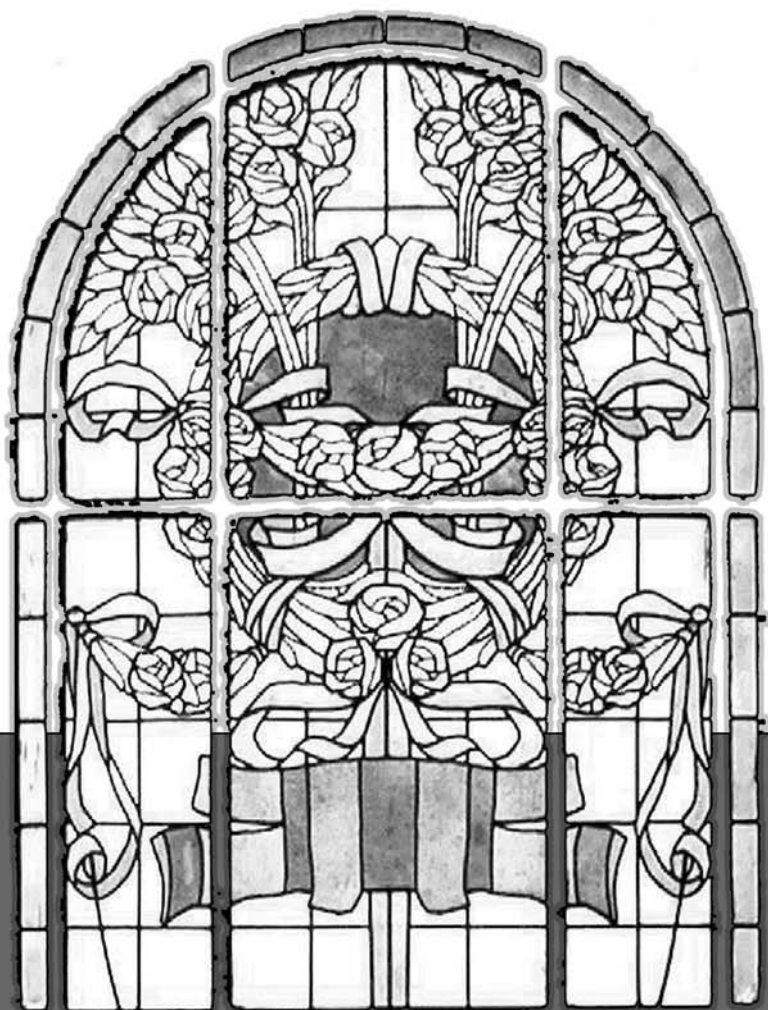


MATERIALI UVVAL

Analisi e studi

Documenti

Metodi



Numero 12 - Anno 2006

SERVIZI SOCIO-SANITARI NELL'UMBRIA RURALE

S. Lucatelli, S. Savastano, M. Coccia



Ministero dell'Economia e delle Finanze
Dipartimento per le Politiche di Sviluppo
Unità di Valutazione degli Investimenti Pubblici



L'Unità di valutazione degli investimenti pubblici (UVAL) svolge attività di supporto tecnico alle amministrazioni pubbliche, elaborando e diffondendo metodi per la valutazione dei progetti e dei programmi d'investimento pubblico *ex ante*, *in itinere* e *ex post*, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo dei Fondi strutturali comunitari. L'Unità partecipa alla rete dei nuclei di valutazione regionali e centrali.

L'UVAL opera nel Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e di Coesione che, con il D.L. 18 maggio 2006, n.181 (convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2006, n. 233), in fase di attuazione, è stato trasferito presso il Ministero dello Sviluppo Economico, di nuova costituzione. L'Unità è stata costituita, nella sua forma attuale, nel 1998 nell'ambito del riordino delle funzioni di promozione dello sviluppo assegnate al Ministero dell'Economia e delle Finanze. Formata da un massimo di 30 componenti coordinati da un Responsabile, è parte del Nucleo tecnico di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, posto alle dirette dipendenze del Capo Dipartimento.

L'Unità fornisce valutazioni sulla rispondenza dei programmi e progetti di investimento agli indirizzi di politica economica, sulla fattibilità economico-finanziaria delle iniziative e sulla loro compatibilità e convenienza rispetto ad altre soluzioni, nonché sulla loro ricaduta economica e sociale nelle zone interessate.

La collana *Analisi e studi* dei **Materiali UVAL** intende promuovere la circolazione, in versione provvisoria e allo scopo di raccogliere commenti e suggerimenti, di lavori di ricerca condotti da componenti e collaboratori dell'Unità di Valutazione o presentati da studiosi esterni nell'ambito di seminari e convegni organizzati dal Dipartimento per le Politiche di Sviluppo.

I lavori pubblicati nella collana riflettono esclusivamente le opinioni degli autori e non impegnano la responsabilità dell'Unità, del Dipartimento per le Politiche di Sviluppo o del Ministero dello Sviluppo Economico.

Collana Materiali Uval

Direttore responsabile: Laura Raimondo

Segreteria di redazione: materialiuval.redazione@tesoro.it

Progetto grafico a cura dell'Ufficio per la Comunicazione e le Relazioni esterne del DPS
Autorizzazione Tribunale di Roma n. 306/2004

Finito di stampare nel dicembre 2006

Materiali UVAL è pubblicato anche in formato elettronico all'indirizzo <http://www.dps.mef.gov.it/materialiuval>

Servizi socio-sanitari nell'Umbria rurale

Sommario

Tre aspetti caratterizzano in maniera crescente le aree rurali dei paesi sviluppati: invecchiamento della popolazione, difficoltà di accesso ai servizi e situazioni di disuguaglianza nell'ingresso delle donne al mercato del lavoro. Sebbene l'invecchiamento sia considerato un *trend* generale per l'Italia, in alcune aree il fenomeno sta assumendo una forma cronica. Le politiche di sviluppo per le aree rurali devono fondarsi su analisi territoriali approfondite e rigorose. Di fatto le politiche di sviluppo in favore dei territori rurali sono basate su analisi di tipo settoriale, senza il supporto di quelle territoriali. In questo studio, una nuova metodologia di analisi territoriale è stata utilizzata per ricostruire – secondo un approccio spaziale – lo stato dell'offerta dei servizi sanitari e dei servizi di cura per l'infanzia nelle differenti tipologie di aree rurali della regione Umbria (aree rurali peri-urbane, intermedie e periferiche). Questa metodologia è stata applicata a questa regione, ma potrebbe facilmente essere adattata ad altre regioni. L'analisi rivela come, con un investimento pro-capite in linea con la media italiana, la politica sanitaria della regione, negli ultimi anni, abbia prestato attenzione a tutte le aree, comprese quelle più marginali. Nonostante ciò persiste un problema di accessibilità ai servizi, specialmente per quanto riguarda gli anziani e gli ospedali. A ciò si aggiunge il fatto che soltanto un terzo dei punti di erogazione di servizi sanitari che operano nelle aree rurali sono in grado di offrire tutte le prestazioni di base. Diversa è la situazione per quanto riguarda l'offerta dei servizi di cura per l'infanzia, considerata la carenza di asili nido in tutta la regione. Questo studio permette, inoltre, di evidenziare una situazione di notevole disuguaglianza tra territori urbani e rurali.

Health and social services in rural Umbria

Abstract

Three main issues are increasingly characterising rural areas in developed countries: aging population, difficulties in accessing services, and gender inequalities in entering the labour market. Although aging can be considered a general trend in Italy, in certain areas it has become a chronic tendency. Development policies for rural areas need to be based on sound and rigorous territorial analysis. In fact, rural development policies are very often based on sectoral analysis alone, with no support from territorial analysis. In this paper, a new methodology of territorial analysis with a spatially-based approach has been used to investigate the supply of health and social (child care) services in different categories of rural area in *Umbria* (peri-urban, intermediate and remote rural zones). This methodology is applied to the Umbria region in Italy, but could be easily adapted to other regions. The study found that, with per-capita public health investment in line with the Italian average, the implementation of regional health policy in recent years has focused on all areas, even the more remote ones. Nevertheless, the accessibility of health services seems to matter, especially with regards to old people and hospitals and only one third of total service delivery points serving rural areas offer a full set of basic services. The state of the supply of child-care services is quite different. The entire region suffers from a lack of child-care services and this study reveals an important territorial divide between urban and rural areas. Finally, this paper has been presented and discussed in Edinburg, at the OECD Conference on "Investment Priorities for Rural Development".

Il lavoro è a cura di Sabrina Lucatelli, Sara Savastano e Marco Coccia.

Sabrina Lucatelli, *Unità di valutazione degli investimenti pubblici, Dipartimento per le Politiche di Sviluppo, Ministero dell'Economia e delle Finanze;*

Sara Savastano, *Unità di valutazione degli investimenti pubblici, Dipartimento per le Politiche di Sviluppo, Ministero dell'Economia e delle Finanze;*

Marco Coccia, *esperto di sviluppo locale e animatore Leader in Umbria.*

Una versione preliminare della presente pubblicazione è stata presentata al Convegno OCSE "Investment Priorities for Rural Development", Edinburgo, 19-20 Ottobre 2006.

Si ringrazia la Regione Umbria per il contributo apportato a questa ricerca, attraverso le interviste realizzate con i diversi Amministratori responsabili delle materie oggetto dell'analisi. Si ringraziano Elena Angela Peta per la sua valida assistenza statistica, Sabrina Atturo per il suo aiuto nella realizzazione delle indagini dirette ed Ezia Stella per il contributo alla traduzione del testo in italiano. Vogliamo inoltre ringraziare Laura Raimondo per la sua determinazione nel supportare questa ricerca. Si ringraziano, infine, Simona De Luca, per il ruolo di coordinamento editoriale della pubblicazione, Franca Acquaviva per il supporto all'impaginazione e alla formattazione del testo, e tutti i Referee del documento per i preziosi commenti e suggerimenti. Ogni errore e omissione è attribuibile agli autori.

Indice

I. Introduzione	7
II. Caratteristiche economiche e demografiche delle aree rurali in Umbria	9
II.1 Classificazione delle aree rurali	9
II.2 Caratteristiche socio-economiche delle diverse aree rurali	14
III. Offerta di servizi sanitari e di cura dell'infanzia	19
III.1 <i>Governance</i> dei servizi sanitari in Umbria	21
III.2 <i>Governance</i> dei servizi per l'infanzia in Umbria	23
IV. Una nuova metodologia per misurare l'erogazione dei servizi nelle aree rurali	24
IV.1 Definizione di indicatori di offerta, di accessibilità e di qualità	25
IV.2 Risultati dell'analisi	28
V. Conclusioni	41
Allegato 1	45
Allegato 2 a	47
Allegato 2 b	49
Allegato 3	51
Allegato 4	55
Bibliografia	57

I. Introduzione

Sempre di più, i governi dei diversi Paesi, nel disegnare le loro politiche di sviluppo prendono in considerazione le specificità dei territori urbani e di quelli rurali. Fondi europei, nazionali e regionali vengono utilizzati per promuovere lo sviluppo delle aree urbane e rurali, ma ciò nonostante i diversi governi non convergono su una definizione comune di tali aree. Esiste, tuttavia, un consenso generale sulla definizione di area rurale in relazione a una serie di caratteristiche quali popolazione dispersa, economia spesso basata sull'agricoltura, distanza dai centri urbani maggiori e, come diretta conseguenza, scarsa accessibilità ai principali servizi.

Tre aspetti caratterizzano maggiormente le aree rurali nei paesi sviluppati: invecchiamento della popolazione, difficoltà nell'accesso ai servizi, e situazioni di disuguaglianza per le donne per quanto riguarda l'accesso al mercato del lavoro. Sviluppo nelle aree rurali significa, oggi, creazione di opportunità che assicurino a tutta la popolazione l'accesso alla terra, alle infrastrutture, ai servizi sociali e finanziari e ad altri aspetti che elevino lo *standard* e la qualità della vita. Le aree rurali sono inoltre caratterizzate da un crescente tasso di migrazione, specialmente tra i giovani, e da un elevato tasso di invecchiamento della popolazione. Sebbene ciò sia considerato un *trend* generale per l'Italia, in alcune aree il fenomeno sta assumendo una forma cronica. Migliorare l'accessibilità ai servizi per le popolazioni rurali è d'importanza fondamentale per raggiungere un tasso di crescita sostenibile e per migliorare la qualità della vita.

Questo lavoro si prefigge un duplice obiettivo. Da un lato si è sviluppata una mappatura della Regione Umbria in termini di aree urbane e rurali, identificando, all'interno di queste ultime, differenti tipologie, ovvero aree peri-urbane, intermedie e periferiche, al fine di caratterizzarle in una prospettiva economica e socio-demografica. Dall'altro, ottenuta una mappa dell'Umbria rurale, si è analizzata la disponibilità di due servizi essenziali, l'accesso agli asili nido e quello ai servizi sanitari, basandosi sui bisogni evidenziati dalla precedente analisi socio-demografica ed economica delle diverse aree. Tenendo presente che in Italia il governo di questi servizi avviene a livello regionale, l'analisi è effettuata a questo livello territoriale, essendo ancora poco diffuse esperienze di erogazione di questa tipologia di servizi a livello intra-regionale.

Con questa ricerca si analizza l'accesso e la disponibilità di alcuni servizi essenziali nelle aree rurali da parte di due specifiche categorie di popolazione: le donne e gli anziani. In particolare, si sono volute prendere in esame le condizioni che permettono di migliorare

lo standard di vita della popolazione in una regione caratterizzata da reddito medio, forte processo di invecchiamento della popolazione e difficoltà di partecipazione delle donne al mercato del lavoro. I fenomeni dell'invecchiamento della popolazione – aumento in proporzione delle persone sopra i 60 anni – e del basso tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro rappresentano la tendenza demografica e socio-economica più significativa in Umbria, assumendo una forma cronica nelle aree rurali, dove la vita è più difficile per queste due tipologie di popolazione. Si è pertanto deciso di concentrare l'attenzione sui servizi sanitari e su quelli di cura per l'infanzia, tenendo in considerazione i bisogni di due importanti segmenti della popolazione rurale: le persone più anziane e le giovani donne. Gli anziani stanno diventando una parte preponderante della popolazione, specialmente nelle aree più periferiche, mentre le giovani donne tendono a rimanere fuori dal mercato del lavoro, probabilmente anche per sopperire all'assenza di servizi socio-sanitari efficienti sul territorio. La mancanza di asili nido, unita al bisogno di cura dei più anziani¹, può impedire la partecipazione al mercato del lavoro alle donne che vivono nelle aree rurali. Queste ultime si connotano sempre più come un ambiente non favorevole alle donne, con minori opportunità di lavoro e una minore offerta di servizi essenziali, quali asili nido o istruzione permanente. La necessità di migliorare i servizi di cura per l'infanzia è stata ravvisata anche dalla Strategia Europea per l'Impiego, che stabilisce un obiettivo per tutti i Paesi europei: fornire una copertura di asili nido entro il 2010 per almeno il 33 per cento dei bambini sotto i tre anni.

Questa ricerca si propone di analizzare le politiche e la *governance* adottate dalla Regione e nell'area dei servizi sanitari e di cura dell'infanzia, e di fornire un quadro informativo – sebbene non esaustivo – sugli investimenti pubblici. L'analisi svolta rivela l'esistenza di due modelli distinti: da un lato, una politica sanitaria più sensibile alla questione dei servizi nelle aree disperse con il tentativo di mettere in atto soluzioni innovative; dall'altro, una politica di cura dell'infanzia che si rivela alquanto inefficiente e scarsamente focalizzata sull'offerta di servizi in aree caratterizzate da popolazione dispersa e bassa concentrazione della domanda.

In conclusione, questo studio fornisce una metodologia per un'analisi territoriale che misuri *ex ante* la domanda, l'offerta e l'accessibilità di un certo numero di servizi in aree

¹ L'invecchiamento della popolazione è un processo generale che si rileva quando l'età media di uno Stato o Regione aumenta. Generalmente questo fenomeno è legato a due concause demografiche: la crescita della speranza di vita e la diminuzione della fertilità. Tra le due cause, attualmente, la diminuzione della fertilità contribuisce in maniera determinante al processo di invecchiamento della popolazione mondiale.

rurali di tipo diverso, mettendo in evidenza l'importanza dell'approccio territoriale quale strumento per i *policy-makers*, da utilizzarsi congiuntamente ad analisi settoriali, per il disegno delle politiche per le aree rurali. Questa metodologia è stata applicata alla regione Umbria, ma può essere adattata facilmente ad altre regioni.

Non essendo disponibili in Italia specifiche indagini dedicate alle popolazioni rurali, sono stati utilizzati dati rilevati da fonti più generali disaggregate a livello comunale e/o provenienti da diverse istituzioni (Istituto Nazionale di Statistica, *database* regionali, documenti statistici ufficiali dei Comuni). Queste informazioni sono state quindi integrate con dati di primo livello raccolti attraverso indagini dirette.

II. Caratteristiche economiche e demografiche delle aree rurali in Umbria

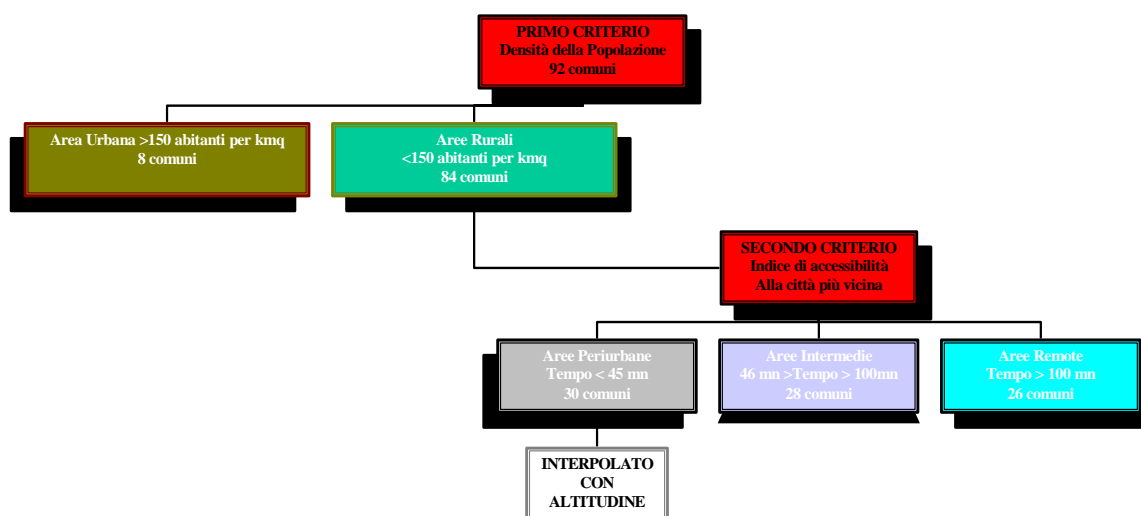
II.1 Classificazione delle aree rurali

Le aree rurali variano da nazione a nazione, all'interno delle stesse nazioni e, in particolare, all'interno delle varie regioni. Al fine di comprendere come le aree rurali, a seconda della loro tipologia, esprimano bisogni diversificati in termini di domanda e di offerta di servizi, e di considerare se le politiche attuate tengano conto di queste differenze, la prima fase di questo progetto si è concentrata su una mappatura dell'Umbria rurale, distinguendo le aree in:

- aree rurali peri-urbane
- aree rurali intermedie
- aree rurali periferiche

Si sono quindi utilizzati due criteri per classificare i comuni come rurali. Il primo, secondo la metodologia OCSE, identifica le aree rurali in base alla densità della popolazione: se la densità è minore di 150 abitanti per chilometro quadrato, il comune è considerato rurale. Sulla base di questo standard, sono stati identificati 8 comuni urbani e 84 rurali.

Figura II.1 Criteri per la mappatura dell'Umbria



Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat

Per approfondire l'analisi sui comuni rurali, si è utilizzato un secondo criterio di distinzione fra tre categorie di aree rurali: prevalentemente urbana, intermedia e periferica. Per far questo ci si è avvalsi, adattandola, della metodologia OCSE per il calcolo dell'indicatore di accessibilità².

Per classificare una regione come rurale non è stato adottato un criterio basato sull'importanza dell'agricoltura nell'economia del territorio. Piuttosto, è stato utilizzato il criterio di bassa densità di popolazione e accessibilità ai servizi e alle risorse prevalentemente disponibili nei centri urbani di maggiore importanza, secondo un modello modificato della metodologia OCSE. Sebbene l'Umbria fosse già stata classificata dall'OCSE come regione rurale, lavorando a livello provinciale, si è inteso approfondire l'analisi territoriale attraverso una mappa dei comuni compresi in aree rurali e urbane della regione. Questo approccio ha permesso di verificare se la difficoltà di accesso ai servizi essenziali sia maggiore nelle aree periferiche, a fronte di fenomeni di concentrazione di risorse e servizi intorno ai maggiori centri urbani.

Sono stati presi quindi in considerazione 92 comuni, dei quali 59 in provincia di Perugia e 33 in provincia di Terni.

L'indicatore di accessibilità adottato misura il tempo di percorrenza occorrente per raggiungere la città principale più vicina, dove si ritiene possa esservi una maggiore

² OCSE, Regions at a Glance 2005.

facilità di accesso ai servizi. Le città prese a riferimento sono Terni e Perugia, quali centri più importanti della regione³.

Date le caratteristiche geografiche dell'Umbria, e il fatto che un comune possa avere minor distanza da un centro maggiore che non dal proprio capoluogo di provincia, la distanza è stata calcolata in termini di tempo dai due centri urbani più importanti, scegliendo il tempo più breve come parametro di riferimento. Il valore soglia per il tempo di percorrenza è riassunto nella Tabella II.1⁴.

Tabella II.1 Classificazione dei comuni rurali dell'Umbria: distanza temporale dal capoluogo di provincia più vicino

Tipologia di area	Distanza in minuti	Numero Comuni
Peri-urbana	1 - 45	30
Intermedia	46 - 100	28
Periferica	+ 100	26

Fonte: Elaborazioni UVAL

Se il tempo necessario a raggiungere uno dei capoluoghi di provincia è inferiore a 45 minuti, il comune è stato incluso nell'area peri-urbana (o prevalentemente urbana). Se il tempo necessario è compreso tra 46 e 100 minuti, il comune appartiene all'area intermedia. I comuni appartenenti all'area periferica necessitano invece di un tempo di percorrenza per raggiungere i capoluoghi superiore a 100 minuti. L'indicatore di accessibilità è stato calcolato come media tra due valori di distanze. Il primo valore è il tempo impiegato per raggiungere i due capoluoghi di provincia in auto. Il tempo è stato calcolato utilizzando una velocità media di 80 km/h per le strade nazionali e le strade secondarie⁵. Il secondo valore è il tempo impiegato per raggiungere i due capoluoghi di provincia in treno. In questo caso, è stato sommato il tempo necessario a raggiungere in automobile la stazione più vicina a ciascun comune (se la stazione ferroviaria non è nel

³ L'Italia è caratterizzata da una significativa alternanza tra città, paesi e aree verdi. Dal momento che la prossimità ad un altro centro di media grandezza può influire sull'accessibilità ai servizi, si è deciso di applicare l'indicatore di accessibilità solo alle due principali città per due motivi essenziali. In primo luogo, le province sono coinvolte nella programmazione e nella gestione delle politiche. In secondo luogo, le altre città sono relativamente piccole e avrebbero contato in questo studio solo se avessero avuto un ospedale (cfr. la sezione sui risultati delle indagini).

⁴ Sono stati selezionati questi livelli soglia per ottenere un campione equilibrato delle tre differenti tipologie di aree rurali. Differenti livelli di soglia sono stati testati fino ad identificare quelli che riflettevano maggiormente le caratteristiche dell'Umbria rurale.

⁵ 70 km/h è il limite di velocità per le strade non urbane in Italia e 90 km/h per le strade principali in Umbria (dove generalmente il limite è di 110 km/h).

comune considerato) più il tempo medio impiegato in treno per arrivare ai due capoluoghi di provincia partendo da ciascun comune⁶.

Riquadro A - L'indicatore di accessibilità

L'indicatore di accessibilità è calcolato come tempo medio necessario a raggiungere la città principale più vicina (Terni o Perugia) in treno e in automobile. L'indicatore pertanto è la media di due componenti: il tempo impiegato in automobile (IAC) e il tempo impiegato in treno (IAT).

$$IA_i = \frac{1}{2}(IAC_i + IAT_i)$$

Il primo è il tempo medio ponderato per raggiungere la città principale in automobile.

$$IAC = \sum_{i=1}^{92} a_i [(X_i * 90km/h) + (Y_i * 70km/h)]$$

dove:

IAC è l'indicatore di accessibilità per l'auto

X_i è il numero di chilometri di strada statale necessari a raggiungere la città principale

Y_i è il numero di chilometri di strada secondaria necessari a raggiungere la città principale

i per l'indicatore di accessibilità è stata utilizzata una media in quanto non vi è nessun fattore di conversione o equivalenza tra i due tempi (auto/treno)

La seconda componente è il tempo impiegato per raggiungere la città principale più vicina in treno. Dal momento che non tutti i comuni possiedono una stazione ferroviaria, abbiamo calcolato lo IAT come somma di due misure distinte. Per ogni comune, IAT è uguale al tempo impiegato per raggiungere la città principale, se il comune possiede una stazione ferroviaria, più il tempo necessario a raggiungere la stazione ferroviaria più vicina, se il comune non ne possiede una.

$$IAT = \sum_{i=1}^{92} a_i [TR + TT]$$

dove: $TR = \sum_{i=1}^{92} a_i [(X_i * 90km/h) + (Y_i * 70km/h)]$ e $TT = \frac{\sum_{i=1}^{92} t}{f}$

TR= è il tempo necessario a raggiungere la stazione ferroviaria più vicina in auto.

TT= è il tempo necessario a raggiungere la città maggiore dalla stazione ferroviaria di ciascun Comune.

t= è il tempo necessario a raggiungere in treno dalla stazione ferroviaria del comune *i* il centro principale.

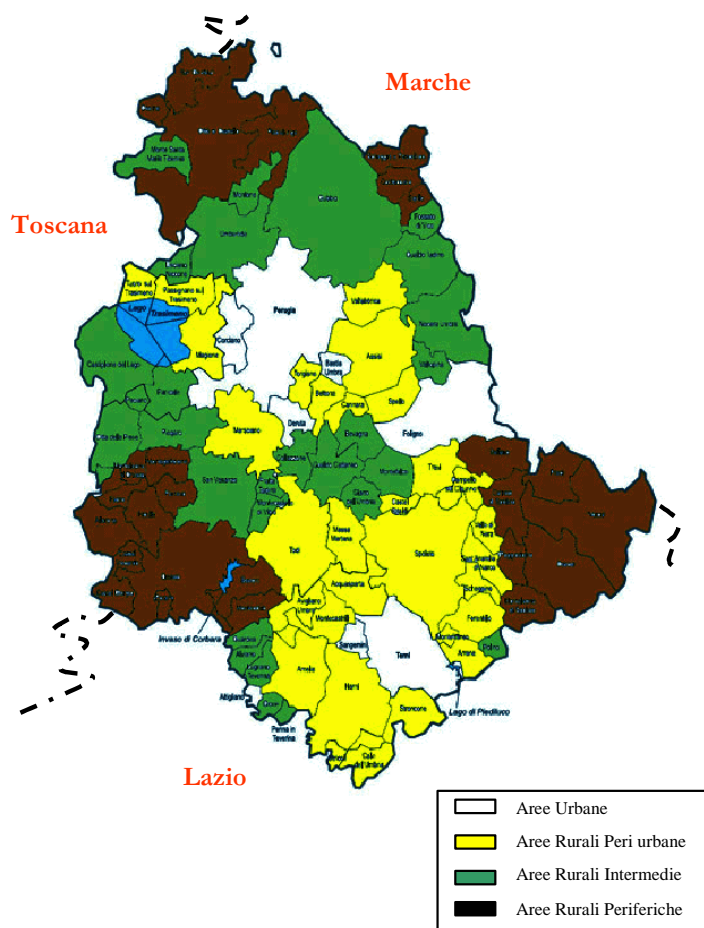
f=è la frequenza di treni da ciascuna stazione ferroviaria al centro principale in un giorno feriale.

i per l'indicatore di accessibilità è stata utilizzata una media in quanto non vi è nessun fattore di conversione o equivalenza tra i due tempi (auto/treno).

⁶ Il tempo medio è stato calcolato prendendo in considerazione il tempo medio di tutte le diverse tratte esistenti in una normale giornata di lavoro per raggiungere una delle due città più importanti.

Una volta calcolato l'indicatore di accessibilità in termini di tempo necessario per raggiungere ciascun capoluogo di provincia, è stato preso a riferimento il valore più basso per identificare un comune come peri-urbano, intermedio o periferico. Per casi particolari, ad esempio quando un comune è classificato come peri-urbano sulla base della distanza da un capoluogo e periferico rispetto alla distanza dall'altro capoluogo, l'analisi è stata completata prendendo in considerazione il fattore altitudine. Se l'altitudine di un comune è al di sopra di 500 metri s.l.m. il comune è stato riclassificato da peri-urbano a intermedio e da intermedio a remoto. Non è stata presa in considerazione la distanza da un aeroporto, non considerato fattore determinante in relazione all'offerta di servizi essenziali.

Figura II.2 La mappa dell'Umbria rurale



Fonte: Elaborazioni UVAL

II.2 Caratteristiche socio-economiche delle diverse aree rurali

Nel 2001 l'Umbria presentava una popolazione totale di 825.826 abitanti, il due per cento in più rispetto agli 811.831 del 1991. Il 43 per cento della popolazione vive in aree urbane e il restante 57 per cento è distribuito tra le diverse classi di aree rurali, con una densità di popolazione dei comuni rurali quanto maggiore quanto più ci si avvicinava all'area urbana. Il 26 per cento della popolazione umbra vive infatti in aree peri-urbane, il 17 per cento e il 14 per cento vive invece, rispettivamente, in aree rurali intermedie e periferiche (Tabella II.2).

Assumendo il limite di 150 abitanti per chilometro quadrato per distinguere tra aree urbane e rurali, risulta mediamente un numero di abitanti 1,6 volte inferiore nell'insieme delle tre categorie di aree rurali rispetto a quelle urbane. In particolare, comparando le aree peri-urbane e quelle periferiche, queste ultime presentano un numero di abitanti per chilometro quadrato 1,5 volte inferiore a quello delle prime. Inoltre, le aree rurali periferiche risultano meno popolate. La popolazione è perciò maggiormente concentrata nelle aree urbane dove l'indice di nuclei abitati è pari a 166 confrontato con quello delle diverse aree rurali, pari a circa 257.

Tabella II.2 Comportamento demografico delle aree rurali

	Peri-Urbane	Intermedie	Periferiche	Urbane	Perugia	Umbria	Italia
Superficie totale (kmq)	86,19	86,81	90,02	137,42	449,92	8.456,04	301.328,4
Densità della Popolazione	76,21	59,97	49,65	304,38	331,45	98	189
Nuclei abitati	290	278	202	166	38	936	36.580
Percentuale di popolazione sul totale della popolazione umbra	26%	17%	14%	43%	18%	100	
Tasso di crescita della popolazione (media anni 1971-2001)	4,1	-0,7	-8,2	26,9	14,8	6,5	5,3
Saldo naturale nascite - decessi (1991-2001 media tassi annuali)	-4,0	-3,9	-6,5	-1,7	-1,1	-3,0	-0,3
Tasso migratorio (1991-2001 media tassi annuali)	3,0	1,9	1,0	5,1	2,7	2,5	n. a.
Tasso di natalità (2001)	6,9	6,0	5,8	7,0	8,1	6,7	7,7
Popolazione > 65 (%)	28,3	24,3	26,8	24,4	20,8	22,7	18,7
Popolazione < 14 (%)	15,2	11,8	11,2	14,6	12,5	12,2	14,2
Popolazione 0-3 (%)	3,19	2,97	2,93	3,39	3,36	3,16	3,69
N. anziani per bambino	5,09	5,64	7,04	4,29	4,21	4,81	3,39
Indice di vecchiaia	1,97	2,07	2,80	1,68	1,67	1,86	1,31
Tasso di dipendenza	56,13	59,66	65,06	50,50	49,90	53,93	49,02

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

Le aree rurali, in particolare quelle periferiche, evidenziano caratteristiche demografiche peculiari. Il fenomeno più importante è rappresentato dall'abbandono delle aree rurali periferiche da parte della popolazione, e da residenti prevalentemente anziani. Analizzando il tasso medio di crescita della popolazione tra il 1971 e il 2001, si riscontra come, a fronte di una larga diminuzione nella popolazione delle aree periferiche e di una lieve diminuzione in quelle intermedie, si evidenzia una crescita della popolazione nelle aree rurali peri-urbane e in quelle urbane.

In termini di composizione per età, le quattro aree sono caratterizzate da traiettorie distinte in cui si denota un invecchiamento della popolazione. Circa il 27 per cento degli abitanti nelle aree rurali peri-urbane e periferiche ha più di 65 anni, rispetto a un tasso più contenuto del 21 per cento nelle aree urbane. Questo valore è considerevolmente maggiore di quello nazionale, che si attesta intorno al 18 per cento. La percentuale di giovani decresce all'aumentare della perifericità, sebbene il valore in tutte le aree sia comunque più basso del livello nazionale (14 per cento). Mentre a livello nazionale risultano infatti 3,4 anziani per bambino, nelle aree rurali periferiche dell'Umbria la proporzione è quasi doppia. Gli indici di dipendenza, ad esempio il rapporto tra popolazione anziana non attiva rispetto a quella in età lavorativa, presentano valori più alti in tutte le aree rurali e crescono al peggiorare del loro livello di accessibilità⁷. L'Umbria è senza dubbio colpita da una seria dinamica di invecchiamento della popolazione, con un aumento dell'intensità del fenomeno quanto più ci si sposta verso un'area rurale periferica.

La media dei tassi di crescita della popolazione nel periodo 1971 - 2001 è aumentata in tutta la regione (Tabella II.3). Nel trentennio considerato, si osserva una riduzione della popolazione nelle aree rurali più periferiche e, nel contempo, un incremento della popolazione in quelle rurali peri-urbane e urbane. La dinamica della popolazione nelle aree rurali peri-urbane è risultata più positiva nelle ultime decadi confermando, in questo modo, l'impressione che negli ultimi tempi molte persone abbiano deciso di vivere nelle aree rurali maggiormente accessibili⁸.

⁷ Cfr Allegato 2.

⁸ Questo è parzialmente spiegato dal minore costo degli affitti delle case in queste aree.

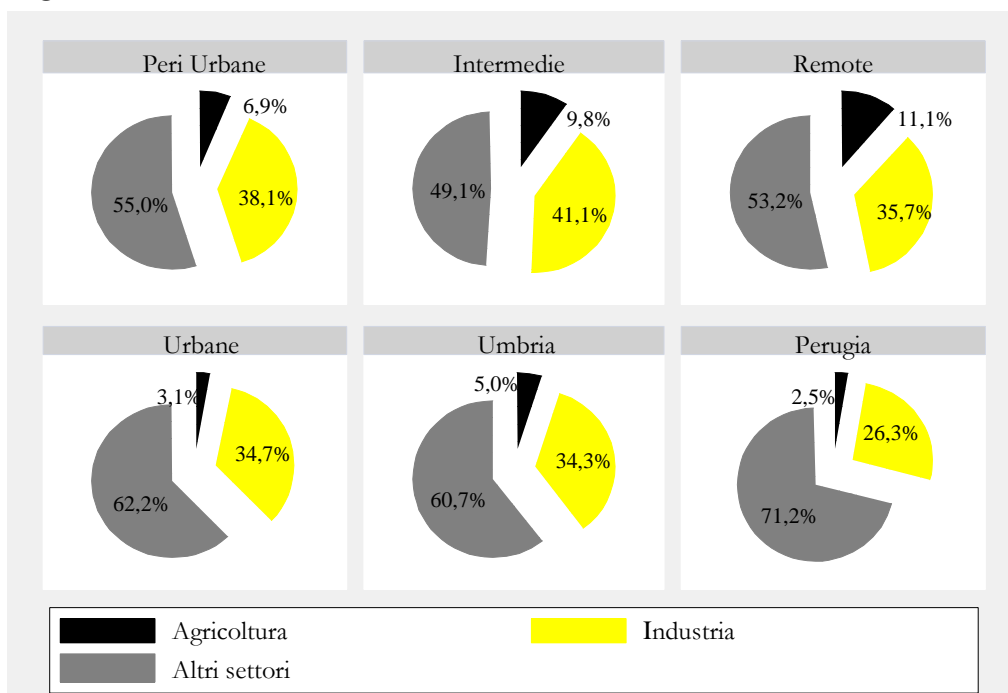
Tabella II.3 Evoluzione del tasso di crescita della popolazione

	Peri-Urbane	Intermedie	Periferiche	Urbane	Perugia	Umbria	Italia
Var % 1971-1981	-0,05	-3,05	-7,33	13,29	9,57	4,10	4,47
Var % 1981-1991	0,96	0,07	-0,91	4,84	1,67	0,53	0,39
Var % 1991-2001	2,68	1,93	-1,71	5,10	3,04	1,72	0,38
Var % 1971-2001	4,13	-0,72	-8,15	26,93	14,78	6,45	5,28

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

In tutte le aree rurali, i servizi rappresentano il settore d'impiego principale, benché l'agricoltura sia ancora importante in quelle intermedie e periferiche (Figura II.3). Analizzando le province di Perugia e Terni separatamente, ne emerge una situazione abbastanza simile (cfr. Allegato 4). Il tasso di attività nelle aree rurali è inferiore a quello delle aree urbane (Figura II.4). Ciò significa che nelle aree rurali la popolazione attiva, e in particolare le donne, tende a rimanere fuori dal mercato del lavoro (cfr Figura II.5). Il tasso di occupazione è leggermente più basso nelle aree rurali, senza una particolare differenza tra le diverse tipologie di area rurale⁹, mentre il tasso di disoccupazione è alquanto simile nelle diverse aree.

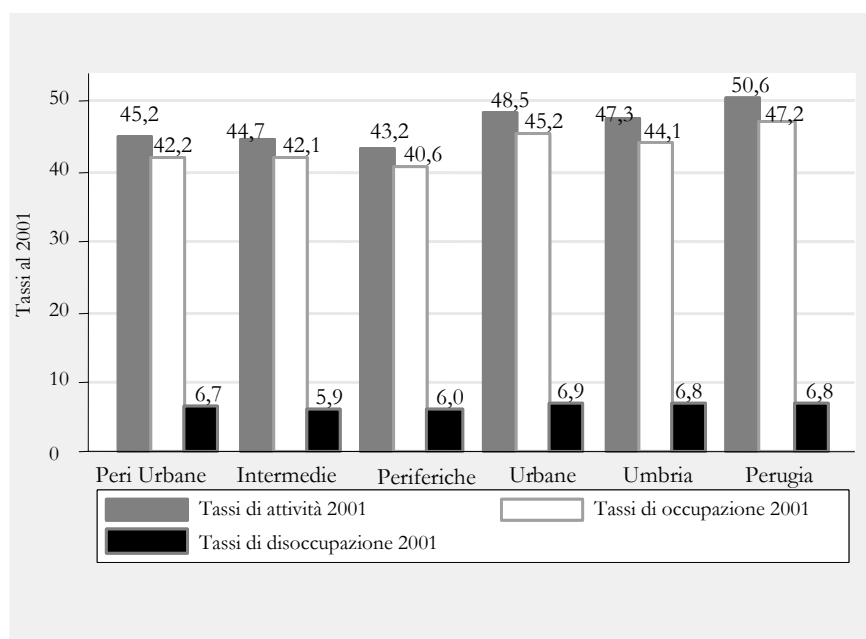
Figura II.3 Settori di attività nelle diverse aree rurali



Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

⁹ Con l'eccezione delle aree rurali periferiche, dove i tassi di occupazione raggiungono i livelli più bassi. La situazione è anche notevolmente differente per quanto attiene gli uomini e le donne.

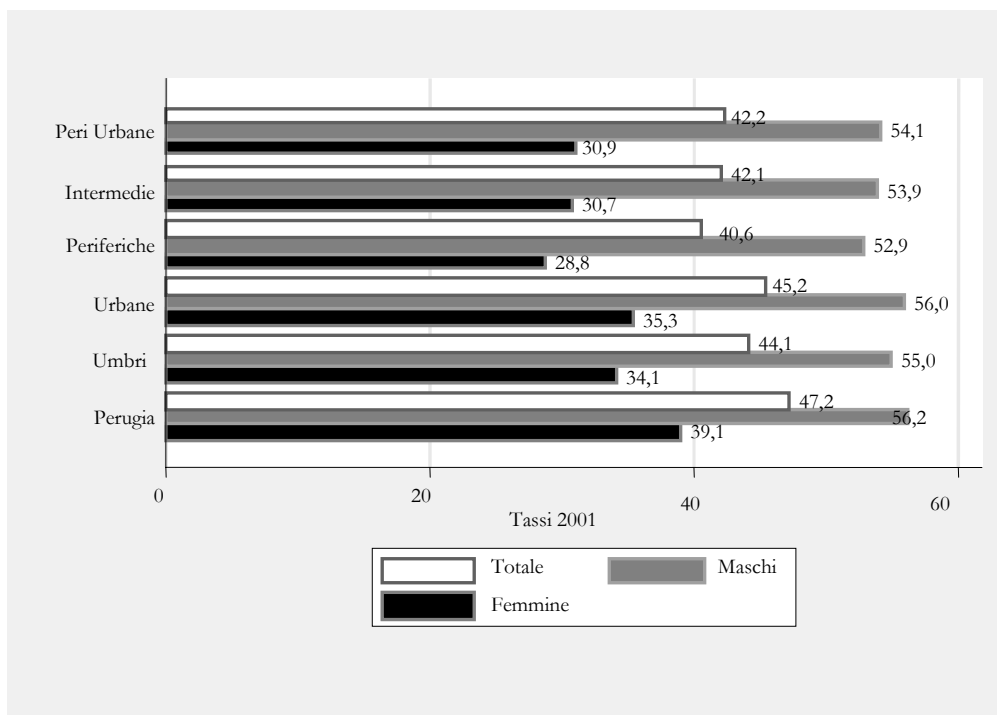
Figura II.4 Tassi di attività e occupazione nelle diverse aree– 2001



Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

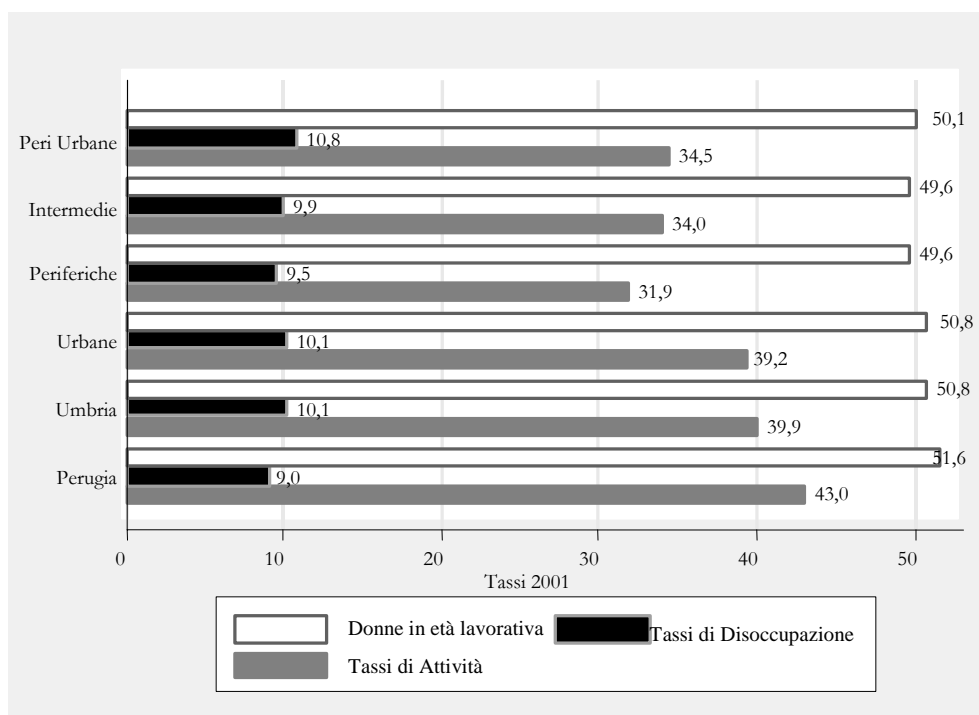
Osservando le statistiche sul lavoro per donne e uomini, emerge in Umbria un evidente problema di genere, che si accentua in corrispondenza di aree più periferiche. Il tasso di occupazione femminile, pari a circa il 40 per cento a Perugia, crolla al 28 per cento nelle aree rurali periferiche. Il divario tra *performance* d'impiego tra uomini e donne, già significativo a livello regionale, si mostra sempre più forte all'aumentare della perifericità di un'area rurale (Figura II.6).

Figura II.5 Tassi di occupazione maschile e femminile



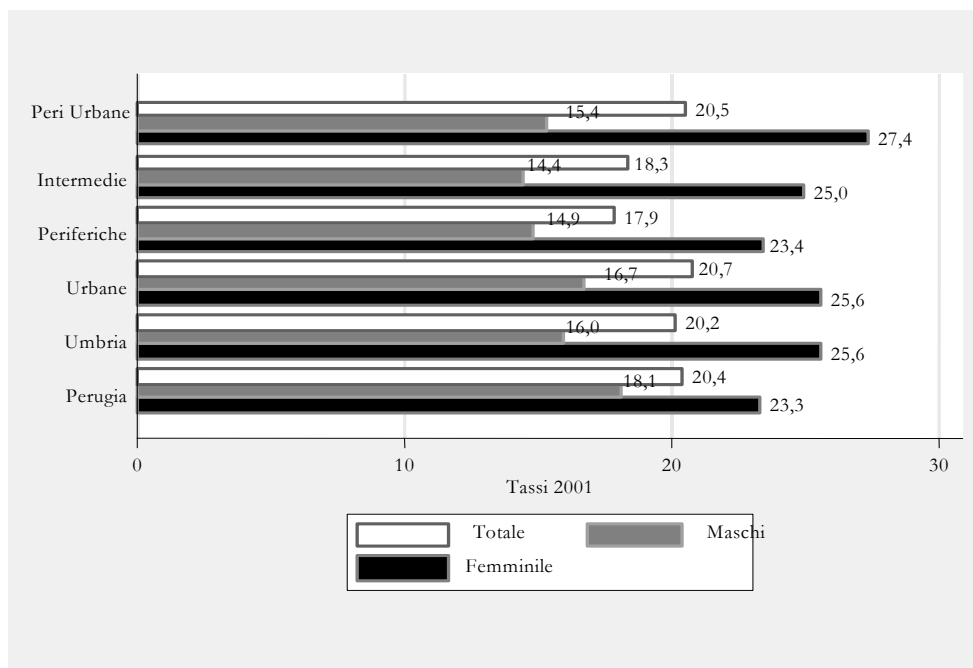
Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

Figura II.6 Donne in età lavorativa – Tassi di attività e disoccupazione



Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

Figura II.7 Tassi di disoccupazione giovanili maschili e femminili



Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat, Censimento della Popolazione 2001

Riepilogando, le aree rurali si trovano ad affrontare una serie di sfide importanti: invecchiamento e tassi di dipendenza particolarmente alti; decremento della popolazione nelle aree periferiche e intermedie; difficoltà di accesso al mercato del lavoro da parte delle donne e forti divari di genere.

III. Offerta di servizi sanitari e di cura dell'infanzia

A partire dalla situazione socio-economica rilevata, si è deciso di focalizzare l'analisi su due importanti segmenti di popolazione delle aree rurali: gli anziani e le donne. Assumendo che il peso della popolazione anziana è uno dei fenomeni più significativi nelle aree oggetto di studio, si è deciso di analizzare la *governance* e l'offerta di servizi socio-sanitari nelle aree rurali. Particolare attenzione è stata rivolta all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che rappresenta un servizio chiave nelle aree con problemi di accessibilità. Allo stesso tempo, sono stati analizzati anche i servizi di cura dell'infanzia partendo dal basso tasso di attività femminile riscontrato nelle aree rurali e dall'alto livello di disoccupazione giovanile.

Diversi lavori di ricerca su questo tema evidenziano come nelle aree urbane molte madri di bambini in età prescolastica (sotto i 5 anni) presentino domanda per inserire i figli negli asili nido, mentre numerose famiglie di campagna ne affidano la cura ai genitori o ad altri familiari. Infatti, quando i servizi per l'infanzia non sono disponibili o non coprono un'intera giornata lavorativa, l'affidamento della cura dei bambini a un familiare rappresenta l'alternativa più immediata.

Nelle aree rurali l'accesso agli asili nido è una sfida. L'offerta di servizi per l'infanzia non è solo esigua, ma anche dispersa su territori molto ampi. Inoltre, la pratica di fare affidamento sull'aiuto di parenti e amici è un'abitudine comune in queste aree, in un contesto nel quale preoccupazioni e convinzioni culturali influenzano la propensione delle famiglie a mandare i propri figli agli asili nido. Lasciare i figli con la famiglia o con gli amici è percepita come la soluzione migliore, in grado di assicurare ai bambini un'attenzione maggiore. Tale tendenza a fare affidamento sulla famiglia può influenzare la volontà, la propensione e l'effettiva capacità delle donne ad entrare nel mercato del lavoro.

Il sistema privato di servizi di cura per l'infanzia può rappresentare un'alternativa in queste aree, sebbene persistano problemi per quanto riguarda l'organizzazione e il livello qualitativo dell'offerta. Per far fronte a tali problemi, nelle regioni italiane si stanno attivando sistemi di certificazione, con regolamentazione pubblica delle licenze e degli standard minimi di qualità.

Questo tipo di analisi, che si avvale di indicatori per esaminare lo stato della fornitura dei servizi nei differenti tipi di area rurale, può essere estesa anche ad altri servizi. Allo stato attuale, la mancanza di informazioni e statistiche a livello comunale e la necessità di effettuare indagini dirette, ha reso possibile la selezione di un numero limitato di servizi. L'analisi che segue si basa infatti sull'elaborazione di un'indagine diretta, che ha permesso di disporre di nuove statistiche raccogliendo informazioni da due fonti principali: interviste ai principali soggetti coinvolti e uso consistente delle informazioni disponibili su diversi siti Internet¹⁰.

¹⁰ Cfr. Allegato 2, paragrafo sulla Metodologia utilizzata.

III.1 *Governance* dei servizi sanitari in Umbria

La *governance* dei servizi sanitari in Italia prevede tre livelli di responsabilità: governo centrale, regioni e Aziende Sanitarie Locali (ASL). Gli standard sanitari minimi e l'allocazione delle risorse sono stabiliti a livello centrale¹¹, ma ciascuna regione si dota di una propria *governance* e di un proprio sistema organizzativo. La Conferenza Stato-Regioni è la sede in cui governo centrale e governi regionali concordano su una serie di materie tra le quali la salute, che risulta una di quelle di maggiore importanza. Le Regioni gestiscono la politica sanitaria con il Piano Sanitario Regionale (PSR), lo strumento principale mediante il quale vengono allocate le risorse tra le differenti ASL, responsabili a loro volta dell'organizzazione e della gestione dei servizi socio-sanitari a livello locale.

La Regione Umbria ha predisposto lo stesso tipo di organizzazione. L'obiettivo principale del sistema sanitario regionale dell'Umbria è prevenire le malattie, curare e riabilitare i cittadini affetti da patologie con lo scopo di assicurare livelli uniformi di protezione e assistenza alla salute, sulla base di un'organizzazione programmatica delle risorse disponibili. Il principale strumento utilizzato è il Piano Sanitario Regionale, piano triennale preparato e perfezionato dalla Regione stessa e integrato da Piani Applicativi Locali a livello di ASL (cfr. Allegato 1)¹². I piani attuativi locali pongono obiettivi specifici e misurabili per ciascuna ASL e costituiscono il più importante strumento di politica locale utilizzato dalle ASL per stabilire la propria strategia verso gli utenti. Ciascuna ASL ha un bacino territoriale di utenza e opera mediante distretti socio-sanitari e centri di salute. I piani applicativi locali sono lo strumento utilizzato per realizzare le priorità socio-sanitarie nazionali e regionali a livello locale e per allocare responsabilità tra i livelli regionale e locale.

Le ASL e gli ospedali si occupano della gestione effettiva e dell'erogazione dei servizi sanitari a livello locale. Negli ultimi anni, la Regione Umbria ha razionalizzato il numero totale degli ospedali presenti sul proprio territorio con l'obiettivo di mantenere un numero limitato di ospedali altamente specializzati, affiancati da una serie di centri di salute per l'assistenza medica ordinaria a livello locale. A oggi, la Regione Umbria è dotata di sette ospedali specializzati nella cura di importanti problemi di salute.

L'offerta di servizi sanitari a livello locale avviene attraverso una rete di distretti socio-sanitari, centri di salute e ospedali. Ciascun distretto socio-sanitario ha un proprio

¹¹ Ovvero Ministero della Salute, Governo e Parlamento.

¹² Le ASL operano in stretta collaborazione con gli ospedali.

programma di attività territoriali ed è composto da differenti centri di salute. I distretti socio-sanitari sono preposti all'organizzazione della politica sanitaria e all'erogazione dei servizi allo scopo di rispondere ai diversi bisogni delle situazioni locali. I centri di salute e i punti di erogazione dei servizi, che costituiscono le strutture più vicine alla popolazione, sono un elemento chiave nell'ottica di questo studio. Per questo motivo l'indagine è focalizzata principalmente sui centri di salute, sebbene siano stati presi in considerazione anche altri importanti servizi per le aree periferiche, come quello di Assistenza Domiciliare Integrata (cfr. Riquadro B). I centri di salute gestiscono servizi quali cure mediche generiche e specialistiche, consulenza alle famiglie, Assistenza Domiciliare Integrata e altro. Come descritto nel Capitolo IV, questo lavoro utilizza una metodologia basata su indicatori specifici per misurare e valutare l'erogazione di tali servizi nelle aree urbane e rurali.

Riquadro B - Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un modello assistenziale deputato a soddisfare le esigenze di quei soggetti in condizione di non autosufficienza parziale o totale. Essa consiste nell'erogazione di un insieme di prestazioni di carattere sanitario e socio-assistenziale rese a domicilio del paziente, evitando l'ospedalizzazione. Tali servizi sono forniti secondo piani assistenziali individuali pianificati, coordinati e monitorati dai centri di salute.

Più specificatamente, l'ADI intende favorire soggetti con bisogni complessi di tipo socio-sanitario, disabili o a rischio di perdita di autonomia e pazienti impossibilitati, per ragioni cliniche, a recarsi nelle sedi ambulatoriali. È un servizio rivolto per lo più a pazienti in età geriatrica che mira al mantenimento del contesto socio-familiare.

La richiesta di attivazione del servizio ADI è effettuata di norma dal medico di medicina generale ma è anche possibile una richiesta diretta di attivazione del servizio da altri soggetti. La richiesta di attivazione è recepita, valutata ed eventualmente attivata dai centri di salute/distretti di appartenenza territoriale.

Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del caso e, in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali (infermieri e assistenti sociali), predispose il programma di assistenza che deve prevedere visite mediche, farmaci e ogni altro mezzo necessario. Questo servizio può essere particolarmente funzionale per le aree rurali e specialmente per quelle periferiche, dove gli spostamenti possono rappresentare uno sforzo considerevole per individui che necessitano di assistenza socio-sanitaria costante.

III.2 Governance dei servizi per l'infanzia in Umbria

Questo paragrafo è dedicato alla *governance* dell'erogazione dei seguenti servizi di cura per l'infanzia in Umbria: asili nido, servizi integrativi al nido (centri per bambini, centri per bambini e famiglie) e servizi innovativi (cfr. Riquadro C). La responsabilità della generale attività di programmazione di questa politica appartiene alla Regione, mentre i Comuni (individualmente o mediante collaborazione orizzontale tra diversi Comuni) si occupano della pianificazione e della gestione del sistema di asili nido a livello locale.

Il Piano triennale del sistema dei servizi per la prima infanzia, lo strumento programmatico che guida la politica per l'infanzia, è approvato a livello regionale. Esso stabilisce gli obiettivi regionali per l'erogazione e la qualità dei servizi, i criteri generali per l'introduzione degli standard essenziali di qualità, per l'organizzazione di tali servizi nelle differenti aree e per l'assegnazione dei finanziamenti, nonché il rapporto numerico tra personale educatore, addetti e bambini.

Riquadro C - Servizi di cura per l'infanzia

I nidi d'infanzia sono servizi educativi e sociali di interesse pubblico aperti a tutte le bambine e i bambini di età compresa tra i 3 e 36 mesi. Concorrono all'educazione, alla socializzazione e allo sviluppo armonico dei bambini. Prevedono un orario non superiore alle 10 ore giornaliere. Nell'analisi qui presentata sono stati considerati anche gli asili nido privati e i servizi di *baby-parking*.

I servizi integrativi al nido sono articolati in formule educative, ludiche e di aggregazione sociale aperti a bambini anche accompagnati da adulti (genitori, parenti ecc.). Si suddividono in:

- Centri per bambini: fondamentalmente simili ai nidi con l'unica differenza dell'orario di apertura giornaliero, che non supera le 5 ore. Sono previsti spazi mensa e per il riposo.
- Centri per bambini e famiglie: accolgono bambini accompagnati da un adulto (genitore o altra figura parentale). Hanno la funzione di facilitare la socializzazione sia fra bambini che fra adulti. La permanenza presso il servizio non può superare le 3 ore giornaliere.
- Tipologie sperimentali: comprendono spazi gioco, centri ricreativi, sezioni integrate nido-scuola d'infanzia, servizi di sostegno alle funzioni genitoriali e nidi e micronidi aziendali o interaziendali.

In Umbria ogni anno la Regione approva le assegnazioni per le spese relative ai servizi per l'infanzia ai singoli Comuni o a gruppi di Comuni. I Comuni gestiscono l'effettiva erogazione dei servizi a livello locale, autorizzano i servizi sia pubblici che privati sul

loro territorio, verificano e controllano i livelli minimi di qualità. Curano la mappatura di tutti i servizi rivolti alla prima infanzia presenti sul proprio territorio e stabiliscono le rette imposte agli utenti. Questo significa che ogni Comune deve rispondere ai diversi bisogni locali in termini di servizi, rispettando i limiti di spesa stabiliti a livello nazionale e regionale.

La Regione si occupa del più generale sistema di accreditamento, che stabilisce i criteri generali per l'autorizzazione, il rilascio delle licenze e gli standard minimi di qualità per i nuovi servizi (pubblici o privati), necessari per consentirne l'avviamento. Le Regioni sono inoltre libere di stabilire eventuali ulteriori criteri di qualità.

Tale struttura della *governance* è il risultato dell'integrazione di leggi già esistenti con i nuovi orientamenti della Regione Umbria. È stata infatti recentemente approvata una nuova legislazione, che chiarisce le responsabilità dei Comuni e del governo regionale, specialmente rispetto alle autorizzazioni e al sistema di accreditamento.

Altre novità attengono all'istituzione di un centro per il monitoraggio dei servizi a livello regionale e l'affermarsi di nuove esperienze a livello locale. Infatti, una serie di iniziative spontanee (private, pubblico-private) si stanno diffondendo in tutta la regione in risposta ai bisogni locali¹³.

IV. Una nuova metodologia per misurare l'erogazione dei servizi nelle aree rurali

In questo capitolo viene quantificata l'erogazione dei servizi nelle tre differenti tipologie di aree rurali e la qualità del servizio offerto ove possibile. Viene proposta una metodologia per la valutazione territoriale della politica sociale e di quella sanitaria, che si avvale dell'uso simultaneo di strumenti di analisi spaziale e di misurazione rappresentati da indicatori.

Partendo da un confronto tra aree rurali e urbane – e tra differenti tipologie di aree rurali – in termini di superficie e di popolazione totale, con particolare attenzione a segmenti specifici della popolazione quali anziani e bambini, gli indicatori di seguito

¹³ A Forgiano, per esempio, un gruppo di donne si sono organizzate e hanno aperto la Cooperativa Sociale Arcobaleno. Si tratta di un caso interessante di *partnership* pubblico-privato, sebbene restino aperte una serie importante di questioni sul piano della regolamentazione di questi servizi.

presentati hanno l'obiettivo di offrire ai *policy-makers* una migliore conoscenza delle aree rurali. Le informazioni che derivano dall'applicazione di questa metodologia di valutazione possono rappresentare un importante strumento per i *policy-makers* che si occupano di tali aree.

IV.1 Definizione di indicatori di offerta, di accessibilità e di qualità

Sono state identificate tre principali classi di indicatori: di offerta, di accessibilità/copertura e di qualità. Gli indicatori di offerta misurano l'effettiva presenza del servizio in un'area. Gli indicatori di accessibilità/copertura aiutano a comprendere se un servizio, sebbene presente, sia veramente accessibile e fruibile. Di fatto si tratta di una misura dell'efficacia: infatti se un servizio esiste ma non è facilmente accessibile, ne può risultare indebolita l'efficacia. Gli indicatori di qualità sono invece finalizzati alla misurazione degli effettivi livelli di qualità di un servizio¹⁴. A questo stadio del lavoro, non è stato purtroppo possibile calcolare indicatori di risultato (come tassi di mortalità infantile, aspettativa di vita ecc.), mentre una serie di indicatori di offerta, di accessibilità/copertura e di qualità sono stati selezionati per i servizi oggetto di questo studio.

Gli indicatori di offerta dei servizi sanitari (cfr. Tabella IV.1) hanno l'obiettivo di rilevare la presenza nelle aree rurali di strutture di erogazione di servizi sanitari quali centri di salute, ospedali, case di cura, farmacie, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta¹⁵.

¹⁴ Per esempio, non è sufficiente verificare se vi sia un centro sanitario in una determinata area rurale. È importante anche verificare se questo centro sia in grado di garantire i servizi di base. Le effettive ore di apertura di un asilo nido possono essere considerate un altro indicatore di qualità, unitamente, ad esempio, alla presenza di cibi biologici.

¹⁵ I medici di medicina generale nel sistema sanitario italiano operano attraverso uno speciale contratto con il Sistema Sanitario Nazionale e assistono i pazienti inseriti in questo sistema. I pediatri di libera scelta operano attraverso uno speciale contratto con il Sistema Sanitario Nazionale e assistono i bambini al di sotto dei 14 anni inseriti in questo sistema.

Tabella IV.1 Indicatori di offerta/accessibilità e qualità di servizi sanitari

Indicatori di offerta	Indicatori di accessibilità	Indicatori di qualità
1. Numero centri di salute per area	1. Superficie totale/numero di ospedali per area	1. Numero punti di erogazione con servizi di base per area
2. Numero punti di erogazione per area	2. Numero nuclei abitati/ numero di ospedali per area	2. Numero punti di erogazione con un minimo di 10 servizi per area
3. Numero medici di medicina generale per area	3. % di Comuni con ospedali per area	3. Numero punti di erogazione con un minimo di 10 servizi /totale SDP
4. Numero pediatri di libera scelta per area	4. Superficie totale dell'area / numero farmacie per area	4. Numero punti di erogazione /totale SDP
5. Numero farmacie per area	5. Numero nuclei abitati/numero farmacie	5. Numero farmacie con servizio di prenotazione /totale farmacie
6. Numero ospedali per area	6. Numero centri di salute /10.000 abitanti per area	
7. Numero case di cura per area	7. Numero punti di erogazione /10.000 abitanti per area	
8. Numero strutture residenziali per anziani per area	8. Numero medici di medicina generale /1.500 abitanti per area	
9. Numero case di cura per area	9. Numero pediatri di libera scelta /bambini 0-14	
10. Numero farmacie con servizio di prenotazione per area	10. Numero farmacie /4.000 abitanti per area	
11. Numero ADI per area	11. Numero case di cura /10.000 abitanti > 65 per area	
	12. Numero strutture residenziali /10.000 abitanti > 65 per area	
	13. Numero di ADI/10.000 abitanti > 65 per area	
	14. Numero Comuni con ICT – Sat – ADSL per area	

Gli indicatori di accessibilità/copertura per i servizi sanitari hanno l'obiettivo di misurare l'effettiva capacità del sistema di erogazione di servizi di far fronte ai bisogni potenziali. In alternativa, potrebbero essere utilizzati indicatori più sofisticati di accessibilità dei servizi, come ad esempio il calcolo della distanza media di un comune dall'ospedale più vicino, o la rilevazione delle opzioni di trasporto pubblico locale per il collegamento con l'ospedale o il centro di salute meno distante. Questo tipo di approccio potrebbe essere adottato dai singoli Comuni o dalle Regioni per la definizione delle loro politiche, in particolare in riferimento alle aree più isolate.

In questo studio, è stata utilizzata la presenza di farmacie con servizio di prenotazione come *proxy* dell'accessibilità al servizio. Nella aree rurali, infatti, la presenza di un servizio di prenotazione presso le farmacie può facilitare significativamente l'accesso ai servizi sanitari, in particolare da parte delle persone più anziane. Un'altra *proxy*

dell'accessibilità al servizio può essere rappresentata dalla percentuale di comuni coperti da buone infrastrutture *Information and Communication Technology (ICT)*¹⁶.

A questo stadio del lavoro, e con le limitate risorse dedicate all'indagine diretta, il calcolo degli indicatori di qualità è risultato non privo di difficoltà. Per questo motivo è stato possibile calcolare soltanto due indicatori di qualità, ovvero la presenza nelle differenti aree rurali di centri di salute in grado di garantire tutti i servizi di base¹⁷ e la presenza di centri di salute capaci di garantire almeno un numero minimo di dieci servizi (cfr par. IV.2).

L'indicatore di offerta per asili nido registra la presenza di punti per la fornitura di assistenza all'infanzia quali asili nido pubblici, asili nido privati e servizi integrativi al nido nelle differenti aree.

Gli indicatori di accessibilità/copertura misurano la disponibilità del servizio in relazione ai potenziali utenti (popolazione tra 0 e 3 anni)¹⁸ e alla dispersione spaziale. Il rapporto tra i posti disponibili e il numero totale degli iscritti in ognuna delle aree selezionate fornisce anche un indicatore del livello di utilizzazione di questo stesso servizio.

Indicatori di qualità. La disponibilità di servizi a tempo pieno rappresenta un fattore determinante per le donne che non possono far affidamento sulla famiglia per la cura del bambino come anche il costo del servizio stesso¹⁹. Per questo motivo i servizi di assistenza a tempo pieno sono stati scelti come il più importante indicatore di qualità. Il rapporto tra il numero degli operatori e i bambini iscritti fornisce un'importante indicazione del potenziale benessere dei bambini. Poiché anche l'alimentazione rappresenta un aspetto importante del benessere del bambino, si è deciso di misurare il numero degli asili nido dotati di mensa interna²⁰.

¹⁶ Si calcolano le dotazioni ICT in termini di percentuale di comuni, in differenti aree, serviti da connessioni ADSL e satellitari. Perugia e Terni sono gli unici comuni con accesso locale senza banda.

¹⁷ Questo indicatore conteggia il numero dei punti di servizio di pronto soccorso che erogano i seguenti servizi essenziali: analisi del sangue, servizi di emergenza, assistenza sanitaria a casa e vaccinazioni.

¹⁸ Gli asili nido sono aperti da settembre a giugno/luglio. Tutti i bambini di almeno 3 mesi possono essere iscritti.

¹⁹ Non è stato possibile in questa fase approfondire le questioni legate al costo del servizio, che avrebbe richiesto un'indagine di campo più approfondita.

²⁰ Infatti la presenza di una cucina interna è generalmente in Italia percepita come garanzia di migliore livello qualitativo dell'alimentazione dai genitori.

Tabella IV.2 Indicatori di offerta/accessibilità e qualità dei servizi di assistenza all'infanzia per area

Indicatori di offerta	Indicatori di accessibilità	Indicatori di qualità
1. Numero asili nido pubblici	1. Numero bambini per asilo nido	1. Numero asili nido con servizio a tempo pieno/totale asili nido
2. Numero asili nido privati	2. Totale asili nido/bambini 0-3 anni	2. Servizi complementari al nido/ totale asili nido
3. Numero totale asili nido	3. Totale numero domande/posti disponibili	3. Totale educatori /100 bambini iscritti
4. Numero servizi complementari al nido	4. Numero posti disponibili / bambini 0-3 anni	4. Numero posti /numero bambini iscritti
5. Totale asili nido e servizi complementari al nido	5. Numero bambini per posti disponibili	5. % educatori mancanti
6. Numero posti disponibili	6. Totale numero domande/posti disponibili	6. Numero asili nido pubblici con mensa interna /numero totale asili nido
7. Numero posti disponibili pubblici	7. Domande in esubero (come % sui posti disponibili)	7. Numero asili nido privati con mensa interna /numero totale asili nido
8. Numero posti disponibili privati	8. Numero comuni senza asili nido	8. Numero educatori per asilo nido
9. Numero domande presso asili nido pubblici	9. % comuni senza asili nido	
10. Numero domande presso asili nido privati	10. Superficie / asili nido	
	11. Nuclei abitativi /asili nido	

IV.2 Risultati dell'analisi

Per valutare l'impatto nelle aree rurali delle politiche sanitarie e sociali descritte nei precedenti paragrafi, sono state svolte due distinte indagini²¹. L'impiego di indicatori di offerta, accessibilità e qualità ha reso possibile la valutazione dell'offerta e dell'accessibilità dei servizi sanitari e di cura dell'infanzia a livello locale.

I risultati ottenuti rilevano notevoli differenze tra l'offerta sanitaria e l'offerta dei servizi di cura dell'infanzia. Queste differenze trovano spiegazione nel ruolo della politica sanitaria in Italia, tradizionalmente una delle politiche ordinarie più rilevanti. Sebbene investite da importanti cambiamenti e in costante evoluzione, la *governance* e la matrice di responsabilità sono ben strutturate e beneficiano di investimenti sostanziali anche a livello regionale.

²¹ Le indagini si sono rivelate indispensabili per la raccolta di una serie di dati che allo stato attuale non sono disponibili a livello comunale.

Diversa è la situazione per quanto riguarda le politiche sociali, che hanno una tradizione decisamente meno consolidata, nonostante la complessa riforma attuata nel 2001, a seguito di un importante dibattito pubblico.

I dati sulla spesa totale a livello regionale mostrano, nei bilanci regionali, un'allocazione di circa il 70 per cento della spesa totale per il sistema sanitario e per l'offerta di servizi sanitari a fronte di stanziamenti per la politica sociale (che includono anche i servizi di cura dell'infanzia) estremamente bassi (0,66 per cento)²².

Una simile differenza è spiegabile con il fatto che la maggior parte della spesa sanitaria totale effettuata sul territorio umbro è di competenza regionale (circa il 98 per cento). Per quanto riguarda invece la spesa per la politica sociale, il governo centrale e i Comuni svolgono un ruolo importante, soprattutto in relazione ai servizi di cura dell'infanzia. I Comuni in Umbria allocano circa il 6,4 per cento del loro bilancio per i servizi sociali, che includono la cura dell'infanzia e molti altri servizi (quelli destinati agli immigrati, ai giovani con problemi di inclusione sociale, all'assistenza sociale alle famiglie in difficoltà, alla tossicodipendenza da droga e altro), con una spesa media per i servizi sociali più alta nelle aree urbane (8,1 per cento) rispetto alle aree rurali (5,4 per cento).

La spesa consolidata in favore della politica sociale sul territorio dell'Umbria ammonta a 538 milioni di euro (media per il periodo 2002-2004)²³. Tuttavia, la spesa sociale comprende la spesa pensionistica, l'assistenza all'infanzia, i servizi sociali e altro. Avendo a disposizione soltanto la variabile aggregata, si è considerata la quota di spesa sociale attribuibile ai Comuni come *proxy* della spesa sociale per la cura dell'infanzia²⁴. La quota per la spesa sociale attribuibile ai Comuni rappresenta il 12 per cento del totale della spesa sociale dell'Umbria, mentre la quota calcolata per l'intero Paese, ammonta al 20 per cento.

²² Si noti che in questo caso si tratta di spesa regionale non consolidata, che include i flussi finanziari di altri Enti e livelli di Governo. La quota della spesa totale regionale destinata alla sanità ha avuto una crescita negli ultimi otto anni, dal 61 per cento nel 1996 al 70 per cento nel 2004. La fonte è una elaborazione UVAL sulla spesa non consolidata per sanità e altre spese sociali in Umbria, estratta dalla banca dati dei Conti Pubblici Territoriali (CPT), del Dipartimento per le Politiche di Sviluppo.

²³ La spesa consolidata CPT è inclusiva di tutta la spesa (di differenti istituzioni e enti) effettuata in Umbria per la politica sanitaria e per la politica sociale. Ciascun ente è rappresentato come spesa finale unitaria attraverso l'eliminazione dei flussi tra diversi enti. Questo processo di consolidamento genera il livello totale di spesa direttamente trasferita nel territorio, così da evitare una doppia contabilizzazione. Attraverso la banca dati CPT è possibile infatti avere informazioni circa il complesso delle entrate e delle spese (correnti e in conto capitale) delle amministrazioni pubbliche nei singoli territori regionali. Per ulteriori dettagli cfr. www.dps.mef.gov.it/cpt

²⁴ Anche se sappiamo che questa voce, nel sistema dei Conti Pubblici Territoriali, include, oltre alla spesa in servizi di cura per l'infanzia, anche quella in favore di altri servizi sociali quali, ad esempio, quelli per l'assistenza agli anziani.

Mettendo a confronto la spesa sociale e la spesa sanitaria, si rileva che l'Umbria spende 80 euro pro-capite per la cura all'infanzia, 643 euro pro-capite per i servizi sociali in generale e 1.600 euro pro-capite per l'assistenza sanitaria (cfr. Tabella IV.3). Sebbene le politiche per i servizi sanitari siano di più ampia portata e includano un consistente numero di servizi, il *gap* tra queste spese a livello pro-capite è notevole, ed è riscontrabile anche a livello nazionale.

Se si osserva l'ammontare totale pro-capite della spesa per i servizi sanitari e sociali in Umbria nel periodo 2002-2004, si rileva che ogni anno l'Umbria spende circa 1.600 euro a persona per i servizi sanitari, con una spesa lievemente superiore alla spesa pro-capite per l'assistenza sanitaria nell'Italia centrale e nell'intero Paese. La spesa annuale pro-capite per servizi di cura dell'infanzia in Umbria è invece inferiore (circa 80 euro), e corrisponde al 72 per cento dell'equivalente calcolato per l'Italia centrale e all'80 per cento di quello calcolato a livello nazionale (cfr. Tabella IV.3).

Tabella IV.3 Spesa totale per i servizi socio - sanitari (media 2002-2004)

	Unità	Umbria	Centro Italia	Italia
Popolazione totale		836.143	11.005.469	57.401.019
Spesa Pubblica per i servizi sociali	Migliaia di Euro	538.049	6.456.078	29.318.703
di cui spesa dei Comuni ⁽¹⁾	Migliaia di Euro	66.657	1.180.467	5.965.447
Rapporto tra spesa dei Comuni e spesa Pubblica totale per servizi sanitari	%	12,4	18,3	20,3
Spesa Pubblica per servizi sanitari	Migliaia di Euro	1.339.505	16.289.738	87.652.534
Spesa Pubblica per servizi di cura dell'infanzia/popolazione	Euro/persona	80	110	100
Spesa per servizi sociali/popolazione	Euro/persona	643	586	511
Spesa sanitaria/popolazione	Euro/persona	1.600	1.480	1.530

⁽¹⁾ La spesa dei Comuni prevede servizi per l'infanzia, servizi di assistenza agli anziani ed altre spese.

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Conti Pubblici Territoriali (CPT), DPS

Occorre d'altra parte considerare che la politica sanitaria in Umbria si è mostrata particolarmente sensibile alla necessità di garantire pari opportunità all'interno di aree territoriali differenti, in presenza di un'esigenza contestuale di razionalizzazione della spesa sanitaria totale. Di conseguenza, la Regione ha deciso di riorganizzare l'erogazione dei servizi sanitari puntando su un numero limitato di ospedali specializzati di grandi dimensioni e riducendo il numero dei piccoli ospedali locali con l'intento di sostituirli con centri di salute per garantire i più importanti servizi di base. Si tratta di un processo tutt'ora in corso, del quale questo studio cerca di valutare gli effetti sulle aree rurali.

Come riportato nella Tabella IV.4, i centri di salute e i punti di erogazione dei servizi coprono l'intero territorio regionale. A fronte di una situazione in cui le aree rurali assorbono l'80 per cento della superficie totale regionale, includendo il 91 per cento dei comuni umbri e il 57 per cento della popolazione della regione, in termini di dotazioni infrastrutturali, in queste stesse aree gravitano il 64,4 per cento dei centri di salute e il 78 per cento dei punti di erogazione dei servizi. Si tratta di una buona *performance*, sebbene occorra tener presente il fatto che nelle aree urbane sono gli ospedali a giocare un ruolo chiave nell'offerta di servizi sanitari. Questo spiega la più ampia presenza di centri di salute nelle aree rurali e le *performance* particolarmente positive degli indicatori di copertura della popolazione.

La presenza di ospedali nelle aree rurali infatti è più debole che in quelle urbane. Vi è un ospedale ogni 275 chilometri quadrati nelle aree urbane, rispetto alla metà per densità in entrambe le aree rurali (intermedie e periferiche). Se si guarda poi alla percentuale di comuni con ospedali nelle differenti aree selezionate, si evidenzia come il 38 per cento dei comuni situati nelle aree urbane sia dotato di almeno un ospedale, contro una percentuale del 20 per cento di comuni nelle aree peri-urbane e del 15 per cento nelle aree rurali con maggiori problemi di accessibilità. Ciò significa che l'accessibilità all'ospedale più vicino sta diventando una delle questioni di maggiore rilevanza in molte aree rurali dell'Umbria.

Tabella IV.4 Indicatori di offerta e di copertura territoriale e della popolazione per i servizi sanitari

Indicatori dei servizi sanitari	Peri-urbana	Intermedia	Periferica	Urbana	Umbria	Perugia
Indicatori d'offerta						
Superficie totale regionale per area (%)	30,6	28,7	27,7	13,0	100	5,3
Numero Comuni	30	28	26	8	92	
Numero Comuni (%)	32,6	30,4	28,3	8,7	100	
Popolazione totale	216.922	142.809	112.866	353.229	825.826	149.125
Popolazione totale (%)	26,3	17,3	13,7	42,8	100	18,1
Numero ospedali	6	4	4	4	18	2
Numero centri di salute	11	8	7	13	39	6
Centri di salute(%)	28,2	20,5	17,9	33,3	100	15,4
Numero punti di erogazione (PdE)	38	31	27	27	123	10
Numero punti di erogazione (PdE) (%)	30,9	25,2	22,0	22,0	100	8,1
Numero farmacie	62	50	47	91	250	36
Farmacie per area (%)	24,8	20,0	18,8	36,4	100	14,4
Indicatori territoriali						
Superficie totale per area /numero ospedali per area	430,9	607,6	585,1	274,8	8.456	449,9
Nuclei abitati / numero ospedale	48,3	69,5	50,5	41,5	52,0	19,0
% Comuni con un ospedale per area	20,0	14,3	15,4	37,5	18,5	100
Superficie totale per area /numero farmacie per area	41,7	48,6	49,8	12,1	33,8	12,5
Numero nuclei abitati / numero farmacie	4,7	5,6	4,3	1,8	3,7	1,1
Numero Comuni con ICT-SAT-ADSL/ numero di Comuni (%)	46,7	25,0	11,5	75,0	32,6	100*
Indicatori popolazione						
Numero centri di salute /popolazione totale**	0,51	0,56	0,62	0,37	0,47	0,40
Numero punti di erogazione / popolazione totale**	1,75	2,17	2,39	0,76	1,49	0,67
Numero ospedale/ popolazione totale**	0,28	0,28	0,35	0,11	0,22	0,13
Numero medici medicina generale/ popolazione totale per area***	1,2	1,0	1,0	1,4	1,2	1,3
Numero farmacie / popolazione totale per area ****	2,9	3,5	4,2	2,6	3,0	2,4

*Perugia ha una copertura SAT+ADSL+ULL ** moltiplicato per 10.000 *** moltiplicato per 1.500 **** moltiplicato per 4.000

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat (2001), indagine diretta (2005)

Rispetto a quanto analizzato, risulta importante rilevare l'effettiva capacità dei centri di salute e dei punti di erogazione a fornire i servizi sanitari di base. Si analizza inoltre se altri attori, come ad esempio le farmacie, stiano ricoprendo il tradizionale ruolo di offerta di servizi che a lungo hanno rivestito in questo tipo di aree, tenuto conto della loro omogenea distribuzione nel territorio regionale.

Quasi tutti i comuni, a prescindere dall'area di appartenenza, risultano infatti dotati di una farmacia²⁵. Sebbene in Umbria la situazione risulti nella regola in termini di copertura della popolazione, con circa 3 farmacie ogni 4.000 abitanti e 4 farmacie nelle aree rurali periferiche²⁶, diverso è se si ragiona in termini di copertura spaziale: c'è una farmacia ogni 12 km² nelle aree urbane, rispetto ad un'estensione quadruplicata nelle aree rurali. Un altro modo per misurare l'accessibilità del servizio è considerare il numero dei nuclei abitati serviti da una farmacia. Una stessa farmacia serve poco meno di due nuclei abitati nelle aree urbane, rispetto a quasi sei nelle aree rurali intermedie.

La difficoltà di accesso alle farmacie può rappresentare un problema rilevante per la popolazione anziana. Tradizionalmente, le farmacie hanno ricoperto un ruolo importante nei paesi rurali, offrendo, oltre alla vendita di medicinali, una serie di altri servizi quali la misurazione della pressione sanguigna, la disponibilità da parte dei farmacisti per consigli medici generali e la prenotazione di visite mediche²⁷. Infatti, considerando le farmacie che offrono servizi di prenotazione come un importante indicatore dell'accessibilità del servizio sanitario, è interessante notare che il 57 per cento di questo tipo di farmacie è localizzato nelle aree rurali, nelle quali risiede il 60 per cento degli anziani dell' Umbria (cfr. Tabella IV.5).

²⁵ Solo due comuni nelle aree peri-urbane rurali, una nelle aree intermedie e due nelle aree rurali periferiche non hanno una farmacia.

²⁶ In Italia dovrebbe esserci almeno una farmacia ogni 4.000 abitanti.

²⁷ In relazione ai piccoli comuni, l'importanza della presenza di un servizio di prenotazione deve essere considerata anche rispetto ai servizi per l'infanzia.

Tabella IV.5 Indicatori di offerta e di copertura territoriale e della popolazione per i servizi sanitari e per l'infanzia

Indicatori dei servizi sanitari	Peri-Urbane	Intermedie	Periferiche	Urbane	Umbria	Perugia
<i>Indicatori dell'offerta</i>						
Popolazione con più di 65 anni	51.596	33.756	25.349	77.571	188.272	31.050
Popolazione con più di 65 anni (%)	27,4	17,9	13,5	41,2	100	16,5
Numero medici di medicina generale	173,0	98,0	75,0	329,0	675,0	133,0
Numero medici di medicina generale (%)	25,6	14,5	11,1	48,7	100	19,7
Numero farmacie con servizio di prenotazione (CUP)	43	27	36	84	190	36
Numero farmacie con servizio di prenotazione (CUP) (%)	22,6	14,2	18,9	44,2	100	18,9
<i>Copertura di servizi per gli anziani</i>						
Numero medici di medicina generale /pop. > 65*	33,5	29,0	29,6	42,4	35,9	42,8
Numero ADI/pop. >65*	701,7	588,9	435,7	700,4	<i>n.a.</i>	467,3
Numero case di cura /pop. >65*	0,0	0,6	0,0	0,6	0,4	1,3
Numero strutture residenziali per anziani/pop. >65*	3,3	3,0	5,1	2,6	3,2	1,9
<i>Copertura di servizi per i bambini</i>						
Popolazione 0-14	26.467	17.876	13.730	42.999	101.072	18.591
Popolazione 0-14 (%)	26,2	17,7	13,6	42,5	100,0	18,4
Numero pediatri di base	22	12	18	41	93	16
Numero pediatri di base (%)	23,7	12,9	19,4	44,1	100,0	17,2
Numero pediatri di base /bambini 0 - 14 anni**	0,7	0,5	1,0	0,8	0,7	0,7
<i>Copertura di servizi per territorio</i>						
Numero assistenza domiciliare integrata	3.620,7	1.987,9	1.104,57	5.432,8	12.146	1.451
Numero assistenza domiciliare integrata (%)	29,81	16,4	9,1	44,7	100	11,9
Numero case di cura	0	2	0	5	7	4
Numero case di cura (%)	0	28,6	0	71,4	100	57,1
Numero strutture residenziali per anziani	17	10	13	20	60	6
Numero strutture residenziali per anziani per area (%)	28,3	16,7	21,7	33,3	100	10,0
Numero farmacie con servizio di prenotazione (CUP)	43	27	36	84	190	36
Numero farmacie con servizio di prenotazione (%)	22,6	14,2	18,9	44,2	100	18,9

* Moltiplicato per 10.000 ** Moltiplicato per 800

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat (2001), del Ministero della Salute (2003) e indagine diretta (2005)

Per quanto riguarda l'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio, ivi comprese le aree rurali più periferiche, gli indicatori mostrano buoni risultati in termini di presenza di medici di base (cfr. Tabella IV.4): nelle aree rurali si riscontra un medico per 1.500 abitanti²⁸, mentre nelle aree urbane e peri-urbane si rileva un numero maggiore di medici

²⁸ Questo è il rapporto medici-popolazione stabilito dalla normativa in Italia (art. 8 D.Lgs 502/92, così come emendato dal D.Lgs 517/93 e D.Lgs 229/99).

rispetto al numero minimo richiesto. Una situazione che potrebbe sollevare qualche dubbio sulla qualità dei servizi nelle aree rurali meno accessibili, dove i medici assistono il numero massimo di pazienti consentito dalla normativa. In genere, il medico di base è particolarmente importante per le persone più anziane: nelle aree rurali sono proprio i medici a costituire la fonte di assistenza sanitaria ordinaria più rilevante.

Sebbene le aree rurali ospitano una larga percentuale del totale della popolazione regionale oltre i 65 anni (circa il 60 per cento), dispongono di circa 30 medici ogni 10.000 residenti anziani, contro i 42 delle aree urbane (Tabella IV.5). Un fenomeno che potrebbe influenzare la qualità dei servizi forniti, come ad esempio il tempo medio di attesa per le visite mediche.

Nel proseguire l'analisi dei servizi sanitari e di assistenza per gli anziani nelle aree rurali, vengono presi in considerazione i servizi di assistenza sanitaria domiciliare, di particolare importanza per le aree con problemi di accessibilità (cfr Riquadro B). Mentre il 60 per cento della popolazione anziana vive nelle aree rurali, solo il 55 per cento del totale della popolazione con assistenza sanitaria domiciliare proviene da queste aree. In Umbria la popolazione con assistenza sanitaria domiciliare rappresenta circa il 6,5 per cento del totale della popolazione sopra i 65 anni (il 7 per cento nelle aree urbane e peri-urbane) ma tale percentuale è consistentemente inferiore nelle aree rurali periferiche (4,4 per cento). Gli indicatori di copertura sembrano rilevare, quindi, una forma di discriminazione nella fruizione di questo servizio nei confronti della popolazione residente nelle aree rurali periferiche e intermedie.

Se l'accesso all'assistenza sanitaria domiciliare risulta più difficoltosa proprio per le persone che vivono nelle aree rurali periferiche, se ne potrebbe dedurre un fallimento in termini di politiche pubbliche. Tuttavia, le ragioni di questa differenza tra aree rurali e urbane potrebbero anche risiedere nelle dinamiche della domanda: le persone non autosufficienti potrebbero essere meno numerose nelle aree rurali o le famiglie potrebbero essere riluttanti a richiedere questo tipo di servizio.

Le case di cura sono ulteriori servizi per gli anziani, forniscono medicinali e assistenza giornaliera alla popolazione anziana, ma sono per lo più gestite da privati²⁹. Sul territorio umbro le case di cura sono in numero ridotto e sono principalmente concentrate nelle aree urbane.

²⁹ L'offerta di questo servizio dovrebbe essere coerente con quella dell'assistenza sanitaria domiciliare. Ciò significa che in assenza di un numero sufficiente di case di cura, i servizi di assistenza sanitaria domiciliare dovrebbero risultare potenziati.

Un altro interessante indicatore è quello riferito alle strutture residenziali per gli anziani. In generale nella regione queste strutture sono poche (60 strutture in tutto). Si tratta, comunque, di un servizio poco diffuso, con solo 3,2 strutture residenziali su 10.000 anziani che sembra favorire le aree rurali, dove sono allocate il 70 per cento di esse. Una situazione che rivela la tendenza delle famiglie umbre ad assistere gli anziani in casa, nell'ambito di un contesto familiare.

Se si considera che la strategia della Regione ha come obiettivo la razionalizzazione della presenza di ospedali sul territorio, affiancata da un'offerta di servizi sanitari di base attraverso i centri di salute e i punti di erogazione dei servizi, è importante capire se queste strutture siano effettivamente in grado di offrire i servizi sanitari di base. Questa considerazione ha determinato la scelta di ricorrere a indicatori di qualità, in modo da poter individuare i punti di erogazione in grado di offrire i servizi sanitari di base e quelli in grado di offrire almeno 10 servizi (cfr. paragrafo IV).

Tabella IV.6 Indicatori di qualità nei servizi sanitari

Indicatori di Qualità	Periurbana	Intermedia	Periferica	Totale Aree Rurali
Numero punti di erogazione (PdE)	38	31	27	96
Numero punti di erogazione (%)	30,9	25,2	22,0	100
Numero punti di erogazione con servizi base	16	9	7	32
Numero punti di erogazione con servizi base (% per area)	50,0	28,1	21,9	100
Numero punti di erogazione con servizi base / numero di PdE(%)	42,1	29,0	25,9	33,3
Numero punti di erogazione con un minimo di 10 servizi	12	7	5	24
Numero punti di erogazione con un minimo di 10 servizi (% per area)	46,2	26,9	19,2	100
Numero punti di erogazione con un minimo di 10 servizi / numero di PdE(%)	31,6	22,6	18,5	25,0
Numero farmacie con servizio di prenotazione /Numero di farmacie (%)	69,4	54,0	76,6	66,7

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati dell'indagine diretta (2005)

Sul totale dei punti di erogazione che servono le aree rurali, solo il 33 per cento attualmente offre una gamma completa di servizi di base, come analisi del sangue, guardia medica, assistenza sanitaria domiciliare e vaccinazioni (cfr. Tabella IV.6)³⁰. La percentuale dei punti di erogazione che offre almeno 10 servizi è ancora più bassa (25

³⁰ Non è di aiuto calcolare questo indicatore per le aree urbane, dato che molti di questi servizi sono offerti direttamente dagli ospedali.

per cento). In particolare, solo il 22 per cento dei punti di erogazione che hanno sede nelle aree rurali periferiche è in grado di coprire la totalità dei servizi base. Una larga maggioranza dei punti di erogazione “di alta qualità” è collocata nelle aree rurali peri-urbane, con una evidente penalizzazione delle aree rurali intermedie e periferiche.

Per quanto riguarda l'erogazione dei servizi di cura dell'infanzia, la distribuzione di questi servizi tra le aree urbane e quelle rurali è marcatamente diseguale. Circa il 65 per cento dei posti negli asilo nido è concentrato nelle aree urbane, dove – per contro – vive il 46 per cento dei bambini tra 0 e 3 anni. Le statistiche sul numero totale di asili nido sono simili, considerando che il 65 per cento di questi è inglobato nelle aree urbane. La distribuzione degli asili pubblici è invece meno diseguale: nelle aree rurali sono infatti collocati il 42 per cento del totale degli asili nido pubblici, comparato con un 28 per cento di asili privati. Di fatto, gli asili nido privati ricoprono un ruolo importante in entrambe le aree rurali peri-urbane e intermedie, con una quota pari a circa il 35-40 per cento del totale degli asili nido (cfr. Tabella IV.7). L'eccezione si riscontra nelle aree rurali periferiche, dove gli asili nido privati hanno una presenza molto limitata³¹. I servizi integrativi al nido d'infanzia – principalmente le strutture innovative a favore della socializzazione di bambini e genitori di differenti famiglie e/o i centri di assistenza *spot* a orario ridotto – sono completamente assenti nelle aree rurali. Questo fenomeno potrebbe trovare in parte spiegazione con un minor bisogno di servizi per facilitare la socializzazione nelle aree rurali.

³¹ Questo può essere parzialmente spiegato con un minore vantaggio economico per tali attività in queste aree.

Tabella IV.7 Offerta di servizi di cura per l'infanzia nelle differenti aree rurali

Indicatori di offerta	Peri-Urbane	Intermedie	Periferiche	Urbane	Umbria	Perugia
Superficie totale (%)	30,6	28,7	27,7	13,0	100	5,3
Totale bambini 0-3 anni (%)	25,3	16,3	12,0	46,4	100	21,9
Numero asili nido pubblici	12	8	5	35	60	17
Numero asili nido pubblici (%)	20,0	13,3	8,3	58,3	100	28,3
Numero asili nido privati	7	5	1	34	47	22
Numero asili nido privati (%)	14,9	10,6	2,1	72,3	100	46,8
Totale asili nido	19	13	6	69	107	39
Asili nido totali (%)	17,8	12,1	5,6	64,5	100	36,4
Numero servizi supplementari al nido	0	0	0	11	11	4
Servizi supplementari al nido (%)	0	0	0	100	100	36,4
Asili nido + servizi supplementari al nido per area	19	13	6	80	118	43
Asili nido + servizi supplementari al nido (%)	16,1	11,0	5,1	67,8	100	36,4
Numero posti pubblici disponibili per area	320	289	178	1.330	2.117	724
Numero posti privati disponibili per area	113	147	20	714	994	467
Numero posti disponibili per area (%)	13,9	14,0	6,4	65,7	100	38,3
Numero domande presso asili pubblici per area *	467	387	196	1.759	2.809	1.171
Numero domande per area (%)	14,4	13,7	6,4	65,5	100	39,5

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat (2001), indagine diretta (2005)

L'accesso ai servizi di cura per l'infanzia nelle aree rurali dell'Umbria è una questione molto delicata, che vede le aree rurali periferiche particolarmente penalizzate. Vi è infatti un asilo nido ogni 194 km² nelle aree rurali mentre ve ne è uno ogni sedici in quelle (cfr. Tabella IV.8). Mentre tutti i comuni nelle aree urbane sono dotati di almeno un asilo, nelle aree rurali si riscontra una percentuale di comuni privi di asilo nido inaspettatamente alta nelle aree rurali peri-urbane (60 per cento), ed elevatissima in quelle periferiche (80 per cento). Garantire un'adeguata erogazione di questi servizi in aree disperse come quelle rurali è una vera e propria sfida, se si considera che un asilo nido copre meno di 3 nuclei abitati nelle aree urbane, mentre copre una media di 23 nuclei abitati nelle aree rurali.

Tabella IV.8 Indicatori di copertura territoriale e della popolazione per i servizi per l'infanzia

Indicatori di copertura nei servizi per l'infanzia	Peri-Urbane	Intermedia	Periferica	Urbana	Umbria	Perugia
Copertura popolazione						
Numero totale di bambini di 0-3 anni	7.355	4.732	3.496	13.466	29.049	6.363
Numero totale di bambini di 0-3 anni (%)	25,3	16,3	12,0	46,4	100	21,9
Numero totale di asili nido	19	13	6	69	107	39
Numero bambini per asilo nido	387,1	364,0	582,7	195,2	271,5	163,2
Asilo Nido totale/ totale bambini di 0-3 anni *	2,6	2,7	1,7	5,1	3,7	6,1
Numero posti disponibili/ totale bambini di 0-3 anni *	58,9	92,1	56,6	151,8	107,1	187,2
Numero bambini per posti disponibili	17,0	10,9	17,7	6,6	9,3	5,3
Numero totale domande d'iscrizione**/totale posti disponibili**	1,46	1,34	1,10	1,32	1,33	1,62
Domanda in esubero (come % dei posti disponibili)	34	28	12	24	25	38
Numero posti disponibili/totale di bambini di 0-3 anni (%)	6	9	6	15	11	19
Copertura territoriale						
Superficie totale per area	2.585,6	2.430,6	2.340,6	1.099,3	8.456	449,9
Superficie totale per area (%)	30,6	28,7	27,7	13,0	100	5,3
Numero Comuni	30	28	26	8	92	1
Numero Comuni senza asili nido	18	20	21	0	59	0
Numero Comuni senza asili nido (%)	60	71	81	0	64	0
Superficie totale per area /totale asili nido	136,1	187,0	390,1	15,9	79,0	11,5
Totale nuclei/ totale asili nido	15,3	21,4	33,7	2,4	8,7	1,0

* moltiplicato per 1.000, ** soltanto per gli asili nido pubblici.

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati Istat (2001), indagine diretta (2005)

Sebbene la presenza di asili nido sia generalmente carente a livello regionale – meno di 4 asili nido per ogni 1.000 bambini in Umbria – la disuguaglianza territoriale è rilevabile anche rispetto agli indicatori di copertura della popolazione. Infatti, nelle aree rurali vi sono poco più di 2 asili nido ogni 1.000 bambini, con le aree rurali periferiche particolarmente sotto servite. Vi è un asilo nido ogni 195 bambini nelle aree urbane, e questo rapporto raddoppia nelle aree rurali. In particolare, le aree rurali peri-urbane e periferiche risultano penalizzate in modo particolare in termini di posti disponibili.

Si è tentato anche di definire il livello di domanda non soddisfatta confrontando i dati relativi alle domande presentate con i posti disponibili negli asili nido per l'anno scolastico 2004-2005. Questo procedimento è stato possibile solo per gli asili nido pubblici, dal momento che gli asili nido privati non raccolgono dati sulle domande presentate. Entrambe le aree rurali peri-urbane e intermedie hanno una percentuale abbastanza alta di domanda insoddisfatta, maggiore di quella delle aree urbane.

In generale, l'erogazione di servizi di cura dell'infanzia in Umbria risulta abbastanza modesta. Se si assume infatti che tutti i posti disponibili siano coperti³², la copertura di assistenza all'infanzia nella regione è pari all'11 per cento del totale dei bambini fino a 3 anni. Sebbene l'erogazione di assistenza all'infanzia in Umbria sia significativamente al di sotto del *target* della strategia europea per l'occupazione (33 per cento), è comunque al di sopra del risultato medio nazionale (9 per cento nel 2003)³³. Tuttavia ciò che è particolarmente importante nella prospettiva di questo studio è il fatto che la copertura di assistenza all'infanzia nelle aree urbane è pari al doppio della copertura nelle aree rurali (15 per cento contro 7 per cento).

Se si osservano gli indicatori di qualità, la capacità di un asilo di garantire il servizio a tempo pieno è considerata un fattore particolarmente importante dal punto di vista della donna che lavora (Tabella IV.9)³⁴. La maggior parte degli asili nido della regione è in grado di fornire il servizio a tempo pieno, con un risultato eccellente nelle aree urbane e periferiche, ma debole nelle aree rurali intermedie e periferiche. Questi risultati trovano una spiegazione se si considera che l'erogazione nelle aree periferiche avviene quasi interamente attraverso asili pubblici.

Un altro importante indicatore di qualità è il numero degli insegnanti che si occupano dei bambini. Mentre sia le aree urbane che quelle peri-urbane dispongono di circa un insegnante ogni 5 bambini, la situazione nelle aree rurali intermedie e peri-urbane si mostra critica. Per arrivare a soddisfare il livello minimo di qualità (un insegnante ogni cinque bambini), queste aree dovrebbero incrementare il personale del 30 per cento circa. La dotazione di una mensa interna, con una cucina che prepara cibo espresso per i bambini, è presente in circa il 68 per cento degli asili nido nella regione Umbria. Si tratta di una caratteristica propria prevalentemente degli asili nido pubblici, laddove gli asili nido privati tendono invece ad avvalersi di servizi esterni di ristorazione.

³² Questo è indubbio per gli asili nido pubblici. La presupposizione concerne gli asili nido privati.

³³ Fonte Istat 2005, "La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni?". Anno 2003.

³⁴ Il livello di riferimento è stato fissato alle 16.30 come orario di chiusura. Secondo l'*Indagine Campionaria sulle nascite, Rapporto Annuale 2005 dell'Istat*, la brevità dell'orario di apertura negli asili nido è una delle ragioni principali del perché le mamme non hanno mandato i propri bambini all'asilo nido in Umbria nel 2005 – con il 17 per cento dei casi – mentre per il 22,2 per cento per carenza di asili nido nel Comune, per il 15 per cento per carenza di posti disponibili e per il 30 per cento per le rette troppo care.

Tabella IV.9 Indicatori di qualità dell'offerta di servizi per l'infanzia

Indicatori di Qualità	Peri-Urbane	Intermedie	Periferiche	Urbane	Umbria	Perugia
Numero asili nido con servizio a tempo pieno/totale asili nido(%)	82	77	100	87	86	100
Servizi complementari al nido / totale asili nido	0	0	0	0,18	0,11	0,12
Numero educatori per asilo nido	4,8	4,9	4,3	6,6	5,9	7,0
Totale educatori /100 posti disponibili	19	15	13	20	18	20
Deficit di educatori in percentuale*	6	27	34	2	8	0
Numero asili nido pubblici con mensa interna/numero asili nido pubblici	91,7	87,5	80,0	94,3	91,7	100,0
Numero asili nido privati con mensa interna/numero asili nido privati	20,0	40,0	0	30,8	29,7	35,3
Numero asili nido con mensa interna/numero asili nido totali	70,6	69,2	66,7	67,2	68,0	67,6

* % di educatori necessari per soddisfare il rapporto di 1 educatore per 5 bambini.

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati ISTAT, indagine diretta

V. Conclusioni

Le politiche di sviluppo per le aree rurali devono fondarsi su analisi territoriali approfondite e rigorose. Si possono discutere le diverse metodologie utilizzate per il disegno della mappa delle aree rurali di una regione, ma è indubbio che questo tipo di analisi costituisce uno strumento fondamentale per comprendere le reali necessità di queste aree. In questo studio, l'analisi territoriale è stata utilizzata per ricostruire – secondo un approccio spaziale – lo stato dell'offerta dei servizi sanitari e dei servizi di cura per l'infanzia nelle differenti categorie di aree rurali dell'Umbria.

È stato costruito un quadro di riferimento metodologico che può essere esteso e applicato anche ad altri settori³⁵. Le informazioni reperite da differenti banche dati e da diverse fonti sono state sistematizzate, ed è quindi stato possibile ricostruire i bisogni dei diversi territori in relazione alle politiche analizzate.

L'elaborazione e l'analisi dei dati evidenzia come la politica sanitaria regionale sia stata disegnata ed applicata a partire dalle esigenze delle diverse aree del territorio, comprese quelle più periferiche. Sebbene a questo stadio della ricerca non sia possibile misurare l'impatto di tali politiche in termini di “risultati ultimi” (come ad esempio guardando agli

³⁵ Ad esempio, per analizzare le caratteristiche strutturali dell'agricoltura nelle diverse aree rurali e/o la localizzazione dei principali nodi logistici per riorganizzare i flussi delle merci agro-alimentari ecc.

esiti più o meno positivi delle cure prestate alle persone nelle differenti aree), è stato tuttavia possibile constatare un'adeguata modalità di offerta dei servizi sanitari nei diversi territori della regione, basata su una rete di centri di salute e punti di erogazione dei servizi che copre l'intero territorio e realizzata con un livello di spesa pro-capite sanitaria in linea con la media nazionale. Tuttavia, l'accessibilità ai servizi sanitari, soprattutto agli ospedali, resta una questione di alta rilevanza. Infatti anche se l'intera popolazione, inclusi coloro che risiedono nelle aree rurali, sembra godere dell'accesso ai punti di erogazione dei servizi sanitari e al servizio di medicina generale, la popolazione più anziana (che rappresenta una parte molto consistente della popolazione rurale) può incontrare particolari difficoltà per raggiungere gli ospedali, qualora abbia problemi di salute e necessità di assistenza specializzata. Inoltre, il numero di assistiti attraverso l'assistenza domiciliare integrata è risultato sorprendentemente basso nelle aree rurali. L'intero quadro peggiora se si guarda agli esiti degli indicatori di qualità: infatti, solo il 33 per cento dei punti di erogazione che servono le aree rurali offre la gamma completa dei servizi di base.

Diverso lo stato dell'offerta dei servizi di cura per l'infanzia. A livello regionale si rileva una generale carenza di servizi in questo ambito, con un livello di copertura che si attesta all'11 per cento dei bambini tra 0 e 3 anni (15 per cento nelle aree urbane e 7 per cento nelle aree rurali). Lo studio permette quindi di evidenziare una situazione di discriminazione territoriale che vede assegnato solo il 35 per cento del totale degli asili nido della regione alle aree rurali, che pure ospitano il 54 per cento dei bambini tra 0 e 3 anni dell'intera regione. Questa discriminazione è particolarmente evidente per quanto riguarda gli asili nido privati, e sollecita un intervento di politica pubblica a favore delle aree rurali meno accessibili.

Il problema dei costi legati all'offerta di servizi di cura dell'infanzia nelle aree difficilmente accessibili richiede il ricorso a soluzioni innovative (come ad esempio l'uso più efficace di iniziative di volontariato; asili nido "familiari"; introduzione di classi di asili nido nelle scuole già esistenti ecc.), realizzabili attraverso *partnership* tra privato e pubblico.

A questo stadio di analisi, non è possibile valutare quanto influisca sulle motivazioni che spingono le donne a fare domanda per i propri figli presso gli asili nido, il desiderio di migliorare l'accesso al mercato del lavoro. Ma i dati raccolti relativi alla domanda (solo per gli asili nido pubblici) mostrano che essa è più elevata nelle aree rurali che non nelle

aree urbane³⁶. Preoccupante sembra la situazione dei servizi di cura dell'infanzia nelle aree rurali peri-urbane, dove il 60 per cento dei comuni sono privi di asili nido. Tale dato può spiegare parzialmente la difficoltà delle donne di ogni età ad accedere al mercato del lavoro, comprese quelle residenti nelle aree peri-urbane, dove si ipotizzano maggiori opportunità di lavoro. Problemi come questo richiederebbero politiche appropriate, considerando in particolare il fatto che le aree rurali peri-urbane costituiscono dei poli di attrazione migratoria particolarmente dinamici.

Nonostante l'analisi di contesto presentata nella prima parte di questo studio abbia permesso di mettere a fuoco le più importanti sfide socio-demografiche proprie delle aree rurali, tra le quali l'esistenza di una seria questione di pari opportunità e la differenza considerevole nell'offerta di servizi di cura per l'infanzia nelle aree rurali, le politiche di sviluppo rurale, ad oggi, non hanno giocato un ruolo determinante nel rispondere a tali sfide. La strategia di sviluppo rurale dell'Umbria, infatti, mantiene un orientamento marcatamente settoriale³⁷. Sebbene la politica regionale preveda una serie di interventi di politica sociale, non possiede una strategia specifica per le aree rurali.

Anche i programmi che avrebbero potuto includere iniziative sociali e iniziative nel settore della sanità, come il programma *Leader*, non hanno previsto azioni specifiche di questo tipo. La motivazione può essere legata a un problema di "voce" di quegli specifici gruppi di interesse (giovani donne e persone anziane bisognose di assistenza) che non sono rappresentati nelle forme tradizionali del partenariato rurale, composte prevalentemente da organizzazioni agricole, rappresentanti della piccola e media impresa e *lobbies* interessate ad interventi di tipo infrastrutturale.

In conclusione, l'utilizzo di analisi territoriali rigorose potrebbe accelerare l'integrazione tra i differenti tipi di politica a livello regionale. Mentre la politica sanitaria e quella sociale sono in Italia politiche ordinarie, l'analisi condotta mostra che le politiche di sviluppo in favore dei territori rurali possono giocare il loro ruolo di politiche aggiuntive, in particolare per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e per migliorare l'offerta e la qualità dei servizi di cura dell'infanzia. Ne consegue l'importanza di migliorare il coordinamento tra le politiche ordinarie e quelle aggiuntive a sostegno dello sviluppo dei territori rurali³⁸.

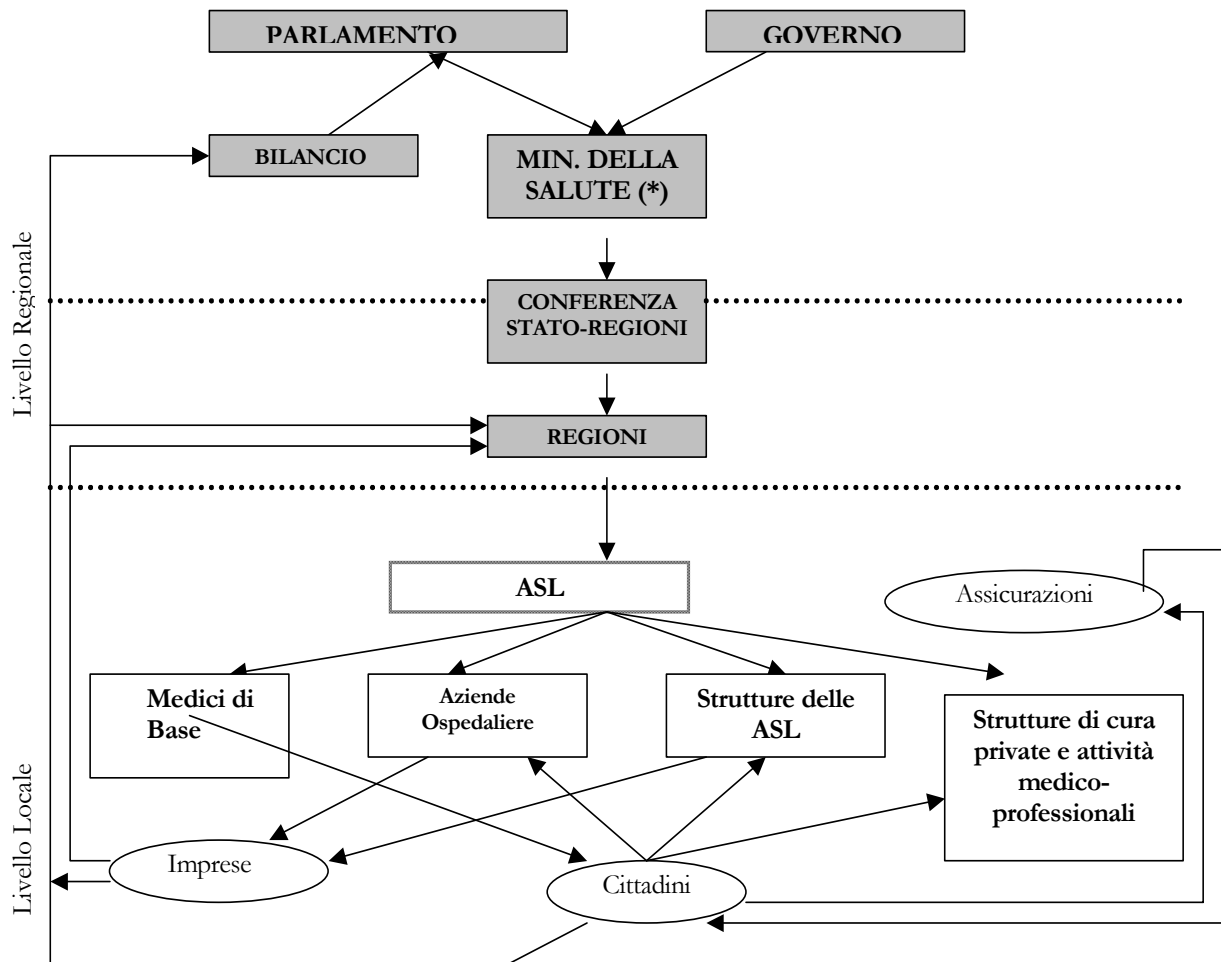
³⁶ Questo potrebbe essere parzialmente spiegato da una minore presenza di asili nido privati in queste aree.

³⁷ Essa è infatti prevalentemente orientata a migliorare la competitività del settore agro-alimentare.

³⁸ Cfr Barca F., *TDCP Chairman's Statement* in OCSE, "The New Rural Paradigm, Policies and Governance", Parigi 2006.

Allegato 1

Figura A.1 Il sistema sanitario in Umbria



Allegato 2 a

Indicatori demografici

Sono stati scelti alcuni indicatori per permettere l'analisi territoriale ed identificare le caratteristiche demografiche dei differenti tipi di area rurale.

La Tabella seguente sintetizza la serie delle variabili ed il loro significato in termini di caratteristiche delle aree rurali.

Variabili/Indicatori	Definizione	Risultati
Superficie totale (Km ²)	Misura dell'area su cui si estende un territorio	
Densità della popolazione	(per Km ²) Concentrazione di individui espressa dal rapporto tra il numero di abitanti e la superficie del territorio (numero di abitanti per chilometro quadrato in un dato anno)	Indicatori per la definizione aree rurali/urbane: >150 persone /Km ² =a.urbana e <150 persone /Km ² =a.rurale
Nuclei abitati	Nuclei composti da gruppi di case contigue e vicine con almeno 5 famiglie con interposte strade e piazze purché l'intervallo tra casa e casa non superi i 30 m di distanza.	
Tasso di crescita della popolazione (media annuale 1971-2001)	Percentuale di cui la popolazione si accresce o diminuisce il suo ammontare totale durante l'anno considerato. Prende in considerazione tutte le componenti della crescita della popolazione: nascite, decessi, migrazioni.	Dinamica popolazione/area
Saldo naturale nascite-decessi (media annuale 1991-2001)	L'eccedenza o il deficit di nascite rispetto ai decessi	Senilizzazione della Popolazione
Saldo migratorio (media annuale 1991-2001)	Differenza tra immigrazioni ed emigrazioni di una popolazione osservata in un dato periodo di tempo per una data area	Mobilità geografica della popolazione. Il saldo migratorio è uno degli eventi demografici di base (insieme al tasso di natalità ed al tasso di mortalità) che influenzano direttamente la dimensione di una popolazione di una determinata area
Tasso di natalità (2001)	Rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente. Il risultato è, in generale, moltiplicato per 100 o per 1000.	
Popolazione > 65 (%)	Rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione totale	Senilizzazione della popolazione
Popolazione < 14 (%)	Rapporto tra la popolazione con meno di 14 anni e la popolazione totale	
Popolazione 0 - 3 (%)	Rapporto tra la popolazione di età compresa tra 0 e 3 anni e la popolazione totale	
Rapporto anziani/bambini	Rapporto tra il numero degli anziani ed il numero di bambini di età compresa tra 0 e 3 anni.	Senilizzazione della popolazione
Indice di vecchiaia	Rapporto percentuale avente a numeratore la popolazione di 65 anni e più e a denominatore quella di 0-14 anni	
Indice di dipendenza	Rapporto esistente tra popolazione giovane e anziana da un lato, e popolazione attiva dall'altro, ogni 100 individui. Corrisponde alla somma degli indici di dipendenza dei giovani e degli anziani. Indice di Dipendenza Totale = (Indice Dipendenza Giovani + Indice Dipendenza anziani)/Popolazione di 15-64 anni *100	

Allegato 2 b

Indicatori economici

Sono stati scelti alcuni indicatori per permettere l'analisi territoriale ed identificare le caratteristiche economiche dei differenti tipi di area rurale.

La Tabella seguente sintetizza la serie delle variabili ed il loro significato in termini di caratteristiche economiche delle aree rurali.

Variabili/Indicatori	Definizione
Forze di lavoro e Non forze di lavoro	L'aggregato delle Forze di lavoro o correntemente della popolazione attiva è costituito dall'insieme degli occupati e delle persone disoccupate o in cerca di occupazione durante il periodo di riferimento. Le Non forze di lavoro sono la parte della popolazione ritiratasi dal lavoro (raggiunti limiti di età, invalidità, altre cause).
Popolazione attiva	l'insieme delle persone di età non inferiore ai 15 anni sia occupate che disoccupate.
Tasso di attività	La partecipazione alla forza lavoro definita come il rapporto percentuale della forza lavoro e il totale della popolazione della stessa classe di età.
Occupazione	Persona di 15 anni e più che all'indagine sulle forze di lavoro dichiara: 1) di possedere un'occupazione, anche se nel periodo di riferimento non ha svolto attività lavorativa (occupato dichiarato); 2) di essere in una condizione diversa da occupato, ma di aver effettuato ore di lavoro nel periodo di riferimento (altra persona con attività lavorativa).
Tasso di occupazione	Il numero di persone occupate espresso come percentuale sulla popolazione di riferimento
Tasso di disoccupazione	Rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro
Tasso di occupazione maschio/femmina	Rapporto di occupazione uomo/donna sul totale della popolazione civile dai 15 anni in su.
Donne in età lavorativa	Donne di età compresa tra i 15 ed i 65 anni.
Tasso di attività femminile	La partecipazione femminile alla forza lavoro definita come il rapporto percentuale della forza lavoro femminile e il totale della popolazione della stessa classe di età.
Tasso di disoccupazione femminile	Rapporto percentuale delle donne disoccupate sulla popolazione in età da lavoro
Tasso di disoccupazione giovanile maschile/femminile	Rapporto percentuale avente al numeratore i giovani della classe di età 15-24 anni disoccupati e in cerca di occupazione e al denominatore le forze di lavoro della stessa classe di età.

Fonte: Glossario statistico ISTAT-OECD

Allegato 3

Metodologia usata nelle due indagini dirette

L'UVAL ha condotto due indagini, rispettivamente sull'offerta dei servizi sanitari e sui servizi per l'infanzia.

Servizi sanitari

Questa indagine ha mirato ad accogliere una serie di informazioni a livello di singolo centro di salute. Questi ultimi sono stati scelti in quanto enti di erogazione di servizi sanitari più vicini alla popolazione.

L'indagine è stata svolta in tre fasi

- Analisi e raccolta dei dati disponibili sui siti web delle ASL
- Integrazione con indagini telefoniche in caso di informazione non esaustiva
- Raccolta e organizzazione dell'informazione

Primo ciclo di indagini telefoniche

In una prima fase si è proceduto a raccogliere le informazioni disponibili sui siti web istituzionali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Si è poi deciso di completare queste informazioni con interviste telefoniche ai direttori dei distretti socio-sanitari. Le ASL sono divise in distretti socio-sanitari, centri di salute e punti di erogazione di servizi.

È stata calcolata la popolazione totale e la popolazione di età superiore ai 65 anni per ciascuna delle unità seguenti:

- Distretti socio-sanitari
- Centri di salute
- Comuni (o Municipi)

La principale fonte di dati ufficiali attraverso cui è stato condotto lo studio è l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), Censimento della Popolazione al 1 gennaio 2005.

Poiché ogni centro di salute copre un'area multi-comunale, ogni centro di salute è stato assegnato al comune più importante (quello con maggiore popolazione).

Le principali fonti dei dati sono state dunque i siti web istituzionali delle ASL e le indagini telefoniche dirette.

In primis sono stati raccolti e classificati i dati disponibili sui siti web delle ASL; si è proceduto successivamente alle interviste telefoniche realizzate con i direttori di ciascun centro di salute (se reperibili) o, in alternativa, con i responsabili di ogni singolo punto di erogazione dei servizi.

Raccolta ed organizzazione delle informazioni

Sono stati raccolti dati in relazione a 14 tipologie di servizi offerti dai centri di salute: assistenza domiciliare; assistenza infermieristica domiciliare; esami del sangue; servizi d'emergenza; visite domiciliari; vaccinazioni; consultori familiari; medici legali e altro.

Si è inoltre proceduto all'individuazione del numero dei medici di medicina generale e a quella del numero dei pediatri di libera scelta. Non essendo questo tipo di informazioni sempre disponibili a livello di comuni, esse sono state raccolte a livello distrettuale e poi imputate a livello comunale sulla base del peso demografico di ciascun comune all'interno del distretto stesso.

Il numero degli ospedali è stato raccolto attraverso il sito della sanità della Regione Umbria-settore salute e i siti web delle quattro ASL.

Il numero dei pazienti di età superiore ai 65 anni che usufruiscono del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stato raccolto attraverso indagini telefoniche con ogni ASL.

Il numero di farmacie è stato individuato attraverso le informazioni disponibili sul sito web di "Pagine Gialle" ed è stata effettuata una comparazione con le informazioni disponibili sui siti web delle ASL (in questi ultimi le informazioni non erano infatti sempre aggiornate).

Sono stati raccolti anche dati su farmacie con servizio di prenotazione CUP (farmacie dove è possibile prenotare visite mediche) attraverso i siti web delle ASL, e nei casi in cui si è riscontrata l'impossibilità di reperire informazioni, si è fatto ricorso a un'indagine telefonica con il responsabile di ciascun centro di salute o con gli altri impiegati.

Servizi per l'infanzia

La raccolta di dati ha riguardato tre principali tipi di servizi per l'infanzia:

- Asili nido pubblici
- Asili nido privati (inclusi i *baby parking*)
- Servizi integrativi al nido come asili aziendali, centri per bambini e centri per bambini e famiglie.

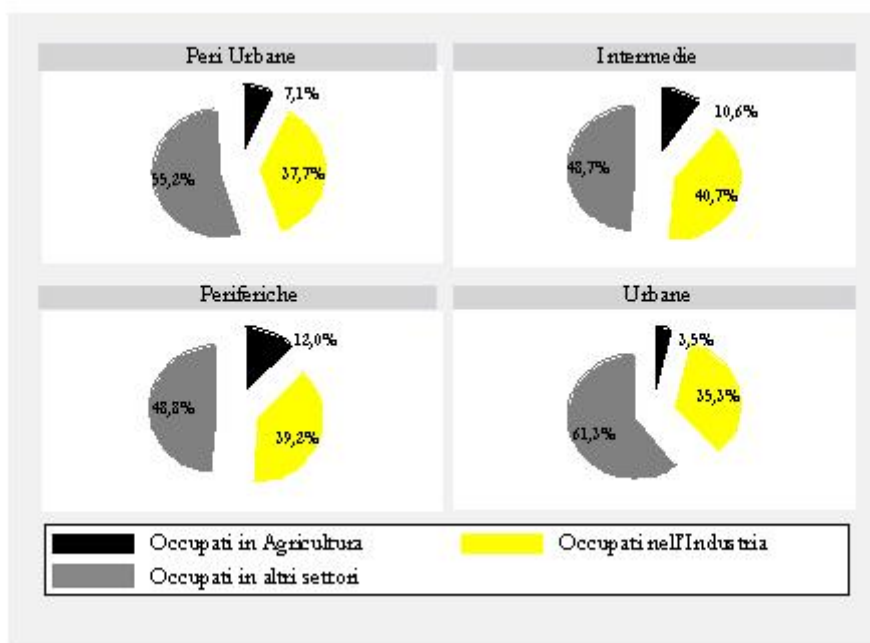
Sono state raccolte le seguenti informazioni: età degli utenti; numero di domande presentate; numero di posti disponibili; orario di erogazione del servizio; numero di educatori; presenza del supporto di pediatri; presenza di mensa; presenza di altro personale didattico di supporto.

Si è proceduto quindi effettuando indagini telefoniche con i direttori degli asili nido pubblici e privati in ogni municipio, ottenendo risposte dal 90 per cento dell'universo considerato. Per ciò che concerne gli asili nido pubblici, le informazioni sono state raccolte attraverso siti web istituzionali e documenti ufficiali. I dati disponibili sono stati completati con interviste telefoniche.

L'indagine si è conclusa con un tasso di non-risposta del 10 per cento.

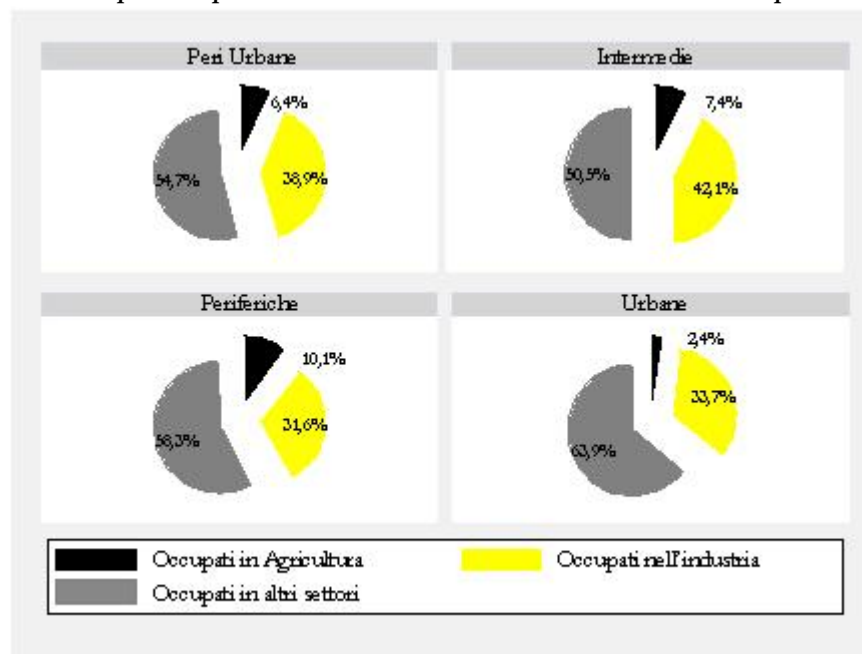
Allegato 4

Figura 4.1. Occupati per settori di attività nelle diverse aree rurali nella provincia di Perugia



Fonte: Elaborazioni Uval su dati Istat, Censimento della popolazione 2001

Figura 4.2 Occupazione per settori di attività nelle diverse aree rurali nella provincia di



Terni

Fonte: Elaborazioni Uval su dati Istat, Censimento della popolazione 2001

Bibliografia

Centro Regionale di Competenza (2004), *Secondo Rapporto sull'Innovazione nella Regione Umbra*, Perugia;

Di Iacovo F., Senni S (2005), *I servizi sociali nelle aree rurali*, Rete Leader, Macerata;

Ferrera M. (2006), *La politica sociale*, Bologna;

ISTAT (2003), *Rapporto annuale*, Roma;

ISTAT (2005), *La prima indagine censuaria sugli interventi e I servizi sociali dei Comuni*, Anno 2003, Roma;

Ministero della Salute, www.ministerosalute.it;

Ministero per l'Innovazione e la Tecnologia - Osservatorio della Banda Larga (2004), *Indagine sulla banda larga nelle famiglie italiane*, www.osservatoriobandalarga.it;

Musotti F. (2006), La politica rurale: stabilizzazione della controriforma?, in "L'economia umbra e le sfide del mercato – Problemi e prospettive all'inizio del XXI secolo" a cura di Cavazzoni Gianfranco, Calzoni Giuseppe, Grasselli Pierluigi;

NordRegio (2004), *Mountain areas in Europe*, pubblicazione elettronica;

OECD (2005), *Regions at a Glance*;

OECD (2006), *The New Rural Paradigm Policies and Governance*, Parigi;

Regione Umbria, canali Sanità e Salute - Politiche Sociali, www.regione.umbria.it;

Regione Umbria ASL n. 1, www.asl1.umbria.it;

Regione Umbria ASL n. 2, www.ausl2.umbria.it;

Regione Umbria ASL n. 3, www.asl3.umbria.it;

Regione Umbria ASL n. 4, www.asl4.umbria.it;

Regione Umbria (2000), *Piano Sociale 2000-2002*, Perugia;

Regione Umbria (2003), *Piano Sanitario 2003-2005*, Perugia;

Regione Umbria (2005), L.R. 30 del 22/12/2005 *Sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia*, pubblicato in BUR, supplemento ordinario 1 al n. 1/2006, Perugia;

Materiali UVAL

Numeri pubblicati

1. **L'Indicatore anticipatore della spesa pubblica in conto capitale: la stima regionale annuale**
Metodi – Anno 2004
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.
Allegati al n. 1
 - Atti del convegno *La regionalizzazione della spesa pubblica: migliorare la qualità e la tempestività delle informazioni* - Roma, 16 ottobre 2003
 - Atti del convegno *Federalismo e politica per il territorio: la svolta dei numeri* - Roma, 6 novembre 2003

2. **Misurare per decidere: utilizzo soft e hard di indicatori nelle politiche di sviluppo regionale**
Analisi e studi - Anno 2004
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.

3. **Il mercato delle consulenze per gli investimenti pubblici: opportunità o vincolo?**
Analisi e studi - Anno 2005
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.

4. **Domande, ricerca di campo e dati disponibili: indicazioni per la ricerca valutativa – Linee guida per la Valutazione intermedia dei Programmi Operativi del Quadro Comunitario di Sostegno 2000-2006 Obiettivo 1 (Modulo VI)**
Documenti – Anno 2005
Abstract disponibile in lingua inglese
Allegato al n. 4
 - CD ROM contenente *Linee guida per la Valutazione intermedia dei Programmi Operativi del Quadro Comunitario di Sostegno 2000-2006 Obiettivo 1 (Moduli I – VI)*

5. **Ambiente e politiche di sviluppo: le potenzialità della Contabilità ambientale per decidere meglio**
Metodi - Anno 2005
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.

6. **Misurare i risultati dell'intervento pubblico: i numeri per valutare gli effetti territoriali delle politiche**
Analisi e studi - Anno 2005
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.

7. **“Valutazione e Sviluppo delle Aree Rurali”: un approccio integrato nella valutazione delle politiche di sviluppo**
Documenti - Anno 2005
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.

8. **Il sistema di previsione della spesa per gli investimenti pubblici: un'applicazione agli interventi degli Accordi di Programma Quadro**
Metodi - Anno 2006
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.
9. **Il sistema di premialità dei Fondi Strutturali 2000-2006. Riserva comunitaria del 4 per cento e riserva nazionale del 6 per cento**
Documenti - Anno 2006
La pubblicazione è disponibile anche in lingua inglese.
10. **Rischi, incertezze e conflitti d'interesse nel settore idrico italiano: analisi e proposte di riforma**
Analisi e studi - Anno 2006
11. **Analisi finanziaria e grandi opere: lo schema tipo di Piano Economico-Finanziario per l'attuazione della Legge Obiettivo**
Metodi - Anno 2006
12. **Servizi socio-sanitari nell'Umbria rurale**
Analisi e studi - Anno 2006

Materiali UVAL si articola in tre collane:

- *Analisi e studi*, dedicata a lavori di ricerca di natura economica, finanziaria, istituzionale o tecnica in materia di progetti, investimenti e politiche pubbliche
- *Documenti*, che raccoglie materiali di natura divulgativa e informativa concernenti l'attività istituzionale dell'Unità
- *Metodi*, contenente contributi metodologici, orientativi e d'indirizzo in tutti gli ambiti di attività dell'Unità