure l'offerta di consulenza sia plurilinge, si nota per tutte le diverse tipologie di consulenza una netta prevalenza dell'utenza di madrelingua tedesca e solamente per la consulenza personale si nota una distribuzione dell'utenza proporzionale alla forza dei gruppi linguistici in Alto Adige: nel 2014 il 60% della consulenza personale è stata richiesta da persone di madrelingua tedesca, il 26% da utenti di madrelingua italiana ed il 14% da giovani di madrelingua ladina.

ORGANIZZAZIONI PER I GIOVANI IN SINTESI

Fra le tante organizzazioni e associazioni che offrono iniziative culturali e ricreative a misura dei giovani citiamo innanzitutto le organizzazioni e i gruppi giovanili, le Case per i giovani, i Servizi giovani, i Centri giovanili, i punti d'incontro per i giovani. Essi si propongono quali iniziative di volontariato, offrendo svariate forme di accesso extrascolastico ad offerte culturali, ricreative e di apprendimento per i giovani. In parte è previsto il coinvolgimento attivo dei giovani nella gestione e nella scelta delle iniziative. Le organizzazioni giovanili sono associazioni per i giovani oppure di giovani, che perseguono finalità politiche e sociali e si impegnano per trasmettere e difendere un sistema di valori. Le organizzazioni giovanili di lingua tedesca e di lingua ladina sono in gran parte raggruppate nel Südtiroler Jugendring (SJR), una comunità di lavoro e di azione senza scopi di lucro. Alla fine del 2014, lo Jugendring contava 12 organizzazioni associate con 5.000 volontari e 50.000 soci circa.

PUNTI D'INCONTRO/ CENTRI I GIOVANILI

Dal 2001, i punti d'incontro per i giovani e i Centri giovanili sono organizzati in una rete operante a livello provinciale ("n.e.t.z.") di cui attualmente fanno parte 56 aggregazioni giovanili. Dal 2003 "n.e.t.z." gestisce un servizio qualificato in materia di lavoro con i giovani aperto, che elabora standard e direttive per le organizzazioni membro, ad esempio sull'approccio al tema dell'uso di stupefacenti, sulla stesura di regolamenti interni, sulla costituzione di associazioni nonché su questioni assicurative e giuridiche. I punti di incontro sono strutture operative del lavoro aperto con i giovani che offrono ai giovani soprattutto opportunità di incontro e di confronto reciproco. Essi non propongono necessariamente un'offerta programmatica. In parte i punti d'incontro si avvalgono esclusivamente dell'impegno di volontari, a differenza dei Centri giovanili che in linea di massima sono gestiti da operatori dipendenti. I Centri giovanili si ispirano a precisi modelli pedagogici ed offrono di norma un ricco programma fra iniziative di formazione e di cultura per i giovani. La loro presenza si concentra in primo luogo sugli agglomerati urbani o comunque sui centri maggiori.

SERVIZI GIOVANI

I Servizi giovani (Jugenddienste) si intendono come punti di riferimento per i giovani, per volontari e per moltiplicatori operanti a favore delle bambine e dei bambini e delle/degli adolescenti. Nati in gran parte dal movimento giovanile cattolico, essi vengono gestiti dall'Ufficio Servizio giovani, dai Comuni e dalle parrocchie. La loro attività copre tutta la gamma delle iniziative portate avanti dalle parrocchie, dai Comuni e dalle strutture dedicate al lavoro aperto per i giovani. All'interno della Comunità di lavoro dei Servizi per i giovani (Arbeitsgemeinschaft der Jugenddienste - AGJD) sono ormai rappresentate 20 organizzazioni operanti nel settore. Esse sono presenti in quasi tutto il territorio provinciale e collaborano con i Comuni e le Comunità comprensoriali.

GARANTE PER L'INFANZIA E PER L'ADOLESCENZA

Dal 2010, tutte le offerte di consulenza e di assistenza a bassa soglia qui sopra descritte possono contare sull'appoggio del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza istituito con Legge provinciale del 26 giugno 2009, n. 3 presso il Consiglio provinciale, a difesa degli interessi dei giovani che vivono in Alto Adige.

4.3 Affido e adozione

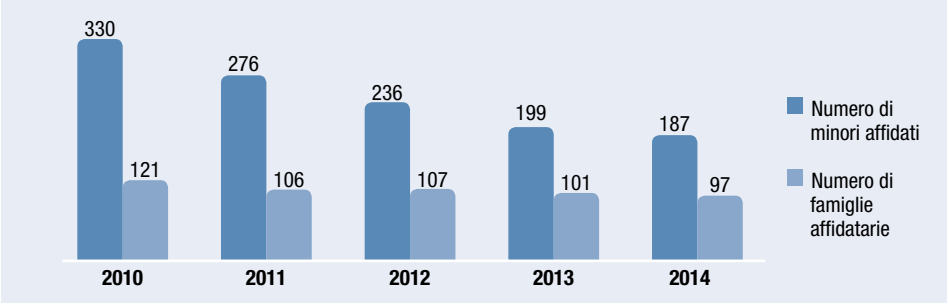
FORME DI AFFIDO

L'affido familiare di bambine e bambini o adolescenti è una forma particolare di "sostegno temporaneo" per genitori e figli. Le famiglie affidatarie accolgono minori i cui genitori sono temporaneamente incapaci di accudire adeguatamente ai propri figli. Come l'accoglienza extrafamiliare in una struttura residenziale, anche l'affido familiare a tempo pieno ha una durata massima di 24 mesi. La proroga è prevista nell'esclusivo interesse del minore e nel rispetto di precise norme legislative. Accanto all'affido a tempo pieno è prevista anche l'opzione di affido a tempo parziale ovvero per parte della giornata o per poche ore giornaliere, con il rientro serale nella famiglia di origine. I provvedimenti di accoglienza extrafamiliare sono finalizzati alla tutela del/la minore, ma anche al sostegno delle famiglie con criticità multiple e sono quindi integrati con ulteriori interventi tesi al consolidamento delle famiglie di origine, atti a consentire il ritorno in famiglia del/la minore.
In Alto Adige, l'affidamento familiare ha forti radici storiche, in questi ultimi anni tuttavia è venuta costantemente meno la disponibilità delle potenziali famiglie affidatarie. Nel 2014 si è assistito ad un ulteriore calo sia del numero di minori accolte/i da famiglie affidatarie sia quello delle famiglie dichiarate idonee a accogliere un/a minore.

NUMERO DI AFFIDI

Le bambine ed i bambini e le/gli adolescenti accolte/i da famiglie affidatarie nel 2014 sono 187, di cui 70 a tempo parziale e 117 a tempo pieno. Nel 2012 il numero complessivo era pari a 236 minori affidate/i. Nel 2012 erano ancora dieci famiglie in più ad accogliere in affido un/a minore.

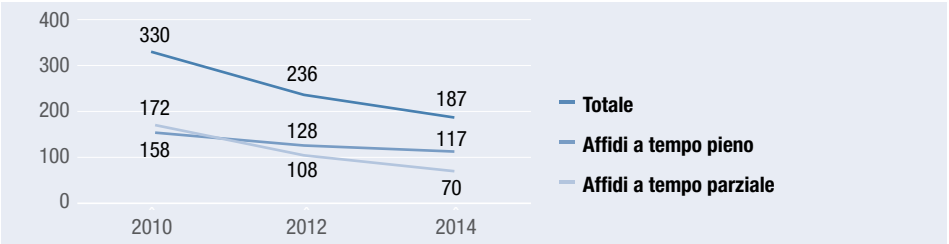
[G.4.12] Numero minori affidate/i e delle famiglie affidatarie



Fonte: Sozinfo, 2015

Negli anni precedenti, il numero degli affidi familiari a tempo pieno era pressoché uguale a quello degli affidi a tempo parziale, dal 2012 tuttavia si sta assistendo ad un calo alquanto marcato degli affidi a tempo parziale. Nel 2014, le/i minori affidate/i a tempo pieno erano 117, mentre erano solo 70 i casi in cui un/a minore ha trovato accoglienza a tempo parziale.

[G.4.13] Numero minori affidate/i, 2010-2014



Fonte: Sozinfo, 2015

Il provvedimento dell'affido familiare è adottato in tutte le parti della provincia, la tabella 4.4 riporta la distribuzione geografica dei casi di affido per Comunità comprensoriali negli anni di riferimento 2012 e 2012.

DISTRIBUZIONE DEGLI AFFIDI PER COMUNITÀ COMPRENSORIALI

[T.4.4] Affidi familiari per Comunità comprensoriale, 2012 e 2014

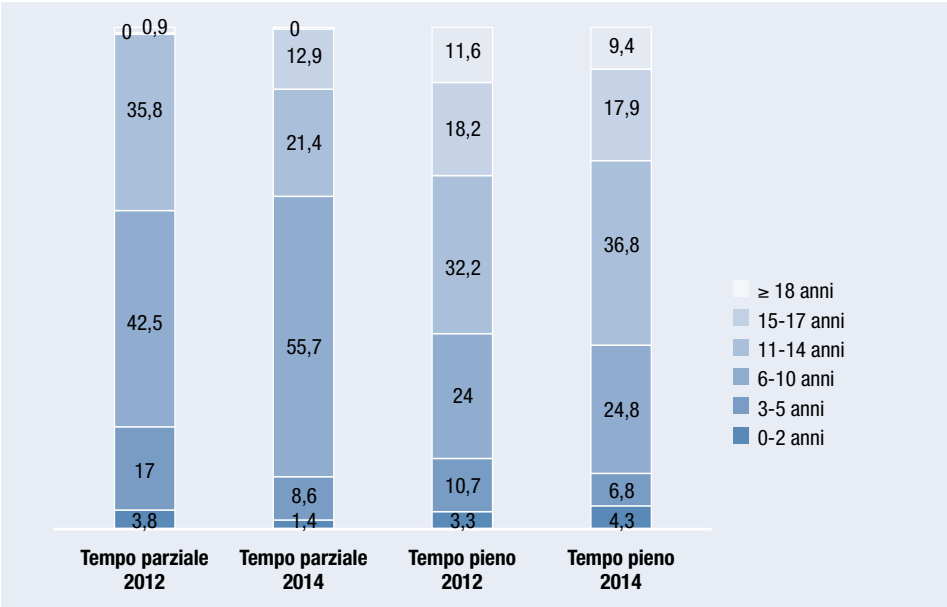
	2012		2014	
Comunità comprensoriale	**Numero assoluto**	**%**	**Numero assoluto**	**%**
Val Venosta	21	8,9	15	8,0
Burgraviato	31	13,1	24	12,8
Oltradige-Bassa Atesina	53	22,5	21	11,2
Bolzano	63	26,7	67	35,8
Salto-Sciliar	5	2,1	6	3,2
Valle Isarco	34	14,4	30	16,0
Alta Valle Isarco	13	5,5	8	4,3
Val Pusteria	16	6,8	16	8,6
Totale Provincia	**236**	**100**	**187**	**100**

Fonte: Sozinfo, 2015

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEI MINORI AFFIDATI

Non sorprende osservare differenziazioni nella struttura di età delle/dei minori affidate/i rispettivamente a tempo parziale e a tempo pieno: fra gli affidi a tempo parziale predomina nettamente la classe di età compresa fra i 6 e i 10 anni. Il 55,7 % di tutte le minori e tutti i minori affidate/i rientra in questo gruppo. Nel 2014 il 12,8 % delle/dei minori che hanno trovato accoglienza a tempo parziale presso una famiglia aveva compiuto o superato i 15 anni di età (2012: 1,5 %). La maggior parte delle/dei minori affidati a tempo pieno è di età compresa fra gli 11 e i 14 anni (36,7 %). Complessivamente, sono 5 le/i giovani affidate/i ad avere più di 18 anni.

[G.4.14] Minori affidate/i a tempo pieno o a tempo parziale per classe di età, 2012-2014

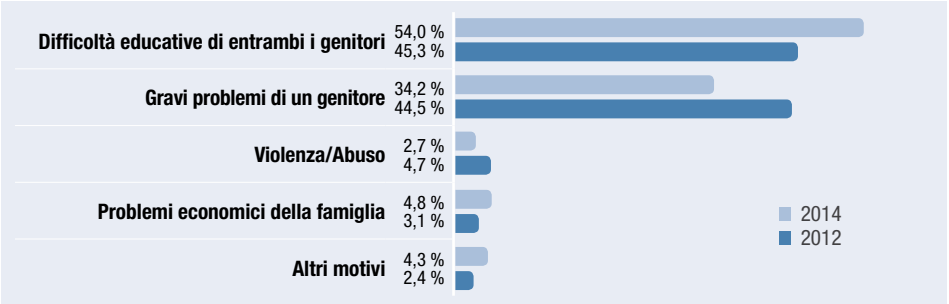


Fonte: Sozinfo, 2015

MOTIVI DELL'AFFIDO FAMILIARE

Riguardo ai motivi dell'affido con formula a tempo pieno, predominano nettamente le difficoltà dei genitori ad assolvere i compiti educativi, seguite da gravi problemi sociali e personali di un genitore. Va tuttavia costatato come la frequenza dei problemi educativi quale motivo principale dell'affido a tempo pieno sia sensibilmente aumentata rispetto all'anno di riferimento 2012, mentre sono passati in secondo piano i gravi problemi personali di uno dei genitori.

[G.4.15] Motivo principale dell'affido familiare con formula a tempo pieno, 2012-2014



Fonte: Sozinfo, 2015

CONCLUSIONE DELL'AFFIDO A TEMPO PIENO

L'obiettivo ultimo dell'affido familiare è comunque il rientro del/la minore nella famiglia di origine oppure – nel caso delle/degli adolescenti più avanti di età – il raggiungimento dell'autonomia. Nel corso del 2014, sono stati concordati 72 affidi familiari complessivi, il doppio della cifra registrata nel 2012 (35). In soli 10 casi le bambine o i bambini o le/gli adolescenti sono tornate/i a vivere con la propria famiglia d'origine, 4 affidi sono stati portati a conclusione per raggiunta autonomia dell'adolescente e poco meno della metà degli affidi con formula a tempo pieno sono stati portati a termine a seguito della chiusura dei casi da parte del Servizio sociale.

ADOZIONI

L'adozione è una misura sociale fondamentalmente diversa dall'affido familiare. Infatti, mentre l'affido ha comunque una durata limitata nel tempo, l'adozione è l'inserimento definitivo del/la minore nella nuova famiglia, a prescindere dal legame parentale biologico. Le coppie che intendano adottare un/a minore sono accompagnate dallo "Servizio adozioni Alto Adige" operante a livello provinciale (tramite un'équipe di assistenti sociali e psicologi) lungo tutto il percorso preliminare all'atto definitivo dell'adozione. Inoltre, l'Ufficio sviluppo del personale della Ripartizione Famiglia e politiche sociali, nell'ambito delle proprie iniziative di formazione permanente, offre corsi specifici di preparazione e di accompagnamento degli aspiranti genitori adottivi che hanno quindi modo di approfondire la materia, di informarsi e di riflettere sulle proprie motivazioni. Ad integrare l'offerta di sostegno dell'ente pubblico si aggiunge quella di gestori privati autorizzati alla mediazione di adozioni internazionali. La decisione sull'adottabilità di un/a minore e sull'idoneità della coppia richiedente l'adozione spetta comunque al Tribunale per i minorenni. Elemento di rilievo nel processo decisionale sono le relazioni del Servizio adozioni Alto Adige sulla coppia adottante.
La tabella 4.5 riporta l'andamento delle richieste di adozione nazionale ed internazionale presentate al Tribunale per i minorenni di Bolzano negli anni 2010, 2012 e 2014, dei decreti di idoneità (decreti di adottabilità di minori), delle delibere di affido preadottivo (per un "periodo di prova" della durata di un anno precedente l'adozione nazionale definitiva) e delle adozioni (provvedimenti definitivi con cui il minore entra a far parte della famiglia).

[T.4.5] Adozioni nazionali ed internazionali – domande presentate al Tribunale per i minorenni di Bolzano, 2008-2012

Domande di adozione nazionale	2010	2012	2014
Domande inevase al 1° gennaio	677	579	441
Domande presentate nel corso dell'anno	174	134	181
- di cui da fuori provincia	80,5 %	84,3 %	91,7 %
- di cui dalla provincia	19,5 %	15,7 %	8,3 %
Domande archiviate nell'anno	224	253	140
Domande inevase al 31.12.	627	460	482
Delibere di adottabilità	10	5	7
Delibere di affido	2	1	5
Delibere di adozione	**10**	**16**	**11**

Domande di riconoscimento dell'idoneità all'adozione internazionale	2010	2012	2014
Domande inevase al 1° gennaio	16	12	14
Domande presentate nel corso dell'anno	36	27	14
Domande evase nel corso dell'anno	34	26	23
- di cui domande accolte	29	22	14
- di cui domande respinte	3	1	3
- di cui altro	2	3	6
Domande inevase al 31.12.	18	13	5
Delibere di adozione	**22**	**11**	**20**

Fonte: Tribunale per i minorenni di Bolzano, 2015
Elaborazione: Ufficio tutela dei minori e inclusione sociale

4.4 Consultori familiari

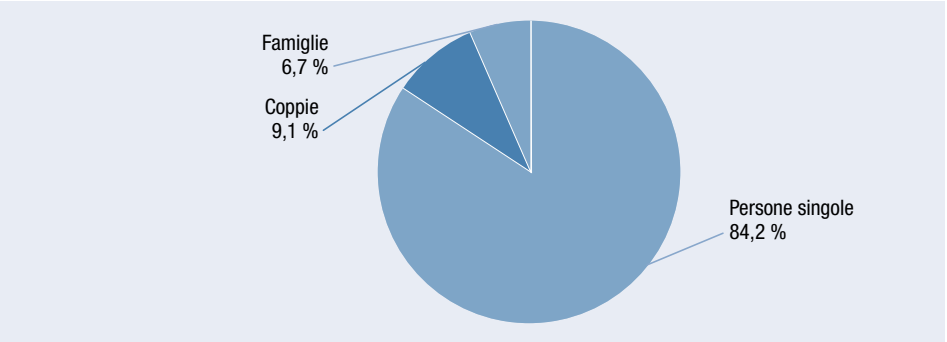
CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

I Consultori familiari sono strutture a gestione privata con finanziamento pubblico. Essi si rivolgono a famiglie, coppie e persone singole, offrendo sostegno e consulenza su problematiche relazionali, sessuali, educative e giuridiche.
Nel 2014 in Alto Adige erano operanti 14 consultori gestiti da sei diverse organizzazioni. In sintonia con le radici storiche dei Consultori presenti a livello nazionale e locale sin dagli anni 1970, le singole strutture si differenziano per orientamento politico-culturale e tradizione operativa che in parte si rispecchiano anche nella diversità delle iniziative offerte. I Consultori familiari cooperano con i Servizi sociali e sanitari pubblici e mantengono costanti contatti con scuole e organizzazioni di volontariato.
La maggior parte dei Consultori familiari è insediata nei due agglomerati urbani di Bolzano (6) e di Merano (3), mentre Bressanone, Brunico, Laives, Egna, Silandro e Ortisei dispongono ciascuna di un Consultorio. Il concentramento sul bacino di utenza urbana si riflette ovviamente anche nei dati sull'utenza: Come già osservato nel 2012, anche nel 2014 il 56 % di tutti gli utenti si è rivolto ad un Consultorio bolzanino e poco più del 29 % ad un Consultorio di Merano.

DISTRIBUZIONE DEI CONSULTORI A LIVELLO REGIONALE

Nel 2014 sono state complessive 10.324 persone a rivolgersi ai Consultori, con un modesto calo rispetto al 2012 in cui era stato registrato un lieve aumento dell'utenza rispetto al periodo di riferimento precedente (2010: 10.773; 2012: 10.865). Anche nel 2014 le/gli utenti erano per lo più persone singole (84,2 %), mentre le coppie (9,1 %) e le famiglie (6,7 %) rappresentavano una quota relativamente esigua dell'utenza.

[G.4.16] Utenti dei Consultori familiari per tipologia di utenza, 2014

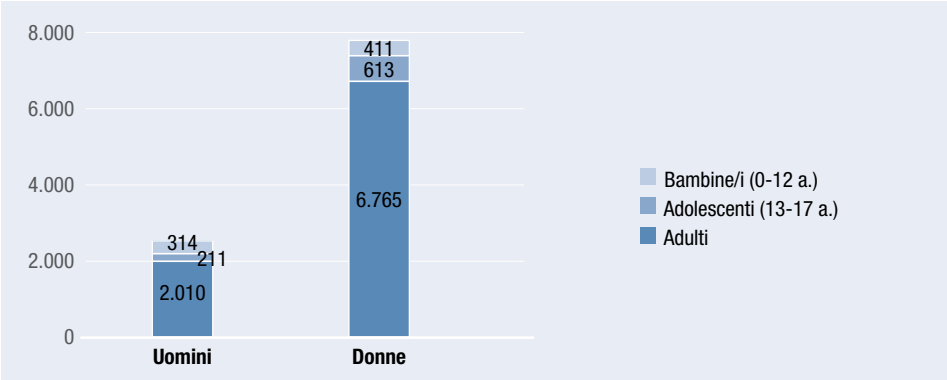


Fonte: ASTAT, 2015.

SESSO E ETÁ DEGLI UTENTI

Quanto alla composizione dell'utenza per sesso, nel 2014 continuavano a prevalere largamente le donne, con il 75,4 %, seppur la quota maschile sia aumentata di 2,6 punti percentuali rispetto al 2012. La predominanza femminile è in parte legata alle tipologie dei servizi offerti – in primo luogo quelli di tipo sanitario che si rivolgono soprattutto alle donne (vedi qui di seguito). D'altro canto, il dato è attribuibile anche alla minore disponibilità degli uomini a ricorrere a servizi di consulenza professionale per risolvere situazioni problematiche. In aumento risulta pure il numero delle bambine e dei bambini e delle/degli adolescenti che si rivolgono ai Consultori familiari: la loro quota nel 2014 si è attestata sul 15 %, con una crescita di 4 punti percentuali rispetto al 2012.

[G.4.17] Utenti dei Consultori familiari per sesso ed età, 2014



Fonte: ASTAT, 2015.

Fra le prestazioni erogate dai Consultori occupano un posto di rilievo le consulenze psicologiche e pedagogiche. Al secondo posto si collocano prestazioni sanitarie quali le visite ginecologiche, gli esami clinici del seno, le visite di controllo in gravidanza e l'informazione su metodi di contraccezione. Rispetto all'anno di riferimento 2012 si osserva un marcato calo delle prestazioni sanitarie e un incremento delle attività di consulenza psicologica e pedagogica. Sensibilmente ridotte risultano anche le prestazioni in materia sociale e sociopsicologica.

Tutela dei minori

Kolis Summerer

La tutela dei minori ha il compito essenziale di garantire i diritti e le opportunità di bambini e adolescenti ad un positivo sviluppo fisico e psico-sociale, promuovendo la loro educazione in vista della formazione di una personalità autonoma e responsabile, in sintonia con i principi radicati nella Costituzione e nella Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 1989.

La tutela della minore età si sostanzia, pertanto, nella prevenzione mediante interventi legislativi e provvedimenti di istituzioni pubbliche e private finalizzati, da un lato, a tutelare i minori da eventuali danni e pregiudizi (come, ad es., trattamenti non adeguati all'età, trascuratezza e abbandono, maltrattamenti fisici e psichici, aggressioni e sfruttamento, violenza domestica, abusi sessuali, malattia, povertà, dipendenza, esposizione a mezzi di comunicazione) e, dall'altro, a creare le condizioni per un sereno sviluppo dei giovani nella nostra società.

Il dibattito, in corso dagli anni '60, intorno alla tutela della minore età e ai diritti dei minori ha portato a ritenere che provvedimenti e controlli debbano cedere il posto alla costruzione di un sistema democratico d'intervento orientato alla solidarietà e alla comprensione, rivolto a minori e genitori.

Obiettivo è innanzitutto quello di rafforzare quanto prima l'intera famiglia, migliorando le condizioni generali necessarie per garantire il futuro dei minori. In questo contesto, accanto alla preservazione della sicurezza materiale delle famiglie con minori, svolgono un ruolo importante specialmente l'implementazione dell'offerta di servizi per l'infanzia e la predisposizione di attività di consulenza, formazione e sostegno alle famiglie.

Quando i genitori – nonostante il sostegno fornito dai servizi di assistenza all'infanzia – non riescono o non vogliono adempiere i propri compiti educativi, mettendo così a repentaglio il benessere del bambino, si impone un intervento coerente da parte dello Stato (attraverso le autorità giudiziarie competenti).

Bambini e adolescenti sono colpiti in modo particolare dalla violenza – sia come autori sia come vittime (si pensi soprattutto al diffuso fenomeno del mobbing o del bullismo in ambito scolastico e alla violenza sessuale). Obiettivo primario delle politiche minorili e giovanili è la tempestiva identificazione delle cause della violenza e dei gruppi a rischio, al fine di poter proporre efficaci misure preventive e di sostegno.

L'offerta di pari opportunità e positive prospettive di vita costituisce un elemento essenziale di un'efficace strategia di prevenzione della violenza e di intervento sostenibile. Proprio nel campo della prevenzione della violenza riveste, pertanto, un ruolo decisivo la collaborazione tra servizi minorili, istituzioni scolastiche, forze dell'ordine e autorità giudiziaria.

[T.4.6] Numero e tipologie di prestazione erogate dai Consultori familiari nel 2014

Tipo di prestazione	Numero prestazioni 2012	Numero prestazioni 2014
Primi colloqui	4.661	3.512
Colloqui psicologici e pedagogici	25.406	26.434
Problemi individuali	11.451	12.526
Problemi di coppia	5.393	5.268
Problemi familiari	6.323	3.707
Problemi scolastici o di disabilità	182	119
Altri problemi	2.057	4.814
Prestazioni sanitarie (Informazioni, visite, prescrizioni)	10.224	8.554
Attività di gruppo*	2.242	2.732
Consulenza socio-psicologica (Tribunale per i minorenni, tutela minorile)	1.109	350
Consulenza sociale	1.069	669
Consulenza legale	-	634

* Numero degli incontri svolti
Fonte: ASTAT, 2015.

PERSONALE

Anche fra il personale operante presso i Consultori alla fine del 2014 (135 persone) prevalgono nettamente le donne (82,2 %), in termini di equivalenti a tempo pieno (ETP) 46. Il profilo professionale maggiormente rappresentato era quello della psicologa/dello psicologo e della/dello psicoterapeuta (31 collaboratori/collaboratrici per ciascuno dei due profili professionali), seguito da quello della ginecologoa/dello ginecologo, dell'ostetrica (7+7) e delle assistenti sociali (6). Accanto al personale qualificato in materia sanitaria, sociale e giuridica, i Consultori impiegano anche addetti ai compiti amministrativi. Gran parte del personale opera in diversi servizi o presso più di un Consultorio. Infine, il personale specializzato è affiancato da volontari (31 nel 2014) che prestano servizio gratuitamente per circa 150 ore mensili complessive.

Servizio casa delle donne

4.5

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il servizio Casa delle donne, istituito con Legge provinciale n. 10/89, si articola in due tipologie di struttura che si integrano vicendevolmente: i Centri antiviolenza e le strutture residenziali. Le prestazioni specifiche sono erogate in sedi rigorosamente separate tra di loro, per garantire l'anonimità delle strutture residenziali e quindi la sicurezza delle donne e dei bambini ospitati. Il servizio Casa delle donne è dedicato alle donne che hanno subito atti di violenza sia fisica che psichica, sessuale o economica. Inoltre vi possono essere temporaneamente ospitate anche donne vittime di stalking, nei casi in cui l'elevata necessità di tutela non consenta di mettere in atto altre modalità di aiuto.

4.5.1 Centri antiviolenza

PRESTAZIONI EROGATE E CONTENUTI

Nel 2014 sono state 618 donne a rivolgersi ai quattro Centri antiviolenza per chiedere consulenza o sostegno. Con sedi situate a Bolzano, Bressanone, Brunico e Merano, le strutture sono presenti in tutto il territorio altoatesino. Poco più del 60 % delle utenti ha chiesto per la prima volta nel 2014 il sostegno di un Centro antiviolenza. Le prestazioni erogate a favore di donne non ospitate nelle strutture residenziali erano 4.199, fra cui si collocano al primo posto, con il 56,1 %, le informazioni e consulenze telefoniche, seguite dalle consulenze personali (34,0 %).

[T.4.7] Numero e tipologie di prestazioni erogate esternamente alle Case delle donne

Tipologia di prestazione	Numero	in %
Informazioni/consulenze telefoniche	2.357	56,1
Consulenze personali/colloqui presso i centri	1.427	34,0
Consulenze legali	122	2,9
Informazioni giuridiche	202	4,8
Contatti epistolari	50	1,2
Accompagnamento delle utenti ad altri servizi o visite domiciliari	41	1,0
Totale	**4.199**	**100,0**

Fonte: ASTAT, 2015.

Nell'ambito dell'assistenza successiva al periodo di ospitalità nella struttura residenziale, ossia quale ulteriore sostegno alle donne dimesse nell'anno di riferimento, i Centri antiviolenza hanno provveduto a 358 colloqui telefonici di informazione o di consulenza e a 170 consulenze personali. Inoltre sono stati effettuati 23 accompagnamenti e visite a domicilio e 7 interventi epistolari.
Le esperienze di violenza subite dalle donne sono di norma complesse, nel senso che implicano più di una tipologia di violenza (psichica, fisica, sessuale o economica). Oltre i tre quarti delle donne (76,1 %) riferiscono vissuti di violenza multipla. Pressoché tutte le utenti hanno subito violenza psichica (94,7 %), al secondo posto si colloca la violenza fisica (58,5 %). I dati relativi a queste due tipologie di violenza sono rimasti pressoché invariati rispetto al 2012, mentre i casi di donne soggette a violenza economica sono sensibilmente

aumentati, dal 39,4 % nel 2012 al 47,5 % nel 2014. La quota delle vittime di violenza sessuale era del 18,5 % di tutte le donne che nel 2014 si sono rivolte ai Centri antiviolenza. I dati disponibili non consentono di risalire all'età, al gruppo linguistico o allo stato civile delle utenti. Quanto alla cittadinanza risulta tuttavia che nel 64 % dei casi le vittime sono cittadine italiane, nell'8,8 % cittadine di altri paesi comunitari e il rimanente 12,4 % delle donne che chiedono aiuto è di provenienza extracomunitaria. Spicca il fatto che l'offerta di consulenza dei Centri antiviolenza è richiesta prevalentemente da cittadine italiane, mentre le ospiti delle Case delle donne provengono in maggioranza da paesi extracomunitari (vedi grafico 4.18).

4.5.2 Strutture residenziali del servizio Casa delle donne

STRUTTURE RESIDENZIALI

L'offerta di aiuto dei Centri antiviolenza è integrata dall'ospitalità all'interno di strutture residenziali. Alla fine del 2014, tali strutture erano cinque, ubicate a Bolzano, Bressanone, Brunico e Merano e comprendevano complessivi 40 fra piccoli alloggi e camere, con una capacità ricettiva di 106 posti complessivi per donne e bambini. Si distingue peraltro fra la Casa delle donne in senso stretto e gli alloggi protetti. A parte il servizio notturno e l'accoglienza nei casi di emergenza – garantiti al di fuori dell'orario di servizio dei Centri antiviolenza, esclusivamente nelle Case delle donne – la gamma dei servizi erogati nelle due tipologie di struttura residenziale si differenzia solo minimamente.

DONNE E BAMBINI ASSISTITI

Nel corso del 2014 nelle Case delle donne e negli alloggi protetti sono state assistite 124 donne con 135 figli. Oltre al compito di fornire sostegno alle donne, le strutture residenziali si impegnano anche per tutelare, consigliare e supportare le bambine ed i bambini che hanno subito in prima persona atti di violenza oppure ne sono stati testimoni. Fra le prestazioni erogate a minori nel 2014, si collocano al primo posto le attività individuali con le bambine ed i bambini (30,9 % di tutte le prestazioni erogate), seguite da consulenze per le madri (30,6 %) e da attività di gruppo con le bambine ed i bambini (20 %).

[T.4.8] Strutture residenziali: posti disponibili e utenti, 2014

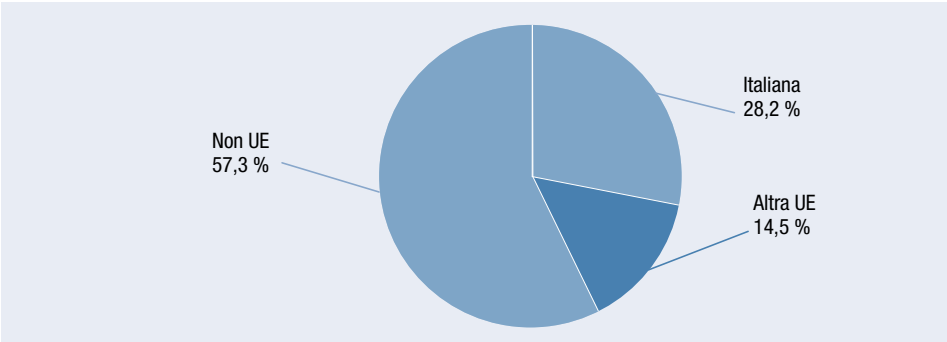
		Utenti nell'anno 2014		
	Posti*	Totale	Donne	Bambine e bambini
Casa delle donne Bolzano	6	41	21	20
Casa delle donne Merano	12 (11+1)*	81	40	41
Casa delle donne Bressanone	9 (8+1)*	59	25	34
Casa degli alloggi protetti Bolzano	7	51	23	28
Alloggi protetti Brunico	6 (5+1)*	27	15	12
Totale	**40**	**259**	**124**	**135**

*Numero complessivo dei posti (posti fissi + posti per le emergenza)
Fonte: Ufficio per la tutela dei minori e l'inclusione sociale; ASTAT, 2015

L'ospitalità temporanea negli alloggi protetti, oltre a tutelare le donne e le loro figlie ed i loro figli, comprende anche colloqui di consulenza sulla pianificazione del prossimo futuro e assistenza successiva alla dimissione dalla struttura residenziale. I consultori – associati agli alloggi protetti per impostazione concettuale e organizzativa – e i relativi

numeri verdi fungono da primo punto di riferimento per le donne interessate. La maggior parte delle donne che si rivolgono al Servizio Casa delle donne non vi ricercano solo l'accoglienza, ma anche informazioni e consulenza.
Quanto alla cittadinanza delle donne ospitate, si può constatare che nel 28,2 % dei casi si tratta di cittadine italiane, mentre il 14,5 % ha la cittadinanza di un altro paese comunitario. Il 57,3 % delle donne ospitate in una Casa delle donne nel corso dell'anno 2014 era di cittadinanza extracomunitaria. L'elevata quota di donne migranti alla ricerca di aiuto è probabilmente in buona parte attribuibile alla scarsa disponibilità di una rete di sostegno informale in loco, che potrebbe offrire tutela anche in situazioni di violenza.

[G.4.18] Case delle donne: utenti per cittadinanza, 2012



Fonte: ASTAT, 2015

La stragrande maggioranza delle 30 donne presenti nelle Case delle donne altoatesine, alla data di riferimento del 31/12/2014 era di età compresa fra i 25 e i 44 anni, solo due donne erano più giovani. 14 bambini ospitati su 39 avevano fra i 6 e i 10 anni, 11 erano di età compresa fra gli 11 e i 12 anni.

PERSONALE

Dato il profilo concettuale del servizio, il personale dipendente alla fine del 2014 era composto esclusivamente di donne, e precisamente di 43 dipendenti, per 23,6 ETP. I profili professionali maggiormente rappresentati all'interno dell'organico delle Case delle donne sono quelli dell'area sociale, con complessive 25 figure professionali qualificate (educatrici professionali, assistenti sociali, pedagogiste e sociologhe), oltre a 10 psicologhe. In sintonia con la tradizione e gli sviluppi storici delle Case delle donne, le operatrici dipendenti sono supportate da un numero più che raddoppiato di volontarie (93) che in media prestano servizio nelle Case delle donne per 7 ore mensili circa.

4.6 Offerte di consulenza per utenti maschi

Agli uomini riesce spesso difficile ricorrere a prestazioni di consulenza o di sostegno professionale. In questi ultimi anni, diverse organizzazioni non profit ed iniziative private hanno voluto reagire a questo dato di fatto, mettendo a punto offerte di consulenza specifiche rivolte ad utenti uomini. Oltre al Servizio di consulenza agli uomini (*Männerberatung*) istituito già nel 2001 dalla Caritas – struttura unica nel suo genere in Italia – vanno annoverati innanzitutto la *Männerinitiative Südtirol* (MIT), la *Männerinitiative Pustertal* (MIP), Figli per sempre e *Väter aktiv*. Inoltre, in tal senso si impegna anche una serie di iniziative quali il Movimento degli uomini cattolici della Diocesi di Bolzano-Bressanone e il gruppo di lavoro "*Buben- und Männerarbeit*" che operano all'interno delle più svariate strutture sociali (Servizi giovani, Centri giovanili, Caritas, Forum prevenzione, Centro giovanile Kassianeum, Ufficio servizio giovani) con particolare riguardo alle esigenze del target specifico.

CONSULENZA PER UOMINI DELLA CARITAS

Il Servizio di consulenza per uomini della Caritas ha sede a Bolzano, pur operando anche a Merano, Bressanone e Brunico. Le consulenze approfondiscono un'ampia gamma di tematiche quali il ruolo di marito e di padre, le relazionalità, aspetti della separazione della coppia, vita familiare, sessualità, lavoro, violenza, dipendenze di vario genere. Le consulenze sono offerte a titolo gratuito e in forma anonima.

Il servizio è garantito da cinque psicologi e da un avvocato, sostenuti da una persona che svolge compiti di segreteria. Nel 2014 gli utenti del Consultorio erano 311 uomini di tutte le classi di età e di tutti i ceti sociali. Argomento prevalente dei 1.402 colloqui di consulenza erano le problematiche psicologiche (1.343). Nel 2011, il Consultorio per gli uomini della Caritas ha lanciato il progetto "Training antiviolenza per uomini", adottando quindi l'approccio del confronto diretto con gli autori di atti di violenza. Ogni gruppo è seguito da due esperti qualificati in materia e i gruppi sono due, uno in lingua tedesca e uno in lingua italiana. La partecipazione è a titolo gratuito. Nel 2014 vi hanno partecipato 26 uomini.

Confrontando i dati con quelli del 2012 si nota una diminuzione del numero di uomini che si sono rivolti al Consultorio, sia per quanto riguarda le consulenze (2012: 358 uomini e complessivamente 1.552 consulenze) che anche per quanto riguarda il training antiviolenza (2012: 33 uomini).

INIZIATIVE A SOSTEGNO DEGLI UOMINI

Le attività di volontariato svolte sia dalla *Männerinitiative Pustertal* (MIP) operante da ormai 12 anni, sia dalla *Männerinitiative Südtirol* (MIT) costituitasi nel 2006 sono focalizzate sulla sensibilizzazione e sull'autoaiuto dei padri in situazioni di conflittualità e nel momento della separazione. L'iniziativa più recente in tema di paternità impegnata nella fase della separazione è l'associazione *Väter aktiv* costituitasi nel 2013.

Sintesi conclusiva e prospettive

4.7

OFFERTE DI SOSTEGNO AI MINORI

Rispetto al 2012, l'offerta di sostegno alle/ai minori non ha subito variazioni di rilievo. Fra le comunità alloggio e le strutture di tipo familiare, i tassi di ricorso alle varie tipologie di assistenza è comunque slittato nel tempo e infine si denota un calo dei posti disponibili nelle residenze assistite. Ad una riduzione accentuata del tasso di utilizzo nell'ambito delle residenze assistite corrisponde un maggiorato ricorso alle strutture di tipo familiare, in concomitanza con l'incremento di 5 punti percentuali dell'accoglienza temporanea extrafamiliare per le bambine ed i bambini di età compresa fra gli 0 e i 10 anni. In tema di affido familiare, anche quest'anno si è registrato un calo considerevole, confrontando i Servizi sociali con il problema di come contrastare questa tendenza negativa.

COMPETENZE INTERCULTURALI

Nelle strutture residenziali, il 15 % delle/dei minori ospitati è di nazionalità diversa da quella italiana, mentre il tasso dei minori di lingua madre né tedesca, né italiana, né ladina è passato dall'1,2 % nel 2012 al 7% nel 2014. Rispetto alla popolazione complessiva, fra le/i minori ospitate/i in strutture residenziali si registra una quota doppia di utenti che non hanno la cittadinanza italiana. Questo dato di fatto induce a riflettere da un lato su come affrontare i fenomeni della diversità e dall'altro sulla necessità di disporre, nelle strutture residenziali, di personale qualificato con competenze interculturali e infine di integrare l'interculturalità nello sviluppo delle strategie organizzative e di gestione delle risorse umane. Esigenza tra l'altro evidente anche alla luce del crescente numero di bambini e adolescenti di lingua diversa da quelle locali dall'1,2 % nel 2012 al 7 % nel 2014.

I 14 Consultori familiari nel 2014 hanno assistito per la prima volta ad una contrazione dell'utenza e, a seguito del minor numero di interventi di tipo sanitario, anche ad un cambiamento della struttura tipologica delle prestazioni erogate. Pur rimanendo in posizione di netta minoranza, gli utenti maschi si sono rivolti ai Consultori familiari con maggiore frequenza rispetto al passato.

5.
Anziani

Armin Bernhard, Werner Schefold e Lothar Böhnisch

5.1 Situazione degli anziani

5.1.1 Fase di vita "terza età"

FASE DI VITA "TERZA ETÀ"

La fase di vita della "terza età" è cambiata e continua a cambiare. Essa è divenuta ormai un lungo periodo caratterizzato da stili di vita e contenuti propri. Le scienze sociali considerano questa fase quale tratto di percorso di vita a sé stante che si distingue per caratteristiche sue specifiche sul piano economico, sociale e culturale. Il cambiamento demografico in atto vede la popolazione anziana in costante crescita. A differenza delle fasi di età infantile, giovanile e adulta, l'età anziana non è dominata da impegni socialmente predefiniti e istituzionalizzati quali la formazione scolastica e professionale, l'acculturarsi, l'attività lavorativa e i compiti familiari, fra cui in primo luogo quello di accudire ai figli. In condizioni economiche e di salute favorevoli, l'età anziana è il periodo di vita da gestire in completa autonomia, da dedicare a varie forme di coinvolgimento attivo in famiglia e nel contesto sociale, il periodo in cui si ha tempo per interessi e iniziative rimasti in sospeso o per affrontare nuove sfide. Le potenzialità delle persone anziane in termini di partecipazione attiva alla società civile sono ricercate e apprezzate. La terza età è il momento anche di prendersi maggiormente cura dei propri cari e di sé stessi, di far fronte ai problemi insorgenti con il venir meno della salute o con il bisogno di cure, con la perdita di congiunti e di amici, e di confrontarsi con il pensiero della propria condizione di essere mortale.
Data la speranza di vita pari a 85,6 anni per le donne e di 80,8 anni per gli uomini, le altoatesine e gli altoatesini godono di 15 - 20 anni di vita successivi agli svariati passaggi di collocamento "a riposo" – anni in cui gestire positivamente il proprio tempo non più sancito dai ritmi degli impegni lavorativi. La maggior parte delle altoatesine e degli altoatesini rimane nell'ambiente abituale e gode di buona salute e di autonomia fino all'età avanzata. I dati statistici evidenziano tuttavia che anche in Alto Adige esiste il fenomeno della povertà in età anziana. La fase della terza età esige quindi maggiore attenzione da parte della società e delle istituzioni. Come vivono le persone anziane, con chi vivono e quali sono i loro mezzi di sostentamento, come percepiscono la propria condizione di vita e qual'è il loro grado di soddisfazione della vita? Quali sono i valori cui tengono e quali le loro preoccupazioni? In che misura prendono parte alla vita sociale? Quali sono i loro interessi, quali le strutture delle opportunità politiche di cui necessitano e che cercano? Quali sono le loro condizioni di salute, in quale misura hanno bisogno di aiuto e di cure? La gestione di questa fase di vita deve poter fare affidamento su valide iniziative e strutture dell'ente pubblico e della società civile, sia per il tempo libero che in termini di sostegno offerto. Ciò vale tanto più per le persone di età superiore agli 85 anni. Il fabbisogno di sostegno e di cure cresce nel tempo e richiede forme di intervento valide e affidabili da parte delle famiglie, delle strutture pubbliche e della società civile.

5.1.2 Condizioni di vita e atteggiamenti delle persone anziane in Alto Adige

La vita delle persone anziane (sia nel gruppo degli ultra-65enni che in quello oltre gli 85 anni di età) è determinata dall'ambiente di vita individuale, dalle esperienze maturate, da esigenze e atteggiamenti specifici. Qui di seguito sarà fornita una panoramica su come è vissuta la terza età in Alto Adige. I dati di riferimento sono in primo luogo quelli rilevati nel

corso dell'indagine "Senioren-Dasein in Südtirol – la terza età in Alto Adige 2013" condotta dall'ASTAT, dall'Ufficio anziani e Distretti sociali e dalla Libera Università di Bolzano.[1]

FAMIGLIA

Sette persone anziane altoatesine su otto hanno figli. Solo pochissimi convivono con i figli, ma metà di essi li vedono giornalmente, nel 30 % dei casi genitori e figli si vedono settimanalmente.

Si osserva una forte "solidarietà funzionale" da parte delle giovani generazioni, il sostegno materiale e immateriale e la vicinanza emozionale ai genitori giocano un ruolo molto importante. Altrettanto vale per il tempo libero passato insieme, per l'aiuto in compiti di natura tecnica, negli acquisti, nei contatti con uffici pubblici, nei lavori domestici, nell'assistenza e cura (9,2 %). Ancora più intenso si rivela l'aiuto prestato dalle anziane e dagli anziani ai/alle giovani in tutte le adempienze del quotidiano, dalla preparazione dei pasti ai lavori domestici, dalla spesa ai piccoli lavori artigianali e alle riparazioni.

LEGAME CON IL TERRITORIO

Il contesto sociale e territoriale più ristretto, ovvero il paese o il quartiere di residenza rivestono un ruolo preminente per le persone anziane. Infatti, la loro vita appare alquanto stazionaria: quasi tre terzi delle persone anziane sono nate dove vivono attualmente, mentre più del 90 % abita nella stessa località da ben oltre vent'anni. L'85 % abita nelle immediate vicinanze di persone con cui ha legami affettivi, quasi la metà addirittura nella stessa casa.

SOSTENTAMENTO

Il reddito equivalente mensile (per nucleo familiare) degli anziani altoatesini si attesta sul valore mediano di 1.248 euro (ASTAT 2014, p. 116); è questo il livello di reddito che divide la popolazione anziana in due: metà ha un reddito inferiore, metà un reddito superiore. Il valore mediano del reddito è di 200 euro circa inferiore al reddito della popolazione complessiva. A rischio di povertà vive, secondo i criteri internazionali dell'OECD, chi ha un reddito del 60 % inferiore a tale livello. In Alto Adige è il 18,7 % delle persone anziane a rientrare in questa categoria, ovvero un anziano su cinque.

Il valore mediano del reddito equivalente mensile cala con l'aumento dell'età, rispecchiando un andamento positivo dei livelli di reddito intercorso negli ultimi decenni in Alto Adige. Gli uomini hanno un reddito superiore rispetto alle donne che, rimanendo vedove, subiscono un'ulteriore perdita, seppur di lieve entità. Con l'aumentare del titolo di studio il reddito aumenta sensibilmente, ciò vale anche per i vari livelli di attività lavorativa. Il reddito di chi è proprietario del proprio alloggio è uguale a quello di chi vive in affitto; ne consegue che in età avanzata, chi possiede una casa, fa meno fatica a far tornare i conti. Tale esito emerge a più riprese anche dalle interviste di altri studi qualitativi (cfr. Schefold e a., 2013); Bernhard/Böhnisch/Schefold 2015). L'indagine ASTAT conferma che l'88,4 % delle persone intervistate ha la casa di proprietà o è titolare di diritto di usufrutto sulla casa, mentre il'11,6 % vive in affitto.

A comporre il reddito delle anziane e degli anziani contribuiscono diverse fonti, tra cui nella quasi totalità dei casi una pensione di anzianità o di reversibilità. Resta da chiedersi come faccia a vivere il 4,2 % che risulta non percepire alcuna pensione (percentuale calcolata sulla base della popolazione ultrasessantacinquenne altoatesina pari a 95.000 persone) – in termini assoluti si tratta di circa 4.000 persone. Un persona anziana su cinque può fare affidamento ai propri risparmi, una su dieci dispone di proventi patrimoniali o da canoni di affitto, una su sette di beni in natura. Una persona su otto usufruisce di prestazioni sociali sotto forma di copertura della non autosufficienza oppure del sussidio per la casa.

1 Nell'ambito dell'indagine è stato interrogato un campione rappresentativo di 1.837 persone ultrasessantenni, con un tasso di riscontro del 75,6; gli ospiti di case per anziani erano 230 (quota di riscontro: 42 %). Il questionario per l'indagine si basa fondamentalmente su studi qualitativi condotti presso la Libera Università di Bolzano, Facoltà di Scienze della formazione, nell'ambito di lezioni tenute dal dott. Bernhard, dal prof. Böhnisch e dal prof. Schefold.

In Alto Adige sono molto più frequenti i casi delle persone anziane che sostengono i propri familiari che quelli delle anziane e degli anziani che ricevono aiuto finanziario dalla famiglia. Nel considerare la situazione economica delle persone anziane, si osservano quindi condizioni di povertà o di rischio di povertà accanto alla capacità alquanto diffusa di sostenere finanziariamente familiari più giovani.

BENESSERE

Quanto all'importanza attribuita ai singoli aspetti della vita, la salute si colloca decisamente al primo posto, seguita dalla famiglia, dalla certezza del reddito e dalla casa.
È la casa a determinare anche la frequenza delle attività quotidianamente svolte.
Le anziane e gli anziani altoatesini si presentano prevalentemente come persone soddisfatte della propria condizione. Quanto alla soddisfazione della vita si considerano i due aspetti della vita vissuta e della situazione attuale. Oltre il 90 % delle persone anziane intervistate si dimostra complessivamente soddisfatto della propria vita.
Nell'indagine ASTAT, la soddisfazione per la condizione attuale è disaggregata per diversi ambiti di vita: il tasso di soddisfazione più alto riguarda la situazione abitativa, seguita dalla famiglia, dal tempo libero, dalle amicizie, dalle condizioni di salute e dalla situazione economica.
Dai tassi di soddisfazione correlati fra i vari ambiti di vita si deduce una "soddisfazione complessiva" determinata anche da caratteristiche individuali delle persone. Con l'avanzare degli anni, la soddisfazione viene meno, soprattutto riguardo allo stato di salute e alle amicizie. La non autosufficienza condiziona il grado di soddisfazione ancor più che l'età stessa. Incidono invece positivamente la vita di coppia e il coinvolgimento in associazioni come pure le attività informali.
Interrogati sulle prospettive per il futuro, le anziane e gli anziani vedono in pericolo soprattutto il benessere economico: ampiamente superiore all'80 % è la quota di coloro che vedono la forbice fra poveri e ricchi aprirsi ulteriormente, ipotizzando il conseguente ulteriore diffondersi della povertà fra gli anziani. Due terzi vedono in pericolo il benessere generale e temono il dilagare della freddezza sociale nel quotidiano.

PARTECIPAZIONE

Di conseguenza, le persone interrogate si esprimono in termini molto concreti su quanto desiderano che la società faccia per le anziane e gli anziani: non ridurre le pensioni (83 %), garantire la tutela di base (52 %), attivare strutture a misura di persone anziane fra cui i servizi domiciliari, i posti in case di riposo, i servizi sociali (25 % ca.).
In Alto Adige il fenomeno dell'associazionismo si presenta molto vario. Il 54 % delle anziane e degli anziani è socio di almeno un'associazione o organizzazione (partito politico, sindacato, associazione professionale, associazione di volontariato nel settore sociale, culturale o del tempo libero), con una prevalenza degli uomini (63,1 %) sulle donne (47,0 %). Al riguardo, le persone immigrate segnano un tasso inferiore rispetto a chi è nato in Alto Adige oppure vi si è trasferito in età minore. Come evidenziato dallo studio qualitativo sulle persone anziane (Schefold e a., 2013), accanto all'associazionismo vero e proprio si riscontra fra le persone anziane un impegno volontario tanto diffuso quanto vario all'interno di gruppi ed iniziative, sia a livello comunale che di parrocchie, in occasione di manifestazioni pubbliche e festeggiamenti, nel sostegno di concittadine e concittadini bisognosi. In tali contesti informali, le donne appaiono più attive degli uomini. Si apre quindi un'ampia e crescente gamma di attività a livello di società civile, che vede gradita la partecipazione e l'impegno delle persone anziane sempre più numerose e disponibili ed offre molteplici opportunità di coinvolgimento attivo.

SALUTE

Interrogati sul proprio stato di salute, le anziane e gli anziani altoatesini esprimono valutazioni in larga parte positive o discrete. Dall'aggregazione dei dati per livello di istruzione – adottato nell'indagine in parola quale indicatore dello status sociale – emerge che le valutazioni positive sono più frequenti fra le persone più istruite.

Alle buone condizioni di salute risponde un elevato grado di autonomia. Stando all'autovalutazione delle persone intervistate, il 90 % delle anziane e degli anziani ne gode fino all'età di 74 anni. Al di sopra di tale soglia il fabbisogno di aiuto cresce: oltre gli 85 anni di età è ormai solo un terzo abbondante a non necessitare di costante sostegno. I momenti e ambiti in cui serve aiuto sono – in ordine di frequenza – in caso di malattia, negli spostamenti/trasporti, per riparazioni, per i lavori domestici settimanali, per far la spesa, nei lavori domestici quotidiani, per la preparazione dei pasti, nell'assunzione di farmaci, per l'igiene personale, per vestirsi e spogliarsi, per curare le relazionalità, per mangiare.

AUTONOMIA E FABBISOGNO DI SOSTEGNO

Molto diffuso è il timore che l'autonomia possa venir meno, timore che risulta più spiccato per sé stessi che per il compagno/la compagna e più presente negli uomini che nelle donne. Solo una persona su 15 teme che possa peggiorare la situazione familiare, che possa quindi indebolirsi la famiglia quale "sistema di sostegno".

Il fabbisogno di cure diventa condizione quasi normale con l'avanzare degli anni. Solo un terzo abbondante delle persone oltre gli 85 anni di età non ricorre a servizi di assistenza, mentre nel gruppo compreso fra i 65 e i 74 anni di età, è meno del 10 % ad averne bisogno.

Gran parte degli anziani cui accudiscono i familiari non ritiene che tale impegno comporti un aggravio eccessivo per la famiglia (86,5 %), contro il 13,5 % che invece vede la famiglia oberata.

ASSISTENZA

Ciò sta a dimostrare che sono piuttosto numerosi i casi in cui la cura di un familiare anziano in casa costituisce un impegno gravoso. Appare opportuno quindi provvedere ad un rinforzo dei sostegni alle famiglie che assistono anziani non autosufficienti.

Anche l'Assistenza domiciliare risente del cambiamento demografico ossia del costante incremento dell'utenza. Alla fine del 2014 ad esempio, le persone che fruivano dell'assistenza domiciliare erano 5.180, con un incremento di quasi l'11 % rispetto a cinque anni addietro; si registrano peraltro differenziazioni fra le singole Comunità comprensoriali. Analizzando i dati per livelli di non autosufficienza, emerge come siano le persone ancora autonome a ricorrere più spesso ai servizi di assistenza domiciliare. Con l'aumentare del livello di non autosufficienza si riduce il ricorso all'Assistenza domiciliare.

[T.5.1] Fruitori dell'Assistenza domiciliare per livello di non autosufficienza

	nessun inquadramento	livello di non autosufficienza 1	livello di non autosufficienza 2	livello di non autosufficienza 3	livello di non autosufficienza 4	Totale
ASSB Bolzano	257	267	189	62	10	785
Comune di Merano	121	145	102	53	21	443
CC Burgraviato	271	192	115	34	25	637
CC Valle Isarco	187	195	131	89	33	635
CC Val Pusteria	383	184	174	77	16	834
CC Salto-Sciliar	225	131	91	48	19	514
CC Oltradige-Bassa Atesina	295	194	126	53	17	685
CC Val Venosta	222	90	79	57	26	474
CC Alta Vale Isarco	48	41	50	31	3	173
Totale	**2.009**	**1.440**	**1.057**	**504**	**170**	**5.180**

Fonte: SIPSA 2015

5.2 Servizi residenziali

Il cambiamento demografico ha coinvolto anche la società altoatesina. Rispetto alla popolazione complessiva, il numero delle/degli ultrasessantacinquenni è in costante aumento, confrontando sia la società che l'individuo con la sfida di dare a questa fase di vita contenuti e obiettivi significativi da gestire in condizioni di autonomia. Accanto alla categoria maggioritaria di anziane ed anziani che vivono questo periodo in buone condizioni di salute fisica, vi è un gruppo a sua volta in crescita di persone soggette a restrizioni di ordine fisico e al fabbisogno di cure. Se ne trova riscontro anche nella crescente offerta di posti letto nelle case di riposo e di cura. Infatti, nel 2014, i posti letto per lungodegenti e per l'assistenza residenziale temporanea disponibili nelle strutture erano 4210, mentre cinque anni addietro si registravano ben 400 posti letto in meno (3.771), l'offerta di posti letto è quindi accresciuta del 12 %. Tuttavia, il concomitante aumento anche della quota di persone anziane fa sì che il coefficiente di dotazione (numero di posti letto per lungodegenti e per l'assistenza temporanea su 100 persone di età superiore ai 75 anni) sia rimasto pressoché invariato e si sia addirittura leggermente contratto. Nel 2009 infatti, esso era pari a 9,3 posti letto, successivamente si attestava sul 9,1, per passare all'8,7 alla fine del 2014.

Rispetto agli obiettivi perseguiti, si nota attualmente un ritardo nella copertura del fabbisogno, le sollecitazioni in merito sono quindi impellenti, seppur con divari geografici. Alla luce delle condizioni abbastanza buone in cui è operante l'assistenza in famiglia e considerando che la mirata promozione dell'accompagnamento abitativo e dell'assistenza abitativa consente instaurarsi di svariate forme intermedie fra l'assistenza in famiglia e quella nelle strutture residenziali, si prevede un andamento meno impellente del fabbisogno di posti letto. Cionondimeno, il cambiamento demografico renderà necessaria anche in Alto Adige la creazione di nuovi posti letto in strutture residenziali, soprattutto nei comprensori attualmente carenti. Inoltre è prevedibile il crescente fabbisogno di posti letto destinati all'assistenza temporanea nei prossimi anni.

La stragrande maggioranza delle strutture è gestita dall'ente pubblico, in primo luogo dalle Aziende pubbliche per i servizi alla persona e dai Comuni e Consorzi comunali.

[T.5.2] Case per anziani e di cura: Natura giuridica degli enti gestori

Ente	Strutture	%	Posti letto	%
Comune	13	16,9	714	17,0
Consorzio di comuni	9	11,7	526	12,5
Comunitá comprensoriale/Azienda sociale	2	2,6	141	3,3
Azienda sanitaria	2	2,6	147	3,5
A.P.S.P.	28	36,4	1.461	34,7
Altro ente pubblico	4	5,2	205	4,9
Cooperativa sociale	4	5,2	212	5,0
Ente religioso	5	6,5	250	5,9
Associazione privata	3	3,9	121	2,9
Fondazione	7	9,1	433	10,3
Totale	**77**	**100,0**	**4.210**	**100,0**

Fonte: ASTAT, 2014

Spicca il fatto che singoli comuni gestiscono strutture minori peraltro in costante calo, parte per la fusione con altre strutture, parte a seguito di ampliamenti. Delle 77 strutture presenti in Alto Adige, pressoché una su due dispone di un numero di posti letto compreso fra i 25 e i 50, mentre per le strutture ancora da realizzarsi i criteri attualmente in vigore prevedono 40 posti letto.

[T.5.3] Case per anziani e di cura per numero di posti letto e spazio disponibile, 2014

Numero di posti letto	Numero di strutture	% sulle strutture	Numero di posti	% sui posti complessivi
meno di 25	6	7,8	110	2,6
da 25 a meno di 50	36	46,8	1.287	30,6
da 50 a meno di 75	14	18,2	822	19,5
da 75 a meno di 100	15	19,5	1243	29,5
100 posti e più	6	7,8	748	17,8
Totale	**77**	**100,0**	**4.210**	**100,0**

Fonte: ASTAT, 2014

Dal confronto fra le Comunità comprensoriali emergono divari consistenti per indice di penetrazione. Mentre i comprensori Oltradige-Bassa Atesina, Salto-Sciliar, Val Venosta e Burgraviato dispongono del maggior numero di posti letto riferito alla popolazione di età superiore ai 75 anni, il numero dei posti letto a Bolzano e in Valle Isarco è sensibilmente inferiore alla quota programmata. Queste due Comunità comprensoriali sono quindi chiamate a investire in nuovi posti letto; un fabbisogno in tal senso è peraltro osservabile anche nella Val Pusteria e nell'Alta Valle Isarco.

[T.5.4] Case per anziani e di cura: strutture, posti letto e assistiti per Comunità comprensoriale, 2014

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	325	10,5	322	138	65,0	14
Burgraviato	22	977	10,2	962	796	44,4	20
Oltr.-B. Atesina	13	770	11,8	760	402	59,2	28
Bolzano	10	735	5,9	698	419	73,5	26
Salto-Sciliar	11	474	11,4	469	182	43,1	20
Val d'Isarco	7	288	6,4	286	301	41,1	23
Alta V. Isarco	2	126	8,3	125	75	63,0	3
Val Pusteria	7	515	8,1	510	169	73,6	17
Totale	**77**	**4.210**	**8,7**	**4.132**	**2.482**	**54,7**	**151**

Fonte: ASTAT, 2014

In merito va precisato che il consistente numero di persone iscritte nelle liste d'attesa non rispecchia il fabbisogno reale, infatti una persona può iscriversi in più di una lista e inoltre l'iscrizione talvolta è preventiva, viene cioè richiesta senza necessità in quel momento. Infine, non si provvede all'incrocio dei dati per stralciare i nominativi delle persone già accolte in altre strutture.

La presenza di un numero relativamente elevato di strutture di piccole dimensioni a livello comunale riflette l'impegno delle/dei responsabili nel soddisfare la richiesta della popolazione di strutture vicine al luogo di residenza delle persone assistite e dei familiari. Del resto, anche nello studio sugli anziani del 2013, il 60 % delle/degli ultrasessantacinquenni ha espresso il desiderio che un'offerta abitativa alternativa alla propria casa si trovi nella stessa località di residenza; solo un 20 % abbondante si trasferirebbe anche in una località vicina. La vicinanza presenta il pregio per le persone anziane di rimanere nell'ambiente di vita abituale e di poter continuare a vedere amici, amiche e conoscenti di sempre. Poco meno del 90 % delle persone assistite vive in effetti in strutture residenziali nel comprensorio di appartenenza.

[T.5.5] Case per anziani e di cura: Assistiti per provenienza

Provenienza degli utenti	Utenti	%
Stessa Comunitá comprensoriale	3.616	87,5
Comunitá comprensoriale limitrofa	392	9,5
Altra Comunitá comprensoriale	108	2,6
Fuori Alto Adige	16	0,4
Totale	**4.132**	**100,0**

Fonte: ASTAT, 2014

Prospettive per l'organizzazione di cura e sostegno in età avanzata sul territorio

Sigrid Mairhofer

Il cambiamento demografico comporta nuove sfide ai servizi sociali e sanitari e si rende urgente l'ampliamento dell'offerta di servizi per persone anziane. Nonostante le offerte (parzialmente) stazionarie in costante aumento, questo settore richiede ulteriore necessità di recupero. L'assistenza territoriale negli spazi urbani nonché sovradistrettuali nelle aree rurali è organizzata tramite case di riposo, centri diurni, servizi di cura ed assistenza a domicilio ed il "servizio pasti a domicilio". Soprattutto l'assistenza a domicilio da parte sei servizi sociali, dei medici di base e dei servizi sanitari deve essere rafforzata ed ampliata anche in futuro. La possibilità di restare nell'ambiente di vita abituale e soprattutto il mantenimento delle relative reti sociali sono di grande importanza per un invecchiamento attivo e salutare e solitamente ciò corrisponde anche al personale desiderio delle persone anziane stesse.

Considerazioni di pianificazione sono ad oggi spesso limitate all'assistenza medico-sanitaria e nuovi modelli di assistenza vengono attualmente sviluppati e provati perlopiù in area urbana. Dunque molti modelli sperimentati sono solo parzialmente adeguabili alle regioni rurali, in quanto prendono in considerazione troppo poco le risorse e i bisogni negli spazi rurali. Esperienze positive di pianificazioni dell'assistenza regionalmente differenziate e basate sulla partecipazione di attori e attrici locali giungono p. es. dal Canada e dalla Finlandia. Data la responsabilità decentrata per le infrastrutture sanitarie e sociali di entrambi i paesi, tali modelli potrebbero essere di grande interesse anche per l'Alto Adige e dovrebbero essere osservati e considerati più attentamente.

L'attuale offerta nell'ambito del lavoro con le persone anziane è basata soprattutto sulla cura. Considerando l'aspetto dell'invecchiamento attivo ed il fatto che invecchiare non debba essere immedesimato a malattia, la prevenzione e la promozione della salute per anziani deve essere uno scopo importante per le politiche sociali e sanitarie. Alle persone anziane deve essere data la possibilità di partecipare alla vita sociale, influire autonomamente sulle proprie condizioni di vita ed essere sostenute nel poter vivere il più lungo possibile in salute ed in modo autosufficiente. Ciò necessita di nuovi concetti innovativi. La collaborazione con altri ambiti della politica è indispensabile e può essere descritta con l'idea di "health in all policies". Cura ed assistenza alle persone anziane devono essere ancorate in tutte le politiche e soprattutto su livello locale, per poter garantire la migliore assistenza territoriale possibile.

All'obiettivo di consentire alle persone anziane di rimanere a vivere nel loro ambiente abituale va attribuito importanza anche in futuro. Tra l'altro, un contributo significativo potrà dare una più ampia offerta di strutture e servizi di accompagnamento e di assistenza abitativa a livello comunale come pure il sostegno all'assistenza in famiglia, quale ad esempio la predisposizione di posti letto per l'assistenza residenziale temporanea atta a sgravare i familiari impegnati nei compiti di cura. Alla fine del 2014, in Alto Adige i posti letto riservati all'assistenza temporanea sono complessivamente 151. Essi servono innanzitutto ad ospitare per un periodo limitato persone non autosufficienti assistite a casa, onde sgravare temporaneamente le relative famiglie. Inoltre appare opportuno un maggiore impegno per l'accompagnamento delle numerose lavoratrici di cura assunte in forma privata. Alla fine del 2014 risultano ufficialmente operanti circa 2500 lavoratrici di cura, per lo più donne provenienti da paesi dell'est europeo.

[T.5.6] Lavoratrici di cura per luogo di lavoro e sesso, 2010 - 2014

Anno	Città*	Aree rurali	Uomini	Donne	Totale
2010	1.042	626	98	1.571	**1.668**
2011	1.107	690	87	1.711	**1.798**
2012	1.202	831	89	1.944	**2.033**
2013	1.419	1.025	252	2.193	**2.445**
2014	1.413	1.084	142	2.356	**2.498**

Fonte: Ufficio osservazione mercato del lavoro 2015
* Luogo di lavoro = Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico

[T.5.7] Lavoratrici di cura per cittadinanza, 2010 - 2014

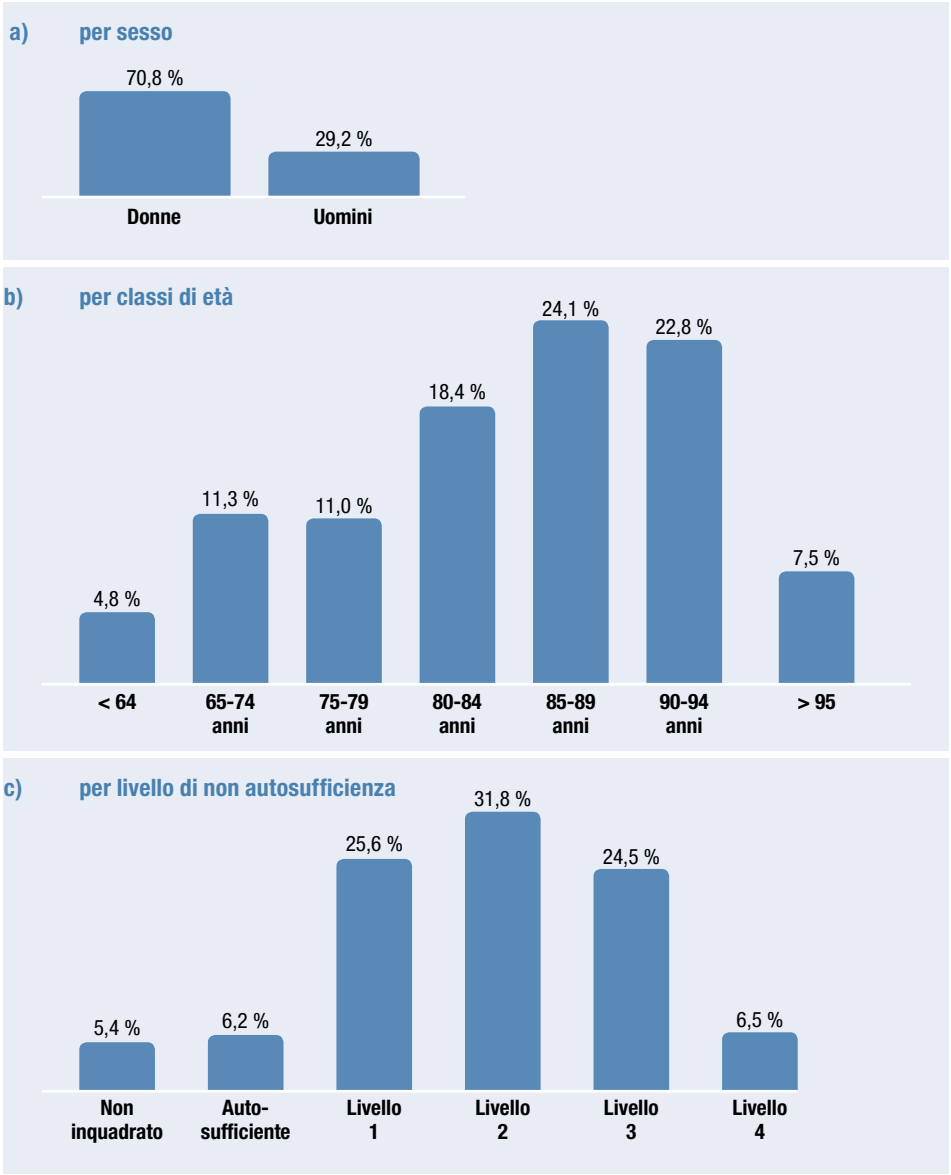
Anno	Italia	Romania	Altri paesi UE	Totale UE	Ucraina	Moldavia	Altri paesi non UE	Totale non UE	Totale
2010	186	211	174	**571**	450	256	391	**1.097**	**1.668**
2011	229	249	222	**700**	466	255	375	**1.096**	**1.798**
2012	306	310	251	**867**	499	253	414	**1.166**	**2.033**
2013	384	338	302	**1.024**	540	256	624	**1.420**	**2.445**
2014	477	362	349	**1.188**	535	253	522	**1.310**	**2.498**

Fonte: Ufficio osservazione mercato del lavoro 2015

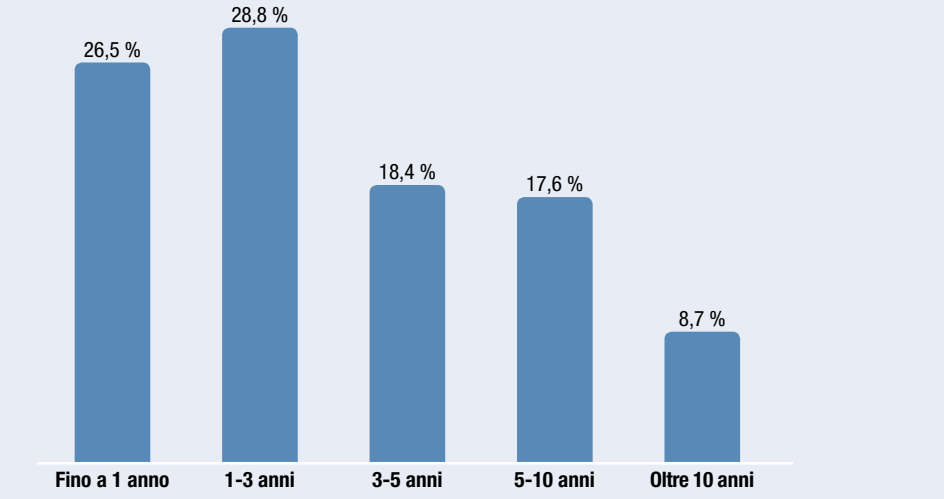
Con un potenziamento più efficiente delle strutture e offerte di sostegno a monte delle strutture residenziali potrebbe ridursi la pressione su queste ultime. Con ciò si verrebbe incontro anche alle persone anziane che in caso non fossero più in grado di vivere indipendentemente, desiderano convivere con i familiari.
La casa di riposo si presenta comunque come opzione ormai bene accetta, collocandosi al secondo posto fra le opzioni prese in considerazione. Evidentemente riscontra maggiore gradimento l'offerta compatta di assistenza garantita dalla struttura residenziale che non l'abbinamento di tipologie varie di assistenza domiciliare, aiuto dei familiari e pasti a domicilio; ed è più gradita anche dell'assistenza in casa prestata da lavoratrici di cura private. Altre modalità di sostegno quali l'assistenza abitativa, le comunità residenziali per anziane ed anziani, forme residenziali alternative sul modello della "casa plurigenerazionale" appaiono invece poco ambite.
Quanto alle rivendicazioni politiche delle persone anziane, successivamente alla pensione e alla tutela di base si riscontra la richiesta di potenziamento dei servizi domiciliari, che

precede di poco quella dell'aumento dei posti letto nelle case di riposo, ma si denota un certo assenso anche su forme residenziali alternative (15,2 %) (ASTAT 2014, p. 40).
Fra le/gli ospiti delle diverse strutture residenziali, il numero delle donne è oltre il doppio di quello degli uomini e oltre la metà delle persone ha superato gli 85 anni di età. Quest'ultima quota è andata via via crescendo negli ultimi anni, con il conseguente calo della quota di persone di età inferiore. Per un numero considerevole di anziane ed anziani, la casa di riposo è l'ambiente di vita per diverso tempo. Infatti, oltre un quarto delle/degli ospiti (26,3 %) vi risiede da oltre 5 anni e un buon 18 % è in casa di riposo da 3-5 anni. Un quarto circa delle/degli ospiti vi si è trasferito da meno di un anno. La distribuzione per durata di permanenza è rimasta invariata in quest'ultimo periodo, per cui si può constatare che un certo numero di persone vi passa diversi anni. Ciò conferma l'opportunità di provvedere acché siano disponibili strutture vicine all'ambiente familiare, ispirate alla quotidianità consueta. Le case per anziani ed anziane sono quindi in primo luogo spazi di vita per persone oltre gli 85 anni di età, dove è garantita assistenza nel quotidiano e cura.

[G.5.1] Ospiti di case per anziani e di cura, 2014



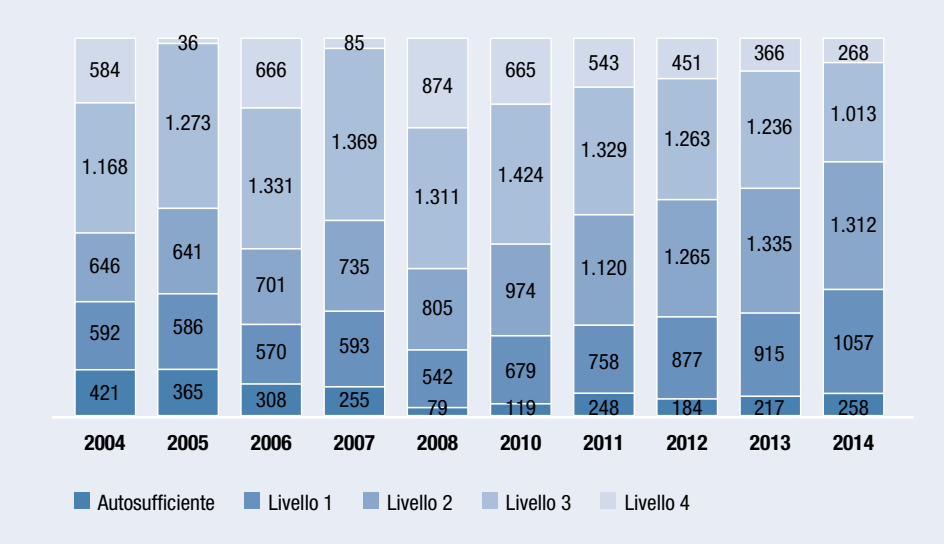
d) per durata della permanenza



Fonte: ASTAT 2014

Considerando il livello di non autosufficienza delle/degli ospiti delle case per anziani e di cura si osserva che la quota più consistente rientra nel livello 2 (sui 4 livelli previsti), l'equivalente di quasi un terzo delle presenze complessive (31,8 %). Un altro terzo scarso è inquadrato nel terzo (24,5 %) o nel quarto livello (6,5 %) di non autosufficienza. Un 5 % abbondante delle/degli ospiti di case di riposo non risulta inquadrato. Dall'esame dell'andamento intercorso negli ultimi cinque anni emerge come il numero delle/degli ospiti di strutture con un livello di non autosufficienza elevato o molto elevato si stia costantemente riducendo, mentre aumenta in maniera continuativa il numero delle persone rientranti nei livelli 1 o 2. Ovviamente questo dato di fatto incide anche sulle tipologie di fabbisogno all'interno delle strutture.

[G.5.2] Case per anziani e di cura: Grado di non autosufficienza degli ospiti, 2004 - 2014*



Fonte: ASTAT 2015
* Con l'entrata in vigore della Legge provinciale n. 9/2007: "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti" è stato modificato il sistema di inquadramento degli ospiti di strutture per livello di non autosufficienza. I dati relativi agli anni 2002-2007 sono stati riportati al sistema attualmente in vigore in base ad un apposito coefficiente di calcolo. Ciononostante, i dati non sono paragonabili al 100 %. Per il 2009 purtroppo non disponiamo di dati in materia.

Dai dati qui analizzati emerge anche la necessità di strutture e servizi a monte di quelli residenziali, quali l'assistenza abitativa o l'accompagnamento abitativo, che potrebbero offrire una realtà di vita idonea per lo meno a parte delle persone autosufficienti o rientranti in un livello basso di non autosufficienza. Tali opzioni sono del resto più facilmente realizzabili a livello comunale e quindi nelle vicinanze dell'ambiente di vita consueto delle persone assistite. Sarà questo un compito importante da affrontare nel prossimo futuro.

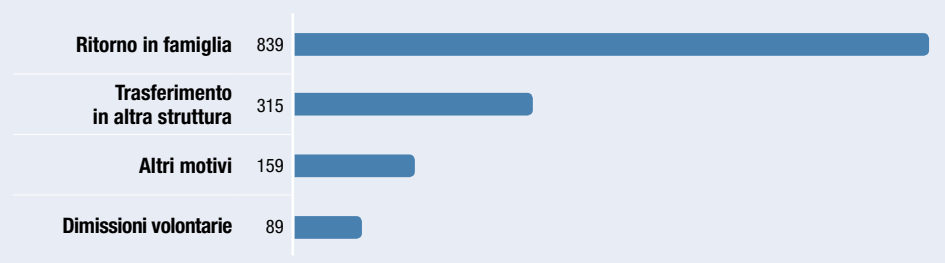
[T.5.8] Case per anziani e di cura: Turn-over delle/degli ospiti, 2014

	Valori assoluti	Indicatori	
Ospiti al 01/01/2014	4.051	Indice di turnover (ammessi x 100/ospiti medi*)	62,7 %
Ammissioni	2.565		
Dimissioni	1.402	Indice di mortaliá (deceduti x 100/ospiti medi*)	26,4 %
Decessi	1.082		
Ospiti al 31/12/2014	4.132		

* Media delle/degli ospiti = [(assistiti all'1 gennaio + ospiti al 31 dicembre) / 2]
Fonte: ASTAT, 2015

Nel 2014 erano 2.565 le persone accolte nelle case di riposo altoatesine; 1082 sono decedute e 1402 hanno lasciato le strutture. Il numero delle nuove entrate è in costante aumento, fenomeno dovuto tra l'altro alla sempre più ampia offerta di posti letto e al crescente numero di dimissioni. Ne risulta incrementato anche il coefficiente di turn-over. Spicca inoltre il minor numero di decessi rispetto al 2012.

[G.5.3] Persone anziane assistite per motivo di dimissione, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

CULTURA SOCIALE

Consultorio per l'assistenza e il sociale

Il 1° giugno 2012 è stato inaugurato a Bressanone un consultorio al quale le cittadine e i cittadini possono rivolgersi per qualsiasi esigenza e prestazione nel settore sociale e dell'assistenza. Si tratta di un ufficio centralizzato per tutte le prestazioni socio-assistenziali in campo domiciliare e ospedaliero e per le offerte delle case di riposo. Il personale specializzato del consultorio comprensoriale è messo a disposizione dall'Azienda Sanitaria, dai Servizi Sociali della comunità comprensoriale Valle Isarco e dall'Azienda pubblica di servizi alla persona (APSP) "Santo Spirito". Una collaboratrice dell'azienda sanitaria informa sull'assistenza infermieristica a domicilio, sulla gestione dei presidi medici e molto altro. Una collaboratrice dei servizi sociali fornisce informazioni su assistenza domiciliare, pasti a domicilio, centro di assistenza diurno, abitazioni per anziani ecc. e una collaboratrice dell'APSP sulle offerte delle case di riposo: ricovero permanente, temporaneo e di transito, assistenza diurna, notturna e finesettimanale.

Il 60 % delle persone dimesse è tornato nella famiglia di origine, mentre un quarto scarso si è trasferito in un'altra struttura.
Nell'ambito dell'indagine "Senioren-Dasein in Südtirol – la terza età in Alto Adige 2013" sono state intervistate 230 persone ospiti di case per anziani e di cura. Il quadro che ne emerge si presenta molto differenziato. Pressoché tutte le anziane e tutti gli anziani dichiarano di provare un senso di sicurezza, di ricevere l'assistenza e le cure di cui necessitano e di sentirsi in buone mani. Alcuni divari si denotano invece in tema di relazionalità: accanto ad un elevato grado di soddisfazione per il fatto di disporre di un ambiente personale, di poter passare la giornata a proprio piacimento, di essere liberi nel decidere sui propri contatti sociali, ricorre anche il disappunto per la perdita dei contatti con gli amici e della sfera privata, per le numerose regole da rispettare e, in un terzo abbondante dei casi per la solitudine.
Per contro, il quadro cambia nell'analisi delle risposte fornite in tema di soddisfazione da tutte le persone anziane, disaggregate per luogo di residenza in tutti i Comuni e nelle case di riposo. Fra le/gli ospiti delle case di riposo si riscontra un grado di soddisfazione inferiore in tutte le sfere di vita – famiglia, amicizie, tempo libero, condizioni abitative, salute e situazione economica, con il tasso più elevato riguardo alla famiglia (17 %), e il più basso in tema finanziario (7 %). Confrontando le risposte degli ospiti delle case di riposo con quelle date dalle persone 85enni e più anziane che vivono a casa, i divari persistono, ma si contraggono del 2-3 %, ad eccezione del tema della salute, sul quale la soddisfazione è di pari livello fra i due gruppi.
Un aspetto non indifferente è inoltre il fatto che le diverse strutture residenziali per anziane ed anziani offrono impiego a numerose persone. Alla fine del 2014, esse presentano, infatti, una dotazione organica di 3.928 equivalenti a tempo pieno. Ovviamente, gli ambiti operativi rientranti nel lavoro sociale sono quelli maggiormente rappresentati, con un quarto abbondante di ausiliari assistenziali e inservienti e un altro quarto di personale socio-assistenziale. In questi ultimi anni, si è registrato un incremento nell'impiego soprattutto per quest'ultimo profilo professionale. Un ulteriore quarto dell'organico è costituito di personale ausiliario addetto ad altri compiti, come il servizio in cucina o le pulizie.

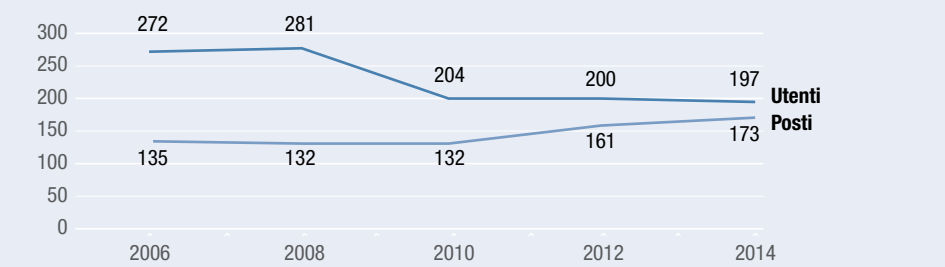
[T.5.9] Case per anziani e di cura: personale (equivalenti a tempo pieno) per profili professionali, 2014

Profilo professionale	Operatori	%	utenti per operatore
Personale socio-assistenziale	1.000	25,5 %	4,1
Ausiliari socio-assistenziali	1.058	26,9 %	3,9
Altre professioni sociali	31	0,8 %	133,3
Professioni sanitarie	607	15,5 %	6,8
Personale ausiliario	1.041	26,5 %	4,0
Professioni tecniche e amministrative	191	4,9 %	21,6
Totale	**3.928**	**100,0 %**	**1,1**

Fonte: ASTAT, 2014

Un'integrazione importante del servizio prestato dalle strutture residenziali è quello offerto dai Centri diurni semi-residenziali che alla fine del 2014 disponevano di 173 posti, mentre il numero degli utenti erano 197. L'esubero in termini di utenza risulta dal fatto che un determinato numero di persone vi frequenta le strutture solo occasionalmente o per metà della giornata.

[G.5.4] Posti disponibili nei Centri diurni semi-residenziali e utenti



Fonte: ASTAT 2015

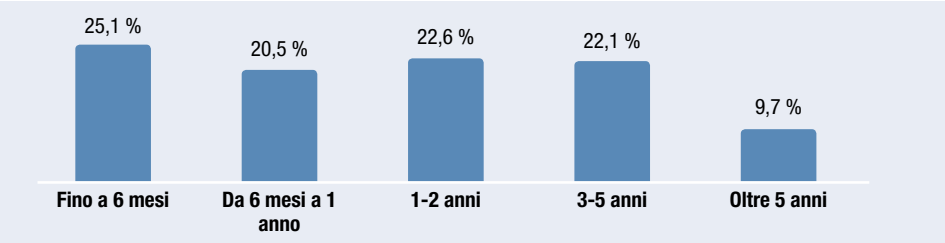
In tutte le Comunità comprensoriali sono disponibili da una a tre strutture, con un afflusso di persone utenti particolarmente elevato a Bolzano, dove numerose sono le iscrizioni nelle liste di attesa. Fa eccezione la Comunità comprensoriale Salto-Sciliar, in cui si presume quindi un fabbisogno maggiorato. Considerando la durata della permanenza, si nota che un quarto delle persone frequenta il Centro diurno semi-residenziale da meno di 6 mesi. Pressoché uguale è la consistenza dei gruppi di persone che vi si recano da più tempo, mentre un 10 % delle/degli utenti usufruisce del servizio da oltre 5 anni.

[T.5.10] Centri diurni semi-residenziali: Posti disponibili e utenti per Comunità comprensoriali, 2014

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti	Utenti al 31/12	Utenti nell'anno per posto	Persone iscritte alla lista d'attesa
Val Venosta	3	36	36	1,0	
Burgraviato	2	30	30	1,0	5
Oltr.-B. Atesina	2	18	23	1,3	6
Bolzano	2	40	43	1,1	38
Salto-Sciliar					
Val d'Isarco	1	10	10	1,0	2
Alta V. Isarco	1	10	29	2,9	
Val Pusteria	2	29	26	0,9	4
Totale	**13**	**173**	**197**	**1,1**	**55**

Fonte: ASTAT, 2015

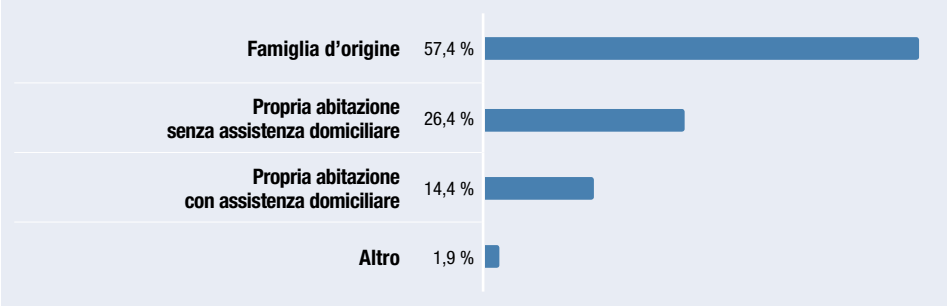
[G.5.5] Centri diurni semi-residenziali: Persone assistite per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

La maggior parte delle/degli utenti di tali strutture abita con i propri familiari che li assistono per il resto della giornata. Il 40 % delle persone assistite abita a casa propria, usufruendo o meno del servizio di assistenza domiciliare.

[G.5.6] Centri diurni semi-residenziali: Persone assistite per tipologia abitativa, 2014



Fonte: ASTAT 2015

Per classi di età si osserva che le persone utenti appartengono a tutti i gruppi compresi fra i 65 e i 95 anni, con una prevalenza delle donne sugli uomini.

[T.5.11] Centri diurni semi-residenziali: Persone assistite per età e sesso, 2014

Età	Uomini	Donne	Totale	
			assoluto	%
45-64	3	4	7	3,2 %
65-74	17	21	38	17,6 %
75-79	18	20	38	17,6 %
80-84	25	28	53	24,5 %
85-89	18	29	47	21,8 %
90-94	3	26	29	13,4 %
> 95	1	3	4	1,9 %
Totale	**85**	**131**	**216**	**100,0 %**

Fonte: ASTAT, 2015

L'offerta di sostegno alle persone anziane è infine integrata anche dalle mense a gestione pubblica o privata. In Alto Adige sono operanti otto mense per persone anziane, con complessivi 423 posti.
La disponibilità dei posti risulta leggermente in calo rispetto al passato. Oltre ai pasti, le mense offrono alle persone anziane anche l'opportunità di relazionarsi.

[T.5.12] Mense per anziani: Tassi di capacità, 2014

Territorio	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	5	160
Val Pusteria	Brunico	1	102
Totale Provincia		**10**	**428**

Fonte: Ufficio provinciale 24.2

5.3. Sintesi e riflessioni conclusive

Invecchiare ed essere anziane/anziani significa per un numero crescente di persone trovarsi a gestire un periodo sempre più lungo come nuova fase di vita a sé stante. La maggior parte delle/degli altoatesini ha buone prospettive in termini di qualità di vita. Il sostentamento è garantito per quattro persone anziane su cinque, quasi una su cinque vive tuttavia a rischio di povertà. Le anziane e gli anziani della nostra provincia si rivelano decisamente stazionari, nel senso che si sentono fortemente legati ai propri spazi di vita. Due terzi vivono in coppia, quota ovviamente destinata a ridursi con l'avanzare degli anni. Sette su otto persone anziane hanno familiari – figlie e figli, nipoti – che vivono poco lontano e offrono aiuto. Il tasso di soddisfazione fra la popolazione altoatesina anziana è elevato sia per quanto riguarda la vita passata sia per quella attuale. Tuttavia, la percezione di rischio per il proprio benessere economico è presente. Fra le richieste alla politica è quindi primaria quella che non vengano decurtate le pensioni. Oltre la metà delle persone anziane fa parte di un'associazione, mentre molteplici sono le modalità informali di coinvolgimento attivo e occasionale nella vita pubblica. Le ampie opportunità di partecipazione alla società civile e il numero crescente di anziane ed anziani comportano il moltiplicarsi dei momenti in cui è apprezzato il loro impegno e la loro disponibilità. La salute – l'aspetto di vita considerato più importante, seguito dai legami familiari – è valutata buona o discreta dalla stragrande maggioranza delle persone anziane intervistate. Con l'aumento dell'età, la salute viene meno come pure il grado di autonomia che alle persone anziane sta molto a cuore. Aumenta progressivamente il fabbisogno di sostegno e di cura che in età avanzata diventa condizione quasi di normalità. L'aiuto necessario è atteso in primo luogo dalla famiglia, seguita dalle case per anziani e dalle modalità di assistenza aperta.

Alla luce di questa realtà, la politica per gli anziani è chiamata ad assolvere a molteplici compiti, sia a livello provinciale che a livello di Comunità comprensoriali e comunale. Numerose e svariate sono anche le funzioni svolte ed opportunità offerte dalla società civile. La terza età necessita di sicurezza economica. Riveste inoltre particolare importanza la stabilità del contesto familiare quale sostegno principale degli anziani. Cresce altresì la responsabilità dei Comuni laddove si tratta di rendere le condizioni di vita più rispondenti alle esigenze della popolazione anziana. Complessivamente, nell'area anziane ed anziani la politica è chiamata a focalizzare il proprio impegno sulle esigenze emergenti dall'attuale dibattito pubblico: una politica aperta ad una forte partecipazione delle/dei destinatari, basata su scelte democratiche, attenta alla gestione delle strutture, disposta anche a consentirne l'autogestione, una politica che abbia una visione contestualizzata delle realtà di vita e degli stili di vita individuali, per dedurne approcci e modalità di sostegno differenziati, una politica che metta a frutto, per il bene delle persone anziane, le opportunità offerte dalla realtà provinciale sia a livello pubblico che di società civile.

6.
Persone con disabilità

Sylvia Rainer

6.1 Definizioni e rilevazione statistica del fenomeno delle disabilità

IL CONCETTO DI DISABILITÀ

Nel corso degli ultimi decenni la concezione della disabilità si è trasformata in modo sostanziale. Mentre ancora fino a oltre la metà del secolo scorso è stato il cosiddetto "modello medico" a determinare i discorsi scientifici e professionali, diversi documenti odierni, riconosciuti e diffusi a livello internazionale dimostrano un cambio di prospettiva decisivo e la crescente diffusione del modello "biopsicosociale".

La prospettiva "medica" era basata su una definizione di disabilità centrata su quadri patologici e sui relativi difetti a livello di competenze e capacità individuali, intesi come biologicamente determinati.

Di conseguenza, la visione di fondo è che la persona con disabilità ha un deficit che deve essere trattato (Atkinson 1997:5f.).

Definizioni recenti collocano le disabilità in un contesto più ampio e spostano il focus da una prospettiva centrata sull'individuo e sui suoi "deficit" alle dinamiche complesse tra la persona, le sue funzioni intellettive e fisiche ed il suo ambiente. Come emerge dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006), le disabilità sono intese quale risultato emergente dall'interazione fra una persona e gli ostacoli di varia natura che possono verificarsi nel suo ambiente. Disabilità, disuguaglianza e svantaggio sono quindi da intendersi come fenomeni socialmente determinati che non si possono né giustificare né spiegare con riferimento alle capacità fisiche o intellettive di una persona.

In tale contesto è da vedersi l'attuale classificazione delle disabilità, elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Salute nel 2001 (ICF - *International Classification of Functioning, Disability and Health*). Essa parifica le disabilità con l'impedimento di opportunità di partecipazione e di diritti di autodeterminazione.

ASPETTI QUANTITATIVI

La rilevazione statistica del fenomeno delle disabilità presenta alcune problematicità sia a livello internazionale che locale. Come constatato dall'Organizzazione Mondiale della Salute OMS, non ci sono criteri e strumenti comparabili per la misurazione del fenomeno e per l'elaborazione di un quadro chiaro e complessivo della prevalenza delle disabilità nel mondo.

A livello nazionale, la Legge n. 104/1992 è da considerarsi la base per l'accertamento delle disabilità gravi.

Alla fine del 2014 in Alto Adige vivevano 43.518 persone con un'invalidità civile e 5.488 persone con una disabilità grave ai sensi della Legge statale n. 104/1992. Negli scorsi anni queste cifre risultano essere in costante aumento, soprattutto nella classe d'età degli ultrasessantenni.

[T.6.1] Numero delle persone con una disabilità grave accertata (ex Legge 104/1992, art. 3, comma 3)

2011	2012	2013	2014
3.925	4.346	4.878	5.488

Fonte: Ufficio Persone con disabilità 2015.

Stante le suddette difficoltà nella rilevazione dei dati si presuppone che queste cifre indicano solamente il limite inferiore del numero di persone con una disabilità fisica, intellettiva e/o sensoriale.
L'Organizzazione Mondiale della Salute OMS valuta che a livello mondiale ci siano circa 975 milioni di persone con una disabilità e cioè un 19,4 % della popolazione mondiale, di cui 190 milioni (3,8 %) hanno una disabilità grave, come ad esempio una tetraplegia, una depressione grave o cecità.
I dati statistici a livello nazionale si riferiscono alla popolazione con un'età maggiore di 14 anni: 13 milioni di persone in questa classe d'età presentano
limitazioni funzionali, invalidità o gravi cronicità. Ciò corrisponde al 25,5 % della popolazione di questa età. 3 milioni hanno una disabilità grave.

LINEE DI SVILUPPO FUTURE

In base ai dati demografici odierni si possono delineare i trend dello sviluppo futuro. I principali dati di riferimento possono essere riassunti come segue:
– Particolare attenzione deve essere posta sulle connessioni fra età e disabilità. La relazione ONU 2014 sull'invecchiamento della popolazione rileva il costante aumento dell'età media della popolazione generale come un trend riscontrabile a livello mondiale. Sulla base del progresso nel settore medico e delle condizioni di vita generalmente più positive, è presumibile che l'aspettativa di vita in Alto Adige aumenterà di 3 anni ogni 10 anni.
– Questi svliuppi sono accompagnati da un numero elevato di persone con bisogno di cura e assistenza e di persone con disabilità. Il rischio di disabilità aumenta, infatti, con l'aumento dell'età. Per quanto riguarda le persone anziane in Alto Adige, circa il 60 % ha una malattia cronica-degenerativa. Il 13,6 % degli ultrasessantaquattrenni e il 19,5 % degli ultrasettantaquattrenni necessitano del costante sostegno da parte di altre persone.
– Nello stesso momento anche l'aspettativa di vita delle persone con disabilità è in aumento e il numero delle persone anziane con disabilità cresce sia in termini relativi che assoluti, come dimostrano studi internazionali (Judge et al. 2010). Mentre nella prima metà del ventesimo secolo, l'aspettativa di vita delle persone con disabilità intellettiva non superava i 20 anni, le persone con disabilità intellettive lievi possono contare su un'aspettativa di vita comparabile a quella del resto della popolazione e anche la vita delle persone con disabilità intellettive gravi si è prolungata in modo significativo (Bigby 2012). In effetti, l'Eurostat conferma che circa il 40 % delle persone con disabilità hanno 40 anni o più.

LINEE GUIDA E PRINCIPI

È evidente che le diverse definizioni di disabilità descritte nell'introduzione, possono avere un importante risvolto sulle relazioni fra le persone con disabilità e le loro persone di riferimento, soprattutto nell'ambito dei serivzi sociali e sanitari. In base al modello "medico" può essere giustificata una posizione di potere degli operatrici/degli operatori quali esperti e quindi anche una sostanziale discrepanza di sapere e competenze fra gli esperti da un lato e i "portatori di sintomi" che necessitano di cura e assistenza dall'altro. Ciò è basato su un concetto caritatevole (MacKenzie 2013), che riconosce alle persone con disabilità il mero ruolo di assistiti e gli preclude, di conseguenza, importanti opportunità di autodeterminazione ed emancipazione.
Se si presuppone, invece, che le disabilità risultano da una discrepanza tra ciò che una persona può fare e ciò che il conteso le chiede e le rende possibile di fare (Evans 2002), ci si distanzia dalla visione degli operatori/delle operatrici come "assistenti". Il mandato

CULTURA SOCIALIS

La politica resa facile per persone con difficoltà di apprendimento

All'inizio del progetto abbiamo cercato persone con difficoltà di apprendimento che volessero saperne di più sulla politica. Abbiamo tenuto un corso per noi stessi, durante il quale ci siamo occupati a fondo di temi come la politica e le elezioni. Abbiamo così imparato molte cose nuove. Ne abbiamo discusso insieme, invitando anche diversi esperti. Il secondo passo è stato la stesura di una brochure scritta con un linguaggio facilmente comprensibile, dove abbiamo riportato i temi più importanti del nostro corso.
Infine abbiamo organizzato il 'tour' sul territorio altoatesino: siamo andati in tutti i centri sociali dell'Alto Adige e lì abbiamo trasmesso le nostre informazioni sulla politica e sulle elezioni provinciali a molte persone con difficoltà di apprendimento. In un gioco di ruolo tutti hanno potuto sperimentare come si vota.

professionale viene quindi collocato piuttosto nell'accompagnamento di persone singole e gruppi verso la realizzazione dei loro progetti di vita e delle loro aspirazioni. Accompagnamento significa percepire e riconoscere ogni persona nella sua unicità e elaborare congiuntamente opportunità di sviluppo ed espressione individuale. Accompagnatori/accompagnatrici professionali facilitano le persone con disabilità a parlare per loro stesse, gli permettono di percepire ed esprimere le loro competenze e i loro bisogni individuali sulla base delle loro esperienze, prospettive e caratteristiche personali. Tale forma di accompagnamento è basata su relazioni di partnership, all'interno delle quali alle persone con disabilità viene riconosciuto il ruolo di esperti ed esperte della loro situazione.
Se si vuole indirizzare l'offerta di servizi e di prestazioni di sostegno a favore di persone con disabilità a paradigmi di questo tipo, bisogna attivare un processo fondamentale che prende in considerazione non solo attività di sensibilizzazione e lobbying, ma anche aspetti giuridico-organizzativi.
A questo fine, nel corso dell'anno 2014 è stato portato avanti il processo di ridefinizione della Legge provinciale sul tema delle disabilità. Si tratta della prima revisione fondamentale della cornice normativa dal 1983, effettuata anche in vista di un adeguamento alle disposizioni della convenzione ONU e di altre basi giuridiche nazionali ed internazionali. La base di questo processo era quello del rispetto della dignità umana, dell'autonomia e libertà decisionale, della non-discriminazione, della partecipazione completa, dei pari diritti e dell'accessibilità.
In conformità a questi principi è stato sviluppato anche il processo stesso della riformulazione della legge: vi sono state coinvolte numerose persone direttamente interessate. I lavori, che hanno avuto inizio già nel 2013, sono stati portati avanti con il coinvolgimento sistematico di persone con disabilità, dei loro famigliari e di operatori/operatrici del settore sociale e sanitario, nonché delle organizzazioni private. Sono stati formati dieci gruppi di lavoro e un gruppo di monitoraggio. A tutti i gruppi hanno collaborato rappresentanti di persone con disabilità, delle loro persone di riferimento e dei servizi competenti pubblici e privati e degli uffici delle varie Ripartizioni provinciali coinvolte. È stato quindi attivato un ampio processo partecipativo al quale hanno aderito circa 300 persone. Esse si sono confrontate con i temi principali della nuova Legge provinciale, la quale prende in considerazione tutti gli ambiti di vita, dalla famiglia alla scuola e al lavoro, fino all'abitare, alla salute, alla mobilità e alla partecipazione alla vita sociale.

La situazione delle persone con disabiltià in Alto Adige

6.2

ABITARE, BARRIERE ARCHITETTONICHE E VITA INDIPENDENTE

Al 31.12.2014 presso le strutture abitative per persone con disabilità vivevano 389 persone. Tale cifra dimostra che la maggior parte delle persone con disabilità nella nostra provincia vive presso le loro famiglie oppure hanno potuto realizzare una forma di vita indipendente.

La vita in un'abitazione privata rappresenta diverse sfide particolari per una persona con disabilità. Soprattutto per persone con disabilità fisiche o sensoriali l'abbattimento delle barriere all'interno del proprio contesto abitativo e nell'ambiente circostante è un presupposto fondamentale per poter realizzare una vita autonoma al di fuori delle strutture abitative. L'abbattimento e la prevenzione di barriere architettoniche nonché la sensibilizzazione della popolazione rappresentano misure importanti per la promozione della partecipazione sociale e delle pari opportunità. Le basi normative in quest'ambito sono la Legge provinciale n. 7/2002 e il Decreto del Presidente della Giunta provinciale n. 54/2009, in base ai quali i comuni, l'Azienda Sanitaria e l'amministrazione provinciale devono presentare dei piani di adattamento per l'abbattimento delle barriere architettoniche. Tale misura è indirizzata al rilevamento delle barriere architettoniche presenti sul territorio provinciale e di promuovere l'attuazione delle disposizioni normative. Nell'anno di riferimento di questa relazione l'elaborazione dei piani era pressoché completata.

Oltre alle caratteristiche architettoniche, ovviamente, anche la disponibilità di prestazioni di supporto e assistenza è un elemento centrale per il raggiungimento dell'obiettivo dell'autonomia in ambito abitativo. In tal senso nel corso degli ultimi anni sono state approvate due normative di grande rilevanza:

Innanzitutto, la Delibera della Giunta provinciale n. 683/2011 ha introdotto la prestazione dell'accompagnamento abitativo sociopedagogico. I destinatari sono persone adulte che intendono vivere da sole e che necessitano di sistemo per sviluppare e mantenere la loro autonomia all'interno di un ambiente abitativo a loro familiare. Nella misura di un massimo di 20 ore settimanali le operatrici e gli operatori qualificati offrono consulenza sociopedagogica e psicosociale, training abitativo indirizzato ad una maggiore autonomia e interventi di sostegno in situazioni di crisi. L'obiettivo generale è quello di promuovere contatti sociali e inclusione nel contesto di vita delle persone. Nel corso dell'anno 2014, a livello provinciale 143 persone con disabilità, malattia psichica o problemi di dipendenza sono stati accompagnati in tal senso dagli operatori/operatrici competenti.

Inoltre, con Delibera della Giunta provinciale n. 1469/2011 sono stati approvati i criteri per la concessione della prestazione economica "vita autonoma e partecipazione sociale", la quale era stata introdotta con il decreto 30/2010 (articolo 25). Questo contributo, di cui importo viene calcolato in base al reddito, permette alle persone con gravi disabilità fisiche di "comprare" le prestazioni di assistenza di cui necessitano nella loro situazione specifica. Il contributo viene erogato sulla base di contratti di lavoro regolari, stipulati con i/le assistenti privati. Nell'anno di riferimento quattro persone con una disabilità fisica grave hanno usufruito di questa prestazione.

LAVORO E OCCUPAZIONE

Oltre all'ambito abitativo, l'occupazione e il lavoro rappresentano senza dubbio un aspetto fondamentale della partecipazione sociale, dell'autonomia ed inclusione. Tuttavia, una disabilità rappresenta un fattore di rischio che può facilitare processi di emarginazione. Per una persona con disabilità permangono le difficoltà di ottenere e mantenere un posto di lavoro.

I dati statistici nazionali sono espressione di questa problematica: di tutte le persone con limitazioni funzionali, invalidità e cronicità gravi, residenti in Italia nel 2013, il 44% percento risultavano svolgere un'attività lavorativa. Nella popolazione generale della stessa classe d'età, risultava occupato il 55,1%. Tra le persone con disabilità gravi il rischio di esclusione dal mercato del lavoro è ancora più alto: nel 2013 il 19,7% delle persone con limitazioni funzionali risultava avere un'occupazione lavorativa.

MISURE PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO

Uno strumento efficace per la promozione dell'inserimento lavorativo è il progetto "Plus+35". Esso prevede contributi per enti pubblici che assumono persone con disabilità gravi con un contratto di lavoro regolare. Il progetto, sviluppato nel 2006, si è rivelato un'importante risorse ed è stato ampliato di anno in anno. Al 31.12.2014 le persone beneficiarie erano 116, e un totale di 35 posti a tempo pieno erano ancora a disposizione. Le assunzioni sono avvenute in 28 comuni diversi, 17 case di riposo, 4 comunità comprensoriali, presso l'Azienda Servizi sociali di Bolzano e in tutti i 4 comprensori sanitari. La somma dei contributi concessi ammontava a 722.894 Euro.

ASSISTENZA PRECOCE

Un ruolo fondamentale nella promozione di processi d'inclusione e partecipazione alla vita sociale e di accompagnamento nello sviluppo di una persona viene generalmente svolto dai famigliari. Soprattutto a favore di bambini e giovani, i genitori e altri parenti offrono la maggior parte dell'assistenza, cura, accompagnamento e promozione.

L'assistenza precoce a favore di bambini piccoli e il sostegno alle loro famiglie è l'obiettivo centrale di un servizio istituito a livello provinciale nel corso degli scorsi due anni. Nel 2014 quattro operatori/operatrici specificamente formati hanno accompagnato circa 20 famiglie con neonati o bambini in età prescolare. Le prestazioni dell'accompagnamento a favore delle famiglie e dell'assistenza precoce vengono offerte a domicilio, non sono a pagamento e comprendono i sostegno nella gestione della vita quotidiana, l'accompagnamento in processi di coping con la disabilità del bambino e con i suoi bisogni specifici, ma anche attività ludiche con i bambini.

AUTO-MUTUO AIUTO E AUTO-RAPPRESENTANZA

Un'ulteriore risorsa importante per i famigliari sono anche le numerose organizzazioni di auto-mutuo aiuto e le associazioni che offrono consulenza e informazione, ma anche sostegno psicologico reciproco e scambio delle esperienze fra persone in situazioni di vita simili.

Nell'ambito delle organizzazioni private anche il gruppo di auto-rappresentanza "People First Alto Adige" deve essere ricordato. Non si tratta di un gruppo auto-mutuo aiuto, bensì di un'associazione di persone con disabilità intellettive che esprimono le loro richieste ed i loro interessi in prima persona e in qualità di esperti della loro situazione. "People First" è un importante attore che promuove l'autodeterminazione e la partecipazione, elabora informazioni in un linguaggio facilmente comprensibile e svolge importanti attività di sensibilizzazione.

TRASFERIMENTI PUBBLICI

Per persone con disabilità e i loro famigliari ci sono inoltre diverse prestazioni di tipo economico. Oltre alle prestazioni dell'assegno di cura e dell'assistenza economica sociale, è possibile usufruire di pensioni d'invalidità, assegni di accompagnamento e altri assegni integrativi. Nell'anno 2014 sono stati erogati 41.338.230,03 Euro a favore di persone cieche e sorde e di persone con invalidità civile (cfr. capitolo 9 e 10).

Servizi residenziali e semiresidenziali in sintesi

6.3

TIPOLOGIE DI OFFERTA

Le strutture residenziali dei servizi sociali nell'ambito delle disabilità comprendono convitti, comunità alloggio e centri di addestramento abitativo. Nelle strutture abitative vivono persone che necessitano di cura e assistenza nonché di accompagnamento sociopedagogico. L'obiettivo del lavoro sociopedagogico in quest'ambito è la promozione dell'autonomia, la normalizzazione della vita quotidiana, l'inclusione e partecipazione alla vita nella comunità.

Persone che vivono in un convitto vi trovano di norma un'abitazione a lungo termine. Presso le comunità alloggio vivono persone con un bisogno di assistenza medio-lieve, mentre gli/le abitanti dei centri di addestramento abitativo sono promosse nell'acquisizione delle capacità e competenze utili per sviluppare forme di vita autonoma.

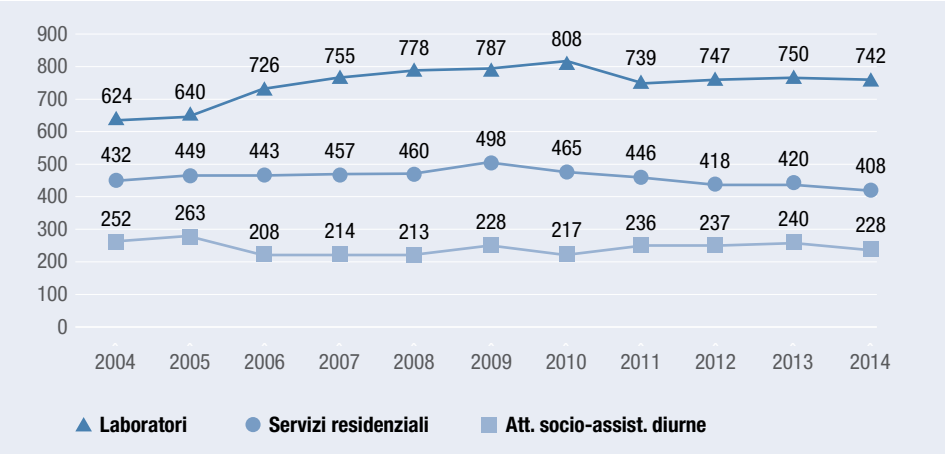
In tutte le strutture residenziali viene creato un ambiente il più possibile famigliare, all'interno del quale si promuovono benessere, sviluppo personale e autodeterminazione. In tal senso i criteri d'accreditamento per i servizi sociali a favore delle persone con disabilità stabiliscono anche requisiti strutturali-organizzativi: nessuna struttura abitativa deve offrire più di 24 posti ed è da suddividere in unità abitative di 8 posti al massimo.

Le strutture semiresidenziali per le persone con disabilità comprendono laboratori protetti e centri socio-assistenziali diurni. I laboratori offrono la possibilità di svolgere attività produttivo all'interno di un contesto protetto. Offrono cura e accompagnamento sociopedagogico, con l'obiettivo di sostenere gli/le utenti nello sviluppo e nel mantenimento delle loro capacità e competenze all'interno di un ambiente simile ad un posto di lavoro. La frequenza di un laboratorio può rappresentare una forma di occupazione stabile oppure una fase di passaggio prima di inserirsi nel mondo del lavoro. I centri socio-assistenziali diurni sono strutture di assistenza diurna di cui offerta è orientata prevalentemente all'assistenza e all'accompagnamento sociopedagogico così come alle attività di tempo libero. Il focus non è posto su attività produttive, bensì su attività di tipo ludiche-creative, nonché elementi di strutturazione della giornata.

SVILUPPO DELL'OFFERTA

La capacità ricettiva dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità è leggermente cambiata nel corso degli scorsi anni. Considerando gli sviluppi dal 2010 al 2014, si rileva un calo rispetto alla disponibilità dei posti sia presso le strutture residenziali che semiresidenziali. Tuttavia, prendendo in considerazione gli sviluppi degli ultimi dieci anni si può riscontrare che la capacità ricettiva presso i laboratori è stata incrementata, mentre l'offerta di strutture abitative e diurne era in lieve diminuzione.

[G.6.1] Capacità ricettiva dei servizi per persone con disabilità, 2004-2014



Fonte: ASTAT, 2015.

DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

L'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali nel settore delle disabilità può essere definita capillare: in ogni comunità comprensoriale ci sono perlomeno una struttura residenziale e una diurna, anche se non tutti i comprensori dispongono dell'offerta specifica del training abitativo e delle comunità alloggio.

[T.6.2] Strutture per persone con disabilità e posti disponibili 2014

Comunità comprensoriale	Convitti		Comunità alloggio		Centri di addestramento abitativo		Laboratori protetti e riabilitativi		Attività socio-assistenziale diurne	
	Posti	Strutture	Posti	Strutture	Posti	Strutture	Posti	Strutture	Posti	Strutture
Val Venosta	16	(1)	4	(1)	-	(-)	53	(2)	29	(2)
Burgraviato	37	(3)	31	(8)	-	(-)	153	(6)	16	(1)
Oltr.-B. Atesina	83	(8)	13	(1)	-	(-)	80	(4)	33	(3)
Bolzano	56	(4)	12	(2)	9	(1)	80	(5)	63	(4)
Salto-Sciliar	14	(2)	19	(2)	-	(-)	80	(4)	25	(3)
Val d'Isarco	36	(2)	2	(1)	-	(-)	115	(2)	32	(2)
Alta V. Isarco	8	(1)	4	(1)	3	(1)	24	(1)	17	(1)
Val Pusteria	37	(1)	22	(3)	4	(1)	158	(6)	11	(2)
Totale	**287**	**(22)**	**107**	**(19)**	**16**	**(3)**	**743**	**(30)**	**226**	**(18)**

* Inclusi i posti presso strutture private (Jesuheim, Centro ciechi, cooperative sociali).
Fonte: ASTAT, 2015.

[T.6.3] Abitanti per provenienza geografica, 2014

Comunità comprensoriale	Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Popolazione totale
	Assistiti	%	Assistiti	%	%
Val Venosta	22	5,7 %	68	7,1 %	6,6 %
Burgraviato	67	17,2 %	170	17,8 %	19,4 %
Oltr.-B. Atesina	64	16,5 %	126	13,2 %	14,6 %
Bolzano	73	18,8 %	132	13,8 %	20,5 %
Salto-Sciliar	48	12,3 %	129	13,5 %	9,5 %
Val d'Isarco	36	9,3 %	107	11,2 %	10,6 %
Alta V. Isarco	16	4,1 %	45	4,7 %	3,8 %
Val Pusteria	63	16,2 %	175	18,3 %	15,0 %
Altre origine			3	0,3 %	
Totale	**389**	**100,0 %**	**955**	**100,0 %**	**100,0 %**

Fonte: ASTAT, 2015

ENTI GESTORI

La gestione delle strutture per persone con disabilità è di varia natura. Come emerge dal grafico sottostante, la maggior parte dei servizi viene gestita dalle comunità comprensoriali o dall'Azienda Servizi sociali di Bolzano. I gestori privati sono presenti soprattutto nell'ambito dei laboratori protetti.

[T.6.4] Gestione dei servizi per persone con disabilità, 2014

Natura giuridica dell'ente gestore	Convitti		Comunità alloggio		Centri di addestramento abitativo		Laboratori		Attività socio-assistenziale diurne	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Compr./ASSB	15	68,2	14	73,7	3	100,0	21	70,0	12	66,7
Provincia									1	5,6
Altro ente pubblico	4	18,2	3	15,8			4	13,3	3	16,7
Cooperativa							1	3,3		
Cooperativa sociale			1	5,3					1	5,6
Ente religioso							1	3,3		
Associazione privata	2	9,1	1	5,3			1	3,3	1	5,6
Altro soggetto privato	1	4,5					2	6,7		
Totale	**22**	**100,0**	**19**	**100,0**	**3**	**100,0**	**30**	**100,0**	**18**	**100,0**

Fonte: ASTAT, 2015

6.3.1.1 Convitti

OFFERTA E INDICE DI DOTAZIONE

Al 31.12.2014 c'erano, in Alto Adige, 20 convitti e 2 istituti con una capacità ricettiva complessiva di 287 posti. In tutte le comunità comprensoriali e sul territorio dell'Azienda Servizi sociali di Bolzano è presente almeno un convitto. L'indice di dotazione media è pari a 0,54 posti per 1.000 abitanti.

[T.6.5] Convitti ed istituti: posti e utenti per Comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti	Utenti totali al 31/12	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	1	16	16	0,47
Burgraviato	3	37	32	0,37
Oltr.-B. Atesina	8*	83	81	1,09
Bolzano	4	56	48	0,53
Salto-Sciliar	2	14	12	0,28
Val d'Isarco	2	36	43	0,65
Alta V. Isarco	1	8	8	0,40
Val Pusteria	1	37	37	0,47
Totale	**22**	**287**	**277**	**0,47**

* Nel territorio della CC Oltradige-Bassa Atesina e dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano si trovano le strutture sovradistrettuali „Jesuheim" e „Centro Ciechi St. Raphael", di cui utenti provengono da tutto il territorio alto atesino.
Fonte: ASTAT, 2015.

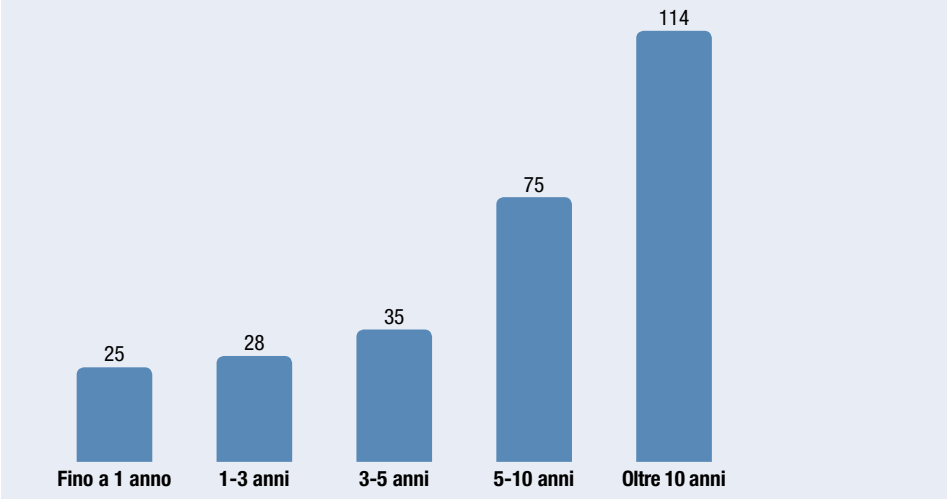
FLUTTUAZIONE E GRADO DI UTILIZZO

Nel corso dell'anno 2014 un totale di 29 persone con disabilità sono state accolte per la prima volta presso le strutture residenziali. Ciò corrisponde ad un tasso di turnover (rapporto fra il numero delle nuove ammissioni e il numero medio di abitanti) pari al 9.
Inoltre, nell'anno di riferimento 31 persone hanno abbandonato le strutture abitative. In 21 casi è stato possibile rilevare il motivo delle dimissioni. La maggior parte delle persone si sono trasferite in un'altra struttura; tre abitanti sono tornati a vivere con la loro famiglia d'origine; una persona è deceduta.
Il grado di utilizzo (rapporto fra numero degli/delle abitanti al 31.12.2014 e capacità ricettiva) è pari al 95,2 ed è, quindi, molto alta, come anche negli scorsi anni. L'alto fabbisogno delle forme di assistenza offerte presso le strutture abitative, si rispecchia anche nelle statistiche relative alle liste d'attesa: alla fine del 2014 un totale di 73 persone aspettavano un posto presso un convitto. Questo numero permette di calcolare il coefficiente di eccedenza della domanda: il rapporto fra le persone iscritte alla lista d'attesa e il numero di posti disponibili è pari al 25,4.

DURATA DELLA PERMANENZA

La bassa fluttuazione presso i convitti risulta da una durata di permanenza media tendenzialmente alta degli/delle abitanti. Al 31 dicembre 2014, il 27 % delle persone viveva presso la stessa struttura da 5-10 anni, mentre il 41,2 % ne usufruiva da più di 10 anni. La permanenza di ogni quinta persona (19 %) risultava essere inferiore ai 3 anni.
Il seguente grafico illustra questi sviluppi:

[G.6.2] Convitti – abitanti per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

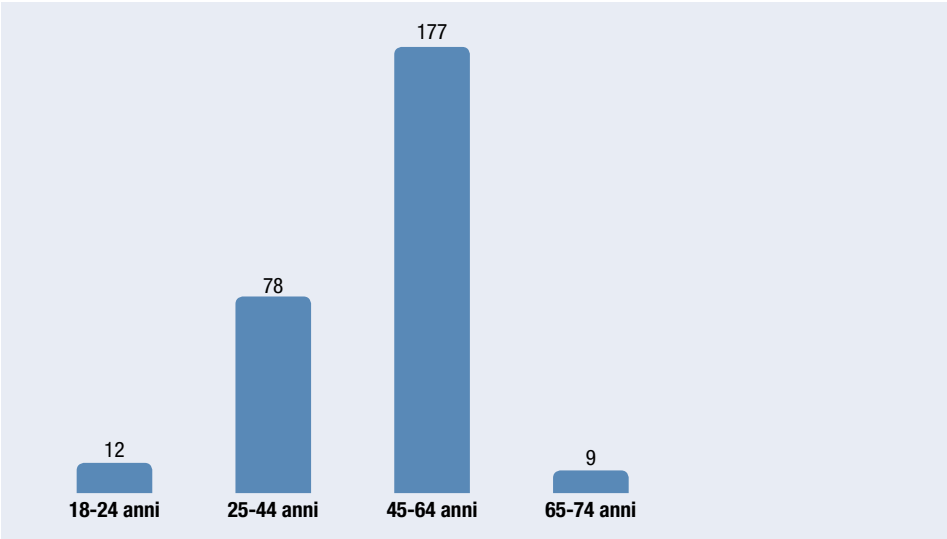
STRUTTURA PER ETÁ

Per quanto riguarda la struttura per età delle/degli abitanti dei convitti, la classe d'età maggiormente rappresentata rimane - come negli anni precedenti - quella delle persone con un età fra i 45 e i 64 anni (64,1 %). Ciò è ascrivibile al trend sopra descritto dell'invecchiamento delle persone con disabilità.

Il 3,3 % delle/degli abitanti supera l'età di 64 anni. Nella maggior parte dei casi le persone con disabilità di quest'età si trasferiscono in una residenza per persone anziane.

Per quanto riguarda i giovani sotto i 25 anni, rappresentano solo il 4,3 % degli/delle abitanti. La bassa percentuale di giovani si spiega da un lato dal fatto che la lunga permanenza di persone più anziane lascia poco spazio all'ammissione di nuovi abitanti più giovani. Dall'altro lato, i sopra descritti principi dell'autonomia e dell'inclusione nella comunità promuove il trasferimento presso forme abitative più autonome anche e soprattutto a favore di persone giovani.

[G.6.3] Convitti – abitanti per classe d'età, 2014

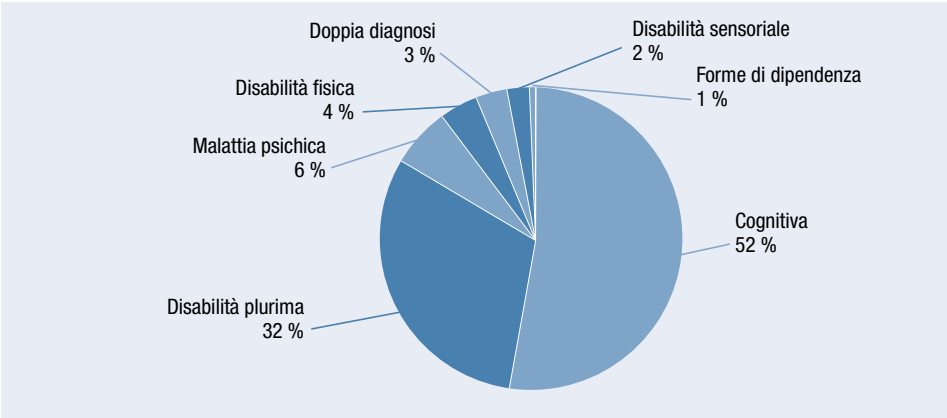


Fonte: ASTAT, 2015

TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

Per quanto riguarda le tipologie di disabilità, il grado d'invalidità civile e l'inquadramento degli/delle abitanti ai fini dell'assegno di cura, negli scorsi anni si sono verificati pochi cambiamenti: circa la metà (52,3 %) delle persone che abitano in un convitto hanno una disabilità intellettiva, poco meno di un terzo (31,8 %) hanno disabilità multiple e circa il 6 % ha una malattia psichica. Circa l'84 % delle/degli abitanti hanno un'invalidità civile riconosciuto del 100%. Per quanto riguarda l'inquadramento ai sensi dell'assegno di cura, la maggior parte delle/degli abitanti è stata inquadrata al secondo (23,8 %) o terzo livello (34,3 %). Al 22 % è stato riconosciuto il quarto e quindi più alto livello.

[G.6.4] Convitti: abitanti per tipologie di disabilità, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Alla fine dell'anno 2014 erano occupati, presso i convitti, 584 operatori/operatrici. Ciò corrisponde a 380,4 unità di personale a tempo pieno. In confronto al 2012 ciò significa un incremento del numero di operatori/operatrici (403 al 31.12.2012), ma una diminuzione di equivalenti a tempo pieno (335,2) e quindi anche un rapporto più basso fra posti disponibili e equivalenti a tempo pieno (dall'1,16 allo 0,75).

6.3.1.2 Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo

Alla fine dell'anno 2014 a livello provinciale erano presenti 19 comunità alloggio con 107 posti e tre centri di addestramento abitativo con 16 posti. La capacità ricettiva non ha subito cambiamenti sostanziali negli scorsi anni.
Per quanto riguarda l'indice di dotazione, l'offerta di comunità alloggio è da considerarsi capillare: come emerge dal grafico sotto riportato, in ogni comunità alloggio e sul territorio dell'Azienda Servizi sociali è presente perlomeno una comunità alloggio, mentre il training abitativo è offerto solo in 3 comunità comprensoriali.
In relazione alla popolazione residente, la disponibilità di posti presso comunità alloggio oscilla tra lo 0,04 e lo 0,39 per 1.000 abitanti. Tale coefficiente ammonta, invece, ad un massimo di 0,15 nel caso del training abitativo.

[T.6.6] Comunità alloggio e centri di addestramento abitativo: posti e abitanti per comunità comprensoriale, 31.12.2014

Comunità comprensoriale	Comunità alloggio				Centri di addestramento abitativo			
	Strutture	Posti	Utenti 31/12	Posti/ 1.000 abitanti	Strutture	Posti	Utenti 31/12	Posti/ 1.000 abitanti
Val Venosta	1	4	4	0,12	-	-	-	-
Burgraviato	8	31	31	0,31	-	-	-	-
Oltr.-B. Atesina	1	13	12	0,17	-	-	-	-
Bolzano	2	12	12	0,11	1	9	6	0,08
Salto-Sciliar	2	19	18	0,39	-	-	-	-
Val d'Isarco	1	2	1	0,04	-	-	-	-
Alta V. Isarco	1	4	3	0,20	1	3	2	0,15
Val Pusteria	3	22	20	0,28	1	4	3	0,05
Totale	**19**	**107**	**101**	**0,12**	**3**	**16**	**11**	**0,08**

Fonte: ASTAT, 2015

GRADO DI UTILIZZO E FLUTTUAZIONE

Il grado di utilizzo (rapporto fra numero degli abitanti e capacità ricettiva al 31.12.2014) ammonta al 95,2 % nel caso delle comunità alloggio ed è quindi uguale a quello presso i convitti. Alla fine dell'anno 2014, 36 persone si erano iscritte alle liste d'attesa delle comunità alloggio, mentre 18 persone aspettavano di essere accolte presso centro di addestramento abitativo. Il risultante coefficiente di eccesso della domanda (rapporto fra numero di persone in lista d'attesa e posti disponibili) ammonta al 34,3 nel caso delle comunità alloggio e addirittura al 100 presso i centri di addestramento abitativo. Tali cifre superano quindi sensibilmente quelle dei convitti (cfr. paragrafo 6.3.1) e indicano una lacuna nell'offerta.

Per quanto riguarda la fluttuazione degli/delle abitanti, nell'anno 2014 si sono effettuate 13 nuove ammissioni presso le comunità alloggio e 8 nuove ammissioni presso i centri di addestramento abitativo, mentre un totale di 15 persone hanno abbandonato queste strutture (4 abitanti delle comunità alloggio, 11 delle centri di addestramento abitativo). Ciò risulta in un coefficiente di turnover (rapporto fra numero di nuove ammissioni e numero medio di abitanti) del 16 presso le comunità alloggio e del 53 presso i centri di addestramento abitativo. Questi indici superano il coefficiente rilevato presso i convitti (cfr. sopra: 9). Ciò si spiega con riferimento alla natura della struttura: come illustrato nell'introduzione, l'obiettivo delle comunità alloggio e dei centri di addestramento abitativo sta nell'accompagnamento delle/degli abitanti verso un'autonomia abitativa sempre maggiore e verso lo sviluppo di forme dell'abitare più autonome.

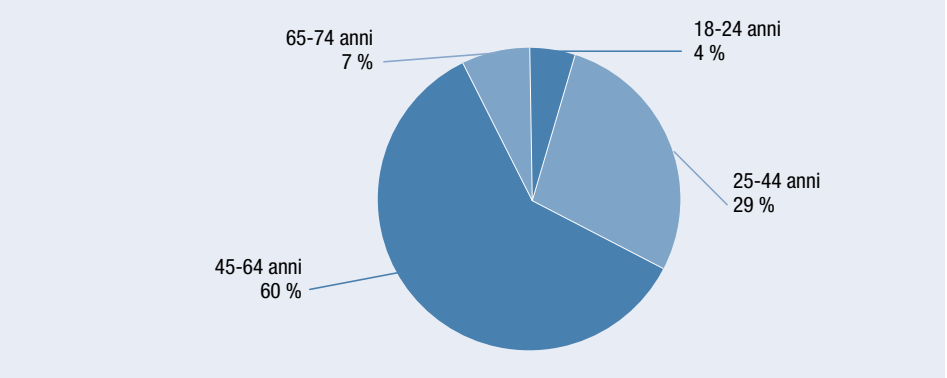
ETÀ DELLE/DEGLI ABITANTI

I dati statistici riguardanti la struttura per età delle/degli abitanti delle comunità alloggio e dei centri di addestramento abitativo rivelano differenze in confronto ai convitti: l'età media presso gli ultimi è leggermente più alta. Le persone con un'età compresa fra i 45 e i 64 anni rimangono la classe d'età maggiormente rappresentata, ma la differenza rispetto alle altre classi d'età è meno significativa (60 % in confronto al 64 % presso i convitti). Circa un terzo degli/delle abitanti delle comunità alloggio (29 %) ha un'età compresa fra i 25 e i 44 anni, mentre circa il 4 % non supera i 24 anni.

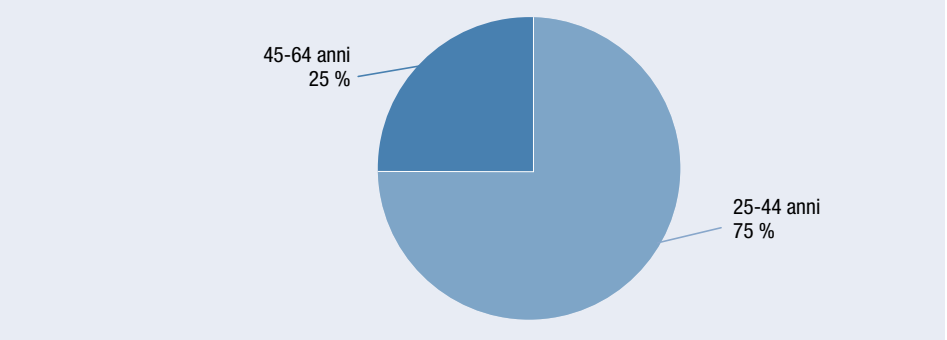
Presso i centri di addestramento abitativo la differenza d'età in confronto ad altre strutture abitative è ancora più significativa: il 75 % degli/delle utenti ha un'età compresa fra i 25 e i 44 anni; il 25 % sono nella classe d'età fra i 45 ed i 64 anni, mentre non ci sono

persone anziane fra i/le abitanti. Questa classe d'età è rappresentata esclusivamente presso le comunità alloggio, con una percentuale del 7 %.

[G.6.5] Comunità alloggio: abitanti presso le comunità alloggio, 2014



[G.6.6] Centri di addestramento abitativo: abitanti per classe d'età, 2014

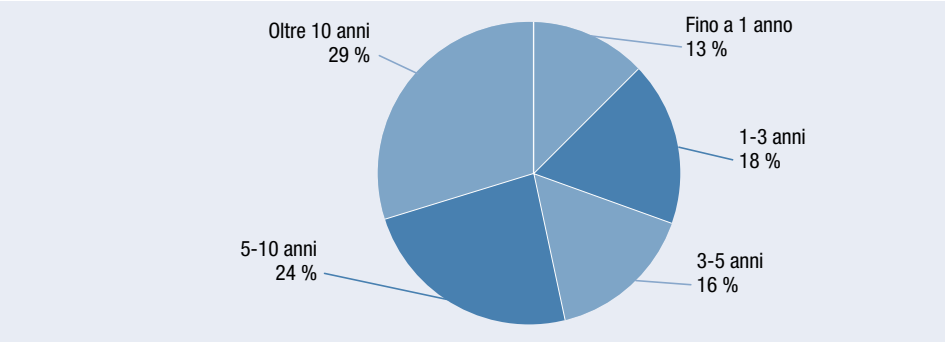


Fonte: ASTAT, 2015

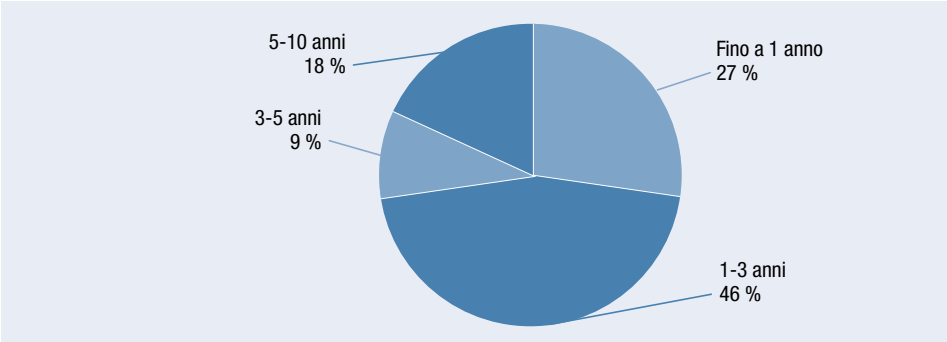
DURATA DELLA PERMANENZA

La struttura per età delle/degli abitanti e gli obiettivi specifici e l'orientamento delle comunità alloggio e dei centri di addestramento abitativo influenzano la durata di permanenza media delle/degli utenti. Nei centri di addestramento abitativo il 73 % rimane per un periodo inferiore ai 3 anni; nelle comunità alloggio ciò è vero solo per circa un terzo degli/delle utenti (31 %), mentre altri 16 % rimangono fino a 5 anni presso questo tipo di struttura. Ciononostante in entrambe le forme di offerta abitativa ci sono persone di cui permanenza è da considerarsi a lungo termine, come dimostra il seguente grafico:

[G.6.7] Comunità alloggio: abitanti per durata della permanenza, 2014



[G.6.8] Centri di addestramento abitativo: abitanti per durata di permanenza, 2014

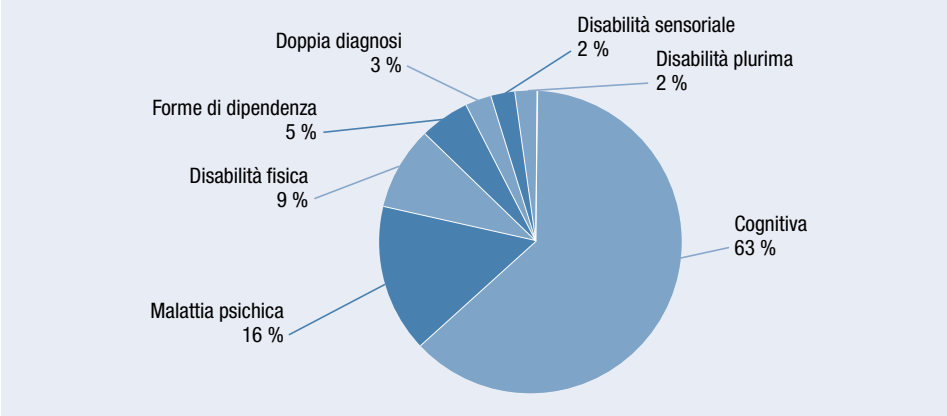


Fonte: ASTAT, 2015

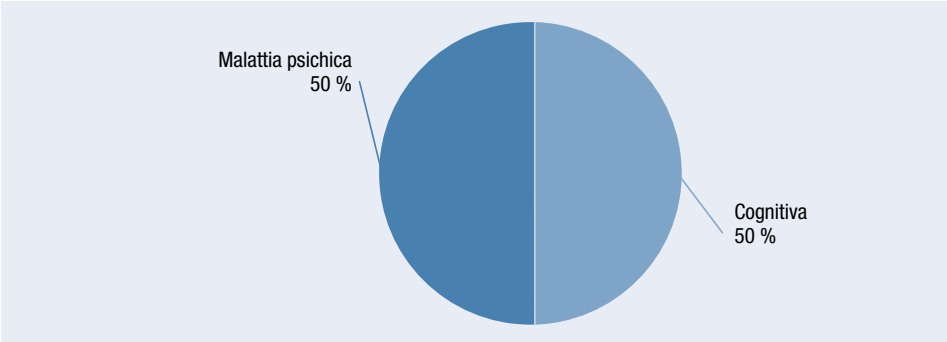
TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

Come emerge dal grafico sotto riportato, presso le comunità alloggio e i centri di addestramento abitativo vivono soprattutto persone con disabilità intellettive o malattie psichica. La percentuale delle/degli abitanti con disabilità multiple è, invece, a differenza dai convitti, molto bassa. Per quanto riguarda la percentuale d'invalidità, il 42 % degli/delle utenti delle comunità alloggio hanno un'invalidità riconosciuta del 100 % e il 37 % degli/delle abitanti un'invalidità compresa fra il 74 % e il 99 %. Presso i centri di addestramento abitativo il grado d'invalidità medio è più basso: il 17% ha un'invalidità pari al 100 %, mentre il 67 % delle/degli abitanti ha un'invalidità parziale compresa fra il 74 % e il 99 %.

[G.6.9] Comunità alloggio: abitanti per tipologie di disabilità, 2014



[G.6.10] Centri di addestramento abitativo: abitanti per tipologie di disabilità, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

Partecipazione

Sylvia Rainer

Nel lavoro sociale moderno la partecipazione e la co-decisione rappresentano principi-guida fondamentali, sia in riferimento allo sviluppo, alla prestazione e valutazione di interventi, sia alla programmazione e organizzazione di servizi.

La discussione sulla definizione di "partecipazione" nella letteratura internazionale mette in evidenza che si tratta di un concetto complesso e determinato da numerosi fattori che può essere analizzato da diverse prospettive: se si presta la massima attenzione al livello della singola persona, in tal caso la sua volontà e le sue capacità di impegnarsi ed entrare in rapporto con gli altri, passano in primo piano (Kessler et al. 2009, Dalemans et al. 2010). Tuttavia, una tale attenzione legittima il potenziale di disuguaglianza sociale poiché in quanto gruppi sociali vulnerabili, come p. es. persone con disabilità fisiche, mentali o psichiche che sviluppano diverse forme e livelli della loro realizzazione personale, vengono collocate inevitabilmente in una posizione di emarginazione e discriminazione.

Per contro, hanno trovato diffusione quegli approcci che sottolineano il ruolo dell'ambiente psico-sociale di una persona e mostrano l'influsso di quest'ultimo sulle opportunità di partecipazione (Hammel et al. 2008, Levasseur et al. 2011). Questa prospettiva determina un elemento di reciprocità: la partecipazione risulta dall'interazione tra fattori individuali, dovuti a fattori ambientali, e consiste sia nella possibilità di attingere risorse dall'ambiente sociale, sia di apportare un contributo a favore della comunità (Bukov et al. 2002). Tali approcci mostrano che la partecipazione è un processo di natura politica, il quale solleva questioni relative alle possibilità di partecipazione e realizzazione personale di tutti i membri di una società.

Quindi partecipazione è intesa come diritto di singole persone e comunità a prendere decisioni, concernenti la propria vita (Burns et al. 2004). In questo contesto è di fondamentale importanza sottolineare che questo diritto implica la libertà di decidere se, quando e come vengono percepite le possibilità di partecipazione. Tenuto conto dei principi etici del lavoro sociale, ciò significa da un lato che idee e interessi individuali devono essere percepiti rendendo possibile la loro realizzazione, senza spingere le persone in schemi predefiniti di servizi professionali, e dall'altro che però od ogni singola persona va garantita la libertà di decidere quali possibilità di partecipazione e in quale misura corrispondono alle proprie idee.

In questo senso il mandato delle professioni sociali consiste nel dare la possibilità di partecipazione politica, sociale e culturale su diversi livelli: nel rapporto con le/gli utenti dei servizi dando la possibilità di decidere da soli come vanno gestiti e condotti i processi di sviluppo condivisi, ma anche come possono essere espresse autopercezione e autodeterminazione, nonché a livello di gruppi sociali ai quali vengono dati gli strumenti per riconoscere e mettere in discussione gli elementi sociali determinanti la loro situazione.

In definitiva l'apertura alle possibilità di partecipazione consiste nell'impegnarsi per la giustizia sociale e per uno sviluppo condiviso di comunità che gestiscono processi di cambiamento sociale.

Queste riflessioni evidenziano che la partecipazione in fondo va intesa come un progetto dell'intera società che porta allo sviluppo di un nuovo modello sociale. In questo senso Adelheid Biesecker (200) ha coniato il termine "Mitgestaltungsgesellschaft" (società di compartecipazione) che consente sinergie e processi di apprendimento reciproci e stima molto le diversità umane considerati una ricchezza.

Di conseguenza la partecipazione implica un progetto universale di giustizia sociale che ci impone di gestire i nostri rapporti sociali e le istituzioni in modo tale da mettere in dubbio la disuguaglianza e la discriminazione e di consentire lo sviluppo personale e la compartecipazione di ogni singola persona.

Fonti:

Biesecker, A. (2000). Kooperative Vielfalt und das Ganze der Arbeit: Überlegungen zu einem erweiterten Arbeitsbegriff. Papers der Querschnittsgruppe Arbeit & Ökologie, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, No. P00-504, downloaded from the website: http://hdl.handle.net/10419/50298

Bukov, A., Maas, I., Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings form BASE. Journal of Gerontology, vol. 57B, n. 6/2002, pp. 510-517

Burns, D. et al. (2004). Making community participation meaningful. A handbook for development and assessment. The Policy Press, University of the West of England

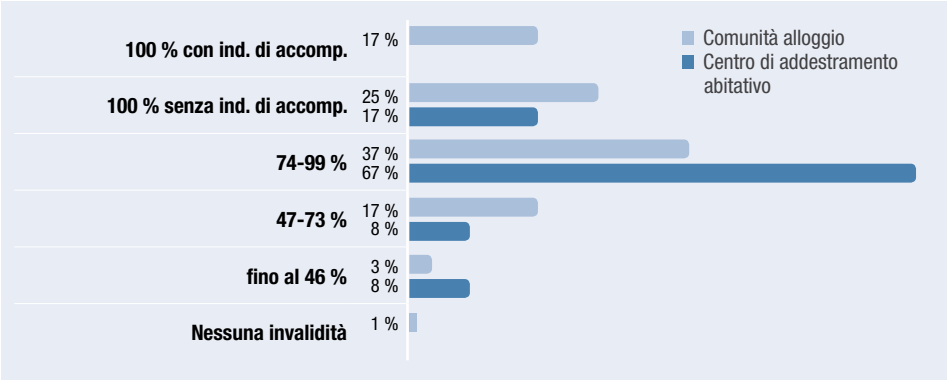
Dalemans, R. J. P., de Witte, L., Wade, D., van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. International Journal of Language & Communication Disorders, vol. 45, n. 5/2010, pp. 537–550, doi:10.3109/13682820903223633

Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. Disability and Rehabilitation, vol. 30, n. 19/2008, pp. 1445-1460, doi: 10.1080/09638280701625534

Kessler, E.-M., Schwender, C., Bowen, C. E. (2009). The portrayal of elder people's social participation on German prime-time TV advertisements. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, vol. 65B, n. 1/2009, pp. 97-106, doi:10.1093/geronb/gbp084.

Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., Payette, H. (2011). Associations between perceived proximity to neighbourhood resources, disability and social participation among community-dwelling older adults: results from the VoisiNuAge Study. Archives of physical medicine and rehabilitation, vol. 92/2011, pp. 1979-1986

[G.6.11] Abitanti di comunità alloggio e centri di addestramento abitativo per grado d'invalidità, 2014

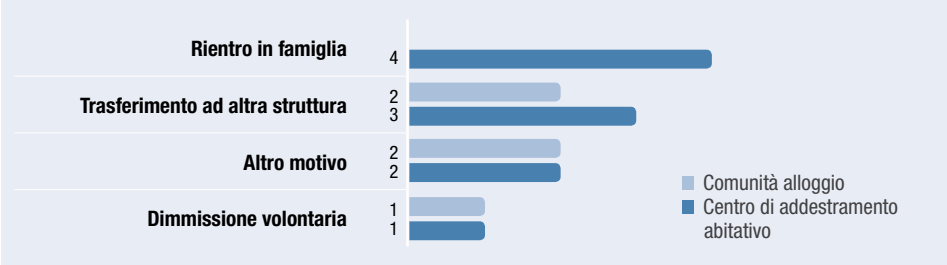


Fonte: ASTAT, 2015

MOTIVO DELLE DIMISSIONI

Nel corso dell'anno 2014, cinque persone hanno abbandonato una comunità alloggio e 6 persone sono state dimesse da un centro di addestramento abitativo. Nel caso di 5 di queste dimissioni, il motivo è stato il trasferimento presso un'altra struttura, in 4 casi il rientro nella famiglia d'origine. I dati dettagliati emergono dal grafico 6.12:

[G.6.12] Abitanti per motivo delle dimissioni, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Al 31 dicembre dell'anno di riferimento presso le comunità alloggio per persone con disabilità erano occupati 86 operatori/operatrici, corrispondenti a 56 equivalenti a tempo pieno. Considerando i 107 posti disponibili, il rapporto fra capacità ricettiva ed equivalenti a tempo pieno è pari allo 0,52. In confronto all'anno 2012, ciò significa un aumento delle risorse del personale (2012: 48,9 equivalenti a tempo pieno); ciò influenza anche il rapporto fra numero dei posti disponibili e numero degli operatori/operatrici (0,46 nell'anno 2012).

6.3.2 Laboratori protetti e riabilitativi

OFFERTA E INDICE DI DOTAZIONE

I laboratori per persone con disabilità possono essere suddivisi in due tipologie, a seconda dei loro obiettivi principali: i laboratori protetti sono orientati alla produzione e al mantenimento delle capacità e delle competenze delle/degli utenti. Per molte persone il laboratorio rappresenta un contesto protetto all'interno del quale possono svolgere un'attività produttiva, curare contatti sociali e strutturare la loro vita quotidiana, anche a lungo termine. I laboratori riabilitativi si orientano maggiormente all'integrazione delle/degli utenti nel mercato del lavoro. Il training lavorativo verte a preparare le persone con disabilità al loro inserimento nel mondo del lavoro e di accompagnarle nello sviluppo delle competenze sociali e lavorative connesse all'assunzione del ruolo di lavoratore/lavoratrice dipendente.

Tutti i laboratori sono accessibili alle persone con disabilità adulte, con un'età compresa fra i 18 e i 65 anni.

L'offerta in questo settore è da considerarsi capillare. In ogni Comunità comprensoriale e sul territorio dell'Azienda Servizi sociali di Bolzano è presente perlomeno un laboratorio protetto. Alla fine dell'anno di riferimento l'offerta a livello provinciale consisteva in un totale di 24 strutture, di cui capacità ricettiva ammontava a 626 posti. Al 31 dicembre 2014 un totale di 613 persone frequentava un laboratorio protetto.

Inoltre, a livello provinciale c'erano 6 laboratori riabilitativi. Alla fine dell'anno offrirono 122 posti che erano occupati da 113 persone.

[T.6.7] Laboratori protetti e riabilitativi: Posti e utenti, 2014

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti	Utenti totali al 31/12	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	2	53	44	1,55
Burgraviato	6	153	150	1,52
Oltr.-B. Atesina	4	80	81	1,05
Bolzano	5	80	79	0,75
Salto-Sciliar	4	80	75	1,62
Val d'Isarco	2	115	114	2,09
Alta V. Isarco	1	24	25	1,20
Val Pusteria	6	158	153	2,03
Totale	**30**	**743**	**721**	**1,55**

Fonte: ASTAT, 2015

GRADO DI UTILIZZO

Al 31.12.2014 il rapporto tra utenti dei laboratori protetti ed i posti disponibili era pari al 97,9, mentre lo stesso coefficiente relativo ai laboratori riabilitativi ammontava a 92,6. Tali numeri sono rimasti costanti nell'arco degli scorsi anni, il che dimostra la grande richiesta di strutture di questa tipologia.

Il grado di utilizzo alla fine dell'anno fornisce comunque informazioni sulla situazione al 31 dicembre. Per capire nel dettaglio quali erano i flussi degli/delle utenti dei laboratori in tutto l'arco dell'anno, bisogna prendere in considerazione le dimissioni e le nuove ammissioni. Nel corso dell'anno 2014 un totale di 57 persone sono state dimesse dai laboratori, mentre 50 sono state ammesse per la prima volta. Nello stesso lasso

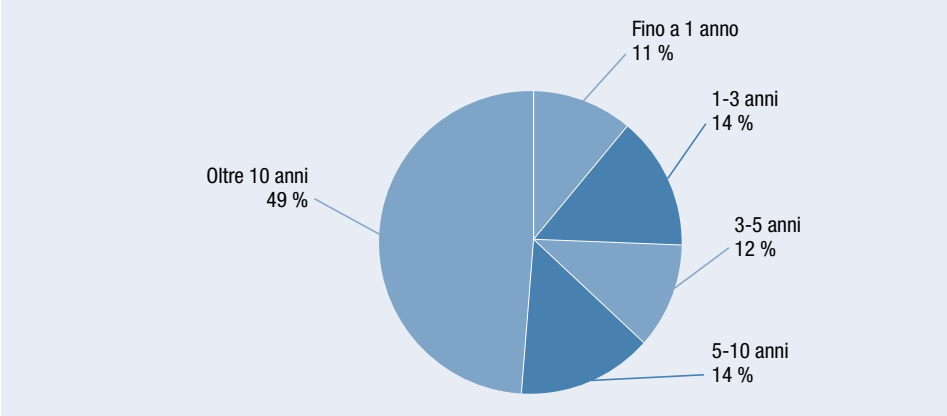
di tempo, presso 23 persone hanno abbandonato i laboratori riabilitativi e lo stesso numero di persone vi è stato ammesso. Circa il 50 % delle persone che sono state dimesse da un laboratorio riabilitativo hanno potuto realizzare una forma di inserimento nel mercato del lavoro.

Al 31.12.2014 quattordici persone erano iscritte alle liste di attesa per l'ammissione ad un laboratorio protetto, mentre 16 persone aspettavano di essere ammessi ad un laboratorio riabilitativo. Il coefficiente di eccesso della domanda (rapporto fra numero di persone nella lista di attesa e posti disponibili alla fine dell'anno) ammontava al 2,3 nel caso dei laboratori protetti ed al 13,1 nel caso dei laboratori riabilitativi.

DURATA DELLA PERMANENZA

Un ulteriore indice significativo in relazione all'utilizzo dei laboratori è la durata di permanenza media degli/delle utenti. Alla fine dell'anno 2015 circa la metà delle persone inserite presso i laboratori erano utenti da più di 10 anni. Per il 25 % degli/delle utenti il momento dell'ammissione era avvenuto meno di 3 anni prima.

[G.6.13] Utenti dei laboratori per durata della permanenza, 2014



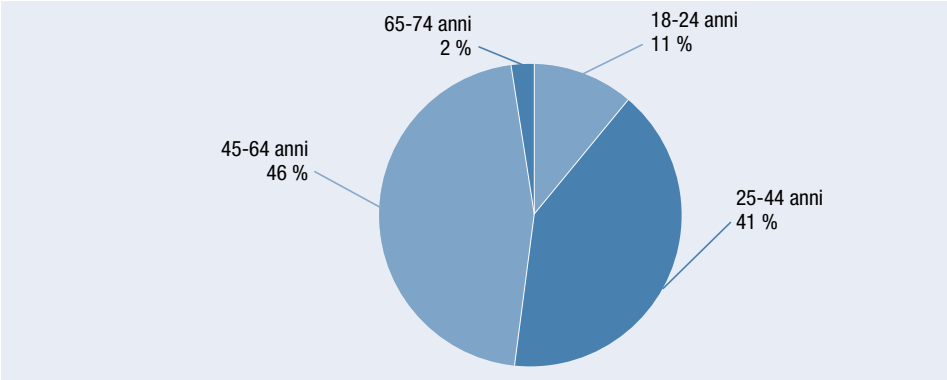
Fonte: ASTAT, 2015

STRUTTURA PER ETÀ

Poco più della metà di tutte le utenti e tutti gli utenti dei laboratori ha superato il 45esimo anno di vita. Solo l'11 % ha un'età fra i 18 e i 24 anni (cfr. grafico 6.14).

La struttura per età delle/degli utenti dei laboratori nonché la percentuale piuttosto alta di utenti a lungo termine sono senz'altro un'espressione delle difficoltà che le persone con disabilità devono affrontare nel momento in cui intendono inserirsi nel mondo del lavoro.

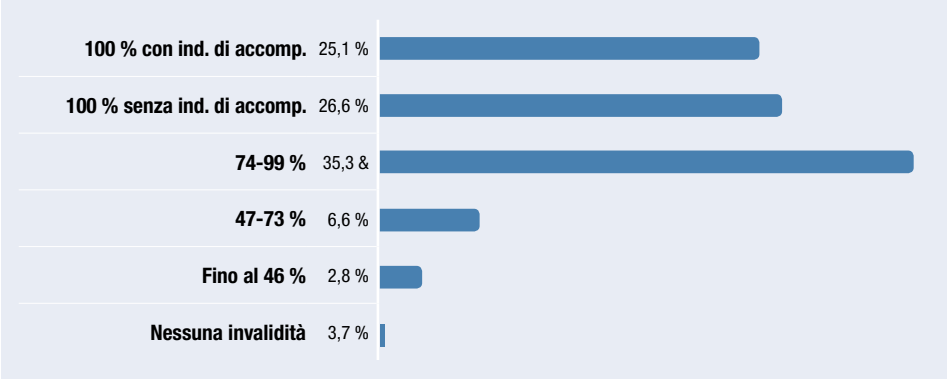
[G.6.14] Utenti dei laboratori per classe d'età, 2014



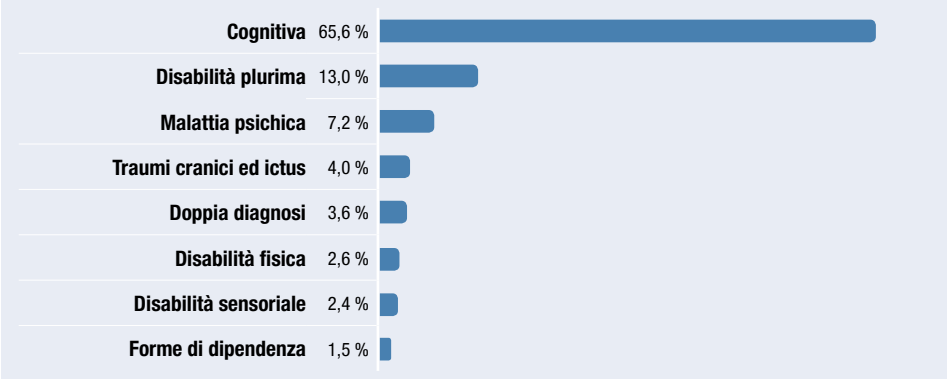
Fonte: ASTAT, 2015

Un ulteriore fattore che comporta svantaggi in riferimento all'inserimento nel mercato del lavoro è dato dalla tipologia delle disabilità. Come è possibile evincere dal grafico 6.15, la maggior parte delle persone che frequentano un laboratorio protetto ha una disabilità intellettiva (65,6 %) oppure disabilità multiple (13 %). Inoltre, poco più della metà delle/degli utenti (51,7 %) aveva un'invalidità civile riconosciuta pari al 100 %.

[G.6.15] Utenti dei laboratori per grado d'invalidità civile riconosciuto, 2014 (in %)



[G.6.16] Utenti dei laboratori per tipologie di disabilità, 2014 (in %)

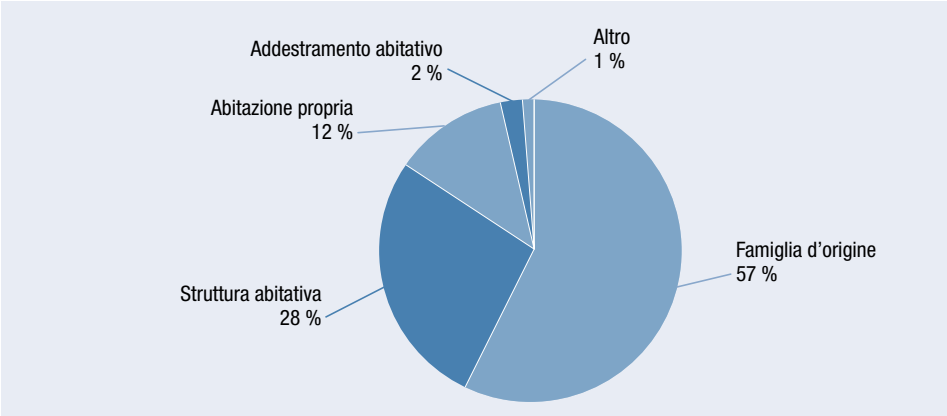


Fonte: ASTAT, 2015

TIPOLOGIA ABITATIVA

Per quanto riguarda la situazione abitativa delle/degli utenti dei laboratori, nel momento della rilevazione il 57 % viveva presso la famiglia d'origine e il 28 % in una struttura abitativa, mentre il 12 % viveva da soli e il 2 % svolgevano un training abitativo.

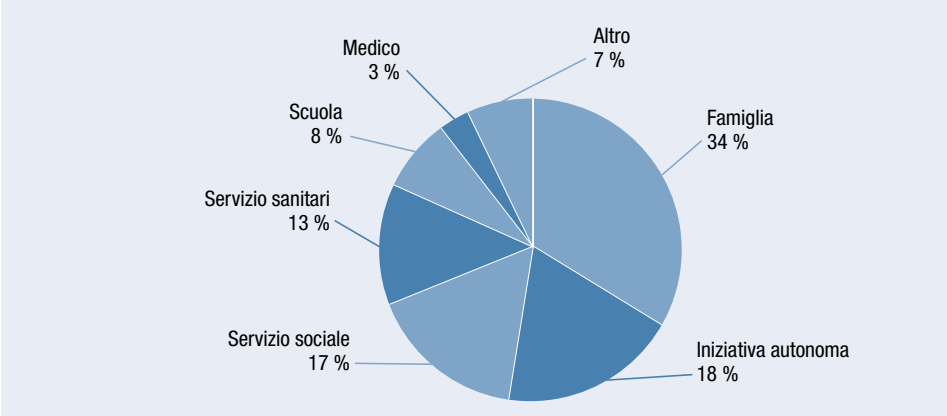
[G.6.17] Utenti dei laboratori per tipologia abitativa, 2014 (in%)



Fonte: ASTAT, 2015

Come è possibile evincere dal grafico sottostante, la domanda di ammissione ad un laboratorio viene generalmente inoltrata dalla relativa famiglia d'origine (34 %). Tuttavia, il 18 % delle richieste viene presentato dagli/dalle utenti stessi/e, mentre anche i servizi sanitari e sociali (17 e 13 %) e le scuole (58 %) fungono da enti invianti.

[G.6.18] Richieste di accoglimento presso un laboratorio



Fonte: ASTAT, 2015

PERCENTUALE DI INTEGRAZIONE

Nel corso dell'anno 2014 57 persone hanno abbandonato un laboratorio, mentre sono state effettuate 58 nuove ammissioni. Come emerge dal grafico n. 6.19, 17 di loro si sono trasferiti in un'altra struttura. 10 utenti si sono inseriti nel mondo del lavoro, mentre a favore di 5 persone è stato avviato un progetto d'inserimento lavorativo. La cosiddetta percentuale di integrazione ammonta quindi al 26,3 % se posta i relazione al numero delle dimissioni e al 2,4 % in rapporto al numero totale delle/degli utenti dei laboratori. Bisogna però prendere in considerazione il fatto che in ulteriori 10 casi il motivo delle dimissioni è stato indicato con "dimissioni volontarie", per cui non sono disponibili informazioni in merito al loro eventuale inserimento nel mercato del lavoro.

[G.6.19] Utenti dei laboratori, motivo delle dimissioni, 2014 (abs.)

Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Al 31.12.2014, nei laboratori per le persone con disabilità erano occupati 399 operatori e operatrici, corrispondenti a 265,7 operatori equivalenti a tempo pieno. Il rapporto fra posti disponibili e gli equivalenti a tempo pieno ammontava a 0,35. Ciò significa che in confronto all'anno 2012 (quando il coefficiente era pari allo 0,38) si è verificata una leggera diminuzione.

6.3.3 Centri socio-assistenziali diurni

OFFERTA E INDICE DI DOTAZIONE

Un ulteriore elemento importante nella rete di offerte a favore di persone con disabilità è rappresentato dai centri socio-assistenziali diurni. Il gruppo target sono persone che non possono inserirsi né sul mercato del lavoro né in un laboratorio protetto e di cui bisogno primario risiede nel godimento di un contesto adeguato alle loro esigenze, all'interno del quale possono trascorrere la loro vita quotidiana al di fuori della famiglia, curare contatti sociali e svolgere attività ludiche-creative e di rilassamento. I centri diurni sono quindi una risorsa importante sia per il benessere psicofisico degli/delle utenti stessi che un'offerta di sollievo per i famigliari *caregivers*.
Dei 19 centri socio-assistenziali diurni con un totale di 238 posti, tre strutture sono a disposizione per persone con autismo. Alla fine dell'anno di riferimento, la loro capacità ricettiva ammontava ad un totale di 27 posti.

[T.6.8] Centri socio-assistenziali diurni: posti e utenti, 2014

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti	Utenti totali al 31/12	Utenti / 1.000 abitanti
Val Venosta	2	29	26	0,85
Burgraviato	1	16	16	0,16
Oltr.-B. Atesina	3	33	33	0,43
Bolzano	4	63	62	0,59
Salto-Sciliar	3	25	25	0,51
Val d'Isarco	2	32	30	0,58
Alta V. Isarco	1	17	19	0,85
Val Pusteria	2	11	9	0,14
Totale	**18**	**226**	**220**	**0,58**

Fonte: ASTAT, 2015

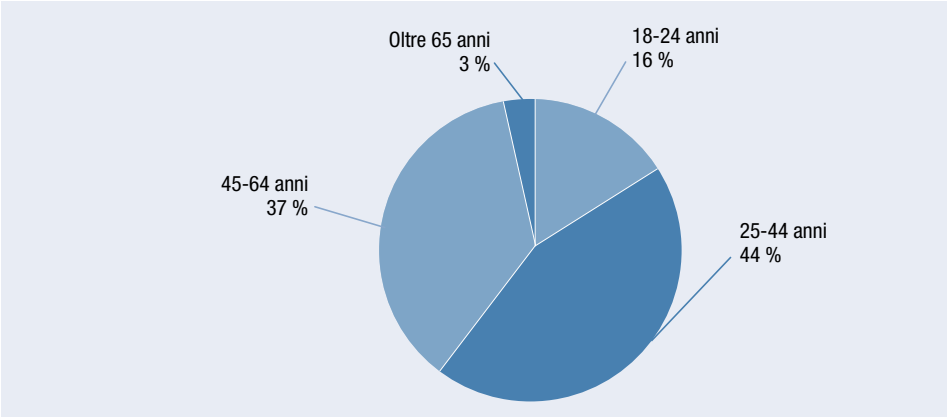
GRADO DI UTILIZZO E DOMANDA

Al 31 dicembre 2014 il grado di utilizzo dei centri socio-assistenziali diurni era pari al 97,5 %. Il trend era costantemente crescente nel corso degli scorsi anni (2010: 88,9 %, 2011: 91,1 %, 2012: 94,5 %).
Alla fine dell'anno, in 4 delle Comunità comprensoriali, un totale di 15 persone era iscritto alle liste d'attesa per l'ammissione ad un centro socio-assistenziali diurno. Il coefficiente di eccedenza alla domanda ammontava quindi al 6,3.
Nel corso dell'anno 2014 sono state effettuate 26 nuove ammissioni presso i centri socio-assistenziali diurni, mentre 13 persone hanno abbandonato queste strutture. Il rispettivo coefficiente di turnover era quindi pari al 10,9. Il motivo principali per l'uscita dai centri diurni è il passaggio ad un altro tipo di struttura (69,2).

STRUTTURA PER ETÀ

In confronto alle persone che frequentano un laboratorio protetto, l'età media di chi utilizza un centro diurno è più bassa: metà degli/delle utenti ha meno di 44 anni.

[G.6.20] Centri socio-assistenziali diurni: utenti per classe d'età, 2014

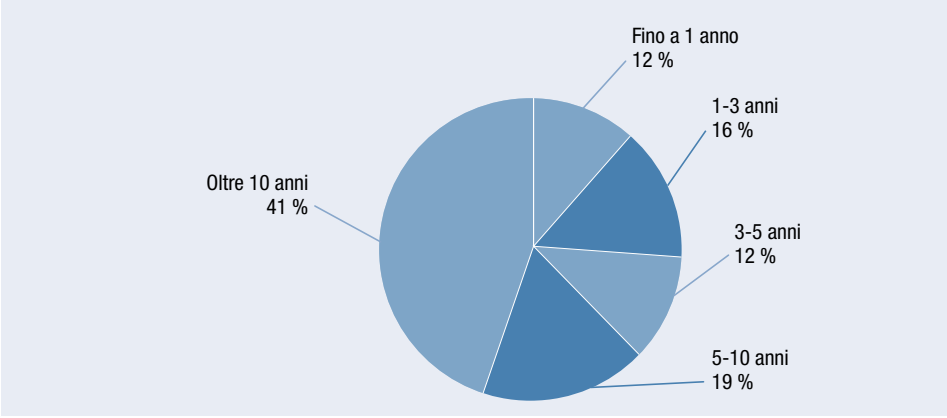


Fonte: ASTAT, 2015

DURATA DELLA PERMANENZA

Anche nel caso dei centri socio-assistenziali diurni, la durata media di permanenza è determinata dagli obiettivi e dall'orientamento concettuale di questo tipo di struttura: come emerge dal grafico 6.21, alla fine dell'anno più del 40 % degli utenti frequentavano il relativo centro da più di 10 anni.

[G.6.21] Centri socio-assistenziali diurni: utenti per durata della permanenza



Fonte: ASTAT, 2015

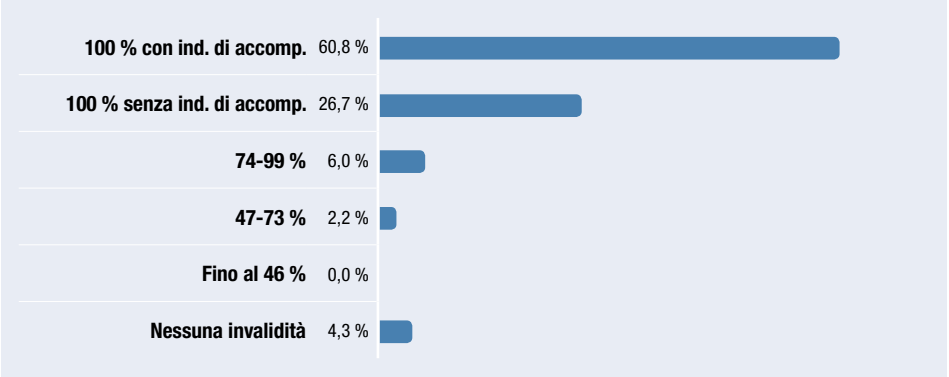
GRADO D'INVALIDITÀ E TIPOLOGIA DI DISABILITÀ

Come descritto nell'introduzione, l'offerta dei centri socio-assistenziali diurni è rivolto soprattutto a persone che non hanno né la possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro, né di svolgere un'occupazione lavorativa presso un laboratorio protetto o riabilitativo. Di conseguenza, le statistiche inerenti il grado d'invalidità riconosciuta, le tipologie di disabilità e l'inquadramento ai sensi dell'assegno per la non autosufficienza risultano essere diversi.

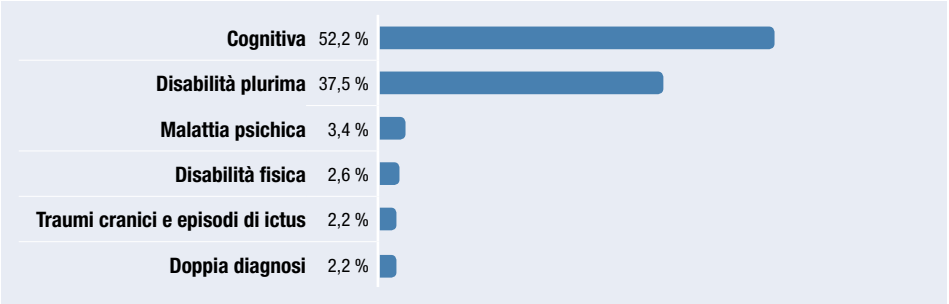
L'87,5 % degli/delle utenti hanno un grado d'invalidità pari al 100%. La maggioranza ha un'invalidità intellettiva (52,2 %) oppure disabilità multiple (37,5 %).

Inoltre, la maggior parte degli/delle utenti dei centri diurni è inquadrato al terzo (34,9 %) o quarto livello (40,5 %) di cura.

[G.6.22] Utenti dei centri socio-assistenziali diurni per grado d'invalidità, 2014 (in %)



[G.6.23] Utenti dei centri socio-assistenziali diurni per tipologia della disabilità, 2014 (in%)

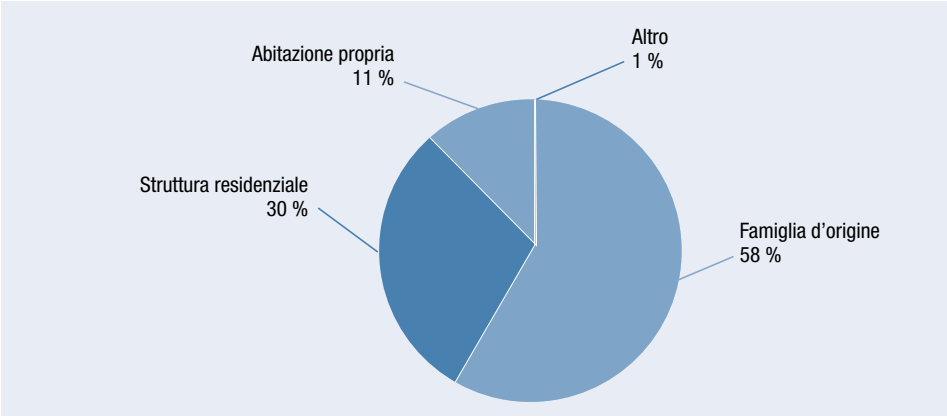


Fonte: ASTAT, 2015

TIPOLOGIE D'ABITAZIONE

Le persone che usufruiscono delle offerte di cura e assistenza presso i centri socio -assistenziali diurni vivono di solito presso una struttura abitativa dei servizi sociali (30 %) oppure nelle loro famiglie d'origine (58 %). Questi dati e le sopraccitate informazioni in merito al grado di non autosufficienza degli/delle utenti dei centri diurni dimostrano che anche in questo caso si tratta di un'importante offerta di sollievo per i famigliari *caregivers*.

[G.6.24] Utenti dei centri socio-assistenziali diurni per tipologia d'abitazione, 2014 (in %)

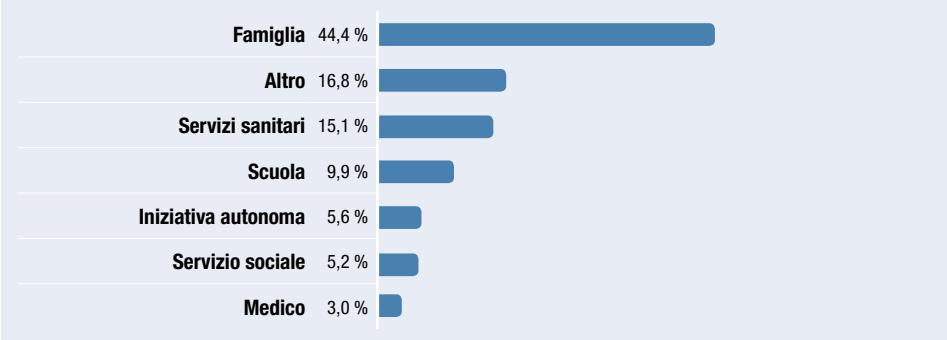


Fonte: ASTAT, 2015

TIPOLOGIE D'INVIO

Come dimostra il grafico sottostante, le domande di ammissione ad un centro socio-assistenziale diurno nella maggioranza dei casi vengono presentate dai famigliari (44,4 %), ma anche i servizi specialistici (15,1 %) e le scuole (9,9 %) assumono un ruolo quali enti invianti.

[G.6.25] Utenti dei centri socio-assistenziali diurni per domanda di ammissione, 2014 (in%)



Fonte: ASTAT, 2015

Nell'anno 2014 a livello provinciale 26 persone sono state ammesse ai centri socio-assistenziali diurni, mentre 13 hanno abbandonato queste strutture. La maggioranza di esse (9 persone) si sono trasferite in un'altra struttura, mentre due sono tornate a trascorrere l'intera giornata con la loro famiglia d'origine.

PERSONALE

Al 31 dicembre 2014 presso i centri socio-assistenziali diurni vi erano 231 operatori/operatrici, corrispondenti 123,6 unità di personale equivalenti a tempo pieno. La relazione fra questo ultimo dato e il numero di posti disponibili a livello provinciale è pari a 0,52. Dall'anno 2012, tali cifre erano soggette solo a leggeri cambiamenti: al 31.12.2012 le unità di personale equivalenti a tempo pieno erano pari a 126,5 e la loro relazione alla capacità di ricezione ammontava a 0,54.

6.4 Altri interventi e servizi

6.4.1 Attività di sostegno in ambito scolastico

ALUNNI/ALUNNE CON DIAGNOSI FUNZIONALE

Negli anni 70 l'Italia fu uno dei primi paesi europei ad abolire le scuole speciali e ad introdurre un sistema scolastico inclusivo. Presso le scuole dell'Alto Adige, agli alunni e alle alunne sono affiancati sia insegnanti di sostegno che assistenti all'integrazione scolastica con specifica formazione professionale. Questo personale specializzato sostengono gli alunni e le alunne ad elaborare i contenuti formativi e promuovono l'inclusione nel gruppo dei pari.

Nell'anno scolastico 2013/2014, presso le scuole dell'infanzia, elementari, medie e superiori risultarono iscritti 1.725 bambini/e e giovani/e con una diagnosi di funzione oppure una descrizione funzionale (compromissione funzionale dello stato psicofisico). Come è possibile evincere dalla tabella sottostante, a partire dall'anno scolastico 2012/2013 le modalità di rilevazione statistica in quest'ambito sono state modificate. Ciò è da ricondurre all'"accordo di programma fra scuole dell'infanzia, scuole e servizi territoriali (Delibera della Giunta provinciale del 5 luglio 2013, n. 1056). Su questa base si rilevano le diagnosi di funzione ai sensi della Legge del 5 febbraio 1992, n. 104, mentre per la rilevazione statistica di bambini/e ed alunni/e con un bisogno formativo particolare si fa riferimento alla Legge dell'8 ottobre 2010, n. 170 e successive modifiche a livello nazionale. Di conseguenza, i criteri di assegnazione e quindi anche il numero delle diagnosi funzionali risultano modificati. I dati statistici sotto riportati e riguardanti il periodo a partire dall'anno scolastico 2013/2014 indicano quindi esclusivamente il numero di bambini/e e giovani con una disabilità ai sensi della Legge 104/1992:

[T.6.9] Alunni/e con diagnosi funzionali presso le scuole dell'Alto Adige

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14
S. materne	214	230	228	259	257	254
S. elementari	1.212	1.252	1.304	1.346	1,406	582
S. medie	1.213	1.295	1.374	1.448	1.500	482
S. superiori	412	430	545	537	n.d.	407
Totale	**3.051**	**3.207**	**3.451**	**3.608**	**-**	**1.725**

Fonte: ASTAT, 2015

Inoltre, nell'anno scolastico 2013/2014 un totale di 1.664 apprendisti e scolari/e presso le varie Scuole professionali e della Formazione professionale agricola, forestale e di economia domestica risultavano avere una diagnosi funzionale.

6.4.2 Maßnahmen zur Arbeitseingliederung

PRINCIPI E TIPOLOGIE D'INSERIMENTO LAVORATIVO

L'inserimento delle persone con disabilità nel mercato del lavoro viene disciplinato e promosso dalla Legge statale n. 68/1999. A livello provinciale, alla fine del 2013 un totale di 1.813 persone con invalidità civile risultavano assunte ai sensi della Legge, presso aziende private o enti pubblici. Alla fine dell'anno 2014, nelle liste d'attesa per il collocamento mirato erano iscritte 700 persone.

Fra le misure per la preparazione all'inserimento nel mercato del lavoro si trovano i laboratori riabilitativi sopra descritti, ma anche le varie forme delle cosiddette convenzioni di affidamento. Si tratta di progetti d'inserimento lavorativo che a livello formale e in base alla Legge provinciale 20/1983 sono da considerarsi posti laboratori presso aziende. Le persone svolgono le loro attività presso enti pubblici o privati e sono sostenute sia dall'Ufficio Servizio lavoro che dal personale addetto all'assistenza sul posto di lavoro presso i Distretti sociali. L'obiettivo è la sperimentazione e lo sviluppo di competenze e conoscenze che permettano il futuro inserimento nel mercato del lavoro. Le convenzioni di affidamento, tuttavia, non sono equiparate ad un rapporto di lavoro. Le persone occupate non hanno assicurazione pensionistica e percepiscono un'indennità mensile erogata dalla Ripartizione Lavoro.

SVILUPPO QUANTITATIVO

Al 31.12.2014 il numero delle persone occupate tramite convenzione di affidamento ammontava a 353, mentre 58 persone erano iscritte alle rispettive liste d'attesa. Di tutti i progetti d'inserimento lavorativo attivati, 20 erano cosiddetti Progetti Assunzione Lavorativa (PAL) che vengono stipulati per brevi periodi (per un massimo di 1 anno), in preparazione ad una prossima assunzione, mentre 157 sono da classificarsi "Progetti Osservazione e Addestramento" (POA) indirizzati alla preparazione all'inserimento nel mercato del lavoro in un arco di tempo di 3 anni. Inoltre sono stati attivati 176 Progetti d'inserimento lavorativo assistenziale che offrono un'occupazione a lungo termino e un addestramento sul posto di lavoro a tutti coloro che necessitano di un contesto protetto per lo sviluppo ed il mantenimento delle loro competenze e capacità.

[T.6.10] Progetti d'inserimento lavorativo 2004-2014

Anno	Interventi di apprendimento e osservazione	Interventi di inserimento lavorativo	Interventi di assunzione	Totale
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
2013	137	176	16	137
2014	157	176	20	157

Fonte: Ufficio Servizio lavoro 2015

6.7 Sintesi conclusiva e prospettive

INDICE DI DOTAZIONE

Come emerge da quanto sopra esposto, l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali in Alto Adige può essere considerata capillare. Quasi tutte le tipologie di offerte sono presenti in ogni singola Comunità comprensoriale/sul territorio dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, garantendo la realizzazione del principio della vicinanza ai cittadini.

ABITARE

Nell'ambito abitativo i dati statistici dimostrano un coefficiente di domanda positivo rispetto a tutte le tipologie di offerta. Ciò suggerisce la presenza di lacune nell'offerta di servizi in questo settore.

In futuro l'intensità dell'offerta nel settore abitativo è da ampliare in termini quantitativi, ma anche da sviluppare in termini qualitativi, in particolar modo ai fini di un adeguamento alla demografia in continuo cambiamento e allo sviluppo di offerte centrate sulla persona e sul bisogno attraverso le quali si possono promuovere partecipazione sociale e autodeterminazione. Ciò non vale solo per strutture abitative residenziali, ma nello stesso modo anche per offerte ambulatoriali di accompagnamento abitativo e training abitativo. In tal senso le prestazioni a favore di una "vita autonoma" e dell'accompagnamento abitativo sopra descritte rappresentano risorse importanti, le quali necessitano di essere prese in considerazione e ulteriormente sviluppate sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. L'ulteriore diffusione di offerte di questo tipo deve essere accompagnata da un adeguamento sistematico di spazi di vita privati e pubblici ai bisogni delle persone con disabilità. L'abbattimento di barriere è un aspetto centrale per la partecipazione sociale e l'autodeterminazione.

ABBATTIMENTO DI BARRIERE LINGUISTICHE

Il concetto di barriere non si riferisce però esclusivamente a ostacoli di natura architettonica. Ad esempio, le barriere di tipo linguistico possono precludere occasioni di partecipazione e autodeterminazione alle persone con disabilità intellettiva o sensoriale. In questo senso è molto rilevante che servizi pubblici e amministrazioni offrano sia testi in linguaggio semplice che traduzioni in Braille e nella lingua dei segni al fine di garantire l'accessibilità alle informazioni. Sia gli operatori/le operatrici sociali che gli addetti/le addette all'interno dell'amministrazione pubblica devono essere ulteriormente sensibilizzati e formati a riguardo.

TEMPO LIBERO E CONTATTI SOCIALI

Due ulteriori aspetti di grande rilevanza per la qualità di vita ed una soddisfacente gestione della quotidianità sono inoltre quelli del tempo libero e dei contatti sociali. Con l'obiettivo dell'inclusione, le offerte di tempo libero e culturali, così come ogni opportunità che permetta di instaurare e mantenere contatti sociali devono essere pianificate e sviluppate in modo tale che la diversità non venga solo tollerata, ma riconosciuta come valore aggiunto.

LAVORO

In conclusione si fanno alcuni accenni all'argomento dell'inserimento lavorativo. La possibilità di svolgere un'attività lavorativa è uno dei presupposti centrali per raggiungere autonomia economica, ma anche opportunità individuali di autodeterminazione e inclusione. La nuova legge provinciale pone particolare attenzione alle misure volte alla promozione dell'inclusione nel mercato del lavoro. Offerte flessibili e centrate sulla persona nell'ambito dell'occupazione lavorativa e del training sul posto di lavoro devono essere ulteriormente sviluppate sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. Nello stesso modo, si intendono creare nuovi incentivi nonché misure di sostegno e consulenza a

favore di datori di lavoro e di persone con disabilità che possano essere poste in atto anche dopo l'assunzione.

INCLUSIONE IN TUTTI GLI AMBITI DI VITA

Tutti i sopraccitati principi e linee guida della politica nel settore della disabilità saranno sanciti nella nuova legge quadro provinciale per la partecipazione e l'inclusione, di cui elaborazione è stata portata avanti nel corso dell'anno 2014 e di cui approvazione ed entrata in vigore avverranno a partire dal 2015. L'idea di fondo è di offrire alle persone con disabilità una serie di possibilità di autodeterminazione e partecipazione in tutti gli ambiti di vita e di collaborare, insieme a tutti gli attori privati e pubblici e della società civile, al progetto di una società inclusiva che non solo tollera la diversità, ma la vive come arricchimento reciproco.

7.

Disagio psichico e dipendenze

Urban Nothdurfter e Gerlinde Haller

7.1 Situazione del disagio psichico e delle dipendenze

7.1.1 Osservazioni sulla situazione attuale

ORDINE DI GRANDEZZA DEL DISAGIO PSICHICO

Uno studio pubblicato nel 2011 da Witten e coll. giunge al risultato che nell'arco di un anno il 38 % degli abitanti dell'Unione europea soffre di un disturbo psichico clinicamente significativo.[1] I problemi più frequenti risultano essere l'ansia (14,0 %), seguita da disturbi del sonno (7,0 %), depressioni (6,9 %) e malattie psicosomatiche (6,3 %). Il 5 % dei minori soffre di disturbi dell'attenzione e di iperattività. Circa il 4 % della popolazione dell'Unione europea si può considerare alcol- o tossicodipendente. Le demenze colpiscono circa l'1 % dei 60-65enni e fino al 30 % degli ultra 85enni.

Anche secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nei paesi dell'Unione europea e in Islanda, Norvegia e Svizzera, nel corso dell'anno appena trascorso il 27 % degli adulti ha sofferto di un disturbo psichico clinicamente rilevante.

Le affezioni neuropsichiatriche costituiscono, secondo i dati dell'OMS, oltre il 36 % delle malattie croniche in Europa e sono la causa principale delle disabilità permanenti. Una triste conseguenza dei problemi psichici può essere il suicidio. Dei venti paesi che presentano il più alto tasso di suicidi al mondo, secondo i dati dell'OMS sei si trovano in Europa[2].

In base a quanto rilevato dall'Istituto provinciale di Statistica, il tasso di suicidi in Alto Adige nel 2014 si attestava a 12,2 ogni 100.000 abitanti.

ORDINE DI GRANDEZZA DELLE DIPENDENZE DA ALCOL E STUPEFACENTI

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, il 39,8 % della popolazione altoatesina di età compresa tra 18 e 69 anni presenta un comportamento a rischio per quanto attiene l'uso di alcol. Circa un quarto (25,2 %) della popolazione altoatesina di età compresa tra 18 e 69 anni fuma regolarmente.[3] Dati differenti sul consumo di droghe proibite in Alto Adige purtroppo non esistono. Nel 2014 le dimissioni dagli ospedali in seguito a ricoveri riconducibili al consumo di stupefacenti hanno interessato 145 persone. Altre informazioni sul numero di assistiti con tossicodipendenze si possono trovare all'interno in questo capitolo.

STIGMATIZZAZIONE

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,

1 Wittchen, H.U. e coll. (2011): 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), pagg. 655-679.
2 OMS Europa (ed.), reperibile alla pagina: www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics (30.10.2015)
3 Osservatorio epidemiologico provinciale (ed.) Relazione sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano-Alto Adige 2014, Bolzano, reperibile alla pagina: www.provinz.bz.it/eb/download/TestoRS2014dt.pdf (30/10/2015)

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.
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.

TRATTAMENTO

Stando allo studio europeo citato in precedenza, in Europa solo il 10 % dei disturbi psichici viene trattato con un livello di adeguatezza perlomeno minimo. Anche i migliori sistemi sanitari di conseguenza sono in grado di trattare in maniera sufficientemente adeguata nel migliore dei casi un paziente su due.[4] Si può quindi ipotizzare che anche in Alto Adige la rete di assistenza alle persone con malattie psichiche 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.

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

APPROCCIO PERSONALIZZATO

Nel potenziare le strutture di assistenza dei malati psichici, la Provincia ha adottato il criterio dell'approccio personalizzato, 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 delle 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.[5]

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. Gli obiettivi principali dell'assistenza sociopsichiatrica in Alto Adige

4 Vedi nota a piè di pagina 1.
5 Piano di azioni nazionale per la salute mentale
www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf

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 Psichiatria 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.

PREVENZIONE

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. 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 a 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.

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 e di sensibilizzazione sul tema della salute psichica.

MESSA IN RETE

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.

LAVORO

Riguardo al miglioramento dell'inserimento lavorativo delle persone con malattie psichiche e dipendenze (e anche di altri gruppi emarginati), le cooperative sociali di tipo B rivestono particolare importanza. Inoltre gioco un ruolo fondamentale a tale riguardo la collaborazione tra servizi socio psichiatrici, servizi sociali (Servizio di accompagnamento al posto di lavoro) e agenzie interinali.

CASA

Sul piano della creazione di un sistema di assistenza differenziato esiste ancora un certo fabbisogno di recupero nel settore abitativo. Dal 2011 esiste la possibilità 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, anche a causa di problemi di dipendenza. Esiste inoltre la possibilità di creare per questi adulti, con l'aiuto di famiglie affidatarie, un'alternativa all'accoglimento in una struttura sociale. A questo obiettivo, raggiunto in realtà solo in alcuni casi, si è continuato a lavorare. 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.

L'assistenza alle persone affette da disagio psichico

7.2

7.2.1 L'assistenza in sintesi

CAMPI DI ATTIVITÀ DELL'AREA SANITARIA

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:

[T.7.1] Numero di posti letto per persone con malattie psichiche nelle strutture sanitarie e numero di persone assistite nei centri di salute mentale e nei servizi psicologici, 2013-2014

	AS Bolzano		AS Merano		AS Bressanone		AS Brunico		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Strutture sanitarie										
Ospedali ordinari	26	20	9	9	16	15	15	15	66	59
Ospedali/day hospital	6	6	-	7	1	1	1	2	8	16
Centri di riabilitazione	36	45	24	12	10	-	12	-	82	57
Comunità protette	45	34	24	35	-	10	-	12	69	91
Totale	**113**	**105**	**57**	**63**	**27**	**26**	**28**	**29**	**225**	**223**
Centri di salute mentale										
Pazienti assistiti nell'anno	3.152	3.141	2.525	2.449	1.995	2.049	1.642	1.723	9.314	9.362
- di cui nuovi utenti	937	486	597	567	472	491	237	235	2.243	1779
Servizi psicologici										
Pazienti assistiti nell'anno	3.124	3.161	2.277	2.211	1.727	1.632	1.380	1.384	8.508	8.388
- di cui nuovi utenti	1.248	1.242	769	718	615	591	508	479	3.140	3.030

Fonte: Ufficio distretto sanitario, Relazione sanitaria 2014, 2015

CAMPI DI ATTIVITÀ DELL'AREA SOCIALE

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). Essi accompagnano anche le famiglie affidatarie e sono competenti in materia di accompagnamento abitativo sociopedagogico.

OFFERTE ABITATIVE

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 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.

RIABILITAZIONE SOCIALE E LAVORATIVA

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.

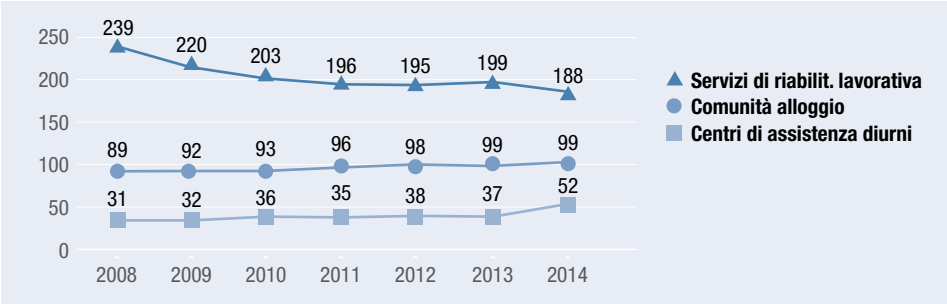
Il servizio di riabilitazione lavorativa si rivolge a persone che necessitano di interventi riabilitativi di diverso grado e durata, in un ambito più o meno protetto. La frequentazione dei servizi di riabilitazione lavorativa può concretizzarsi in una forma di occupazione permanente in un ambiente protetto 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 dal 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.

L'OFFERTA IN SINTESI

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 188 posti.

[G.7.1] Ricettività dei servizi socio-psichiatrici per i malati psichici, 2008-2014



Fonte: ASTAT, 2015

INDICE DI DOTAZIONE

L'indice di dotazione medio (numero di posti per 1.000 abitanti) alla fine del 2014 variava per i 3 servizi tra lo 0,36 dei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa e lo 0,10 dei centri diurni. Naturalmente a livello locale si riscontrano considerevoli differenze, come evidenzia la tabella che segue.

[T.7.2] Indice di dotazione medio per comunità comprensoriale/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, 2014

Comunità comprensoriale	Posti per 1.000 abitanti		
	Comunità alloggio	Servizi di riabilitazione lavorativa	Centri diurni
Val Venosta	0,18	0,53	
Burgraviato	0,13	0,25	
Olradige - B.Atesina	0,24	0,40	0,17
Bolzano	0,12	0,31	0,12
Salto-Sciliar	0,24	0,18	0,14
Val d'Isarco	0,20	0,45	
Alta Valle Isarco	0,30	0,80	0,40
Val Pusteria	0,26	0,41	0,14
Totale	**0,19**	**0,36**	**0,10**

Fonte: ASTAT, 2015

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.

CULTURA SOCIALIS

Fate il nostro gioco

Stimolati dalle promesse della pubblicità sul gioco d'azzardo grandi somme di denaro finiscono nelle macchine da gioco, nei 'Gratta e vinci' e nei giochi on-line. Poi, il denaro perduto viene a mancare per le cose della vita quotidiana, sorgono debiti e l'intera famiglia è oberata da un pesante fardello psicosociale. Per sensibilizzare sulle conseguenze del gioco d'azzardo, il Forum Prevenzione ha portato a Bolzano la mostra interattiva sulla prevenzione "Fate il nostro gioco". In stretta collaborazione con la "rete del gioco d'azzardo" nonché con i comuni di Bolzano, Merano, Laives, Bressanone e Brunico, è stato possibile offrire una mostra sulla prevenzione, interessante e stimolante per le riflessioni che comporta.

7.2.2 Comunità alloggio

OFFERTA E UTILIZZO

Alla fine del 2014 esistevano in Alto Adige 11 comunità alloggio per malati psichici che, con una disponibilità complessiva di 99 posti, accoglievano 90 utenti. In linea di massima ciascuna Comunità comprensoriale ha almeno una comunità alloggio.

[T.7.3] Numero, posti e utenti delle comunità alloggio, 2010-2014

Comunità comprensoriale	2012			2013			2014		
	Strutture	Posti	Utenti	Strutture	Posti	Utenti	Strutture	Posti	Utenti
Val Venosta	1	6	6	1	6	6	1	6	5
Burgraviato	1	13	13	1	13	11	1	13	13
Olradige - B.Atesina	2	18	16	2	18	15	2	18	15
Bolzano	2	13	12	2	13	13	2	13	13
Salto-Sciliar	2	12	11	2	12	12	2	12	11
Val d'Isarco	1	10	9	1	11	9	1	11	10
Alta Valle Isarco	1	6	5	1	6	4	1	6	5
Val Pusteria	1	20	18	1	20	20	1	20	18
Totale	**11**	**98**	**90**	**11**	**99**	**90**	**11**	**99**	**90**

Fonte: ASTAT, 2015

Il grado di utilizzo puntuale (numero di assistiti rispetto al numero di posti) risultava alla fine del 2014 del 90,9 %. Rispetto agli anni precedenti si segna quindi un notevole incremento. Tuttavia in una serie storica più lunga si osserva una considerevole oscillazione del grado di utilizzo nelle giornate campione. Nel 2014 in una delle comunità alloggio sono state accolte complessivamente 21 persone e ne sono state dimesse 22.

LISTE DI ATTESA

Sulla scorta dei dati disponibili, l'adeguatezza quantitativa dell'offerta di posti all'interno delle comunità alloggio si può stimare solo indirettamente esaminando le liste di attesa e il grado di utilizzo. Complessivamente, nel 2014 si sono iscritte in una lista d'attesa 9 persone. Il coefficiente di domanda insoddisfatta (persone in lista di attesa su 100 posti esistenti) si colloca in tal modo sul 9,1. In ogni caso va detto che in quel periodo soltanto 4 delle 11 strutture tenevano una lista di attesa. Ciò fa supporre un fabbisogno insufficiente. D'altra parte nel 2014 solo dieci domande concrete di accoglimento si sono dovute respingere per mancanza di posto (cinque nel 2012).

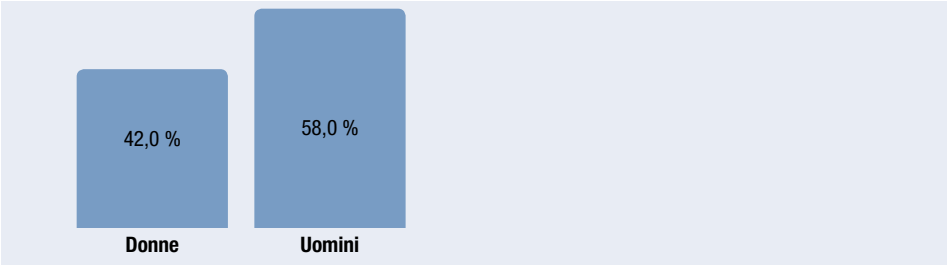
ENTI GESTORI

Nove delle undici comunità alloggio 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.

CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE DEGLI UTENTI

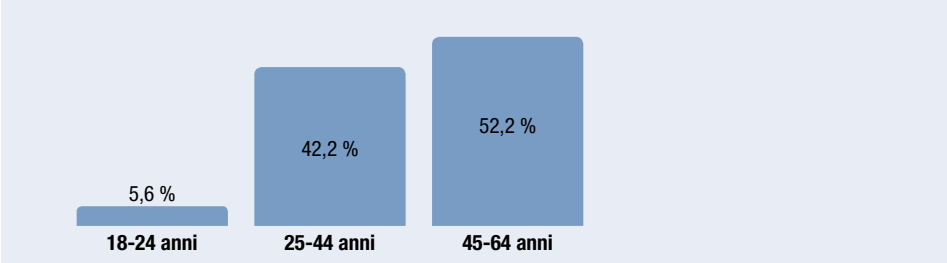
Alla fine del 2014, nelle comunità alloggio prevaleva col 58,0 % la presenza maschile. La fascia di età più in crescita, e quindi anche più rappresentata, era quella dei 45-64enni (52,2 %, nel 2012 era il 42,2 %), mentre il 6 % (nel 2012 il 10 %) era costituito dalla fascia degli "adulti giovani" (18-24 anni).

[G.7.2] Utenti delle comunità alloggio per sesso, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

[G.7.3] Assistiti delle comunità alloggio per fascia di età, 2014

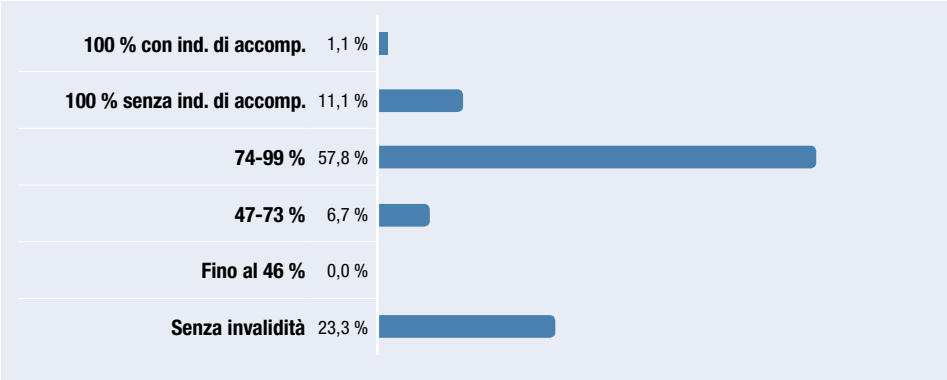


Fonte: ASTAT, 2015

GRADO DI INVALIDITÀ E DIAGNOSI

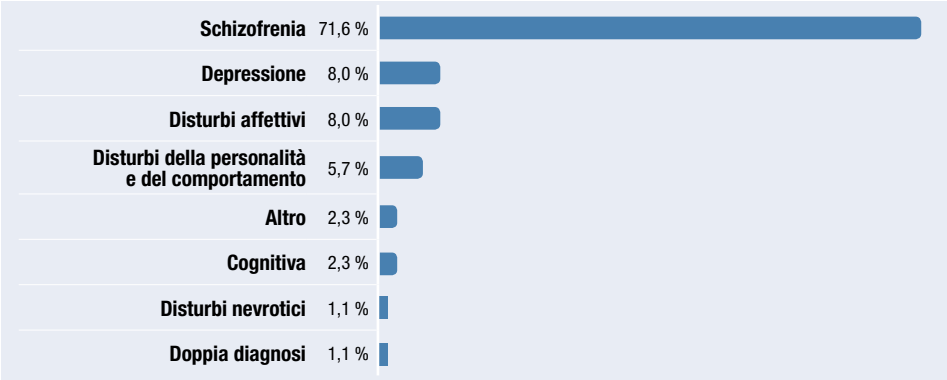
Per quanto riguarda il grado di invalidità, solo una piccola parte degli utenti (12,2 %) è portatrice di un'invalidità totale ai sensi della L.p. 46/1978, in sintonia con le indicazioni concettuali per le comunità alloggio. In quasi un quarto dei casi (23,3 %), agli assistiti non è riconosciuto alcun grado di invalidità. Per quanto riguarda i quadri clinici, nel 2014 – come del resto anche negli anni precedenti – predominavano quelli schizofrenici (71,6 %), seguiti dai disturbi affettivi (8,0 %) e dalla depressione (8,0 %).

[G.7.4] Assistiti delle comunità alloggio per grado di invalidità, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

[G.7.5] Utenti delle comunità alloggio per diagnosi, 2014

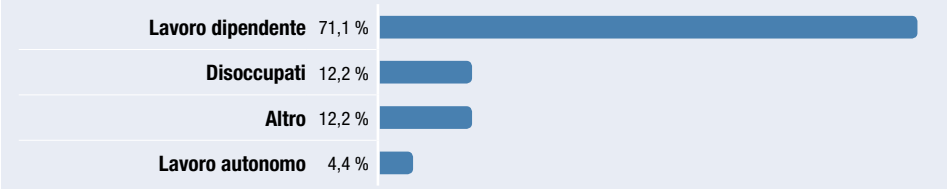


Fonte: ASTAT, 2015

ATTIVITÀ LAVORATIVA

La maggior parte degli utenti svolge di giorno un'attività lavorativa. Come ci si può aspettare, predominano le attività dipendenti (71,1 %). Purtroppo le statistiche non consentono di ricavare informazioni sul luogo di lavoro (servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, progetti di inserimento lavorativo, aziende, ecc.). Circa un utente su 9 era disoccupato alla fine del 2014.

[G.7.6] Assistiti delle comunità alloggio per attività lavorativa, 2014

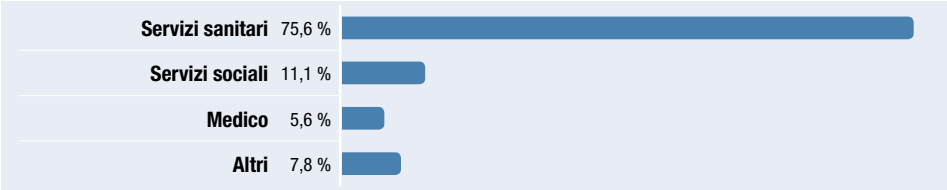


Fonte: ASTAT, 2015

TIPOLOGIA DI INVIO

Di norma l'iniziativa di accoglimento in una comunità alloggio ha avuto origine dai servizi sanitari (75,6 %).

[G.7.7] Assistiti delle comunità alloggio per tipologia di invio, 2014

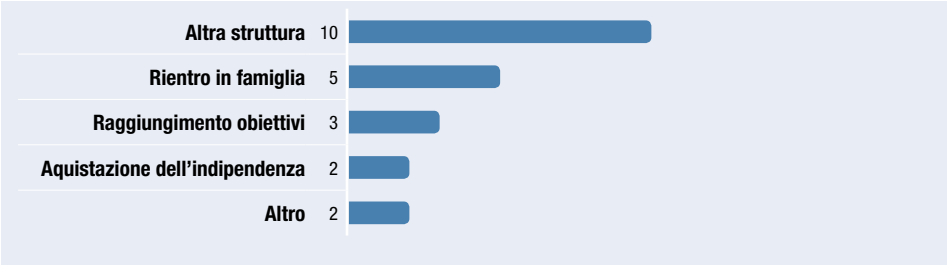


Fonte: ASTAT, 2015

DIMISSIONI

Le statistiche relative alle dimissioni rivelano che 10 delle 22 persone dimesse (45,5 %) sono state trasferite ad altre strutture dei servizi sociali. In solo quasi un quarto dei casi le dimissioni si motivano con il raggiungimento della piena indipendenza (9,1 %) o degli obiettivi del progetto individuale (13,6 %). Cinque persone (22,7 %) 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.

[G.7.8] Assistiti delle comunità alloggio per tipologia di dimissioni, 2014

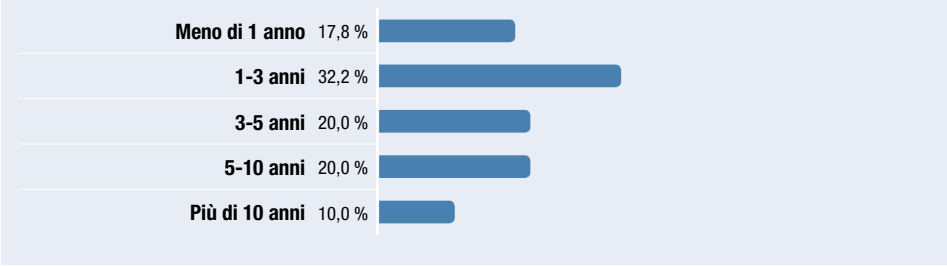


Fonte: ASTAT, 2015

DURATA DELLA PERMANENZA

Per quanto riguarda la durata della permanenza nelle comunità alloggio, alla fine del 2014 il 30,0 % degli utenti risultava risiedervi già da oltre 5 anni. Soltanto 16 persone (17,8 %) vi alloggiava da meno di un anno.

[G.7.9] Assistiti delle comunità alloggio per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Alla fine del 2014 erano occupati presso le comunità alloggio 38 operatori, pari a 32,6 operatori equivalenti a tempo pieno. Per ogni operatore equivalente a tempo pieno vi erano quindi 2,8 assistiti. In questo modo il rapporto tra utenti e operatori equivalenti a tempo pieno risulta stabile ormai da anni. Il personale delle comunità alloggio per persone con disturbi psichici è costituito anzitutto da assistenti per disabili ed operatori socio-assistenziali.

7.2.3 Servizi di riabilitazione lavorativa

OFFERTA E GRADO DI UTILIZZO

Alla fine del 2014 esistevano in Alto Adige 10 servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, con complessivi 188 posti. Si tratta di tipologie di strutture già descritte, ovvero i servizi di riabilitazione lavorativa e i centri di addestramento professionale. Rispetto all'anno precedente la ricettività si è notevolmente ridotta (-9,2 %), il che è riconducibile soprattutto alla chiusura di un servizio della Comunità comprensoriale di Salto-Sciliar.

[T.7.4] Strutture, posti e assistiti dei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, 2012-2014

Comunità comprensoriale	2012			2013			2014		
	N.	Posti	Utenti	N.	Posti	Utenti	N.	Posti	Utenti
Val Venosta	1	17	17	1	17	17	1	18	18
Burgraviato	2	24	22	2	26	26	2	25	23
Olradige - B.Atesina	1	30	23	1	30	24	1	30	23
Bolzano	2	28	36	2	28	34	2	33	40
Salto-Sciliar	2	27	22	2	27	26	1	9	7
Val d'Isarco	1	25	27	1	25	27	1	25	22
Alta Valle Isarco	1	16	24	1	16	22	1	16	22
Val Pusteria	1	28	28	1	30	30	1	32	32
Totale	**11**	**195**	**199**	**11**	**199**	**206**	**10**	**188**	**187**

Fonte: ASTAT, 2015

Il grado di utilizzo puntuale (posti occupati rispetto al numero complessivo di posti disponibili) era a fine 2014 quasi del 100 %.

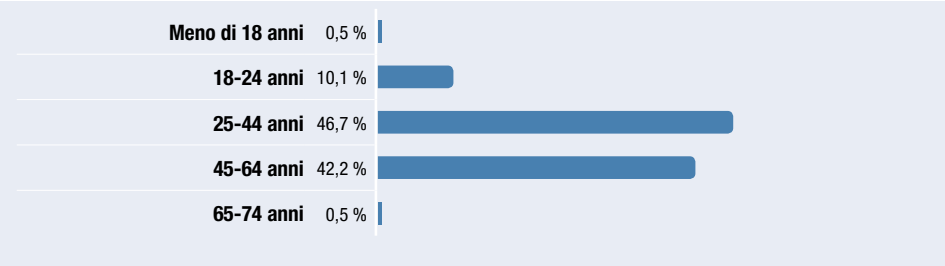
Nel 2014 sono state accolte complessivamente 58 nuove persone e ne sono stati dimesse 65. Solo 5 degli 11 servizi di riabilitazione sociale e lavorativa hanno tenuto nel 2014 liste di attesa, nelle quali risultavano complessivamente iscritte 25 persone, mentre ventisette è il numero di persone la cui domanda non ha potuto essere accolta per mancanza di posti.

Alla fine del 2014 presso i servizi di riabilitazione lavorativa la presenza maschile era del 56,7 % e quella femminile si attestava al 43,3 %. Per quanto riguarda la distribuzione per fasce di età, nel 2014 la fascia più numerosa risultava quella dei 25-44enni (46,7 %), mentre quasi la stessa percentuale (42,7 %) degli utenti aveva a quell'epoca già raggiunto i 45 anni di età.

ENTI GESTORI

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 una Onlus privata.

[G.7.10] Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: assistiti per età, 2014

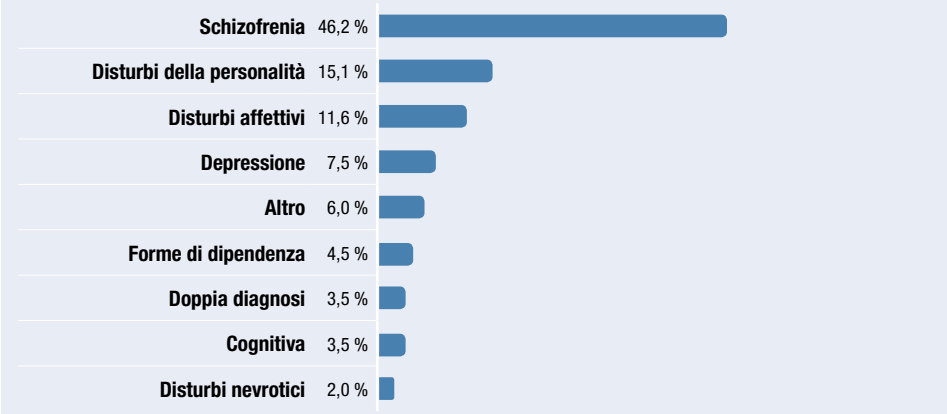


Fonte: ASTAT, 2015

DIAGNOSI E INVALIDITÀ

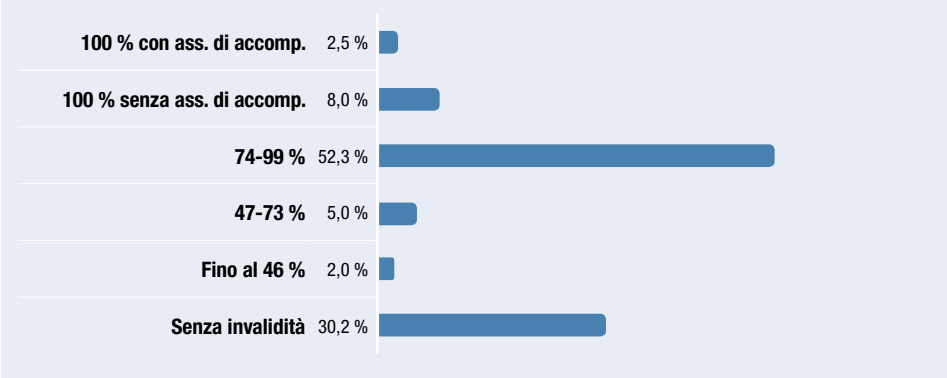
Quasi la metà degli utenti dei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa (46,2 %) presenta un quadro clinico di tipo schizofrenico; seguono i disturbi della personalità e comportamentali (15,1 %) e le psicosi affettive (11,6 %). Quasi un terzo degli utenti (30,1 %) non presenta un grado di invalidità riconosciuto, mentre circa un interessato su dieci (10,5 %) ha un'invalidità del 100 %. Per più della metà (52,3 %) degli utenti l'invalidità riconosciuta oscilla tra il 74 e il 99 %.

[G.7.11] Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: assistiti per diagnosi, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

[G.7.12] Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: assistiti per grado di invalidità, 2014

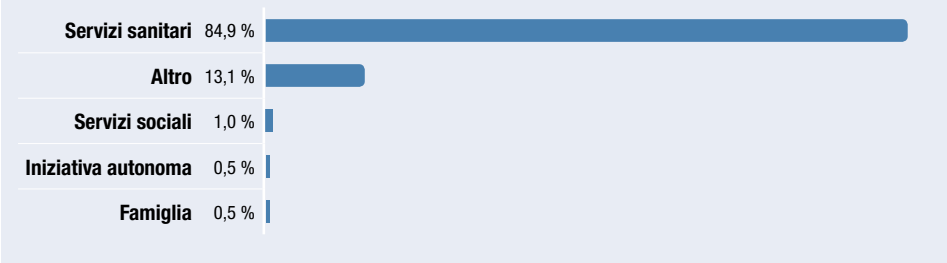


Fonte: ASTAT, 2015

TIPOLOGIA DI INVIO

Circa 8-9 utenti su dieci (84,5 %) sono stati accolti nei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa su invio di un servizio sanitario, soltanto l'1,0 % su raccomandazione di un servizio sociale.

[G.7.13] Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: assistiti per tipologia di invio, 2014



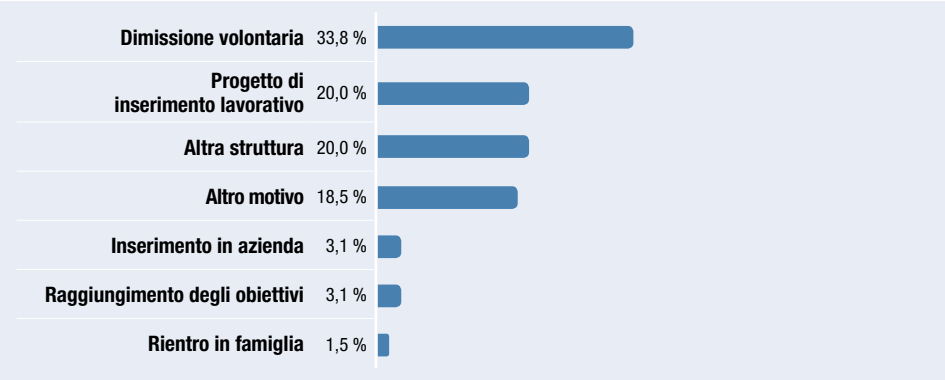
Fonte: ASTAT, 2015

DIMISSIONI

Delle 65 persone complessivamente dimesse nel 2014, circa un quinto (20,0 %) è stato trasferito direttamente ad un'altra struttura (2012: 25,5 %) e un altro quinto (20,0 %) è stato inserito in un altro progetto di inserimento lavorativo (2012: 9,1 %). In quasi un terzo dei casi (33,8 %) si trattava comunque di dimissioni volontarie. Solo il 3,1 % degli

utenti ha lasciato la struttura perché ha trovato posto in un'altra azienda (2012: 7,3 %). Se si considera poi anche che nel 18,5 % delle dimissioni non sono indicati in dettaglio i motivi o che spesso non vi sono informazioni sugli sviluppi successivi alle dimissioni, risulta quindi difficile valutare quante persone, dopo la permanenza nelle strutture di riabilitazione lavorativa, siano effettivamente riuscite a trovare un'occupazione.

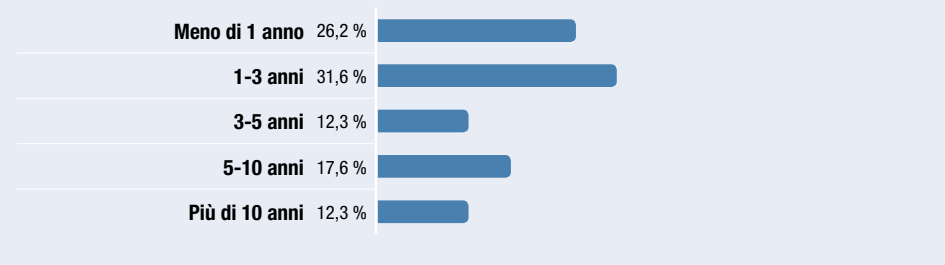
[G.7.14] Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: assistiti per motivo delle dimissioni, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

Diversi essendo gli orientamenti concettuali dei vari servizi di riabilitazione sociale e lavorativa, i tempi di permanenza variano fortemente da una struttura all'altra. Considerando tutte le strutture nel loro insieme, alla fine del 2014 il 26,2 % degli utenti si trovava presso la struttura da meno di un anno, il 31,6 % da 1 a fino a 3 anni e il 29,9 %) già da oltre 5 anni.

[G.7.15] Servizi di riabilitazione sociale e lavorativa: assistiti per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Ad assistere gli utenti presenti nei servizi di riabilitazione sociale e lavorativa alla fine del 2014 erano complessivamente 82 collaboratori, pari a 68,3 operatori equivalenti a tempo pieno. Il rapporto è quindi di 2,7 persone assistite per ciascun operatore equivalente a tempo pieno. Tra gli operatori, i profili professionali più rappresentati sono gli assistenti per disabili, seguiti dagli istitutori e dagli operatori socio-assistenziali. In quasi la metà delle strutture per l'inserimento nel mondo del lavoro di persone con problemi psichici (45,5 %) opera anche personale volontario: nel 2014 erano presenti presso i servizi di riabilitazione lavorativa complessivamente 13 volontari, con una prestazione lavorativa media di 6,5 ore al mese.

7.2.4 Centri diurni

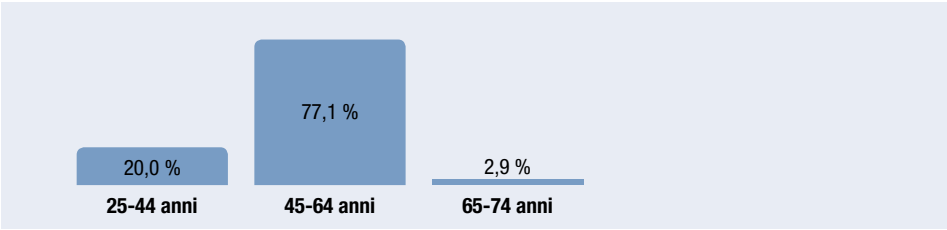
OFFERTA E UTILIZZO

In Alto Adige esistevano a fine 2014 cinque centri diurni per malati psichici, per 52 posti complessivi: uno nella Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina (13 posti), uno a Salto-Sciliar (7 posti), uno in Val Pusteria (11 posti), uno in Alta Valle Isarco (8 posti) e uno a Bolzano (13 posti). In tal maniera negli ultimi cinque anni la ricettività ha raggiunto il 62,5 % (da 32 a 52 posti), soprattutto anche grazie all'apertura del nuovo centro diurno di Bolzano nel 2014. Enti gestori di queste strutture sono le rispettive Comunità comprensoriali e l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano.
Alla fine dell'anno complessivamente 35 persone frequentavano uno dei cinque centri, con un grado di utilizzo che si attestava comunque molto al di sotto dei posti che nel frattempo erano venuti a crearsi Nel corso dell'anno 2014 sono stati accolti complessivamente 11 nuovi utenti e ne sono stati dimessi 12.

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEGLI UTENTI

Gli uomini (29) sono più fortemente rappresentati delle donne (18). Si osserva però che rispetto agli utenti delle comunità alloggio e a quelli dei servizi di riabilitazione lavorativa, gli utenti dei centri diurni sono in media sensibilmente più anziani: l'80 % aveva 45 anni e più.

[G.7.16] Centri diurni: assistiti per età, 2014

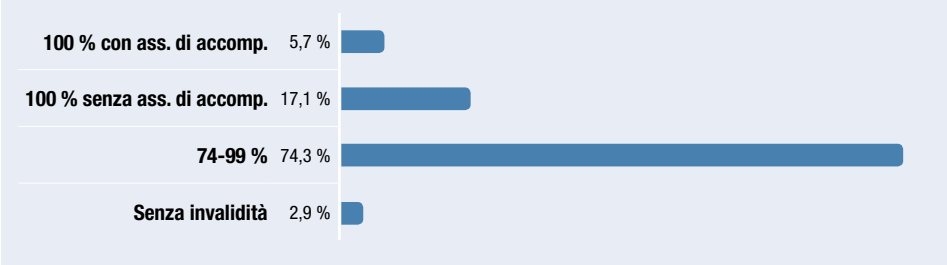


Fonte: ASTAT, 2015

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. Il 22,8 % è rappresentato da invalidi totali e solo per il 2,9 % non è stata riconosciuta alcuna invalidità. Anche nel caso dei centri diurni prevalgono con il 57 % disturbi di tipo schizofrenico.

[G.7.17] Centri diurni: assistiti per grado di invalidità, 2014

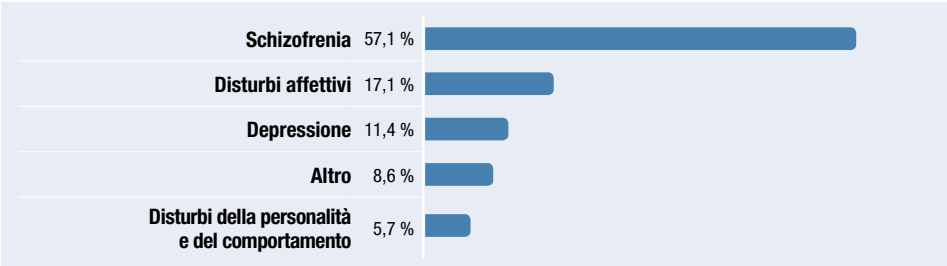


Fonte: ASTAT, 2015

CULTURA SOCIALIS
Verführungen

Immedesimarsi e immergersi in mondi di sensazioni diversi – è ciò che permette il volume illustrato "Verführungen" del Centro Terapeutico Bad Bachgart di Rodengo. Nel corso del loro soggiorno terapeutico, durante i moduli di arteterapia e terapia della scrittura, i pazienti hanno creato numerosi oggetti e testi. Una selezione di questi lavori è stata pubblicata nel libro "Verführungen", che permette di dare uno sguardo significativo nel mondo di sensazioni e di pensieri dei pazienti, nel quale ogni lettore può ritrovarsi. Il libro permette di vedere e leggere un'elaborazione artistica di pensieri e sensazioni, durante un processo personale e per lo più doloroso di cambiamento e guarigione. Per evidenziare la vicinanza tra pazienti e terapeuti, hanno partecipato al libro con immagini e testi anche collaboratori dello staff terapeutico.

[G.7.18] Centri diurni: assistiti per diagnosi, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

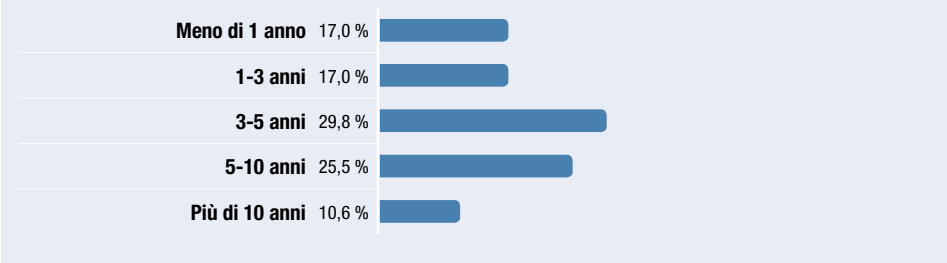
TIPOLOGIA DI INVIO

L'accoglimento nel centro diurno è avvenuto quasi esclusivamente su iniziativa di un servizio sanitario (94,3 %). Alla fine del 2014 solo circa un sesto (17,1 %) degli utenti era presente nella struttura da meno di un anno, mentre il 36,1 % di essi la frequentava da oltre cinque anni. Si evidenzia qui l'importanza che assume per molti dei soggetti interessati la possibilità di dare un senso alla propria giornata.

[G.7.19] Centri diurni: assistiti per tipologia di invio, 2014

Fonte: ASTAT, 2015

[G.7.20] Centri diurni: assistiti per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Nei cinque centri diurni operavano alla fine del 2014 dieci collaboratori, pari a 7,6 operatori equivalenti a tempo pieno. Il personale era costituito in essenza da assistenti per disabili ed istitutori.

L'assistenza alle persone affette da dipendenze

7.3

7.3.1 Servizi dell'area sanitaria

ALCOLDIPENDENZA

In campo sanitario l'assistenza territoriale agli alcoldipendenti è garantita dai Servizi per le tossicodipendenze (SerT) e da due servizi privati convenzionati con le aziende sanitarie di Bolzano e di Merano. Nel 2014 i Servizi per le tossicodipendenze hanno assistito complessivamente 3.133 persone con problemi di alcolismo; di queste i due servizi privati ne hanno assistito 1.450 (46,2 %). Rispetto al 2012, il numero complessivo di persone assistite è aumentato di circa l'1,6 %.

[T.7.5] Alcoldipendenza: numero complessivo di assistiti, 2014

	Con terapia	Senza terapia	Contatti	Totale
Sert Bolzano	-	2	-	2
Algologia Bolzano	2	155	-	157
Hands – Bolzano	673	551	1	1.225
Distretto sanitario di Bolzano*	**675**	**708**	**1**	**1.384**
Sert Merano	251	274	8	533
Caritas	166	58	1	225
Distretto sanitario di Merano*	**417**	**332**	**9**	**758**
Distretto sanitario di Bressanone*	**242**	**190**	**3**	**435**
Distretto sanitario di Brunico*	**268**	**283**	**5**	**556**
Totale	**1.602**	**1.513**	**18**	**3.133**

* 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 2015

TOSSICODIPENDENZA

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 2014 1.623 persone con problemi di tossicodipendenza, il che vuol dire, rispetto al 2012, un incremento del 14,9 % degli assistiti.

[T.7.6] Tossicodipendenza: assistiti del Servizio per le tossicodipendenze (SerT) per Distretto sanitario, 2014

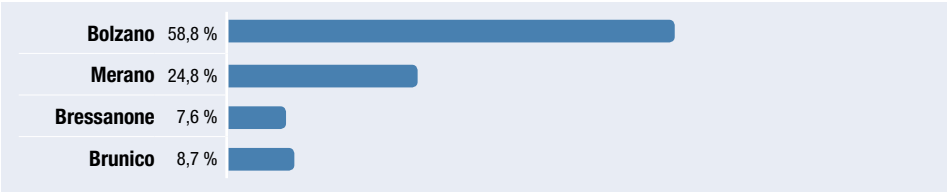
Utenti in carico	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Utenti in carico	465	201	51	66	783
Utenti non in carico	326	109	43	60	538
Contatti	164	92	30	16	302
Totale	**955**	**402**	**124**	**142**	**1.623**

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige – Sert, Relazione sanitaria provinciale 2015

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELL'UTENZA

La maggioranza degli utenti (58,8 %) viene trattata dal SerT del Distretto sanitario di Bolzano, seguito da quello di Merano (24,8 %). Questa distribuzione territoriale si mantiene stabile ormai da anni.

[G.7.21] Assistiti per Distretto sanitario (%), 2014

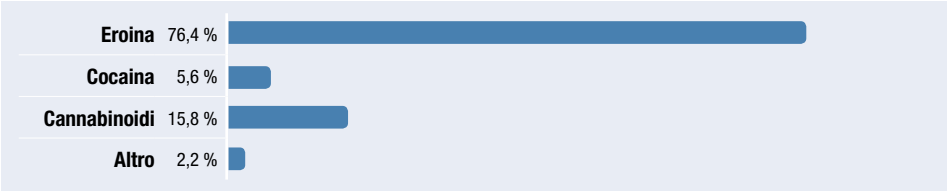


Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige – Sert, Relazione sanitaria provinciale 2015.

MODELLI DI CONSUMO DEGLI UTENTI

Quasi tre quarti (76,4 %) delle persone tossicodipendenti assistite dai SerT consumano prevalentemente eroina. Seguono al secondo posto i cannabinoidi (15,8 %). Questa distribuzione è relativamente stabile ormai da anni.

[G.7.22] Assistiti per sostanza assunta prevalentemente (%), 2014



Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2015.

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

Fatto salvo per Brunico, l'eroina è in tutti i distretti sanitari la droga primaria più consumata. In Val Pusteria, al contrario, prevalgono leggermente i cannabinoidi.

[T.7.7] Tossicodipendenza: assistiti del Servizio per le tossicodipendenze (SerT) per sostanza assunta prevalentemente, 2014

Sostanza primaria	Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altro	Totale
Bolzano	404	24	36	1	465
Merano	143	14	42	2	201
Bressanone	25	4	14	8	51
Brunico	26	2	32	6	66
Provincia	**598**	**44**	**124**	**17**	**783**

Fonte: Relazione sanitaria provinciale 2015.

7.3.2 Servizi sociali – Comunità alloggio e strutture lavorative

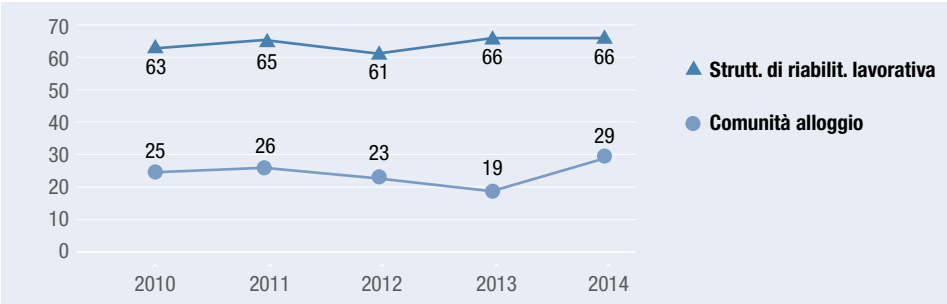
COMPITO DEI SERVIZI SOCIALI

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.

OFFERTE

Per l'assistenza delle dipendenze esistevano a fine 2014 quattro strutture residenziali con 29 posti e 6 laboratori con complessivi 66 posti. Rispetto agli anni precedenti si registra un lieve aumento della ricettività: i posti nelle strutture residenziali che nel 2013 era saliti fino a 19, nel 2014 sono addirittura ulteriormente aumentati.

[G.7.23] Ricettività dei servizi sociali per persone con problemi di dipendenza, 2010-2014



Fonte: ASTAT, 2015

Con 21 utenti a fine 2014, si ha per le comunità alloggio un utilizzo puntuale dell'72,4 %, mentre per le strutture di riabilitazione lavorativa, con i loro 61 utenti, il grado di utilizzo raggiunge il 92,4 %.

DIFFERENZE TERRITORIALI

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.

[T.7.8] Strutture, posti e assistiti per Comunità comprensoriale/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, 2014

Comunità comprensoriale	Comunità alloggio			Strutture di riabilitazione lavorativa		
	Val Venosta	Posti	Utenti	Servizi	Posti	Utenti
Val Venosta						
Burgraviato	1	4	3	1	12	12
Oltradige-B. Atesina						
Bolzano	2	15	10	1	15	15
Salto-Sciliar				2	16	14
Val d'Isarco	1	10	8			
Alta Valle Isarco				1	3	2
Val Pusteria				1	20	18
Totale	**4**	**29**	**21**	**6**	**66**	**61**

Fonte: ASTAT, 2015

ENTI GESTORI

Due delle 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 da un'associazione di volontariato.

SESSO ED ETÀ

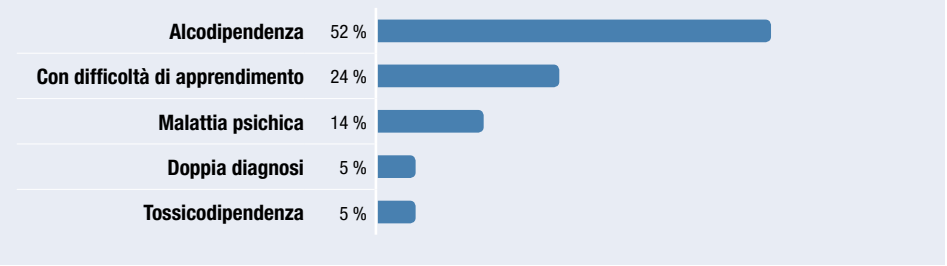
Le persone dipendenti assistite sono in prevalenza di sesso maschile. Nelle comunità alloggio il numero di uomini alla fine del 2014 si attestava a 16, mentre le donne erano 5. Nei laboratori gli uomini erano 55 e le donne 6. Nelle comunità alloggio e nei laboratori

la maggior parte degli utenti aveva un'età compresa tra 46 e 64 anni: in questa fascia di età rientravano 10 dei 21 utenti delle comunità alloggio, mentre per i laboratori si trattava di 46 utenti su 61. Tendenzialmente, però, sembra che le comunità alloggio rivestano maggiore importanza per gli assistiti più giovani rispetto ai laboratori, i cui utenti rientrano soprattutto in una fascia di età più anziana.

ASSISTITI PER DIAGNOSI

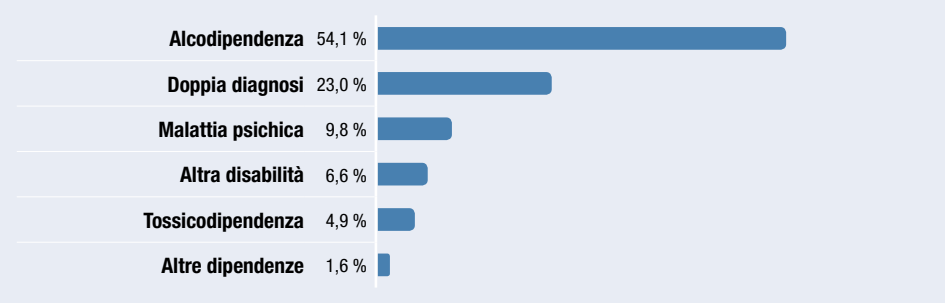
Nelle strutture di riabilitazione lavorativa la metà circa degli utenti è rappresentata da soggetti alcoldipendenti (54,1 %),che tuttavia, rispetto al 2012, sono significativamente diminuiti. Un notevole aumento si registra invece tra gli utenti che presentano una cosiddetta doppia diagnosi e che costituirono circa un quarto (23,0 %) degli assistiti, mentre nel 2012 erano soltanto il 10,9 % dell'utenza. Nelle comunità alloggio l'alcoldipendenza segna un notevole aumento di soggetti: nel 2014 gli utenti avevano raggiunto il 52 % (2012: 36,8 %). La percentuale del 24 % di persone con difficoltà di apprendimento si spiega con la particolare tipologia di offerta mista praticata dalla Comunità comprensoriale della Val d'Isarco.

[G.7.24] Comunità alloggio: assistiti per diagnosi, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

[G.7.25] Strutture di riabilitazione lavorativa: assistiti per diagnosi, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

Anche se gli utenti con invalidità totale riconosciuta vengono trattati soltanto nei laboratori per persone in situazione di handicap e rappresentano l'8,5 % del numero totale degli utenti di comunità alloggio e laboratori, nella distribuzione per grado di invalidità si osserva in entrambe le tipologie di struttura un modello simile: circa un quarto (25,6 %) degli utenti è in entrambi i casi inquadrato come invalidi con un grado di invalidità compreso tra il 74 % e il 99 %. Il 20 % degli utenti presenta un grado di invalidità fino al 73 % e il 44,0 % non ha un grado di invalidità riconosciuto.

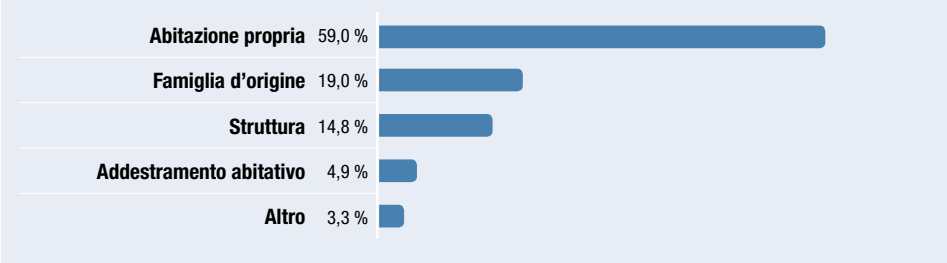
L'invio ai servizi per le tossicodipendenze è stato attivato esclusivamente (per le comunità alloggio) o in prevalenza (per le strutture di riabilitazione lavorativa: 70,5 %) dai servizi sanitari. Nelle strutture di riabilitazione lavorativa hanno peraltro un certo peso anche i servizi sociali.

TIPOLOGIA DI INVIO

La maggior parte degli utenti delle strutture riabilitative abita in un'abitazione propria (59,0 %), dove di norma non ricorre ad un servizio di assistenza domiciliare. Solo il 14,8 % degli utenti vive in una struttura.

TIPOLOGIA ABITATIVA

[G.7.26] Strutture di riabilitazione lavorativa: assistiti per la tipologia abitativa, 2014

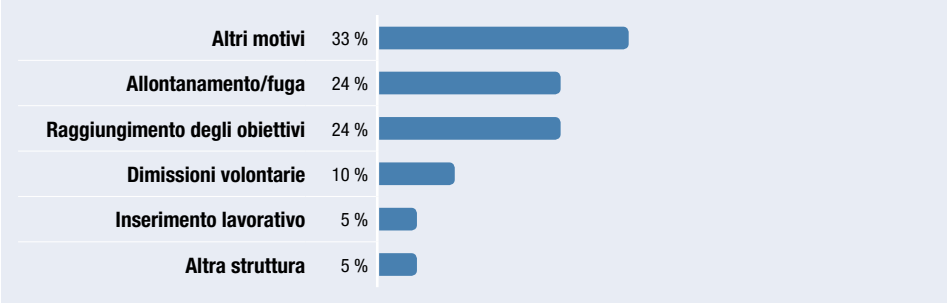


Fonte: ASTAT, 2015

Se anche un'analisi dei motivi delle dimissioni non consente di trarre conclusioni sufficientemente affidabili, a causa del ridotto numero assoluto di casi. Nelle comunità alloggio prevale il motivo dell'inserimento nel mondo del lavoro (45 %), nei lavoratori la dimissione è dovuta ad altre motivazioni (33 %) o all'interruzione o conclusione del progetto (per circa un quarto degli utenti). L'inserimento nel mondo del lavoro come motivo della dimissione sembra giocare un ruolo minore nei laboratori, il che sta ad indicare le difficoltà che gli utenti incontrano quando fanno il loro ingresso sul mercato del lavoro.

DIMISSIONI

[G.7.27] Centri di riabilitazione lavorativa: utenti per motivo delle dimissioni, 2014

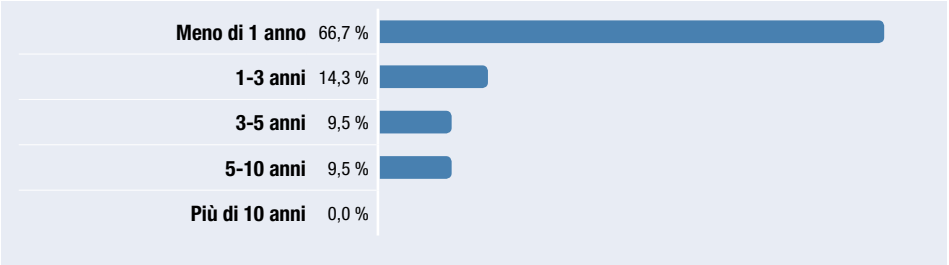


Fonte: ASTAT, 2015

La durata della permanenza nelle due tipologie di struttura presenta alcune differenze rispetto alle forti sovrapposizioni del 2012: alla fine del 2014 il 66,7 % degli utenti non aveva ancora trascorso un anno intero nella "sua" struttura (2012: 31,6 %), contro il 32,8 % (2012: 26,6 %) dei centri di riabilitazione lavorativa, dove inoltre il 21,3 % vi era assistito già da oltre cinque anni, rispetto al 9,5 % delle comunità alloggio. La fluttuazione degli utenti sembra quindi nel complesso sostanzialmente più alta per le comunità alloggio.

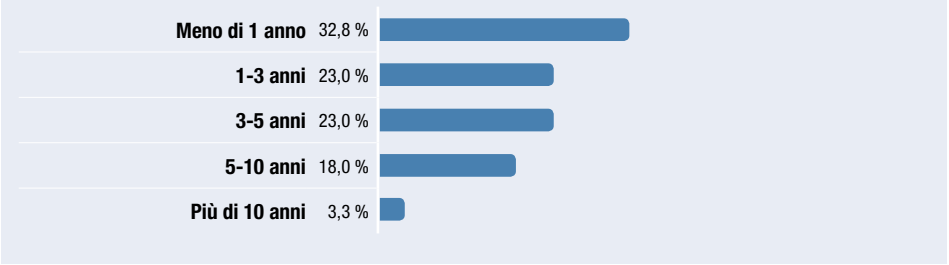
DURATA DELLA PERMANENZA

[G.7.28] Comunità alloggio: assistiti per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

[G.7.29] Centri di riabilitazione lavorativa: assistiti per durata della permanenza, 2014



Fonte: ASTAT, 2015

PERSONALE

Presso le comunità alloggio operavano alla fine del 2014 complessivamente 8 collaboratori/collaboratrici. 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 alla fine del 2014 13 operatori, con una presenza prevalente di istitutori e di operatori socio-assistenziali.

7.3.3 Altri servizi e progetti sociali

STRUTTURE A BASSA SOGLIA

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 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, ecc.);
- colloqui e consulenze (questioni legali, inserimento lavorativo, 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.

Malattie di dipendenza

Peter Koler

Dopo aver risposto a carenze di assistenza all'inizio degli anni 2000 con l'apertura di nuove organizzazioni e centri (Centro terapeutico Bad Bachgart, servizio per la prevenzione della dipendenza, centro assistenza per tossicodipendenti B7 a Bolzano), la concentrazione nell'ambito della dipendenza è stata rivolta alla pianificazione strategica: nel 2003 sono state approvate le normative della politica in materia di droga e tossicodipendenza, oltre alla base teorica nonché i principi etici del lavoro in quest'ambito. L'attuale Piano di settore dipendenze se ne assume e ne gestisce lo sviluppo per il periodo 2013-2018.

L'assistenza e le misure di cura per persone con problemi di dipendenza sono suddivise ai settori della sanità e del sociale. Mentre nell'ambito sanitario servizi specializzati per malattie di dipendenza ed istituzioni private (Hands, servizio di consulenza psico-sociale Caritas Silandro, Associazione La Strada-Der Weg) si occupano dell'assistenza socio-sanitaria, nell'area sociale sono attivi i servizi sociali delle Comunitá comprensoriali e le cooperative sociali.

Nell'ambito dell'assistenza sociale si tratta da un lato dell'assistenza economica e socio-pedagogica. Queste misure non sono definite specificamente per persone con problemi di dipendenza. Nell'ambito "abitare e lavoro" invece esistono offerte specifiche per queste persone, non suddivise però a patologie specifiche. L'incarico dei servizi sociali non prevede alcun lavoro di terapia.

Il lavoro di prevenzione viene eseguito in gran parte dalla Fondazione Forum Prevenzione. I servizi sociali vi sono connessi e per alcuni progetti fungono da sostenitori e partner (promozione rinuncia, campagna preventiva antialcol). Inoltre il lavoro con i giovani ed i servizi scolastici sono di grande importanza. Negli ultimi tempi il lavoro sociale scolastico é stato rafforzato, confrontandosi tra l'altro con il consumo problematico di droghe in età scolare. Ciò vale anche per i progetti di streetwork a Bolzano e Merano e per il progetto streetlive - un progetto di prevenzione notturno.

La gran parte delle dipendenze di sostanze riguarda l'alcol e il tabacco, le sostanze illegalizzate sono di importanza marginale, con eccezione dei dipendenti di oppiacei che si trovano in trattamenti sostitutivi. Negli ultimi anni é aumentata la dipendenza da giochi d'azzardo, ponendo i servizi sociali innanzi a nuove sfide (problematica debiti).

BINARIO 7

Nel 2014 il Centro "binario 7" ha registrato circa 34 utenti abituali al giorno con dipendenza da droghe illegali. I frequentatori/utenti sono in larga prevalenza di sesso maschile (2014: 89 %) e hanno principalmente un'età superiore ai 40 anni (78 %). Nel 2014 si è tuttavia registrata una forte crescita del numero di nuovi assistiti nella fascia di età 20-29 anni. Gli utenti fanno principalmente uso di eroina e cocaina. I nuovi assistiti consumano maggiormente cannabis e anfetamine/ecstasy. 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. Nel 2014 sono state distribuite complessivamente 35.039 siringhe. La fornitura di siringhe sterili è stata resa possibile grazie all'acquisto di un distributore automatico esposto all'esterno e funzionante anche al di fuori degli orari di apertura del centro.

CENTRO DIURNO „PLUS"

Il centro diurno meranese „plus" è stato frequentato nel 2014 da complessivamente 78 persone (67 uomini e 11 donne), con una presenza media giornaliera di 29 persone. Le diagnosi prevalenti erano alcoldipendenza cronica (45 persone), seguita da consumo misto (16 persone), dipendenza da eroina (7 persone) e doppia diagnosi (10 persone). Il volume delle prestazioni è notevole: nell'anno 201a sono stati distribuiti 26.251 pasti e 2.270 servizi igienico-sanitari (p.es. 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 sette persone una possibilità di lavoro presso il centro stesso o esternamente ad esso. Nel 2014 il centro diurno ha ricevuto mediamente 14 richieste al giorno di partecipazione al progetto di integrazione lavorativa "plusWork".

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 purtroppo non è dato comprendere sulla scorta dei dati disponibili, anche perché non tutte le strutture tengono una lista d'attesa. Sono comunque aumentate le richieste di assistenza, che non è stato possibile accogliere. In generale negli ultimi anni occorrerà porre particolare attenzione alle offerte abitative alternative o al servizio di accompagnamento abitativo sociopedagogico, che sono finalizzati al rafforzamento dell'autonomia e dell'indipendenza delle persone interessate. Strozzature continuano in ogni caso a segnalarsi nell'assegnazione di alloggi di comunità da parte dei servizi di edilizia sociale, ai quali gli utenti spesso devono 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. Al contempo nel campo del reinserimento lavorativo si osserva una forte necessità di recupero. E in questo ambito assumono 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 sui piano qualitativo che su quello quantitativo. Dando sguardo ai motivi delle dimissioni, non so riesce comunque a immaginare un bilancio particolarmente positivo in tal senso.

INVECCHIAMENTO DELL'UTENZA

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.

COLLABORAZIONE TRA SERVIZIO SOCIALE E SERVIZIO SANITARIO

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. Le sfide del futuro delineate in precedenza – come ad esempio l'aumento delle doppie diagnosi, un'assistenza meglio orientata alle esigenze delle persone con problematiche psichiche nelle varie fasce di età, in particolare anziane – evidenziano la necessità di articolare meglio la collaborazione tra i vari soggetti del settore.

8.

Persone con esigenze speciali

Claudia Lintner

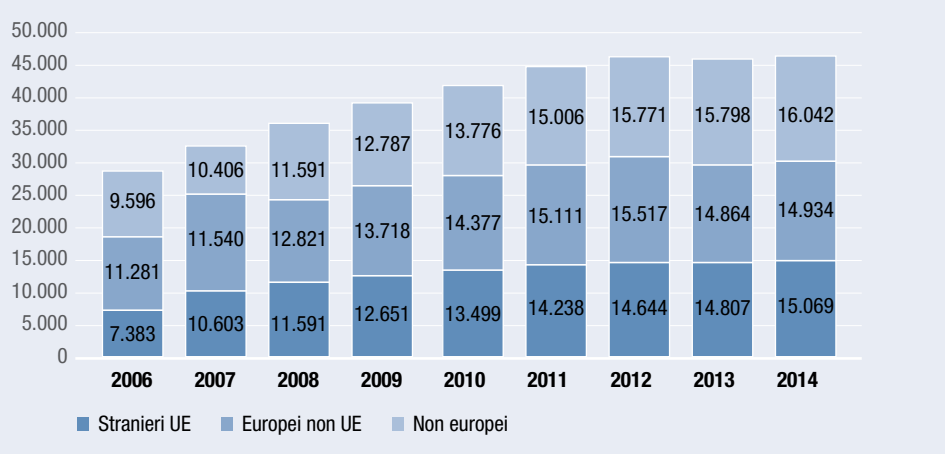
8.1 Immigrazione

8.1.1 Cittadini con origine migratoria

QUOTA DI IMMIGRANTI

In seguito ai dati più recenti, nel 2014 in Alto Adige complessivamente erano residenti 46.045 persone di origine migratoria, di cui circa un terzo proveniva da uno dei 28 stati membri dell'Unione Europea. Un ulteriore terzo è rappresentato da altri paesi europei, i quali non fanno parte dell'UE. Esaminando i numeri sotto l'aspetto internazionale, il 18,0 % delle persone sono originarie di paesi asiatici ed il 12,4 % di paesi africani. Se i dati del 2014 vengono confrontati con quelli degli anni precedenti, emerge che la quota di persone con origine migratoria è aumentata solo lievemente (dall'8,8 % nell'anno 2013 all'8,9 % nel 2014). Per la prima volta in quasi 30 anni il saldo migratorio è negativo. Il modesto incremento è dovuto esclusivamente al saldo naturale positivo. Attualmente il tasso di natalità della popolazione immigrata è di 17,2 nati vivi per 1.000 abitanti. Questa struttura dinamica dipende da un lato dall'elevata quota di donne (53,5 % della popolazione immigrata) e dall'altra dalla giovane struttura di età della popolazione straniera: l'età media è di 34,2 anni, quasi dieci anni meno della popolazione nazionale (42,8 anni)[1]. In sintesi si può affermare che l'immigrazione di giovani persone, lo sviluppo delle nascite nonché la bassa mortalità di questa popolazione possono essere considerati un'opportunità per l'intera società, non solo dal punto di vista demografico ma anche per l'aspetto sociale ed economico.

[G.8.1] Sviluppo della popolazione straniera per macroregioni, 2006-2014



Fonte: ASTAT, 2015

PAESI DI ORIGINE

Nella graduatoria dei paesi d'origine, che non fanno parte dell' UE, al primo posto si classifica l'Albania con 4.584 cittadini, seguita dal Marocco (2.870) e dal Pakistan (2.579). Più di 1000 persone sono originarie di Macedonia, Kosovo, Ucraina e India. Tutte le altre nazionalità sono rappresentate con una quota minima (ASTAT, 2015).

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

Circa un terzo di tutte le persone con origine migratoria vive nel capoluogo (15.343 persone). A Merano abitano 6.281 (13,6 %) e a Bressanone 2.107 (4,6 %) stranieri. Un'elevata incidenza di stranieri (sul totale della popolazione residente) viene rilevata, accanto a Bolzano (14,5 %) e Merano (16,0 %), anche in altre località minori come Fortezza (24,9 %), Salorno (20,7 %), Brennero (14,6 %), Ponte Gardena (12,6 %) e Rio di

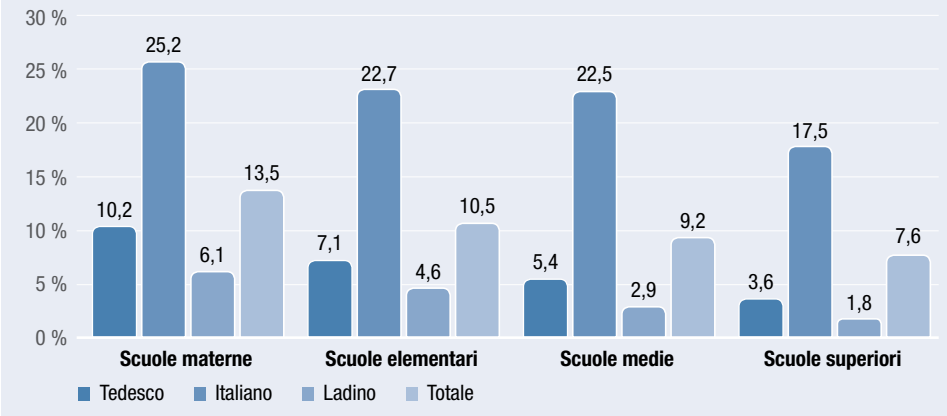
1 ASTAT, Popolazione straniera residente- 2014, in ASTAT- Info n. 29/ 2015, Bolzano, 2015.

Pusteria (12,5)[2]. Nella maggior parte dei comuni la quota dei cittadini stranieri rispetto alla popolazione residente resta al di sotto della media[3].

SECONDA GENERAZIONE

Il numero di bambini e giovani, i cui genitori presentano origini straniere, è in costante aumento. Nell'ultimo decennio la quota è quasi raddoppiata dal 5,6 % al 9,9 %. Allo stesso tempo, il dibattito politico sulla riforma della legge sulla cittadinanza è più attuale che mai. Nell'anno scolastico 2013/14 sono iscritti nelle scuole elementari altoatesine 2.920 alunni, i cui genitori possiedono origini migratorie. Ciò corrisponde ad una quota di 10,5 bambini per 100 alunni iscritti. Questi alunni provengono per la maggior parte (41,9 %) da paesi non appartenenti all'Unione Europea. Sono di origine asiatica il 23,0 %, africana il 16,4 % e comunitaria il 14,0 % dei bambini stranieri. Suddiviso per paesi di origine gli stati più rappresentati sono l'Albania (551 alunni), il Pakistan (340 alunni), il Marocco (316), la Macedonia (221) ed il Kosovo (210). La quota nelle scuole elementari di lingua italiana ammonta a 22,7 per 100 alunni iscritti. D'altro lato la quota nelle scuole elementari di lingua tedesca ammonta a 7,1 e quella dei paesi ladini a 4,6 per 100 alunni iscritti. L'incidenza del 13,5 % e 10,5 % negli asili e nelle scuole primarie è notevolmente superiore alla media provinciale (8,3 %). Tuttavia la media provinciale nasconde le notevoli differenze tra le scuole di lingua tedesca e ladina da una parte e le scuole di lingua italiana dall'altra. In seguito ai dati, la percentuale dei giovani i cui genitori hanno origini migratorie è leggermente aumentato anche nelle scuole medie e superiori. Se nell'anno scolastico 2012/2013 ha frequentato la scuola media l'8,9 % dei bambini, nell'anno 2013/2014 è stato il 9,2 % dei bambini. Nelle scuole superiori risulta la seguente situazione: la quota degli alunni, che hanno frequentato la scuole superiore nell'anno 2012/2013 ammontava al 7,2 % e nell'anno scolastico 2013/2014 al 7,6 %.

[G.8.2] Percentuale dei bambini/alunni stranieri per lingua d'insegnamento degli istituti di formazione (anno scolastico 2013/14)



Fonte: ASTAT, Istruzione in cifre 2013-14

2 ASTAT, Popolazione straniera residente - 2014, in ASTAT- Info n. 29/ 2015, Bolzano, 2015.
3 ASTAT, Popolazione straniera residente - 2014, in ASTAT- Info n. 29/ 2015, Bolzano, 2015.

RILEVANZA ECONOMICA

La buona situazione complessiva del mercato del lavoro rende l'Alto Adige interessante per l'immigrazione. A seguito di una recente ricerca dell'ASTAT, la maggioranza (45 %) degli immigrati sono venuti in Alto Adige per motivi di lavoro. Nel semestre novembre 2014 – aprile 2015 in media 21.681 lavoratori prestavano la loro attività in Alto Adige, ai quali ne vanno aggiunti 3.176, che erano occupati in aziende di famiglia[4]. Non contando gli occupati nelle aziende famigliari tali dati significano una recessione del -0,4 %. Tale cifra si riferisce principalmente al settore edile (-2,9 %). In tutti gli altri settori nel 2014 è stato registrato un incremento. L'aumento ha riguardato meno i dipendenti con un contratto di lavoro a tempo indeterminato, il cui numero è salito di +29 (+ 0,2 %), ma in particolare i lavoratori stagionali nel settore turistico (+194; +3,7 %) ed i lavoratori a tempo determinato negli altri settori (+189; +6,1 %). Da ciò risulta un saldo positivo sia per gli uomini (+278; +2,2 %) sia per le donne (+158; +1,7 %)[5]. In questo contesto non si deve dimenticare la quota in costante aumento delle persone con origini migratorie, che proprio durante i periodi di crisi economica, decidono di intraprendere una attività lavorativa autonoma.

CONSOLIDAMENTO DELL'IMMIGRAZIONE

Considerando i permessi secondo il tipo di soggiorno, si può sottolineare che il fenomeno dell'immigrazione in Alto Adige si è consolidato. Ciò è da ricondurre in particolar modo ai permessi a lungo termine. Nell'anno 2013 il 69,6 % delle persone presentava un soggiorno lungo periodo. Secondo i dati dell'ASTAT, circa il 70 % possiede un permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo. Tale permesso è limitato temporalmente e può essere richiesto da chi risiede in Italia da almeno cinque anni[6]. Anche l'aumento del tasso di natalità nonché dei bambini e giovani che vengono in Alto Adige e vivono qui, indica una stabilizzazione del fenomeno nella provincia.

QUADRO NORMATIVO

La legge provinciale („Integrazione di cittadini/e stranieri"), la quale è stata varata nell'ottobre 2011, rappresenta il principio normativo dell'integrazione nella Provincia. Nella legge vengono regolamentati tutti i settori rilevanti per l'integrazione. Viene definito l'accesso ai servizi sanitari e sociali ed ai sostegni nel settore abitativo. Nel frattempo, ai sensi di tale legge, ogni dipartimento dell'amministrazione provinciale che si occupa d'immigrazione ed integrazione, ha nominato un/a responsabile per l'integrazione. Questi ultimi si incontrano regolarmente per lo scambio e il coordinamento delle attività di dipartimento ("network degli incaricati all'integrazione") e completano in questo modo il servizio di coordinamento per l'integrazione insediata nel dipartimento lavoro. Nella struttura attuale il servizio di coordinamento per l'integrazione è stato istituito da parte della Provincia Autonoma di Bolzano con la Legge Provinciale n. 12/2011. Il servizio accompagna, coordina e promuove le misure per l'integrazione delle nuove concittadine e dei nuovi concittadini in Alto Adige. I quattro ambiti di lavoro del Servizio di coordinamento sono l'informazione, l'attività di consulenza, il lavoro di rete e il lavoro di ricerca. Esso si rivolge ai rappresentanti di enti pubblici ed istituzioni, alle associazioni, alle organizzazioni ed alle singole persone.

PROBLEMA ABITATIVO

Una delle sfide più grandi consiste nel trovare un'abitazione a lungo termine. Ciò dipende in particolar modo dalle esperienze discriminatorie, che devono essere affrontate da parte delle persone con origini migratorie sul mercato immobiliare privato. Ciononostante il settore privato rimane il canale più importante nella ricerca dell'abitazione. Se si esaminano le cifre dell'Istituto per l'edilizia, nel 2014 risultano inoltrate complessivamente 4.945 richieste (intera popolazione). Ciò significa un lieve calo del

4 ASTAT, Permessi di soggiorno rilasciati in Provincia di Bolzano 2013. In ASTAT- Info n. 70, Bolzano 2014.
5 Provincia Autonoma di Bolzano, Rapporto sul mercato del lavoro in Provincia di Bolzano 2015/1, Bolzano, pagina 27.
6 ASTAT, Permessi di soggiorno rilasciati in Provincia di Bolzano 2013. In ASTAT- Info n. 70, Bolzano 2014.

tre percento in confronto all'anno precedente. È evidente un andamento negativo di richieste da parte di cittadini non provenienti da paesi della comunità europea. Un ruolo non trascurabile nella soluzione del problema abitativo di neo-immigrati (in particolare quelli extracomunitari) viene 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 quest'ultime la permanenza è limitata a 5 anni. Presso il centro Migrantes – una struttura dei servizi sociali – la permanenza massima è di tre anni, il che vuol dire che in entrambi i casi dopo il periodo di permanenza possibile è comunque necessario cercare un'abitazione sul mercato libero. Nell'anno 2014 nelle tre strutture di emergenza e prima accoglienza per i neoimmigrati sono state accolte 345 persone. Le capacità di accoglienza delle case albergo per lavoratori negli ultimi anni è stata continuamente ampliata. A fine 2014 l'Istituto per l'edilizia sociale aveva a disposizione 374 posti a Bolzano e 114 posti a Merano. L'offerta nel frattempo soddisfa la richiesta. Un'ulteriore struttura è rappresentata dal centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati a Bolzano (VOLONTARIUS), che ha a disposizione 12 posti. Nell'anno 2014 qui sono stati accolti complessivamente 40 minori non accompagnati.

[T.8.1] Strutture abitative per stranieri*, 2014

Strutture	Sede	Posti	Persone accolte	
				31.12.2014
Strutture di emergenza e di prima accoglienza per i neoimmigrati				
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per cittadini stranieri	Bolzano	20	237	13
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per famiglie straniere (5 appartamenti singoli)	Bolzano	20	31	13
Centro Migrantes (Caritas) – Centro di accoglienza per uomini e donne	Bolzano	60	77	51
Case albergo per i lavoratori (IPES)				
Casa Lupi, Via Achille Grandi 25	Bolzano	28	n.d.	n.d.
Casa Tre Gobbi, Via Maso delle Pieve 10	Bolzano	64		
Via Torino 81	Bolzano	3		
Struttura per lavoratori, Via Castel Firmiano 2	Bolzano	199		
Struttura per lavoratori, Via Maso delle Pieve 18	Bolzano	20		
Struttura per lavoratori, Via Maso delle Pieve 12	Bolzano	32		
Struttura per lavoratori, Via Rismondo	Bolzano	30		
Struttura per lavoratori, Via Luis Zuegg	Merano	114		
Altre strutture				
Centro di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati (VOLONTARIUS)	Bolzano	12	40	10

* Non si considerano le strutture abitative per i profughi e gli immigrati (vedi capitolo 8.1.2)
Fonte: ASTAT, 2015

CULTURA SOCIALIS

Fotografia partecipativa con profughi

Alcuni profughi ospiti della Fischerhaus di Vandoies hanno documentato il loro viaggio nell'Alto Adige con il fotografo brissinese Georg Hofer. Attraverso innumerevoli fotografie hanno ritratto le loro impressioni sull'Alto Adige e su loro stessi. In questo modo hanno documentato il loro ruolo in terra straniera e il loro avvicinamento a questo nuovo mondo. La mostra itinerante suddivisa in due parti, "Vedere ed essere visti" – "Ways to Vintl, Vie verso Vandoies", con la consulenza scientifica dell'etnologa Elisabeth Tauber, presenta una selezione di queste foto e delle affermazioni dei profughi. Inoltre, Georg Hofer ha rappresentato le storie personali delle persone scelte attraverso reportage fotografici e alcune tappe della fuga dall'Africa a Vandoies. L'obiettivo della mostra è dare informazioni sulla vita quotidiana dei profughi, promuovere la riflessione sul proprio atteggiamento nei confronti della tematica dei profughi, mettere in discussione il proprio modo di porsi rispetto all'essere straniero, rendere possibile la scoperta di diversi punti di vista rispetto a ciò che è ritenuto ovvio e abituale. Un libretto di accompagnamento in tre lingue offre alcuni contributi scientifici sul tema e materiale informativo per approfondimenti e letture successive; inoltre, è stato realizzato del materiale didattico per le scuole.

OFFERTE DI CONSULENZA ED ORIENTAMENTO (PRIMA ACCOGLIENZA)

Per la prima accoglienza dei cittadini stranieri, accanto al Centro Migrantes sono disponibili anche altre strutture che, pur essendo 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 capitolo 8.3).

I neoimmigrati possono nel frattempo usufruire in Altro Adige di una fitta rete di servizi di consulenza, informazione e orientamento. Strutture di questo tipo sono disponibili a Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico (Servizio di consulenza per gli immigrati, Bolzano; Associazione Donne Nissà, Bolzano; Consulenza per migranti Moca, Merano; Consulenza per migranti InPut, Brunico; Casa della Solidarietà, Bressanone). Queste strutture offrono una vasta serie di prestazioni: dall'informazione ed orientamento ai colloqui di prima accoglienza ed analisi del fabbisogno, all'accompagnamento e sostegno nell'inserimento professionale, al supporto nel disbrigo delle pratiche amministrative. Tutte le strutture sono istituzioni private (convenzionate). Nel marzo 2015 l'associazione Nissà ha dovuto abbandonare lo sportello di consulenza ed orientamento – dal 2009 esisteva una convenzione con l'azienda sanitaria di Bolzano in merito. Nel 2014 il servizio è stato affidato ad una gara di appalto pubblica, che non è stato possibile aggiudicarsi. Secondo la relazione annuale, nell'anno 2014 le persone in cerca di sostegno sono aumentate dall'anno precedente da 300 a 344. Per la maggior parte dei casi si tratta di donne (non solo straniere) e famiglie, che in momenti di difficoltà avevano bisogno di sostegno e di qualcuno che li ascoltasse. Nel 2014 Nissà insieme ai Distretti Sociali di Bolzano e Laives è intervenuta complessivamente in percorsi di mediazione con 55 persone[7].

[T.8.2] Servizi di consulenza per immigrati*, 2014

Servizi di consulenza	Sede
Servizio di consulenza per gli immigrati	Bolzano
Servizio di consulenza per donne straniere	Bolzano
Consulenza per migranti Moca	Merano
Consulenza per migranti InPut	Brunico

* Non si considerano i servizi di consulenza speciali per i profughi (vedi capitolo 8.1.2)
Fonte: ASTAT, 2015

7 Donne Nissà, Relazione annuale 2014: http://www.nissa.bz.it/images/downloads/2014relazioneannualede.pdf.

Va ricordato anche l'ambulatorio integrato presso l'ospedale di Bolzano, che assiste sul piano medico gli stranieri senza permesso di soggiorno, nonché la Casa della solidarietà a Bressanone, che accompagna le persone nella ricerca di lavoro e abitazione.

ENTI GESTORI TERRITORIALI

Oltre a questi servizi specializzati di consulenza e prima accoglienza, gli immigrati possono ricorrere naturalmente anche ai servizi distrettuali.

8.1.2 Richiedenti asilo e profughi

DEFINIZIONI

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 vita. I profughi sono invece coloro che hanno acquisito lo stato di rifugiato dopo che è stata accolta la loro domanda di asilo. In entrambi i casi ci si trova di fronte a immigrati 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 la loro stessa esistenza.

SITUAZIONE PROFUGHI 2015

L'elevato numero di profughi per tutta l'Europa rappresenta una grande sfida – anche per l'Alto Adige. I profughi che nell'anno 2015 sono venuti o hanno attraversato l'Alto Adige provenivano per la maggior parte da Somalia, Eritrea e Bangladesh e hanno alle spalle il pericoloso passaggio del Mar Mediterraneo. Nella Provincia si può differenziare tra le persone che hanno presentato domanda di asilo in Italia e coloro che si trovano in transito. Le persone che hanno presentato domanda di asilo vengono normalmente assegnate dallo stato all'Alto Adige e si trattengono qui per un periodo dai dodici ai diciotto mesi.

Si tratta di persone che si trattengono in Alto Adige solo per un breve periodo – la loro meta è il nord Europa. Al momento giornalmente circa 135 persone si trovano alla stazione di Bolzano e circa 80 persone alla stazione del Brennero. L'organizzazione dell'assistenza dei rifugiati e il coordinamento degli aiuti alla stazione di Bolzano, gli accordi delle organizzazioni attive e la formazione dei volontari sono contenuti in un protocollo d'intesa, sottoscritto dalla Provincia (ripartizione politiche sociali e ripartizione protezione antincendi e civile) con la Caritas, l'Associazione Volontarius, la Croce Rossa ed i volontari non organizzati. In stazione ai rifugiati viene offerto aiuto umanitario e assistenza – ottengono informazioni, mediazione e chiarimenti. Il servizio viene svolto in collaborazione con River Equipe, Caritas, Croce Rossa Italiana, Rete dei diritti senza voce, Fondazione Alexander Langer, Vinzenzgemeinschaft, Ai.Bi Amici dei Bambini Bolzano e molte persone private, che sostengono volontariamente e responsabilmente le attività, per poter permettere una presenza permanente alla stazione di Bolzano.

RETE DI SERVIZI

Nel corso degli anni in Altro Adige si è creata un'efficiente rete di servizi per l'assistenza ed il supporto ai richiedenti asilo ed ai profughi. Questa rete di servizi è strutturata su più livelli di intervento ed orientata a rispondere ai bisogni delle seguenti tipologie di persone:

a) le persone che si fermano sul territorio della provincia per un breve periodo e proseguono poi verso un altro paese per presentare lì domanda di riconoscimento

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.

CONSULENZA PROFUGHI

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 come per esempio corsi di lingua, che vanno a supportare le persone nell'integrazione d'ambito sociale. Nell'anno 2014 la consulenza profughi della Caritas a Bolzano ha accompagnato 430 persone – all'incirca come nell'anno precedente. Ciò rende chiaro che molti dei richiedenti asilo sono traumatizzati da esperienze di violenza nella loro patria o durante la fuga e necessitano urgentemente di una terapia professionale[8].

STRUTTURE

Al primo livello di intervento si trova il centro di prima accoglienza 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. La struttura dispone di 5 stanze con complessivamente 22 posti letto.

STRUTTURE ABITATIVE PER PROFUGHI

Un'ulteriore struttura abitativa per rifugiati è l'ex-caserma Gorio a Bolzano. Il centro dispone di complessivamente 65 posti letto per persone che hanno presentato domanda di asilo. A Merano si trova la "Haus Arnika", che possiede 45 posti letto. Il centro profughi "ex-Gorio", collocato nell'ex-caserma (Caserma Gorio), accoglie uomini, donne e bambini, che sono in attesa del riconoscimento dello "status di rifugiato". I servizi comprendono l'accoglienza di giorno e notte degli assistiti, l'offerta di corsi di lingue (italiano e tedesco) per richiedenti asilo, la protezione del diritto all'istruzione per minorenni nonché la socializzazione e integrazione sociale.

Inoltre, data la necessità, la giunta provinciale ha pattuito altre strutture per l'accoglienza dei rifugiatia Bolzano, Malles, Tesimo, Merano, Castelrotto, Vandoies, Prati di Vizze, Brunico, Ortisei e Appiano.

[T.8.3] Strutture per i profughi e i richiedenti asilo, 2014

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

Fonte: Ripartizione 24 Politiche Sociali, 2015

8 Caritas Diocesi Bolzano- Bressanone, Povero Alto Adige – Relazione annuale 2014, Bolzano

Sinti e Rom 8.2

SINTI

I Sinti residenti in Alto Adige sono cittadini italiani che vivono ormai da più generazioni in Alto Adige e ai quali si applica a tutti gli effetti l'ordinamento giuridico italiano. La maggior parte di essi ha regolare residenza e vive in roulotte in accampamenti attrezzati e messi a disposizione dai rispettivi Comuni, come pure in parte in alloggi di edilizia sociale e in abitazioni private. Insediamenti per i Sinti sono presenti a Merano (55-60 piazzole), Lana (10-12 piazzole), Appiano (10 piazzole), Bressanone (12 piazzole), Vadena (44 piazzole), Bolzano („La Spaghettata": 15 piazzole; Viale Trento 15 piazzole, insediamento Maso delle Pieve: 16 piazzole). L'insediamento a Bressanone con 12 piazzole non viene più abitato - serve principalmente come ritrovo per raduni e feste. Il finanziamento (costi di costruzione e di investimento) degli insediamenti è coperto dai fondi del competente ufficio provinciale.

[T.8.4] Insediamenti per Sinti

Insediamenti	Luogo	Posti	Popolazione attuale
Insediamento Sinti	Lana	10-12	10
Insediamento Sinti	Appiano	10	6
Insediamento Sinti	Bressanone	12	*
Insediamento Sinti	Merano	55-60	ca. 60-70
Insediamento Sinti	Vadena	44	ca. 26
Insediamento Sinti „Spaghettata"	Bolzano	15	14
Sinti Viale Trento	Bolzano	25	22
Insediamento Sinti Maso delle Pieve	Bolzano	16	16

* Nel frattempo tutte le persone hanno trovato un'abitazione – l'insediamento viene ancora utilizzato per raduni e feste, che servono alla conservazione della loro cultura.
Fonte: Ripartizione 24 Politiche Sociali, 2015

ROM

I Rom attualmente residenti in provincia sono in gran parte ex profughi provenienti dall'ex Jugoslavia, rifugiatisi in Alto Adige dopo lo scoppio della guerra (1992). 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, è stata completata alla fine del 2012 – le famiglie sono state sistemate in appartamenti.

SFIDE

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:

PROBLEMATICA DEGLI INSEDIAMENTI

– 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 numerose 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'ambiente. 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 n. 1 del 22 gennaio 2010 i comuni sono stati ora dotati degli strumenti giuridico-amministrativi necessari per l'effettiva realizzazione di queste microaree.
– 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.

OFFERTE

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. A livello provinciale, in aggiunta ai distretti sociali esistono anche servizi specifici, come la consulenza per i nomadi e/o Odar Caritas a Bolzano, che si occupano di esigenze specifiche. In questo contesto è da nominare anche l'associazione NevoDrom, che si impegna costantemente per il riconoscimento dei Sinti e dei Rom in Alto Adige. Nel novembre 2014 si è concluso il progetto „Orientamento e accompagnamento di giovani Sinti e Rom", che è stato lanciato nell'estate 2013 dal servizio mediazione interculturale della Caritas, e finanziato dal Fondo Sociale Europeo, dalla Provincia Autonoma di Bolzano e dal Ministero delle Finanze. Molti giovani Sinti e Rom hanno a malapena concluso l'obbligo scolastico e sono fortemente disorientati sulle loro prospettive professionali. È stato quindi necessario lavorare con loro affinché i giovani scoprissero le loro competenze ed interessi personali. Complessivamente 20 giovani donne e uomini tra i 14 e i 16 anni hanno partecipato al progetto con notevole successo: un terzo dei partecipanti ha trovato tirocini professionali in aziende altoatesine e tre ragazzi hanno raggiunto un vero e proprio contratto regolare di lavoro. Il servizio Mediazione interculturale per Sinti e Rom opera ormai da molti anni a favore di Sinti e Rom per la loro piena integrazione nella società altoatesina e nel mondo lavorativo. Le sue attività sono concentrate soprattutto su bambini, adolescenti e giovani[9].

INTEGRAZIONE NEL MONDO DEL LAVORO

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 lavorativa dei Sinti si è rivelata molto difficile. Pochi di essi hanno infatti un lavoro regolare - ciò dipende anche fortemente dalle esperienze di discriminazione, che Sinti e Rom incontrano sul mercato del lavoro. 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. Con decreto n. 29 del 11 settembre 2012, sono stati approvati la raccolta ed il trasporto dei rifiuti metallici.

9 Caritas Diocesi Bolzano- Bressanone, Povero Alto Adige- Relazione della attività 2014, Bolzano.

Sinti e Rom

Nadja Schuster, Elisabeth Tauber

In provincia di Alto Adige vivono diverse reti familiari di Sinti e Rom. È provato che familie Sinti vivono inTirolo da 300 anni cioé dal 1919 in Trentino-Alto Adige, mentre varie famiglie Rom sono venute in Alto Adige come profughi all'inizo degli anni 90 dall'ex Jugoslavia. Da alcuni anni anche Rom rumeni vivono in Alto Adige, i quali peró si fermano solamente per breve tempo, per poi ritornare in Romnia. Mentre gli Sinti vivono preferibilmente in roulottes, i Rom ex-jugoslavi dall'inizio preferivano l'alloggiamento in appartamenti (da prima alloggiati in roulottes successivamente hanno costruito capanne di legno). Rom rumeni invece durante il periodo del loro soggiorno dormono prevalentemente sotto i ponti, in parchi oppure in edifici di fabbriche abbandonate ed in parte in camper. Anche se le relative famiglie si muovono in contesti di vita diversi, vengono percepiti come "zingari". Famiglie e singoli individui reagiscono alle inerenti stigmatizzazioni e discriminazioni in modi diversi: mentre gli uni nascondono la loro identità culturale, gli altri si mostrano esplicitamente come "zingari". Alcune famiglie sono attive nella richiesta di partecipazione sociale e civile, come l'associazione Sinti Nevo Drom, la quale da parecchi anni si occupa di lavoro di sensibilizzazione e collabora costantemente con l'amministrazione pubblica; altri non si interessano affatto a questa forma di impegno politico e culturale.

Le misure socio-politiche e le intervenzioni non corrispondono ad alcuna linea coerente, anche se si deve sottolineare che ci sono stati singoli (anche riusciti) progetti participativi: nella realizzazione di una piccola area di roulottes per Sinti a Lana, la soluzione abitativa ad Appiano, la formazione di un gruppo di lavoro per la soluzione abitativa a Merano ed in particolare nell'imposizione su di una linea coerente e partecipativa della legalizzazione del commercio di ferrovecchio. Ma la maggior parte dei progetti socio-politici sono segnati da approcci top-down, ai quali famiglie ed individui collaborano minimamente. Dunque la vera partecipazione sociale dei coinvolti viene impedita. Un settore importante ancora non discusso nella politica sociale é la formazione di lavoro sociale innovativo e partecipativo con Sinti e Rom giovani, le necessità dei quali sono da vedersi soprattutto nella professionalizzazione delle loro stazioni di lavoro autonome burocraticamente orientate alla prassi e tecnologiche. A livello di circoscrizione le esigenze culturali dei Sinti e dei Rom spesso vengono ignorate tramite resistenze amministrative ed istituzionali, in quanto i funzionari locali avvertono queste esigenze come normative dei valori differenti a quelle di scuola e lavoro.

FORMAZIONE PERMANENTE E QUALIFICAZIONE

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, nonché il riconoscimento delle attività e competenze tradizionali. 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 altre esigenze di base degli interessati (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 necessità di intervento.

8.3 Persone in condizioni abitative precarie e nuova povertà

PERSONE IN CONDIZIONI ABITATIVE PRECARIE E NUOVA POVERTÀ

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 svantaggio sociale, dato che non sono in grado di trovare lavoro o sono colpite da condizioni di salute compromesse. La condizione del senza dimora può pertanto essere 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 (secondo l'ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion le persone sono in condizioni "abitative precarie"). I colpiti provengono sempre più da strati sociali che pochi anni fa erano lontani da una vita sulla strada: giovani disoccupati, pensionati, ma anche separati e divorziati, che specialmente in tempi di crisi economica non riescono a trovare un' abitazione a prezzi accessibili sul mercato immobiliare. Secondo il rapporto annuale „Povero Alto Adige 2014“ della Caritas[10], la situazione di donne e uomini disoccupati di media età, persone indebitate, famiglie con basso reddito, tossicodipendenti, migranti e profughi è peggiorata. In particolare l'atmosfera sul mercato del lavoro e su quello immobiliare è sempre più tesa e per molte persone la situazione nel 2014 è diventata sempre più senza prospettiva. Nella maggior parte dei servizi della Caritas il numero dei richiedenti aiuto è aumentato. La complessa situazione economica, come già accennato, è sicuramente uno dei motivi che porta in difficoltà sempre più persone in Alto Adige.

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: nell'anno 2014 sono state contate circa 500 persone. Ma si deve presupporre che non tutte le persone si trattengano contemporaneamente in Alto Adige. Si rivela una certa mobilità, in modo che le persone in condizioni abitative precarie si trovino in Alto Adige solo per un certo periodo. Inoltre il valore stimato non tiene conto delle „situazioni abitative precarie“, nelle quali le persone senza abitazione trovano sistemazione da conoscenti, amici o datori di lavoro.

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 70 posti per uomini presso il ricovero per l'emergenza freddo (Via Macello, Bolzano). La seguente tabella raffigura l'attuale offerta.

10 Caritas Diocesi Bolzano- Bressanone, Povero Alto Adige- Relazione annuale 2014, Bolzano.

[T.8.5] Strutture per accoglienza dei senza dimora

Strutture aperte tutto l'anno	Posti	Assistiti 31.12.2015
Alloggio addestrativo Brunico	12	12
Struttura notturna Conte Forni, Bolzano	28	24
Centro di accoglienza Conte Forni (struttura di secondo livello; Bolzano)	26	13
Centro di accoglienza per donne "Casa Margaret" (Bolzano)	18	18
Struttura per senza dimora e Centro crisi per uomini Via Trento, Bolzano	32	32
Centro di accoglienza per uomini & donne ("Casa Arché"; Merano)	25	23
Struttura notturna (Merano)	8	8
Centro di accoglienza Brunico	25	15
Struttura notturna maschile, Bressanone	10	7
Alloggio addestrativo Conte Forni, Bolzano	38	36
Centri di emergenza freddo		
Centro di emergenza freddo maschile (Via Macello, Bolzano)	70	70

Fonte: Ripartizione 24 Politiche Sociali, 2015

SESSO E CITTADINANZA

Le persone assistite nell'anno 2014 sono state prevalentemente di sesso maschile (95 %) – solo il 5 % erano di sesso femminile. Circa il 60 % presenta origini migratorie, mente il 40 % ha la cittadinanza italiana.

GRADO DI UTILIZZO

La precedente tabella mostra come il grado di utilizzo nel giorno campione (31/12/2014) si attesti sempre oltre il 90 %, fatta eccezione per la struttura "Conte Forni" – in certi casi si osserva anche un utilizzo al 100 %. Alla luce di processi di trasformazione economica e sociale, la condizione dei senza dimora ha assunto un nuovo aspetto. Come accennato in precedenza, anche in Alto Adige il rischio di perdere la propria casa è aumentato. Alcuni anni fa i motivi principali per i senza dimora erano difficili storie di vita, dipendenze e problemi psicologici. Oggi le strutture di accoglienza, gli alloggi e le strutture notturne vengono utilizzati sempre più dalle persone senza tetto.

OFFERTE SEMIRESIDENZIALI E SUL TERRITORIO

Il sistema di aiuto stazionario viene completato da alcuni servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoria. Questi aiuti comprendono una vasta gamma di offerte per le persone e vanno dal Streetwork (progetti: „Über die Straße", „Diversamente Insieme", „ComunicaStrada") a strutture di consulenza (p.es. „La Sosta – der Halt") e strutture diurne, fino alle mense sociali. Offerte a bassa soglia in questo settore sono di particolare importanza. Queste includono l'assistenza per la distribuzione di cibo, bevande calde, vestiti, coperte, medicinali, informazioni sanitarie ecc., l'ascolto mediante conversazioni in via informale, la raccolta di informazioni, il confronto, la mediazione tra persone e servizi, l'accompagnamento a strutture sanitarie, a servizi per tossicodipendenze, a servizi sociali, a servizi amministrativi, a studi legali, a istituzioni per i servizi di riabilitazione e di informazione. E' importante che l'assistenza offerta alle persone sia intesa a far sì che sappiano riacquistare la capacità di prendere le proprie decisioni e vedere il sostegno non solo nel senso tradizionale della fornitura di cibo, vestiti o denaro, ma anche di elementi che favoriscano la consapevolezza e formazione della propria vita e salute. Nel gennaio 2014 la Caritas aggiuntivamente ha dato vita all'"Ufficio di consultazione sociale Don Bosco". In questa zona di Bolzano la crisi economica si fa sentire più intensamente che in altre parti della capitale altoatesina. Il servizio lavora in rete con il distretto sociale, gruppi parrocchiali, altri servizi della Caritas, ma anche con altre associazioni, come per esempio l'associazione San Vincenzo.

CULTURA SOCIALIS

VinziBus – Una stazione di rifornimento di calore umano

Sono tanti gli scherzi del destino che possono portare le persone sulla strada: disoccupazione, immigrazione, morte o separazione, forse anche il desiderio di vivere in tutta libertà. Il VinziBus della Società di San Vincenzo di Bolzano porta a queste persone tutto l'anno una zuppa calda, del tè, panini imbottiti e un piccolo dessert nei giardini della stazione di Bolzano; in inverno anche coperte e abiti caldi. Tuttavia il VinziBus non è solo un servizio di distribuzione alimentare, bensì anche una "stazione di rifornimento" di calore umano: i volontari che prestano servizio con il bus intrattengono contatti personali con i bisognosi e sono sempre disposti a scambiare qualche parola. Quattro volte all'anno i senzatetto sono invitati a una messa e a un pranzo conclusivo in compagnia.

COORDINAMENTO DEI PROTAGONISTI DELLE INIZIATIVE

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.

Ex detenuti 8.4

PROBLEMI DI REINSERIMENTO

Detenuti ed ex detenuti sono persone, che hanno commesso un reato e hanno vissuto o vivono un'esperienza in carcere – ma sono e rimangono persone. Chi deve scontare una pena detentiva può usufruire di misure alternative qualora venga ritenuto idoneo dal Magistrato di Sorveglianza del Tribunale e dall'Ufficio per l'esecuzione penale esterna del Ministero di Giustizia. Molte volte l'esperienza di carcerazione porta le persone a perdere competenze sociali e professionali, venendo penalizzate, oltre che dai pregiudizi anche su altri piani. Le persone entrate nel circuito penale hanno bisogno di essere aiutate nel percorso di reintegrazione sociale, attraverso progetti individuali che prevedono sostegni sul piano abitativo, professionale e sociale. Per affrontare queste sfide sia i servizi sociali pubblici che una serie di enti privati e cooperative sociali in collaborazione con il penitenziario (carcere di Bolzano) negli ultimi anni hanno creato un network di assistenza. Tradizionalmente in Alto Adige sono ormai da anni assai impegnate in questo campo istituzioni private ed ecclesiastiche. Le varie iniziative vengono coordinate e sostenute dall'ufficio provinciale competente (24.1).

PROGETTO ODÒS

In materia di ex detenuti va ricordato in particolare il progetto Odòs. Questo servizio gestito dalla Caritas 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 offerti consulenza e aiuto. Oltre a ciò Odòs è in grado di offrire un alloggio a 15 persone (più altre 5 persone in regime di sospensione temporanea della pena o di semilibertà in osservazione). Infine il servizio offre possibilità di occupazione nel settore artigianale o di tipo creativo. Il progetto viene finanziato dalla provincia e dalla Caritas.

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

Casa della Solidarietà "Luis Lintner" a Bressanone

Alexander Nitz

Dal 2002 la Casa della Solidarietà (CdS) aiuta ogni anno 150 persone bisognose, che vi trovano ospitalità oppure aiuto : anziani, bambini e giovani con situazioni familiari difficili, ex carcerati, senzatetto, disoccupati, malati psichici, tossicomani, stranieri, profughi ed asilanti. Studenti e persone al servizio di altri gli aspettano. La CdS attualmente ospita inoltre due organizzazioni ecosociali: la "oew-organizzazione per Un mondo solidale" e la cooperativa oikocredit.

Le varie attività della HdS fino ad oggi si svolgevano senza alcun contributo da ente pubblico per affrontare i costi. La casa si sostiene grazie a redditi locativi, a proprie attività e donazioni.

La particolarità della CdS, è che...

… è aperta a tutti senza complicazioni, apprestando aiuto non burocratico per l'autoaiuto.

… discute meno sull'integrazione di persone ai margini della società, ma più che altro le vive.

… persone di diverse generazioni, culture, religioni e di entrambi i sessi, persone singole, famiglie, organizzazioni ed aziende convivono pacificamente ed ognuno viene tutelato, stimato ed accompagnato.

… persone con diversi fondi sociali imparano l'uno dall'altro, sostenendosi a vicenda con la volontà di venire a capo della propria vita a propria forza.

… accontenta bisogni base (aiuto materiale, lavoro, abitare, salute, istruzione, partecipazione sociale cioè integrazione).

… è ritrovo per le manifestazioni piú diverse.

… si reticola intensamente con diversi servizi pubblici e privati.

Come riconoscimento per il proprio lavoro la CdS nel 2008 e nel 2011 ha ottenuto il Premio Cultura Socialis. Nel 2013 ha meritato –– insieme ai Missionari Comboni – il Premio Vescovo Josef Gargitter.

Più informazioni sulla CdS: www.hausdersolidaritaet.org

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 immobiliare. 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.

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 porre 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 (vedi pubblicazione "Dentro le mura – fuori dal carcere", 2014[11]).

11 Caritas Diocesi Bolzano- Bressanone, Dentro le mura – fuori dal carcere. Una ricerca sul nuovo carcere di Bolzano, 2014, Bolzano.

Tratta di esseri umani e prostituzione forzata 8.5

TRATTA DI ESSERI UMANI E PROSTITUZIONE FORZATA

Nell'arco del 2010-2012 nell'UE complessivamente 30.146 persone sono state vittima di tratta di esseri umani – di cui l'80 % erano donne[12]. Con il termine "tratta di esseri umani" originariamente veniva intesa solo la tratta di donne (prostituzione). Nel frattempo si parla di tratta di esseri umani, quando le persone vengono costrette in un rapporto di sfruttamento con il quale viene violato il loro diritto di autodeterminazione e libertà individuale. Tra questi si contano non solo i casi di sfruttamento sessuale, ma anche i casi di sfruttamento del lavoro.

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 costrette alla prostituzione. La tratta di esseri umani ai fini della prostituzione è un problema di dimensione mondiale. Reti ben organizzate tra Sud e Nord, Est e Ovest favoriscono la tratta di donne spesso minorenni. Ai sensi dell'art. 18 del testo unico sull'immigrazione, l'Italia garantisce alle vittime della tratta di esseri umani protezione speciale e l'accesso a strutture di assistenza. Questo permesso di soggiorno viene concesso a tutti coloro che sono esposti a violenza o grave sfruttamento, che mettono a rischio la loro integrità fisica e mentale. Il Ministero degli Interni con il numero 800 290 290 ha installato un servizio telefonico gratuito, per aiutare le donne ad uscire dalla prostituzione e sostenere la lotta contro la criminalità organizzata, dalla quale sono state sfruttate. L'associazione Volontarius ha disposto un ulteriore numero d'urgenza in Alto Adige: il numero 0471 402338 raggiungibile giorno e notte.

PROGETTO ALBA

Nell'ambito delle misure finalizzate alla lotta contro lo sfruttamento della pro-stituzione 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.

Negli ultimi dieci anni e mezzo il progetto „Alba" ha incontrato sulla strada 518 persone, per la maggioranza di sesso femminile. Altre persone hanno richiesto assistenza telefonica o sono state su richiesta accompagnate a domicilio. 67 persone, per la maggioranza donne, che si prostituivano, sono state accolte nel progetto „Alba". Sono state sistemate in appartamenti, hanno imparato il tedesco e l'italiano, hanno completato un'esperienza professionale o frequentato corsi di alfabetizzazione. 36 donne assistite nel frattempo hanno ottenuto un contratto di lavoro. Molte delle donne assistite sono state portate dai collaboratori "Alba" in altre regioni italiane – in questo modo vengono protette dagli

12 EUROSTAT, Trafficking in Human Beings 2015, https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/eurostat_report_on_trafficking_in_human_beings_-_2015_edition.pdf.

Persone in fuga ed il confine del Brennero

Christina Tinkhauser

Dicembre 2014

Alla stazione ferroviaria del Brennero c'è un alto impiego di forze di polizia. Da mesi i treni in transito in direzione Nord vengono controllati da squadre "trinazionali" (poliziotti della Germania, Austria, Italia). Persone di pelle scura che fuggono dalle loro patrie per cercare e trovare in Europa una vita in sicurezza, in libertà e in salute.

Il loro obiettivo è „Germany", anche „Svezia". La forza trainante a renderli tenaci, coraggiosi, dai riflessi pronti e risoluti è la voglia di sopravvivere per arrivarci.

Al binario 7 65 persone dalla Siria, Eritrea, Somalia aspettano il proseguimento del viaggio. Uomini, donne, famiglie con bambini piccoli.

12 persone vengono nella Via S. Valentino per l'organizzazione del servizio per aiuti umanitari. Sono appena giunti con il treno da Verona. Un collaboratore dell'associazione Volontarius li accompagna: genitori con 2 figli, di 3 e 4 anni, un giovanotto (ca. 18 anni) con il fratello minore (ca. 12 anni), 6 giovani uomini. Hanno freddo e bisogno di vestiti caldi. Hanno fame e sete. Il fratello minore ha mal di pancia.

I genitori con i 2 bambini si siedono davanti all'edificio e si appoggiano al muro esausti. Riposano. I bambini si addormentano a terra.

Il padre si siede eretto, concentrato, con lo sguardo sveglio ed osserva.

"Vedo" la sua volontà e la sua forza, orientati solamente alla sopravvivenza ed all'arrivo nel paese dei suoi sogni.

Mi torna in mente mio padre: nell'aprile del 1949 torna dalla Germania in Alto Adige "illegalmente" come apolide. Per settimane é stato in fuga verso la propria patria. Grazie all'aiuto ed alla protezione di estranei è giunto a casa. Ha trascorso l'ultima notte al Brennero. Mi colmano rispetto e gratitudine per mio padre e per questo padre quí al Brennero: queste persone sono pronte in responsabilità per se e per le proprie famiglie di assumersi la fatica della fuga alla ricerca di una vita migliore.

sfruttatori. Nel 2015 "Alba" si è presa cura anche di tre giovani uomini, che sono stati sfruttati come schiavi. 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 alle prime accoglienze reciproche di persone, finalizzate alla tutela e all'accompagnamento delle donne.

9. Trasferimenti pubblici

Oscar Kiesswetter

In questo capitolo, dopo una breve introduzione dedicata alla definizione e all'analisi del fenomeno della povertà, si illustreranno i principali trasferimenti effettuati dalla Provincia, esaminandone l'entità e descrivendo la composizione della popolazione beneficiaria. Delle prestazioni dirette dell'assistenza economica sociale saranno approfonditi in particolare l'aspetto del reddito minimo di inserimento e del contributo per la locazione. I dati riguardanti l'assegno di cura e le prestazioni a favore degli invalidi civili, ciechi e sordi sono invece esposti nell'ambito del capitolo 10.

9.1 Povertà e debolezza reddituale in Alto Adige

9.1.1 Concetti di povertà

DEFINIZIONI

I principali concetti di povertà prevedono una distinzione fra:
– il rischio di povertà dovuta al basso reddito;
– situazioni di emarginazione o svantaggio, ascrivibili a particolari condizioni di vita.

RISCHIO DI POVERTÀ

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 livello di reddito che ripartisce la popolazione in due gruppi di dimensioni esattamente uguali. In base agli indicatori EU-SILC[1] si considera a rischio di povertà chi – per convenzione – ha un reddito inferiore al 60 % del valore mediano. Questo indicatore è considerato un indice del rischio di povertà: infatti, un tale livello di reddito non può essere considerato condizione necessaria o sufficiente perché vi sia un'effettiva situazione di povertà, benché si debba ammettere che un reddito inferiore a questa soglia comporti spesso rinunce più o meno dolorose e causi, nella maggior parte dei casi, situazioni di disagio soggettivo. L'assistenza economica sociale non ha come proprio compito primario il contrasto di questa forma di povertà, poiché la prevenzione della povertà relativa è innanzitutto un problema di politiche retributive e fiscali, di distribuzione dei redditi e di politiche di protezione sociale.

POVERTÀ DELLE SITUAZIONI DI VITA

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 sono in stretta correlazione fra di loro, la povertà reddituale e le condizioni di vita svantaggiate costituiscono due "dimensioni diagnostiche" che si integrano a vicenda, e che si possono descrivere con il 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. Secondo quest'approccio, per valutare se una persona sia povera o no, occorre quindi considerare gli aspetti centrali della vita del singolo individuo e della famiglia. Si parla di povertà delle condizioni di vita quando è limitata in maniera perdurante la 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 in un atteggiamento di consumo inadeguato).

1 SILC sta per „Statistics on Income and Living Conditions", una rilevazione statistica a livello comunitario, effettuata dal 2005 in tutti gli stati dell'UE oltre che in Norvegia e Islanda.

Sul piano delle situazioni di emarginazione ascrivibili a particolari condizioni di vita, assumono particolare importanza due condizioni[2]: da un lato la cosiddetta emarginazione ("deprivazione") finanziaria e dall'altro quella secondaria.

EMARGINAZIONE FINANZIARIA

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.

Dalla combinazione del rischio di povertà e dell'emarginazione finanziaria possono sorgere quattro diverse situazioni di povertà:

1. La "povertà manifesta", con la quale si definisce la situazione, in cui il rischio di povertà si esprime contemporaneamente anche con una limitazione finanziaria del tenore di vita.
2. Il "mancato accesso alle risorse" che si riscontra quando il reddito si colloca sopra la soglia citata ma, come il gruppo precedente, il nucleo familiare o la persona non può soddisfare almeno due dei requisiti minimi anzi descritti.
3. La "mancanza di reddito" corrispondente alla situazione di chi possiede un reddito che espone al rischio di povertà, ma non denota ancora le caratteristiche dell'emarginazione finanziaria.
4. Non sussistono elementi negativi quando non si riscontra né il rischio di povertà, né l'emarginazione finanziaria.

Questa distinzione evidenzia anche diverse possibilità d'intervento:

– Nel caso del mancato accesso alle risorse sono strumenti appropriati per migliorare la situazione di vita sia la disponibilità di spazi abitativi convenienti, sia la concessione di contributi per pagamenti periodici (spese condominiali, canoni per l'asilo ecc.) come pure l'assistenza sociale, mediante la consulenza per debitori.
– Nel caso di persone con reddito insufficiente sono invece efficaci innanzitutto maggiori trasferimenti pubblici.
– Persone in situazione di povertà manifesta risentono positivamente sia di maggiori trasferimenti, sia di condizioni di vita agevolate e più convenienti.

POVERTÀ MANIFESTA/ MANCATO ACCESSO ALLE RISORSE

I nuclei familiari finanziariamente emarginati in base alle condizioni di cui sopra, 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 infine 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. Un'emarginazione secondaria sussiste, quando in famiglia non ci si può permettere tre beni di consumo tra quelli elencati qui di seguito:

2 La descrizione che segue è stata ricavata dalla pubblicazione "Gemeinsam gegen Armut" edita a cura del Ministero federale austriaco per il Lavoro.

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

POVERTÀ DI SPESA E CONSUMO

I concetti di emarginazione finanziaria e secondaria sono strettamente legati alla povertà di spesa o di consumo. Di quest'ultima si parla di norma quando la spesa sostenuta da una persona o da una famiglia per l'acquisto di 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, sia per quanto attiene alla sua struttura.

POVERTÀ CONTRASTATA

L'ultimo concetto da definire è quello della "povertà contrastata", che coinvolge i diversi interventi di politica sociale con i quali si cerca di affrontare i casi di povertà più gravi. Per la provincia di Bolzano 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. A proposito della povertà contrastata, va ricordata anche la cosiddetta "povertà nascosta", che caratterizza quei cittadini che pur avendo diritto a 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. In considerazione della multi-causalità del fenomeno, gli interventi di politica sociale non possono 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 la provincia di Bolzano 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.

9.1.2 Dimensioni del fenomeno di povertà

SITUAZIONE

L'ultimo rilevamento rappresentativo della situazione reddituale e patrimoniale nella provincia autonoma di Bolzano-Alto Adige risale al 2008[3]. Quasi contemporaneamente, a suo tempo, anche l'Istituto Centrale di Statistica ISTAT ha effettuato una rilevazione sui consumi delle famiglie, prendendo in considerazione un campione di 610 famiglie della provincia di Bolzano[4].

Riconsiderate oggi, le risultanze di queste ricerche, ormai datate, devono essere considerate obsolete, a seguito dell'incremento della disoccupazione e delle forme di lavoro precario che la persistente crisi congiunturale ha causato anche in provincia di Bolzano.

3 ASTAT (ed.), Reddito, patrimonio e condizioni di vita delle famiglie in Alto Adige 2008-2009 (collana ASTAT n. 164), Bolzano 2010.
4 ISTAT & ASTAT (Ed.), I consumi delle famiglie, Bolzano 2010.

Dati più aggiornati sul rischio di povertà devono essere pertanto desunti in modo indiretto da altre rilevazioni.

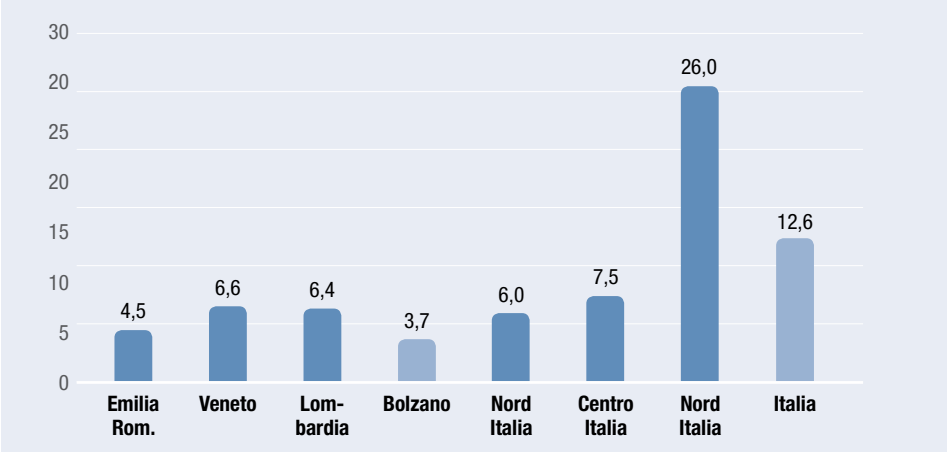
Dopo la recessione che ha portato nel 2009 a un brusco ridimensionamento dei consumi delle famiglie, nemmeno nei seguenti anni 2010 e 2011 si sono registrati incrementi significativi e pertanto il livello pre-crisi dei consumi, rilevato nel 2008 (pari a Euro 2.984) non è stato mai più raggiunto negli anni successivi, né in termini nominali né in termini reali[5].

Anche la previsione sull'andamento delle famiglie fino al 2030[6] evidenzia un crescente rischio di povertà, dovuto al fatto che le spese fisse di ciascuna famiglia saranno poste a carico di un numero sempre minore di componenti della stessa: se nel 1971 ogni nucleo familiare era formato in media da 3,6 persone, in occasione del censimento 2011 sono stati rilevati soltanto 2,4 componenti e la quota dei nuclei unipersonali crescerà costantemente fino al 2030.

LA POVERTÀ DI CONSUMO NEL RAFFRONTO ITALIANO

Un quadro più affidabile sulla qualità della vita e sulla povertà in provincia di Bolzano è fornito dai dati ISTAT sulla povertà, ripartiti a livello regionale e riferiti alla situazione del 2013.[7] Il criterio adottato in quest'analisi è quello della povertà di spesa o di consumo che evidenzia, per la provincia di Bolzano, un indice di povertà familiare del 3,7 %. Questo dato rappresenta il valore minimo degli ultimi tre anni (2011: 10,4 % - 2012: 7,8 %) e contemporaneamente il miglior risultato a livello nazionale. Va peraltro detto che nel caso di Bolzano l'errore relativo di campionatura si presenta abbastanza alto, a causa dei numeri assoluti assai bassi: se si prende un intervallo di confidenza del 95 % (il che significa che in 95 casi su 100 i limiti di intervallo calcolati conterranno il valore reale), il valore per l'Alto Adige risulta oscillare tra il 2,0 % e il 5,4 %. Per questo motivo, e tenendo conto delle forti oscillazioni annue, un indice del 3,7 % per la povertà relativa in Alto Adige si può considerare un dato approssimativamente corretto. Pertanto il grafico che segue riporta anche il rispettivo limite superiore e inferiore dell'intervallo.

[G.9.1] Povertà di spesa in Alto Adige in un raffronto nazional, 2013



Fonte: ISTAT, 2014.

5 ASTAT (Ed.), I consumi delle famiglie 2011, in: ASTAT Info n. 21 / 2013. pagina 2: Una famiglia altoatesina ha consumato mensilmente, nell'anno 2011, beni e servizi per un valore medio di 2.941 euro con un incremento del 5,6 % rispetto al 2009. Considerando, tuttavia, che l'indice dei prezzi al consumo in Alto Adige nello stesso periodo è aumentato del 5,3 %, si osserva un incremento reale del consumo di appena lo 0,3 %.

6 ASTAT (ed.) Previsione sull'andamento delle famiglie in provincia di Bolzano fino al 2030, (collana ASTAT n. 210), Bolzano 2015 nonché ASTAT Info n. 9 – 26.06.2015.

7 ISTAT, La povertà in Italia, anno 2013, in: statistiche report, 14 luglio 2014.

9.2 Assistenza economica sociale

9.2.1 Principi informatori e tipologie di prestazioni

PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ E PRINCIPIO DI INDIVIDUALIZZAZIONE

L'assistenza economica sociale rappresenta l'ultimo gradino del sistema di protezione sociale: le prestazioni sono erogate solo quando le situazioni di bisogno non possono essere affrontate direttamente dell'interessato o dalla sua famiglia (autoaiuto), né possono essere coperte da prestazioni sociali erogate più a monte (principio di sussidiarietà). L'assistenza economica sociale intende aiutare quelle 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 diventare nuovamente autonome nel proprio mantenimento e di rendersi indipendenti dall'assistenza sociale ("aiuto all'autoaiuto").
Questo tipo di supporto è pertanto concesso di norma solo per un periodo limitato. In base al principio di sussidiarietà chi ha bisogno di aiuto deve inoltre impegnare anzitutto la propria capacità lavorativa per ottenere i necessari mezzi di sostentamento, e avere già fatto ricorso a tutte le altre risorse cui ha diritto. Inoltre il diritto all'assistenza economica sociale non è 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 in base alle circostanze (principio di individualizzazione), che sono fissate in base alle disposizioni del D.P.G.P. 30/2000[8]. Le erogazioni sono effettuate a cura dei Distretti sociali che verificano 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, concesso per portare il reddito del richiedente ad un livello prestabilito ("quota base"), che varia in funzione del numero dei componenti del nucleo familiare;
– contributi per locazione e spese accessorie, con 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 perseguono lo scopo di consentire la soddisfazione, in particolari circostanze della vita, di bisogni che determinano una situazione di emergenza individuale o familiare, non risolvibili con le altre prestazioni di assistenza economica sociale;
– prestazioni per la continuità della vita familiare e della casa, destinate ad aiutare il nucleo in caso di temporanea assenza della figura di riferimento;
– assegni per esigenze personali, concessi per consentire un minimo di vita di relazione alle persone ricoverate in istituti assistenziali che non hanno la possibilità di sostenere le piccole spese quotidiane;

8 Decreto del Presidente della Giunta Provinciale di data 11 agosto 2000, n. 30 "Regolamento relativo agli interventi di assistenza economica sociale ed al pagamento delle tariffe nei servizi sociali".

– per l'acquisto o l'adattamento di automezzi per persone affette da minorazione permanente, il rimborso della spesa di acquisto o dei costi di adattamento anche a favore di persone, nel cui nucleo familiare vivono persone minorate;
– rimborso delle spese di trasporto sostenute da persone con minorazioni permanenti per l'utilizzo di mezzi pubblici di trasporto per raggiungere le strutture diurne dei servizi sociali o altre strutture riabilitative o lavorative;
– contributi per la fruizione del servizio di telesoccorso e telecontrollo;
– prestazioni per la "vita indipendente e partecipazione sociale", concesse a persone con una grave disabilità esclusivamente fisica, sotto forma di assegno mensile finalizzato a consentire loro una vita autonoma e agevolare la loro partecipazione alla vita sociale;
– anticipo dell'assegno di mantenimento a tutela dei minori.

ULTERIORI PRESTAZIONI

Queste erogazioni dirette sono completate dalle seguenti prestazioni:
– assunzione di costi e tariffe per minori, disabili e anziani ospitati in istituti situati in provincia e fuori provincia,
– compensi alle famiglie ospitanti, per l'affidamento familiare di minori e disabili,
– assunzione della retta per i cittadini stranieri ricoverati nelle case di riposo e di degenza.
Nel caso di queste prestazioni, sebbene siano erogate sempre dagli enti gestori dei servizi sociali pubblici, non si tratta di interventi specifici mirati a contrastare determinate situazioni di bisogno; pertanto esse non vengono considerate nelle analisi che seguono.

AGEVOLAZIONE TARIFFARIA

Con l'introduzione del nuovo sistema di calcolo per la 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

SPESA COMPLESSIVA

Nel 2014 la spesa complessiva per le prestazioni dirette di assistenza economica a favore di 16.272 richiedenti (nel 2013 erano 13.008)[9], si è attestata su Euro 48.682.742, con un incremento del 36,35 % rispetto all'importo di Euro 35.702.987 erogato nel 2013. Poiché alcune prestazioni riguardano più i nuclei familiari che singoli beneficiari, le persone complessivamente assistite sono naturalmente di più[10].

STRUTTURA DELLA SPESA

Le due principali misure a contrasto delle situazioni di povertà sono il reddito minimo d'inserimento e il contributo per locazione e spese accessorie, misure che con un importo complessivo pari a Euro 43.874.708 (2013: Euro 30.855.345)hanno rappresentato nel 2014 il 90,1 % (2013: 86,4 %) delle spese dirette. Nell'anno 2014 ne hanno beneficiato direttamente 13.224 persone (2013: 9.889), che assieme ai loro familiari rappresentano in totale 32.290 beneficiari (2013: 24.568).
Al terzo posto come entità di spesa si colloca – alla pari degli anni precedenti – l'anticipo dell'assegno di mantenimento, che con l'importo di Euro 2.300.410 evidenzia una crescita del 7,67 % rispetto al 2013 e rappresenta ora il 4,73 % di tutte le spese.
Altre voci di spesa di un certo rilievo sono quelle per prestazioni specifiche, che sono un insieme di possibilità d'intervento, legate alla necessità di affrontare un determinato impegno finanziario, ritenuto congruo e indispensabile dal Distretto. Tipici settori d'intervento sono le spese dentistiche e gli oneri per urgenti lavori di ristrutturazione o per

9 Il numero comprende sia singoli individui sia nuclei familiari.
10 La definizione del numero preciso delle persone che beneficiano dell'assistenza economica sociale è resa difficoltosa da numerosi elementi. Mentre nel caso del reddito minimo appare immediato considerare beneficiari tutti i componenti del nucleo familiare, in altri casi sussistono motivazioni che impediscono di applicare una considerazione complessiva.

l'acquisto di elettrodomestici. La prestazione specifica viene spesso concessa anche sotto forma di prestito infruttifero rimborsabile. Nel 2014 sono state erogate prestazioni per Euro 1.559.299, corrispondenti a circa il 3,2 % della spesa complessiva; l'importo evidenzia una diminuzione del 16,74 % rispetto a quello di Euro 1.872.815, erogato nel 2013.

Tra le altre erogazioni dirette dell'assistenza economica, le voci degne di nota sono l'assegno per piccole spese personali e l'assegno per la continuità della vita familiare, mentre le rimanenti prestazioni sono di importo marginale e riferite a un numero contenuto di assistiti. Per quanto ovvio, il significato di queste prestazioni residuali non può essere determinato soltanto con parametri quantitativi, trattandosi di prestazioni chiamate a rispondere a bisogni circoscritti, ma soggettivamente rilevanti.

[T.9.1] I dati principali dell'assistenza economica sociale – 2014

ASSISTENZA ECONOMICA	2014	2013	+/- (%)
Reddito minimo di inserimento			
Importo della spesa	10.836.499	10.769.646	0,62 %
Numero beneficiari (*)	4.477	4.572	
Locazione e spese accessorie			
Importo della spesa	33.038.209	20.085.699	64,49 %
Numero beneficiari (*)	11.800	8.528	
Reddito minimo e locazione			
Importo della spesa	43.874.708	30.855.345	42,19 %
Numero beneficiari (*)	13.224	9.889	
Numero beneficiari e familiari	32.290	24.568	
Altre prestazioni			
Anticipo assegno di mantenimento	2.300.410	2.136.606	7,67 %
Prestazioni specifiche	1.559.299	1.872.815	-16,74 %
Continuità della vita familiare	337.909	240.890	40,28 %
Assegno per piccole spese	235.709	251.900	-6,43 %
Servizio di telesoccorso	25.782	27.609	-6,62 %
Spese di trasporto (totale)	196.253	170.143	15,35 %
Acquisto/adattamento automezzi per disabili	152.672	147.679	3,38 %
Totale spese dirette	**48.682.742**	**35.702.987**	**36,35 %**
Beneficiari diretti (*)	16.242	13.008	

(*) Considerazioni sul numero dei beneficiari: Il numero indicato in corrispondenza del totale dei beneficiari è un valore indicativo, poiché la medesima persona potrebbe avere diritto a percepire diverse forme di prestazione. Le persone beneficiarie del reddito minino e del contributo per locazione e spese accessorie sono contate una volta sola nel calcolo del totale.
Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Nelle tabelle che seguono le prestazioni dell'assistenza economica sociale sono ripartite a livello di singola comunità comprensoriali, per evidenziare il peso percentuale di queste istituzioni nel complesso della spesa totale. Le tabelle si riferiscono esclusivamente all'anno 2013 e riguardano le seguenti voci di spesa:

– T.9.3: Reddito minimo di inserimento
– T.9.4: Contributo alle spese di locazione e accessorie
– T.9.5: Beneficiari del reddito minimo E dei contributi per la locazione
– T.9.6: Reddito minimo e spese locazione senza duplicazioni
– T.9.7: Prestazioni specifiche
– T.9.8: Assegno per piccole spese
– T.9.9: Contributi per il mantenimento della vita familiare
– T.9.10: Servizi di telesoccorso
– T.9.11: Rimborso delle spese di trasporto per persone disabili
– T.9.12: Contributo per l'acquisto di automezzi per disabili
– T.9.13: Contributo per l'adattamento di automezzi per disabili
– T.9.14: Contributo per l'adattamento di automezzi di famiglie con disabili
– T.9.15: Anticipo dell'assegno di mantenimento.

Per consentire un'analisi corretta della quota di spesa e di beneficiari, rappresentata da ciascuna comunità comprensoriale, si deve tenere in considerazione anche la distribuzione territoriale della popolazione complessiva.

Pertanto la seguente tabella 9.2 contiene il numero degli abitanti a fine 2014 e 2013, pubblicato dall'ufficio statistico provinciale ASTAT. Per compensare eventuali oscillazioni puntuali del numero degli abitanti alla data di riferimento del 31 dicembre, per le analisi della quota di spese sociale a livello di comprensorio si applica la media della popolazione alla fine dei due esercizi, poiché anche le prestazioni sono riferite a un intero esercizio. La tabella evidenzia una certa irregolarità nella distribuzione della popolazione negli otto comprensori. Nell'area cittadina di Bolzano si concentra oltre il 20 % della popolazione, cioè ogni quinto abitante della provincia risiede in questa comunità comprensoriale. La popolazione del Burgraviato è leggermente inferiore, qui vive il 19,5 % della popolazione, ma questa è ripartita su un'area geografica molto più ampia con un numero sensibilmente maggiore di Comuni. Senza addentrarsi ulteriormente nell'analisi del territorio e della densità della popolazione, trattandosi in questo caso di elementi che rilevano solo in termini organizzativi nell'ambito delle prestazioni sociali, si può riassumere la situazione come segue: con riferimento alla popolazione, le due comunità comprensoriali di Bolzano e del Burgraviato hanno ciascuna circa il 20 % della popolazione. In altri due comprensori, quello della Val Pusteria e dell'Oltradige-Bassa Atesina, risiede un altro 15 % cadauno, mentre un altro 10% della popolazione abita nella Val d'Isarco e altrettanti nel comprensorio Salto-Sciliar. La Val Venosta (con appena il 7 %) e l'Alta Val d'Isarco-Wipptal con il 3,8 % della popolazione sono le aree a minore densità abitativa.

[T.9.2] La popolazione ripartita per Comunità comprensoriali

Comunità comprensoriale	Popolazione			
	31.12.2013	31.12.2014	Media	%
Val Venosta	35.430	35.472	35.451	6,86 %
Burgraviato	100.280	101.064	100.672	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	73.515	73.878	73.697	14,25 %
Bolzano	105.713	106.110	105.912	20,48 %
Salto - Sciliar	48.951	49.207	49.079	9,49 %
Valle d'Isarco	51.241	51.639	51.440	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	19.753	19.914	19.834	3,84 %
Val Pusteria	80.831	81.234	81.033	15,67 %
Totale provincia	**515.714**	**518.518**	**517.116**	**100,00 %**

Fonte: ASTAT, 2015

Nell'ambito dell'assistenza economica sociale, sia le persone singole sia i nuclei familiari possono percepire un contributo integrativo per portare il loro reddito a un livello che permetta di coprire le esigenze connesse ai bisogni fondamentali della vita. L'importo pari a Euro 10.836.499, erogato nel 2014, evidenzia un leggero incremento dello 0,6 %, rispetto al 2013, anno in cui erano stati erogati Euro 10.769.646. Invece il numero dei beneficiari si è ridotto nello stesso periodo del 2,1 %, passando da 4.572 persone nel 2013 a 4.477 nel 2014. La distribuzione territoriale di queste prestazioni a livello di comunità comprensoriali è esposta nella seguente tabella 9.3.

[T.9.3] Reddito minimo di inserimento per comprensori, 2014

Comunità comprensoriale	Reddito minimo		Beneficiari		Familiari		Importo medio (Euro)	% della popolazione
	in Euro	%	Num.	%	Num.	%		
Val Venosta	243.936	2,25 %	129	2,88 %	273	2,77 %	1.891	6,86 %
Burgraviato	2.481.476	22,90 %	955	21,33 %	2.004	20,32 %	2.598	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	859.218	7,93 %	369	8,24 %	985	9,99 %	2.329	14,25 %
Bolzano	4.727.074	43,62 %	2.017	45,05 %	4.302	43,62 %	2.344	20,48 %
Salto - Sciliar	367.846	3,39 %	155	3,46 %	326	3,31 %	2.373	9,49 %
Valle d'Isarco	1.004.783	9,27 %	388	8,67 %	900	9,13 %	2.590	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	517.498	4,78 %	201	4,49 %	503	5,10 %	2.575	3,84 %
Val Pusteria	634.669	5,86 %	263	5,87 %	570	5,78 %	2.413	15,67 %
Totale provincia	**10.836.500**	**100,00 %**	**4.477**	**100,00 %**	**9.863**	**100,00 %**	**2.420**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

La tabella 9.3. evidenzia gli importi totali, corrisposti per il reddito minimo nel corso del 2014 e ne indica i relativi beneficiari oltre che i familiari di questi ultimi, destinatari indiretti dell'assistenza sociale. Da questi dati è agevole derivare l'importo medio della prestazione per ciascuna domanda, che con Euro 2.420 non solo risulta costante in un periodo di osservazione pluriennale, ma che nel 2014 ha evidenziato differenze minime

anche a livello territoriale, con un'oscillazione, in sette degli otto comprensori, compresa fra Euro 2.598 (Burgraviato) e Euro 2.329 (Oltradige-Bassa Atesina). Unica eccezione a questo riguardo è la Val Venosta, dove la media delle prestazioni, pari a 1.891 Euro cad., è molto inferiore alla media provinciale, ma questo valore è poco significativo, in termini statistici, poiché corrisponde ad un numero assai esiguo di destinatari (129 persone, pari al 2,88 % del totale dei 4.477 beneficiari).

La distribuzione percentuale della popolazione nei singoli comprensori, riportata nell'ultima colonna della tabella, permette di formulare, a livello territoriale, prime considerazioni sulla quota delle prestazioni in relazione alla popolazione residente. Così facendo, risulta, p. es. che nell'area urbana di Bolzano, ove è concentrato un quinto della popolazione, si registrano il 43 % degli importi e il 45 % dei beneficiari. All'estremo opposto, nei comprensori puramente rurali come la Val Venosta l'area Salto-Sciliar e la Val Pusteria, si riscontrano pagamenti e beneficiari in percentuale inferiore alla quota di popolazione ivi residente.

Queste irregolarità nella distribuzione percentuale sul territorio delle prestazioni connesse all'assistenza economica sociale, sono riscontrabili anche nelle altre forme d'intervento, esposte nelle tabelle che seguono. Pertanto pare opportuno dedicare un breve excursus ad una possibile spiegazione di questo fenomeno.

Il rapporto non lineare fra la distribuzione territoriale della popolazione e quella dei beneficiari dell'assistenza sociale è un fenomeno di lunga durata, noto a livello europeo con la definizione di "non-take up of social rights" e già oggetto di studi comparati e analisi statistiche[11].

La cultura del ricorso alle prestazioni dell'assistenza economica sociale è ancora assai differenziata in provincia di Bolzano, poiché, in particolare nei territori periferici con caratteristiche rurali, un sentimento di vergogna personale trattiene gli aventi diritto dal richiedere con coerenza le prestazioni di cui avrebbero bisogno. Trattandosi, inoltre, nei casi qui esaminati, di prestazioni a carattere finanziario, vanno ricordati anche gli aiuti derivanti da buoni rapporti di vicinato e quelli forniti dalle famiglie allargate, ancora presenti nelle valli periferiche. Questi strumenti della tradizione sociale rappresentano supporti in grado di ridurre il ricorso a prestazioni pubbliche. Nelle aree urbane, d'altro canto, non sono solo le famiglie meno numerose o le persone sole, né un più elevato costo della vita ad aumentare il ricorso a tali prestazioni.

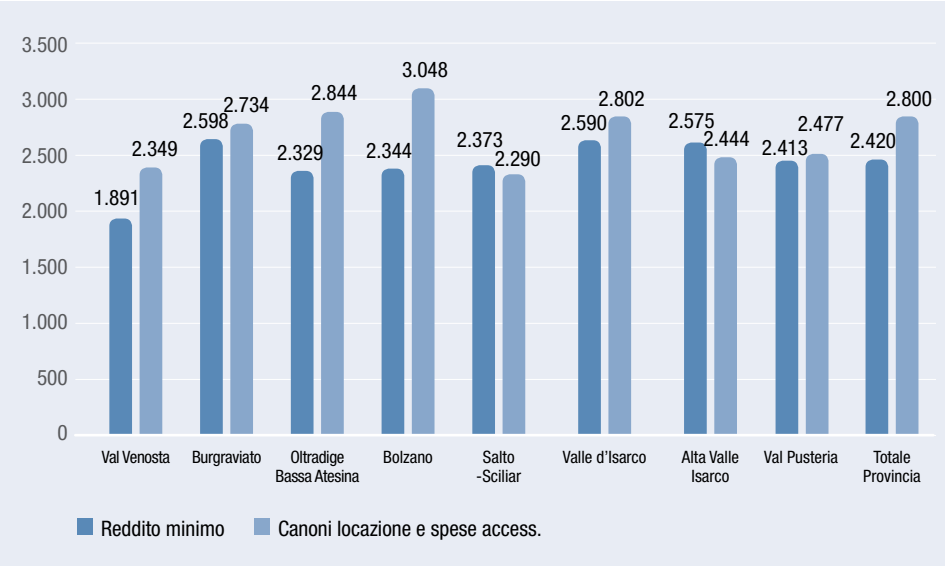
Per esperienze conseguite, sono innanzitutto aspetti organizzativi e pratici a influenzare negativamente il comportamento della popolazione rurale, p. es. la distanza fra il paese di residenza e la sede del comprensorio o del distretto oppure inusuali complicazioni burocratiche, connesse alla presentazione della domanda e della relativa documentazione, ivi compreso l'eventuale obbligo di prenotazione presso gli uffici competenti nei centri maggiori.

Inoltre, le misure con le quali l'ente pubblico contribuisce alla conoscenza e alla promozione delle prestazioni dell'assistenza economica sociale sono limitate ad un'attività informativa generica, mentre l'acquisizione capillare è lasciata ai patronati, agli enti comunali di assistenza o a iniziative benefiche del volontariato o di singole persone a livello locale.

Il seguente grafico 9.2 evidenzia l'importo medio per ciascuna domanda, a livello di singola comunità comprensoriale.

11 A titolo esemplificativo si cita a questo proposito il network "Observatory on Non-Take Up (NTU) of Social Rights and Public Services ODENORE (Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services) https://odenore.msh-alpes.fr/en

[G.9.2] Spesa media per intervento per comprensorio, 2014



Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

[T.9.4] Contributi per locazione e spese accessorie a livello di comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Locazione e spese accessorie		Beneficiari		Familiari		Importo medio (Euro)	% su totale popola-zione
	in Euro	%	Num.	%	Num.	%		
Val Venosta	880.773	2,67 %	375	3,18 %	963	3,04 %	2.734	6,86 %
Burgraviato	7.056.767	21,36 %	2.581	21,87 %	6.473	20,46 %	2.349	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	4.100.736	12,41 %	1.442	12,22 %	4.296	13,58 %	2.844	14,25 %
Bolzano	12.763.510	38,63 %	4.187	35,48 %	11.220	35,47 %	3.048	20,48 %
Salto - Sciliar	1.044.407	3,16 %	456	3,86 %	1.240	3,92 %	2.290	9,49 %
Valle d'Isarco	3.233.911	9,79 %	1.154	9,78 %	3.173	10,03 %	2.802	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	1.324.567	4,01 %	542	4,59 %	1.475	4,66 %	2.444	3,84 %
Val Pusteria	2.633.538	7,97 %	1.063	9,01 %	2.790	8,82 %	2.477	15,67 %
Totale provincia	**33.038.209**	**100,00 %**	**11.800**	**100,00 %**	**31.630**	**100,00 %**	**2.800**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Come già evidenziato nei dati della tabella 9.1, l'importo totale, erogato nel 2014, a titolo di contributo per canoni di locazione e spese accessorie è aumentato a Euro 33.038.209, registrando un incremento del 64,49 % rispetto all'importo di Euro 20.085.699 concesso nel 2013. Anche il numero dei destinatari è passato da 8.528 persone nel 2013 a 11.800 persone nel 2014, con un vistoso incremento del 38,4 %.

Anche già nel 2013 gli importi erogati e il numero degli aventi diritto avevano fatto registrare aumenti consistenti, ma questo fenomeno non deriva da un incremento continuo delle prestazioni, infatti è la conseguenza di una modifica amministrativa che a far tempo dal 1. gennaio 2013 ha unificato nel nuovo contributo unico per la locazione e le spese accessorie, sia il sussidio casa, in precedenza gestito dall'I.P.E.S Istituto Provinciale per l'Edilizia Sociale, sia i contributi per gli affitti, finora erogati dalla Provincia.

Fino a fine 2012, le famiglie a basso reddito potevano richiedere un "sussidio casa" all'I.P.E.S., a condizione che sussistesse un regolare contratto di affitto (gli inquilini delle abitazioni di proprietà dell'I.P.E.S. erano esclusi). Il sussidio dell'I.P.E.S. e il "Contributo per locazione e spese accessorie" dell'assistenza economica sociale erano cumulabili, ma facevano riferimento a diversi limiti di reddito. I relativi importi, pagati fino al 2012 in base alle disposizioni previgenti, sono esposti nella seguente tabella 9.4b.

[T.9.4b] Sussidio casa IPES e contributo pubblico per l'abitazione fino al 31.12.2012

Anno	Numero famiglie		Importi erogati		Importo / famiglia	
	Contr. affitto	Sussidio I.P.E.S.	Contr. affitto	Sussidio I.P.E.S.	Contr. affitto	Sussidio I.P.E.S.
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): I.P.E.S.

Abitare – una questione socio-politica

Susanne Elsen

Oramai si sa che in Alto Adige in seguito all'attrattiva turistica e alle scarse superfici disponibili nelle vallate la domanda supera l'offerta e i costi degli alloggi sono molto elevati. In particolar modo abitare a Bolzano è molto costoso non solo per chi ha un basso reddito, bensì anche per chi ha un reddito medio. Infatti il costo delle abitazioni dipende dai prezzi dei terreni che in Alto Adige sono molto alti.

L'abitazione è un elemento decisivo per la qualità della vita e il welfare delle persone. Pertanto le politiche abitative rappresentano un settore fondamentale della politica sociale. Le sfide nella creazione attiva di quartieri cittadini come spazio di vita intergenerazionale e interculturale, ma anche come spazio per riconoscere in tempo i problemi, hanno fatto sì che in molte città europee sorga il lavoro sociale di quartiere, sviluppato per la prima volta nel 2015 dall'Istituto per l'edilizia sociale come modello anche per l'Alto Adige. Questo è positivo poiché il quartiere residenziale acquista importanza come rete sociale, come luogo per i rapporti sociali e per la soluzione di problemi concreti.

Nuove insicurezze sui mercati del lavoro e incertezze sociali e economiche possono portare rapidamente a situazioni di emergenza personali nel campo abitativo. Il rischio di declino sociale va di pari passo con i cambiamenti strutturali di famiglie e nuclei famigliari. Famiglie più piccole e forme di vita individuali in aumento comportano che le reti di sicurezza famigliari siano sempre più fragili e spesso il vicinato sostituisce il ruolo della famiglia.

La relazione tra problemi sociali, condizioni abitative specifiche e il mercato degli alloggi nelle città e nei comuni nonché l'essere consapevoli di queste situazioni non sono una novità. Gli effetti negativi di condizioni abitative problematiche e di un ambiente di vita socialmente difficile per lo sviluppo di bambini e adolescenti sono stati oggetto di studi scientifici. In particolare i centri giovanili altoatesini svolgono un ottimo lavoro per i giovani e la comunità nei quartieri disagiati.

In considerazione della necessità di sviluppo, il lavoro sociale di quartiere è appunto un compito importante nei prossimi anni e può essere esposto in maniera positiva nella relazione costi-benefici. Quindi la gestione della vita in comune tra diverse culture rappresenta un compito sociale nei quartieri urbani. Ma in particolare, visti i cambiamenti demografici, vanno verificati i potenziali di un vicinato attivo che offre alle persone più anziane qualità e autonomia nella vita del proprio quartiere, oltre ad un adattamento dei quartieri residenziali conforme alla loro età e accessibile a persone con disabilità.

Dal 1. gennaio 2013 il sussidio casa dell'I.P.E.S. e il contributo erogato dai distretti sociali sono stati unificati (L.P. 11/2012, art. 2) e la relativa erogazione è stata affidata ora ai distretti sociali[12], che con l'utilizzo della Dichiarazione Unificata di Reddito e Patrimonio potranno conseguire nel lungo termine una riduzione reale delle prestazioni erogate a questo titolo. La gestione da parte dei distretti sociali (che ora rappresentano l'unico sportello competente) permetterà di ricevere nuove domande di contributo in ogni momento dell'anno, essendo stati aboliti i termini previgenti. Le pratiche, in futuro, potranno essere evase in tempi minori, non appena saranno trasferiti gli ultimi sussidi casa ancora gestiti dall'I.P.E.S.

La citata modifica nei criteri e nelle procedure di concessione del contributo per la locazione comporta peraltro che le indicazioni pluriennali, riportate nella seguente tabella 9.4c e nel grafico 9.3, non sono del tutto significative, per quanto riguarda il contributo locativo.

[T.9.4c] Andamento pluriennale dei contributi

	2008	2010	2012	2014
Famiglie destinatarie del reddito minimo	3.202	4.632	4.503	4.477
Spesa per reddito minimo (in Euro)	5.366.612	9.893.564	10.003.914	10.836.499
Famiglie con contributo abitazione	3.881	5.498	5.704	11.800
Spesa per contributo locazione (in Euro)	5.003.296	10.007.028	11.012.251	33.038.209
Famiglie con reddito minimo + contributo abitaz.	4.619	6.485	6.596	13.224
Beneficiari reddito minimo + contributo abitaz.	10.720	15.966	16.285	32.290
Spesa reddito minimo + contributo abitaz. (in Euro)	10.369.908	19.900.592	21.016.166	43.874.708

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

[G.9.3] Reddito minimo e contributo locazione, 2006-2014

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

12 Sono previste peraltro norme transitorie che permettono agli inquilini di ottenere il sussidio casa da parte dell'I.P.E.S. fino alla scadenza del loro contratto di locazione. La fase transitoria terminerà a metà dell'anno 2016.

[T.9.5] Beneficiari reddito minimo E contributo abitazione per comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Beneficiari		% su totale popolazione
	Num.	%	
Val Venosta	93	3,05 %	6,86 %
Burgraviato	693	22,70 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	289	9,47 %	14,25 %
Bolzano	1.250	40,94 %	20,48 %
Salto - Sciliar	102	3,34 %	9,49 %
Valle d'Isarco	278	9,11 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	161	5,27 %	3,84 %
Val Pusteria	187	6,13 %	15,67 %
Totale provincia	**3.053**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

[T.9.6] Reddito minimo e contributo abitazione senza duplicazioni, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Bene-ficiari	Importo medio	Familiari	Familiari per benefi-ciario	% su totale popolazione
	in Euro	%					
Val Venosta	1.124.709	2,56 %	411	2.737	963	2,3	6,86 %
Burgraviato	9.538.243	21,74 %	2.843	3.355	6.548	2,3	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	4.959.954	11,30 %	1.522	3.259	4.299	2,8	14,25 %
Bolzano	17.490.584	39,86 %	4.954	3.531	11.921	2,4	20,48 %
Salto - Sciliar	1.412.253	3,22 %	509	2.775	1.227	2,4	9,49 %
Valle d'Isarco	4.238.694	9,66 %	1.264	3.353	3.204	2,5	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	1.842.065	4,20 %	582	3.165	1.520	2,6	3,84 %
Val Pusteria	3.268.207	7,45 %	1.139	2.869	2.729	2,4	15,67 %
Totale provincia	**43.874.709**	**100,00 %**	**13.224**	**3.318**	**32.411**	**2,5**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Il termine "prestazioni specifiche" definisce prestazioni finanziarie una tantum a favore di persone o nuclei familiari che, trovandosi in uno stato di bisogno, devono fare fronte a impegni impellenti e non procrastinabili. Sia in termini di beneficiari che di importi erogati, queste prestazioni nel corso del 2014 sono diminuite rispetto all'anno precedente, e precisamente del 16,7 % nelle erogazioni (2013: Euro 1.872.815) e dell'8,2 % nel numero degli aventi diritto (2013: 1963 persone). La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nella seguente tabella 9.7.

[T.9.7] Prestazioni specifiche per comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	50.066	3,21 %	64	3,55 %	6,86 %
Burgraviato	359.286	23,04 %	371	20,58 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	94.344	6,05 %	134	7,43 %	14,25 %
Bolzano	495.254	31,76 %	652	36,16 %	20,48 %
Salto - Sciliar	53.960	3,46 %	54	3,00 %	9,49 %
Valle d'Isarco	175.135	11,23 %	256	14,20 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	196.408	12,60 %	130	7,21 %	3,84 %
Val Pusteria	134.846	8,65 %	142	7,88 %	15,67 %
Totale provincia	**1.559.299**	**100,00 %**	**1.803**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Persone singole o nuclei familiari, residenti in istituti assistenziali, che in particolari circostanze della vita non sono in grado di sostenere le piccole spese quotidiane con il proprio reddito o patrimonio, possono beneficiare, nell'ambito dell'assistenza economica sociale, di un sussidio per le spese personali di importo minimo (detto comunemente "Taschengeld").

Nel corso dell'anno 2014 questo sussidio è stato erogato a 201 aventi diritto, con una riduzione del 15,9 % rispetto al 2013 (239 beneficiari). Di conseguenza, anche l'importo complessivo, che nel 2013 era ammontato a Euro 251.900, è diminuito del 6,4 %, scendendo nel 2014 a Euro 235.709. La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nella seguente tabella 9.8.

[T.9.8] Sussidio personale „Taschengeld" per comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	5.946	2,52 %	3	1,49 %	6,86 %
Burgraviato	47.141	20,00 %	75	37,31 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	19.761	8,38 %	11	5,47 %	14,25 %
Bolzano	96.984	41,15 %	62	30,85 %	20,48 %
Salto - Sciliar	6.233	2,64 %	6	2,99 %	9,49 %
Valle d'Isarco	32.205	13,66 %	18	8,96 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	2.409	1,02 %	3	1,49 %	3,84 %
Val Pusteria	25.030	10,62 %	23	11,44 %	15,67 %
Totale provincia	**235.709**	**100,00 %**	**201**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Rientrano nell'assistenza economica sociale anche prestazioni erogate con periodicità mensile, destinate a persone singole o a nuclei familiari, e finalizzate a garantire la continuità della vita familiare e della casa evitando ove possibile un ricovero in una struttura assistenziale. Dopo che nel 2013 erano stati erogati a questo titolo Euro 240.890 a favore di 116 persone e/o famiglie, nel corso del 2014 si sono registrati incrementi sia negli importi (+ 40,3 %) sia nel numero degli aventi diritto (+26,7 %). La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nella seguente tabella 9.9.

[T.9.9] Contributo per la continuità familiare ripartito per comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	0	0,00 %	0	0,00 %	6,86 %
Burgraviato	7.505	2,22 %	4	2,72 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	6.103	1,81 %	2	1,36 %	14,25 %
Bolzano	150.925	44,66 %	62	42,18 %	20,48 %
Salto - Sciliar	4.599	1,36 %	4	2,72 %	9,49 %
Valle d'Isarco	156.748	46,39 %	68	46,26 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	5.036	1,49 %	3	2,04 %	3,84 %
Val Pusteria	6.993	2,07 %	4	2,72 %	15,67 %
Totale provincia	**337.909**	**100,00 %**	**147**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

A persone con oltre sessantacinque anni di età che vivono da sole, ma anche a soggetti più giovani con specifiche esigenze, può essere erogato un contributo mensile per la fruizione del servizio di telesoccorso e telecontrollo. A livello provinciale, nel corso del 2014 hanno beneficiato di questo contributo 124 persone, con un incremento numerico pari a 11,7 % rispetto al 2013. L'importo complessivamente erogato, invece, è diminuito del 6,6 % e ammonta a Euro 25.782 (2013: Euro 27.609). La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nella seguente tabella 9.10.

[T.9.10] Servizio di telesoccorso per comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	700	2,72 %	2	1,61 %	6,86 %
Burgraviato	3.514	13,63 %	16	12,90 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	1.878	7,28 %	10	8,06 %	14,25 %
Bolzano	14.387	55,80 %	69	55,65 %	20,48 %
Salto - Sciliar	472	1,83 %	3	2,42 %	9,49 %
Valle d'Isarco	1.951	7,57 %	9	7,26 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	513	1,99 %	4	3,23 %	3,84 %
Val Pusteria	2.367	9,18 %	11	8,87 %	15,67 %
Totale provincia	**25.782**	**100,00 %**	**124**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

A persone affette da minorazione permanente, impossibilitate a utilizzare i mezzi di trasporto pubblico o a condurre un'automobile in proprio, spetta il rimborso dei costi per il trasporto o per l'accompagnamento presso le strutture diurne dei servizi sociali o altre strutture riabilitative o lavorative. A questo titolo sono stati erogati nel corso del 2014 complessivamente Euro 196.252 a favore di 78 persone (meno 6,0 % rispetto al 2013); questo importo rappresenta un incremento del 15,3 % rispetto all'anno precedente, allorché erano stati pagati Euro 170.143 a 83 aventi diritto. La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nella seguente tabella 9.11.

[T.9.11] Rimborso spese trasporto per minorati a livello di comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Trasporti privati				Trasporti convenzionati				% su totale popola-zione
	Importi		Beneficiari		Importi		Beneficiari		
	in Euro	%	Num.	%	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	6,86 %
Burgraviato	20.345	46,69 %	14	35,00 %	3.500	2,29 %	1	2,63 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	262	0,60 %	2	5,00 %	4.979	3,26 %	2	5,26 %	14,25 %
Bolzano	104	0,24 %	1	2,50 %	39.746	26,03 %	8	21,05 %	20,48 %
Salto - Sciliar	3.241	7,44 %	3	7,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %	9,49 %
Valle d'Isarco	7.976	18,31 %	10	25,00 %	79.917	52,34 %	8	21,05 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	331	0,76 %	1	2,50 %	16.368	10,72 %	10	26,32 %	3,84 %
Val Pusteria	11.312	25,96 %	9	22,50 %	8.171	5,35 %	9	23,68 %	15,67 %
Totale provincia	**43.571**	**100,00 %**	**40**	**100,00 %**	**152.681**	**100,00 %**	**38**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Persone portatrici di una minorazione duratura agli arti superiori o inferiori che abbiano bisogno di un'automobile adattata alle loro specifiche esigenze, possono richiedere il rimborso dei costi sostenuti per l'acquisto di un mezzo adeguato o per l'allestimento della propria autovettura. Un contributo per l'adattamento dell'automezzo spetta anche alle persone, nel cui nucleo familiare vive un portatore di minorazione duratura. L'esiguo numero delle prestazioni concesse a questo titolo e le diverse esigenze di adattamento soggettivo rendono queste prestazioni soggette a vistose oscillazioni da un anno all'altro. La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nelle seguenti tabelle da 9.12 a 9.14.

[T.9.12] Contributi per acquisto di automezzi per disabili a livello di comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	8.754	10,15 %	2	8,70 %	6,86 %
Burgraviato	2.417	2,80 %	2	8,70 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	12.254	14,21 %	3	13,04 %	14,25 %
Bolzano	19.365	22,45 %	5	21,74 %	20,48 %
Salto - Sciliar	18.373	21,30 %	5	21,74 %	9,49 %
Valle d'Isarco	10.563	12,25 %	3	13,04 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	4.920	5,70 %	1	4,35 %	3,84 %
Val Pusteria	9.614	11,15 %	2	8,70 %	15,67 %
Totale provincia	**86.260**	**100,00 %**	**23**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

[T.9.13] Contributi per adattamento automezzi per disabili a livello di comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	2.717	7,24 %	1	4,76 %	6,86 %
Burgraviato	1.542	4,11 %	2	9,52 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	7.226	19,25 %	3	14,29 %	14,25 %
Bolzano	7.050	18,78 %	5	23,81 %	20,48 %
Salto - Sciliar	9.738	25,94 %	5	23,81 %	9,49 %
Valle d'Isarco	5.421	14,44 %	3	14,29 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	690	1,84 %	1	4,76 %	3,84 %
Val Pusteria	3.163	8,42 %	1	4,76 %	15,67 %
Totale provincia	**37.547**	**100,00 %**	**21**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

[T.9.14] Contributi adattamento automezzi a familiari di disabili a livello di comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	0	0,00 %	0	0,00 %	6,86 %
Burgraviato	0	0,00 %	0	0,00 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	4.686	16,23 %	1	14,29 %	14,25 %
Bolzano	0	0,00 %	0	0,00 %	20,48 %
Salto - Sciliar	4.920	17,04 %	1	14,29 %	9,49 %
Valle d'Isarco	0	0,00 %	0	0,00 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	0	0,00 %	0	0,00 %	3,84 %
Val Pusteria	19.259	66,72 %	5	71,43 %	15,67 %
Totale provincia	**28.865**	**100,00 %**	**7**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Rientrano nelle prestazioni dell'assistenza economica sociale anche le anticipazioni a favore del genitore affidatario del minore o con il quale il bambino convive prevalentemente, nei casi in cui il pagamento dell'assegno di mantenimento non sia effettuato dal genitore da cui è dovuto. Nel corso del 2014 sono stati erogati, a titolo di anticipazione dell'assegno di mantenimento a tutela dei minori, complessivamente Euro 2.300.410, importo che rispetto agli Euro 2.136.606 dell'anno precedente rappresenta un incremento del 7,7 %; il numero delle persone beneficiarie di questa prestazione, invece, è aumentato dell'11,0 %, passando da 553 nel 2013 a 614 nel 2014. La ripartizione di queste prestazioni a livello di singola comunità comprensoriale è evidenziata nella seguente tabella 9.15.

[T.9.15] Anticipazione dell'assegno di mantenimento a livello di comprensorio, 2014

Comunità comprensoriale	Importi		Beneficiari		% su totale popolazione
	in Euro	%	Num.	%	
Val Venosta	66.836	2,91 %	19	3,09 %	6,86 %
Burgraviato	507.079	22,04 %	140	22,80 %	19,47 %
Oltradige Bassa Atesina	231.621	10,07 %	65	10,59 %	14,25 %
Bolzano	882.286	38,35 %	241	39,25 %	20,48 %
Salto - Sciliar	117.771	5,12 %	32	5,21 %	9,49 %
Valle d'Isarco	282.308	12,27 %	64	10,42 %	9,95 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	51.264	2,23 %	15	2,44 %	3,84 %
Val Pusteria	161.246	7,01 %	38	6,19 %	15,67 %
Totale provincia	**2.300.411**	**100,00 %**	**614**	**100,00 %**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

9.2.3 Prestazioni dell'assistenza sociale per nazionalità

NAZIONALITÀ

Le prestazioni di assistenza, erogate a fronte del reddito minimo e dei contributi per la locazione e le spese accessorie, ammontano complessivamente a Euro 43.874.708 e rappresentano una quota del 90,12 % di tutte le prestazioni. Questa rilevanza giustifica un'analisi più approfondita anche a livello di nazionalità dei destinatari, perlomeno distinguendo fra cittadini italiani o di un altro paese comunitario, e beneficiari extra-comunitari. Come risulta dalle tabelle 9.1. e 9.3., nel corso del 2014 le prestazioni per il reddito minimo di inserimento sono ammontate a Euro 10.836.499 Euro, di cui Euro 5.981.615, pari al 55,20 %, sono stati erogati a cittadini italiani, mentre il 5,00 % (Euro 541.296) è stato corrisposto a cittadini di altri paesi dell'UE ed il restante 39,81 % a beneficiari extracomunitari. Una prima ripartizione degli aventi diritto, in base a questi criteri, è esposta nella seguente tabella 9.16.

[T.9.16] Reddito minimo ripartito per nazionalità dei beneficiari

Nazionalità	Prestazioni		Beneficiari	
	Importo (Euro)	%	Num.	%
Italia	5.981.615	55,20 %	2.258	50,44 %
Altri paesi UE	541.296	5,00 %	247	5,52 %
Paesi extracomunitari	4.313.588	39,81 %	1.972	44,05 %
Totale	**10.836.499**	**100,00 %**	**4.477**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Il totale delle 4.477 persone, cui sono affluiti nel corso del 2014 contributi per il reddito minimo per complessivi Euro 10.836.499, può essere ripartito per nazionalità anche a livello di singola comunità comprensoriale, come risulta dalla seguente tabella 9.17.

[T.9.17] Reddito minimo di inserimento per nazionalità e comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Italia		Altri paesi UE		Paesi extra-UE		Totale	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Val Venosta	85	3,76 %	9	3,64 %	35	1,77 %	129	2,88 %
Burgraviato	540	23,91 %	70	28,34 %	345	17,49 %	955	21,33 %
Oltradige Bassa Atesina	189	8,37 %	15	6,07 %	165	8,37 %	369	8,24 %
Bolzano	889	39,37 %	82	33,20 %	1046	53,04 %	2.017	45,05 %
Salto - Sciliar	88	3,90 %	14	5,67 %	53	2,69 %	155	3,46 %
Valle d'Isarco	189	8,37 %	23	9,31 %	176	8,92 %	388	8,67 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	114	5,05 %	9	3,64 %	78	3,96 %	201	4,49 %
Val Pusteria	164	7,26 %	25	10,12 %	74	3,75 %	263	5,87 %
Totale provincia	**2.258**	**100,00 %**	**247**	**100,00 %**	**1.972**	**100,00 %**	**4.477**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

I contributi erogati nel corso del 2014 locazione e spese accessorie, per complessivi Euro 33.038.209 (vd. tabelle 9.1. e 9.4.), sono stati pagati per il 44,35 %, pari a Euro 14.652.025, a favore di cittadini italiani, per una quota dell'8,10 % (Euro 2.676.953) a cittadini di altri Stati comunitari e per la restante parte del 47,55 % a beneficiari extracomunitari. Una prima ripartizione degli 11.800 aventi diritto, in base a questi criteri, è esposta nella seguente tabella 9.18.

[T.9.18] Contributo per locazione e spese accessorie per nazionalità, 2014

Cittadinanza	Prestazioni		Beneficiari	
	Importo	%	Num.	%
Italia	14.652.025	44,35 %	6.830	61,11 %
Altri paesi UE	2.676.953	8,10 %	870	2,21 %
Paesi extracomunitari	15.709.232	47,55 %	4.100	36,68 %
Totale	**33.038.210**	**100,00 %**	**11.800**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

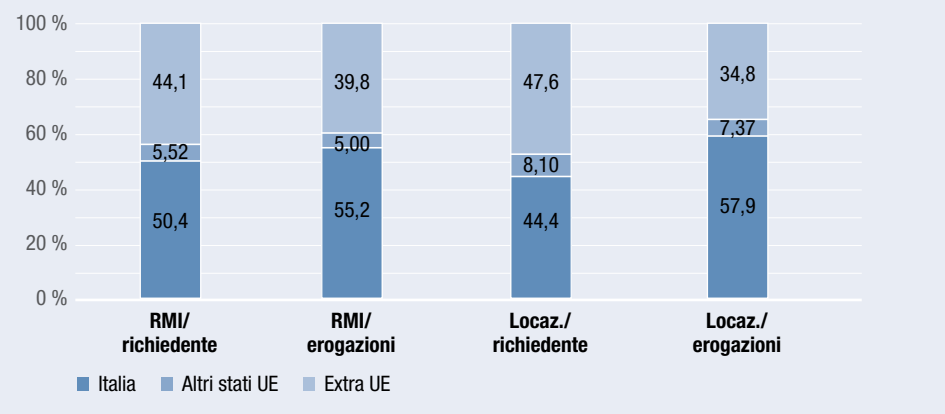
Il totale delle 11.800 persone, cui sono affluiti nel corso del 2014 contributi per la locazione e le spese accessorie, per complessivi Euro 33.038.210, può essere ripartito per nazionalità anche a livello di singola comunità comprensoriale, come risulta dalla seguente tabella 9.19.

[T.9.19] Contributi per locazione e spese accessorie per nazionalità e comunità comprensoriale, 2014

Comunità comprensoriale	Italia		Altri paesi UE		Paesi extra-UE		Totale	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Val Venosta	244	10,81 %	42	4,83 %	89	2,17 %	375	3,18 %
Burgraviato	1.587	70,28 %	274	31,49 %	720	17,56 %	2.581	21,87 %
Oltradige Bassa Atesina	814	36,05 %	92	10,57 %	536	13,07 %	1.442	12,22 %
Bolzano	2.187	96,86 %	206	23,68 %	1.794	43,76 %	4.187	35,48 %
Salto - Sciliar	265	11,74 %	46	5,29 %	145	3,54 %	456	3,86 %
Valle d'Isarco	695	30,78 %	90	10,34 %	369	9,00 %	1.154	9,78 %
Wipptal - Alta Valle Isarco	339	15,01 %	26	2,99 %	177	4,32 %	542	4,59 %
Val Pusteria	699	30,96 %	94	10,80 %	270	6,59 %	1.063	9,01 %
Totale Provincia	**6.830**	**302,48 %**	**870**	**100,00 %**	**4.100**	**100,00 %**	**11.800**	**100,00 %**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

[G.9.4] Ricorso al reddito minimo di inserimento (RMI) e integrazione locazione per cittadinanza del richiedente, 2014 (in %)



Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

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. Anche nel 2014 oltre il 60 % dei richiedenti è risultato disoccupato o in cerca di lavoro, sebbene l'indice di disoccupazione in Alto Adige continui ad attestarsi a livelli più bassi rispetto alla situazione italiana o europea. Nel contesto altoatesino la disoccupazione è spesso correlata non tanto ad una carenza di opportunità di lavoro, 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 a seguito a divorzi o separazioni.

In un raffronto temporale più lungo si evidenzia tuttavia come la crisi congiunturale abbia lasciato il segno: dal 2008 il numero di persone in cerca di lavoro tra quelle aventi diritto alla prestazione "reddito minimo di inserimento" è cresciuto di quasi il 70 % (2008: 1.607 richiedenti, 2014: 2.718). Il 3,2 % dei beneficiari delle prestazioni è in generale

inabile al lavoro, per cui non è più possibile un loro collocamento. Il fatto che nel 2014 ben 983 persone che hanno richiesto l'integrazione al reddito minimo, cioè il 22 % dei richiedenti, abbiano dichiarato di essere occupato, porta a concludere che debbano essere ulteriormente aumentati i rapporti di lavoro precari o i mancati pagamenti delle retribuzioni.
Nel caso del contributo per canoni di locazione e spese accessorie, il numero dei richiedenti che lavorano supera nel frattempo addirittura il 55 % del totale ma questo andamento potrebbe essere connesso anche al trasferimento delle prestazioni, in precedenza gestite dall'I.P.E.S., all'interno dell'assistenza economica sociale della Provincia.

POSIZIONE LAVORATIVA

[T.9.20] Reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per posizione lavorativa del richiedente, 2014

	Reddito minimo		Locazione e spese access.	
Posizione lavorativa	**Numero**	**%**	**Numero**	**%**
Inabile	143	3,2	182	1,5
Disoccupato/in cerca	2.718	60,7	3.018	25,6
Occupato	983	22,0	6.567	55,7
Casalinga	107	2,4	264	2,2
Pensionati	348	7,8	1.567	13,3
Studenti	17	0,4	22	0,2
Inserimento lavorativo	159	3,6	175	1,5
Altro	2	0,0	5	0,0
Totale	**4.477**	**100,0**	**11.800**	**100,0**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

Il numero delle persone che hanno fatto ricorso al reddito minimo di inserimento nonostante abbiano un lavoro si è in realtà ulteriormente ridotto, se paragonato all'anno precedente, però rispetto all'ultimo anno prima della crisi (2008) si segna un incremento di oltre il 23 % (2008: 799; 2014: 983). Una riduzione rispetto all'anno precedente si riscontra anche per le posizioni lavorative "Casalinga", "Studente" e "Inabile al lavoro", ma questa tendenza non va sopravvalutata per il numero assoluto piuttosto limitato di casi di questo genere.

TIPOLOGIA DI BENEFICIARI

Un'analisi della tipologia dei beneficiari può essere utile a fornire indicazioni sui problemi e sulle situazioni specifiche che le persone richiedenti il reddito minimo di inserimento si trovano a dover affrontare. Infatti, in ogni singola istanza devono essere indicati, 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 (69,6 %) dei casi viene specificata l'appartenenza a categorie demografiche quali "adulto (18-64) con famiglia (35,7 %)" o "adulto (18-64) che vive da solo (33,9 %)". Queste indicazioni portano a ritenere che la necessità di sostegno possa derivare non tanto da una personale necessità del richiedente, quanto piuttosto da problemi come la disoccupazione o un reddito da lavoro/pensione troppo basso, o ancora una impossibilità di guadagno dovuta a impegni familiari. Considerazioni analoghe valgono anche per la categoria "richiedente monoparentale con figli (11,1 %)".
Le più importanti categorie "non demografiche" sono le dipendenze, le malattie psichiche e le disabilità. Proprio in questi casi, in aggiunta al supporto finanziario, sono necessari anche interventi particolari, specie di assistenza e supporto alla persona.

[T.9.21] Reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per posizione lavorativa del richiedente, 2014

	Reddito minimo		Integraz. locazione	
	Numero	%	Numero	%
Genitore singolo con figli/o	606	11,1	1.502	11,8
Adulto solo	1.858	33,9	3251	25,5
Adulto con famiglia	1.956	35,7	6702	52,6
Anziano	172	3,1	958	7,6
Disabile	51	0,9	67	0,5
Malato psichico	45	0,8	36	0,3
Affetto da dipendenza	152	2,8	65	0,5
Ex detenuto	19	0,3	3	0,0
Profugo	358	6,5	61	0,5
Senza dimora	157	2,9	10	0,1
Nomade /Rom	105	1,9	82	0,7
Minorenne	5	0,1	1	0,0
Altro	0	0,0	0	0,0
Totale	**5.484**	**100,0**	**12.738**	**100,0**

Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

9.2.5 Motivi del ricorso all'assistenza economica

MOTIVI PRINCIPALI DEL RICORSO

Il motivo principale del ricorso all'erogazione del reddito minimo di inserimento è la disoccupazione (48,9 %), in particolare quella prolungata che dura da oltre tre mesi (40,1 %). Il secondo più frequente motivo della domanda è – con il 21,7 % – un reddito da lavoro insufficiente, seguito con il 10,1% dalla mancanza di una possibilità di guadagno. Questa situazione si riscontra in tutte le Comunità comprensoriali.

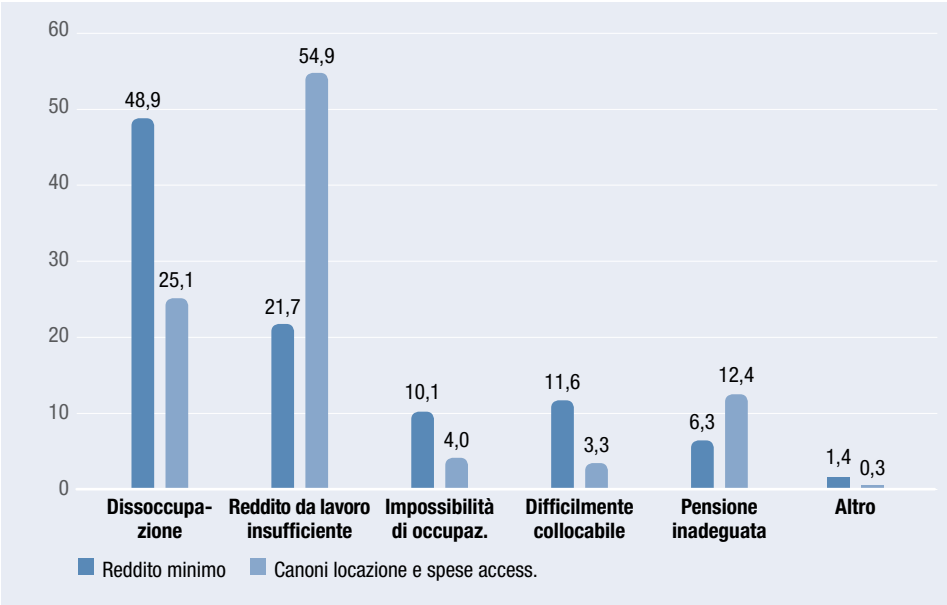
L'impossibilità di conseguire un guadagno viene di norma giustificata dalla presenza di una malattia, invalidità, terapia in corso o gravidanza, nonché dalla necessità di prendersi cura di figli minori o di familiari disabili. Lo stesso motivo è indicato anche da profughi in attesa di riconoscimento, cui le procedure amministrative in corso rendono di fatto impossibile una occupazione lavorativa. Ricorrono a queste prestazioni anche 419 persone anziane, pari al 6,3 % dei richiedenti, a causa della loro pensione inadeguata.

Nel caso del ricorso alla prestazione "contributo per locazione e spese accessorie" il motivo principale è un reddito insufficiente (54,9 %), seguito da una situazione di disoccupazione (25,1 %). Anche per questa prestazione, limitatamente ai richiedenti più anziani, riveste una certa importanza la motivazione "pensione insufficiente" (12,4 %).

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 della assistenza economica sociale rispetto al sistema di previdenza sociale è un meccanismo fragile. I dati relativi al contributo per i canoni di locazione e le spese accessorie confermano che le spese per l'affitto costituiscono un onere eccessivo per molti lavoratori. Questo fatto non deve peraltro sorprendere: sia le

rilevazioni su base nazionale dell'ISTAT sia le indagini a livello provinciale dell'ASTAT sui consumi privati rivelano che le spese per l'abitazione rappresentano ormai oltre un terzo della spesa mensile per beni non-alimentari e sono diventate, in generale, la voce più onerosa fra le spese di una famiglia[13]

[G.9.5] Ricorso al reddito minimo di inserimento e integrazione locazione per motivazione, 2014 (in %)



Fonte: Ripartizione 24 Politiche sociali

13 ASTAT (Ed.) Annuario statistico della provincia di Bolzano 2014 - cap. 8 Famiglie e aspetti sociali.

9.3 L'indebitamento delle famiglie

PREMESSA

L'assunzione di prestiti rientra ormai nel normale comportamento economico di numerose famiglie, agevolato da ultimo anche da un livello oltremodo accattivante dei tassi sul mercato monetario. Inoltre hanno il loro peso sia la massiccia pubblicità per beni durevoli di consumo e attrezzature elettroniche, sia le offerte, non sempre trasparenti, ma certamente allettanti per le vendite rateali; questo scenario contribuisce a ridurre il livello di resistenza del consumatore verso l'indebitamento in genere e, in particolare, verso i prestiti al consumo.

Tuttavia gli impegni creditizi possono ben presto diventare incontrollabili, specialmente se intervengono eventi imprevedibili a limitare la capacità di rimborso dei prestiti. Arretrati o ritardi nei pagamenti comportano una pronta riduzione dell'affidabilità del debitore e possono limitare infine l'indipendenza economica della famiglia.

Nel caso peggiore, l'indebitamento può determinare un sovraindebitamento, che per definizione è la situazione, in cui una famiglia non è più in grado, pur contenendo le spese, di fare interamente fronte ai debiti con le proprie entrate correnti. Da qui può nascere un processo di crescente impoverimento.

Dati affidabili sul numero e sulla struttura delle famiglie indebitate o sovra-indebitate in Alto Adige non sono disponibili, ma quelli che ci sono parlano chiaro.

Non c'è alcun dubbio che la perdurante crisi economica e finanziaria, che ha colpito, con un certo ritardo, ma in modo non meno pesante, anche il territorio provinciale, abbia contribuito a un inasprimento della situazione debitoria delle famiglie negli ultimi anni.

Da molto tempo l'ufficio studi dell'Associazione degli artigiani di Mestre (CGIA) analizza la situazione debitoria delle famiglie italiane, pubblicando periodicamente dati aggiornati a livello provinciale. Negli anni dal 2007, in cui è iniziata la crisi, fino al 2011, l'indebitamento è costantemente aumentato, ma dopo il picco del 2011 si è registrata una timida inversione di tendenza. Comunque, l'incremento dal 2007 al 2013 ha raggiunto a livello nazionale un impressionante +35,1 %.

In base a questi studi[14], ciascuna famiglia residente in provincia di Bolzano, a fine 2013 ha un volume di debiti pari mediamente a Euro 22.185, con un incremento del 23,5 % nel periodo 2007 - 2013. Nonostante questo aumento risulti moderato, rispetto al +35,1 % registrato a livello nazionale, la provincia è arrivata a collocarsi al 22.mo posto (su 110) nella classifica nazionale dell'indebitamento.

Anche l'ufficio studi della Banca d'Italia[15] si è occupato dell'argomento ed ha registrato una crescente „rinuncia" delle famiglie verso nuovi debiti bancari, causata da criteri di concessione più restrittivi, applicati da parte delle banche, ma anche dal minor grado di affidabilità delle famiglie con redditi più bassi.

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 sul grado di indebitamento e sul sovra-indebitamento delle famiglie, è la statistica del servizio di consulenza ai debitori, gestito dalla

14 CGIA Mestre, DEBITI. Le famiglie italiane sono indebitate per 19.251 Euro in: http://www.cgiamestre.com/wp-content/uploads/2014/08/Indebitamento-famiglie.pdf

15 Banca d'Italia – collana "occasional papers": S. Magri e R. Pico "L'indebitamento delle famiglie italiane dopo la crisi del 2008". Roma. 2012

Caritas diocesana, i cui sportelli collaborano attivamente con altre istituzioni sociali, private e pubbliche: infatti, oltre la metà dei 658 nuovi clienti, arrivati alla consulenza nel 2014, proviene da contatti iniziali avuti con i servizi sociali, mentre 161 persone, pari al 24,5 %, vi si sono rivolte a seguito di indicazioni avute da familiari e conoscenti, la restante parte, infine, ha preso lo spunto da informazioni presenti sui mass media o da suggerimenti del datore di lavoro e dei creditori. I dati, cui si fa riferimento nelle prossime pagine, derivano in modo assolutamente prevalente dalla bancadati della Caritas. Tuttavia questi dati sono in grado di quantificare soltanto l'indebitamento noto, mentre la portata dell'indebitamento sommerso potrebbe essere molto più ampia.

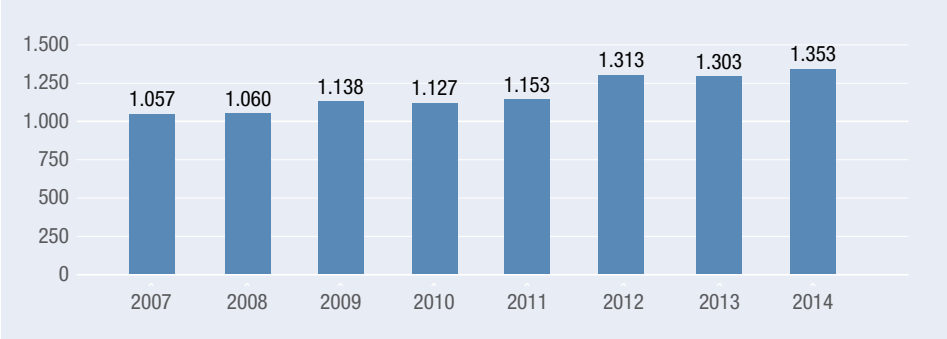
La parte prevalente delle situazioni finanziarie precarie, assistite nel corso del 2014, è sorta a seguito della perdita del posto di lavoro o alla cessazione di un'occupazione autonoma, con conseguente peggioramento della situazione reddituale che ha reso impossibile fare fronte a tutti i pagamenti in scadenza. In particolare sono fra le principali cause di indebitamento la disoccupazione prolungata e un reddito insufficiente, poiché in questi casi ci si trova a dover fronteggiare costi crescenti per la vita quotidiana avendo a disposizione redditi in calo.

NUMERO DEGLI ASSISTITI

Nel corso del 2014 ben 1.352 persone sono state assistite dal servizio di consulenza per debitori, con un incremento pari a quasi il 4 % rispetto all'anno precedente. A queste vanno aggiunte i familiari coinvolti, cioè altre 1.320 persone, di cui 900 bambini. In aggiunta ai 476 clienti degli anni precedenti e a 218 consulenze telefoniche, la Caritas ha registrato 658 nuovi colloqui iniziali, di cui 47,26 % con donne e 52,74 % con uomini, in linea con gli anni precedenti.

La statistica territoriale conferma quanto già evidenziato nel ricorso all'assistenza economica sociale, cioè che non sussistono rapporti lineari fra la quota di popolazione residente in un comprensorio e la quota di nuovi assistiti da parte della consulenza della Caritas: il 25,08 % dei 658 nuovi assistiti risiede nel Burgraviato (che ha il 19,47 % della popolazione[16]), il 18,24 % in Val Pusteria (quota della popolazione 15,67 %) e il 21,28 % nell'area urbana di Bolzano (quota popolazione 20,48 %). I restanti quattro comprensori rurali sono tutti sottorappresentati in questa statistica, poiché vi risiedono meno assistiti, rispetto alla percentuale di popolazione residente.

[G.9.6] Andamento numero assistiti, 2007 - 2014



Fonte: Caritas Consulenza per debitori, 2014

16 Vedasi tabella 9.2: Popolazione ripartita per comunità comprensoriali.

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DELLA UTENZA

La tabella 9.22 evidenzia le principali caratteristiche sociodemografiche degli utenti del servizio di consulenza della Caritas. Un terzo degli utenti ha un'età compresa tra 46 e 55 anni, quasi il 17 % appartiene alla classe tra 56 e 65 anni e oltre il 7 % ha più di 65 anni. Il sovra-indebitamento appare quindi prevalentemente come un fenomeno della mezza età. Molti problemi che lo determinano, per esempio disoccupazione, separazione/divorzio, acquisto di un appartamento e in modo crescente la dipendenza dal gioco, si presentano in modo più massiccio nelle classi di età più anziane. La perdita del posto di lavoro è particolarmente grave per persone oltre i 50 anni che potrebbero avere maggiori difficoltà di reinserimento, in presenza di una crisi congiunturale e di un'elevata disoccupazione giovanile.

Fra i giovani sotto i 25 anni soltanto 12 persone hanno fatto ricorso al servizio, 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 coperto dalla responsabilità dei genitori.

Anche nelle rilevazioni del 2014 è risultata particolarmente esposta la categoria di persone con un basso livello di studi: oltre il 54 % degli assistiti aveva assolto la scuola obbligatoria e un ulteriore quarto l'apprendistato o una scuola professionale.

Per il resto, le statistiche per il 2014 dei servizi di consulenza ai debitori delineano il seguente quadro:

ASPETTI DELLA SITUAZIONE DEBITORIA

– Poco più del 43 % delle persone che fanno ricorso al servizio trae il proprio reddito da un lavoro dipendente. Rispetto agli anni precedenti questo gruppo si è costantemente e sensibilmente ridotto (2011: 56,9 %; 2012: 54,7 %; 2013: 49,4 %), mentre la percentuale dei pensionati è aumentata di continuo, raggiungendo il 18,8 % nel 2014.

– Anche le categorie dei destinatari dell'assistenza sociale, dell'indennità di disoccupazione e di contributi per canoni di locazione sono ulteriormente aumentate nel corso del 2014; il 28,9 % degli assistiti indica queste prestazioni come fonte di reddito. Poco più del 22% vive di pensioni o alimenti.

– Solo il 7,9 % dei clienti dispone di un reddito mensile di oltre 2.000 Euro, circa un terzo guadagna invece da 1.000 a 1.500 Euro al mese e circa la metà ha a disposizione meno di 1.000 Euro al mese. Per queste persone, già piccoli debiti o spese impreviste di poche migliaia di Euro possono mettere in moto una spirale di sovra-indebitamento, dalla quale essi non sono più in grado di uscire senza interventi esterni.

– La Caritas stima il reddito medio del 2014 di tutti gli assistiti in circa 1.112 Euro a persona o 1.305 Euro a nucleo familiare; questi importi sono in linea con le stime effettuate negli anni precedenti.

– Poco più della metà degli utenti (53,9 %) ha da due a cinque creditori, mentre circa un quarto ne ha uno solo e il 18,7 % ha debiti verso un numero di creditori compreso fra sei e dieci. Tuttavia va tenuto presente che il numero di creditori non consente di trarre conclusioni certe sul numero dei debiti, che di norma è superiore a quello dei creditori. I creditori principali sono le banche (20,8 %) e le società finanziarie (12,9 %), come pure i padroni di casa (13,7 %) e i fornitori di energia (7,9 %). Questi dati dimostrano chiaramente che cresce il numero di persone che hanno difficoltà a pagare gli affitti, le spese condominiali, le bollette per la luce e il gas oppure il medico (4,0 %) o il fornitore di generi alimentari (5,2 %). Sono ricorrenti anche i debiti verso i Comuni o Equitalia.

– La posizione debitoria complessiva, riscontrata nel 2014 in occasione dei primi contatti con nuovi assistiti, supera l'importo di 29,4 milioni di Euro, il debito medio per ciascuna persona ammonta a 55.018 Euro, nella metà dei casi i debiti sono inferiori a 14.266 Euro (valore mediano). L'indebitamento medio ha subito ampie oscillazioni negli

ultimi anni (2011: 52.216 Euro, 2012: 63.556 Euro, 2013: 49.762 Euro), rendendo impossibile la rilevazione di una tendenza univoca. L'ammontare complessivo dei debiti di tutte le persone assistite nel 2014 dalla Caritas (comprese le posizioni derivanti dagli anni precedenti) è stimabile in oltre 37 milioni di Euro. La ripartizione per classi dimensionali è evidenziata nella tabella 9.22 qui sotto riportata.

[T.9.22] Caratteristiche degli assistiti (primo contatto) della consulenza ai debitori, 2014

Caratteristica	in %
Genere	
Donne	47,3
Uomini	52,7
Età in anni	
Fino a 25	1,8
26 - 35	11,7
36 - 45	29,3
46 - 55	33,3
56 - 65	16,9
Oltre 65	7,0
Reddito principale	
Stipendio/salario	43,0
Pensione	18,8
Assist. Sociale	22,4
Ind. disoccupaz.	2,7
Contr, locazione	3,8
Alimenti	3,4
Assegno famiglia	2,1
Non autosuff.	1,1
Altri redditi	2,7
Reddito/assistiti	
Fino 500 Euro	10,4
500 - 1.000 Euro	29,6
1.000 - 1.500 Euro	29,6
1.500 - 2.000 Euro	15,1
Oltre 2.000 Euro	15,3

Caratteristica	in %
Stato di famiglia	
Sposato/convivente	43,1
Celibe/nubile	23,3
Divorziato/separato	28,6
Vedovo	4,6
Situazione lavorativa	
Disoccupato	37,8
Occupato tempo pieno	19,1
Occupato tempo parziale	17,5
Pensionato	9,7
Casalingo/a	2,6
Inabile	5,3
Altro	8,0
Importo debiti in Euro	
Fino 1.000	8,8
1.000 - 2.500	9,3
2.500 - 5.000	11,8
5.000 - 10.000	13,4
10.000 - 30.000	22,2
30.000 - 50.000	9,1
50.000 - 100.000	11,2
Oltre 100.000	14,2
Numero creditori	
1	23,3
Da 2 a 5	53,9
Da 6 a 10	18,7
Oltre 11	4,1
Debito medio per persona (Euro)	55.018
Reddito medio (Euro)	
- persona	1.112
- nucleo familiare	1.305

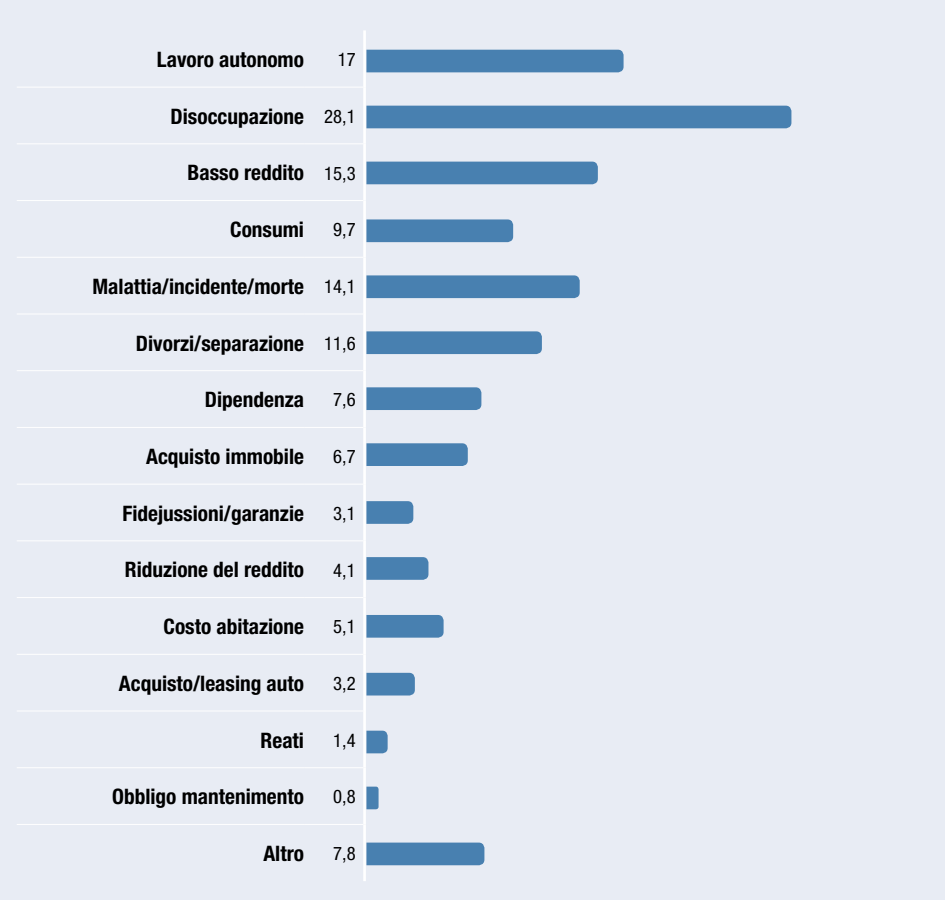
Fonte: Caritas Consulenza debitori 2014

CAUSE DELL' INDEBITAMENTO

Il rischio di indebitamento è il risultato di un processo, cui concorrono numerosi fattori, mentre non esiste un unico un motivo scatenante. I fattori che danno il via all'indebitamento possono essere innanzitutto un reddito troppo basso, derivante p. es. da rapporti di lavoro precari, o la mancanza assoluta di reddito, conseguenza della disoccupazione, ma anche l'insuccesso di una precedente attività autonoma e un atteggiamento sbagliato nei confronti del consumo e dell'assunzione di crediti, congiuntamente all'elevato costo della vita in Alto Adige. Anche eventi critici della vita, quali la perdita del partner, una malattia o un incidente, possono determinare uno squilibrio nel rapporto tra entrate e uscite. 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.

Possono contribuire, inoltre, un'insufficiente educazione finanziaria e carenti competenze in materia di economia familiare, come pure le prassi creditizie aggressive e poco trasparenti di taluni istituti finanziari. In molti casi, alla base dell'indebitamento stanno cause molteplici e diverse. Proprio per evitare l'insorgere di queste situazioni, 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. Oltre a manifestazioni informative rivolte agli adulti e dedicate alle problematiche finanziarie assumono crescente importanza le attività destinate ai giovani.

[G.9.7] Cause di indebitamento fra gli utenti dei servizi di consulenza ai debitori, 2014 (possibili risposte multiple)



Fonte: Caritas Consulenza debitori, 2014.

Considerazioni finali e prospettive

9.4

Negli ultimi anni sono mancati studi aggiornati e analisi sistematiche 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 al 2014. Lo studio citato aveva confermato che i trasferimenti dell'assistenza economica pubblica contribuiscono 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 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 riassuma le prestazioni minime necessarie per l'esistenza.

Non solo il numero di clienti dei servizi di consulenza ai debitori è cresciuto ulteriormente nel 2012, se si ha presente che il numero delle famiglie, che percepiscono il reddito minimo di inserimento, è aumentato del 39,8 % dal 2008, è lecito ritenere che sia cresciuto ulteriormente anche il tasso di rischio di povertà.

Questa ipotesi è confermata dalle statistiche del servizio di consulenza ai debitori, ma innanzitutto dalla quota di disoccupati, che nel 2008 ammontava al 2,4 % e a fine 2014 è arrivata al 4,4 % (e al 6,6 % a Bolzano capoluogo)[17], con una disoccupazione giovanile del 12,4 %.

Differenze ancora maggiori sono registrate nella popolazione residente fra chi ha la nazionalità di uno stato comunitario (Italia compresa) e chi è cittadino extracomunitario; per i primi la disoccupazione è del 3,3 %, per i secondi del 22,5 %.

Particolarmente preoccupante è infine il fatto che la retribuzione da lavoro rappresenta una difesa sempre più debole contro il rischio di povertà e l'impoverimento. Il numero di persone che, seppure titolari di un lavoro retribuito, devono fare richiesta di integrazioni al reddito minimo o di contributi per le spese di locazione è in costante aumento ed evidenzia che l'assistenza economica sociale è destinata in modo crescente a superare crisi strutturali della persona.

17 ASTAT: Occupati e disoccupati, Info n. 41, giugno 2015.

10.

La previdenza integrativa della regione e della provincia

Oscar Kiesswetter

10.1 Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (A.S.S.E.)

A.S.S.E.

L'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico della Provincia autonoma di Bolzano (A.S.S.E.) è un ente di diritto pubblico, dipendente dall'amministrazione provinciale, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile e patrimoniale, costituito con la legge provinciale n. 11 del 22 dicembre 2009. L'A.S.S.E. ha iniziato la propria attività a gennaio del 2011, assumendo la gestione e la erogazione dell'assegno provinciale al nucleo familiare, dell'assegno statale familiare e di maternità e di varie prestazioni nell'ambito della previdenza regionale. Inoltre l'Agenzia provvede ad erogare gli assegni di cura come pure le prestazioni finanziarie destinate agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai non udenti.

Lo statuto vigente, modificato da ultimo con la delibera della Giunta provinciale n. 816 del 7 luglio 2015, prevede all'articolo 2 che l'Agenzia svolga i seguenti compiti:

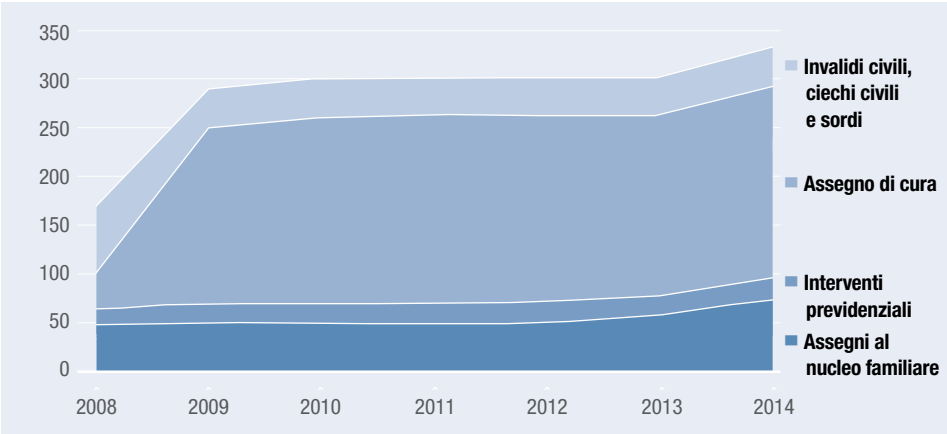
a) gestione dei fondi attinenti agli interventi di assistenza e previdenza integrativa, istruttoria e diretta erogazione agli aventi diritto di tutte le prestazioni assistenziali istituite con leggi provinciali, nonché di quelle previdenziali di natura integrativa, le cui funzioni amministrative sono delegate alla Provincia da leggi statali e regionali;

b) assunzione, gestione ed erogazione di finanziamenti finalizzati alla realizzazione di opere pubbliche o progetti di sviluppo economico commissionati dalla Provincia; gestione di finanziamenti pubblici disposti dalla Provincia, nonché istruttoria e diretta erogazione agli aventi diritto di finanziamenti e/o contributi a qualsiasi titolo.

IMPORTI EROGATI

Nel 2014 l'A.S.S.E. ha erogato complessivamente 331.670.860 Euro a 72.261 persone. Quasi il 60%, pari a 197.559.286 Euro, è stato destinato alla copertura della non autosufficienza e poco più del 21 % agli assegni familiari, mentre il 13 % delle prestazioni è stato erogato a favore di invalidi civili, ciechi civili e sordi. Gli importi rimanenti sono stati spesi per prestazioni previdenziali.

[G.10.1] Spese per trasferimenti finanziari pubblici, 2008-2014 (in milioni di Euro)



Fonte: A.S.S.E. 2015.

Assegni familiari 10.2

PRESTAZIONI

Gli assegni familiari erogati dall'A.S.S.E. coprono quattro tipologie di prestazioni: accanto all'assegno familiare della Regione e a quello della Provincia, l'assegno familiare statale e l'assegno di maternità dello Stato.

ASSEGNO FAMILIARE DELLA REGIONE

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. Finora l'assegno familiare regionale è stato riconosciuto indipendentemente dall'erogazione dell'assegno familiare provinciale e di quello dello Stato. Nel 2014 hanno beneficiato di questa prestazione 28.171 persone, a fronte delle 25.393 persone dell'anno precedente (+10,9 %), a conferma del costante incremento dei beneficiari dal 2011, allorché erano stati registrati 22.596 destinatari. Questa tendenza ha avuto ripercussioni anche sull'importo complessivo degli assegni familiari regionali, erogato dall'Agenzia, che ha raggiunto 35.196.916 Euro, con un incremento del 6,8 % rispetto alle erogazioni del 2013 che erano state pari a 32.960.678 Euro.

Un disegno di legge, approvato nel mese di luglio 2015 dalla giunta regionale, allo stato attuale in attesa della conversione da parte del consiglio regionale, dispone il passaggio delle competenze in materia di assegni familiari dalla regione alle due province autonome. Pertanto la provincia di Bolzano potrà gestire in autonomia l'assegno familiare in precedenza amministrato dalla Regione, p. es. stabilendo, a valere sulle risorse regionali, limiti di reddito e importi dell'assegno a livello provinciale. Previo adeguamento dei criteri di erogazione alle norme di legge, le nuove direttive entreranno a regime prevedibilmente a far tempo dal 2017. Il passaggio delle competenze alle province permetterà un migliore coordinamento delle diverse misure di sostegno alla politica della famiglia, interventi più mirati e procedure più snelle per la richiesta e l'erogazione.

ASSEGNO FAMILIARE DELLA PROVINCIA

L'assegno familiare provinciale, erogabile in funzione del reddito, è destinato all'educazione dei figli fino al terzo anno di vita (al massimo per 36 mesi). In caso di adozione o affidamento, il triennio decorre dal momento dell'entrata in vigore del relativo decreto. L'importo finora è stato pari a 100 Euro al mese. Dal 2014 sono stati introdotti nuovi criteri di gestione e corresponsione per l'assegno familiare provinciale , che prevedono innanzitutto il raddoppio dell'assegno mensile da 100,00 Euro a 200,00 Euro. Rimane invece invariato l'importo di 80.000 Euro quale limite massimo per la situazione economica familiare per la richiesta dell'assegno provinciale. Nel 2014 hanno beneficiato di questa prestazione 15.474 famiglie sudtirolesi (2013: 15.455). L'importo complessivo del 2014 è stato pari a 31,8 milioni di Euro, pressoché raddoppiato rispetto ai 16,9 milioni di Euro dell'anno precedente, a seguito del citato raddoppio dell'assegno stesso.

L'assegno di maternità e quello familiare, erogati dallo Stato, sono in linea di principio cumulabili con le prestazioni a favore della famiglia previste dalla legge regionale. L'assegno di maternità – pagato in funzione del reddito - è una prestazione finanziaria una tantum riconosciuta a donne che non ricevono altri assegni di questo tipo. Nel corso del 2014 sono state erogate complessivamente 730 prestazioni (2013: 594), per un importo complessivo pari a 1.238.548 Euro (2013: 990.970 Euro); l'assegno medio per ciascuna nascita è stato pari a 1.696,64 Euro.

ASSEGNI DI MATERNITÁ E ASSEGNI FAMILIARI DELLO STATO

L'assegno familiare dello Stato, anch'esso erogabile in funzione del reddito, può essere riconosciuto solo a famiglie che hanno almeno tre figli sotto i diciotto anni di età. Nel 2014 hanno beneficiato di questa prestazione 1.426 famiglie (1.346 beneficiari nel 2013), per un totale pari a 2.648.474 Euro (2013: 2.587.887 Euro).
Ulteriori dettagli in merito all'erogazione di assegni familiari sono esposti nella seguente tabelle 10.1.

[T.10.1] Assegni al nucleo familiare per area di prestazione, 2008-2014

Prestazione	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Assegno regionale al nucleo familiare							
Beneficiari	22.684	23.773	23.217	22.596	22.662	25.393	28.171
Spesa (in migliaia di Euro)	26.253	27.834	26.994	26.310	27.720	32.961	35.197
Assegno provinciale al nucleo familiare							
Beneficiari	14.696	14.607	14.460	14.572	14.190	15.455	15.474
Spesa (in migliaia di Euro)	13.736	16.282	15.999	16.015	15.793	16.967	31.826
Assegno statale al nucleo familiare							
Beneficiari	1.003	835	907	762	930	1.346	1.426
Spesa (in migliaia di Euro)	1.626	1.326	1.531	1.250	1.720	2.588	2.648
Assegno statale di maternità							
Beneficiari	609	593	567	787	677	594	730
Spesa (in migliaia di Euro)	915	914	898	1.248	1.100	991	1.239
TOTALE							
Beneficiari	**38.992**	**39.808**	**39.151**	**38.717**	**38.459**	**42.788**	**45.801**
Spesa (in migliaia di Euro)	**42.530**	**46.356**	**45.422**	**44.822**	**46.333**	**53.507**	**70.910**

Fonte: A.S.S.E.

1 Delibera n. 1597 del 21/10/2013.

Prestazioni previdenziali

10.3

PRESTAZIONI

Le erogazioni previdenziali garantite dall'A.S.S.E. comprendono prestazioni nei settori delle pensioni, della disoccupazione e delle malattie professionali. Esse coprono talune lacune prestazionali del sistema previdenziale nazionale, ma anche determinate malattie professionali (per esempio la sordità professionale da rumore) nonché diverse 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 prestazione nel campo della disoccupazione denominata "indennità integrativa al reddito", introdotta nel 2009 con la legge regionale n. 5/2009, è stata prorogata fino al 31/12/2012 e le ultime prestazioni sono state erogate nel 2013 – pertanto nel corso del 2014 non si sono registrati pagamenti a questo titolo.

Nel settore pensionistico tutti coloro che – per essersi dedicati ad allevare i figli o ad assistere familiari non autosufficienti, oppure per avere svolto 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 dagli obblighi 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 di 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.

FINANZIAMENTO

Il finanziamento delle prestazioni è coperto prevalentemente dal contributo annuale garantito dalla 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.

VOLUME PRESTAZIONI

Nel 2014 le spese complessive per le prestazioni previdenziali sono ammontate a 21.863.306 Euro a favore di 8.129 beneficiari. Rispetto al 2013 l'importo totale è aumentato di oltre 640.000 Euro, pari al 3,0 % e quindi notevolmente superiore all'incremento del livello inflazionistico del 2014 pari a 0,2 %[2]. Oltre il 93 % dell'esborso totale ha riguardato prestazioni di tipo pensionistico, fra le quali le pensioni alle casalinghe risultano al primo posto con 12.919.614 Euro erogati a 2.151 aventi diritto.

La tabella 10.2 illustra lo sviluppo del numero di beneficiari e della spesa sostenuta negli anni dal 2008 al 2014.

2 ASTAT, Tabella degli indici dei prezzi al consumo per famiglie do operai e impiegati (FOI).

[T.10.2] Interventi previdenziali, 2008-2014

Prestazione	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PENSIONE							
Liquidazioni	**7.683**	**8.081**	**8.132**	**7.763**	**7.599**	**7.519**	**7.381**
Spesa (in migliaia di Euro)	**16.182**	**18.262**	**18.779**	**18.732**	**18.870**	**19.536**	**20.408**
Pensione regionale di vecchiaia (pensione delle casalinghe)							
Liquidazioni	1.802	1.911	1.987	2.001	2.005	2.049	2.151
Spesa (in migliaia di Euro)	9.719	10.646	11.240	11.523	11.837	12.076	12.920
Copertura previdenziale per periodi di assistenza ai figli							
Liquidazioni	226	531	380	247	431	309	406
Spesa (in migliaia di Euro)	455	1.145	744	528	672	563	652
Copertura previdenziale per periodi di assistenza a familiari non autosufficienti							
Liquidazioni	23	145	168	128	112	44	27
Spesa (in migliaia di Euro)	22	305	354	296	243	97	62
Costituzione pensione complementare							
Liquidazioni	55	43	55	42	42	21	39
Spesa (in migliaia di Euro)	24	20	25	18	18	9	17
Sostegno della contribuzione volontaria delle casalinghe							
Liquidazioni	67	271	126	107	102	97	74
Spesa (in migliaia di Euro)	72	296	149	131	123	121	102
Contributi sui versamenti previdenziali dei coltivatori diretti e mezzadri							
Liquidazioni	5.510	5.179	5.416	5.238	4.906	4.998	4.683
Spesa (in migliaia di Euro)	5.890	5.845	6.267	6.236	5.976	6.670	6.655
Riscatto periodi di lavoro all'estero							
Liquidazioni	0	1	0	0	1	0	1
Spesa (in migliaia di Euro)	0	5	0	0	1	0	1
DISOCCUPAZIONE							
Liquidazioni	**460**	**734**	**1.707**	**1.167**	**1.346**	**915**	**629**
Spesa (in migliaia di Euro)	**469**	**768**	**1.816**	**1.152**	**1.451**	**1.287**	**1.077**
Indennità di mobilità							
Liquidazioni	452	719	994	866	1.048	760	108
Spesa (in migliaia di Euro)	432	691	1.173	910	1.126	1.060	125
Trattamento disoccupazione per transfrontalieri							
Liquidazioni	8	15	9	6	13	15	0
Spesa (in migliaia di Euro)	37	77	51	32	76	87	0
Sostegno al reddito							
Liquidazioni	0	0	704	295	285	140	0
Spesa (in migliaia di Euro)	0	0	592	210	249	140	0
Integrazione ASPI							
Liquidazioni	0	0	0	0	0	0	350
Spesa (in migliaia di Euro)	0	0	0	0	0	0	748
Misure anticrisi							
Liquidazioni	0	0	0	0	0	0	171
Spesa (in migliaia di Euro)	0	0	0	0	0	0	204
MALATTIE PROFESSIONALI							
Liquidazioni	**168**	**156**	**145**	**140**	**131**	**122**	**119**
Spesa (in migliaia di Euro)	**467**	**447**	**439**	**419**	**391**	**395**	**377**
Rendita per silicosi e asbestosi							
Liquidazioni	2	0	0	0	0	0	0
Spesa (in migliaia di Euro)	17	0	0	0	0	0	0
Rendita per sordità da rumore							
Liquidazioni	166	156	145	140	131	122	119
Spesa (in migliaia di Euro)	450	447	439	419	391	395	377
TOTALE							
Liquidazioni	**8.311**	**8.971**	**9.984**	**9.070**	**9.076**	**8.556**	**8.129**
Spesa (in migliaia di Euro)	**17.118**	**19.477**	**21.034**	**20.303**	**20.712**	**21.218**	**21.862**

Fonte: A.S.S.E. 2015

La copertura della non autosufficienza

10.4

SITUAZIONE DI PARTENZA

Con la legge provinciale 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 Con questa riforma si intende migliorare la possibilità di controllare le spese da destinarsi all’assistenza nell’ambito dei bilanci pubblici. L’assegno di cura, erogato dal 1. luglio 2008, a far tempo dal 1. gennaio 2009 viene concesso anche alle persone assistite presso le case di riposo e i centri di degenza.

OBIETTIVI PRIMARI

Con la nuova legge si intendono ridurre i sensibili oneri finanziari sostenuti dagli interessati e dai loro familiari per la presenza di una non autosufficienza. Tenendo conto delle esigenze espresse dagli interessati, il sistema provinciale 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.

PRESUPPOSTI PER LA EROGAZIONE

Il presupposto per l’erogazione della prestazione è l’accertamento dell’esistenza di una non autosufficienza, laddove si intendono non autosufficienti le persone che in seguito a malattia o handicap fisici, intellettuali e psichici per molti aspetti e modo permanente non sono in grado di svolgere le normali attività quotidiane, necessitando quindi regolarmente – per media settimanale più di due ore al giorno – di un aiuto esterno. In base a questo impegno temporale, gli aventi diritto vengono inquadrati in quattro livelli di assistenza.

TEAM DI VALUTAZIONE

L’accertamento della non autosufficienza spetta a un’equipe multidisciplinare, costituita da operatori infermieristici e sociali, che effettua la valutazione nello stesso ambiente domestico in cui la persona richiedente vive e che non deve essere necessariamente il suo luogo di residenza. Dopo questo primo inquadramento, l’equipe di valutazione compie anche visite di controllo non preannunciate al domicilio della persona non autosufficiente, nel corso delle quali 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 è svolto in collaborazione con i servizi territoriali, come l’assistenza domiciliare, i servizi specialistici e l’assistenza sanitaria domiciliare.

CONTRIBUTO

Per il riconoscimento del diritto al contributo non si considera la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente. In generale il contributo stesso serve a finanziare le prestazioni di assistenza e costituisce un sostegno a copertura dei costi previdenziali dei familiari esistenti e/o per l’attuazione di interventi atti ad assicurare una vita autonoma. È in linea di massima il beneficiario a stabilire in quale maniera utilizzare il contributo. Con il sostegno finanziario si intende mettere gli interessati e i loro parenti in condizione di poter acquistare i servizi loro necessari, accedendo a prestazioni tagliate su misura sulle loro esigenze. I beneficiari decidono autonomamente se ricorrere con il contributo a prestazioni professionali e/o a 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:

[T.10.3] Entità dell'assegno per la non autosufficienza, 2015

Livello assistenza	Fabbisogno mensile assistenza (in ore)	Assegno mensile (in Euro)
1	60 - 120	551,00
2	più di 120 fino a 180	900,00
3	più di 180 fino a 240	1.350,00
4	più di 240	1.800,00

Fonte: A.S.S.E. 2015

Come era avvenuto già più volte in passato, all'inizio del 2015 con delibera della Giunta n. 70 del 20 gennaio 2015, l'ammontare dell'assegno per la copertura della non autosufficienza per il primo livello di assistenza è stato leggermente incrementato da 535,00 Euro a 551,00 Euro.

I soggetti il cui fabbisogno di assistenza 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.

BUONI DI SERVIZIO

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 a un'ora di assistenza a domicilio, che va fornita da un servizio di assistenza domiciliare pubblico o privato accreditato. I buoni di servizio possono essere attribuiti anche su richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante e servono a garantire la qualità delle prestazioni assistenziali.

Nel 2014 sono stati effettuati complessivamente 4.838 interventi di valutazione.

LINEE DI SVILUPPO

[T.10.4] Inquadramenti (domiciliare e residenziale) per livello di assistenza ed età

Classe di età	Persone senza rilevante fabbisogno di assistenza	Persone con				Totale
		Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	
0-17	21	38	22	15	10	106
18-24	3	14	4	2	2	25
25-44	19	22	12	8	7	68
45-64	60	130	88	38	15	331
65-74	110	236	149	54	17	566
75-84	311	690	445	179	37	1.662
85-94	260	783	609	243	40	1.935
95+	16	43	58	24	4	145
Totale	**800**	**1.956**	**1.387**	**563**	**132**	**4.838**

Fonte: Ripartizione Famiglia e politiche sociali - Servizio per la non autosufficienza, 2015

Nel 2014 sono state erogate prestazioni per 197.559.286 Euro a favore di 11.302 persone, a fronte di 186.171.322 Euro e 14.440 persone nell'anno precedente.

Il grafico 10.2 rivela inoltre che il numero di beneficiari dell'indennità di copertura della non autosufficienza si è nel frattempo stabilizzato. 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, pertanto nel medio termine si può prevedere un sensibile incremento del numero di beneficiari di questo servizio.

[G.10.2] Andamento del numero e dell'importo degli aventi diritto alla copertura della non autosufficienza, 2008 - 2014

Fonte: A.S.S.E. 2015

Dopo l'inizio dei pagamenti agli aventi diritto che si trovano presso strutture residenziali, avvenuto nel gennaio 2009, il numero di questi beneficiari – come del resto ci si poteva attendere – non è praticamente più cresciuto. Diversa è la situazione dei beneficiari assistiti in casa, cui nel 2014 sono stati erogati in totale 8,9 milioni di Euro. Il loro numero è aumentato, fra il mese di gennaio 2009 e il dicembre 2014 del 45,9 %, passando da 7.392 a 10.785, appartenenti per il 50,5 % al primo livello di assistenza e per il 31,1 % al secondo. Al terzo livello sono assegnati il 13,2 % degli aventi diritto, mentre il 5,2 % è classificato nel quarto livello.

DIFFERENZE TERRITORIALI

Tra le varie Comunità comprensoriali si possono constatare differenze in parte considerevoli per quanto riguarda la distribuzione dei livelli di assistenza che subiscono spostamenti anche nel confronto pluriennale: mentre p. es. in Val Venosta il 9,9 % degli aventi diritto appartiene al quarto livello di assistenza, nel comprensorio Wipptal gli appartenenti al medesimo livello sono soltanto il 2,8 %. È lecito ritenere che a questo proposito la situazione demografica e la presenza di case di riposo possano avere un rilevante effetto.

[T.10.5] Numero di beneficiari per Comunità comprensoriale e livello di assistenza, dicembre 2014

Comunità comprensoriale	Persone con...								Totale	
	Livello 1		Livello 2		Livello 3		Livello 4			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Val Venosta	335	6,10 %	242	6,95 %	139	8,35 %	79	11,92 %	795	7,03 %
Burgraviato	1.265	23,03 %	737	21,17 %	376	22,58 %	157	23,68 %	2535	22,43 %
Oltradige	679	12,36 %	424	12,18 %	216	12,97 %	84	12,67 %	1403	12,41 %
Bolzano	1.367	24,89 %	857	24,61 %	331	19,88 %	123	18,55 %	2678	23,69 %
Salto - Sciliar	355	6,46 %	222	6,38 %	120	7,21 %	57	8,60 %	754	6,67 %
Valle Isarco	610	11,11 %	370	10,63 %	179	10,75 %	93	14,03 %	1252	11,08 %
Wipptal	210	3,82 %	155	4,45 %	79	4,74 %	13	1,96 %	457	4,04 %
Val Pusteria	671	12,22 %	475	13,64 %	225	13,51 %	57	8,60 %	1428	12,63 %
Totale	**5.492**	**100 %**	**3.482**	**100 %**	**1.665**	**100 %**	**663**	**100 %**	**11.302**	**100 %**

Fonte: A.S.S.E., 2015

La preoccupazione della prevenzione

Oscar Kiesswetter

Un recente numero del „Barometro", edito dall'Istituto Promozione Lavoratori di Bolzano[1], analizza le preoccupazioni dei lavoratori e delle lavoratrici altoatesini in relazione ad aspetti importanti della vita.

Sorprende il fatto che soprattutto il futuro è motivo di preoccupazione, mentre si guarda piuttosto con serenità la situazione attuale.

Al primo posto della "graduatoria delle paure" si trova la pensione: 84 % degli intervistati e ha dichiarato di essere molto o piuttosto preoccupato che la propria pensione al termine della vita lavorativa non basti per avere un'esistenza dignitosa.

La struttura d'età degli intervistati non è indicata, ma sembra naturale pensare che soprattutto i giovani si preoccupano per la loro pensione, poiché tutte le riforme e i provvedimenti degli ultimi anni hanno un denominatore comune, cioè la riduzione delle pensioni, da subito e sempre di più. Da un lato l'età pensionabile viene alzata – cosa ancora comprensibile viste le aspettative di vita più elevate e il tardo inizio della vita professionale in seguito a tempi di studio più lunghi – d'altro canto il tasso di sostituzione lordo[2] è costantemente diminuito, cosa che dovrebbe essere vero motivo di preoccupazione, pensando anche ai contratti precari dei giovani lavoratori.

La Regione autonoma Trentino-Alto Adige ha deciso, già più di venti anni fa[3], di contrastare questo andamento con il progetto "Pensplan" e di appoggiare la popolazione sensibilizzandola con servizi gratuiti e misure sociali a costituire una posizione individuale di pensione complementare.

In questo contesto il LABORFONDS è il fondo pensione negoziale[4] riservato ai dipendenti dei datori di lavoro operanti nella Regione. Sebbene LABORFONDS faccia parte dei maggiori fondi territoriali in Italia con 114.422 iscritti[5] e abbia raggiunto ben 47 % di tutti gli iscritti potenziali, risparmiare a lungo termine per una pensione complementare non è ancora scontato. La struttura d'età degli iscritti al Laborfonds conferma che gli iscritti al di sotto dei 35 anni sono appena il 16,7 % o che soltanto il 28,8 % di tutti i 114.422 iscritti sono al di sotto dei 40 anni. Visto che una pensione complementare a lungo termine attualmente è il mezzo più efficace per integrare la pensione e contrastare la povertà, gli intervistati che hanno manifestato la loro preoccupazione per la pensione non possono far parte degli iscritti al fondo.

1 Vedi: www.afi-ipl.org/de/255-afi-barometer - Intervento del 04.08.2015.
2 Questo indice misura l'ammontare delle pensioni percepite rispetto all'ammontare dell'ultimo stipendio.
3 Le prime misure e prestazioni della Regione sono previste dalla Legge regionale n° 3 del 27 febbraio 1997.
4 Laborfonds è un fondo pensione complementare con una capitalizzazione individuale e una contribuzione fissa.
5 La composizione degli iscritti è quasi equilibrata per sesso: 50,59 % uomini e 49,41 % donne – dati aggiornati al 31.12.2014.

ASSISTENZA DOMICILIARE/ RESIDENZIALE

Come prevedibile, tra i beneficiari assistiti a casa propria predominano i livelli 1 e 2, mentre tra le persone ricoverati presso una struttura residenziale prevalgono i livelli 2 e 3. Ciononostante 559 beneficiari inquadrati al 4. livello sono assistiti nel proprio domicilio.

[T.10.6] Numero di beneficiari e spesa per tipo (domiciliare/ residenziale) e livello di assistenza – dicembre 2014

	Persone				Totale	
	A domicilio		Nelle strutture			
Livello	n.	%	n.	%	n.	%
1	5.449	50,52 %	5.492	48,59 %	10.941	49,54 %
2	3.350	31,06 %	3.482	30,81 %	6.832	30,93 %
3	1.427	13,23 %	1.665	14,73 %	3.092	14,00 %
4	559	5,18 %	663	5,87 %	1.222	5,53 %
Totale	**10.785**	**100,00 %**	**11.302**	**100,00 %**	**22.087**	**100,00 %**

Fonte: A.S.S.E., 2015

Prestazioni a invalidi civili, ciechi e sordi

10.5

CRITERI ORGANIZZATIVI

Gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordi riconosciuti possono presentare domanda di sostegno finanziario all'amministrazione provinciale e sono assistiti dall'A.S.S.E. che provvede anche alle erogazioni.

La normativa esclude espressamente dalla fruizione delle prestazioni gli invalidi di guerra e quelli per causa di lavoro o di servizio, per i quali vigono altre disposizioni. 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 "minorazione plurima". Il presupposto per il riconoscimento delle prestazioni è tuttavia che per ciascuna minorazione venga riconosciuta la percentuale minima di invalidità prevista dalla legge.

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

L'assistenza a invalidi civili, ciechi civili e sordi comprende tre diverse tipologie di prestazioni economiche:

- 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.

Queste ultime due categorie rappresentano circa il 32 % di tutti i contributi erogati nel corso dell'anno 2014.

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 un trattamento pensionistico (dai 18 anni di età fino ai 65 anni) 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 seguente sono esposti gli importi mensili erogati nel corso del 2014.

[T.10.7] Prestazioni mensili per invalidi, ciechi e sordi, 2014

Prestazione	Euro
Invalidi	
Pensione	435,00
Indennità di accompagnamento*	508,55
Ciechi totali	
Pensione	435,00
Indennità di accompagnamento	880,70
Assegno integrativo	115,81
Sordi	
Pensione	435,00
Indennità di comunicazione	253,26
Ipovedenti	
Pensione	435,00
Assegno integrativo	82,73
Indennità straordinaria	203,15

* L'indennità di accompagnamento spetta solo agli invalidi assoluti.
Fonte: A.S.S.E., 2015

RUOLO DELLO STATO E DELLA PROVINCIA

I criteri sanitari e reddituali di ammissione alle prestazioni sono fissati a livello nazionale. Inoltre gli importi delle prestazioni sono 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: gli importi delle pensioni, pari a 435,00 Euro, sono superiori alla pensione statale di 279,75 Euro mensili, per l'indennità di accompagnamento è prevista una tredicesima mensilità e vengono erogate indennità integrative per ciechi e ipovedenti. I limiti di reddito per invalidi, ciechi e sordi relativi all'anno 2015 ammontano a 16.532,10 Euro e quelli per invalidi parziali a 4.805,19 Euro[3].

PRESTAZIONI

[T.10.8] Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2008-2014

Prestazione	2008	2010	2012	2014
Pensioni per invalidi assoluti e parziali, ciechi e ipovedenti e sordi				
Beneficiari	4.891	4.938	4.932	4.702
Spesa in migliaia di Euro	22.510	26.967	27.163	27.942
Assegno integrativo per ciechi				
Beneficiari	703	747	740	714
Spesa in migliaia di Euro	732	835	885	896
Altre prestazioni (ind. accompagnamento, di comunicazione, straordinaria …)				
Beneficiari	2.614	1.866	1.844	2.040
Spesa in migliaia di Euro	45.768	10.448	11.958	12.499

Fonte: A.S.S.E., 2015

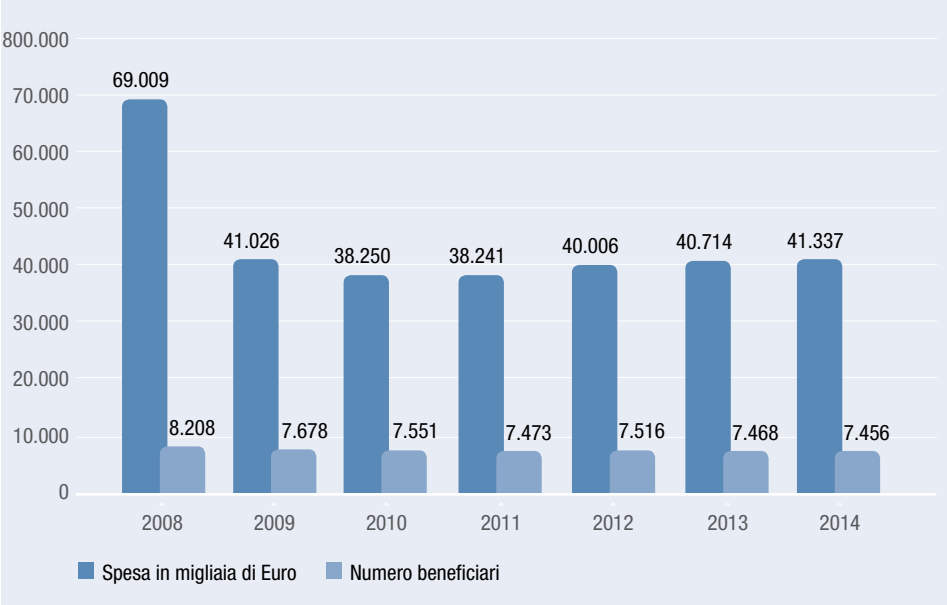
3 Delibera della giunta provinciale n. 71 del 20/01/2015.

[T.10.9] Prestazioni a invalidi, ciechi e sordi, 2014

Prestazione	Beneficiari		Erogazioni	
	n.	%	Importo	%
Pensione				
Assegno mensile minori	4.052	54,35 %	24.088.630	58,27 %
Ind. accompagnamento	218	2,92 %	1.318.765	3,19 %
Totale a favore invalidi	801	10,74 %	6.249.344	15,12 %
Ciechi	**5.071**	**68,01 %**	**31.656.739**	**76,58 %**
Pensione				
Ind. accompagnamento	481	6,45 %	2.835.990	6,86 %
Ind. integrativa	220	2,95 %	2.584.220	6,25 %
Ind. straordinaria	714	9,58 %	896.065	2,17 %
Totale a favore ciechi	493	6,61 %	1.335.036	3,23 %
Sordi	**1.908**	**25,59 %**	**7.651.311**	**18,51 %**
Pensione				
Ind. comunicazione	169	2,27 %	1.017.478	2,46 %
Totale a favore sordi	308	4,13 %	1.012.702	2,45 %
Totale generale	**477**	**6,40 %**	**2.030.180**	**4,91 %**
Totale	**7.456**	**100,00 %**	**41.338.230**	**100,00 %**

Fonte: A.S.S.E., 2015

[T.10.4] Prestazioni a favori di invalidi civili, ciechi e sordi, 2008-2014



Fonte: A.S.S.E. 2015

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 au-tomaticamente perso il diritto all'indennità di accompagnamento.

Previdenza ed assistenza economico-sociale

Karl Tragust

Il sistema della sicurezza sociale è in continua evoluzione. L'Alto Adige ha migliorato costantemente le sue prestazioni socio-assistenziali e adottato le prestazioni assistenziali della Regione. In tal modo è nato una sorta di "Sportello Unico" della Provincia e della Regione. Dal 2010 le prestazioni sono fornite dall'Agenzia per lo Sviluppo sociale e economico (A.S.S.E).

Nel 2014 le prestazioni sono ammontate a 311.000.000 Euro, dei quali 87.060.220 Euro sono stati erogati dalla Regione. L'importo maggiore proviene dal bilancio provinciale (interventi per la non autosufficienza/assegno di cura: 197.559.286 Euro e per le prestazioni per non vedenti civili e non udenti: 41.338.230 Euro). In totale sono state erogate 72.261 prestazioni.

Sia la Regione sia la Provincia forniscono prestazioni sociali, finanziate sostanzialmente dal gettito fiscale. La differenza tra le prestazioni regionali (previdenza) e le prestazioni provinciali (sussidio sociale) consiste – in modo semplificato – nel fatto che per alcune prestazioni della Regione va versato un contributo (per es. pensione per persone casalinghe) oppure che le prestazioni previdenziali vengono elevate (per es. assegno familiare, sussidio per l'assicurazione pensione volontaria oppure assicurazione obbligatoria di coltivatori diretti, prestazioni complementari alla disoccupazione). Ne consegue un quadro normativo alquanto complesso che spesso porta all'esasperazione gli interessati e i servizi di consulenza (patronati, organizzazioni sociali). L'amministrazione è complicata.

Ecco perché è importante migliorare e semplificare le prestazioni nei prossimi anni.

Si deve procedere a detta semplificazione in due settori.

1. Le prestazioni famigliari. Attualmente la ASSE eroga 3 prestazioni famigliari: assegno familiare della Regione, assegno famigliare della Provincia e assegno famigliare/assegno di natalità dello Stato per famiglie a basso reddito. La riforma dovrebbe riunire quelle prestazioni che attualmente sono erogate in base a differenti criteri: gli assegni famigliari della Regione e dello Stato (per famiglie a basso reddito) dovrebbero confluire in un unico assegno famigliare e l'assegno famigliare della Provincia dovrebbe essere dichiarato assegno per congedo parentale (erogato per minori da 0 a 3 anni) e gestito con propri criteri in concordanza con l'assegno famigliare. Inoltre vanno ampliati i servizi per l'assistenza alla prima infanzia e il mix di prestazioni in natura e in denaro va gestito in maniera più equilibrata. Bambini e famiglie hanno bisogno di entrambe le cose: prestazioni in natura e in denaro o servizi, e loro stessi – insieme agli enti pubblici – devono assumersi la responsabilità per la giusta combinazione.

2. Le prestazioni finanziarie dell'assicurazione di base. Le pensioni e gli altri aiuti finanziari per invalidi civili, non vedenti e non udenti dovrebbero essere unite alle pensioni dell'INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) per gli ultrasessantacinquenni e alle prestazioni regionali per la disoccupazione. L'obiettivo è quello di creare un sistema assicurativo di base organico per persone che non riescono a mantenersi con il lavoro. Questo settore acquisirà in breve tempo importanza perché il reddito da lavoro per un numero di persone in aumento è sempre meno in grado di garantire un sostentamento adeguato e si dovrebbe consentire l'occupazione non retribuita, ma comunque valida (lavoro familiare, lavoro per la comunità, lavori di pubblica utilità di disoccupati di lunga durata).

Anche le prestazioni statali in caso di disoccupazione potrebbero essere assunte dalla Provincia. Il relativo regolamento di esecuzione dello Statuto di autonomia è già in vigore. Questa sarebbe un'importante riforma sociale dell'autonomia, simile a quanto è già riuscito con gli interventi per la non autosufficienza nel rispettivo campo. Obiettivo di una tale riforma è la semplificazione delle procedure, maggiore trasparenza e chiarezza per gli interessati, per il personale addetto e per la collettività e soprattutto l'adeguamento del livello di prestazioni alle crescenti esigenze (della famiglia, dei bambini, delle persone senza reddito o con basso reddito).

11.

Il personale dei servizi sociali

Urban Nothdurfter e Gerlinde Haller

11.1 Dotazione di personale in sintesi

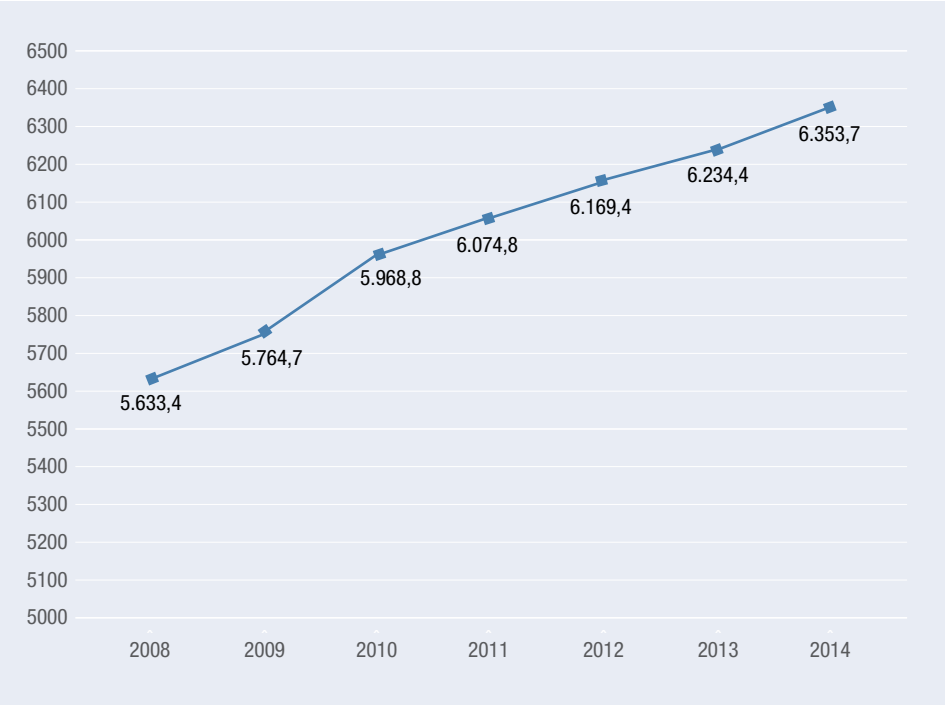
DOTAZIONE COMPLESSIVA DI PERSONALE

I dati forniti in questo capitolo sul personale dei servizi sociali si riferiscono alla dotazione di personale delle strutture e offerte di servizi censite dal sistema informativo provinciale socio-assistenziale (SIPSA) nel 2014. In queste strutture operavano alla fine del 2014 complessivamente 7.890 persone, corrispondenti in termini di unità a tempo pieno (38 ore alla settimana) a 6.353,7 operatori (operatori equivalenti). Al netto delle persone assenti (per es. per maternità o per malattia prolungata), risultavano al 31/12/2014, 7.343 operatori in servizio (5.885,7 operatori equivalenti effettivi).

SVILUPPO DEL PERSONALE

In termini di operatori equivalenti, il personale risulta aumentato di circa il 3 % (ovvero di 184,2 unità equivalenti a tempo pieno) rispetto all'anno 2012. Dal 2008 il personale occupato nel servizio sociale pubblico è quindi aumentato complessivamente del 12,8 % di unità equivalenti a tempo pieno. Rispetto alla popolazione attiva, i lavoratori del servizio sociale rappresentavano complessivamente nel 2014 il 3,2 %.

[G.11.1] Personale dei servizi sociali (operatori equivalenti), 2008-2014



Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

[T.11.1] Personale dei servizi sociali rispetto alla popolazione attiva, 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Popolazione attiva in Alto Adige	235.200	237.300	240.300	240.400	245.200	245.300	243.600
Operatrici/tori dei servizi sociali	6.858	7.068	7.328	7.465	7.613	7.741	7.890
Operatrici/tori dei servizi sociali / popolazione attiva in Alto Adige	2,9 %	3,0 %	3,0 %	3,1 %	3,1 %	3,2 %	3,2 %

Fonte: ASTAT-Info n. 9, 2014

DISTRIBUZIONE SETTORIALE DEL PERSONALE

Oltre la metà degli operatori equivalenti a tempo pieno (3.685,3 unità, pari al 58,0 %) 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 65,1 %. Al secondo posto vengono i servizi destinati ai disabili, con 823,2 operatori equivalenti a tempo pieno (13,0 %), al terzo quelli destinati alla prima infanzia, con una dotazione di 419,1 operatori equivalenti a tempo pieno (6,6 %).

Gli incrementi più significativi nel personale rispetto all'anno precedente si sono registrati nel 2014 nei servizi per l'infanzia e i giovani (+9,4 %) e nell'assistenza pedagogica sociale di base (+7,8 %).

[T.11.2] Operatori equivalenti presenti presso i Servizi socio-assistenziali, 2009-2014

Settore	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Servizi per anziani	3.191,7	3.356,5	3.524,3	3.595,5	3.635,9	3.685,3
Servizi per disabili	882,7	861,8	810,2	798,7	797,8	823,2
Servizi per malati psichici	140,6	139,3	103,0	106,5	107,3	108,5
Servizi per giovani	161,3	178,3	177,3	178,2	178,9	195,7
Servizi per la prima infanzia	323,0	349,9	374,4	384,0	401,5	419,1
Servizi per la donna e la famiglia	71,0	71,6	69,8	68,8	74,2	73,1
Servizi per dipendenze	18,5	18,9	22,9	27,3	24,6	24,3
Servizi amm. del Comprensorio	193,5	207,0	209,1	206,3	217,0	215,3
Servizi del Distretto						
Assistenza dom. e centri diurni	463,2	462,5	463,1	463,2	451,9	450,0
Area socio-pedagogica	174,1	182,1	180,2	192,1	200,8	216,4
Assistenza economica	63,0	63,9	63,7	70,3	67,0	67,9
Amministrazione dei distretti sociali	81,8	77,2	76,7	78,4	77,2	74,8
Totale	**5.764,4**	**5.969,0**	**6.074,7**	**6.169,3**	**6.234,1**	**6.353,6**

Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

La tabella che segue illustra la dotazione di personale dei singoli servizi al 31/12/2014 per numero di operatori complessivi, operatori equivalenti a tempo pieno (complessivi e per servizio) e operatori equivalenti effettivi.

[T.11.3] Dotazione di personale nei servizi socio-assistenziali, 2014

Servizio	Numero servizi	Numero collabora-tori*	Equivalenti a tempo pieno	ETP effettivi	ETP per servizio
Servizi per persone anziane	**89**	**4.584**	**3.726,0**	**3.483,7**	**41,9**
Case di riposo/Centri di degenza	76	4.534	3.685,3	3.445,4	48,5
Centri di assistenza diurna per anziani	13	50	40,7	38,3	3,1
Servizi per persone con disabilità	**90**	**1.004**	**823,2**	**776,8**	**9,1**
Servizi residenziali per persone con disabilità	41	489	407,9	387,5	9,9
Laboratorii protetto per persone con disabilità	30	354	281,4	265,7	9,4
Centri socio-assistenziali diurni per persone con disabilità	19	161	133,9	123,6	7,0
Servizi per persone con malattia psichica	**29**	**130**	**108,5**	**99,6**	**3,7**
Comunità alloggio per per persone con malattia psichica	13	38	32,6	30,6	2,5
Servizi di riab. lavorativa per persone con malattia psichica	12	82	68,3	62,4	5,7
Centri diurni per per persone con malattia psichica	4	10	7,6	6,6	1,9
Servizi per persone con dipendenze**	**9**	**28**	**24,4**	**24,4**	**2,7**
Comunità alloggio per persone dipendenze	3	13	10,2	10,2	3,4
Servizi di riab. lavorativa per persone dipendenze	6	15	14,2	14,2	2,4
Servizi all'infanzia	**114**	**865**	**565,2**	**511**	**5,0**
Asili nido pubblici	14	208	174,9	152,9	12,5
Strutture private per la prima infanzia	62	301	244,1	220,1	3,9
Servizi per donne e famiglie	**19**	**178**	**73,1**	**69**	**3,8**
Case delle donne - Centri di ascolto	5	43	26,7	23,6	5,3
Consultori familiari	14	135	46,4	45,4	3,3
Servizi per minori	**42**	**240**	**195,7**	**187,5**	**4,7**
Servizi residenziali per minori	34	167	137,9	132,6	4,1
Centro diurno per minori	8	73	57,8	54,9	7,2
Servizi distrettuali	**208**	**856**	**693,5**	**596,2**	**3,3**
Area socio-pedagogica	24	241	216,4	174,2	9,0
Assistenza domiciliare	26	499	375,8	328,9	14,5
Centri diurni dell'assistenza domiciliare	133	36	33,4	29,8	0,3
Assistenza economica	25	80	67,9	63,3	2,7
Servizi amministrativi dei distretti	40	361	290,1	275,4	7,3
Direzione ed amministrazione Comprensori	15	261	215,3	202,6	14,4
Direzione ed amministrazione Distretti	25	100	74,8	72,8	3,0
Totale	**602**	**7.890**	**6.353,6**	**5.885,7**	**10,6**

* Gli operatori che lavorano presso più servizi sono conteggiati presso quello in cui prestano servizio prevalente.
**I dati relativi ai servizi per le persone con dipendenze non corrispondono ai dati riportati nei capitoli 2 e 7 perché i dati SIPSA e di dati ASTAT tengono in considerazione servizi diversi.
Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

Cambiamento delle identità professionali nel lavoro sociale

Reinhard Gunsch

Collaboratori e collaboratrici di organizzazioni sociali sono attivi nella società e dunque a confronto diretto con lo spazio sociale, le persone e i loro potenziali e problemi. Anche il precetto: ambulante prima di stazionario trova la motivazione in tali circostanze. Spesso non basta prestare assistenza al singolo. L'orientamento del quadro di vita e la costituzione di reti nello spazio sociale aumentano di importanza. Nonostante le/gli utenti dei servizi sociali spesso siano persone che non si trovano sul lato soleggiato della vita, hanno il diritto ad un accompagnamento conforme ed idoneo alla vita quotidiana nel loro contesto di vita. In questo senso partecipazione delle e degli utenti, empowerment ed inclusione sociale sono concetti centrali e sempre più importanti per le operatrici e gli operatori sociali.

Quale know-how deve essere ampliato in futuro? Sapere cooperativo multiprofessionale, congedo delle iper-specializzazioni secondo categorie, uso ed incentivazione dell'impegno cittadino, collaborazione con il volontariato, superamento delle barriere tra i vari settori di lavoro come sanità, istruzione, lavoro, cultura, integrazione e sport.

Nello sviluppo di identità professionali sia nella formazione che nella pratica degli operatori sociali e delle operatrici sociali è di importanza trasmettere metodi e competenze, per poter da una parte aiutare, assistere, accompagnare e dall'altra parte influire sull'ambiente sociale. Ciò accade tramite attività preventive, competenza nella consulenza e mediazione e tramite interferenza socio-politica nel senso di una professione basata sui diritti umani.

Un criterio di qualità dell'attuale lavoro sociale è di aiutare le e gli utenti dei servizi sociali a difendere i loro diritti di vivere diversamente senza essere feriti nella loro dignità o socialmente esclusi. Un'assistente sociale di recente durante un workshop ha descritto la propria attività professionale in questo modo: „Non fare assistenzialismo, ma accompagnare, stimare, attivare, sostenere, fare un passo indietro e osservare valorizzando"

Nella nostra comprensione di professione avverrà un cambiamento di paradigmi: dall'assistenza all'accompagnamento, dalla logica del caso alla logica della rete. Ciò necessità una discussione professionale-politica tra tutti i coinvolti: operatrici ed operatori, servizi, associazioni di categoria, sedi formative: allontanandosi da scemi storici dell'orientamento a categorie verso il potenziale polivalente delle professioni e verso la volontà di cambiamento professionale e la mobilità delle professioni nell'ampia area del lavoro sociale.

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

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 ancora nella Val Pusteria e nell'Alta Valle Isarco, mentre quello più favorevole è quello dell'Oltradige-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 è comunque aumentata leggermente rispetto al 2012. Alla fine del 2014 essa si attestava sugli 11,3 operatori equivalenti a tempo pieno ogni 1.000 abitanti (2012: 11,1; 2010: 11,8).

[T.11.4] Personale dei servizi socio-assistenziali per Comunità compresoriali

Comunità comprensoriale	Unità di personale*	Equiv. Tempo pieno	Equiv. T.p. effettivi	Equiv. T.p. / 1.000 abitanti
Val Venosta	545,0	431,0	385,0	11,3
Burgraviato	1.713,0	1.374,3	1.299,9	12,9
Oltradige-Bassa Atesina	1.306,0	1.051,2	979,3	12,9
Bolzano	1.598,0	1.362,1	1.277,5	12,0
Salto-Sciliar	682,0	543,0	506,5	10,3
Valle Isarco	777,0	599,3	536,2	9,8
Alta Valle Isarco	261,0	197,7	182,1	9,1
Val Pusteria	1.008,0	795,2	719,2	9,2
Totale	**7.890,0**	**6.353,8**	**5.885,7**	**11,3**

* Gli operatori che lavorano in più Comunità comprensoriali sono stati conteggiati nel Comprensorio in cui prestano servizio per un maggior numero di ore. Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

11.2 Caratteristiche del personale

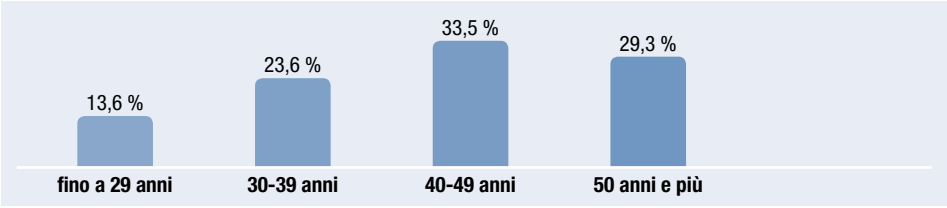
SESSO

La caratteristica che più colpisce in relazione ai collaboratori dei servizi sociali è come sempre la presenza disuguale dei sessi. Con una percentuale dell'85,1 % per le donne e del 14,9 % per gli uomini, l'equilibrio tra i generi delle collaboratrici e dei collaboratori rimane, rispetto agli anni precedenti, pressoché costante. Secondo alcuni una migliore mescolanza o maggiore equilibrio tra i generi nel campo del sociale comporterebbero vantaggi sia per quanto riguarda i servizi forniti ai differenti utenti, anche dal punto di vista delle loro specifiche esigenze legate al sesso, sia riguardo alla collaborazione e al riconoscimento dei lavori sociali. A tale riguardo andrebbero trattate le questioni riguardo alle modalità di acquisizione di un maggior numero di uomini per le attività professionali sociali, ovvero della ragione per cui il sociale non sembri rappresentare un campo di attività particolarmente allettante per gli uomini, nonostante abbia prospettive lavorative abbastanza buone. Tuttavia, si potrebbero senz'altro sollevare anche obiezioni critiche nei confronti di un'indifferenziata richiesta di aumento della percentuale di uomini nel sociale sia per gli effetti attesi sia anche riguardo a un appello alla presenza maschile, orientato alle norme maschili tradizionali e spesso formulato in modo stereotipato. Da questa prospettiva una soluzione potrebbe essere specificare più nel dettaglio i dati relativi all'equilibrio tra i generi anche in relazione con i diversi campi d'azione e le posizioni gerarchiche e continuare ad approfondire le questioni riguardanti gli equilibri tra i generi nell'ambito del sociale.

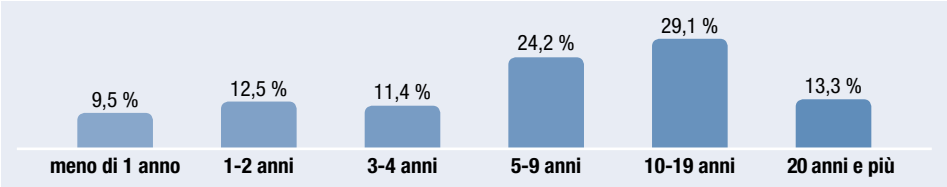
STRUTTURA PER ETÀ

L'età media dei complessivamente 7.890 operatori risultava alla fine del 2014 di 43,5 anni, quindi con un leggero "invecchiamento" (di 1,3 anni) rispetto al 2012. Alla fine del 2014 il 29,3 % di tutti gli operatori aveva cinquant'anni e più (2012: 24,2 %), mentre il 13,6 % non aveva ancora raggiunto i trent'anni (2012: 14,5 %). Non si osserva qui praticamente alcuna differenziazione tra i sessi. Tra i singoli servizi l'età media e l'anzianità di servizio media variano di circa 15 anni, (vedi tab. 11.5).

[G.11.2] Personale dei servizi sociali per età, 2014



[G.11.3] Personale dei servizi sociali per anzianità di servizio, 2014



Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

ANZIANITÀ DI SERVIZIO

L'anzianità media di servizio si attestava nel 2014 su 10,8 anni e risulta quindi aumentata rispetto al 2012 di 1,5 anni. Il 42,4 % dei collaboratori e delle collaboratrici opera già da oltre dieci anni in questo campo professionale, mentre il 9,5 % è entrato in servizio appena nel corso del 2014. Il 12,5 % conta dal canto suo da 1 a meno di 3 anni di servizio. I tempi di permanenza in taluni servizi continuano a rimanere assai brevi. Particolarmente ridotta appare la permanenza, con 5,4 anni, nelle strutture private per la prima infanzia e 5,8 anni nelle comunità alloggio per dipendenze. Tuttavia anche nel campo dei servizi per i minori e dell'assistenza sociopedagogica di base la permanenza è piuttosto breve.

SERVIZI ED ANZIANITÀ DI SERVIZIO

[T.11.5] Età media ed anzianità di servizio, 2014

	Età media	Anzianità servizio media (anni)
Servizi per anziani		
Case di riposo	43,6	9,5
Centri di degenza	44	9
Servizi per disabili		
Comunità alloggio per disabili	45,5	9,4
Convitti per disabili	41,9	9
Alloggi di addestramento	45,3	9,5
Laboratori protetti per disabili	47,4	16,2
Centri socio-assistenziali diurni per disabili	44,3	15,2
Servizi per malati psichici		
Comunità alloggio per malati psichici	44,8	10,1
Servizi di riab. lavorativa per malati psichici	45,9	11,9
Centri diurni per malati psichici	48,9	14,8
Servizi per minori		
Comunità alloggio per minori	36,9	6,9
Case famiglie	38,2	7
Centri diurni per minori	38	6,8
Residenze assistite per minori	38,2	6,7
Servizi per la prima infanzia		
Strutt. pubbliche per la prima infanzia	41	12,1
Strutt. private per la prima infanzia	35,2	5,4
Servizi per la donna e la famiglia		
Consultori familiari	51,4	16,3
Case delle donne	42,3	9,2
Servizi per dipendenze		
Comunità alloggio per dipendenze	44,1	5,8
Attività lavorative per dipendenze	48,2	12,2
Servizi amministrativi CC		
Direzione di distretto	43,8	11,2
Servizi amministrativi dei Comprensori	44,1	14,1
Servizi del Distretto		
Area sociopedagogica	37,2	8
Assistenza economica sociale	42,2	9,7
Assistenza domiciliare	42,9	11,9
Centri diurni dell'AD	50	19,2
Centri di assistenza diurna anziani	46,8	12,6
Direzione/Amministrazione dei Distretti	45,5	11,3
Totale	**43,5**	**10,8**

Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

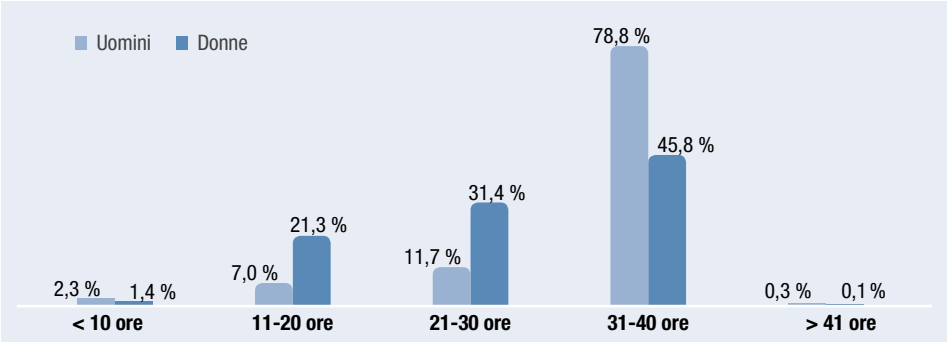
TITOLI DI STUDIO

Per quanto riguarda i titoli di studio delle operatrici e degli operatori dei servizi sociali, la situazione rimane pressoché invariata rispetto agli anni precedenti, tuttavia negli anni si registra una lieve tendenza a un aumento di operatori in possesso di titoli di studio di scuola superiore. Alla fine del 2014 il 36,5 % dagli operatori dei servizi socio-assistenziali era in possesso della licenza elementare o media inferiore, il 28,8 % disponeva di un diploma di scuola superiore bi- o triennale e il 20,1 % di un diploma di maturità. Il 14,6 % 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. Il 70,6 % degli operatori ha un contratto di lavoro a tempo indeterminato (2012: 68,7 %) mentre la percentuale di operatori con contratto a termine si attesta al 14,9 %. Peraltro continua a crescere anche la percentuale del personale part-time. Alla fine del 2014 soltanto la metà circa delle persone (50,9 %) lavorava da 31 a 38 ore settimanali, mentre il 20,7 % aveva un orario ridotto fino a 20 ore e il 28,5 % lavorava fino 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.

[G.11.4] Orario di lavoro per sesso, 2014 (in %)



Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

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 2014 quasi l'80,1 % delle 547 assenze poteva infatti ricondursi a motivi di maternità. La percentuale di assenze per maternità rispetto al personale nel suo complesso si è collocata quindi sul 5,6 % nel 2014. 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. Il profilo professionale più rappresentato tra le operatori dei servizi socioassistenziali risultava a fine 2014 quello dagli operatori socio-sanitari, con 1.169 unità, seguito da quello dagli operatori socio-assistenziali (1.076) e degli assistenti geriatrici e socio-assistenziali (627 unità). Nel 2012, nell'assistenza domiciliare, in quella sociopedagogica di base e in quella economica risultava assente dal servizio per maternità dal 7,8 % (assistenza domiciliare) al 13,7 % (assistenza sociopedagogica di base) del personale. Anche negli asili nido la percentuale si colloca sopra il 10 %. Tra gli operatori altamente qualificati nell'ambito delle professioni sociali, il gruppo professionale più rappresentato era quello degli educatori o pedagogisti (252) e gli assistenti sociali (151).

PROFILI PROFESSIONALI

In termini di operatori equivalenti a tempo pieno, a fine 2014 il 63,7 % svolgeva una professione sociale, il 10,9 % una professione sanitaria, l'8,4 % una professione tecnico-amministrativa e il 17,0 % un'altra professione d'ausilio.

[T.11.6] Caratteristiche del personale nei servizi socio-assistenziali, 2012-1014

Caratteristiche	2012		2013		2014	
	N. unità di personale	%	N. unità di personale	%	N. unità di personale	%
CONDIZIONE PROFESSIONALE						
In servizio	7.091	93,1	7.193	92,9	7.343	93,1
Assente per malattia/altra assenza	409	5,4	451	5,8	442	5,6
Assente per maternità	113	1,5	97	1,3	105	1,3
*** TIPO DI PROFESSIONE**						
Professioni d'ausilio	2.452	32,2	2.538	32,8	2.619	33,2
Ausiliari assistenziali e inservienti	1.517	19,9	1.474	19,0	1.485	18,8
Personale socio-assistenziale	746	9,8	777	10,0	810	10,3
Altre professioni sociali	869	11,4	920	11,9	920	11,7
Professioni sanitarie	1.390	18,3	1.388	17,9	1.398	17,7
Professioni tecnico-amministrative	639	8,4	644	8,3	658	8,3
GRUPPO LINGUISTICO						
Tedesco	5.243	68,9	5.320	68,7	5.461	69,2
Italiano	1.644	21,6	1.700	22,0	1.747	22,1
Ladino	247	3,2	256	3,3	247	3,1
Altro	479	6,3	465	6,0	435	5,5
TITOLO DI STUDIO						
1 - Licenza elementare	126	1,7	113	1,5	113	1,4
2 - Licenza media	2.894	38,0	2.818	36,4	2.767	35,1
3 - Diploma bi- o triennale	2.093	27,5	2.168	28,0	2.275	28,8
4 - Maturità	1.443	19,0	1.486	19,2	1.587	20,1
5 - Diploma universitario	607	8,0	684	8,8	651	8,3
6 - Laurea	450	5,9	472	6,1	497	6,3
RAPPORTO DI LAVORO						
A tempo indeterminato	4.706	68,7	5.361	69,3	5.572	70,6
A tempo determinato	1.175	15,4	1.225	15,8	1.176	14,9
Provvisorio	734	9,6	650	8,4	633	8,0
Supplente	388	5,1	404	5,2	405	5,1
Incarico di consulenza	88	1,2	101	1,3	104	1,3
ORE SETTIMANALI LAVORATE						
10 o meno	128	1,7	127	1,6	119	1,5
11-20	1.418	18,6	1.510	19,5	1.512	19,2
21 - 30	2.047	26,9	2.118	27,4	2.246	28,5
31 - 38	4.020	52,8	3.986	51,5	4.013	50,9
SESSO						
Uomini	1.143	15,0	1.138	14,7	1.175	14,9
Donne	6.470	85,0	6.603	85,3	6.715	85,1
ETÀ MEDIA (anni)	**42,2**		**42,8**		**43,6**	
ANZIANITÀ DI SERVIZIO MEDIA (anni)	**9,3**		**9,7**		**9,5**	

Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

[T.11.7] Personale per qualifica professionale (tutti i servizi), 2014

Qualifica professionale	N. unità di personale*	N. oper. equiv.	N. oper. equiv. effettivi	Etá media	Anz. Media di serv. **
Personale socio-assistenziale	**2.619**	**2.137,7**	**1.904,6**	**40,3**	**10,4**
Assistente geriatrico/a e familiare	627	465,5	343,5	47,5	15,9
Assistente per disabili con dipl. spec.	309	251,3	242,3	47,4	18,8
Assistente per disabili senza dipl. spec.	94	73,3	70,8	41,6	7,8
Tecnico dei servizi sociali	22	19,0	14,0	31,3	4,1
Animatore/animatrice	52	37,5	34,1	45,8	14,3
Assistente all'infanzia	346	287,6	250,9	35,0	7,2
Operatore/operatrice socio-assistenziale	1.169	1.003,7	858,0	36,0	6,4
Ausiliari assistenziali e inservienti	**1.485**	**1.208,7**	**1.153,9**	**45,1**	**9,2**
Ausiliario/a socio-assistenziale	390	304,0	292,4	49,9	16,2
Operatore/trice socio-sanitaria	1.076	891,6	848,9	43,4	6,7
Assistente domiciliare all'infanzia	19	13,1	12,6	45,6	5,9
Ausiliari assistenziali e inservienti	**810**	**701,2**	**622,6**	**40,1**	**10,3**
Educatore/educatrice per disabili con dipl. spec.	113	98,6	93,4	47,3	17,6
Educatore/educatrice per disabili senza dipl. spec.	12	8,6	8,6	39,3	12,9
Direttore/direttrice socio-assistenziale	15	12,8	11,2	54,2	16,0
Educatore-educatore professionale	252	218,0	191,0	35,3	5,8
Educatore in convitto e servizio giovani con dipl. spec.	11	9,5	8,6	38,6	10,9
Educatore in convitto e servizio giovani senza dipl. spec.	30	22,8	20,0	40,5	10,4
Coordinatore/coordinatrice di asili nido	51	48,4	41,7	35,7	7,4
Pedagogista	38	26,4	24,8	42,1	10,3
Responsabile tecnico/a socio-assistenziale	29	25,6	24,6	44,9	10,9
Assistente sociale	151	134,4	110,0	36,4	8,8
Operatore/operatrice laureato/a in scienze sociali	27	22,8	20,1	43,1	11,2
Sociologo/a	11	9,3	7,3	41,7	9,4
Educatore/trice al lavoro con dipl. spec.	64	58,3	55,9	50,9	19,4
Educatore/trice al lavoro senza dipl. spec.	6	5,5	5,5	49,2	8,0
Professioni sanitarie	**920**	**695,1**	**655,9**	**42,2**	**9,1**
Medico/a	3	0,4	0,4	59,5	22,5
Infermiere/a professionale	599	493,3	468,8	42,6	9,4
Dietista	2	0,8	0,8	43,5	8,5
Tecnico/a della riabilitazione	46	38,9	36,1	32,5	4,7
Ostetrico/a	7	3,3	2,6	42,5	13,5
Ginecologo/a	7	0,7	0,7	54,6	9,5
Infermiere/a generico/a	20	15,3	14,3	57,0	13,6
Pediatra	1	0,0	0,0	41,5	1,5
Logopedista	16	12,3	12,3	31,0	3,3
Massaggiatore-massofisioterapista	8	5,8	5,8	45,5	11,9
Fisioterapista	107	68,3	61,3	37,7	6,2
Psichiatra	1	0,3	0,3	72,5	39,5
Psicologo/a	61	36,9	33,8	42,4	7,7
Psicoterapeuta	38	16,2	16,2	51,6	17,5
Terapista occupazionale	3	2,0	2,0	31,5	4,8
Assistente sanitario/a	1	0,5	0,5	59,5	32,5

[T.11.7]

Qualifica professionale	N. unità di personale*	N. oper. equiv.	N. oper. equiv. effettivi	Etá media	Anz. Media di serv. **
Professioni d'ausilio	**1.398**	**1.078,7**	**1.050,7**	**48,0**	**10,1**
Custode-manutentore/manutentrice	69	63,9	63,9	46,5	13,2
Usciere-commesso/a-portiere/a	16	12,3	12,3	40,6	7,9
Coadiutore/coadiutrice	13	8,3	8,3	45,6	8,7
Capo cuoco	24	23,2	23,2	49,3	11,2
Cuoco/a specializzato/a	30	24,1	23,1	40,1	5,4
Operaio/a qualificato/a	18	14,8	14,1	50,3	16,4
Aiuto cuoco	107	95,3	92,5	47,3	13,0
Autista	7	6,0	6,0	48,1	15,9
Inserviente-domestico/a	7	4,7	4,2	48,4	11,8
Assistente di economia domestica	568	430,4	419,5	48,4	9,4
Operaio/a generico/a	64	48,4	47,7	51,5	10,3
Operaio/a specializzato/a	21	18,4	16,8	48,7	9,9
Cuoco/a qualificato/a	76	61,4	59,4	46,2	9,9
Addetto/a alle pulizie	335	231,6	225,7	48,9	9,7
Sarto/a-guardarobiere/a	4	4,0	3,0	37,5	9,3
Centralinista	10	8,3	7,3	40,6	11,7
Lavandaia/o	29	23,7	23,7	50,4	13,1
Professioni tecnico-amministrative	**658**	**532,2**	**497,9**	**44,7**	**12,3**
Funzionario/a contabile	3	2,5	2,5	39,5	8,5
Direttore/direttrice dei servizi sociali delle CC	9	9,0	8,0	48,4	12,4
Programmatore/programmatrice CED	13	11,5	11,5	43,7	8,2
Segretario/a generale	7	6,4	6,4	50,5	13,1
Geometra	4	4,0	4,0	40,0	5,3
Economo/a-contabile	4	3,2	3,2	49,8	22,0
Procuratore/procuratrice legale - avvocato	6	2,4	2,4	50,5	19,5
Consulente legale	2	0,3	0,3	65,0	24,0
Segretario/a-economo/a	3	1,7	1,7	56,2	13,2
Segretario/a	11	7,3	7,3	43,7	6,6
Assistente di segreteria	10	6,8	6,3	42,9	12,0
Operatore/operatrice di assistenza economica	27	22,0	21,1	40,5	8,4
Funzionario/a tecnico/a	2	2,0	2,0	32,0	3,0
Assistente amministrativo/a	296	235,9	214,0	42,9	12,4
Operatore/operatrice amministrativo/a	157	121,2	113,2	46,3	13,8
Direttore/direttrice amministrativo/a	63	58,5	58,5	49,1	12,1
Funzionario/a amministrativo/a	41	37,6	35,6	45,4	9,8
TOTALE	**7.890**	**6.353,7**	**5.885,7**	**43,2**	**10,1**

* 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.
Fonte: SIPSA, Ripartizione 24 Politiche Sociali

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 università, alle scuole professionali e settoriali, offrono corsi di questo genere anche numerose strutture formative ed organizzazioni private.

FORMAZIONE UNIVERSITARIA

Nel campo della formazione universitaria, la Libera Università di Bolzano offre dal 1999 e 2000 corsi di studio nelle discipline Lavoro sociale e Pedagogia sociale e dal 2010 anche un corso di laurea magistrale (master) nella disciplina Lavoro sociale (Innovazione e Ricerca per gli Interventi Socio-assistenziali-educativi). Inoltre presso la facoltà di Scienze della Formazione è consentita l'ammissione a un dottorato di ricerca nel campo della pedagogia sociale. Nel 2014 hanno concluso gli studi 19 iscritti ai corsi di servizio sociale e 27 a quelli di socio-pedagogia. 9 iscritti al master IRIS hanno concluso gli studi nel 2014. Nel complesso, nell'anno accademico 2014/2015 erano iscritte al corso di studi di servizio sociale 106 persone, 135 al corso di studi di pedagogia sociale e 20 studenti al master Innovazione e Ricerca per gli Interventi Socio-assistenziali-educativi.

FORMAZIONE NON UNIVERSITARIA

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 socio-sanitari 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 istitutori, 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.

Presso le scuole per le professioni sociali nel 2014 si sono diplomati 55 operatori socio-assistenziali e 109 operatori socio-sanitari. Nel complesso risultavano in formazione nell'anno scolastico 2014-2015, 386 operatori socio-assistenziali e 70 socio-sanitari, mentre 117 erano gli iscritti alla scuola professionale per le professioni sociali e 21 gli assistenti per l'infanzia in formazione.

FABBISOGNO FORMATIVO

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 nel campo del sociale. I mutamenti demografici evidenzieranno in futuro sempre di più l'esigenza in particolare di profili professionali destinati all'assistenza agli anziani.

Si profila inoltre, nel quadro della crescente esigenza di un'analisi completa e partecipativa del fabbisogno e di una migliore integrazione dell'offerta di servizi e sostegni in diversificazione, anche la richiesta di differenti profili professionali in differenti campi

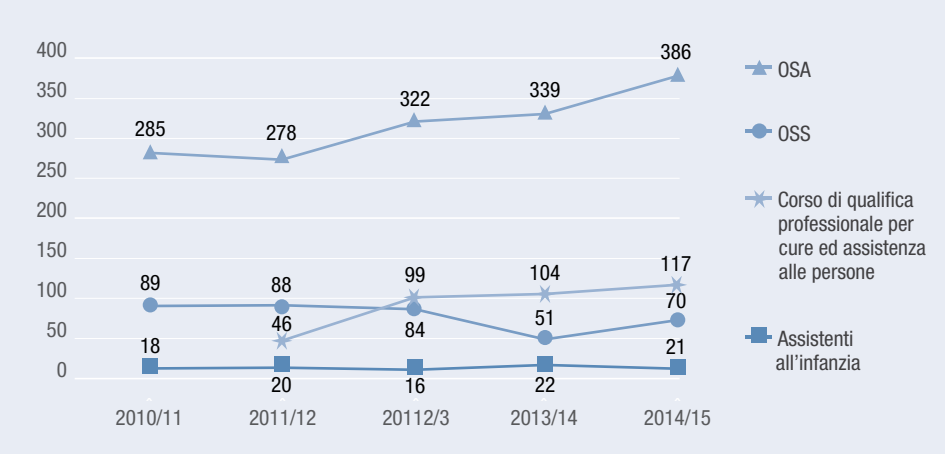
d'attività e di servizi. A questo proposito si delineano sicuramente anche sfide riguardo ai tentativi di professionalizzazione e ai processi di sviluppo della personalità nelle professioni sociali nonché in relazione con lo sviluppo di una cultura interprofessionale e a livello di interservizi della collaborazione nel campo del sociale e oltre.

[T.11.8] Laureati e diplomati nel settore sociale: Università di Bolzano e Scuole per le professioni sociali, 2010-2014

Università di Bolzano: Facoltà di Scienze della Formazione	2010	2011	2012	2013	2014
Corso di laurea in Servizio Sociale	29	25	31	18	19
Corso di laurea per Educatore sociale	23	17	24	27	27
Scuole per le professioni sociali	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Operatori socio-assistenziali (OSA)	148	98	126	200	109
Operatori socio-sanitari (OSS)	71	154	141	131	55
Assistenti all'infanzia	33	29	49	41	25

Fonte: Libera Università di Bolzano e Scuole provinciali per le professioni sociali

[G.11.5] Numero di studenti nelle scuole per le professioni sociali, 2010/2011 – 2014/2015



Fonte: Scuole provinciali per le professioni sociali

SERVIZIO SVILUPPO PERSONALE

Il coordinamento delle offerte di aggiornamento professionale per gli operatori dei servizi sociali è curato a livello provinciale dal Servizio sviluppo personale, che dipende dalla Ripartizione politiche sociali. Questo servizio offre semestralmente un nuovo ampio programma di aggiornamento, le cui tematiche vengono individuate in collaborazione con le varie ripartizioni provinciali e con gli enti gestori a livello territoriale (comunità comprensoriali e ASS Bolzano). Gli enti territoriali organizzano peraltro essi stessi corsi di aggiornamento per i propri collaboratori. Un importante obiettivo strategico di questi ultimi anni è stato quello di favorire una migliore messa in rete dei servizi sociali e di quelli sanitari con il settore formativo e scolastico. 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.

PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Nel 2014 il 97,5 % degli operatori dei servizi socio-assistenziali ha preso parte ad attività di aggiornamento professionale per mediamente 3,1 giornate ciascuno. La quota di partecipazione nominale è quindi leggermente al di sopra del valore del 2012 (95,6 %). Nel 2014 inoltre l'1,9 % degli operatori ha partecipato ad attività di formazione con frequenza in servizio, per una durata media di circa 28,6 giorni. Il 2,4 % ha frequentato un corso di specializzazione o qualificazione della durata media di 10,1 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.

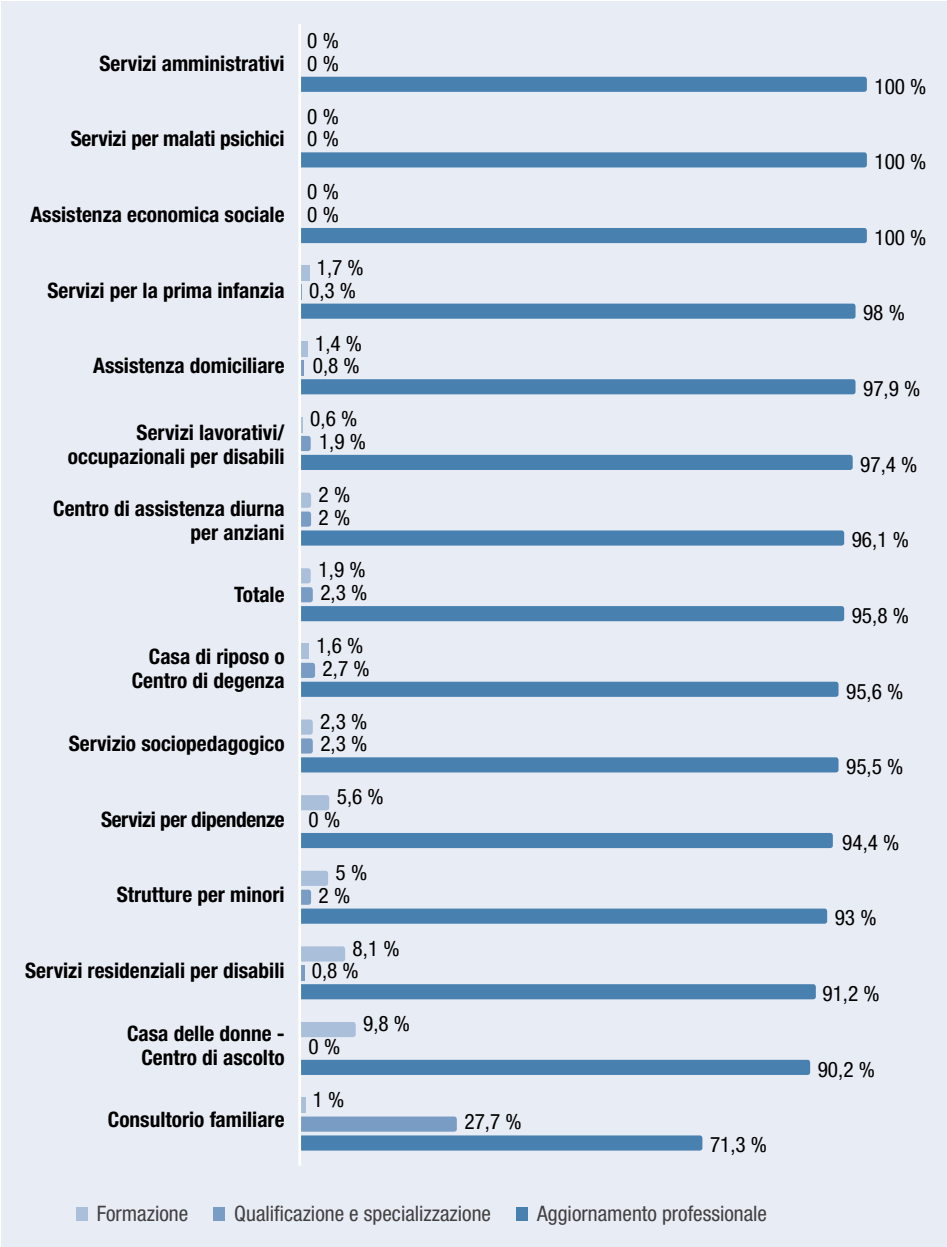
[T.11.9] Operatori che hanno partecipato ad attività formative e numero medio di giornate per partecipante, 2014

Servizi	Formazione		Qualificazione/ specializzazione		Aggiornamento professionale	
	N. di partecipanti	Giornate per partecipante	N. di partecipanti	Giornate per partecipante	N. di partecipanti	Giornate per partecipante
Case di riposo o Centri di degenza	81	34	134	8,8	4.719	2,1
Strutture per minori	10	11,6	4	80	187	5,4
Servizi residenziali per disabili	32	20,5	3	9,7	362	2,9
Servizi lavorativi/occupazionali per disabili	2	11,5	6	18	303	2,4
Servizi per la prima infanzia	6	12	1	5	341	6,4
Assistenza domiciliare	7	21,3	4	21,3	503	2,6
Servizio socio-pedagogico	5	9	5	11	210	5
Servizi amministrativi					759	7,1
Centri di assistenza diurna per anziani	1	4	1	30	49	2,6
Case delle donne - Centri di ascolto	4	104,5			37	4,9
Consultori familiari	1	1	28	2,6	72	4,1
Servizi per malati psichici					94	2,8
Assistenza economica					42	1,6
Servizi per dipendenze	1	50			17	4,4
Totale	**150**	**28,6**	**186**	**10,1**	**7.695**	**3,1**

Fonte: ASTAT, 2015

Nel campo della formazione permanente tutti i servizi hanno segnato nel 2014 elevati livelli di partecipazione ai corsi di aggiornamento professionale, con presenze del 90 % e più (ad eccezione dei consultori familiari). Una distribuzione un po' diversa si osserva invece per i corsi di formazione con frequenza in servizio: qui i consultori familiari registrano un 27,7 % e si collocano sensibilmente sopra la media. 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.

[G.11.6] Percentuale di operatori che hanno partecipato ad attività formative, 2014 (in %)



Fonte: ASTAT, 2015

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. Non è possibile distinguere in modo veramente rigoroso tra il concetto di volontariato e l'attività di beneficenza, anche se spesso si parla di volontariato per indicare l'attività di assistenza classica organizzata dalle associazioni. Il volontariato inteso come forma di impegno civile va nettamente distinto dalle attività professionali di beneficenza gestite privatamente (Onlus), sebbene proprio per queste i volontari rappresentino un'importante risorsa. 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 2014 operavano presso i servizi sociali altoatesini 4.023 volontari e 2.255 tirocinanti. Il servizio civile volontario, dal canto suo, svolge invece ormai da anni solo un ruolo subordinato, nonostante si registri dal 2013 al 2014 anche in questo ambito una forte crescita: alla fine del 2014 122 giovani operavano in questo servizio. Dal 2011 si segnano peraltro sensibili incrementi in tutti e tre i campi di attività, in particolare con riguardo ai volontari, che operano soprattutto a favore di case di riposo, centri di degenza, centri diurni per anziani e assistenza domiciliare (compresi i centri diurni) e case delle donne.

Complessivamente i tre gruppi hanno prestato nel 2014 un totale di 643.429 ore di lavoro, il 55,4 % delle quali (356.290) è stato svolto dai tirocinanti.

[G.11.7] Operatori del servizio civile volontario, tirocinanti e volontari nei servizi sociali, 2011-2014

Fonte: ASTAT, 2015

Nel 2014 presso le case di riposo e i centri di degenza hanno operato 2.237 volontari, 1.152 tirocinanti e 85 operatori del servizio civile (il 54,3 % del personale volontario nel suo complesso). Complessivamente hanno prestato 337.806 ore di lavoro, pari al 52,5 % di tutta l'attività lavorativa svolta da questa categoria di operatori. Al secondo posto ritroviamo anche nel 2014 i volontari e i tirocinanti del servizio domiciliare, con 1.502 persone (il 23,5 %), che vi hanno svolto 88.750 ore di lavoro, pari al 13,8 % del lavoro prestato complessivamente da volontari, tirocinanti e operatori del servizio civile. Un numero rilevante di tirocinanti ha operato anche nei servizi lavorativi per i disabili (321 persone) e nei servizi per la prima infanzia (211 persone).

[T.11.10] Operatori del servizio civile volontario, tirocinanti e volontari, 2012

	Obiettori di coscienza		Tirocinanti		Volontari	
Per Tipologia	**N. totale**	**Ore medie annue**	**N. totale**	**Ore medie annue**	**N. totale**	**Ore medie annue**
Casa di riposo o Centro di degenza	85	234,6	1.152	153,2	2,237	63,2
Strutture per minori	2	399	64	187	95	112,7
Servizi residenziali per disabili	5	561	115	182	55	178,7
Servizi lavorativi/occupazionali per disabili	17	616,6	321	178,5	49	134,8
Servizi per la prima infanzia			211	100	15	55,2
Assistenza domiciliare	2	200	182	166,3	1,318	44,1
Servizio sociopedagogico			17	251,5	75	35,7
Servizi amministrativi			33	203,3	1	10
Centro di assistenza diurna per anziani	6	444,2	46	97,6	20	154,4
Casa delle donne - Centro di ascolto	2	773	7	282,1	93	83,7
Consultorio familiare			13	216	31	57,1
Servizi per malati psichici	3	896,7	83	192,2	14	72,4
Servizi per dipendenze			11	172,1	20	103,3
Totale	**122**	**338,8**	**2.255**	**158**	**4.023**	**61,1**

Fonte: ASTAT, 2015

Osservando il rapporto tra volontari e dipendenti nei servizi, si vede che nel 2014 per ogni 100 dipendenti erano presenti in media 48,6 volontari. Comunque tra un Servizio e l'altro si osservano da sempre notevoli differenze: la presenza massima di volontari si riscontra nel 2014 nell'assistenza domiciliare (256,4) e nelle case delle donne (211,4). 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 le strutture sostitutive della famiglia e presso i centri diurni socio pedagogici.

[T.11.11] Presenza di volontari all'interno dei servizi e ore di lavoro prestate, 2014

Per struttura	Servizi dove si riscontra la presenza di volontari (%)	N. volontari	N. volontari ogni 100 operatori retribuiti	Ore medie mensili/ volontario
Casa di riposo	94	2.057	52,2	5,1
Centro di degenza	100	180	29,6	6,7
Comunità alloggio per minori	53,3	13	8,7	6,4
Casa famiglia	100	10	45,5	30,3
Comunità alloggio per disabili	26,7	5	5,8	6,1
Convitto per disabili	63,6	49	9,5	16
Laboratorio protetto per disabili	53,3	38	9,5	7,9
Asilo nido	7,1	1	0,5	5,8
Assistenza domiciliare	73,1	1.313	256,4	3,7
Servizio sociopedagogico	33,3	75	30,7	3
Direzione compr. servizi sociali	12,5	1	0,7	0,8
Centro diurno AD	3	5	5,4	3,1
Centro di assistenza diurna anziani	61,5	20	33,3	12,9
Casa delle donne	80	93	211,4	7
Consultorio familiare	42,9	31	22,8	4,8
Centro diurno socio-pedagogico	42,1	11	4,8	22,7
Centro di addestramento abitativo	25	1	10	6,5
Servizio di riab.lavorativa malati psichici	45,5	13	15,3	6,5
Centro diurno per minori	50	72	90	7
Comunità alloggio per malati da dipendenza	33,3	2	15,4	6,3
Attività lavorative per malati da dipendenza	50	18	75	8,9
Centro diurno per malati psichici	25	1	7,7	0,3
Strutture private per la prima infanzia	16,1	14	4,6	4,5
Totale	**32**	**4.023**	**48,6**	**5,1**

Fonte: ASTAT, 2015

DIFFERENZE TERRITORIALI

Anche a livello territoriale si osservano differenze nella portata dell'impegno volontaristico. Il numero maggiore di volontari rispetto alla popolazione complessiva si riscontrava anche nel 2014 nelle Comunità comprensoriali Oltradige-Bassa Atesina e Val Venosta. Anche nel rapporto tra operatori dipendenti dei servizi e volontari, la Comunità comprensoriale Val Venosta si piazza di gran lunga in testa alla classifica. Nell'interpretare questi dati va tuttavia tenuto presente che lo scenario e il numero dei servizi nei vari Comprensori sono assai differenziati, e quindi sono assai diverse anche le possibilità di un impegno volontaristico.

[T.11.12] Presenza di volontari nei diversi Comprensori e ore di lavoro prestate, 2014

Comunità comprensoriale	N. volontari	N. volontari ogni 1.000 abitanti	N. volontari ogni 100 operatori retribuiti	Ore medie mensili/ volontario
Val Venosta	545	15,9	95,6	2,9
Burgraviato	865	8,6	48,2	4,8
Oltradige-Bassa Ates.	790	10,4	56,1	4,2
Bolzano	359	3,4	22,6	8,6
Salto-Sciliar	458	9,3	56,1	6,1
Valle Isarco	383	7,0	44,2	6,6
Alta Val d'Isarco	85	4,3	31,6	4,9
Val Pusteria	538	6,9	51,5	4,9
Totale	4.023	15,9	48,1	5,1

Fonte: ASTAT, 2015

Sfide e rischi per chi lavora nel sociale

Heiner Keupp

Se uno studio sul tema sociale in Alto Adige mostra che il 60 % delle intervistate e degli intervistati nel settore sociale lascia questa attività lavorativa, e questo succede in media dopo 6 anni, ci si dovrebbe interrogare sui relativi motivi. I motivi più frequenti indicati sono sovraccarico, condizioni generali, clima di lavoro, il modo di operare nel campo di azione e la dirigenza (vgs. Vinazer 2010).

Come sappiamo, l'attività nell'ambito del lavoro sociale deve aver un buon fondamento nella motivazione personale delle addette e degli addetti. Le professioni di aiuto sono caratterizzate in particolare misura da una motivazione intrinseca. Tuttavia questo rappresenta al tempo stesso anche una situazione particolare di pericolo: non vi è altra categoria professionale con un numero così elevato di esaurimenti e sindromi burnout. Pertanto, al fine di gestire e preparare bene il personale nel lavoro sociale, è assolutamente necessario creare condizioni di lavoro che favoriscano la soddisfazione del personale nel proprio lavoro evitando situazioni di sovraccarico.

Quali carichi particolari crea il lavoro sociale a operatrici ed operatori e quali sono i compiti a livello dirigenziale al fine di ridurre i carichi e creare condizioni di lavoro buone e sane? Innanzitutto va rilevato che vivere e lavorare in condizioni di capitalismo globale comporta per tutte e tutti maggiori sforzi: accelerazione, ristrettezza dei tempi, concorrenza, ansia da prestazione aumentano ovunque e in gran parte sono la causa dell'incremento dei casi di depressione e sindrome da burnout (vgs. Keupp & Dill 2010). È anche in questo contesto che va esaminato con attenzione l'ambito specifico del lavoro sociale.

Perché le professioni sociali fanno sì che la sindrome da burnout si trovi ai primi posti delle statistiche? Accanto alle condizioni di lavoro delle professioni relative alla prestazione di servizi e alla clientela spesso difficile, che non dà spazio a piccoli successi, vi sono in particolare due spiegazioni molto diverse tra loro; entrambe volgono lo sguardo alla situazione psicosociale in queste professioni:

a. Il deficit: la tesi classica degli "aiutanti indifesi" è sostenuta con grande risonanza da Wolfgang Schmidbauer (1977; 1984; 2002). Nel contesto si presta attenzione ai motivi, per lo più inconsapevoli, che portano a scegliere una professione di aiuto: esperienze personali negative nella prima infanzia formano un insieme di bisogni, partendo dal quale il proprio operato in una sorta di "identificazione proiettiva" dovrebbe far fronte ai deficit personali. Ma siccome questo non può riuscire, viene a crearsi un circolo vizioso: lo devo investire ancor più energia nella mia azione di aiutante, ma contemporaneamente perdo la sensibilità per i miei limiti.

b. La forza della positività. Alcune persone scelgono professioni di aiuto perché vedono maggiori opportunità di svolgere un lavoro non alienante e di realizzarsi nella professione e nel lavoro. Le professioni sociali sono all'avanguardia anche per un settore del mondo del lavoro sempre più vasto. Come riporta Byung-Chul Han (2010; 2011), in merito si punta sempre di più sull'automotivazione, sullo spirito di iniziativa e sull'autoresponsabilità. La vecchia società disciplinare, dove regnava l'orologio marcatempo, è stata sostituita dalla società meritocratica, nella quale ognuno è condizionato come se fosse parte della propria azienda. La "negatività del dover" si è trasformata in "positività del poter" che è molto più efficiente. Lo slogan di Obama riprodotto milioni di volte "Yes, we can" ne è il terribile rovescio della medaglia. Il soggetto che si autosfrutta è allo stesso tempo reo e vittima, padrone e servo in una persona. Slogan pubblicitari attuali vi risuonano come scherno: "La lamentela dell'individuo depressivo "Nulla è possibile" è possibile solo in una società che crede "Nulla è impossibile". In modo analogo argomenta anche Alain Ehrenberg (2004). Nel suo libro "La fatica di essere sé stessi" ci vuole mostrare che disturbi depressivi, spossatezza e disperazione non sono irregolarità, bensì qualcosa come l'ombra inevitabile di un sé stesso che ambisce alla carriera e alla realizzazione personale nell'epoca moderna capitalistica agli inizi del millennio. E questo sé stesso è gestito dalla supposizione che tutto sia possibile, e che lui solo sia responsabile di tessere la propria tela della vita "con successo" tra le tante possibilità. Ehrenberg non ritiene giusta questa affermazione, ma forte. Sembra una voce interiore che sussurra maliziosamente agli scontenti un po' ovunque che le cose sarebbero potute andare diversamente, se solo avessero fatto la scelta giusta. Spesso questi soggetti, maltrattati in questo modo, crollano sotto il peso della responsabilità.

Entrambe le prospettive trasmettono – nonostante la loro apparente incompatibilità – punti di vista importanti e spiegano diversi segmenti del fenomeno burnout, con riferimento non soltanto alle professioni sociali.

Nello studio della sindrome da burnout, con riferimento soprattutto alle professioni sociali, si differenzia giustamente tra i livelli di carico e come si possono evitare:

- il livello individuale si concentra sui rispettivi motivi che hanno portato una persona a scegliere una professione sociale.

- a livello istituzionale sono rilevanti le condizioni lavorative e contestuali, create dai rispettivi organizzazioni.

- il livello sociale tratta soprattutto i compiti assegnati dalla società al lavoro sociale e quali risorse essa mette a disposizione.

Se si riconosce questa suddivisione di livelli si può differenziare anche tra diverse possibilità di prevenzione: Cosa possono fare per sé stesse le persone nelle professioni sociali? Come può essere strutturata l'istituzione? Quali sono gli strumenti per evitare carichi? E quale significato hanno i cambiamenti dell'intera società?

Letteratura

Ehrenberg, A. (2004). La fatica di essere sé stessi, depressione e società.
Han, Byung-Chul (2010). La società della stanchezza. Berlin: Matthes & Seitz.
Han, Byung-Chul (2011). Topologia della violenza. Berlin: Matthes & Seitz.
Keupp, H. & Dill, H. (Hrsg.) (2010). Erschöpfende Arbeit. Bielefeld: transcript.
Schmidbauer, W. (2002). Helfersyndrom und Burnoutgefahr. München: Urban & Fischer.
Vinatzer, Iris Maria (2010). Cause della carenza di personale nei servizi sociali con particolare riferimento al cambiamento di lavoro. Relazione finale. Bolzano: apollis.

12.

Il finanziamento dei servizi socio-assistenziali

Oscar Kiesswetter

12.1 Struttura e andamento delle spese

STRUTTURA FINANZIARIA

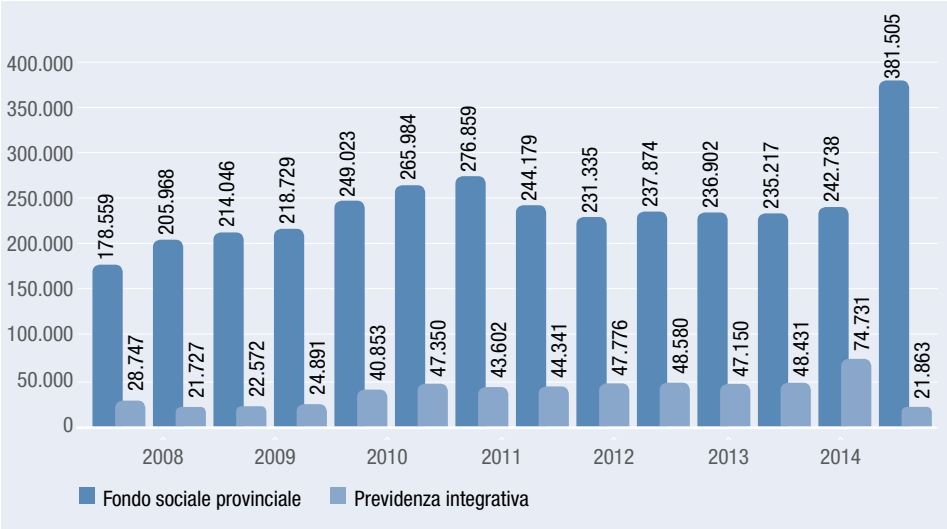
Il finanziamento dei servizi socio-assistenziali segue cinque percorsi:
- stanziamenti della Provincia (Fondo sociale provinciale);
- stanziamenti dei Comuni (per le case di riposo, gli asili nido e l'assistenza domiciliare);
- partecipazione tariffaria, cioè i contributi degli utenti che richiedono particolari prestazioni socio-assistenziali; questi contributi sono scaglionati in base alla situazione reddituale e patrimoniale degli utenti stessi;
- mezzi propri degli enti gestori di servizi sociali, provenienti da elargizioni o da patrimonio proprio;
- creazione di fondi.

FONDO SOCIALE DELLA PROVINCIA

Tramite il Fondo sociale provinciale si finanziano in sostanza 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 e integrano. Nel 2014 le spese complessive del fondo sociale provinciale sono ammontate a 381.505.249 Euro. Il vistoso incremento rispetto al 2013 (242,7 milioni di Euro) è causato dalla copertura della non autosufficienza con un esborso pari a 136.577.066 Euro che rientra per la prima volta nelle erogazioni del fondo sociale provinciale.

Il grafico 12.1 illustra lo sviluppo della spesa a partire dal 2001. L'andamento della spesa nel settore della previdenza integrativa è indicato a parte, poiché questo settore è finanziato da mezzi esterni al bilancio della Provincia, e più segnatamente da trasferimenti regionali e statali. Le prestazioni previdenziali che ammontano a 22 milioni di Euro comprendono le pensioni (20,5 milioni di Euro), la disoccupazione (1 milione di Euro) e le malattie professionali. Nell'ambito dei pagamenti pensionistici risaltano le 2.800 posizioni relative alle casalinghe, di cui 2.151 hanno percepito la pensione nel corso del 2014 per un importo complessivo pari a quasi 13 milioni di Euro. L'ammontare medio è compreso fra 470,18 Euro e 564,22 Euro al mese, in base agli anni di contribuzione.

[G.12.1] Spesa nel settore sociale (in migliaia di Euro), 2001 - 2014



* Importi non deflazionati.

RIPARTIZIONE DEL FONDO SOCIALE PROVINCIALE PER SETTORI DI INTERVENTO

La ripartizione del Fondo sociale per settori di attività è rappresentata nella tabella 12.1 e risulta, in linea di principio, immutata ormai da anni, benché nell'ambito di una comparazione pluriennale si registrino oscillazioni nei singoli capitoli. Anche nel 2014 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 110,8 milioni di Euro, seguiti dalla spesa per l'assistenza economica sociale comprensiva dei contributi per l'affitto (48,4 milioni di Euro) e infine dalle pensioni agli invalidi civili (41,4 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 della emarginazione sociale. Complessivamente una quota pari al 95,6 % dei mezzi del Fondo sociale provinciale è stata destinata alle spese correnti, e il rimanente 4,4 % agli investimenti.

[T.12.1] Fondo sociale provinciale: spesa per settore di intervento, 2014 (in Euro)

Settore	Spese correnti	Investimenti	Totale
Finanziamento servizi sociali delegati senza assistenza economica sociale	107.282.747	3.569.954	110.852.701
Assistenza economica sociale	48.413.241	0	48.413.241
Prestazioni per invalidi civili	41.400.000	0	41.400.000
Assistenza anziani (contributi)	3.326.286	12.009.741	15.336.027
Assistenza disabili (contributi)	7.014.820	299.977	7.314.797
Minori (contributi)	11.820.909	644.070	12.464.979
Emarginazione sociale (contributi)	4.397.883	379.945	4.777.828
Altre prestazioni sociali (contributi)	945.500	0	945.500
Studi, consulenze, formazione, EDP	3.423.110	0	3.423.110
Fondi per la non autosufficienza	136.577.066	0	136.577.066
Totale	**364.601.562**	**16.903.687**	**381.505.249**

Fonte: Dati del bilancio consuntivo, 2014

COPERTURA 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.

INDICATORI PRINCIPALI

Come esposto nella tabella seguente, nel 2014 è confluito nel Fondo sociale provinciale il 7,50 % di tutte le risorse del bilancio provinciale (l'anno precedente era stato il 5,14 %). Nell'anno di riferimento per la presente Relazione sociale (2014) la spesa sociale per abitante è aumentata, passando da 575,3 Euro nel 2013 a 844,6 Euro.

[T.12.2] Spesa nel settore sociale in rapporto al bilancio provinciale e al PIL (in milioni di Euro) 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
F.do sociale prov.le	277,0	244,2	231,1	237,8	236,9	235,2	242,7	381,5
Volume di spesa bilancio provinciale	4.924,2	5.122,6	5.039,8	4.859,41	4.818,26	4.746,60	4.715,4	5.083,9
Spesa sociale / spesa totale	5,63 %	4,77 %	4,59 %	4,89 %	4,92 %	4,95 %	5,14 %	7,50 %
F.do sociale prov. e previd. integrativa	320,4	288,6	278,8	286,4	284,1	283,5	296,9	438,6
PIL a prezzi mercato	16.670	17.059	17.246	17.476	17.858	18.755	19.530	19.721
Spesa sociale/PIL	1,92 %	1,69 %	1,62 %	1,64 %	1,59 %	1,51 %	1,52 %	2,22 %
Spesa per abitante in Euro	652,2	581,0	554,5	564,2	555,2	551,0	575,3	844,6

Fonte ASTAT, 2015 e stime ASTAT.

Entrate e uscite degli enti gestori dei servizi sociali pubblici

12.2

FONDO SOCIALE PROVINCIALE

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 le risorse 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 per la non autosufficienza e investimenti). I mezzi per gli investimenti sono calcolati e accreditati sulla base delle iniziative effettivamente programmate.

SPESE CORRENTI

Nel settore delle spese correnti si applicano due diversi meccanismi di finanziamento: una parte (circa il 10 %) dei mezzi è 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 è 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 a garantire 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 che necessitano di assistenza o sono destinatarie di un'assistenza domiciliare.

FONTI DI FINANZIAMENTO

L'85,6 % delle entrate degli enti gestori dei servizi sociali pubblici è derivato dai trasferimenti provinciali nell'ambito del Fondo sociale provinciale. Al finanziamento di determinate prestazioni dei servizi sociali delegati contribuiscono però anche i Comuni e gli utenti stessi. Nel 2014 la partecipazione degli utenti ai costi della spesa sociale ha costituito l'8,8 % delle entrate complessive dei Comprensori, mentre i trasferimenti operati dai Comuni hanno rappresentato il 2,0 % delle entrate. Questi dati vanno letti 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.

[T.12.3] Fonti delle entrate degli enti gestori di servizi sociali pubblici, 2014

Fonte di finanziamento	Importo in Euro	%
Contributi e assegnazioni		
Trasferimenti dalla Provincia (Fondo sociale), incl. assistenza economica sociale e Ticket 99*	156.220.315	85,6
Altri contributi e trasferimenti	1.870.860	1,0
Entrate da servizi		
Partecipazione alla spesa da parte dei Comuni	3.639.398	2,0
Partecipazione alle rette da utenti e famiglie	16.068.818	8,8
Vendita di prodotti	2.139.877	1,2
Altre entrate	2.488.219	1,4
Totale	**182.427.487**	**100,0**

* Gli stanziamenti della Provincia Autonoma (Fondo sociale) comprendono:
– Spese di gestione: 107.186.759 Euro (di cui 149.453,94 Euro asili nido) e spese vincolate per alcuni gestori
– Programma interventi prevenzione istituzionalizzazione (PIPPI): 25.000 Euro
– Dipendenza dal gioco: 70.988,40 Euro,
– Psichiatria infantile e giovanile: 434.326,80 Euro,
– Assistenza economica sociale: 48.413.241 Euro,
– Ticket 99: 90.000 Euro.
Fonte: A.S.S.E.

FINANZIAMENTO DIRETTO

Con l'introduzione della copertura della non autosufficienza 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 2014 la spesa sociale per i vari enti gestori dei servizi sociali pubblici oscillava tra i 223,5 e i 296,2 Euro pro capite, con una media complessiva su base provinciale pari a Euro 263,4. Queste differenze sono condizionate in gran parte dalle diverse problematiche sociali e dal diverso numero e dalle tipologie di strutture e di servizi, presenti nei vari territori nei quali sono 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 263,4 Euro), benché in alcuni anni del periodo la spesa media dell'anno sia risultata superiore a quella del 2014. In ogni caso si osservano qui linee di sviluppo assai differenziate tra i vari enti gestori.

[T.12.4] Spesa pro capite degli enti gestori dei servizi sociali pubblici 2007-2014 (in Euro)*

Comunità comprensoriale	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Val Venosta	220,9	230,1	235,9	233,5	229,8	229,7	221,9	223,5
Burgraviato	226,5	246,9	254,7	256,1	256,4	262,6	267,5	266,2
Oltradige Bassa A.	241,7	231,6	245,0	245,7	244,1	241,2	238,2	231,4
Bolzano	290,1	309,2	312,2	306,6	308,8	314,0	302,7	296,2
Salto Sciliar	234,9	256,0	258,9	262,1	261,5	260,4	266,1	267,4
Val d'Isarco	224,3	237,9	255,6	257,0	261,6	264,4	258,7	258,0
Alta Val d'Isarco Wipptal	278,8	309,9	307,8	318,0	298,8	298,0	291,6	294,5
Val Pusteria	209,1	233,3	234,9	243,5	251,1	256,1	255,9	256,8
Media	**241,3**	**256,8**	**263,3**	**264,5**	**265,4**	**268,2**	**265,5**	**263,4**

* 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.
Fonte ASTAT, 2015 e stime ASTAT.