

# IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-ASSITENZIALI IN LOMBARDIA

comunicazione di **Paolo Ferrario**  
docente di **Politica dei Servizi** presso la **Scuola Regionale**  
per **Operatori Sociali del Comune di Milano**

Obiettivo di questo incontro è di inquadrare il sistema dei servizi socio-assistenziali in Lombardia entro cui, successivamente, collocare i problemi istituzionali dell'area handicap.

Lo schema della comunicazione è il seguente:

1. Considerazioni introduttive sull'estensione complessiva dei servizi sociali ed educativi;
2. regolazione istituzionale a livello statale;
3. regolazione a livello regionale: analisi della L.R. 1/1986 e del piano socio-assistenziale.

## 1. L'Estensione dei servizi sociali ed educativi

Negli anni recenti vi è stato un fenomeno di crescita ed estensione dell'offerta dei servizi socio-sanitari. Questo fenomeno è misurabile innanzi tutto attraverso l'ampliamento della quantità degli operatori che lavorano in questi sistemi organizzativi. Dal 1976 i dati quantitativi che riguardano assistenti sociali, psicologi, educatori, animatori, ausiliari socio-assistenziali rivelano questo processo di crescita. Negli anni '80 è osservabile un'ulteriore estensione non più riguardante il settore pubblico, ma soprattutto quello del cosiddetto "privato sociale" (tipiche le cooperative di servizio). Questo dato relativo all'incremento degli operatori si associa all'incremento ed alla diversificazione delle unità d'offerta.

Tale situazione pone innanzi tutto un problema di professionalità per chi agisce in questi ambiti: in particolare problemi di diversificazione dei compiti ed anche dei profili professionali. È questo un dato che distingue gli anni '80 dagli anni '70 in cui anche le politiche sindacali tendevano ad unificare le figure professionali piuttosto che a vederne le specificità.

I processi appena delineati sono appoggiati e sostenuti anche dalle norme legislative. Basti pensare alla definizione statale del profilo professionale degli assistenti sociali, alla regolamentazione della professione di psicologo e alla situazione di movimento in questa direzione che si intravede in rapporto agli educatori, agli animatori, agli ausiliari socio-assistenziali, ecc.

Vi sono poi riflessi sulle condizioni di lavoro degli operatori. Dal punto di vista strettamente sindacale vi è un problema di contrattazione che riguarda i lavoratori del settore sociale che agiscono nel sistema pubblico e nel sistema privato. Vale la pena di osservare che questi processi sono oggetto di riflessione anche in altri paesi stranieri<sup>(1)</sup>.

Nonostante tale fenomeno di crescita il sistema dei servizi sociali resta, come anche dice il piano socio-assistenziale lombardo, "residuale", residuale perché il sistema amministrativo considera sempre tali politiche pubbliche come aggiuntive, attribuendo più importanza ad altri settori operativi: l'urbanistica, la politica della casa, le politiche pensionistiche, l'istruzione. Permane cioè una cultura dei servizi sociali intesi come "consumo di risorse" piuttosto che come "produzione di risorse".

Parlare contemporaneamente di espansione e di resi-

dualità in questo settore può apparire come una contraddizione. Ho voluto sottolineare questa contrapposizione proprio allo scopo di insistere sul fatto che nel campo delle politiche socio-sanitarie le leggi sono spesso strumenti che attivano interventi, suscitano sviluppo professionale, costringono il sistema economico a fare i conti con i problemi sociali connessi allo sviluppo.

<sup>(1)</sup> Si cita a titolo esemplificativo: *Ion J., Tricart J.P., Les travailleurs sociaux, Edition La Découverte, Paris, 1987.*

## 2. Regolazione istituzionale a livello statale

Vorrei ora trattare per sommi capi alcuni momenti salienti della regolazione legislativa statale in materia.

Sotto il profilo strettamente istituzionale gli attori decisivi nel campo dei servizi socio-sanitari ed educativi sono: le regioni, i comuni, le U.S.L. La gran parte delle operazioni programmatiche ed operative avvengono a questi tre livelli. Prendiamo in considerazione la coppia comune-U.S.L. Nel 1977 (D.P.R. 616) c'è stato un ampliamento delle attribuzioni dei compiti dei comuni. Questa situazione è tutta da interpretare in quanto non è pensabile mettere a confronto comuni metropolitani ad alta densità di popolazione con il grande numero di piccoli comuni che caratterizzano la rete delle autonomie locali in Italia.

Nel 1990 c'è stato un secondo passaggio: la recentissima legge 142 sulle autonomie locali che modifica una legislazione molto vecchia (risalente al 1915). Non è compito di questa comunicazione trattarne in dettaglio: mi basta ricordare l'introduzione della "istituzione" per la gestione dei servizi sociali e l'autonomia statutaria che viene data al sistema delle autonomie locali. Ogni comune dovrà dotarsi di uno statuto e quindi anche organizzarsi in modo diversificato a seconda delle proprie caratteristiche demografiche.

Per quanto riguarda le U.S.L., dopo i primi anni di consolidamento di queste organizzazioni, un significativo cambiamento è avvenuto nel 1986. È intervenuta una modifica legislativa che ha cambiato le modalità di nomina ed i compiti degli amministratori delle U.S.L. Nel 1991 (legge 111) i comitati di gestione sono stati sostituiti dai cosiddetti "amministratori straordinari"; anche questa è una modifica che riguarda solo il livello amministrativo delle U.S.L.

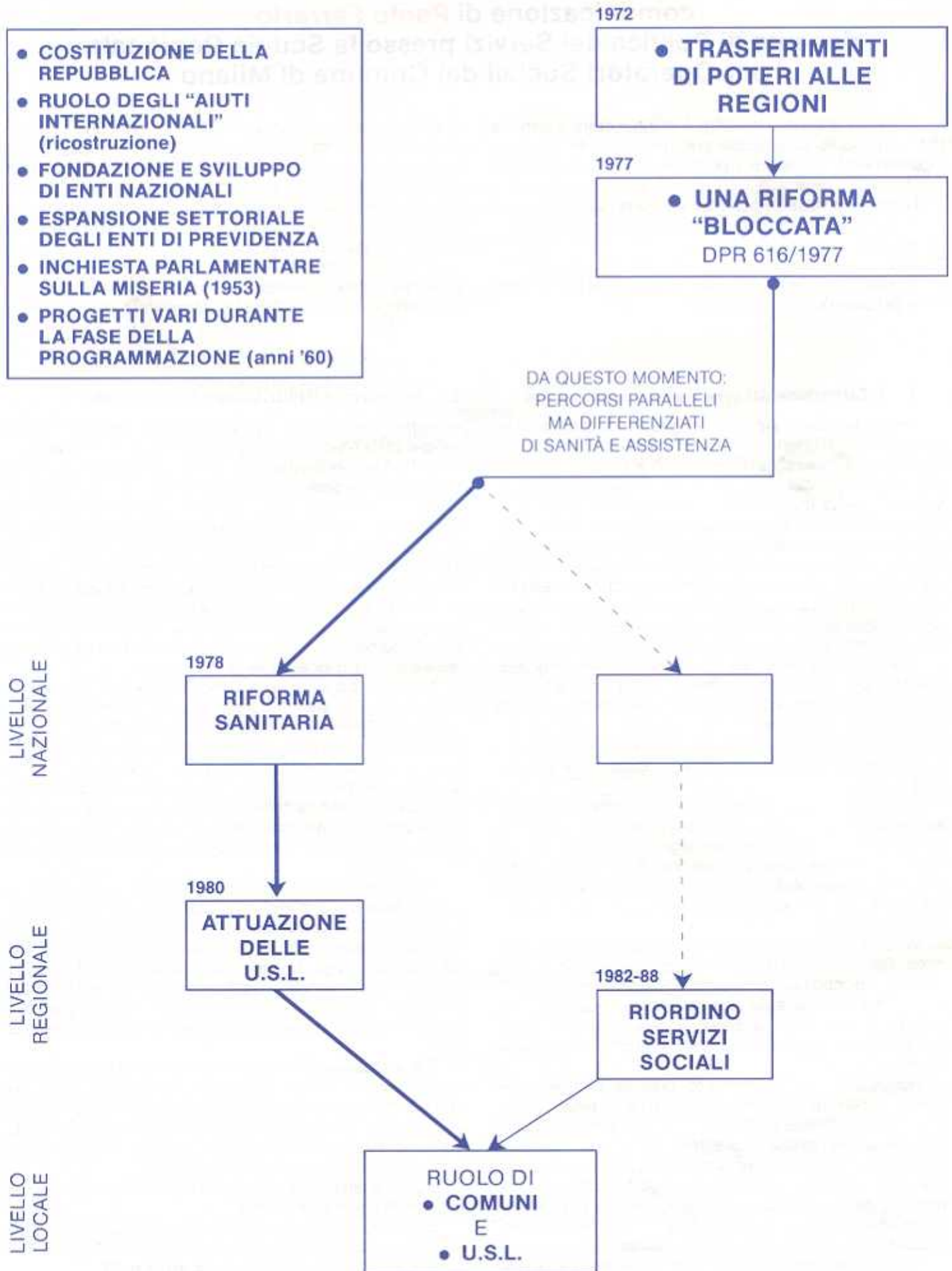
È in discussione in Parlamento una modifica ancora più significativa: il numero delle U.S.L. diminuirà e ciascuna farà riferimento a un gruppo di popolazione molto più ampio di quello attuale (minimo 120.000 abitanti). Inoltre le U.S.L. verranno trasformate in aziende speciali e un notevole numero di ospedali verrà reso autonomo.

Questi scenari di sfondo sono importanti per capire gli argomenti che trattiamo oggi.

Sul piano della politica delle riforme possiamo rappresentare le trasformazioni dei servizi in questi 20 anni con l'immagine di un doppio binario (**grafico n. 1**).



# SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI: SVILUPPO STORICO



Gli anni '70 si caratterizzano per una differenziazione dei percorsi fra i servizi sanitari e i servizi socio-assistenziali. La sanità viene regolamentata in modo molto preciso, attraverso una legislazione nazionale e regionale. Per l'assistenza invece, a livello nazionale c'è un vuoto legislativo che si protrae ancora oggi.

Nel 1985 (attraverso il decreto del presidente del consiglio dei ministri dell'8 agosto) è stata sancita una differenza istituzionale fra i servizi sociali ed i servizi sanitari, anche se in qualche modo è stato contemporaneamente stabilito un loro collegamento (**grafico n. 2**).

GRAFICO 2:

## LIVELLI DI GESTIONE: VINCOLI NAZIONALI

### ● PREMESSE GIURIDICHE

— LEGGE n. 730 del 27.12.1983 art. 30

PRINCIPI:

- 1) LE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI SONO A CARICO DEI COMUNI, MA POSSONO ESSERE GESTITE DALLE USSL
- 2) LE **ATTIVITÀ DI RILIEVO SANITARIO** CONNESSE A QUELLE SOCIO-ASSISTENZIALI SONO A CARICO DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE

— DPCM 8.8.1985:

- DEFINISCE LE ATTIVITÀ DI RILIEVO SANITARIO (art. 1, 6)
- DEFINISCE LE ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI (art. 2,3)
- DEMANDA ALLA REGIONE IL COMPITO DI DEFINIRE LE CONVENZIONI (art. 6)

### SOCIO-ASSISTENZIALI

- ASSISTENZA ECONOMICA
- ASSISTENZA DOMESTICA
- COMUNITÀ ALLOGGIO
- STRUTTURE DIURNE
- SOCIO-FORMATIVE
- CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
- INTERVENTI DI INSERIMENTO LAVORATIVO
- CENTRI DI AGGREGAZIONE E DI INCONTRO DIURNI
- SOGGIORNI ESTIVI
- RIVOVERI IN STRUTTURE PROTETTE EXTRAOSPEDALIERE SOSTITUTIVE DELLA FAMIGLIA

### RILIEVO SANITARIO

- CURA E RECUPERO PSICO-FISICO DEI MALATI DI MENTE
- IDEM PER TOSSICODIPENDENTE
- RIABILITAZIONE E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE PER HANDICAPPATI E DISABILI
- RICOVERI IN STRUTTURE DI TIPO SANITARIO

Bibliografia: **PAOLO FERRARIO:** Spesa socio-sanitaria ed integrazione dei servizi: alcuni casi regionali in *PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIA* n. 13/14 1987 p. 50-54.



In questo decreto vengono analiticamente definiti i servizi assistenziali (es. assistenza economica, strutture diurne, corsi di formazione, soggiorni estivi, ecc.) il cui riferimento istituzionale viene posto in capo ai comuni. Tuttavia è noto che nell'operatività quotidiana si incontrano servizi in cui è molto difficile distinguere quanto vi è di assistenziale e quanto di sanitario nell'intervento. Per ovviare a tale situazione, il decreto introduce la tipologia delle "attività di rilievo sanitario" che possono essere finanziate dalle regioni imputandole a carico del fondo sanitario. Questo tipo di meccanismo fa sì che oggi esistano sostanzialmente tre flussi di finanziamento dei servizi: finanziamenti totalmente in carico ai bilanci regionali, finanziamenti totalmente in carico ai comuni, fondi sanitari che vengono attribuiti per attività a rilievo sanitario. A questi tre flussi sono da aggiungere, se si dovesse fare un'analisi economica complessiva, le rilevanti spese che è a carico dei redditi privati di ciascun cittadino.

È in questo contesto problematico che è leggibile l'importanza ed il significato delle cosiddette leggi di "riordino di servizi sociali". Infatti quasi tutte le regioni italiane nel periodo tra il 1982 e il 1988 si sono dotate di strumenti legislativi di riorganizzazione del settore. Tutto questo avviene in assenza di una legge di riforma nazionale dell'assistenza.

Questa operatività delle regioni rende cruciale il rapporto fra comuni, U.S.L. e servizi privati per quanto riguarda la realizzazione e lo sviluppo delle strutture. Per dirlo in sintesi, la nostra L.R. 1 e le analoghe leggi di riordino sostituiscono su scala regionale la mancanza di una riforma nel settore. Voglio subito osservare che quella della regione Lombardia è la più minuziosa e regolativa delle altre.

Il problema principale nel campo dei servizi è notoriamente quello del loro finanziamento: finanziamento contributivo, finanziamento fiscale, costo privato, tickets, ecc. In particolare il paradosso consiste nel fatto che l'offerta dei servizi è periferica, ma le modalità di finanziamento sono centralizzate. Molte disfunzioni presenti nei servizi sono dovute a questa scelta certamente rischiosa, ma possibile: dotare le regioni di un'autonomia impositiva (tasse regionali aggiuntive o sostitutive di tasse nazionali) che alimenti un fondo sociale o socio-sanitario delle regioni. Il grande rischio di questa operazione consiste nel consolidamento e rafforzamento delle storiche differenze territoriali presenti nel nostro Paese: gli effetti potrebbero essere quelli di una Lombardia o di un Piemonte con più risorse ed una Calabria o di una Puglia con meno risorse. Credo tuttavia che prima o poi si arriverà a questa soluzione: le forze politiche di governo e di opposizione, tallonate dal successo delle leghe, dovranno rilanciare e ridefinire un nuovo e più articolato "stato fondato sulle autonomie locali".

### 3. Regolazione a livello regionale: il caso della Lombardia

Entriamo ora nel merito dell'assetto giuridico-istituzionale lombardo: L.R. 7/1/1986 n. 1 "Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia" (integrata e modificata con la L.R. 26/4/1990 n. 25) e del relativo piano regionale socio-assistenziale per il triennio 1988/1990 (prorogato al 30/12/1992 con la D.C.R. 12/2/1991 n. V/122).

Questa recente legislazione ha avuto un importante precedente nel 1983 quando venne realizzato un grosso piano di finanziamento di servizi per anziani, per handicappati e per minori (L.R. 3/2/1983 n. 11 in materia di ristruttura-

zione e riconversione delle strutture socio-assistenziali).

Nella L.R. 1<sup>(2)</sup> è possibile individuare i seguente tre profili istituzionali: ri-organizzazione di quanto già nel settore si era attivato negli anni precedenti; programmazione articolata su scala regionale e sovracomunale; regolazione delle strutture di offerta pubbliche e private.

Nelle intenzioni del legislatore il problema di fondo che si intende affrontare è quello di far convergere su un medesimo obiettivo (sviluppare risorse di aiuto socio-assistenziale per i bisogni dell'utenza) sia i servizi dell'area pubblica che quelli dell'area privata. Tutta la legge lavora sulla connessione fra questi due sistemi. Il quadro evocato nel paragrafo precedente (ruolo delle regioni, dei comuni e delle U.S.L.) deve ora essere maggiormente articolato introducendo l'ampia area dei soggetti privati che agiscono nel settore. È questo un punto molto significativo perché c'è un mutamento forte di logica rispetto agli anni '70. Allora il modello culturale centrale era quello del primato del sistema pubblico, mentre gli anni '80 presentano un quadro in cui sembra porsi il problema di un corretto rapporto fra settore pubblico e settore privato. Più in dettaglio l'architettura istituzionale sembra essere quella dove le finalità debbano essere governate dal pubblico per poi su di esse far convergere una più ampia rete di risorse.

Questa situazione non è facile da gestire. Infatti un simile contesto rende indispensabile una forte capacità di controllo delle finalità da parte del sistema pubblico. Si deve conciliare l'autonomia operativa di chi deve far funzionare le strutture con un significativo, ma per questo non burocratico, controllo sui risultati. Questa articolazione decisionale ed operativa è evidenziata dal **grafico n. 3**.

Vengono qui mostrate alcune relazioni. La relazione regione-U.S.S.L., che viene definita forte in quanto le risorse dei servizi sanitari (finanza e personale) fanno capo alla regione e quindi, in un certo senso, la U.S.S.L. ne subiscono fortemente i vincoli. La relazione comuni singoli-regione che viene definita debole a causa della maggior autonomia giuridico-istituzionale dei comuni. La relazione comuni singoli-U.S.S.L. che costituisce un aspetto significativo della L.R. 1 in quanto la programmazione dei servizi assistenziali avviene a livello sovracomunale e con un attivo coinvolgimento dei servizi di assistenza sociale delle U.S.S.L.

Un aspetto importante della regolazione del sistema è individuabile nel modo in cui viene riconosciuto e coinvolto il volontariato. Il **grafico n. 4** illustra i processi di riconoscimento delle associazioni di volontariato ed il loro ruolo in rapporto alla regione, ai comuni e alle U.S.S.L.

Sulla base del registro del volontariato introdotto dalla L.R. 1 l'Istituto di Ricerca Sociale di Milano ha effettuato una ricerca sulle 598 organizzazioni che nel 1988 hanno presentato la domanda di iscrizione<sup>(3)</sup>.

Aitretanto importante è l'impulso che hanno ricevuto da questa legislazione le cooperative che gestiscono servizi sociali.

Si tratta di un'area imprenditoriale molto particolare e che è potenzialmente in grado di assorbire operatori qualificati. La Regione Lombardia ha preso atto e ne ha regolato i rapporti con il sistema istituzionale dei servizi (**grafico n. 5**).

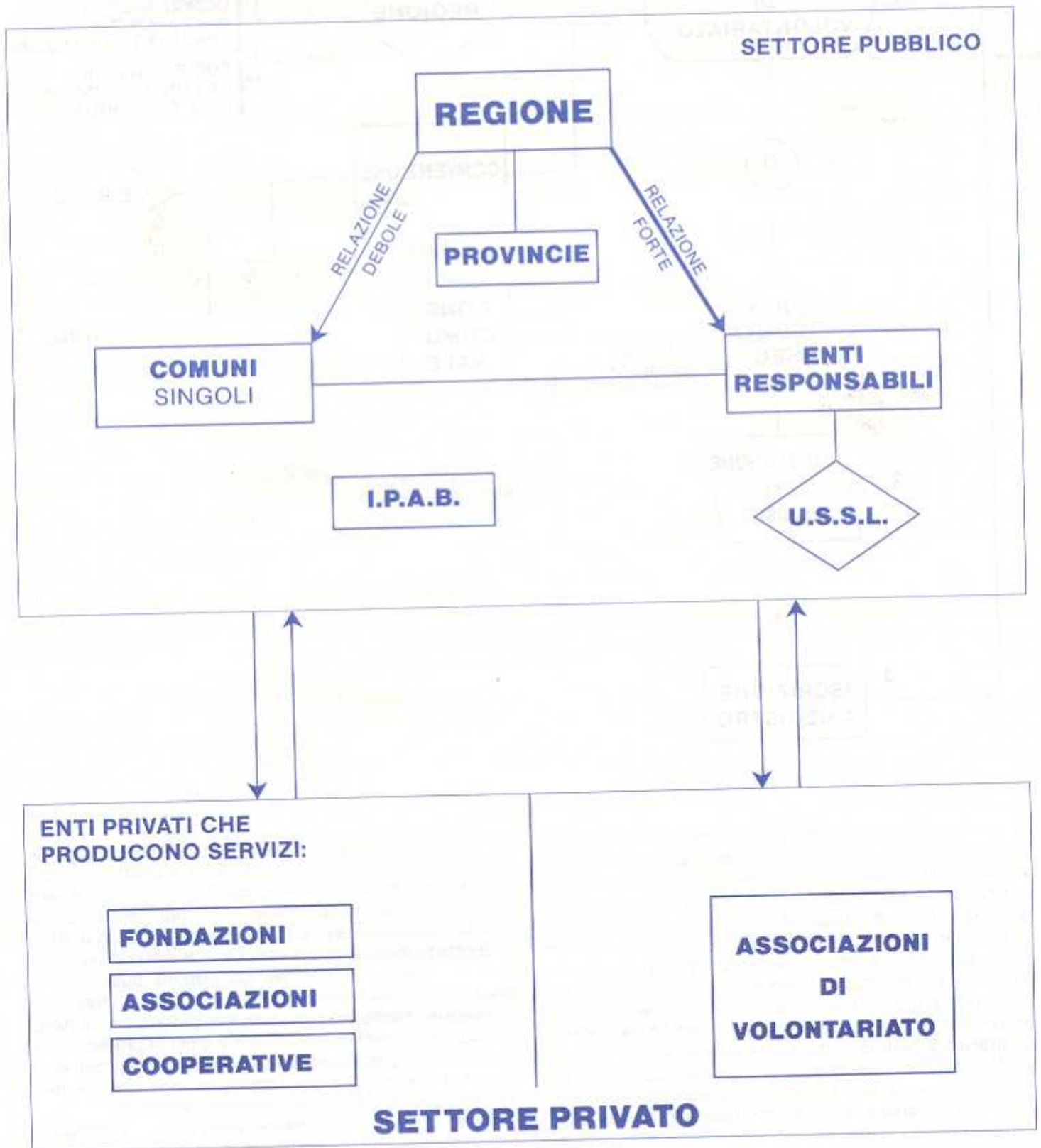
<sup>(2)</sup> Per una introduzione a questa legge si veda anche: Ferrario P. "Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali: il modello lombardo", in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 4, 1987, pp. 1-7.

<sup>(3)</sup> Si veda: De Ambrogio, U. Ranci, C., "Dimensioni e modelli organizzativi del volontariato: indagine sui 600 gruppi in Lombardia", *Bolettino I.R.S.* n. 17, giugno 1989, pp. 48.

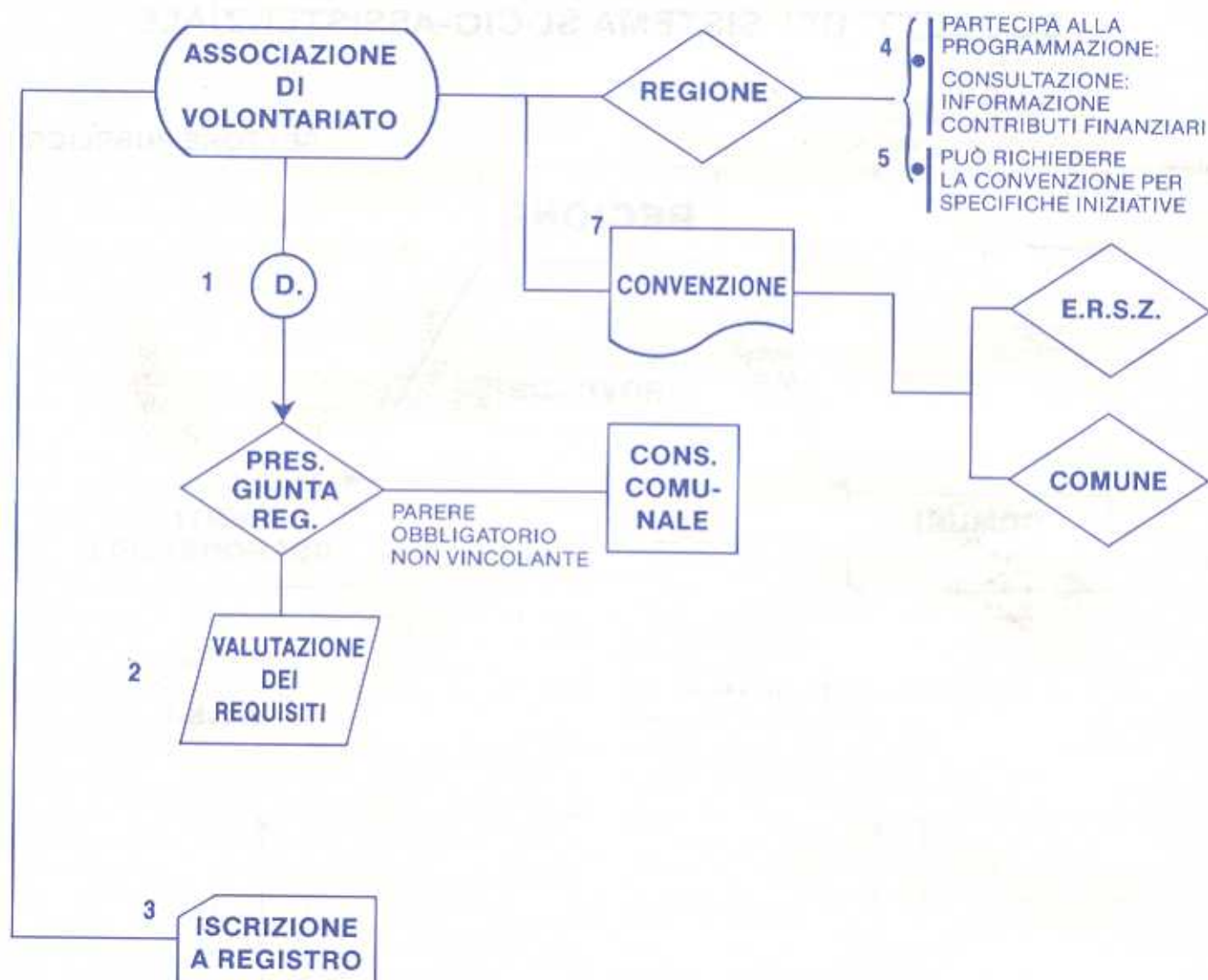


# LOMBARDIA

## SOGGETTI DEL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE



## VOLONTARIATO: REGISTRO REGIONALE



Come si vede la procedura è profondamente diversa da quella relativa al volontariato. Tutto il procedimento di valutazione dell'ideoneità, registrazione nel registro per l'ideoneità al convenzionamento e riconoscimento istituzionale fa capo al Consiglio regionale, cioè al massimo organo deliberante della regione. Gli enti privati, nel momento in cui sono coinvolti nelle reti dei servizi programmati a livello regionale, ne accettano le regole e sono incentivati sul piano economico attraverso programmi di finanziamento per spese di investimento e di gestione. Infatti il diagramma del **grafico 5** mette in evidenza che la regione ha il compito di effettuare una "valutazione di idoneità", stabilendo se l'ente è idoneo a convenzionarsi. Questo procedimento avviene attraverso una "programmazione mediante standard", consistente nel definire profili-tipo delle unità di offerta e la corrispondenza o meno delle situazioni strutturali dei servizi ad essi. Questa procedura non era prevista per il volontariato, tranne nel caso di quelle associazioni che, iscritte al registro, intendessero avvalersi dell'istituto della convenzione.

È importante tenere distinta l'"ideoneità a convenzionarsi" (cioè il riconoscimento da parte della regione dell'ente

privato che intende immettersi in questo sistema dei servizi socio-assistenziali) del "convenzionamento effettivo" che può essere o no realizzato in rapporto ai programmi di zona in base alla programmazione locale. Si tratta di due operazioni che debbono essere tenute distinte (**grafico n. 6**).

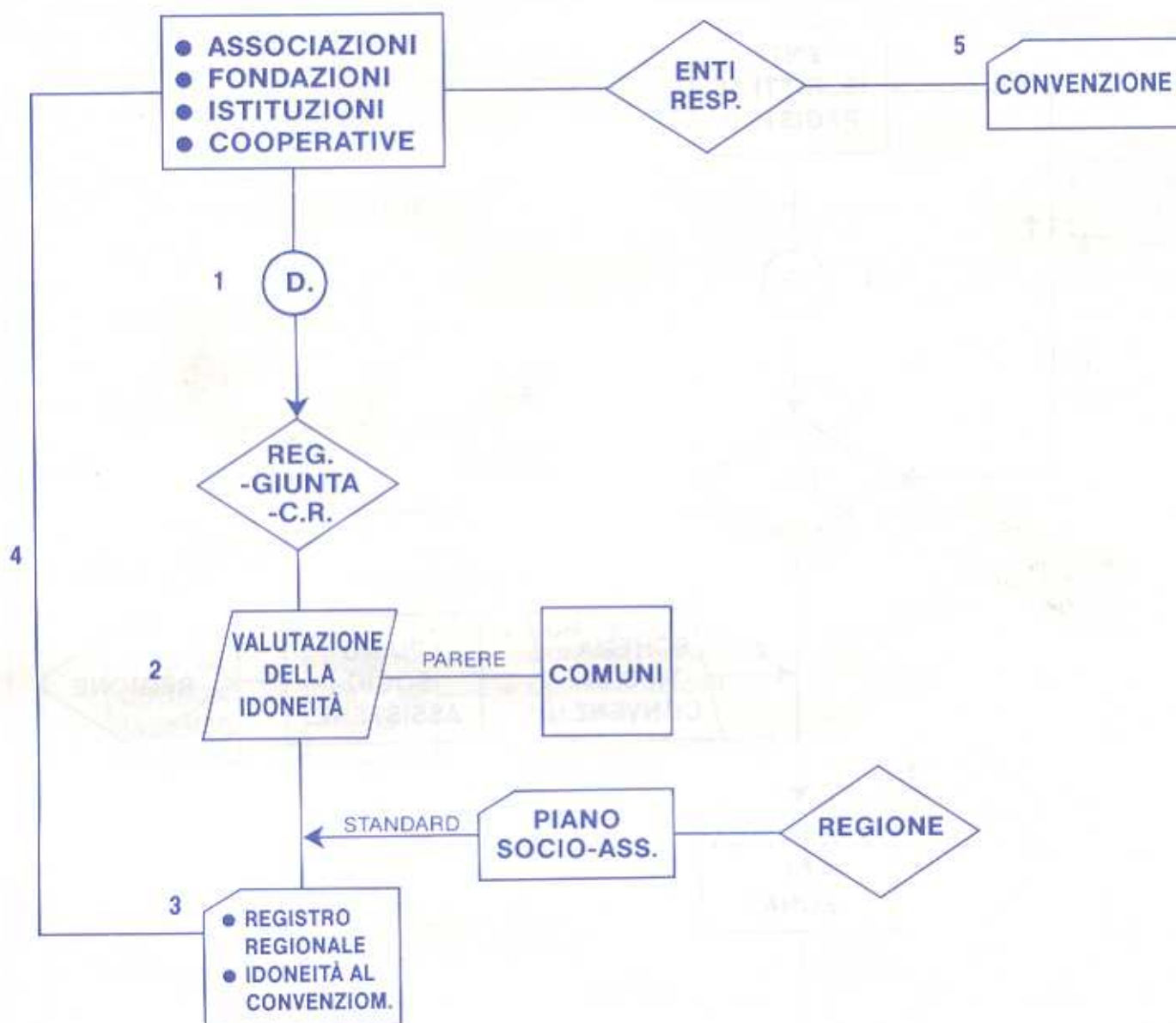
Esiste poi un altro tipo di situazione: quella delle strutture che non intendono interagire col sistema pubblico. Per queste è prevista l'"autorizzazione al funzionamento" che deve essere rivolta alla provincia. Tale procedura è prevista per l'apertura, per la trasformazione o per la prosecuzione dell'attività. A questo scopo sono definiti appositi standard di funzionamento, cioè livelli strutturali minimi che le unità d'offerta devono possedere per poter funzionare.

Tutto questo si inquadra nel processo programmatico che viene illustrato nel **grafico n. 7**.

Il piano socio-assistenziale è un documento che contiene finalità generali e modalità di finanziamento. Sotto il profilo decisionale è lo strumento fondamentale in base al quale le U.S.S.L., in rapporto con i comuni e gli altri enti gestori dei servizi, debbono approvare i "programmi di zona". È all'interno di questi che debbono essere previste, se necessario in rapporto ai bisogni, le convenzioni con gli enti privati.



## ASSISTENZA PRIVATA: REGISTRO REGIONALE



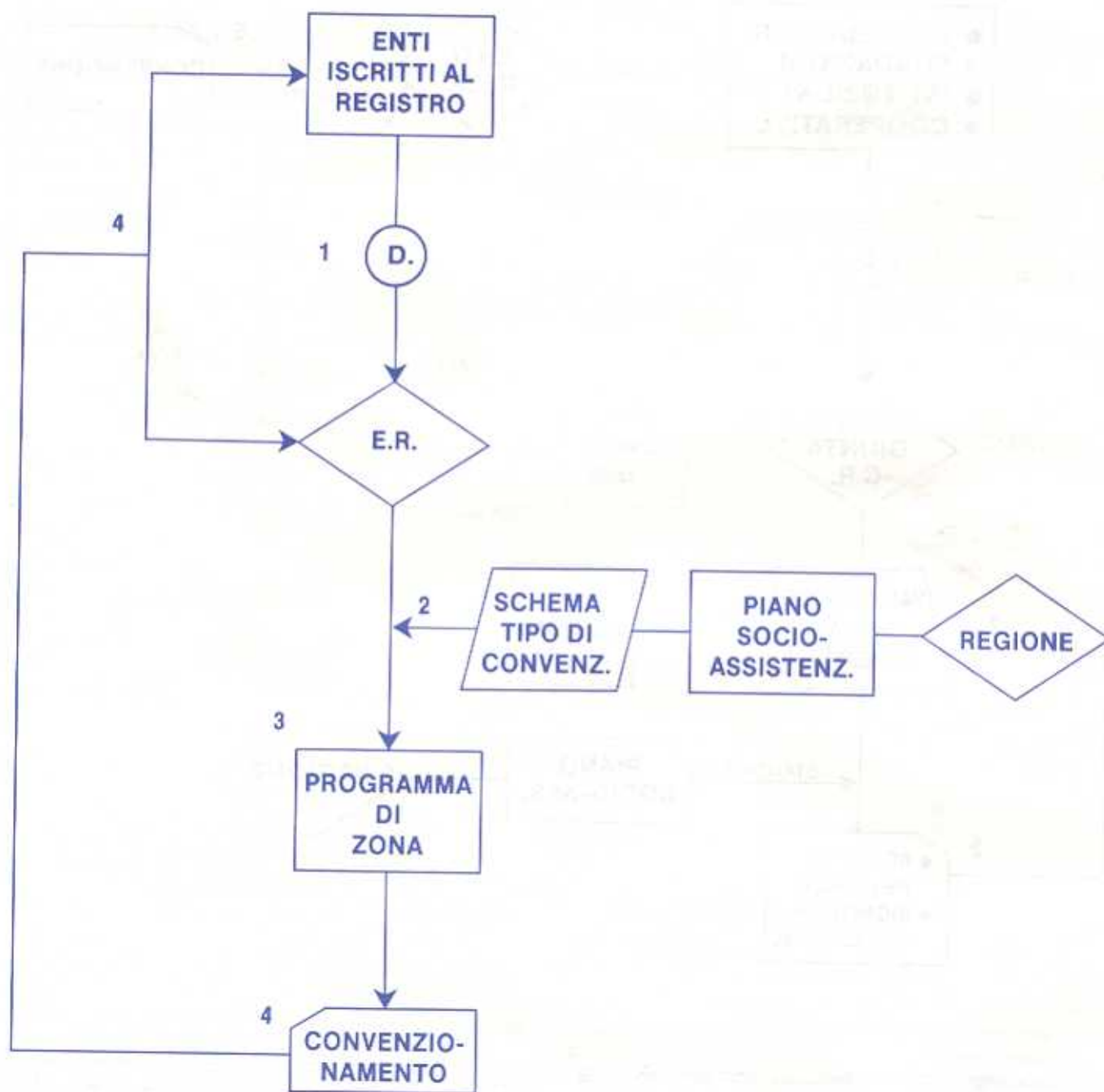
Di grande importanza è la "relazione annuale". Infatti, se andiamo ad osservare i contenuti che sono previsti dalla legislazione, ne ricaviamo significative indicazioni sotto il profilo operativo. La relazione annuale deve contenere l'analisi della patologia sociale e dei fattori di rischio della zona, la valutazione dei servizi in base ai bisogni, lo stato di attuazione dei progetti-obiettivo, le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche e private e del personale, ecc.

La fase di approvazione dei programmi di zona ha consentito alla regione - settore assistenza e sicurezza sociale di produrre il "Rapporto di legislatura sullo stato di attuazione del primo piano regionale socio-assistenziale". Questo documento contiene dati ed informazioni sul completamento dell'impianto istituzionale ed organizzativo, sui flussi finanziari, sui risultati delle riconversioni strutturali dei servizi, sul progetto-obiettivo prevenzione dell'handicap, sulle azioni programmate (minori, anziani), sulla formazione. Piuttosto interessanti sono i dati sull'incidenza dei contributi regionali sui costi di gestione dei servizi, come esposto nel seguente prospetto.

TIPOLOGIA DEI SERVIZI	1982	1984	1986	1988
Asili nido	26,8	21,3	19,0	17,1
Comunità alloggio (minori e hand.)	14,0	11,8	7,8	7,8
C.S.E.	18,8	27,0	28,0	24,0
Serv. ass. dom.	50,8	34,3	35,0	34,8

Da questa tabella si rileva che le potenzialità di influenza della regione sugli enti gestori è molto differenziata in rapporto ai tipi di servizio. Il finanziamento degli asili nido è in decremento: evidentemente i costi di questi servizi gravano prevalentemente sui comuni e sulle rette pagate dagli utenti. Il finanziamento dei Centri socio-educativi ha subito un incremento fino al 1986. Successivamente l'incidenza regionale va riducendosi. Questo vuol dire che in una certa fase la regione ha svolto un ruolo determinante nel

# CONVENZIONI



promuovere la creazione e l'estensione di questi servizi, in un secondo tempo invece è aumentato il ruolo attivo degli enti gestori nello sviluppo del settore.

Il nuovo piano socio-assistenziale, che è in fase di elaborazione negli uffici del settore assistenza della regione, dovrà tenere conto dei risultati operativi già ottenuti e indicare nuove finalizzazioni e nuovi strumenti operativi.

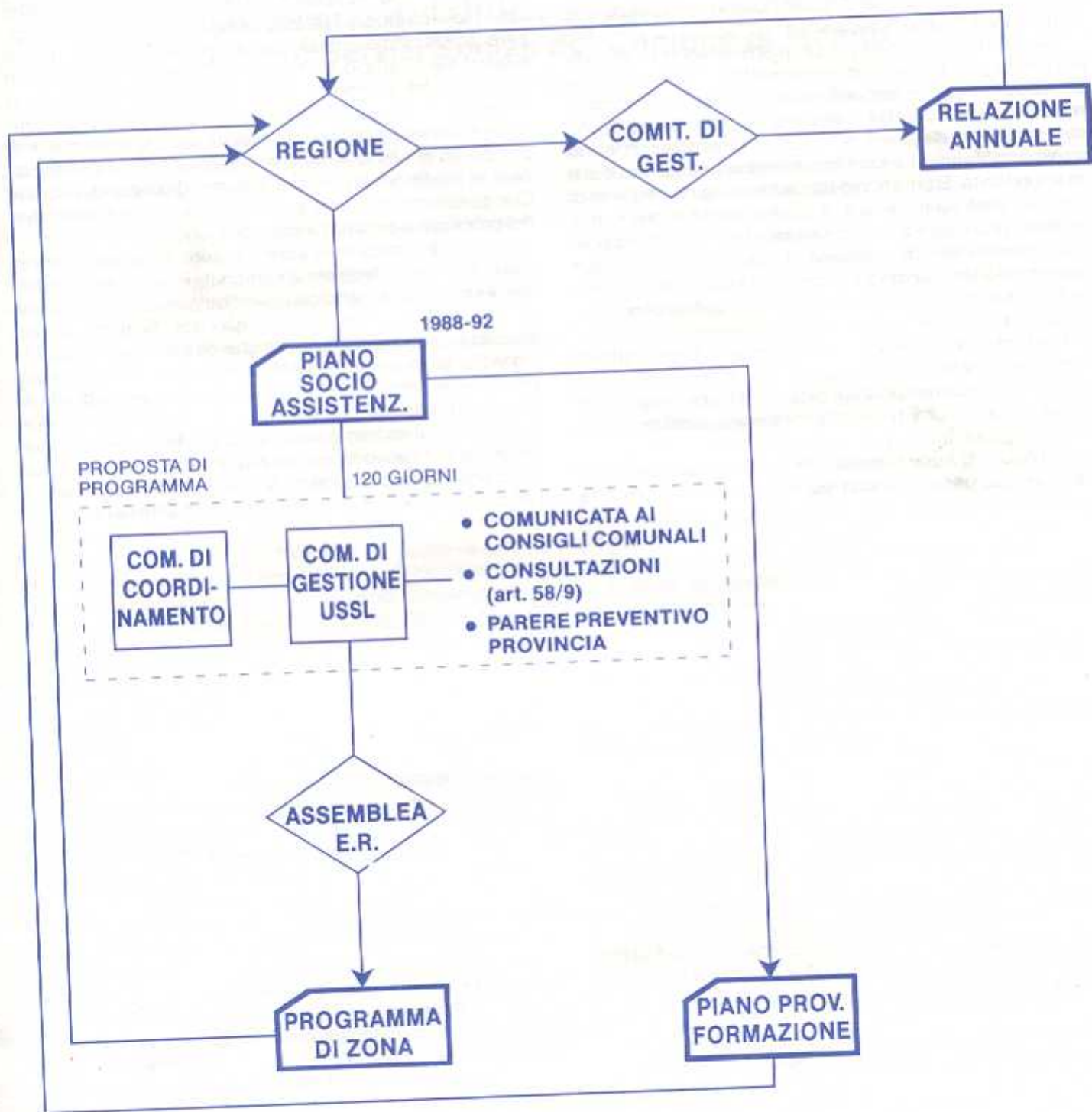
L'art. 13 della L.R. 1 attribuisce alla regione il compito di stabilire gli indirizzi per l'organizzazione e l'attività del sistema dei servizi di assistenza sociale ed i requisiti delle strutture. Queste operazioni vengono effettuate con lo strumento del piano regionale socio-assistenziale, il quale deve contenere "gli standards di realizzazione dei servizi e degli interventi in funzione del previsto livello di soddisfacimento dei fabbisogni prioritari" (art. 33).

Il termine "standardizzazione" in generale è riferito alla necessità di unificare le caratteristiche tecniche dei prodotti industriali. Riferito al sistema dei servizi lo standard può essere inteso come un valore di riferimento in rapporto al quale analizzare le situazioni reali delle unità organizzative allo scopo di migliorarne le caratteristiche strutturali ed operative. La legislazione lombarda li distingue in due tipi: "standard strutturali", intesi come i livelli minimi edilizi ambientali, e "standard generali" intesi come livelli organizzativi con particolare riferimento al rapporto quantitativo e qualitativo personale-utenti. Inutile dire che questi ultimi sono i più difficili da individuare e ancor più difficili da realizzare in quanto implicano complessi processi di progettazione.

In Italia non esiste a livello nazionale una regolamenta-



# PROCESSO PROGRAMMATORIO IL CIRCUITO DEGLI INVESTIMENTI (TRIENNALI)



zione chiara e condivisa sugli standard. Lo Stato, a causa della mancata approvazione del piano sanitario nazionale, non si è mai confrontato sull'esigenza di definire i profili-tipo delle organizzazioni di servizio socio-sanitario, tranne che nel caso delle strutture ospedaliere. Tuttavia in tempi recenti incominciano ad emergere normative sulle residenze assistenziali per gli anziani, sulle caratteristiche organizzative dei servizi per le tossicodipendenze e per i servizi psichiatrici, sulle strutture per i trattamenti domiciliari.

Sta di fatto che in assenza di un'organica regolamentazione a livello nazionale gli standard lombardi acquistano un significato giuridico ed organizzativo piuttosto rilevante

in ordine allo sviluppo del sistema. Va comunque ricordato che se lo stato stabilisse proprie standardizzazioni, queste ultime diventerebbero vincolanti e muterebbero quelle definite dalle regioni.

Sotto il profilo delle procedure gli standard sono strumenti che dovrebbero consentire alla regione di ripartire i finanziamenti in modo più rigoroso e meno discrezionale, in quanto il meccanismo economico viene attivato previa valutazione delle caratteristiche organizzative delle unità d'offerta.

La Regione Lombardia ha definito tre tipi di standard: a) programmatori; b) di convenzionamento; c) di autorizzazione



al funzionamento. Questi ultimi definiscono profili minimi cui devono attenersi le provincie per autorizzare gli enti privati a funzionare. Quelli di convenzionamento mirano ad attivare quel rapporto fra enti privati e sistema pubblico di cui si è parlato all'inizio di questo capitolo. Gli standard programmatici invece sono i più interessanti poiché indicano i requisiti qualitativi che le strutture debbono raggiungere in un determinato arco di tempo.

Gli standard sono dunque strumenti di regolazione delle politiche regionali e locali in questo settore. Non è certo che la "programmazione mediante standard" sia la più efficace in questi settori. Tuttavia è possibile lavorare per una interpretazione dinamica di questi strumenti. In un certo senso uno standard è contemporaneamente un vincolo e un'opportunità. È un vincolo per le strutture che sono al di sotto dei livelli quantitativi e qualitativi definiti e che quindi debbono procedere all'adeguamento. È un'opportunità nel senso che in tal modo il sistema dei servizi dovrebbe poter raggiungere nel corso del tempo livelli qualitativi sempre migliori, traducendosi in vantaggi nelle condizioni di assistenza per gli utenti.

Passiamo ora al sistema dei controlli. Queste attività sono svolte dalle commissioni di vigilanza istituite nelle U.S.S.L. sovracomunali. Nel caso di Milano l'équipe di vigilanza è costituita presso l'assessorato assistenza del comune.

Il lavoro di queste commissioni è particolarmente delicato perché esse debbono esercitare un controllo che

inevitabilmente in parte è burocratico, ma che tuttavia, essendo finalizzato al miglioramento qualitativo, deve anche essere improntato alla collaborazione con gli enti gestori. Si tratta cioè di una funzione che deve essere contemporaneamente "fiscale" e nello stesso tempo promozionale. Vorrei ricordare che le équipes di vigilanza devono confrontarsi con i rilevanti problemi di interazione: devono perciò sviluppare abilità professionali sia di tipo tecnico, sia di tipo relazionale. L'ufficio vigilanza del comune di Milano, in proposito, ha messo a punto interessanti strumenti di rilevazione che, opportunamente verificati, potrebbero consentire una maggiore professionalità nell'esercizio di questi compiti ed anche diventare strumenti di ricerca per analizzare in modo continuativo il sistema d'offerta dei servizi. Con questo credo di aver sintetizzato gli elementi essenziali del processo normativo lombardo.

Prima di concludere vorrei ancora ricordare che nel piano socio-assistenziale è contenuto il progetto-obiettivo (prevenzione degli handicap, riabilitazione e socializzazione dei disabili fisici, psichici e sensoriali). Si tratta di uno strumento operativo che merita grande attenzione in quanto individua strategie e modalità di intervento tali da definire progressivamente un consolidamento del sistema di offerta attualmente esistente, ma soprattutto di incidere sui processi di coordinamento fra le strutture. Non esiste in tutto il sistema normativo nazionale regionale un progetto altrettanto organico ed articolato. Ma di questo sicuramente si parlerà nei successivi incontri di questo seminario.