Piano sociale provinciale

2030

AUTONOME PROVINZ BOZEN SÜDTIROL

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN SÜDTIROL

Piano sociale provinciale

2030

AUTONOME PROVINZ BOZEN SÜDTIROL

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN SÜDTIROL

Ripartizione Politiche sociali
Via Canonico Michael Gamper 1
39100 Bolzano
E-mail: sociale@provincia.bz.it
La Ripartizione Politiche sociali è su Internet al seguente indirizzo:
https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/sociale/default.asp

Commenti e suggerimenti sono più che benvenuti.

Giugno 2023

Prefazione

Gli ultimi anni sono stati molto impegnativi per il settore sociale altoatesino: le conseguenze della crisi da Coronavirus, della guerra in Ucraina, della crisi energetica e dell'inflazione in rapido aumento si fanno sentire in tutta Europa e portano sempre più in primo piano temi e problemi di carattere sociale. In Alto Adige intendiamo affrontare le sfide attuali e dei prossimi anni anche con l'aiuto del Piano sociale provinciale.

Il Piano sociale provinciale è uno strumento di pianificazione a lungo termine che aiuta i decisori politici e amministrativi a tenere presenti le misure e i passi necessari. In quanto documento strategico contiene i punti focali dei servizi e delle prestazioni sociali e viene utilizzato in questo quadro come guida per lo sviluppo dell'offerta.

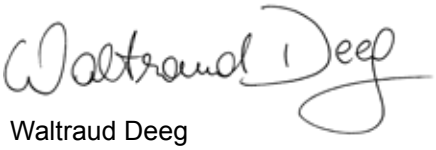
Il nuovo Piano sociale provinciale 2030 è, dunque, il documento che guida e indirizza il consolidamento e l'ulteriore sviluppo del nostro sistema sociale altoatesino. Appunto per questo motivo è stato ritenuto necessario dare al processo di sviluppo di questo importante documento un carattere il più ampio possibile e coinvolgere il maggior numero possibile di attrici e attori.

Il lavoro sul piano è stato avviato a inizio 2020. A causa della pandemia ha in seguito avuto un rallentamento. Tuttavia, è ragguardevole e lodevole per tutte le persone coinvolte che i lavori non si siano mai fermati del tutto! L'attività dei 22 gruppi di lavoro, con circa 350 partecipanti, è stata riorganizzata e nella primavera 2021 è giunta a conclusione.

Accanto al supporto scientifico, per lo svolgimento del quale ringrazio sinceramente le ricercatrici e i ricercatori dell'Istituto per il *management* pubblico di Eurac Research, per noi è stato particolarmente importante il coinvolgimento delle operatrici e degli operatori che forniscono i servizi sociali e lavorano tutti i giorni con le persone e per le persone. Loro sanno davvero dove i nostri servizi sociali funzionano bene, ma anche dove ci sono margini di recupero e miglioramento. Oltre 7.500 collaboratrici e collaboratori dei servizi sociali e circa 10.000 volontarie e volontari fanno, di fatto, i nostri servizi sociali. Loro sono il nostro volto sociale e sanno di cosa hanno bisogno le persone in difficoltà (sociale).

Vorrei quindi ringraziare tutti coloro che hanno contribuito a questo processo, sia negli incontri *online*, sia con la partecipazione ai sondaggi o ai diversi gruppi di lavoro. Un ringraziamento particolare per il lavoro svolto va anche al personale della Ripartizione Politiche sociali e della Cooperativa Chiron Formazione e Ricerca.

Malgrado le tante e diverse sfide degli anni passati la rete sociale in Alto Adige ha dimostrato di essere molto resiliente. È importante mantenerla e proseguire su questa strada per poter affrontare al meglio anche le sfide attuali e future, come il cambiamento demografico. Insieme vogliamo migliorare dove ci sono punti deboli e dove rischiamo di non essere in grado di sostenere le persone. Perché anche qui da noi è aumentata la disuguaglianza sociale. Vogliamo contrastare attivamente questo sviluppo. E il Piano sociale provinciale ci aiuterà a farlo.



Waltraud Deeg
Assessora per la Famiglia, Anziani, Sociale, Edilizia abitativa

Impressum

Un ringraziamento va alle collaboratrici/collaboratori degli enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali e a tutti coloro che, con il loro prezioso contributo nell'ambito del processo di valutazione preliminare al Piano sociale provinciale 2030, hanno apportato miglioramenti alla qualità della presente pubblicazione. Un rilevante contributo alla preparazione del presente Piano è stato dato anche da tutte le direttrici/direttori e dalle collaboratrici/collaboratori degli uffici della Ripartizione Politiche sociali.

Responsabile di progetto
Michela Trentini — Ripartizione Politiche sociali

Autore
Karl Gudauner — Chiron Formazione & Ricerca, Bolzano

Studio di supporto scientifico
Istituto per il management pubblico — Eurac Research, Bolzano

Supporto redazionale
Michela Trentini, Sarah Godino e Ada Pirozzi — Ripartizione Politiche sociali

Petra Frei e Maria Teresa Cecarelli — Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale

Brigitte Waldner, Helga Mahlknecht, Christine Karadar e Nadja Schuster — Ufficio Anziani e distretti sociali

Verena Moser, Ute Gebert e Daniela Dalla Costa — Ufficio Persone con disabilità

Alexander D'Andrea, Fulvia Sottsass e Alberto Zendrini — Ufficio per la Valutazione della non autosufficienza

Traduzione tecnico scientifica in italiano
Sara Boscolo — Istituto per il management pubblico - Eurac Research, Bolzano

Immagini: ASP/Claudia Corrent
Imagine Copertina: master1305/stock.adobe.com

Grafica e stampa
Fotolito Varesco Alfred S.r.l. - Ora (BZ)

MISTO
Carta | A sostegno della gestione forestale responsabile
FSC® C121348
www.fsc.org

prodotto stampato
www.natureOffice.com/IT-719-MJABCR7
ecosostenibile
attraverso la compensazione di CO2

L'utilizzo dei dati è consentito senza limitazioni, purché venga citata la fonte:
Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Politiche sociali, Piano sociale provinciale 2030

Indice

1. Introduzione 13

1.1 Linee guida per la politica sociale 16

1.2 Strategia di ricerca e processo di elaborazione del Piano sociale provinciale 20

2. Presentazione del sistema sociale in Alto Adige 23

2.1 Quadro di riferimento normativo statale ed europeo 24

2.2 Il lungo percorso verso la nascita di un sistema di servizi sociali 25

2.3 Il sistema sociale integrato dopo la riforma del millennio 26

2.4 Concertazione tra i diversi livelli di *governance* 27

2.5 Programmazione e coinvolgimento del settore non profit 28

2.6 Transizione verso un sistema di *welfare* mix 30

2.7 La crisi economica e la crisi pandemica come cesure 31

2.8 La sfida della carenza di personale 32

2.9 Il sistema dei servizi sociali altoatesino 33

2.10 L'Alto Adige pioniere nel decentramento dei servizi sociali 35

2.11 Servizi sociali come compito di cooperazione 36

2.12 Competenze della Provincia 36

2.12.1 Ripartizione Politiche sociali 37

2.12.2 Piano sociale provinciale 37

2.12.3 Consulta per il sociale 37

2.12.4 Il sistema informativo provinciale SIPSA 38

2.13 Competenze della Regione 38

2.14 Competenze dei Comuni 39

2.15 Finanziamento 40

2.16 Il sistema dei servizi e delle strutture sociali 40

2.17 Comunità Comprensoriali come gestori dei servizi sociali 41

2.18 Servizi di distretto 42

2.19 Comitato di Distretto 43

2.20 Sportello unico per la cura e l'assistenza 43

3. Strategie e misure intersettoriali 45

3.1 Introduzione 46
3.2 Sviluppo della comunità 46
3.3 Attivazione del capitale sociale 47
3.4 Promuovere il dialogo e la comprensione 48
3.5 Partecipazione degli interessati e promozione di una vita indipendente 48
3.6 Riforma dei distretti sociali 49
3.7 Lotta alla povertà 51
3.8 *Task force* cooperazione Sociale e Sanità 51
3.9 Gestione delle risorse umane e fabbisogno di personale qualificato 52
3.10 Garanzia di qualità 53
3.11 Valorizzazione del ruolo del Terzo settore 54
3.12 Bisogno abitativo 54
3.13 Dati come base per la pianificazione 55
3.14 Finanziamento 55
3.15 Piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR 55

4. Anziane e anziani – accompagnamento, assistenza e cura 59

4.1 Introduzione 60
4.1.1 Fasi della rilevazione 60
4.1.2 Dati chiave sullo sviluppo demografico 61

4.2 Offerta attuale di servizi e previsione della domanda fino al 2030 63
4.2.1 Cura e assistenza nell'ambiente familiare 63
4.2.2 Evoluzione della spesa per l'assistenza e la cura degli anziani 65
4.2.3 Servizi di assistenza domiciliare 66
4.2.4 Servizi di assistenza domiciliare privata ("badanti") 67
4.2.5 Centri diurni per l'assistenza domiciliare, centri di assistenza diurna, pasti a domicilio, servizio mensa 69
4.2.6 Cura residenziale 70
4.2.7 Accompagnamento e assistenza abitativa 73
4.2.8 Fabbisogno di personale 74
4.2.9 Modello di finanziamento 74
4.2.10 Criteri di pianificazione e standard delle prestazioni nell'assistenza alle anziane e agli anziani 75

4.3 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 75
4.3.1 *Input* dal sondaggio *online* 76
4.3.2 Modello di finanziamento 77
4.3.3 Sistema tariffario 78
4.3.4 Mix di prestazioni 78
4.3.5 Cura in famiglia e mercato della cura 78
4.3.6 Valorizzazione della professione di assistenza e cura 79

4.3.7 Nuovi scenari della cura 79
4.3.8 Abitare senza barriere 80
4.3.9 Ruolo dei Comuni 80

4.4 Punti cardine per un concetto di assistenza sostenibile 81
4.4.1 La vecchiaia come fase attiva della vita con bisogni di assistenza 81
4.4.2 Prospettiva di pianificazione a 10-15 anni 81
4.4.3 Approccio e fattori di sviluppo rilevanti 81
4.4.4 Modello di successo dell'assistenza multilivello 82
4.4.5 Fattore chiave assistenza e cura da parte dei familiari 82
4.4.6 Altre prestazioni di assistenza e cura 83
4.4.7 Modello di assistenza per i diversi servizi 83

4.5 Caratteristiche e requisiti dei servizi 83
4.5.1 Sportello unico per l'assistenza e la cura 83
4.5.2 Servizi domiciliari per anziani 84
4.5.3 Assistenza semiresidenziale 84
4.5.4 Assistenza residenziale 84
4.5.5 Accompagnamento abitativo e assistenza abitativa 85
4.5.6 Revisione del sistema dell'assistenza economica 85
4.5.7 Finanziamento 85

4.6 Obiettivi strategici e misure 86
4.6.1 Promuovere una vita autonoma e autodeterminata degli anziani e il loro ruolo di co-creatori attivi della comunità 86
4.6.2 Ampliamento dei servizi di cura e assistenza domiciliare e semiresidenziale 88
4.6.3 Assistenza privata come pilastro del modello di *welfare* 89
4.6.4 Ulteriore sviluppo dell'offerta di servizi residenziali 90
4.6.5 Gestione delle risorse umane e attrattività delle professioni di assistenza e cura 91
4.6.6 Adeguamento del modello di finanziamento 92

4.7 Buone pratiche nell'Europa centrale 93

4.8 Panoramica delle strutture e dei servizi 95

5. Tutela dei minori 99

5.1 Introduzione 100
5.1.1 Assistenza socio-pedagogica di base - settore minori e famiglie 101
5.1.2 Sviluppi sociali e demografici 103
5.1.3 Impatti della pandemia da Covid-19 106

5.2 Offerta attuale di misure e servizi e previsione del fabbisogno fino al 2030 108
5.2.1 Aiuti domiciliari/servizi di prossimità 108
5.2.2 Assistenza socio-pedagogica pomeridiana 108
5.2.3 Sostegno familiare precoce 109
5.2.4 Strutture per minori 109
5.2.5 Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia 110
5.2.6 Affidamento familiare di minori 111
5.2.7 Adozione 111
5.2.8 Strumenti di previsione quali-quantitativi 112

5.3 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 113
5.3.1 *Input* dal sondaggio *online* 114
5.3.2 Discussione dei temi chiave nei *focus groups* 115

5.4 Obiettivi strategici e misure 120
5.4.1 Quadro normativo e organizzativo 122
5.4.2 Prevenzione 123
5.4.3 Adeguamento dell'offerta di servizi per specifici gruppi target 125
5.4.4 Gestione delle risorse umane e di lavoratori e lavoratrici qualificati 126

5.5 Buone pratiche 127

5.6 Panoramica delle strutture e dei servizi per la tutela dei minori 129

6. Persone con disabilità, malattie psichiche, dipendenze patologiche 133

6.1 Introduzione 134
6.1.1 Inclusione come concetto base del nuovo modello di finanziamento 134
6.1.2 Pieno riconoscimento dei diritti dei cittadini 134
6.1.3 Accelerazione del processo di deistituzionalizzazione 135
6.1.4 Collaborazione con i servizi sanitari competenti 135
6.1.5 Processo di *empowerment* e *recovery* 136
6.1.6 Promozione dell'Amministrazione di sostegno 137
6.1.7 Sensibilizzazione 137

6.2 Stato di attuazione e prospettive della Legge provinciale n. 7/2015 138
6.2.1 Sistema di accertamento della disabilità 139

6.3 Offerta attuale di servizi e previsione del fabbisogno fino al 2030 140
6.3.1 Abitare: situazione attuale ed evoluzione del fabbisogno di servizi e prestazioni abitative 140
6.3.2 Occupazione lavorativa e accompagnamento diurno: situazione attuale ed evoluzione del fabbisogno di servizi semiresidenziali e a bassa soglia di prestazioni domiciliari 143
6.3.3 Sostegno delle cooperative sociali e degli enti pubblici per l'inserimento lavorativo 146
6.3.4 Servizi per persone con disturbi dello spettro autistico 147
6.3.5 Attività per il tempo libero 148
6.3.6 Campagne di sensibilizzazione 148
6.3.7 Previsione di sviluppo del fabbisogno 149

6.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 153
6.4.1 Risultati del sondaggio *online* 153
6.4.2 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* 155

6.5 Obiettivi strategici e misure 161
6.5.1 Soluzioni abitative inclusive 161
6.5.2 Occupazione lavorativa, assistenza socio-pedagogica diurna e servizi a bassa soglia 163
6.5.3 Tempo libero e accessibilità 164

6.5.4 Promuovere la libertà di scelta, la partecipazione e la responsabilità personale 164
6.5.5 Promozione dell'integrazione socio-sanitaria 165
6.5.6 Risorse umane 166

6.6 Panoramica delle strutture e dei servizi 166

7. Inclusione sociale e donne in situazioni di difficoltà 171

7.1 Introduzione 172

7.2 Povertà 173
7.2.1 Lotta alla povertà: una sfida globale 173
7.2.2 Alto Adige pioniere nella lotta alla povertà 174
7.2.3 Inclusione sociale in Alto Adige 176
7.2.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 177
7.2.5 Obiettivi strategici e misure 178

7.3 Persone senza dimora 178
7.3.1 Introduzione 178
7.3.2 Persone senza dimora in Italia 179
7.3.3 Persone senza dimora in Alto Adige 180
7.3.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 182
7.3.5 Obiettivi strategici e misure 183

7.4 Sinti e Rom 184
7.4.1 Introduzione 184
7.4.2 Minoranza europea Sinti e Rom 185
7.4.3 Essere gruppi emarginati in Italia 186
7.4.4 Sinti e Rom in Alto Adige 187
7.4.5 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 188
7.4.6 Obiettivi strategici e misure 190

7.5 Persone rifugiate 192
7.5.1 Introduzione 192
7.5.2 Flussi e movimenti migratori in Europa 192
7.5.3 Diritto di migrazione e asilo: un compito comune dei paesi membri dell'UE 193
7.5.4 Politiche di immigrazione e integrazione in Italia 194
7.5.5 Accoglienza dei rifugiati e delle rifugiate in Alto Adige 197
7.5.6 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 198
7.5.7 Obiettivi strategici e misure 200

7.6 Donne in situazioni di difficoltà 201
7.6.1 Introduzione 201
7.6.2 Tratta di esseri umani e sfruttamento 201
7.6.3 Violenza sulle donne 202
7.6.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 205
7.6.5 Obiettivi strategici e misure 205

7.7 Panoramica delle strutture e dei servizi 206

8. Il ruolo del Terzo settore 209

8.1 Introduzione 210
8.1.1 La sfida della co-programmazione e co-progettazione degli interventi sociali 211

8.2 La funzione di supporto delle organizzazioni non profit 213
8.2.1 Il contributo dei volontari e delle volontarie 216
8.2.2 Accreditamento 217
8.2.3 Apertura del mercato 218
8.2.4 Iniziative di auto mutuo aiuto 218
8.2.5 Partecipazione dei cittadini e delle cittadine e delle persone interessate 219

8.3 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti 220
8.3.1 Risultati del sondaggio *online* 220
8.3.2 Aspettative crescenti nel settore sociale 221
8.3.3 Cooperazione paritaria (partenariato) 221
8.3.4 Potenziale di miglioramento 222

8.4 Risultati dei *workshops* 224
8.4.1 Vantaggi dell'impegno privato nel settore sociale 225
8.4.2 Il futuro del volontariato, del lavoro di comunità e dei gruppi di auto mutuo aiuto 225
8.4.3 Ruolo centrale dell'ente pubblico 226
8.4.4 Responsabilità personale, libertà di scelta e partecipazione 226
8.4.5 *Governance* del sociale: cooperazione e sviluppo del Terzo settore 227

8.5 Obiettivi strategici e misure 228

Introduzione

1

Il nuovo Piano sociale provinciale cade in un momento di grandi sconvolgimenti nel mondo economico e del lavoro. Dopo la crisi finanziaria del 2008 e le turbolenze economiche che ne sono seguite, le politiche sociali pubbliche si sono dimostrate un meccanismo di stabilizzazione sociale essenziale anche durante la pandemia da Covid-19. Di particolare importanza è il fatto che nella difficile congiuntura che stiamo attraversando le politiche di *welfare* hanno assunto un carattere di universalità: individui, famiglie, imprese e lavoratori e lavoratrici sono stati sostenuti nel far fronte a difficoltà e perdita di reddito. Nella società è cresciuta la consapevolezza che la famiglia e le comunità locali sono dimensioni fondamentali per il benessere sociale e lo sviluppo comunitario nel suo complesso. La promozione della comunità deve quindi essere riconosciuta come compito di *welfare* di rilevanza centrale. In considerazione del divario crescente tra chi acquista e chi perde benessere il sostegno alle persone svantaggiate e la lotta alla povertà rientrano fra le priorità di intervento in tutta Europa.

La nostra società deve affrontare un'ulteriore sfida a tutti i livelli: il riscaldamento globale e i suoi effetti stanno mettendo in pericolo l'integrità degli spazi vitali a livello globale. Il nostro stile di vita e i sistemi di produzione e di servizi che lo riproducono ne sono i principali responsabili. I modelli di organizzazione economica e sociale di una società accelerata e globalizzata devono urgentemente essere ripensati in funzione della capacità di rigenerazione e della finitezza delle risorse planetarie. Il processo di transizione aggraverà le disparità esistenti e creerà nuovi squilibri nei prossimi decenni. Evitarli, per quanto possibile, e mitigarli metterà a dura prova la legittimità e la resilienza delle politiche di *welfare*. Il cambiamento dei sistemi produttivi e dei servizi richiede un alto grado di adattabilità da parte delle persone, che deve essere migliorato. Le persone, però, hanno anche diritto a una retribuzione adeguata, alla protezione dalla disoccupazione e dalla malattia, a condizioni di vita dignitose per sé e le loro famiglie e a un'adeguata sicurezza nella vecchiaia. Le direttrici di sviluppo futuro richiedono una definizione a livello locale focalizzata su specifiche tematiche che esulano dal perimetro di intervento delle norme statali ed europee.

L'obiettivo delle politiche sociali è fornire ai cittadini le migliori condizioni possibili per uno sviluppo personale fruttuoso e l'autorealizzazione all'interno della comunità. In conformità con la ripartizione delle competenze all'interno dell'UE, lo Stato ha il compito primario di indirizzare le strategie e gli interventi di *welfare*. Le basi per un sistema di *welfare* integrato sono state create in Italia con la Legge quadro n. 328/2000. Il D.lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore) ha regolamentato in modo uniforme il Terzo settore, partner di cooperazione del soggetto pubblico indispensabile per quanto riguarda la presa in carico di svariati compiti e servizi, soprattutto a livello locale. La Rete per la protezione sociale e l'inclusione istituita dal D.lgs. n. 147/2017 e specifici piani, il Piano sociale nazionale, il Piano per la lotta alla povertà e il Piano per la non autosufficienza hanno esteso la strumentazione programmatica delle politiche di *welfare* nello spirito della Legge quadro.

Il "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali" approvato dal governo nell'agosto 2021 rappresenta un altro importante passo verso la radicazione e la stabilizzazione del sistema di *welfare* italiano. In particolare, si sta portando avanti la concretizzazione e l'applicabilità su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale (Leps). Le prestazioni di base universali introdotte negli ultimi cinque anni per garantire il sostentamento delle persone e delle imprese in situazioni di bisogno sono importanti tasselli a tal fine. Infine, con la Legge di bilancio dello Stato 2021 sono state stanziate risorse adeguate all'attuazione delle misure sociali.

Nell'ambito del sistema di *governance* territoriale multilivello sono state attribuite specifiche competenze agli enti locali, alle Regioni, alle Province autonome e ai Comuni. Grazie all'autonomia speciale, la Regione Trentino-Alto Adige e le due Province autonome di Trento e Bolzano dispongono di un ulteriore quadro di *governance* di rango costituzionale. La competenza primaria

dell'Alto Adige nel settore sociale è stata esercitata con avvedutezza per gettare le basi di un sistema sociale orientato al futuro e ai cittadini. La Legge provinciale n. 13/1991 ha definito i fondamenti per la creazione di una rete sociale basata sul decentramento delle competenze ai Comuni e alle Comunità Comprensoriali e sulla cooperazione fra pubblico e privato non profit. Su questa base, il sistema sociale locale è stato costruito ed ampliato nel tempo in modo continuo, sia in termini di strutture che di servizi. Il Piano sociale provinciale è lo strumento programmatico che definisce l'orientamento e le priorità della politica sociale su un orizzonte temporale di medio periodo.

Nel nuovo millennio la Giunta provinciale ha compiuto passi importanti verso l'ulteriore sviluppo della rete sociale in Alto Adige attraverso l'introduzione di un modello di assistenza alla non autosufficienza, la definizione di standard di prestazione dei servizi sociali, piani specifici per gli anziani e per le persone con disabilità e malattie psichiche, l'accreditamento dei servizi sociali e l'ampliamento degli aiuti alle famiglie. Anche i Comuni e le Comunità Comprensoriali nel ruolo di fornitori di servizi sociali hanno garantito sostegni in base ai bisogni nelle sfere di loro competenza. Le organizzazioni private non profit e il contributo dei volontari hanno svolto e continuano a svolgere un ruolo importante nel garantire la continuità dell'assistenza.

I fattori esterni influenzano sempre più la profilazione del benessere regionale. Il nostro sistema sociale è influenzato dalle decisioni politiche prese a Bruxelles, dalle leggi statali e dalle prescrizioni delle autorità centrali. I meccanismi del mercato globale e le decisioni di investimento dei mercati finanziari e delle grandi imprese multinazionali hanno un impatto sulle opportunità di prosperità regionale. Le ondate migratorie mondiali hanno messo la nostra società di fronte alle conseguenze di uno sfruttamento spietato e alle conseguenze delle guerre in corso. Più di recente, la pandemia da Covid-19 ha reso necessario un blocco del sistema economico e una conseguente disoccupazione dilagante senza precedenti. Imprese, lavoratori e lavoratrici e persone socialmente svantaggiate hanno invocato l'aiuto del governo, con successo. Come durante la crisi finanziaria del 2008 gli Stati sono intervenuti e, sotto la spada di Damocle di un perdurante debito pubblico, hanno salvato le aziende dal collasso e fornito alle persone disoccupate e indigenti aiuti ponte per coprire le spese essenziali.

Le riforme della politica del mercato del lavoro degli anni Novanta e dell'inizio del nuovo millennio hanno messo a rischio la protezione sociale soprattutto delle fasce sociali più deboli. Questo trova riscontro nella legalizzazione dei contratti di lavoro precari e nella conseguente riduzione degli standard di tutela sociale. Anche lo smantellamento del sistema pensionistico nazionale di quel periodo è andato a scapito soprattutto dei lavoratori e delle lavoratrici a basso salario e delle categorie con una biografia occupazionale frammentata.

A fare le spese di una politica che non sopperisce alle lacune del sistema sociale sono sempre le stesse categorie della società: donne, bambini e bambine, famiglie con bassa propensione al lavoro, genitori single, persone disoccupate, giovani privi di accesso al mercato del lavoro, persone con disabilità, persone con handicap fisici e psichici, anziane ed anziani, gruppi socialmente emarginati, persone con *background* migratorio. La povertà è in larga parte un fenomeno non transitorio ma bensì strutturale, determinato da condizioni di contesto sociali, politiche ed economiche che generano disparità. Le politiche sociali non possono esaurirsi nella sola copertura dei bisogni di base. Al sistema sociale sono richieste le condizioni per il radicamento e la stabilizzazione di una rete di solidarietà sociale che rende possibile una vita dignitosa. Le pari opportunità di sviluppo individuale e partecipazione alla società e l'equa distribuzione della ricchezza prodotta sono obiettivi fondamentali. Il benessere sociale è un bene a cui tendere che deve essere perseguito dall'intera comunità. Il Piano sociale provinciale è un piano specifico che si interfaccia con altri strumenti di pianificazione provinciale, in particolare nel campo della sanità, della prevenzione, della famiglia, dell'istruzione, dell'edilizia abitativa e del lavoro. Il Piano sociale provin-

ciale indica gli strumenti necessari per l'ampliamento e il consolidamento, nei prossimi anni, di un sistema di protezione sociale efficiente e capillare in Alto Adige. La sua attuazione richiede la collaborazione di tutti gli attori e le attrici sociali e garanzia di finanziamento.

1.1 Linee guida per la politica sociale

Le linee guida per la politica sociale sono il risultato di un processo di discussione sui fondamenti etici della visione di società e sugli obiettivi operativi per il periodo di pianificazione previsto. Nel Piano sociale provinciale 2007-2009 viene dato ampio spazio alle linee guida per il lavoro sociale. Altrettanto esaustiva e argomentata è la trattazione dei principi che possono essere desunti da valori sociali improntati al senso di responsabilità. Tali principi restano tuttora validi come indicazioni per indirizzare la pianificazione e la gestione dei programmi e degli interventi sociali. Le sfide attuali e future richiedono però degli adeguamenti, rendendo necessaria la rimodulazione o l'introduzione di nuove forme di aiuto e l'estensione degli strumenti di partecipazione ad ulteriori gruppi target. Le linee guida mostrano come declinare i concetti di solidarietà in strategie di sviluppo sociale. Le politiche sociali assumono una rilevanza sistemica. Di qui la necessità di perseguire la loro integrazione con le altre politiche e di garantirne il contributo attivo.
Grazie alla potestà legislativa primaria della Provincia di Bolzano in materia sociale sono state create strutture e servizi di prossimità al cittadino per le diverse situazioni di bisogno delle persone, delle famiglie e delle comunità. La Legge n. 13/1991 definisce la cornice di riferimento per la realizzazione di un sistema sociale orientato al cittadino, che sostiene le persone nell'affrontare attivamente le situazioni di crisi e nel decidere autonomamente della propria vita. Definisce un'ampia gamma di strutture, servizi e aiuti rivolti alle persone e alle famiglie che hanno bisogno di consulenza, orientamento o sostegno. La Legge di riforma individua nella cooperazione pubblico privato e nel coinvolgimento della comunità locale due cardini fondamentali della rete sociale.
In seguito, questo approccio strategico è stato sviluppato e applicato a specifici interventi settoriali. Nelle scelte di fondo è accomunabile agli obiettivi della Legge quadro n. 328/2000 e del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali del 2021. Quest'ultimo, in particolare, sottolinea la necessità di superare le logiche settoriali di programmazione e intervento sociale finora prevalenti puntando sul rafforzamento del sistema dei servizi sociali come agente di coesione sociale e rafforzamento della rete di relazioni fra persone, istituzioni e contesto sociale. Lo sviluppo della comunità è la chiave per affrontare le sfide future. I soggetti pubblici e del privato sociale devono concorrere alla creazione di una solida rete di protezione sociale mettendo a sistema i singoli interventi. L'attenzione è rivolta ai bisogni della persona e al suo diritto a una vita libera e dignitosa. L'efficacia delle misure di *welfare* deve essere garantita attraverso una stretta interdipendenza con il sistema sanitario, dell'istruzione e del lavoro. Gli aspetti qui richiamati mostrano una convergenza di fondo sulle scelte strategiche di *welfare* a livello locale e nazionale. A livello locale è importante definire le linee guida per l'attuazione degli obiettivi strategici in conformità con il quadro normativo provinciale e in accordo con il contesto socio-economico locale. Le linee guida sono descritte qui di seguito:

La comunità garante di benessere e di opportunità di sviluppo

Nel quotidiano la comunità è il luogo in cui si dispiegano i nostri progetti di vita. Le persone, le famiglie e i gruppi sociali contribuiscono, nel ruolo di co-creatrici e co-creatori, a plasmare la comunità. La loro attivazione sinergica per il bene comune, spesso anche chiamata capitale sociale, è a fondamento del benessere e del buon funzionamento dell'organizzazione della vita

quotidiana. Le istituzioni provvedono al quadro organizzativo e definiscono il sistema degli interventi e dei servizi sociali per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: benessere individuale, condizioni di prosperità per le famiglie, opportunità di istruzione e sviluppo personale, integrità dei diritti civili, inserimento nel mondo del lavoro, reddito adeguato, partecipazione alla vita della società, partecipazione alla prosperità, sicurezza sociale, assistenza sanitaria, sostegno in situazioni di bisogno. L'interazione attiva tra autonomia di vita e servizi di *welfare* da parte del pubblico e del privato sociale dà alla comunità la forza di affrontare le sfide che si presentano.

Sviluppo della comunità e solidarietà

La comunità è un bene prezioso. Il termine sta per unione e coesione. La comunità è sostenuta dalla volontà delle cittadine e dei cittadini di partecipare attivamente alla sua costruzione e da un'azione responsabile delle istituzioni per il bene pubblico. La formazione della comunità è un processo che va stimolato, promosso e accompagnato nell'alveo della società. Il soggetto pubblico può assumere il ruolo di catalizzatore sociale. In un'epoca di diffusa individualizzazione è importante elaborare valori e obiettivi comuni per rendere efficace l'attività dei vari attori e attrici sociali ancorandola a meccanismi di cooperazione. Lo sviluppo della comunità è quindi un importante obiettivo etico e pratico di promozione del bene pubblico. Nelle aree di maggiore tensione sociale è uno strumento per creare opportunità di partecipazione attraverso un approccio globale al mondo della vita. La comunità garantisce opportunità di sviluppo per persone con *background* culturali diversi e promuove il rispetto e la tolleranza nell'interazione quotidiana. L'orientamento al bene comune promuove le opportunità di vita nelle loro diverse forme e il senso di responsabilità civica rafforzando i legami reciproci. La solidarietà non solo viene promossa come orientamento etico, ma viene anche attuata come pratica di azione. Bisogna garantire che lo sviluppo della comunità abbia un ancoraggio strutturale e che siano disponibili professionisti e professioniste adeguatamente formati a questo scopo.

Responsabilità individuale

È responsabilità di ognuno attivarsi per il proprio sviluppo e benessere, in una logica partecipativa e responsabilizzante. Le politiche sociali hanno il compito di sostenere le persone nel condurre una vita autonoma e contribuire, ciascuno in base alle proprie capacità, allo sviluppo della comunità. Nelle situazioni di limitazione dell'autonomia e della possibilità di partecipazione sociale le istituzioni e i servizi sociali offrono un'assistenza mirata con l'obiettivo di ripristinare l'autonomia o ridurre gli svantaggi, contribuendo ad una vita dignitosa nell'ambiente sociale in base alla situazione di bisogno individuale. La società promuove il volontariato e l'attivismo della società civile nelle sue diverse forme come espressioni di protagonismo sociale. Il potenziale degli investimenti nella comunità e del loro effetto moltiplicatore sulla società deve ricevere più attenzione. L'interazione tra i singoli beneficiari dei servizi sociali e il sistema sociale deve tessere maggiormente orientata a processi di inclusione sostenibili. I rispettivi accordi fra questi attori e attrici devono essere intesi a far sì che l'attivazione delle risorse e la scelta delle misure di sostegno siano il più possibile confacenti alle possibilità di sviluppo individuali e al contesto sociale.

Famiglia e reti sociali

La famiglia come primo e più piccolo nucleo di responsabilità solidale offre un ambiente protetto per lo sviluppo individuale e svolge una funzione sociale di valore inestimabile come comunità solidale transgenerazionale. Rafforzarla e sostenerla nelle sue molteplici forme è un compito della comunità di importanza centrale e, pertanto, deve ricevere attenzione in tutte le aree di *policy*. La creazione di una famiglia, l'educazione dei figli, la conciliazione tra lavoro e famiglia, il sostegno nelle situazioni di crisi e bisogno, la garanzia di un reddito consono e di un'adeguata

sicurezza per la vecchiaia richiedono interventi multipli e globali. Le politiche di *welfare* contribuiscono a garantire il soddisfacimento di questi requisiti. Anche nelle comunità non basate su legami familiari è possibile costruire relazioni basate sulla solidarietà e il sostegno reciproco. A fronte di un individualismo dilagante cresce l'importanza delle reti di prossimità informali. La promozione e realizzazione di luoghi e strutture di aggregazione sociale contribuisce allo sviluppo di ambienti di partecipazione sociale.

Prevenzione

Fornire aiuti tempestivi ed efficaci in situazioni di bisogno è un importante compito delle politiche di *welfare*. Le mutevoli condizioni di vita delle persone e gli sviluppi sociali fanno sì che all'improvviso possano insorgere situazioni problematiche che richiedono l'intervento pubblico. Nel quadro di una pianificazione proattiva è tuttavia richiesto il monitoraggio costante delle situazioni di vita delle persone, dei loro contesti di vita sociale e delle condizioni strutturali in modo tale da poter arginare sul nascere eventuali cambiamenti critici. L'obiettivo centrale di una politica sociale preventiva è promuovere in modo mirato i capisaldi dell'organizzazione sociale che garantiscono benessere individuale, condizioni di prosperità per la comunità e inclusione sociale. Questo richiede un monitoraggio trasversale delle tendenze di sviluppo della società nei diversi campi di *policy*, dal sistema di istruzione al mercato del lavoro, all'ambiente fino ai comportamenti di consumo e alle attività preferite nel tempo libero. Tutte attrici e gli attori sociali del bacino di utenza devono essere coinvolti nel processo di identificazione dei bisogni, pianificazione e attuazione delle misure di prevenzione.[1] Finora i distretti socio-sanitari hanno svolto una funzione prevalente di centri di informazione e orientamento sui servizi sociali. Oggi stanno vivendo un'importante fase di transizione verso un nuovo modello di *welfare*, che riconosce loro un ruolo di primo piano nella pianificazione degli obiettivi di sviluppo del benessere delle persone, delle famiglie e della comunità.

Il distretto socio-sanitario piattaforma per il benessere della società

In genere gli aiuti finanziari e le offerte di consulenza rispondono a situazioni di disagio sociale individuali. Questo approccio va ripensato alla luce delle sfide poste dal cambiamento della composizione delle famiglie e dalla differenziazione sociale e culturale della struttura della popolazione. Queste tendenze di sviluppo richiedono una maggiore attenzione alle persone e ai gruppi sociali più vulnerabili. La collaborazione fra istituzioni, esperti e *stakeholders* sociali porta ad una visione più ampia dei cambiamenti sociali, delle condizioni quadro strutturali, del contesto sociale e dei mutevoli bisogni delle persone nelle diverse fasi della vita. L'efficacia degli interventi richiede un approccio dal basso, idoneo a ricomporre capacità e risorse della società civile e delle istituzioni pubbliche indirizzandole verso le priorità di intervento. L'esercizio della funzione di indirizzo comprende il superamento dell'organizzazione a silos, l'abilitazione di nuove forme di servizio (*sharing economy*) e l'innesco di forme innovative di cooperazione e utilizzo delle strutture esistenti (per es. strutture di supporto alla comunità, scuola aperta). Ai distretti socio-sanitari spetta il compito di accompagnare e coordinare lo sviluppo di una nuova cultura comunitaria. A tal fine sono necessarie risorse finanziarie e umane adeguate.

[1] Il termine prevenzione comprende diversi concetti di cui bisogna tener conto nel quadro della programmazione del *welfare* preventivo. Nello specifico, si fa riferimento al modello di Robert S. Gordon (1983) che distingue tra prevenzione universale, selettiva e indiziata, a seconda del gruppo target. (Gordon, Robert S. (1983): *An operational classification of disease prevention. In: Public Health Reports,* 98, pp.107-109.

Community *Welfare*

Le politiche sociali locali si basano sul contributo attivo di enti pubblici, privati e non profit. La pianificazione e l'attuazione coordinata degli interventi sociali consente alla comunità di sfruttare al meglio il potenziale di solidarietà sociale esistente. A tal fine occorre tener conto dei seguenti aspetti. (1) Devono essere coinvolti nell'identificazione dei bisogni, nella pianificazione e nell'attuazione degli interventi sociali il servizio sanitario, l'amministrazione del mercato del lavoro e le istituzioni del sistema di istruzione e formazione, nonché altre autorità. Inoltre, deve essere garantita la partecipazione degli attori e attrici sociali che operano in un dato bacino di utenza, e in particolar modo delle organizzazioni non profit e delle associazioni di volontariato. (2) Gli impatti degli interventi sociali e il loro contributo concreto allo sviluppo della comunità devono essere anteposti rispetto alle prestazioni di assistenza a breve termine. (3) La consulenza e il sostegno professionali sono importanti strumenti per il rafforzamento della resilienza individuale, ossia la capacità di attivare le proprie risorse per gestire le situazioni di crisi: fiducia, slancio, determinazione, ricorso all'assistenza, sostegno da parte di familiari e amici. L'informazione a bassa soglia garantisce la diffusione della conoscenza delle offerte di supporto esistenti. (4) L'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e delle piattaforme digitali offre nuove opportunità per promuovere l'interazione tra autorità, fornitori e utenti dei servizi e per sostenere l'*empowerment* degli individui e dei gruppi sociali.

Continuità dell'assistenza

Garantire la continuità dell'assistenza viene considerato un compito della comunità. In considerazione del cambiamento demografico l'invecchiamento della popolazione e la riduzione del potenziale dell'assistenza sia professionale sia informale, occorre un pacchetto di misure per lo sviluppo ulteriore dei seguenti aspetti: rafforzamento e sviluppo della collaborazione fra servizi sociali e servizio sanitario provinciale con l'obiettivo di utilizzare le sinergie ed evitare la duplicazione dei servizi, sostegno ai *caregiver* familiari come principale pilastro del sistema di assistenza, estensione dei servizi domiciliari e semiresidenziali, specializzazione delle strutture residenziali, attivazione del sostegno di vicinato nelle sue diverse forme.

Vicinanza al cittadino

La riforma del 1991 ha decentrato i servizi sociali in una logica di prossimità al cittadino, cercando di avvicinare il più possibile strutture e servizi al luogo di abitazione. L'orientamento alla facile usabilità richiede continui miglioramenti in base alle situazioni di bisogno e alle caratteristiche dei gruppi target. Informazioni complete, sportelli a bassa soglia e consulenze qualificate sono alcuni fondamentali requisiti. Il perseguimento delle pari opportunità rende necessario lo sviluppo di pacchetti di interventi graduati e orientati ai gruppi target. La semplificazione delle procedure amministrative e in particolar modo la riduzione della raccolta di dati non necessari per i servizi alla persona deve essere resa effettiva. L'uniforme applicazione delle linee guida e dei criteri di accesso ai servizi deve essere garantita su tutto il territorio provinciale. L'accesso ai servizi deve essere reso più flessibile grazie all'utilizzo di piattaforme digitali e al coinvolgimento dei patronati e anche le procedure devono essere predisposte in modo che i fruitori e le fruitrici non siano esposti socialmente.

Il coinvolgimento delle attrici e degli attori sociali nei processi di rilevazione dei bisogni e pianificazione dei programmi e degli interventi sociali deve essere potenziato e reso sistematico attraverso forme di partecipazione appropriate. Questo riguarda anche la popolazione e i diretti interessati. La trasparenza e un'informazione corretta contribuiscono a mitigare il tasso di conflittualità nell'ambito della distribuzione delle risorse. Le politiche sociali richiedono un lavoro di comunicazione pubblica qualificato, atto a sensibilizzare la popolazione sulle situazioni di bisogno e a dar conto del rapporto costi benefici degli interventi.

Riconoscimento sociale delle professioni sociali

L'accesso alle professioni sociali può essere facilitato da una flessibilizzazione dei percorsi formativi e dall'ampliamento dell'offerta di formazione e aggiornamento. La rilevanza pratica della formazione assume maggiore importanza. Per garantire un elevato livello di qualità sono necessari investimenti mirati nell'istruzione e nella formazione del personale. L'attrattività delle professioni sociali e le condizioni di lavoro devono essere migliorate, per evitare strozzature nella copertura dei servizi. Il riconoscimento sociale del valore delle professioni sociali si rispecchia in scelte di retribuzione adeguate. Il lavoro di squadra interdisciplinare e la cooperazione fra istituzioni pubbliche e con il privato sociale devono essere promossi in modo specifico.

Garanzia di qualità

La coerenza con i valori e i principi etici della società e l'aderenza a sistemi di pianificazione e gestione scientifici sono fondamentali fattori di qualità delle politiche sociali. La definizione di standard di qualità dei servizi e il loro monitoraggio costante garantiscono il raggiungimento di elevati livelli di qualità. Per questo è necessario instaurare un ciclo di pianificazione basato sul coinvolgimento diretto di tutte le attrici e gli attori sociali nelle diverse fasi del processo, dalla rilevazione dei bisogni, alla formulazione delle strategie, alla loro implementazione e valutazione. Inoltre, è necessaria un'apertura all'innovazione per poter adattare il ruolo dei fornitori pubblici e privati all'evoluzione dei bisogni e trovare nuove forme di interazione con i gruppi target. Le condizioni quadro devono essere tali da garantire una variegata gamma di servizi e soluzioni.

Garantire la sicurezza sociale e la sostenibilità economica

La politica sociale si regge su due pilastri fondamentali: garantire sicurezza sociale alle persone in condizioni di bisogno e fragilità e consentire la partecipazione sociale ai gruppi socialmente svantaggiati attraverso sostegni mirati. Le prestazioni sociali rappresentano un importante fattore di coesione della nostra società. La crisi economica scoppiata nel 2008 e, più di recente, le turbolenze causate dalla pandemia da Covid-19 hanno evidenziato l'importanza economica dello Stato sociale. In particolare, è apparsa chiara la necessità di garantire universalità nell'accesso ai servizi sociali, senza lasciar indietro nessuno. Nella cornice di *welfare state* la garanzia di una protezione completa assume una rilevanza politica centrale. La garanzia di un adeguato livello dei servizi deve essere commisurata con la finanziabilità nel lungo periodo attraverso il coinvolgimento di tutte le attrici e gli attori della società.

1.2 Strategia di ricerca e processo di elaborazione del Piano sociale provinciale

Le politiche sociali si basano su processi di pianificazione sociale integrata. Partendo dall'analisi della situazione attuale e dalla rilevazione dei fabbisogni si definiscono, secondo un processo circolare virtuoso anche detto ciclo di gestione, al quale partecipano esperte ed esperti e tutti gli *stakeholders* sociali rilevanti, gli interventi da attuare e si confrontano i risultati raggiunti con i risultati pianificati adottando le misure correttive necessarie. Con lo studio "Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030. Identificazione e analisi delle esigenze di sviluppo e supporto scientifico al piano sociale provinciale" l'Eurac Research ha svolto un importante lavoro preliminare per l'elaborazione del Piano sociale provinciale. Lo studio ha preso in considerazione i seguenti settori: anziani e cura, tutela dei minori, inclusione sociale

e donne in situazioni di difficoltà, persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze, Terzo settore. Il progetto di ricerca svolto dall'Istituto per il *management* pubblico di Eurac Research è così suddiviso:

1. Rilevazione dell'offerta sociale e previsione della domanda

La rilevazione dei servizi sociali e dell'offerta di aiuti sociali da parte dei suddetti settori si è basata sugli ultimi dati disponibili a inizio 2020, in fase di avvio del processo di elaborazione del piano. I dati in questione si riferiscono al 2018 e forniscono un'importante base informativa, non influenzata dalla crisi pandemica di Covid-19, per l'elaborazione degli scenari futuri. Le previsioni sul fabbisogno di servizi fino al 2030 si basano su dati ASTAT e sui dati provinciali (Sozinfo) relativi ai cambiamenti della struttura della popolazione determinati dagli sviluppi demografici. Ciascun capitolo dello studio è dedicato ad uno specifico gruppo target e si conclude con un quadro d'insieme dei dati aggiornato.

2. Buone pratiche

La descrizione di esperienze virtuose di *welfare* sociale nell'aera centroeuropea e la loro analisi in termini di utilità e fattibilità per l'Alto Adige contiene interessanti stimoli per l'orientamento strategico delle politiche sociali locali.

3. Sondaggio *online*

L'indagine *online* sui punti di forza e debolezza dell'attuale offerta di servizi e sulle prospettive di sviluppo dei servizi sociali ha coinvolto più di 1.000 esperte ed esperti della pratica provenienti da Amministrazioni Pubbliche, dal privato sociale e altre organizzazioni rilevanti e dal sistema di istruzione e della ricerca.

4. *Workshops* settoriali

Nell'ambito dii cinque *workshops* con le esperte e gli esperti sono stati approfonditi i risultati emersi dall'analisi del portfolio servizi, dalle previsioni di sviluppo del fabbisogno e dal sondaggio *online*. Hanno partecipato a questa fondamentale fase di raccolta e valutazione delle scelte di intervento da compiere nei singoli settori di *policy* oltre 350 persone provenienti dagli uffici competenti dell'Amministrazione provinciale, dalla rete di Eurac Research, nonché fornitori di servizi pubblici e privati, organizzazioni sociali e altre rappresentanze di interessi locali. Partendo dal confronto fra i dati e i resoconti esperienziali e grazie ad una discussione aperta e costruttiva fra tutte le partecipanti e tutti i partecipanti, sono stati raccolte numerose indicazioni per l'orientamento e la progettazione delle politiche sociali in Alto Adige.

5. Identificazione dei margini di azione politica

Per ogni settore, Eurac Research, insieme alla Ripartizione provinciale Politiche sociali, ha raccolto e confrontato in modo sistematico i risultati dei *workshops* con le priorità e gli obiettivi di sviluppo emersi dalle due fasi precedenti ed ha identificato le diverse alternative di scelta strategica. Queste sono documentate in sintesi nel rapporto di ricerca con alcune considerazioni sui margini di azione politica. Attraverso analisi supportate da dati sulle previsioni di sviluppo, scenari e modelli sulle future necessità di sviluppo del settore sociale e la loro declinazione in risorse pianificate e opzioni di intervento per l'Alto Adige, lo studio di Eurac Research offre una solida base per l'orientamento futuro del settore sociale in Alto Adige. Basandosi sul rapporto di ricerca di Eurac Research la società Chiron – Formazione e Ricerca ha elaborato una sintesi per ciascun settore di *policy* considerato. La struttura dei rapporti sui temi anziani e cura, tutela dei minori, inclusione sociale e donne in situazioni di difficoltà, persone con disabilità, malattie psichiche e

dipendenze, Terzo settore è stata definita in collaborazione con i responsabili del progetto, il direttore di dipartimento Luca Critelli e la direttrice di ripartizione Michela Trentini. La bozza del Piano sociale provinciale 2030 è stata elaborata nelle seguenti fasi:

6. Descrizione del quadro di riferimento normativo e del portfolio servizi per ciascun settore

Per ognuno dei settori di *policy* considerati sono state descritte, con la collaborazione dei rispettivi uffici provinciali, la cornice normativa e la vasta gamma di servizi e strutture.

7. Elaborazione delle strategie e delle misure

Le strategie e le misure di intervento settoriali sono descritte nei rispettivi capitoli. Una sezione a parte è dedicata agli aspetti trasversali. Questa parte si è basata su una proposta di Chiron – Formazione e Ricerca elaborata a partire dal rapporto di ricerca di Eurac Research e attraverso un proficuo scambio di idee con i responsabili del progetto e gli uffici competenti, che hanno fornito numerosi suggerimenti basati sull'esperienza sul campo e rispecchiati dalle discussioni nei *workshops*.

8. Partecipazione delle attrici e degli attori sociali

La bozza del Piano sociale provinciale 2030 è stata presentata a più riprese a diverse attrici e attori sociali: al gruppo direttivo interno il 25.08.2022, alla Consulta per il sociale il 01.09.2022, agli *stakeholders* sociali il 12.09.2022, ai referenti comunali per il sociale il 14.09.2022, al Consiglio dei comuni il 16.09.2022. Le parti sociali hanno avuto a disposizione un periodo di quattro settimane per presentare i loro commenti e suggerimenti.

9. Approvazione

Dopo aver esaminato i suggerimenti pervenuti e una discussione approfondita, la Giunta provinciale ha approvato il Piano sociale provinciale 2030 il 13.06.2023.

Presentazione del sistema sociale in Alto Adige

2

La descrizione del sistema dei servizi sociali inizia con un cenno allo sviluppo storico delle politiche sociali in Italia. I principi sociopolitici sanciti dalla Costituzione della Repubblica nel 1948 sono un punto di riferimento eloquente ed hanno plasmato i meccanismi di *welfare state* in Italia. In Alto Adige, la potestà legislativa primaria in materia attribuita dallo Statuto di autonomia del 1972 ha consentito di intraprendere un percorso di rimodellamento delle istituzioni e dei servizi sociali, dando un forte impulso alla riforma dei servizi sociali locali in un periodo caratterizzato dal boom economico e dalla presa di consapevolezza della responsabilità sociale. Il riordino dei servizi sociali del 1991 si basa su una visione moderna delle politiche sociali, improntata al decentramento e al coinvolgimento attivo di tutte le attrici e gli attori della comunità locale.
La seconda parte del capitolo è dedicata alla ripartizione delle competenze. Si descrivono le attrici e gli attori istituzionali responsabili delle strutture e dei servizi del sistema sociale con attenzione al distretto sociale quale sportello unico e centro di coordinamento dei servizi a livello territoriale. La cooperazione del settore pubblico con le organizzazioni private e in special modo con le organizzazioni non profit del Terzo settore, al quale è dedicato un apposito capitolo, assume un importante ruolo di sostegno alle persone e alle famiglie. Infine, il sistema informativo provinciale SIPSA garantisce le informazioni sovrasettoriali rilevanti a supporto del sistema di gestione e controllo e, pertanto, rappresenta un importante tassello dell'architettura complessiva della sicurezza sociale.
La descrizione delle prestazioni fornite dai distretti sociali mostra l'offerta di aiuti sociali in tutta la sua ampiezza. Nell'ultimo decennio sono state introdotte nuove forme di assistenza a livello locale. Fra queste, lo sportello unico per la cura e l'assistenza rappresenta un importante passo nella direzione del *welfare* di prossimità.

2.1 Quadro di riferimento normativo statale ed europeo

Il sistema sociale altoatesino si basa, in prima linea, sulle leggi quadro statali che affondano le loro radici nella Costituzione del 1948. Oltre ai principi dell'ordinamento democratico, la Costituzione sancisce i principi che danno forma allo sviluppo individuale, alla vita della comunità e alle relazioni giuridiche. In base alla Costituzione, lo Stato ha il compito di promuovere il pieno sviluppo degli esseri umani come individui e come parte dei sistemi di aggregazione sociale nel rispetto del principio di uguaglianza. Il lavoro assume un ruolo privilegiato per l'organizzazione sociale configurandosi quale strumento di dignità e riconoscimento sociale e punto di riferimento per il funzionamento dei sistemi di sicurezza sociale. Altri principi costituzionali rilevanti per l'organizzazione sociale sono il riconoscimento della libertà di iniziativa economica, purché venga esercitata in accordo con il principio di utilità sociale, e il riconoscimento dei diritti della famiglia come comunità solidale fondamentale per la società. Lo Stato ha il compito di rimuovere gli ostacoli di natura economica e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona e l'effettiva partecipazione di ciascuno all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Il lavoro è ritenuto un presupposto per avere diritto alla previdenza *e* all'assistenza sociale in caso di infortunio, malattia, invalidità

e vecchiaia, disoccupazione involontaria (Titolo III della Costituzione sulle relazioni economiche). Peraltro, il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale spetta solo alle persone inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere. Questo approccio corporativista è stato trasformato in un modello di *welfare state* universalistico solo con la riforma del 2000.
Nell'ambito delle competenze attribuite in via esclusiva e concorrente dallo Statuto speciale la Provincia di Bolzano è tenuta ad adeguare i propri ordinamenti alle norme fondamentali dello Stato comprese le disposizioni contenute nella Legge quadro del 2000. Per quanto riguarda il sistema sociale in Italia le principali riforme datano fra la fine degli anni Novanta e l'inizio del nuovo millennio.

2.2 Il lungo percorso verso la nascita di un sistema di servizi sociali

Un primo tentativo di disciplinare le circa 22.000 organizzazioni di beneficenza private (Opere pie) fu intrapreso con la Legge n. 6972 del 17.07.1890, detta Legge Crispi, che accelerò la trasformazione delle opere pie da istituzioni private in pubbliche, subordinandole al controllo dello Stato. Con questa Legge l'elezione dei Consigli di amministrazione venne demandata alla Giunta comunale, furono introdotti principi di contabilità uniformi e fu resa obbligatoria l'emanazione di un regio decreto per la costituzione di nuovi Istituti pubblici di Assistenza e Beneficenza.[2]
Appena 110 anni dopo, la Legge n. 328/2000 disciplinò la materia in modo organico offrendo una cornice per la riforma del *welfare*. Antesignana della Legge quadro nazionale fu la cosiddetta riforma Bassanini. In particolare, la Legge n. 59/1997 ha gettato le basi per il decentramento dei poteri dello Stato centrale attraverso la delega di funzioni e compiti alle Regioni e agli Enti locali. Il D.lgs. n. 112/1998 ha introdotto un concetto innovativo di prestazione sociale. In particolare, l'art. 128 definisce servizi sociali tutte le prestazioni, anche di natura economica, dirette a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà delle persone e traccia una netta linea di demarcazione fra queste e le prestazioni garantite dal sistema previdenziale, sanitario e giudiziario. In base all'art. 129 competono allo Stato la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale, dei criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale, degli standard dei servizi sociali essenziali, degli standard organizzativi dei soggetti pubblici e privati che operano nel settore sociale, dei requisiti per la determinazione dei profili professionali delle operatrici e degli operatori sociali. La Provincia autonoma di Bolzano ha diritto di intervento nell'ambito della Conferenza Stato Regioni per quanto riguarda la determinazione dei criteri per l'assegnazione degli stanziamenti del Fondo nazionale per le politiche sociali, i quali confluiscono direttamente nel bilancio provinciale. Allo Stato spettano inoltre gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi, il riconoscimento dello status di rifugiato e il coordinamento degli interventi in favore degli stranieri richiedenti asilo e dei rifugiati e di protezione umanitaria.
Il processo di integrazione europea ha contribuito, a partire dalla creazione di un mercato comune e dagli adeguamenti del mercato del lavoro resi a tal fine necessari, al rafforzamento dei sistemi di protezione sociale degli Stati membri. In considerazione delle differenze strutturali e politiche fra i diversi Stati la competenza normativa in materia di mercato del lavoro è rimasta in

[2] Si veda *online*: http://www.irsm.it/la-storia-dellassistenza

capo a loro, in base al principio di sussidiarietà. La carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori e lavoratrici, che è un documento di carattere non vincolante adottato nel 1989, stabilisce i principi generali su cui si basa il modello europeo di diritto del lavoro e fissa standard comunitari di protezione per i diversi aspetti della vita lavorativa. In linea con questo obiettivo, vengono stanziati regolarmente fondi FSE per promuovere la formazione e l'occupazione.
Il Libro verde sulla politica sociale della Commissione Europea del 1993[3] affronta le sfide poste dal costante cambiamento strutturale, dalle tendenze demografiche e dall'aumento della povertà e dell'esclusione e definisce obiettivi comuni per il perseguimento di politiche di integrazione efficaci. Fra questi il reddito minimo, il reinserimento nel mercato del lavoro, la prevenzione della povertà, gli incentivi all'occupazione, le pari opportunità, sistemi pensionistici più flessibili, l'assistenza sanitaria, la piena integrazione dei disabili e degli immigrati. L'istituzione, a livello comunitario, del metodo aperto di coordinamento (MAC) ha contribuito in modo significativo alla convergenza delle diverse politiche sociali nazionali su alcuni obiettivi comuni e ad assicurare un alto livello di protezione sociale. L'UE ha fissato requisiti minimi in materia di diritto del lavoro in diverse direttive, che i singoli Stati membri recepiscono nella legislazione nazionale. Tali norme includono requisiti minimi sui salari e sulle condizioni di lavoro, come l'orario massimo di lavoro, il lavoro part-time, i congedi, il diritto dei lavoratori e delle lavoratrici all'informazione e alla consultazione, la salute e la sicurezza sul lavoro e le politiche per la parità di genere. Attraverso le raccomandazioni, ad esempio sui sistemi pensionistici, l'UE fornisce parametri di riferimento che contengono importanti indicazioni per l'orientamento delle politiche sociali degli Stati membri. Le parti sociali sono coinvolte nell'elaborazione delle politiche sociali e occupazionali europee, nel dialogo sociale attraverso consultazioni e pareri. Con tale metodo sono stati definiti, tra l'altro, i principi comuni per le politiche di flessicurezza.

2.3 Il sistema sociale integrato dopo la riforma del millennio

A 110 anni dalla Legge Crispi, con la Legge quadro statale n. 328/2000 i servizi sociali in Italia hanno assunto la forma di un sistema integrato. Questo nuovo assetto poggia sull'interazione sistematica fra enti pubblici, organizzazioni non profit e fornitori privati ed è l'espressione di nuovi valori. I singoli individui e le famiglie, con i loro rispettivi bisogni, sono posti al centro del sistema di *welfare*, secondo un approccio universalistico. Lo Stato si impegna ad attuare misure idonee a garantire la qualità della vita, pari opportunità per tutti, non discriminazione e diritti di cittadinanza, con l'obiettivo di prevenire, eliminare o attenuare le condizioni di disabilità, bisogno e disagio individuale e familiare dovute a inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.
La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di servizi sociali spetta agli Enti locali e alle Regioni con un ruolo di coordinamento dello Stato, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali. Per promuovere la solidarietà sociale vengono valorizzate le iniziative delle persone, delle famiglie, nonché le forme di auto-aiuto e reciprocità e la solidarietà organizzata.

[3] Si veda *online*: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:51993DC0551&from=GA

2.4 Concertazione tra i diversi livelli di *governance*

La Legge di riforma n. 328/2000 ha conferito ai Comuni ampi poteri. Ai Comuni sono attribuite funzioni di programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, anche con il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati; funzioni di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture residenziali e semiresidenziali.[4] Ai Comuni spetta, poi, il finanziamento degli interventi e dei servizi sociali per le persone e la collettività, anche in forma di cooperazione intercomunale. Le spese sono a carico del bilancio comunale e possono essere parzialmente coperte dai contributi delle Regioni e del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Le Province concorrono, fra l'altro, alla valutazione dei bisogni; al coordinamento degli interventi territoriali; alla definizione e all'attuazione dei piani di zona; alla promozione di iniziative di formazione e aggiornamento professionale. Le Regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi promuovendo modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione per dare luogo a forme di cooperazione. Fra l'altro, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali a livello sovracomunale. Inoltre, possono sostenere forme di sviluppo di progetti congiunti (co-progettazione) per promuovere la partecipazione attiva delle organizzazioni non profit ai sensi del D.P.C.M. 30.03.2001 al fine di avviare progetti pilota innovativi per specifici problemi sociali.

Allo Stato spetta l'esercizio dei poteri di indirizzo e coordinamento e regolazione delle politiche sociali per quanto riguarda la determinazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'esercizio dei servizi e delle strutture residenziali e semiresidenziali; nonché dei requisiti e dei profili professionali delle professioni sociali.[5]

L'attribuzione agli enti locali di poteri di pianificazione, organizzazione e realizzazione degli interventi e servizi sociali, la mobilitazione delle persone interessate e delle loro famiglie e il coinvolgimento del capitale sociale locale contribuiscono a creare un *welfare* di prossimità. Questo consente di adottare misure adeguate alla persona, al contesto familiare e all'ambiente sociale facilitando non solo la rimozione delle acuzie, ma anche il superamento duraturo della situazione di svantaggio. Per raggiungere questo obiettivo è necessario individuare e utilizzare le risorse disponibili nell'ambiente di vita personale e familiare concreto e garantire l'efficacia degli interventi istituzionali. La politica sociale può essere quindi definita come un compito della comunità. Anche i sindacati e le associazioni sociali sono coinvolti nella definizione degli obiettivi di benessere e nel monitoraggio dei risultati. In base alle disposizioni regionali, hanno diritto di usufruire delle prestazioni del sistema integrato di interventi e servizi sociali le cittadine e i cittadini italiani e dei Paesi UE e le straniere e gli stranieri con permesso di soggiorno. Ai profughi e alle straniere e agli stranieri sono garantite le misure di prima assistenza.

[4] In Alto Adige, la competenza in materia di pianificazione è esercitata dall'amministrazione provinciale.
[5] In base allo Statuto di autonomia le Province autonome di Trento e Bolzano detengono competenza primaria nil settori dell'addestramento e formazione professionale e dell'assistenza e beneficenza pubblica.

2.5 Programmazione e coinvolgimento del settore non profit

La Legge quadro n. 328/2000 stabilisce che la programmazione degli interventi e servizi sociali sia svolta in modo coordinato ed integrato con le politiche e gli interventi sanitari, dell'istruzione, della formazione, dell'avviamento e reinserimento al lavoro. La concertazione e la cooperazione, attraverso patti, accordi o intese, tra i diversi livelli istituzionali e tra questi le diverse attrici e attori pubblici e privati è un requisito fondamentale ai fini della programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. I Comuni e le Regioni promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi e per consentire, in via sperimentale, su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche.
In accordo con il principio di sussidiarietà, le Amministrazioni Pubbliche dovrebbero promuovere azioni per il sostegno e la qualificazione delle organizzazioni del Terzo settore, anche attraverso la semplificazione amministrativa e forme di aggiudicazione degli appalti pubblici che consentano ai soggetti del Terzo settore di esprimere la loro progettualità e che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.
La disciplina organica del Terzo settore è contenuta nel decreto legislativo n. 117/2017, Codice del Terzo settore, che riforma e riordina tutte le disposizioni vigenti in materia. Il Codice riconosce il valore e la funzione sociale dell'associazionismo e del volontariato e ne promuove lo sviluppo, anche in collaborazione con le diverse istituzioni pubbliche, definendo in modo organico ed omogeneo il perimetro del Terzo settore e gli enti che ne fanno parte e classificando le attività di interesse generale che questi svolgono. Tra le diverse disposizioni il Codice obbliga gli enti del Terzo settore a redigere un bilancio sociale, anche ai fini della valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte, in aggiunta al bilancio di esercizio.
Il volontariato è l'attività svolta in modo spontaneo e gratuito, senza fini di lucro esclusivamente per fini di solidarietà. Gli enti del Terzo settore che si avvalgono di volontari devono assicurarli contro infortuni, malattie e la responsabilità civile verso terzi legata allo svolgimento dell'attività di volontariato. Le Amministrazioni Pubbliche promuovono la cultura del volontariato. Le competenze acquisite nello svolgimento di attività di volontariato possono essere riconosciute in ambito scolastico e lavorativo mediante decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. A livello nazionale viene istituito il Registro unico nazionale del Terzo settore. Nella Provincia Autonoma di Bolzano il decreto si applica compatibilmente con lo Statuto di autonomia e le relative norme di attuazione.
Il Codice del Terzo settore prevede, all'art. 55, la possibilità per tutte le Amministrazioni Pubbliche di attivare partenariati con le organizzazioni non profit diretti alla programmazione congiunta di interventi con finalità solidaristiche e di utilità sociale in svariati ambiti di *policy* (sociale, sanitario, educazione, istruzione e formazione).[6] La "co-programmazione e co-progettazione" nel settore sociale prevedono l'identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione e delle risorse disponibili. Inoltre, in base all'art. 56, le Amministrazioni Pubbliche possono stipulare con le organizzazioni di volontariato e le associa-

[6] L'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017 prevede il coinvolgimento attivo, da parte degli enti locali, degli enti del Terzo settore attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione. In questo modo la legge conferisce alla collaborazione fra Amministrazioni Pubbliche e Terzo settore una base stabile.

zioni di promozione sociale convenzioni per lo svolgimento di attività o servizi sociali di interesse generale, a condizione che queste siano più favorevoli rispetto al libero mercato.

Con il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, nell'agosto 2021 il governo italiano ha compiuto un altro importante passo.[7] I punti di riferimento sono, da un lato, la Legge quadro n. 328/2000 e, dall'altro, il D.lgs. n. 147/201. Quest'ultimo ha istituito, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali ed ha creato tre fondi sociali, il Fondo nazionale per le politiche sociali, il Fondo povertà e il Fondo per le non autosufficienze. A tali fondi sono collegati altrettanti piani, di spettanza della Rete. La Rete ha elaborato il Piano sociale nazionale, il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà e il Piano per la non autosufficienza. I primi due sono stati elaborati per il triennio 2018-2020, il terzo per il triennio 2019-2021 e vengono aggiornati periodicamente.

L'orientamento strategico del Piano nazionale mira a rafforzare il sistema dei servizi sociali come rete strutturata di prossimità alle persone e alle comunità locali. Il sistema dei servizi sociali ha fra i suoi compiti quello di promuovere la coesione sociale sostenendo la reti di relazioni e le iniziative collettive e attivando tutte le risorse e capacità disponibili. Inoltre, ha il compito di garantire un sistema affidabile di protezione sociale alle persone e alle famiglie in tutte le fasi della vita. Il sistema dei servizi sociali si rivolge a tutti e questo carattere universalistico si esplica a più livelli, offrendo risposte a bisogni disparati che possono insorgere in tutte le fasi della vita, dalla prima infanzia agli anni dell'istruzione, dagli anni di lavoro fino a vecchiaia. Le misure comprendono la promozione della partecipazione alla vita sociale, il sostegno in caso di svantaggio e l'assistenza in situazioni di bisogno e di perdita di autonomia. Il sistema dei servizi sociali è inserito in un contesto di stretta interdipendenza con le altre componenti del *welfare* e con le politiche sanitarie, dell'istruzione e del lavoro. Questo può incentivare l'iniziativa personale e l'imprenditorialità, generando progettualità ad alto valore aggiunto per tutta la società, in un contesto di *welfare* generativo.

L'offerta di servizi sociali affidabili richiede un sistema di livelli essenziali di servizio in un quadro di diritti esigibili per tutti. La Legge quadro nazionale n. 328/2000 individua una serie di ambiti di intervento che riconosce come livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale (Leps): contrasto della povertà, sostegno all'autonomia nella vita quotidiana, sostegno per i minori in situazioni di disagio e per il sostegno delle responsabilità familiari, sostegno alle donne in difficoltà, interventi per l'integrazione delle persone disabili, interventi per le persone anziane e disabili. Questi aiuti sociali devono essere garantiti anche a livello decentrato. Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali concretizza in particolare gli standard di prestazione da attuare nell'ambito del piano sociale nazionale e dei piani specifici di contrasto alla povertà e per la non autosufficienza.

Le scelte di politica sociale devono partire dalla persona e dai suoi bisogni, portando al centro dell'attenzione il diritto di ognuno ad una vita dignitosa, tenendo conto anche del contesto familiare e delle condizioni sociali. Da un sistema basato sui trasferimenti monetari è necessario passare ad un sistema basato sul radicamento e la standardizzazione dei servizi a livello territoriale.

Negli ultimi anni una rinnovata sensibilità ha portato alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, specie nel campo della lotta alla povertà. Con l'introduzione di specifiche misure nazionali di lotta alla povertà, chiamate negli anni prima Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) e poi

[7] Si veda *online*: https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf

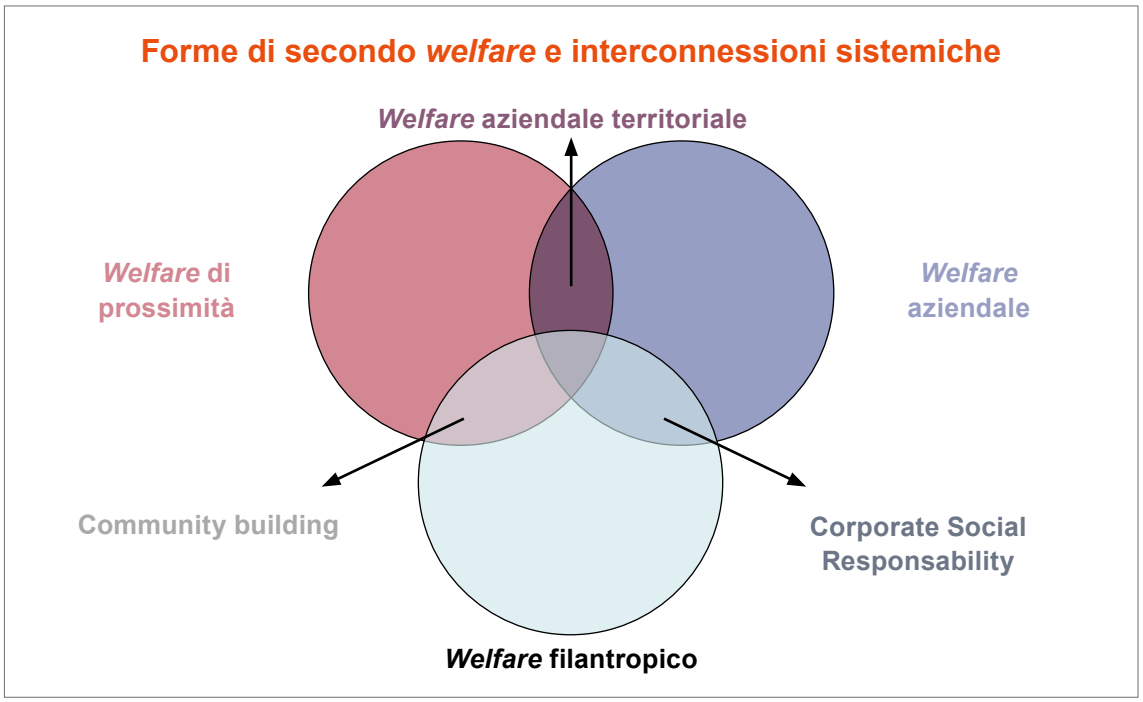
Reddito di Inclusione (REI) e Reddito di Cittadinanza (RDC), sono state definite le basi per il riconoscimento del diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi pubblici.
Allo Stato spetta anche la regolamentazione dell'immigrazione. In attuazione del D.lgs. n. 142/2015, anche in Alto Adige sono stati creati centri di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo, chiamati Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS). Con protocollo d'intesa fra il Commissariato del Governo e la Provincia Autonoma di Bolzano l'organizzazione e la gestione dei CAS è stata delegata alla Provincia.

2.6 Transizione verso un sistema di *welfare* mix

A livello europeo si può notare un'evoluzione del sistema di *welfare* e una sua riconfigurazione in chiave di mix di fornitori e servizi pubblici e privati. L'assoggettamento delle procedure delle gare di appalto pubblico a forme di diritto privato ha favorito l'apertura verso il mercato privato. Attraverso offerte orientate alla domanda, le organizzazioni for profit e non profit possono assicurarsi quote di mercato a condizioni concorrenziali rispetto ai fornitori pubblici. Le organizzazioni non profit godono di un vantaggio competitivo a causa di un più alto grado di fiducia da parte dei beneficiari in virtù del loro legame con il territorio, del loro impegno a favore della comunità, delle carenze nell'offerta pubblica e del loro ruolo di *stakeholder*, che permette loro di far valere la loro voce nelle organizzazioni di rappresentanza del soggetto fornitore. Un altro importante attore del *welfare* è il Terzo settore nelle sue diverse espressioni: organizzazioni per la promozione del *welfare* di comunità, associazioni di volontariato, Consorzi di servizi, cooperative sociali e fondazioni. Si tratta, in parte, di uno sviluppo ulteriore e di una parziale professionalizzazione dei campi d'intervento tipici delle organizzazioni di stampo religioso e, soprattutto, volontaristico. A causa delle regole del mercato alle organizzazioni non profit locali più piccole si richiedono un'indagine mirata dei requisiti di mercato, competenze elevate per aggiudicarsi la gara d'appalto e l'introduzione di un sistema di *reporting* in grado di mostrare il loro specifico potenziale di performance.
Il processo di regionalizzazione delle politiche sociali ha portato, specie dopo la riforma costituzionale del 2001, ad un intenso processo di ripensamento dei sistemi di *welfare* locale tradizionali. Il dibattito in corso sul concetto di "secondo *welfare*" richiama il fatto che in un contesto di risorse finanziarie e umane limitate si è fatto sempre più ricorso a forme di cooperazione fra attrici e attori pubblici e privati e, soprattutto, organizzazioni non profit per garantire i servizi sociali necessari. La transizione verso il secondo *welfare* è analizzata nello studio "Platform *welfare*" e nel "Quinto rapporto sul secondo *welfare*", entrambi a cura dell'Università Bocconi Milano.[8] Elementi caratterizzanti del secondo *welfare* locale sono l'utilizzo e la promozione di reti formali e informali di attrici e attori sia pubblici sia privati profit e non profit della società civile, oltre al coinvolgimento attivo delle cittadine e dei cittadini.

[8] Longo, Francesco, Maino Franca (a cura di): Piattaforma *Welfare*. Nuove logiche per innovare i servizi locali, Egea 2021, Maino Franca: Il ritorno dello stato sociale. Mercato, Terzo settore e comunità oltre la pandemia. Quinto rapporto sul secondo *welfare*, Giappichelli 2021.

Figura: Forme di secondo *welfare* e interconnessioni sistemiche



Fonte: Maino 2021

Gli attori istituzionali locali, gli attori economici e gli attori sociali realizzano gli interventi sociali utilizzando risorse provenienti da diverse fonti di finanziamento pubblico e privato, generando coesione, crescita e sviluppo della comunità. Le tre aree del *welfare* aziendale, del *welfare* filantropico e del *welfare* di prossimità si sovrappongono fra loro, creando sinergie e valore aggiunto in termini di *welfare* territoriale, responsabilità sociale d'impresa e pratiche di sviluppo della comunità (Maino, p. 48). Gli enti locali assumono un ruolo di regia e coordinamento dei diversi attori coinvolti, con l'obiettivo di creare modalità innovative di interazione fra i soggetti che possono concorrere a programmare, finanziare, produrre e gestire servizi e interventi sociali che successivamente diventano misure standardizzate (Maino in Longo et al. p. 75). La collaborazione e la condivisione delle risorse devono promuovere una logica di rete e processi di negoziazione piuttosto che l'imposizione di regolamenti, incentivando l'inclusione della società civile nelle fasi di programmazione e nei processi decisionali.

2.7 La crisi economica e la crisi pandemica come cesure

La crisi finanziaria del 2008 e la successiva crisi economica hanno avuto pesanti ripercussioni sullo sviluppo della prosperità in tutta Europa. Il diverso andamento della ripresa economica nei singoli Paesi è in gran parte dovuto a differenti condizioni strutturali. L'Italia, a causa di un elevato indebitamento pubblico, è fra i Paesi che hanno registrato un maggiore aumento del tasso di disoccupazione e un basso sviluppo della produttività. I previsti aiuti statali alla disoccupazione non sono stati in grado di contenere l'aumento del rischio di povertà su larga scala.
Soprattutto la larga diffusione di forme di impiego precario ha contribuito a creare nuove sacche di bisogno sociale e povertà lavorativa (*working poor*). Le lavoratrici e i lavoratori a basso reddito

e che beneficiano di basse tutele sociali, soprattutto nel settore dei servizi, non sono riusciti a tenere il passo con l'aumento del costo della vita e degli affitti. La carenza di misure di sostegno per le famiglie, il basso livello delle pensioni, il netto divario economico tra Nord e Sud e l'alta percentuale di giovani che non studiano né lavorano né sono inseriti in percorsi di formazione (NEET) completano il quadro di una società con un tessuto sociale indebolito.
La pandemia da Covid-19 ha reso più che mai evidenti queste carenze. La chiusura delle imprese produttive e dei servizi ha esposto larghe fasce della popolazione al rischio di povertà. Per fronteggiare la situazione emergenziale, anche dal punto di vista della coesione sociale, sono stati realizzati interventi a favore di tutti i settori produttivi e di tutte le categorie occupazionali e, più in generale, a favore delle persone senza reddito. In contrasto con la tendenza alla riduzione degli interventi statali di stampo assistenziale sono state estese le misure a sostegno dei cittadini già esistenti, come la cassa integrazione guadagni e il reddito di cittadinanza, e sono stati introdotti ulteriori trasferimenti monetari anche a livello locale. Secondo dati INPS, le risorse stanziate nel 2020 in Italia per le misure di sostegno economico alle imprese e ai lavoratori ammontano a circa 33,3 milioni di euro. I trasferimenti all'inclusione sociale, tra pensioni sociali e di invalidità, il cosiddetto Reddito di Cittadinanza (RDC) e il Reddito di Emergenza (REM), sono stati pari a oltre 31,6 milioni di euro mentre le forme di sostegno economico ai nuclei familiari ammontavano a circa 11,3 milioni di euro.
Sono state soprattutto le donne a garantire il mantenimento dei servizi di base durante la pandemia grazie a una grande dedizione e a turni supplementari nelle professioni sociali, educative e sanitarie e nel commercio, settori tradizionalmente femminili. Anche all'interno della famiglia le donne hanno sopportato il peso delle restrizioni imposte. La pandemia ha evidenziato i limiti di sopportazione delle persone e del sistema sociale. Le soluzioni devono partire dalle debolezze strutturali. Innanzitutto, è necessario intervenire sulla composizione della spesa sociale pubblica, ricalibrando le prestazioni monetarie pensionistiche e destinando maggiori risorse alle restanti componenti sociali. Le prestazioni a supporto delle famiglie devono essere aumentate superando l'attuale approccio prestazionale assistenziale, con l'obiettivo di rafforzare il ruolo della famiglia come pilastro centrale del sistema sociale. Con l'accorpamento dei sussidi ai minori è stato fatto un passo avanti verso la trasparenza e l'efficienza. È necessario intervenire con misure mirate per la parità di fatto tra donne e uomini nel mondo del lavoro e nella condivisione delle responsabilità familiari. La lotta alla povertà deve essere accompagnata dall'abbattimento delle crescenti disparità di reddito. Le misure di lotta all'emarginazione sociale devono essere integrate nei sistemi di protezione sociale e finanziati come richiesto dall'UE (Raccomandazione del Consiglio del 24.06.1992; Raccomandazione della Commissione del 03.10.2008). Infine, i servizi territoriali di *welfare* devono essere migliorati in modo significativo. Il Piano sociale nazionale 2021-2023 ha definito le specifiche corrispondenti a questo scopo, come già menzionato.

2.8 La sfida della carenza di personale

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una grande sfida a fronte di una domanda di servizi nei settori produttivi e dei servizi non bilanciata da sufficienti ingressi nel mondo del lavoro. Questa criticità riguarda da vicino anche il servizio sociale e sanitario professionale.
I requisiti di formazione sono aumentati per garantire un'adeguata qualificazione professionale del personale. Le organizzazioni for profit e non profit, grazie ad offerte flessibili e a basso costo, stanno guadagnando quote crescenti di mercato, mentre il servizio pubblico è attraversato da tensioni a causa delle linee di demarcazione tra le diverse professioni. Finora i Paesi UE sono

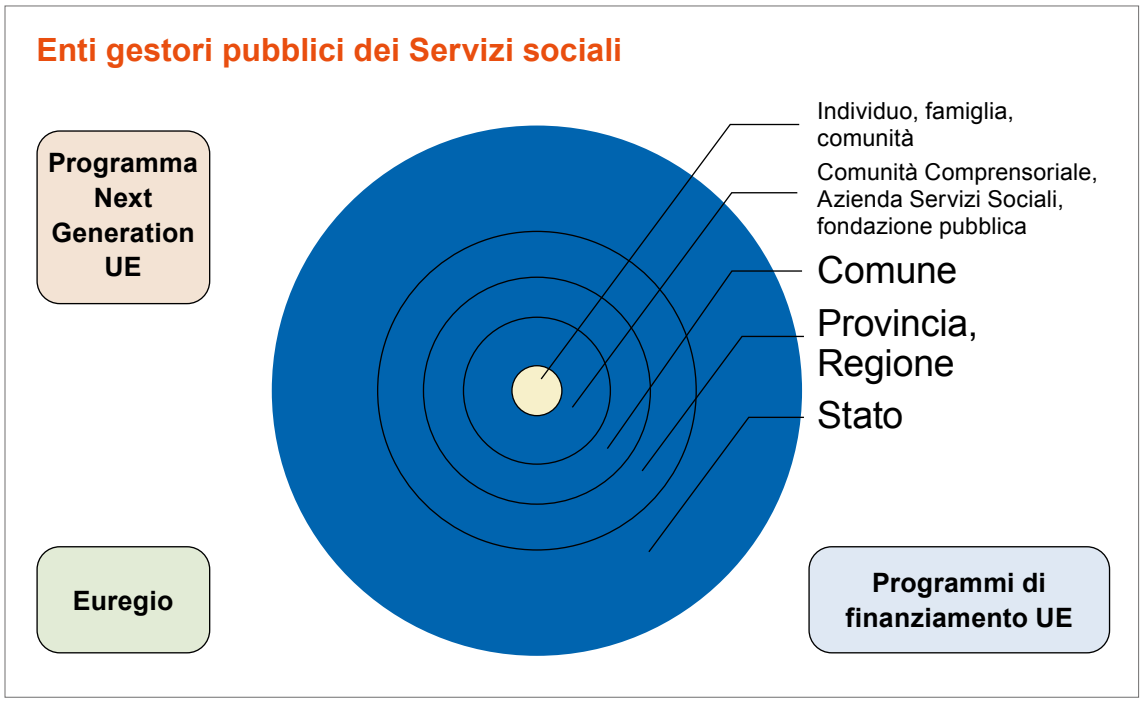
riusciti a coprire in parte il crescente fabbisogno di personale, soprattutto reclutando lavoratrici e lavoratori stranieri dall'Europa dell'Est. Tuttavia, questo significa sottrarre personale qualificato dai sistemi di protezione sociale del Paese d'origine con la conseguenza di dover affidare i figli delle lavoratrici alle cure parentali in patria. La pandemia ha mostrato l'importanza del coordinamento delle misure introdotte al fine di accrescere l'attrattività delle professioni di assistenza e cura. Altrettanto importante è l'attivazione dal basso delle comunità locali che aggregando risorse e competenze della società civile riescono a rispondere a bisogni crescenti di assistenza.
La previsione del 2019 sul fabbisogno di personale di cura[9] in Austria stima un fabbisogno annuale compreso tra 3.900 e 6.700 unità fino al 2030, che non potrà più essere coperto dall'offerta formativa programmata a partire dal 2024 a causa del calo degli studenti legato al cambiamento demografico. Ciò considerato, si ritengono necessarie misure integrate di miglioramento dell'attrattività delle professioni di assistenza e cura e lo sviluppo di nuovi approcci assistenziali. Uno studio del *Deutsches Krankenhausinstitut*[10] dello stesso anno stima un aumento significativo del fabbisogno di personale negli ospedali e nella cura residenziale e ambulatoriale compreso tra il 22,5% e il 26,2%. La relazione sull'occupazione della Commissione europea e del Consiglio del 2020 conferma una carenza di personale sanitario (medico, infermieristico, e ausiliario) nella maggior parte degli Stati membri.

2.9 Il sistema dei servizi sociali altoatesino

Con il riordino dei servizi sociali disposto dalla Legge provinciale n. 13/1991 è stato avviato un ampio processo di riforma, basato sul decentramento delle competenze e sulla cooperazione tra Comuni, Consorzi di Comuni e Comunità Comprensoriali / Azienda Servizi Sociali di Bolzano in quanto fornitori di servizi sociali, la Provincia e le organizzazioni pubbliche e private di servizi alla persona.
L'obiettivo è la promozione e il mantenimento del benessere psicofisico, il soddisfacimento dei bisogni fondamentali e la promozione dello sviluppo individuale della personalità di tutti i cittadini della Provincia. Lo Stato, la Provincia, i Comuni, gli altri enti locali e le aziende pubbliche di servizi alla persona costituiscono la struttura pubblica di gestione dei servizi sociali. Il sistema sociale altoatesino comprende la totalità degli interventi e servizi attivati dai gestori pubblici e privati sull'intero territorio provinciale.

[9] Si veda *online*: https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722
[10] Si veda *online*: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf

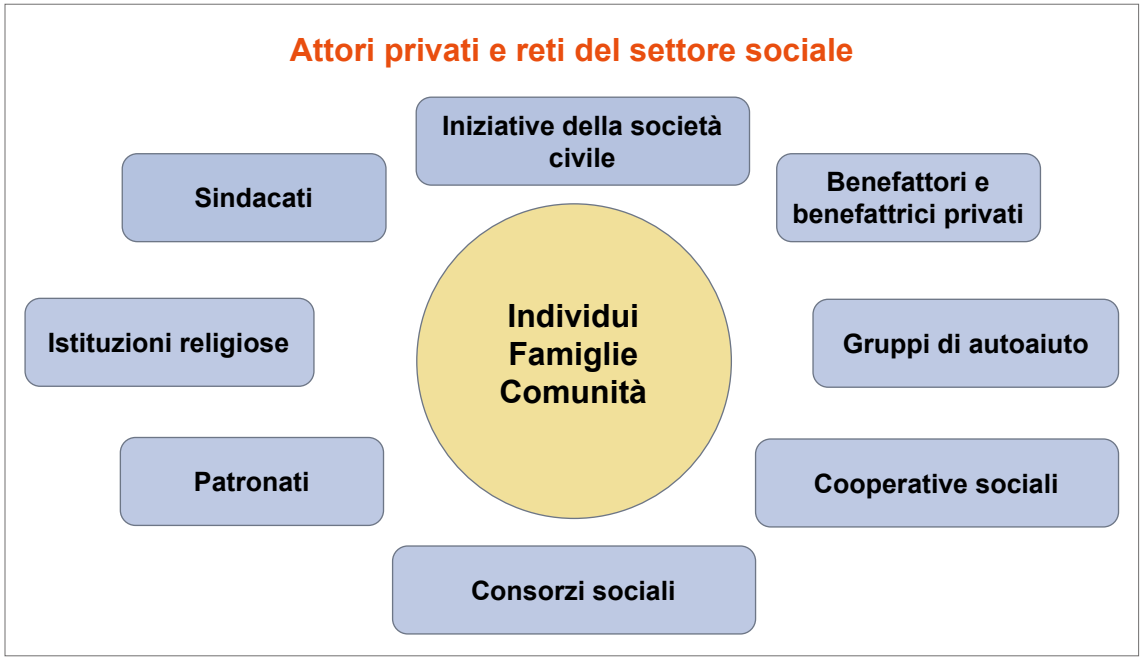
Figura: Enti gestori pubblici quali circuito di protezione per l'individuo, la famiglia e la comunità



Fonte: Elaborazione a cura di Chiron Formazione e Ricerca

Un importante contributo è dato dal numero crescente di fornitori e strutture private, soprattutto dal settore non profit. Si tratta di organizzazioni di tipo sociale, ecclesiale, associazioni private e cooperative sociali, gruppi d'interesse e iniziative d'auto-aiuto. Queste attività possono essere finanziate da tariffe del libero mercato, contributi pubblici o nell'ambito del volontariato.

Figura: Enti gestori privati del settore sociale



Fonte: Elaborazione a cura di Chiron Formazione e Ricerca

La riforma costituzionale del 2001 ha rafforzato il decentramento delle competenze ai Comuni e alle Regioni elencando in modo tassativo le competenze statali e trasferendo alle Regioni le ma-

terie di competenza concorrente. Per l'Alto Adige, in considerazione della competenza primaria in materia di assistenza e beneficenza pubblica attribuita dallo Statuto di autonomia questi cambiamenti non hanno modificato sostanzialmente l'assetto delle competenze previgente.
La rete sociale è formata da una molteplicità di attrici e attori che devono cooperare fra loro in modo sinergico. Questo principio guida della pianificazione e organizzazione del sistema sociale altoatesino permea il Piano sociale provinciale nella sua interezza ed è fondamentale per la sua efficacia.

2.10 L'Alto Adige pioniere nel decentramento dei servizi sociali

Il riordino dei servizi sociali del 1991, attraverso la delega delle competenze amministrative in materia sociale dalla Provincia ai Comuni e alle Comunità comprensoriali, ha portato a un rafforzamento della rete distrettuale con l'obiettivo di garantire servizi il più possibile vicini al cittadino. Questa scelta strategica si è rivelata lungimirante se si considera che quasi dieci anni dopo il legislatore statale ha dato un forte impulso al decentramento e alla regionalizzazione dei servizi sociali. La Legge quadro n. 328/2000 ha conferito in via prioritaria agli enti locali compiti di programmazione e organizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali. L'Alto Adige, attraverso il decentramento sistematico operato con la delega ai Comuni delle competenze per l'attuazione dei servizi sociali, può essere considerato un pioniere nel panorama nazionale. In questo modo è stato realizzato un sistema integrato di servizi e strutture basato sulla cooperazione tra operatrici e operatori pubblici e privati, il sostegno alle famiglie e il coinvolgimento del capitale sociale della comunità. A loro volta, i Comuni hanno delegato questo compito alle Comunità Comprensoriali, preposte al coordinamento sovracomunale. Il Comune di Bolzano gestisce i servizi sociali delegati tramite l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano (ASSB), costituita allo scopo.

Tabella: Sistema graduato delle competenze sui servizi sociali in Alto Adige

Il sistema delle competenze sui servizi sociali in Alto Adige

Provincia
Gestore istituzionale dei servizi sociali
Programmazione e finanziamento, controllo e accreditamento
Controllo di conformità ai requisiti da parte degli enti gestori dei servizi delegati

Comuni
Gestori di servizi sociali delegati dalla Provincia
Fornitura e gestione autonoma di servizi sovracomunali
Delega di servizi sociali alle Comunità Comprensoriali
Convenzioni con gli enti gestori privati per la gestione di servizi / fornitura di prestazioni
Gestione e fornitura di servizi di propria competenza
Organizzazione e gestione di servizi di propria competenza (persone senzatetto)

Comunità Comprensoriali
Gestione dei servizi delegati dai Comuni e dei distretti sociali
Gestione propria dei servizi o su incarico agli enti gestori privati
Coordinamento dei servizi sociali nel rispettivo bacino di utenza

Enti gestori privati
Gestione di servizi sulla base di accordi o nel quadro del sistema di contributi
Organizzazioni del Terzo settore partner degli enti pubblici nel quadro della programmazione e pianificazione congiunta

Fonte: Elaborazione a cura di Chiron Formazione e Ricerca

La cooperazione tra operatrici e operatori pubblici e privati in Alto Adige in base al principio di sussidiarietà favorisce l'offerta di servizi sociali di prossimità al cittadino. A questo scopo possono essere coinvolte attivamente anche le organizzazioni non profit private. Nell'ambito dell'attuale sistema di solidarietà sociale la famiglia è il nucleo centrale di sostegno reciproco attorno al quale si sviluppa una rete di aiuti sociali fra loro interconnessi. Gli aiuti di vicinato e altre forme di sostegno informale a livello di quartiere fungono da sensori per lo sviluppo sociale e contribuiscono a rinsaldare il legame tra persone, famiglie e comunità. Un ulteriore aiuto è rappresentato dagli enti consorziati orientati a interessi specifici, come le associazioni e i gruppi di interesse corporativi, fra i quali si citano le associazioni di categoria e gli enti bilaterali.

2.11 Servizi sociali come compito di cooperazione

In accordo con il principio della vicinanza al cittadino la Legge provinciale n. 13/1991 stabilisce che all'attuazione dei servizi sociali concorrono la Provincia, i Comuni, i Consorzi tra Comuni, le Comunità Comprensoriali e le Aziende pubbliche e private di servizi alla persona. Sono enti gestori dei servizi sociali, i Comuni, i Consorzi tra Comuni e le Comunità Comprensoriali che gestiscono servizi sociali. I servizi sociali cooperano con i servizi sanitari nel rispetto delle competenze specifiche del servizio sanitario provinciale. Per i servizi sociali sono previste le seguenti forme organizzative orientate ai bisogni dei cittadini:

- servizi di assistenza domiciliare aperti, anche a sostegno della famiglia, centri diurni, preferibilmente laboratori integrati opportunamente distribuiti sul territorio provinciale,
- strutture che sostituiscono la famiglia,
- alloggi a carattere preferibilmente familiare e con diverse forme di assistenza per un numero ridotto di persone assistite,
- centri di lungodegenza nei casi gravi.

2.12 Competenze della Provincia

La Provincia è competente in materia di orientamento, programmazione e finanziamento dei servizi sociali. In base all'art. 8 della Legge provinciale n. 13/1991 spettano alla Provincia i seguenti principali compiti di pianificazione:

- approvare il Piano sociale provinciale;
- stabilire gli indirizzi e i criteri per l'organizzazione e la gestione dei servizi;
- determinare gli ambiti territoriali per una organizzazione funzionale dei servizi;
- individuare i servizi di carattere multizonale e istituire e gestire i servizi non delegati ai Comuni.

Inoltre, la Provincia è competente per il finanziamento dei compiti delegati, la concessione dei contributi a istituzioni pubbliche e private, la predisposizione delle strutture destinate alla gestione dei servizi sociali, la fissazione dei criteri per la formazione delle piante organiche degli enti gestori dei servizi. La Provincia ha anche il compito di accreditare i servizi sociali ed effettuare controlli sulla gestione e il funzionamento dei servizi sociali.
Per quanto riguarda le prestazioni, la Provincia ha il compito di garantire sostegno finanziario agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordomuti, contributi alle strutture e alle associazioni che si occupano di assistenza agli anziani, ai disabili e ai minori, prevenzione dell'esclusione sociale. Fra i

compiti della Provincia rientrano anche l'accertamento della non autosufficienza e l'erogazione dell'assegno di cura, la gestione della previdenza integrativa regionale e la gestione e lo sviluppo del Sistema informativo provinciale per l'assistenza sociale SIPSA (si veda il punto 2.12.4).

2.12.1 Ripartizione Politiche sociali

All'interno dell'Amministrazione provinciale la politica sociale è in capo al Dipartimento Famiglia, Anziani, Sociale e Edilizia abitativa. Il Dipartimento comprende le rispettive ripartizioni, funzioni ed uffici. L'interfaccia gerarchica tra l'Assessora provinciale competente e la Ripartizione Politiche sociali è il direttore / direttrice di dipartimento, che assicura il flusso di informazioni in entrambe le direzioni ed assume una funzione chiave nella pianificazione e nell'attuazione della politica sociale. La Ripartizione Politiche sociali deve adempiere a compiti fondamentali, fra i quali la rilevazione dei bisogni su scala provinciale, la programmazione su scala provinciale, la definizione e la garanzia degli standard minimi dell'assistenza sociale e degli standard di qualità dei servizi. Con l'aiuto dei singoli uffici, la Ripartizione provvede all'attuazione coordinata degli obiettivi di politica sociale, anche con il coinvolgimento di altri settori amministrativi, sviluppa progetti di assistenza, predispone l'emanazione delle leggi sociali, cura i rapporti con i gestori privati, provvede al *reporting* ed al controlling e allo sviluppo e alla pianificazione del personale. Ha inoltre un fondamentale ruolo di coordinamento nell'erogazione delle prestazioni sociali, la cui attuazione operativa in termini di trasferimenti finanziari è stata trasferita all'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE). Il direttore / direttrice di ripartizione è responsabile del mandato di ripartizione e coordina l'attuazione degli obiettivi in accordo con le direttrici e i direttori d'ufficio.

2.12.2 Piano sociale provinciale

Il Piano sociale provinciale è uno strumento di pianificazione pluriennale con il quale la Giunta provinciale determina l'orientamento futuro delle istituzioni e dei servizi sociali. Il Piano definisce gli obiettivi da perseguire, gli standard di funzionalità, la struttura organizzativa, le tipologie di prestazioni e i rispettivi criteri di accesso, la metodologia degli interventi, le risorse finanziarie e il fabbisogno di personale in modo coordinato con il piano sanitario provinciale e con i piani di settore afferenti alle politiche sociali. Il processo di elaborazione del Piano prevede per legge il coinvolgimento attivo della Consulta per il sociale e la valutazione da parte del Consiglio dei Comuni. La partecipazione delle parti sociali e delle organizzazioni sociali, nonché dei fornitori pubblici e privati di servizi sociali, è anch'essa di fondamentale importanza per la pianificazione e l'attuazione del Piano.
La Consulta per il sociale viene regolarmente coinvolta nel processo di monitoraggio e valutazione dello stato di avanzamento delle misure trasversali e specifiche per il rispettivo settore di intervento previsto nel Piano.

2.12.3 Consulta per il sociale

La Consulta per il sociale è un organo consultivo della Giunta provinciale in materia di politiche sociali.[11] La sua ampia composizione è tale da coprire l'*expertise* di diversi settori e da rispec-

[11] La funzione della Consulta per il sociale è stata ridefinita con l'art. 32 della Legge provinciale n. 51/2021.

chiare le istituzioni e i gruppi d'interesse attivi nel sociale. La Consulta è composta da rappresentanti degli enti pubblici (Ripartizione Politiche sociali, Ripartizione Salute, Comuni, servizi sociali delle Comunità Comprensoriali), da soggetti privati rilevanti (associazioni interessate, prestatori di servizi sociali, e da partner sociali sindacali, associazioni economiche).
L'importanza della partecipazione è sottolineata dal fatto che la Consulta segue l'elaborazione del Piano sociale provinciale ed esprime pareri sulle proposte e, in generale, sui disegni di legge e sulle proposte di regolamento di esecuzione nel settore sociale. Inoltre, può elaborare proposte in merito alle prestazioni sociali e proposte di adeguamento della legislazione provinciale, esprimere pareri su tematiche di rilevanza sociale e istituire sezioni tecniche (art. 32 Legge provinciale n. 51/2021). Presso la Ripartizione politiche sociali è istituita la sezione ricorsi come organo gerarchico contro le decisioni degli enti pubblici gestori dei servizi sociali riguardanti l'erogazione delle prestazioni e sulle controversie in materia di ricovero e degenza (art. 4 Legge provinciale n. 13/1991).

2.12.4 Il sistema informativo provinciale SIPSA

La raccolta sistematica dei dati relativi ai diversi settori di intervento del sistema sociale e ai rispettivi servizi è assicurata dal sistema informativo provinciale (LISYS/SIPSA). Attraverso il programma informatico SOZINFO vengono raccolti, a livello di distretto, dati e informazioni sull'assistenza economica sociale, sull'assistenza socio-pedagogico di base e sull'assistenza domiciliare, nonché sui servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. La disponibilità di un sistema informativo funzionante è uno strumento fondamentale a supporto del sistema di programmazione e controllo. I dati raccolti riguardano l'offerta e la domanda di servizi sociali, l'andamento sociodemografico, la situazione del personale dei servizi sociali, nonché altre misure rilevanti ai fini del controllo di gestione e della valutazione della qualità. I principali risultati del sistema informativo SIPSA sono le statistiche sociali e la relazione sociale, che documenta in modo completo i risultati raggiunti nei principali settori d'intervento.
Il sistema di *reporting* garantisce la comparabilità dei dati sia dal punto di vista spaziale che temporale attraverso dataset unificati per tutte le strutture amministrative. Gli indicatori utilizzati sono conformi ai requisiti tecnici fisati a livello nazionale ed europeo e pertanto consentono il confronto con altre realtà.

2.13 Competenze della Regione

In base all'art. 117 della Costituzione la Regione Trentino-Alto Adige detiene competenza legislativa concorrente nel campo della previdenza sociale complementare e integrativa. La Provincia autonoma di Bolzano non ha potere legislativo in materia. Con Legge regionale n. 7/1992 è stata avviata un'ampia delega di competenze dalla Regione alle due Province e la gestione di questi interventi è stata trasferita alle Province autonome. In base a questa legge e alle leggi regionali n. 3/1993 e n. 1/2005 la Regione autonoma Trentino-Alto Adige interviene per integrare gli interventi previdenziali dello Stato nel campo della maternità, della disoccupazione, dell'invalidità e della vecchiaia. La previdenza sociale integrativa comprende le seguenti prestazioni:

- contributi previdenziali a favore dei coltivatori diretti, mezzadri e coloni;
- contributi alla prosecuzione volontaria dell'assicurazione pensionistica di persone casalinghe, specialmente in caso di assistenza a bambini o ad anziani non autosufficienti, e dei lavoratori e lavoratrici stagionali;

- contributo ai versamenti previdenziali dei lavoratori e lavoratrici stagionali;
- contributi al riscatto di periodi di lavoro prestati all'estero;
- indennità di disoccupazione ai soggetti iscritti negli elenchi di mobilità;
- indennità a favore degli ex combattenti;
- rendita ai lavoratori ammalati di silicosi o asbestosi e ai lavoratori e lavoratrici affetti da sordità da rumore.

Con la Legge regionale n. 7/2005 la forma organizzativa delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) è stata regolamentata ex novo, modificandone la denominazione in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona. Si tratta di soggetti di diritto pubblico non profit che operano in base a criteri aziendali. Pertanto, fanno parte del sistema sociale e socio-sanitario integrato. L'attività socio-sanitaria si basa su accordi con le aziende sanitarie.
L'Agenzia per lo Sviluppo Sociale ed Economico ASSE, istituita con l'art. 12 della Legge provinciale n. 11/2009, è competente per l'erogazione delle prestazioni assistenziali provinciali e per l'amministrazione e l'erogazione delle prestazioni previdenziali integrative regionali. Con decreto del Presidente della Provincia n. 18/2017 sono state regolamentate ex novo le procedure amministrative relative alle funzioni delegate in materia di previdenza integrativa regionale. Maggiori informazioni sono disponibili sulla homepage dell'ASSE.[12]

2.14 Competenze dei Comuni

Nel quadro di un sistema sociale di prossimità ai cittadini i Comuni svolgono un ruolo di supporto. Dopo il riordino dei servizi sociali attraverso la Legge provinciale n. 13/1991, che ha determinato la delega di numerose competenze in materia sociale dalla Provincia ai Comuni, questi ultimi sono diventati gestori di servizi sociali nelle seguenti aree: assistenza economica sociale, assistenza alle anziane e agli anziani, assistenza alle persone con disabilità, affidamento di minori, assistenza domiciliare, centri diurni, compiti socio-pedagogici in relazione all'integrazione di minori e adulti, servizi per le donne, accoglienza e assistenza delle lavoratrici e dei lavoratori, nonché cittadine e cittadini provenienti da Paesi extracomunitari, misure di sostegno all'integrazione nel mondo del lavoro. Ai Comuni spetta inoltre l'accoglienza per le persone senzatetto, sia singoli che famiglie. A questo scopo, nelle quattro città più grandi sono in funzione sette strutture permanenti, oltre ad alloggi temporanei gestiti da fornitori privati in determinati periodi dell'anno. Infine, in collaborazione con la Provincia, i Comuni promuovono una gestione autonoma della quotidianità e l'integrazione sociale e lavorativa delle comunità Sinti e Rom. I detenuti e gli ex carcerati vengono sostenuti con percorsi individuali di inserimento socio-economico.
A seguito dei massicci flussi di rifugiati a partire dal 2015 i Comuni hanno assunto anche la competenza per l'accoglienza dei rifugiati, in conformità con le disposizioni statali. Il sistema di accoglienza ha cambiato più volte denominazione. Infatti, il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR), in vigore dal 2002 al 2018, è stato sostituito con il Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati (SIPROIMI), istituito con il decreto sicurezza nel 2018. Più di recente, con decreto Legge n. 130/2020, convertito nella Legge n. 173/2020, il Sistema di accoglienza e integrazione (SAI) ha sostituito il SIPROIMI. La nuova norma prevede l'accoglienza su tutto il territorio nazionale dei richiedenti protezione inter-

[12] Si veda *online*: https://home.provincia.bz.it/it/contatti/806 (consultato il 11.02.2022)

nazionale, dei titolari di protezione e dei minori stranieri non accompagnati. Gli interventi di accoglienza integrata[13], realizzati in sinergia con le organizzazioni non profit, il volontariato sociale ed altri soggetti del Terzo settore, comprendono misure integrate di inserimento sociale, educativo, professionale e culturale. In Alto Adige, i progetti SAI vengono realizzati dalle Comunità Comprensoriali su delega dei Comuni.
Ai Comuni spetta una funzione di programmazione, gestione e controllo dei servizi sociali e del loro coordinamento con le iniziative di altre organizzazioni pubbliche e private, inclusa la messa a disposizione delle rispettive strutture. Partner importanti sono l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, le Aziende pubbliche di servizi alla persona e gli enti gestori privati, con i quali i Comuni possono stipulare appositi accordi. In concreto, i Comuni possono gestire le loro funzioni e servizi tramite i loro uffici, aziende o istituzioni oppure trasferire tali funzioni ad enti pubblici o privati e cooperative tramite la stipula di appositi contratti (convenzioni).

2.15 Finanziamento

Il finanziamento dei servizi sociali è garantito dai mezzi finanziari dei Comuni sulla base di diversi parametri, dal Fondo sociale provinciale, dalla concessione di contributi, dalla quota a carico degli utenti. Le tariffe sono fissate nel rispetto degli indirizzi e dei criteri stabiliti dalla Giunta provinciale tenendo conto della capacità contributiva degli assistiti (art. 13 Legge provinciale n. 13/1991). Un'altra importante fonte di finanziamento per i servizi sociali a livello locale sono i Fondi strutturali dell'UE, e in particolare il FSE. Nel periodo 2022-2027 l'Alto Adige può contare inoltre sui fondi europei per lo sviluppo dei servizi sociali messi a disposizione nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

2.16 Il sistema dei servizi e delle strutture sociali

I servizi sociali di base vengono forniti da sette Comunità Comprensoriali (Val Venosta, Alta Val d'Isarco, Val Pusteria, Burgraviato, Valle Isarco, Salto-Sciliar, Oltradige Bassa Atesina), a loro volta suddivise in 20 distretti sociali, e dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Il sistema dei servizi e delle strutture sociali a livello locale è formato dai servizi territoriali e dai servizi distrettuali. Fanno parte dei servizi territoriali anche i servizi multizonali ai sensi dell'art. 18 della Legge provinciale n. 13/1991. Questi ultimi sono stati individuati con decreto del Direttore della Ripartizione Politiche Sociali n. 15870/2019 e comprendono in tutto 27 fra strutture e servizi. Fra questi vi sono i consultori familiari, il sostegno precoce socio-pedagogico, il servizio casa delle donne, le strutture per migranti, la Casa del Gesù, il Centro ciechi, il servizio adozioni, i servizi di riabilitazione lavorativa, i centri diurni socio-educativi e le case di accoglienza, i servizi di riabilitazione lavorativa, i centri diurni socio-pedagogici e le residenze. Tali servizi devono essere accessibili a tutti gli utenti destinatari del servizio in base alle graduatorie, indipendentemente dalla collocazione territoriale dall'ente gestore dei servizi sociali. Non rientrano in questo elenco i servizi rivolti alla prima infanzia e gli asili nido, poiché questi sono di competenza delle politiche per la famiglia ovvero delle politiche per l'istruzione.

[13] Si veda *online*: https://www.lenius.it/sistema-di-accoglienza-dei-migranti-in-italia/

2.17 Comunità Comprensoriali come gestori dei servizi sociali

A causa delle ridotte dimensioni del bacino d'utenza, la maggioranza dei Comuni ha delegato gran parte dei servizi gestiti su delega della Provincia alle Comunità Comprensoriali. Il Comune di Bolzano gestisce i servizi sociali tramite l'Azienda Servizi Sociali, costituita allo scopo. L'opportunità di creare questo ulteriore livello di *governance* è giustificata dalle seguenti considerazioni pratiche: la comparabilità dei problemi sociali richiede approcci di pianificazione sovracomunale. La cooperazione intercomunale facilita lo scambio di informazioni sulle situazioni problematiche e il coordinamento delle misure. Inoltre, è possibile ottimizzare le spese strutturali e i costi del personale. Le Comunità Comprensoriali svolgono la funzione di enti gestori dei servizi sociali sul territorio e, tal fine, sono dotate di ampie competenze amministrative. Negli organi decisionali della Comunità comprensoriale, i Comuni svolgono una funzione di indirizzo e di controllo, ad esempio attraverso direttive che le Comunità comprensoriali sono tenute ad attuare.
Fra i compiti delle Comunità Comprensoriali vi sono l'organizzazione dei servizi sociali e il loro coordinamento con le iniziative di altri gestori pubblici o privati, con i quali possono anche stipulare accordi per lo svolgimento di determinati compiti; la garanzia di un'erogazione regolamentare delle prestazioni; l'elaborazione di programmi di attività; la predisposizione di studi e lo svolgimento di indagini per il rilevamento dei bisogni della cittadinanza; il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie e delle attrici ed attori sociali operanti nel territorio. Le Comunità Comprensoriali adempiono inoltre ad ulteriori compiti al fine di garantire lo sviluppo del rispettivo bacino di utenza. Le sette comunità comprensoriali e l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano costituiscono le unità organizzative nel campo dell'assistenza sociale. La struttura organizzativa della Comunità Comprensoriale riproduce sostanzialmente quella dell'amministrazione comunale: Presidente, Giunta, Consiglio, nonché revisori dei conti. L'amministrazione è guidata da un segretario generale. I membri del Consiglio vengono eletti dai consiglieri comunali (Legge provinciale n. 7/1991).
Sul territorio provinciale sono presenti 20 distretti sociali e sanitari. Di regola ciascun distretto comprende diversi Comuni e il bacino di utenza del distretto sociale si sovrappone territorialmente con quello del distretto sanitario. Per ottimizzare la copertura sul territorio, oltre alla sede distrettuale sono stati creati anche altri punti di appoggio in cui il personale dei servizi sociali è a disposizione delle cittadine e dei cittadini in orari prestabiliti. I servizi sociali sono diretti da una direttrice o da un direttore con poteri amministrativi e di rappresentanza e responsabilità per la gestione e il coordinamento dei servizi.
I grandi Comuni urbani di Bolzano e Merano hanno scelto diverse modalità di esercizio delle competenze delegate nel settore dei servizi sociali. Il Comune di Bolzano ha utilizzato la possibilità prevista dall'art. 12, comma 2 della Legge provinciale n. 123/1991 di istituire un'azienda speciale per la gestione dei servizi sociali. Questa struttura organizzativa si basa su una netta distinzione tra la funzione di indirizzo politico e la funzione di gestione operativa, in conformità con i principi basilari di *management* pubblico introdotti a livello nazionale (per esempio il D.lgs. n. 165/2001). Il Comune di Merano ha mantenuto la gestione del servizio di assistenza domiciliare, dei centri diurni e dei centri di assistenza diurna ed ha affidato a gestori privati la casa delle donne e l'assistenza alle persone senzatetto.

2.18 Servizi di distretto

La gamma dei servizi di assistenza sociale offerti dal distretto in un'ottica di prossimità al cittadino comprende attualmente le seguenti aree:

- assistenza economica sociale;
- assistenza domiciliare;
- assistenza socio-pedagogica di base;
- sportello per il cittadino/segretariato sociale;
- sportello unico per la cura e l'assistenza.

L'équipe di distretto è composta da operatrici e operatori dei servizi sociali e del settore sanitario del distretto. Questa composizione trasversale e interdisciplinare garantisce assistenza e supporto professionale nei percorsi di inserimento nel mercato del lavoro e nella società. Oltre alle professioni sanitarie, nel distretto lavorano assistenti sociali, pedagogiste/pedagogisti sociali, pedagogiste/pedagogisti, educatrici/educatori, operatrici/operatori socio-assistenziali (assistente per disabili; assistente geriatrico e familiare), operatrice/operatori socio-sanitari. È inoltre prevista/o un/a referente per l'assistenza economica sociale.

Tabella: Operatrici/operatori equivalenti a tempo pieno impiegati nei servizi sociali 2016-2021

Servizi	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Servizi per anziani	3.843,5	3.983,4	4.018,2	4.134,0	4.193,5	4.109,9
Servizi per persone con disabilità	837,2	867,3	871,1	893,9	909,0	884,2
Servizi per persone con malattie psichiche	106,7	109,2	110,4	107,6	107,0	109,1
Servizi per minori	173,9	184,2	183,9	180,2	186,8	192,0
Servizi per la donna e la famiglia	77,8	74,7	75,1	74,4	75,2	73,9
Servizi per dipendenze	20,1	20,1	21,1	20,9	22,8	23,6
Servizi amministrativi del Comprensorio	203,1	211,0	233,4	240,9	240,0	231,6
Servizi del Distretto						
Assistenza domiciliare e centri diurni	433,2	434,7	427,3	419,3	414,8	403,1
Area socio-pedagogica	216,4	224,6	236,6	242,6	244,2	245,1
Assistenza economica	71,0	74,0	77,5	67,2	77,1	77,5
Amministrazione dei distretti sociali	74,0	79,4	77,7	76,0	80,9	86,0
Totale	6.057,0	6.262,6	6.332,6	6.457,0	6.551,4	6.436,0

Fonte: SIPSA, 2022

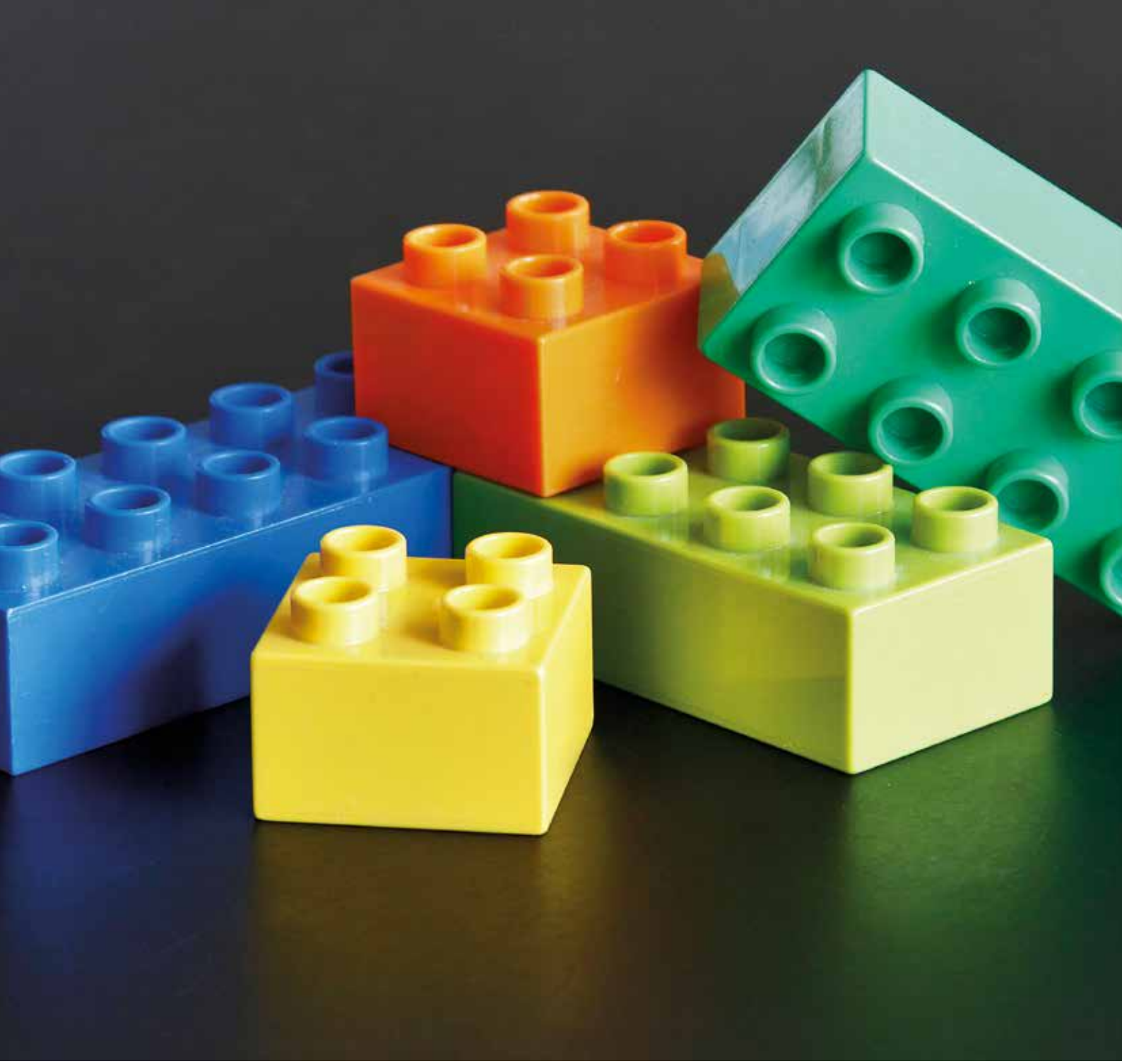
Nei distretti sociali le cittadine e i cittadini trovano uno sportello informativo vicino a casa e referenti per le loro necessità sociali. A 20 anni dalla sua nascita è chiaro che il distretto svolge una comprovata funzione di orientamento delle scelte concrete di intervento del sistema sociale alle esigenze dei cittadini. Altrettanto chiaro è che l'estensione dei compiti del distretto potrebbe contribuire a fornire risposte più mirate alle diverse situazioni di bisogno e al rafforzamento della comunità (si veda il capitolo sulle misure trasversali).

2.19 Comitato di Distretto

Il Comitato di Distretto svolge una funzione consultiva e di coordinamento dei servizi. È composta da tre rappresentanti dei Comuni, il coordinatore medico e il coordinatore infermieristico del distretto sanitario, nonché il responsabile del distretto sociale, un rappresentante delle Aziende pubbliche di servizi alla persona operanti in campo socio-sanitario o un rappresentante di una casa di riposo, un rappresentante delle scuole materne, un rappresentante degli istituti scolastici, un rappresentante dei servizi giovani, due rappresentanti dei gestori privati, delle organizzazioni di volontariato o dei gruppi di auto-aiuto. Grazie alla sua articolata composizione il Comitato rispecchia le istituzioni attive a livello locale. In quanto tale, propone iniziative per un migliore coordinamento dei servizi e sostiene il coinvolgimento attivo degli enti, delle associazioni e delle organizzazioni di volontariato nella progettazione dei servizi sociali, anche attraverso un regolare monitoraggio delle prestazioni.

2.20 Sportello unico per la cura e l'assistenza

Nel 2016 è stato istituito un servizio territoriale unitario per l'informazione e la consulenza a tutte le persone non autosufficienti, dunque non limitato alle anziane e agli anziani, e ai loro familiari (Legge provinciale n. 9/2014, Legge provinciale n. 10/2016). Sono coinvolti nell'attività di sportello i gestori dei servizi sociali e dei servizi sanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali attivi in un determinato ambito territoriale in collaborazione con il distretto sociale e con i comuni. Possono partecipare anche le residenze per anziani accreditate. Lo sportello unico svolge i seguenti compiti: informazioni sulle offerte di servizi; prima valutazione multiprofessionale del bisogno; interventi di supporto e attivazione delle risorse necessarie; accertamento, su richiesta dell'ente gestore della residenza per anziani, del fabbisogno di cura per l'inserimento nelle liste d'attesa delle residenze per anziani e altre strutture e servizi.
Lo sportello unico per la cura e l'assistenza promuove e sostiene l'organizzazione di corsi per persone che assistono familiari non autosufficienti e la creazione di gruppi di auto-aiuto. La competenza multidisciplinare del *team* garantisce una valutazione completa del fabbisogno. La cooperazione interistituzionale favorisce l'interazione sinergica tra le diverse autorità e i gestori di servizi, specie per quanto riguarda il coordinamento fra servizi sociali e servizio sanitario. Sul territorio provinciale operano attualmente 20 sportelli unici per la cura e l'assistenza.



Strategie e misure intersettoriali

3

3.1 Introduzione

Dal punto di vista istituzionale una comunità si compone di molte aree di responsabilità all'interno delle quali diverse istituzioni perseguono obiettivi di bene comune. Il loro compito è promuovere le progettualità di vita delle persone, sia come individui sia come gruppi sociali nelle diverse fasi della vita. Nella vita quotidiana la sfera privata e quella sfera professionale sono strettamente compenetrate. L'attività delle istituzioni è governata da sistemi di regole e meccanismi che interagiscono fra loro. Nel complesso, il funzionamento di una comunità si regge su una fitta rete di interrelazioni proattive e fattori abilitanti. L'efficacia pratica dei programmi e degli interventi sociali richiede un'interazione sinergica e duratura tra le diverse strutture e servizi e la partecipazione attiva delle cittadine e dei cittadini.
L'orientamento al bene comune e lo sviluppo della comunità sono, quindi, fattori di successo centrali per il benessere della società. La consapevolezza di ciò deve essere radicata nella coscienza collettiva come attitudine per il futuro. Il depauperamento delle risorse legato alle crisi economiche che si riscontra nei servizi di interesse pubblico, negli ecosistemi, nelle capacità lavorative, nella disponibilità finanziaria lo dimostra in modo inequivocabile. Per garantire standard di qualità dei servizi e un alto livello di qualità dell'assistenza le politiche sociali locali devono assurgere a compito della comunità. Gli obiettivi strategici e le misure descritte di seguito hanno un forte carattere di trasversalità a livello provinciale.
La Ripartizione Politiche sociali, con il supporto degli uffici competenti, monitora lo stato di avanzamento delle misure trasversali e delle misure specifiche per ogni settore di intervento previsto nel piano e rendiconta regolarmente alla Consulta per il sociale.

3.2 Sviluppo della comunità

L'erosione del senso di comunità e la spinta al consumismo hanno portato all'ascesa, nella nostra società, del benessere individuale e delle aspirazioni individuali. Le persone spendono molte energie per soddisfare i loro desideri di consumo ma, allo stesso tempo, sentono venir meno il senso della loro esistenza e avvertono che l'impermanenza dell'avere sfida il bisogno di radicamento nella comunità. Le statistiche sul reddito confermano un crescente divario tra ricchi e poveri. Le lavoratrici e i lavoratori precari fanno fatica, con il loro salario, ad assicurare il proprio mantenimento e quello della loro famiglia. Le guerre e la mancanza di opportunità di sviluppo autonomo nei paesi del continente africano hanno innescato grandi flussi migratori verso l'Europa e creato nuovi strati sociali svantaggiati nei paesi di destinazione. I gruppi svantaggiati della società hanno scarse possibilità di avanzamento sociale. Nuovi fenomeni di marginalità diffusa e devianza sociale hanno preso piede specialmente nelle realtà urbane. In generale, si profilano tensioni sociali che possono sfociare in lotte intestine per la distribuzione attentando alla coesione sociale della società nel suo complesso. A livello locale, quindi, lo sviluppo delle comunità è l'obiettivo più importante delle politiche sociali. Ciò considerato deve essere garantita ad ognuno, attraverso misure appropriate, la possibilità di realizzare le proprie aspirazioni di vita, ricevere supporto nelle situazioni di bisogno e sostegno per il superamento delle condizioni vulnerabilità sociale. Sentirsi sicuri e a proprio agio nella comunità è un'esperienza essenziale, in quanto rafforza la fiducia in sé stessi e crea un legame con la comunità. La sicurezza e le opportunità di partecipazione sociale sono la chiave di volta per il benessere collettivo e devono essere garantite anche ai rifugiati e ai migranti. Le istituzioni pubbliche, di concerto con le numerose organizzazioni non profit del Terzo settore, possono innescare un processo di sviluppo della comunità

come risorsa da valorizzare mostrandone e rafforzandone la funzione di stabilizzatore nella vita lavorativa e quotidiana. Ciò richiede l'utilizzo di *expertise* scientifica e la creazione dei presupposti strutturali. Lo sviluppo della comunità locale si basa su progetti realizzati a livello di Comunità Comprensoriali, città e comuni con la partecipazione delle istituzioni e delle organizzazioni locali e con l'attivazione delle cittadine e dei cittadini.

Misure

La Provincia elabora, in accordo con le istituzioni locali e gli attori sociali, un concetto quadro pluriennale per lo sviluppo della comunità a livello comunale e comprensoriale. La base per questo è il censimento delle organizzazioni non profit e delle istituzioni di promozione della comunità esistenti, nonché dei rispettivi fornitori.
La Provincia sostiene iniziative e progetti territoriali dei servizi sociali e delle organizzazioni non profit del Terzo settore nel campo del lavoro di comunità, specie se realizzati in collaborazione con altri attori locali. In particolare, vengono sostenuti progetti che mirano al miglioramento delle condizioni di vita e, soprattutto, all'inclusione dei gruppi della popolazione svantaggiati nei quartieri caratterizzati da tensioni sociali o nei nuovi quartieri. Vengono sostenute in particolar modo le iniziative che coinvolgono i Comuni e le Comunità Comprensoriali, nonché le organizzazioni locali come partner di cooperazione.

3.3 Attivazione del capitale sociale

Grazie a una vivace rete associativa e all'elevato numero di persone che prestano attività di volontariato a beneficio della comunità nelle organizzazioni non profit, l'Alto Adige vanta un buon livello di capitale sociale. Le associazioni, le federazioni, le cooperative sociali ed altre forme organizzate della società civile rappresentano un modello di impegno civico e orientamento al bene comune a cui ispirarsi. In futuro il senso di appartenenza alla comunità e la solidarietà reciproca assumeranno un'importanza crescente. Le comunità territoriali sono chiamate ad attivare il loro potenziale di solidarietà attraverso lo sviluppo dell'aiuto di vicinato, delle relazioni di muto soccorso e reciprocità, anche intergenerazionale, del volontariato. L'assistenza informale rappresenta un importante fattore di sgravio per l'assistenza formale a pagamento.

Misure

Nel quadro di un *welfare* di comunità sono previsti incentivi a favore delle associazioni non profit e delle organizzazioni del Terzo settore non ancora attive nel sociale e che decidono di aprirsi ad iniziative di volontariato sociale a sostegno delle persone che hanno bisogno di aiuto nel quotidiano, per le quali l'assistenza proattiva rappresenta un prezioso contributo per una vita indipendente.
La Provincia sostiene l'adozione, da parte delle associazioni e delle organizzazioni del Terzo settore, di approcci inclusivi che promuovono il coinvolgimento attivo delle persone svantaggiate.

3.4 Promuovere il dialogo e la comprensione

Il dialogo e le opportunità di incontro contribuiscono in modo significativo alla promozione dello sviluppo della comunità in quanto sensibilizzano le persone e i gruppi sociali alla tolleranza e al rispetto delle diverse identità culturali, superando le differenze generazionali e linguistiche.

Misure

La Provincia sostiene i progetti e le iniziative pubbliche e delle organizzazioni non profit del Terzo settore locali che promuovono il dialogo, l'apertura al diverso e lo scambio culturale. Viene data priorità ai progetti di cooperazione locale che coinvolgono diverse organizzazioni.

3.5 Partecipazione degli interessati e promozione di una vita indipendente

Il rispetto della dignità e il pieno riconoscimento del diritto di partecipazione alla comunità delle persone più fragili è un principio cardine delle politiche sociali. Questo approccio è incentrato sulla promozione delle capacità individuali e dell'autodeterminazione. Le persone devono essere messe nelle condizioni di poter condurre una vita autonoma e decidere in autonomia della loro vita. Le politiche sociali assicurano il sostegno necessario per il raggiungimento di questi obiettivi. Pertanto, gli interventi sociali non vanno imposti da attori istituzionali esterni ma devono essere sviluppati in modo condiviso con le persone interessate.

Misure

La Provincia e i gestori di servizi sociali si avvalgono di forme di partecipazione di tutti gli interessati e le interessate a tutte le fasi della presa in carico, partendo dalla valutazione dei bisogni, alla pianificazione, all'attuazione fino al monitoraggio e alla valutazione dei risultati raggiunti.
Gli interventi per una vita indipendente nel contesto familiare delle persone anziane e delle persone con disabilità, malattie psichiche, dipendenze o altri svantaggi, nonché dei rifugiati, delle persone con un *background* migratorio e delle persone senzatetto, che hanno una partecipazione limitata alla vita sociale, rappresenta un obiettivo quadro che abbraccia tutte le sfere di *policy*.
I gestori dei servizi sociali attuano progetti individualizzati per l'autonomia di vita orientati ai bisogni dell'interessato e delle interessate e perseguono l'obiettivo della deistituzionalizzazione entro il 2030, attraverso offerte orientate al *welfare* di comunità.
Nei progetti di inserimento nel mondo del lavoro delle persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze viene perseguita la stabilizzazione dei rapporti di lavoro attraverso percorsi di accompagnamento al lavoro da parte di professionisti (*job coaching*).
L'assistenza alle persone anziane viene ampliata e diversificata in base alle esigenze. Si va dall'assistenza domiciliare prestata dai familiari o da professionisti con il supporto dei servizi sociali, ai servizi domiciliari, ambulatoriali e semiresidenziali fino alle strutture residenziali. L'offerta delle strutture residenziali si orienta ai bisogni di specifici gruppi target.

3.6 Riforma dei distretti sociali

I distretti sociali sono l'unità organizzativa territoriale del sistema dei servizi sociali che funge da primo punto di contatto per le cittadine e i cittadini. Sono stati sviluppati a partire dal 2000 e oggi se ne contano 20 distribuiti su tutto il territorio provinciale. Dal punto di vista istituzionale fanno capo alle comunità comprensoriali/Azienda Servizi Sociali di Bolzano e condividono la loro sede con i distretti sanitari.
Dopo uno sviluppo pluridecennale continuo è necessario adeguare la loro struttura organizzativa e ampliare la gamma dei servizi con l'obiettivo di offrire servizi di prossimità alla collettività e in particolar modo alle famiglie del rispettivo bacino di utenza. La riforma dei distretti sociali prevede il coinvolgimento delle rappresentanze degli utenti e delle organizzazioni del Terzo settore. Gli obiettivi al centro della riforma sono i seguenti:

- rafforzamento del ruolo di sportello di prima accoglienza, consulenza e orientamento per le persone e le famiglie;
- rafforzamento delle risorse individuali e dell'autonomia delle persone;
- attivazione dell'unità specialistica per la famiglia;
- rafforzamento dell'unità specialistica per l'assistenza e la cura;
- attivazione dell'unità specialistica per la consulenza abitativa e occupazionale;
- potenziamento dei servizi di base forniti in tutti i distretti sociali, tenendo conto delle specificità storiche e culturali di ciascun bacino di utenza;
- trasferimento della competenza in materia di contributi per le spese di affitto dal distretto alla Provincia;
- garanzia di servizi sociali specialistici a livello di Comunità Comprensoriale o di specifici bacini di utenza;
- valutazione degli obiettivi secondo principi di efficienza, prossimità e appropriatezza.

I "distretti sociali orientati alla famiglia" sono preposti all'espletamento delle attività e dei servizi di *front office*, garantiscono servizi e prestazioni specialistiche a livello di distretto, Comunità Comprensoriale o di specifici bacini di utenza, attivano i servizi semiresidenziali o residenziali secondo quanto richiesto dalla valutazione dei bisogni.
La figura seguente mostra i servizi e le prestazioni del "distretti sociali orientati alla famiglia":

Riforma dei distretti sociali

Front Office/Interfaccia con il cittadino	Centro di competenza per le famiglie	Consulenza e accompagnamento sociale		Centro di competenza cura e assistenza	Assistenza economica sociale e consulenza
Settori di lavoro/ Prestazioni	Rete famiglie/ collaborazione con i Comuni/centro di competenza per le Politiche temporali/ conciliazione famiglia lavoro **	Tutela minori, assistenza socio-pedagogica di base ai minori	Servizio sociale/lavoro sociale adulti (tutti i gruppi target, ev. unità specializzate in caso di bisogno)	Sportello unico di assistenza e cura	Assistenza economica sociale (senza contributo per l'affitto, gestita a livello provinciale)
	Informazioni sull'offerta di sostegno alle famiglie (prestazioni economiche, servizi, Elki, KKB, FENAB, …)	Servizi domiciliari, educativa domiciliare, visite accompagnate	Centro di competenza/ consulenza abitativa e lavorativa **	Assistenza domiciliare/ Assistenza diurna	Consulenza debitori **
	Sostegno familiare precoce **	Ambulatorio specialistico **	Consulenza abitativa, accessibilità senza barriere, mezzi di aiuto **	Pasti a domicilio	
	Consultori familiari **	Adozione e affidamento **	Sportello violenza **	Controlli attività di cura/consulenza e formazione *caregiver*	
	Streetworking **	Lavoro di comunità **	Amministrazione di sostegno **	Violenza in età avanzata **	** ev. a livello comprensoriale, provinciale

strutture residenziali / semiresidenziali

3.7 Lotta alla povertà

Fattori di rischio individuali come la disoccupazione, l'invalidità, la malattia o condizioni familiari e sociali sfavorevoli possono far sì che le persone non dispongano di una fonte di reddito sufficiente a far fronte ai bisogni propri e del proprio nucleo familiare. Situazioni di questo genere possono essere dovute a condizioni di partenza sfavorevoli o possono subentrare all'improvviso nel corso della vita in concomitanza con crisi o sciagure personali o comportamenti a rischio. Una povertà diffusa può essere attribuita anche a carenze strutturali della società riconducibili a politiche di bilancio, fiscali o sociali non sufficientemente garantiste dell'equa distribuzione delle risorse, delle opportunità di sviluppo e dei doveri legati al bene pubblico.
A gravare sull'incertezza dei mezzi di sussistenza concorrono la precarietà nel mercato del lavoro conseguente alla digitalizzazione dell'economia, la transizione ecologica e dei consumi e le crisi politiche internazionali. Visto il crescente numero di persone che non sono in grado di mantenere il loro abituale tenore di vita a fronte dell'aumento del costo della vita dovuto alla stagnazione dei salari e alla generale riduzione del potere d'acquisto, il rischio di povertà è una sfida attuale. Nei prossimi anni, a fronte di una riduzione della disponibilità di risorse pubbliche crescerà la domanda di sostegno sociale per le persone e i gruppi sociali più vulnerabili. L'efficacia delle misure dipende dalla conoscenza della fenomenologia della povertà e richiede una presa in carico della società per sconfiggerne le cause.

Misure

L'ASTAT analizza e documenta in un modo completo le diverse forme di povertà e le caratteristiche delle persone e delle famiglie in povertà o a rischio di povertà. In questo studio viene analizzata l'efficacia dei trasferimenti per la lotta alla povertà e dei servizi e progetti sociali per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale.
La Provincia sostiene il dialogo tra le diverse attrici e attori sociali finalizzato al coordinamento degli interventi di lotta alla povertà.

3.8 *Task force* cooperazione Sociale e Sanità

La cooperazione sinergica tra le diverse istituzioni del settore sociale e del settore sanitario è di importanza centrale per fornire servizi efficaci e rispondenti ai bisogni.

Misure

Per promuovere le sinergie tra le istituzioni dei servizi sociali e sanitari viene istituita una *task force*, che garantisce il monitoraggio continuo delle interfacce a livello provinciale e di distretto sociosanitario. La *task force* è composta da una rappresentanza dei rispettivi dipartimenti e ripartizioni, delle Comunità Comprensoriali e del Terzo settore. Il suo compito è di elaborare proposte di ottimizzazione organizzativa finalizzata a garantire un'offerta di servizi sanitari e sociali orientata all'utente e di migliorare i progetti sperimentali realizzati negli ultimi anni, con particolare riferimento al "Masterplan Chronic Care" e alla valutazione multidimensionale socio-sanitaria.

3.9 Gestione delle risorse umane e fabbisogno di personale qualificato

A causa del cambiamento demografico nei prossimi 20 anni calerà il numero di giovani che entrano nel mercato del lavoro dopo la formazione. Gli incentivi per l'ingresso del potenziale di forza lavoro femminile ancora disponibile e l'adeguamento dei percorsi formativi al fabbisogno delle organizzazioni pubbliche e private non basteranno a compensare del tutto la carenza di personale qualificato. Sono previste strozzature anche nell'assistenza e nella cura informale. Per gran parte della popolazione entrambi i partner devono lavorare per guadagnarsi da vivere. Le riforme pensionistiche hanno posticipato l'età pensionabile portando la durata della vita lavorativa fino quasi alla soglia dei 70 anni. La società deve cercare di mitigare gli effetti occupazionali di questi sviluppi con misure mirate. Una possibile risposta è di sfruttare meglio il potenziale del volontariato che oggi tende a concentrarsi su specifici segmenti di attività (si veda il capitolo 8). Le innovazioni mirate, la flessibilizzazione e differenziazione dell'offerta formativa e il miglioramento delle condizioni retributive per tutti i profili professionali possono contribuire a mantenere entro limiti gestibili la carenza di assistenza nel settore sociale.

Misure

Miglioramento e flessibilizzazione dell'offerta formativa

La formazione di base nelle professioni di assistenza e cura verrà unificata e sarà maggiormente orientata alla prassi lavorativa dei diversi settori. L'offerta di specializzazione in specifici campi di applicazione verrà ampliata in base ai bisogni.

L'offerta formativa nel campo delle professioni di assistenza e cura sarà resa più flessibile dal punto di vista didattico e dei requisiti di accesso, al fine di ampliare le opportunità di formazione per gli adulti e facilitare la transizione tra i diversi corsi di studio.

Il rafforzamento della capacità di lavorare in squadra e nell'ambito di reti interdisciplinari e le competenze in campi di intervento complessi con responsabilità multiple vengono considerate qualificazioni chiave della formazione.

Il recupero e l'incremento delle risorse umane può essere conseguito ampliando gli ambiti di lavoro dei profili professionali esistenti e creando nuove opportunità di accesso alle professioni sociali, attraverso una formazione integrativa dopo la formazione professionale o la maturità.

Ampliamento dell'offerta di corsi

A fianco dei corsi di formazione tradizionali la formazione per le professionali sociali viene offerta anche in modalità duale, alternando momenti formativi in aula e momenti di formazione in servizio.

Alla formazione esistente si aggiungono programmi di formazione a livello decentrato sfruttando le opportunità di finanziamento esistenti.

In considerazione del crescente bisogno di personale assistenziale, la formazione del personale ausiliario addetto all'assistenza e alla cura viene resa più compatta e flessibile.

L'offerta formativa viene arricchita da corsi di formazione a tempo pieno o di tipo duale, per il conseguimento di una specializzazione professionale in aree complesse e impegnative.

Condizioni lavorative

Per coloro che si affacciano alla professione è prevista, in tutti i settori del sociale, una fase di inserimento con tutoraggio.

Lo scambio di esperienze tra le operatrici e gli operatori viene promosso in tutti i settori.

Le aree di responsabilità complesse vengono assegnate alle operatrici e agli operatori con un'esperienza lavorativa pluriennale e un'adeguata attitudine professionale e personale.
Nell'ambito dell'adeguamento annuale del piano di aggiornamento professionale, a cura del Servizio sviluppo personale della Ripartizione Politiche sociali, vengono definiti i macro-obiettivi della formazione e dell'aggiornamento professionale nel settore sociale.
Viene promosso il miglioramento delle competenze, comprovato da relativa certificazione, per i profili professionali in servizio.

Contrattazione collettiva
Le condizioni di lavoro per tutti i profili professionali del settore sociale vengono riviste periodicamente con le parti sociali allo scopo di ottenere miglioramenti nell'organizzazione del lavoro e nel trattamento economico, anche attraverso risorse contrattuali aggiuntive.
I profili professionali del settore sociale vengono revisionati con l'obiettivo di equiparare le professioni sociali e sanitarie comparabili. Verranno incentivati gli sviluppi di carriera.

Campagna di informazione e immagine per le professioni di assistenza e cura
Vengono realizzate iniziative per attrarre giovani e adulti verso la formazione e l'esperienza lavorativa nelle professioni di assistenza e cura. Queste possono comprendere i tirocini per i giovani, che possono essere accreditati per la formazione scolastica, l'anno di volontariato sociale, i percorsi di formazione complementare per gli adulti con esperienza lavorativa in altri settori.
La Provincia lancia una campagna di informazione e immagine per pubblicizzare le professioni di assistenza e cura quale campo di lavoro promettente e dinamico.

3.10 Garanzia di qualità

Grazie alle numerose strutture esistenti nel territorio e allo sviluppo mirato della rete sociale nel corso di decenni l'Alto Adige dispone oggi di un ampio spettro di interventi e servizi sociali. Questo è dovuto, da un lato, a scelte politiche lungimiranti e, dall'altro, al merito di persone che si sono adoperate, magari perché direttamente interessate, in progetti di integrazione e inclusione sociale in ambiti specifici. Nel complesso, il sistema sociale altoatesino è di alto livello e viene anche considerato come un modello. L'ulteriore miglioramento dei livelli di qualità degli interventi sociali e il potenziamento della rete pubblico-privato rappresentano una sfida per il futuro. Un sistema di *welfare* in grado di soddisfare le molteplici esigenze di una società socialmente e culturalmente diversificata richiede sempre di più, accanto all'assistenza di base, nuove prestazioni specialistiche di eccellenza. Parallelamente è necessario rafforzare ulteriormente le misure di garanzia della qualità.

Misure
La Provincia rielabora le linee guida per l'accreditamento dei servizi sociali in collaborazione con i rappresentanti degli enti gestori di servizi sociali pubblici e privati, con l'obiettivo di semplificarle e sostenere il miglioramento della qualità dei servizi sociali.
La Provincia, in accordo con le Comunità Comprensoriali e la Federazione per il Sociale e la Sanità, rivede i livelli essenziali delle prestazioni (Lep) delle strutture e dei servizi sociali per renderli conformi ai requisiti di miglioramento della qualità.
La Provincia sostiene i gestori delle strutture e dei servizi sociali nell'attuazione dei processi di miglioramento continuo basati su un regolare monitoraggio della qualità.

Le organizzazioni del Terzo settore, le persone interessate e i loro rappresentanti partecipano ai processi di miglioramento della qualità.

3.11 Valorizzazione del ruolo del Terzo settore

Le organizzazioni non profit del Terzo settore offrono servizi di informazione, consulenza e supporto all'auto-aiuto e assumono sempre più spesso il ruolo di fornitori di servizi sociali professionali. Sono partner degli enti pubblici nella pianificazione e nell'attuazione dei servizi sociali, in una logica di co-programmazione e co-progettazione. Il volontariato è una risorsa importante per le organizzazioni del Terzo settore sia per quanto riguarda la prestazione di un'assistenza diversificata, sia per quanto riguarda la pianificazione e l'amministrazione delle attività.

Misure

La Provincia promuove lo sviluppo organizzativo e la professionalizzazione del Terzo settore in ottemperanza ai crescenti requisiti normativi per l'introduzione o l'affidamento in gestione dei servizi sociali, in una logica di co-programmazione e co-progettazione pubblico privato non profit.
La Provincia promuove la formazione continua e la supervisione dei collaboratori volontari, in modo che siano preparati per le sfide professionali, il lavoro di squadra e la responsabilità nello svolgimento degli incarichi di lavoro sociale.
La Provincia organizza incontri informativi mirati sulle norme di settore (Codice del Terzo settore) e le nuove forme di collaborazione pubblico e Terzo settore per gli enti gestori di servizi sociali pubblici e privati e le organizzazioni del Terzo settore.

3.12 Bisogno abitativo

La carenza, in Alto Adige, di alloggi a prezzi accessibili ha un impatto negativo sullo sviluppo economico e sociale. A risentirne sono soprattutto le famiglie e i single a basso reddito. Per le persone e le famiglie più fragili la disponibilità di un alloggio è un presupposto per il successo dei progetti di inserimento e inclusione sociale.
La nuova legge sull'edilizia abitativa rappresenta un passo importante verso l'edilizia abitativa a prezzi accessibili. Al di là del vincolo normativo, l'aumento dell'offerta di alloggi pubblici a prezzi accessibili deve essere inteso come un compito della società nel suo complesso.

Misure

La Provincia punta ad ampliare l'offerta di alloggi in affitto con standard qualitativi adeguati e a costi accessibili. Le soluzioni vengono sviluppate in collaborazione con gli attori privati e le organizzazioni del Terzo settore.

3.13 Dati come base per la pianificazione

La rilevazione sistematica di dati sulle strutture e i servizi sociali e sui loro utenti è alla base dell'elaborazione del portfolio servizi e del funzionamento del ciclo virtuoso di valutazione dei bisogni, pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi sociali. I progressi tecnologici e il processo di digitalizzazione supportano la raccolta e la valutazione completa dei dati.

Misure

La Provincia migliora il sistema di rilevazione dei dati nel settore sociale attraverso l'introduzione di regole uniformi per la raccolta dei dati, tali da garantire il confronto e lo scambio interistituzionale. Il rispetto della *privacy* nella valutazione dei dati viene garantito da appositi protocolli, in conformità con gli standard nazionali e internazionali.
Vengono coinvolte nella raccolta dei dati rilevanti sui servizi anche le organizzazioni del Terzo settore.

3.14 Finanziamento

Il Piano sociale provinciale definisce strategie di politica sociale a medio e lungo termine orientate ai bisogni dei diversi gruppi target. Per i singoli punti chiave vengono descritte puntualmente le misure intese ad ampliare l'offerta di servizi e garantire il miglioramento continuo della qualità del portfolio servizi degli enti gestori pubblici, privati e non profit. Lo stanziamento dei fondi necessari per l'attuazione di questi obiettivi e misure è il presupposto per una politica sociale orientata al futuro per le persone e le famiglie in Alto Adige.

Misure

La Giunta provinciale stabilisce le priorità per l'attuazione del Piano sociale provinciale su un orizzonte temporale triennale e stanzia le risorse finanziarie a tal fine necessarie nel bilancio pluriennale.
I mezzi finanziari a favore dei fornitori di servizi sociali vengono assegnati in base ai requisiti del Piano sociale provinciale, tenendo conto dei compiti aggiuntivi come lo sviluppo della comunità e il rafforzamento della rete dei diversi attori e attrici.
Vengono definite misure a medio e lungo termine per l'impiego di ulteriore personale qualificato nel settore sociale ed evitare una recrudescenza della carenza di personale.
Lo sviluppo dei servizi sociali viene perseguito anche con l'impiego dei mezzi messi a disposizione dai fondi nazionali e comunitari.

3.15 Piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) fa parte del programma *Next Generation* EU (NGEU) ed ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026. Anche per l'Alto Adige il Piano rappresenta un'importante occasione di innovazione e sviluppo dei servizi sociali su tutto il territorio provinciale che vede gli enti gestori pubblici di servizi sociali nel ruolo di protagonisti.
La missione 5 "Inclusione e coesione" dell'Asse strategico "Inclusione sociale" di questo Piano finanzia e sostiene l'attuazione delle seguenti misure:

- sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
- percorsi di autonomia per persone con disabilità;
- *housing* temporaneo e stazioni di posta per le persone senza dimora.

La Ripartizione Politiche sociali coordina l'attuazione di 16 progetti elaborati singolarmente o congiuntamente dalle Comunità Comprensoriali e dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano come capofila di progetto, per un budget complessivo di 10.687.500 euro. La Ripartizione Politiche sociali promuove lo scambio di informazioni e la collaborazione con la Ripartizione Salute e con l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige con riferimento ai punti di contatto dei progetti del PNRR della Missione 5 "Inclusione e Coesione" e della Missione 6 "Salute" con l'obiettivo di integrare i percorsi di cura e assistenza e promuovere le sinergie e l'integrazione socio-sanitaria.
I progetti prevedono lo sviluppo di servizi e iniziative innovative sul territorio provinciale nelle seguenti aree:

- sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini;
- sviluppo e rafforzamento dell'assistenza domiciliare per favorire l'autonomia degli anziani non autosufficienti;
- rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del *burn out* tra le operatrici e gli operatori sociali;
- servizi residenziali per persone con disabilità e con disturbo dello spettro autistico;
- *housing* temporaneo e stazioni di posta per le persone senza fissa dimora.

I singoli progetti sono illustrati in dettaglio nella tabella seguente:

Tabella: PROGETTO PNRR – Missione 5 “Inclusione e coesione”

Investimento	Sub-investimento	ATS – aderenti* (Ambiti territoriali sociali ATS)	Titolo progetto
Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituziona-lizzazione degli anziani non autosufficienti – Investimento 1.1: *Supporting vulnerable people and preventing institutionalization*	Sub-investimento 1.1.1. Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini[14]	Consorzio di n. 2 ATS Capofila è la Comunità Comprensoriale Val Venosta e l’altro ATS aderente è la Comunità Comprensoriale Burgraviato	Ampliamento dei servizi di assistenza per le famiglie in Val Venosta: assistenza familiare – cure di sollievo e lavoro familiare socio-educativo
		Azienda Servizi Sociali di Bolzano	Sviluppo dell’educativa domiciliare e sostegno alla genitorialità
		Consorzio di n. 3 ATS Capofila è la Comunità Comprensoriale Val Pusteria e gli altri aderenti sono la Comunità Comprensoriale Valle Isarco e la Comunità Comprensoriale Alta Valle Isarco	Programma di intervento e prevenzione all’istituzionalizzazione P.I.P.P.I.
	Sub-investimento 1.1.2. Autonomia degli anziani non autosufficienti	Consorzio di n. 8 ATS Capofila è la Comunità Comprensoriale Burgraviato e gli altri ATS aderenti sono: Comunità Comprensoriale Val Venosta, Comunità Comprensoriale Salto-Sciliar, Comunità Comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina, Azienda Servizi Sociali di Bolzano, Comunità Compren-soriale Valle Isarco, Comunità Comprensoriale Val Pusteria, Comunità Comprensoriale Alta Valle Isarco	Sviluppo e rafforzamento dell’assistenza domiciliare per favorire l’autonomia di un gruppo ampio di persone anziane e di persone con disabilità
	Sub-investimento 1.1.3. Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissio-ne anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione	Consorzio di n. 2 ATS Capofila è l’Azienda Servizi Sociali di Bolzano e l’altro ATS aderente è la Comunità Comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina	Progetto di sviluppo e di implementazione di un sistema di assistenza domiciliare virtuale
		Consorzio di n. 2 BSE Capofila è l’Azienda Servizi Sociali di Bolzano e l’altro ATS aderente è la Comunità Comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina	Domotica e aiuto tecnologico per permettere alle persone anziane una lunga vita autonoma

[14] Si tratta dell’attuazione delle linee di indirizzo nazionali “L’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità - Promozione della genitorialità positiva” (si veda Cap. 5).

Investimento	Sub-investimento	ATS – aderenti* (Ambiti territoriali sociali ATS)	Titolo progetto
	Sub-investimento 1.1.4. Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del *burn out* tra gli operatori sociali.	Consorzio di n. 2 ATS Capofila è Azienda Servizi Sociali di Bolzano e l'altro ATS aderente è la Comunità Comprensoriale Burgraviato	Progetto di contenimento del rischio di *burn out* per il personale impiegato nell'area sociale
		Consorzio di n. 4 ATS Capofila è la Comunità Comprensoriale Alta Valle Isarco e gli altri ATS aderenti sono la Comunità Comprensoriale Valle Isarco, la Comunità Comprensoriale Val Pusteria e la Comunità Comprensoriale Salto-Sciliar	Progetto di contenimento del rischio di *burn out* per il personale impiegato nell'area sociale
Percorsi di autonomia per persone con disabilità Investimento 1.2: *Autonomy patterns for people with disabilities*	Progetto individualizzato Abitazione Lavoro	Comunità Comprensoriale Alta Valle Isarco	Attivazione della prima Comunità alloggio per persone con disabilità nella Wipptal al di fuori di un'istituzione
		Comunità Comprensoriale Val Venosta	Gestione di una comunità alloggio per persone con disabilità
		Comunità Comprensoriale Valle Isarco	Ampliamento dell'offerta della struttura "Seeburg"
		Azienda Servizi Sociali di Bolzano	Residenza per persone con disabilità
		Comunità Comprensoriale Val Pusteria	Gestione di una residenza per persone con disturbo dello spettro autistico
		Comunità Comprensoriale Valle Isarco	Centro diurno per persone con autismo
Housing temporaneo e Stazioni di posta per le persone senza fissa dimora Investimento 1.3: *Housing First and Post Stations.*	*Housing First*	Consorzio di n. 3 ATS Capofila è la Comunità Comprensoriale Burgraviato e gli altri ATS aderenti sono l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e la Comunità Comprensoriale Valle Isarco	Progetto *housing first* a Merano, Bolzano e Bressanone
	Stazioni di posta	Consorzio di n. 2 ATS Capofila è l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e l'altro ATS aderente è la Comunità Comprensoriale Burgraviato	Attivazione di una stazione di posta per persone senza-tetto a Merano e di una stazione di posta diurna/centro diurno per persone senzatetto a Bolzano

Anziane e anziani – accompagnamento, assistenza e cura

4

4.1 Introduzione

L'attuale offerta di servizi per l'assistenza agli anziani è incentrata sulla vita autodeterminata, l'indipendenza finanziaria, la partecipazione alla vita sociale e la possibilità di scelta tra prestazioni e servizi. Con l'introduzione dell'assegno di cura provinciale è stato rafforzato il sostegno dell'assistenza domiciliare. Negli ultimi 10-15 anni i Comuni e i servizi sociali, ma anche gli enti gestori privati senza scopo di lucro[15], con il sostegno della Provincia, hanno contribuito in modo significativo all'espansione e all'ammodernamento delle strutture residenziali e dei servizi socio-sanitari vicini al luogo di residenza. Il modello di assistenza si regge su un sistema graduato di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali e di associati standard delle prestazioni sociali.[16] D'altra parte, gli sportelli unici per la cura e l'assistenza sono un importante strumento per il rafforzamento della cooperazione tra i distretti socio-sanitari, gli enti gestori dei servizi sociali e le diverse autorità. Questo modello di crescita dovrà essere ulteriormente sviluppato in considerazione del crescente fabbisogno di assistenza e risorse e delle mutate condizioni quadro normative e finanziarie.

4.1.1 Fasi della rilevazione

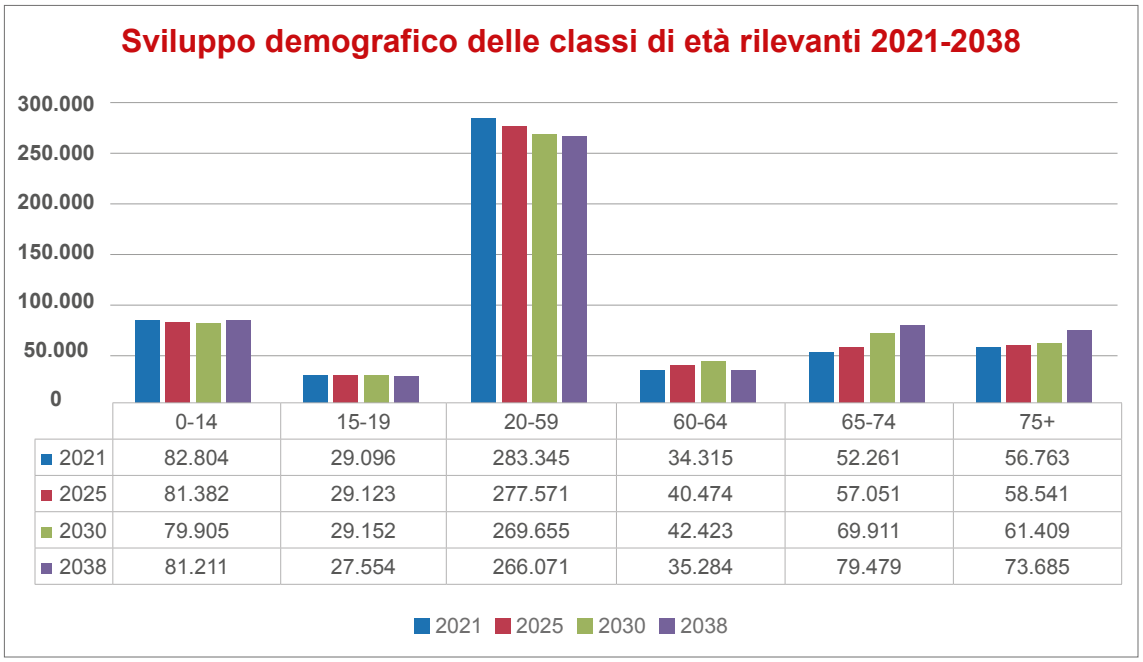
Le previsioni di sviluppo demografico elaborate da Eurac Research costituiscono una base fondamentale per una pianificazione dei servizi di assistenza agli anziani orientata ai bisogni. Le proiezioni tengono conto di due scenari di sviluppo del fabbisogno di assistenza fino al 2030. Da un lato, lo scenario basato sui target del piano sociale provinciale 2007-2009 e, dall'altro, lo scenario basato sul mantenimento degli standard assistenziali vigenti nell'anno 2018. Le proiezioni fanno riferimento ai diversi servizi di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale. A questi dati si aggiunge una stima del fabbisogno di risorse umane e finanziarie. Per ciascuna forma di assistenza sono stati determinati, e rispecchiati in un quadro d'insieme, i costi per unità di servizio. Oltre alle analisi quantitative, anche l'*expertise* dei professionisti offre numerosi spunti e indicazioni per indirizzare le scelte strategiche e le misure di intervento.
Le previsioni di sviluppo e i risultati di un sondaggio *online* sulle direzioni strategiche di sviluppo sono stati approfonditi in *workshops* tematici - la parte centrale dello studio di Eurac Research - con circa n. 80 esperti e esperte. Nella fase conclusiva dello studio di supporto scientifico Eurac Research, in collaborazione con la Ripartizione Politiche sociali, ha confrontato i risultati del processo partecipativo con le priorità e gli ambiti di sviluppo prioritari identificati nelle prime due fasi e definito le opzioni di intervento e le posizioni chiave da ricoprire in futuro nelle politiche per gli anziani.
Nel capitolo conclusivo si presenta un quadro d'insieme delle linee guida e delle misure pianificate partendo da una panoramica complessiva delle fasi dell'indagine e dello stato attuale delle informazioni sullo sviluppo delle politiche per gli anziani a livello sovraregionale.

[15] Art. 20, Legge provinciale n. 13/1991.
[16] Delibera della Giunta provinciale n. 1141/2012.

4.1.2 Dati chiave sullo sviluppo demografico

La garanzia di condizioni di prosperità durature e i progressi nelle cure mediche hanno contribuito a rendere la vecchiaia un periodo della vita attivo nell'ambito della famiglia e della comunità. In genere, le persone iniziano ad avere bisogno di assistenza per continuare a condurre una vita indipendente a partire dai 75 anni di età e necessitano di servizi di assistenza specifici a partire dagli 80 anni di età. Nelle previsioni di sviluppo della popolazione si analizza in particolare la classe di età 75+, con l'obiettivo di determinare il fabbisogno di strutture residenziali secondo quanto stabilito nel piano sociale provinciale 2007-2009. Questo consente di garantire un costante allineamento dei servizi di assistenza con il processo di invecchiamento della popolazione. La percentuale di persone 75+ anni passa da 54.884 a 61.908 persone dal 2018 al 2030, facendo registrare un aumento del 12,80%. Le previsioni di sviluppo della domanda di assistenza che vengono presentate nel prossimo capitolo fanno riferimento a questo arco temporale.
Un altro trend importante per la pianificazione dei servizi di assistenza è lo sviluppo demografico a medio e lungo termine. La classe di età 75+ passerà a 73.685 persone entro il 2038, segnando un aumento del 34,2% rispetto al 2018 e del 29,81% rispetto al 2021. Bisogna poi tener conto anche dello sviluppo delle classi d'età che entreranno nel mercato del lavoro e dovranno coprire la domanda di forza lavoro locale. In questo caso, come mostra la significativa riduzione della forza lavoro potenziale entro il 2038, si prevede un ulteriore peggioramento della carenza di personale nell'assistenza e cura. Ciò rappresenta un'ulteriore sfida per l'adeguamento del modello assistenziale.

Figura: Sviluppo demografico delle classi di età rilevanti 2021-2038

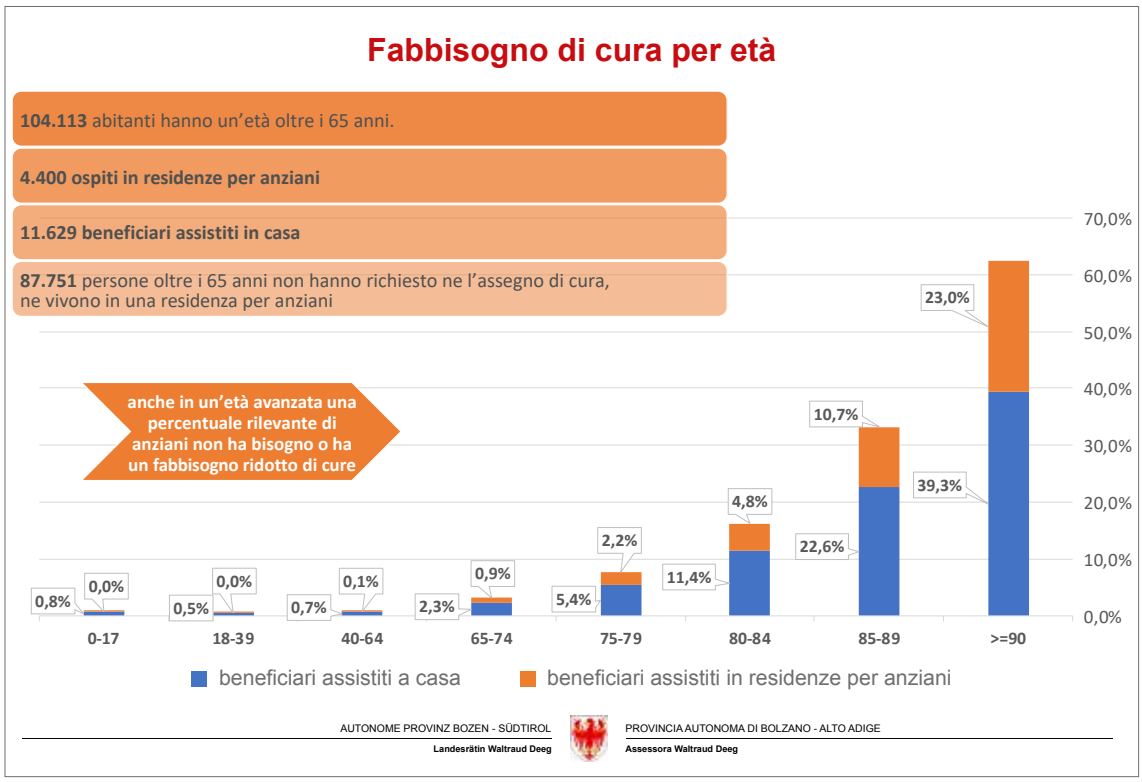


	0-14	15-19	20-59	60-64	65-74	75+
2021	82.804	29.096	283.345	34.315	52.261	56.763
2025	81.382	29.123	277.571	40.474	57.051	58.541
2030	79.905	29.152	269.655	42.423	69.911	61.409
2038	81.211	27.554	266.071	35.284	79.479	73.685

Fonte: ASTAT 2021

Le previsioni sul fabbisogno di assistenza possono essere elaborate anche sulla base dei dati dei beneficiari dell'assegno di cura per classe di età. Le stime dell'Amministrazione provinciale mostrano che il fabbisogno di assistenza aumenta in modo significativo con l'età. Al tempo stesso, però, la percentuale di anziani che conducono una vita attiva e indipendente grazie al miglioramento delle condizioni di vita e ai progressi della ricerca medica è molto maggiore rispetto a 50 anni fa.

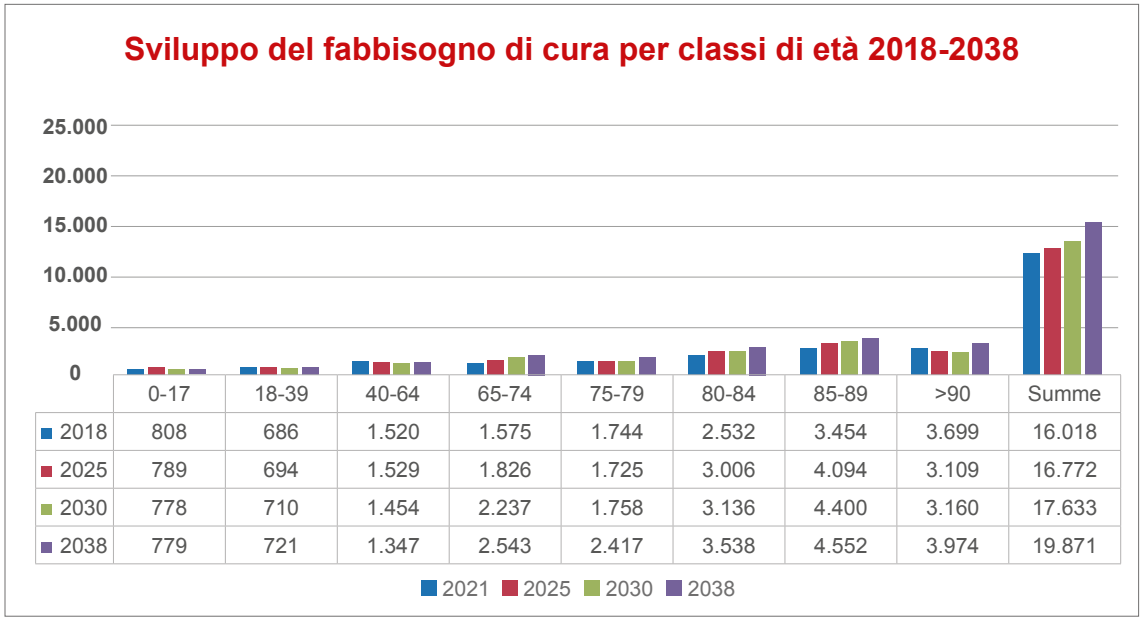
Figura: Fabbisogno di cura per età 2018



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, calcoli basati su dati ASTAT e Ripartizione Politiche sociali 2020, pag. 46, fig. 4-28

La previsione di sviluppo del fabbisogno di cure per classe d'età fino al 2038 in rapporto alla previsione di sviluppo della popolazione per classe di età fino al 2038 mostra un aumento da 16.018 a 19.871 persone. Entro il 2038, quindi, dovrà essere garantita l'assistenza ad ulteriori 3.853 persone (+24%).

Figura: Sviluppo del fabbisogno di cura per classi di età 2018-2038



	0-17	18-39	40-64	65-74	75-79	80-84	85-89	>90	Summe
2018	808	686	1.520	1.575	1.744	2.532	3.454	3.699	16.018
2025	789	694	1.529	1.826	1.725	3.006	4.094	3.109	16.772
2030	778	710	1.454	2.237	1.758	3.136	4.400	3.160	17.633
2038	779	721	1.347	2.543	2.417	3.538	4.552	3.974	19.871

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030 e previsioni ASTAT sulla popolazione 2021

4.2 Offerta attuale di servizi e previsione della domanda fino al 2030

Gli scenari futuri elaborati da Eurac Research sulla base delle proiezioni dell'offerta di prestazioni assistenziali nel 2018 mostrano le prospettive di sviluppo dell'offerta di servizi fino al 2030. Di seguito si presenta una panoramica dei singoli servizi.

4.2.1 Cura e assistenza nell'ambiente familiare

L'assegno di cura è stato introdotto in Alto Adige nel 2007 per coprire l'assistenza informale prestata dalla famiglia. Si tratta di un sostegno finanziario provinciale finanziato dalle tasse e indipendente dal reddito. Le persone con fabbisogno di cure che vengono assistite a casa possono utilizzare l'assegno di cura per pagare i servizi di assistenza e acquistare gli ausili necessari per le proprie cure. Nel mese di dicembre 2018 ne hanno usufruito 11.629 persone, nel 2019 11.963. Il 78% dei complessivi 15.536 beneficiari dell'assegno di cura nel 2019 è stato assistito a casa.[17] L'assistenza informale basata sull'assegno di cura rappresenta un pilastro centrale dell'attuale sistema di cura e assistenza in Alto Adige.
A causa delle misure di contrasto alla diffusione del Covid-19 le visite domiciliari per l'accertamento del fabbisogno di cure e assistenza sono state ripetutamente sospese nel corso del 2020, 2021 e 2022. Queste significative limitazioni, insieme alla persistente carenza di personale nei gruppi di valutazione e alla difficoltà a reperire personale sostitutivo, hanno allungato i tempi di attesa per la classificazione del fabbisogno assistenziale. Di conseguenza, con delibera della Giunta provinciale n. 694/2022 sono stati adeguati i criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza e per l'erogazione dell'assegno di cura. Le modifiche introdotte hanno lo scopo di semplificare e ridurre i tempi di attesa delle domande aperte.

Figura: Livelli assistenziali e importo dell'assegno di cura

Fonte: Ufficio Anziani e distretti sociali, presentazione di Brigitte Waldner, workshop *del 12.12.2020*

La valutazione della non autosufficienza viene effettuata dal *team* di valutazione, che è composto da un'operatrice sociale e da un'infermiera o un infermiere professionale. Il fabbisogno assi-

[17] https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/news.asp?news_action=4&news_article_id=642964

stenziale è suddiviso in quattro livelli in base alle ore di carico assistenziale mensili, che variano rispettivamente da 60-120, a 120-180, 180-240 e oltre 240 ore. L'assegno di cura viene erogato su richiesta delle persone con un fabbisogno di cura e assistenza riconosciuto ed è variabile tra 569 e 1.800 euro al mese nel 2022.
L'assegno di cura può essere erogato in parte anche sotto forma di buoni servizio. La carenza di personale nelle professioni di assistenza e cura degli ultimi anni richiede un miglioramento del sistema dei buoni di servizio e una sua flessibilizzazione in modo da garantire facilità di accesso, qualità e sicurezza dell'assistenza. In questa direzione è possibile garantire ai cittadini servizi aggiuntivi urgenti (anche semplici) grazie all'ampliamento dei profili professionali previsti per l'assistenza domiciliare. Il personale non specificamente qualificato per l'assistenza e la cura potrebbe occuparsi delle famiglie trascurate e di altri servizi semplici.
La proiezione indica un aumento a 13.130 beneficiari dell'assegno di cura entro il 2030 a fronte di una situazione di offerta invariata, pari a un aumento del 12,91%.

Tabella: Previsione della media mensile di beneficiarie/i dell'assegno di cura che vivono a casa nel 2030

Area tematica/anno	2018	2030
Media mensile di beneficiarie/i dell'assegno di cura	11.629	13.130

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, calcoli basati su dati ASTAT e Ripartizione Politiche sociali 2020, pag. 48 fig. 4-29

Va notato che il rapporto tra la popolazione attiva di età compresa tra i 20 e i 64 anni e la popolazione 65+ anni sta cambiando a causa degli sviluppi demografici. Nei prossimi anni, la tendenza all'aumento della popolazione anziana potenzialmente bisognosa di cure si accompagnerà a un calo delle persone disponibili a prestare cure e assistenza.

Tabella: Calo del potenziale dell'assistenza informale

Area tematica/anno	2018	2030
Sviluppo dell'indice di dipendenza (numero di persone potenzialmente bisognose di assistenza ogni 100 occupati)	33,04	42,09
Sviluppo del tasso di sostegno intergenerazionale (numero di persone 85+ potenzialmente bisognose di assistenza ogni 100 persone di età 50-64 anni)	14,59	16,41

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 102 fig.4-49 e pag. 109 fig.4-51

Anche l'aumento del tasso di occupazione delle donne, che finora si sono fatte carico in larga misura dei compiti di cura all'interno della famiglia, e il generale allungamento della vita lavorativa determinato dalle riforme pensionistiche giocano un ruolo importante. Le donne della cosiddetta generazione *sandwich* sono sottoposte a una particolare pressione a causa dell'accavallarsi dei compiti di accudimento dei nipoti e di assistenza ai familiari non autosufficienti. Una più equa distribuzione del lavoro di cura tra uomini e donne all'interno della famiglia potrebbe contribuire a sollevare le donne in tal senso.

4.2.2 Evoluzione della spesa per l'assistenza e la cura degli anziani

La spesa pubblica per l'assistenza alle anziane e agli anziani nel 2018 è stata calcolata operando una differenziazione tra i servizi di base e l'assegno di cura. La quota di spesa maggiore, pari a 100.494.576,36 euro, ricade sulle residenze per anziani. Dal 2014, il versamento dell'assegno di cura alle persone ricoverate in una struttura residenziale avviene tramite una somma forfettaria che viene trasferita direttamente alla struttura residenziale. Insieme ai costi dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza diurna, delle forme di assistenza domiciliare e del servizio mensa, la spesa totale ammonta a 113.384.302,65 euro. Questo importo crescerà fino a 127,63 milioni di euro entro il 2030, senza tener conto dell'aumento annuale dei costi. Tenendo conto di un aumento annuo dei costi del 2,1% la spesa totale sarà pari a 161,86 milioni di euro nel 2030.

Tabella: Servizi di base nel settore dell'assistenza delle anziane e degli anziani 2018

	Numero di strutture	Posti letto	Persone assistite	Ore prestazione	Personale FTE	Finanziamento Fondo sociale provinciale
Case di riposo	76	4.369	4.397		4.018,2	100.494.576,36 €
Centri di assistenza diurna	13	162			46,3	1.878.833,26 €
Assistenza abitativa	16	218				
Assistenza domiciliare: a casa			5.683	301.803	350,8	9.438.203,77 €
Assistenza domiciliare: centri diurni			6.827	38.033	30,2	953.239,15 €
Assistenza domiciliare: pasti			2.692	380.700		386.363,61 €
Mense per anziani	11	441		69.010		233.086,50 €

Fonte: Ufficio Anziani e distretti sociali, presentazione di Brigitte Waldner, workshop *del 28.09.2020; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.113, fig.4-25*

La spesa per i percettori dell'assegno di cura che vivono a casa è stata nel 2018 di 122,29 milioni di euro. Tenendo conto dell'adeguamento dell'importo dell'assegno di cura del primo livello assistenziale, che è aumentato di 2,1 euro su base annua rispetto all'anno precedente in conformità con le disposizioni nazionali, la spesa totale per l'anno 2030 ammonta, secondo le stime di Eurac Research, a 138,94 milioni di euro. Insieme alla spesa dichiarata per i servizi di assistenza di base, il contributo al finanziamento dal Fondo sociale provinciale per il 2018 ammonta a 235,67 milioni di euro.

Se si prende come base il contributo al finanziamento per unità di prestazione nel 2018, l'esborso pubblico complessivo per i servizi assistenziali e per l'assegno di cura agli assistiti a casa sarà di 264,35 milioni di euro nel 2030. Questo corrisponde a un aumento del 12,17%. Se si tiene conto dell'aumento realistico dei costi, la spesa totale sale a 300,81 milioni di euro.

Tabella: Evoluzione della spesa per i servizi centrali del settore Anziani/e e per l'assegno di cura tra il 2018 e il 2030

Materia/anno	2018	2030
Numero di beneficiarie/i dell'assegno di cura	11.629	13.148
Assegno di cura a favore dei beneficiarie/i che vivono a casa	122,29 mio. euro	138,94 mio. euro
Servizi centrali del settore Anziane e anziani e cura	235,67 mio. euro	264,35 mio. euro
Servizi centrali del settore Anziane a anziani e cura e assegno di cura, tenuto conto dell'aumento dei costi e dell'adeguamento dell'assegno di cura del primo livello assistenziale.	235,67 mio. euro	300,81 mio. euro

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, calcolo basato sui dati della Ripartizione Politiche sociali, pag. 48 fig.4-29, pag. 49 fig.4-31 pag. 116 fig.4-54, 4-55

Questo corrisponde a un fabbisogno finanziario supplementare di 65,13 milioni di euro, equivalente a un aumento del 27,64% rispetto all'anno base. Il calcolo si basa su studi internazionali, che quantificano nella misura del 2% su base annua l'aumento medio dei costi unitari nel settore della cura.
Secondo i dati ASTAT, la spesa per l'assegno di cura, che aveva raggiunto i 182.563.154 euro nel 2009, è passata da 215.978.303 euro nel 2017 a 233.430.357 euro nel 2019.

Tabella: Evoluzione della spesa per l'assegno di cura della Provincia 2009-2019 (Euro)

2009	2017	2018	2019
182.563.154	215.978.303	223.945.494	233.430.357

Fonte: Studio AFI-IPL sullo stato sociale 2014 per il 2009, Annuari ASTAT 2016-2020

Questa proiezione tiene conto esclusivamente dell'aumento della percentuale di persone con bisogno di cure determinato dal cambiamento demografico e della rispettiva spesa pubblica. Questi numeri devono essere considerati come un limite inferiore assoluto, in quanto la proiezione si basa sui dati a consuntivo del 2018 e non tiene conto in modo specifico dell'aumento dei salari reali nel settore della cura e dei cambiamenti nella composizione dei servizi di assistenza informale e professionale. Questo calcolo, inoltre, non include la spesa delle famiglie sotto forma di tariffe giornaliere per la degenza nelle strutture e l'assistenza privata così come nemmeno i costi determinati dalle prestazioni di cura e assistenza in ambito domestico.
Entrambe queste componenti sono rilevanti perché la concorrenza per le operatrici e gli operatori è già aspra e perché i nuclei familiari sempre più piccoli e fragili rappresentano una vera sfida per la cura e l'assistenza nell'ambiente familiare. Un gruppo di lavoro del Centro di competenza per il lavoro sociale e le politiche sociali dell'Università di Bolzano sta elaborando una valutazione di queste componenti, che integrerà di conseguenza la base informativa contenuta in questo rapporto.

4.2.3 Servizi di assistenza domiciliare

Attraverso i servizi di assistenza domiciliare professionale, i gestori pubblici di servizi sociali sostengono i familiari che prestano assistenza. Tali servizi sono forniti dalle Comunità Comprensoriali, dal Comune di Merano e dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Per l'assistenza domiciliare, nel 2018 è stato impiegato un numero di dipendenti pari a 350,8 equivalenti a tempo pieno che ha fornito 301.803 ore di assistenza. Se si mantiene l'attuale situazione dell'offerta (56,71 ore/100

abitanti), entro il 2030 gli equivalenti a tempo pieno dovranno essere aumentati a 365,7 e le ore di assistenza a 314.591. Il contributo al finanziamento dal Fondo sociale provinciale è stato di 9,44 milioni di euro nel 2018 (31,3 euro/ora di assistenza). Entro il 2030, mantenendo l'attuale livello di assistenza (56,71 ore/100 abitanti), si prevede un aumento a 12,48 milioni di euro con un incremento dei costi annui del 2%.

Tabella: Previsione del fabbisogno e del finanziamento dei servizi di assistenza domiciliare fino al 2030

Materia/Anno	2018	2030
Numero di dipendenti (equivalenti a tempo pieno)	350,8	365,7
Numero delle ore di assistenza	301.803	314.591
Contributo al finanziamento dal Fondo sociale provinciale	9,44 mio. euro	12,48 mio. euro

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 37 e seg., fig. da 4-13 a 4-16

4.2.4 Servizi di assistenza domiciliare privata ("badanti")

Nel 2013 è stata condotta una ricerca campionaria sulle condizioni di vita degli anziani dal titolo "La terza età in Alto Adige – 2013". Tra l'altro, in questo studio viene indagata l'autonomia e l'intensità dell'assistenza per classe d'età. Il 92,4% delle persone tra i 65 e i 74 anni e il 73,8% delle persone tra i 75 e gli 84 anni non ha mai usufruito di alcun servizio di assistenza. Il 2,9% delle persone tra i 65 e gli 84 anni e il 16% delle persone 84+ ha bisogno di assistenza continua da parte dell'assistenza domiciliare privata.

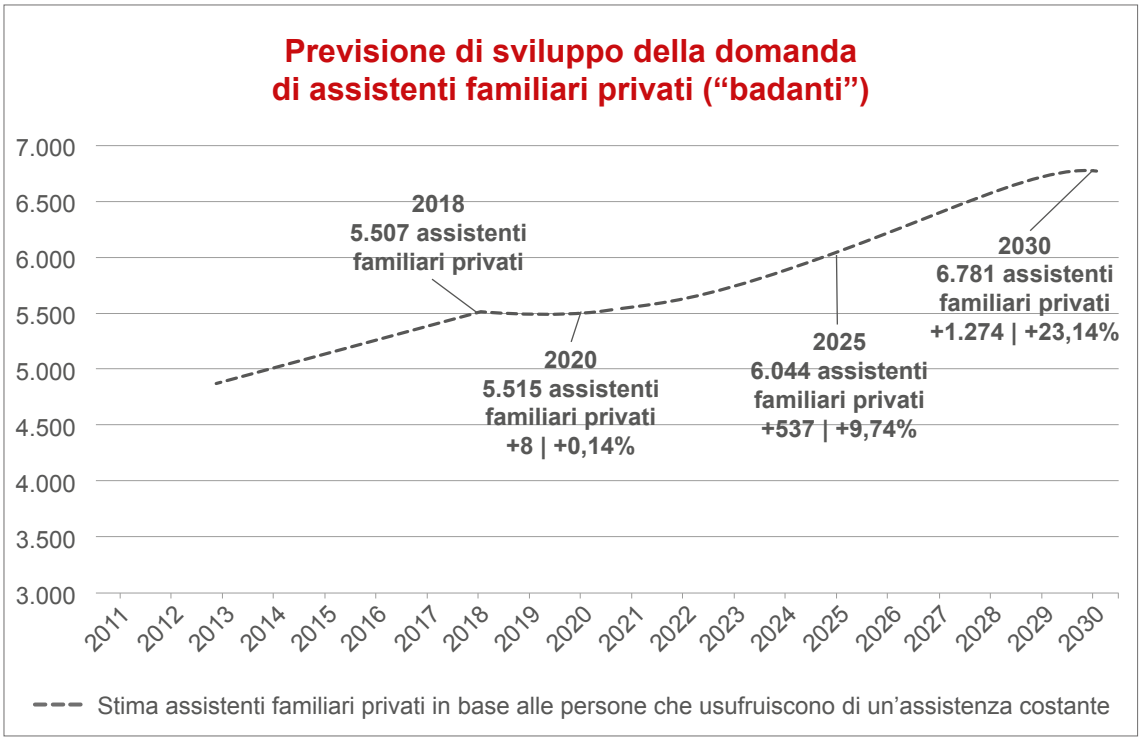
Tabella: Dati chiave sul fabbisogno di operatrici e operatori privati di assistenza domiciliare nel 2013

Tipo di servizio	Utenti 65-74 anni	Utenti 75 -84 anni	Utenti 85+
Nessuna assistenza	92,4%	73,8%	37,4%
Aiuto saltuario da parte della famiglia	5,8%	20,7%	37,5%
Aiuto saltuario da parte dell'assistenza domiciliare	1,0%	4,6%	10,7%
Aiuto dell'assistenza infermieristica domiciliare	0,5%	2,4%	13,2%
Assistenza continua da parte di una badante	0,5%	2,4%	16,0%

Fonte: La terza età in Alto Adige – 2013, ASTAT

Partendo da questi dati, nel 2018 le collaboratrici domestiche private ("badanti") erano 5.507. Se la situazione dell'offerta rimane invariata, la domanda di assistenza domiciliare privata aumenterà di altre 1.274 cosiddette "badanti", per un totale di 6.781 entro il 2030. Finora la Provincia non ha regolamentato questo settore e l'incontro tra domanda e offerta si è svolto in regime di libero mercato. L'assegno di cura potrebbe essere utilizzato per l'acquisto di questo tipo di servizi disponibili sul mercato.

Figura: Previsione di sviluppo della domanda di assistenti familiari private fino al 2030



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.106, fig.4-49

Un quadro aggiornato dell’importanza dei servizi domestici privati in Italia è fornito dal Rapporto annuale sul lavoro domestico 2021 dell’Osservatorio Nazionale Domina sul Lavoro Domestico.[18] Le elaborazioni Domina su dati INPS e ISTAT mostrano un quadro dei rapporti di lavoro regolari dei lavoratori domestici e lavoratrici domestiche (“colf e badanti”). Nel 2020 i lavoratori domestici e le lavoratrici domestiche regolari sono oltre 921 mila, per un volume complessivo della spesa di 7,2 miliardi di euro tra retribuzione, accantonamenti per il TFR e contributi sociali. A questi si aggiungono circa 1.100.000 rapporti di lavoro irregolari (57%) per una spesa di 7,7 miliardi di euro (solo la retribuzione). Per garantire l’assistenza ai familiari bisognosi le famiglie italiane nel 2020 hanno speso circa 14,9 miliardi. Il primo Contratto Collettivo Nazionale sul lavoro domestico è del 1974, l’ultimo rinnovo è del 2020.[19]

[18] Domina, l’associazione nazionale delle famiglie che impiegano lavoratori domestici e lavoratrici domestiche, ha pubblicato il terzo rapporto sulla situazione nel 2021: https://www.osservatoriolavorodomestico.it/rapporto-annuale- lavoro-domestico-2021.

[19] Importanti punti di riferimento per la regolamentazione dei rapporti di lavoro sono le Convenzioni dell’Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) n. 156/1981 sui lavoratori con responsabilità familiari, n. 189/2011 sul lavoro dignitoso per i lavoratori domestici e lavoratrici domestiche e n. 190/2019 sulla violenza e le molestie e le relative raccomandazioni.

Tabella: Caratteristiche del lavoro domestico privato in Italia 2020

Oggetto	Dati
Lavoratori domestici (colf e badanti) regolari	921.000
Percentuale di collaboratori domestici (colf)	52,3%
Percentuale di assistiti	47,5%
Percentuale di donne	87,6%
Percentuale di uomini	12,4%
Cittadinanza italiana	31,2%
Cittadinanza straniera	68,8%
Costo per le famiglie	7,2 miliardi di euro
Contributo del settore al PIL	16,2%

Fonte: Osservatorio Domina, Rapporto annuale sul lavoro domestico 2021

Questo rapporto contiene anche dati sulla situazione nella Regione Trentino-Alto Adige. Il numero di contratti di lavoro regolari è aumentato del 25% dal 2011 e si attesta su 13.142 lavoratori domestici e lavoratrici domestiche regolari nel 2020. L'Alto Adige e il Trentino sono pressoché in parità per numero di colf e di badanti. In Alto Adige sono registrate 2.150 colf e 4.463 badanti. A livello provinciale l'intensità del servizio a Bolzano, con 4 "colf" ogni 1000 abitanti e 13,1 badanti ogni 100 anziani, è maggiore che a Trento (3,7 "colf" e 11,7 "badanti"). Su base regionale, il 55,9% dei lavoratori domestici e lavoratrici domestiche proviene dall'Est Europa, seguito dal 28,7% di italiani, con la netta prevalenza del genere femminile (93,1%). L'età media del lavoratore domestico è di 51 anni. Il 46% vive con la famiglia dove presta assistenza. Nel 2020 le famiglie hanno speso 117 milioni di euro per la retribuzione dei lavoratori domestici e lavoratrici domestiche, tra stipendio, contributi e TFR.

4.2.5 Centri diurni per l'assistenza domiciliare, centri di assistenza diurna, pasti a domicilio, servizio mensa

La situazione dell'offerta nel 2018 è stata utilizzata anche per determinare il fabbisogno nel 2030 di posti nei centri di assistenza diurna, nonché il numero di ore di assistenza domiciliare, il numero di pasti a domicilio e il numero di posti nelle mense per anziani.

Tabella: Previsione del fabbisogno di servizi semiresidenziali fino al 2030

Oggetto	2018	2030
Posti nei centri di assistenza diurna	162	183
Equivalenti a tempo pieno nei entri di assistenza diurna (2,92 posti per 1.000 persone 75+)	46,3	52,2
Ore di assistenza a domicilio	301.803	314.591
Equivalenti a tempo pieno nell'assistenza domiciliare (56,71 ore per 1.000 abitanti)	350,8	365,7
Servizi nei centri diurni di assistenza domiciliare (7,15 servizi ogni 100 abitanti)	38.033	39.664
Equivalenti a tempo pieno nei centri diurni di assistenza domiciliare	30,2	31,5
Ore di assistenza per ETP nei centri diurni di assistenza domiciliare (7,15 servizi per 100 abitanti)	1.259,37	1.259,37
Utenti	2.692	3.176
Posti nei servizi mensa per anziani (da 60 anni) e altri utenti	441	647

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.115 fig.4-25

4.2.6 Cura residenziale

La base per le stime sull'andamento della domanda nel settore dell'assistenza e della cura residenziale degli anziani sono le proiezioni demografiche dell'ASTAT. Con l'aumento della popolazione residente tra il 2020 e il 2030 da 546.089 a 554.736 persone, cresce anche il numero di over 75, che passa da 55.079 a 61.908 persone. Partendo dalla consistenza di questa classe d'età e della rispettiva quota di assistenza residenziale il Piano sociale provinciale 2007-2009 ha stimato il fabbisogno fino al 2015 in 8,9 posti ogni 100 abitanti. I dati attuali del 2018 mostrano che i posti letto disponibili sul territorio provinciale per gli over 75 è stato di 4.369 posti. Quindi, a fronte di un valore pianificato dell'8,9% la copertura effettiva del fabbisogno della popolazione over è stata nel 2018 dell'8%.
Secondo le stime dell'Amministrazione provinciale, nel 2018 hanno avuto bisogno di assistenza circa 15.000 altoatesini. Questo dato risulta dalla somma delle beneficiarie e beneficiari dell'assegno di cura sopra i 65 anni che vivono a casa, delle persone con bisogno di cure che vivono a casa e non percepiscono l'assegno di cura e delle persone assistite in struttura. Mantenendo l'attuale indice di dotazione di 8,0 posti per 100 abitanti sopra i 75 anni, la prognosi per il 2030 è di circa 17.431 anziani con bisogno di cura.

Tabella: Stima del numero di anziani con bisogno di cura 2018-2030

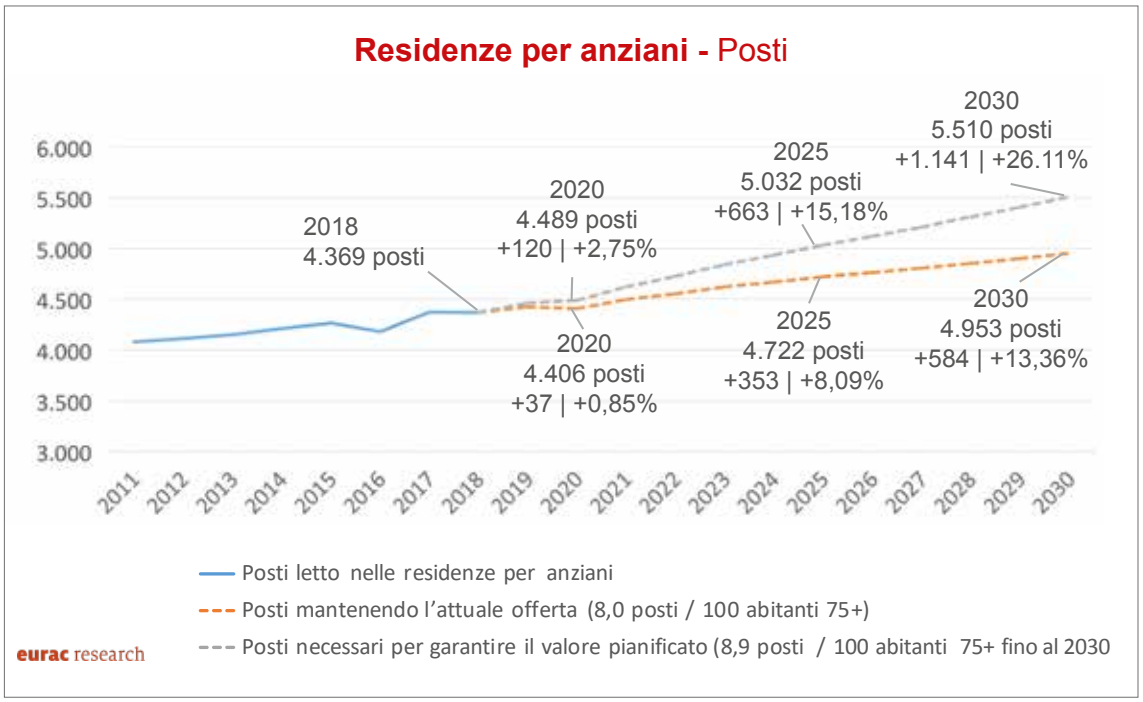
2018	2030
Circa 15.000 persone (2,8% della popolazione)	Circa 17.431 persone (3,1% della popolazione)
70% assistiti a casa circa 10.600 di cui 8.849 beneficiari dell'assegno di cura e 1.751 non beneficiari	70% assistiti a casa circa 12.478 di cui 9.762 beneficiari dell'assegno di cura e 2.440 non beneficiari
30% assistiti in struttura circa 4.400	30% assistiti in struttura circa 5.229

Fonte: ASSE, Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.50, 51

I circa 4.600 posti letto disponibili nelle 78 residenze per anziani[20] sono un pilastro consolidato e, quindi, fondamentale dell'assistenza agli anziani. Nel tempo si è affermata la tendenza ad utilizzare le strutture residenziali per l'assistenza degli anziani con maggiore bisogno di cure.
A causa dei cambiamenti demografici, negli ultimi anni l'indice di dotazione fissato nel piano sociale provinciale 2007-2009 è passato dal valore obiettivo di 8,9 posti per 100 abitanti 75+ a quello di 8 posti per 100 abitanti 75+ nel 2018. Nel 2011 l'offerta era ancora di 9,2 posti ogni 100 abitanti.

[20] Stato attuale secondo l'amministrazione statale al 22.01.2022:
https://www.provinz.bz.it/de/dienstleistungen-a-z.asp?bnsv_svid=1008440

Figura: Dotazione attuale di posti letto delle residenze per anziani e previsione 2030



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.31 fig.4-4

Per raggiungere entro il 2030 il valore obiettivo di 5.510 posti letto fissato nel vigente piano sociale provinciale dovrebbero essere create ulteriori 1.141 unità di degenza in struttura, pari ad un aumento del 26,11%. Il corrispondente fabbisogno aggiuntivo di addetti all'assistenza nel 2030 rispetto al 2018 è di 1.049 unità equivalenti a tempo pieno, che dalle attuali 4.018 passerebbero a 5.067. Mantenendo l'offerta del 2018, il fabbisogno aggiuntivo nel 2030 è di 584 posti, per cui il numero totale rimane al di sotto del limite di 5.000 unità di degenza.

Il fabbisogno di personale e di fondi nel 2030 dipende da quale parametro viene applicato per l'espansione delle case di riposo. Nel 2018 le unità di lavoro a tempo pieno effettivamente in servizio erano in totale 4.018,2 (1,09 posti per ETP). Il fabbisogno aggiuntivo di personale (ETP) varia da 536,8 a 1.049,2 unità a seconda che il valore obiettivo sia di 8,0 oppure di 8,9 posti per 100 residenti di età superiore a 75 anni.

Nel 2018 la spesa è stata di 100,49 milioni di euro (23.001,17 euro per unità di degenza in struttura). A causa della crescita della popolazione over 75, si stima che nel 2030 l'aumento della spesa per la sola copertura dei costi delle strutture residenziali sia compreso fra il 13,36% e il 43,77% mantenendo la dotazione effettiva dell'anno 2018 di 8 posti per 100 abitanti over 75, ovvero fra il 26,11% e il 59,94% applicando l'indice di dotazione pianificato di 8,9 posti per 100 abitanti over 75 anni, secondo il piano sociale provinciale 2007-2009. Lo spread dei costi in questa previsione si basa sul confronto tra un'evoluzione costante dei costi e un aumento annuo dei costi del 2%.

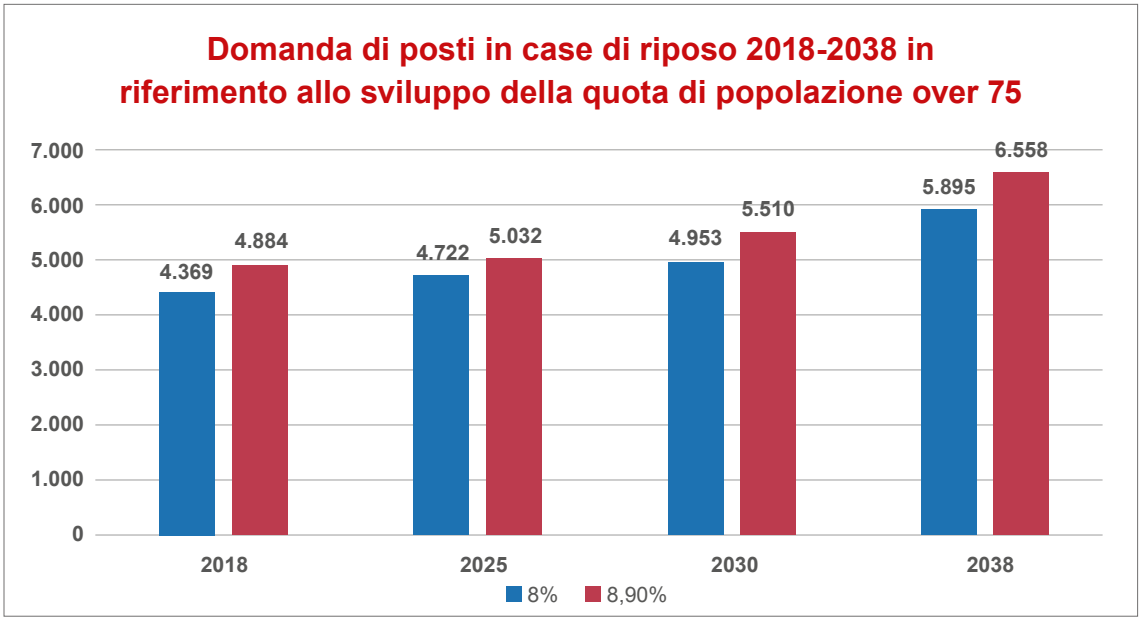
Tabella: Previsione del fabbisogno di personale e di fondi nel settore delle residenze per anziani nel 2030 rispetto al 2018

Oggetto/anno	2030	Fabbisogno aggiuntivo	Aumento percentuale
Fabbisogno di personale (ETP) per garantire il valore pianificato di 8,9 posti/100 a.e. 75+	5.067,4	1.049,2	26,11%
Fabbisogno finanziario dal Fondo sociale provinciale per garantire il valore pianificato di 8,9 posti/100 a.e. 75+ a costi invariati	126,74 mio. euro	26,24 mio. euro	26,11%
Fabbisogno finanziario dal Fondo sociale provinciale per garantire il valore pianificato di 8,9 posti/100 a.e. 75+ con aumento annuo dei costi del 2%	160,73 mio. euro	60,24 mio. euro	59,94%
Fabbisogno di personale (ETP) mantenendo l'offerta attuale (8,0 posti/100 abitanti 75+)	4.555	536,8	13,36%
Contributo al finanziamento dal Fondo sociale provinciale mantenendo l'offerta attuale (8,0 posti/100 abitanti 75+ a costi invariati)	113,92 mio. euro	13,42 mio. euro	13,36%
Contributo al finanziamento dal Fondo sociale provinciale mantenendo l'offerta attuale (8,0 posti/100 abitanti 75+ con aumento annuo dei costi del 2%)	144,48 mio. euro	43,98 mio. euro	43,77%

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.32, fig.4-5, 4-6, 4-7

Prendendo come orizzonte temporale di pianificazione l'anno 2038 il fabbisogno teorico è di 5.895 posti in struttura mantenendo la dotazione effettiva dell'anno 2018 di 8,0 posti per 100 abitanti over 75, ovvero di 6.558 posti applicando l'indice di dotazione pianificato nel piano sociale 2007-2009 di 8,9 posti per 100 abitanti over 75. Nel 2038, quindi, dovrebbero essere create ulteriori 1.526 ovvero 2.189 unità di degenza in struttura rispetto al 2018.

Figura: Sviluppo del fabbisogno di posti nelle residenze per anziani 2018-2038

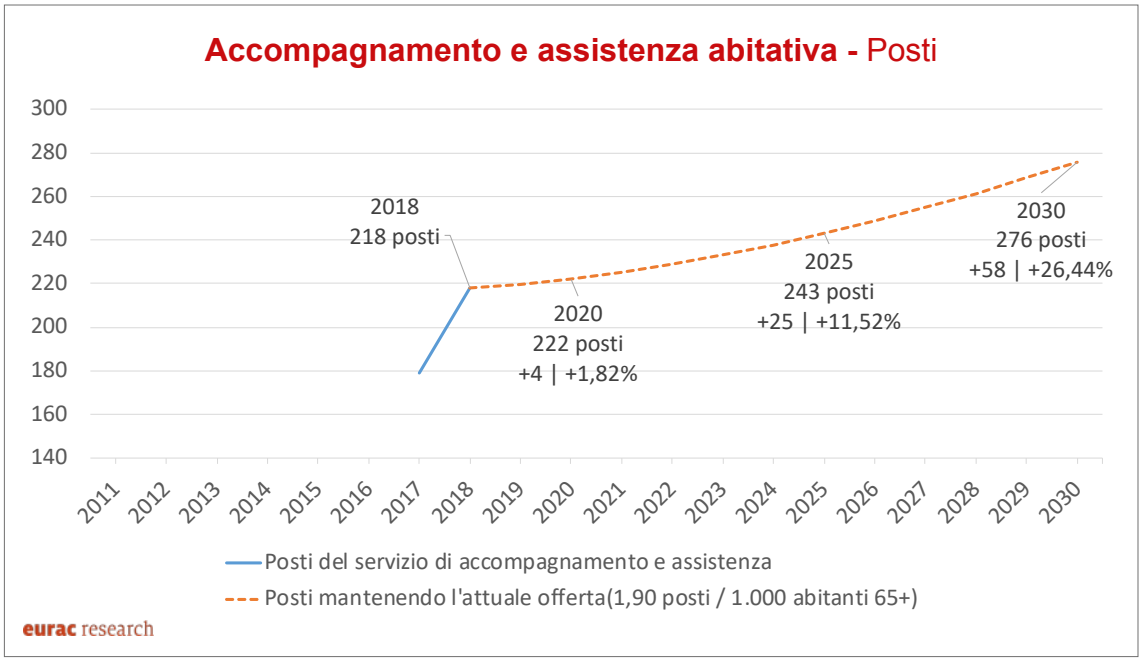


Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.30-31 fig. 4-3 e 4-4, calcolo basato sulle previsioni di popolazione ASTAT 2021

4.2.7 Accompagnamento e assistenza abitativa

In Alto Adige sono stati realizzati, in conformità alla Legge provinciale n. 13/1991, numerosi servizi di assistenza residenziale per anziani che rientrano nella categoria accompagnamento e assistenza abitativa. In base alla delibera della Giunta provinciale n. 6617/2019 il servizio si rivolge alle persone sopra i 65 anni, che non sono più in grado di gestire autonomamente o con l'aiuto di altre persone la propria vita quotidiana a casa.
Nell'ambito dell'accompagnamento abitativo è prevista la presenza quotidiana di una persona di riferimento che fra l'altro sostiene gli utenti nella gestione della vita quotidiana, promuove i rapporti sociali delle e degli utenti, svolge piccoli lavori in casa, organizza attività di tempo libero. I servizi di assistenza domiciliare possono essere acquistati anche presso il servizio di assistenza domiciliare accreditato competente, alle tariffe applicabili.
Nell'ambito dell'assistenza abitativa gli utenti possono usufruire di un pasto al giorno, della pulizia dei propri locali e di un'assistenza supplementare alle tariffe vigenti per il servizio di accompagnamento, mentre non possono usufruire dei servizi di assistenza domiciliare. I coinquilini possono anche acquistare i servizi aggiuntivi alla tariffa prevista. Il quadro normativo provinciale consente una gestione molto flessibile di queste forme di assistenza, che finora non sono state disciplinate da norme nazionali.

Figura: Previsione del fabbisogno nel settore dell'accompagnamento e assistenza abitativa fino al 2030



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.36 fig. 4-12

Nel 2020 l'offerta di accompagnamento e assistenza abitativa è di 310 posti distribuiti in 22 residenze per anziani dell'Alto Adige.[21]

[21] Si veda: https://www.provincia.bz.it/familia-sociale-community/seniors/downloads/Approved_Services_Assisted_Living_for_anziani_en_-_Act._05.03.2020.pdf

4.2.8 Fabbisogno di personale

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale nell'ambito delle residenze per anziani, dell'assistenza domiciliare, dei centri diurni dell'assistenza domiciliare e dei centri di assistenza diurna, le proiezioni indicano, a situazione dell'offerta invariata rispetto al 2018, un incremento delle unità equivalenti a tempo pieno da 4.445,5 nel 2018 a 5.004,3 nel 2030. Questo dato corrisponde ad un aumento del 12,57%. Con riferimento al personale totale dei servizi sociali questo comporta un aumento delle unità equivalenti a tempo pieno da 6.832 nel 2018 a 7.690,78 nel 2030.

4.2.9 Modello di finanziamento

In termini di costi, la quota di finanziamento pubblico per unità di servizio è rivelatrice, in quanto mostra le variazioni di spesa per i diversi servizi. In termini puramente aritmetici, estrapolando la situazione dell'offerta del 2018 si ottiene un aumento della spesa da 113,38 milioni di euro nel 2018 a 127,63 milioni di euro nel 2030, pari ad un incremento dell'8,48% per i servizi elencati nella tabella seguente.

Tabella: Dati chiave sui servizi di assistenza e sul contributo di finanziamento per unità di prestazione 2018

Servizi/ unità	Numero di strutture	Posti letto	Persone assistite	Ore di prestazioni	Personale ETP	Finanziamento dal Fondo sociale provinciale	Contributo al finanziamento per unità di prestazione
Residenze per anziani	76	4.369	4.397		4.018,20	100.494.576,36	23.001,73
Centri di assistenza diurna	13	162			46,3	1.878.833,26	11.597,74
Accompagnamento e assistenza abitativa	16	218					
Assistenza domiciliare			5.683	301.803	350,8	9.438.203,77	31,27
Centri diurni dell'assistenza domiciliare:			6.827	38.033	30,2	953.239,15	25,06
Pasti a domicilio			2.692	380.700		386.363,61	1,01
Mense per anziane/i	11	441		69.010		233.086,50	528,54

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.113, fig.4-25 e 4-26

Nel calcolo non è compreso l'aumento dei costi correnti, né l'aumento dei salari reali e dei servizi di assistenza ad alta intensità di costo. In base allo studio austriaco del WIFO l'aumento medio dei costi unitari è del 2% annuo.

4.2.10 Criteri di pianificazione e standard delle prestazioni nell'assistenza alle anziane e agli anziani

Nel Piano sociale provinciale 2007-2009 è stato definito un indice di dotazione di posti letto per le residenze per anziani che tiene conto del significativo aumento della popolazione anziana. A livello provinciale il valore di riferimento è di 8,9 posti per 100 abitanti over 75. A livello locale sono inoltre possibili adeguamenti in base alle necessità. Con delibera della Giunta provinciale n. 1141/2012 sono stati aggiornati i livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale. Per l'assistenza agli anziani sono rilevanti soprattutto i seguenti elementi.

Tabella: Livelli essenziali delle prestazioni sociali

Settore	Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVES)
Assistenza domiciliare e centri diurni dell'assistenza domiciliare	36 ore di assistenza domiciliare o presso il centro diurno dell'assistenza domiciliare all'anno per ogni persona che percepisce l'assegno di cura e non è ospitata in casa di riposo - centro di degenza; l'80% delle ore di assistenza devono essere prestate presso il domicilio
Centro di assistenza diurna e assistenza diurna per anziane/i nelle residenze per anziani	2,0 posti in centri di assistenza diurna o assistenza diurna in casa di riposo/centro di degenza ogni 100 persone inquadrate come non autosufficienti e residenti a casa nel relativo comprensorio
Pasti a domicilio/pasti mensa	4,8 pasti / persona oltre 65 anni

Questi criteri corrispondono alle condizioni quadro di quasi dieci anni fa. La tendenza all'invecchiamento della popolazione rimane costante. Tuttavia, con l'esaurirsi dell'effetto dei *baby boomers* degli anni '60 si riduce di conseguenza il numero di giovani che entrano nel mercato del lavoro. La carenza di personale in campo sociale e sanitario è già percepibile e si aggraverà nei prossimi dieci anni. D'altra parte, le strategie di intervento mirate in relazione ai nuovi sviluppi sociali (diffusione della povertà, migrazione e integrazione) e ai punti nevralgici del bisogno (disturbi mentali e dipendenze, quartieri marginalizzati negli agglomerati urbani) richiedono maggiori sforzi in termini di informazione, consulenza e assistenza.

4.3 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

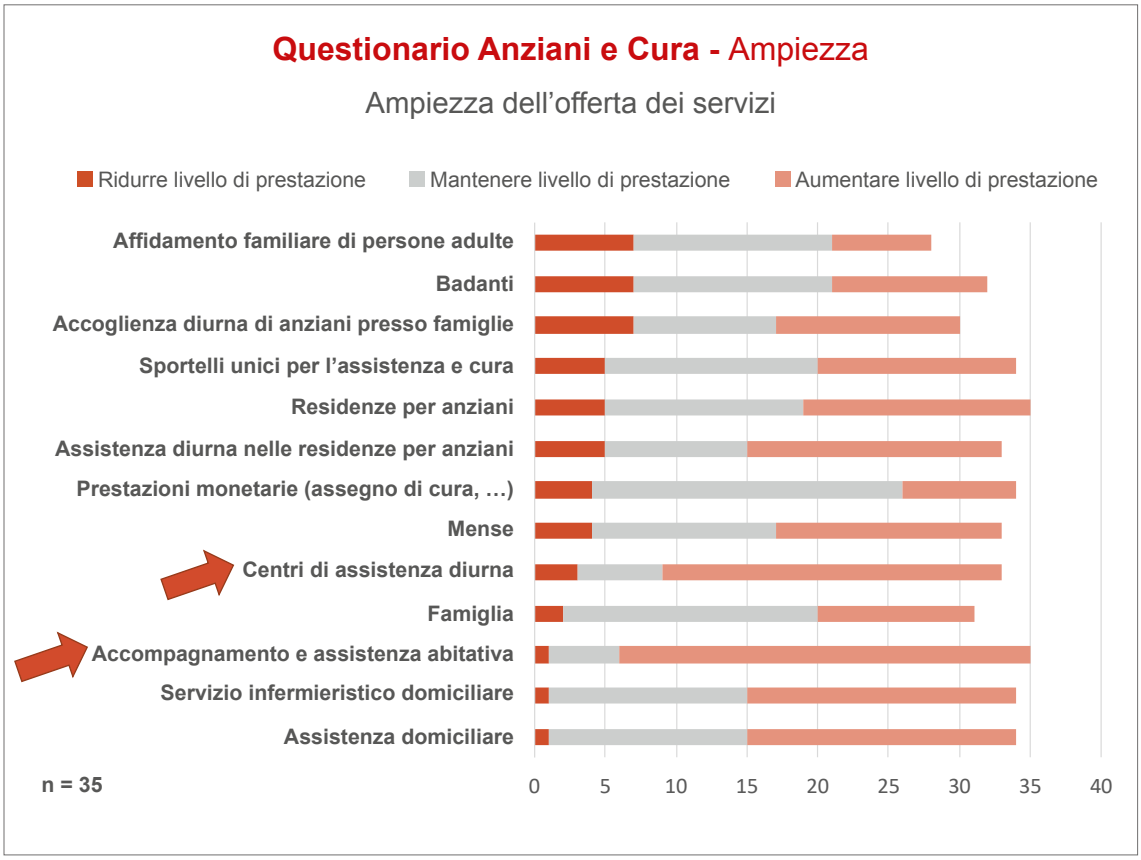
L'analisi dei dati e le previsioni di sviluppo della domanda, insieme ai risultati del sondaggio *online*, hanno fornito la base informativa per i *workshops* con le esperte e gli esperti della prassi del rispettivo settore di servizi. Questi dati sono stati presentati da Eurac Research e integrati da informazioni degli uffici competenti sullo stato attuale del portfolio servizi. Questa parte centrale del progetto di ricerca si è basata su *focus groups* mirati alla discussione approfondita di singoli aspetti del portfolio servizi nel settore "Anziane e anziani e cura". Dal punto di vista metodologico il dibattito si è sviluppato attorno a due scenari di sviluppo contrapposti, rispetto ai quali i e le partecipanti hanno preso posizione fornendo argomentazioni favorevoli e/o contrarie all'interno di un dibattito polarizzante. Questo ha consentito di sviscerare le rispettive posizioni in termini di requisiti, vantaggi e svantaggi.

4.3.1 *Input* dal sondaggio *online*

Il sondaggio *online*, al quale hanno partecipato portatrici e portatori di interesse selezionati del settore sociale, aveva lo scopo di utilizzare l'intelligenza collettiva come base per la successiva discussione nei *workshops*. Sono stati inclusi nell'indagine enti gestori di servizi sociali sia pubblici sia privati, associazioni e gruppi di interesse del settore sociale, collaboratrici e collaboratori dell'Amministrazione provinciale e delle amministrazioni comunali, centri di formazione e ricerca ed altri attori sociali. Sono state utilizzate principalmente domande chiuse con l'obiettivo di delineare chiaramente il quadro di orientamento. In due tranche successive sono stati raccolti in totale 87 questionari compilati, di cui circa la metà da parte di dirigenti. La valutazione era anonima ed ha fornito un quadro complessivo della valutazione dei servizi e delle prestazioni del sistema sociale altoatesino dal punto di vista degli esperti e delle esperte della pratica sui seguenti temi: portfolio servizi, ampiezza dell'offerta e finanziamento, sistema dell'assegno di cura, cura da parte della famiglia e delle operatrici domestiche private e operatori domestici privati, esempi di buone pratiche.

Dalle informazioni raccolte sulla natura e l'adeguatezza dei servizi emerge un desiderio generale di mantenere l'attuale portfolio servizi e di integrarlo con nuove forme di offerta. Una parte degli intervistati esprime una valutazione critica di alcuni servizi esistenti. Questo può essere un segno del dibattito in corso tra le attrici e gli attori del sociale sull'adeguatezza dell'attuale portfolio servizi e sul futuro orientamento della politica sociale determinato dalle mutate condizioni quadro e dalle nuove sfide sociali. L'opinione diffusa che il livello dei servizi debba essere ampliato mostra la sensibilità nei confronti delle esigenze attuali. Per quanto riguarda il finanziamento, si richiede in prima istanza l'impegno del settore pubblico.

Figura: Sondaggio *online*: opinioni sull'ampiezza dell'offerta di servizi



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030

La maggioranza delle rispondenti e dei rispondenti non ritiene opportuno cambiare l'attuale sistema di assistenza basato sull'assegno di cura. La sostituzione dell'assegno di cura con buoni servizio ha riscontrato solo un consenso parziale.
Le domande aperte del sondaggio sono state utilizzate, fra l'altro, per richiedere un maggiore sostegno per gli operatori domestici e le operatrici domestiche ("badanti"), una gestione coordinata degli operatori domestici e delle operatrici domestiche compresa la creazione di un registro professionale, corsi di formazione a bassa soglia e più controlli. Fra le buone pratiche viene segnalato il progetto Interreg Italia-Svizzera "Raggio di Sole Venosta" per l'assistenza a bassa soglia (cura della casa, contatti sociali) nelle aree rurali.
Nell'ambito dei *workshops* è stato rilevato che in futuro la società dovrà far fronte a una carenza di assistenza a causa della carenza di personale qualificato nei servizi sociali e sanitari. In generale, questa tendenza è riscontrabile in tutta Europa. Secondo uno studio del "Deutsches Krankenhaus Institut DKI"[22] dal 2019, la copertura del fabbisogno di personale negli ospedali, nelle residenze per anziani e nei servizi di assistenza ambulatoriale rappresenta "una delle sfide centrali dell'assistenza sanitaria nei prossimi anni e decenni". Le analisi della "Bundesagentur für Arbeit"[23] evidenziano una carenza di personale addetto alla cura già per il 2019 e il 2020. Uno studio della "Gesundheit Österreich GmbH" svolto su incarico del ministero federale competente[24] stima in 76.000 unità il fabbisogno aggiuntivo di addetti all'assistenza e alla cura entro il 2030 che non potrà essere coperto dalle diplomate e dai diplomati nei corsi di formazione specialistici.
La situazione dell'Alto Adige è simile. Nel 2020 e nel 2021 la strozzatura delle forniture si è aggravata a causa della pandemia. Le misure per garantire un'offerta adeguata alla domanda devono partire dalla formazione e dal miglioramento delle condizioni di lavoro delle professioni di assistenza e cura.

4.3.2 Modello di finanziamento

Per quanto riguarda il modello di finanziamento, le sostenitrici e i sostenitori del mantenimento del sistema attuale ravvisano la necessità di determinare standard di prestazione vincolanti (livelli essenziali delle prestazioni) come requisito minimo che i cittadini possono richiedere. Altri requisiti fondamentali sono la trasparenza e veridicità dei costi, e la parità di trattamento fra gestori pubblici e privati non profit. Nel caso di un cambiamento del modello di finanziamento si suggerisce di convertire l'assistenza alla non autosufficienza in previdenza sociale integrativa. In questo modo si pone enfasi sulla responsabilità personale a compiere scelte previdenziali e di risparmio, in modo da poter provvedere responsabilmente ai propri bisogni futuri. Questo richiede un ripensamento delle prestazioni e un adeguamento delle tariffe. Al posto dell'assicurazione per l'assistenza a lungo termine finanziata con le tasse, viene indicata come alternativa l'introduzione di un'assicurazione per l'assistenza a lungo termine, per offrire ai cittadini maggiori possibilità di scelta. Una richiesta comune ad entrambe le prospettive è quella di incentivare le persone a condurre una vita autonoma il più a lungo possibile ("aiuto all'auto aiuto").

---

22 Si veda *online*: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf
23 Si veda *online*: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile
24 file:///C:/Users/User/Downloads/Pflegepersonal-Studie%20Kurzfassung%20(1).pdf

4.3.3 Sistema tariffario

Nel complesso, l'attuale sistema tariffario è considerato trasparente. Chi lo considera equo ritiene necessario partire dal sistema fiscale e dall'evasione fiscale e semplificare la dichiarazione del reddito e del patrimonio e i processi amministrativi. Le fautrici e i fautori di un adeguamento chiedono un sistema tariffario più bilanciato tra servizi privati, domiciliari, semiresidenziali e residenziali e che vengano determinati e resi trasparenti i costi effettivi delle prestazioni sociali e il grado di copertura dei costi delle tariffe, con l'obiettivo di arrivare a un maggiore grado di copertura dei costi e ad un sistema tariffario più bilanciato e più differenziato tra tariffe e strutture. Le tariffe dovrebbero coprire solo le prestazioni standard, la cui determinazione spetta alla politica.

4.3.4 Mix di prestazioni

Le alternative al mix di prestazioni sono, da un lato, l'aumento dei trasferimenti monetari e, dall'altro, l'aumento della fornitura di prestazioni e servizi. L'elevata professionalità, la capillarità di diffusione, la convenienza per l'utente e la qualità vengono considerati i principali vantaggi dell'offerta di prestazioni e servizi. Per contro, gli svantaggi sono le limitate capacità, la carenza di personale, la burocrazia, i costi per l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento "paternalistico" del soggetto pubblico nei confronti delle cittadine e dei cittadini. Secondo i e le partecipanti ai *workshops* un aumento delle prestazioni monetarie porterebbe a una maggiore flessibilità e a nuove offerte per gli interessati, ridurrebbe la burocrazia e incentiverebbe una vita autodeterminata. A questi aspetti positivi si contrappongono la carenza di personale qualificato, uno scarso controllo della qualità dei servizi e l'aggravio per i familiari che prestano assistenza.

4.3.5 Cura in famiglia e mercato della cura

La polarità tra cura in famiglia ed esternalizzazione della cura è stata ampiamente dibattuta nel corso dei *workshops*. Importanti leve per il sostegno alle famiglie che prestano assistenza sono il lavoro di rete nel settore sociale per mezzo di uno sportello unico che funge da centro di coordinamento dei servizi per l'assistito, la consulenza, l'affiancamento e la formazione per i familiari che prestano assistenza, il sostegno da parte dei servizi professionali. Sono attesi miglioramenti anche per quanto riguarda l'interfaccia tra cura formale e cura informale, un maggiore sostegno e sollievo per la famiglia curante attraverso ricoveri temporanei e centri di assistenza diurna, il case *management* sia dell'assistito sia della famiglia che presta assistenza e il controllo qualità. Oltre alla valorizzazione delle professioni di cura nella percezione pubblica e alla copertura previdenziale si suggerisce la promozione della condivisione della cura all'interno della famiglia. La posizione contraria, avallata dallo studio dell'Istituto di ricerca economica in Alto Adige (IRE) si basa sull'argomentazione che, a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita, di quadri clinici sempre più complessi e della quota crescente di donne lavoratrici, appare poco realistico poter mantenere l'attuale modello di assistenza prestata dalla famiglia.
Il nuovo scenario di sviluppo include il rafforzamento della rete di sostegno informale (per esempio, patto intergenerazionale, comunità sociale) e lo sviluppo generalizzato dei servizi, sia pubblici sia privati. In particolare, l'aspettativa è la diversificazione dell'offerta di cura attraverso l'apporto di soggetti privati e, parallelamente, una chiara definizione del ruolo di regia del soggetto pubblico. L'accesso al mercato della cura da parte delle organizzazioni for profit è caldeggiato da alcuni e alcune partecipanti, in quanto potrebbe mobilitare risorse aggiuntive e alleggerire la

spesa pubblica. Altri e altre partecipanti sono contrari all'accesso, da parte delle organizzazioni for profit che operano nel sociale, ai finanziamenti pubblici per la creazione di residenze per anziani e prefigurano rischi riguardo ai bandi e alle procedure di gara europee aperti ai fornitori for profit.

4.3.6 Valorizzazione della professione di assistenza e cura

Si ritiene necessario un intervento sulla valorizzazione della professione di cura e a sostegno degli assistenti domiciliari privati. Questi ultimi dovrebbero essere inseriti in un registro pubblico delle professioni e avere maggiori e più adeguate opportunità di professionalizzazione e formazione. La trasparenza del mercato della cura dovrebbe essere migliorata attraverso la definizione, da parte del soggetto pubblico, di requisiti minimi per l'esercizio della professione, ovvero l'accreditamento della professione. Si richiedono inoltre maggiori controlli qualità e la creazione di uno sportello unico di informazione a livello di distretto.
L'importanza del ruolo delle professioni di cura emerge dai numerosi suggerimenti formulati dai e dalle partecipanti ai *workshops*. Tra l'altro, si richiede la definizione di nuovi parametri di assistenza che consentano ai professionisti di dedicare più tempo alle persone anziane, il miglioramento dell'offerta formativa (formazione di base uniforme seguita da specializzazione), la promozione dei giovani talenti (sensibilizzazione verso le professioni di cura e assistenza, mobilità fra professioni sociali), un maggiore orientamento alla prassi con interventi di esperti e delle esperte, lo sviluppo della formazione in servizio (simile all'apprendistato), una pianificazione più flessibile della formazione (abbassamento dell'età minima, offerte formative decentrate/delocalizzate).
Il riconoscimento dei titoli di studio stranieri e dei corsi di formazione per adulti e per migranti potrebbe contribuire a coprire la domanda di lavoro. La rappresentanza di interessi dei lavoratori e delle lavoratrici dell'assistenza dovrebbe essere riconosciuta e regolamentata da uno specifico contratto collettivo, unitamente a retribuzioni e opportunità di carriera più eque. Le donne che lavorano nel settore sociale dovrebbero essere incentivate a rientrare in servizio. Data la varietà di professioni nel settore sociale, i e le partecipanti ai *workshops* sottolineano la necessità di promuovere il mix di competenze (non solo persone con un livello di istruzione elevato) e di parificare le professioni sociali e sanitarie. Aree di particolare attenzione sono il bilinguismo e gerarchia tra profili professionali.

4.3.7 Nuovi scenari della cura

Per quanto riguarda l'assegno di cura, i e le partecipanti sono favorevoli al mantenimento dei quattro livelli assistenziali ma suggeriscono di migliorare i criteri di accesso. Viene apprezzato che l'assegno di cura contribuisce a garantire una maggiore libertà di scelta. Attraverso meccanismi adeguati il sistema dell'assegno di cura dovrebbe garantire il controllo sull'utilizzo dei trasferimenti monetari. Gli esperti e le esperte vorrebbero garantire la trasparenza delle qualifiche professionali e personali degli assistenti domiciliari privati attraverso un registro professionale e un sistema di accreditamento.
Per quanto riguarda l'assegnazione del livello assistenziale in base alla capacità contributiva (reddito e patrimonio) gli effetti negativi prevalgono su quelli positivi. Una prima obiezione è che per legge il primo livello dell'assegno di cura, che interessa circa il 70% dei beneficiari, non può dipendere dalla capacità contributiva. Inoltre, la situazione reddituale e patrimoniale può essere falsificata e questo può determinare disparità di trattamento. In alternativa si potrebbe operare

una maggiore differenziazione dei livelli assistenziali (per esempio dal 4 al 6). In ogni caso, sono necessari maggiori controlli sul diritto e l'utilizzo dell'assegno di cura.
L'eventuale istituzione di un fondo aggiuntivo per la non autosufficienza (tipo Pensplan) non solo permetterebbe di rafforzare la responsabilità personale ma rappresenterebbe, per il privato, una possibilità di risparmiare denaro vincolato e fiscalmente agevolato. Non è stato possibile raggiungere un accordo sulla questione se la realizzazione concreta di un fondo per la non autosufficienza finanziato con contributi dovrebbe integrare o, piuttosto, sostituire l'attuale sistema di finanziamento basato sulla fiscalità generale.

4.3.8 Abitare senza barriere

La vita a casa propria e l'abitare senza barriere vengono considerati un approccio assistenziale adeguato e da sviluppare ulteriormente in futuro. Secondo alcuni e alcune partecipanti ai *workshops* dovrebbe essere potenziata l'offerta di nuove forme abitative adeguate ai bisogni (per esempio, strutture abitative con spazi comuni, case multigenerazionali). Per quanto riguarda l'abitare senza barriere è necessario fornire maggiori informazioni e consulenza agli anziani. L'ampliamento dell'offerta di alloggi assistiti o protetti dovrebbe essere subordinato alla verifica del fabbisogno abitativo degli anziani. Altre importanti leve di azione sono il sostegno alle cooperative edilizie e la valorizzazione degli alloggi in affitto, anche attraverso sgravi fiscali, come per esempio l'esenzione dall'imposta comunale sugli immobili (IMI).
Per quanto riguarda le misure a supporto dell'abitare autonomo si raccomandano, fra l'altro, la flessibilizzazione dei servizi in funzione della domanda, il lavoro di prevenzione di tipo sociosanitario, l'offerta di una rete di servizi domiciliari dopo il ricovero ospedaliero e la pianificazione del ricovero temporaneo. Secondo i e le partecipanti ai *workshops*, si dovrebbe creare un mercato dell'assistenza con enti gestori di servizi pubblici e privati o non profit accreditati per la fornitura rapida e personalizzata di servizi di supporto. Inoltre, si auspica l'uso di tecnologie e apparecchiature mediche, p.es. per la rilevazione dei parametri vitali o la consultazione *online* con medici, alla quale va abbinata l'acquisizione, da parte degli anziani e delle anziane, delle competenze base di navigazione su Internet.

4.3.9 Ruolo dei Comuni

Infine, si suggerisce di coinvolgere maggiormente i Comuni nella risoluzione del problema abitativo. I compiti dei Comuni dovrebbero includere il monitoraggio periodico del fabbisogno, un maggiore impegno sull'edilizia sociale e gli affitti a prezzi agevolati, l'aggregazione dell'offerta locale e la diffusione delle informazioni, la sensibilizzazione precoce e costante sui temi dell'abitare in età avanzata e vita indipendente.

4.4 Punti cardine per un concetto di assistenza sostenibile

Dalla considerazione integrata dell'analisi dei dati storici e attuali relativi al portfolio servizi, delle previsioni statistiche sull'evoluzione della domanda, delle stime dei costi e della discussione approfondita con le esperte e gli esperti della pratica emergono i seguenti punti centrali per l'orientamento strategico dell'assistenza nella politica per gli anziani:

4.4.1 La vecchiaia come fase attiva della vita con bisogni di assistenza

La vecchiaia comprende periodi in cui le persone sono ancora attive professionalmente e danno il loro contributo alla famiglia e alla comunità, e periodi della vita in cui manifestano un crescente bisogno di assistenza. La politica può rispondere ai bisogni degli anziani valorizzandoli come risorsa per la comunità e promuovendone la partecipazione attiva alla vita sociale e una loro vita autodeterminata nell'ambiente di vita familiare. Inoltre, la politica deve apprestare servizi di supporto e assistenza appropriati assecondando l'evoluzione dei bisogni nelle diverse fasi del processo di invecchiamento. Sono necessarie misure idonee non solo nella politica sociale, ma anche nelle politiche del lavoro, della famiglia, dell'istruzione, della cultura e della mobilità.

4.4.2 Prospettiva di pianificazione a 10-15 anni

L'orizzonte temporale di pianificazione è stato definito in 10-15 anni. Si tratta di un'ipotesi realistica, che tiene conto del tempo necessario sia per l'adeguamento e la messa a regime delle strategie di servizio, sia per l'implementazione di nuove strutture e servizi. Una delle sfide da affrontare è la transizione al digitale e i suoi impatti, in buona parte non prevedibili, nel mondo del lavoro, nella società e nei consumi. Le previsioni demografiche a lungo termine forniscono un importante punto di riferimento per definire la rotta. Il concetto generale mira ad avviare sviluppi sociali che avranno effetti sistemici benefici nel lungo periodo.

4.4.3 Approccio e fattori di sviluppo rilevanti

Sulla base dei dati relativi allo sviluppo demografico e all'attuale portfolio servizi l'Eurac Research ha elaborato previsioni sugli scenari di sviluppo della politica per gli anziani fino al 2030. Attraverso un sondaggio *online* somministrato a circa 90 esperte ed esperti è stato elaborato un primo quadro orientativo dei problemi nel campo dell'assistenza agli anziani e alle anziane. Partendo da questi risultati sono state esaminate, nell'ambito di numerosi *workshops*, le opzioni di azione su un orizzonte temporale di 10-15 anni. Ai *workshops* hanno partecipato professionisti e professioniste del settore, rappresentanti delle autorità pubbliche e gli enti gestori dei servizi sociali, nonché esperte ed esperti del settore sociale. Per poter declinare la pianificazione a livello di Comuni e di Comunità Comprensoriali bisogna tenere in considerazione anche gli aspetti legati alla struttura economica e sociale del territorio e l'offerta di servizi sociali. In base alla Legge provinciale n. 13/1991 l'elaborazione del Piano sociale provinciale avviene con la partecipazione della Consulta sociale e del Consiglio dei Comuni e con il coinvolgimento delle attrici e degli attori sociali, al fine di raggiungere un ampio consenso sulle strategie di sviluppo delle poli-

tiche per gli anziani e le anziane e di stimolare la cooperazione tra gestori pubblici e privati di sevizi.
Nelle prossime pagine si presentano le proposte e le indicazioni pratiche fornite dalle esperte e dagli esperti nel sondaggio e nei *workshops*, i suggerimenti dello studio WIFO austriaco e di altri progetti di ricerca, nonché gli *input* basati sulle buone pratiche di altre regioni e paesi.

4.4.4 Modello di successo dell'assistenza multilivello

L'orientamento all'assistenza graduata nel settore sociale si sta dimostrando un modello di successo a livello internazionale, specie per le persone con un differente potenziale di vita indipendente. Questo è particolarmente vero per le anziane e gli anziani. Le persone anziane sono co-creatrici attive della comunità familiare e allargata e solo in età avanzata necessitano in misura crescente di assistenza. Partendo dal rafforzamento dell'indipendenza dell'individuo e della famiglia come prima comunità di sostegno, gli ulteriori elementi della rete di sicurezza multilivello vengono attivati in modo graduale secondo le necessità. Questa rete è costruita dal basso verso l'alto (approccio *bottom-up*) e spazia dai servizi informali ai servizi professionali forniti dal pubblico, dalle organizzazioni non profit e dal privato sociale. Il sistema sociale altoatesino si basa su questo mix di servizi. La decisione di mantenere l'attuale modello graduato e multilivello e di svilupparlo in futuro in modo mirato dipende dai tre ragioni fondamentali:

- corrisponde al meglio all'esigenza delle anziane e degli anziani di mantenere la loro indipendenza nell'ambiente di vita familiare;
- consente un utilizzo orientato alla domanda dell'ampia gamma di servizi e strutture di assistenza e, quindi, un impiego delle risorse umane in funzione degli obiettivi;
- consente di ottimizzare la spesa pubblica e limitare la partecipazione ai costi da parte dei diretti interessati. Inoltre, attraverso la capacitazione delle risorse della comunità, rappresenta un'opportunità per rispondere al crescente fabbisogno di personale.

Le residenze per anziani continuano ad avere un ruolo fondamentale soprattutto per le persone anziane bisognose di cure. Questa funzione deve essere ulteriormente sviluppata sotto l'aspetto della qualità. L'offerta di accompagnamento e assistenza abitativa negli alloggi per anziani già esistenti nei Comuni rappresenta un'integrazione meno costosa in quanto i bisogni di assistenza sono coperti dall'assistenza domiciliare. Nel complesso, è possibile che le strutture residenziali assumano in futuro una maggiore importanza in quanto fulcro di servizi sociali vicini ai cittadini. In considerazione dello sviluppo della domanda e dell'efficienza del mix graduato di servizi la priorità per i prossimi 10-15 anni è l'espansione dei servizi domiciliari e semi-residenziali.

4.4.5 Fattore chiave assistenza e cura da parte dei familiari

L'assistenza degli anziani da parte della famiglia rappresenta un pilastro centrale dell'attuale sistema di cura e assistenza in Alto Adige, come mostra il fatto che circa il 70% delle persone non autosufficienti vengono assistite a casa. Tuttavia, a causa della frequente complessità dei quadri clinici degli anziani i familiari che prestano cura hanno bisogno di sostegni mirati per poter garantire un'assistenza appropriata. A causa di diversi fattori, e in particolare dell'invecchiamento della popolazione, del rimpicciolimento dei nuclei familiari, dell'aumento del tasso di occupazione femminile e dell'allungamento della vita lavorativa determinato dall'aumento dell'età pensionabile, il potenziale dell'assistenza informale è in declino.

4.4.6 Altre prestazioni di assistenza e cura

In considerazione della riduzione del potenziale dell'assistenza informale assumono un'importanza crescente gli aiuti reperibili sul mercato privato. L'intensità dell'aiuto sociale privato dipende, fra l'altro, dalla capacità di mobilitare, all'interno della comunità locale, ulteriori risorse di supporto informale. La stima del fabbisogno di assistenza domiciliare privata nel 2030 si basa su dati del 2013. Il numero stimato di badanti, quantificato in 6.781 unità di personale, è probabilmente inferiore al fabbisogno reale. Nel prossimo decennio la popolazione 75+ continuerà ad aumentare, determinando una congiuntura sfavorevole caratterizzata da un crescente bisogno di assistenza e da una carenza di operatrici e operatori professionisti. Questa situazione accomuna l'Alto Adige, le regioni vicine e, in generale, i Paesi dell'UE.
L'adozione di misure mirate per rendere più attrattiva la formazione a livello locale può contribuire ad attirare un maggior numero di giovani verso le professioni di assistenza e cura. L'assunzione di personale assistenziale proveniente dai Paesi dell'Europa orientale o dai Paesi non UE può colmare in parte il fabbisogno ma va a scapito della garanzia assistenziale e previdenziale nei Paesi di origine. Lo sviluppo è influenzato anche dall'iter normativo stabilito a livello nazionale. Attualmente, il contratto collettivo nazionale sul lavoro domestico non prevede i consueti standard di tutela delle lavoratrici e dei lavoratori e sono necessari ulteriori passi per passare dalla consuetudine di lavoro informale alla regolamentazione formale dei contratti e delle condizioni di lavoro. L'associazione nazionale delle famiglie datori di lavoro domestico Domina[25] sta cercando di ottenere miglioramenti sostanziali, fra i quali l'indennità di malattia, la tutela delle lavoratrici madri e il congedo parentale per le lavoratrici e i lavoratori.

4.4.7 Modello di assistenza per i diversi servizi

È necessario elaborare un modello di assistenza di medio lungo periodo per le diverse forme di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Questo richiede un'analisi completa dell'offerta attuale in termini di efficienza, distribuzione territoriale, costi e requisiti di qualità. La partecipazione degli enti gestori dei servizi sociali, dei gestori privati di servizi e degli *stakeholders* sociali è un requisito fondamentale per raggiungere il consenso sulle istanze strategiche del piano sociale provinciale.

4.5 Caratteristiche e requisiti dei servizi

4.5.1 Sportello unico per l'assistenza e la cura

La creazione, nei diversi distretti sociali, di sportelli unici per l'assistenza e la cura è stato un passo importante verso un maggiore coordinamento dei servizi sociali e sanitari territoriali riguardo a informazione, consulenza, attivazione di prestazioni e amministrazione. In futuro questo approccio dovrà essere rafforzato.

[25] Si veda *online*: https://associazionedomina.it/

4.5.2 Servizi domiciliari per anziani

I servizi domiciliari rappresentano un importante sollievo dal carico assistenziale per la famiglia e sono associati a costi significativamente inferiori rispetto alle forme di assistenza semiresidenziale e residenziale. A livello informale vi è una richiesta diffusa di espansione dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza infermieristica domiciliare. Anche i servizi di assistenza aggiuntivi forniti dai centri diurni dovrebbero venire incontro alle esigenze dei *caregivers* familiari. La pianificazione degli interventi futuri richiede indagini più approfondite. Le possibilità effettive di un aumento dell'ampiezza dei servizi dipendono dalle capacità strutturali e dalla disponibilità di professionisti e assistenti adeguatamente formati. A questo riguardo l'assetto organizzativo dei servizi svolge un ruolo importante. Il confronto con modelli organizzativi di altre regioni può dischiudere nuove prospettive. In Veneto, per esempio, esiste una chiara distinzione fra il servizio di assistenza domiciliare, che comprende l'igiene degli ambienti, il servizio di lavanderia, la preparazione dei pasti, l'igiene della persona, il disbrigo di commissioni, il trasporto, e il servizio di assistenza domiciliare integrata, che fornisce diverse prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro.[26]
I pasti a domicilio sono un servizio offerto principalmente da enti gestori privati in regime di convenzione. Il servizio mensa consente agli anziani e alle anziane che sono in grado di muoversi di mantenere i contatti sociali.

4.5.3 Assistenza semiresidenziale

L'assistenza diurna nelle strutture e nei centri di assistenza diurna contribuisce ad alleviare la famiglia che presta assistenza e riduce anche la pressione sulle strutture residenziali.

4.5.4 Assistenza residenziale

Negli ultimi dieci anni l'offerta di posti nelle residenze per anziani, grazie all'iniziativa dei Comuni, delle Comunità Comprensoriali e delle aziende pubbliche di servizi alla persona (APSP), è stata costantemente ampliata e migliorata sotto il profilo della qualità. Le singole strutture hanno *background* storici in parte differenti fra loro. Per questo alcuni Comuni, nell'ambito delle leggi, si sono discostati dall'obiettivo originario della residenza di cura per le persone anziane. Oggi prevale la tendenza alla specializzazione nella cura e nell'assistenza, anche in combinazione con il funzionamento di reparti speciali per le persone con più bisogno. In considerazione del fabbisogno crescente di assistenza e dell'offerta socio-sanitaria integrata le residenze per anziani continuano ad avere un ruolo centrale nelle politiche sociali. Una pianificazione puntuale del fabbisogno aggiuntivo necessita di una valutazione multifattoriale della situazione attuale dell'offerta sulla base di dati concreti. In particolare, è necessario elaborare un quadro conoscitivo completo delle nuove strutture già previste, delle strutture che dovranno essere ampliate e delle strutture a conduzione pubblica che potrebbero essere dismesse. Devono essere raccolti dati sulla vetustà e la dotazione infrastrutturale delle singole strutture e sul loro inserimento fra le strutture sociali e sanitarie del rispettivo bacino di utenza. Inoltre, è necessario conoscere la pianificazione degli enti gestori privati.

[26] Si veda *online*: https://www.regione.veneto.it/web/sociale/sad-e-adi

4.5.5 Accompagnamento abitativo e assistenza abitativa

Il potenziamento dell'offerta nell'ambito dell'accompagnamento e dell'assistenza abitativa, nonché dell'assistenza abitativa plus rappresenterà in futuro un fattore di sgravio per le residenze per anziani. Ai fini della pianificazione è utile operare una più chiara distinzione fra alloggi indipendenti, che non necessitano di assistenza infermieristica, terapeutica o medica e alloggi che richiedono prestazioni professionali. Questo consente anche di distinguere chiaramente tali tipologie di offerta dall'assistenza residenziale. In questo quadro assume importanza la definizione di percorsi e *setting* assistenziali flessibili appropriati alla necessità dell'assistito. I costi a carico del singolo nell'ambito di strutture pubbliche di accompagnamento e assistenza abitativa dovrebbero essere sensibilmente differenti dai costi di degenza in struttura residenziale.

4.5.6 Revisione del sistema dell'assistenza economica

La riforma dell'assistenza alle anziane e agli anziani rende necessario un ripensamento del sistema dell'assistenza economica.

4.5.7 Finanziamento

L'espansione delle prestazioni sociali rappresenta una risposta non solo al bisogno crescente di aiuti di *welfare*, ma anche al bisogno di contenimento della spesa sociale poiché gli interventi precoci e di natura preventiva riducono in modo significativo la necessità di interventi successivi, ben più costosi. Il margine di manovra finanziaria per le politiche sociali del futuro è limitato dalle misure adottate per fronteggiare le crisi economiche e dalle spese straordinarie sostenute per mitigare le conseguenze dell'emergenza da Covid-19. Emerge, però, un nuovo orientamento nelle politiche sociali, che sposta il centro dell'attenzione dai costi degli interventi sociali agli effetti positivi, generabili dal loro uso responsabile, per la società e l'economia nazionale nel suo complesso. Da un lato, i beneficiari di aiuti sociali sono incoraggiati ad aiutare ad aiutarsi creando rendimento delle prestazioni sociali a beneficio dell'intera collettività. D'altra parte, gli enti gestori di servizi sociali sia pubblici sia privati sono chiamati a rafforzare il loro impegno per la collettività, investendo sulla capacità di trasformare le relazioni sociali e sullo sviluppo della comunità locale. Ciò presuppone che tutti gli attori sociali si adoperino al fine di superare il modello di *welfare* redistributivo a favore di un modello di *welfare* generativo[27]), i cui effetti positivi si riverberano su tutta la comunità. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sostiene lo sviluppo dell'assistenza sociale attraverso finanziamenti straordinari del programma *Next Generation* EU (NGEU).

[27] Questo approccio è stato sviluppato in Italia soprattutto dalla fondazione Emanuela Zancan: https://www.fondazionezancan.it/tags/browse/welfare+generativo

4.6 Obiettivi strategici e misure

Le statistiche sullo sviluppo demografico confermano, da un lato, che le persone rimangono attive e in salute più a lungo e, dall'altro, che in età avanzata hanno un bisogno crescente di assistenza. Secondo un approccio dal basso (*bottom-up*) le politiche sociali per gli anziani hanno come obiettivo lo sviluppo di una rete di assistenza efficace e graduata in base ai bisogni.
Al centro dell'attenzione vi sono l'espansione dei servizi domiciliari e semiresidenziali al fine di mantenere l'autonomia degli anziani e l'assistenza quotidiana nell'ambiente di vita familiare. Gli obiettivi strategici centrali sono il sostegno efficace ai familiari che prestano assistenza e il rafforzamento della cooperazione tra i diversi servizi socio-sanitari. Le strutture residenziali vengono sviluppate con l'obiettivo di garantire un progetto di cura e assistenza individualizzato e alti livelli di qualità dell'assistenza.
La fornitura di servizi sociali è un compito che spetta alla società nel suo complesso. Tutte le risorse e le capacità della comunità locale, dalle famiglie al volontariato fino all'assistenza professionale da parte di organizzazioni non profit e private, vengono mobilitate nel prestare cure e assistenza agli anziani. L'obiettivo è la creazione di una rete di assistenza (*community care system*) basata sull'interazione fra tutti gli attori, tenendo conto delle caratteristiche peculiari dei rispettivi bacini di utenza.

Per il periodo di pianificazione 2023-2035 sono previsti i seguenti obiettivi strategici:
- promozione di una vita indipendente delle anziane e degli anziani e del loro ruolo dico-creatrici e co-creatori attivi della comunità,
- ampliamento dei servizi di assistenza e cura domiciliare e semiresidenziale,
- assistenza privata come pilastro del modello di *welfare*,
- ulteriore sviluppo dell'offerta di servizi residenziali,
- gestione delle risorse umane e attrattività delle professioni di assistenza e cura,
- adeguamento del modello di finanziamento.

4.6.1 Promuovere una vita autonoma e autodeterminata degli anziani e il loro ruolo di co-creatori attivi della comunità

Obiettivo: le anziane e gli anziani vengono aiutati a gestire in modo indipendente la quotidianità nel loro ambiente di vita usuale, senza dover dipendere dai servizi, e a partecipare attivamente alla vita sociale.

Misure

Partecipazione attiva

Il sostegno alla vita indipendente nell'ambiente domestico e la partecipazione attiva degli anziani e delle anziane alla vita della comunità sono obiettivi quadro della Giunta provinciale e dei Comuni nei diversi ambiti di *policy*.

Spazi di vita a misura di anziano

La progettazione di spazi di vita a misura di anziano, la promozione della salute e del benessere e la partecipazione sociale sono considerati un tema trasversale alle strategie di sviluppo delle aree rurali e urbane, in conformità con i principi della Legge provinciale sull'invecchiamento attivo (Legge provinciale n. 12/2022).

Adattamento strutturale degli appartamenti

La Provincia promuove l'adeguamento strutturale e tecnico delle abitazioni private, in modo soddisfare le esigenze abitative quotidiane degli anziani e delle anziane. L'edilizia abitativa pubblica tiene conto del fabbisogno degli anziani nell'attuazione dei propri programmi di costruzione e progetta abitazioni adeguate alle loro esigenze.

Sistemi di assistenza tecnica adeguati all'età (*Ambient Assisted Living* / domotica)

Viene potenziato l'utilizzo di tecnologie assistive adeguate all'età e idonee a garantire la sicurezza in situazioni di emergenza, il contatto con le persone curanti e con il contesto di vita sociale, l'assistenza sanitaria e la teleassistenza.

Nuove forme di alloggio per anziani

La Provincia e i Comuni sostengono la realizzazione di forme abitative intergenerazionali e trasversali ai gruppi target (per esempio, *co-housing*, case multigenerazionali, appartamenti condivisi), gestite secondo i principi dell'auto-aiuto e dell'aiuto solidale reciproco.

Servizi di aiuto volontario per la vita quotidiana

L'importanza delle organizzazioni non profit e delle prestazioni di aiuto volontario (per es. assistenza temporanea, pulizie domestiche, spesa, accompagnamento agli uffici, partecipazione alla comunità locale) è in crescita per la sua funzione complementare all'assistenza da parte della famiglia e all'offerta di servizi pubblici. È inoltre necessario sviluppare forme di aiuto di vicinato o modelli di supporto reciproco.

Club per anziani e luoghi di incontro sociale

La Provincia e i Comuni sostengono le attività dei circoli per anziani e le attività educative e ricreative per gli anziani e le anziane, nonché la gestione di luoghi di incontro sociale per gli incontri intergenerazionali e lo scambio sociale. L'offerta di soggiorni per anziani viene ampliata in base alla domanda.

Digitalizzazione

La Provincia promuove progetti che facilitano l'accesso e l'uso delle nuove tecnologie e dei media digitali da parte degli anziani e delle anziane. L'accesso ai servizi pubblici da parte degli anziani deve essere garantito anche attraverso forme tradizionali (es. domanda cartacea).

Agevolazioni per la famiglia curante

La Provincia adotta misure integrative e introduce agevolazioni in aggiunta alle misure di sostegno statali per facilitare la presa in carico del compito di cura da parte della famiglia (per esempio, Legge n. 104/1992, copertura pensionistica delle prestazioni assistenziali).

4.6.2 Ampliamento dei servizi di cura e assistenza domiciliare e semiresidenziale

Obiettivo: L'ampliamento dei servizi di assistenza domiciliare e semiresidenziale contribuisce a sostenere l'autonomia e l'indipendenza degli anziani e delle anziane.

Misure

Assistenza e cura domiciliare

Il servizio di assistenza domiciliare e il servizio infermieristico domiciliare sono collegati in rete in un sistema di offerte di servizi socio-sanitari coordinati. L'informazione e la mediazione dei servizi in base alla domanda vengono coordinati dagli Sportelli unici per la cura e l'assistenza. L'assistenza domiciliare viene ampliata e viene garantito un servizio sette giorni su sette dalle 07:00 alle 19:00 e, nei fine settimana, dalle 08:00 alle 17:00, in base alla domanda.

Pasti a domicilio e mensa per anziani

I servizi pasti a domicilio e mensa per anziani vengono ampliati nei singoli bacini di utenza in base alla domanda.
I Comuni istituiscono, in modo complementare ai servizi esistenti, i cosiddetti tavoli per anziani e anziane.

Offerte di agricoltura sociale

Le offerte per la fornitura di servizi di assistenza domestica e individuale nell'ambito dell'agricoltura sociale, come i servizi "vivere insieme la quotidianità" e "pasto nel vicinato", contribuiscono a coprire il fabbisogno di assistenza diurna.

Consulenza e accompagnamento dei familiari curanti

Nell'ambito dell'attività del servizio assistenza domiciliare, ovvero degli Sportelli per la cura e l'assistenza, vengono create offerte aggiuntive per la consulenza, l'accompagnamento e la formazione dei familiari curanti o vengono sostenuti i corrispondenti servizi da parte di organizzazioni non profit (per esempio, informazioni, istruzioni e corsi sull'assistenza domiciliare, scambio tra familiari *caregivers*).

Sportello unico per la cura e l'assistenza

Oltre a fornire informazioni e consulenza, lo Sportello unico per la cura e l'assistenza svolge i seguenti compiti nell'ambito del *case management*:

- accertamento, da parte di un'*équipe* multidisciplinare, del fabbisogno di assistenza e individuazione della forma di assistenza più adeguata al fabbisogno in accordo con la persona interessata e la sua famiglia nonché realizzazione del percorso di assistenza concordato;
- promuovere la cooperazione tra famiglia curante, servizio di assistenza domiciliare e servizio infermieristici a domicilio e, in generale, tra gli enti gestori coinvolti;
- garantire la continuità dell'assistenza nella transizione da una forma/struttura assistenziale all'altra.

Il distretto sociale, il distretto sanitario e le residenze per anziani mettono a disposizione dello Sportello unico unità di personale, in modo da garantire l'accesso agli utenti almeno cinque giorni alla settimana.
Lo Sportello unico è coordinato da un operatore dei servizi sociali.

Nuovi modelli organizzativi dell'assistenza
Con riferimento alle buone pratiche di altri paesi vengono perseguiti lo sviluppo e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza a supporto dei servizi sociali tradizionali.

Espansione dei centri di assistenza diurna e di servizi di assistenza specialistica semiresidenziale
I centri di assistenza diurna vengono ampliati e viene garantito il funzionamento di un servizio flessibile in base alla domanda, sette giorni su sette dalle 07:00 alle 19:00 nei giorni feriali e dalle 08:00 alle 17:00 nei fine settimana, oltre all'assistenza notturna.
Oltre alle strutture esistenti, vengono creati centri di assistenza diurna con servizi di assistenza specifici per persone affette da demenza, malattie mentali o disturbi comportamentali che necessitano di un'assistenza continuativa e di cure specifiche.
- CAD per la demenza;
- CAD per persone con disabilità e disturbi psichici;
- CAD con orario di apertura prolungato;
- CAD per l'assistenza notturna e nei fine settimana.

Inoltre, viene data priorità alle forme miste (più servizi sotto lo stesso tetto) e ai servizi con più offerte di soccorso, ad esempio:
- CAD con assistita abitativa +;
- CAD con ricovero temporaneo.

Inoltre, viene creato uno spazio per servizi di assistenza complementare semiresidenziale, come il "Vivere insieme la quotidianità" (con pernottamento) nell'ambito dell'agricoltura sociale.

Abbattimento della burocrazia
I criteri di accesso ai servizi e le relative domande vengono semplificati.

4.6.3 Assistenza privata come pilastro del modello di *welfare*

Obiettivo: la Provincia sostiene la qualità dell'offerta di assistenza locale da parte di enti gestori privati e la loro formazione/aggiornamento.

Misure

Assistente familiare (*family jolly*)
La figura dell'assistente familiare supporta la famiglia nella cura dei bambini, dei familiari con disabilità e degli anziani. La Provincia sostiene interventi formativi per tutte le persone che vogliono ricoprire questo ruolo di supporto all'interno della famiglia. L'assistente familiare (*family jolly*) presta servizio nell'abitazione dell'utente/famiglia e, quindi, è un sollievo per il servizio di assistenza domiciliare.

***Team* autogestiti di assistenza privata**
Vengono creati i presupposti per lo sviluppo di cooperative autogestite per l'assistenza privata.

4.6.4 Ulteriore sviluppo dell'offerta di servizi residenziali

Obiettivo: l'offerta di assistenza residenziale viene ampliata in base al fabbisogno e differenziata in base alla natura dei servizi.

Misure

Sviluppo e funzione dei servizi residenziali

La dotazione delle residenze per anziani verrà ampliata in coerenza con il fabbisogno di assistenza, tenendo conto dell'offerta assistenziale attualmente disponibile a livello di Comunità Comprensoriali e di distretti e verrà ulteriormente migliorata sotto l'aspetto della qualità.

Centri di competenza per la cura specialistica

Per l'accoglienza delle persone che necessitano in modo duraturo di cure infermieristiche e mediche complesse a causa di demenza, malattie psichiche o disturbi del comportamento gravi vengono istituiti i seguenti centri di competenza:

- Centri di competenza per la demenza: istituzione di quattro strutture, una per distretto sanitario
- Centri di competenza per l'assistenza intensiva: creazione di 4 strutture collegate a un ospedale; una per distretto sanitario.

Garantire la copertura territoriale

Nelle aree periferiche vengono promosse strutture residenziali più piccole.
Occorre valutare la possibilità di convertire le residenze per anziani medio-grandi in centri di degenza (livello di assistenza 3 e 4).

Accompagnamento abitativo e assistenza abitativa

La Provincia continua a sostenere lo sviluppo dei servizi di accompagnamento abitativo e di assistenza abitativa rivolti alle persone con bisogno di cura poco marcato, che colmano il vuoto tra l'assistenza a domicilio e l'assistenza residenziale. Sarà data attenzione anche all'ulteriore sviluppo dei concetti.

Linee guida per i criteri strutturali e di qualità

Le linee guida sui criteri strutturali e di qualità per i servizi residenziali vengono ridefinite in coerenza con le priorità identificate.

4.6.5 Gestione delle risorse umane e attrattività delle professioni di assistenza e cura

Obiettivo: aumentare l'attrattività delle professioni di assistenza e cura con miglioramenti mirati nel campo della formazione, dell'organizzazione del lavoro e dell'aggiornamento professionale, nonché attraverso incentivi economici. Intraprendere azioni volte a contrastare la carenza di lavoratrici e lavoratori qualificati nelle professioni di assistenza e cura.

Misure

Rendere più flessibile l'offerta formativa

L'offerta formativa rivolta alle professioni di assistenza e cura viene resa più flessibile sotto il profilo dei requisiti di accesso e dei curricula, al fine di ampliare le opportunità di formazione per gli adulti e di facilitare il trasferimento tra diversi corsi di formazione. L'obiettivo è anche quello di standardizzare la formazione di base e di aumentarne la rilevanza pratica.

Ampliamento dell'offerta di corsi

Oltre ai corsi di formazione esistenti, vengono realizzati ulteriori interventi formativi per le professioni di assistenza e cura anche a livello decentrato, sfruttando le diverse opportunità di finanziamento esistenti. In considerazione del crescente fabbisogno di personale vengono realizzati corsi di formazione compatti rivolti al personale ausiliario dell'assistenza sociale e domiciliare.

Modelli di formazione duale nel settore sociale

A fianco della formazione tradizionale per i profili professionali nel settore sociale vengono promossi sistemi di formazione duale.

Nuovo contratto collettivo

Le condizioni di lavoro delle operatrici e degli operatori sociali vengono riviste periodicamente con le parti sociali, al fine di ottenere miglioramenti nell'organizzazione del lavoro e nel trattamento economico.

Equiparazione dei profili professionali

I profili professionali nel settore sociale vengono riesaminati con l'obiettivo di renderli equiparabili ai profili professionali sanitari. Inoltre, vengono create nuove opportunità di carriera professionale.

Rendere le professioni di assistenza e cura attraenti per nuovi gruppi target

Vengono realizzate iniziative per attirare le persone verso la formazione e l'esperienza lavorativa nel campo dell'assistenza e cura. Tra l'altro, vengono presi in considerazione i tirocini per i giovani abbinati al rilascio di crediti formativi scolastici, l'anno sociale volontario e la formazione integrativa per gli adulti con esperienza lavorativa in altri settori.

Campagna di informazione e immagine per le professioni di assistenza e cura

La Provincia lancia una campagna di informazione per promuovere l'immagine delle professioni di assistenza e cura come campo di occupazione professionale promettente e vario.

4.6.6 Adeguamento del modello di finanziamento

Obiettivo: garantire il finanziamento delle strutture e dei servizi di assistenza alle anziane e agli anziani e ripensare il sistema di finanziamento e tariffario nell'ottica dell'offerta prioritaria di servizi domiciliari, semiresidenziali e diurni.

Misure

Bilancio previsionale

La Giunta provinciale determina un bilancio previsionale pluriennale per il finanziamento delle strutture e dei servizi di assistenza alle anziane e agli anziani.

Sistema di finanziamento e tariffario

L'offerta territoriale di assistenza e cura professionale da parte di enti gestori pubblici e privati nell'ambito dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali viene ampliata in funzione della domanda.
I sistemi di finanziamento e tariffari vengono ripensati nell'ottica di renderli uno strumento per il raggiungimento degli obiettivi strategici del Piano sociale provinciale nel settore delle politiche per gli anziani, avendo a riferimento i parametri descritti nella seguente tabella.
Le forme miste di assistenza da parte di un centro unico vengono considerate rispondenti all'obiettivo dell'assistenza integrata. Viene data priorità all'ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari e semiresidenziali e servizi di respiro per le famiglie curanti.

I parametri di riferimento sono i seguenti:

Servizio	Valore di riferimento	Bacino di utenza per il calcolo	Note
Assistenza domiciliare (assistenza a casa)	8,0 degli assistiti per 100 persone 75+	Comunità Comprensoriale	Il numero degli assistiti viene determinato il 31 dicembre di ogni anno.
Assistenza diurna	1,0 posto per 100 persone 75+	Comunità Comprensoriale	L'"assistenza diurna" comprende i servizi semiresidenziali che offrono assistenza giornaliera, per es. centri di assistenza diurna, assistenza diurna nelle residenze per anziani, agricoltura sociale
Assistenza temporanea	1,0 posto per 100 persone 75+	Comunità Comprensoriale	Include i posti letto obbligatori per l'assistenza temporanea nelle residenze per anziani e forme specifiche dell'assistenza temporanea
Accompagnamento e assistenza abitativa/assistenza abitativa plus	2,1 posti per 100 persone 75+	Comunità Comprensoriale	
Residenze per anziani	8,9 posti per 100 persone 75+	Comunità Comprensoriale	Posti per la lungodegenza
Assistenza e cura professionale	21,0 posti su 100 persone 75+	Comunità Comprensoriale	

Fatto salvo l'obiettivo del rispetto del parametro complessivo per le offerte di servizi professionali di cura e assistenza a livello comprensoriale, la suddivisione delle diverse tipologie di servizi sul territorio può essere realizzata in maniera flessibile, in base ai bisogni locali e in armonia con gli strumenti di pianificazione territoriali.

In ogni caso, prima che non siano offerte tutte le tipologie di servizi, non è consentito sviluppare un'offerta già disponibile oltre i parametri previsti.
Fino a quando il parametro dell'offerta complessiva di servizi non è stato raggiunto, la parte dei posti per la cura residenziale di lunga durata non può superare il 50% dell'offerta complessiva di servizi disponibile.

4.7 Buone pratiche nell'Europa centrale

Oggi la vecchiaia comprende periodi di vita attiva e periodi caratterizzati da un maggiore bisogno di assistenza. Nell'orientamento futuro delle politiche sociali i Paesi UE devono affrontare sfide simili, dovendo garantire, da un lato, il coinvolgimento attivo delle anziane e degli anziani nella comunità e, dall'altro, e un'assistenza adeguata. Le buone pratiche di altre regioni e paesi possono fornire stimoli preziosi per lo sviluppo di soluzioni innovative a livello locale.

Studio del WIFO Austria

L'approccio di ricerca dello studio "Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich[28]" dell'Istituto di ricerca economica "Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO)" del 2018 è il quadro di riferimento scientifico per il progetto di ricerca Servizi Sociali Alto Adige 2030. Si tratta di uno studio economico che, sulla base di dati demografici e stime fino al 2050, di dati sulla tipologia di servizio, sui costi e sul totale degli assisiti elabora diverse ipotesi di sviluppo della spesa pubblica mettendo a confronto diverse alternative di scelta del mix di servizi. Una proiezione simile viene elaborata anche per il fabbisogno di personale. Lo scenario principale proietta lo sviluppo previsto supponendo che l'attuale situazione assistenziale venga mantenuta. A questo vengono contrapposti degli scenari alternativi, che modificano l'attuale il mix di servizi. Lo studio mostra che il fabbisogno di strutture residenziali è in aumento ma che, promuovendo l'assistenza domiciliare e rafforzando la complementarità tra assistenza informale e professionale, è possibile mitigare il sensibile aumento dei costi previsto entro il 2050 (dovuto principalmente all'invecchiamento della generazione dei *baby boomers*). Il modello di *welfare* austriaco basato sull'assistenza 24h prevede l'alternarsi di due assistenti dal Terzo livello assistenziale in poi, con un ritmo di 14 giorni. In Italia non esiste una regolamentazione simile.

Pianificazione della struttura assistenziale in Germania

Il settimo rapporto sull'invecchiamento (2017) sottolinea il ruolo eccezionale dei Comuni nel "costruire e garantire comunità sostenibili". Lo Stato federato della Renania-Palatinato ha sperimentato nell'ultimo decennio progetti pilota di pianificazione della struttura assistenziale a livello comunale e, nel 2019, ha convertito in legge queste prassi. La pianificazione della struttura assistenziale viene definita come un processo partecipativo per lo sviluppo di una visione per l'assistenza agli anziani. Insieme alle esperte e agli esperti della pratica, dell'auto-aiuto e del volontariato vengono elaborate proposte di misure che confluiscono in un catalogo da porre alla base degli interventi da attuare. I risultati della ricerca vengono discussi nell'ambito della conferenza sull'assistenza, che funge da modello di rete politica locale. L'amministrazione ha il compito di sostenere i campi di intervento assistenziale con una pianificazione degli obiettivi. Il catalogo

[28] Lo studio è stato realizzato su incarico della Hilfswerks Österreich. Gli autori sono Ulrike Famira-Mühlberger e Matthias Firgo: https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=61563&mime_type=application/pdf

delle misure può essere elaborato in accordo con la conferenza sull'assistenza. Come mostra uno studio[29] nell'ambito della pianificazione partecipativa vengono creati più servizi domiciliari che nei processi *top-down*.

Questo approccio mira a creare un sistema a rete di strutture di supporto senza soluzione di continuità. Il punto di partenza è la determinazione della dotazione di strutture e servizi e la successiva verifica dell'adeguatezza quali-quantitativa dell'offerta assistenziale, tenuto conto della varietà di fornitori. Il punto cardine è il centro di assistenza. L'assistenza complementare è garantita anche attraverso l'impegno civico e lo sviluppo di nuovi servizi. In Germania si segnalano l'alloggio residenziale e di cura (Pflege-WG) e l'espansione dei centri di assistenza diurna. Nell'ambito dell'assistenza alle persone con demenza è stato svolto, su incarico del Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, il progetto pilota DeTaMAKS, una misura di intervento non sanitario in regime di assistenza diurna, per la conciliazione famiglia/lavoro ricollegabile all'approccio italiano "Sente-Mente". Sul tema dell'abitare nella terza età il Ministero federale per la famiglia, gli anziani, le donne e i giovani ha lanciato il programma "Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben" con il quale sono stati finanziati 29 progetti innovativi. Il programma verteva su tre linee di finanziamento: vita indipendente per persone anziane e molto anziane; alloggi a prezzi accessibili, specialmente per persone con basso reddito; ambiente abitativo equo dal punto di vista generazionale, diversità e inclusione.

Team autogestiti per l'assistenza nei Paesi Bassi

Nei Paesi Bassi l'assistenza viene fornita con successo secondo il modello dell'organizzazione "Buurtzorg".[30] "Buurtzorg" si contraddistingue per una gestione manageriale molto snella e tante piccole squadre di lavoro autogestite. Secondo Ernst & Young "Buurtzorg" fornisce servizi di alta qualità a costi inferiori rispetto ad altri fornitori, malgrado le tariffe orarie siano più alte, grazie a un minore impiego di tempo. Squadre di lavoro di 12 persone operarono possibilmente a livello di quartiere, fornendo un'assistenza completa e fatturando all'assicurazione in base alle ore di lavoro prestate e non in base al tipo di servizio. L'assistenza viene pianificata in accordo con l'assistito, al quale viene assegnato un assistente fisso, con l'obiettivo di stabilire un rapporto di fiducia. Il modello è caratterizzato da strutture e processi semplificati. Le squadre di lavoro autogestite creano legami con la comunità locale e, all'occorrenza, coinvolgono professionisti. Nei Paesi Bassi "Buurtzorg" conta circa 10.000 fra operatrici e operatori assistenziali e ausiliari organizzati in 850 squadre di lavoro. Dal 2011 ha ricevuto più volte il riconoscimento come migliore datore di lavoro. Oggi è attiva in più di 24 Paesi e in Germania opera dal 2018 come fornitore di assistenza non profit.

Piano strutturale di assistenza Tirolo

Il piano strutturale per l'assistenza 2012-2022 del Tirolo ha posto al centro dello sviluppo dell'assistenza il motto "domiciliare prima che residenziale". La base è un'analisi completa dei dati sullo sviluppo demografico e altre tendenze di sviluppo rilevanti nei rispettivi bacini di utenza. Per i diversi servizi di assistenza vengono fissati obiettivi di sviluppo graduale, sulla base del quadro di finanziamento. Nel rapporto di valutazione 2017[31] l'orizzonte di pianificazione dello sviluppo demografico è esteso al 2030. Il rapporto prende in esame la situazione nel 2017 e le prospettive

[29] Si veda *online*: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/76_Kommunen_gestalten/AK-2-2016_PflegeKommunalGestalten.pdf
[30] Si veda *online*: https://www.buurtzorg.com/
[31] Si veda *online*: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Publikationen/Evaluierungsbericht_zum_Strukturplan_Pflege_2012_-_2022.pdf

di sviluppo futuro. Fra i temi trattati spiccano la *Primary Health Care*, l'attrattività delle professioni di aiuto e i compiti del *care-* e del *case-management*.

Burgenland: contratti di servizio per l'assicurazione dei familiari che prestano assistenza

Nel Burgenland la "Pflegeservice Burgenland s.r.l." (PSB), società di servizi esternalizzati della regione, offre tre modelli di copertura previdenziale per i familiari che prestano cura. La base è la legge sugli aiuti sociali del 2019, che garantisce il sostentamento dei familiari che prestano assistenza e consente alle persone bisognose di cure di rimanere a casa e di essere accudite da una persona di fiducia. I contratti di servizio vengono stipulati in base al livello assistenziale 3, 4 o 5-7 per 20, 30 o 40 ore settimanali, con un guadagno netto per la persona che presta assistenza rispettivamente di 1.022, 1.403 o 1.700 euro. Per i primi due livelli di assistenziali questo non è possibile. La persona che ha diritto all'assistenza partecipa ai costi e riceve regolarmente una visita da parte di personale qualificato che offre consulenza, suggerimenti mirati e controlla la qualità dell'assistenza.

Nel livello assistenziale 3 le visite si svolgono una volta al mese, nei livelli assistenziali 4 e 5 due volte al mese, nei livelli di assistenziali 6 e 7 una volta alla settimana. Tutti i familiari che prestano assistenza devono completare la formazione di base a partire dal primo anno di svolgimento di assistenza, a meno che non abbiano completato una formazione specifica nell'assistenza domiciliare o altra formazione di livello superiore (per esempio, servizio superiore per l'assistenza sanitaria e infermieristica, professioni di assistente infermieristico). Uno degli obiettivi di questo modello è acquisire nel medio periodo nuovo personale per le professioni di aiuto sociale nella regione.

4.8 Panoramica delle strutture e dei servizi

Le tabelle seguenti forniscono una panoramica delle strutture e dei servizi più importanti nel settore Anziane e anziani e cura i e dell'assistenza. Ulteriori informazioni sui servizi sociali sono disponibili sulla *homepage:* https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/sociale/pubblicazioni-statistiche/pubblicazioni.asp

Tabella: Residenze per anziani: strutture, posti letto e utenti ed operatrici/operatori per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti letto	Posti per 100 abitanti 75+	Utenti al 31/12	Operatori/ operatrici ETP*	Posti/ Operatori/ operatrici ETP*	Posti per ricoveri temporanei
Val Venosta	5	326	9,9	266	278,4	1,2	17
Burgraviato	22	1.184	10,4	990	1.042,0	1,1	47
Oltradige-Bassa Atesina	13	773	9,7	704	692,3	1,1	42
Bolzano	11	945	6,6	753	728,9	1,3	40
Salto-Sciliar	10	445	8,9	405	449,9	1,0	12
Valle Isarco	8	318	6,1	291	309,6	1,0	32
Alta Valle Isarco	2	74	4,0	74	91,5	0,8	3
Val Pusteria	7	536	7,0	474	503,7	1,1	21
Totale	78	4.601	8,1	3.957	4.096,3	1,1	214

*Fonte: Sozinfo Guest, Ufficio anziani e Distretti sociali, 2022 *operatori e operatrici equivalenti a tempo pieno*

Tabella: Residenze per anziani: Ospiti per età e sesso, 2021

Ospiti			Totale	
Etá	Uomini	Donne	v. a.	%
< 45	10	9	19	0,5%
45-64	92	83	175	4,4%
65-74	201	188	389	9,8%
75-79	180	243	423	10,7%
80-84	236	485	721	18,2%
85-89	249	738	987	24,9%
90-94	168	636	804	20,3%
> 95	59	380	439	11,1%
Totale	1.195	2.762	3.957	100%

Fonte: Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Servizi autorizzati “Accompagnamento e assistenza abitativa per anziani” in Alto Adige, 2021

Ente gestore del servizo	Sede	Posti autorizzati
Consorzio Servizi per Anziani	S.Martino in Passiria	12
A.P.S.P. * Casa di Riposo Freinademetz	S. Martino in Badia	9
A.P.S.P. Griesfeld	Egna	14
A.P.S.P. Martinsheim	Castelrotto	5
Comunità comprensoriale Alta Valle Isarco	Vipiteno	11
A.P.S.P. Residenza per Anziani Laion	Laion	6
A.P.S.P. Centro per Anziani Fiè	Fiè allo Sciliar	5
Comunità comprensoriale Val Venosta – St. Antonius	Prato allo Stelvio	13
A.P.S.P. Pilsenhof	Terlano	18
Comune di Merano - Villa Wolkenstein	Merano	38
Sozial- und Gesundheitszentrum	Martello	14
Altes Spital	Cortaccia	5
Casa Windegg	Nova Ponente	17
Comunità alloggio casa San Sebastiano	Cermes	12
Grieserhof	Bolzano	15
Comunità comprensoriale Bassa Atesina	Branzolo	11
A.P.S.P. Griesfeld - Casa Malayer	Aldino	8
A.P.S.P. Santo Spirito	Bressanone	21
Comune di Merano - Villa Maia	Merano	20
A.P.S.P. Fondazione Pitsch - Seisenegg	Merano	34
Comunità comprensoriale Val Venosta – Residenza per Anziani	Silandro	12
A.P.S.P. S. Anna	Termeno	6
Totale posti autorizzati		311

Fonte: Ufficio anziani e Distretti sociali, 2022
** A.P.S.P.: Azienda pubblica di servizi alla persona*

Tabella: Centri di assistenza diurna: utenti per età e sesso, 2021

Ospiti			Totale	
Etá	Uomini	Donne	v. a.	%
45-64	5	7	12	4,3%
65-74	14	32	46	16,7%
75-79	15	24	39	14,1%
80-84	21	40	61	22,1%
85-89	15	46	61	22,1%
90-94	7	35	42	15,2%
95 e più	2	13	15	5,5%
Totale	79	197	276	100%

Fonte: Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Centri di assistenza diurna: strutture e posti per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti
Val Venosta	3	24
Burgraviato	2	37
Oltradige - Bassa Atesina	2	16
Bolzano - ASSB	2	44
Valle Isarco	1	10
Alta Valle Isarco	1	8
Pusteria	2	18
Totale	13	157

Fonte: Ufficio anziani e Distretti sociali, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Mense per anziani: ricettività 2021

Comunità comprensoriale	Località	N. di strutture	Posti
Val Venosta	Silandro	1	10
Val Venosta	Malles	1	20
Burgraviato	Merano	1	80
Burgraviato	Lana	1	60
Burgraviato	Naturno	1	20
Oltradige - Bassa Atesina	Laives	1	16
Bolzano	Bolzano	4	155
Pusteria	Brunico	1	102
Totale Provincia		11	463

Fonte: Ufficio anziani e Distretti sociali, Sozinfo Guest, 2022

Tutela dei minori

5

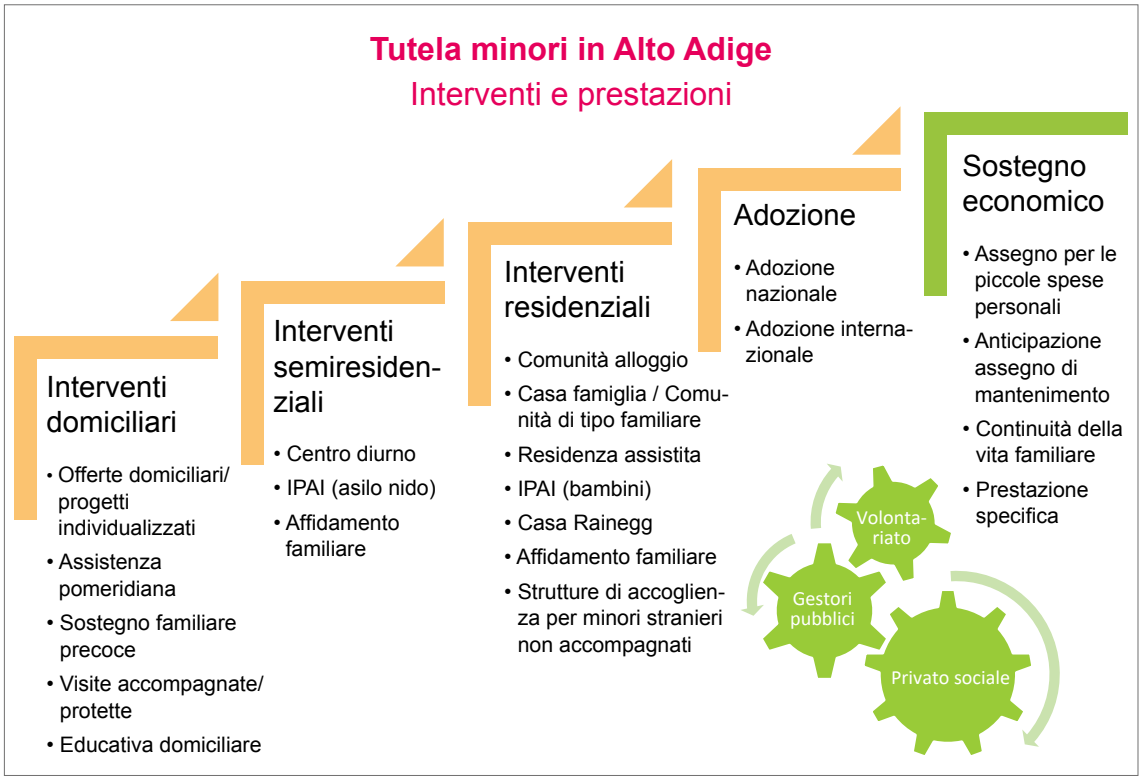
5.1 Introduzione

Nel settore della tutela dei minori[32] l'attenzione si concentra sul diritto del minore al completo sviluppo delle sue facoltà, attitudini e potenzialità, nonché allo sviluppo di una personalità responsabile e socialmente competente. Ciò include, secondo quanto sancito dalla Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia[33] del 1989, il diritto del minore a uno sviluppo libero, a cure amorevoli, al rispetto della sua dignità e identità e alla protezione della sua integrità fisica e mentale. Il bene del minore deve essere garantito in tutti gli interventi in suo favore da parte delle istituzioni pubbliche o private del settore sociale, delle Autorità giudiziarie, amministrative o legislative.
L'Italia ha ratificato la Convenzione ONU con la Legge n. 176/1991. La tutela dei minori è il sottosettore del lavoro sociale e del sistema dei servizi sociali preposto a garantire l'applicazione dei principi generali di vicinanza al cittadino e promozione dello sviluppo individuale e della comunità in base ai bisogni. La famiglia quale comunità di cura più piccola è il contesto naturale per lo sviluppo dei bambini e dei giovani. Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023"[34], adottato dal Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali nell'agosto 2021, ha definito principi e misure delle politiche sociali lungimiranti che si riflettono anche negli obiettivi e nelle misure presentati in questo capitolo e che in parte vengono prevedibilmente riconosciuti come livelli essenziali delle prestazioni.
In Alto Adige, il settore pubblico sostiene in vario modo le famiglie nelle loro diverse forme e si sforza di promuovere l'inclusione sociale, ponendo attenzione alle famiglie con *background* migratorio, e di evitare o ridurre gli svantaggi. È necessario affrontare e concentrarsi sulla tutela dei minori partendo da una valutazione differenziata delle diverse situazioni familiari ed esperienze di vita dei bambini, dei giovani e degli adulti di riferimento primari.
I servizi sociali[35] hanno l'obiettivo di sostenere e lavorare con le famiglie affinché queste possano esercitare al meglio le funzioni genitoriali, garantendo dunque il rispetto del diritto del bambino e della bambina a crescere e a essere educato nella propria famiglia[36]. I servizi sociali e sanitari, le istituzioni educative, il sistema giudiziario e altri attori del settore pubblico e privato lavorano in rete, con l'obiettivo di riconoscere precocemente i problemi sociali e i potenziali fattori di rischio per il benessere dei bambini e dei giovani e di intraprendere azioni preventive.
Se, nonostante questi aiuti e sostegni, la famiglia non è temporaneamente in grado di svolgere le proprie funzioni genitoriali di cura ed educazione vengono adottate misure di protezione in favore del minore. In caso di bisogno il minore può essere accolto in una struttura residenziale o semiresidenziale o in una famiglia affidataria, beneficiando di cure e protezione al di fuori della famiglia di origine.
La gamma dei servizi di consulenza e intervento domiciliari, socio-pedagogici e socio-terapeutici viene offerta dai gestori pubblici e privati dei servizi sociali. La prestazione di anticipo dell'as-

[32] In questo contesto si utilizza deliberatamente l'espressione tutela dei minori in quanto comprende i compiti e le funzioni dei servizi sociali, dalla prevenzione all'intervento, mentre l'espressione protezione dei minori è più associata ai compiti e alle funzioni dei servizi sociali mirate a preservare o proteggere la salute e la sicurezza del bambino e della bambina nel caso queste siano a rischio.
[33] Convenzione Internazionale ONU sui Diritti dell'Infanzia del 20 novembre 1989.
[34] Si veda *online*: https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf
[35] In questo capitolo si fa riferimento soprattutto all'assistenza socio-pedagogica di base ai minori e alle famiglie nei singoli distretti sociali (si veda il capitolo 1.1).
[36] Articolo 1 della Legge 28 marzo 2001, n. 149, "Modifiche alla Legge n. 184 del 4 maggio 1983, recante 'Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori', nonché al titolo VIII del libro primo del Codice civile".

segno di mantenimento[37] e altre prestazioni economiche facilitano l'esercizio della responsabilità genitoriale. Lo sviluppo futuro dell'offerta di servizi si orienta ai requisiti di differenziazione in base ai bisogni, qualità e ottimizzazione delle risorse.

Figura: Interventi e prestazioni per la tutela dei minori in Alto Adige



Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020*

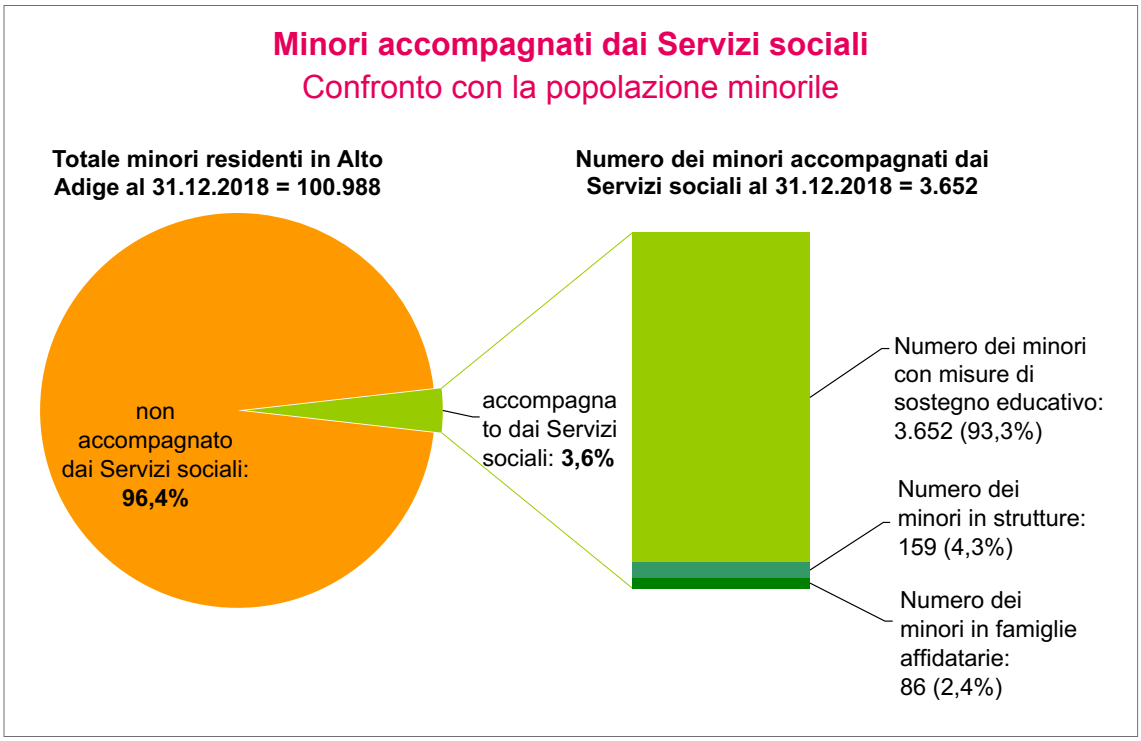
5.1.1 Assistenza socio-pedagogica di base - settore minori e famiglie

Le assistenti e gli assistenti sociali e le educatrici ed educatori professionali dell'assistenza socio-pedagogica di base nel settore minori e famiglie operano nei singoli distretti sociali delle Comunità Comprensoriali e dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e offrono allo consulenza, accompagnamento e sostegno in situazioni di bisogno individuale, familiare o di gruppo, con l'obiettivo di realizzare il diritto dei bambini e degli adolescenti alla sviluppo della loro personalità e all'educazione, di ridurre gli svantaggi e promuovere la creazione o il mantenimento di condizioni di vita positive per i minori e le loro famiglie. A fianco della funzione di tutela assume una rilevanza centrale la funzione di prevenzione delle situazioni di bisogno.
L'obiettivo è realizzare, con la partecipazione dei genitori e del bambino e della bambina, azioni personalizzate e corrette che promuovono lo sviluppo armonioso e il benessere del bambino e della bambina tenendo conto delle risorse personali e familiari. È importante rafforzare il ruolo della famiglia e assicurare la sua partecipazione attiva, come partner del sistema dei servizi, ai progetti volti al superamento delle situazioni di crisi o di disagio.

[37] L'anticipazione dell'assegno di mantenimento a tutela del minore è stata introdotta dalla Legge provinciale 3 ottobre 2003, n. 15. L'erogazione anticipata delle somme destinate al mantenimento del minore viene corrisposta nel caso in cui tali somme non vengano versate dal genitore obbligato dall'Autorità giudiziaria.

I professionisti dell'assistenza socioeducativa di base lavorano in rete con altri servizi: servizi specialistici, strutture, istituzioni e autorità con l'obbligo di segnalare all'Autorità giudiziaria situazioni di rischio per la sicurezza e lo sviluppo del minore.
Un altro obiettivo concreto dei professionisti dell'assistenza socio-pedagogica di base è quello di indagare gli indicatori di disuguaglianza sociale e disagio attraverso l'analisi socio-spaziale e il lavoro di comunità.
Tali compiti e funzioni si pongono in linea, fra l'altro, con le linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità: Promozione della genitorialità positiva" (2017)[38], promosse dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui riconoscimento è previsto come livello essenziale delle prestazioni nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali[39].
Il numero di bambini e bambine e adolescenti fino a 18 anni seguiti da questo settore è diminuito da 3.864 a 3.652 tra il 2014 e il 2018. Questo dato corrisponde a una quota del 3,6% sul totale dei 100.988 minori residenti in Alto Adige nel 2018.

Figura: Minori accompagnati dai servizi sociali



Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020*

Tra i motivi prevalenti della presa in carico emergono i problemi familiari e relazionali, con una quota del 46,4%, e la categoria generale "problemi di assistenza" (16,1%). Seguono i problemi psicologici gravi (8,8%).

[38] Linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità: Promozione della genitorialità positiva", Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2017. Si veda *online*: https://www.minori.gov.it/it/minori/linee-di-indirizzo-nazionali-lintervento-con-bambini-e-famiglie-situazione-di-vulnerabilita
[39] Si veda anche la nota 34.

Tabella: Tutela dei minori in Alto Adige - Indicatori 2018

Tutela minori in Alto Adige
Indicatori 2018

Minori residenti 31.12.[a]	**100.988**
Utenti minorenni area socio-pedagogica di base	**3.652**
Motivo prevalente presa in carico[b]	**Problemi familiari di relazione: 46,4%** **Problemi assistenziali: 16,1%** **Gravi problemi psicologici e comportamentali del minore: 8,8%** **Problemi economici della famiglia: 7,0%** **Violenza/abuso: 5,8%**
Minori in affidamento familiare[a]	**86 a tempo pieno, 66 a tempo parziale**
Famiglie affidatarie a tempo pieno[a]	**65**
Minori in strutture residenziali[a]	**159 (di cui 40 Centri di prima accoglienza per MSNA e 5 IPAI)**
Minori in strutture semiresidenziali[a]	**89 (di cui 6 IPAI)**
Adozione	**9 nazionale, 4 internazionale**

(a) Situazione al 31.12.
(b) Ogni assistito può essere associato a più problematiche diverse

Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020*

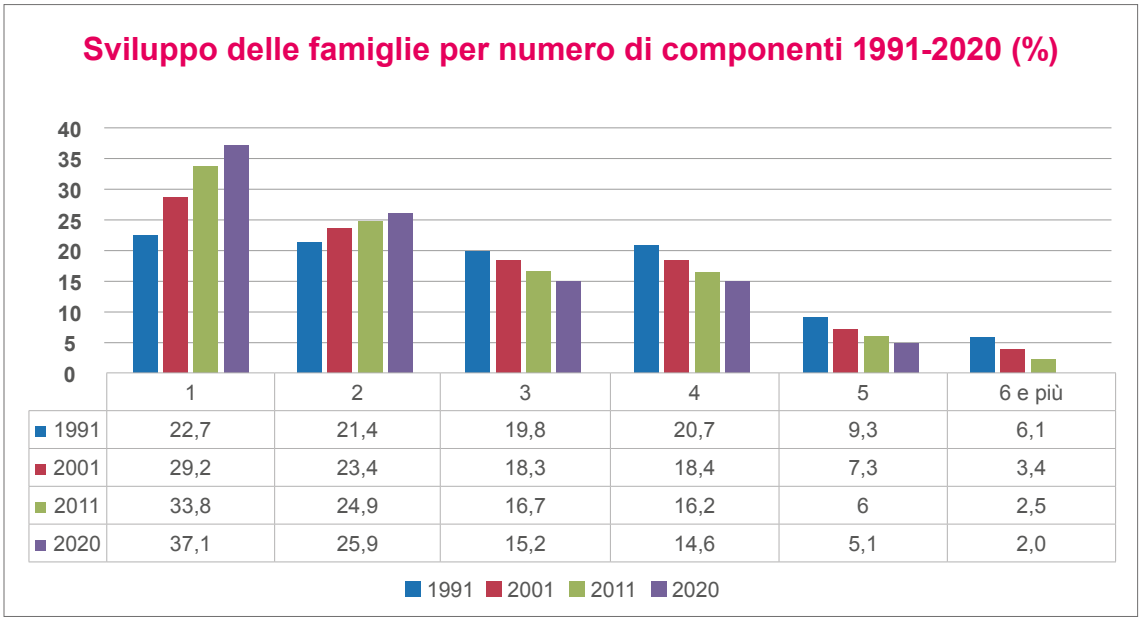
Benché il numero di bambini e bambine e adolescenti seguiti dai servizi sociali sia relativamente basso, le aree di intervento richiedono, in ragione della loro complessità, specializzazioni professionali diversificate. La sfida è offrire un sostegno appropriato a gruppi molto differenziati per età, situazioni individuali, familiari e sociali puntando sulla consulenza, l'accompagnamento e l'assistenza ai bambini e bambine e agli adolescenti e sul sostegno ai genitori, in quanto titolari di responsabilità educativa. I percorsi di sostegno devono ricercare soluzioni integrate, attente non solo all'ambiente familiare, ma anche alle istituzioni educative e al tempo libero.

5.1.2 Sviluppi sociali e demografici

In una società interconnessa molti fattori esterni alla famiglia influiscono sulla vita dei bambini e delle bambine e degli adolescenti e delle adolescenti. Per promuovere una crescita sana ed equilibrata dei giovani le politiche sociali devono tener conto della società dei consumi e dei nuovi media quali importanti fattori di influenza dello sviluppo dei giovani in un periodo della vita esposto a particolare vulnerabilità. Gli adolescenti hanno bisogno di spazi liberi per lo sviluppo delle loro potenzialità e di spazi di protezione, per coniugare lo sviluppo della personalità con quello dell'empatia e della responsabilità sociale.
L'attività educativa, la sensibilizzazione e, possibilmente, i servizi di prevenzione e sostegno a bassa soglia nel settore delle dipendenze, soprattutto in relazione al consumo di alcol e droghe, sono fondamentali nell'età adolescenziale. Altrettanto importanti sono le misure di prevenzione dalle forme di violenza contro i bambini e gli adolescenti, con particolare riguardo per la violenza sessuale.
I cambiamenti nella struttura della popolazione, nell'occupazione e nella composizione e organizzazione della famiglia hanno alterato il modello tipo della famiglia formata da una coppia

sposata con due figli, rendendolo desueto. Nelle sue varie forme, la famiglia quale comunità di cura naturale rimane il nucleo della società e il supporto alla famiglia si riconferma un punto di riferimento centrale della responsabilità politica. Uno sguardo alla struttura demografica mostra cambiamenti in termini di composizione della popolazione, struttura familiare e occupazione. L'ampiezza media delle famiglie è diminuita significativamente tra il 1991 e il 2020, mentre è cresciuta la quota di famiglie mononucleari (37,1%), con picchi a Merano (42,4%) e Bolzano (42,3%).

Figura: Famiglie per numero di componenti 1991-2020



	1	2	3	4	5	6 e più
1991	22,7	21,4	19,8	20,7	9,3	6,1
2001	29,2	23,4	18,3	18,4	7,3	3,4
2011	33,8	24,9	16,7	16,2	6	2,5
2020	37,1	25,9	15,2	14,6	5,1	2,0

Fonte: Raccolta di tabelle ASTAT 2022

L'aumento delle famiglie con figli da 85.533 a 95.128 nel periodo 1991-2020 rispecchia l'aumento generale della popolazione. Nel 2020 prevalgono nettamente le famiglie con uno e due figli, che si attestano a 43.737 e, rispettivamente, a 37.764, pari al 45,98% e al 39,7%. Per contro, sono appena 10.988 le famiglie con tre figli (11,55%) e 2.639 quelle con quattro o più figli (2,77%).

Tabella: Famiglie con figli per numero di figli 2020 (dati percentuali)

Numero di figli	Numero di famiglie	%
1	43.737	46,0
2	37.764	39,7
3	10.988	11,6
4 o più	2.639	2,8

Fonte: Raccolta di tabelle ASTAT 2022

I dati sull'evoluzione della popolazione confermano tendenze di sviluppo della composizione delle famiglie molto più durature. L'ultimo censimento dei dati sulle coppie risale al 2011. Sebbene il numero di coppie con figli sia passato da 68.468 a 69.085 tra il 2001 e il 2011, la tendenza più significativa in termini di politiche per la famiglia si osserva nell'andamento tendenziale delle coppie senza figli, il cui numero è aumentato da 23.905 a 35.629 nell'arco di un decennio. Il numero delle famiglie monogenitoriali è rimasto pressoché costante tra il 2001 e il 2011, rispettivamente 23.196 e 23.086. Di queste, la maggior parte sono madri con figli. Nel 2011, le madri con

figli erano 19.529 contro 3.557 padri.[40] L'età media delle madri alla nascita del primo figlio si sta spostando sempre più verso la decade 30-40 anni. Ai matrimoni fa da contraltare un numero considerevole di divorzi e separazioni.

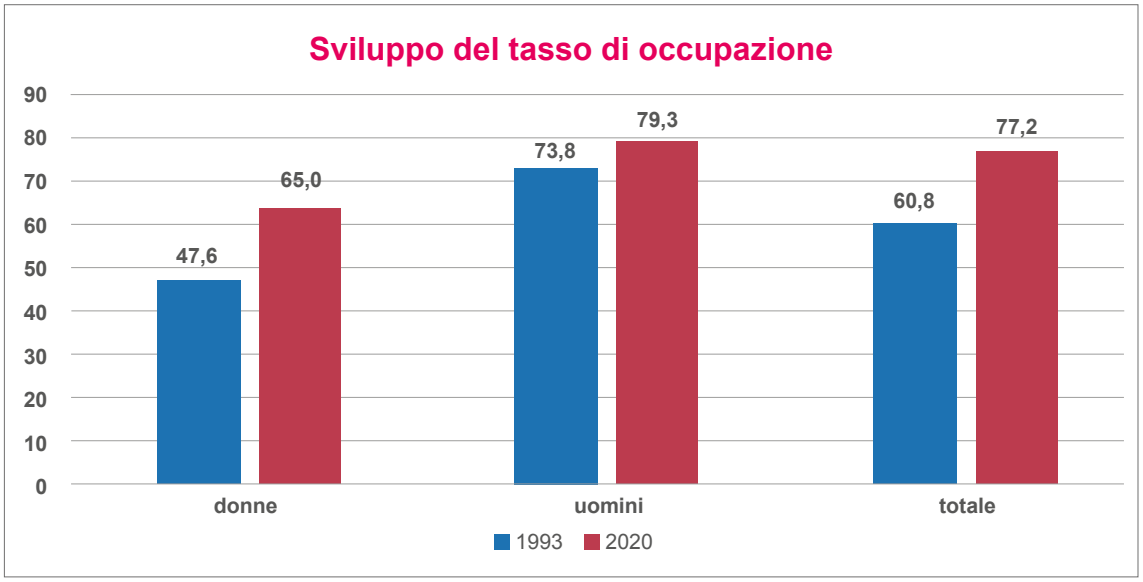
Tabella: Evoluzione dei matrimoni, delle unioni civili, dei divorzi e delle separazioni

Oggetto/anno	1990	2001	2019	2020
Matrimoni	2.597	1.912	2.241	1.687
Convivenze registrate			619	771
Unioni civili registrate			21	13
Divorzi	255	370	689	600
Separazioni	320	645	655	563

Fonte: Annuari ASTAT 1991, 2002, 2020

Il tasso di occupazione è passato da 60,8% a 77,2% tra il 1993 e il 2020. Nel periodo considerato è cresciuta soprattutto la quota di donne occupate, che sono passate dal 47,6% al 65%, contro un aumento della quota di uomini da 73,8% a 79,3%. Gli effetti della pandemia da Covid-19 evidenziano marcate differenze fra i due generi: al crollo dell'occupazione femminile da 118.100 a 112.800 unità si contrappone un calo di quella maschile di 1.400 unità su un totale di 140.100. Nel 2020, le donne occupate a tempo parziale erano 47.300, gli uomini 9.200.

Figura: Tasso di occupazione 1993-2020



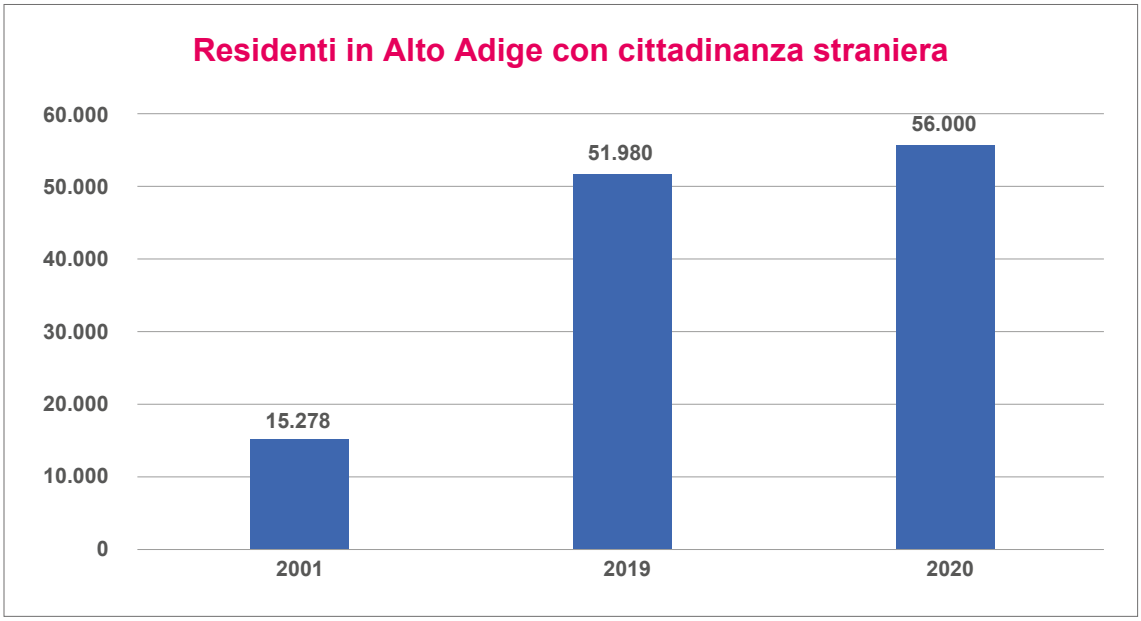
Fonte: Ufficio Osservatorio del mercato del lavoro, diagrammi 2021

A causa del basso potenziale di forza di lavoro locale, negli ultimi 20 anni le imprese altoatesine hanno coperto buona parte del fabbisogno crescente di manodopera con persone provenienti da Paesi dell'area UE, Paesi europei non UE, Africa e Asia. In conseguenza di ciò, la percentuale di residenti con cittadinanza straniera in Alto Adige ha fatto registrare un balzo in avanti tra il 2001 e il 2019 passando da 15.278 a 51.967 persone tra nuovi occupati e, soprattutto, rispettivi ricon-

[40] Dal 2018, il censimento della popolazione si basa su indagini campionarie annuali anziché sul censimento classico decennale e non si utilizzano più le disaggregazioni per tipologie di famiglia.

giungimenti familiari. Di questi, poco meno di 32.000 provengono da Paesi europei UE o non UE e poco più di 10.000 dall'Asia, 7.300 circa dall'Africa e 2.200 circa dalle Americhe. Secondo stime ufficiali, nel 2020 il 10,6% della popolazione residente altoatesina è composto da persone con cittadinanza straniera, proveniente da 144 diversi Paesi di origine.

Figura: Popolazione residente con cittadinanza straniera



Fonte: Fonte: Annuari ASTAT

I dati citati mostrano un'evidente complessità degli attuali sviluppi sociali. In particolare, la pluridiversità sociale e culturale delle famiglie genera dinamiche molto complesse dal punto di vista della concezione di famiglia, dell'educazione, degli obiettivi formativi e dell'inclusione sociale.

5.1.3 Impatti della pandemia da Covid-19

Con la pandemia da Covid-19 si è aggiunto un nuovo fattore di disagio per i bambini e le bambine e i ragazzi e le ragazze, come conferma l'aumento delle richieste di aiuto. Nel 2021, infatti, i minori seguiti dai servizi sociali sono saliti a 3.954 rispetto ai 3.753 dell'anno precedente. Gli studi scientifici[41] dimostrano che la pandemia e le misure adottate per il suo contenimento, dalla chiusura degli asili e delle scuole alla sostituzione delle lezioni in presenza con la didattica a distanza, hanno avuto effetti considerevoli sul benessere psico-fisico dei bambini e delle bambine e dei ragazzi e delle ragazze, amplificando in molti casi la loro tendenziale vulnerabilità. Il diritto dei bambini e delle bambine e degli adolescenti al gioco, allo sport, al tempo libero, alla socializza-

[41] Alcuni esempi sono: lo studio longitudinale "Covid-19 Kinderstudie" della clinica universitaria Univ.-Klinik Innsbruck für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter il cui invito a partecipare è esteso anche alla popolazione altoatesina (https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall/medizinisches-angebot/kinder--und-jugendpsychiatrie/covid-19-kinderstudie); lo studio "Salute mentale dei minorenni: i disturbi emersi in pandemia rischiano di diventare cronici" a cura dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (https://www.garanteinfanzia.org/salute-mentale-minorenni-pandemia-rischio-cronici); lo studio "Copsy-Längsschnittstudie" della clinica universitaria Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html).

zione sono stati compromessi, con effetti negativi a beve termine e solo in futuro saranno visibili gli effetti a lungo termine correlati.

Per quanto riguarda l'Alto Adige, il riferimento è in particolare allo studio COPSY Alto Adige[42] sulla salute psicosociale dei bambini e delle bambine, nonché dei ragazzi e delle ragazze, condotto dall'Istituto di Medicina Generale e *Public Health* della Scuola Provinciale Superiore di Sanità Claudiana in collaborazione con i tre provveditorati allo studio della Provincia autonoma di Bolzano. L'obiettivo di questo studio era di raccogliere e analizzare i dati sulla qualità di vita correlata alla salute dei bambini e dei giovani di tutte le scuole pubbliche dell'Alto Adige nell'ambito di due sondaggi *online* che hanno messo a confronto genitori e alunni in due fasi successive della pandemia[43]. Secondo questo studio la pandemia da Covid-19 ha comportato a un aumento dello stress psicosociale nei genitori, nei bambini e negli adolescenti. La ricerca ha rivelato "una duplicazione dei disturbi psicosociali e psicosomatici nei bambini e negli adolescenti a causa della pandemia da Covid-19"[44]. Nelle conclusioni si afferma che "la pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto molto negativo sul benessere psicologico dei bambini e adolescenti in alcune popolazioni vulnerabili. La formazione non deve essere solo a carico dei genitori. Gli oneri finanziari, personali e professionali che gravano sulle famiglie a seguito della pandemia sono evidenti a tutti."[45]

Tra l'ottobre del 2020 e il settembre 2021, il Coordinamento delle strutture socio-pedagogiche della provincia di Bolzano (Crais), in collaborazione con l'associazione La Strada e la cooperativa Explora, hanno condotto la prima ricerca sociologica altoatesina sul fenomeno dei giovani in età scolare che vivono ritirati dalla società (i cosiddetti "hikikomori"[46]). La ricerca, di tipo qualitativo, si è basata su interviste semistrutturate e su un *focus group* con attori che ricoprono ruoli di alta responsabilità nella sanità, nel sociale, nella scuola e nella giustizia. Pur in mancanza di studi comparabili in Alto Adige e di dati pre-Covid-19, i risultati mostrano la complessità del tema e la percezione diffusa, a livello di istituzioni e servizi pubblici, che si tratti di un sintomo o di un fenomeno nuovo. In mancanza di una definizione uniforme di ritiro sociale è difficile quantificare il fenomeno con precisione, anche perché diverse situazioni non vengono nemmeno riconosciute o rimangono sommerse. I risultati di questa prima ricerca sono stati presentati nell'ambito di un convegno e sono consultabili[47]. Secondo questo studio i *lockdown* hanno intensificato e acuito il fenomeno, scoperchiando un disagio preesistente e legittimandolo.

---

42 La prima indagine è stata svolta nel periodo maggio-giugno 2021, la seconda nel marzo 2022. Si veda: https://www.institut-allgemeinmedizin.bz.it/category/forschung/

43 Barbieri V. (2022), Psychosoziale Gesundheit von Südtiroler Kindern und Jugendlichen im Corona-Winter 2022 im Vergleich zum Frühsommer 2021. Hauptergebnisse der COP-S 2022 Befragung und methodische Dokumentation, Istituto di Medicina Generale e Sanità Pubblica della Scuola Provinciale Superiore di Sanità Claudiana.

44 Si veda la nota 43 del rapporto.

45 Si veda la nota 43 del rapporto.

46 Hikikomori è un termine giapponese usato per descrivere le persone che si ritirano in casa, o anche solo in camera da letto, per molti mesi o anni, evitando di entrare in contatto con chiunque non sia la loro famiglia (https://www.kinderaerzte-im-netz.de).

47 https://www.youtube.com/watch?v=rQdyAwHXmQ0

5.2 Offerta attuale di misure e servizi e previsione del fabbisogno fino al 2030

5.2.1 Aiuti domiciliari/servizi di prossimità

Gli aiuti domiciliari e i servizi di prossimità comprendono il servizio di educativa domiciliare, i progetti individualizzati per bambini e bambine, nonché ragazzi e ragazze e le visite accompagnate/protette. Queste attività sono svolte direttamente dai servizi sociali, nello specifico dall'assistenza socio-pedagogica di base, o dai gestori privati di servizi sociali in regime di convenzione.
Il servizio di educativa domiciliare offre assistenza, consulenza e accompagnamento intensivo delle famiglie in situazioni di difficoltà e in particolari situazioni di vita che richiedono aiuto. Si tratta di un intervento temporaneo finalizzato alla prevenzione, alla valutazione, allo sviluppo e all'implementazione, da parte della famiglia, di modalità adeguate di gestione della vita e della quotidianità. L'obiettivo è quello di attivare la famiglia, in una logica di promozione delle risorse, per evidenziare, abilitare e praticare nuovi modelli di comunicazione e strategie di risoluzione dei problemi. Il coinvolgimento dell'ambiente sociale della famiglia è incluso negli obiettivi. In base al sistema informativo provinciale (SIPSA), nel corso del 2018 sono stati effettuati interventi di educativa domiciliare in 235 famiglie.
Nei progetti individualizzati, i minori, nella maggior parte dei casi adolescenti, vengono accompagnati e sostenuti direttamente nel loro ambiente di vita familiare. Si tratta di progetti temporanei sui quali non sono ancora stati raccolti dati. Anche in questo caso, l'obiettivo è quello di promuovere la capacitazione del minore attraverso la sperimentazione di strategie idonee a superare situazioni problematiche, difficoltà o sfide personali che si presentano nell'ambiente familiare, sociale e/o scolastico. Si tratta anche di stimolare nel minore una riflessione sul proprio modo di agire e di facilitare l'autoapprendimento.
Le visite accompagnate o protette vengono organizzate nel caso in cui genitori non riescono a trovare un accordo sull'organizzazione e lo svolgimento delle visite dei figli, a causa di situazioni problematiche complesse o nel caso in cui non è chiaro in quale misura le visite possano nuocere al benessere del bambino e della bambina. Di solito, le visite vengono effettuate su mandato dell'Autorità giudiziaria e in presenza di uno specifico provvedimento giudiziario circa le modalità della visita. L'obiettivo è quello di normalizzare i contatti personali tra i genitori e il bambino e la bambina o di supportare i genitori nella gestione autonoma delle visite, con l'obiettivo di sviluppare, rafforzare e consolidare una relazione sicura tra genitori e figli. In base ai dati SIPSA, nel 2018 questa misura è stata adottata in 190 situazioni.
A causa dell'orientamento alle situazioni di vita, gli aiuti domiciliari e le offerte di educativa domiciliare si trovano a dover garantire un'assistenza flessibile, soprattutto per quanto riguarda l'orario di intervento, che deve tenere conto delle esigenze dei genitori lavoratori, che spesso sono disponibili solo la sera o nel fine settimana.

5.2.2 Assistenza socio-pedagogica pomeridiana

L'assistenza socio-pedagogica pomeridiana offre accompagnamento e assistenza ai bambini e alle bambine di pomeriggio. Il programma comprende il sostegno e l'accompagnamento nello svolgimento dei compiti, il lavoro pedagogico sociale e ricreativo, il gioco libero e guidato, le escursioni e il lavoro creativo. L'obiettivo è l'apprendimento sociale, l'integrazione sociale, la pro-

mozione dell'autonomia, l'accettazione e l'aiuto reciproci. In base ai dati SIPSA questa misura è stata adottata in 346 situazioni nel corso del 2018.

5.2.3 Sostegno familiare precoce

Il sostegno familiare precoce[48] è un sistema di interventi con finalità preventiva per (futuri) genitori e bambini e bambine fino ai tre anni di vita. Lo scopo è sostenere le famiglie in modo precoce e tempestivo, per incrementare, precocemente e in modo duraturo, le possibilità di sviluppo del bambino e la bambina e le sue opportunità di crescere in modo sano, con particolare attenzione alle famiglie in situazione di difficoltà. Il sostegno precoce è temporaneo e il più possibile a bassa soglia. Spesso sono sufficienti informazioni, mirate in quanto spesso le famiglie non sono a conoscenza dei servizi e delle misure di sostegno esistenti, che vanno commisurate alle situazioni vita individuali. Il sostegno precoce comprende anche l'aiuto di bassa soglia nella quotidianità e la consulenza. Tali servizi sono forniti dalla rete degli enti e servizi territoriali, sia pubblici che privati provenienti dal settore sociale e sanitario, dal settore dell'assistenza/educazione/istruzione e dal volontariato. Il *team* sostegno familiare precoce è l'unità operativa all'interno del sistema di sostegno precoce che funge da perno e punto di riferimento sia per le famiglie, che per i professionisti degli enti e dei servizi oltre che delle altre offerte presenti nella rete. È composto idealmente da professionisti del distretto sociale e del distretto sanitario, da esperti in campo psicologico o di consulenza psicosociale e da eventuali altri specialisti. Il *team* lavora in rete con i servizi e le offerte del territorio. Le unità territoriali di riferimento per l'istituzione dei sistemi di sostegno familiare precoce sono le Comunità Comprensoriali e il bacino dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. In futuro, in ogni Comunità Comprensoriale e nel territorio servito dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano sarà attivato un sistema di sostegno familiare precoce.
Il modello organizzativo del sostegno familiare precoce Alto Adige è stato approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 493 dell'8 giugno 2021, unitamente ai relativi stanziamenti, e verrà implementato nei prossimi anni sull'intero territorio provinciale. Non sono ancora disponibili dati dettagliati su questo nuovo servizio.

5.2.4 Strutture per minori

L'accreditamento dei servizi sociali spetta per legge[49] all'Amministrazione provinciale. I criteri[50] per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi socio-educativi e socio-sanitari per minori definiscono i servizi, le finalità, i gruppi target, la capacità ricettiva, il tempo di permanenza, i requisiti minimi strutturali, i parametri del personale per ciascuna tipologia, distinguendo tra servizi residenziali e semiresidenziali.
I servizi residenziali per minori si distinguono in comunità alloggio socio-pedagogiche, comunità alloggio socio-pedagogiche integrate, comunità alloggio socio-terapeutiche, comunità di tipo familiare/casa famiglia, residenze assistite, centri di prima accoglienza per minori stranieri non

[48] Informazioni dettagliate sulla prevenzione precoce, il progetto di ricerca, i progetti pilota e il modello organizzativo sono disponibili *online*:
https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/tutela-minori/sostegni-precoci-alto-adige.asp
[49] Articolo 8, comma 1, lettera x), della Legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13.
[50] Delibera della Giunta provinciale 4 aprile 2017 n. 390, Autorizzazione e accreditamento dei servizi socio-educativi per minori, nonché delibera della Giunta provinciale 18 dicembre 2018 n. 1418, Criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per minori.

accompagnati.[51] A causa delle necessità sorte in seguito alla chiusura dell'ultima casa famiglia, nel 2021 è stato avviato un progetto pilota di comunità alloggio socio-pedagogica per bambini e bambine da 3 a 8 anni. I servizi residenziali per minori hanno lo scopo di offrire ai minori temporaneamente privi di un ambiente familiare adeguato sicurezza e protezione, nonché assistenza, sostegno e educazione per il periodo di tempo necessario, affinché la famiglia di origine superi le proprie difficoltà e il minore possa rientrare nel proprio ambiente familiare o passare a una vita autonoma.

Le comunità alloggio socio-terapeutiche o le comunità alloggio integrate accolgono minori con disturbi psichici e/o psichiatrici e li accompagnano in un percorso socio-educativo e/o terapeutico. Per soddisfare la crescente domanda viene aumentato il numero di posti integrati per bambini e bambine e adolescenti con disturbi psichici o diagnosi psichiatrica.

I centri di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati garantiscono un alloggio sicuro e il soddisfacimento dei bisogni primari con l'obiettivo, in una seconda fase, di accompagnare il giovane in un percorso educativo e di inclusione sociale.

I servizi di accoglienza semiresidenziale per minori si distinguono in centri diurni socio-pedagogici e centri diurni socio-pedagogici integrati. Il servizio offre accompagnamento e sostegno ai minori in situazione di disagio sociofamiliare e/o con problemi personali. L'assistenza viene fornita in orari e giornate della settimana prestabiliti, in accordo con il servizio sociale competente.

Gli enti gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali sono quasi esclusivamente privati. L'ammissione alle suddette strutture avviene su richiesta dei servizi socio-sanitari competenti o dell'Autorità giudiziaria.

Tabella: Strutture per minori

	2018	
	Servizi residenziali	Servizi semiresidenziali
Numero di posti al 31.12.	231	95
Numero di persone assistite al 31.12.	204	84
Numero di professionisti (equivalenti a tempo pieno)	145,8	39,1
Spesa totale	8.454.144 euro	1.706.015 euro

Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020*

5.2.5 Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia

L'Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia accoglie gestanti, madri e bambini e bambine di età compresa tra 0-3 anni, che si trovano in difficoltà personali, familiari e sociali o in una particolare situazione di bisogno. Di regola, l'ammissione viene disposta con decreto del Tribunale dei minorenni. Gli obiettivi principali sono la tutela dei minori, la promozione e il sostegno della genitorialità e lo sviluppo delle competenze genitoriali.

[51] Ai sensi dell'articolo 2, lettere d) ed e) della Direttiva 2013/33/UE (Direttiva sull'accoglienza) un minore straniero non accompagnato è "un cittadino di un paese terzo o un apolide di età inferiore ai 18 anni che arriva nel territorio di uno Stato membro senza essere accompagnato da un adulto che ne sia responsabile ai sensi della legislazione o della prassi nazionale di tale Stato membro, fintantoché non sia effettivamente affidato a tale adulto; ciò include i minori che sono stati lasciati non accompagnati dopo essere entrati nel territorio di uno Stato membro". (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0033&from=EN).

Tabella: Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia

	2018
Numero di persone assistite	88
di cui:	
Bambini senza madre	12
Bambini con madre	20
Bambini all'asilo nido	17
Madri e gestanti	18
Assistenza diurna per il sostegno della genitorialità	21
Numero di professionisti (equivalenti a tempo pieno)	18,1 FTE
Spesa totale	1.057.375 euro

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, fig.5-5, 5-6, 5-7, pagg.132-133; Ufficio per la tutela dei minori e l'inclusione sociale

5.2.6 Affidamento familiare di minori

L'affidamento familiare ha la funzione di accogliere temporaneamente minori privi di un ambiente familiare idoneo. Esistono diversi tipi di affidamento in relazione ai compiti degli affidatari. Nel caso dell'affido a tempo pieno, il minore viene accolto in modo stabile nella famiglia affidataria, mentre nel caso dell'affido parziale la permanenza è limitata ad alcuni giorni della settimana e a un dato numero di ore.
Il numero delle famiglie affidatarie e, di conseguenza, dei minori in affido è in calo a causa di diversi fattori. In primo luogo, la difficoltà di conciliazione fra lavoro e impegno solidale a fronte di un istituto giuridico - quello dell'affido - poco tutelato sotto l'aspetto del diritto previdenziale e della sicurezza sociale. Anche sotto il profilo economico il compenso riconosciuto alla famiglia affidataria, che sostanzialmente consiste in un rimborso per le spese per il mantenimento, l'educazione e l'istruzione del minore affidato, non è affatto paragonabile a quello di un lavoro dipendente. Questa situazione è influenzata anche dall'elevato impegno richiesto alla famiglia affidataria, causa della complessità di alcune situazioni familiari. A fianco della disponibilità all'affidamento familiare, da accertare durante un percorso di conoscenza degli affidatari, è necessario un sostegno adeguato nella realizzazione concreta del progetto di affido.

Tabella: Affidamento familiare

	2018
Numero di persone assistite	152
di cui:	
Affidamenti a tempo pieno	86
Affidamenti a tempo parziale	66
Numero di famiglie affidatarie (con affidamenti a tempo pieno)	65
Spesa totale	984.297 euro

Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, fig. 5-11 a 5-13, pagg. 135-136; Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020*

5.2.7 Adozione

Il servizio adozioni Alto Adige, gestito dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano ha il compito di accertare, su incarico del Tribunale per i minorenni, l'idoneità dei candidati all'adozione nazionale

e/o internazionale[52] e di offrire ai genitori adottivi aiuto e consulenza su tutti gli aspetti legati all'adozione. Il servizio adozioni ha, inoltre, il compito di seguire le famiglie adottive nel periodo del primo anno post-adottivo e anche oltre, se la situazione lo richiede o su richiesta della famiglia adottiva. Per il futuro è previsto un ampliamento dell'aiuto alle famiglie adottive e ai bambini e alle bambine in tutte le fasi della vita; a questo scopo verrà potenziato il servizio adozioni Alto Adige. Il servizio adozioni lavora in rete con partner del territorio provinciale che, a diverso titolo, si occupano di adozione (enti autorizzati all'adozione, Associazione genitori adottivi e affidatari altoatesini, Tribunale per i minorenni, Intendenze scolastiche).
Il numero delle adozioni disposte in un anno varia in relazione a vari fattori fra i quali, per esempio, la situazione politica del paese di origine del bambino e della bambina adottato, l'evoluzione del quadro giuridico e del sistema di protezione e assistenza dei minori vigente nei diversi Paesi, l'applicazione del principio di sussidiarietà sancito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo[53], in base al quale il bambino e la bambina ha il diritto di crescere nella propria famiglia o di poter rimanere nel paese di origine grazie a un affidamento familiare o un'adozione nazionale. Inoltre, l'adozione è influenzata dai cambiamenti sociali e dagli sviluppi nel campo della procreazione assistita.

Tabella: Adozione

	2018
Numero di adozioni (decreti)	13
di cui:	
Adozioni internazionali	4
Adozioni nazionali (art. 44 L. n. 184/1983 e succ. mod.)	9
Spese totali dell'Ufficio Adozioni Alto Adige	133.157 euro

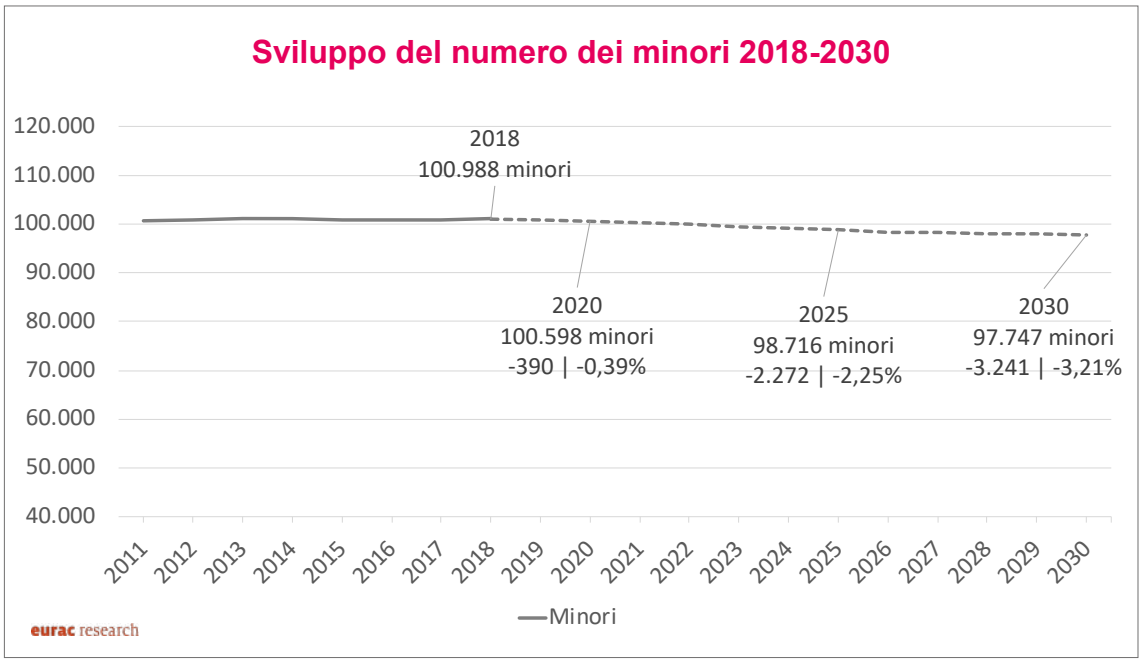
Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, figg. 5-14 e 5-15, pagg. 141-142; Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020*

5.2.8 Strumenti di previsione quali-quantitativi

L'analisi dell'offerta e del funzionamento dei servizi nel settore della tutela dei minori e l'elaborazione degli scenari di sviluppo è stata supportata da rilevazioni di ampie serie statistiche.
La stima del fabbisogno futuro su dati dell'anno base 2018, nonché delle tendenze di sviluppo della popolazione mostra un andamento relativamente costante per quanto riguarda la fascia d'età 0-18 anni, con una leggera flessione prevista entro il 2030. Nello specifico, si prevede un calo da 100.988 minori nel 2018 a 97.747 nel 2030, pari a 3,21 punti percentuali in meno. I dati sull'andamento della popolazione sono dunque poco significativi per determinare il fabbisogno futuro di servizi e misure e di offerte innovative, come si evince dalla figura seguente.

[52] Si parla di adozione nazionale quando il minore viene dichiarato adottabile da un Tribunale per i minorenni del territorio nazionale, mentre si parla di adozione internazionale quando lo stato di abbandono e di adottabilità di un minore viene dichiarato dall'autorità di un Paese estero.
[53] Articolo 21 della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989.

Figura: Previsioni ASTAT sullo sviluppo demografico dei minori fino al 2030



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030

Una previsione attendibile del fabbisogno nel settore della tutela dei minori richiede l'utilizzo, a fianco di tecniche e strumenti quantitativi, anche di tecniche qualitative atte a intercettare una molteplicità di fattori, fra i quali per esempio i bisogni e le situazioni di bisogno emergenti, i cambiamenti della struttura familiare e dell'ambiente sociale dei minori e, più in generale, i cambiamenti sociali. Data la complessità delle situazioni di disagio è molto importante, ai fini della creazione di un quadro complessivo della situazione, dare voce agli enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali. Questi aspetti qualitativi sono stati approfonditi nel corso di un sondaggio *online* e di *workshops* sulle tematiche chiave nel settore della tutela dei minori identificate con i rispettivi uffici.

5.3 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

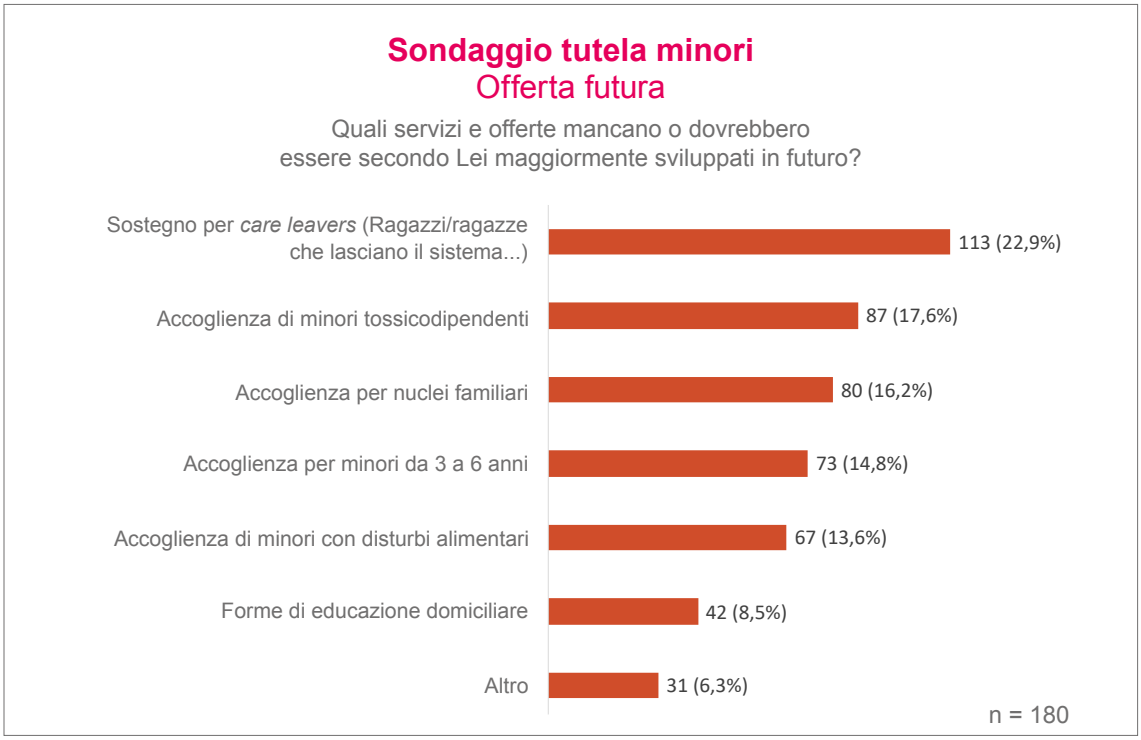
Ai fini dell'elaborazione – nell'ambito di *focus groups* con gli *stakeholders* rilevanti e rappresentanti selezionati di diversi settori – delle strategie e delle misure nel settore della tutela dei minori è stata svolta un'indagine preliminare tramite sondaggio *online* accessibile a tutti i professionisti e le professioniste, nonché operatrici e operatori del settore pubblico e privato, agli enti e organizzazioni di altri settori che a vario titolo si occupano di tutela dei minori e ai collaboratori e collaboratrici della Ripartizione Politiche sociali e rispettivi uffici. L'invito a partecipare al sondaggio è stato esteso anche alle famiglie dei minori presi in carico dai servizi sociali.
I risultati del sondaggio *online* e delle discussioni nei *focus groups* forniscono un quadro di valutazione complessivo, corroborato da dati e dall'esperienza di professionisti ed esperti, delle dimensioni intangibili e qualitative degli sviluppi nel settore della tutela dei minori e delle sfide che ne derivano.

5.3.1 *Input* dal sondaggio *online*

Il sondaggio *online* ha preso in considerazione i seguenti ambiti tematici:
- portfolio attuale dei servizi e del finanziamento;
- ampiezza delle forme future di offerta e finanziamento;
- funzione di controllo/tutela vs prevenzione;
- fabbisogno di personale;
- buone pratiche, desiderata e idee.

La valutazione ha preso in considerazione un totale di 202 questionari compilati in parte o del tutto. Di questi, il 61,4% è stato compilato dai dipendenti e il 25,7% dai dirigenti.
Per quanto riguarda l'adeguatezza dell'offerta di servizi, le valutazioni positive e quelle critiche si bilanciano. Traspare un ampio consenso sull'opportunità di mantenere o innalzare l'attuale livello di offerta, mentre l'ipotesi di una sua riduzione viene contemplata in pochi casi. È molto sentita la necessità di potenziare e diversificare l'offerta in base ai bisogni, con particolare riferimento all'affido familiare, alle comunità alloggio socio-pedagogiche integrate, alle comunità di tipo familiare, alle offerte domiciliari e ai progetti individualizzati, al lavoro di prevenzione con i genitori. L'assistenza pomeridiana viene sostenuta in quanto servizio flessibile e di prossimità. I *care leavers*[54], i minori con problemi di dipendenza e i bambini e bambine da 3 a 6 anni hanno bisogno di maggiore sostegno.

Figura: Indicazioni per l'ampliamento della gamma di servizi per la tutela dei minori fornite dal sondaggio *online*



Fonte: Eurac Research - Presentazione di Peter Decarli e Ines Simbrig, workshop *del 10.12.2020 Eurac Research, Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.143, fig. 5-21*

[54] I *care leavers* sono giovani che, dopo aver trascorso parte della loro vita in un sistema di cura pubblico (per esempio, in casa-famiglia, comunità o affido) si trovano in una fase di transizione verso l'autonomia" (Nagy A., Edinger A. (2021), *Care leavers* in Alto Adige. Percorsi di carriera e autonomia, ed. A. Weger, pag.6).

Dal sondaggio è emerso che il potenziamento dell'offerta dovrebbe essere finanziato principalmente con ulteriori mezzi pubblici. Un aiuto potrebbe arrivare anche dalla fusione dei servizi. La riduzione della burocrazia potrebbe liberare maggiori risorse.
La percezione prevalente riguardo al rapporto tra funzione di protezione/controllo e funzione di prevenzione è che oggi l'enfasi sia soprattutto sulla prima. Una maggiore attenzione alla prevenzione viene, però, considerata un requisito prioritario per il futuro. Per rafforzare la prevenzione nel settore della tutela dei minori occorrono soprattutto più risorse di personale. In concreto, il lavoro di prevenzione richiede, da un lato, una maggiore collaborazione fra servizi sociali, scuole/scuole materne, sanità e altre istituzioni e, dall'altro, un maggiore supporto ai genitori. La maggioranza degli intervistati ritiene che il rafforzamento del lavoro di prevenzione possa portare a una riduzione delle misure di tutela/protezione e, in conseguenza di ciò, a un contenimento della spesa nel lungo periodo. La carenza di personale qualificato nel settore della tutela dei minori è una criticità attuale e futura rilevata dalla pressoché totalità dei rispondenti.

5.3.2 Discussione dei temi chiave nei *focus groups*

I risultati del sondaggio *online* sono stati utilizzati come base per la discussione nei *focus groups*. La discussione è stata preceduta da una relazione tecnica, da parte dell'ufficio responsabile, sulla situazione di fatto dei servizi per la tutela dei minori in Alto Adige e da una presentazione, da parte di Eurac Research, delle previsioni statistiche e dei risultati del sondaggio. Nei *focus groups* sono stati approfonditi i seguenti temi, elaborati dagli uffici provinciali insieme a Eurac Research:

- rafforzamento della prevenzione;
- fabbisogno di personale qualificato;
- orientamento futuro dell'offerta di servizi.

I e le partecipanti ai *focus groups* hanno espresso i seguenti punti di vista e orientamenti.

5.3.2.1 Prevenzione

Un obiettivo centrale della prevenzione è integrare in misura crescente il lavoro sociale nella vita sociale quotidiana. La prevenzione, intesa come individuazione precoce dei fattori di rischio, dovrebbe essere praticata soprattutto a livello di gruppo e di comunità, attraverso l'inclusione, la crescita del senso civico e la partecipazione. Dal punto di vista strategico è necessario mettere a fattore comune il lavoro di prevenzione, portando l'attenzione sulle convergenze fra il piano sociale provinciale, il piano di sostegno della famiglia e il piano sanitario provinciale.
Il lavoro di prevenzione nel settore della tutela dei minori deve partire dai luoghi e dalle situazioni di vita dei bambini e delle bambine, dei giovani e delle loro famiglie: asili, scuole/scuole materne, servizi di doposcuola, centri giovanili, consultori, servizi sociali e sanitari. Questo approccio favorisce l'accesso a bassa soglia e la partecipazione e, inoltre, promuove l'*empowerment* delle famiglie. Il lavoro di prevenzione con i genitori assume una rilevanza centrale, in considerazione del carattere transgenerazionale di problemi. D'altra parte, la necessità della prevenzione nelle scuole si basa sul riconoscimento dell'importante ruolo del successo scolastico per il futuro percorso di vita del bambino/adolescente e della bambina/adolescente.
Oltre a questi presupposti il lavoro di prevenzione richiede una cooperazione coordinata tra i servizi, le strutture e le istituzioni che operano nel settore della tutela dei minori a livello locale, a partire dai distretti sociosanitari. La forza dell'interazione reciproca, dunque del lavoro di rete, consiste nel calare le famiglie, i bambini e bambine e gli adolescenti nel loro contesto familiare e sociale, nel riconoscere precocemente i possibili fattori di rischio e nel prevenire l'insorgenza di

eventuali situazioni problematiche pianificando e attuando in modo congiunto il lavoro di prevenzione, anche attraverso progetti mirati. In questo modo è possibile influenzare l'intero sistema e non solo la singola situazione.
Nel settore della tutela dei minori l'investimento nel lavoro di prevenzione richiede un approccio orientato alle risorse. In concreto, questo significa puntare sul rafforzamento precoce delle competenze genitoriali e sull'educazione tra pari (*peer education*), sotto forma di gruppi di gruppi di genitori e gruppi di *care leavers*. Il lavoro di prevenzione, poi, deve riconoscere e integrare i bisogni emergenti determinati dalle nuove geografie familiari (famiglie *patchwork*, famiglie monoparentali, famiglie arcobaleno), dalle nuove forme di marginalità sociale e dalla diversificazione dei contesti culturali. Altri temi centrali sono la gestione dei conflitti, la prevenzione della violenza, la prevenzione di comportamenti di consumo problematici, nonché delle dipendenze, anche considerando le loro possibili conseguenze.
Per quanto riguarda gli adolescenti si tratta, soprattutto, di fornire sostegno e orientamento nelle situazioni di crisi, rafforzare la capacità di relazionarsi con gli altri e la salute mentale e trovare vie d'uscita dall'isolamento sociale, con l'obiettivo di rafforzare l'idea di inclusione, discutendo e riflettendo sulla diversità insieme ai giovani. Un maggiore investimento nella prevenzione dovrebbe essere ripagato, nel lungo periodo, da una riduzione degli interventi a maggiore intensità di spesa.
Il mix pubblico privato nell'offerta dei servizi viene considerato l'approccio più vantaggioso. La prevenzione dovrebbe essere presa in carico soprattutto dai distretti, tra l'altro anche con l'obiettivo, nel lungo periodo, di cambiare la percezione del servizio da parte della popolazione promuovendone l'accesso. I professionisti dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione degli obiettivi e dei progetti di prevenzione. Il lavoro di prevenzione, nella sua duplice forma di lavoro di comunità e lavoro di rete, richiede in ogni caso ulteriori risorse umane. Inoltre, si propone l'istituzione di un tavolo di prevenzione su base provinciale nel settore della tutela dei minori e la sensibilizzazione e informazione della popolazione.

5.3.2.2 Fabbisogno di personale qualificato

I temi di discussione principali riguardano il riconoscimento, la formazione e le condizioni di lavoro delle cosiddette professioni di aiuto. La responsabilità professionale delle operatrici e degli operatori, la complessità del lavoro, specie nel campo della tutela dei minori, la pressione sociale e talvolta anche il comportamento problematico degli assistiti nei confronti dei professionisti richiedono un riconoscimento finanziario e un conseguente adeguamento del livello salariale. Di fatto, le professioni di aiuto sono poco incentivanti sotto il profilo economico e la molla principale per la scelta della professione è di natura intrinseca. Spesso, poi, anche a causa del retaggio culturale che grava sulle identità di genere, le professioni di aiuto sono in prevalenza femminili. Gli uomini nel settore sociale occupano spesso posizioni dirigenziali, tuttavia servirebbero più uomini come modelli di ruolo nell'ambito della cura e dell'assistenza.
Molte proposte di miglioramento riguardano la formazione e l'aggiornamento professionale. Per esempio, la pratica (servizi e istituzioni territoriali) dovrebbe essere più strettamente collegata alla teoria (università). I tirocini permettono un confronto diretto con l'esperienza pratica del lavoro, però richiedono risorse di tutoring adeguate. I corsi di laurea triennali prevedono una formazione di base, ma nessuna specializzazione. La tutela dei minori è solo uno dei possibili campi di lavoro per i futuri professionisti dell'aiuto ai minori. Si suggerisce di subordinare il conferimento di incarichi nella tutela dei minori al conseguimento di specifici titoli di specializzazione e, per i neolaureati, alla maturazione di una certa esperienza pratica. Rientrano in questo ambito la specializzazione in aree difficili e complesse (per esempio, la violenza sessualizzata o l'abuso). La formazione continua è considerata di importanza fondamentale.

Si chiede un miglioramento delle condizioni di lavoro e delle condizioni strutturali dei professionisti e delle professioniste. A questo riguardo si sottolinea l'importanza della formazione, dell'inserimento/affiancamento delle operatrici e degli operatori da parte di colleghi esperti e colleghe esperte e del supporto reciproco all'interno del *team*, anche in forma di supervisione individuale e supporto psicologico. La possibilità di occuparsi non solo di tutela, ma anche di prevenzione e di specifici progetti favorisce un maggiore equilibrio e aumenta il benessere mentale. Inoltre, dovrebbe essere promosso lo scambio di esperienze tra professionisti e professioniste, anche tra regioni diverse. Un buon lavoro di rete contribuisce a rendere efficaci le sinergie nella vita quotidiana. La cooperazione e lo sviluppo di linee guida comuni favoriscono lo sviluppo di un linguaggio comune e lo scambio interdisciplinare.
In futuro, per promuovere la cooperazione interdisciplinare e il sostegno reciproco dovrebbe essere previsto il profilo professionale della psicologa/psicologo anche nei distretti sociali, in aggiunta ai profili professionali già attivi. I professionisti e le professioniste funzionano come un'*équipe* socio-sanitaria e sono congiuntamente responsabili della valutazione delle situazioni familiari e del loro accompagnamento.
Si raccomanda di circoscrivere in modo chiaro il campo di lavoro dell'aiuto ai minori e, nello specifico, della tutela dei minori, nonché dei rispettivi requisiti, compiti e funzioni dei professionisti e delle professioniste. I compiti, le competenze e le funzioni dei due profili professionali dell'assistente sociale e dell'educatore o educatrice sociale devono essere distinti fra loro con maggiore chiarezza, considerando in particolare i rispettivi requisiti di accesso, titoli formativi e il quadro normativo.

5.3.2.3 Requisiti dei servizi

Servizi di educativa domiciliare e attività domiciliari

È necessario professionalizzare l'assistenza socio-pedagogica ai genitori, di pari passo con l'assistenza socio-pedagogica ai minori, sotto forma di progetti individualizzati. gli interventi a domicilio, cioè tutti quegli interventi che si avvicinano alla persona direttamente nel luogo dove abitualmente vive, dovrebbero essere attivati tempestivamente al momento del bisogno, anche di sera o nei fine settimana (per esempio, per i genitori che lavorano).
Per questo occorrono risorse adeguate. Il potenziamento degli interventi a domicilio consentirebbe, fra l'altro, di offrire visite accompagnate più volte alla settimana. Per coprire il fabbisogno di personale dovrebbero essere impiegati sia professionisti, sia volontari. Questi ultimi potrebbero operare maggiormente in un contesto di lavoro a domicilio a bassa soglia, svolgendo attività di supporto quotidiano alle famiglie.
Anche il lavoro di strada (*streetwork*) con gli adolescenti e i giovani adulti viene menzionato come un'importante risorsa, specie per intercettare i giovani problematici non segnalati o che sfuggono al sistema di *welfare* formale organizzato. Per sostenere lo sviluppo del lavoro di strada è necessario introdurre una regolamentazione unificata a livello provinciale. I servizi a bassa soglia per i giovani devono essere garantiti anche la sera e nei fine settimana, in particolare nelle aree rurali e sempre più sotto forma di progetti flessibili e a misura di persona (progetti individualizzati).

Assistenza socio-pedagogica pomeridiana

L'offerta di assistenza socio-pedagogica pomeridiana dovrebbe essere sviluppata nelle aree rurali e il più possibile vicino a casa, con l'obiettivo di facilitare l'accesso al servizio da parte delle famiglie bisognose residenti in una determinata zona. Questa forma di assistenza, che parte da un'indicazione sociale, deve essere coordinata con l'offerta di assistenza pomeridiana promossa dall'Agenzia per la famiglia.

Affidamento familiare

Molte proposte di miglioramento sottolineano l'importanza dell'affido familiare e la necessità di un suo rafforzamento alla luce del fatto che, nonostante le linee di indirizzo provinciali, si riscontrano grandi differenze fra i diversi territori di riferimento in termini di copertura e funzionalità del servizio. Un sistema di sostegno dell'affido carente o inadeguato aumenta il rischio che le famiglie affidatarie si ritirino, infliggendo un'ulteriore perdita al bambino e alla bambina e/o che il rientro nella famiglia di origine venga ritardato o anticipato, o sia problematico.
Per evitare ciò si richiede un miglioramento dell'attuale sistema di accompagnamento delle famiglie affidatarie attraverso la creazione, nelle singole Comunità Comprensoriali, di un servizio sovradistrettuale intersettoriale. I compiti del servizio comprendono l'accompagnamento, il sostegno, il monitoraggio costante e la valutazione del percorso di affido insieme alla famiglia allo scopo di rilevare i cambiamenti e valutare le condizioni che permettono la migliore risposta ai bisogni di crescita del minore. Rientrano nel percorso di accompagnamento anche la consulenza e la terapia psicologica alla famiglia da parte di professionisti e professioniste dei distretti socio-sanitari, l'organizzazione degli interventi di formazione e professionalizzazione in favore della famiglia affidataria e la sensibilizzazione. Gli obiettivi del progetto di affido dovrebbero essere concordati congiuntamente con la famiglia affidataria, la famiglia di origine e il minore. Inoltre, si suggerisce di attivare le famiglie che si dichiarano disponibili a sostenere le famiglie durante il periodo di affidamento familiare. Viene valutata anche la possibilità di affiancare la famiglia del minore con ulteriori forme, anche da parte di altre famiglie che si dichiarano disponibili.
Infine, si richiedono un compenso più alto e adeguato all'impegno profuso, e un'assicurazione previdenziale e sanitaria per la famiglia affidataria e si propone l'introduzione di famiglie affidatarie professionali con una formazione specifica, un contratto di lavoro formalizzato e un compenso economico.

Servizi residenziali e semiresidenziali per minori

Gli esperti e le esperte coinvolti nei *focus groups* denunciano la carenza di posti nelle strutture residenziali per minori e, in particolare, la carenza di strutture rispondenti ai bisogni specifici di specifici gruppi target: strutture per bambini e bambine dai tre ai sei anni, strutture specializzate per minori altamente problematici, strutture riabilitative per ragazzi e ragazze autistici o con handicap cognitivi, strutture per ragazzi e ragazze con particolari bisogni socio-terapeutici, come le dipendenze da sostanze stupefacenti o altre dipendenze. Si richiede, inoltre, un ampliamento dell'offerta di alloggi non temporanei per le donne che vengono accolte con i loro bambini e le loro bambine.
In alternativa al potenziamento dell'offerta di posti delle residenze per minori si propone di rendere più flessibile l'organizzazione delle strutture esistenti, per esempio attraverso l'attivazione di gruppi misti di assistiti, che consentirebbe di evitare una concentrazione di casi problematici. L'assistenza socioterapeutica e socio-pedagogica devono essere ampliate, tenuto conto della complessità di questo settore.
Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali si richiede una presenza capillare dei centri diurni in tutto il territorio provinciale, non solo nelle aree urbane ma anche nelle aree rurali.

Care leavers

Viene rimarcata l'importanza dell'accompagnamento, del sostegno e del *follow-up* dei *care leavers* al fine di consentire loro il pieno esercizio dei loro diritti. L'obiettivo è creare le condizioni per una transizione positiva verso l'autonomia o, se questo non è possibile, per un rientro positivo in famiglia.

L'estensione dell'inserimento in comunità oltre il 18esimo e fino al 21esimo anno di età del ragazzo e della ragazza dovrebbe essere concordata dai servizi sociali con il giovane adulto e la giovane adulta.
Nel caso di minori stranieri non accompagnati il prolungamento del progetto oltre il diciottesimo anno di età richiede per legge l'intervento dell'Autorità giudiziaria minorile. Questo rende più difficoltosa la pianificazione a lungo termine dell'intervento.
Pertanto, la pianificazione e l'accompagnamento verso l'autonomia o il rientro in famiglia dovrebbero iniziare precocemente, ossia all'atto della presa in carico. L'assistenza dovrebbe essere gestita, possibilmente, da un'unica persona di riferimento e di fiducia che conosce il ragazzo e la ragazza nella struttura o nella famiglia affidataria. Spesso mancano le risorse finanziarie necessarie per l'accompagnamento dei giovani in uscita dalla tutela, tuttavia queste risorse devono essere garantite. I modelli p*eer-to-peer* per *care leavers* dovrebbero essere presi in considerazione come possibile forma di accompagnamento.
La transizione può anche richiedere il passaggio a nuovi servizi (per esempio, dall'ambulatorio per la salute psicosociale dell'età evolutiva alla psichiatria per adulti). Anche in questo caso il passaggio dovrebbe essere pianificato nella fase iniziale del percorso di accompagnamento, con l'obiettivo di evitare il più possibile l'abbandono del sistema di sostegno da parte del giovane o della giovane assistita. Nel caso del rientro del giovane in famiglia si dovrebbe prestare particolare attenzione al sostegno alla genitorialità. L'accompagnamento verso l'autonomia dovrebbe essere garantito anche alle madri con bambini e bambine collocati in una struttura.

Prevenzione della violenza

Gli educatori e gli insegnanti dovrebbero disporre di strumenti idonei per il riconoscimento dei segnali predittivi di violenza sui minori. Anche i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze dovrebbero essere messi nelle condizioni di riconoscere le diverse forme di violenza, attraverso iniziative di sensibilizzazione mirate. In generale, si ritiene fondamentale l'attività di sensibilizzazione nelle scuole in un'ottica di prevenzione della violenza. La prevenzione dovrebbe partire dalle famiglie e dovrebbero essere previsti specifici *training* per genitori violenti. Inoltre, dovrebbe essere rafforzata la collaborazione dei servizi sociali con gli ambulatori specialistici per la salute psicosociale dell'età evolutiva e con i servizi psicologici. L'attivazione della consulenza psicologica per famiglie e minori deve essere il più tempestiva possibile.

Mediazione interculturale

Si sottolinea che in futuro è necessario un maggiore coinvolgimento dei mediatori i e delle mediatrici interculturali nel lavoro sociale e, in particolare, nell'accompagnamento e nel sostegno delle famiglie con *background* migratorio e dei minori stranieri non accompagnati. La mediazione culturale dovrebbe essere sostenuta con maggiori finanziamenti pubblici. L'assistenza ai minori stranieri non accompagnati deve essere ampliata, garantendo da un lato più specialisti e specialiste in etnopsicologia e in psicologia del trauma sia per i giovani e le giovani che per le madri straniere, meglio se di madrelingua, e dall'altro percorsi di apprendistato, tirocini e ulteriori opportunità di formazione continua.

Mix di servizi e *networking*

La promozione di un sistema di servizi in rete degli enti gestori pubblici e privati, anche non profit, ha il vantaggio di ottimizzare la pianificazione e le risorse. Il mix pubblico privato, da un lato, e la creazione di condizioni quadro uniformi e di un coordinamento istituzionale più forte dall'altro, contribuiscono a evitare sovrapposizioni, duplicazioni o concorrenza e a ridurre le differenze tra i diversi ambiti territoriali nell'erogazione dei servizi. È necessario, però, fare attenzione che

l'esternalizzazione di alcuni servizi e offerte non porti a una perdita di saperi e competenze professionali a scapito dei servizi e degli enti pubblici.
Per questo è importante prevedere forme di collaborazione adeguate e favorire uno scambio regolare, nell'ambito di tavoli di lavoro permanenti, con l'obiettivo di rivedere e adeguare l'offerta di servizi al fine di rispondere in modo più efficiente ed efficace possibile alle sfide attuali e future. Il *networking* necessita di un coordinamento professionale e di risorse di tempo e questo deve trovare un puntuale riscontro nella pianificazione del personale.

Cooperazione tra servizi sociali, servizi sanitari e scuola

Il rafforzamento e l'ampliamento della collaborazione tra servizi sociali e sanitari è un obiettivo prioritario. È necessaria una rete di servizi integrati e di profili professionali diversificati, con competenze e responsabilità, ma anche ruoli e funzioni definiti in modo chiaro, al fine di garantire una cooperazione paritaria. Ciò si traduce in modelli di cooperazione socio-sanitaria e pratiche di lavoro basate su *équipe* interdisciplinari. A livello provinciale esistono già esempi concreti di collaborazione interdisciplinare (per esempio, gli ambulatori specialistici per la salute psicosociale dell'età evolutiva). In altri ambiti disciplinari, come la valutazione delle competenze genitoriali o il lavoro sociale con le famiglie, le *équipe* sociosanitarie devono ancora essere istituite. La formazione interdisciplinare, compresa quella rivolta a professionisti degli enti gestori pubblici e privati, promuove la collaborazione. Un altro strumento di supporto sono gli accordi di cooperazione formalizzati.
La collaborazione dei servizi sociali con le scuole è di importanza fondamentale perché consente di riconoscere precocemente le situazioni di rischio. La stipula di accordi di cooperazione e la formazione di gruppi di lavoro misti scuola/sociale può favorire la creazione, il mantenimento e lo sviluppo di una cooperazione duratura. L'esperienza mostra che la presenza a scuola di un una pedagogista o di un pedagogista sociale facilita la collaborazione. Questa figura professionale dovrebbe, dunque, essere prevista in tutte le scuole/istituti comprensivi, come peraltro la figura della psicologa o dello psicologo. La formazione comune del personale docente e delle operatrici e degli operatori sociali, nonché di altri servizi specializzati, promuove il lavoro di rete e la continuità delle misure.

5.4 Obiettivi strategici e misure

La presentazione degli obiettivi strategici nel settore della tutela dei minori per il periodo 2023-2030 si basa sui dati raccolti e sull'esperienza dell'Amministrazione provinciale e degli enti gestori pubblici e privati dei servizi, sui risultati del sondaggio *online* e sui numerosi suggerimenti raccolti durante il *workshop*. La famiglia, quale comunità di cura più piccola della società, è la chiave di volta per una crescita sana dei bambini e delle bambine, die ragazzi e delle ragazze. Il sostegno di questa funzione della famiglia come luogo eletto di cura e attenzione, promozione delle potenzialità dei bambini e delle bambine, nonché dei giovani di sviluppo di personalità responsabili e socialmente competenti è un compito centrale delle politiche sociali e richiede la formulazione di obiettivi strategici diversificati.
Il rafforzamento del lavoro di prevenzione, l'adeguamento dell'offerta di servizi, l'introduzione di approcci innovativi al lavoro sociale e la promozione e il rafforzamento dei profili professionali emergono come temi prioritari.
Il lavoro di prevenzione nel settore della tutela dei minori mira a promuovere una crescita sana dei bambini e dei giovani nell'ambiente familiare e sociale. In una società in cambiamento la fa-

miglia è un punto di riferimento centrale per quanto riguarda la trasmissione di valori, la solidarietà e i progressi nell'apprendimento. Da qui devono partire i servizi di informazione, consulenza, assistenza ed educazione a bassa soglia, ma anche professionali, e i progetti volti a rafforzare le competenze genitoriali e il benessere del bambino e della bambina. Questi servizi devono essere sviluppati in rete dagli attori pubblici e privati e dal volontariato sociale locale attorno al distretto socio-sanitario, quale perno del sistema di servizi sociali. La cooperazione tra enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali e l'assicurazione della qualità devono essere riconosciuti quali requisiti di successo della rete sociale.

L'adeguamento/riorientamento del portfolio e del funzionamento dei servizi alle mutevoli situazioni di bisogno dei bambini e delle bambine, nonché delle giovani e dei giovani e delle loro famiglie rappresenta una sfida, in considerazione dell'eterogeneità delle situazioni. Per questo è necessario promuovere il miglioramento della cooperazione e del lavoro di rete fra servizi e istituzioni, con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria. Lo sviluppo delle reti di servizi e dell'integrazione socio-sanitaria richiede la messa a disposizione di ulteriori profili professionali.

La cooperazione e il lavoro di rete sono necessari per creare sinergie e innovazione. Il superamento di schemi di ruolo e saperi troppo rigidi è parte del (ri)orientamento del sistema dei servizi verso un approccio multidimensionale e interdisciplinare, atto a fronteggiare la complessità della nostra società e contrastare la frammentazione delle misure e dei servizi nel settore della tutela dei minori.

Affinché le professioni sociali acquistino attrattività è necessario rendere l'offerta formativa più flessibile. Una retribuzione commisurata alla responsabilità, migliori condizioni di lavoro e la formazione e aggiornamento professionale svolgono un ruolo importante nel contrastare la carenza di professioniste e professionisti qualificati e nel promuovere la stabilità delle progressioni di carriera nel settore sociale. Nella pianificazione dei servizi sociali devono essere introdotte forme di partecipazione ed *empowerment* delle famiglie, dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze e dei gestori dei servizi.[55]

L'obiettivo è creare un'offerta di servizi e misure sostenibili e orientate ai bisogni nel settore della tutela dei minori. Per questo devono essere stanziati nuovi fondi pubblici. La pianificazione e l'attuazione degli interventi devono trarre ispirazione dalle esperienze virtuose di altre regioni o Paesi e armonizzarsi con gli obiettivi e le misure fissati nel piano sanitario provinciale e nel piano di sostegno per le famiglie.

Per motivi di chiarezza, la presentazione dell'assai ampio catalogo di misure per la tutela dei minori è stata suddivisa nei seguenti macro temi principali:

- quadro normativo e organizzativo;
- prevenzione;
- adeguamento dell'offerta di servizi a gruppi target specifici;
- gestione delle risorse umane e fabbisogno di operatori e operatrici qualificati.

[55] Il Quinto Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 25 gennaio 2022, prevede, all'azione n. 25 Animare e sostenere esperienze e buone pratiche di partecipazione, l'elaborazione a cura dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di indirizzi per una nuova forma di partecipazione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze. Le linee guida in oggetto dovrebbero essere adottate a breve.

5.4.1 Quadro normativo e organizzativo

Le seguenti misure riguardano le basi normative, gli strumenti di pianificazione e le azioni di sistema per il miglioramento della qualità dei servizi nel settore della tutela dei minori.

Legge sulla tutela dei minori
È in corso di elaborazione una Legge provinciale specifica per il settore della tutela dei minori. La nuova legge si basa sulle disposizioni normative europee e nazionali e accorpa le attuali norme provinciali in materia.

Linee guida per la tutela dei minori
Le attuali linee guida per l'assistenza socio-pedagogica di base per minori vengono rielaborate e adeguate ai recenti indirizzi e disposizioni nazionali e sovraprovinciali, con riferimento alla descrizione dell'ambito di lavoro dell'assistenza socio-pedagogica di base nel settore tutela dei minori e ai rispettivi compiti e funzioni, attività, misure e servizi.

Programma nazionale P.I.P.P.I. e linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e bambine e famiglie in situazione di vulnerabilità
Il Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.)[56] relativo al lavoro con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità è stato sperimentato e implementato nel quadro del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in sei ambiti territoriali e verrà attuato in futuro in tutte le Comunità Comprensoriali e nell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. In vista dell'applicazione di questo approccio nel lavoro sociale ordinario in ambito provinciale, le operatrici e gli operatori sociali verranno formati all'uso del metodo e il documento di indirizzo attuale verrà aggiornato.

Partecipazione ai processi di pianificazione e governo a livello provinciale
La partecipazione dei gestori pubblici e privati dei servizi sociali ai processi di pianificazione e governo nel settore della tutela dei minori a livello provinciale viene consolidata nell'ambito di tavoli di lavoro e gruppi di lavoro.

Partecipazione di genitori, bambini e bambine e giovani ai processi di pianificazione provinciale (partecipazione degli *stakeholders*)
Le famiglie e i minori che vengono accompagnati dai servizi sociali titolari della funzione di tutela dei minori vengono coinvolti su specifiche questioni quali esperte ed esperti del loro caso nei processi di pianificazione degli interventi a tutela dei minori.

Cooperazione e *networking*
La cooperazione intersettoriale tra i professionisti e le professioniste che operano nel settore della tutela dei minori, e in particolare tra i servizi sociali e sanitari, viene promossa e sancita da appositi protocolli d'intesa. In questo ambito rientra la revisione, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, dell'approccio coordinato alla genitorialità vulnerabile nell'ambito della tossicodipendenza e la sua estensione all'ambito delle malattie psichiche.

[56] Il programma P.I.P.P.I. è stato incluso nelle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva. Si veda *online*: https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Pagine/default.aspx

Affrontare gli effetti della pandemia da Covid-19

Per affrontare e superare gli effetti della pandemia da Covid-19 viene elaborato, sulla base dei risultati degli studi scientifici citati, un pacchetto di misure interdipartimentali dirette al rafforzamento del lavoro di rete, che prevede specifici protocolli d'intesa, in particolare tra i servizi sociali e sanitari e le scuole, con l'obiettivo di fornire un'assistenza concreta articolata intorno ai bisogni del minore, alle prime avvisaglie di disagio o disturbo psichico.
L'offerta di sostegno alla genitorialità verrà adeguata e ampliata con particolare attenzione agli interventi domiciliari e ai progetti individualizzati rivolti a bambini bambine e agli adolescenti. Nel pacchetto di misure troveranno spazio anche le offerte di gruppo (informali) e le offerte di gruppo psicoterapeutiche basate sui bisogni dei bambini e delle bambine e degli adolescenti.
La popolazione verrà sensibilizzata con specifiche iniziative sugli effetti della pandemia da Covid-19 e, in particolar modo, sul fenomeno del ritiro sociale.
Saranno condotti ulteriori studi per indagare gli effetti della pandemia sui bambini e sulle bambine e sui giovani in Alto Adige e per trovare soluzioni concrete.

5.4.2 Prevenzione

L'investimento nel lavoro di prevenzione è stato a lungo trascurato nell'ambito del lavoro sociale a causa del mandato di protezione sancito per legge. Il lavoro sociale di prevenzione ha un'importanza centrale per lo sviluppo della comunità. L'obiettivo è quello di identificare i fattori di difficoltà, costruire reti e sviluppare soluzioni preventive, innovative e collaborative in un'ottica orientata alle risorse e alle soluzioni. A questo scopo devono essere promosse sia misure di prevenzione globale delle situazioni problematiche di bambini e bambine e giovani, sia misure di prevenzione selettiva e protezione dei minori.

Lavoro di comunità e orientamento allo spazio sociale

I temi del lavoro sociale di comunità e dello sviluppo dello spazio sociale vengono trattati in modo approfondito nella sezione relativa alle misure trasversali, mentre qui vengono elencate esclusivamente le misure che riguardano in modo specifico il settore della tutela dei minori. A questo scopo vengono promossi progetti di inclusione preventiva diretti, da un lato, a intercettare gli adolescenti provenienti da contesti familiari difficili, con disturbi del comportamento (per esempio, giovani inclini alla violenza), che fanno un uso eccessivo di alcol o droghe, non vogliono collaborare con i sistemi di aiuto istituzionalizzati, e dall'altro, a evitare fenomeni di esclusione e devianza sociale.

Aiuto precoce

Il rafforzamento della responsabilità educativa e genitoriale, la promozione del sano sviluppo dei bambini e delle bambine e, dunque, il riconoscimento precoce di eventuali fattori di disagio dei futuri genitori, nonché dei bambini fino a tre anni e delle loro famiglie vengono promossi in conformità con il modello organizzativo approvato dalla Giunta provinciale, che prevede la creazione di un sistema di interventi di aiuto precoce a livello di singole Comunità Comprensoriali e dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. A questo si accompagna l'adeguamento e l'ampliamento dei servizi esistenti in base alle esigenze di questi gruppi target e una concreta messa in rete di servizi, istituzioni e organizzazioni del settore sociale e sanitario, educativo e del volontariato.

Educativa domiciliare / servizi domiciliari

L'offerta di educativa domiciliare e servizi domiciliari a carattere prevalentemente preventivo, ma anche di intervento nel settore della tutela dei minori viene ampliata con l'obiettivo di rispondere alle situazioni di bisogno in modo tempestivo, anche in orario serale e nel fine settimana. L'attuazione concreta di tali misure può essere garantita dagli enti gestori pubblici di servizi sociali o, in forma delegata, dagli enti gestori privati.

Si persegue la reintroduzione del profilo professionale dell'assistente familiare con compiti di sostegno nelle attività domestiche, educative e di aiuto pratico. Per quanto riguarda l'aiuto nella gestione della quotidianità, per il quale non è richiesto alcun titolo di istruzione, viene promosso l'impiego di volontari e volontarie.

La Provincia determina, sulla base di una preliminare rilevazione dei bisogni, criteri uniformi per le diverse forme e offerte di educativa domiciliare e servizi domiciliari che contribuiscono al miglioramento della rispettiva qualità e rileva la necessità di nuove e/o alternative pratiche di aiuto da implementare in futuro.

Lavoro sociale mobile con i giovani (*streetwork*)

Per quanto riguarda le strategie di intervento precoce ed efficace a favore dell'aggregazione sociale dei giovani che versano in situazioni problematiche (per esempio giovani inclini alla violenza, autori di reati, vittime di propaganda estremista e radicalizzazione, con dipendenza da sostanze stupefacenti) o sono esposti a situazioni di rischio (per esempio alcol, droghe) - spesso non raggiungibili dai programmi istituzionali e dalle strutture preposte al lavoro sociale - viene condotto uno studio sul fabbisogno di servizi a livello provinciale. L'obiettivo dello studio è svolgere un'analisi dell'attuale offerta di *streetwork* e identificare le aree che necessitano di sviluppo o adeguamento o che richiedono l'introduzione di nuovi servizi.

Prevenzione della violenza e dell'abuso sessuale sui minori

Viene rafforzata l'attività di sensibilizzazione e messa in rete delle istituzioni e dei servizi sul tema della violenza sui minori, cercando nel contempo di dare continuità alle iniziative di informazione/formazione rivolte ai professionisti e alle professioniste e ai genitori. Inoltre, si punta all'attivazione di corsi di difesa personale rivolti a bambini, bambine, giovani e adulti.

Viene ulteriormente ampliata l'attività di sensibilizzazione sulla prevenzione dell'abuso sessuale sui minori nelle scuole/scuole materne rivolta a bambini, giovani e genitori.

Vengono realizzate iniziative continuative di informazione, formazione e consulenza sul tema della prevenzione della violenza rivolte ai professionisti e alle professioniste delle diverse organizzazioni e istituzioni che lavorano con i bambini, le bambine e i giovani, a partire dalle educatrici ed educatori dei servizi per la prima infanzia e delle scuole materne e dal personale docente delle scuole. Sono previste anche offerte di supervisione.

Per garantire un sostegno e una consulenza specifici alle operatrici e agli operatori dei diversi servizi e istituzioni vengono istituite, nei distretti sanitari, quattro *équipe* multidisciplinari preposte alla sensibilizzazione e alla formazione delle operatrici e degli operatori, nonché al rafforzamento delle reti locali nell'area della violenza sui minori.

Questa misura comprende il potenziamento della collaborazione dei servizi sociali con gli ambulatori specialistici per la salute psicosociale, il servizio psicologico, in modo coordinato con l'istituendo sportello per l'assistenza alle vittime di violenza o abuso sessuale presso il Consiglio Provinciale.

Vengono condotti studi per l'identificazione delle cause dell'abuso sessuale sui minori da porre alla base del concreto lavoro di prevenzione.

5.4.3 Adeguamento dell'offerta di servizi per specifici gruppi target

Le tendenze di sviluppo sociali, fra le quali in particolare la differenziazione dei modelli familiari e dei gruppi sociali e l'aumento dei bambini e delle bambine e dei giovani vulnerabili o in condizioni di rischio, determinano un aumento e una diversificazione del fabbisogno di sostegno e sollecitano capacità di risposta dei servizi sociali. Dai *focus groups* con le esperte e gli esperti della pratica emerge la necessità di adeguare l'offerta attuale a nuovi requisiti, sviluppare nuove forme di sostegno per specifici gruppi target e migliorare il livello di qualità dei servizi.

Assistenza socio-pedagogica pomeridiana

Nei territori in cui si registra un crescente bisogno di aiuti vicini a casa e modulabili per gruppi di bambini e giovani con esigenze di assistenza socio-pedagogica viene ampliata l'offerta pomeridiana rivolta in modo specifico a bambini e bambine e ragazzi e ragazze in età 6-18 anni. Questa misura viene attuata in modo coordinato con le misure per l'ampliamento dei centri diurni per minori.

Affidamento familiare di minori

L'accompagnamento delle famiglie affidatarie viene ampliato con l'obiettivo di rafforzare il loro ruolo e incrementare il numero delle famiglie disponibili ad accogliere un minore in affido. Le misure di rinforzo previste comprendono la consulenza continua, l'organizzazione e attuazione di interventi di formazione e aggiornamento, l'attività di sensibilizzazione e le offerte di gruppo per famiglie affidatarie.

A questo scopo vengono istituite, in tutte le Comunità Comprensoriali e nell'Azienda Servizi sociali di Bolzano, *équipe* multidisciplinari per il sostegno delle famiglie affidatarie durante tutto il percorso dell'affido.

Il sistema di remunerazione delle famiglie affidatarie viene adeguato in linea con le attuali necessità.

Vengono elaborate soluzioni per l'impiego di famiglie affidatarie professionalizzate e di famiglie che si rendono disponibili ad accogliere un minore in affido, con l'obiettivo di sviluppare nuovi modelli di assistenza di tipo familiare.

Strutture per minori

I servizi sociali, i servizi sanitari e il gruppo di lavoro delle strutture socio-pedagogiche della Provincia di Bolzano monitorano il fabbisogno di servizi residenziali e semiresidenziali per minori, con l'obiettivo di elaborare soluzioni orientate ai bisogni.

Viene potenziata l'offerta di posti per bambini e bambine di età 0-6 anni, giovani con biografie multiproblematiche e gravi disturbi del comportamento, bambini e bambine con disabilità e giovani con dipendenze da sostanze e comportamenti di consumo a rischio. Si punta a garantire la disponibilità di servizi semiresidenziali in periferia.

Care leavers

Per sostenere la transizione dei *care leavers* verso l'autonomia vengono elaborati modelli che prevedono la possibilità di estendere l'assistenza dei giovani oltre i 18 o 21 anni e fino a un massimo di 25 anni, in accordo con le raccomandazioni contenute nei citati studi in materia.

Sono previsti aiuti finanziari specifici per i giovani che lasciano la struttura di accoglienza come contributo spese a copertura dei costi di affitto per il mercato immobiliare privato, fino a un massimo di 25 anni di età.

A sostegno della formazione e professionalizzazione dei *care leavers* sono previste convenzioni tra enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali per l'istituzione di specifici tirocini. Attraverso

una sensibilizzazione mirata si cerca di portare l'attenzione della società, e dunque anche dei potenziali datori di lavoro, su questa risorsa.
È prevista l'assegnazione, in collaborazione con gli uffici competenti, di borse di studio in favore dei *care leavers.*
I *care leavers* con un bisogno di assistenza a lungo termine, dovuto per esempio a disabilità, vengono informati sull'offerta di servizi più adatta alle loro necessità, come l'accompagnamento abitativo socio-pedagogico o l'affidamento familiare per adulti, e sostenuti nell'attivazione di tali servizi.

Minori stranieri non accompagnati
A livello di presa in carico viene rafforzata la cooperazione tra le Autorità competenti attraverso l'istituzione di tavoli permanenti. A livello di prima accoglienza vengono impiegati esperti ed esperte in etnopsicologia e terapia del trauma e viene garantito un accesso semplificato ai servizi psicologici esistenti. Nella fase dell'accoglienza di secondo livello viene potenziata l'offerta di percorsi di apprendistato, tirocini e formazione continua, in collaborazione con i singoli distretti territoriali e gli uffici competenti. A ciascun livello viene attivato uno specifico servizio di consulenza legale.

Valutazione e recupero delle competenze genitoriali
In collaborazione con la Ripartizione Salute e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige viene istituita un'*équipe* interdisciplinare quale centro di competenza a livello provinciale per la valutazione delle competenze genitoriali e del loro eventuale recupero. L'istituenda *équipe* ha il compito di sostenere e sollevare l'attuale sistema di strutture e servizi nell'espletamento della valutazione con particolare riferimento all'aspetto giudiziario.

Mediazione interculturale
Viene promosso il coinvolgimento di mediatori e mediatrici interculturali nell'accompagnamento delle famiglie con *background* migratorio e dei minori stranieri non accompagnati.

5.4.4 Gestione delle risorse umane e di lavoratori e lavoratrici qualificati

Il sostegno delle famiglie con bambini e bambine e giovani è un ambito di lavoro ad alta intensità di personale con responsabilità di alto livello. La disponibilità di professionisti e professioniste specializzati e la gestione del personale rivestono un'importanza centrale specialmente nella tutela dei minori. Questo tema è trattato fra le misure trasversali. In questo capitolo sono elencate solo le misure riferite al bisogno specifico di professionisti e professioniste.

Previsione di nuovi profili professionali
In futuro verrà introdotta in tutti i distretti sociali la figura dello psicologo e della psicologa avendo come obiettivo l'attuazione degli indirizzi nazionali nel settore della tutela dei minori e il potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria.
Data la crescente complessità delle situazioni familiari nel settore della tutela dei minori, è prevista l'introduzione in tutti i distretti sociali di giuristi e giuriste, con funzioni di consulenza legale.
Il ruolo, i compiti e le competenze di questi profili professionali che andranno ad affiancare i professionisti della tutela dei minori devono essere chiariti e definiti in via preliminare in accordo con i centri di formazione e i rispettivi ordini rispettivi ordini professionali al fine di tutelare la professionalità, l'autonomia e la responsabilità degli operatori e delle operatrici.

5.5 Buone pratiche

Linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva"

Le linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva"[57] pongono un'attenzione particolare agli interventi precoci in favore dei bambini e delle loro famiglie finalizzati a prevenire l'allontanamento dei minori attraverso modelli e metodologie del lavoro sociale già esistenti e in parte consolidati (per esempio, *case management*, lavoro sociale sistemico.
In concreto, si tratta di promuovere le condizioni idonee alla crescita (promozione), alla prevenzione dei rischi che possono ostacolare il percorso di sviluppo (prevenzione) e alla preservazione e/o protezione della salute e della sicurezza del bambino e della bambina (tutela).
Il processo di accompagnamento del bambino e della bambina e della sua famiglia si basa su un approccio integrato e partecipativo e sul coinvolgimento di risorse e aiuti sia professionali sia informali. L'attivazione e promozione delle risorse personali, familiari e sociali dovrebbe mettere i genitori nelle condizioni di fornire risposte appropriate ai bisogni di sviluppo del bambino e della bambina. Ciò richiede un approccio interdisciplinare in tutte le fasi del percorso di accompagnamento e l'utilizzo coordinato di diversi strumenti di lavoro quali i servizi di educativa domiciliare, la formazione di gruppi di genitori o di gruppi bambini, il sostegno reciproco tra famiglie, i centri diurni, la collaborazione con i servizi educativi e le scuole.

Care leavers network - Agevolando

"Agevolando" è un'organizzazione di volontariato che lavora in diverse regioni d'Italia (Piemonte, Lombardia, Veneto, Trentino, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Campania, Sardegna, Sicilia) con e per i ragazzi e ragazze in uscita dai percorsi di accoglienza "fuori famiglia" per promuoverne l'autonomia, il benessere psicofisico e la partecipazione attiva.[58]
L'associazione affianca i *care leavers* nella costruzione del loro futuro:

- creando opportunità relazionali, formative, lavorative e abitative e stimolandone il senso di responsabilità;
- favorendo occasioni di incontro, dialogo e aiuto reciproco;
- agendo ai diversi livelli istituzionali per promuovere i diritti e le pari opportunità dei *care leavers*, anche attraverso la costruzione di reti stabili con i soggetti pubblici, privati e del Terzo settore;
- collaborando con gli assistenti sociali, le comunità educative, le case-famiglia e le famiglie affidatarie, affinché il cammino verso l'autonomia dei ragazzi e delle ragazze *care leavers* sia graduale e partecipato;
- valorizzando le storie e il ruolo dei ragazzi come "esperti per esperienza".[59]

Il *care leavers network* è una rete di ragazzi tra i 16 e i 24 anni che sono coinvolti in un percorso di partecipazione e cittadinanza attiva.

---

[57] Si vedano anche il capitolo 1.1 e, in particolare, la nota 38.
[58] Si veda *online*: https://www.agevolando.org
[59] Si veda la brochure "18 anni è troppo presto per cavarsela...non lasciateli soli!" dell'associazione Agevolando (https://www.agevolando.org/wp-content/uploads/2021/01/Brochure-Agevolando.pdf).

Lavoro familiare orientato alle competenze. L'esperienza della Svizzera

Il modello di lavoro familiare orientato alle competenze implementato in Svizzera (*Potential der Kompetenzorientierten Familienarbeit* - KOFA) è caratterizzato da un assetto modulare di servizi di assistenza socio-pedagogica alla famiglia di lunga durata. Al termine di un mese di osservazione intensiva e diagnosi vengono offerti aiuti specifici, per la gestione della quotidianità della durata di sei settimane o sei mesi. L'obiettivo è quello di superare i problemi di funzionamento del sistema familiare agendo sul rafforzamento delle competenze dei genitori riferite al bambino, e alla bambina all'azione, a sé stessi e al contesto. In questo modo è possibile disinnescare i fattori di rischio della trascuratezza infantile. Secondo uno studio della *Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften* questa forma di assistenza intensiva ha consentito di evitare il rischio di collocamento esterno del bambino e della bambina in tre quarti dei casi.[60]

Aiuto precoce in Renania settentrionale-Vestfalia

In tutti i distretti della Renania settentrionale-Vestfalia sono nate reti interdisciplinari e multiprofessionali di aiuto precoce preposte allo sviluppo, nelle aree metropolitane e nei Comuni, di servizi di supporto specificamente basati sulle situazioni di vita e bisogno delle famiglie. Gli interventi precoci vengono attuati in modo coordinato sulla base della cooperazione delle risorse professionali e disciplinari della rete. I servizi offerti mirano a sostenere i genitori nell'esercizio delle loro funzioni e comprendono una varietà di offerte di orientamento, consulenza e supporto fra le quali, per esempio, le iniziative per accogliere il neonato, *gesundheitsorientierte Familienbegleitung, Familienpatenprojekte, Lotsendienste in Geburtsklinken*, progetti di tutoraggio familiare, servizi pilota nelle cliniche di maternità, corsi sulle competenze genitoriali, caffè per genitori, centri per le famiglie. Dal 2018 questi interventi sono regolarmente finanziati con fondi della *Bundesstiftung Frühe Hilfen*. In questo modo il governo federale assicura strutture di supporto e reti con standard di qualità omogenei nel settore della prevenzione. La base normativa per il finanziamento e l'espansione in tutta la Regione del sistema di aiuto precoce è la legge sulla cooperazione e l'informazione nella tutela dei minori (*Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)*.[61]

Nel luglio 2021 è stato lanciato il programma federale *Aktionsprogramm Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche für die Jahre 2021 und 2022*. Questo programma prevede lo stanziamento di fondi nei diversi campi di intervento precoce in favore dei minori e un aumento dei fondi della *Bundesstiftung Frühe Hilfen* per gli anni 2021 e 2022. I fondi sono destinati a contribuire a ridurre o compensare gli effetti delle restrizioni determinate dall'emergenza sanitaria da Covid-19 sulla vita dei minori o a promuovere le relazioni sociali e lo scambio delle (future) famiglie. Per le misure di prevenzione precoce in Germania settentrionale - NRW saranno disponibili altri 3 milioni di euro nel 2021 e altri 7 milioni di euro nel 2022. Possono beneficiare dei finanziamenti i Comuni con un proprio ufficio per i giovani. Il *Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen* è responsabile della procedura di finanziamento. Per consentire l'utilizzo dei fondi per le famiglie quest'anno, a luglio è stata attivata una procedura di finanziamento veloce. Dal luglio 2021 i Comuni ammissibili possono presentare piani per l'utilizzo dei fondi.

[60] Si veda *online*: https://www.soziothek.ch/familien-befahigen-statt-ersetzen.
[61] Maggiori informazioni sulle iniziative realizzate nel Land Renania settentrionale-Vestfalia sono disponibili *online*: https://www.mkffi.nrw/fruehe-hilfen-nrw

Solidarietà attraverso famiglie e persone

La vicinanza solidale si differenzia dall'affido familiare, in quanto il supporto offerto rimane nell'ambito della famiglia naturale piuttosto che in quello della famiglia affidataria. Si tratta di una forma di co-genitorialità e di co-educazione nella quale le risorse solidali vanno ricercate principalmente all'interno degli ambienti di vita della famiglia stessa, ovvero:

- la famiglia allargata della famiglia vulnerabile;
- la rete amicale e sociale della famiglia vulnerabile;
- l'associazionismo familiare o le reti di famiglie;
- i centri per le famiglie o i centri per l'affidamento familiare.

Alle famiglie o alle singole persone disponibili alla vicinanza solidale non è chiesto di assumere le funzioni genitoriali sostituendosi alla famiglia vulnerabile, ma di sostenerla nell'esercizio delle funzioni genitoriali. Il fulcro dell'azione dei servizi si sposta dal controllo alla facilitazione dei processi e dell'autonomia della famiglia.[62]

5.6 Panoramica delle strutture e dei servizi per la tutela dei minori

Le tabelle seguenti forniscono una panoramica delle strutture e dei servizi più importanti nel settore Anziane e anziani e cura i e dell'assistenza. Ulteriori informazioni sui servizi sociali sono disponibili sulla *homepage:* https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/sociale/pubblicazioni-statistiche/pubblicazioni.asp

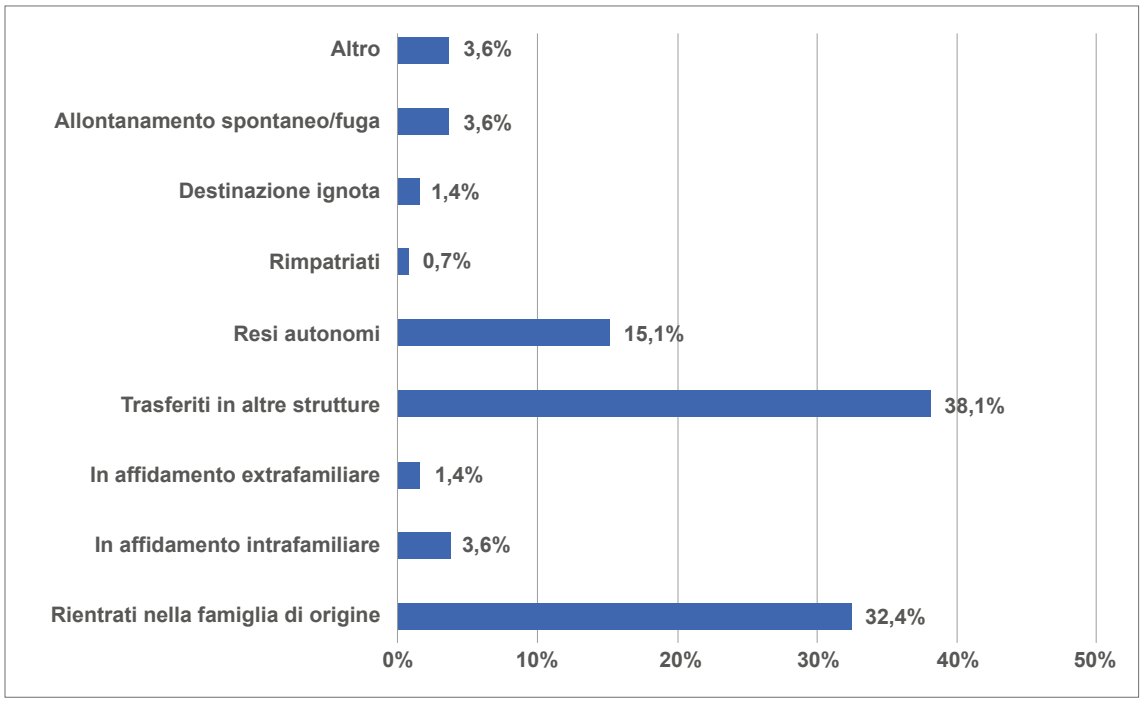
Tabella: Tipologia delle strutture per minori: numero, posti e utenti, 2021

Strutture	Numero	Posti	Utenti	Indice di saturazione
Comunità alloggio per minori	17	148	126	85,1%
Residenze assistite per minori	16	42	26	61,9%
Centri diurni per minori	8	98	87	88,8%
Totale	41	288	239	83%

Fonte: ASTAT, 2022

[62] Tuggia M. (2017), La vicinanza solidale, in: Rivista di Educazione Familiare, n. 2, pp. 77-93.

Tabella: Minori dimessi nell'arco dell'anno per motivo delle dimissioni, 2021



Fonte: ASTAT, 2022

Tabella: Personale operante presso i centri diurni ed utenti, 2016-2021

Anno	ETP*	Utenti	Utenti/ETP*
2016	36,9	84	2,28
2017	40,0	80	2,00
2018	38,1	84	2,20
2019	41,2	89	2,16
2020	41,8	88	2,11
2021	40,9	87	2,13

**ETP = Operatori e operatrici equivalenti a tempo pieno*
Fonti: SIPSA, ASTAT, 2022

Tabella: Affidamento familiari per Comunità comprensoriale, 2020-2021

Comunità comprensoriale	2020		2021	
	valore assoluto	%	valore assoluto	%
Val Venosta	23	15,4	23	13,2
Burgraviato	23	15,4	26	14,9
Oltradige-Bassa Atesina	6	4,0	5	2,9
Bolzano	38	25,5	34	19,5
Salto-Sciliar	7	4,7	14	8,0
Valle Isarco	34	22,8	60	34,5
Alta Valle Isarco	4	2,7	2	1,1
Val Pusteria	14	9,4	10	5,7
Totale provincia	149	100	174	100

Fonte: Sozinfo, 2022

Domande di adozione nazionale (con art. 44)[63]

Tabella: Adozioni nazionali ed internazionali – Domande presentate al Tribunale per i Minorenni di Bolzano, 2016-2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Domande inevase al 1° gennaio	515	508	508	502	501	485
Domande presentate nel corso dell'anno	151	164	183	158	139	164
- di cui da fuori Provincia (%)	86,1	87,2	92,3	94,3	88,5	89,6
- di cui con residenza in Provincia (%)	13,9	12,8	7,7	5,7	11,5	10,4
Domande archiviate nel corso dell'anno	158	165	183	159	155	178
Domande inevase al 31.12.	508	507	502	501	485	471
Decreti di adottabilità	9	6	7	4	3	4
Decreti di affido	5	4	5	3	3	2
Decreti di adozione	10	14	9	14	9	10

Fonte: Tribunale per i Minorenni di Bolzano, 2022

Domande di riconoscimento dell'idoneità all'adozione internazionale

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Domande inevase al 1° gennaio	14	10	7	5	2	8
Domande presentate nel corso dell'anno	18	12	15	9	16	13
Domande evase nel corso dell'anno	21	15	17	12	10	15
Domande accolte	18	13	17	10	7	7
Domande respinte	1	0	0	1	0	0
Altro	2	2	0	1	3	8
Domande inevase al 31.12.	11	7	5	2	8	6
Decreti di adozione	3	13	4	6	2	4

Fonte: Tribunale per i Minorenni di Bolzano, 2022

[63] Casi particolari (Art. 44 e seguenti L. 184/83) - Si parla di adozione particolare di un minore nel caso in cui:
a) l'adottante sia una persona unita al minore da vincolo di parentela entro il 6° grado o da un rapporto stabile precedente alla perdita dei genitori;
b) per il coniuge convivente del genitore del minore, per favorire il proseguimento dell'unità famigliare e garantire, quindi, una crescita armonica del minore;
c) quando è impossibile l'affidamento preadottivo del minore in stato di abbandono, o appare controproducente per il minore interrompere l'affidamento o i rapporti con la famiglia di origine.

Persone con disabilità, malattie psichiche, dipendenze patologiche

6

6.1 Introduzione

6.1.1 Inclusione come concetto base del nuovo modello di finanziamento

L'attuale offerta di servizi per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche è cambiata a seguito della ratifica, da parte del Governo italiano, della Convenzione delle Nazioni Unite (ONU) sui diritti delle persone con disabilità. Il nuovo concetto di disabilità introdotto in Italia nel 2009 si orienta a un modello bio-psico-sociale che, partendo dalle minorazioni di varia natura focalizza l'attenzione sulle barriere ambientali e attitudinali che ostacolano la partecipazione paritaria delle persone con disabilità nella società. L'attenzione non si concentra sui deficit ma bensì sulle capacità. Le misure di sostegno mirano a far emergere le potenzialità delle persone con disabilità, a rimuovere le barriere e a promuovere lo sviluppo della loro personalità e indipendenza come cittadine e cittadini. Si tratta di un nuovo approccio alla disabilità, che si applica anche alle persone con malattie psichiche e dipendenze.
Contestualmente alla riconcettualizzazione della condizione di disabilità è cambiato anche l'obiettivo degli interventi e si è passati dall'integrazione all'inclusione delle persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze patologiche. A differenza del modello dell'integrazione, che parte da una data società, nella quale le persone possono e devono essere integrate, l'approccio inclusivo richiama la necessità di un superamento delle condizioni sociali che determinano l'esclusione. Nel campo della disabilità, integrazione vuol dire soprattutto adattare le persone con disabilità alla società, superando la disabilità attraverso aiuti e sostegni specifici basati su una diagnosi medica. L'inclusione, al contrario, mira a creare le condizioni necessarie affinché la diversità possa essere riconosciuta come risorsa e ogni persona possa sviluppare la sua personalità al pari delle altre, indipendentemente dalla presenza (o meno) di una qualche disabilità. Le barriere alla partecipazione nella società devono essere riconosciute e rimosse insieme.

6.1.2 Pieno riconoscimento dei diritti dei cittadini

La mutata concezione di disabilità trova riscontro nel pieno riconoscimento, anche a seguito della Convenzione ONU, dei diritti civili delle persone con disabilità. In questa ottica, l'attuale rete degli interventi di assistenza e accompagnamento garantisce un insieme graduato, differenziato e capillare di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari al centro del quale si trova il progetto di vita individuale.
L'obiettivo è quello di promuovere e sostenere il mantenimento o il reinserimento delle persone con disabilità nella società mantenendo, assicurando e rafforzando l'autodeterminazione, l'indipendenza e l'esercizio della propria responsabilità e di rimuovere in modo sistematico e conseguente le barriere invalidanti. Il titolo della Legge quadro provinciale n. 7/2015 "Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità" è una dichiarazione programmatica in tal senso.
L'esecutività dei diritti civili delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche si concretizza nell'abitare in autonomia e nella partecipazione alla vita lavorativa e della comunità.

6.1.3 Accelerazione del processo di deistituzionalizzazione

La pratica passata di collocare le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche in strutture isolate dal resto della comunità deve essere superata, a favore di un'assistenza centrata sulla persona nel tessuto sociale della comunità. In questa direzione è necessario promuovere ulteriormente il processo di deistituzionalizzazione degli attuali utenti e delle attuali utenti di servizi residenziali e semiresidenziali assecondando i desideri e bisogni individuali di sostegno, cura e assistenza.
Il processo di deistituzionalizzazione delle persone ha registrato un'accelerazione soprattutto negli ultimi anni. I seguenti fattori rendono misurabile questa tendenza di sviluppo:

- le dimensioni e la vicinanza a casa di un numero sufficiente di servizi abitativi di varia natura;
- l'ampliamento dei servizi domiciliari di accompagnamento abitativo socio-pedagogico;
- l'ampiezza dell'offerta di consulenza;
- le prestazioni economiche a sostegno dell'abitare in autonomia;
- le nuove opportunità di occupazione basate su convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa, in alternativa e a integrazione dei servizi di occupazione lavorativa esistenti;
- il *job coaching*.

Un importante contributo al processo di deistituzionalizzazione in atto può arrivare dalle aziende private e dalle cooperative del Terzo settore, che a tal fine possono beneficiare di contributi pubblici ad hoc. Le organizzazioni e cooperative del Terzo settore offrono un'ampia gamma di iniziative, soprattutto nell'ambito del tempo libero, dei soggiorni e della formazione continua, e rappresentano un importante punto di riferimento per le persone interessate e le loro famiglie. Inoltre, sono una risorsa importante per lo sviluppo di progetti innovativi, che promuovono l'indipendenza e la libertà di scelta. In particolare, le cooperative sociali di inserimento lavorativo creano opportunità di lavoro e occupazione per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche.

6.1.4 Collaborazione con i servizi sanitari competenti

"La salute non è semplicemente l'assenza di malattia, ma uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" (OMS, 1948).
Con queste parole, nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di salute e ne ha riconosciuto l'importanza centrale per la qualità della vita delle persone. La salute è uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità. La natura multidimensionale della salute considera diversi fattori, fra i quali il quali corpo, la mente e le relazioni, che si influenzano reciprocamente impattando sul benessere individuale. Il raggiungimento di un completo benessere dipende dall'influenza reciproca e dall'equilibro di tali fattori.
Si tratta, dunque, anche di uno stato di benessere emotivo e psicologico che consente all'individuo di utilizzare le proprie facoltà emotive e cognitive, svolgere una funzione nella società, affrontare la vita quotidiana, allacciare e coltivare relazioni appaganti, partecipare in modo costruttivo ai cambiamenti del contesto, adattarsi alle condizioni interne ed esterne.
Il modello bio-psico-sociale corrispondente a questo nuovo concetto di salute, che include l'autorealizzazione, si orienta a un approccio terapeutico-riabilitativo rivolto alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche, che prende in considerazione sia gli aspetti clinici che quelli sociali.

L'accompagnamento e l'assistenza alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche richiede una stretta collaborazione fra servizi sociali e sanitari, basata sul lavoro in rete e il coordinamento delle reciproche responsabilità e misure.
Per quanto riguarda in particolare le malattie psichiche e le dipendenze patologiche, la collaborazione tra servizi sociali e sanitari è regolamentata da disposizioni specifiche e l'integrazione socio-sanitaria viene promossa con misure specifiche, quali protocolli di intesa, tavoli di coordinamento (per esempio, Comitato psichiatrico, Unità di coordinamento dipendenze patologiche) e piani di settore (per esempio, il Piano di settore dipendenze, le linee guida per le politiche contro le dipendenze in Alto Adige).
In questi settori operano anche i servizi sociali a bassa soglia, che contribuiscono a ridurre al minimo i danni alla salute degli utenti.
Il tema trasversale della prevenzione viene trattato nell'ambito di diversi tavoli di lavoro permanenti coordinati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige o da organizzazioni del Terzo settore, nei quali sono rappresentati la Ripartizione Politiche sociali e gli enti gestori dei servizi sociali. Alcuni esempi sono la "Rete per la prevenzione del suicidio", nata con l'obiettivo di contrastare il suicidio e il rischio di suicidio, e la "Rete per la prevenzione dell'alcolismo", che promuove nuovi stili di vita e un uso consapevole dell'alcol. La "Rete per la prevenzione del suicidio" organizza ogni anno un convegno sul tema e attualmente lavora a misure concrete di prevenzione, intervento in situazioni di crisi e rilevazione dati. La Rete per la prevenzione dell'alcolismo ha realizzato la campagna di prevenzione dell'alcolismo.
Il Piano nazionale di ripesa e resilienza (PNRR) promuove l'integrazione socio-sanitaria al fine di accelerare i processi di deistituzionalizzazione e migliorare l'autonomia delle persone con disabilità, in particolare attraverso la promozione di unità di valutazione multidimensionali in grado di definire progetti personalizzati di presa in carico, basati sulle necessità individuali e il rafforzamento dei servizi integrati di assistenza domiciliare territoriale.

6.1.5 Processo di *empowerment* e *recovery*

Offrire assistenza e accompagnamento alle persone non è sufficiente, bisogna anche avviare un processo di *empowerment* mirato a promuovere l'autodeterminazione e l'inclusione sociale. In ultima analisi, il processo di riabilitazione e guarigione è strettamente legato all'inclusione sociale, poiché ha come obiettivo che la persona (ri)trovi la capacità di (ri)assumere un ruolo attivo e soddisfacente nella società. Nello specifico, si tratta di (ri)prendere il controllo sulla propria vita attraverso l'attivazione di risorse umane, culturali, spirituali, materiali, nonché dei contatti sociali. A questo scopo devono essere considerati tutti i fattori che aiutano la persona a ritrovare buone condizioni di salute generale e di equilibrio personale, a soddisfare i propri bisogni nel quotidiano e a stabilire buone relazioni con gli altri.
Nella prospettiva della partecipazione e dell'autodeterminazione, la persona viene coinvolta attivamente nel processo di cura e assistenza e prende da sé le decisioni per sé stessa. I servizi hanno dunque il compito di garantire l'autodeterminazione e la co-determinazione coinvolgendo la persona interessata in tutte le fasi del progetto di vita, portando l'attenzione sui bisogni, i desideri e le aspirazioni, in particolare nella formulazione e nella valutazione degli obiettivi e delle misure.

Gruppi di auto-aiuto

L'*empowerment* e il *peer working support* (supporto tra pari) vengono promossi in Alto Adige anche dall'auto-aiuto. Le iniziative di auto-aiuto rappresentano un importante strumento a com-

plemento del lavoro dei professionisti nei servizi sociali e sanitari. Nei gruppi di auto aiuto i singoli e le singole partecipanti vengono sostenuti nel trarre da sé stessi la capacità di affrontare i propri problemi, prendere decisioni per la propria vita e assumersi la propria responsabilità individuale e sociale. In Alto Adige esistono circa 200 gruppi di auto-aiuto, che si occupano di svariati temi e situazioni problematiche.
Un'altra importante risorsa per i professionisti dei servizi sociali e sanitari sono gli accompagnatori e le accompagnatrici alla guarigione (cosiddetti "Ex-In"), persone che hanno terminato il programma formativo basato sul modello di intervento "Ex-In".
L'"Ex-In" è una persona che ha superato ila propria patologia psichica e, dunque, può sostenere altre persone in situazioni simili. Si tratta di una risorsa preziosa per i servizi sociali e per l'accompagnamento e il sostegno nel quotidiano delle persone con malattia psichica.

6.1.6 Promozione dell'Amministrazione di sostegno

L'Amministrazione di sostegno è una forma di assistenza legale per le persone che, a causa di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità di provvedere da sé ai propri interessi. La possibilità di avere al proprio fianco una persona che abbia cura della propria persona e del proprio patrimonio è di grande importanza sia per la persona interessata, sia per i servizi sociali direttamente impegnati nella sua cura e assistenza. La Ripartizione Politiche sociali è incaricata di promuove l'Amministrazione di sostegno attraverso la concessione di un contributo alle organizzazioni del Terzo settore per una prima consulenza sull'Amministrazione di sostegno e sulla procedura di nomina, nonché per la formazione e l'aggiornamento dell'amministratrice o dell'amministratore di sostegno, attraverso la tenuta dell'Elenco provinciale delle amministratrici e degli amministratori di sostegno volontari e volontarie e la gestione del Tavolo di coordinamento per la promozione dell'Amministrazione di sostegno.
Nel 2018 è stata approvata la Legge provinciale n. 12 "Promozione dell'Amministrazione di sostegno".

6.1.7 Sensibilizzazione

"Senza barriere" è un concetto ampio che riconosce a tutti i cittadini e cittadine e il diritto di partecipare in modo paritario alla vita sociale e, dunque, non si limita a individuare soluzioni specifiche per le persone con disabilità. Spazi senza barriere sono un valore aggiunto per tutti e rappresentano un aumento della qualità della vita generale.
Le barriere possono essere di varia natura: architettoniche, comunicative, sensoriali, mentali. Eliminare tali barriere e creare condizioni che promuovono la salute è nell'interesse di tutte le istituzioni e di tutte le cittadine e cittadini. Le iniziative di sensibilizzazione mirano a promuovere una società inclusiva.

6.2 Stato di attuazione e prospettive della Legge provinciale n. 7/2015

L'Alto Adige ha recepito la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità con la Legge provinciale n. 7/2015 "Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità". La Legge provinciale è stata elaborata nell'ambito di un ampio processo partecipativo, che ha visto il coinvolgimento delle persone direttamente interessate e dei loro familiari, delle rappresentanze di interessi e dei e delle professioniste.

La Legge provinciale sottolinea che le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche sono prima di tutto cittadine e cittadini e, dunque, pone alla base di questa nuova concezione di disabilità l'obiettivo di eliminare le barriere, che ostacolano la partecipazione paritaria delle persone nella società. La tutela delle persone con disabilità assume un significato nuovo, evolvendo in un approccio centrato sull'autodeterminazione, la promozione e la garanzia delle pari opportunità in tutti gli ambiti della vita. L'attuazione di questi obiettivi richiede un lavoro di rete tra i servizi e le istituzioni impegnate nella cura e assistenza della persona con disabilità, in particolare nei settori sociale, salute, famiglia, istruzione, abitare, cultura, tempo libero, sport e turismo, mobilità.

Con questa legge è stato istituito l'Osservatorio provinciale sui diritti delle persone con disabilità, insediato presso il Consiglio provinciale, con il compito principale di promuovere e monitorare l'attuazione della Convenzione ONU.

Molte delle misure previste dalla legge sono state attuate negli ultimi anni. Per garantire l'attuazione dell'obiettivo dell'inclusione sono state emanate linee guida specifiche per la partecipazione alla vita lavorativa, per la partecipazione alla vita sociale e per l'abitare.

Nel dettaglio, le linee guida prevedono quanto segue per ciascun singolo settore.

Nel settore dell'inserimento lavorativo e dell'occupazione lavorativa è stato regolamentato il passaggio dalla scuola al mondo del lavoro, sono state introdotte le convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa quale alternativa inclusiva ai servizi semiresidenziali ed è stato previsto l'accompagnamento sul posto di lavoro dopo l'assunzione (*job coaching*).

Nell'ambito dell'assistenza e dell'accompagnamento semiresidenziale, le linee guida contengono una descrizione dei servizi e delle rispettive modalità organizzative, con particolare riferimento ai servizi sociali per l'occupazione lavorativa e per l'accompagnamento socio-pedagogico diurno.

Numerose ulteriori misure mostrano che negli ultimi anni l'inserimento lavorativo e l'occupazione lavorativa sono stati portati avanti con successo. Tra le altre cose, è stata introdotta la formazione professionalizzante nel quadro delle misure di riabilitazione lavorativa in collaborazione con la formazione professionale di lingua tedesca ed è stata introdotta ex novo la qualifica professionale di operatore e operatrice per l'inclusione lavorativa ("Fachkraft für die Arbeitsinklusion").

Nel settore dell'abitare sono stati definiti e regolamentati il tipo e l'organizzazione dei servizi abitativi. Inoltre, il contributo economico "Vita indipendente e partecipazione sociale" è stato esteso alle persone con disabilità cognitive, malattie psichiche e dipendenze patologiche ed è stato attivato il centro di competenza "Consulenza e supporto per la realizzazione del progetto abitativo individuale."

Negli ultimi anni l'abitare in autonomia è stato sostenuto con una serie di misure. Fra l'altro, è stato adeguato il contributo "Continuità della vita familiare e domestica e autonomia abitativa", è stato rafforzato il servizio di assistenza domiciliare e sono state introdotte nelle residenze per anziani forme di assistenza specialistica a favore delle persone con un bisogno intensivo e continuativo di cure. Inoltre, è stata intensificata la collaborazione con l'Istituto per l'Edilizia Sociale per l'assegnazione di abitazioni a persone appartenenti a particolari categorie sociali, tra le

quali anche le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche. Il servizio di accompagnamento socio-pedagogico abitativo è stato ampliato, con l'obiettivo di promuovere progetti di autonomia abitativa e, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, è stata rafforzata l'assistenza psicologica e psichiatrica nei servizi residenziali per persone con disabilità.

6.2.1 Sistema di accertamento della disabilità

La normativa nazionale e provinciale prevedono due diverse procedure di accertamento della disabilità. Da un lato, in base alla Legge n. 104/1992 l'accertamento della disabilità tiene conto dello svantaggio sociale della persona e prevede agevolazioni per lo svolgimento dell'attività lavorativa in favore della persona con disabilità o dei suoi familiari, in relazione alla natura e consistenza della minorazione. D'altra parte, in base alla Legge provinciale n. 46/1978 (Provvedimenti concernenti gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordi) il grado di minorazione può essere definito in valori percentuali sulla base di apposite tabelle e il relativo certificato può contenere ulteriori informazioni sulla capacità lavorativa della persona. Alla percentuale di invalidità civile è collegato il diritto a indennità e benefici economici. L'accertamento della capacità lavorativa dà diritto all'iscrizione nelle liste del collocamento mirato.
Le persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze patologiche possono essere classificate in base ai criteri fissati dalla Legge n. 104/1992, dalla Legge n. 46/1978 o ad entrambi. I rispettivi accertamenti sanitari vengono effettuati da diverse commissioni mediche e richiedono che la persona interessata si sottoponga a diverse visite mediche.
La legge di riforma delle politiche a sostegno delle persone con disabilità, una delle misure più importanti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), prevede la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità. In particolare, viene ridefinito il concetto di disabilità e la sua valutazione in applicazione del sistema di classificazione sanitaria ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) sviluppato dall'OMS, che combina la visione medica e sociale della disabilità.
Tutte le suddette indagini confluiscono nella valutazione multidimensionale della persona con l'obiettivo di elaborare progetti di vita indipendente individuali e personalizzati, in favore della persona adulta con disabilità.

6.3 Offerta attuale di servizi e previsione del fabbisogno fino al 2030

Le seguenti tipologie di servizi nelle aree abitare, occupazione lavorativa e accompagnamento diurno si rivolgono specificamente a persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche:

- area della disabilità: residenza, residenza con assistenza diurna integrata, comunità alloggio, comunità alloggio con assistenza continuativa, residenza socio-sanitaria, servizi per l'occupazione lavorativa, centro diurno socio-pedagogico;
- area delle malattie psichiche: comunità alloggio, centro di *training* professionale, servizio di riabilitazione lavorativa, centro diurno socio-pedagogico, punto d'incontro;
- area delle dipendenze patologiche: comunità alloggio, servizio di riabilitazione lavorativa, servizio a bassa soglia;
- servizio polivalente (tutti e tre i settori): centro di *training* abitativo.

Sono inoltre previste prestazioni economiche e sociali dirette all'inclusione sociale e alla vita indipendente. Il principale servizio nell'ambito abitativo è l'accompagnamento abitativo socio-pedagogico. Il principale servizio in ambito occupazionale à la convenzione individuale.
Le prestazioni economiche comprendono il contributo "vita indipendente" e "continuità della vita familiare".

6.3.1 Abitare: situazione attuale ed evoluzione del fabbisogno di servizi e prestazioni abitative

Servizi residenziali

La "residenza" è un servizio residenziale dedicato alle persone con disabilità con un fabbisogno di assistenza e cura intensive e continuative. Il servizio offre accompagnamento socio-pedagogico, assistenza e cura, e di regola è combinato con la fruizione di servizi semiresidenziali. Le residenze possono offrire assistenza diurna integrata, per rispondere ai bisogni specifici della persona con disabilità per la quale la frequenza giornaliera di un servizio semiresidenziale non rappresenti o non costituisca più una soluzione adeguata.
La "comunità alloggio con assistenza continuativa" è un servizio residenziale dedicato alle persone con disabilità, situato fuori dalle strutture sociali di grandi dimensioni già esistenti. Il servizio offre accompagnamento socio-pedagogico, assistenza e cura. Di regola, è combinato con la fruizione di servizi semiresidenziali o con misure per l'inserimento lavorativo, ovvero per l'occupazione lavorativa. Insieme alla residenza, questa soluzione abitativa alternativa alla famiglia risponde alle esigenze abitative di una persona adulta.
La "comunità alloggio" è un servizio residenziale con assistenza parziale che offre accompagnamento socio-pedagogico, assistenza e sostegno per lo sviluppo delle competenze personali e sociali, affinché la persona che ne beneficia possa acquisire il massimo grado di autonomia abitativa e inclusione sociale. La comunità alloggio e le forme abitative più sopra descritte rappresentano una soluzione abitativa temporanea o stabile. La durata della permanenza è legata al progetto individuale.
Il "centro di *training* abitativo" è un servizio polivalente con assistenza parziale che offre un accompagnamento socio-pedagogico mirato alle persone che hanno l'obiettivo di vivere in modo autonomo in una propria abitazione. L'ammissione ha una durata massima di 24 mesi.

Per le persone con disabilità con gravi problemi comportamentali e un bisogno continuo di assistenza e di prestazioni mediche, riabilitative e infermieristiche è previsto un servizio abitativo socio-sanitario specializzato. L'accoglienza, della durata massima di 18 mesi, ha l'obiettivo di normalizzare le condizioni psicofisiche della persona cosicché possa fare rientro nei servizi sociali o sanitari oppure nel proprio ambiente usuale.
La tabella seguente mostra il numero di persone accolte o in attesa di venire accolte in una delle strutture sopra descritte.

Tabella: Servizi di assistenza e accompagnamento e rispettivi gruppi target 2019

Tipo di servizio	Servizi	Utenti	Persone in lista d'attesa
Comunità alloggio	14	99	53
Residenze e residenze 24h	24	269	109
Servizio socio-sanitario	1	6	
Comunità alloggio	13	82	12
Comunità alloggio	2	9	4
Centri di *training* abitativo	6	20	22
Totale	60	485	200

Persone con disabilità
Persone con malattie psichiche
Persone con dipendenze patologiche
Tutti i gruppi target

Fonte dati: SIAG, Sozinfo-Guest, Ufficio Persone con disabilità

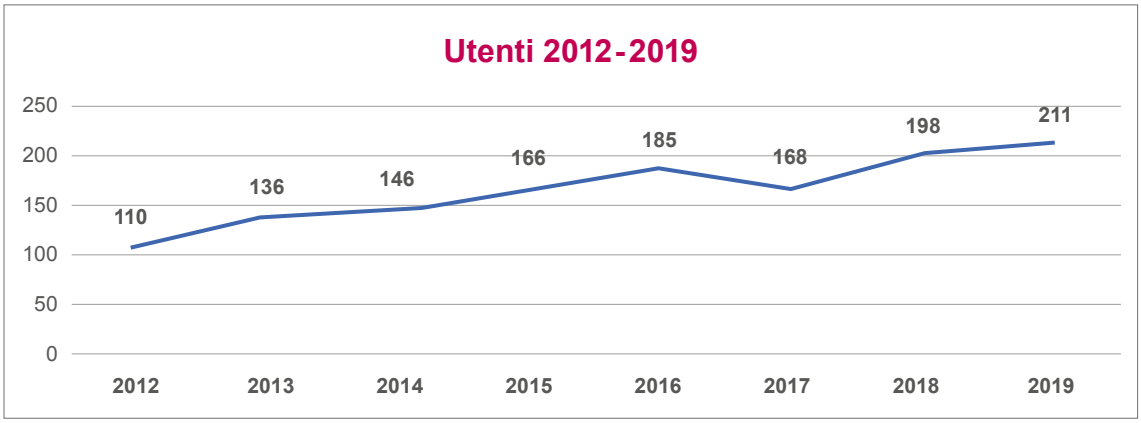
Per le persone con disabilità, nel 2019 erano disponibili 14 comunità alloggio, 24 residenze e un servizio socio-sanitario, per un totale di 374 utenti. Le persone in lista d'attesa per un posto in un servizio residenziale erano in tutto 162, pari al 43% degli utenti attuali. Per le persone con malattie psichiche, nel 2019 erano disponibili 13 comunità alloggio, per un totale di 82 utenti e 12 persone in lista d'attesa. Per le persone con dipendenze patologiche, nel 2019 due comunità alloggio ospitavano 9 persone, mentre le persone in lista d'attesa erano 4. Gli utenti dei 6 centri di *training* abitativo disponibili nel territorio provinciale nel 2019 erano 20 e altri 22 erano in lista d'attesa.
I dati relativi agli utenti dei servizi sociali residenziali che beneficiano dell'assegno di cura mostrano che, con riferimento alle persone con disabilità, l'importo dell'assegno di cura corrisponde al tipo di servizio e al rispettivo standard assistenziale: molte persone con livello assistenziale 3 vivono nelle residenze, mentre molte persone autonome sono collocate in una comunità alloggio o in un centro di *training* abitativo. Tuttavia, i dati mostrano che le persone con malattie psichiche e dipendenze patologiche difficilmente ricevono l'assegno di cura.

Servizi domiciliari di supporto abitativo

Il servizio di accompagnamento socio-pedagogico abitativo è rivolto alle persone adulte che desiderano vivere in modo autonomo nella propria abitazione e hanno un bisogno continuativo di sostegno socio-pedagogico, per acquisire e sviluppare le competenze e le capacità necessarie. Il servizio è erogato presso l'abitazione dell'utente al di fuori del nucleo familiare d'origine e offre consulenza socio-pedagogica e psico-sociale, *training* abitativo e accompagnamento nell'acquisizione dell'autonomia abitativa, promozione di contatti sociali, sostegno e intervento in situazioni di crisi.
Uno studio dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano (ASSB) del 2017 mostra che il numero di ricoveri ospedalieri delle persone che vivono autonomamente nella propria abitazione è diminuito significativamente rispetto al loro precedente collocamento nei servizi residenziali. In generale,

tra queste persone è stato osservato un aumento dell'autostima, dell'autoefficacia, della capacità decisionale, dell'assunzione di responsabilità e del numero e della qualità delle relazioni. Le persone che vengono accompagnate a casa propria possono usufruire dei servizi sopra elencati, con una riduzione dei costi per la collettività di un terzo rispetto al collocamento nei servizi residenziali e, rispettivamente, fino a quattro quinti in meno rispetto al ricovero in una struttura sanitaria (Azienda Servizi Sociali di Bolzano, P. Piffer e B. Salvotti, 2017).

Figura: Accompagnamento socio-pedagogico abitativo



Fonte: SIAG, Sozinfo-Guest

Il servizio di accompagnamento socio-pedagogico abitativo è nato nel 2011. Nel 2019 è stato utilizzato da 211 persone. Si tratta di una delle leve principali per la deistituzionalizzazione e lo sviluppo di progetti abitativi individuali, anche per i giovani. Dal 2011 si registra un sensibile aumento del *turnover* nelle comunità, in combinazione con lo sviluppo di progetti di autonomia abitativa facilitati dall'accompagnamento abitativo.
Il servizio di accompagnamento socio-pedagogico abitativo ha segnato una svolta nelle politiche abitative per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche, confermando l'importanza centrale dei servizi domiciliari per lo sviluppo di politiche sociali inclusive. Una sfida importante per i prossimi anni è l'integrazione dei servizi sociali e sanitari nell'ambito dell'assistenza e dell'accompagnamento domiciliare.
L'assistenza domiciliare offre prestazioni assistenziali a carattere integrativo e di supporto presso il domicilio, con l'obiettivo di favorire la permanenza della persona nell'ambiente di vita abituale. Serve inoltre come supporto e sollievo per chi si fa carico dell'assistenza. I principali utenti di questo servizio sono le persone anziane. Nel 2019 sono state assistite 429 persone con disabilità, 180 persone con malattie psichiche e 47 persone con dipendenze patologiche, pari al 12% delle complessive 5.726 persone assistite.

Prestazioni economiche

Il riconoscimento di invalido civile, cieco civile o sordo avviene tramite la competente commissione sanitaria dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, che determina il grado di invalidità, cecità o sordità in base alla documentazione e all'accertamento delle condizioni di salute. Le prestazioni economiche si distinguono in pensioni e indennità.
Un importante sostegno finanziario nell'ottica della promozione della deistituzionalizzazione e della vita indipendente nell'ambiente familiare è stato introdotto nel 2008 con l'assegno di cura. L'assegno di cura è una prestazione economica-sociale e può essere usato per pagare l'assistenza domiciliare da parte di un servizio professionale o di un assistente domiciliare privato.

Le famiglie e le persone singole che non dispongono di un reddito o patrimonio sufficiente e che da sole non sono in grado, per varie ragioni, di uscire dal loro stato di bisogno, possono richiedere al distretto sociale il reddito minimo di inserimento. Questo offre un aiuto economico per soddisfare le necessità fondamentali della vita e coprire le spese di affitto e accessorie fono al superamento della situazione di difficoltà.
Tra le prestazioni erogate dal distretto sociale vi sono alcune prestazioni economiche specifiche per le persone con disabilità, come per esempio i contributi per promuovere la mobilità. Questi comprendono il rimborso per le spese di "acquisto e adattamento di veicoli", di "adattamento di veicoli per i familiari" e di "accompagnamento o trasporto".
Altre importanti prestazioni economiche a sostegno dell'autonomia abitativa delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche sono la prestazione per la "continuità della vita familiare e domestica e autonomia abitativa", "per la "vita indipendente e partecipazione sociale" e il "contributo per l'equa indennità per l'Amministrazione di sostegno".
Alla persona singola o alla famiglia che non beneficia dell'assegno di cura o dell'indennità di accompagnamento può essere concessa una prestazione economica mensile per la continuità della vita familiare e domestica, anche al fine di evitare eventuali ricoveri in struttura. La prestazione "vita indipendente e partecipazione sociale" viene concessa, per la propria assistenza personale, alle persone con una disabilità permanente accertata ai sensi dell'articolo 3 della Legge n. 104/1992, che vivono o desiderano vivere autonomamente fuori dal nucleo familiare d'origine. Il contributo per l'equa indennità per l'amministrazione di sostegno può essere concesso alle persone sottoposte ad amministrazione di sostegno e con un basso reddito, per liquidare al proprio amministratore di sostegno l'indennità assegnata dal Giudice tutelare del Tribunale di Bolzano.

Forme abitative innovative

La promozione di forme abitative innovative contribuisce al processo di deistituzionalizzazione. Le relative misure, che possono essere adottate dagli enti gestori pubblici o privati dei servizi sociali, comprendono il sostegno di forme abitative a carattere familiare, l'accompagnamento nell'uscita dal nucleo familiare di origine o da un servizio residenziale verso soluzioni abitative autonome di piccole dimensioni e la riqualificazione/conversione dei servizi residenziali esistenti in forme abitative più piccole. Rientrano in questa fattispecie anche le offerte promosse dalle organizzazioni private (per esempio, le fondazioni) per l'attuazione delle misure per l'assistenza in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, in base alla Legge n. 112/2016 (Legge "Dopo di noi"). Queste ultime, in particolare, consentono di ampliare l'offerta abitativa incoraggiando lo sviluppo, da parte della persona interessata e della sua famiglia, di progetti di autonomia abitativa.

6.3.2 Occupazione lavorativa e accompagnamento diurno: situazione attuale ed evoluzione del fabbisogno di servizi semiresidenziali e a bassa soglia di prestazioni domiciliari

Servizi e prestazioni

I servizi semiresidenziali sono suddivisi in servizi per l'occupazione lavorativa, diretti alla partecipazione delle persone alla vita lavorativa, e centri diurni socio-pedagogici, diretti a promuovere l'inclusione e la partecipazione delle persone alla vita sociale.
Nell'ambito dell'occupazione lavorativa esistono tre tipi di servizi: il "servizio per l'occupazione lavorativa" rivolto alle persone con disabilità, il "servizio di riabilitazione lavorativa" rivolto alle

persone con malattie psichiche e dipendenze patologiche e il "centro di *training* professionale" rivolto alle persone con malattie psichiche. Tali servizi offrono, in un contesto protetto e costruttivo, attività finalizzate allo sviluppo e al mantenimento delle capacità e delle competenze sociali e lavorative, nonché all'addestramento e all'orientamento e al riorientamento professionale delle persone nella prospettiva di una loro futura partecipazione al mercato del lavoro. Queste attività sono a carattere produttivo e presuppongono la vendita dei beni prodotti o l'erogazione di servizi. La frequenza dei servizi rappresenta una forma di occupazione stabile o transitoria orientata al mondo del lavoro. A questi servizi possono accedere le persone che sono in regolare contatto con il "Servizio per le dipendenze", del competente Comprensorio sanitario dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige o con gli enti convenzionati autorizzati.
Il centro diurno socio-pedagogico è un servizio semiresidenziale per le persone con disabilità con un fabbisogno di cura e assistenza molto elevato. Esso, inoltre, è rivolto alle persone con malattie psichiche che affrontano o hanno appena superato una situazione di crisi, ma non sono ancora nelle condizioni di intraprendere un percorso di riabilitazione sociale o lavorativa o di rientrare al lavoro. Allo stesso modo, possono usufruire di questo servizio le persone con una malattia psichica cronica che non sono nelle condizioni adatte per un processo di riabilitazione sociale. Il centro diurno socio-pedagogico offre una strutturazione della giornata in attività diversificate, sia all'interno che all'esterno della struttura. Le finalità principali sono la promozione del benessere della persona e in particolare l'attivazione, il mantenimento e lo sviluppo delle sue abilità, nonché la sua partecipazione alla vita nella comunità, promuovendo lo sviluppo di relazioni e l'inclusione sociale, anche attraverso la partecipazione a iniziative del territorio. Il servizio offre assistenza alla persona e accompagnamento socio-pedagogico e assicura inoltre un'importante offerta di sostegno e supporto alle famiglie nel loro compito assistenziale.

Tabella: Occupazione lavorativa e accompagnamento diurno: utenti 2019

Tipo di servizio	Servizi	Utenti	Persone in lista d'attesa
Servizi per l'occupazione lavorativa	30	736	34
Centri diurni socio-pedagogici	21	291	19
Servizi di riabilitazione del lavoro e centri di *training* professionale	11	204	14
Centri diurni socio-pedagogici	4	34	1
Servizi di riabilitazione lavorativa	6	71	12
Totale	72	1.336	80

Persone con disabilità
Persone con malattie psichiche
Persone con dipendenze patologiche

Fonte: SIAG, Sozinfo-Guest, Ufficio Persone con disabilità

La tabella mostra il numero di persone che hanno usufruito del servizio per l'occupazione lavorativa o di un centro diurno nel 2019. Sono stati attivati in favore delle persone con disabilità 30 servizi per l'occupazione lavorativa e 21 centri diurni socio-pedagogici. Complessivamente, hanno frequentato un centro diurno in Alto Adige 1.027 persone con disabilità. Ulteriori 53 persone con disabilità erano in attesa di un posto in un centro diurno. La disponibilità di servizi rivolti alle persone con malattie psichiche nel 2019 era di 11 servizi di riabilitazione lavorativa e centri di formazione professionale e di quattro centri diurni socio-pedagogici. Complessivamente, hanno frequentato un centro diurno in Alto Adige 238 persone con una malattia psichica. Ulteriori 15 persone con disabilità erano in attesa di un posto in un centro diurno. La disponibilità di servizi rivolti alle persone con dipendenze patologiche era pari a sei servizi di riabilitazione

lavorativa frequentati da 71 persone. Ulteriori persone con dipendenze patologiche erano in lista d'attesa.
I dati relativi agli utenti dei servizi sociali residenziali che beneficiano dell'assegno di cura mostrano che anche per quanto riguarda i servizi semiresidenziali l'importo dell'assegno di cura corrisponde al tipo di servizio e al rispettivo standard di assistenza: molte persone autonome sono attive nei servizi per l'occupazione lavorativa, nei servizi di riabilitazione del lavoro, mentre molte persone con disabilità con livello assistenziale 4 frequentano un centro socio-pedagogico diurno.

Tabella: Occupazione lavorativa e accompagnamento diurno - invalidità civile 2019

Tipo di servizio	Utenti	di cui utenti con invalidità civile > 46%
Servizi per l'occupazione lavorativa	736	700 (95,1%)
Centri diurni socio-pedagogici	291	252 (86,6%)
Servizi di riabilitazione del lavoro e centri di *training* professionale	204	144 (70,6%)
Centri diurni socio-pedagogici	34	32 (94,1%)
Servizi di riabilitazione lavorativa	71	34 (47,9%)

Fonte: SIAG, Sozinfo-Guest

I servizi a bassa soglia comprendono i punti d'incontro per le persone con malattie psichiche e ulteriori servizi a bassa soglia per le persone con dipendenze patologiche. A "bassa soglia" significa che l'accesso alle strutture è reso quanto più semplice possibile, riducendo al minimo i requisiti richiesti. Gli obiettivi principali sono la socializzazione, la prevenzione dell'emarginazione sociale e la riduzione del danno. Il punto d'incontro offre opportunità di socializzazione e integrazione, attraverso l'organizzazione del tempo libero e la strutturazione della giornata. Propone anche attività culturali e iniziative formative. In Alto Adige sono attivi cinque punti di incontro e due servizi a bassa soglia.
Oltre ai servizi per l'occupazione lavorativa sono previste le seguenti altre misure per l'inclusione nel mondo del lavoro: le convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa, il *job coaching*, il progetto "Plus +35" per la promozione dell'occupazione negli enti pubblici, l'inserimento lavorativo attraverso le cooperative sociali di tipo B.
Per promuovere la partecipazione alla vita lavorativa nel mondo del lavoro esiste la possibilità, per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche, di stipulare una convenzione individuale per l'occupazione nel mercato del lavoro con un'azienda privata, un ente pubblico, un'organizzazione del Terzo settore, un'associazione o una cooperativa sociale. Le convenzioni individuali di inserimento lavorativo ricadono sotto la responsabilità della Ripartizione Lavoro.
Dopo l'assunzione le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche possono usufruire, in caso di bisogno, del cosiddetto servizio di *job coaching*. Il *job coach* supporta l'azienda e i dipendenti e le dipendenti in caso di difficoltà impreviste che possono presentarsi durante lo svolgimento del lavoro. Il *job coach* funge quindi da facilitatore fra l'azienda e la persona assunta.

Tabella: Occupazione lavorativa e inserimento lavorativo 2017-2019

Prestazione	Utenti 2017	Utenti 2018	Utenti 2019
Convenzione individuale di inserimento lavorativo (+ accompagnamento al posto di lavoro dei servizi sociali)	361	308	275
Convenzione individuale per l'occupazione lavorativa	157	223	317
Job coaching	51	66	47

Fonte: SIAG, Sozinfo-Guest

La tabella mostra i dati relativi alle convenzioni individuali di inserimento lavorativo. Nel 2019 sono state accompagnate sul posto di lavoro dagli assistenti al posto di lavoro dei servizi sociali 275 persone con una convenzione individuale.
A differenza delle convenzioni individuali di inserimento lavorativo, che ricadono sotto la responsabilità della Ripartizione Lavoro, le convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa ricadono sotto la responsabilità dei servizi sociali. Nel 2019 hanno beneficiato di un'occupazione adeguata e dell'accompagnamento sul posto di lavoro 317 persone. Inoltre, 47 persone occupate hanno potuto usufruire dell'accompagnamento sul lavoro da parte di un *job coach* dei servizi sociali.
L'andamento delle convenzioni individuali di inserimento lavorativo e per l'occupazione lavorativa nel periodo 2017-2019 si spiega con l'adozione della delibera della Giunta provinciale n. 1458/2016, che prevede la transizione dalla convenzione individuale di inserimento lavorativo alla convenzione individuale per l'occupazione lavorativa se dopo cinque anni di svolgimento di una convenzione individuale per l'inserimento lavorativo non si raggiunge l'obiettivo del collocamento.

6.3.3 Sostegno delle cooperative sociali e degli enti pubblici per l'inserimento lavorativo

Le cooperative sociali di tipo B sono imprese finalizzate alla promozione dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate nei settori dell'industria, commercio, servizi e agricoltura. Le persone svantaggiate hanno una capacità lavorativa limitata, ma grazie a un sostegno e a una formazione adeguati nell'ambito di un progetto di inserimento individuale, hanno la possibilità di partecipare alla vita lavorativa.

Tabella: Contributi alle cooperative sociali e agli enti pubblici 2019

	Numero	Contributo	Persone occupate
Cooperative sociali di tipo B	41	3.526.900 euro	502
Progetto Plus 35	66	1.201.703 euro	183

Fonte: Ufficio Persone con disabilità

L'Ufficio Persone con disabilità assegna contributi finanziari alle cooperative sociali di tipo B. Nel 2019, 41 cooperative sociali di tipo B hanno impiegato 502 persone e hanno ricevuto circa 3,5 milioni di euro.
Un'importante misura di promozione dell'inserimento lavorativo nel settore pubblico è il progetto "Plus +35". La Ripartizione Politiche sociali concede un contributo annuale agli enti pubblici (Comuni, Comunità comprensoriali, Aziende pubbliche di servizi alla persona, Consorzi di comu-

ni, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige) che intendono assumere una persona con disabilità grave all'interno o al di fuori della quota obbligatoria ai sensi della Legge n. 68/1999.
Nell'ambito del progetto "Plus +35", tra il 2010 e il 2022 il numero di assunzioni a tempo pieno è passato da 47 a 162. Nel 2019, 66 enti pubblici che hanno assunto 183 persone attraverso il progetto "Plus +35" hanno ricevuto un contributo di 1,2 milioni di euro.

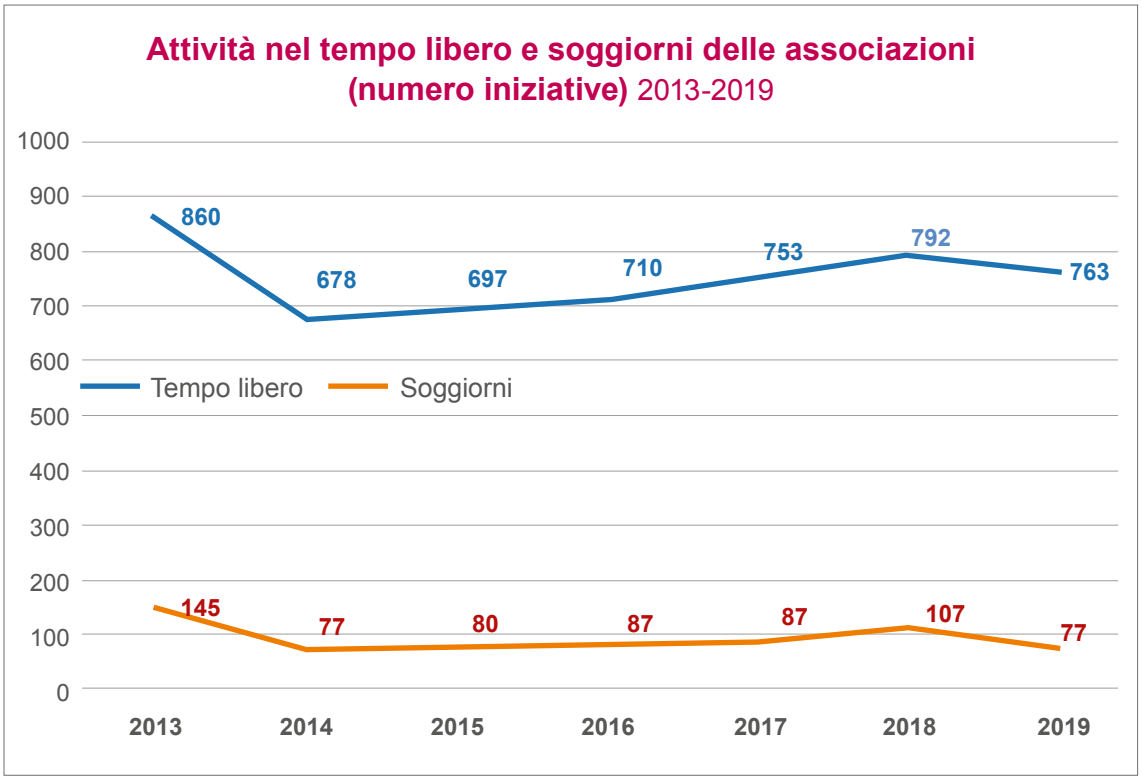
6.3.4 Servizi per persone con disturbi dello spettro autistico

Per le persone con disturbi dello spettro autistico esistono specifici servizi semiresidenziali a livello provinciale: quattro centri diurni socio-pedagogici, ovvero un gruppo specifico all'interno del centro diurno, e un servizio per l'occupazione lavorativa. Un centro diurno socio-pedagogico si rivolge specificamente a bambini e giovani fino a 21 anni.
Nel 2019 sono state accolte nei servizi semiresidenziali 104 persone; altre 20 persone sono state prese in carico dai servizi residenziali per le persone con disabilità. Per quanto riguarda l'offerta residenziale, in alcuni servizi sono disponibili gruppi abitativi con accompagnamento diurno integrato e servizi diurni specialistici rivolti anche, ma non esclusivamente, alle persone affette da disturbo spettro autistico. È prevista l'introduzione di ulteriori servizi.
Il Piano provinciale per un'assistenza basata sui bisogni nel corso di tutta la vita introdotto nel 2019 contiene gli indirizzi per la diagnosi, il trattamento e l'assistenza alle persone affette da affette da disturbo spettro autistico. Il Piano prevede, fra l'altro, la creazione di équipe specialistiche territoriali per il trattamento e il supporto delle persone affette da disturbo spettro autistico di cui fanno parte anche professionisti sociali, con l'obiettivo di garantire un'assistenza socio-sanitaria integrata.
I servizi rivolti alle persone con disabilità hanno sempre accolto le persone con disturbi dello spettro autistico e da anni si adoperano per identificare i bisogni specifici delle persone con autismo e rispondere ad essi con servizi appropriati. Le attuali linee guida per il settore servizi semiresidenziali e per il settore abitare prevedono ora la possibilità di offrire servizi specifici per le persone affette da disturbo spettro autistico.

6.3.5 Attività per il tempo libero

L'Ufficio Persone con disabilità promuove iniziative per il tempo libero rivolte alle persone con disabilità, attraverso contributi alle organizzazioni private. Ogni anno vengono stanziati poco più di 3 milioni di euro di contributi alle associazioni sociali per il finanziamento di attività ricreative specificamente rivolte alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche. Nel 2019 sono stati erogati 3,3 milioni di euro a 43 organizzazioni.

Figura: Offerta di attività nel tempo libero e soggiorni delle associazioni 2013-2019



Fonte: Ufficio Persone con disabilità

6.3.6 Campagne di sensibilizzazione

L'Ufficio Persone con disabilità promuove l'eliminazione delle barriere architettoniche attraverso consulenze mirate. Nel 2019, l'Ufficio ha fornito 473 consulenze di questo tipo. Inoltre, offre formazione per i professionisti e le professioniste e svolge attività di sensibilizzazione della collettività.

L'Ufficio svolge periodicamente attività di sensibilizzazione in tema di disabilità e salute mentale (per esempio "- barriere + qualità della vita"; "Senza barriere") finalizzate all'inclusione e all'autonomia e, più in generale, al superamento delle barriere di qualsiasi natura, promuovendo un cambiamento culturale e di mentalità nella società. Inoltre, sono previsti contributi per le iniziative di sensibilizzazione delle organizzazioni del Terzo settore.

6.3.7 Previsione di sviluppo del fabbisogno

Basi per la determinazione dei futuri requisiti dei servizi sociali

Al fine di determinare il fabbisogno futuro di servizi e prestazioni sociali per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche nell'ambito dello studio di supporto scientifico al Piano sociale provinciale, l'Eurac Research ha elaborato, sulla base dei dati sull'utenza e sullo sviluppo della popolazione 18-65 anni, alcune previsioni sulle tendenze di sviluppo fino al 2030 nel settore delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche.

Lo studio di Eurac Research affianca all'analisi quantitativa un'indagine qualitativa suddivisa in due parti: un sondaggio preliminare rivolto ai professionisti e alle professioniste e alle persone interessate e loro familiari e un *workshop* rivolto ai professionisti e alle professioniste dei servizi sociali e sanitari e alle organizzazioni di autorappresentanza.

In particolare, nei *workshops* sono stati affrontati e discussi tutti i temi chiave emersi dalla ricognizione della letteratura, dall'analisi dei dati sui servizi e dalle previsioni statistiche. Pertanto, i risultati emersi dai *workshops* sono il punto di riferimento centrale sull'evoluzione della domanda nel settore persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze patologiche. La grande partecipazione e la discussione vivace e aperta hanno consentito di raccogliere molti spunti e indicazioni a supporto del nuovo Piano sociale provinciale.

Nella fase finale, l'Eurac Research in collaborazione con la Ripartizione Politiche sociali, ha valutato i risultati dell'ampio processo di consultazione con gli *stakeholders* ed estrapolato le priorità di sviluppo e le alternative di scelta strategica da considerare in sede di pianificazione dei programmi e degli interventi futuri in questo settore. Le strategie e misure di settore descritte nel capitolo 5 sono il frutto di una valutazione integrata dei risultati delle indagini quantitative e qualitative.

Progetto di partecipazione inclusiva

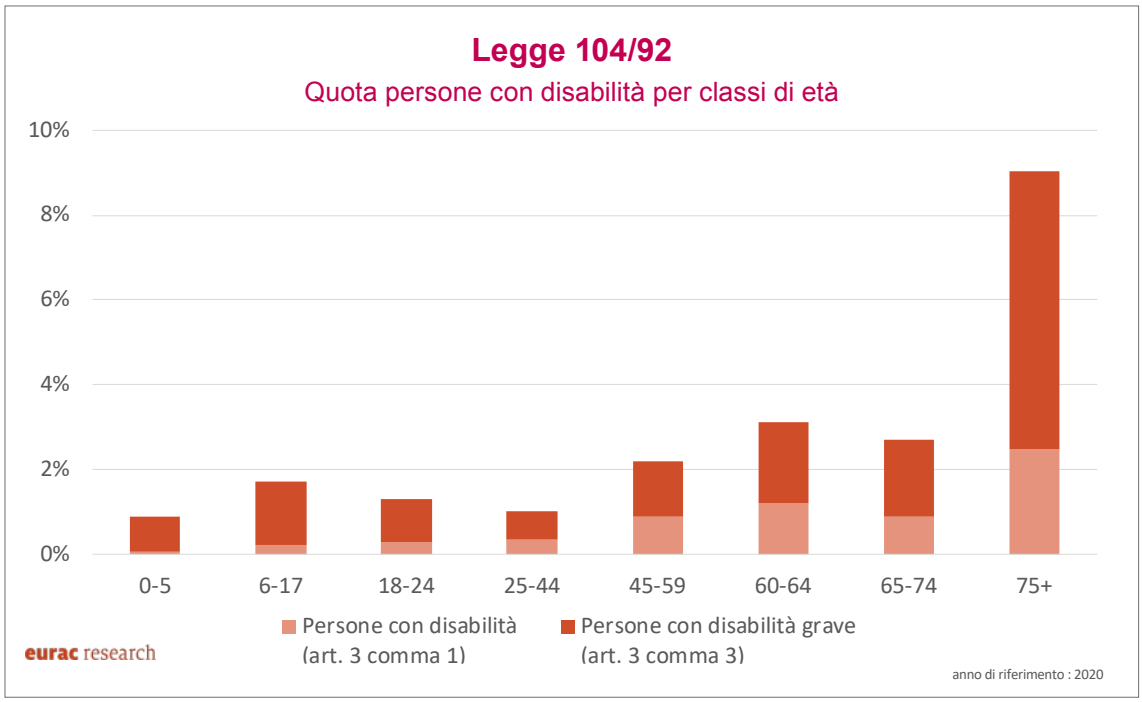
Nello svolgimento della parte qualitativa dello studio di Eurac Research si è cercato di garantire la massima partecipazione possibile delle persone interessate. In particolare, si è cercato di creare le migliori condizioni possibili per una partecipazione inclusiva dei e delle rappresentanti delle associazioni delle persone con difficoltà di apprendimento e disabilità sensoriali. Le modalità di partecipazione sono state concordate con le rispettive associazioni. In questo modo, è stato possibile garantire il pieno coinvolgimento delle persone interessate, attraverso l'uso di forme di comunicazione, ausili, materiali e dispositivi tecnologici appropriati.

Previsioni statistiche basate sullo sviluppo demografico

Le proiezioni statistiche basate sulle tendenze demografiche registrano l'evoluzione degli utenti dei servizi sociali per classe di età. Questi dati forniscono una prima risposta puramente quantitativa alla domanda se l'attuale offerta di servizi e prestazioni nel settore disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche è sufficientemente adeguata ai bisogni delle persone. Da questi dati è inoltre possibile ricavare una previsione dell'andamento dei costi dei servizi pubblici di accompagnamento e sostegno.

Il numero di persone con disabilità in Alto Adige può essere rilevato dalle statistiche relative alla Legge n. 104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate). Da questi dati emerge che nel 2020, su un totale di 13.481 persone interessate 4.063 sono portatrici di disabilità lieve e 9.418 di disabilità grave.

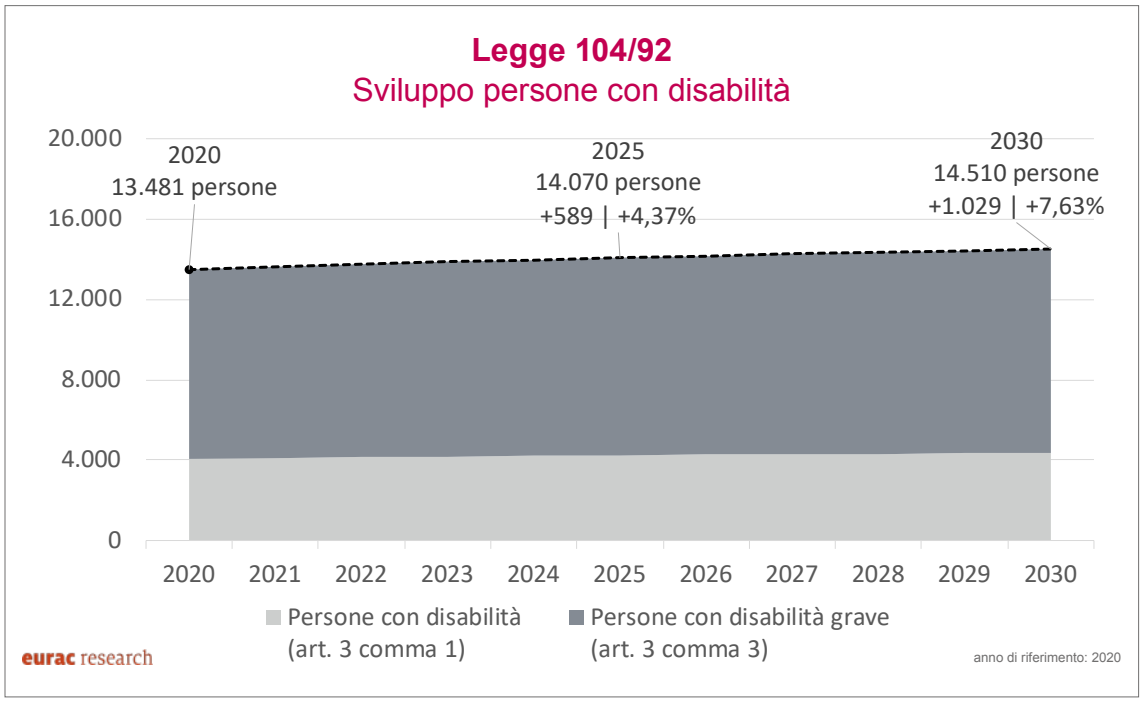
Figura: Percentuale di persone con disabilità per classe di età 2020



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Servizio medicina legale; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 354, fig. 8-4

Mettendo a confronto l'attuale numero di persone con disabilità con il resto della popolazione della medesima classe di età, tenuto conto dello sviluppo previsto della popolazione, è possibile prevedere il numero futuro di persone con disabilità. In particolare, è previsto un aumento delle persone con disabilità da 13.481 nel 2020 a 14.510 nel 2030. Questo calcolo non include le persone con malattie psichiche e dipendenze patologiche, che non presentano disabilità.

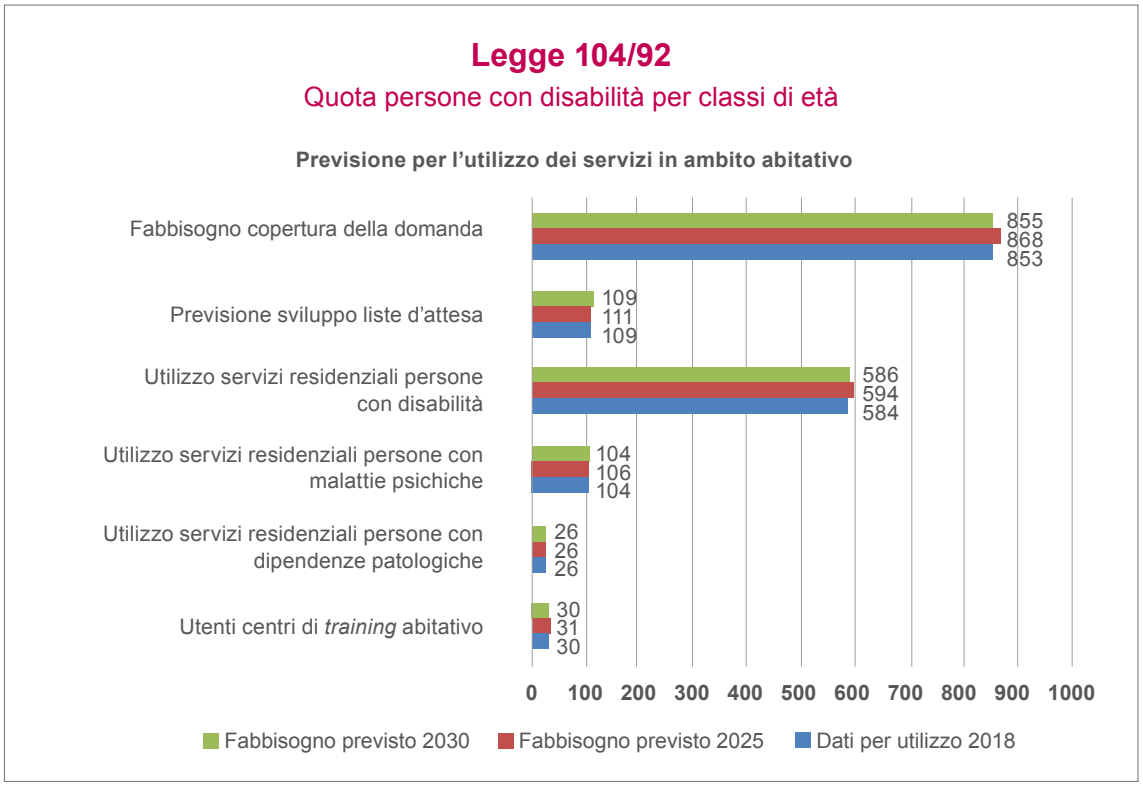
Figura: Previsione di sviluppo delle persone con disabilità in Alto Adige



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Servizio medicina legale; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 352, fig. 8-2

I servizi e le prestazioni sociali nel settore disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche sono rivolti alla popolazione di età 18-60 anni, con la possibilità di accedervi fino all'età di 65 anni. Per questo, le proiezioni di sviluppo del fabbisogno fino al 2030 di Eurac Research prendono a riferimento la popolazione 18-65 anni.
L'analisi si è basata sui dati provinciali Sozinfo-Guest relativi al numero di utenti dei servizi e delle prestazioni sociali nel periodo 2013-2019 e alle attuali liste d'attesa dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità. In base allo sviluppo previsto della classe di età 18-65 anni, che è il principale gruppo target dei servizi e delle prestazioni, la copertura previsionale della domanda fino al 2030 mostra un andamento piatto.
I servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità hanno registrato una forte crescita in particolare negli anni precedenti al 2018, per assestarsi in seguito su livelli stabili. Tuttavia, come si evince dalle liste d'attesa, la domanda di posti è tornata a crescere negli ultimi anni. Dal momento che la proiezione puramente statistica in base all'andamento demografico non tiene conto di eventuali cambiamenti nell'offerta di servizi dovuti a scelte politiche si assume che il numero di persone in lista d'attesa rimanga costante.
Anche per quanto riguarda la domanda di altri servizi per persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze patologiche il quadro evolutivo mostra una tendenza stabile, tenuto conto della (carente) disponibilità di dati sulle liste d'attesa.
L'esempio dei servizi abitativi è utilizzato di seguito per illustrare le previsioni di Eurac Research sulla domanda futura di servizi e prestazioni sociali.

Figura: Previsione di sviluppo del fabbisogno di servizi residenziali 2030



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, fig. da 8-6 a 8-11, pag.356 sg. Calcoli basati sulle statistiche sociali della Ripartizione Politiche sociali, dati ASTAT sullo sviluppo demografico e dati dell'Ufficio Persone con disabilità

Lo sviluppo demografico mostra una tendenza costante all'invecchiamento della popolazione. L'allungamento della vita media delle persone richiede dunque di tenere in considerazione i bisogni delle persone anziane con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche e di

adeguare di conseguenza l'offerta di servizi (servizi domiciliari, offerte residenziali, offerte di assistenza diurna, cessazione del rapporto di lavoro e pensionamento, lavoro con i familiari). La pianificazione dei servizi deve tenere conto della crescita tendenziale della popolazione anziana con bisogno di sostegno nel settore abitativo, lavorativo, del tempo libero e dell'assistenza medica. In considerazione del previsto aumento costante delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche che a partire di 65 anni verranno presi in carico dai servizi per le persone anziane, è necessario tenere conto anche di questi gruppi target nell'ambito della pianificazione degli interventi rivolti alle persone anziane. Per quanto riguarda le misure corrispondenti, si rimanda al capitolo sulle politiche per gli anziani.

Focus sugli aspetti qualitativi dello sviluppo della domanda

Al fine di restituire un quadro in più possibile realistico del fabbisogno futuro di servizi e prestazioni rivolti alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche in età 18-65 anni si presentano di seguito le tendenze di sviluppo dell'incidenza della disabilità, delle malattie psichiche e delle dipendenze patologiche. Le molteplici differenziazioni tra questi tre settori in termini di casistiche, classi di età, contesti familiari e sociali e possibili fattori di fragilità viene approfondita nel capitolo successivo.

Andamento dell'incidenza della disabilità

Studi internazionali[64] prevedono che il numero di persone con disabilità in Inghilterra aumenterà del 25% entro il 2025. Questo aumento è dovuto principalmente all'invecchiamento della società, piuttosto che a un aumento dell'incidenza della disabilità. Gli anziani soffrono in modo sproporzionato di problemi legati all'età. Inoltre, la durata media della vita delle persone con disabilità è aumentata per effetto dei progressi medici e tecnologici e delle mutate condizioni sociali. In particolare, i fattori che influenzano questo trend sono il cambiamento della struttura familiare, l'aumento dell'occupazione femminile, il riconoscimento dello status di adulto delle persone con disabilità e dunque del diritto a un proprio progetto di vita, la mutata disponibilità a farsi carico dell'assistenza da parte dei familiari per l'intera durata della vita, l'assenza di parenti nell'ambiente di vita a causa di migrazione e molti altri.

D'altra parte, il principale gruppo target dei servizi e delle prestazioni nel settore delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche rientra nella classe di età 18-65 anni. Le persone anziane, specie quelle che soffrono di disturbi dovuti all'età, vengono assistite per lo più nelle residenze per anziani.

Nel 2020 il 47,21% delle persone con una disabilità riconosciuta in base alla Legge n. 104/92 aveva 65 anni o più. Quindi, quasi la metà delle persone con disabilità in Alto Adige non fa parte del principale gruppo target del settore persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche.

Andamento dell'incidenza delle malattie psichiche e delle dipendenze patologiche

Studi internazionali[65] mostrano che la prevalenza di malattie psichiche nella popolazione, ossia il rapporto tra il numero dei malati e il numero totale degli individui, è tendenzialmente costante. Di fatto, uno studio che prende in esame la frequenza delle malattie psichiche in Germania indica persino una flessione della prevalenza epidemiologica delle malattie psichiche nell'ambito di un *follow up* della durata di 12 mesi.

---

[64] Guzman-Castillo et al. (2017). Forecasted trends in disability and life expectancy in England and Wales up to 2025, *online* in: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266717300919?via%3Dihub

[65] Rabe-Menssen et al. (2020). Report Psychotherapie 2020. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.

Tuttavia, forme specifiche di malattia psichica, specialmente i disturbi da uso di sostanze, cioè le dipendenze patologiche, sono aumentate negli ultimi anni. Anche le diagnosi psichiche in regime di specialistica ambulatoriale sono in costante aumento. Questo fenomeno non è dovuto a un aumento delle malattie in sé, ma a un aumento della frequenza diagnostica conseguente a una maggiore sensibilità, a una migliore conoscenza e capacità diagnostica e a un approccio più aperto al tema.
Lo studio internazionale 2020 della rete Covid-MINDS[66] sull'impatto psicologico della pandemia da Covid-19 mostra un aumento dei sintomi di ansia e depressione. Diverse indagini confermano questa tendenza. Tra queste, uno studio dell'Università di Innsbruck fornisce dati sul peggioramento della qualità della vita e le conseguenze a lungo termine dei sintomi di ansia, trauma e stress nei bambini tra i tre e i dodici anni in Alto Adige. In questo studio sono stati intervistati, in due ondate successive, più di 700 genitori e 224 bambini del Nordtirolo e del Sudtirolo[67]. Indicazioni sull'aumento dei sintomi di stress e disagio psicologico sono documentate anche in un sondaggio rappresentativo di 2.238 famiglie altoatesine nei mesi di luglio e agosto 2021, condotto da Eurac Research per conto dell'Agenzia per la famiglia.[68]

Effetti dello sviluppo della domotica sull'autonomia

In futuro, la domotica, la telemedicina e il monitoraggio remoto porteranno a un aumento dell'efficacia degli interventi assistenziali con effetti positivi sul processo di deistituzionalizzazione, l'assistenza domiciliare e la definizione del progetto individuale.
Grazie all'accelerazione del processo di deistituzionalizzazione, in futuro un numero maggiore di persone potrà essere assistito a casa con il supporto delle tecnologie digitali. Questo porterà prevedibilmente a un miglioramento dell'autonomia delle persone con disabilità, con particolare attenzione all'offerta integrata di servizi e ai bisogni del singolo.

6.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

6.4.1 Risultati del sondaggio *online*

Al sondaggio *online* hanno partecipato rappresentanti delle organizzazioni attive nel settore, operatori e operatrici degli enti gestori pubblici e privati di servizi, diretti interessati e loro familiari. L'obiettivo era quello di raccogliere e organizzare in un quadro d'insieme le esperienze, le percezioni e le aspettative dei diversi *stakeholders* sulla gamma di servizi e prestazioni. L'indagine ha preso in considerazione, fra l'altro, i seguenti ambiti tematici: servizi e prestazioni dell'attuale offerta, ampiezza dell'offerta di servizi e prestazioni e finanziamento, libera scelta, mobilità tra enti, persone anziane, tempo libero, autodeterminazione. Sono state valutate anche numerose domande aperte, che hanno fornito informazioni sulla percezione degli aspetti qualitativi dell'assistenza e sono state utilizzate per la formulazione di suggerimenti.

[66] Si veda *online*: https://www.covidminds.org/
[67] I primi risultati sono già stati pubblicati: https://www.i-med.ac.at/mypoint/news/752071.html
[68] Si veda *online*: https://www.eurac.edu/it/institutes-centers/center-for-advanced-studies/news-events/studio-famiglie-covid

I temi per lo sviluppo strategico dei settori disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche sono stati inseriti nel questionario e successivamente discussi nei tavoli tematici dei *workshops*. Su un totale di n. 711 accessi effettuati nell'ambito del sondaggio *online* sono pervenuti n. 481 questionari compilati. La maggior parte delle e dei partecipanti all'indagine appartiene alla categoria delle operatrici e degli operatori dei servizi sociali (33,9%), dei familiari (27,7%), dei diretti interessati (15,0%), delle associazioni (13,1%).

Parte generale del sondaggio

Nella parte dell'indagine sull'attuale offerta di servizi, circa due terzi delle e dei partecipanti hanno dichiarato di ritenere l'attuale offerta di servizi e prestazioni abitativi non sufficientemente adeguata ai bisogni. In particolare, devono essere potenziati l'accompagnamento e l'assistenza abitativa, i servizi residenziali per le persone con disabilità e disturbi del comportamento, i servizi specialistici, i posti a rotazione per le persone con disabilità. L'orientamento dei servizi deve mettere al centro i bisogni della persona, indipendentemente dal gruppo target di riferimento, e l'autonomia di vita nell'ambiente sociale di origine. A tal fine, sono necessari più alloggi e sussidi finanziari, soprattutto per le persone con malattie psichiche e dipendenze patologiche, che spesso non beneficiano dell'assegno di cura. Per quanto riguarda i servizi semiresidenziali si richiede il collocamento delle persone più giovani nei centri diurni socio-pedagogici e la creazione di punti d'incontro a bassa soglia. Per promuovere l'inserimento lavorativo si richiede un potenziamento dell'offerta occupazionale negli enti pubblici e delle risorse umane da assegnare al *job coaching*. L'occupazione lavorativa dovrebbe essere abbinata a progetti a bassa soglia. Per quanto riguarda le prestazioni economiche, in particolare l'assegno di cura, si suggeriscono più controlli sull'utilizzo dei fondi. Per garantire un'offerta di servizi adeguata si propone di rafforzare la cooperazione con il Terzo settore.

L'offerta di servizi dovrebbe essere finanziata, anzitutto, con ulteriori mezzi pubblici della Provincia e secondariamente di derivazione UE, ma anche con un aumento della quota di compartecipazione attraverso l'assegno di cura, maggiori controlli sull'uso dell'assegno di cura e la presa in carico dei servizi da parte di gestori privati. Quasi tutti i rispondenti ritengono che le persone debbano poter scegliere tra tutti i servizi offerti nel territorio provinciale, indipendentemente dal luogo in cui vivono. La libertà di scelta è considerata da molti un principio da anteporre alla specializzazione, alla territorialità o alla polivalenza dei servizi. La pianificazione del futuro e il lavoro centrato sulla persona devono promuovere l'autonomia della persona assistita.

L'assistenza alle persone anziane con disabilità dovrebbe continuare a essere fornita dai servizi di provenienza, che devono essere adattati allo scopo (per esempio, gruppi di anziani). Anche l'accesso ai servizi diurni e residenziali per gli anziani viene spesso indicato come una possibile soluzione.

Nell'area del tempo libero si ritiene che la mano pubblica ha il compito di finanziare iniziative inclusive. In generale, l'attuale offerta di iniziative per il tempo libero non risponde alle necessità delle persone con disabilità grave. Inoltre, dovrebbero essere previste delle iniziative specifiche per i giovani. Molte risposte alla domanda su come favorire la strutturazione individuale del tempo libero e delle vacanze depongono a favore di un incremento dell'offerta accompagnato a un aumento di personale specializzato e di volontari e volontarie per l'accompagnamento e la cura delle persone, nonché a servizi di trasporto appropriati.

La percezione di una carenza di personale qualificato, e che questa sia in aumento, accomuna un'ampia maggioranza degli intervistati. Le professioni sociali dovrebbero essere rese più attraenti, anche attraverso una retribuzione più equa.

Riguardo all'assegno di cura, le fautrici e i fautori del cambiamento sono grossomodo dello stesso numero delle fautrici e dei fautori del mantenimento dell'attuale sistema di cura. La maggio-

ranza è contraria alla sostituzione dell'assegno di cura con buoni servizio. Fra l'altro, si richiedono agenzie di intermediazione lavorativa per il pronto impiego di *caregivers* e opportunità lavorative semplificate. In generale, si auspica un più stretto collegamento dell'assegno di cura con il progetto individualizzato di autonomia.
Il budget di salute viene menzionato quale strumento per l'implementazione di progetti di vita inclusivi. Per sostenere i *caregivers* familiari si richiede uno scambio regolare con uno specialista nel caso dell'assistenza degli adulti e un incremento delle attività sportive e ricreative, sia specifiche sia inclusive, nel caso dell'assistenza di minori.

Sondaggio per i diretti interessati e le loro famiglie
Le persone direttamente interessate e i loro familiari ritengono prioritario che la Provincia finanzi progetti innovativi per tutti. In futuro le residenze per anziani e le comunità alloggio dovrebbero essere di piccole dimensioni ed essere collocate all'interno di condomini nei centri abitati. I servizi per l'occupazione lavorativa dovrebbero promuovere attività inclusive, che possano favorire concretamente l'integrazione nel mondo del lavoro. La maggioranza dei rispondenti afferma di conoscere i servizi offerti nel proprio distretto e di sapere a chi rivolgersi in caso di necessità, ma richiama l'attenzione sull'importanza di personale più qualificato nei servizi.

Sondaggio per i diretti interessati
Alla domanda dove vorrebbe abitare in futuro, metà dei n. 32 intervistati ha risposto che preferirebbe vivere in un appartamento di proprietà, da solo o con il proprio partner, la restante metà vorrebbe continuare a vivere con la propria famiglia, mentre una persona preferirebbe vivere con altri in una residenza o comunità alloggio. La maggior parte degli intervistati desidera essere aiutata a progettare il proprio futuro da un'altra persona al di fuori della famiglia, che comprenda le sue esigenze e i suoi desideri.

Sondaggio per i membri della famiglia
La maggioranza dei n. 72 intervistati desidera per il futuro del proprio familiare convivente, che venga accolto in una struttura residenziale, piuttosto che continui a vivere a casa assistito a domicilio.

6.4.2 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops*

Un intenso avvicendamento sulle tematiche dell'offerta di servizi per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche rappresenta la parte centrale dello studio scientifico di Eurac Research. Più di n. 150 esperte ed esperti hanno discusso dei punti di forza e di debolezza dell'attuale portfolio servizi e hanno elaborato proposte su come realizzare al meglio l'obiettivo dell'inclusione. Per l'ambito "persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze" sono stati trattati i seguenti temi principali: abitare, partecipazione alla vita lavorativa, tempo libero, libertà di scelta e responsabilità personale.

Risultati del *workshop* "Abitare"
Per promuovere la deistituzionalizzazione, l'autodeterminazione e la libertà di scelta si richiede anzitutto l'attuazione delle nuove "Linee guida per i servizi e le prestazioni abitative [...]", in particolare la creazione del Centro di competenza per la consulenza abitativa, l'ampliamento del contributo "Vita indipendente e partecipazione sociale" e lo sviluppo di progetti abitativi innovativi. L'indipendenza dalla famiglia che presta assistenza dovrebbe essere rafforzata il prima possi-

bile e si dovrebbero prevenire l'istituzionalizzazione e la cronicizzazione attraverso la consulenza precoce, il sostegno nell'attuazione del progetto abitativo personale, l'accompagnamento socio-pedagogico abitativo, l'assistenza domiciliare. Soprattutto le famiglie con bambini con disabilità hanno bisogno di consulenza e sostegno precoci e personalizzati. Secondo le esperte e gli esperti il contributo "Vita indipendente e partecipazione sociale" e lo strumento del "budget di salute" quale progetto individuale trasversale rappresentano strumenti di assistenza e accompagnamento adeguato e a misura di ognuno, per promuovere l'autodeterminazione e l'assistenza centrata sulla persona. Per promuovere l'autonomia abitativa è necessario arricchire l'offerta di servizi di assistenza personale, anche per specifici gruppi target (per esempio persone non vedenti, con dipendenze attive) e sotto forma di assistenza temporanea. In questa direzione viene citato l'esempio del servizio "Selbstbestimmtes Leben" a Innsbruck, che offre assistenza personale, informazioni in un linguaggio facile e consulenza da parte di pari (*peer working support*). Nell'ambito dei progetti abitativi innovativi dovrebbe essere sviluppato lo strumento "Dopo di noi", con l'obiettivo di preparare precocemente i bambini e le bambine con disabilità a una vita senza genitori, e garantire la continuità del progetto di cura e assistenza, anche attraverso progetti di *training* abitativo.

Nell'ambito dell'accompagnamento socio-pedagogico abitativo è necessario ampliare l'offerta e puntare alla specializzazione in base al gruppo target. In ogni Comunità Comprensoriale e nell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano dovrebbero essere istituite *équipes* socio-sanitarie per specifici gruppi target (per esempio dipendenze patologiche, minori, anziani, disabilità di varia natura). Anche l'assistenza domiciliare dovrebbe essere ampliata e orientata a specifici gruppi target. In tema di dipendenze patologiche attive è necessaria una formazione più specifica del personale dei servizi sociali in alcune aree (dietro il consumo di sostanze si nascondono diversi altri problemi). I giovani con dipendenze patologiche attive hanno bisogno di specifiche soluzioni abitative. La mancanza di alloggio e i costi elevati sono il principale ostacolo all'autonomia abitativa. La cooperazione con l'Istituto per l'Edilizia Sociale è importante a questo riguardo.

Le persone affette da malattie psichiche vanno spesso incontro a particolari difficoltà perché i loro problemi non sono facilmente riconoscibili dall'esterno. Il lavoro di sensibilizzazione nell'ambiente di vita delle persone contribuisce a rafforzare il senso di comunità. Una buona pratica è il progetto "Sviluppo di comunità" realizzato in un quartiere della città di Bolzano e diretto all'inclusione di tutte le persone vulnerabili, in ottica di *community welfare*. Si propone, inoltre, di introdurre il servizio di educativa domiciliare dislocando nel territorio educatori ed educatrici che lavorano a diretto contatto con i residenti, allo scopo di intercettare i bisogni e mettere a punto interventi mirati. Nelle aree rurali potrebbe essere reintrodotta la figura dell'"aiutante di paese".

Per quanto riguarda i servizi residenziali, una delle principali criticità è la riduzione delle liste d'attesa attraverso l'ampliamento dei posti disponibili. Le vie percorribili comprendono il potenziamento dei servizi domiciliari, la deistituzionalizzazione, l'aumento dell'offerta di sollievo per le famiglie, la messa a disposizione di posti per soggiorni temporanei e il rinnovamento innovativo delle strutture esistenti. A fianco delle misure mirate alla creazione di posti nei servizi esistenti devono essere realizzati nuovi progetti abitativi, nell'ottica di garantire un'offerta graduata e differenziata. Attualmente le persone che dovrebbero essere deistituzionalizzate e i giovani che, invece, non dovrebbero essere istituzionalizzati si contendono i posti disponibili. I servizi residenziali dovrebbero essere situati nel centro città /paese, in modo da favorire l'inclusione dei residenti e delle residenti nella comunità.

Per quanto riguarda l'orientamento polivalente o specifico dei servizi residenziali, si dovrebbe prestare maggiore attenzione ai bisogni e non solo alla disabilità. La soluzione appropriata dipende spesso da fattori individuali: qualcuno può ricevere sostegno insieme ad altri, qualcun altro ha bisogno di offerte specifiche. Per alcune persone/gruppi di persone sono necessari servizi spe-

cifici. Per esempio, le persone con dipendenze patologiche attive difficilmente riescono a trovare casa nel libero mercato. D'altra parte, nelle comunità alloggio gestite dai servizi sociali vige l'obbligo di astinenza. Tuttavia, l'uso di sostanze è diverso da una dipendenza patologica, che spesso nei giovani non esiste ancora. In questi casi, l'intervento educativo precoce è essenziale e può essere decisivo per superare la situazione problematica.
Un altro gruppo target con esigenze particolari sono i minori con disabilità, disturbi del comportamento o disturbi dello spettro autistico. A queste persone dovrebbero essere assegnati posti specifici nei servizi residenziali, che tuttavia al momento sono disponibili solo fuori provincia.
Le decisioni sulle risorse da destinare in futuro alle prestazioni (prestazioni pedagogiche domiciliari, prestazioni economiche, posti in servizi abitativi) devono tenere conto della necessità di garantire un'offerta diversificata, flessibile e fluida, evitando di mettere i diversi servizi l'uno contro l'altro e di fissare delle priorità ma, al contrario, mettendo al centro l'autodeterminazione. In quest'ottica, l'offerta dovrebbe essere il più possibile individualizzata. La collaborazione tra diversi attori (sociale, sanità, lavoro, scuola, Terzo settore ecc.) in tutte le fasi del percorso di accompagnamento è altrettanto importanti sono le risorse della persona assistita.
A sostegno e sollievo delle famiglie *caregiver* deve essere potenziata l'offerta di accoglienza temporanea nei servizi semiresidenziali, anche nel fine settimana. Le misure di alleggerimento del carico per le famiglie delle persone con disabilità grave contribuiscono a ritardare l'istituzionalizzazione della persona con disabilità. I e le partecipanti auspicano l'attivazione di progetti di *training* abitativo in favore degli adulti con disabilità, mirati allo sviluppo di capacità di autonomia abitativa e distacco dai genitori, sul modello della *Lebenshilfe* di Bolzano. Questa formazione residenziale, che può essere offerta nel fine settimana o distribuita nell'arco di alcuni mesi, è ben accolta dai genitori. Le famiglie che prestano ai figli cure palliative avrebbero bisogno di maggiore assistenza e supporto psicologico ed educativo.
Passando alle offerte abitative per le persone anziane, si richiede la creazione di strutture socio-sanitarie polivalenti rivolte a persone di tutte le età con elevato bisogno di cura (per esempio grave deterioramento della salute, disturbi del comportamento, bisogno di supervisione). Già oggi molte persone affette da malattie psichiche vengono accolte in residenze sanitarie assistite e in servizi di cura fuori dal territorio provinciale. Questi servizi potrebbero essere integrati nelle residenze per anziani. I nuclei di assistenza estensiva per le persone con disabilità o malattie psichiche gravi che operano nelle residenze per anziani dovrebbero essere dotati di più risorse di personale, con effetti positivi sull'accettazione del servizio da parte dell'utenza. Ulteriori misure da prendere in considerazione sono il "budget personale/ budget di salute", i servizi residenziali con assistenza parziale anche per le persone anziane con disabilità, il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare.

Risultati del *workshop* "Occupazione lavorativa, servizi per l'accompagnamento socio-pedagogico diurno, servizi a bassa soglia"

Quando si parla di occupazione lavorativa la scelta delle parole è molto importante. Secondo i partecipanti l'espressione cura dovrebbe essere sostituita con quella di assistenza. È stato anche osservato che la libertà di scelta delle persone con disabilità è penalizzata dalle norme sull'inserimento lavorativo, che vincolano la scelta del posto di lavoro alla capacità lavorativa. Ciò può portare a fenomeni di stigmatizzazione. Le persone interessate hanno anche bisogno di ausili specifici, compatibilmente con i programmi di lavoro delle aziende.
La separazione tra occupazione lavorativa e inserimento lavorativo, di competenza dell'Ufficio per l'Integrazione nel mercato del lavoro, ha portato a una frammentazione dei servizi per la promozione della partecipazione alla vita lavorativa. La riduzione di questa frammentazione potrebbe migliorare l'informazione per le aziende e i diretti interessati e portare a un risparmio

delle risorse, soprattutto a livello amministrativo. Uno sportello informativo o un centro di competenza sul tema del lavoro sarebbe un utile strumento di orientamento per le cittadine e i cittadini. La cooperazione tra tutti i servizi e gli uffici coinvolti dovrebbe essere migliorata e la rete ampliata, in modo da sfruttare al meglio le sinergie. La transizione dalla scuola al mondo del lavoro potrebbe essere facilitata dai tirocini, con beneficio sia per le persone interessate, che dopo la conclusione degli studi hanno il tempo per prepararsi al mondo del lavoro, sia per i genitori, che vengono sgravati dall'incombenza di dover attivare i servizi a supporto dell'inserimento lavorativo.

L'offerta di servizi e prestazioni per l'occupazione lavorativa dovrebbe essere aperta a tutte le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche indipendentemente dalla Comunità Comprensoriale di riferimento, al fine di garantire libertà di scelta per tutti. I e le partecipanti al *workshop* incoraggiano, in particolare, la creazione di servizi inclusivi e l'offerta di attività in un contesto di vita reale. Il compenso riconosciuto per l'occupazione lavorativa dovrebbe essere aumentato. Inoltre, dovrebbero essere creati nuovi posti di lavoro per ridurre di conseguenza le liste d'attesa per l'accesso ai servizi per l'occupazione. I servizi diurni e i servizi per l'occupazione lavorativa dovrebbero essere utilizzabili in modo flessibile in base ai bisogni del singolo, fermi restando i principi guida dell'inclusività dei progetti e della deistituzionalizzazione.

Per un successo duraturo dei progetti di occupazione lavorativa si raccomanda di ampliare e rafforzare il servizio di *job coaching* da parte di professionisti e professioniste specializzati. La capacità lavorativa acquisita dalla persona assunta grazie a un accompagnamento rapido e specializzato genera fiducia nelle aziende, che si aprono alla possibilità di nuove assunzioni. L'accompagnamento da parte di professionisti e professioniste non dovrebbe essere limitato all'occupazione, ma coprire tutti gli ambiti e le fasi della vita.

Per attrarre le imprese verso i progetti di occupazione lavorativa devono essere ampliati gli incentivi positivi (per esempio sussidi, benefits, bonus, premi). Le imprese dovrebbero essere supportate da consulenti e la burocrazia semplificata. Le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche devono essere considerate risorse e ciò richiede un'opera di sensibilizzazione. Riguardo al contributo per gli enti pubblici nell'ambito del progetto "Plus+35" si propone di mantenerlo e di ampliare il contingente di posti.

In tema di accompagnamento socio-pedagogico diurno e servizi a bassa soglia emerge la necessità di più servizi a bassa soglia per le persone con dipendenze patologiche e malattie psichiche. Per i minori con dipendenze patologiche sono necessari i punti d'incontro. Per le persone con malattie psichiche serve urgentemente un servizio a bassa soglia 24h. L'approccio del "dialogo aperto" sul modello della Finlandia, basato sull'intervento tempestivo in situazioni di crisi e sull'attivazione della rete sociale, è un esempio da seguire. La flessibilizzazione dei servizi consente di soddisfare meglio i bisogni degli utenti (per esempio, orari di apertura prolungati, reinserimento delle persone nei centri diurni). Il sollievo per le famiglie è importante: a questo scopo è necessario sviluppare l'offerta dei centri diurni specie nel fine settimana e dare continuità alle iniziative che per ora sono limitate ai casi urgenti. Deve essere garantita l'assistenza pomeridiana semiresidenziale per le alunne e gli alunni con disturbi dello spettro autistico, in collaborazione con il servizio sanitario competente.

Risultati del *workshop* "Tempo libero, accessibilità, mobilità"

I temi centrali di discussione di questo *workshop* sono stati la comunicazione e l'accesso fisico alle manifestazioni e attività nel tempo libero. Le barriere linguistiche e comunicative devono essere abbattute per garantire ai e alle partecipanti un'informazione inclusiva e senza barriere sugli eventi in programma, nonché una comunicazione senza barriere durante gli eventi. Deve essere garantita anche l'accessibilità architettonica alle manifestazioni e la loro raggiungibilità

attraverso sistemi di trasporto adeguati, anche in orario serale. L'accesso alle persone con problemi di udito deve essere garantito, anche previa informazione e sensibilizzazione degli organizzatori e altri *stakeholders*. Per facilitare la circolazione delle informazioni sugli eventi sportivi e culturali in programma e lo scambio tra associazioni, persone interessate e tra diversi gruppi target viene proposta la creazione, da parte del soggetto pubblico, di una piattaforma digitale unificata per tutto l'Alto Adige. La comunicazione dovrebbe essere multicanale, anche in forma cartacea. Secondo i e le partecipanti, la tendenza di sviluppo è verso attività ricreative di carattere inclusivo. Da un lato, le strutture ricreative esistenti dovrebbero essere aperte anche alle persone con disabilità. Dall'altro, dovrebbero essere promosse offerte specifiche per le persone con disabilità privilegiando la componente di socialità e, in generale, le occasioni di incontro e contatto fra persone. Inoltre, dovrebbero nascere servizi e luoghi d'incontro per le persone con tossicodipendenze e altre dipendenze patologiche.

I e le partecipanti ai *workshop* richiedono vacanze pianificate e organizzate a misura di utente, anziché pacchetti preconfezionati. Le associazioni del Terzo settore dovrebbero servire da "agenzia viaggi" e offrire supporto, consulenza ed *empowerment* per offerte personalizzate, inclusi l'accompagnamento e l'assistenza durante la vacanza.

In generale, si richiede un maggiore aiuto finanziario a copertura delle spese aggiuntive sostenute per le attività nel tempo libero e le vacanze. A questo scopo è necessario migliorare l'informazione sulle prestazioni finanziarie disponibili, anche attraverso campagne di informazione mirate. Il supporto pedagogico per i servizi domiciliari e le offerte nel tempo libero dovrebbero essere garantiti da professionisti e professioniste.

In tema di barriere architettoniche deve essere garantita l'accessibilità non solo degli edifici, ma anche delle vie per raggiungerli. Spesso le strutture dichiarate senza barriere (per esempio servizi igienici, autobus) non sono attrezzate per le necessità delle persone con mobilità limitata e prive di un'assistenza. Le associazioni e le rappresentanze di interesse dovrebbero essere coinvolte nella pianificazione edilizia delle strutture e infrastrutture pubbliche.

È necessario sensibilizzare le operatrici e gli operatori pubblici e privati, che lavorano a contatto con il pubblico sulle diverse forme di disabilità sensoriale. Devono essere rimosse tutte le barriere ai sistemi digitali garantendo siti web senza barriere e tecnologie digitali uniformi per tutto l'Alto Adige.

I social media dovrebbero essere usati di più, soprattutto per raggiungere i giovani. Dovrebbero entrare in uso nuove forme di comunicazione video e animate, per spiegare i fatti in modo semplice e comprensibile, mentre gli uffici pubblici dovrebbero offrire un servizio di chat. Allo stesso tempo, i canali di comunicazione analogici dovrebbero continuare a essere disponibili. Per esempio, i volantini e gli opuscoli informativi dovrebbero essere distribuiti in modo mirato negli uffici pubblici e nelle sedi delle associazioni. I servizi devono essere comunicati in lingua facile e nella lingua dei segni. I segnali dei display luminosi devono integrare gli annunci e i segnali acustici per le persone con problemi di udito.

Riguardo alla mobilità si fa notare che nelle città più grandi il sistema di trasporto pubblico è ben servito. Tuttavia, nei piccoli Comuni e per gli spostamenti fuori provincia l'offerta è insufficiente. Viaggiare da soli con i mezzi pubblici è spesso complicato per le persone con disabilità. In particolare, i cambi sono spesso difficoltosi in quanto gli ausili disponibili funzionano solo in parte. La Provincia dovrebbe potenziare la mobilità individuale, promuovendo specifici servizi a basso costo.

Risultati del *workshop* "Libertà di scelta, partecipazione e responsabilità personale"

Sui temi della libertà di scelta e dell'autodeterminazione, i *workshops* hanno evidenziato un potenziale di miglioramento sui seguenti aspetti sociali e organizzativi. Da un lato, il diritto delle

persone all'autodeterminazione è ormai fuori discussione ma, dall'altro, i servizi mostrano un atteggiamento protezionistico e la società non è ancora pronta, in termini di atteggiamento generale, ad assumersi i rischi dell'autodeterminazione. C'è ancora poca disponibilità ad accettare un rischio calcolato, perché questo ricade sul singolo e sui servizi. Dare responsabilità alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche significa anche assumersi, come esperti/professionisti, una certa responsabilità per ciò che potrebbe accadere loro. Da qui l'importanza, per i servizi, di una buona gestione del rischio, a tutela del singolo operatore o operatrice. Una possibilità è la responsabilità di *équipe*, una sorta di approccio di pronto soccorso psicoterapeutico integrato dalla partecipazione e presa di responsabilità dell'interessato e dall'interessata e della sua famiglia e dal modello terapeutico dell'"Open Dialog", utilizzato nelle crisi psicotiche e psicosociali acute.

Il concetto di presa in carico va rivisto spostando il baricentro sulla persona interessata e suddividendo la responsabilità tra l'utente/famiglia e il professionista e la professionista, ovvero *l'équipe* di lavoro. La deistituzionalizzazione dell'aiuto alle persone comporta una presa di responsabilità suddivisa tra i servizi, la persona interessata/la famiglia e la comunità ("comunità inclusiva"). L'istituto dell'amministratore di sostegno va riformato, attribuendo l'onere della scelta al diretto interessato e alla diretta interessata.

Ulteriori ostacoli all'autodeterminazione derivano dal fatto che spesso i professionisti e le professioniste decidono per gli utenti e con modalità di organizzazione del lavoro non individualizzate. Il sistema organizzativo e di finanziamento, basato sul criterio della residenza, limita il libero accesso ai servizi su tutto il territorio. L'informazione sull'offerta di servizi disponibile è scarsa e la modulistica è troppo complessa o di difficile comprensione. Per quanto riguarda i progetti di autonomia abitativa, l'offerta nel libero mercato è scarsa e troppo costosa, mentre i tempi di attesa per un alloggio IPES sono spesso troppo lunghi.

La libertà di scelta e l'autodeterminazione vanno promosse con le seguenti misure. Deve essere potenziata l'informazione delle famiglie e dei giovani sull'offerta pubblica e privata esistente, che è molto ampia. I progetti di intervento devono essere individualizzati e prevedere il coinvolgimento della persona interessata e della famiglia (se lo desidera). La libertà di scelta necessita di progetti di occupazione lavorativa con un compenso dignitoso, schemi pensionistici adeguati e alloggi di supporto. La pianificazione del futuro deve iniziare precocemente, con l'obiettivo di dare continuità al percorso assistenziale nel passaggio da un servizio all'altro.

Si propone un approccio ampio di tipo inclusivo, che colleghi le risorse finanziarie per l'assistenza (per esempio assegno di cura, budget di salute) con la posizione (anche finanziaria) della persona interessata in coerenza con il programma di assistenza individuale.

L'offerta di strutture residenziali per la disabilità va ripensata e adeguata, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, al crescente fabbisogno, dando più spazio all'accompagnamento abitativo. Le persone con disabilità e le loro famiglie dovrebbero essere affiancate da una figura di riferimento lungo tutto l'arco della vita.

Per attivare e rafforzare la partecipazione delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche alla vita della comunità sono necessarie diverse misure. La comunità deve essere sensibilizzata rispetto allo stigma sociale, soprattutto sulle dipendenze e le malattie psichiche, e sulle misure atte a superare la discriminazione. L'integrazione delle bambine e dei bambini e dei giovani con disabilità nel mondo scolastico deve partire a scuola, attraverso un'educazione precoce alla partecipazione e specifici programmi di formazione per gli insegnanti e le insegnanti, i professionisti e le professioniste. Le famiglie di giovani con malattie psichiche hanno bisogno di offerte educative specifiche e di un sostegno mirato.

La partecipazione di adulti con dipendenze patologiche può essere favorita da forme alternative di socialità, promuovendo ambienti di incontro tra persone con problematiche diverse e forme di

collaborazione trasversale fra le diverse associazioni di autoaiuto. La sfida è data dalla complessità organizzativa e culturale. Dal punto di vista culturale è necessario passare dal paternalismo alla fiducia, attraverso l'ascolto dei bisogni, l'apprendimento dagli errori, l'assunzione del rischio. Per le persone con dipendenze patologiche sono importanti spazi protettivi, che offrano anche sufficiente libertà per le proprie attività. È inoltre opportuno promuovere la creazione di ambienti sufficientemente liberi che consentano alle persone di svolgere o gestire le proprie attività.
La partecipazione delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche a tavoli tecnici per la programmazione degli interventi da attuare richiede necessariamente la creazione di un ambiente tecnologico adatto e senza barriere di comunicazione, la condivisione dei meccanismi di partecipazione e la scelta di metodi appropriati di ascolto. La partecipazione all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi necessita di un dialogo interistituzionale continuo, nella logica del servizio e un confronto con il privato sociale e le parti interessate. La partecipazione delle persone interessate è un fattore importante per l'ulteriore sviluppo della qualità dei servizi.

6.5 Obiettivi strategici e misure

L'Eurac Research ha sintetizzato le diverse alternative di scelta strategica in termini di misure desumibili dall'analisi dei dati storici e attuali, dalle previsioni statistiche e dalle buone pratiche, dalla valutazione dei sondaggi *online* e dai risultati dei *workshops*. In accordo con gli uffici competenti è stato definito un quadro delle strategie e delle misure che nei prossimi anni saranno prioritarie nel settore delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche. L'attenzione si concentra sulla promozione della vita indipendente delle persone e sul corrispondente orientamento dell'offerta abitativa, occupazionale, assistenziale e di accompagnamento dei servizi sociali.

6.5.1 Soluzioni abitative inclusive

L'abitazione, insieme al lavoro, è un fattore centrale per lo sviluppo del progetto di vita individuale e influenza in modo significativo la qualità della vita. La definizione di soluzioni abitative inclusive richiede la disponibilità di risorse materiali e finanziarie adeguate. Con il sostegno della Provincia devono essere potenziate e rese più efficaci le misure atte a questo scopo. A tal fine, sono stati definiti i seguenti obiettivi prioritari.
L'offerta abitativa, che si compone di servizi e prestazioni domiciliari, deve essere diversificata, individuale, graduale e flessibile e consentire la libertà di scelta. Le risorse, i valori e i desideri della persona interessata devono essere tenuti in considerazione e utilizzati nell'elaborazione e nell'attuazione del progetto abitativo. Il passaggio da un servizio all'altro deve essere fluido. La consulenza e l'accompagnamento precoce delle famiglie con figli con disabilità hanno un ruolo importante nel processo di distacco e capacitazione a una vita autonoma. L'attuazione dell'abitare autonomo richiede, inoltre, mezzi finanziari, risorse umane per l'accompagnamento e spazi abitativi sufficienti e disponibili. In generale, deve essere sviluppata la collaborazione con l'Istituto per l'Edilizia Sociale e altri enti.
I servizi residenziali dovrebbero essere situati in contesti sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, ovvero nelle aree rurali abitate e nei quartieri urbani. In ogni caso, si deve tenere conto delle esigenze specifiche dei diversi gruppi target. L'assistenza basata sui bisogni richiede la cooperazione dei servizi sociali con i servizi sanitari e con altri attori sociali e istituzionali a livello locale.

Centro di competenza consulenza abitativa e occupazionale

A livello di distretto o di Comunità Comprensoriale vengono istituiti "Centri di competenza per la consulenza abitativa e occupazionale e il sostegno nell'attuazione del progetto abitativo e occupazionale individuale" per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche.

Budget di salute

Il progetto "*Gesundheitsbudget/budget di salute"* rivolto alle persone adulte con malattie psichiche, che consiste in un progetto di vita personalizzato basato su risorse economiche, professionali, umane, relazionali ed economiche, sarà introdotto in via sperimentale in collaborazione con i servizi sanitari.

Assistenza personale

L'offerta di "assistenza personale" viene promossa nell'ambito della prestazione vita indipendente e partecipazione sociale", con un *focus* su diversi gruppi target e sul bisogno continuativo, nonché sviluppata come strumento di supporto a breve termine per la gestione del tempo libero.

Spazio abitativo

La realizzazione di progetti di autonomia abitativa e di ulteriori progetti abitativi innovativi, a copertura del fabbisogno abitativo, avviene in collaborazione con l'Istituto per l'Edilizia Sociale e altri enti nel quadro di una pianificazione pluriennale. Tali progetti possono essere realizzati anche in convenzione con il Terzo settore.

Accompagnamento socio-pedagogico abitativo

Il servizio di accompagnamento socio-pedagogico abitativo viene ampliato e si specializza in funzione dei bisogni specifici dei diversi gruppi target.

Misure di sollievo per le famiglie

L'offerta di misure di sollievo in favore dei *caregivers* familiari viene ampliata in base ai bisogni (per esempio, accoglienza temporanea nei servizi residenziali o forme innovative di supporto a domicilio).

Offerta di servizi abitativi per i giovani

L'offerta di posti nei servizi residenziali viene ampliata a favore di giovani con disabilità grave, disabilità e disturbi del comportamento, disturbi dello spettro autistico, disturbi da dipendenza attiva.

La procedura per facilitare il passaggio dai servizi residenziali per persone con disabilità ai servizi residenziali, semiresidenziali o domiciliari per persone anziane viene rivista e adeguata ai requisiti attuali.

Domotica

La domotica (tecnologie a supporto dell'abitare) e il monitoraggio remoto vengono promossi quale ulteriore strumento per il raggiungimento dell'autonomia abitativa.

6.5.2 Occupazione lavorativa, assistenza socio-pedagogica diurna e servizi a bassa soglia

La possibilità di contribuire con le proprie competenze e capacità lavorative viene considerata un'espressione dell'autorealizzazione e una dimensione dell'appartenenza e partecipazione alla comunità. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso un lavoro regolare, ma anche attraverso misure di preparazione alla vita lavorativa, per l'occupazione lavorativa o l'assistenza diurna. A tale fine è necessario che le misure rivolte alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche nel campo dell'istruzione, del lavoro e dei servizi sociali vengano pianificate e coordinate fra loro sulla base del principio dell'inclusione. Gli interventi sociali devono essere sviluppati, migliorati o ampliati con l'obiettivo di garantire che le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche ricevano tempestivamente la consulenza e il sostegno necessari per pianificare e attuare il progetto di vita individuale.
Le offerte di lavoro e assistenza diurna devono essere orientate ai bisogni e tenere conto degli interessi e delle capacità della singola persona. Devono essere concepite in modo da avere un carattere inclusivo, essere accessibili a tutti in breve tempo, utilizzabili in modo flessibile e concordate individualmente.

Centro di competenza consulenza abitativa e occupazionale
A livello di distretto o di Comunità Comprensoriale vengono istituiti "Centri di competenza per la consulenza abitativa e occupazionale e il sostegno nell'attuazione del progetto abitativo e occupazionale individuale" per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche.

Passaggio scuola – mondo del lavoro
Le misure e la procedura per facilitare il passaggio dalla scuola all'occupazione lavorativa o all'assistenza diurna dei servizi sociali viene rivista e adeguata ai requisiti attuali.

Convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa
Viene perseguito l'obiettivo di aumentare il numero delle convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa.

Offerta di servizi semiresidenziali
L'offerta di posti nei servizi semiresidenziali viene ampliata su tutto il territorio provinciale.

Flessibilizzazione dei servizi
Viene garantita la flessibilità d'uso dei servizi diurni e delle convenzioni per l'occupazione lavorativa, con l'obiettivo di sostenere le famiglie. Gli orari e i giorni di apertura dei servizi diurni vengono estesi. Il numero di giorni in cui i servizi diurni possono essere utilizzati e gli orari di apertura sono estesi.

Offerte di lavoro a bassa soglia
L'offerta di lavoro a bassa soglia nell'area delle dipendenze patologiche viene ampliata.

6.5.3 Tempo libero e accessibilità

L'appartenenza e la partecipazione alla comunità si realizzano anche partecipando alle attività per il tempo libero. Lo svolgimento di attività che corrispondono agli interessi e alle preferenze individuali promuove lo sviluppo personale e i contatti sociali. Ciò contribuisce al benessere generale e previene l'isolamento. Una gestione soddisfacente del tempo libero ha effetti postivi anche sull'autonomia abitativa.
Una predisposizione delle informazioni sull'offerta per il tempo libero attenta alle esigenze delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche e i miglioramenti organizzativi contribuiscono a facilitare l'accesso e la fruizione die servizi da parte di questi gruppi target. Un presupposto importante è la garanzia di accessibilità rispetto alle barriere architettoniche, comunicative e culturali, nonché l'offerta di accompagnamento personale.

Informazioni sulle attività nel tempo libero
Per garantire un accesso digitale senza barriere alle informazioni sulle offerte per il tempo libero finanziate dalla Ripartizione provinciale Politiche sociali, viene creata una piattaforma ad hoc a livello provinciale.

Accompagnamento durante le attività nel tempo libero
La Provincia promuove iniziative delle organizzazioni del Terzo settore, che offrono un accompagnamento personale alle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche nelle attività per il tempo libero.

Contributi e accessibilità
Gli enti pubblici sono incoraggiati a considerare l'accessibilità senza barriere quale criterio per la concessione di contributi per la realizzazione di progetti e manifestazioni nel settore culturale e dello sport.

Coinvolgimento nella pianificazione delle strutture pubbliche
Le associazioni e le rappresentanze delle persone con disabilità vengono coinvolte nei processi di pianificazione edilizia delle strutture e infrastrutture pubbliche per le persone con disabilità.

Eliminazione delle diverse barriere
In collaborazione con gli altri enti competenti della Provincia viene svolta attività di sensibilizzazione sulla mobilità senza barriere e l'eliminazione delle barriere digitali e comunicative di altro tipo (per esempio, l'uso della lingua facile, segnali luminosi e acustici, sottotitoli, chat, animazioni video, lingua dei segni e di altri strumenti).

6.5.4 Promuovere la libertà di scelta, la partecipazione e la responsabilità personale

La libertà di scelta e l'autodeterminazione richiedono il superamento della polarizzazione responsabilità personale / sicurezza e la ricerca di un bilanciamento tra questi due aspetti, attraverso il superamento della logica dell'aiuto istituzionalizzato e della cultura organizzativa dell'autoprotezione e della minimizzazione del rischio e il riconoscimento della libertà di scelta, della responsabilizzazione e della capacitazione delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche per il proprio progetto di vita. L'offerta di spazi liberi per lo scambio reci-

proco nell'ambito dei progetti di cooperazione delle organizzazioni di auto-aiuto contribuisce a sostenere l'autoefficacia delle persone.
La partecipazione delle persone interessate è un elemento importante per lo sviluppo della qualità dei servizi sociali. La responsabilità per il proprio percorso di vita deve essere deve essere considerata una dimensione individuale, che contribuisce alla costruzione e allo sviluppo della comunità, intesa come rete di corresponsabilità degli attori individuali e sociali.
Una buona pratica a questo riguardo è il "dialogo a tre", lo scambio a tu per tu fra accompagnatori e accompagnatrici alla guarigione, persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche e le loro famiglie.

Libertà di scelta attraverso l'informazione
Il distretto sociale garantisce consulenza e sostegno precoci ai giovani con disabilità, con l'obiettivo di sviluppare la capacità di autodeterminazione per il loro progetto di vita.

Rafforzare la responsabilità personale nelle diverse fasi della vita
Per rafforzare la responsabilità personale viene individuata, all'interno dei servizi sociali, una figura di riferimento che affianca per la persona con disabilità e la sua famiglia in tutte le fasi della vita.

Abbattere lo stigma sociale per promuovere l'inclusione
L'inclusione di persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche viene promossa con appropriate azioni di sensibilizzazione della comunità.

Amministrazione di sostegno
Per garantire l'autodeterminazione viene promossa la nomina precoce del proprio amministratore o della propria amministratrice di sostegno e viene introdotta la figura dell'amministratore o dell'amministratrice di sostegno di comunità, per le persone collocate nelle residenze per le persone con disabilità o per le persone anziane.

6.5.5 Promozione dell'integrazione socio-sanitaria

La cooperazione sinergica e il lavoro di rete fra servizi sociali, servizi sanitari e altre istituzioni rappresentano, in base alla Legge provinciale n. 13/1991, un pilastro dell'organizzazione del sistema di servizi sociali altoatesino. La necessità di uno stretto collegamento tra servizi sociali e servizi sanitari nel settore delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche viene sottolineata anche nella Legge provinciale n. 7/2015 e nei rispettivi regolamenti attuativi. Questo aspetto è trattato in modo completo nel capitolo relativo alle misure trasversali. Qui si richiama una misura settoriale specifica.

Assistenza sanitaria nei servizi sociali
Una sfida dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche è la somministrazione di farmaci e la fornitura di altre prestazioni sanitarie da parte di personale professionale autorizzato. A tale proposito vengono sviluppate soluzioni organizzative adeguate in accordo con il sistema sanitario.

6.5.6 Risorse umane

La garanzia e lo sviluppo di servizi basati sui bisogni specifici delle persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche dipende in larga misura dalla disponibilità di professionisti e professioniste e di esperte ed esperti specializzati. Tuttavia, non solo si registra una carenza di personale specializzato ma anche una carenza generalizzata di giovani in ingresso nel mondo del lavoro. Negli ultimi anni sono stati fatti importanti passi in avanti nelle politiche del personale. Tuttavia, è necessario rafforzare ulteriormente queste misure e metterle a sistema. Questo aspetto viene trattato in modo esauriente nel capitolo relativo alle misure trasversali.

6.6 Panoramica delle strutture e dei servizi

Le tabelle seguenti offrono una panoramica delle principali strutture e servizi per le persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenze patologiche. Maggiori informazioni sui servizi sociali sono disponibili sulla *homepage:* https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/sociale/pubblicazioni-statistiche/pubblicazioni.asp

Tabella: Strutture e numero di posti nei servizi per persone con disabilità per ente gestore, 2021

Ente gestore	Residenze		Comunitá alloggio		Comunitá alloggio ad assistenza continuativa		Servizi di occupazione lavorativa		Centri diurni socio-pedagogici	
	N.	posti	N.	posti	N.	posti	N.	posti	N.	posti
C.C. Val Venosta	1	20	1	4	0	0	2	65	2	25
C.C. Burgraviato	3	38	0	0	5	32	6	141	2	32
C.C. Oltradige-Bassa Atesina	7	53	1	12	0	0	4	84	4	36
Bolzano (ASSB)	4	47	0	0	1	6	4	65	4	69
C.C. Salto-Sciliar	1	12	2	19	0	0	5	97	3	24
C.C. Val d'Isarco	2	36	0	0	0	0	2	120	2	32
C.C. Alta Valle Isarco	1	8	1	4	0	0	1	24	1	17
C.C. Val Pusteria	2	42	1	6	1	9	6	162	3	20
Privati*	3	35	0	0	0	0	0	0	1	20
Totale	24	291	6	45	7	47	30	758	22	275

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Servizi di occupazione lavorativa: posti e utenti per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	Strutture	Posti	Utenti al 31/12*	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	2	65	59	1,9
Burgraviato	6	141	133	1,3
Oltradige-Bassa Atesina	4	84	72	1,1
Bolzano (ASSB)	4	65	58	0,6
Salto-Sciliar	5	97	94	1,9
Val d'Isarco	2	120	120	2,1
Alta Valle Isarco	1	24	18	1,2
Val Pusteria	6	162	155	2,0
Totale	30	758	709	1,4

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Centri diurni socio-pedagogici per persone con disabilità: posti e utenti per ente gestore, 2021

Ente gestore	Strutture	Posti	Utenti al 31/12*	Posti per 1.000 abitanti
Val Venosta	2	25	28	0,7
Burgraviato	2	32	69	0,3
Oltradige-Bassa Atesina	4	36	30	0,5
Bolzano (ASSB)	4	69	63	0,6
Salto-Sciliar	3	24	24	0,5
Val d'Isarco	2	32	21	0,6
Alta Valle Isarco	1	17	18	0,8
Val Pusteria	3	20	21	0,2
Privati: Jesuheim	1	20	19	-
Totale	22	275	293	0,5

**in alcune strutture il numero degli utenti é superiore al numero dei posti disponibili perché la loro copertura avviene a rotazione.*
Fonte: Ufficio Persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Accompagnamento al posto di lavoro per le convenzioni individuali di inserimento lavorativo per persone con disabilità, 2020-2021

Comunità comprensoriale	N. utenti		N. personale equivalente tempo pieno	
	2020	2021	2020	2021
Bolzano (ASSB)	48	46	2,5	2,0
Salto-Sciliar	8	6	0,5	0,8
Oltradige-Bassa Atesina	21	23	0,9	0,6
Val d'Isarco	39	34	1,4	1,4
Alta Valle Isarco	17	18	0,5	0,4
Val Pusteria	18	16	0,4	0,4
Burgraviato	48	49	1,7	1,7
Val Venosta	20	20	1,1	1,5
Totale	219	212	9,0	8,8

Fonte: Ufficio Tutela Sociale del Lavoro e Ufficio Persone con disabilità, 2022

Tabella: Accompagnamento al posto di lavoro per le convenzioni individuali di occupazione lavorativa per persone con disabilità, 2020-2021

Comunità comprensoriale	N. utenti		N. personale equivalente tempo pieno	
	2020	2021	2020	2021
Bolzano (ASSB)	43	50	2,0	2,5
Salto-Sciliar	24	24	1,0	0,8
Oltradige-Bassa Atesina	29	27	0,9	1,6
Val d'Isarco	56	26	2,0	2,0
Alta Valle Isarco	12	14	0,5	0,6
Val Pusteria	21	20	0,7	0,7
Burgraviato	91	96	2,8	3,2
Val Venosta	25	25	1,1	1,5
Totale	301	282	11,0	12,9

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, 2022

Tabella: Job coaching per persone con disabilità, 2020-2021

Comunità comprensoriale	N. utenti		N. personale equivalente tempo pieno	
	2020	2021	2020	2021
Bolzano (ASSB)	30	27	0,2	0,2
Val Pusteria	4	7	0,2	0,2
Burgraviato	10	7	0,5	0,5
Totale	44	41	0,9	0,9

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, 2022

Tabella: Accompagnamento socio-pedagogico abitativo per persone con disabilità per Comunità comprensoriale, 2020-2021

Comunità comprensoriale	N. utenti		Personale ETP (equivalente tempo pieno)	
	2020	2021	2020	2021
Bolzano (ASSB)	57	62	4,9	4,1
Salto-Sciliar	8	12	0,1	0,8
Oltradige-Bassa Atesina	18	17	2,0	2,0
Val d'Isarco	20	17	0,4	0,4
Alta Valle Isarco	26	27	1,8	1,9
Val Pusteria	39	37	1,0	1,2
Burgraviato	64	68	3,4	4,3
Val Venosta	18	18	1,0	0,8
Totale	250	258	14,6	15,5

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, 2022

Tabella: Posti letto in strutture sanitarie per malati psichici e utenti dei Centri di salute mentale e dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, 2021

Strutture sanitarie	Posti letto AS Bolzano	Posti letto AS Merano	Posti letto AS Bressanone	Posti letto AS Brunico	Totale posti letto
Ospedali ordinari	26	24	15	10	75
Ospedali/day hospitals	3	-	1	1	5
Centri di riabilitazione	45	24	-	13	82
Comunità protette	22	24	10	-	56
Centri diurni	26	15	-	-	41
Totale	122	87	26	24	259

Centri di salute mentale	AS Bolzano	AS Merano	AS Bressanone	AS Brunico	Totale
Pazienti assistiti nell'anno	4.922	2.088	2.093	1.662	10.765

Servizi psicologici	AS Bolzano	AS Merano	AS Bressanone	AS Brunico	Totale
Pazienti assistiti nell'anno	3.452	3.316	2.567	1.508	10.843

Fonte: Ufficio Assistenza sanitaria, 2022

Tabella: Strutture, posti e utenti delle comunità alloggio per persone con malattia psichica per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	N.	Posti	Utenti
Val Venosta	1	6	6
Burgraviato	3	17	12
Oltradige-Bassa Atesina	2	18	13
Bolzano (ASSB)	2	13	12
Salto-Sciliar	1	6	4
Val d'Isarco	1	12	6
Alta Valle Isarco	1	7	3
Val Pusteria	1	20	13
Totale	12	99	69

Fonte: Ufficio persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Strutture, posti e assistiti dei servizi di riabilitazione lavorativa/CTP per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	N.	Posti	Utenti
Val Venosta	1	17	17
Burgraviato	2	20	25
Oltradige-Bassa Atesina	1	28	20
Bolzano (ASSB)	2	27	34
Salto-Sciliar	2	27	19
Val d'Isarco	1	25	20
Alta Valle Isarco	1	16	28
Val Pusteria	1	27	31
Totale	11	187	194

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Strutture, posti e utenti dei centri diurni per persone con malattica psichica per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	N.	Posti	Utenti
Oltradige-Bassa Atesina	1	13	16
Salto-Sciliar	1	7	4
Alta Valle Isarco	1	7	4
Val Pusteria	1	7	6
Totale	4	34	30

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Tabella: Strutture, posti e utenti delle comunità alloggio per persone con malattie psichiche, 2021

Comunità comprensoriale	Comunità alloggio			Servizi per la riabilitazione lavorativa		
	N.	Posti	utenti	N.	Posti	utenti
Val Venosta	-	-	-	-	-	-
Burgraviato	1*	4	4	1	12	14
Oltradige-Bassa Atesina	-	-	-	-	-	-
Bolzano (ASSB)	1	5	4	1	12	14
Salto-Sciliar	-	-	-	2	14	8
Val d'Isarco	1	8	7	-	-	-
Alta Valle Isarco	-	-	-	1	3	1
Val Pusteria	-	-	-	1	23	22
Totale Provincia	3	17	15	6	64	59

Fonte: Ufficio persone con disabilità, Sozinfo Guest 2022
**Struttura chiusa in data 31/12/2021*

Tabella: Strutture, posti e utenti dei centri di *training* abitativo per persone con disabilità, malattie psichiche e dipendenza patologica per Comunità comprensoriale, 2021

Comunità comprensoriale	N.	Posti	Utenti
Salto-Sciliar	3	23	10
Val d'Isarco	1	4	3
Alta Valle Isarco	1	3	3
Val Pusteria	2	9	7
Insgesamt	7	39	23

Fonte: Ufficio Persone con disabilità, Sozinfo Guest, 2022

Inclusione sociale e donne in situazioni di difficoltà

7

7.1 Introduzione

Disoccupazione, povertà, malattia, destino personale, situazioni familiari difficili, violenza, abuso, sfruttamento, divorzio, ambiente sociale sfavorevole, mancanza di fiducia in se stessi, disuguaglianza di genere, situazioni di partenza diseguali, stigmatizzazione e pregiudizi, basso o insufficiente livello di istruzione, dipendenza economica, affettiva o da sostanze stupefacenti, difficoltà di accesso al mondo digitalizzato e correlata accelerazione del mondo del lavoro, appartenenza a minoranze non riconosciute dallo Stato, necessità di fuggire da un'area di crisi, migrazione dovuta a cause economiche, geopolitiche e connessi traumi, talvolta con conseguenze anche gravi. Questi sono solo alcuni dei fattori che portano una persona o interi gruppi di persone a trovarsi in una situazione di emergenza sociale. Il più delle volte, però, la realtà è molto più complessa e spesso entrano in gioco diversi fattori. Il fatto che una persona scivoli in una situazione di emergenza sociale o non riesca a superarla senza aiuto dipende anche dalla sua capacità di gestire una data situazione. Una volta che una persona si trova in una situazione del genere, una catena di eventi negativi può portarla fuori strada. Situazioni di svantaggio individuale o sociale possono ostacolare l'integrazione nella comunità sociale, con il rischio di venire risucchiati in una spirale sociale discendente.

In molti casi, il fatto di essere sganciati dai sistemi di protezione sociale legati alla casa e al lavoro è una delle cause di disgregazione del legame con la comunità. I ripetuti tentativi falliti di integrazione si condensano in esperienze di esclusione e possono diventare un elemento identitario. Le difficoltà di adattamento sociale hanno talvolta a che fare anche con il fatto che le scelte di vita individuali si scontrano con la pressione sociale a conformarsi, che dà stabilità a qualsiasi società. Alcune persone considerano una libera scelta il non conformarsi alle regole dell'organizzazione sociale e questo dovrebbe essere possibile in una società democratica. D'altra parte, anche l'identità personale è strettamente legata al contesto sociale in cui si vive. Se questa viene riconosciuta anche come un risultato/dono della società è necessario che la società si chieda quale tipo di identità vuole promuovere, sostenere e contribuire a realizzare.

L'esclusione sociale è quindi anche un fenomeno sociale in cui si osservano diverse dinamiche di attori sociali, che hanno la stessa spinta. In una società pluralistica e democratica il pluralismo identitario è un processo naturale e legittimo, ma deve andare di pari passo con l'affermazione delle diverse identità individuali e di gruppo. La società deve essere in grado di sopportare le tensioni e trovare un equilibrio tra tutte le forme di espressione. Solo in questo modo la convivenza è possibile e si crea terreno nel quale anche le persone che non si conformano al modello della maggioranza della società possano essere sostenute.

Una società moderna pluralista è una sfida crescente in tempi in cui vengono meno i vecchi sistemi di adesione a valori e obiettivi comuni a tutti i membri di una società. Un'altra sfida che la società e l'individuo devono affrontare è il confronto con identità culturali sempre più diverse, portatrici di valori e visoni antropologiche più o meno difformi. Fintantoché queste non entrano in conflitto con i principi dello stato di diritto, la convivenza funziona e rappresenta un arricchimento. La deviazione dai principi dello stato di diritto diventa una questione importante quando si tratta di diritti umani, diritti delle donne, protezione dei bambini e dei giovani, protezione delle persone con disabilità fisiche, identità di genere e diritti delle minoranze.

Molto spesso le persone escluse non dispongono della forza necessaria per poter fa valere una posizione, la loro, che si discosta dalla tendenza generale della società. L'adesione rigida alla propria idea identitaria può perpetuare meccanismi di esclusione, che a loro volta vengono ulteriormente rafforzati da meccanismi complementari di esclusione da parte della cosiddetta *"élite".* Si innesca così una spirale d'azione, che può gettare qualsiasi forma anticonformismo ai margini della società.

Le persone che vengono emarginate sono interessate sia dalle dinamiche intrinseche di demarcazione dalle *élites*, sia dalle dinamiche difensive e di contrattacco delle *élites* a tutto ciò che non rientra nei canoni desiderabili e tollerabili. Queste pratiche difensive dello *status quo* vengono replicate nei luoghi decisionali istituzionali e nelle piattaforme sociali informali, con effetti sia sul piano normativo che sociale. Lo Stato e la comunità nel suo complesso hanno la responsabilità di essere consapevoli di queste situazioni e di contrastare la deriva dei diversi gruppi sociali nella società.
Per i suddetti motivi le politiche sociali hanno due compiti fondamentali. Il primo è garantire aiuti immediati, concreti e appropriati alla situazione di emergenza, mettendo la persona in situazione di bisogno nella condizione di superare la difficoltà e ridurre o uscire dalla spirale sociale negativa, nonché sviluppare meccanismi di integrazione sociale. A questo può contribuire l'interazione tra istituzioni/servizi pubblici e organizzazioni private, soprattutto non profit, specie quando si tratta di fornire aiuto in modo rapido e non burocratico. Si tratta anche di sostenere le persone e le famiglie nell'ambiente di vita concreto a mobilitare le proprie risorse e a fornire un sostegno per superare la situazione problematica, rimuovendo gli ostacoli e garantendo le condizioni quadro necessarie. Il secondo compito è agire sul piano strutturale e normativo con l'obiettivo di promuovere l'inclusione sociale e sensibilizzare la società sui temi del *welfare* di comunità.
In questo capitolo si presentano le misure di sostegno elaborate per gli ambiti povertà, persone senza dimora, Sinti e Rom, rifugiati, donne in situazioni di difficoltà, sulla base degli studi scientifici e del quadro normativo. I risultati del sondaggio *online* forniscono una panoramica generale delle sfide che attendono le politiche sociali. I risultati dei *workshops* danno uno spaccato della situazione attuale dei servizi sociali e dei fattori determinanti per politiche sociali efficaci. Infine, vengono prospettate le strategie e le misure che guideranno i servizi sociali nei singoli ambiti trattati.

7.2 Povertà

7.2.1 Lotta alla povertà: una sfida globale

La lotta alla povertà è una sfida globale che interessa in misura crescente anche i Paesi industrialmente molto sviluppati, che si trovano a dover fronteggiare i drammatici squilibri dovuti alle disparità di accesso alle risorse fondamentali e alle opportunità di partecipare allo sviluppo del benessere. Il fenomeno della povertà, che già era andato crescendo a partire dalla crisi finanziaria ed economica del 2008 e dalle conseguenti strozzature dei bilanci pubblici, è ulteriormente peggiorato dalle restrizioni imposte dall'emergenza della pandemia da Covid-19, che ha esacerbato gli squilibri strutturali già noti. In particolare, i disoccupati, i lavoratori precari, le persone separate o divorziate, i giovani in cerca di lavoro per la prima volta, le famiglie numerose, le famiglie monoparentali, i nuclei familiari a basso tasso di occupazione, le persone che percepiscono pensioni basse, i rifugiati e le persone con un *background* migratorio hanno difficoltà a far fronte all'aumento del costo della vita senza gli aiuti sociali. Il cambiamento strutturale dell'economia trainato, dall'innovazione tecnologica e dalla digitalizzazione è stato accompagnato da una stagnazione dei salari e da una contrazione del sistema di protezione sociale.
La povertà e l'esclusione sono spesso dovute a limitazioni dell'occupabilità di carattere individuale, quali malattie o disabilità, o a problemi del contesto sociale. La compromissione di uno dei tre fattori di stabilità fondamentali per il benessere individuale - famiglia, lavoro e casa - può innesca-

re una spirale negativa che conduce alla povertà. In questi casi, l'assistenza all'inserimento lavorativo e la disponibilità di alloggi a prezzi calmierati contribuiscono in modo significativo a ridurre questi svantaggi e a migliorare le possibilità di realizzare i propri progetti di vita. La strategia più efficace per combattere la povertà è promuovere l'occupabilità. Un'integrazione stabile nel mercato del lavoro garantisce l'indipendenza economica ed è un requisito per l'accesso a numerosi benefici sociali. Un discorso a parte merita la povertà lavorativa, che interessa un numero crescente di persone, che sono povere nonostante abbiano un'occupazione.
Il diritto alle prestazioni sociali per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali di alloggio, alimentazione e assistenza sanitaria viene sancito dalla "Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948", in base alla quale uno standard di vita adeguato deve includere un reddito minimo di sussistenza e la protezione contro il rischio di disoccupazione, povertà, malattia, vecchiaia e disabilità. Nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile, adottata nel 2015, l'eliminazione della povertà in tutte le sue forme è il primo fra gli impegni per garantire un presente e un futuro migliore al pianeta e alle persone che lo abitano.
A livello europeo, la "Carta Sociale Europea" del 1961 e la "Raccomandazione del Consiglio delle Comunità Europee" del 1992 (92/441/CEE) hanno incoraggiato i singoli Stati membri a fornire risorse e prestazioni sufficienti alle persone in stato di bisogno nell'ambito dei rispettivi sistemi di protezione sociale. Il "Trattato di Amsterdam", nel 1999, ha dichiarato guerra all'esclusione sociale. Nella "Strategia di Lisbona" sono stati definiti gli obiettivi per il 2020 per i singoli Stati membri e sono stati specificati gli indicatori e le linee guida per i piani d'azione nazionali. Poiché la responsabilità della lotta alla povertà è in capo ai singoli Stati, l'UE può influire solo attraverso raccomandazioni e la disseminazione delle buone pratiche attraverso il metodo del "coordinamento aperto" (OMC). Un ulteriore passo in avanti verso la creazione di standard di protezione uniformi è l'istituzione di un "Pilastro europeo dei diritti sociali", proclamato dal Parlamento europeo, dal Consiglio e dalla Commissione nel 2017. Il Pilastro afferma il diritto alle pari opportunità, alla protezione sociale, all'accesso ai servizi essenziali e alla garanzia di un tenore di vita adeguato nel quadro di una visione di solidarietà comunitaria. Il relativo piano d'azione del 2020 individua fra gli obiettivi principali per il 2030 la riduzione della povertà e dell'esclusione sociale, l'aumento del tasso di occupazione, la partecipazione a misure di formazione e apprendimento permanente.

7.2.2 Alto Adige pioniere nella lotta alla povertà

La Costituzione italiana del 1948 stabilisce principi innovativi per lo sviluppo della società, che affrontano le diverse condizioni di vita dei cittadini. All'art. 1 individua nel lavoro lo strumento base per il progresso sociale, all'art. 4 garantisce il sostegno dello Stato per la realizzazione del diritto al lavoro, mentre l'art. 3 non solo sancisce il principio di uguaglianza, ma anche l'impegno dello Stato alla rimozione degli ostacoli alla piena partecipazione dei cittadini alla costruzione della comunità. Una politica orientata al sociale deve quindi sviluppare strategie e misure per limitare l'impatto della povertà, della provenienza da un contesto svantaggiato, del basso livello di istruzione e altri svantaggi e fattori di disuguaglianza sociale e creare le condizioni per garantire pari opportunità per tutti.
Nel 1952, una commissione parlamentare ha affrontato il tema della povertà quale effetto della disoccupazione e della deprivazione nel dopoguerra. Nel 1984, una commissione sulla povertà ha definito il concetto di povertà relativa, che considera povera una famiglia di due persone adulte con un consumo inferiore a quello medio pro-capite nazionale. Dalla metà degli anni Novanta l'Istituto nazionale di Statistica ISTAT raccoglie anche dati sulla povertà assoluta con riferimento

al paniere di beni e servizi considerati essenziali. Dal 2010 viene utilizzato come indicatore anche la deprivazione materiale. Nel 2008 è stata introdotta la "Carta acquisti ordinaria", misura formulata per offrire un sostegno alle persone sopra il 65 anni e alle famiglie con figli sotto i tre anni meno abbienti negli acquisti di generi alimentari e per il pagamento delle bollette domestiche di luce e gas.

Forme di sostegno al reddito di base sono state introdotte in Italia solo negli ultimi anni. Nel 2017, per la prima volta, sono state poste le basi normative per l'attivazione di misure di contrasto alla povertà legate alla situazione di bisogno. Nel 2018 le precedenti misure di sostegno all'inclusione sono confluite nel cosiddetto Reddito di Cittadinanza (RDC). Per le famiglie al di sotto della soglia di povertà o senza reddito il RDC ha rappresentato un importante fonte di sostentamento. Limitatamente al periodo della pandemia, è stato adottato dal Governo il Reddito di Emergenza (REM) per le famiglie bisognose (D.L. 34/2020).

In Alto Adige, il "Reddito minimo" è stato introdotto nel 1972, quale strumento di protezione sociale in favore delle persone e delle famiglie in situazioni di bisogno. Grazie alla competenza legislativa primaria in materia sociale, la Legge provinciale di riordino dei servizi sociali n. 13/1991 ha gettato le basi per l'assistenza in situazioni di emergenza e la promozione dell'inclusione sociale. Analogamente alla Legge quadro n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la Legge provinciale attribuisce ai Comuni la responsabilità primaria per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sociali e prevede la possibilità, a fianco della gestione diretta, della sua devoluzione ad altri enti o aziende speciali. Un ruolo di supporto nella gestione dei servizi sociali viene inoltre riconosciuto alla cooperazione con le organizzazioni non profit, dove il volontariato svolge un'importante funzione, e con altri enti gestori privati di servizi.

Il sistema dell'assistenza economica sociale combina le prestazioni finanziarie con la consulenza e prevede accordi individuali finalizzati al superamento della situazione di difficoltà. Inoltre, offre un ulteriore sostegno per le situazioni di emergenza. Oltre al "Reddito minimo di inserimento" sono molto richiesti il "Contributo locazione e spese accessorie" e l'"Anticipazione dell'assegno di mantenimento" a tutela del minore. Ulteriori contributi per le spese necessarie contribuiscono a garantire una vita indipendente. La figura seguente mostra la spesa pubblica nel 2019 e dunque fa riferimento a un periodo di esborso finanziario regolare, antecedente alle disfunzioni determinate dalla pandemia.

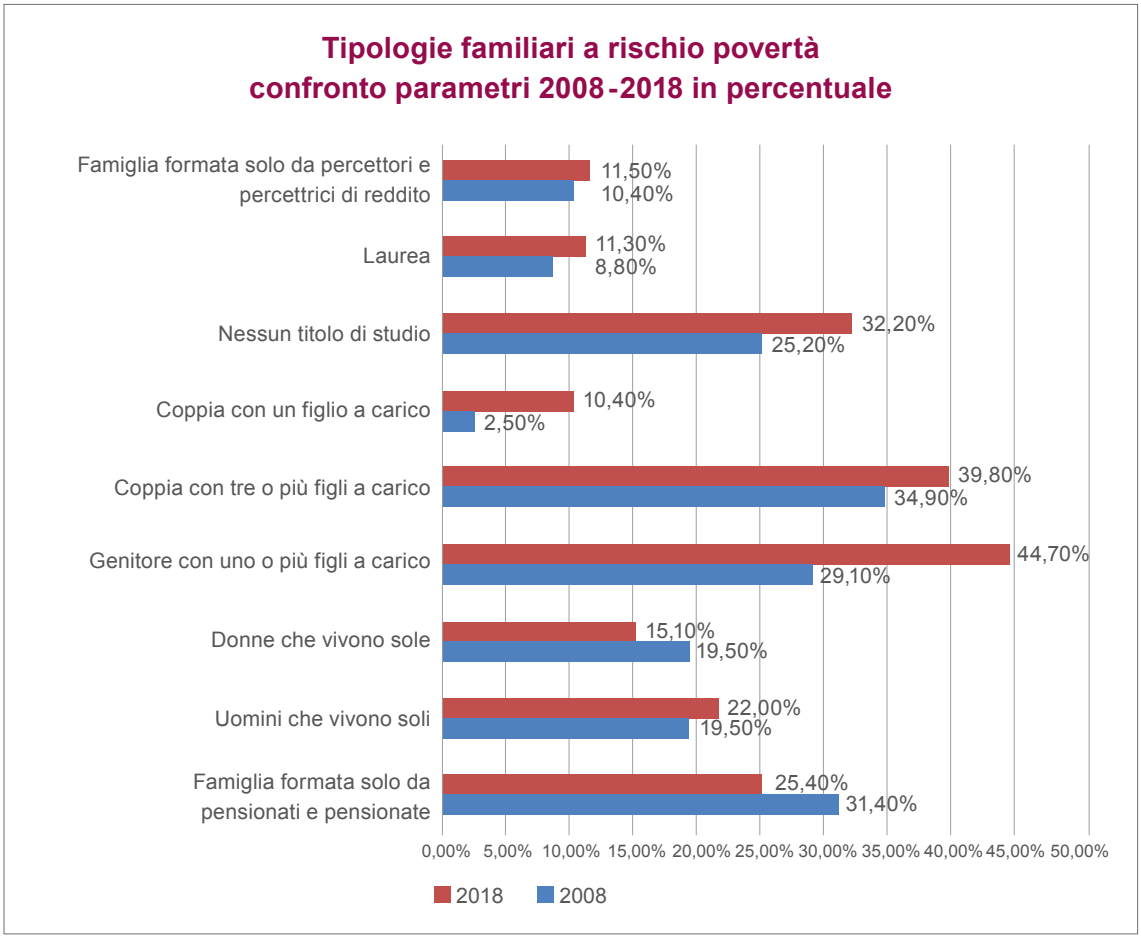
Tabella: Panoramica delle prestazioni di assistenza economica sociale

Tipo di prestazione	Gruppo target	Scopo	Spesa 2019 (euro)
Reddito minimo di inserimento	Persone o famiglie con reddito insufficiente	Soddisfacimento dei bisogni fondamentali di vita	5.868.744
Contributo locazione e spese accessorie	Persone o famiglie in situazioni di bisogno	Soddisfacimento dei bisogni fondamentali di vita	38.015.969
Prestazione specifica	Persone o famiglie in situazione di emergenza	Prestazione una tantum per coprire un bisogno urgente	2.075.286
Assegno per piccole spese	Persone o famiglie ospitate in specifici servizi residenziali senza reddito o patrimonio	Integrazione sociale	731.169
Anticipazione dell'assegno di mantenimento a tutela del minore	Famiglie monogenitoriali nei casi in cui l'assegno di mantenimento previsto dall'Autorità giudiziaria non venga erogato	Soddisfacimento dei bisogni fondamentali di vita	2.564.624
Totale			49.255.792

Fonte: ASTAT-Annuario 2020

Il confronto delle indagini ASTAT sulla situazione reddituale della popolazione nel 2008 e nel 2018 conferma l'efficacia dell'assistenza economica sociale fornita dalla Provincia nella lotta alla povertà. In Alto Adige, nel 2008 erano a rischio di povertà 35.958 famiglie, pari a 17,9 punti percentuali. Nel 2018, questo numero è salito a 38.401 famiglie a causa dell'aumento della popolazione. Grazie ai trasferimenti sociali, il tasso di rischio di povertà è calato al 17,1%. La soglia di povertà nel 2018 corrispondeva a un reddito annuo di 12.948 euro. Questo importo è pari al 60% del reddito medio in Alto Adige. Grazie ai trasferimenti pubblici, 12.801 famiglie hanno evitato di scivolare in una situazione di rischio di povertà. Mentre il tasso di rischio di povertà è diminuito significativamente tra il 2008 e il 2018, per le famiglie composte solo da pensionati e per gli uomini che vivono da soli, esso è schizzato alle stelle per le famiglie monoparentali e le coppie con figli.

Figura: Confronto tra specifiche tipologie familiari 2008-2018



Fonte: ASTAT-Info n. 11/2021; ASTAT; Povertà e deprivazione finanziaria in Alto Adige, ASTAT, n. 168/2011

7.2.3 Inclusione sociale in Alto Adige

Il sostegno finanziario della Provincia viene concesso alle persone che vivono in condizioni di povertà, senza reddito o con un reddito insufficiente a coprire i loro bisogni. I servizi sociali, in collaborazione con il "Servizio mercato del lavoro", le istituzioni scolastiche e il servizio sanitario, sostengono le persone vulnerabili, e in particolare quelle che percepiscono il "Reddito minimo di inserimento", fornendo informazioni, consulenza e accompagnamento cosicché possano inserirsi nel mercato del lavoro e superare le situazioni di difficoltà individuali e sociali. L'obiettivo è

promuovere l'autodeterminazione e la capacità delle persone di assumersi la responsabilità della propria vita. La pianificazione delle misure si basa su un approccio integrato dei diversi attori pubblici e privati.
Trovare interlocutrici e interlocutori attenti e sensibili alle problematiche individuali è una condizione necessaria e fondamentale per le persone che si trovano in una situazione di difficoltà. Instaurare un rapporto di fiducia reciproca facilita il percorso di presa in carico e il superamento del problema. Nei "Distretti sociali/servizi sociali" l'assistenza socio-pedagogica di base, lo "Sportello per il cittadino/segretariato sociale" e lo "Sportello unico per la cura e l'assistenza" offrono informazione e consulenza e, nel caso di presa in carico, accompagnano le persone verso l'integrazione lavorativa e l'inclusione sociale nella comunità. Legata al lavoro è anche la formazione, che va adeguata alle nuove sfide della società e dell'economia. Le scuole professionali e gli enti di formazione privati, anche grazie ai fondi FSE, offrono percorsi formativi mirati per le qualifiche professionali richieste. Per quanto possibile, gli interventi sociali si orientano a un approccio preventivo. Oltre al sostegno nelle situazioni di bisogno, l'integrazione abitativa e lavorativa, e dunque l'inclusione sociale, vengono promosse attraverso l'informazione, la consulenza e l'accompagnamento, per lo più in modo coordinato con altre istituzioni (IPES, centri di mediazione lavoro ed altri).
Accanto alle Istituzioni pubbliche, che offrono un ampio ventaglio di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali graduati in base ai bisogni, numerose organizzazioni private, soprattutto del Terzo settore, mostrano un'elevata sensibilità nel sostenere le persone svantaggiate nel mercato del lavoro. Queste organizzazioni private sono al tempo stesso gestori di servizi sociali e intermediari tra le persone in situazioni di bisogno e le diverse istituzioni pubbliche. Per esempio, le associazioni sociali e le cooperative sociali offrono opportunità di occupazione lavorativa per l'apprendimento delle competenze professionali di base, gestiscono servizi di consulenza contributiva, servizi semiresidenziali e residenziali, progetti di inserimento lavorativo, prestazioni nel settore dell'assistenza. Inoltre, operano a diretto contatto con gli abitanti dei quartieri nell'ambito del lavoro di strada (*streetwork*).

7.2.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

Nel sondaggio *online* e nei *workshops* l'attenzione si è concentrata sulle misure specifiche per i singoli gruppi target, che contribuiscono a migliorare l'occupabilità delle persone e dei gruppi svantaggiati, promuovere l'*empowerment* e accrescere le opportunità di partecipazione nella comunità. Le esperte e gli esperti sottolineano l'importanza dei trasferimenti finanziari quale strumento per far fronte alle attuali emergenze. Il compito dello sviluppo futuro delle strutture e dei servizi spetta all'ente pubblico, in collaborazione con le organizzazioni del Terzo settore e private. L'assistenza attiva alle persone in situazioni di bisogno e svantaggio sociale viene considerata sempre più un compito della comunità.
L'impegno costante delle organizzazioni ecclesiastiche di matrice cristiana ha dato continuità all'attenzione per i poveri e le fasce svantaggiate della popolazione. Altrettanto importanti sono le iniziative filantropiche basate sulla solidarietà sociale, dove il contatto diretto con i poveri e gli emarginati svolge un ruolo importante, a fianco della raccolta di offerte e donazioni e all'impiego dei volontari e delle volontarie. Numerose iniziative in favore delle persone svantaggiate e dei gruppi emarginati sono nate anche dalla tradizione sindacale e dalla società civile.
La discussione nei *workshops* mostra che, ai fini dell'inclusione sociale e dello sradicamento della povertà, servono anzitutto adeguate soluzioni abitative e opportunità di lavoro. Sempre più spesso, la difficoltà a trovare un alloggio accessibile si rivela un problema insormontabile allo

scopo del guadagno da lavoro. Il circolo negativo dei problemi è che gli individui e le famiglie senza alloggio non riescono a trovare lavoro e le risorse per assicurarsi da vivere dei lavoratori e delle lavoratrici regolari non sono sufficienti per soddisfare altri bisogni.

7.2.5 Obiettivi strategici e misure

L'attuale gamma di servizi e aiuti economici alle persone povere o a rischio di povertà è una buona base per il superamento delle emergenze sociali anche in futuro. Tuttavia, deve essere rafforzato l'impegno dei servizi e delle istituzioni al superamento duraturo delle situazioni di crisi individuale e di grave disagio sociale. Anche la durata del sostegno finanziario deve essere valutata in funzione della promozione di una vita indipendente.
Un efficace lavoro di prevenzione dei servizi sociali, in collaborazione con le organizzazioni del Terzo settore e con una comunità solidale, può consentire in molti casi di evitare l'aggravarsi delle situazioni di difficoltà individuali e sociali. Nel lungo periodo, questo riduce gli interventi emergenziali, che a fronte di un ingente dispiegamento di mezzi evidenziano una cronica insufficienza a fronteggiare i bisogni, consentendo di abbattere i costi per la società.

Misure
La collaborazione tra Distretti sociali e i "Centri di mediazione lavoro", nonché scuole professionali, viene sviluppata in modo mirato con l'obiettivo di migliorare l'efficacia dei singoli progetti per la promozione dell'occupabilità e l'integrazione stabile nel mercato del lavoro dei beneficiari del "Reddito minimo di inserimento".
Revisione periodica del sistema di assistenza economica sociale, in funzione di strategie e azioni di lotta alla povertà adeguate e mirate.
La Provincia promuove e sostiene misure di lotta alla povertà alimentare, per garantire a tutti l'accesso a una dieta sana ed equilibrata.

7.3 Persone senza dimora

7.3.1 Introduzione

Uno studio pubblicato nel 2020 dall'OCSE[69] evidenzia che la mancanza di una casa è una delle forme di povertà più gravi in termini di salute. L'aspettativa di vita delle persone senza dimora è ridotta fino a 30 anni rispetto alla media della popolazione. Il fenomeno assume diverse forme e non riguarda solo un gruppo specifico di persone stabilmente senza dimora: le persone senza dimora sono sempre più spesso donne, famiglie con bambini, giovani, migranti e anziani. In particolare, è in aumento il numero delle persone temporaneamente senza casa. A livello europeo, il numero di persone senza casa è aumentato del 70% negli ultimi dieci anni. Nel 2020 ha interessato circa 700.000 persone. In mancanza di un sistema di monitoraggio uniforme a livello europeo, non sono disponibili dati che permettono un confronto tra i diversi paesi. Il Parlamento europeo ha invitato gli Stati membri a elaborare una mappa del fenomeno basata su dati e indi-

[69] Si veda *online*: https://www.oecd.org/els/family/homelessness-policy-brief-2020.pdf

catori uniformi, con l'obiettivo di sviluppare, monitorare e verificare politiche adeguate alla soluzione del problema.
La "Conferenza di Consenso Europea" sui senza dimora tenutasi nel 2010 ha raccomandato l'adozione di categorie concettuali e parametri uniformi delle persone in condizione di grave esclusione abitativa e senza dimora con rifermento alla classificazione ETHOS elaborata da FEANTSA (Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora). Questo sistema di classificazione identifica quattro categorie di grave esclusione abitativa: persone senzatetto, persone prive di una casa, persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa, persone che vivono in condizioni abitative inadeguate.
La Dichiarazione universale dei diritti umani adottata dall'"Assemblea generale delle Nazioni Unite" nel 1948 afferma che ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia. La "Carta sociale europea" del 1996 obbliga gli Stati membri a dare attuazione al diritto di abitazione con provvedimenti adeguati. In base all'art. 31, il diritto all'abitazione mira a garantire l'accesso a un alloggio adeguato e a un prezzo ragionevole per tutti e la riduzione del numero delle persone senzatetto. Anche la "Carta europea dei diritti fondamentali" riconosce il diritto al sostegno sociale e all'assistenza nella ricerca di un alloggio. Poiché i suddetti atti programmatici sono solo strumenti di *soft law,* ad oggi manca un diritto sancito a livello europeo o nazionale per le persone senza dimora.
Nel 2020, il Parlamento europeo ha approvato una serie di raccomandazioni per combattere il fenomeno delle persone senzatetto e porre fine all'esclusione abitativa nell'UE.[70]
Sulla scorta della raccomandazione OCSE *housing first* i paesi UE sono chiamati a ridurre significativamente il fenomeno delle persone senzatetto, lavorando sulla prevenzione e sull'intervento precoce e con approcci innovativi basati sul concetto che la casa è un diritto umano fondamentale. L'UE mette a disposizione diversi strumenti di finanziamento nell'ambito del bilancio europeo, fra i quali il FSE, il FESR e il PAES. Il punto di partenza è il miglioramento degli strumenti per raccogliere dati pertinenti e comparabili che aiutino a valutare l'entità del fenomeno e la depenalizzazione del fenomeno delle persone senzatetto. Altre misure concrete sono: fornire pari accesso ai servizi pubblici come l'assistenza sanitaria, l'istruzione, e i servizi sociali; sostenere l'integrazione nel mercato del lavoro; fornire un accesso costante ai rifugi di emergenza, come soluzione temporanea; fornire assistenza finanziaria alle ONG, sostenendo le autorità locali per garantire spazi sicuri alle persone senzatetto.

7.3.2 Persone senza dimora in Italia

La riforma costituzionale del 2001 ha trasferito la responsabilità del problema delle persone senzatetto alle Regioni. In capo allo Stato è rimasta una funzione di indirizzo sui servizi sociali di base, che tuttavia non è ancora stata esercitata. Nel 2012, l'ISTAT ha stimato che il numero di persone senza dimora nel territorio nazionale sia compreso tra 43.000 e 51.000 persone, con una concentrazione maggiore nelle grandi città. Delle circa 15.800 persone senza dimora presenti in Lombardia, circa 13.000 risiedono a Milano. In base a una ricerca[71] svolta nell'ambito dell'attività dell'Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale (ORES) su incarico della Giunta

[70] Si veda *online*: https://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20201120IPR92124/eu-soll-obdachlosigkeit-bis-2030-beseitigen
[71] Si veda *online*: Éupolis Lombardia Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (2015), "Homelessness e servizi per i senza dimora in Italia e in Lombardia", *online* in: https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/studi-e-documenti-eupolis-lombardia/2015/ricerca-homelessness

regionale della Lombardia i motivi più comuni di esclusione sociale sono la mancanza di lavoro e alloggio, i problemi familiari e le dipendenze.
Nel 2015 il Governo, le Regioni, le Province Autonome e le Autonomie locali, in sede di Conferenza Unificata, hanno approvato le "Linee di Indirizzo per il Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta in Italia". Il documento definisce gli indirizzi e le misure per il contrasto alla marginalità sociale. L'approccio proposto è l'*housing first*, che identifica nella casa la condizione di partenza, per consentire alle persone in grave marginalità di recuperare benessere e autonomia.

7.3.3 Persone senza dimora in Alto Adige

In mancanza di dati specifici sulle varie forme di marginalità e disagio abitativo e sulle soluzioni abitative, per lo più improvvisate e inadeguate, è possibile almeno tracciare un quadro generale del fenomeno sulla base dei dati del servizio "Assistenza sociale di strada". Nel 2018, i contatti sono stati 18.669, le persone incontrate 2.293. Di queste, oltre il 90% sono stranieri, in maggioranza uomini tra i 21 e i 60 anni.
In Alto Adige sono in contatto con le persone senza dimora i Comuni, gli enti gestori pubblici di servizi sociali e sanitari, i centri di mediazione lavoro, le organizzazioni private. La competenza per l'istituzione e la gestione delle strutture e dei servizi di accoglienza e assistenza alle persone senza dimora spetta ai Comuni, che esercitano tale funzione sia in forma diretta, sia mediante delega agli enti gestori dei servizi sociali o agli enti privati convenzionati. Il finanziamento dei servizi spetta ai Comuni, fatta salva la possibilità di richiedere contributi in conto capitale o in conto corrente, ai sensi dell'art. 20/bis della Legge provinciale n. 13/1991.
Con Delibera della Giunta provinciale n. 246/2022 è stato introdotto un nuovo regolamento per la ripartizione dei costi effettivi delle strutture e servizi in favore delle persone senza dimora. In base a questo regolamento, tutti i Comuni devono partecipare, in proporzione al numero di abitanti, alle spese sostenute dai Comuni e dalle Comunità Comprensoriali in cui tali servizi esistevano nel 2020.

Figura: Panoramica delle persone senza dimora in Alto Adige

Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 22.02.2021; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, p. 190, fig.6-6*

Riguardo alle strategie di contrasto alla marginalità grave (*homelessness*) l'approccio a gradini (*staircase approach*), che prevede un percorso incrementale e progressivo di accompagnamento all'autonoma abitativa, si è rivelato piuttosto fallimentare nella pratica. Questo dato è descritto nelle "Linee guida Interventi per persone senza dimora" approvate dalla Giunta provinciale nel 2017. Le linee guida provinciali si orientano all'approccio *housing first*, che individua nella casa il punto di partenza del percorso di accompagnamento finalizzato al reinserimento sociale delle persone senza dimora. Nell'ambito del percorso di accompagnamento sono previste offerte formative e di opportunità di integrazione sociale e lavorativa a discrezione della persona. Nella variante "*housing led"* l'accoglienza può essere limitata nel tempo, prevedere un alloggio condiviso e un accompagnamento meno intensivo, circoscritto alle operatrici e agli operatori sociali. Entrambe le forme corrispondono a una modulazione del concetto di assistenza, adattata sulla base dell'esperienza con il modello a gradini.

Figura: Modello a gradini degli interventi in favore delle persone senza dimora in Alto Adige

Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 22.02.2021; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 189, fig. 6-5*

Secondo il modello a gradini, l'attenzione si concentra sull'offerta di alloggi. Questi sono concentrati principalmente nelle città più grandi (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico).

Tabella: Strutture di accoglienza per persone senza dimora in Alto Adige nel 2018

Alloggi aperti tutto l'anno	Luogo	Capacità
"Casa Margaret" (donne)	Bolzano	18
"Casa d'ospitalità" (uomini)	Bolzano	32
"Casa Conte F.J. Forni" – Alloggi 2° livello (uomini e donne)	Bolzano	8
"Centro d'accoglienza notturna "Casa Conte F.J. Forni" (uomini e donne)	Bolzano	28
"Casa Freinademetz" (uomini e donne)	Bolzano	46
"Casa Arché" (uomini e donne)	Merano	25
"Struttura di accoglienza notturna" (uomini e donne)	Merano	8
"Casa Santa Maria" (uomini e donne)	Merano	15
"Casa Jona" (uomini e donne)	Brunico	30
Struttura semiresidenziale notturna (uomini)	Bressanone	10
Centri di emergenza freddo		
Centro di emergenza freddo (Via Macello, Palasport, via Comini) (uomini)	Bolzano	145

Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 22.02.2021*

I Comuni stessi, in parte, mettono a disposizione alloggi per i progetti di integrazione o sostengono le offerte di alloggio e i servizi di assistenza delle organizzazioni private. Le singole strutture sono gestite da diversi enti non profit sulla base di accordi con i Comuni o l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Queste organizzazioni offrono diverse forme di sostegno dirette al soddisfacimento dei bisogni fondamentali (pernottamento, pasti, igiene personale). Inoltre, mirano ad aiutare le persone senza dimora a uscire dalla condizione di marginalità e incamminarsi verso l'autonomia. A tal proposito è importante che la decisione di accettare gli aiuti mirati all'inclusione sia libera. Partendo dalla strutturazione della vita quotidiana, la persona viene gradualmente incoraggiata ad agire sotto la propria responsabilità, a prendere consapevolezza delle proprie capacità e competenze e a stabilire un legame con l'ambiente sociale. Infine, per stabilizzare l'indipendenza, si dirigono gli sforzi verso l'integrazione nel mercato del lavoro. Le iniziative private mostrano sempre una grande sensibilità nei confronti delle persone senza dimora, coprendo i bisogni personali primari per la vita all'aria aperta e fornendo un rifugio temporaneo di emergenza.

7.3.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

Sulla base delle tendenze di sviluppo risultanti dall'analisi dei dati e dalla letteratura, nonché dei risultati del sondaggio *online*, nei *focus groups* con le esperte e gli esperti sono stati approfonditi diversi aspetti del sistema degli interventi e servizi per l'inclusione sociale delle persone senza dimora. In base all'esperienza degli *stakeholders*, che hanno partecipato ai *workshops*, circa la metà degli utenti sono richiedenti asilo, ovvero persone con problemi di diversa natura. Durante la pandemia da Covid-19 i servizi per le persone senza dimora hanno registrato un forte aumento dei giovani 18+ e una maggiore richiesta da parte delle famiglie senza fissa dimora. Il problema è concentrato nelle città.

In termini di opportunità di integrazione, il sondaggio *online* sottolinea la funzione di assistenza degli *streetworkers* e l'offerta di progetti di formazione e inserimento lavorativo. Le situazioni di vita multiproblematiche delle persone e le difficoltà di contatto rappresentano una sfida per l'inclusione sociale delle persone senza dimora, anche per quanto riguarda l'interazione tra operatore sociale e assistito. Gli interventi precoci, lo sviluppo dei progetti individualizzati e un'assi-

stenza sanitaria più adeguata possono limitare o prevenire i danni derivanti da una condizione persistente di grave marginalità abitativa. Il vantaggio delle équipe multidisciplinari è l'offerta di un progetto integrato individualizzato, finalizzato all'integrazione della persona senza dimora.
La valutazione generale emersa dal sondaggio *online* e dai *workshops* è che l'attuale offerta di centri diurni, servizi di lavanderia e per l'igiene personale igienici e di servizi a bassa soglia è inadeguata. Il loro ampliamento viene considerato una priorità, che richiede maggiori finanziamenti pubblici e risorse umane più qualificate, anche a livello decentrato. Le esperte e gli esperti sono favorevoli alla creazione di strutture di accoglienza più piccole, soprattutto di secondo livello, e a una maggiore focalizzazione dei servizi sulle specifiche esigenze dei diversi gruppi target.
Il modello *housing first* viene citato più volte quale approccio strategico sostenibile per il futuro adeguamento dell'offerta di servizi. L'approccio *housing first*, diversamente dall'approccio "a gradini", parte dall'assunto che avere una casa è un diritto umano e costruisce da qui il progetto di reinserimento sociale della persona. Secondo le esperte e gli esperti sono necessari soprattutto più alloggi di emergenza, più servizi a bassa soglia diurni (unità di strada) e notturni e i servizi di accoglienza per le famiglie. Fra i miglioramenti organizzativi si raccomanda un accesso più flessibile ai servizi a bassa soglia e un migliore lavoro di rete fra servizi sociali e sanitari.
Il concetto di *"continuum of care"* sviluppato dalla *"National Alliance to End Homelessness"* prevede la pianificazione e il coordinamento operativo di misure intermedie basate sui bisogni, che facilitano e sostengono il transito dalla condizione di senza dimora alla condizione di autonomia ella persona in un alloggio proprio. L'unità di coordinamento assicura inoltre la regolare registrazione delle persone senza dimora e l'offerta di accoglienza e servizi disponibile (https://endhomelessness.org/resource/what-is-a-continuum-of-care/).
Dalla discussione nei *focus groups* sono emerse molteplici proposte di strategie e misure idonee a fornire risposte al problema della marginalità legata alla situazione abitativa in tutta la sua complessità umana e sociale. Le proposte confermano sostanzialmente le priorità d'intervento emerse dal sondaggio *online*: registrazione più precisa del fenomeno, sviluppo dei servizi a bassa soglia, disponibilità di alloggi, lavoro di rete fra autorità, servizi e attori privati coinvolti, rilevazione della complessità della situazione individuale, sviluppo del *continuum* assistenziale in vista dell'integrazione sociale e nel mercato del lavoro, ampliamento dell'offerta di formazione, lavoro e occupazione, riduzione della stigmatizzazione dell'esclusione sociale.

7.3.5 Obiettivi strategici e misure

La Provincia e i Comuni, in accordo con le Autorità statali e le organizzazioni di assistenza private, garantiscono soluzioni abitative permanenti e sviluppano servizi di *housing first,* diretti a promuovere l'integrazione delle persone senza dimora nel contesto sociale e nel mercato del lavoro.

Misure

La Provincia promuove la rilevazione, da parte dell'ASTAT, nonché delle strutture e servizi pubblici e delle organizzazioni private che si occupano del problema, delle forme di marginalità abitativa. A tal proposito, viene elaborato un concetto ispirato alle linee guida emanate nel 2017.
La Provincia, in accordo con i Comuni, promuove lo sviluppo degli aiuti in favore delle persone senza dimora.
La Provincia introduce un nuovo sistema di accoglienza uniforme per tutto il territorio provinciale e definisce le tipologie, i criteri di accesso, i servizi e i requisiti per un'attuazione di alta qualità da parte del personale.

La Provincia promuove l'istituzione di un tavolo di programmazione permanente, per il coordinamento delle iniziative di prevenzione e sostegno alle persone senza dimora e la rilevazione dei fenomeni di povertà emergenti che vedono il coinvolgimento dei servizi sanitari.
La Provincia promuove la realizzazione di un'unità di coordinamento permanente sul territorio, competente per tutte le esigenze delle persone senza dimora.
La Provincia, i Comuni e gli enti gestori privati di servizi e alloggi orientano i servizi di informazione, accompagnamento e assistenza in modo più specifico ai diversi gruppi target.
La Provincia promuove la garanzia dell'alloggio e lo sviluppo dei servizi rivolti alle persone senzatetto e alle persone senza fissa dimora secondo gli approcci *housing first* e *continuum of care*.
I Comuni presentano entro il mese di giugno di ogni anno un piano per garantire la disponibilità di rifugi di emergenza in inverno nel territorio provinciale.
La Provincia promuove progetti di educativa di prossimità alle persone senza dimora.
La Provincia promuove la formazione dei professionisti e delle professioniste per l'accompagnamento e l'assistenza alle persone a rischio di esclusione.
La Provincia, in collaborazione con il Consorzio dei Comuni dell'Alto Adige, promuove la ricerca di soluzioni, per accelerare il rilascio del certificato di residenza su cui si basa l'accesso a vari servizi.
La Provincia estende il servizio di assistenza sanitaria domiciliare alle persone senza dimora, attualmente disponibile solo a Bolzano, anche alle aree che registrano un aumento delle presenze.
La Provincia sostiene la creazione di specifici servizi per le persone senza dimora con esigenze particolari (malattie certificate, anziani, altro). Il finanziamento e la messa a disposizione di personale vengono determinati in accordo con il Servizio sanitario.
La Provincia, in collaborazione con l'IPES, i Comuni, le Comunità Comprensoriali e l'Azienda Servizi sociali di Bolzano, promuove l'elaborazione di un protocollo d'intesa, per evitare la risoluzione dei contratti di locazione per morosità in caso di disagio sociale.
La Provincia, in accordo con i Comuni, dispone l'attuazione di una gamma minima di servizi, e dei rispettivi standard di qualità, per le persone senza dimora nelle città più grandi.

7.4 Sinti e Rom

7.4.1 Introduzione

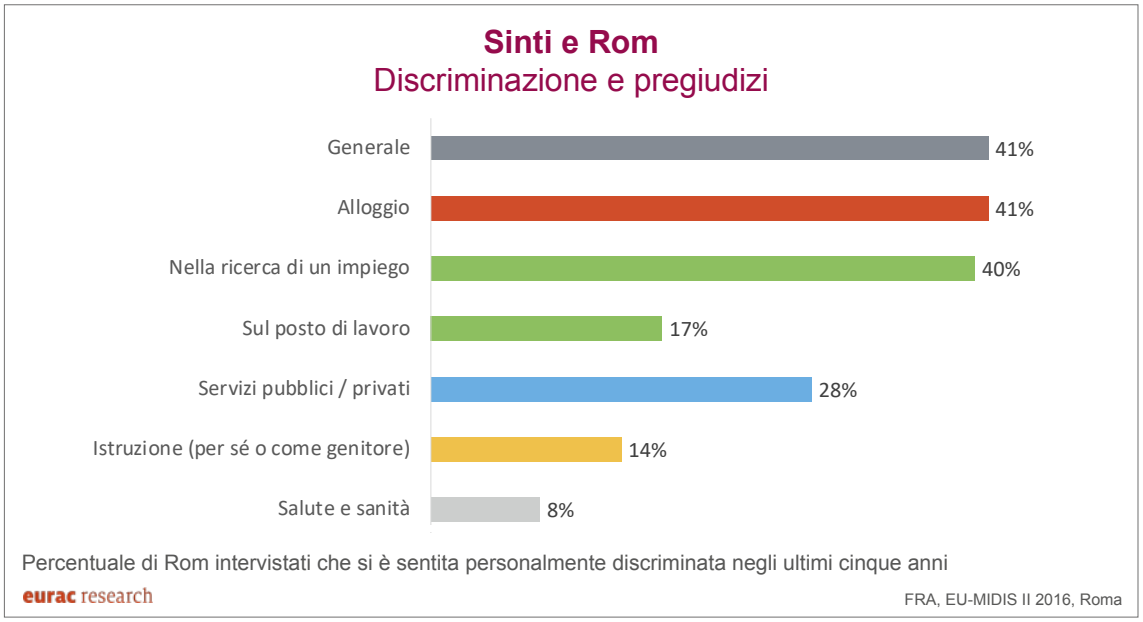
Con oltre 12 milioni di persone, i Sinti e i Rom sono la più grande minoranza etnica d'Europa. Oggi sono concentrati soprattutto nell'Europa orientale e in Francia, ma nel corso dei secoli si sono stabiliti in molti paesi. La loro cultura è caratterizzata da particolari tradizioni nello stile di vita e nell'organizzazione della comunità. Le continue esperienze di esclusione hanno contribuito a consolidare la loro identità, ma anche a cementare la precarietà delle loro condizioni di vita. Per comprendere i Sinti e i Rom è importante considerare che le conoscenze sulla vita dei Sinti e dei Rom sono state raccolte e diffuse dai non Sinti e Rom per molti secoli. Lo spettro delle credenze sul loro conto: si va dalla romanticizzazione al disprezzo, alla criminalizzazione e spesso anche all'odio. Spesso sono stati diffusi stereotipi, che ancora oggi plasmano e influenzano negativamente la vita di Sinti e dei Rom.

7.4.2 Minoranza europea Sinti e Rom

Nel 1998 è entrata in vigore la "Convenzione-quadro per la protezione delle minoranze nazionali". Si tratta di una convenzione internazionale stabilita nel quadro del Consiglio d'Europa, al fine di garantire la tutela delle minoranze in accordo con la "Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali" del 1950. Con la ratifica da parte degli Stati membri la convenzione-quadro diventa giuridicamente vincolante, ovvero li impegna all'attuazione, sul territorio nazionale, di misure dirette a proteggere le persone che appartengono a minoranze e le loro comunità da discriminazione e persecuzione e, in particolar modo a preservare e sviluppare la loro cultura e identità. Benché quasi tutti gli Stati abbiano firmato la convenzione, non sono stati compiuti progressi sostanziali per quanto riguarda la piena ed effettiva uguaglianza dei Sinti e dei Rom. Con il "Quadro dell'UE per le strategie di integrazione di Sinti e Rom", nel 2011 la Commissione UE ha fissato obiettivi concreti per migliorare le loro condizioni di vita. Gli obiettivi centrali in termini di non discriminazione sono stati il miglioramento dell'accesso al mercato del lavoro, ai servizi sanitari, agli alloggi e ai servizi infrastrutturali correlati, nonché l'ampliamento della scuola dell'obbligo. Una raccomandazione del Consiglio europeo del 2013 ha posto l'accento sulla riduzione della discriminazione e sulla lotta alla povertà.

La "Seconda indagine su minoranze e discriminazioni nell'Unione europea. Rom: una selezione di risultati" [72] pubblicata nel 2018 mostra che sono stati compiuti pochi progressi negli sforzi per raggiungere l'uguaglianza per Sinti e Rom. Le loro condizioni di vita non soddisfano gli standard minimi comuni in tutti i settori affrontati in molti Paesi. L'indagine condotta su 7.875 Sinti e Rom a livello europeo evidenzia che i Sinti e i Rom si sentono vittime di discriminazione nel libero esercizio del loro stile di vita, in particolare nei settori abitazione, ricerca di un lavoro, servizi pubblici e privati e in misura minore, istruzione e assistenza sanitaria.[73]

Figura: Percentuale di Sinti e Rom che si sono sentiti vittime di discriminazione almeno una volta negli ultimi cinque anni (dati 2016 a livello europeo)



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.197, fig.6-12

[72] Si veda *online*: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-eu-minorities-survey-Rom/a-selected-findings_de.pdf

[73] Agenzia dell'UE per i diritti fondamentali (2018)

Pertanto, nel 2020 la Commissione Europea ha adottato una risoluzione a carattere vincolante per gli Stati membri sull'attuazione delle strategie nazionali d'integrazione dei Rom.[74] Il "Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027" della Commissione Europea individua obiettivi minimi per la riduzione della discriminazione, la lotta alla povertà e alla carenza di alloggi, l'integrazione nel mercato del lavoro, l'accesso ai servizi sanitari, l'istruzione e formazione nella prima infanzia.[75] Le relazioni periodiche dei paesi consentono un monitoraggio costante dei progressi fatti a livello europeo. Le linee guida sottolineano la necessità che le strategie nazionali includano misure contro l'antiziganismo, quale forma specifica di razzismo. Altre priorità sono la lotta alla povertà transgenerazionale, l'ampliamento della partecipazione nella società e il riconoscimento dell'autonomia culturale.

7.4.3 Essere gruppi emarginati in Italia

I primi movimenti migratori di Sinti e Rom in Italia risalgono al XIV e XV secolo. I Rom provenivano principalmente dai Balcani e si stabilirono soprattutto nell'Italia meridionale, i Sinti dai territori prussiani e austriaci. Più di recente, con le ondate migratorie degli anni Sessanta e dopo il crollo dei regimi comunisti nell'Europa dell'Est e in Russia, essi sono giunti in Italia, stabilendosi per lo più in grandi insediamenti, a volte molto precari, alla periferia delle grandi città. È stato negato loro riconoscimento dello status di minoranza linguistica o nazionale, in quanto relegati a un'esistenza emarginata. A partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, diverse regioni, tra cui il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana, hanno legiferato per tutelare la lor sosta nel territorio regionale, regolando le modalità di allestimento di aree attrezzate.
Nel campo dell'istruzione, negli anni Sessanta vennero introdotte iniziative di inserimento nel sistema scolastico di bambini e bambine Sinti e Rom, lasciate cadere negli anni Ottanta. Negli anni Ottanta il Ministero dell'Istruzione rinnovò la responsabilità pubblica della scuola nel favorire l'espletamento dell'obbligo scolastico di Rom e Sinti. In una circolare del 1985, il Ministero dell'Interno affronta il tema non solo in termini di ordine pubblico, ma sollecitando un'effettiva uguaglianza e riposte appropriate ai bisogni primari dei Sinti e dei Rom, nel rispetto della loro complessità culturale.[76]
Altri tentativi di implementazione di specifiche misure di uguaglianza non hanno avuto successo, mentre le aree di insediamento nelle periferie delle grandi città sono state sempre più percepite dall'opinione pubblica un problema di sicurezza pubblica. Nel 2008, l'allora presidente del Consiglio dei ministri Berlusconi, con decreto dichiarava lo stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi, nominando le prefetture commissari delegati con poteri speciali (schedature etniche, azioni di sgombero forzate senza alloggi alternativi). Nel maggio 2013, la Corte di Cassazione ha dichiarato l'illegittimità dell'"emergenza nomadi" sul territorio italiano.
Uno studio del 2011 stima in circa 40.000 persone la comunità Sinti e in circa 140.000 la comunità Rom in Italia. La quota di giovani sul totale della popolazione è in entrambi i casi molto alta. Lo studio evidenzia la condizione di grave emarginazione e deprivazione materiale (per esempio, assenza di servizi primari) in cui vive la comunità Rom stanziata in campi autorizzati permanenti, temporaneamente autorizzati o anche provvisori illegali.[77]

---

[74] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0147_DE.html
[75] https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/qanda_20_2179
[76] Si veda *online*: https://www.parlamento.it/documenti/repository/affariinternazionali/osservatorio/approfondimenti/Approfondimento_21_ISPI_RomSinti.pdf
[77] Strati, Filippo: Promoting Social Inclusion of Roma. A Study of National Policies, 2011 (http://www.cestim.it/argomenti/03rom-sinti/11_07_it_strati_promoting_the_social_inclusion_of_Rom/a.pdf)

Nel maggio 2022 il governo, in attuazione della strategia europea per l'integrazione di Sinti e Rom (Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 2021-2021/C 93/01), ha adottato un proprio pacchetto di misure per l'uguaglianza, l'inclusione e la partecipazione di Rom e Sinti.[78] La strategia nazionale riprende gli obiettivi europei e li sviluppa in modo partecipato con le rappresentanze delle comunità Sinti e Rom con riguardo sia agli obiettivi, sia alle azioni da implementare. La questione Sinti e Rom viene sottratta a un approccio emergenziale e proiettata su un orizzonte programmatico di medio lungo periodo. Gli interventi di integrazione fanno riferimento a quattro assi portanti, rappresentati da lavoro, alloggio, salute, educazione, e vengono promossi in sinergia con gli enti pubblici e del settore economico-produttivo e con le realtà del Terzo settore e del privato sociale. La diffusione della cultura Rom e Sinti e della conoscenza della loro storia fa parte di un processo di maturazione culturale che interessa l'intera società, contribuendo all'efficacia degli interventi.
A livello parlamentare sono state presentate diverse iniziative di legge per ottenere il riconoscimento dei Sinti e Rom quale minoranza linguistica a livello costituzionale, o attraverso un emendamento della Legge n. 482/1999 (Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche). Su questa base, le autorità locali potrebbero emanare regolamenti per la tutela dell'autonomia culturale Sinti e Rom. Tuttavia, queste iniziative non hanno avuto alcun seguito.[79] Anche in assenza di una base giuridica propria, i vari fondi di finanziamento europei possono contribuire all'attuazione delle misure di promozione. A tal proposito, il "Piano d'azione europeo contro il razzismo 2020-2025" offre delle opportunità.

7.4.4 Sinti e Rom in Alto Adige

In Alto Adige vivono circa 1.000-1.200 Sinti e Rom. Si tratta di stime, poiché non esistono dati ufficiali a questo riguardo. Trattandosi di minoranze non riconosciute non esiste alcun obbligo di dichiarazione di appartenenza e pertanto non è giuridicamente corretto richiederne la registrazione. Le comunità Sinti e Rom vivono in Alto Adige da molte generazioni. La prima presenza documentata dei Sinti in Alto Adige risale a un estratto del "Registro delle donazioni" del vescovo Nicolaus Cusanus del 1455. Inoltre, esistono documenti che attestano la presenza di Sinti e Rom nell'area trentina e tirolese nei secoli seguenti.[80]
La maggior parte dei Sinti e Rom in Alto Adige vive oggi in appartamenti privati o alloggi IPES. Tuttavia, esistono anche sei aree residenziali ufficialmente riconosciute, in parte attrezzate a microaree destinate a comunità familiari più piccole. Queste forme abitative riproducono la forma abitativa originaria e offrono una casa a circa 130 persone. Sinti e Rom vengo spesso percepiti come un unico gruppo. In realtà si tratta di gruppi eterogenei con origini, stili di vita e identità culturali diverse. In termini molto semplificati, i Sinti sono cittadini italiani con uno stretto legame con il territorio. I Rom che vivono in Alto Adige, invece, hanno spesso cittadinanza comunitaria o extracomunitaria e in parte status di rifugiato. Entrambi i gruppi hanno radici molto forti nelle rispettive tradizioni culturali. A seconda dell'approccio all'integrazione / inclusione e della situazione di vita, il rapporto con il contesto sociale e talvolta anche con le Autorità non è privo di tensioni.

[78] Il titolo è "Strategia nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti" (www.unar.it)
[79] Progetti di Legge n. 770/2013 (presentato dal sen. Francesco Palermo), 3162/2015 (cofirmatario K.-Abg. Florian Kronbichler), 3541/2016 (basato su un'iniziativa popolare).
[80] Ciò è confermato dalle ricerche di Giorgio Bassi e Corrado Bassi, Karl Franz Zani, Robert Rebitsch, Tommaso Iori e Leonardo Piasere per i seguenti periodi: Dal 1552 a sud del Brennero (R), dal 1581 al 1600 ad Arco (I), dal 1591 a Brunico (Z), dal 1587 al 1669 ad Appiano (Zigeiner di Appiano - Z), dal 1597 in Val di Fassa (I), dal 1598 di nuovo a Brunico (Z) nonché a Modena (dal 1604), al Passo San Pellegrino intorno al 1640 (B, I), a Riva (1651-1698, B, I) e a Moena (I).

7.4.5 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

7.4.5.1 *Inputs* dal sondaggio *online*

Le domande sulle condizioni di vita di Sinti e Rom in Alto Adige sono state analizzate con le esperte e gli esperti dell'Amministrazione pubblica e gli *stakeholders* sociali rilevanti, nell'ambito dello studio di supporto scientifico al Piano sociale provinciale di Eurac Research. Il sondaggio *online* del 2021 è valso all'identificazione dei temi prioritari e alla ricomposizione di un quadro complessivo della percezione del problema. Su questa base sono stati svolti *focus groups* sulle strategie e le misure da adottare.

Il sondaggio *online* mostra una concordanza di fondo delle esperte e degli esperti e dei professionisti del sociale circa la persistente presenza nella società di pregiudizi nei confronti di Sinti e Rom. A causa della mancanza di informazioni, anche a livello istituzionale si riscontra spesso una scarsa comprensione e sensibilità verso i bisogni di queste comunità e le strategie di inclusione più appropriate alle loro specificità. Un ostacolo pratico in cui si imbatte il lavoro sociale è che quasi la metà delle operatrici e degli operatori sociali interpellati ammette di non conoscere la differenza tra Sinti e Rom. La maggioranza ritiene che gli operatori e le operatrici sociali non siano sufficientemente informati, formati e preparati per lavorare con i Sinti e/o i Rom. In questo contesto, viene esternato il desiderio di sviluppare il lavoro di rete con altri servizi e ricevere supporto su come comportarsi in situazioni di conflitto.

7.4.5.2 Risultati dei *workshops*

Nell'ambito dei *focus groups* sono stati identificati i principali campi d'azione delle politiche di integrazione a livello locale. Bisogna puntare a progressi concreti ed efficaci nel campo dell'istruzione, dell'occupazione, dell'abitare, della sicurezza di reddito. La lotta alla stigmatizzazione e alla discriminazione diffusa e un costante lavoro di mediazione culturale sono presupposti essenziali per un'inclusione all'insegna del rispetto. Si raccomanda di compiere maggiori sforzi per il riconoscimento come minoranza e lo sviluppo di soluzioni abitative stabili e innovative.

Il consolidamento nel tempo di condizioni di vita di marginalità sociale dei Sinti e Rom rappresenta una sfida sia per tali minoranze, sia per la società nel suo complesso. Con l'adozione dell'"Agenda ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile" la comunità internazionale ha dato un nuovo, forte impulso agli sforzi tesi a promuovere pari opportunità per tutti. Ciò dovrebbe contribuire a rilanciare l'impegno dei singoli paesi a tradurre la strategia europea per l'integrazione di Sinti e Rom in azioni efficaci.

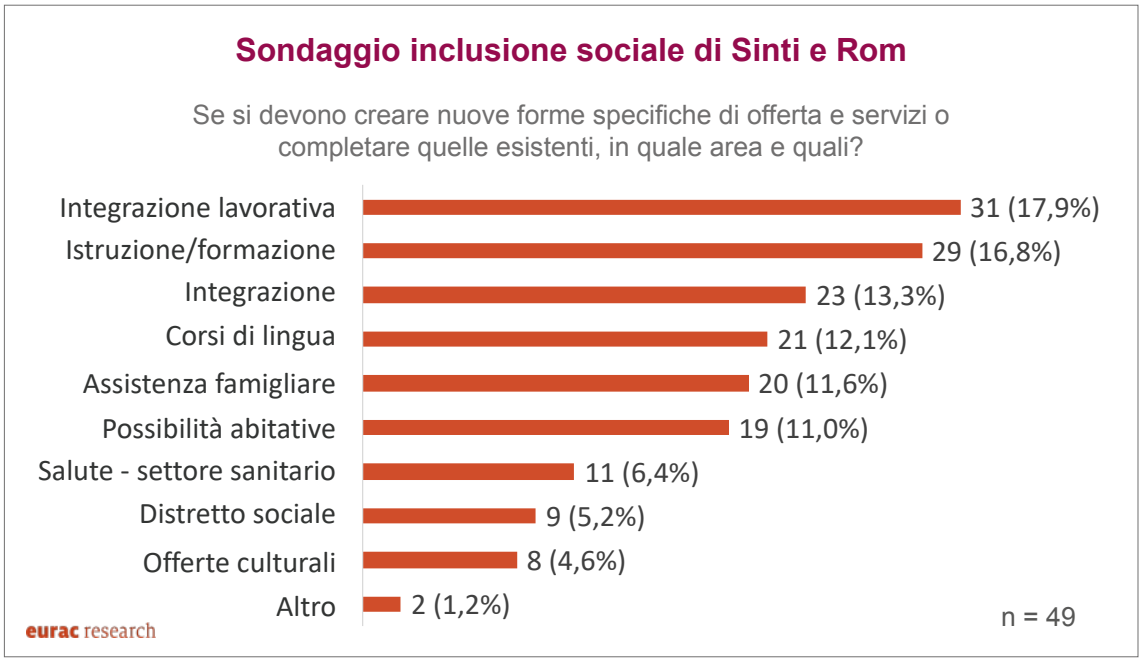
I problemi concreti dell'Alto Adige differiscono profondamente dalla situazione dei Sinti e Rom nell'Europa orientale o negli insediamenti ai margini delle grandi città italiane. Oggi quasi tutti i bambini Sinti frequentano la scuola e non esistono complessi abitativi in condizioni precarie e di illegalità o grandi ghetti senza acqua, né elettricità. I temi centrali riguardano la situazione lavorativa e abitativa. La stigmatizzazione sociale inizia dal nome e cognome o indirizzo di residenza. Le persone di nome ed etnia Sinti hanno meno probabilità di avere un lavoro continuativo e più probabilità di essere vittime di pregiudizi da parte del datore di lavoro, a scuola e negli uffici pubblici. Ancora oggi, molti Sinti devono nascondere la loro identità etnica per ottenere un lavoro o entrare all'università senza essere discriminati.

Dagli interventi degli esperti e delle esperte che hanno partecipato alla discussione sono emerse numerose indicazioni per l'orientamento futuro delle politiche di integrazione a livello locale. Le priorità sono riassunte di seguito.

L'approccio all'inclusione deve essere dialogico e partecipativo. Gli interventi da attuare devono essere elaborati e concordati con i Sinti e Rom. Ciò richiede un lavoro interdisciplinare di rete tra servizi e tra attori pubblici e del Terzo settore. Il monitoraggio, la pianificazione, l'attuazione, il

controllo e la valutazione degli interventi devono essere inseriti in un ciclo di gestione continua dell'assistenza.
La discriminazione positiva, basata sul rispetto dell'autonomia culturale, è l'approccio adatto per ridurre gli svantaggi e raggiungere l'uguaglianza di fatto in molti campi (per esempio, budget di partenza/strutturale, microcredito a tasso zero per il lavoro autonomo, inserimento in cooperative).
Devono essere promosse forme di scambio regolare tra le Istituzioni e gli attori del Terzo settore, per esempio attraverso uno sportello dedicato su questioni aperte (soluzione dei conflitti, processi strategici e modelli di interazione, miglioramento della cooperazione tra gli attori).
La professionalizzazione interdisciplinare e interculturale dei collaboratori pubblici e delle organizzazioni del Terzo settore, le *équipes* interdisciplinari e multiprofessionali e referenti pubblici culturalmente sensibili sono fattori di successo delle strategie di inclusione preventiva. A tal proposito sono necessari interventi di formazione ad hoc.
Quale modello di tutela delle minoranze, l'Alto Adige dovrebbe sostenere il riconoscimento giuridico dei Sinti e Rom come minoranza linguistica e nazionale, a livello nazionale.

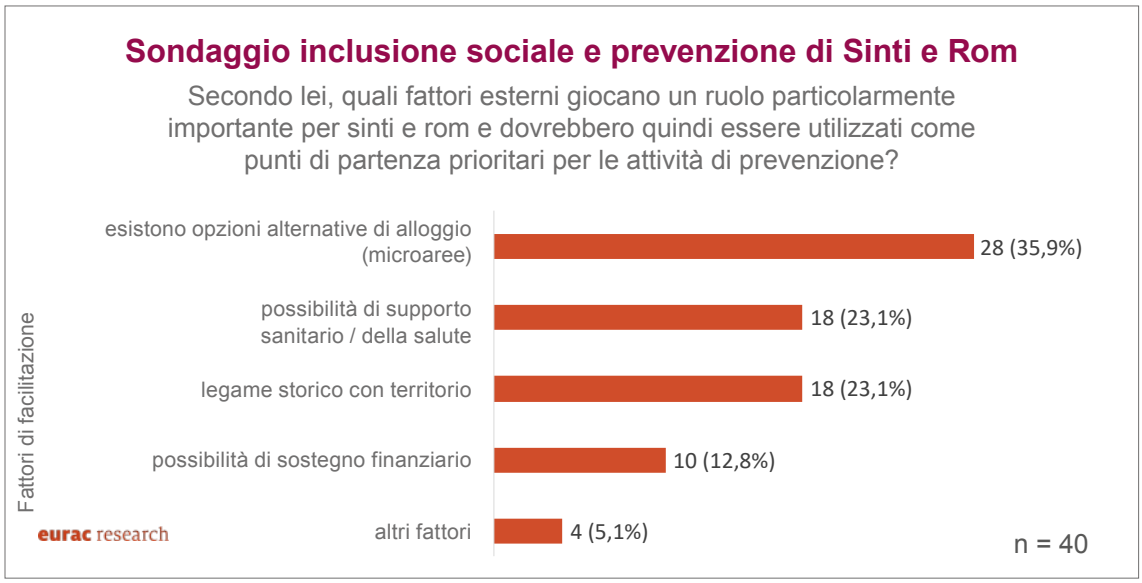
Figura: Fabbisogno aggiuntivo di aiuti e servizi in favore di Sinti e Rom



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.214, fig.6-29

Nei *focus groups* è stato osservato che l'interazione tra la tendenza alla marginalizzazione delle comunità Sinti e Rom e la loro esperienza di esclusione sociale da parte della collettività innesca una dinamica negativa, nella quale queste due forze si rafforzano a vicenda. Il lavoro sociale orientato alle situazioni di vita richiede dunque un elevato grado di sensibilità e senso della misura.

Figura: Approcci al lavoro sociale con Sinti e Rom da considerare in via prioritaria



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.231, fig.6-54

Le opportunità di integrazione e inclusione hanno una maggiore probabilità di essere accettate se muovono dal riconoscimento della specificità identità culturale e vengono perseguite nell'ambito di un comune processo di ricerca. Gli atti simbolici di riconoscimento di queste comunità supportano i processi di inclusione e costituiscono segnali importanti.
A tal proposito sono state raccolte numerose proposte di miglioramento delle condizioni di vita delle comunità Sinti e Rom e della loro partecipazione nella comunità locale nelle aree di intervento prioritarie lavoro, istruzione, casa, famiglia e della famiglia, al fine di ottenere miglioramenti per le condizioni di vita dei Sinti e Rom e la loro connessione con la comunità locale.

7.4.6 Obiettivi strategici e misure

La Provincia e i Comuni riconoscono l'autonomia culturale e le speciali esigenze di Sinti e Rom e promuovono, in concertazione con loro, misure per il miglioramento delle loro condizioni di vita. Le misure hanno l'obiettivo di accrescere le opportunità di sviluppo di queste comunità in accordo con l'assunzione di responsabilità per la propria vita.
Viene data attenzione al dispiegamento delle opportunità di sviluppo nei settori lavoro, abitare e istruzione, nonché all'aumento dell'inclusione nella società e alla riduzione dei pregiudizi. Gli interventi si concentrano sullo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle abilità che garantiscono a queste comunità le condizioni per lo sviluppo dell'indipendenza economica e il miglioramento delle opportunità di vita e partecipazione dei loro membri.

Misure

Partecipazione

La Provincia e i Comuni assicurano il coinvolgimento di Sinti e Rom in tutte le fasi del processo di pianificazione e attuazione delle misure, che ne promuovono il pieno godimento dei diritti civili e il miglioramento delle condizioni di vita.
Viene data particolare attenzione al potenziale di sviluppo dei bambini e delle donne.

Non discriminazione

La Provincia promuove iniziative per la disseminazione della conoscenza sulle radici storiche, e le tradizioni / forme di vita indipendenti di Sinti e Rom, nonché per l'abbattimento dei pregiudizi, compresa la predisposizione di materiale informativo adeguato.
Nell'ambito delle indagini sugli stili e comportamenti di vita della popolazione altoatesina l'ASTAT approfondisce i fenomeni di esclusione e discriminazione dei Sinti e dei Rom.
La Provincia promuove la formazione e l'aggiornamento e la sensibilizzazione dei professionisti e delle professioniste impiegati nel settore sociale ed educativo alla cultura e alle esigenze dei Sinti e Rom.

Spazio abitativo

La Provincia e i Comuni sostengono il miglioramento della situazione abitativa dei Sinti e Rom e, nell'ambito di progetti innovativi di inclusione, promuovono in particolare la realizzazione di cosiddette microaree, nonché la possibilità di passare a soluzioni abitative stabili.
La Provincia, di concerto con i Comuni in cui sono rappresentati Sinti e Rom, punta a fornire almeno un'area di insediamento nel territorio della rispettiva Comunità Comprensoriale.

Integrazione lavorativa

La Provincia facilita l'integrazione e l'inclusione lavorativa di Sinti e Rom rimuovendo gli ostacoli all'accesso alla formazione professionale e promuovendo progetti di occupazione lavorativa e inserimento lavorativo.
La Provincia promuove le attività da parte del Terzo settore che mirano al rafforzamento delle competenze e capacità personali di Sinti e Rom. Viene data priorità ai progetti che rafforzano la l'indipendenza economica.

Istruzione e mediazione culturale

La Provincia persegue il conseguimento, da parte dei Sinti e Rom, di titoli di istruzione scolastica secondaria e professionale.
Gli uffici scolastici e i servizi sociali promuovono l'istruzione scolastica dei bambini e delle bambine e dei giovani, attraverso iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai genitori e l'assistenza socio-pedagogica continuativa. Inoltre, gli uffici scolastici valutano la possibilità di introdurre nelle scuole la figura del mediatore e della mediatrice interculturale.
Il settore sociale si mette in contatto con i referenti scolastici, con l'obiettivo di incorporare nel materiale di insegnamento la storia dei Sinti e dei Rom, anche con il coinvolgimento di testimoni contemporanei (per esempio, sviluppo di nuovi materiali didattici). A tal proposito, si punta inoltre alla creazione di spazi di incontro e intermediazione culturale.

Inclusione sociale

La Provincia e i Comuni promuovono l'inclusione di Sinti e Rom nella comunità locale, in particolare attraverso lo scambio culturale e il coinvolgimento in occasioni di vita comunitaria (per esempio manifestazioni culturali, concerti, opere di artigianato).
La Provincia promuove progetti di inclusione sociale sviluppati dalle organizzazioni del Terzo settore, in collaborazione con esperte ed esperti.
I servizi sociali e il Terzo settore prestano particolare attenzione alla promozione delle donne e dei giovani.

7.5 Persone rifugiate

7.5.1 Introduzione

La Convenzione di Ginevra del 1951 (Convenzione sullo statuto dei rifugiati) definisce rifugiato chiunque "nel giustificato timore d'essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato".[81] In molti casi, il motivo è la guerra nel paese di origine.
I rifugiati possono rivendicare il diritto di trovare pace, condizioni democratiche e sostegno per una vita indipendente e il godimento di opportunità di vita individuali in un altro paese. Hanno diritto alla libertà di religione e di circolazione (inizialmente solo nel paese ospitante) e, dopo un certo periodo di tempo, al lavoro, all'istruzione e all'ottenimento di documenti di viaggio, in base allo status giuridico concesso.
Un principio fondamentale della Convenzione è il divieto di rimpatrio di una persona rifugiata in un Paese in cui teme di essere perseguitato (principio di non respingimento). Gli obblighi dei rifugiati comprendono il rispetto delle leggi e delle altre disposizioni normative, nonché le misure adottate per mantenere l'ordine pubblico del paese in cui vengono accolti. Gli Stati ospitanti non possono infliggere sanzioni penali per l'ingresso o il soggiorno illegale ai rifugiati che provengono direttamente da un territorio in cui la loro vita o la loro libertà sono minacciate, a condizione che si presentino immediatamente alle autorità e dimostrino i motivi per cui non dovrebbero essere autorizzati a entrare o rimanere (art. 31 Convenzione). L'espulsione è consentita solo per motivi di sicurezza o di ordine pubblico (art. 32 Convenzione).

7.5.2 Flussi e movimenti migratori in Europa

A distanza di 20 anni dai movimenti migratori innescati dalle guerre jugoslave, l'ondata di rivolte che hanno attraversato i regimi arabi nel corso del 2011 (primavera araba), gli eventi bellici in Siria e altri paesi del Medio Oriente e in Afghanistan nel 2015 e, nel 2022, la guerra in Ucraina hanno innescato un grande movimento di rifugiati verso l'Europa. Negli ultimi anni le politiche migratorie e di integrazione sono state sempre più al centro del dibattito politico e dell'attenzione pubblica. Ciò, in particolare, dopo l'ondata di rifugiati internazionali del 2015.
L'Europa, e in particolare i paesi economicamente prosperi, assumono regolarmente lavoratori stranieri e lavoratrici straniere da paesi terzi sulla base di quote stabilite dallo Stato per compensare la mancanza di manodopera interna nell'industria e nel settore dei servizi. L'Europa sarà dunque anche in futuro un'area di opportunità di lavoro e sicurezza basata su forme di governo democratiche. I segnali politici di disponibilità ad accogliere persone provenienti da paesi coinvolti in disordini bellici hanno spinto molti perseguitati politici nel loro paese, migranti e rifugiati da paesi nei quali violenza e brutalità sono la quotidianità a cercare di costruirsi una nuova esistenza, o almeno un rifugio temporaneo in attesa di tempi migliori, in Europa.
La volontà e la necessità delle persone di raggiungere l'Europa ha portato, come in ogni grande movimento/cambiamento, anche l'entrata in scena di soggetti criminali, che hanno speculato sui

[81] La definizione della Convenzione di Ginevra è stata aggiornata da un Protocollo aggiuntivo del 1967 relativo allo status di rifugiato (https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf)

movimenti migratori e sfruttato i fuggiaschi, insieme ai migranti economici, facendoli entrare clandestinamente in Europa. In molti casi, lo sfruttamento è continuato anche in seguito, a causa dei metodi estorsivi delle organizzazioni di trafficanti. I migranti e le migranti sono svantaggiati anche dal fatto che spesso i contratti di lavoro non sono regolari. A causa della mancanza di prospettive di lavoro e delle desolate condizioni di vita nel loro paese d'origine, molti tentano comunque la via della fuga a rischio della propria vita.

A livello europeo, le statistiche Eurostat[82] indicano che l'immigrazione di persone provenienti da Paesi non UE ha raggiunto un picco di oltre 2,5 milioni nel 2015 per risalire, dopo una leggera flessione negli anni successivi, fino a toccare 2,4 milioni nel 2018 e oltre 2,6 milioni nel 2019. Nel 2020, a causa delle restrizioni legate alla pandemia, si è registrato un calo a circa 1,9 milioni, pari al 30%. Le crescenti restrizioni all'afflusso di rifugiati e rifugiate nei paesi UE, la creazione di barriere alle frontiere e i blocchi delle partenze basati su accordi con i paesi di conflitto confinanti come Libia, Turchia e Libano, hanno portato, da un lato, a una drastica riduzione dell'afflusso di rifugiati e rifugiate, ma dall'altro hanno alimentato un sistema di sfruttamento, estorsioni e abusi in cui tanti migranti si ritrovano intrappolati.

7.5.3 Diritto di migrazione e asilo: un compito comune dei paesi membri dell'UE

Il diritto di migrazione e asilo si basa su disposizioni internazionali e su misure complementari o supplementari di protezione dell'Unione europea. La pietra angolare della disciplina giuridica internazionale relativa alla protezione dei rifugiati e delle rifugiate, nonché il primo accordo vincolante a livello internazionale, è la Convenzione di Ginevra del 1951. La Convenzione definisce lo status di rifugiato e stabilisce una serie di diritti fondamentali di protezione come la libertà di movimento, la libertà di religione e il diritto al rilascio di documenti di viaggio. Il cardine della protezione dei rifugiati è il divieto di rimpatrio in un paese in cui vi è un rischio effettivo di subire torture. L'attuazione di questo diritto spetta al governo del paese ospitante.

L'Accordo di Schengen del 1985 ha dato il via allo smantellamento dei controlli interni di frontiera negli Stati membri dell'UE. Questo accordo, al quale aderisce un numero crescente di paesi, conferisce all'UE la competenza in materia di migrazione e asilo. Nel 1995 è entrata in vigore la Convenzione di Schengen (Convenzione di applicazione dell'Accordo di Schengen), che regola l'apertura delle frontiere tra i paesi aderenti, attraverso lo Spazio Schengen quale "spazio di libertà, sicurezza e giustizia" a livello europeo. Il Trattato di Amsterdam del 1999 ha conferito all'UE nuove competenze nel campo delle frontiere, dell'immigrazione e dell'asilo, con l'obiettivo di creare regole comuni per la politica di immigrazione e asilo. Nello stesso anno, il Consiglio europeo, nella riunione straordinaria di Tampere[83] delibera l'istituzione di un regime europeo comune in materia di asilo (sistema europeo comune di asilo - CEAS). L'obiettivo è, in accordo con i paesi di provenienza, da un lato, migliorare le condizioni di vita, la democrazia e lo stato di diritto in questi paesi e, dall'altro, creare uno spazio comune di protezione e solidarietà basato su una procedura comune in materia d'asilo, dando piena e completa applicazione alla Convenzione di Ginevra. In questo modo, il trattamento dei cittadini dei paesi terzi dovrebbe essere armonizzato con quello dei cittadini degli Stati membri. La valutazione congiunta degli sviluppi economici e demografici e della situazione nei paesi di origine dovrebbe facilitare la gestione dei flussi migratori.

---

[82] Si veda *online*: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics

[83] https://www.europarl.europa.eu/summits/tam_de.htm

Tra il 2000 e il 2006 sono state introdotte norme minime per le procedure di concessione dello status di rifugiato ed emanate diverse direttive. Importanti direttive riguardano il ricongiungimento familiare (2003), i diritti dei cittadini di paesi terzi con status di soggiornante di lungo periodo (2003) e il rimpatrio (2008). Ulteriori misure sono state introdotte con il Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE), in accordo con la Carta europea dei diritti fondamentali. Elementi portanti sono la direttiva sulle procedure di asilo e la direttiva sull'accoglienza, nonché dal 2013 il regolamento Dublino III (obbligo di registrazione nel paese di prima accoglienza). Nel 2010, in attuazione del programma dell'Aia del 2004 dell'UE, è stato istituito l'Ufficio europeo di sostegno per l'asilo (EASO). Tuttavia, non è stato possibile garantire una gestione comune da parte di tutti i paesi membri. I paesi dell'UE hanno adottato misure, soprattutto in occasione del massiccio volume migratorio dal 2015, riguardo alla gestione e al controllo dell'immigrazione irregolare e la sicurezza delle frontiere esterne, nonché alle politiche di integrazione, di competenze dei singoli paesi.
La direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale introduce disposizioni base relative alla condizione di accoglienza, all'assistenza sanitaria e all'accesso all'occupazione e all'istruzione da parte dei rifugiati. La Direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale, definisce norme minime per le procedure applicate di riconoscimento e revoca dello status di rifugiato. Tra le altre cose, viene sancito il diritto all'informazione e il diritto di rimanere nello Stato membro durante l'esame della domanda di asilo.
Nel 2020 la Commissione europea[84] propone un nuovo patto sulla migrazione e l'asilo che contempla tutti i diversi elementi necessari per un approccio europeo globale alla migrazione, stabilisce procedure migliori e più rapide durante tutto il sistema di asilo e migrazione e garantisce un equilibrio tra i principi di equa ripartizione della responsabilità e solidarietà. Ciò è fondamentale per ripristinare la fiducia tra gli Stati membri e la fiducia nella capacità dell'Unione europea di gestire la migrazione. Tra li vari obiettivi vi è quello di modificare il sistema di Dublino, che comporta una pressione maggiore per i paesi alle frontiere meridionali dell'Unione, che sono la porta d'ingresso per gran parte dei migranti. Il pacchetto deve superare le previste fasi di approvazione da parte del Parlamento europeo e del Consiglio.

7.5.4 Politiche di immigrazione e integrazione in Italia

In Italia, l'immigrazione è un fenomeno strutturale dal 1945.[85] Da una ricerca della Caritas[86] emerge che tra il 1998 e il 2016 la percentuale di immigrati in Italia è quintuplicata. Tra il 2007 e il 2016, 2.023.317 persone hanno fatto ingresso nel territorio italiano e più di un milione di stranieri ha acquisito la cittadinanza italiana.
L'ingresso legale di immigrati dai paesi extracomunitari è regolato da decreti governativi annuali ("decreti flussi"), che risalgono alla Legge n. 40/1998. Questa legge, poi confluita nel Testo unico sull'immigrazione (D.lgs. n. 286/1998), da un lato qualifica il favoreggiamento dell'immigrazione clandestina come reato penale, dall'altro concede agli immigrati titoli di soggiorno legale sul territorio nazionale, istituendo per la prima volta un sistema di integrazione a livello locale. In segui-

[84] https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_20_1706
[85] L'approfondito studio sull'immigrazione in Italia di Michele Colucci (CNEL) dal titolo "Storia dell'immigrazione straniera in Italia. Dal 1945 ai nostri giorni" del 2018 è riassunto in un articolo della Prof.ssa Alessandra Agostino (www.dirittoimmigrazionecittadinanza.it).
[86] Il rapporto "Common Home - Migrazione e sviluppo in Italia" è stato pubblicato nel 2019 (https://inmigration.caritas.it/sites/default/files/documenti/2021-05/common%20home%20MIND.pdf)

to, sono state create specifiche strutture per l'espulsione degli stranieri privi di regolare permesso di soggiorno.[87] Con il D.lgs. n. 142/2015 l'Italia ha recepito le direttive UE in materia di protezione internazionale e regolamentazione delle procedure di asilo, ma poi ha reagito con drastiche misure restrittive al forte aumento dell'afflusso di rifugiati e rifugiate.

Tra il 2018 e il 2020 si è verificato un blocco dei movimenti migratori, a cui hanno contribuito in modo significativo il primo decreto Salvini, che ha abrogato il permesso di soggiorno per motivi umanitari riducendo le maglie del sistema di accoglienza dei richiedenti asilo e spingendo nella clandestinità gli immigrati accolti per questo motivo, e l'inasprimento dei controlli alle frontiere, nonché la chiusura dei confini a causa della pandemia Covid 19, anche a livello europeo. Il decreto Legge n. 113/2018, convertito in Legge n. 132/2018, abolisce la protezione umanitaria e smantella il sistema di strutture di accoglienza SPRAR, istituito in circa 1.800 comuni. Queste strutture sono state rinominate SIPROIMI (Sistema di Protezione per titolari di protezione Internazionale e Minori stranieri non accompagnati) e l'ingresso in Italia è stato concesso solo a coloro che ottengono la protezione internazionale, escludendo quindi i richiedenti asilo, e ai minori non accompagnati provenienti da paesi non UE. I richiedenti asilo e i rifugiati che fino allora erano ospitati in gran parte negli SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) hanno dovuto essere trasferiti nei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), istituiti dal Ministero dell'Interno, per la gestione dei quali sono stati drasticamente tagliati i fondi.[88]

I CAS ospitano un elevato numero di persone in uno spazio limitato, con restrizioni alla libertà di movimento per motivi di sicurezza. Le persone accolte hanno ricevuto assistenza generica, in particolare connessa al sostegno di bisogni specifici, ma anche orientamento legale, assistenza sociale e accompagnamento, aiuto pratico per le visite alle Autorità e l'iscrizione a scuole e asili in rete con i servizi territoriali, servizi sanitari e psicologici, mediazione culturale e linguistica, corsi di lingua, orientamento sociale. Le famiglie sono state sostenute nella ricerca di un alloggio e di un lavoro. Nonostante gli ingenti sforzi delle organizzazioni della società civile, le limitate dimensioni delle strutture e le scarse risorse finanziarie hanno compromesso l'efficacia dei percorsi di orientamento personale e avvio all'inclusione. I lunghi tempi di attesa per l'esame delle domande di asilo hanno messo a dura prova la sostenibilità sia del sistema sia delle persone ospitate, che spesso hanno dovuto stazionare nei CAS per lungo tempo.

A causa della crisi del mercato del lavoro e della conseguente elevata disoccupazione, nel 2018 il governo ha ridotto le quote di immigrazione regolare a 30.850 su base annua. Le restrizioni hanno portato a una significativa diminuzione del numero di permessi di soggiorno rilasciati. In base ai dati ISTAT nel 2019 i permessi rilasciati sono 177.254 (-26,8% sul 2018, -67,4% sul 2017), in calo soprattutto quelli relativi a richieste di asilo (da circa 51.500 a 27.029). Aumentano le acquisizioni di cittadinanza, che sono 127.001 nel 2019. Quasi nove su dieci riguardano cittadini precedentemente non comunitari.[89]

La diffusione dell'epidemia da Covid-19 ha portato il governo a rafforzare i controlli e imporre notevoli restrizioni alla circolazione delle persone. Le procedure amministrative per il rilascio dei permessi di soggiorno, documenti e le prestazioni sanitarie hanno subito un forte rallentamento. La chiusura delle frontiere a livello europeo ha avuto conseguenze rilevanti sulla mobilità dei la-

[87] I Centri di Permanenza Temporanea (CPT) sono stati introdotti nel 1998. I CTP sono stati successivamente definiti Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE). Con il decreto Legge n. 13/2017 i CIE hanno assunto la denominazione di Centri di Permanenza per i Rimpatri (CPR). La loro funzione è garantire il soggiorno temporaneo in attesa dell'esecuzione dei provvedimenti di espulsione e rimpatrio (si veda *online*: https://temi.camera.it/leg18/post/cpr.html).

[88] Un rapporto del 2019 di Amnesty International descrive nel dettaglio le conseguenze di queste norme restrittive: https://immigrazione.it/docs/2020/amnesty-i-sommersi-dellaccoglienza.pdf

[89] https://www.istat.it/it/archivio/249445

voratori e delle lavoratrici, determinando carenze di personale soprattutto nei settori economici con un'alta percentuale di lavoratori e lavoratrici stagionali.[90]

Secondo lo studio di IDOS[91], la quota di persone residenti con cittadinanza straniera è diminuita da circa 5,2 a poco più di 5 milioni tra il 2018 e il 2020 (8,5% della popolazione residente). Il calo è influenzato dall'impatto della pandemia e da tendenze demografiche negative. Il numero totale di stranieri in Italia è stimato dal nuovo studio dell'ISMU[92] in circa 5.756.000 nel 2021. Questo dato include circa 224.000 persone con regolare permesso di soggiorno senza residenza e circa 519.000 di irregolari.

Con il decreto Legge n. 130/2020 (convertito in Legge n. 173/2020) vengono abrogate numerose norme nazionali in materia di migrazione e diritto asilo, che disattendevano le norme di protezione internazionali. Fra l'altro, si introducono i permessi di soggiorno per protezione speciale per gravi motivi di carattere umanitario, convertibili in permessi di soggiorno per motivi di lavoro. I permessi di soggiorno per minori sono convertibili in permessi di soggiorno per motivi di studio o lavoro a compimento dei 18 anni di età. Il sistema di accoglienza e integrazione è organizzato su due livelli. I servizi di primo livello sono rivolti ai richiedenti protezione internazionale, quelli di secondo livello ai titolari di protezione. I primi garantiscono assistenza sanitaria, assistenza sociale e psicologica, mediazione linguistico-culturale, e inoltre corsi di lingua italiana e servizi di orientamento legale e al territorio. I servizi del secondo livello (Sistema di Accoglienza e Integrazione - SAI) prevedono la definizione di percorsi specifici di inserimento lavorativo e formazione professionale finalizzati all'autonomizzazione e all'integrazione nel tessuto sociale. Di grande rilevanza giuridica e pratica è il ripristino della possibilità di iscrizione all'anagrafe dei richiedenti asilo. L'iscrizione anagrafica è, infatti, un requisito per l'accesso a un alloggio sociale e ad altri servizi sociali. L'abrogazione di questo diritto è stata dichiarata illegittima dalla Corte costituzionale. I richiedenti protezione internazionale che ottengono l'iscrizione anagrafica ricevono una carta d'identità valida per tre anni.[93]

Coloro che non fanno richiesta di asilo vengono condotti nei CPR (Centri di Permanenza e Rimpatrio), ex CIE (Centri di Identificazione ed Espulsione). I CPR sono strutture detentive, in cui vengono trattenuti i cittadini stranieri sprovvisti di regolare titolo di soggiorno nei confronti dei quali è stata avviata una procedura di espulsione e rimpatrio. Attualmente ne esistono nove sul territorio nazionale.

I CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), introdotti dal D.lgs. n. 142/2015 in risposta ai flussi migratori verso l'Europa e tuttora in funzione, sono la forma di accoglienza temporanea più diffusa sul territorio nazionale e provinciale. Si tratta di centri di medie dimensioni e capacità di accoglienza tra 30 e 120 persone attivati dalla Prefetture e, in Alto Adige, dal Commissariato del Governo, che ha stipulato una convenzione con la Provincia e quindi ne condivide i compiti. Queste strutture, nate in conseguenza delle quote di richiedenti asilo e rifugiati assegnate dallo Stato, sono state nel frattempo in gran parte chiuse a causa di mancato riempimento.

Nel 2022, in seguito alla crisi ucraina, è stato definito un sistema di accoglienza basato su diverse forme di supporto, che integra quello ordinariamente previsto per i richiedenti asilo e i rifugiati. Le novità principali riguardano la concessione della protezione temporanea, l'attivazione di un sistema di accoglienza diffusa con il contributo del privato sociale e la concessione di un soste-

[90] Dossier Statistico Immigrazione, anno 2021, p. 60.

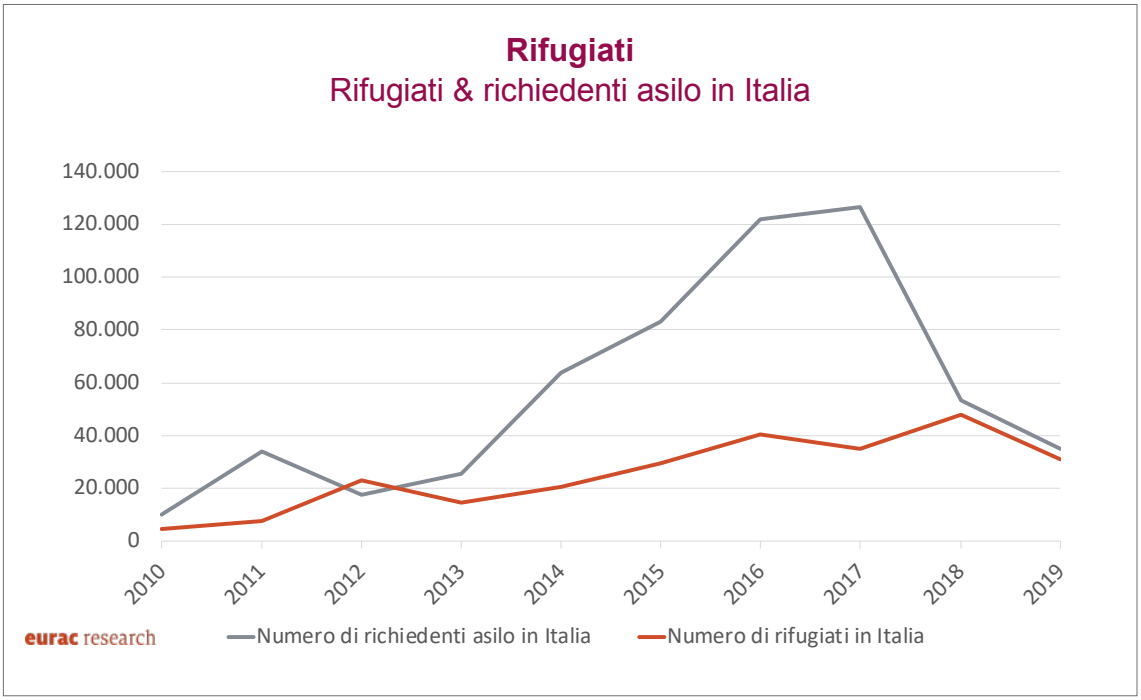
[91] Dossier Statistico Immigrazione 2021 (www.dossierimmigrazione.it): La base di calcolo per il 2020 è costituita dai dati provvisori degli uffici anagrafici. I dati definitivi sono elaborati dall'ISTAT sulla base dei censimenti della popolazione in corso ("censimento continuo").

[92] Si veda *online*: https://www.ismu.org/ventisettesimo-rapporto-sulle-migrazioni-2021/

[93] Si veda *online*: https://www.piuculture.it/2020/10/modifiche-decreti-sicurezza-accoglienza-protezione-e-cittadinanza-novita/

gno finanziario temporaneo da parte dello Stato. Con queste disposizioni trova per la prima volta applicazione la Direttiva 2001/55/CE del Consiglio dell'Unione Europea, contenente norme minime per la concessione della protezione temporanea agli sfollati nell'ambito della guerra in Jugoslavia.

Figura: Sviluppo del numero di rifugiati e richiedenti asilo in Italia 2010-2019



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.199, fig.6-14

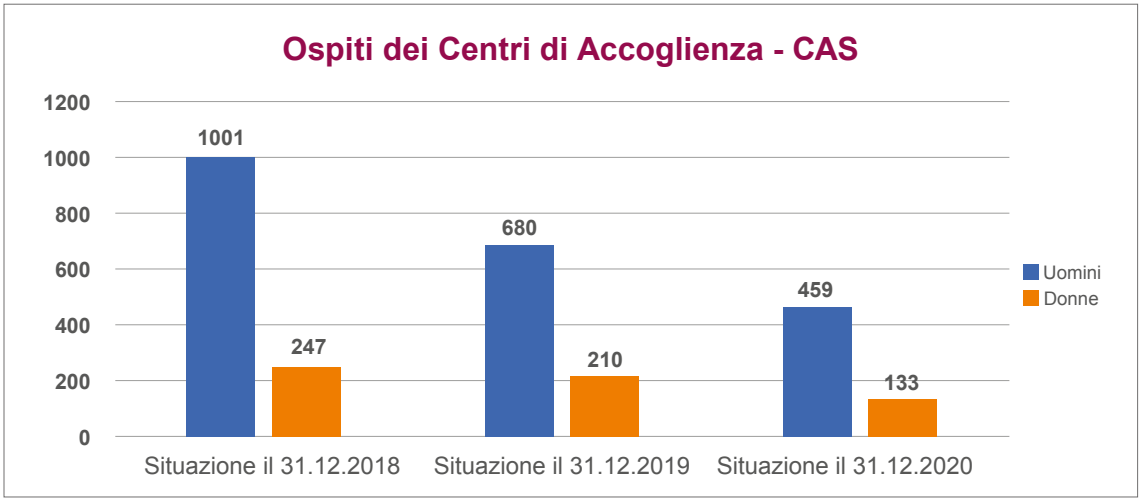
Il Sistema di Accoglienza e Integrazione dei richiedenti asilo e rifugiati (SAI) è stato nuovamente modificato dal D.lgs. n. 130/2020. La prima accoglienza viene prestata nell'ambito della rete dei CAS-Centri di Accoglienza Straordinari, istituiti dal Ministero dell'Interno. L'accoglienza di secondo livello viene gestita dagli enti locali e garantisce ai richiedenti asilo interventi di accoglienza integrata, quali assistenza socio-psicologica, servizi sanitari, mediazione culturale e linguistica, corsi di lingua e consulenza legale, orientamento nel territorio. Per i rifugiati riconosciuti sono previsti percorsi di formazione professionale e inserimento lavorativo.

7.5.5 Accoglienza dei rifugiati e delle rifugiate in Alto Adige

I principi e le misure per l'integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri vengono delineati per la prima volta nella Legge provinciale n. 12/2011. I principali destinatari della legge sono le persone con regolare permesso di soggiorno e le persone naturalizzate con *background* migratorio. La Legge provinciale detta i principi, gli obiettivi e le funzioni della Provincia nei diversi campi dell'integrazione: integrazione linguistica e culturale, servizi di informazione e consulenza, assistenza sanitaria, protezione sociale e politiche abitative. Allo scopo di garantire l'attuazione dei principi e degli obiettivi e il coordinamento delle misure, la legge prevede l'adozione di un programma pluriennale sull'integrazione e, rispettivamente, l'istituzione, presso il Dipartimento provinciale Diritto allo studio, del Servizio di coordinamento per l'integrazione. Nel 2021, sulla base della Legge provinciale n. 11/2020, è stato attivato il Centro antidiscriminazioni presso la Difesa civica, già previsto dalla Legge n. 12/2011 ma poi rimasto inattuato.

In considerazione della competenza dello Stato in materia di migrazione, in Alto Adige, come nelle altre Regioni, sono state realizzate diverse forme di cooperazione volte a garantire l'accoglienza di rifugiati e rifugiate e richiedenti asilo. A partire dal 2016, la Questura ha svolto il ruolo di sportello per i rifugiati e le rifugiate richiedenti protezione internazionale. Il Commissariato del Governo ha garantito la disponibilità di Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) per i contingenti di rifugiati assegnati dallo Stato alla Provincia Autonoma di Bolzano. La gestione dei (CAS) è stata affidata dal Commissariato di Governo, in accordo con la Provincia, a organizzazioni del Terzo settore. Anche gli enti locali hanno creato dei posti per l'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati: alcuni Comuni hanno creato centri SPRAR. Altri, con l'aiuto delle Comunità Comprensoriali, hanno scelto di optare per alloggi in piccole strutture secondo le direttive SIPROIMI, anche perché per queste la legge finanziaria provinciale 2018 prevedeva incentivi finanziari[94].
In linea con le mutate condizioni quadro a livello europeo, i richiedenti e le richiedenti asilo sono calati anche in Alto Adige. Il numero di rifugiati e rifugiate ospitati nei Centri di Accoglienza Statali - CAS è calato da 1.248 a 592 tra il 2018 e il 2020. Da allora sono stati chiusi diversi centri di accoglienza. Per contro, si registra un aumento dei minori non accompagnati.

Figura: Rifugiati accolti nei Centri di Accoglienza - CAS per sesso 2018-2020



Fonte: Fonte: Ufficio Anziani e distretti sociali, presentazione di Brigitte Waldner, workshop *del 22.02.2021; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.192*

7.5.6 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

I campi d'azione delle politiche sui rifugiati e le rifugiate sono stati trattati nell'ambito di *focus groups* con le esperte e gli esperti sulla base dell'analisi dei dati, della ricognizione della letteratura e delle indicazioni fornite dagli uffici competenti. Secondo il sondaggio *online* è necessario stanziare risorse locali ad hoc, per promuovere l'integrazione e l'inclusione. In particolare, si richiede un potenziamento dell'offerta di corsi per l'apprendimento della lingua, specie dopo il taglio operato dai decreti Salvini. In generale, sono necessari ulteriori sforzi in tutti i settori nevralgici dell'integrazione e dell'inclusione, con particolare riferimento alla creazione di opportunità abitative, all'aiuto nella ricerca di un lavoro, alle opportunità di formazione. Deve essere garantita

[94] Eurac Research, Rapporto migrazioni Alto Adige 2020, si veda *online*: https://www.eurac.edu/it/reports/rapporto-migrazioni-alto-adige-2020

un'offerta calibrata in base ai diversi bisogni dei singoli gruppi target (per esempio, bambini, donne, persone traumatizzate), rafforzando di conseguenza le specifiche competenze richieste alle operatrici e agli operatori sociali. Si richiede inoltre più sostegno, specie nell'interazione con persone traumatizzate e, più in generale, con persone di altre culture. Un'altra sfida sono le difficoltà di comunicazione dovute alle barriere linguistiche.

L'atteggiamento generale della società nei confronti dei rifugiati e delle rifugiate viene riconosciuto quale fattore determinante per garantire percorsi di integrazione efficaci. Rispetto ai precedenti flussi migratori, dopo la guerra in Ucraina la disponibilità della società a prestare aiuto è aumentata in modo significativo. Le reti fra attori pubblici e attori privati del Terzo settore favoriscono interventi di accoglienza integrata sensibili. Per questo, bisogna sviluppare le sinergie interdisciplinari e sfruttare la flessibilità del settore privato nel rispondere alle esigenze dei rifugiati e delle persone con *background migratorio*, puntando sugli approcci preventivi. Gli alloggi di piccole dimensioni favoriscono in modo concreto i processi di integrazione. Sia durante la permanenza nei centri temporanei che nella fase successiva è necessario garantire assistenza socio-pedagogica mirata all'apprendimento della lingua e all'orientamento nel territorio con l'affiancamento di mediatori o mediatrici culturali. Il sistema ordinario di accoglienza e integrazione (Sistema di Accoglienza e Integrazione - SAI) è inadeguato a questo scopo.

Nei *focus groups* le esperte e gli esperti si sono espressi a favore di servizi di consulenza e supporto nella ricerca di un alloggio, nonché di aiuti transitori ai rifugiati e rifugiate senza reddito, in continuità con l'esperienza degli ultimi anni. I servizi di supporto e assistenza devono essere garantiti per un periodo di tempo più lungo, con l'obiettivo di dare stabilità ai percorsi di inserimento lavorativo e integrazione sociale. In considerazione dei lunghi tempi di attesa per l'esame delle domande di asilo, sembra opportuno attivare precocemente progetti di *empowerment* individuali mirati, da un lato, all'elaborazione dei traumi e, dall'altro, alla conquista dell'autonomia in un nuovo contesto sociale.

L'integrazione lavorativa dovrebbe essere sostenuta da offerte formative adeguate e dal contatto con le aziende, quella sociale da occasioni di incontro, misure per il superamento dei pregiudizi nei confronti di migranti e rifugiati, iniziative di sensibilizzazione rivolte a tutta la popolazione. L'inserimento precoce dei bambini e bambine nelle strutture di assistenza all'infanzia (asili nido e scuole materne) dev'essere rafforzato, anche se rappresenta una sfida per le professioniste e i professionisti coinvolti. Un aiuto in questa direzione è l'accompagnamento attraverso iniziative di mediazione culturale nella vita quotidiana. Di importanza fondamentale sono la collaborazione fra i servizi sociali, il Servizio mercato del lavoro, il mondo della scuola e i servizi sanitari e la formazione continua dei professionisti e delle professioniste. Infine, l'integrazione dei rifugiati nel mercato del lavoro contribuisce a creare nuovi lavoratori e lavoratrici qualificati per le aziende locali.

7.5.7 Obiettivi strategici e misure

Obiettivo: la Provincia, i Comuni e le Comunità Comprensoriali assicurano lo sviluppo quantitativo e qualitativo, basato sui bisogni, dell'offerta di servizi di consulenza, accompagnamento e assistenza in favore di rifugiati e rifugiate e degli altri immigrati con *background migratorio* in Alto Adige, con l'obiettivo di favorirne l'integrazione lavorativa e l'inserimento nel nuovo contesto sociale.

Misure

Abitare

La Provincia mira a fornire ai rifugiati e alle rifugiate riconosciuti soluzioni abitative temporanee a prezzi accessibili.
La Provincia, i Comuni e le Comunità Comprensoriali promuovono iniziative di accompagnamento abitativo per i rifugiati e rifugiate.

Lavoro e occupazione

La Provincia, i Comuni e le Comunità Comprensoriali sostengono i rifugiati e le rifugiate nella ricerca di un lavoro e di opportunità occupazionali, attraverso la sperimentazione di forme innovative di incontro fra domanda / offerta nel mercato del lavoro, in collaborazione con le associazioni imprenditoriali, la Camera di commercio e le aziende.
La Provincia sviluppa e promuove opportunità di formazione e lavoro flessibili, modulari e soprattutto più orientate alla pratica per i rifugiati e le rifugiate accolti in Alto Adige e, a tale scopo, utilizza anche i canali di finanziamento europei.

Promuovere l'inclusione

La Provincia sostiene gli interventi in favore dei rifugiati e delle rifugiate, che vengono realizzati dagli enti gestori di servizi sociali e/o dalle organizzazioni non profit nell'ambito dei programmi pluriennali sull'integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri, ai sensi della Legge provinciale n. 12/2011. Le misure specifiche comprendono l'apprendimento della lingua, l'informazione, l'orientamento e la consulenza, la formazione professionale e l'istruzione superiore dei rifugiati e delle rifugiate, che soggiornano sul territorio provinciale.
La Provincia e i Comuni promuovono il dialogo interculturale, nonché la creazione di iniziative e spazi di incontro e scambio.
I corsi di apprendimento della lingua, obbligatori per persone richiedenti asilo e rifugiate accolte nei CAS, vengono organizzati in modo flessibile e regolare per rispondere a numerosi e differenti bisogni di apprendimento.
La Provincia promuove progetti e iniziative che sostengono l'*empowerment* individuale e l'integrazione sociale dei richiedenti asilo e dei rifugiati e delle rifugiate nel periodo che precede l'esame della domanda di asilo e dopo la sua approvazione.

Miglioramenti strutturali

La Provincia introduce la figura professionale di mediatore/mediatrice linguistico interculturale e ne promuove l'impiego da parte degli uffici pubblici e/o delle organizzazioni non profit del Terzo settore, che si occupano di promozione dell'inclusione.
La Provincia promuove interventi di formazione e aggiornamento specifici per il personale dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), dei servizi sociali, del Terzo settore e di altri partner della rete, mirati all'acquisizione di competenze nei campi migrazione, interculturalità, persone traumatizzate.

La Provincia promuove iniziative di sensibilizzazione sul tema del trauma nella società.
La collaborazione tra i distretti sociali e i centri di mediazione lavoro viene rafforzata, al fine di garantire un servizio di consulenza interdisciplinare.

7.6 Donne in situazioni di difficoltà

7.6.1 Introduzione

L'espressione "donne in situazioni di difficoltà" designa un articolato insieme di misure per tutte le donne che si trovano in una situazione di particolare vulnerabilità o pericolo (violenza, tratta di esseri umani, *background migratorio* o status di rifugiata). Il Protocollo addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite del 2000 definisce la tratta di persone "il reclutamento, trasporto, trasferimento, l'ospitare o accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di denaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un'altra a scopo di sfruttamento. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro forzato o prestazioni forzate, schiavitù o pratiche analoghe, l'asservimento o il prelievo di organi".

7.6.2 Tratta di esseri umani e sfruttamento

A livello nazionale, l'articolo 18 del D.lgs. n. 286/1998, recante "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", dispone la realizzazione di un programma di assistenza e integrazione sociale per gli stranieri e le straniere vittime dei reati di riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù e di tratta di persone. Lo scopo è di assicurare, in via transitoria, adeguate condizioni di alloggio, vitto e assistenza sanitaria.
Inoltre, l'art. 18 dispone il permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale. Questo consente alle straniere e agli stranieri, anche senza la presentazione di una denuncia penale, di sottrarsi alla violenza e ai condizionamenti dell'organizzazione criminale e di partecipare a un programma di assistenza e integrazione sociale. Il permesso di soggiorno è valido per sei mesi e può essere prorogato per un anno.
La Legge n. 228/2003, recante "Misure contro la tratta di persone", ridefinisce i reati di "riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù", "tratta di persone" e "acquisto e alienazione di schiavi". In particolare, è prevista l'elaborazione di un "Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento di esseri umani", contenente strategie pluriennali di intervento per la prevenzione e il contrasto della tratta e del grave sfruttamento degli esseri umani, nonché azioni finalizzate alla sensibilizzazione, alla prevenzione sociale, all'emersione e all'integrazione sociale delle vittime.
In questo quadro, nel 2003 l'Amministrazione provinciale ha avviato il "Progetto ALBA". Tale iniziativa ha l'obiettivo di offrire assistenza e protezione alle vittime di tratta e sfruttamento di esseri umani e di promuovere la loro integrazione sociale e professionale. Nel 2018 i collaboratori e le collaboratrici del "Progetto ALBA" sono entrati in contatto con 2.671 persone, soprattutto donne tra i 21 e i 40 anni. Di queste, il 25% erano nuovi contatti, 169 sono state incontrate per strada e 19 sono state prese in carico.

Figura: Utilizzo di servizi del progetto Alba nel 2018

Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 187, fig.6-2*

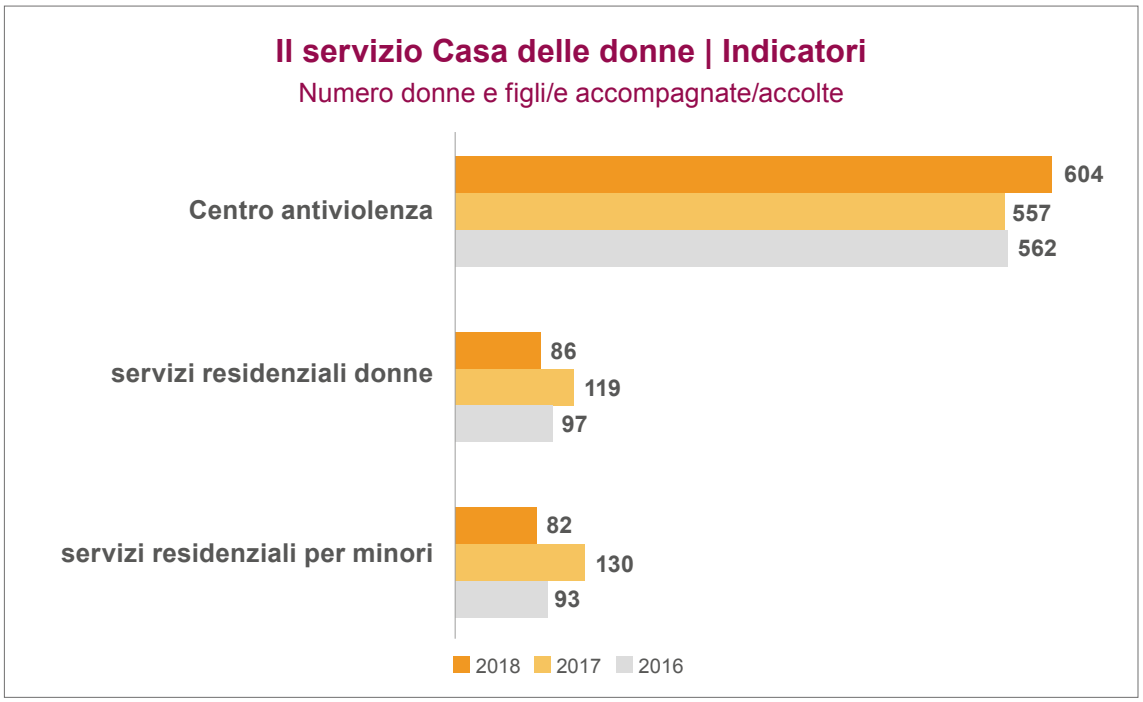
Secondo un rapporto della Commissione europea i paesi UE https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/default/files/study_on_data_collection_on_trafficking_in_human_beings_in_the_eu.pdf i paesi UE hanno registrato in totale 14.145 vittime di tratta di esseri umani tra il 2017 e il 2018. Di queste, il 72% sono donne e ragazze. Quasi un quarto delle vittime registrate (22%) sono bambini. Si stima che il numero di casi non denunciati ("letteratura grigia") sia significativamente più alto. Più della metà delle vittime registrate (60%) sono state abusate a scopo di sfruttamento sessuale, il 15% per altre forme di lavoro forzato, un altro 15% per altre forme di sfruttamento, come l'accattonaggio forzato, l'espianto di organi e la servitù. Quasi la metà delle vittime (49%) proviene da un paese dell'UE.

7.6.3 Violenza sulle donne

La violenza contro le donne è una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione nei confronti delle donne, che comprende tutti gli atti di violenza di genere che provocano o possono provocare danni o sofferenze fisiche, sessuali, psicologiche o economiche. L'espressione violenza domestica designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica perpetrati in ambito familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore condivida o abbia condiviso la stessa abitazione con la vittima.
In Alto Adige il "Servizio Casa delle donne" offre consulenza e protezione alle donne minacciate di violenza o che hanno subito violenza in Alto Adige. Il servizio si compone di un centro d'ascolto antiviolenza e di una struttura residenziale. Tra il 2016 e il 2018 sono pervenute al centro antiviolenza oltre 500 richieste di aiuto all'anno, mentre si mantiene costantemente alta la richiesta di un alloggio sicuro per sé stesse e i propri figli e figlie per allontanarsi dalla situazione di violenza.
Dal 2016 al 2018 il numero di donne che si sono rivolte al centro antiviolenza è aumentato da 562 nel 2016 a 604 nel 2018, mentre le donne accolte stabilmente in struttura sono calate da 97 a 86.

I minori accolti in struttura sono stati 93 nel 2016 e 82 nel 2018. Nel 2017 si è registrato un picco di utenza pari a 129 donne e 130 minori.

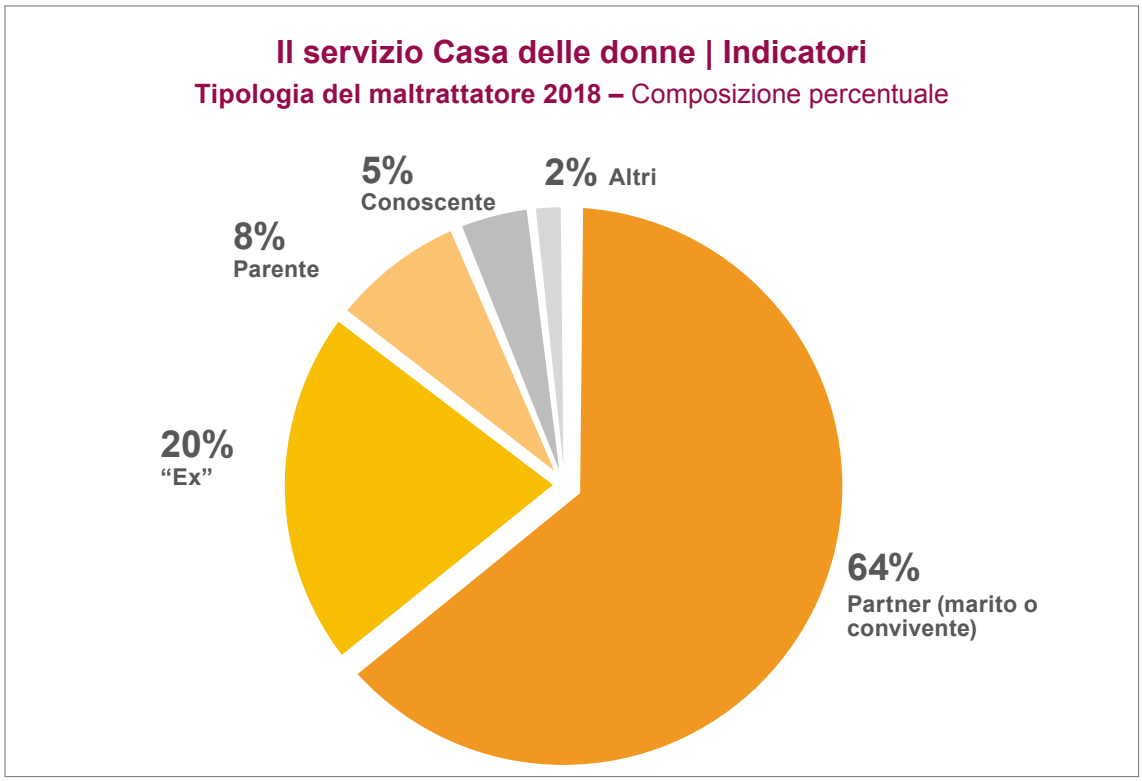
Figura: Numero di donne e figli accompagnate o accolte dal servizio Casa donne (2016-2018)



Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020; Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag. 188, fig.6-3*

Le statistiche provinciali sul profilo dell'autore confermano che le aggressioni violente sono commesse in oltre il 60% dei casi dal partner (marito o convivente). Spesso l'autore è l'ex partner (20%) e, in misura minore, un parente (8%) o conoscente (3%).

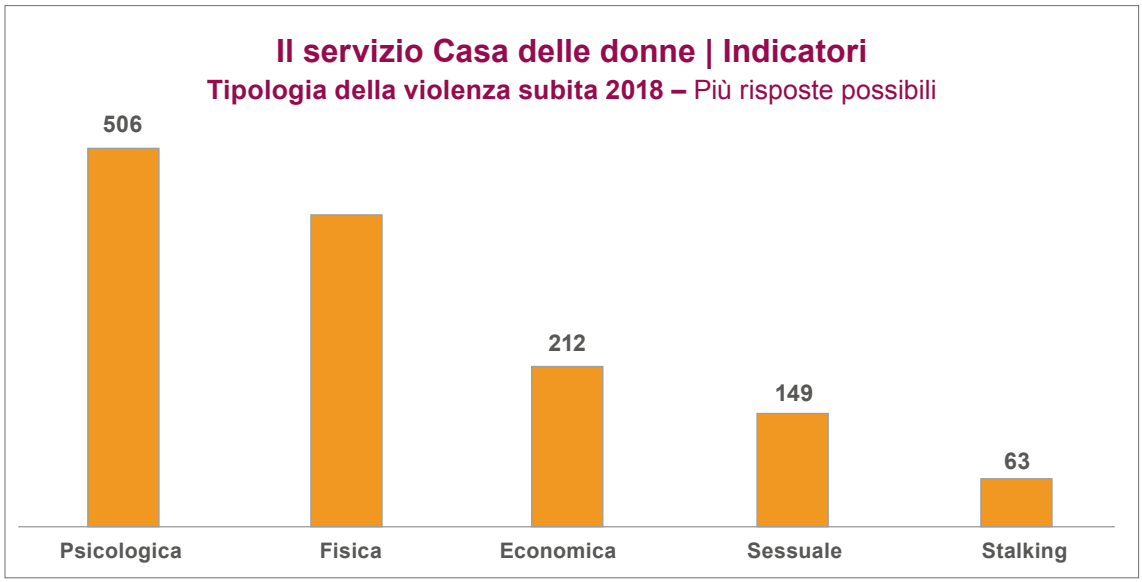
Figura: Profilo del maltrattatore (dati del Servizio Casa delle donne)



Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020 su base dati ASTAT*

Venendo alla tipologia di violenza subita, la vittima è esposta principalmente a una forte pressione psicologica, che le mantiene in una situazione di dipendenza. Se la donna vuole uscirne, la rivendicazione del possesso è enfatizzata dall'uso della violenza fisica. Anche la dipendenza economica contribuisce a limitare la libertà individuale.

Figura: Tipologia di violenza subita (dati 2018 del Servizio Casa delle donne)



Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, presentazione di Petra Frei, workshop *del 10.12.2020 su base dati ASTAT*

Attualmente, l'assistenza alle donne che si trovano in queste difficili situazioni è prestata in forma di consulenza, offerta di un alloggio, sostegno all'integrazione lavorativa, assistenza sanitaria. Le

donne con *background migratorio* o status di rifugiate si trovano in una situazione particolarmente difficile, poiché sono protette dai loro sfruttatori e non hanno quasi nessun contatto sociale. Per le migranti e i migranti dall'Africa le barriere linguistiche e culturali rappresentano un ostacolo per l'accesso agli aiuti.

7.6.4 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

Nel sondaggio *online*, le esperte e gli esperti della materia si esprimono a favore di un ampliamento dei servizi per la tutela delle donne vittime di tratta e sfruttamento, con l'obiettivo di garantire aiuti più efficaci. L'assistenza dovrebbe essere più rapida, flessibile e accessibile. Un più efficace lavoro di rete fra i diversi servizi, soluzioni abitative adeguate e le possibilità di integrazione lavorativa sono punti cardine.
Tali aspetti vengono sviscerati nei *focus groups* con gli *stakeholders* rilevanti. I e le partecipanti, alla luce del fatto che spesso la permanenza nei centri di accoglienza temporanea deve essere prolungata a causa della mancanza di alternative, richiedono una maggiore disponibilità di soluzioni abitative stabili. A tale scopo è necessario un maggiore accompagnamento nella ricerca di un alloggio e verso l'autonomia, non solo abitativa. I criteri di assegnazione degli alloggi IPES dovrebbero essere rivisti con attenzione per le donne vittime di tratta. Attraverso garanzie per i locatori potrebbero essere resi disponibili per loro alloggi sul libero mercato. L'offerta di alloggi dovrebbe coprire anche le zone periferiche. L'offerta di corsi sulle norme di convivenza nella nostra società, in particolare a livello condominiale, potrebbe contribuire a evitare i conflitti. Il lavoro di rete, per esempio nell'ambito di *team* multidisciplinari, è cruciale per l'integrazione. Il sostegno pubblico all'inclusione sociale e lavorativa dovrebbe accompagnare la donna fino al raggiungimento dell'indipendenza economica. Il supporto da parte di specialiste e specialisti in etnoterapia ed etnopsichiatria e di mediatrici e mediatori linguistici e culturali crea fiducia ed è un requisito per la conquista dell'autonomia. L'assistenza psicosociale è particolarmente importante per il superamento delle esperienze traumatiche dovute alla violenza subita. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, servono corsi base sulla cura della salute, ponendo attenzione alle tradizioni culturali. La lingua è un grande ostacolo all'accesso al mondo del lavoro e della formazione professionale. I corsi di lingua dovrebbero migliorare l'autostima delle donne e creare un ponte con il contesto sociale. Per gli uomini autori di violenza conclamata si raccomandano programmi di rieducazione ad hoc e per gli uomini a rischio di violenza interventi di prevenzioni basati su approcci psicoeducativi.

7.6.5 Obiettivi strategici e misure

La Provincia rafforza la consulenza e l'assistenza alle donne in situazioni di difficoltà e le sostiene, tra l'altro, nel superamento dei traumi. Le misure di sostegno sono finalizzate a promuovere una stabile integrazione sociale e lavorativa e, dunque, una vita indipendente.

Misure

La Legge provinciale n. 13/2021 definisce gli interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e di sostegno alle donne e ai loro figli e figlie. Le rispettive misure vengono stabilite nell'ambito del "Piano triennale", predisposto dal Tavolo di coordinamento permanente.
Le misure a favore delle vittime della tratta di esseri umani e sfruttamento sessuale vengono attuate con riferimento al rispettivo piano d'azione nazionale.

La Provincia sostiene la collaborazione e il lavoro di rete fra istituzioni pubbliche e organizzazioni non profit che si occupano di assistenza e integrazione, anche attraverso la promozione di protocolli d'intesa.
Per le donne vittime di tratta e sfruttamento, vengono predisposti protocolli d'intesa per facilitare l'accesso ai servizi sanitari (servizio psicologico, centro di salute mentale, altri).
La Provincia sostiene progetti per l'*empowerment* individuale di donne in situazioni di difficoltà, con *background migratorio* o di rifugiate, nonché corsi di lingua e altre iniziative per promuovere la loro integrazione sociale.

7.7 Panoramica delle strutture e dei servizi

Le tabelle seguenti forniscono una panoramica delle strutture e dei servizi più importanti nel campo dell'inclusione sociale e delle donne in situazioni difficili. Ulteriori informazioni sui servizi sociali sono disponibili sul sito: https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/sociale/pubblicazioni-statistiche/pubblicazioni.asp

Tabella: Alloggi per persone senza fissa dimora, 2021

Tipologia di struttura	Località	Posti
Strutture aperte tutto l'anno		
"Casa Margaret" (donne)	Bolzano	18
"Casa dell'Ospitalitàder" (uomini)	Bolzano	32
"Casa Conte F.J. Forni" - Accoglienza notturna (donne e uomini)	Bolzano	28
"Casa Conte F.J. Forni" - Alloggi per familie	Bolzano	16
"Casa Arché" (donne e uomini)	Merano	25
Alloggio notturno (donne e uomini)	Merano	8
"Casa Jona" (donne e uomini)	Brunico	35
Ricovero notturno straordinario - Via Comini (uomini)	Bolzano	95
Ricovero notturno straordinario - "Ex-Alimarket" (uomini)	Bolzano	95
Ricovero notturno straordinario - Via Macello (donne e nuclei familiari)	Bolzano	50
Strutture aperte parte dell'anno		
Struttura notturna maschile	Bressanone	10
Centro di accoglienza (uomini) - Fiera di Bolzano[95]	Bolzano	100
Ricovero notturno straordinario (uomini)	Merano	18

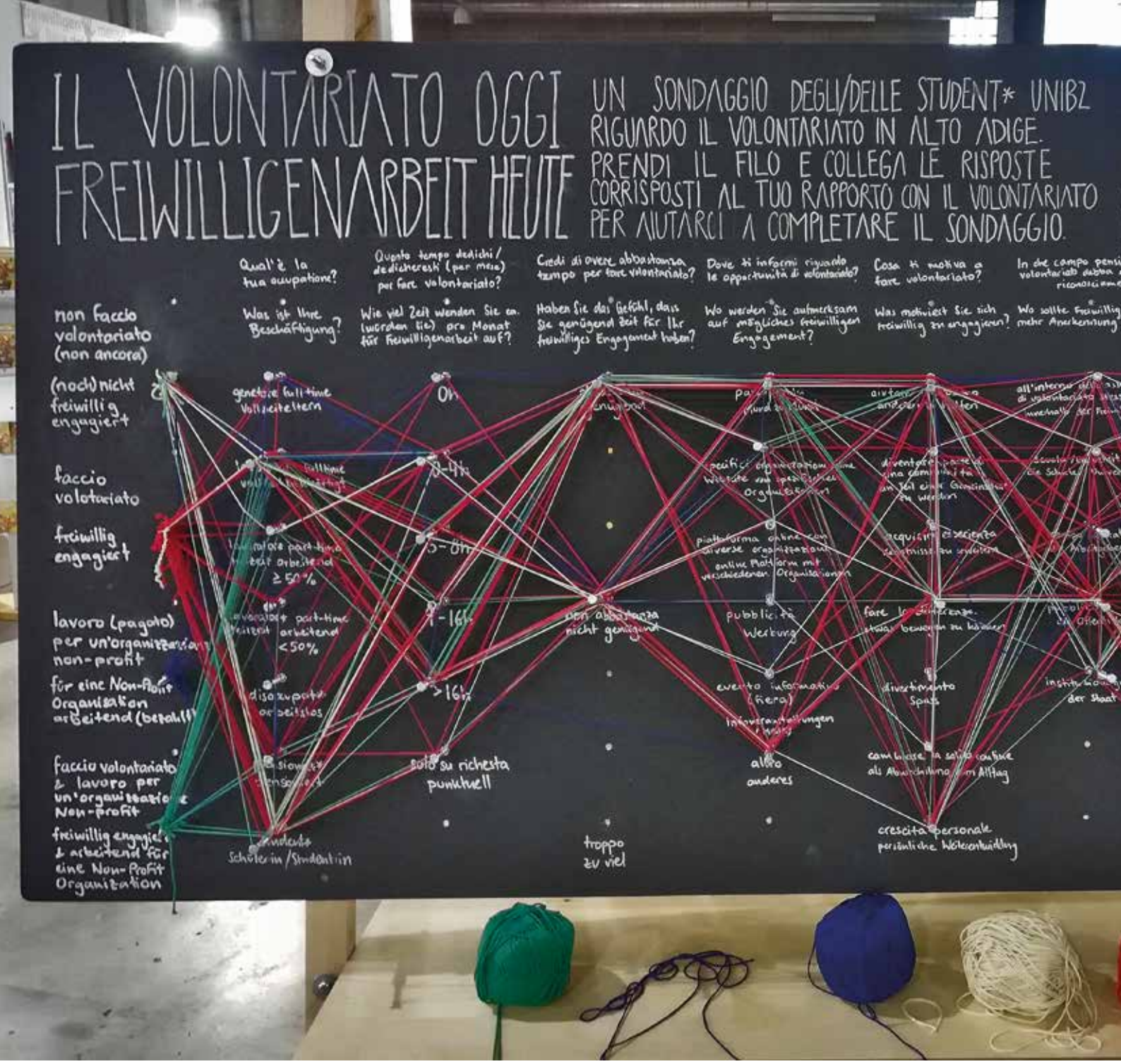
Fonte: Ufficio per la Tutela dei minori e l'inclusione sociale, 2022

[95] Strutture aperte da gennaio 2021 a marzo 2021 nel periodo d'emergenza Covid

Tabella: Consultori familiari: persone assistite per età e sesso, 2021

Assistiti	Uomini	Donne	Totale	%
Bambini e bambine (> 12 anni)	183	180	363	3,43%
Minorenni (13-17 anni)	179	500	679	6,43%
Adulti	2.007	7.518	9.525	90,14%
Alto Adige totale	2.369	8.198	10.567	100,0%

Fonte: ASTAT, 2022



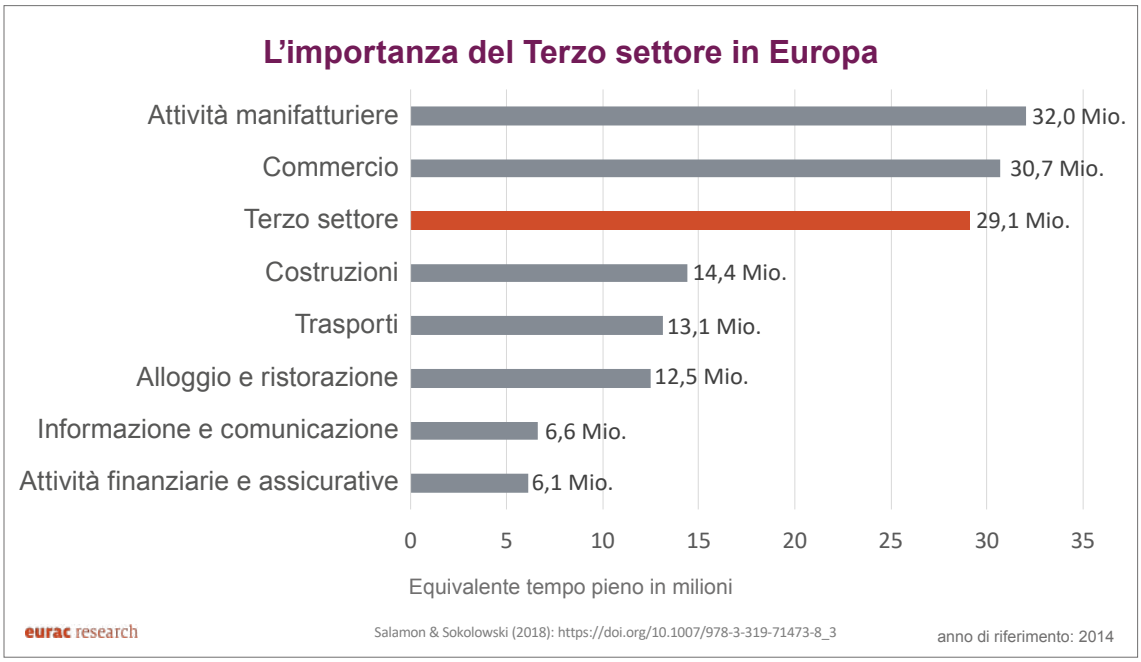
Il ruolo del Terzo settore

8

8.1 Introduzione

Le organizzazioni private non profit, che fanno parte del cosiddetto Terzo settore, sono uno dei pilastri del sistema di servizi sociali, insieme alle Amministrazioni Pubbliche e alle imprese private di servizi orientate al profitto. Vantano una lunga tradizione nell'assistenza ai poveri e ai gruppi emarginati della società, che risale principalmente alle iniziative delle istituzioni ecclesiastiche e degli ordini religiosi ed è basata su un'etica della responsabilità. Numerose associazioni, federazioni e cooperative sociali, spesso con l'aiuto di volontari e volontarie, operano sul campo con iniziative caritatevoli e contribuiscono ad alleviare i bisogni, ovvero a compensare gli svantaggi attraverso un sostegno attivo. I loro meriti vanno dall'organizzazione e gestione di servizi specifici alla consulenza, al lavoro di prossimità, fino al lancio di iniziative innovative con l'obiettivo di rispondere con soluzioni appropriate ai problemi sociali emergenti.
Le organizzazioni del Terzo settore hanno ricevuto una particolare attenzione negli scenari della programmazione economica e nel dibattito scientifico e pubblico a partire dagli anni Ottanta, quando fu messa in discussione la sostenibilità finanziaria del sistema di *welfare* pubblico, assunto nel frattempo a dimensioni sempre maggiori. Sulla spinta dei principi di uguaglianza e solidarietà decantati dalla Rivoluzione francese, il concetto di *welfare state* si è affermato soprattutto sotto la pressione del movimento operaio e sindacale, che individuava nello Stato il soggetto garante dell'equità sociale. Per contro, sono state mosse critiche alle aspettative delle cittadine e dei cittadini sui servizi, ritenute troppo unilaterali. Gli attori del mercato hanno fatto appello alla responsabilità di ciascun individuo per il proprio benessere, quale principio di ordine sociale. Il richiamo alla suddivisione dei compiti trae origine dalla necessità di contenimento dei costi, in continuo aumento. L'autoefficacia degli individui e il ruolo attivo della società civile, e in particolar modo delle organizzazioni non profit del Terzo settore, sono oggi ampiamente riconosciuti quali elementi irrinunciabili per la coesione della società e lo sviluppo della comunità.
Il Terzo settore, con 29,1 milioni di unità di lavoro equivalenti a tempo pieno, è oggi al terzo posto tra i settori economici in Europa. Di questi, il 55% sono volontari.

Figura: L'importanza del Terzo settore in Europa



Fonte: Salamon e Sokolowsky 2018 (Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.283, fig. 7-11)

L'aspetto fondamentale di questa nuova e più ampia comprensione della responsabilità sociale, però, è il riconoscimento dei singoli individui e delle comunità informali quali risorse della società attiva. È nella natura dell'essere umano attivarsi, singolarmente o in forma organizzata con altri, al fine di garantire il benessere proprio e della propria famiglia. La promozione della responsabilità personale e delle diverse forme di aggregazione sociale di fronte alle sfide funge da attivatore di risorse e capacità, portando a un miglioramento della resilienza individuale e collettiva, in risposta a difficoltà o eventi inaspettati. Chi, a causa di qualsiasi situazione di svantaggio o difficoltà temporanea, non è in grado di farlo ha diritto all'aiuto da parte della comunità.
Le organizzazioni private non intervengono solo a titolo di dispensatori di aiuto solidale, ma anche di enti gestori non profit di servizi sociali che integrano l'offerta pubblica in un'ottica di *community building* (associazioni, fondazioni, cooperative sociali). In alcune aree, le organizzazioni del Terzo settore si sono affermate come gestori di servizi altamente specializzati, che affiancano all'impegno volontario un alto grado di professionalizzazione delle risorse. L'attivazione del capitale sociale della società a livello locale viene ritenuto dalle esperte e dagli esperti un'opportunità per affrontare le crescenti sfide sociali di una società in profonda trasformazione.

8.1.1 La sfida della co-programmazione e co-progettazione degli interventi sociali

A livello statale il concetto di sistema integrato (pubblico privato) di interventi e servizi sociali affermato dalla Legge quadro n. 328/2000 è stato ulteriormente rafforzato dalla legge di riforma del Terzo settore (D.lgs. n. 117/2017). Con il riconoscimento formale della rilevanza delle organizzazioni del Terzo settore per le politiche sociali sono state gettate le basi normative per una cooperazione strutturata e duratura con le Amministrazioni Pubbliche, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dalla Costituzione.

Figura: Il principio del coinvolgimento degli enti del Terzo settore

Il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore

Art. 55 Codice Terzo settore

"**Le PA** in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi di interesse generale **assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore attraverso forme di co-programmazione** e co-progettazione e accreditamento…"

Fonte: Ripartizione Politiche sociali, presentazione di Michela Trentini, workshop *del 18.03.2021*

La legge, nota anche come Codice del Terzo settore, definisce le diverse tipologie di organizzazioni senza scopo di lucro del Terzo settore. Tra le altre, vengono elencate le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, le fondazioni. La legge definisce il quadro di riferimento per lo svolgimento di attività di interesse generale e detta regole specifiche

per la loro corretta amministrazione. Tra le altre cose, la legge disciplina in modo dettagliato la collaborazione con i volontari e le volontarie al fine di garantire trasparenza e certezza del diritto in questo ambito. La promozione della cultura del volontariato è espressamente indicata quale compito delle Amministrazioni Pubbliche. Gli enti del Terzo settore sono iscritti nel Registro Unico Nazionale del Terzo settore (RUNTS).

Il principale strumento di cooperazione tra soggetti pubblici e del Terzo settore sarà in futuro la cosiddetta co-programmazione degli interventi sociali. In concreto, la co-programmazione è finalizzata all'analisi dei bisogni da soddisfare e alla definizione degli interventi da attuare, nonché delle modalità della loro realizzazione, e delle risorse disponibili. A questa prima fase può seguire la fase della co-progettazione - attiene alla definizione ed eventuale realizzazione di specifici progetti di servizio - e, infine, la sottoscrizione di convenzioni.

La co-programmazione e co-progettazione degli interventi sociali sancita dal Codice del Terzo settore apre la possibilità concreta di dare attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale, attraverso forme di co-gestione alternative alla logica del mercato e del profitto.

Attraverso una dettagliata co-progettazione le Amministrazioni Pubbliche attuano una forma di cooperazione con un ente del Terzo settore, con l'obiettivo di realizzare progetti e servizi in favore della comunità di un dato territorio.

Il quadro giuridico che consente alle Amministrazioni Pubbliche e agli enti del Terzo settore di attivare processi di co-programmazione e co-progettazione è il seguente:

- Legge n. 241/1990;
- artt. 55-57 del Codice del Terzo settore;
- sentenza della Corte costituzionale n. 131/2020;
- decreto del Ministro del Lavoro e Politiche Sociali n. 72/2021 recante "Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed enti del Terzo settore", ai sensi degli artt. 55-57 del Codice del Terzo settore.

I Comuni e le Comunità comprensoriali che attivano un progetto sociale o un servizio sociale devono identificare lo strumento più appropriato per rispondere ai bisogni individuati o emergenti, scegliendo fra l'esecuzione di un servizio in appalto, in base al Codice dei contratti pubblici, e la metodologia della programmazione e progettazione in comune, in base al Codice del Terzo settore.

La co-progettazione è uno strumento innovativo che consente alle Amministrazioni Pubbliche di andare oltre le procedure di affidamento di un contratto per l'esecuzione di servizi in appalto e di valorizzare le competenze e l'esperienza degli enti del Terzo settore nel territorio di riferimento.

La metodologia della co-progettazione si differenzia dai contratti pubblici di appalto in quanto prevede l'attivazione di un rapporto di collaborazione e partecipazione ai costi, nonché di corresponsabilità per la realizzazione di progetti o servizi. La collaborazione fra soggetti pubblici e organizzazioni del Terzo settore in funzione sussidiaria può avere come oggetto sia l'elaborazione di misure sia di prestazioni.

Le linee guida del Ministro del Lavoro e Politiche Sociali di cui al D.M. n. 72/2021 descrivono puntualmente le caratteristiche, le modalità di attuazione e le singole fasi del procedimento di co-programmazione e co-progettazione e, in tal senso, supportano i Comuni e le Comunità Comprensoriali nella concreta applicazione di questo procedimento con gli enti del Terzo settore, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento.

Le fasi del procedimento di co-programmazione

- Avvio del procedimento a cura della PA o di organizzazioni del Terzo settore;
- pubblicazione dell'avviso;
- svolgimento dell'istruttoria;
- conclusione della procedura ad evidenza pubblica.

Le fasi del procedimento di co-progettazione

- Avvio del procedimento a cura della PA o di organizzazioni del Terzo settore e a seguito dell'attività di co-programmazione;
- pubblicazione dell'avviso;
- svolgimento delle sessioni di co-progettazione;
- conclusione della procedura ad evidenza pubblica;
- sottoscrizione della convenzione.

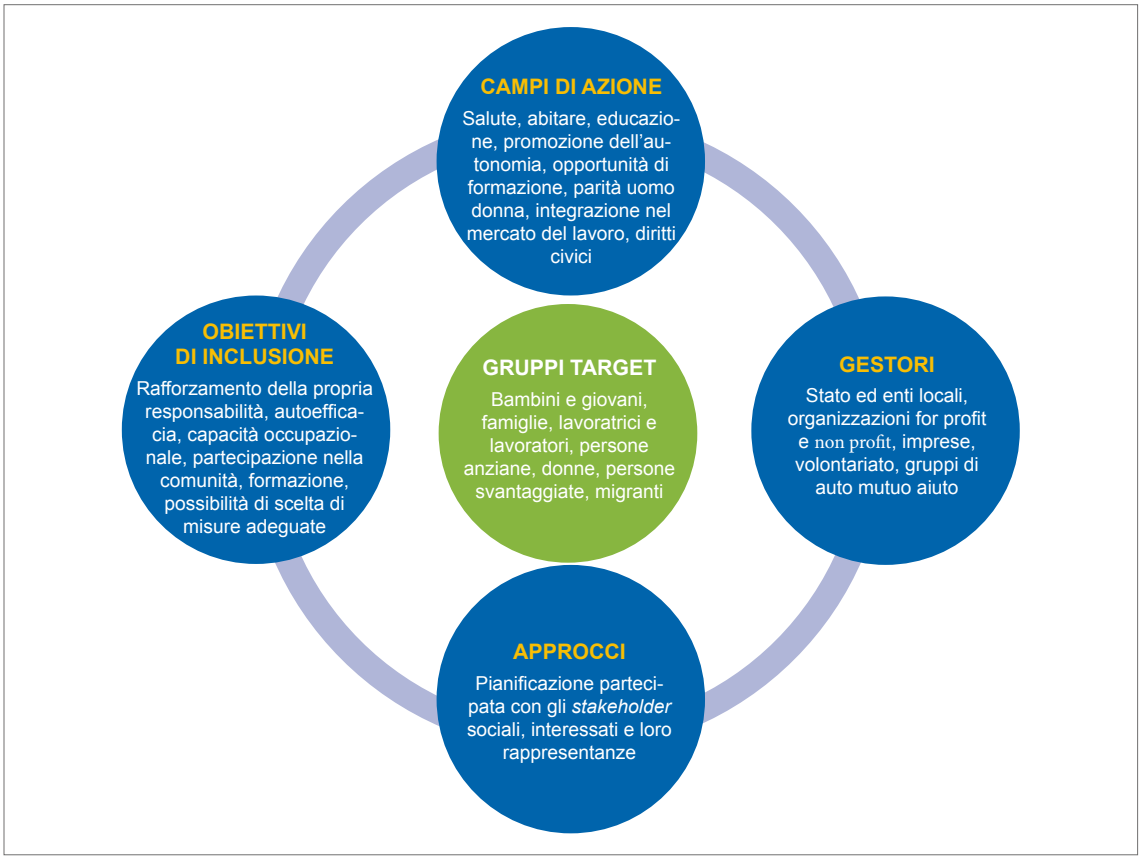
8.2 La funzione di supporto delle organizzazioni non profit

Gli studiosi e le studiose cercano da anni di sviluppare nuove logiche per innovare i servizi sociali. Le organizzazioni non profit, sulla base dell'esperienza pratica, hanno attivato progetti pilota in collaborazione con le Amministrazioni Pubbliche sperimentando metodologie di pianificazione e organizzazione degli interventi sociali più efficaci rispetto a quelle usuali. Il sistema di servizi tradizionale si basa su un approccio prestazionale orientato a soluzioni individuali, principalmente di tipo monetario. Tuttavia, in un mondo del lavoro in profonda trasformazione questo sistema non può più offrire risposte adeguate ai bisogni di protezione contro il rischio crescente di disoccupazione, malattia e povertà in età avanzata. A rimanere esclusi sono soprattutto gli occupati con contratti precari nel settore dei servizi a bassa produttività e a basso salario. È aumentata anche la percentuale di persone che non sono in grado di entrare nel mondo del lavoro o di stabilizzare la propria situazione lavorativa o che, a causa di altri svantaggi, sono limitate nella loro partecipazione alla comunità e nella loro capacità di autosostentamento.
Due studi pubblicati nel 2021 descrivono le sfide per l'attuazione di un nuovo sistema locale di *welfare*. Francesco Longo e Franca Maino, nell'introduzione a un ampio studio sui sistemi sociali locali[96], sottolineano la necessità di nuove strategie di *welfare* per affrontare con successo le sfide delle profonde trasformazioni sociali in corso. L'aumento del tasso di separazione dei coniugi, la solitudine delle persone, la dilagante disoccupazione giovanile e la prevalenza dei NEET, l'aumento della clusterizzazione sociale e della polarizzazione culturale, la mancanza di mobilità sociale, specie nel sistema scolastico, necessitano di misure che promuovono l'aggregazione sociale (di gruppo) e la riattivazione personale e professionale, per arginare la polarizzazione sociale. I processi di *community building* partono dal livello locale. Il sistema di *welfare* deve utilizzare le risorse umane, finanziarie e regolative locali per agire sui processi e sulle dinamiche

[96] Longo Francesco, Maino Franca (eds.): Piattaforma *welfare* - Nuove logiche per innovare i servizi locali. Ed. Egea 2021.

sociali che possono rispondere alle criticità collettive emergenti. Ciò impone un cambiamento radicale della cultura e delle logiche di azione dei sistemi di *welfare* locale.
Franca Maino ha svolto un'ampia ricerca sui modelli emergenti di *welfare* locale basati su logiche di *community building*.[97] Il secondo *welfare*, come viene definito nel rapporto, è un insieme variegato di interventi e misure sociali fornite da una vasta gamma di attori pubblici, economici, filantropici e sociali che agiscono in rete fra loro. Questo sistema si basa sull'attivazione di reti territoriali formali e informali, aperte alla collaborazione delle istituzioni pubbliche con attori privati, organizzazioni non profit e cittadini. L'autrice propone un quadro di sintesi che si riproduce in forma semplificata nella figura seguente.

Figura: Elementi del sistema locale di *welfare*: gruppi target, gestori, metodologie di progettazione, obiettivi e misure di Politica sociale



Fonte: Maino, 2021 (rielaborazione a cura Chiron Formazione e Ricerca)

I cambiamenti sociali in atto nella società, con l'aumento del rischio di povertà, dello stress mentale nelle diverse fasi della vita e dei danni alla salute in età avanzata, hanno portato a nuovi problemi che necessitano di risposte adeguate da parte della comunità. Gli interventi in favore della capacitazione e responsabilizzazione della singola persona necessitano del coinvolgimento attivo della famiglia e della comunità locale nella pluralità delle sue espressioni (aiuto di vicinato, organizzazioni e fondazioni non profit, gruppi di auto aiuto, forme di mutuo soccorso). In futuro, non solo la pianificazione e l'attuazione degli interventi ma anche il loro finanziamento

[97] Maino, Franca: Il ritorno dello stato sociale? Mercato, Terzo settore e comunità oltre la pandemia. Quinto rapporto sul secondo *welfare*, ed. Giappichelli, 2021.

dovrebbe basarsi sul contributo dell'ente pubblico, delle imprese private e della società civile, al fine di promuovere la coesione sociale e lo sviluppo prospero della comunità.
Con la legge di riordino dei servizi sociali (Legge provinciale n. 13/1991) l'Alto Adige ha già riconosciuto la funzione di sostegno delle organizzazioni private e, in particolare, delle organizzazioni non profit abilitandole a diventare un pilastro portante del sistema di servizi sociali locale. L'attività delle organizzazioni del Terzo settore si basa su contratti pubblici di appalto per l'esecuzione di servizi e su convenzioni tra gli enti gestori pubblici e privati dei servizi sociali. La Provincia concede contributi agli enti pubblici e privati senza scopo di lucro per la gestione dei servizi, comprese le attività di tempo libero, la consulenza, la formazione/formazione continua, l'informazione e sensibilizzazione della popolazione, l'organizzazione di gruppi di auto aiuto.

Figura: Gli attori del Terzo settore

Fonte: Ripartizione Politiche sociali, presentazione di Michela Trentini, workshop *del 18.03.2021*

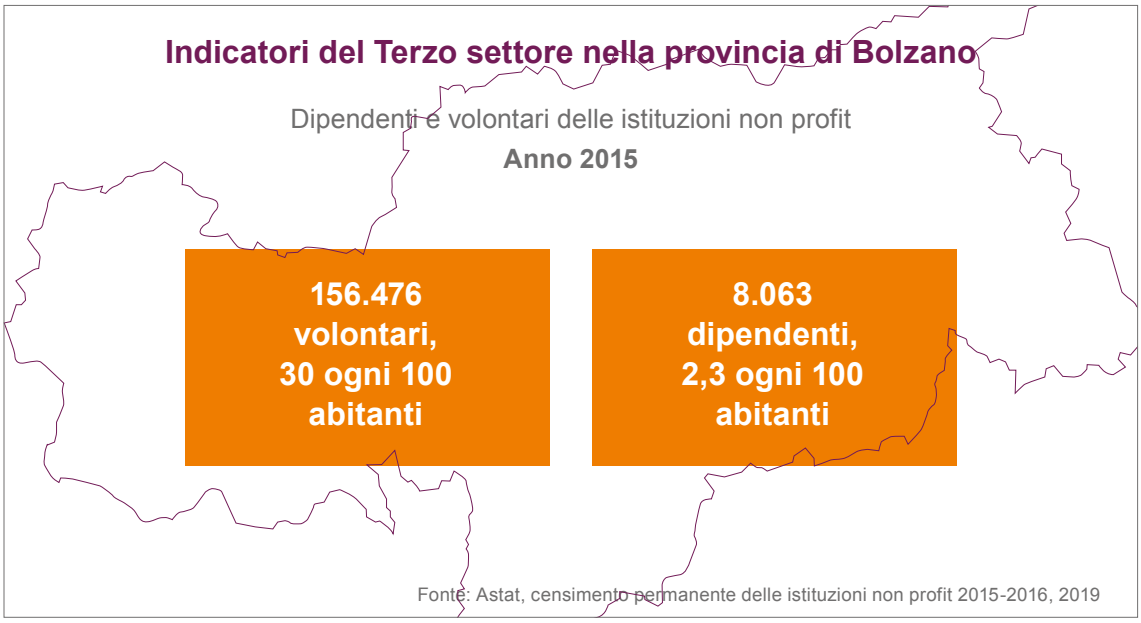
Grazie a una quota significativa di volontariato, le organizzazioni non profit in Alto Adige sono ben radicate nel tessuto sociale e spesso svolgono anche il ruolo di portavoce delle istanze delle persone svantaggiate e bisognose di assistenza nei confronti della Pubblica Amministrazione e della politica. Le organizzazioni non profit possono assumere diverse vesti giuridiche: associazioni con o senza personalità giuridica, fondazioni, cooperative sociali e loro consorzi.
Le cooperative sociali di tipo A gestiscono una pluralità di servizi sociali in ambito socio-sanitario, culturale e pedagogico. Fra questi, per esempio, i servizi di assistenza agli anziani, gli asili nido, le residenze per persone anziane, le residenze per persone con disabilità, comunità alloggio per minori. In questo modo, le cooperative sociali di tipo A integrano l'offerta pubblica di servizi. Le cooperative sociali di tipo B realizzano progetti diretti all'inserimento lavorativo di persone svan-

taggiate (Delibera Giunta provinciale n. 24/1988; art. 4 Legge n. 381/1991). Altri attori sociali storicamente molto attivi sono le organizzazioni religiose o laiche che offrono aiuti, consulenza e assistenza non burocratica in situazioni di emergenza. Le organizzazioni di volontariato possono anche assumere personale.
Molte organizzazioni si sono associate fra loro con l'obiettivo di ottimizzare i processi amministrativi, ridurre i costi e rafforzare il loro ruolo di rappresentanti delle persone socialmente svantaggiate. Fra le cooperative sociali se ne contano oggi quattro: AGCI Alto Adige, Confcooperative, Lega-Coop-Bund, Raiffeisenverband. La Caritas e il KVW, in quanto specifiche strutture dedicate all'impegno sociale, sono espressione dell'impegno della Chiesa. La Federazione per il Sociale e la Sanità raccoglie oltre 50 organizzazioni senza scopo di lucro.

8.2.1 Il contributo dei volontari e delle volontarie

I volontari e le volontarie prestano un servizio molto apprezzato all'interno delle organizzazioni private del settore sociale, contribuendo in modo significativo a garantire la continuità di numerosi servizi. In generale, l'attività di volontariato può essere svolta in tutti i servizi sociali. In aderenza alla legge quadro di riforma del sistema sociale n. 328/2000, l'attività di volontariato integra il *welfare* pubblico e nazionale e rafforza le sinergie tra le attrici e gli attori pubblici e della società civile. Questa funzione ha trovato un sistematico ancoraggio normativo nel Codice del Terzo settore.

Figura: Volontari e dipendenti del Terzo settore in Alto Adige



Fonte: Ripartizione Politiche sociali, presentazione di Michela Trentini, workshop *del 18.03.2021*

Le organizzazioni iscritte nel Registro provinciale delle organizzazioni di volontariato e di promozione sociale sono 2.217 Le associazioni iscritte nel Registro provinciale delle organizzazioni di promozione sociale sono 181. Per queste, non viene indicato il relativo settore di attività (dati del 22.02.2022).

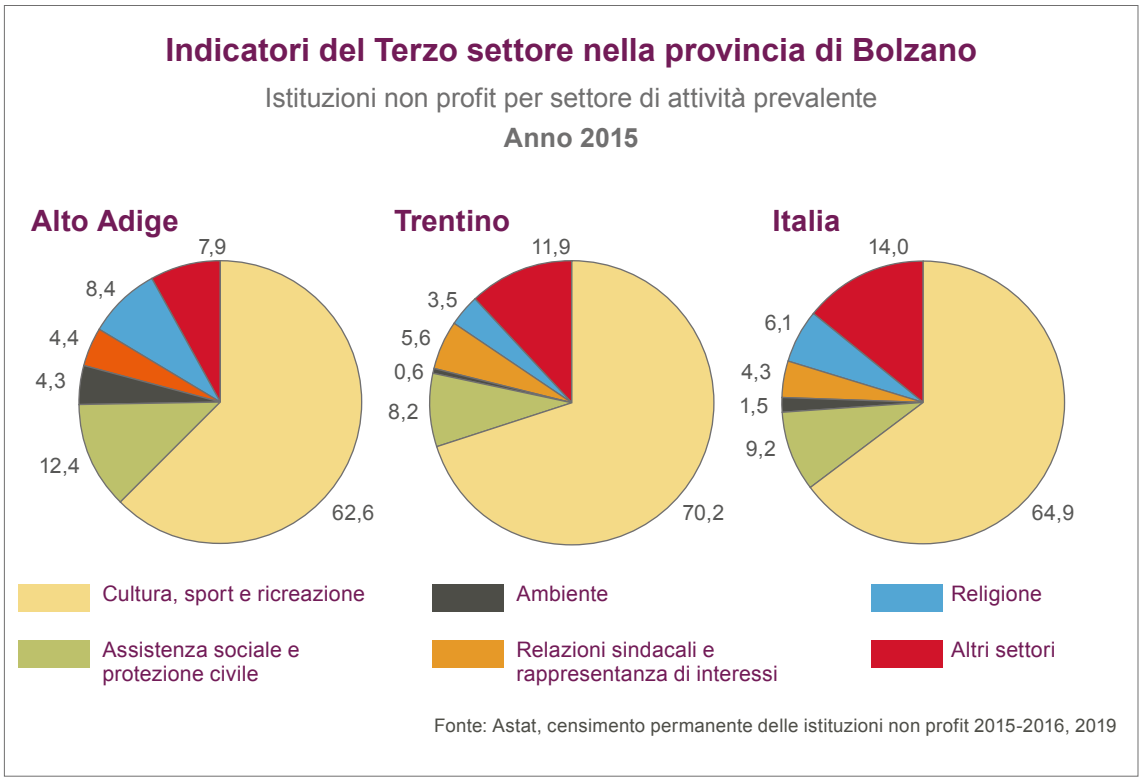
Tabella: Organizzazioni di volontariato e di promozione sociale iscritte nel Registro provinciale delle organizzazioni di promozione sociale (data: 22.02.2022)

Settore	Numero di organizzazioni
Assistenza sociale e sanitaria	272
Cultura, educazione e formazione	1.329
Attività sportive, ricreative e di tempo libero	431
Protezione civile, tutela dell'ambiente e del paesaggio	457

Fonte: Ufficio Relazioni estere e volontariato

In futuro queste organizzazioni dovranno essere trasferite sul sistema informativo del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS). Tuttavia, sono in corso trattative con il Ministero per mantenere un registro provinciale separato, tenuto conto delle specificità dell'associazionismo locale.

Figura: Indicatori del Terzo settore in Alto Adige



Fonte: Ripartizione Politiche sociali, presentazione di Michela Trentini, workshop *del 18.03.2021*

8.2.2 Accreditamento

L'accreditamento dei servizi è una condizione essenziale per accedere al finanziamento pubblico, compresa la stipula di convenzioni. È previsto per tutti i servizi sociali e socio-sanitari domiciliari, semiresidenziali, residenziali e di consulenza nei settori anziani, assistenza domiciliare, persone con disabilità e minori. L'accreditamento consiste in una valutazione professionale, sistematica e periodica, mirante a garantire l'appropriatezza e il miglioramento continuo dei servizi (Delibera Giunta provinciale n. 535/2019). I criteri per l'accreditamento di specifici settori sono stati fissati con diverse delibere della Giunta provinciale o della Ripartizione provinciale Politiche

sociali. Tali criteri definiscono il tipo di servizio, i gruppi target, la capacità ricettiva, i requisiti minimi strutturali, l'ente gestore, i parametri del personale, nonché i correlati requisiti formali e qualitativi.

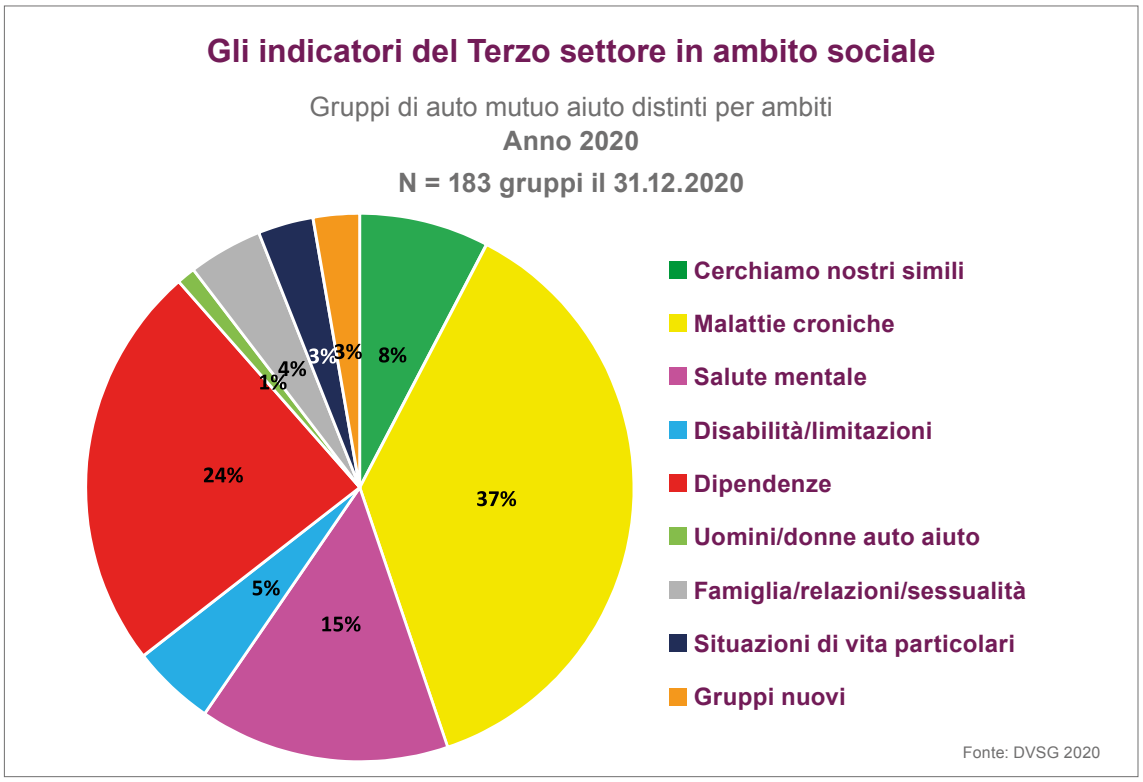
8.2.3 Apertura del mercato

Attualmente, il fabbisogno di servizi alla persona nel settore sociale e sanitario non può essere coperto a causa della carenza di personale qualificato o di giovani in ingresso nel mondo del lavoro. Questa tendenza è destinata ad aggravarsi in futuro. L'applicazione di criteri dell'economia privata alle gare d'appalto per l'esecuzione di servizi crea una maggiore pressione verso un'apertura generale del mercato. Alla luce dell'esigenza di controllo dell'ampiezza e della qualità dell'offerta di servizi da parte del Terzo settore e dell'esigenza di una regolamentazione dei criteri di accesso al mercato da parte del soggetto privato si rende necessaria una revisione e specificazione sia delle attuali disposizioni sull'accreditamento dei servizi, sia della disciplina dei contratti pubblici. In questo modo si creano le condizioni idonee a garantire la possibilità di scelta dei servizi da parte dell'utente (art. 6, Legge provinciale n. 13/1991).

8.2.4 Iniziative di auto mutuo aiuto

I gruppi di auto mutuo aiuto sono una forma di impegno volontario di iniziativa privata ad accesso libero e gratuito. Vengono attivati da persone accomunate da un medesimo problema con l'obiettivo del mutuo sostegno, nonché della creazione di una piattaforma per l'auto mutuo aiuto nel settore sociale o sanitario. La Federazione per il Sociale e la Sanità sostiene le iniziative di auto mutuo aiuto attraverso il Servizio per Gruppi di Auto Aiuto. Nel 2021, risultano attivi in Alto Adige 188 gruppi di auto aiuto. I gruppi di auto aiuto percepiscono i servizi sociali dal punto di vista della persona interessata, rapportando la domanda di servizi alla situazione di vita concreta, e dunque possono dare indicazioni preziose su come migliorare i servizi partendo dai bisogni reali. Da questa stessa prospettiva affrontano la gestione degli oneri sociali e sanitari e promuovono le risorse sociali e personali dei beneficiari e delle beneficiarie, in funzione di una riattivazione del proprio percorso di vita (auto aiuto), dedicando attenzione e tempo alle persone e incoraggiando lo scambio di esperienze. Una rete di sostegno alle persone in situazioni di difficoltà è in grado di rafforzare la resilienza personale e offrire sostegno davanti a crisi o eventi inattesi.

Figura: Gruppi di auto muto aiuto in Alto Adige per ambito



Fonte: Ripartizione Politiche sociali, presentazione di Michela Trentini, workshop *del 18.03.2021*

A differenza dei gruppi di auto aiuto, i patronati operano a livello istituzionale. Nel ruolo di servizi dei sindacati e delle associazioni di categoria, offrono consulenza e assistenza gratuita agli iscritti e ai non iscritti offrendo svariati servizi sociali. La loro attività viene sostenuta dall'ente pubblico con contributi, in base al numero di casi trattati.

8.2.5 Partecipazione dei cittadini e delle cittadine e delle persone interessate

La Consulta per il sociale a livello provinciale e il Comitato di distretto a livello di Comunità Comprensoriali, nonché i Comitati dei servizi residenziali sono forme di partecipazione istituzionalizzate. La partecipazione delle cittadine e dei cittadini e delle cittadine, nonché delle persone interessate alla pianificazione e attuazione degli interventi sociali è in capo ai Comuni. I Comuni, infatti, hanno il compito di identificare i bisogni e garantire la partecipazione dei cittadini alla gestione e al controllo dei servizi, anche attraverso il coinvolgimento degli assistiti, delle famiglie e delle formazioni sociali operanti nel territorio (art. 11, Legge provinciale n. 13/1991). L'idea di fondo è raccogliere suggerimenti ad ampio raggio sugli ambiti di intervento del settore sociale, con l'obiettivo di indirizzare la programmazione degli interventi pubblici verso soluzioni il più possibile rispondenti ai bisogni reali. Attraverso il contatto quotidiano delle diverse istituzioni e servizi con la popolazione vengono raccolte regolarmente informazioni che, opportunamente elaborate, forniscono importanti indicazioni per l'orientamento dei programmi e degli interventi sociali. La rendicontazione sociale svolge una funzione indispensabile in tal senso.
La partecipazione degli attori locali al processo di pianificazione sociale viene statuita dalla Legge provinciale n. 13/1991 ed è avvalorata a livello nazionale dalla Legge quadro n. 328/2000 e dalla legge di riforma del Terzo settore. Questo approccio richiede la promozione di forme di partecipazione sistematica della popolazione, e in particolare degli interessati e delle rispettive

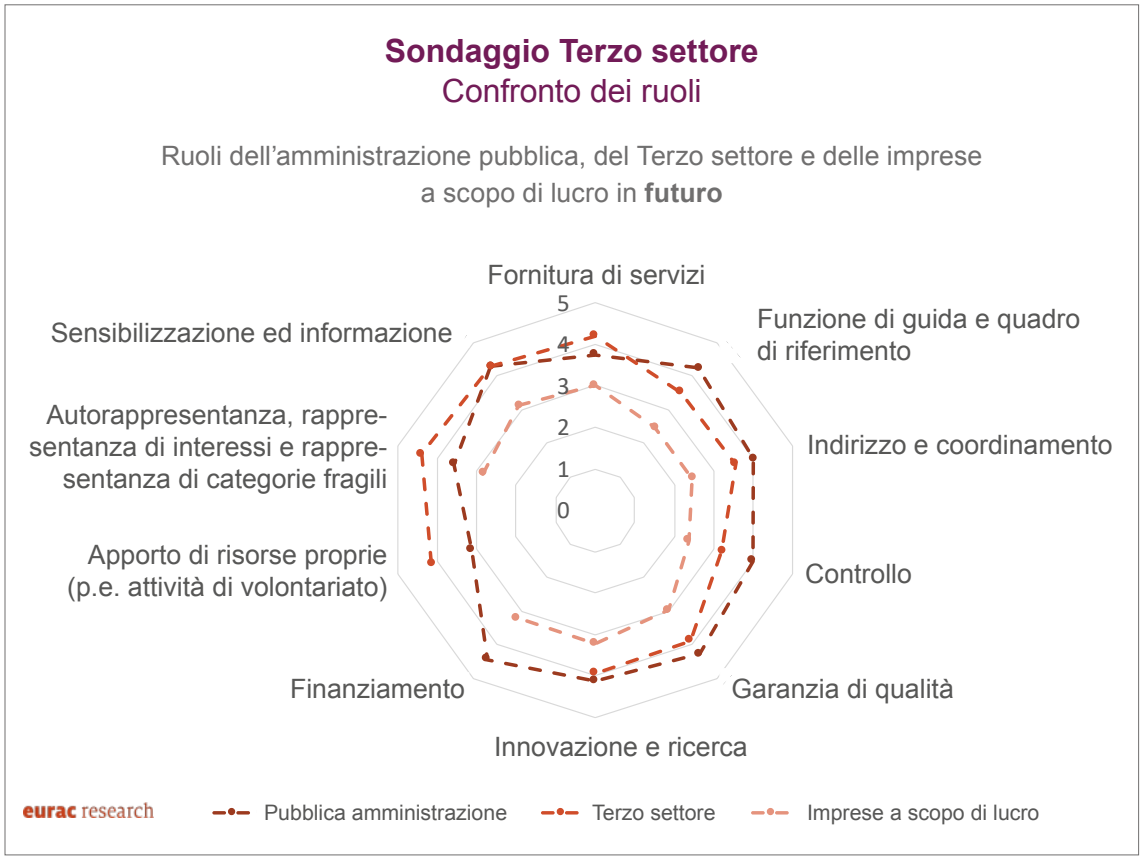
organizzazioni di rappresentanza, alla pianificazione, attuazione e valutazione delle istituzioni e dei servizi sociali. A fianco delle indagini statistiche basate su un campione rappresentativo, che di regola comportano un ingente sforzo organizzativo, i metodi qualitativi sono particolarmente adatti per l'approfondimento di singoli temi.

8.3 Risultati del sondaggio *online* e dei *workshops* sui temi salienti

8.3.1 Risultati del sondaggio *online*

Data la crescente importanza del Terzo settore nell'ambito del sistema di *welfare* locale, l'Eurac Research ha condotto un sondaggio *online* al quale hanno partecipato n. 181 rappresentanti delle organizzazioni private non profit, cooperative, Pubbliche Amministrazioni, fondazioni, altre istituzioni private e gruppi di auto mutuo aiuto. Il sondaggio, che aveva l'obiettivo di indagare il ruolo e il potenziale del Terzo settore, ha preso in considerazione svariati ambiti tematici, fra i quali: il ruolo del Terzo settore e delle imprese for profit in ambito sociale, la ricerca e l'innovazione, la comunicazione e il lavoro di rete, il ruolo dei volontari e delle volontarie, dei e delle dipendenti. I risultati confermano attese crescenti nei confronti sia delle Amministrazioni Pubbliche, sia delle organizzazioni non profit nel settore sociale.

Figura: Ruolo futuro della Pubblica Amministrazione, del Terzo settore e delle imprese for profit nel settore sociale



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.293, fig. 7-19

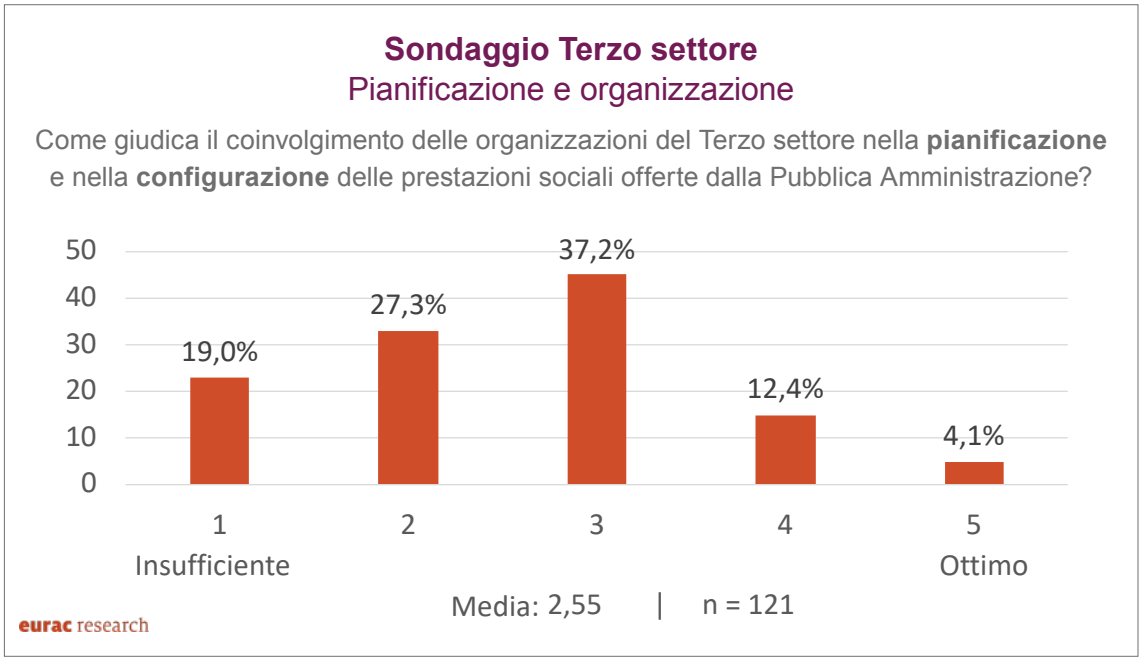
8.3.2 Aspettative crescenti nel settore sociale

Gli esperti e le esperte che hanno risposto al sondaggio si aspettano in futuro un maggiore impegno delle Amministrazioni Pubbliche, con particolare riferimento alle aree: garanzia di qualità, rappresentanza di interessi, innovazione e ricerca, sensibilizzazione e informazione. Un quadro sostanzialmente simile emerge per le organizzazioni del Terzo settore, rispetto alle quali è atteso un rafforzamento delle funzioni di indirizzo e coordinamento, garanzia di qualità, rappresentanza di interessi, innovazione e ricerca. A parere dei rispondenti, le imprese for profit non avranno in futuro un ruolo importante nel settore sociale in Alto Adige, specie per quanto riguarda l'organizzazione e gestione dei di servizi sociali. Per contro, esse potrebbero ampliare l'offerta di aiuti alle persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze, alle persone anziane, alle donne e uomini in situazioni di difficoltà, ai minori e in favore dell'inclusione sociale.

8.3.3 Cooperazione paritaria (partenariato)

Dal sondaggio emerge il desiderio di un maggiore coinvolgimento del Terzo settore nella programmazione e progettazione degli interventi sociali: il 19% dei rispondenti lo giudica insufficiente, il 27,3% sufficiente e il restante 16,5% buono o eccellente.

Figura: Coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo settore nella pianificazione e progettazione dei servizi sociali da parte della Pubblica Amministrazione



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.295, fig. 7-21

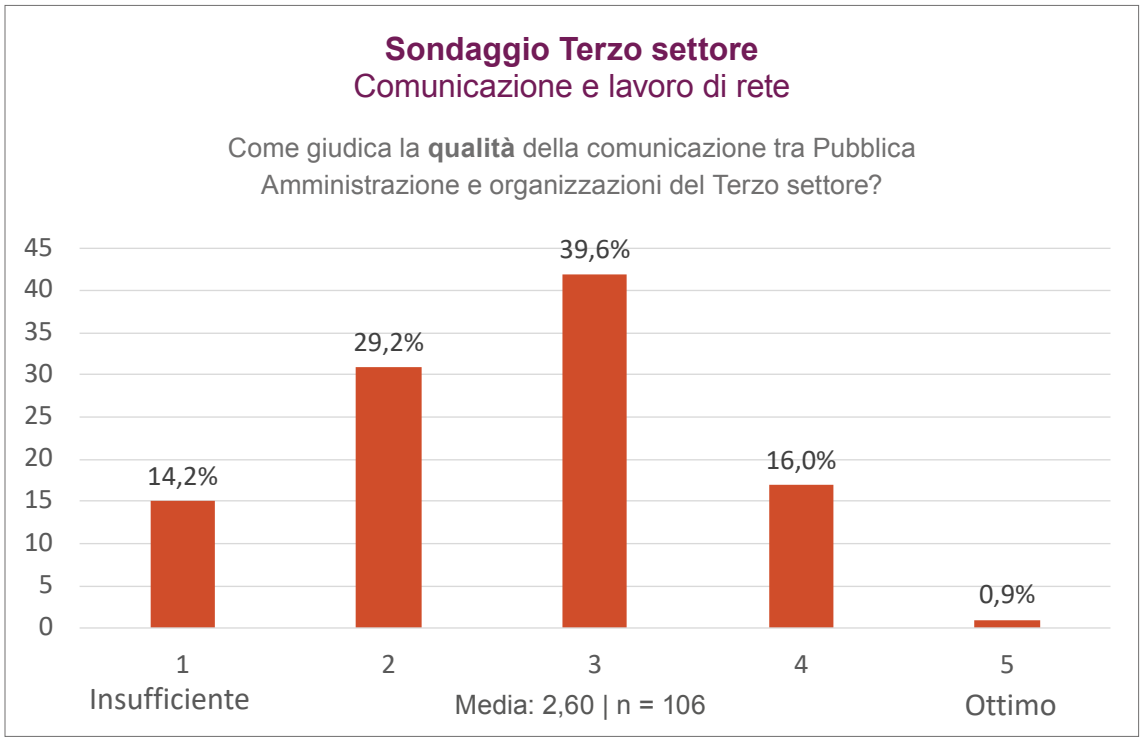
Il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo settore nell'attuazione dei servizi sociali viene valutato in modo più positivo. Il 41,7% dei rispondenti lo considera buono, il 28,3% molto buono o eccellente. A questo riguardo vengono citate numerose esperienze concrete di collaborazione pubblico - non profit, che tuttavia non consentono di ravvisare i tratti della cooperazione paritaria (partenariato). La Pubblica Amministrazione dovrebbe dunque creare le condizioni necessarie per un partenariato su base paritaria. I passi in questa direzione comprendono: misure di rafforzamento della fiducia, tavoli di lavoro congiunti, chiara delimitazione dei ruoli, modelli di finanzia-

mento affidabili, al fine di creare una maggiore sicurezza nella programmazione, la riduzione delle convenzioni a favore delle assegnazioni dirette, metodologie di co-programmazione e co-progettazione degli interventi secondo quanto previsto dalla Legge quadro nazionale n. 328/2000 e dal Codice del Terzo settore (D.lgs. n. 117/2017).

8.3.4 Potenziale di miglioramento

Dal sondaggio emerge un potenziale di sviluppo della cooperazione tra soggetto pubblico e Terzo settore in numerosi settori: tutela dei minori, assistenza alle anziane e agli anziani, interventi in favore delle persone con disabilità, gestione dei rifugiati. La ricerca e innovazione dovrebbe essere potenziata in molti ambiti, con particolare riferimento alle persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze patologiche, al sistema e organizzazione dei servizi sociali, alla tutela dei minori, alla formazione/ aggiornamento del personale. Non solo le Università e gli Istituti di ricerca, ma anche la Pubblica Amministrazione e il Terzo settore hanno un importante ruolo di promozione della ricerca e innovazione.
Altri ambiti di miglioramento riguardano l'ampiezza e qualità della comunicazione fra le Amministrazioni Pubbliche e le organizzazioni del Terzo settore e la rete dei servizi e degli enti gestori dei servizi sociali. Molte esperte ed esperti fanno notare la necessità di ridurre/evitare le duplicazioni di servizi, purché questo non limiti la possibilità di scelta degli utenti.

Figura: Valutazione della qualità della comunicazione tra Pubbliche Amministrazioni e organizzazioni del Terzo settore



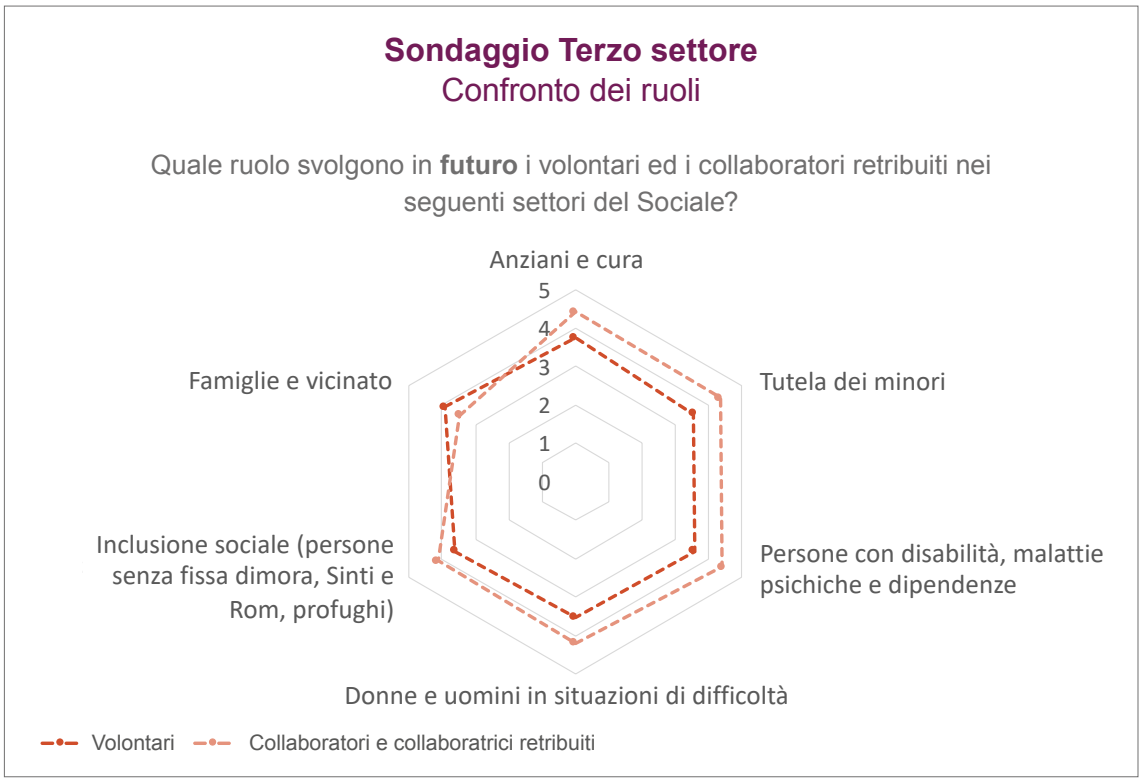
Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.303, fig. 7-26

Collaborazione tra personale retribuito e volontario

Secondo i rispondenti in futuro i volontari e le volontarie svolgeranno un ruolo più importante rispetto ad oggi nei settori: anziane/ anziani e cura, famiglie e aiuto di vicinato, tutela dei minori,

persone con disabilità, malattie psichiche o dipendenze patologiche, donne e uomini in situazioni di difficoltà, inclusione sociale. Questo vale anche per i collaboratori retribuiti.

Figura: Il futuro ruolo dei volontari e del personale retribuito nel settore sociale



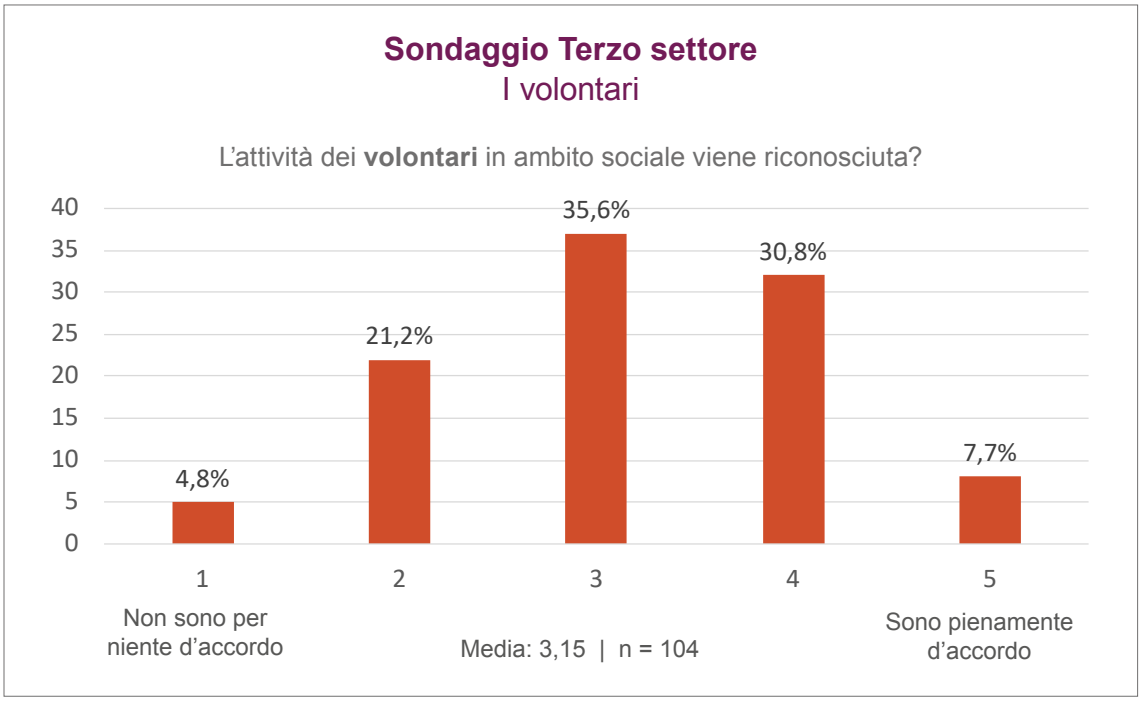
Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.310, fig. 7-37

È previsto un maggiore utilizzo di personale retribuito soprattutto nelle aree: inclusione sociale, famiglie e vicinato, donne e uomini in situazioni di difficoltà. Secondo i rispondenti, in futuro sia le operatrici e gli operatori retribuiti che quelli volontari amplieranno i loro campi di lavoro. In particolare, il personale retribuito sarà attivo principalmente nei settori anziani e anziane e cura, tutela dei minori e donne e uomini in situazioni di difficoltà, mentre i volontari e le volontarie saranno attivi principalmente nel settore anziani e cura e famiglie e vicinato. La collaborazione fra operatrici e operatori retribuiti volontari può essere migliorata attraverso una chiara distinzione di ruoli, offerte di *coaching* e supervisione per i volontari e le volontarie, la pianificazione congiunta e lo sviluppo di una cultura dell'apprezzamento.

Riconoscimento del contributo dei volontari e delle volontarie

La maggior parte delle risposte affermative alla domanda circa l'esistenza di aree di conflittualità nella collaborazione tra volontari/volontarie e collaboratori/collaboratrici retribuiti indica le seguenti cause principali: differenti interpretazioni dei ruoli, ovvero una poco chiara assegnazione dei ruoli, differenti personalità, differenti percezioni del lavoro o motivazioni per il lavoro, mancanza di apprezzamento del lavoro di volontariato, sentirsi sfruttati per lo svolgimento di compiti per i quali altri sono pagati. Prevale la percezione che l'attività dei singoli volontari e delle singole volontarie in ambito sociale sia meno riconosciuta rispetto all'attività delle organizzazioni di volontariato.

Figura: Riconoscimento del lavoro dei volontari nel settore sociale



Fonte: Eurac Research – Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030, pag.312, fig. 7-39

Il riconoscimento dei volontari e delle volontarie e delle organizzazioni di volontariato può essere migliorato dando più visibilità al lavoro e ai risultati e offrendo sostegno e accompagnamento da parte del Centro Servizi per il Volontariato Alto Adige. La copertura assicurativa, prevista per l'attività svolta presso un'organizzazione di volontariato, dovrebbe essere estesa anche all'attività svolta su base puramente individuale. Il volontariato potrebbe essere riconosciuto anche con l'accreditamento dell'esperienza lavorativa, la concessione di permessi ad hoc, le iniziative premiali, lo sviluppo dei programmi di anno sociale volontario, del servizio civile e del servizio volontario, del sostegno finanziario. La quasi totalità dei rispondenti è favorevole a rilascio di un'attestazione dell'attività svolta e delle competenze acquisite sul campo. La maggioranza dei rispondenti crede che in futuro il numero di persone che presteranno servizio di volontariato in ambito sociale non sarà sufficiente. Questo soprattutto a causa della crescente difficoltà delle persone a conciliare lavoro, vita privata e volontariato. Per aumentare il numero di persone che si dedicano ad attività di volontariato si propone, fra l'altro, di sensibilizzare la società civile attraverso un appropriato utilizzo dei media e la promozione di progetti ad hoc, a partire delle scuole.

8.4 Risultati dei *workshops*

Sulla base delle informazioni raccolte nel sondaggio *online*, sono stati organizzati *workshops* con le esperte e gli esperti per l'approfondimento di temi specifici. Gli uffici provinciali competenti per materia hanno presentato la situazione di fatto dei servizi. L'Eurac Research ha illustrato i risultati della ricerca sugli sviluppi nelle politiche sociali a livello internazionale e i risultati del sondaggio. Per l'ambito "Terzo settore" sono stati trattati i seguenti temi, con l'obiettivo di identificare i punti di forza e di debolezza del sistema dei servizi sociali, le sfide future e il conseguente allineamento delle strategie e misure: 1) ruolo delle organizzazioni private nel settore sociale, 2) futuro del volontariato, del lavoro di comunità e dei gruppi di auto mutuo aiuto; 3) mix di beni e servizi di

fornitori pubblici e privati; 4) responsabilità personale, libertà di scelta e partecipazione; 5) *governance* del sociale, tenuto conto dello sviluppo del Terzo settore e del ruolo della Pubblica Amministrazione. Su tutti i punti trattati sono state raccolte numerose indicazioni e suggerimenti per le direttrici di sviluppo futuro delle Politiche sociali. I risultati sono riassunti di seguito.

8.4.1 Vantaggi dell'impegno privato nel settore sociale

In generale, vengono considerati punti di forza delle organizzazioni private nel settore sociale la flessibilità, il potenziale innovativo, la specializzazione in alcuni servizi, la capacità di fare rete, un più basso tasso di burocrazia. Per lo più, esse vengono percepite dalle esperte e dagli esperti come autentiche, sia perché offrono spazio per l'impegno civico, sia per il loro radicamento nel territorio e la vicinanza alle persone. Spesso i collaboratori volontari che operano all'interno delle organizzazioni private hanno esperienza diretta e una conoscenza approfondita dei problemi. Ciò rappresenta un grande vantaggio, insieme al coinvolgimento delle persone svantaggiate in attività di cui percepiscono l'utilità. Questi punti di forza possono essere ulteriormente sviluppati attraverso il rafforzamento della metodologia di co-programmazione e co-progettazione con la Pubblica Amministrazione, il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo settore nella pianificazione di nuovi progetti, la partecipazione delle persone interessate nei processi decisionali, linee guida chiare sulle gare d'appalto e percorsi comuni per le operatrici e gli operatori pubblici e privati (per esempio, formazione comune, cooperazione, parificazione delle competenze). Inoltre, si propone il finanziamento al 100% delle organizzazioni di volontariato, con decadenza dell'obbligo di compartecipazione con una propria quota, e maggiori sforzi per sensibilizzare la collettività sul valore sociale delle organizzazioni private nel settore sociale.
I lunghi tempi di erogazione dei contributi pubblici, meccanismi di controllo stringenti, la scarsa capacità di progettazione, specie delle organizzazioni più piccole, la pressione della concorrenza dovuta al *dumping* dei prezzi nelle gare d'appalto hanno effetti negativi sulle organizzazioni private. Le esperte e gli esperti rilevano un'asimmetria tra organizzazioni private del Terzo settore ed ente pubblico e ravvisano elementi di criticità nel doppio ruolo di quest'ultimo soggetto appaltante e di controllo dell'ente pubblico. Il Terzo settore si trova a dover operare sul libero mercato, ma con maggiori vincoli e obblighi rispetto alla concorrenza.

8.4.2 Il futuro del volontariato, del lavoro di comunità e dei gruppi di auto mutuo aiuto

I punti di forza del volontariato sono l'alta motivazione dei volontari e delle volontarie a svolgere attività significative e a maturare esperienze e competenze valorizzabili anche nella vita professionale, la varietà delle attività svolte e il contatto diretto con i beneficiari e le beneficiarie che si esplica soprattutto attraverso servizi a bassa soglia. Per rendere più attrattivo il volontariato e motivare soprattutto i giovani a collaborare, si propone di destrutturare/flessibilizzare il lavoro, per esempio attraverso incarichi a progetto, limitati nel tempo e con uno sforzo organizzativo minimo per l'ingresso e l'uscita e di lavorare sull'immagine del volontariato ("il volontariato è *cool*").
Le aspettative troppo alte nei confronti dei volontari e delle volontarie, l'automatismo del lavoro, una scarsa attenzione ai bisogni dei volontari e delle volontarie e uno scarso apprezzamento per il servizio che prestano e la mancanza di continuità della collaborazione con altre organizzazioni vengono annoverati tra i punti di debolezza del volontariato. Secondo le esperte e gli esperti, la

documentazione delle ore lavorate deve essere semplificata e le ore di volontariato dovrebbero essere in parte riconosciute come ore di lavoro (come per i vigili del fuoco volontari). Inoltre, si dovrebbe puntare a una maggiore integrazione tra settore sociale e sanitario. La certificazione delle competenze dovrebbe essere formalizzata e standardizzata e la formazione dei volontari e delle volontarie sostenuta di più. Dovrebbero essere garantiti uno scambio organizzato con un referente fissa dell'organizzazione o opportunità di supervisione da parte di professionisti. La Young Caritas e l'Associazione delle donne coltivatrici sudtirolesi/ *Lebensberatung für die bäuerliche Familie* vengono citati come esempi positivi di volontariato a livello locale. La Federazione per il Sociale e la Sanità organizza incontri regolari per lo scambio tra volontari e personale - questi incontri potrebbero essere istituzionalizzati ed estesi. Inoltre, si ritiene opportuna la creazione di un fondo per i gruppi di auto aiuto, sull'esempio di Monaco.
Il lavoro di comunità viene inteso dalle esperte e dagli esperti come un concetto globale vissuto nella pratica e pertanto se ne richiede la tematizzazione nel Piano sociale provinciale quale approccio strategico allo sviluppo da promuovere, per esempio, attraverso referenti / unità organizzative dedicati a livello comunale. La cooperazione tra organizzazioni pubbliche e private dovrebbe essere regolare e basata su attività sistematiche di analisi dei bisogni. La prima cooperativa di comunità altoatesina a Malles in Val Venosta viene menzionata come esempio positivo. La prevenzione dovrebbe avere un ruolo importante nel Piano sociale provinciale.

8.4.3 Ruolo centrale dell'ente pubblico

Le esperte e gli esperti concordano sul fatto che il mix di enti gestori pubblici, organizzazioni del Terzo settore ed enti gestori privati dei servizi sociali è vantaggioso dal punto di vista organizzativo. L'orientamento al *welfare mix*, già previsto nel Piano sociale provinciale 2007-2009, si esplica - ora come allora - nel quadro di un sistema centralizzato di *governance* dei servizi sociali. Anche in futuro il finanziamento, il coordinamento e la garanzia di qualità saranno in capo all'ente pubblico, ferma restando la necessità di basare la pianificazione degli interventi sulla rilevazione periodica dei bisogni.
La definizione di standard di qualità dei servizi, la professionalizzazione, per esempio attraverso sistemi di accreditamento e registri professionali, e il miglioramento mirato dei percorsi formativi vengono ritenuti elementi centrali del *management* della qualità. In particolare, si richiedono corsi di studio attrattivi, che preparano i giovani e le giovani alle professioni sociali, l'inquadramento della formazione e la riqualificazione degli adulti anche come formazione in servizio e campagne di sensibilizzazione mirate. L'equità retributiva in ambito sociale viene considerata un tema centrale. Al Terzo settore viene riconosciuto un importante ruolo, mentre le imprese orientate al profitto rivestono, secondo le esperte e gli esperti, un ruolo subordinato per lo sviluppo futuro del sistema di *welfare*. Gli sviluppi tecnologici e la spinta alla digitalizzazione nel settore sociale devono essere opportunamente indirizzati dall'ente pubblico, attraverso standard e criteri chiari per garantire la qualità dei servizi e delle prestazioni.

8.4.4 Responsabilità personale, libertà di scelta e partecipazione

L'idea base della responsabilità personale è che le persone bisognose di sostegno sociale dovrebbero decidere da sole di quali aiuti usufruire e partecipare attivamente allo sviluppo della comunità e al miglioramento della propria capacità occupazionale. La possibilità di scegliere un Amministratore/Amministratrice di sostegno viene considerata una forma di tutela dell'indipen-

denza delle persone adulte fragili, specie anziane. I progetti di sviluppo di comunità sull'esempio dei progetti realizzati a Bolzano nei quartieri Firmian e Oltrisarco – Aslago, danno un importante contributo al rafforzamento del senso di comunità. L'attivazione delle cittadine e dei cittadini si esplica nell'ambito di spazi di relazione, per esempio percorsi o laboratori di sviluppo di comunità, a livello di quartiere e nel lavoro di educativa domiciliare basato sullo scambio diretto fra operatori/ operatrici e abitanti.
Si suggerisce la creazione di una rete di servizi pubblici e privati finalizzata al benessere della comunità responsabile dell'elaborazione di piani d'azione mirati all'attivazione dal basso delle comunità locali. Il coinvolgimento degli utenti viene generalmente enfatizzato come strumento di promozione della partecipazione nella comunità, all'insegna del motto "niente per noi senza di noi". Le linee guida dell'Associazione delle residenze per anziani vengono citate come esempio di buona pratica per una vita il più possibile autodeterminata in età avanzata. Le persone in uscita dalle strutture, o che non si rivolgono alle strutture, hanno bisogno di forme di assistenza e/o accompagnamento domiciliare.
Le esperte e gli esperti sono a favore della libertà di scelta per gli utenti dei servizi sociali. Tuttavia, fanno notare una generale mancanza di offerta in diverse aree. A volte i servizi non vengono utilizzati perché poco conosciuti. L'informazione e la consulenza sull'offerta di servizi sono condizioni necessarie per la garanzia di scelta fra servizi. In particolare, nell'area "Anziani e cura" è difficile trovare personale qualificato. Nell'assistenza all'infanzia la situazione varia da Comune a Comune: in alcuni Comuni è ben coperta, in altri deve essere ampliata. Pertanto, è raccomandabile la creazione di offerte intercomunali. La possibilità di scelta dei servizi per l'infanzia deve essere incentivata e ampliata, per esempio attraverso una maggiore flessibilità dell'offerta e l'estensione del congedo di maternità nel settore privato, nonché il riconoscimento del congedo parentale ai fini pensionistici. Per le persone con disabilità la possibilità di scelta è spesso limitata da barriere di vario tipo. Nella tutela dei minori l'assistenza socioterapeutica è carente e i tempi di attesa sono troppo lunghi. In questo settore la possibilità di scelta è limitata anche dai decreti del Tribunale dei minorenni e dai limiti posti al finanziamento.

8.4.5 *Governance* del sociale: cooperazione e sviluppo del Terzo settore

In applicazione del principio di sussidiarietà, gran parte delle competenze amministrative della Provincia nel settore sociale sono state trasferite ai Comuni e alle Comunità Comprensoriali, ai sensi della Legge provinciale n. 13/1991. Il riorientamento del sistema degli interventi sociali in ottica di sussidiarietà ha portato in primo piano la centralità della persona e il contributo delle organizzazioni non profit e degli enti gestori privati dei servizi sociali. I Comuni hanno delegato gran parte dei compiti di gestione e funzionamento dei servizi sociali alle Comunità Comprensoriali/ Azienda Servizi Sociali di Bolzano, che a loro volta gestiscono i servizi in proprio o in convenzione con le organizzazioni del Terzo settore. La determinazione delle caratteristiche, nonché del finanziamento delle strutture e dei servizi sociali nell'ambito della pianificazione strategica restano in capo all'Amministrazione provinciale.
Nei *workshops* le esperte e gli esperti si sono concentrati sullo sviluppo mirato di questo sistema. Un aspetto centrale riguarda lo sviluppo della cooperazione tra ente pubblico e Terzo settore. Le organizzazioni del Terzo settore si contraddistinguono per creatività, capacità di innovazione, acquisizione di finanziamenti terzi, contributo al lavoro volontario. A causa dei requisiti di accreditamento e la prassi dell'appalto dei servizi tramite procedure di gara diventa sempre più difficile garantire la continuità e la qualità dei servizi esistenti. Le organizzazioni del Terzo settore hanno difficoltà a soddisfare i requisiti formali in un quadro giuridico che le costringe ad aprirsi

alle logiche di mercato. La partecipazione a un appalto pubblico e l'aggiudicazione di una gara richiede infatti competenze specifiche. Inoltre, le procedure d'appalto sono molto burocratiche e spesso i criteri di costo pesano più dei criteri di qualità. Nelle gare d'appalto, poi, è difficile gestire le situazioni di concorrenza tra organizzazioni del Terzo settore. D'altra parte, la disponibilità a cooperare, per esempio nell'utilizzo dei fondi strutturali UE, è ancora abbastanza scarsa.
Secondo i e le partecipanti ai *workshops* la politica ha un ruolo chiave nel sostenere lo sviluppo del Terzo settore e a tal fine si suggerisce l'istituzione di un tavolo di lavoro tra l'Amministrazione provinciale e le organizzazioni non profit sul tema dei contributi. Insieme, si dovrebbe elaborare una visione in linea con il quadro giuridico Il ruolo di "rappresentanza del territorio" dovrebbe essere tenuto in considerazione come criterio di selezione delle organizzazioni, che forniscono servizi sociali. Si auspica una maggiore presenza del Terzo settore nel settore sanitario.
Il sistema di accreditamento basato su requisiti statali trova applicazione nel settore dei servizi residenziali semiresidenziali per le anziane e gli anziani e delle persone con disabilità. Secondo la valutazione degli esperti e delle esperte, per le organizzazioni non profit il rispetto degli standard sottoposti al controllo dell'amministrazione provinciale rappresenta una grande sfida. In particolare, le organizzazioni più piccole hanno difficoltà a preparare a orientarsi nel sistema delle gare di appalto. Per questo dovrebbero unire le forze e sfruttare le sinergie. Nel settore sociale il sistema dell'accreditamento dovrebbe essere privilegiato rispetto al sistema degli appalti. Nelle gare d'appalto si dovrebbe fare una distinzione tra organizzazioni non profit e organizzazioni a scopo di lucro. Per quanto riguarda il finanziamento, il limite di contribuzione dell'80% viene considerato un ostacolo per le organizzazioni non profit più piccole. Si richiede la semplificazione delle procedure di assegnazione, la concessione di contributi su base pluriennale e il versamento puntuale dei contributi. Inoltre, si propone di concedere contributi anche per lo sviluppo di servizi sociali innovativi.

8.5 Obiettivi strategici e misure

Dalla valutazione integrata dei punti di forza e dei punti di debolezza, delle opportunità del Terzo settore, del sistema di *governance* determinato dall'ente pubblico e dell'attuale portfolio di strutture e servizi del sistema sociale emergono numerosi spunti e indicazioni per l'orientamento futuro del sistema di *welfare* locale. Queste indicazioni, descritte in sintesi nel capitolo "Campi di azione politica" dello studio di Eurac Research, consentono di enucleare i seguenti obiettivi strategici.
L'orientamento delle politiche sociali e la garanzia delle rispettive strutture e servizi si basano su una rete di enti gestori pubblici, privati e non profit del Terzo settore. L'ente pubblico assume una funzione di indirizzo nell'ambito della pianificazione, dell'accreditamento e del finanziamento dei servizi al fine di garantire un'offerta di qualità e rispondente ai bisogni.
La Provincia promuove, come opzione aggiuntiva ai contratti di appalto, l'introduzione a livello provinciale del nuovo modello di cooperazione tra Amministrazioni Pubbliche e organizzazioni del Terzo settore basato sulla co-programmazione e co-progettazione dei servizi, che riconosce il valore aggiunto rappresentato dal contributo delle organizzazioni del Terzo settore.
La fornitura di servizi deve essere basata su una cultura di cooperazione tra i diversi attori e attrici, da consolidare progressivamente. Flessibilità, apprezzamento reciproco, orientamento alla qualità e disponibilità all'innovazione sono presupposti fondamentali per continuare a garantire l'ampia gamma di servizi sociali, a fronte di risorse finanziarie limitate e carenze di personale già evidenti.

A livello normativo e amministrativo è necessario operare le scelte atte a consentire nuovi sviluppi e attuare soluzioni coerenti con gli attuali problemi di regolazione. La sicurezza sociale e lo sviluppo della comunità richiedono l'attivazione di tutte le risorse sociali e la loro ricomposizione in una logica di rete locale. I modelli organizzativi della Pubblica Amministrazione e degli enti gestori privati dei servizi sociali devono essere adeguati di conseguenza. All'ente pubblico spetta il ruolo di iniziatore e facilitatore di questi processi. La rilevazione sistematica dei dati, l'impiego di *expertise* scientifica, lo sviluppo delle competenze professionali e la formazione continua sono elementi importanti per un sistema sociale efficiente.

Misure

Promuovere la co-programmazione e la co-progettazione

La Provincia promuove, in linea con le disposizioni nazionali, l'utilizzo del nuovo strumento di cooperazione della co-programmazione e co-progettazione tra enti pubblici e organizzazioni del Terzo settore, anche attraverso la definizione di linee di indirizzo politiche per gli enti che erogano servizi sociali per conto dell'ente pubblico.

Promuovere la partecipazione

La Consulta sociale, i Comitati di distretto, nonché i singoli Comitati delle strutture del sistema sociale locale garantiscono una sistematica partecipazione delle organizzazioni del Terzo settore nei processi di rilevazione dei bisogni, pianificazione e attuazione dei servizi sociali. Inoltre, vengono sviluppate adeguate forme di partecipazione delle persone interessate e dei loro familiari.

Promuovere la ricerca e l'innovazione

La Provincia promuove la ricerca e l'innovazione nel sistema sociale locale, attraverso il Centro di competenza per Lavoro sociale e Politiche sociali della Libera Università di Bolzano. Inoltre, vengono sostenuti specifici progetti di prevenzione e sviluppo della comunità a favore di gruppi sociali vulnerabili e aree caratterizzate da sfide sociali.

Ulteriore sviluppo delle organizzazioni del Terzo settore

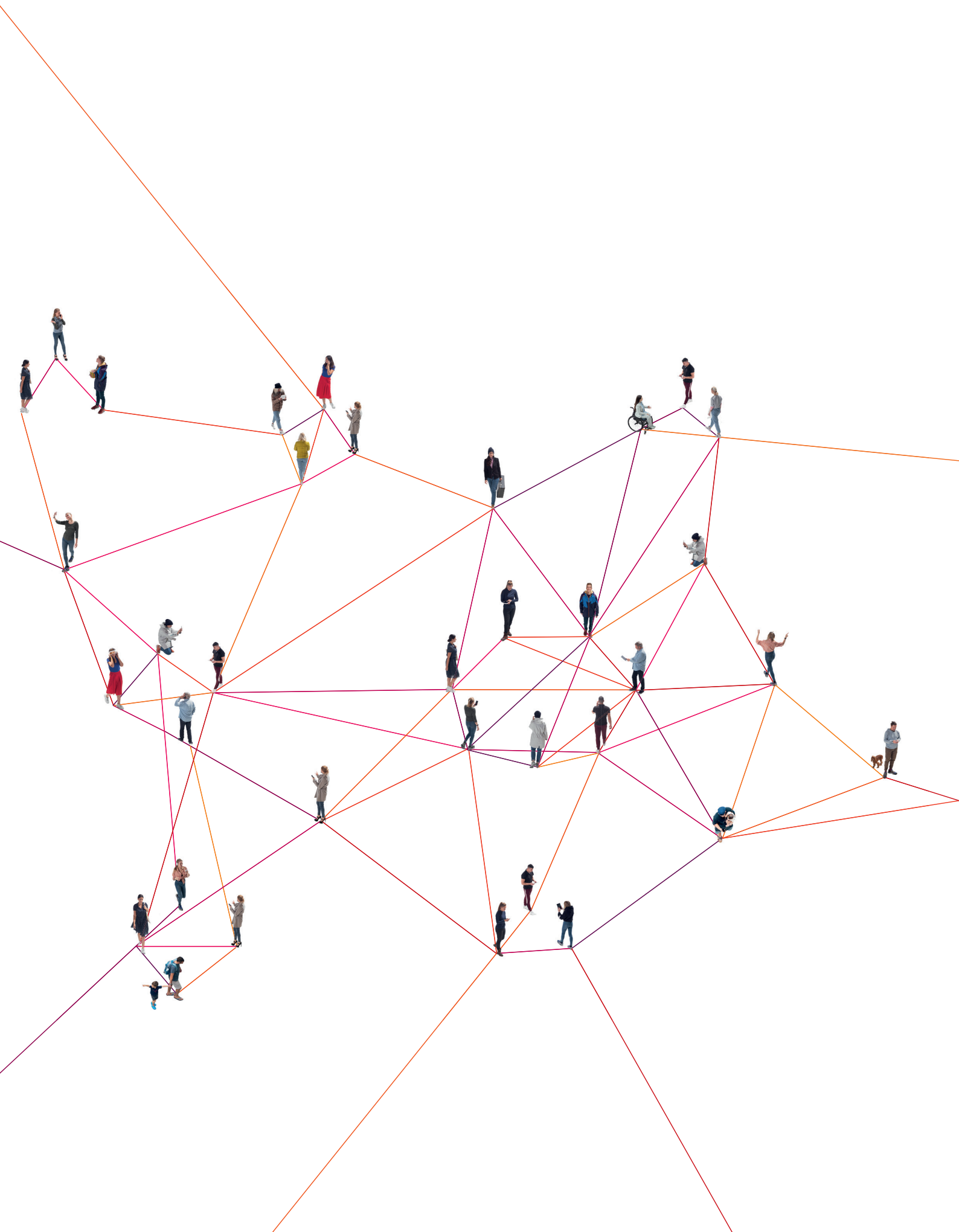
La Provincia sostiene l'innovazione e lo sviluppo organizzativo delle organizzazioni non profit del Terzo settore. Tra l'altro, vengono promosse iniziative di informazione e formazione delle operatrici e degli operatori pubblici e del Terzo settore sulla metodologia della co-programmazione e della co-progettazione.

Ridurre la burocrazia

Le regole per la concessione di contributi alle organizzazioni private e non profit del Terzo settore operanti nel settore sociale vengono semplificate, anche attraverso la digitalizzazione dei processi. Il sistema degli accreditamenti viene armonizzato e razionalizzato.

Promuovere il volontariato

La Provincia rafforza la formazione per il volontariato quale pilastro portante del sistema educativo, a fianco della scuola e della formazione professionale.
Nell'ambito dei programmi di formazione continua nel settore sociale, la Provincia promuove lo sviluppo e la specializzazione delle competenze professionali, organizzative e personali per garantire la continuità di questa importante risorsa sociale. La supervisione viene promossa in base al bisogno, per lo svolgimento di compiti particolarmente impegnativi.

La Provincia, in collaborazione con le organizzazioni di volontariato, promuove iniziative e programmi di sensibilizzazione al volontariato sociale nelle scuole medie e superiori e nelle università.
Vengono riconosciuti crediti formativi per il volontariato sociale per i corsi di studio, formazione e perfezionamento professionale nel settore sociale e sanitario. Inoltre, vengono concesse agevolazioni per attività culturali e ricreative.
Viene elaborato un modello per lo sviluppo futuro del volontariato, in collaborazione con gli enti gestori dei servizi sociali e le organizzazioni del Terzo settore.

Annotazioni