



VERSO IL NUOVO PIANO SOCIALE E SANITARIO REGIONALE

Documento di lavoro (versione dell'11 maggio 2016)



INDICE



1. I cambiamenti del contesto dal 2008 ad oggi e i nuovi scenari socio-demografici e economici
2. Verso un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità
3. Gli attori istituzionali e sociali del sistema di welfare regionale. Lo stato dell'arte e le prospettive
 - 3.1. Il quadro dei servizi, delle risorse, dei produttori
4. Aree di intervento trasversali alle politiche regionali
 - A. Politiche per la domiciliarità e la prossimità
 - B. Politiche per la riduzione delle diseguaglianze
 - C. Politiche per la prevenzione e la promozione del benessere sociale e della salute
 - D. Politiche per l'integrazione sociolavorativa
 - E. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini
 - F. Politiche per la qualificazione dei servizi
5. Indicatori di esito e di bilancio

1. I cambiamenti del contesto dal 2008 ad oggi e i nuovi scenari socio-demografici e economici



Le dinamiche della popolazione, gli indicatori della situazione economica e sociale

I dati demografici ci presentano una popolazione regionale che continua ad invecchiare (innalzamento dell'indice di vecchiaia, 173,4 nel 2015 contro 168 del 2012), in particolare la popolazione dei "grandi anziani", rappresentata dalle persone con più di 75 anni (553.017 persone, 12,4% sul totale dei residenti).

Alcuni dati di scenario fino al 2020 ci dicono che **la popolazione regionale crescerà a ritmi molto contenuti, e cambierà la sua composizione**: già oggi in Emilia-Romagna quasi un bambino su tre nasce da madre straniera [tab. p. 16 fotografia del sociale]. Si tratta di una trasformazione molto rilevante e strutturale della popolazione regionale, **sempre più eterogenea e multiculturale**.

La dimensione media delle famiglie si riduce progressivamente passando da 2,41 componenti nel 2001 a 2,25 nel 2011 e si stima possa ridursi ulteriormente fino 2,14 componenti per famiglia al 2020¹.

Aumentano le famiglie unipersonali, che rappresentano oltre un terzo del totale e, per quanto riguarda il fenomeno della **monogenitorialità**, dall'ultimo censimento emerge come in Emilia-Romagna siano residenti oltre 82.100 nuclei familiari monogenitore con almeno un figlio minore. Di questi, circa 70.550 sono composti da madri sole con bambini e ragazzi.

Grava oggi sulle famiglie, strutturalmente più fragili, **un impegno sempre più elevato nei compiti di cura**, che si riversa particolarmente sulle donne (il carico di lavoro a casa delle donne è 4 volte superiore a quello degli uomini)². In Emilia-Romagna le persone di età fra i 15 e i 64 anni che nel 2010 dichiarano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) sono più di un milione e 100mila, pari al 40,2% della popolazione totale della fascia di età considerata.

La crisi ha prodotto un'ulteriore fragilità nelle famiglie e ha aumentato le difficoltà principalmente di quelle in cui il capofamiglia è di **nazionalità straniera**, o delle **famiglie numerose, con presenza di minori e/o anziani** (le famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa nel 2014 rappresentano il 4,2% del totale delle famiglie residenti in regione). In particolare **la povertà materiale ed educativa nell'infanzia** determina elementi di fragilità che si manifestano nell'intero arco della vita sia in termini di salute che di opportunità lavorative, sociali, relazionali. Dai dati Istat del 2014 la percentuale di minori in Emilia-Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000 minori con un aumento del 4% dal 2012 al 2013.

Accanto al tasso di abbandono scolastico del 15,3%, che si colloca oltre gli indicatori fissati da Lisbona 2020 e che mostra uno scenario sicuramente inquietante anche se meno negativo del dato nazionale, si evidenzia quello degli **Early leavers (abbandoni precoci)** della scuola: il 13,2% al 2014, con una composizione di tale quota in cui il tasso dei ragazzi stranieri è il quadruplo di quello degli italiani. Si registra poi nel 2014 **un tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni** del 23,6% (26,3 % tra le ragazze) e un'incidenza dei **Neet (senza scuola e lavoro)** nella stessa fascia pari al 20,6 % (23,9% al femminile, nel 2011 era 17,4%).

La crisi ha inoltre prodotto **un crescente disagio abitativo**: è aumentata sia l'incidenza sul reddito delle spese per l'abitazione sia il numero di famiglie che incontrano difficoltà a pagare l'affitto (sfratti emessi da circa 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014, di cui più del 30% emessi per morosità) sia il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari.

Lo stato della salute

L'aspettativa di vita alla nascita, in crescita, con un incremento superiore alla media in particolare nel 2014, nel 2015 fa registrare una diminuzione e torna a livelli più prossimi al 2013. Tale fenomeno è più

¹ Fonte: elaborazioni dati Istat per "Una regione diversa" progetto MMWD

² Fonte: Indagine multiscopo Istat 2013

accentuato tra le donne, riducendo la storica differenza tra maschi e femmine, che rimangono comunque più longeve. Tra il 1990 e il 2013 gli anni di vita persi diminuiscono, in particolare quelli persi per gli incidenti stradali che erano la quinta causa di morte nel 1990 e diventano la quindicesima nel 2013 (-60%). Sono invece aumentati molto gli anni di vita persi per cardiopatia ipertensiva.

Quanto all'**impatto sulla salute di consumi e stili di vita**, i principali fattori di rischio modificabili e intermedi (ipertensione, fumo di tabacco, sedentarietà, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, obesità e scarso consumo di frutta e verdura) determinano la maggior parte (86%) degli anni di vita vissuti in condizioni di disabilità. Si stima che negli anni 2010-2013 più di 2 milioni di abitanti in Emilia-Romagna presentino un basso consumo di frutta e verdura, 1 milione sia in sovrappeso e 300 mila obesi, più di 800 mila siano fumatori, più di 600 mila siano sedentari e altrettanti presentino un consumo eccessivo di alcol.

In Italia per motivi economici, liste di attesa e ticket **rinunciano alle cure sanitarie** il 7,2% dei residenti, pari a circa 4,3 milioni di persone: il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo fa per motivi economici, la seconda causa sono le liste d'attesa. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%); al Centro il 7,4% dei residenti e al Nord il 4,1%.

2. Verso un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità

Il territorio dell'Emilia-Romagna è il luogo di vita di una comunità composta innanzitutto di persone, ma anche di amministrazioni pubbliche, di associazioni, di imprese, di formazioni sociali, di sindacati, ecc. che ha in sé una grande potenziale di idee, di risorse materiali e immateriali, di volontà, di creatività. Questo patrimonio ha consentito nel tempo di costruire servizi e opportunità, di accogliere persone, di affrontare momenti di difficoltà economica e sociale. Tutto questo costituisce di fatto **il sistema emiliano-romagnolo di welfare territoriale e comunitario, la risorsa maggiore di cui disponiamo.**

Il Piano sociale e sanitario regionale intende sostenere questo sistema territoriale, garantendo quale parte pubblica che le persone e i soggetti che vi partecipano possano tra loro dialogare e integrarsi per continuare da un lato **a sostenere il sistema dei servizi e degli interventi fino ad oggi garantito**, dall'altro **per innovare e costruire insieme nuove risposte ai bisogni delle persone.** E' importante oggi più che mai ricucire il tessuto sociale e riparare alla crescente sfiducia nelle istituzioni e alla frammentazione sociale. Questo è possibile solo considerando il welfare territoriale e comunitario come una costruzione collettiva in cui ognuno è chiamato a fare la propria parte.

Il 'sistema Pubblico' svolge un ruolo fondamentale e delicatissimo in questa costruzione: è **al contempo garante dell'equità nell'accesso ai servizi e regista dell'azione di valorizzazione della comunità.**

Gli operatori dei servizi sono chiamati a lavorare in maniera nuova, essi devono essere **sostenuti e qualificati per farlo**, affinché possano condividere valori, prospettiva e modalità operative.

I cittadini sempre più richiedono protagonismo nelle decisioni che riguardano la loro salute o quella dei loro familiari. E' importante quindi stimolare forme di cittadinanza attiva. Ascoltare e supportare queste espressioni di autoaffermazione diventa un obiettivo ineludibile per i servizi sociali e sanitari. Nei servizi sanitari e' necessaria una transizione da un modello paternalistico medicocentrico a una relazione più contrattuale e che favorisca la messa in campo delle risorse e delle energie del cittadino utente, attraverso la responsabilizzazione rispetto alla condivisione degli obiettivi, ai propri stili di vita, all'aderenza al trattamento. Medicina integrata, chronic care model, supporto all'autocura e all'automutuoaiuto rappresentano strumenti utili a questo fine.

Costituisce un obiettivo anche sostenere e stimolare l'assunzione di responsabilità sociale da parte del **mondo della produzione** non solo non profit, ma sempre più anche delle aziende e dei soggetti for profit,

quali parti di un sistema composito di attori in cui ognuno può contribuire al benessere comune in base alle proprie risorse e competenze.

3. Gli attori istituzionali e sociali del sistema di welfare regionale. Lo stato dell'arte e le prospettive

E' obiettivo del Piano sostenere il conseguimento - nel triennio - della **gestione integrale e organica delle funzioni sociali e sociosanitarie in forma obbligatoriamente associata in ambito distrettuale**: programmazione, regolazione, committenza e gestione del sistema locale dei servizi sociali e sociosanitari. Sempre più, nello sviluppo delle politiche regionali, l'Unione costituisce il perno anche organizzativo nell'erogazione dei servizi al cittadino (art.8 L.R.13/2015).

Nel nuovo quadro normativo le funzioni di governo si concentrano nel livello regionale, da un lato, e nel livello locale dei Comuni associati, dall'altro: occorre perciò investire sul **rafforzamento del ruolo di coordinamento e integrazione delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie**, come sedi di connessione e snodo tra le programmazioni e gli indirizzi, regionali e distrettuali.

La programmazione, in quanto funzione strategica del sistema pubblico, **intercetta i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, indica interventi e risposte adeguate**, così come **prospettive di più lungo termine**, costituendo relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra diversi attori pubblici e privati.

Sia a livello regionale che di ambito distrettuale sono stati sviluppati negli anni numerosi strumenti di programmazione che devono essere in parte rivisti e tra loro integrati e resi coerenti.

Il modello di welfare territoriale e comunitario che questo Piano intende sviluppare è costruito da soggetti pubblici e privati, nonché da tutti i cittadini che vivono e operano nel territorio regionale. Non coincide con la somma di interventi e servizi pubblici e privati, ma è il risultato della **capacità di costruire, nelle comunità locali, una convivenza che si faccia carico delle esigenze di tutti**, attraverso la gestione comune di attività e la realizzazione di interventi diversi e complementari.

Si connota quindi come il risultato di un **mix di investimenti pubblici e privati, for profit e non profit, e di un nuovo esercizio della cittadinanza, "generativo" di bene comune**.

Una declinazione specifica di questa nuova assunzione diffusa di responsabilità sociale è il **welfare aziendale**, ovvero un insieme di tutele e investimenti sociali a finanziamento non pubblico forniti da attori economici e sociali.

Gli attori del sistema locale, risorse per costruire e alimentare il welfare territoriale e comunitario, sono molteplici: le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, le associazioni di promozione sociale, le organizzazioni sindacali, le Fondazioni, gli enti di patronato, le Aziende pubbliche o speciali di servizi alla persona, i Comitanti consultivi misti ex L.R. 19/1994, il singolo cittadino, ecc. ...

Alcuni di questi, in particolare le organizzazioni del terzo settore, svolgono nei confronti dei soggetti pubblici **un ruolo sussidiario lungo l'intero arco della filiera del welfare**: dalla rilevazione dei bisogni e co-progettazione con i beneficiari delle strategie e delle politiche, fino alla erogazione dei servizi e interventi. Sono quindi a tutti i livelli territoriali un interlocutore imprescindibile per la costruzione di questo nuovo modello di welfare e, attraverso le loro rappresentanze, un soggetto con il quale confrontarsi nelle varie fasi della programmazione territoriale.

3.1 I servizi, le risorse, i produttori [gr.1, par.3; gr. 7 par. 4]

Il sistema dei servizi di area sanitaria e sociale nella nostra Regione si caratterizza per una elevata qualità e una diffusione capillare: costituisce un punto avanzato e qualificante del sistema di welfare nazionale, che si è impegnati a difendere e consolidare sempre di più, soprattutto dall'inizio della crisi, per l'emergere di nuove fragilità.

- **Indici di copertura** molto alti dell'utenza potenziale, e per alcuni servizi (socioeducativi e sociosanitari per bambini e anziani) oltre gli obiettivi europei.
- Il Servizio sanitario della nostra Regione si posiziona ai primi posti nelle classifiche nazionali basate su diversi sistemi di indicatori (punteggio griglia LEA, sistema "bersaglio", Piano nazionale esiti ecc...).
- **"Universo" ampio, eterogeneo e qualificato di soggetti attivi e di produttori** di molti servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. In particolare, oltre alla presenza del pubblico in diminuzione ma comunque rilevante, si registra una incisiva presenza del privato sociale, punto di riferimento per la progettazione e la sperimentazione di nuovi interventi: 723 cooperative (1,6 cooperative ogni 10.000 abitanti), 3.489 associazioni di promozione sociale (ben 7,8 ogni 10.000 abitanti) ed oltre 3.040 organizzazioni di volontariato (6,8 OdV ogni 10.000 abitanti). Il numero di volontari è 428.550 in tutta la regione, mentre gli addetti impegnati in queste organizzazioni risultano 64.395 (dati 2013). In Emilia - Romagna è presente quindi un terzo settore articolato e composito ed in forte crescita da un decennio: un mondo molto vario che comprende sia realtà produttive importanti che risorse volontarie che si mettono al servizio della comunità.
- Rispetto alla **spesa sociale**, nell'insieme delle risorse che la compongono (Fondo sociale nazionale, regionale, risorse locali), fa registrare all'Istat nel 2012 circa 720 mln in Emilia-Romagna, con un pro-capite di € 162 seppure distribuito in modo disomogeneo, con marcati squilibri territoriali, di cui occorre leggere motivazioni e caratteristiche per invertire la tendenza. A questa spesa va aggiunta quella derivante dal FRNA e finalizzata per la maggior parte ai servizi sociosanitari accreditati per anziani e disabili. Nel 2012 la spesa sociale e socio-sanitaria (comprensiva del FRNA) è stata di 1 miliardo e 172 milioni di euro, cui ha corrisposto una spesa pro-capite pari a 263 euro. Un'ultima quota di spesa pubblica per l'assistenza della popolazione del nostro territorio, decisamente prevalente su tutta la precedente, deriva dalle diverse misure previdenziali e assistenziali erogate dall'INPS in modo diretto ai beneficiari.
- La **spesa del servizio sanitario regionale** per funzioni e livelli di assistenza vede nel 2014 un costo complessivo di euro 8.649.511.000, ripartita per il 54,3% in assistenza territoriale, per il 41,1% in assistenza ospedaliera e per il 4,6% in assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

4. Aree di intervento trasversali alle politiche regionali

SUPERARE I CONFINI DELLE POLITICHE E DEI TARGET

L'intento è superare i confini dei target tradizionali, non più realistici né funzionali, e sostenere una visione trasversale alle aree di intervento, uno sguardo comune e integrato nella progettazione e nella gestione degli interventi, che pure rispetti specificità e differenze. Politiche per la salute, per l'agio e il benessere sociale, per la casa, per il lavoro, per l'inclusione, vanno pensate e attuate come tasselli di una politica globale per i diritti di cittadinanza. Le aree di intervento individuate sono perciò trasversali e richiedono anche ad organizzazioni e operatori di connettersi in modo nuovo, ove opportuno e possibile.

A. Politiche per la domiciliarità e la prossimità

ACCOGLIERE E ACCOMPAGNARE LE PERSONE NEL LORO CONTESTO DI VITA, NELLE LORO SCELTE E CAPACITÀ.

Questa area comprende gli interventi di attivazione dei percorsi/servizi per far rimanere le persone nell'ambiente originario di vita, se lo desiderano: **non solo la casa ma il contesto quotidiano** fatto di spazi, di tempi, di relazioni e di conoscenze, che hanno senso per loro.

Si tratta di costruire risposte di cura "a più mani", integrate in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, che coinvolge la rete parentale, informale, del privato sociale e della comunità. Alla domiciliarità si connette la prossimità dei servizi, come interlocutori aperti all'ascolto, animatori, attivatori e registi delle reti, nel sostegno e accompagnamento alle persone e alle famiglie.

Esempi di interventi/politiche

- Case della salute
- Riorganizzazione della rete ospedaliera
- Ospedali di comunità
- Continuità ospedale-territorio
- Medicina d'iniziativa e chronic care model
- Budget di salute e housing first
- Nuove forme di abitazioni con servizi
- Sostegno al caregiver e empowerment di comunità
- Maggiore articolazione dell'offerta di prossimità per le persone disabili (Vita indipendente, Dopo di noi, reti comunitarie di solidarietà,...)

B. Politiche per la riduzione delle disuguaglianze

NELL'ACCOGLIERE, CONSIDERARE LE DIFFERENZE E FARE USO DI LEVE DIVERSE PER REALIZZARE EQUITÀ

Si fa riferimento agli interventi che concorrono a sviluppare condizioni sociali e di vita il più possibile inclusive e non discriminanti. Sono ricomprese anche le politiche per garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati, rispettosi cioè delle differenti condizioni individuali e di gruppi (economiche, di genere, di etnia, di religione, di età...) e adeguati alle specifiche esigenze che queste comportano.

Si tratta di ascoltare e cogliere "da vicino" le diversità, soprattutto quelle che possono trasformarsi in svantaggio, personalizzare quando opportuno percorsi e risposte, valorizzare le differenze come risorse e opportunità di autodeterminazione piuttosto che di esclusione.

Esempi di interventi/politiche

- Contrasto del disagio scolastico e promozione dell'ascolto di adolescenti e giovani
- Medicina di genere
- Inclusione lavorativa delle persone con fragilità sociosanitaria
- Contrasto dell'esclusione sociale delle persone in esecuzione penale e in condizione di marginalità estrema o a rischio di marginalità
- Politiche per la casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- Equità di accesso e di contribuzione dei cittadini alla rete sociosanitaria
- Sviluppo modello di governo regionale e locale del sistema di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati, in connessione e coerenza con interventi governativi
- Supporto e consulenza specialistica su tematiche interculturali, per ascolto, mediazione, formazione, progettazione di interventi territoriali di comunità

C. Politiche per la prevenzione e la promozione del benessere sociale e della salute

AUMENTARE IL CONTROLLO DELLE PERSONE SULLA PROPRIA SALUTE E SULLA PROPRIA QUALITÀ DI VITA

Sono tutti gli interventi, il più precoci e diffusi possibile, per rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità di vivere bene: l'obiettivo è scegliere consapevolmente i propri modi di vivere, e contenere rischi e disagi, nel limite delle possibilità individuali di azione. Gli strumenti di programmazione, regionali e locali, devono influenzare anche le attività delle istituzioni in tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, ambiente,...) che possano assicurare o mettere a rischio contesti sani di vita, di lavoro, di apprendimento, ecc., per aumentare le opportunità reali di scelta da parte delle persone.

Esempi di interventi/politiche

- Piano regionale della prevenzione

- Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita
- Sostegno delle competenze genitoriali
- Costruzione di una cultura per le pari opportunità e di contrasto alla violenza di genere
- Interventi di promozione interculturale (tramite media/Centri/Associazioni)
- Rafforzamento delle rete regionale territoriale contro le discriminazioni
- Casa della salute

D. Politiche per l'integrazione sociolavorativa

IL LAVORO COME OPPORTUNITA' DI AUTONOMIA E DI CITTADINANZA

Si vogliono potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori, delle organizzazioni per integrare le politiche sociali e sanitarie con le politiche educative, della formazione e lavoro, abitative. In particolare si intende dare attuazione in modo coerente e integrato alle nuove misure nazionali e regionali (SIA-sostegno all'inclusione attiva, RES-reddito di solidarietà, LR 14/2015 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari").

Esempi di interventi/politiche

- Costruzione di nuovi strumenti di valutazione del bisogno
- Inclusione lavorativa delle persone con fragilità sociosanitaria
- Sviluppo di nuove reti di operatori (servizi sociali, sanitari, del lavoro)
- Costruzione del Patto tra servizi e cittadino per la fruizione di misure di sostegno al reddito

E. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini

L'ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITA' E L' EMPOWERMENT COME NODI DEL WELFARE COMUNITARIO

Si intende potenziare uno stile trasversale ai servizi, sia tradizionali sia innovativi, di inclusione attiva, di capacitazione, di contrasto alla dipendenza dai servizi stessi: occorre guardare alle persone come risorse e non solo come problemi, creare le condizioni, come operatori e come istituzioni, perché ciascuno sia co-progettatore del proprio percorso, e si senta corresponsabile nei propri luoghi di vita e di cura della gestione delle relazioni, degli spazi e dei tempi comuni, in un'ottica di solidarietà e coesione tra generazioni e tra culture diverse.

Esempi di interventi/politiche

- Progetti empowerment di comunità su stili di vita (PRP)
- Metodologia del Community Lab
- Peer education
- Medicina integrata
- LR 3/2010 sulla partecipazione
- Azioni di informazione, orientamento e tutoring per accesso opportunità e scambio di esperienze, per sostegno a imprenditoria, giovanile e adulta
- Valorizzazione delle competenze dei cittadini,
- Supporto all'automutuoaiuto

F. Politiche per la qualificazione dei servizi

Costituisce l'insieme di interventi e azioni tesi a fare manutenzione, a valutare e a innovare il sistema organizzativo e professionale dei servizi, come condizione indispensabile per assicurare la realizzazione e l'adeguamento delle politiche in modo integrato e trasversale ai target.

Esempi di interventi/politiche

- Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che connettano le UO delle Aziende sanitarie
- Aggiornamento degli strumenti di accreditamento sociosanitario e degli indirizzi FRNA
- Riorganizzazione della rete ospedaliera
- Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e per i ricoveri programmati

- Innovazione e flessibilità nei servizi diurni e residenziali
- Valorizzare le competenze dei professionisti
- Formazione congiunta di operatori sociali e sanitari; formazione integrata e specialistica sui temi dell'immigrazione a operatori e mediatori dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari ed educativi
- Continuità dei percorsi di assistenza per cittadino non autosufficiente
- Flussi informativi e informatizzazione dei processi
- Miglioramento e maggiore differenziazione dell'offerta per le persone in situazione di gravissima disabilità e con demenza

5. Indicatori di esito e di bilancio

E' obiettivo del Piano ricostruire un quadro sistematico degli indicatori disponibili nei diversi flussi regionali e individuarne alcuni essenziali, utili alla governance distrettuale e agli attori locali nel loro insieme, per leggere il proprio territorio e orientare/adequare le politiche nel senso dell'efficacia e della ottimizzazione delle risorse economiche disponibili a tutto il sistema.